

MASTERARBEIT / MASTER`S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master`s Thesis

„Die Transferierung von der Intensiv- auf die Normalstation und die Zeit danach aus Sicht von ehemals, schwer kritisch kranken IntensivpatientInnen und deren Angehörigen.“
Eine qualitative Untersuchung.

verfasst von / submitted by
Tamara Großbichler, BScN

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the
requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien, 2015 / Vienna, 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears
on the student record sheet:

A 066 330

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears
on the student record sheet:

Masterstudium Pflegewissenschaft

Betreut von / Supervisor:

Mag. Dr. Martin Nagl-Cupal

Danksagung

Mein besonderer Dank gebührt allen meinen InterviewteilnehmerInnen, die mir Ihr Vertrauen geschenkt haben und Ihre persönlichen, oft doch sehr schmerzlichen Erfahrungen und Erlebnisse mit mir geteilt haben. Ohne Ihre Teilnahme wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Außerdem möchte ich mich bei meinem Betreuer Herrn Dr. Nagl-Cupal bedanken für seine konstruktive Kritik und seine Ideen zu der Thematik dieser Forschungsarbeit, die mir dabei geholfen haben, das Ziel nicht aus den Augen zu verlieren.

Großer Dank gebührt auch meiner Familie und meinen Freunden, die mich während des Studiums und auch während des Schreibens der Masterarbeit immer wieder motiviert, unterstützt und aufgemuntert haben und für Abwechslung und Ausgleich gesorgt haben. Besonders bedanken möchte ich mich bei meinem Partner, der mir nicht nur während des Studiums, sondern auch beim Entstehen meiner Masterarbeit, immer Rückhalt gegeben hat, für mich da war und viel Geduld und Gelassenheit aufgebracht hat.

Bedanken möchte ich mich auch bei meinen pflegerischen und medizinischen Kollegen und Kolleginnen der allgemeinen Intensivstation des Wilhelminenspitals der Stadt Wien für Ihr Interesse und Ihre Unterstützung im Zusammenhang mit meiner Studie.

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Intensivtherapie hinterlässt nicht nur im Leben ehemals kritisch kranker PatientInnen Spuren von Angst, Depressionen und Alpträume, auch deren Angehörige sind gleichsam davon betroffen. Wenn sich die PatientInnen soweit von ihrem kritischen Zustand erholt haben, dass eine intensivmedizinische Betreuung nicht mehr notwendig ist, werden diese zur weiteren Betreuung auf eine Normalstation transferiert. Einerseits stellt der Transfer einen wichtigen Schritt Richtung Genesung dar, andererseits kann der Übergang auf die Normalstation und die Zeit danach aber mit den genannten negativen Gefühlen verbunden sein. Es bedarf also sowohl auf medizinischer als auch pflegerischer Seite erhöhter Aufmerksamkeit.

Ziel: Ziel dieser Forschungsarbeit war es eine Einsicht in die Situation ehemaliger, schwer kritisch kranker IntensivpatientInnen und deren Angehörigen zu bekommen, um die Auswirkung der Transferierung und die Zeit danach aus Sicht des/der Patienten/in und seines/seiner bzw. ihres/ihrer Angehörigen beschreiben zu können.

Methodik: Die Datenerhebung erfolgte mittels qualitativen, leitfadengestützten Einzelinterviews, welche wortwörtlich transkribiert wurden. Die Datenauswertung erfolgte computergestützt mit Hilfe des Programms MAXQDA 11 in Anlehnung an das Verfahren der Grounded Theory von Strauss und Corbin.

Ergebnisse: Die Datenanalyse zeigte, dass die Transferierung und das Erleben auf der Normalstation sowohl bei den PatientInnen, als auch bei deren Angehörigen als Phasenverlauf dargestellt werden kann. Zu Beginn können sowohl PatientInnen als auch deren Angehörige trotz positiver Einstellung dem Transfer gegenüber, die Zeit unmittelbar danach aus unterschiedlichen Gründen als Bruch erleben, der zu Enttäuschung und Frustration führt. In der nächsten Phase versuchen die PatientInnen mit den erlebten Enttäuschungen umzugehen und mit den auf der Normalstation vorherrschenden Gegebenheiten zurechtzukommen, aber auch Hürden aktiv zu bewältigen und die abgegebene Kontrolle über sich wieder zu erlangen. Die Angehörigen versuchen die neue Umgebung für die PatientInnen erträglicher zu gestalten, indem sie aktiv am Genesungsprozess und am Ablauf dort teilnehmen. Die letzte Phase beendet den langen Prozess von der Aufnahme auf die Intensivstation bis hin zur Entlassung, die das Ziel mit der höchsten Priorität seitens der PatientInnen und Angehörigen darstellt. Den drei Hauptphasen vorgelagert ist eine Vorphase, die die Erlebnisse und Erfahrungen der Intensivstationszeit aus

PatientInnen- und Angehörigenperspektive beschreibt und ausschlaggebend dafür ist, welche Erwartungen Angehörige und PatientInnen an den Transfer und die Zeit danach stellen.

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse zeigen, dass PatientInnen und Angehörige sowohl im Zusammenhang mit dem Transfer, als auch in der Zeit danach mit verschiedenen Problemen zu kämpfen haben und dahingehend meist keine adäquate Unterstützung erhalten. Die Angehörigen versuchen die verschiedenen vorhandenen Lücken bestmöglich auszugleichen, indem sie - wenn notwendig - aktiv eingreifen und somit eine wichtige und tragende Rolle einnehmen.

Schlüsselwörter: kritisch kranke PatientInnen, Transfer, Angehörige, Erleben

Abstract

Background: Intensive care not only leaves traces of fear, depressions and nightmares in the lives of formerly critically ill patients, but also their relatives are affected. As soon as patients have recovered from their critical state, rendering intensive-medical care obsolete, they are transferred to a normal ward for further care. On one hand the transfer represents an important step towards recovery, on the other hand, the transition itself and the time afterwards may be troubled by the mentioned negative feelings. Thus, it requires increased attention from both medical and nursing staff.

Aim: The aim of this study was to get an insight into the situation of former, critically ill intensive care patients and their relatives to describe the impact of the transfer and the time immediately afterwards from the patient's and his/her relative's perspective.

Method: The data collection was carried out using qualitative, semi-structured interviews, which were transcribed word for word. The data evaluation was based on the method of Grounded Theory of Strauss and Corbin and performed in a computer assisted way using MAXQDA 11.

Results: The data analysis revealed that the transfer and the experience on the normal ward can be seen as a process that undergoes various phases both in the case of the patients and their relatives. In spite of positive feelings towards the transfer at first, it might still be an incisive experience leading to disappointment and frustration. In the next phase, the patients try to cope with the experienced disappointments, adjust to the prevailing conditions on the normal ward, but also to tackle obstacles in order to regain control over themselves. The relatives try shaping the new surrounding more tolerably for the patients, while they actively take part in the recovery process. The last phase finishes the long process from the admission to the intensive care unit to the discharge, which represents the highest priority aim for both patients and relatives. Preceding the three main phases, a pre-phase describes the experience while being at the intensive care unit and is key for shaping the patients' and relatives' expectations towards the transfer and the stay at the normal ward.

Conclusions: The results show that both patients and relatives struggle with various problems during the transfer as well as the time afterwards and receive - if any - mostly inadequate support. The relatives try to compensate the various shortcomings

in the best way possible, while they – if needed – intervene actively and thus play an important and leading role.

Keywords: critically ill patients, transition, relatives, experience

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Problem und Erkenntnisinteresse	2
1.2	Forschungsziel und Forschungsfrage	6
2	Theoretischer Hintergrund und Forschungsstand.....	8
2.1	Transitions Theory.....	8
2.1.1	Modell der Transition	10
2.2	Forschungsstand im Hinblick auf Transfererlebnisse und Erfahrungen nach dem Transfer auf der Normalstation von IntensivpatientInnen.....	12
2.3	Forschungsstand im Hinblick auf Transfererlebnisse und Erfahrungen nach dem Transfer auf der Normalstation von Angehörigen.....	19
3	Methodik	21
3.1	Qualitative Forschung	21
3.2	Methode der Datenerhebung	22
3.2.1	Leitfadengestütztes Interview	22
3.2.2	Gesprächsnotizen.....	24
3.2.3	Stichprobe.....	25
3.2.3.1	Feldzugang und ProbandInnengewinnung	26
3.2.3.2	Einschlusskriterien	27
3.2.4	Darstellung der InterviewteilnehmerInnen	28
3.2.5	Datenaufbereitung	31
3.3	Methode der Datenauswertung	32
3.4	Gütekriterien.....	37
3.5	Ethische Überlegungen	39
4	Ergebnisse	41
4.1	Übersicht Phasenmodell der PatientInnen und Angehörigen.....	42
4.2	Phasenmodell aus PatientInnensicht	43
4.2.1	Die Vorphase: Bis es wieder bergauf geht – Ordnung ins Chaos bringen.....	43
4.2.2	Die erste Phase: Ankommen – Landen	48
4.2.3	Die zweite Phase: Dort sein – Aktiv werden	53
4.2.4	Die dritte Phase: Zurück ins Leben – Ablösung.....	62

4.3	Beeinflussende und auswirkende Faktoren auf die Phasen der PatientInnen	64
4.3.1	Keine Vorstellungen von der Normalstation	65
4.3.2	Ungewissheit erleben	66
4.3.3	Abhängigkeit erleben	69
4.3.4	Motiviert sein gesund zu werden	73
4.4	Phasenmodell aus Angehörigensicht	77
4.4.1	Die Vorphase: Bis es wieder bergauf geht – Ordnung ins Chaos bringen	77
4.4.2	Die erste Phase: Ankommen - Landen	82
4.4.3	Die zweite Phase: Dort sein – Aktiv werden	87
4.4.4	Die dritte Phase: Zurück ins Leben - Ablösung	93
4.5	Beeinflussende und auswirkende Faktoren auf die Phasen der Angehörigen	96
4.5.1	Freude über den Transfer empfinden	97
4.5.2	PatientInnenzustand	99
4.5.3	Ungewissheit erleben	100
4.5.4	Unzufriedenstellende Interaktion mit dem Personal	103
4.6	Faktoren, die sowohl die Phasen der PatientInnen als auch der Angehörigen beeinflussen	105
4.6.1	Bauliche Gegebenheiten und Bettensituation	106
4.6.2	Personalsituation	107
4.6.3	Isolation wegen Infektion	108
4.6.4	Einfachere Besuchssituation auf der Normalstation	110
5	Diskussion	111
5.1	Verortung der Ergebnisse im Theoriediskurs	111
5.2	Grenzen der Arbeit	134
5.3	Implikationen für die Praxis	135
5.4	Implikationen für die Forschung	138
6	Literaturverzeichnis	140
7	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	152
8	Anhang	153

1 Einleitung

In Österreich werden jährlich ca. 150.000 PatientInnen intensivmedizinisch betreut (Bundesministerium für Gesundheit, 2012). Die Intensivtherapie hinterlässt im Leben ehemaliger sedierter, intubierter PatientInnen oft Spuren von Angst, Depressionen und Alpträume, deren Beginn mit der Intensivtherapie zusammenhängt (Jones, Griffith, Humphris & Skirrow, 2001). Die Behandlung während des Intensivaufenthaltes ist für viele PatientInnen und auch Angehörige mit Stress und Ungewissheit verbunden (Rotondi et al., 2002). Die PatientInnen werden mit verschiedenen zentralwirksamen Sedativa und anderen psychoaktiven Substanzen behandelt. Meist ist ihr Tag-Nacht-Rhythmus gestört und die Schlafqualität stark reduziert (Parthasarathy & Tobin, 2004). Haben sich die PatientInnen von ihrem kritischen Zustand soweit erholt, dass sie die intensivmedizinische Betreuung nicht mehr benötigen, werden sie auf eine Normalstation zur weiteren Behandlung transferiert. Sowohl für die Ärzte und Ärztinnen als auch für das Pflegepersonal ist eine Transferierung ein Routinevorgang und somit wird dieser nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt (Mayer, 2002). Für die PatientInnen und Angehörigen aber stellt die Transferierung einerseits einen wichtigen Schritt in Richtung Genesung dar. Andererseits ist der Übergang auf die Normalstation für viele PatientInnen und deren Angehörige mit diversen negativen Gefühlen, wie Angst Stress und Ungewissheit verbunden (Mayer, 2002). Der Patient oder die Patientin verlässt eine ihm/ihr gut bekannte Umgebung, mit einem vertrautem Team und wird nun mit fremden Personal und einer anderen Umgebung konfrontiert. In der Intensivmedizin fand in den letzten Jahren ein Paradigmenwechsel statt. Früher galt ein Aufenthalt auf der Intensivstation als erfolgreich, wenn der/die PatientIn überlebte und auf die Normalstation verlegt werden konnte (Waldmann & Gaine, 1996). Heute jedoch gilt als Ziel, dass die PatientInnen nicht nur überleben und verlegt werden können, sondern, dass deren Gesundheit mit möglichst geringen physischen und psychischen Beeinträchtigungen wiederhergestellt werden kann (Eddleston, White & Guthrie, 2000). Eine Transferierung von der Intensiv- auf die Normalstation kann ein angst- und/oder stressauslösendes Ereignis, sowohl für den/die Patienten/in als auch für die Angehörigen sein und bedarf sowohl im pflegerischen als auch im medizinischen Bereich einer erhöhten Aufmerksamkeit (Mitchell, Courtney & Coyer, 2003).

1.1 Problem und Erkenntnisinteresse

Ausschlaggebend für eine Transferierung von der Intensivstation auf die Normalstation ist nicht nur allein der Gesundheitszustand des/der Patienten/in, sondern diese hängt auch von der Nachfrage nach einem Intensivbett ab (Gibson, 1997). Da nur eine begrenzte Zahl an Intensivbetten für die Versorgung zur Verfügung steht, werden PatientInnen manchmal sehr rasch von der Intensiv- auf die Normalstation verlegt. Für das betreuende Team erhöht sich daher der Zeitdruck, für die nächste Aufnahme alles möglichst schnell vorzubereiten und es bleibt nur wenig oder gar keine Zeit, die Transferierung ordnungsgemäß zu planen (McKinney & Deeny, 2002). Dies konnten auch Chaboyer, Kendall, Kendall, Foster (2005) in ihrer Studie zeigen. Die PatientInnen fühlten sich noch nicht bereit für die Transferierung und waren besorgt, was auf sie zukommen würde. Auch in der Studie von Strahan und Brown (2005) bemängelten die PatientInnen, dass sie sich emotionell zu wenig auf den Transfer und die neue, eigenartige Umgebung vorbereiten konnten.

Die PatientInnen haben in der Zeit nach der Transferierung von der Intensivstation auf die Normalstation mit unterschiedlichen physischen und psychischen Problemen zu kämpfen. Die am häufigsten festgestellten psychischen Probleme bei ehemaligen IntensivpatientInnen sind Angst, relocation stress¹ (McKinney & Deeny, 2002), Depressionen oder ein posttraumatisches Stresssyndrom (Coyle, 2001). Forsberg, Lindgren und Engström (2011) konnten in ihrer Studie zeigen, dass physische Probleme für PatientInnen leichter zu akzeptieren sind, es sind die psychischen Probleme, die eine negative Auswirkung auf die Genesung haben können. Die beiden genannten psychischen Probleme Angst und relocation stress können durch die Transferierung von der Intensivstation auf die Normalstation ausgelöst werden. Es gibt bereits einige Studien die beschreiben, dass PatientInnen beim Transfer auf eine Normalstation Stress erleben können, den „relocation stress“ und/oder auch eine spezielle Form der Angst, die „transfer anxiety²“ (Mayer, 2002; Brodsky-Israeli & DeKeyser Ganz, 2010; Brooke, Hasan, Slark & Sharma, 2012). In einer Studie von Scragg, Jones und Fauvel (2001) litten 43% der PatientInnen nach einem Intensivaufenthalt an Angst. Bei Leith (1999) berichteten 20% der PatientInnen und

¹ Stress, der durch einen Umgebungswechsel ausgelöst wird (Carpenito, 2006).

² Die transfer anxiety ist eine spezielle Form der Trennungsangst, die entsteht, wenn sich Personen von einer vertrauten, sicheren Umgebung in eine unbekannt bewegen (Roberts, 1986).

Angehörigen von negativen Gefühlen, wie Angst, Nervosität und Unglücklich sein. Die Transferierung kann daher für PatientInnen eine traumatische Erfahrung sein, welche mit Verwirrung, Anstrengung und Ermüdung verbunden ist (Odell, 2000). PatientInnen fühlen sich hilflos, verletztlich, unwichtig und abhängig (Bench & Day, 2010).

Auch Angehörige können gleichsam betroffen sein, da ihre Angst besonders groß ist, wenn der/die PatientIn von einem hoch technischen Bereich, wie der Intensivstation, auf die Normalstation verlegt wird (Bokinskie, 1992). Leith (1999) konnte in seiner Studie zeigen, dass einige Familien mit dem Transfer von der Intensivstation auf die Normalstation Schwierigkeiten haben. Teilweise zeigen Familien stärkere negative Reaktionen im Zusammenhang mit dem Transfer als die PatientInnen selbst (Bokinskie, 1992; Mills, 1995; Wesson, 1997; McKinney & Melby, 2002). Dies liegt daran, dass Angehörige sich besser an den Transfer erinnern können als die PatientInnen (Bokinskie, 1992; Mills, 1995; Wesson, 1997; McKinney & Melby, 2002). Die Angehörigen verbinden mit dem Transfer Schlaflosigkeit, Wut, Tränen und sind generell unglücklich (Mitchell et al., 2003). Des Weiteren wurden für die Familie bei der Transferierung folgende Stressoren identifiziert: das Wegfallen des ständigen Monitorings und das nicht mehr so intensive Betreuungsverhältnis zwischen dem/der PatientIn und dem Pflegepersonal (Mitchell et al., 2003).

Laut Wesson (1997) haben Angehörige einen hohen Einfluss auf die Genesung des/der Patienten/in. Durch die familiäre Unterstützung können Stress und Angst reduziert werden und diese wirkt sich positiv auf die Gesundheit aus (Lindsey & Yates, 1994; Mitchell & Courtney, 2004). In einer Studie von Wesson (1997) konnte gezeigt werden, dass PatientInnen, die von ihren Angehörigen sowohl psychische als auch soziale Unterstützung erfuhren, einen höheren Copinglevel aufwiesen. Insofern spielt die soziale Unterstützung der Angehörigen auch dahingehend eine wichtige Rolle, als diese auch für die Erhaltung der Gesundheit wichtig ist (Lindsey & Yates, 1994).

Wird nun durch die Transferierung bei Angehörigen Angst hervorgerufen, können diese ihre Schlüsselrolle, die sie im Hinblick auf die Genesung haben, nicht mehr oder nur ungenügend wahrnehmen (Spatt, Ganas, Hying, Kirsch & Koch, 1986; McShane, 1991; Leske, 1992). Die fehlende familiäre Unterstützung kann wiederum ein Risikofaktor sein, der zur Auslösung einer transfer anxiety des/der Patienten/in

führen kann (Brodsky-Israeli & DeKeyser Ganz, 2010). Aufgrund dessen ist es wichtig, die Angehörigen in alle medizinischen und pflegerischen Bereiche des/der Patienten/in betreffend miteinzubeziehen, so auch in die Planung der Transferierung und die Zeit darüber hinaus. Aufgrund der Tatsache, dass PatientInnen des Öfteren Probleme bzgl. der Informationsverarbeitung bzw. Informationsweitergabe haben, ist es auf alle Fälle unabdingbar, Angehörige in alle Vorhaben die PatientInnen betreffend miteinzubinden und ebenso über alle Schritte zu informieren (Odell, 2000). Die Angehörigen sollen am Genesungsprozess aktiv beteiligt sein (McKinney & Deeny, 2002; Bench & Day, 2010).

Die pflegerische Relevanz der Thematik spiegelt sich insofern wieder, als die Pflegepersonen auf der Intensivstation in Bezug auf die Transferierung eine Schlüsselposition inne haben, weil sie den meisten Kontakt zum/zur Patienten/in und den Angehörigen haben und im Zuge dessen größtenteils die Verantwortung für den Transfer tragen. In Studien konnte gezeigt werden, dass eine gute Vorbereitung der Transferierung und eine strukturierte Durchführung den relocation stress und die transfer anxiety reduzieren können (Toth, 1980; Jones & O'Donnell, 1994; Cutler & Garner, 1995; Hall-Smith, Ball & Coakley, 1997; National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2007). Eine große Rolle spielt dabei auch die Informationsweitergabe im Zusammenhang mit dem Transfer. Informationen vor dem Transfer anzubieten ist ein Schlüsselement, um die transfer anxiety und die Ungewissheit sowohl bei PatientInnen als auch bei Angehörigen zu reduzieren (Raleigh, Lepczyk & Rowley, 1990; Brooke et al., 2012).

Aus diesen Gründen braucht es Pflegepersonal, das auf Transferprobleme, wie relocation stress und transfer anxiety sensibilisiert ist, damit diese frühzeitig erkannt werden und somit keine negativen Auswirkungen auf die Genesung des/der Patienten/in haben können (Coyle, 2001). Aber nicht nur das Intensivpersonal muss dahingehend sensibilisiert werden, sondern auch das Pflegepersonal auf der Normalstation trägt seinerseits viel dazu bei, wie der Transfer und die Zeit danach von PatientInnen und Angehörigen erlebt werden. Es stellt die Kontinuität der Pflege und der Genesung sicher, die es über den Transfer hinaus aufrecht zu erhalten gibt (Kleinpell, 2010). Die Studien von Whittaker, Ball (2000) Lin, Chaboyer und Wallis, (2009) haben gezeigt, dass Pflegepersonen auf der Normalstation Schwierigkeiten mit der Übernahme von IntensivpatientInnen haben, weil diese meist viele Informationen vom Intensivpflegepersonal benötigen bzgl. notwendiger Behandlung

und spezifischer Pflegeinterventionen. Viele Pflegepersonen auf der Normalstation fühlen sich ungenügend auf die zu übernehmenden PatientInnen vorbereitet und bemängeln, dass die Übergaben durch das Intensivpflegepersonal oft zu schnell sind (Chaboyer, Foster, Kendall & James, 2002; Wu & Coyer, 2007). Bei kritisch kranken PatientInnen ist es aber essentiell, dass die weiterbetreuende Pflegeperson weiß, wo die Probleme der PatientInnen liegen und worauf besonders geachtet werden muss. Sowohl Pflegepersonen auf der Intensivstation als auch auf der Normalstation haben festgestellt, dass es hinsichtlich der Pflege eine Lücke zwischen Intensiv- und Normalstation gibt. Diese Lücke bestünde aus ihrer Sicht aufgrund unterschiedlicher Umgebungen, unterschiedlicher Kompetenz der Pflegepersonen und auch in der Kommunikation zwischen den beiden Stationen (Whittaker & Ball, 2000; Lin et al., 2009). Auch Duffield et al. (2011) haben in ihrer Studie herausgefunden, dass die zunehmende Pflege von PatientInnen mit komplexen Problemen, wie nach einem längeren Intensivaufenthalt, bei Pflegepersonal auf der Normalstation Stress auslösen kann.

Gerade aber diese Thematik wird in Zukunft noch an Bedeutung zunehmen, da die Zahl dieser komplexeren Fälle noch weiter zunehmen wird (Fink & Suter, 2006; Cox, 2012). Daher liegt der Fokus der untersuchten Gruppe bei schweren Intensivfällen (genaue Beschreibung der StudienteilnehmerInnen siehe Kapitel 3.3.4, Tabelle 1). Diese besondere Gruppe, hat zwar die schwierige und kritische Situation/Zeit aufgrund einer lebensbedrohlichen Erkrankung oder Verletzung überstanden, jedoch bedürfen diese PatientInnen nach dem Intensivaufenthalt noch einer intensiven pflegerischen Betreuung. Aufgrund der Folgen, die ein längerer Intensivaufenthalt mit sich bringen kann z.B.: Sprachprobleme oder Schluckstörungen aufgrund einer längeren Beatmungszeit mit Tubus oder Trachealkanüle oder Verlust von Muskelmasse und Kraft durch langes liegen und daher notwendige Unterstützung bei der Mobilisation. Diese komplexen Fälle können aus den beschriebenen Umständen auf der Normalstation nicht sofort aktiv an ihrer Genesung mitarbeiten, sondern bräuchten erhöhte Aufmerksamkeit, besonders von pflegerischer Seite. Diese bekommen die PatientInnen aber aus diversen Gründen, wie z.B. Zeitmangel, Personalressourcen oder auch aufgrund von Kommunikationsproblemen meist nicht (Whittaker & Ball, 2000; Lin et al., 2009). Aufgrund dessen entstehen mehrere Lücken, die es nach dem Transfer von der Intensivstation auf die Normalstation zu füllen gibt.

Einige qualitative Untersuchungen finden sich zu der dargestellten Transferproblematik bereits aus Sicht der Angehörigen oder PatientInnen (Hall-Smith et al., 1997; Leith, 1999; Odell, 2000; Streater et al., 2001; McKinney & Melby, 2002; Chaboyer et al., 2005; Strahan & Brown, 2005; Field, Prinjha & Rowan, 2008). Jedoch konnte seitens der Autorin im Zuge der Literaturrecherche keine Studie gefunden werden, die die Transferierung aus Sicht des/der Patienten/in und seiner/ihrer Angehörigen gemeinsam beleuchtet. Des Weiteren konnten keine Studien gefunden werden, die die Zeit nach dem Transfer auf der Normalstation aus Sicht der Angehörigen und/oder PatientInnen beleuchten. Es konnten nur einige Studien identifiziert werden, die sich auf das Erleben zu Hause, nach dem Intensivaufenthalt, auf die Sicht der Angehörigen und/oder PatientInnen beziehen (Le Gall, Brun-Buisson, Trunet, Latournerie, Chanterreau & Rapin, 1982; Jacobs, van der Vliet, van Roozendaal & van der Linden, 1988; Konopad, Noseworthy, Johnson, Shustack & Grace, 1995; Wehler et al., 2001; Agard, Egerod, Tonnesen & Lomborg, 2012; Agard, Egerod, Tonnesen & Lomborg, 2015).

1.2 Forschungsziel und Forschungsfrage

Ziel der Masterarbeit ist es, eine Einsicht in die Situation ehemaliger, schwer kritisch kranker IntensivpatientInnen und ihrer Angehörigen zu bekommen, um die Auswirkung der Transferierung und die Zeit danach aus Sicht des/der Patienten/in und seines/seiner bzw. ihres/ihrer Angehörigen beschreiben zu können.

Geklärt werden soll mit dieser Forschungsarbeit, wie Angehörige und PatientInnen mit den vorher erwähnten, vorhandenen Lücken nach dem Transfer umgehen und welche Rolle den Angehörigen dabei zu Teil wird.

Darüber hinaus soll mit Hilfe der Forschungsarbeit versucht werden, Faktoren bzw. Umstände zu identifizieren, die bei PatientInnen und deren Angehörigen im Zusammenhang mit der Transferierung negativ erlebt werden, um zu erkennen, wodurch der Bruch zwischen Intensivstation und Normalstation zu Stande kommt, damit künftig besser auf diese Faktoren oder Umstände reagiert werden kann. Ein Ziel ist es zu klären, warum es überhaupt zu diesem Bruch kommt und was den Beteiligten fehlt.

Ungeklärt ist auch, warum PatientInnen und deren Angehörige unterschiedliche Probleme, Erlebnisse und Gefühle mit dem Transfer und der Zeit danach verbinden,

obwohl sie den Vorgang gemeinsam durchmachen. Daher ist ein weiteres, wichtiges Ziel der Forschungsarbeit, das Erleben aus beiderlei Perspektiven zu beleuchten, um abzuleiten, welche Gemeinsamkeiten ihre Erfahrungen haben, worin sie sich unterscheiden und weshalb die Erlebnisse und Erfahrungen unterschiedlich sind.

Außerdem soll mit dieser Forschungsarbeit versucht werden zu erfahren, welche Auswirkungen die Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Transfer haben und wie das soziale Gefüge der PatientInnen und diese selbst bei der Transferierung und der Zeit danach am besten unterstützt werden können, sodass die weitere Genesung gefördert wird.

Die Forschungsarbeit soll auch dazu dienen, dem Thema Transferierung mehr Aufmerksamkeit zu widmen, um sowohl das medizinische als auch pflegerische Personal zu sensibilisieren, welche Auswirkungen eine Transferierung für PatientInnen und deren Angehörige haben kann und wie das Erleben beider nach dem Transfer dadurch beeinflusst werden kann.

Folgende Fragestellung ergibt sich daher aus der oben beschriebenen Zielsetzung:

Wie erleben ehemals, schwer kritisch kranke IntensivpatientInnen und deren Angehörige die Transferierung von der Intensiv- auf die Normalstation und die Zeit danach?

2 Theoretischer Hintergrund und Forschungsstand

Die Transferierung von der Intensivstation auf die Normalstation kann als Übergang bzw. Transition bezeichnet werden, weil die PatientInnen von einem Versorgungssetting in ein anderes wechseln. Daher bildet den theoretischen Rahmen der Masterarbeit die Transitions Theory von Meleis (2010). Im theoretischen Diskurs der Masterarbeit werden die gewonnenen Ergebnisse vor dem Hintergrund der Transitions Theory reflektiert. Des Weiteren wird in diesem Kapitel der Forschungsstand im Hinblick auf die Transfererlebnisse und Erfahrungen nach dem Transfer, aus Sicht der PatientInnen und Angehörigen, näher beleuchtet.

2.1 Transitions Theory

Die Transitions Theory gehört zu den Theorien mittlerer Reichweite (middle-range theories). Diese umfassen ein begrenztes Gebiet, sind wenig abstrakt, behandeln bestimmte Phänomene und Konzepte und spiegeln die Praxis wieder (Mayer, 2012). Das Wort „Transition“ kommt aus dem Lateinischen von dem Verb „transire“, was „hinübergehen“ bedeutet. Das Substantiv kann auf Deutsch mit Übergang oder Wechsel übersetzt werden.

Die frühesten Konzeptualisierungen von Transitionen sind auf die Anthropologie und die Arbeit von Van Gennep in den 1960er Jahren zurückzuführen. Er definierte Transitionen im Sinne von sozialen Ritualen oder Übergangsriten bezogen auf den gesamten Lebensverlauf, z.B. den Übergang zum Erwachsenen werden, zur Ehe oder Elternschaft (Kralik, Visentin & van Loon, 2005). Von Schumacher und Meleis (1994) wurde der Transitionsbegriff erweitert, wobei Transitionen entwicklungsbedingt, situationsbedingt, organisationsbedingt oder im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit auftreten können. Demnach lautet die Definition der Transition wie folgt:

„Der Übergang von einem relativ stabilen Zustand in einen anderen relativ stabilen Zustand, der einen Prozess durch eine Veränderung auslöst“ (Chick & Meleis, 2010, S.11).

Manche Transitionen können mit einem erkennbaren Ereignis, wie z.B. die Diagnose einer Krankheit in Verbindung gebracht werden, während andere nicht klar erkennbar sind (Meleis, 2010).

Wie schon erwähnt werden unterschiedliche Arten von Transitionen unterschieden, wobei im Zusammenhang mit kritisch Kranken und dem Transfer von der Intensiv- auf die Normalstation zwei Transitionen identifiziert werden konnten: die gesundheits- bzw. krankheitsbezogene Transition und die situationsbedingte Transition (Ludin, Arbon & Parker, 2013). Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger, DeAnne, Schumacher (2000) haben festgestellt, dass Veränderungen im Gesundheits- oder Krankheitszustand zu einer Transition führen und PatientInnen in so einem Prozess anfälliger für Risiken bzw. Gefahren sind. PatientInnen erleben daher im Zusammenhang mit dem Transfer eine gesundheits- bzw. krankheitsbezogene Transition, weil sie den Übergang vom/von Behandeltem/Behandelter zum/zur Überlebenden/Überlebenden durchmachen (Chaboyer, Gillespie, Foster & Kendall, 2005a).

Daneben erleben kritisch kranke PatientInnen zusätzlich eine situationsbedingte Transition. Sie erleben diese aufgrund des Settingwechsels, von der Intensiv- auf die Normalstation. Es ist bekannt, dass die situationsbedingte Transition Auswirkungen auf die Erfahrungen von PatientInnen im Zusammenhang mit dem Intensivaufenthalt hat. Daher ist es wichtig, dass das Pflegepersonal diesen Prozess versteht, um psychologische Unterstützung und eine ganzheitliche Versorgung bereit stellen zu können (Gustad, Chaboyer & Wallis, 2008).

Mit Hilfe der Transitions Theory sollen aus PatientInnensicht Faktoren identifiziert werden, die eine fördernde bzw. hemmende Wirkung für eine gut ablaufende, „gesunde“ Transition haben.

2.1.1 Modell der Transition

Die Theory of Transition besteht aus sechs Komponenten (siehe Abb.1), die in Beziehung zueinander stehen.

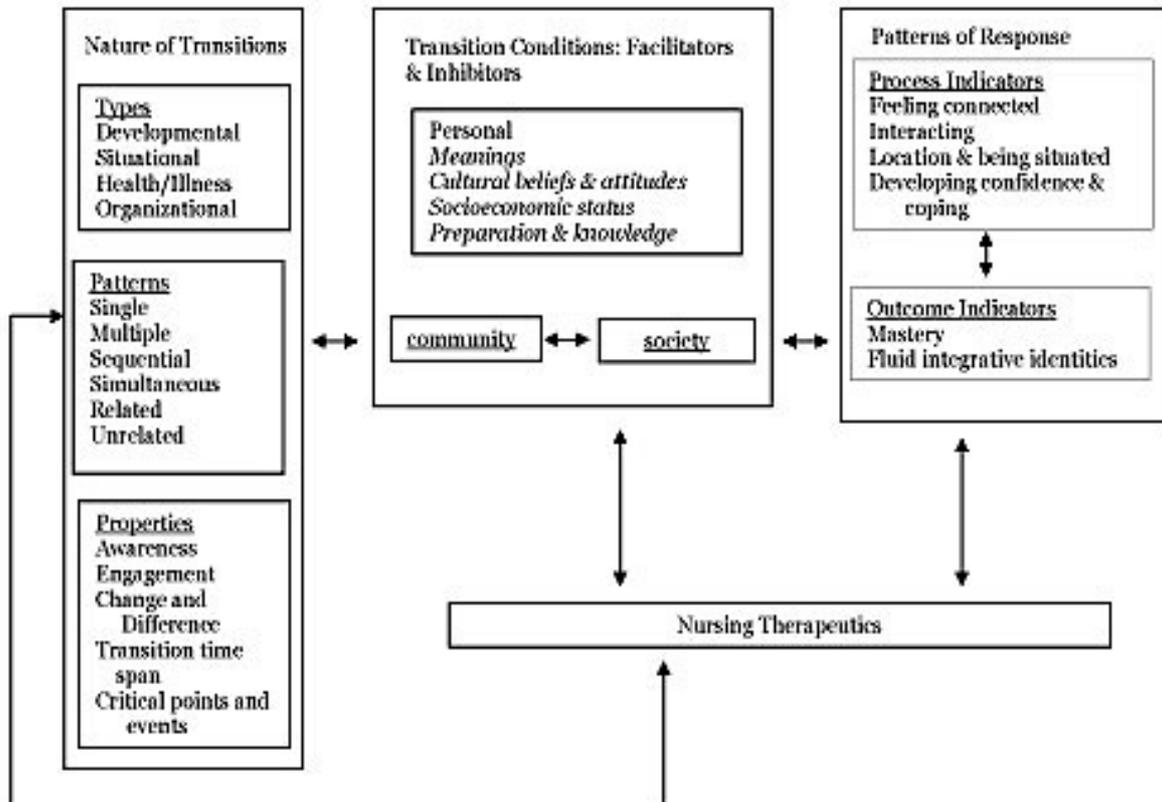


Abb. 1: Transitions - A Middle-Range Theory (Meleis et al., 2000, S.52)

Unterschiedliche Types (Arten) von Transition, wie entwicklungsbedingte, situationsbedingte, gesundheits-/krankheitsbedingte oder organisationsbedingte sind möglich. Wie bereits erwähnt sind mehrere bzw. übergreifende Typen zutreffend im Zusammenhang mit kritischer Erkrankung und dem Übergang auf die Normalstation, nämlich die situationsbedingte und die gesundheits-/krankheitsbedingte Transition.

Patterns (Struktur/Form) beschreiben, wie der Übergang aussieht. Dieser kann einfach, mehrfach, aufeinanderfolgend, gleichzeitig, ähnlich oder unähnlich sein.

Properties beschreiben die Eigenschaften des Überganges und gliedern sich in fünf Punkte:

- Awareness (Bewusstsein): in Bezug auf Wahrnehmung, Wissen und Erkennen von Transitionserfahrungen; was weiß man, was wird erwartet (aufgrund von Vorerfahrungen);
- Engagement (Beschäftigung/Bindung): das Ausmaß, in dem sich das Individuum am Prozess beteiligt (Informationen einfordern, Vorbereitungen...);
- Change and Difference (Veränderungen und Unterschiede): nicht alle Veränderungen sind gleich eine Transition; die Art der Veränderung, deren zeitlicher Prozess, die wahrgenommene Bedeutung und persönliche, familiäre und gesellschaftliche Normen und Erwartungen spielen dabei eine Rolle (z.B. typische körperliche Folgeerscheinungen nach kritischer Erkrankung, wie Gewichtsverlust, Schwäche...);
- Time span (Zeitspanne): Transitionen sind Prozesse über eine bestimmte Zeit. Sie umfassen immer drei Phasen (Anfang, Übergang, Ende). Grundsätzlich gibt es immer einen Endpunkt, davor sind aber instabile Phasen, Belastungen etc. üblich/möglich;
- Critical points and events (kritische Punkte und Events): Wendepunkte verbunden mit zunehmendem Bewusstsein oder mit mehr Engagement im Transitionsprozess; manche Transitionen sind eindeutig gekennzeichnet z.B. Geburt, Tod, Krankheitsbeginn, andere wiederum nicht definierbar bzw. mehrere kritische Ereignisse bzw. Punkte während einer Transition (Meleis et al., 2000), z.B. plötzliche gesundheitliche Verschlechterungen oder bewusstes wahrnehmen der eigenen Schwächen bzw. funktionellen Einschränkungen durch die Schwere der Erkrankung;

Die Transition Conditions (Transitionsbedingungen/Übergangsbedingungen) sind Faktoren, die eine hemmende oder fördernde Wirkung, auf eine gesunde Transition haben können. Sie beinhalten persönliche Bedingungen (z.B.: Bedeutung, Erwartungen, kulturelle Aspekte, Einstellungen...), gemeinschaftliche Bedingungen (z.B.: soziale Unterstützung, Zugang zu relevanten Informationen...) und soziale Bedingungen (z.B.: Gefühl der Stigmatisierung, Ausgrenzung,...) (Schumacher & Meleis, 1994; Meleis et al., 2000).

Die Patterns of Response (Reaktionsmuster) enthalten Prozess- und Outcomeindikatoren. Die prozessbezogenen Indikatoren erleichtern entweder eine

Übergangserfahrung, oder sie setzen Individuen einem Schaden und einer Gefahr aus. Sie setzen sich zusammen aus:

- Feeling connected (sich verbunden fühlen, z.B.: zu Pflegepersonen, Angehörigen...);
- Interacting (interagieren zwischen PatientInnen und anderen);
- Location and being situated (Ort und sich wohl fühlen/oder auch nicht)
- Developing confidence and coping (Entwicklung von Selbstvertrauen und Bewältigungsmöglichkeiten - Strategien);

Die Outcomeindikatoren setzen sich zusammen aus der Fähigkeit neue Situationen oder Umstände zu meistern (Mastery) und die Neudefinition der eigenen Identität zu beschreiben (fließend, dynamisch, nicht statisch) (Meleis et al., 2000). Es kann zu einer Überlappung der prozessbezogenen Indikatoren und Outcomeindikatoren kommen, was dazu anregt, die Bestimmungen, wenn eine Transition abgeschlossen ist, flexibel und unterschiedlich zu betrachten, weil sie von der Art der Transition, der Form und Struktur abhängt (Meleis et al., 2000).

Der letzte Punkt des Modells, Nursing Therapeutics (spezielle, pflegerische Interventionen), hat als zentrale Prämisse, mit Hilfe von bestimmten Pflegeinterventionen eine „gesunde Transition“ zu fördern bzw. zu ermöglichen. Pflegeinterventionen sollen Bedingungen schaffen für eine gute, gesunde Transition (Ramsay, Huby, Thompson & Walsh, 2013). Die Pflegeperson kann dabei auf verschiedene Arten in alle Phasen der Transition eingreifen (vorausschauend, präventiv, intervenierend).

2.2 Forschungsstand im Hinblick auf Transfererlebnisse und Erfahrungen nach dem Transfer auf der Normalstation von IntensivpatientInnen

Wie bereits dargelegt, stellt der Transfer von der Intensiv- auf die Normalstation für viele IntensivpatientInnen einen wichtigen Schritt in Richtung Genesung dar (Leith, 1999; McKinney & Melby, 2002; Strahan & Brown, 2005). Die Transferierung wird von den PatientInnen nicht nur als positiver Schritt gewertet, sondern die PatientInnen interpretieren diese als ein zusätzliches, positives Zeichen hinsichtlich

ihres weiteren Genesungsprozesses (Leith, 1999; Odell, 2000). Daher haben viele durchwegs positive Erinnerungen an den Transfer von der Intensiv- auf die Normalstation und beschreiben diesen als freudiges Ereignis (Bench & Day, 2010). Leith (1999) konnte zeigen, dass mehr als 50% der PatientInnen den Transfer im Allgemeinen als positiv werteten und als einen Schritt vorwärts sahen. In einer Studie von Strahan und Brown (2005) gaben IntensivpatientInnen an, dass sie den Transfer als Möglichkeit sahen wieder Unabhängigkeit zu erlangen und dass dieser ihnen im Hinblick auf den weiteren Genesungsprozess Hoffnung und Vertrauen gab. Insofern wird der Transfer dahingehend auch als Fortschritt gewertet, als dieser die PatientInnen von einer völligen Abhängigkeit in Richtung Unabhängigkeit leitet (Strahan & Brown, 2005), was der Wunsch aller PatientInnen ist (McKinney & Deeny, 2002). Die PatientInnen empfanden positiv, dass durch den Transfer die ständige Monitorüberwachung wegfiel (Leith, 1999; McKinney & Deeny, 2002) und gaben an, dass sie auf der Normalstation eine friedlichere, ruhigere und weniger stressige Umgebung erwarteten (Green, 1996; Forsberg et al., 2011).

Die Versorgung mit effektiven Informationen spielt für PatientInnen während dieses frühen Rehabilitations- und Genesungsprozesses eine wichtige Rolle, um die psychisch-soziale Gesundheit und Selbständigkeit, sowie die positive Einstellung bzgl. des Transfers und den Prozess, den dieser mit sich bringt, zu fördern (NICE, 2009; Bench & Day, 2010; Bench et al., 2011; Forsberg et al., 2011).

Aufgrund unterschiedlicher Ursachen, wie z.B. Stress, Angst oder schlechte Vorbereitung auf den Transfer können PatientInnen jedoch auch negative Transfererfahrungen haben. Viele PatientInnen leiden sowohl vor, als auch nach dem Transfer an verschiedenen psychischen und physischen Problemen, die eine Auswirkung auf die Genesung und die Gesundheitsressourcen der PatientInnen haben (Field et al., 2008; Bench & Day, 2010; Rattray, Crocker, Jones & Connaghan, 2010). Sie fühlen sich lethargisch, geschwächt, in ihrer Mobilität beeinträchtigt, haben Schmerzen, Appetitverlust und Probleme beim Schlucken und Essen (Griffiths & Jones, 1999; Strahan & Brown, 2005; Field et al., 2008). Auch können PatientInnen in den ersten Tagen und Wochen nach dem Intensivaufenthalt an Kurzatmigkeit, Müdigkeit und Verdauungsproblemen leiden (Daffurn, Bishop, Hillman & Bauman, 1994; Strahan & Brown, 2005). Die unterschiedlichen physischen Probleme, mit denen IntensivpatientInnen auf der Normalstation zu kämpfen haben, machen es ihnen schwierig bis unmöglich für sich selbst zu sorgen (Hall-Smith et al.,

1997; McKinney & Deeny, 2002; Strahan & Brown, 2005; Field et al., 2008). Auch die psychischen Folgen wie z.B. Schlafstörungen oder depressionsähnliche Symptome beeinträchtigen die physische Verfassung der PatientInnen und wie in einem Wechselspiel, wirkt sich die physische Verfassung wiederum auf die psychische Verfassung der PatientInnen aus (Hall-Smith et al., 1997; Strahan & Brown, 2005; Field et al., 2008).

Multifaktorielle Ursachen können laut Literatur (Odell, 2000; Mitchell & Courtney, 2004; Strahan & Brown, 2005; Field et al., 2008) dazu führen, dass der Transfer als negativ seitens der Angehörigen und PatientInnen erlebt wird. Die häufigsten negativen Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Transfer, die sowohl PatientInnen und Angehörige stark belasten, sind Stress und Angst (McKinney & Melby, 2002). Bereits identifizierte Risikofaktoren bei der Verlegung von der Intensivstation auf die Normalstation, die Angst und Stress für PatientInnen begünstigen, sind das Geschlecht (weiblich), eine verminderte soziale Unterstützung und die Aufenthaltsdauer auf einer Intensivstation (Brodsky-Israeli & DeKeyser Ganz, 2010). IntensivpatientInnen sind für die Entwicklung des sogenannten „relocation stress“ anfälliger als andere PatientInnen, aufgrund diverser körperlicher Einschränkungen und ihrer verringerten physischen Gesundheit, sowie durch eventuellen Stress vor der Verlegung. Ein verringertes Selbstwertgefühl und auch eine verringerte Selbstpflege können ihres zu dessen Entwicklung beitragen (Whittaker & Ball, 2000). Carpenito (1993) nennt z.B. einen verminderten körperlichen Gesundheitszustand, einen erhöhten wahrgenommenen Stress vor der Verlegung, verminderte Überwachung und individuelle Betreuung, Veränderung des Pflegepersonals oder Abnahme der monitorgestützten Patientenüberwachung. Nach Lazarus und Folkman (1984) können sowohl Umgebungsfaktoren als auch persönliche Faktoren zur Entwicklung von potenziellen Stressoren beitragen. Umgebungsfaktoren beinhalten eine mäßige bis hohe Umgebungsveränderung (weniger technische Geräte, größere Zimmer,...), eine plötzliche Reduktion der Monitorüberwachung und der Mangel an Vorhersehbarkeit, was die Umgebung auf der Normalstation betrifft (Daffurn et al., 1994; Leith, 1998; Carpenito, 2006). Aus diesen Gründen können PatientInnen Angst vor dem Transfer empfinden (Odell, 2000; Chaboyer et al., 2005; Strahan & Brown, 2005; Pattison, Dolan, Townsend & Townsend, 2007). Diese Angst vor dem Unbekannten kann sogar soweit führen, dass PatientInnen Ungewissheit und Hoffnungslosigkeit erleben und deshalb

besonders verletzlich sind (Bench & Day, 2010). Persönliche Faktoren, wie individuelle Bewältigungsstrategien, vorhandene Bewältigungshindernisse und verfügbare Bewältigungsressourcen können ebenso einen Einfluss auf die Entstehung von Stress haben (Byers & Smith, 1997). Bewältigungshindernisse sind z.B. Schmerzen, Müdigkeit oder Erschöpfung. Werden diese Faktoren nicht behandelt, kann es dadurch auch im Hinblick auf die potenziell belastende Situation des Transfers zur Verminderung der individuellen Bewältigungskapazität seitens der PatientInnen kommen (Bokinskie, 1992; Wesson, 1997). Auch Personen mit vorhandenen Bewältigungsstrategien können durch den Prozess der Transferierung gestört werden. Wie Roberts (1986) festgestellt hat, ist es nicht unüblich in der Intensivpflege, dass Menschen ihr ganzes Vertrauen in das Wissen und Ermessen der ÄrztInnen und Pflegepersonen legen. Durch einen Transfer kann es nun zu Störungen der zwischenmenschlichen Beziehungen kommen und die Hauptbewältigungsressourcen können dadurch aufgehoben werden. PatientInnen finden sich in einer unbekanntem Umgebung, mit weniger pflegerischer und medizinischer Überwachung. Diese können Gefühle der Verlassenheit oder Unsicherheit erleben, welche nicht nur mit der neuen Umgebung zusammenhängen, sondern auch mit dem vertrauten Personal, das sie verlassen haben (Jekins & Rogers, 1995). Für viele PatientInnen ist es schwierig, dass diese zuvor erlebte, spezielle Beziehung durch den Transfer nun getrennt wurde (Chaboyer et al., 2005). Wichtig zu erwähnen ist, dass nicht alle PatientInnen solche Faktoren als stressauslösend empfinden. Nach Lazarus und Folkman (1984) muss die kognitive Beurteilung der PatientInnen im Hinblick auf die Situation berücksichtigt werden. Nicht nur persönliche und umgebungsbedingte Faktoren können zur Stressentwicklung besteuern, sondern auch die kognitive Beurteilung des Transfers durch die PatientInnen kann auf diesen einen Einfluss haben (McKinney & Melby, 2002). McKinney und Deeny (2002) konnten in ihrer Studie zeigen, dass PatientInnen das Verlassen des Intensivpersonals als schlimmsten Teil der Transferierung gesehen haben. Des Weiteren bemerkten diese eine Veränderung im Hinblick auf die Pflege. Es waren weniger Geräte zur Überwachung vorhanden und auch weniger Personal. Die PatientInnen vermissten die enge Beziehung auf der Normalstation und beschrieben wie schwer es war, zu akzeptieren, nicht mehr eine Pflegeperson für sich alleine zu haben. Aus diesen genannten Gründen erleben PatientInnen oft Gefühle der Hilflosigkeit, Verletzlichkeit und Unwichtigkeit (Odell,

2000; Chaboyer et al., 2005; Strahan & Brown, 2005; Pattison et al., 2007). Viele PatientInnen haben zu Beginn Probleme und Schwierigkeiten sich an das nicht, wie auf der Intensivstation meist vorherrschende eins zu eins Betreuungsverhältnis, anzupassen (McKinney & Deeny, 2002; Chaboyer et al., 2005). Die plötzliche geforderte Selbständigkeit, Anonymität und einer/eine von vielen zu sein führt bei PatientInnen zu Unsicherheit (Leith, 1999; Strahan & Brown, 2005; Field et al., 2008). Einige PatientInnen sind über den Zustand entrüstet, dass die Aufmerksamkeit, die sie zuvor genossen haben auf der Intensivstation, durch den Transfer nun verloren ist und dieser Zustand führt dazu, dass PatientInnen sich unwichtig fühlen (Chaboyer et al., 2005). PatientInnen fühlen sich aber teilweise auch unwichtig, weil deren Bedürfnisse von den Pflegenden nicht wahrgenommen werden, was daran liegt, dass die Pflegenden zu beschäftigt sind, um den PatientInnen genügend Aufmerksamkeit zu schenken (Chaboyer et al., 2005; Field et al., 2008).

Einige PatientInnen stellen auf der Normalstation auch fest, dass das betreuende Team wenig über sie und ihre Fähigkeiten weiß, was sie zum Entschluss kommen lässt, dass das Intensivpersonal nicht alle Details weitergegeben haben kann. Andere wiederum nehmen an, dass die Übergabe zu medizinisch war und nicht oder nur wenig zum praktischen Nutzen für Pflegepersonen auf der Normalstation beiträgt. Einige kommen zur Einsicht, dass die von ihnen erkannten Kommunikationsprobleme zwischen Intensiv- und Normalstation zu Fehlern bzw. Problemen in deren Behandlung führen z.B. mit ihren Medikamenten oder speziellen Diäten (Field et al., 2008). Diese von den PatientInnen als inadäquat eingestufte Kommunikation erzeugt bei ihnen unnötigen Stress und Angst und ist auch maßgeblich daran beteiligt, dass keine Kontinuität in der Pflege wahrgenommen wird (Streater et al., 2001; Strahan & Brown, 2005). Aufgrund dieser oder ähnlicher Erfahrungen kommt es dazu, dass PatientInnen auch in der Aufmerksamkeit der Mitarbeiter zwischen Intensiv- und Normalstation einen Kontrast bemerken (Simpson, Armstrong & Mitchel, 1989). Diese wahrgenommene, verminderte Aufmerksamkeit wird von den PatientInnen meist als negativ erlebt, wie z.B. im Bereich Selbstpflege. Forsberg et al. (2011) konnten aufzeigen, dass PatientInnen nach Ankunft auf der Station Unsicherheit empfinden, da sie das Gefühl haben, dass von ihnen Selbständigkeit und Eigenständigkeit seitens des Normalstationspersonals gefordert wird. Diese hohen Erwartungen der Pflegepersonen ihnen gegenüber, löst bei vielen PatientInnen ein Gefühl der Überforderung aus (Cullinane & Plowright,

2013). Die wenigsten PatientInnen erfüllen die Erwartungen, sich selbst bzw. alleine zu pflegen (Leith, 1999). Aufgrund der Wahrnehmung von einigen PatientInnen, dass die Pflegepersonen mit ihnen im Umgang reservierter bzw. schroffer waren, als sie es zuvor gewöhnt waren, ließ sie darauf schließen, dass dieser Umgang dahingehend begründet sein musste, weil sie nicht in der Lage waren sich selbst zu pflegen. Dieses Verhalten der Pflegepersonen führt bei einigen PatientInnen einerseits zum Verlust ihres Selbstwertgefühls, andererseits erleben andere PatientInnen dadurch aber einen positiven Antrieb (Field et al., 2008).

Auch die neue bzw. andere Umgebung kann befremdlich auf PatientInnen und Angehörige wirken. Die PatientInnen fühlen sich nicht vorbereitet auf die belebte Atmosphäre, die auf der Normalstation herrscht (Field et al., 2008). Viele PatientInnen beschreiben die dort vorherrschende Atmosphäre als chaotisch, weil immer etwas los ist (Forsberg et al., 2011) und auch die Pflegepersonen machen auf sie einen durchwegs gestressten und überarbeiteten Eindruck (Leith, 1999; Field et al., 2008; Forsberg et al., 2011). Für manche ist und war die Normalstationsumgebung hinderlich für deren Genesung und die Pflege entsprach nicht den Vorstellungen, die sie hatten (Field et al., 2008). Die PatientInnen müssen nun längere Wartezeiten in Kauf nehmen (Leith, 1999; Forsberg et al., 2011) und auch das Liegen im Mehrbettzimmer ist vielen ein Dorn im Auge (Forsberg et al., 2011). Wenn die Basispflege, also die Pflege, die PatientInnen aus ihrer Sicht unbedingt benötigen, wie ausreichend Schlaf bzw. Zeit zum Erholen, Hilfe bei der Pflege und der Mobilisation, übersehen wird bzw. dieser nicht ausreichend seitens des Pflegepersonals nachgekommen wird und auch die laufende Unterstützung bzgl. ihres Genesungsprozesses inadäquat ist, dann können PatientInnen depressiv, gestresst und durch dieses Verhalten entmutigt werden (Field et al., 2008).

Manche PatientInnen erleben im Zuge des Transfers auch Angst. Diese Angst, die im Zusammenhang mit dem Transfer entsteht, kann auch als spezielle Trennungsangst bezeichnet werden (Roberts, 1986). Für ehemalige IntensivpatientInnen ist diese Erfahrung verstärkt, da sie mit der Trennung von der intensiven und persönlichen Betreuung seitens des medizinischen und pflegerischen Personals einhergeht, aber auch durch das Wegfallen der Maschinen, die den physischen Zustand des/der Patienten/in sehr genau dokumentiert haben (Bouley, Von Hofe & Blatt, 1994). Die Angst besteht aus physischen und psychischen Komponenten. Bei der subjektiv empfundenen Angst, wirken die PatientInnen nervös,

bei der objektiven hingegen, kann es zu einer erhöhten Herzfrequenz kommen, der Blutdruck kann ansteigen, die Atemfrequenz zunehmen oder es kann auch zu Herzrhythmusstörungen kommen (Sharp, 1996). Diese Manifestation der Angst, als Folge des Transfers, kann sich nachteilig auf die Genesung des/der Patienten/in auswirken (McKinney et al., 2002). Die Konsequenzen die die Angst mit sich bringt, sind eine Zunahme der Anforderungen seitens der PatientInnen an das Pflegepersonal, das Erfassen körperlicher Symptome, längere Krankenhausaufenthalte (Cutler & Garner, 1995) und eine Wiederaufnahme auf der Intensivstation (Griffiths et al., 1999).

Des Weiteren ist es für Pflegepersonen auf der Normalstation interessant zu wissen, dass PatientInnen auf der Intensivstation aufgrund ihrer fehlenden oder stark eingeschränkten Mobilität, täglich bis zu zwei Prozent an Muskelmasse verlieren können und somit die meisten PatientInnen ein Jahr brauchen, um sich körperlich davon komplett bzw. zumindest einiger Maßen erholen zu können (Jones & Griffiths, 2006). In einer Studie von Field et al. (2008) konnte gezeigt werden, dass viele Pflegepersonen von Normalstationen nicht wussten, dass IntensivpatientInnen bis zu einem Jahr für ihre Rehabilitation benötigen und somit sahen viele die PatientInnen auf der Station meist als faul an.

Aufgrund diverser Probleme, die PatientInnen beim Transfer von der Intensiv- auf die Normalstation entwickeln können und zur besseren Adaptierung an die Normalstation wurden international schon einige Strategien entwickelt, damit PatientInnen geholfen werden kann, diese Adaptierung zu erleichtern. International wird diese Anpassung z.B. von einem Liaisonsteam oder einem Follow-up Service unterstützt (Field et al., 2008). Diese beiden unterstützenden Maßnahmen werden von erfahrenen Intensivpflegenden in Zusammenarbeit mit Intensivmedizinern ausgeführt und sollen die Zusammenarbeit zwischen Intensiv- und Normalstation verstärken, um somit den PatientInnen den Übergang auf letztere und die Zeit danach so angenehm wie möglich zu gestalten. In Österreich hingegen wurde davon bislang noch wenig umgesetzt. Nur in ein paar wenigen Krankenhäusern werden seit einigen Jahren Intensivtagebücher geführt, die in diesem Zusammenhang dazu beitragen können, sowohl die Zeit auf der Intensivstation, als auch den Transfer und die Zeit danach von PatientInnen und deren Angehörigen zu erleichtern.

2.3 Forschungsstand im Hinblick auf Transfererlebnisse und Erfahrungen nach dem Transfer auf der Normalstation von Angehörigen

Nicht nur PatientInnen, auch Angehörige erleben den Transfer von der Intensiv- auf die Normalstation als einen Schritt vorwärts. So erleben auch 60% der Angehörigen den Transfer im Allgemeinen als positiv (Leith, 1999). Für viele Angehörige wechselte jedoch das Gefühl der Freude, dass die ihnen nahestehende und kranke Person am Weg der Besserung ist, mit Angst und Zweifel, ob diese wirklich für einen Transfer bereit ist. Einige Angehörige haben den Wunsch, die schützende Intensivumgebung nicht zu verlassen, dennoch äußern sie ein Gefühl der Erleichterung, nicht mehr die Intensivstation betreten zu müssen (Cullinane & Plowright, 2013) und dieser Umstand führe dazu, dass bei den Angehörigen durch den Transfer der Stresspegel minimiert wird (Leith, 1999).

Ein Grund, warum Angehörige stärkere, negative Reaktionen mit dem Transfer in Verbindung bringen als die PatientInnen selbst ist, dass Angehörige sich genau an den Transfer erinnern können, was von den PatientInnen nicht angenommen wird (Bokinskie, 1992; Mills, 1995; Wesson, 1997; McKinney & Melby, 2002). Somit sind diese insofern eine große Stütze, indem sie den PatientInnen später erläutern können, wie der Transfer von statten gegangen ist. Aus diesem Grund erscheint es wichtig, das Erleben des Transfers sowohl aus der Sicht des/der Patienten/in als auch seines/seiner bzw. ihres/ihrer Angehörigen zu erfahren. Einige Angehörige kommen damit nicht zurecht, dass der/die PatientIn von der Intensiv- auf die Normalstation verlegt wird. Sie haben mit Schlaflosigkeit zu kämpfen, sind wütend, weinerlich und generell unglücklich über den Transfer des/der Patienten/in (Leith, 1999). Ein wesentlicher Faktor, der zu diesem Unmut beiträgt ist, dass sich die Angehörigen im Hinblick auf den Transfer zu wenig vorbereitet fühlen (Mitchell et al., 2003). Darum erleben die Angehörigen zum Zeitpunkt des Transfers ein Gefühl der Verletzlichkeit und Hilflosigkeit, weil sie nicht wissen, was sie erwarten wird (Chaboyer et a., 2005). Des Weiteren empfinden sie die monitorgestützte Überwachung auf der Intensivstation als beruhigend, daher sehen sie das Wegfallen der monitorgestützten Überwachung auf der Normalstation als besorgniserregenden Faktor an (Bench & Day, 2010). Die Angehörigen bemängeln auch die Qualität der Pflege auf der Normalstation, da nicht immer - wie auf der Intensivstation - sichtbar genug Personal anwesend ist. In einer Studie von Mitchell et al. (2003) konnte dann

auch gezeigt werden, dass nicht alleine das verringerte Monitoring, Angst bei Angehörigen auslöste, sondern die Kombination mit weniger Personal dazu führte. Auch haben sie Sorge, dass die Pflegepersonen auf der Normalstation zu viel verlangen und die PatientInnen zu sehr drängen (Odell, 2000). Außerdem haben sie das Gefühl, dass die Pflegekräfte auf der Intensivstation besser ausgebildet sind und somit fühlen sie sich verpflichtet, den/die Patienten/in in seiner/ihrer persönlichen Pflege zu unterstützen (Bench & Day, 2010). Im Vergleich zu patientenzentrierten Studien zeigte sich in angehörigenzentrierten Studien, dass diese mehr Sorgen im Zusammenhang mit der Transferierung haben, als die PatientInnen selbst. Manche erleben den Transfer erschütternd und dies mündet in einem Gefühl der Verzweiflung seitens der Angehörigen (Bench & Day, 2010). Chaboyer et al. (2005) konnten in ihrer Studie zeigen, dass viele Angehörige Furcht haben vor den Auswirkungen des Transfers und Zweifel, ob die PatientInnen überhaupt schon für den Transfer bereit sind. Auch Marshall (1987) und Kolotylo, Parker und Chapman (1991) wiesen nach, dass Angehörige Furcht vor dem Transfer haben, weil sie Angst vor Unbekanntem haben. Die Studie von Mitchell und Courtney (2004) zeigte, dass die entstehende Angst bei Angehörigen während des Transfers sich dahingehend schlecht auswirkt, als dadurch ihre Funktion betreffend der PatientInnengenesung reduziert wird. Außerdem tragen ein Mangel an Verständnis bezüglich der Pflege auf der Normalstation und ein Mangel an Kommunikation und Information zur Entstehung der Angst bei. Einige Familien verbinden mit dem Transfer Gefühle der Unsicherheit, Verlassenheit, Verletzlichkeit, Angst und fühlen sich auf der Normalstation unwichtig (Wesson, 1997; Holden, Harrison & Johnson, 2002; Chaboyer et al., 2005; Verhaeghe, Defloor, Van Zuuren, Dulijnstee & Grypdonck, 2005). Streater et al. (2001) konnten in ihrer Studie fünf Aspekte im Zusammenhang mit dem Transfer von der Intensiv- auf die Normalstation identifizieren, die von den Angehörigen negativ beschrieben wurden, nämlich Änderungen zwischenmenschlicher Beziehungen, Umgebungsveränderungen, Informationsdefizit, Veränderungen in der pflegerischen Versorgung und der Ablauf des Transfers an sich. Angehörige gaben an, dass es für sie nicht möglich war, eine enge Beziehung zum Stationspersonal zu etablieren, wie dies auf der Intensivstation der Fall war. Des Weiteren empfanden diese die Kommunikation auf der Normalstation schwieriger. Sie hatten das Gefühl, dass sie Informationen nur schwer bekamen und diese ungenau waren (Streater et al., 2001).

3 Methodik

3.1 Qualitative Forschung

Zur Beantwortung der gestellten Forschungsfrage soll der qualitative Forschungsansatz dienen. Die qualitative Forschung ist hierfür besonders gut geeignet, da diese den Anspruch hat, die Lebenswelt aus der Sicht der Betroffenen zu beschreiben und somit zu einem besseren Verständnis der sozialen Wirklichkeit beiträgt (Flick, von Kardorff & Steinke, 2008). Ziel der qualitativen Forschung ist es weiter, ein Geschehen ganzheitlich, von innen heraus zu verstehen und zu entdecken, welche Bedeutung dieses Geschehen für den/die Betroffenen/Betroffene hat (Mayer, 2015). Daher hat die qualitative Forschung, im Gegensatz zur quantitativen Forschung, einen ganz anderen Wahrheitsbegriff (Mayer, 2015). In der qualitativen Forschung geht man davon aus,

„dass die Wirklichkeit nicht unabhängig vom Menschen besteht, sondern das Ergebnis von Bedeutungen und Zusammenhängen ist und im Zuge sozialer Interaktionen von allen gemeinsam hergestellt wird“ (Mayer, 2015, S. 97).

Das heißt, Wahrheit ist nicht, wie in den Naturwissenschaften als objektiv zu betrachten, sondern ist subjektiv und passiert auf den Erfahrungen jedes/jeder Einzelnen (Mayer, 2015).

Die besondere Attraktivität der qualitativen Forschung liegt darin, dass ihre Zugangsweise zu den untersuchten Phänomenen und Geschehnissen häufig offener und näher an der Lebenswelt dran ist, als andere Forschungsmethoden (Flick et al., 2008). Mit Hilfe von Antworten auf Fragen z.B. in einem Leitfadeninterview, in biographischen Erzählungen, in ethnographischen Beschreibungen des Alltags oder in verschiedenen Prozessen wird ein relativ klares und deutliches Bild davon reproduziert, was es aus Sicht der Betroffenen heißt, etwas Bestimmtes zu erleben oder durchzumachen (Flick et al., 2008).

Im Hinblick auf die Forschungsfrage, die dieser Arbeit zugrunde liegt, eignet sich der qualitative Forschungsansatz besonders gut, um das Erleben des Transfers und des nachfolgenden Prozesses aus Sicht der Angehörigen und PatientInnen erkunden zu können. Aufgrund der Tatsache, dass sich die qualitative Forschung stark am Alltagsgeschehen bzw. -erleben der Menschen orientiert, ist die Wahrheit bzw. die Realität immer auch an deren alltäglichen Kontext gebunden (Flick et al., 2008).

Um ein möglichst umfangreiches und detailliertes Bild vom Forschungsgebiet zu bekommen, ist es notwendig, dass die qualitative Forschung die zu untersuchenden Phänomene nicht versucht einzeln und isoliert, sondern als Ganzes, mit deren komplexen Zusammenhängen zu betrachten und zu verstehen (Flick et al., 2008).

Ziel der qualitativen Forschung ist es, aus den subjektiv gewonnenen Daten, neues zu entdecken und daraus Theorien zu entwickeln, die empirisch begründbar sind (Flick et al., 2008). Die qualitative Forschung prüft somit keine bereits formulierten Theorien, d.h. sie ist nicht theorieprüfend, sondern theoriebildend (Mayer, 2015). Die Theoriebildung in der qualitativen Forschung folgt dem induktiven Denkprinzip. Das bedeutet, es wird vom Besonderen auf das Allgemeine geschlossen. Mit anderen Worten,

„dass mehr oder minder konsequent am Einzelfall angesetzt wird, bevor zu vergleichenden bzw. allgemeinen Aussagen übergegangen wird“ (Flick, 2012, S. 96).

3.2 Methode der Datenerhebung

Auch die Datenerhebung in der qualitativen Forschung ist sehr offen gestaltet, um den Phänomenen so nahe wie möglich zu kommen bzw. deren Komplexität gerecht zu werden (Flick, 2012). Dabei orientiert sich die Methode am zu untersuchendem Phänomen und nicht umgekehrt. Phänomene werden in ihrem alltäglichen Kontext untersucht, somit gleicht das zu untersuchende Feld keineswegs einer Laborsituation. Vielmehr geht es darum, das Handeln und Interagieren verschiedener Menschen, Gruppen etc. in ihrem Umfeld abzubilden (Flick, 2012).

3.2.1 Leitfadengestütztes Interview

Zur Datenerhebung wurden leitfadengestützte Einzelinterviews geführt. Diese Vorgehensweise wurde gewählt, weil Einzelinterviews eine intensive Auseinandersetzung mit den Erfahrungen und Ansichten einer Person ermöglichen und ein subjektnahes Vorgehen gewähren (Bohl, 2000). Zudem ist die Validität der Daten in Paarinterviews eingeschränkt, da konfliktreiche Sachverhalte mit großer Wahrscheinlichkeit nicht so offen angesprochen werden, wie in einem Einzelinterview (Przyborski & Wohlreb-Sahr, 2014). Mit Hilfe dieser leitfadengestützten Interviews sollte ein relativ klares und deutliches Bild davon reproduziert werden, was es aus Sicht der Betroffenen heißt, etwas Bestimmtes zu erleben oder durchzumachen (Flick et al., 2008). Der Leitfaden und die enthaltenen

Themen stellen ein Gerüst für Datenerhebung und Auswertung dar, welches einen Vergleich der Ergebnisse der Interviews ermöglicht (Bortz & Döring, 2009). Das Leitfadenterview lässt es aber auch zu, neue Themen und Fragen innerhalb der Interviewsituation, einzuarbeiten und somit den Leitfaden für folgende Interviews diesbezüglich zu überarbeiten oder zu adaptieren (Bortz & Döring, 2009). Die Leitfäden orientierten sich einerseits an der der Arbeit zugrundeliegenden Transitions Theory und andererseits an der Forschungsfrage. Das heißt, dass z.B. die Eigenschaften des Überganges wie Awareness oder Change and Difference in eine Fragestellung eingebettet wurden, wie:

„Können Sie mir beschreiben welche Vorstellungen Sie hatten von der Normalstation?“ bzw. „Welche Unterschiede konnten Sie in diversen Bereichen (Pflege, Umgebung, Umgang,..) zwischen Intensiv- und Normalstation feststellen?“

Im Hinblick auf die Forschungsfrage wurde z.B.: folgender Fragestellung nachgegangen:

„Welche Auswirkung hatte die Transferierung auf ihre Genesung?“

Die Leitfäden gliederten sich in fünf verschiedene Themenblöcke, die während des Interviews mit Hilfe von Zwischenfragen, Aufrechterhaltungsfragen bzw. Nachfragen (siehe Anhang 1 und 2) gespickt wurden. Die Reihenfolge der Themenblöcke bzw. die Formulierung der Fragen variierte je nach Gesprächssituation und Verlauf. Zum leichteren Einstieg in das leitfadengestützte Interview wurde die Einstiegsfrage als Erzählaufforderung formuliert und dadurch das Interview eröffnet:

„Ich möchte gerne von Ihnen wissen, welche Erinnerungen Sie an die Tage vor Ihrer Transferierung von der Intensivstation haben?“

„Welche Erinnerungen haben Sie an die letzten Tage vor der Transferierung Ihres/Ihrer Angehörigen von der Intensivstation?“

Am Ende des Leitfadenterviews wurden demografische Daten (Geschlecht, Alter, Familien- und Wohnsituation, körperliche Beeinträchtigungen durch den Intensivaufenthalt, Bildungsstand) mündlich von den InterviewpartnerInnen erhoben und von der Forscherin schriftlich festgehalten. Auch hatten die TeilnehmerInnen nach dem Interview ausreichend Zeit Fragen zu stellen z.B.: zur Intensivstation oder Intensivzeit, die sie beschäftigten, da die Befragten wussten, dass die Forscherin

selbst in diesem Feld tätig ist. Aufgrund dieser Möglichkeit konnten alle Interviews zu einem guten und befriedigenden Abschluss seitens der Befragten und auch der Forscherin kommen. Einige Interviews, besonders mit ehemaligen PatientInnen, verliefen sehr emotional. Die Forscherin war dahingehend vorbereitet, dass sie zur Sicherheit immer die Telefonnummer des nächstgelegenen Kriseninterventionsteams bei sich hatte. Auch wurde den TeilnehmerInnen angeboten, dass sich diese bei der Forscherin telefonisch melden können, falls sie das Interview bzw. die Interviewsituation betreffend, etwas nachbesprechen wollten. Diesem Angebot kam keiner/keine der TeilnehmerInnen nach. Die Interviews fanden zwischen Juni und September 2014 statt und wurden mittels eines Diktiergerätes aufgezeichnet. Dabei wurde die Wahl des Interviewortes den InterviewteilnehmerInnen überlassen. Das Interview sollte in einer ungestörten, vertrauten bzw. angenehmen Umgebung stattfinden. Dabei wurden acht von zehn Interviews bei den TeilnehmerInnen zu Hause geführt. Zwei Interviews fanden bei der Forscherin zu Hause statt, weil das zu interviewende Paar darum bat, den Interviewtermin mit einem Wienausflug zu verknüpfen.

3.2.2 Gesprächsnotizen

Meist wurden gleich im Anschluss an das Interview von der Forscherin zusätzliche Gesprächsnotizen verfasst. Diese Gesprächsnotizen beinhalten z.B. Beschreibungen des Interviewpartners bzw. der Interviewpartnerin (äußere Beschreibung, seelische Verfassung, Gesundheitszustand, etc.), über die Räumlichkeiten, über die Gesprächsatmosphäre oder über etwaige Unterbrechungen während des Interviews. Diese Notizen können später im Zuge der Datenauswertung herangezogen werden (Bortz & Döring, 2009).

Zur besseren Verständlichkeit soll das nachfolgende Beispiel für eine Gesprächsnotiz nach einem Interview mit einem ehemaligen Intensivpatienten dienen:

„Hr. B. wirkte während des ganzen Gespräches immer wieder sehr gedrückt und emotional berührt. Gleich zu Beginn mit der Einstiegsfrage, welche Erinnerungen er an die Tage vor der Transferierung an die Intensivstation habe, lösten bei ihm Tränen aus. Ich war irritiert bzw. überfordert, weil es mein erstes Interview mit einem Patienten war und versuchte seinen Emotionen Platz und Zeit zu geben. Ich überlegte kurz, ob ich zu einer anderen Frage

überdenken sollte, entschied mich aber dann dagegen, weil ich merkte, dass es Hr. B. ein Anliegen war über seine Intensivzeit zu sprechen. Er begann über seine Erfahrungen zu sprechen, während ihm Tränen über das Gesicht liefen. Er wirkte trotzdem ruhig, sein Blick war meist nach unten auf den Tisch gerichtet. Er versuchte langsam und geordnet zu sprechen, was ihm auch meistens gelang und einige Male kam er ins Stocken, wenn er über Themen (Aufwachphase, Alpträume, unerklärliche Geräusche und die verlorene Zeit) sprach, die ihn besonders belasteten. Die Interviewführung meinerseits war sehr zurückhaltend, da ich sah, dass es für ihn wichtig war, dass er all seine Erfahrungen mitteilen konnte. Je mehr er erzählte und je länger das Gespräch dauerte, desto mehr hatte ich wiederum das Gefühl auch auf andere Themenkomplexe überleiten zu können, was auch gelang. Ich versuchte vorsichtig bei unklaren Schilderungen bzw. Aussagen nachzufragen, wollte aber weder, dass wir zu sehr vom Thema abkommen noch, dass Hr. B. sich dadurch belastet fühlt. Ich habe das Gefühl, dass das Interview trotz der durchwegs sehr gedrückten und emotionalen Stimmung, dennoch gut verlaufen ist (Aufnahme ca. 1 Stunde). Mir war es wichtig nach dem Gespräch, aufgrund der im Interview von Hr. B. immer wiederkehrenden Ungeduld bezogen auf den Genesungsprozess, dass ich Hr. B. noch mitteilte, wie beeindruckt ich war, dass er trotz seiner schweren Erkrankung und seines erst fünf Monate zurückliegenden Intensivaufenthaltes, so vor mir sitzt und wieder ein halbwegs normales Leben zu Hause führen kann. Hr. B. lächelte und meinte: „Ich bin froh, dass ich heute eine Intensivkrankenschwester da hatte, die mir geholfen hat, ein bisschen Licht ins Dunkel zu bringen und mir dadurch jetzt einiges klar geworden ist. Unser Gespräch hilft mir, die erlebte Situation leichter zu verarbeiten. Ich danke Ihnen dafür.“ Ich freute mich darüber, da ich das Gefühl hatte, dass das Interview sowohl für ihn als auch für mich, trotz meines mulmigen Gefühls, gut gelaufen war und ich ihm ein Stück weit helfen konnte.“

3.2.3 Stichprobe

Die Stichprobenbildung in der qualitativen Forschung unterscheidet sich grundlegend von der quantitativen Forschung, da die qualitative Forschung den Anspruch hat ein Phänomen, von innen heraus, aus Sicht der Betroffenen darzustellen und aufzuspüren, welche Bedeutung dieses für die Betroffenen hat (Mayer, 2015). Die

Stichprobenbildung in dieser Masterarbeit orientiert sich an der Literatur. Diese beschreibt, dass ehemalige sedierte und beatmete PatientInnen, mit einem längeren Intensivaufenthalt, welcher nicht näher beschrieben ist, ein erhöhtes Risiko haben, negative Gefühle, Emotionen und Erfahrungen, im Zusammenhang mit dem Transfer von der Intensivstation auf die Normalstation und der Zeit danach, zu entwickeln (Brodsky-Israeli & DeKeyser Ganz, 2010). Des Weiteren sind länger liegende IntensivpatientInnen pflegerisch sehr herausfordernd und bedürfen in der Regel auch nach dem Intensivaufenthalt noch einer intensiven Betreuung.

Im Hinblick auf die Stichprobengröße gibt es in der qualitativen Forschung keine konkrete Richtlinie, jedoch ist diese meist kleiner. Einen Rahmen in Bezug auf die Stichprobengröße bildet die sogenannte Datensättigung. Datensättigung tritt dann ein, wenn durch weitere Datenerhebungen keine neuen Informationen mehr gewonnen werden können (Mayer, 2015). Laut Strauss und Corbin (1996) tritt diese ein, wenn eine dichte Kategorienentwicklung vorliegt und die Kategorien ausreichend ausgearbeitet und validiert sind. Im Rahmen einer Masterarbeit wird üblicherweise unabhängig von der Datensättigung, die in diesem Umfang nicht erreicht werden kann, versucht, zwischen sechs und zehn Interviews zu führen und zu untersuchen.

3.2.3.1 Feldzugang und ProbandInnengewinnung

Die Rekrutierung der TeilnehmerInnen (PatientInnen) fand in einem Wiener Gemeindespital auf unterschiedlichen Intensivstationen mit Hilfe der Durchsicht der elektronischen Dokumentation statt, d.h. es handelte sich um bereits entlassene Personen. Durch vorab definierte Einschlusskriterien, auf die im nachfolgenden Unterkapitel noch näher eingegangen wird, konnte die elektronische Suche nach potenziellen InterviewteilnehmerInnen präzisiert werden. Aufgrund der Tatsache, dass die in der Anamnese der PatientInnen angegebene Telefonnummer nicht die des/der Patienten/in ist, sondern die einer Vertrauensperson, fand der Erstkontakt über diese Vertrauensperson statt. Die Vertrauenspersonen wurden am Telefon kurz über das Vorhaben informiert bzw. gefragt, ob es möglich wäre, auch mit dem/der Patienten/in zu sprechen. Nach entsprechender Zustimmung oder Interesse an der Teilnahme, erhielten die zu Befragenden ein detailliertes Informationsschreiben (siehe Anhang 3) über die Studie, auf dem sowohl die E-Mail-Adresse, als auch die Handynummer der Forscherin vermerkt war, sodass sich diese aus eigener Initiative melden konnten.

Insgesamt wurden mit Hilfe der elektronischen Dokumentation zwölf ehemalige PatientInnen ausgewählt. Einige mehr als geplant, da die Forscherin davon ausging, dass ein paar nicht an einer Teilnahme interessiert sein würden. Von den zwölf PatientInnen wurden deren Vertrauenspersonen kontaktiert und drei entschieden sich definitiv gegen eine Teilnahme an der Studie. Neun Vertrauenspersonen bzw. PatientInnen zeigten Interesse und erhielten von der Forscherin ein detailliertes Informationsschreiben per Post zugesandt. Sechs ehemalige PatientInnen, davon einer per Mail und die anderen per Telefon, meldeten sich bei der Forscherin und vereinbarten Interviewtermine für sich und ihre Vertrauensperson. Zwei InterviewteilnehmerInnen erschienen nicht zum vereinbarten Treffen ohne Angabe von Gründen gegenüber der Forscherin. Letztendlich konnten aber zehn TeilnehmerInnen zur betreffenden Thematik befragt werden. Die genaue Darstellung der InterviewteilnehmerInnen erfolgt in Kapitel 3.3.4.

3.2.3.2 Einschlusskriterien

Befragt wurden von der Autorin einerseits ehemalige sedierte, beatmete IntensivpatientInnen ab 18 Jahren, die von der Intensivstation auf die Normalstation verlegt wurden. Wie schon in Kapitel 3.3.3 beschrieben, wurde diese nicht näher bezeichnete Länge des Intensivaufenthaltes, die das Risiko erhöht, dass PatientInnen den Transfer und die Zeit danach mit negativen Emotionen und Erlebnissen assoziieren (Brodsky-Israeli & DeKeyser Ganz, 2010), von der Autorin festgesetzt und die befragten PatientInnen mussten daher einen Mindestaufenthalt von sieben Tagen auf der Intensivstation aufweisen. Ein weiteres Einschlusskriterium war, dass sich die zu interviewenden PatientInnen, sowohl an den Transfer von der Intensivstation auf die Normalstation als auch an die Zeit danach, erinnern mussten. Die Probanden sollten in der Lage sein, ihre Erfahrungen mündlich, in deutscher Sprache, mitteilen zu können.

Andererseits wurden von der Autorin pro PatientIn eine Angehörige oder ein Angehöriger befragt, die von den PatientInnen selbst, nach dem Grad der Wichtigkeit der Anwesenheit im Hinblick auf die Zeit der Transferierung und danach, ausgewählt wurden. Diese mussten ebenfalls über 18 Jahre alt sein und in deutscher Sprache ein Interview absolvieren können. Die Angehörigen, die von den PatientInnen bestimmt wurden, mussten nicht blutsverwandt sein, sondern ausschlaggebend im Hinblick auf die Familienzugehörigkeit war, wer von dieser als zur Familie zugehörig bestimmt wurde (Friedemann, 1996). Da PatientInnen und Familien oft Zeit

brauchen, um ihre Erfahrungen zu reflektieren und die Bedeutung, die sie diesen Erfahrungen beimessen, verarbeiten zu können (Odell, 2000), wurden PatientInnen und Angehörige erst mindestens zwei Monate nach dem Intensivaufenthalt befragt. Ein wichtiges Einschlusskriterium war auch, dass sich die befragten IntensivpatientInnen zum Zeitpunkt der Befragung, in keiner stationären Einrichtung mehr befinden durften.

Aufgrund der Tatsache, dass bestimmte Vorerkrankungen der PatientInnen einen Einfluss auf die Zeit nach der Intensivstation haben (Orwelius et al. 2010), wurden PatientInnen mit einer diagnostizierten psychiatrischen Erkrankung und/oder Suchterkrankung, sowie einer vorbekannten Krebserkrankung nicht in die Studie aufgenommen. Des Weiteren wurden PatientInnen auch nicht aufgenommen, wenn sie während ihres Intensivaufenthaltes ein Delirium entwickelt hatten. Aufgrund der Studie von Odell (2000) und anderen Autoren (Klein, Klinner, Zipes, Troyer & Wallace, 1968; Cassem & Hackett, 1973) wurden auch keine ehemaligen IntensivpatientInnen von Herzintensivstationen miteinbezogen, da der von vielen PatientInnen erlebte Transferstress bei HerzpatientInnen, durch den Stress, bezogen auf ihren durchgemachten Herzinfarkt, überschattet werden kann.

3.2.4 Darstellung der InterviewteilnehmerInnen

Es wurden insgesamt zehn Interviews geführt. Von den fünf interviewten PatientInnen waren drei Männer und zwei Frauen. Alle befragten PatientInnen wählten als zu interviewende/n Angehörige/n ihren/ihre Partner/in aus. Aufgrund dessen wurden zwei männliche und drei weibliche Angehörige befragt. Alle Paare leben in einem gemeinsamen Haushalt und vier der fünf PatientInnen befanden sich zum Zeitpunkt des Krankenhausaufenthaltes bereits in Pension. Bei den Angehörigen war sowohl zum Zeitpunkt des Krankenaufenthaltes als auch jetzt nur mehr eine Angehörige berufstätig. Für alle befragten PatientInnen war es der erste Intensivaufenthalt und auch deren Angehörige hatten zuvor noch nie Kontakt mit einer Intensivstation. Vier der fünf PatientInnen wurden akut wegen einer Erkrankung oder eines Unfalles auf die Intensivstation aufgenommen. Nur eine Patientin und ihr Mann wussten, dass die anstehende Operation einen Intensivaufenthalt nach sich ziehen würde und darum war die Aufnahme der Patientin auf die Intensivstation geplant. Die nachfolgenden Tabellen (Tab. 1 und 2) geben einen detaillierten Überblick über die interviewten PatientInnen und deren Angehörige.

Nr.	Geschlecht	Alter	Beruf	Aufnahmegrund	Intubationszeit	Aufenthalt auf der ICU*	Interventionen und Probleme während des ICU-Aufenthaltes	Aufenthalt auf der Normalstation
1	männlich	66	Pensionist; früher Schlosser;	rupturiertes Bauchaortenaneurysma	mehr als sieben Tage	21 Tage	<ul style="list-style-type: none"> - diverse Komorbiditäten - Coecomperforation, Peritonitis, SIRS* - Pleurapunktion 	12 Tage
3	männlich	69	Pensionist; früher Ingenieur bei einer internationalen Firma;	Polytrauma nach Verkehrsunfall	mehr als sieben Tage	32 Tage	<ul style="list-style-type: none"> - Isolation in Einzelzimmer wegen Problemkeim - Rotationstherapie aufgrund des schweren Verletzungsmusters notwendig - Tracheotomie - Schluck- und Sprachstörungen 	30 Tage
5	weiblich	56	Buchhalterin; derzeit im Krankenstand;	Polytrauma nach Verkehrsunfall	drei Tage intubiert	13 Tage	<ul style="list-style-type: none"> - komplexe Verletzungen - zwei Operationen während des ICU-Aufenthaltes - Pleurapunktion - NIV*- Therapie notwendig 	74 Tage
7	weiblich	59	Pensionistin; früher Raumpflegerin;	geplante Operation eines subrenalen Aortenaneurysmas	mehr als sieben Tage	30 Tage	<ul style="list-style-type: none"> - Diverse Komorbiditäten - Dialyse während des ICU-Aufenthaltes - Schmerzen und Schluckprobleme - NIV- Therapie notwendig 	33 Tage
9	männlich	62	Pensionist; früher Gießereitechniker;	rupturiertes Aneurysma der Aorta thoracalis	mehr als sieben Tage	31 Tage	<ul style="list-style-type: none"> - Diverse Komorbiditäten - Reanimation - Dialysepflichtig während ICU-Aufenthaltes bis jetzt - NIV-Therapie notwendig 	69 Tage

Tab. 1: Darstellung der befragten PatientInnen (eigene Darstellung); *ICU = Intensive Care Unit; *SIRS: Systemic Inflammatory Response Syndrome ; *NIV = Nicht Invasive Ventilation;

Nr.	Geschlecht	Alter	Beziehung zum/zur Patienten/in	Beruf
2	weiblich	63	Gattin von Nr. 1	Pensionistin; früher kaufmännische Angestellte;
4	weiblich	64	Gattin von Nr. 3	Professorin für Biochemie;
6	männlich	65	Gatte von Nr. 5	Pensionist; früher Koch;
8	männlich	58	Gatte von Nr. 7	Pensionist; früher Feuerwehrmann;
10	weiblich	72	Gattin von Nr. 9	Pensionistin; früher Hausfrau;

Tab. 2: Darstellung der befragten Angehörigen (eigene Darstellung)

Wie die Darstellung der interviewten PatientInnen erkennen lässt, handelt es sich dabei um ehemals, schwer kritisch kranke, komplexe Intensivfälle. Mit diesem speziellen PatientInnenklientel beschäftigt sich seit einigen Jahren eine ExpertInnengruppe in der Schweiz. International hat sich in den letzten Jahren für diese besondere PatientInnengruppe eine eigene Bezeichnung entwickelt, die in ihrer Definition variiert. PatientInnen, die eine schwere Erkrankung oder einen Unfall überlebt haben, brauchen aufgrund noch bestehender Organdysfunktionsstörungen eine längere und aufwendigere Behandlung auf der Intensivstation (Fröhlich, 2015). In der Literatur wird diese spezielle PatientInnengruppe als „Chronically Critically Ill Patients“ bezeichnet (Nelson, Cox, Hope & Carson, 2010; Wiencek & Winkelmann, 2010). Im Allgemeinen werden darunter PatientInnen zusammengefasst, die ein kritisches, akutes Krankheitsgeschehen überlebt haben, aber nachfolgend eine Organdysfunktion aufweisen, die eine spezielle Pflege über Wochen bis hin zu Monaten erforderlich macht (Fröhlich, 2015). PatientInnen mit einer CCI weisen eine ausgeprägte und anhaltende Abhängigkeit vom Respirator auf. Jedoch ist nicht einheitlich definiert, wie lange diese Abhängigkeit bestehen muss. Je nach Literatur variiert dieser Zeitraum von zwei Tagen bis zu vier Wochen (Nelson et al., 2010; MacIntyre, 2012). Ein wichtiger Punkt im Zusammenhang mit der Diagnosestellung einer CCI stellt die Tracheotomie dar, da diese eine erschwerte Entwöhnung vom Respirator kennzeichnet (Nelson et al., 2010). Wieder andere definieren eine CCI anhand einer vorhandenen Tracheotomie in Verbindung mit einer maschinenunterstützten Beatmungstherapie oder bezogen auf einen Intensivaufenthalt von mindestens 21 Tagen (Cox, 2012). Laut der Interessensgruppe Praxisentwicklung (IG PE-IP) der

Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) ist für PatientInnen mit CCI eine Beatmungsdauer von mindestens sieben Tagen notwendig. Diese brauchen eine aufwendige Betreuung über den Intensivaufenthalt hinaus und bleiben meist lange Zeit in stationärer Behandlung (Carson, 2006), wie auch bei der interviewten PatientInnengruppe in Tabelle 1 sichtbar.

3.2.5 Datenaufbereitung

Alle Interviews wurden mithilfe eines Diktiergerätes aufgezeichnet. Sie wurden dann auf den privaten Computer der Autorin übertragen, mit Nummern versehen und vom Diktiergerät gelöscht. Danach wurden die Interviews wortwörtlich transkribiert, wobei Dialekte möglichst wortgetreu ins Hochdeutsche übersetzt wurden. Zur Kennzeichnung von z.B. sprachlichen Betonungen im Gespräch, Gestik, Mimik oder auch Verzögerungen im Redefluss durch Stottern oder Wortwiederholungen wurden verschiedene Transkriptionszeichen im Transskript angewendet. Folgende Zeichen kamen in Anlehnung an die Transkriptionsregeln von Kuckartz, Dresing, Rädiker und Stefer (2008), welche durch Dresing und Pehl (2013) konkretisiert und erweitert wurden, zur Anwendung (Tab. 3).

Zeichen	Bedeutung
/	Wort- od. Satzabbruch
(.)	Pause für circa eine Sekunde
(..)	Pause für circa zwei Sekunden
(...)	Pause für circa drei Sekunden
(?)	Fragenintonation
<u>sehr</u>	auffällige Betonung
(lachen etc.)	nonverbale Äußerung
(Muster?)	vermuteter Wortlaut
(unv.)	unverständliches Wort
mhm (bejahend)	Antwort mit Interpretation
mhm (verneinend)	Antwort mit Interpretation

Tab. 3: eigene Darstellung der verwendeten Transkriptionszeichen

Mit Hilfe des nachfolgenden Interviewauszugs soll dieser Arbeitsvorgang veranschaulicht und verdeutlicht werden:

„Ja. (.) Für mich war ja nur wichtig, dass ich auf die Station komme nicht. Das ich heim/ (komme?) (weint). (..), das glaube ich will eh jeder, dass wird wahrscheinlich eh bei jedem so sein. Weil das ist eine Aussicht, dass man nachher vom Spital rauskommt (..).“

Des Weiteren wurden neben den verwendeten und eingesetzten Zeichen im Zuge der Transkription auch die im Interview vorkommenden Namen-, Orts- und Zeitangaben anonymisiert, um die Anonymität der Befragten Personen zu wahren.

3.3 Methode der Datenauswertung

Die Datenauswertung der vorliegenden Arbeit passierte in Anlehnung an das Verfahren der Grounded Theory von Strauss und Corbin (1996), da sich dieses besonders gut zur Untersuchung gesellschaftlicher Prozesse aus der Perspektive der menschlichen Interaktion eignet (Mayer, 2015). In Anlehnung bedeutet das folgende Punkte der Grounded Theory in der Masterarbeit zur Anwendung kamen: das offene und axiale Kodieren, das Kodierparadigma (paradigmatisches Modell), das Schreiben von Memos und die Parallelität der Arbeitsschritte (Datenerhebung, Datenanalyse und Theoriebildung). Die Grounded Theory ist eine Forschungsmethode der qualitativen Forschung und wurde Anfang der 60iger Jahre von Glaser und Strauss (2010) entwickelt. Sie beruht auf der Theorie des symbolischen Interaktionismus. Das heißt, es wird davon ausgegangen, dass Menschen aufgrund der Bedeutung handeln, die sie den Dingen geben, Handlungen sind also soziale Prozesse (Mayer, 2015). Die Grounded Theory wurde im Laufe der Zeit weiterentwickelt und hat gewisse Darstellungsänderungen erfahren (Strauss & Corbin, 1996). Ziel der Grounded Theory ist es, gegenstandsbezogene Theorien für menschliches Verhalten und grundlegende soziale Prozesse zu schaffen (Mayer, 2015). Eine besondere Eigenschaft der Grounded Theory ist, dass Datensammlung und Datenauswertung nicht nacheinander erfolgen, sondern sich abwechseln (Mayer, 2015).

Um den prozesshaften Charakter der Forschungsmethode anzudeuten, kamen im Zuge der Masterarbeit im Analyseprozess der gewonnenen Daten nur das offene

und axiale Kodieren zur Anwendung und es wurde nicht der ganze Analyseprozess der Grounded Theory nach Strauss und Corbin (1996) durchlaufen. Obwohl das offene und axiale Kodieren zwei getrennte analytische Prozesse sind, wechselt die Forscherin zwischen diesen beiden Analyseschritten hin und her (Strauss & Corbin, 1996). Im ersten Schritt, dem offenen Kodieren, wird versucht, die gewonnenen Daten zu öffnen.

Es stellt einen

„[...] analytischen Prozeß [sic!] dar, durch den Konzepte identifiziert und in Bezug auf ihre Eigenschaften und Dimensionen entwickelt werden. Die grundlegenden analytischen Verfahren, mit denen das erreicht wird, sind: das Stellen von Fragen an die Daten und das Vergleichen hinsichtlich der Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen jedem Ereignis, Vorfall und anderen Beispielen für Phänomene. Ähnliche Ereignisse und Vorfälle werden benannt und zu Kategorien gruppiert“ (Strauss & Corbin 1996, S. 54f.).

Das offene Kodieren bietet in seinem Vorgehen mehrere Variationsmöglichkeiten. Einerseits kann mit einer Zeile-für-Zeile Analyse begonnen werden, andererseits kann sich das offene Kodieren aber auch auf ganze Sätze oder Abschnitte, sowie auf ein ganzes Dokument beziehen (Strauss & Corbin, 1996). Die als wichtig erachteten Textstücke werden dabei mit einem treffendem Begriff (Kode) versehen. Einerseits können diese Begriffe vom Analysierenden bzw. von der Analysierenden konstruiert werden (konstruierte Codes) oder von den Aussagen der InterviewpartnerInnen übernommen werden (In-vivo-Codes). In-vivo-Codes eignen sich besser für die Benennung des treffenden Begriffs, da diese am untersuchten Material näher dran sind (Flick, 2012). In einem weiteren Schritt werden ähnliche Codes zu Kategorien zusammengefasst. Die Kategorien der vorliegenden Arbeit wurden durch eine Zeile-für-Zeile Analyse, im Hinblick auf die Forschungsfragen erzeugt und bedeutsame Textstücke wurden im Zuge der Datenauswertung mit In-vivo-Codes versehen (siehe Tab. 4).

Interviewauszug	Kodierung (In-vivo-Kodes)	Kategorie
<p>Haben sie mir nicht gesagt. Nein, nein, also, das war eben dieses Ungewisse immer nicht. Ich habe halt gesagt, ich möchte gern nach Hause. Nein, da müssen sie noch warten, müssen sie noch warten, nicht, sie sind noch zu schwach hat dann der eine Arzt gesagt, sie sind noch zu schwach ja und dann bei der Visite einmal es geht ihnen jetzt schon besser, naja, es ist halt nie gesagt worden wie und was nicht. Das war halt auch für mich immer ein bisschen, naja (..) (lacht), wie ein bisschen in der Luft hängen. (Interview 1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - nicht gesagt - Ungewisse immer - noch warten - noch zu schwach - nie gesagt - wie und was - In der Luft hängen 	<p>Ungewissheit erleben/erfahren</p>
<p>Er wird nicht operiert, er lungert da hinten, er bekommt nur Krankheiten eine nach der anderen. Jeden Tag wenn du rein gekommen bist hast du schon Angst gehabt was er jetzt hat (,) und eben das Seelische war auch. Er ist nur drinnen gelegen, er hat auch (,) wenn ich mit ihm gesprochen habe oder was hat er mit mir eine Viertelstunde geredet und dann hat er aufgehört, ist nur gelegen. (Interview 10)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - lungert da hinten - bekommt Krankheiten - jeden Tag - rein gekommen bist - Angst gehabt - jetzt hat - Seelische war auch - nur drinnen gelegen - Viertelstunde geredet - dann - aufgehört - nur gelegen 	<p>Sich sorgen</p>
<p>Weil er einfach dann, so irgendwie apathisch geworden ist und so überhaupt nicht, also die ganzen drei Wochen war er nicht so. (Interview 4)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - einfach dann - apathisch geworden - ganzen drei Wochen - nicht so 	<p>Sich sorgen</p>

Tab. 4: Beispiel für offenes Kodieren (eigene Darstellung)

Zu Beginn wurde ein Interview in ausgedruckter Form per Hand offen kodiert und Auszüge der anderen Interviews wurden mit einer Kollegin aus dem Masterstudium analysiert. Aufgrund des doch enormen Zeitaufwandes des Kodierens per Hand und aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden die restlichen neun Interviews mit Hilfe des Programms MAXQDA (Version 11) kodiert.

Im zweiten Schritt, dem axialen Kodieren, werden die zuvor aufgebrochenen Daten auf neue Art und Weise wieder zusammengesetzt. Dies wird mit Hilfe eines paradigmatischen Modells (Kodierparadigmas), welches aus ursächlichen Bedingungen, Phänomen, Kontext, intervenierenden Bedingungen, Handlungsstrategien, interaktionalen Strategien und Konsequenzen besteht, erreicht (Strauss & Corbin, 1996). Im Zentrum des axialen Kodierens steht eine Idee, ein Ereignis oder ein Geschehnis, welches als Phänomen bezeichnet wird. Auf dieses Phänomen sind eine Reihe von Handlungen und Interaktionen gerichtet, damit die handelnden AkteurInnen auf bestimmte Weise mit diesem Phänomen umgehen und es bewältigen können (Strauss & Corbin, 1996). Um das Phänomen und die Zusammenhänge erforschen zu können, bedarf es konkreter Fragstellungen. Mit Hilfe des paradigmatischen Modells kann dies erreicht werden, wie folgende Darstellung auf der nächsten Seite (Abb. 2) zeigt.

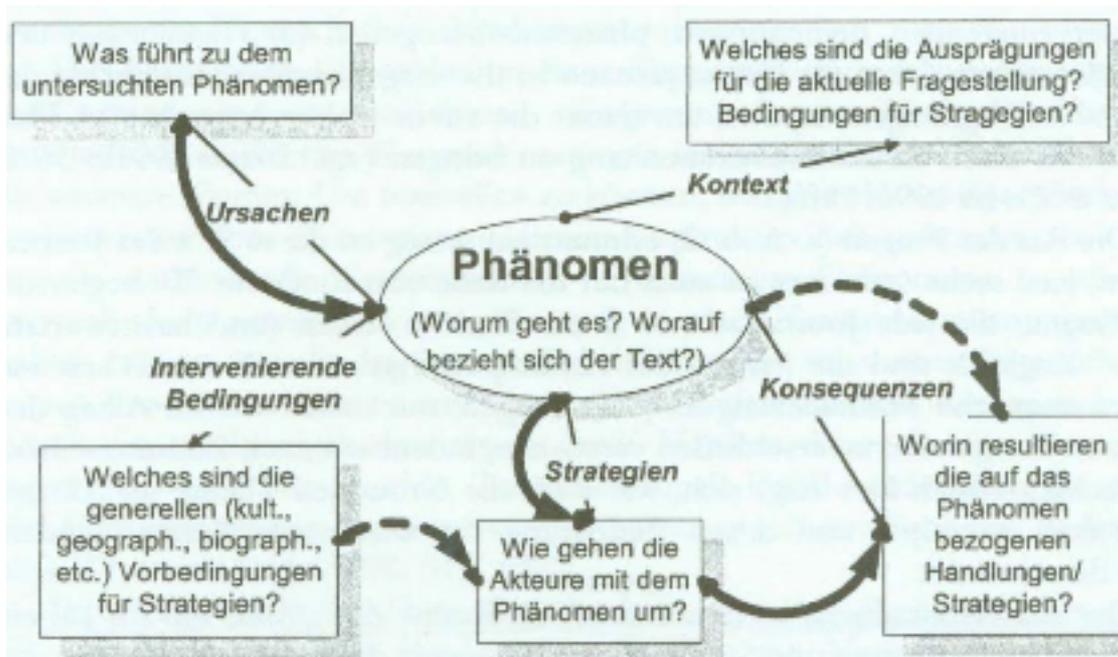


Abb. 2: Kodierparadigma nach Strauss (Strübing, 2008, S. 28)

Der Fokus des axialen Kodierens liegt darin, eine Kategorie (Phänomen) in Bezug auf die Bedingungen, die das Phänomen verursachen, zu spezifizieren. Den Kontext, in den das Phänomen integriert ist, die Handlungs- und interaktionalen Strategien, mit denen es bewältigt, mit ihm umgegangen oder mit denen es ausgeführt wird und die Konsequenzen dieser Strategien sollen deutlich gemacht werden (Strauss & Corbin, 1996). Mit Hilfe des paradigmatischen Modells (siehe Abb. 3) im Hintergrund wird im vierten Kapitel (Ergebnisse) gezeigt, wie das Zusammenfügen der entwickelten Kategorien und Konzepte, als Prozess bzw. selbst entworfenes Phasenmodell aussehen kann.

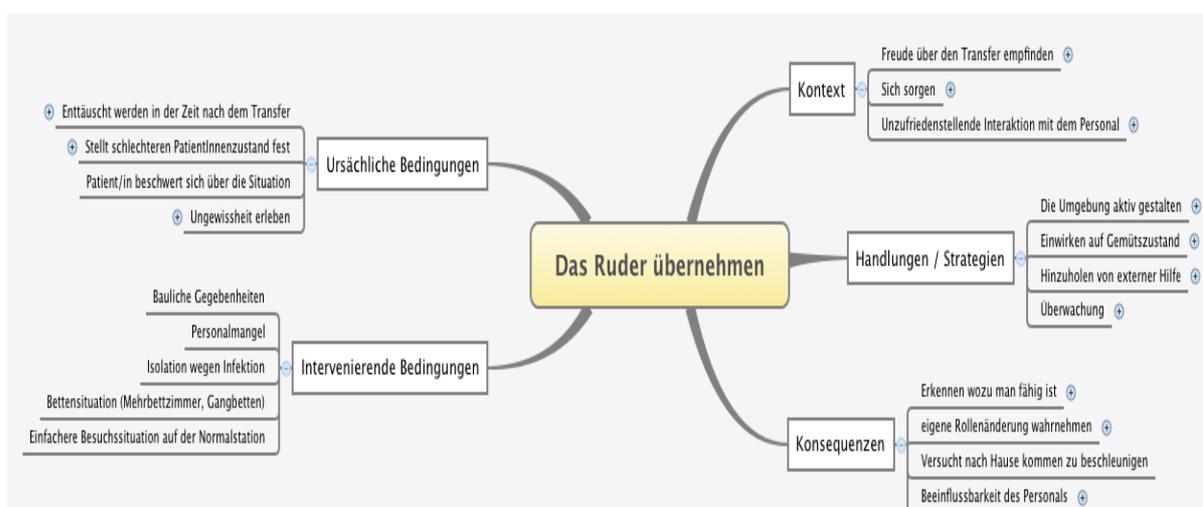


Abb. 3: eigene Darstellung des Kodierparadigmas aus Sicht der Angehörigen

Im Schritt des axialen Kodierens fiel der Forscherin auf, dass sich die gewonnenen Daten bzw. Kategorien eines Angehörigeninterviews, bezogen auf den in Kapitel 4.4 ausführlich dargestellten Phasenverlauf, wesentlich von den anderen Angehörigen unterschieden. Der Kontrastfall wurde nochmals genauer untersucht, indem auf besondere Signalwörter wie z.B. nie, immer, unmöglich, jeder weiß, dass etc. im Interviewtranskript geachtet wurde. Diese vorkommenden Wörter können als Signale gedeutet werden, die von den ForscherInnen näher betrachtet werden sollten. Werden solche Signalwörter im Interviewtranskript gefunden, sollte seitens der ForscherInnen die Technik des „Schwenken der roten Fahne“ (Strauss & Corbin, 1996, S.70) angewendet werden, d.h. es sollte untersucht werden, ob hinter den Signalwörtern eine Botschaft steckt.

Die nochmalige Analyse des Interviewtransskripts, bezogen auf die Signalwörter, führte aber zu keinem zufriedenstellenden Ergebnis. Die Forscherin konnte keine neuen Erkenntnisse gewinnen. Hervorzuheben ist, dass die interviewte Person, als einziger Angehöriger wusste, dass seine Gattin nach der Operation auf die Intensivstation kommen würde. Er scheint sich daher bereits vorab besser auf die Situation eingestellt zu haben, was den anderen Angehörigen nicht möglich war. Laut Scott (2004) führt eine fehlende Vorbereitung seitens der Angehörigen bezogen auf einen Intensivaufenthalt zu Stress, weil diese nichts planen können und dies die Angst bei den Angehörigen steigen lässt. Aufgrund dessen, dass der Angehörige nach dem Transfer ganz anders reagierte, als die anderen Angehörigen, wurde seitens der Forscherin beschlossen, diesen als kontrastierenden Fall an den vorhandenen Daten zu reflektieren und nicht in die Datenanalyse miteinzubeziehen. Es besteht weiterer Forschungsbedarf, ob dieses Verhalten des Angehörigen darauf zurückzuführen ist, weil der Aufenthalt seiner Gattin ein geplanter Intensivaufenthalt war, im Gegensatz zu den anderen vier Angehörigen, bei denen der Intensivaufenthalt ihres/ihrer Partners/in ungeplant war. Somit wurden in die Datenauswertung letztendlich neun Interviews (fünf PatientInnen, vier Angehörige) miteinbezogen.

3.4 Gütekriterien

Um die wissenschaftliche Qualität (Güte) qualitativer oder quantitativer Forschung bestimmen zu können, wurden Gütekriterien entwickelt, die als sogenannte Prüfsteine dienen und an denen der wissenschaftliche Grad der Forschungsmethode gemessen werden kann (Lamnek, 2005). Die Gütekriterien der quantitativen Forschung, Objektivität, Validität und Reliabilität können nicht einfach für die qualitative Forschung übernommen werden. Daher definierte Mayring (2010) sechs Gütekriterien für die qualitative Forschung: Verfahrensdokumentation, Argumentative Interpretationsabsicherung, Regelgeleitetheit, Nähe zum Gegenstand, Kommunikative Validierung und Triangulation. Die vorliegende Arbeit orientierte sich größtenteils an diesen:

Verfahrensdokumentation

Durch die Verfahrensdokumentation wird der Forschungsprozess für andere nachvollziehbar gemacht. Die detaillierte Darstellung des Vorgehens im Forschungsprozess, welcher sowohl die Datenerhebung als auch die Datenanalyse umfasst, ist insofern gewährleistet, als zu dessen Nachvollziehbarkeit die Fragestellung, das verwendete Datenerhebungsinstrument und auch der Weg von der Datenerhebung bis zur Datenauswertung erklärt bzw. näher beschrieben wurden. Des Weiteren wurden zur Nachvollziehbarkeit des Vorgehens seitens der Forscherin von Beginn an jeder Kontakt bzw. Kommunikation mit den InterviewpartnerInnen schriftlich festgehalten und auch Memos zu den einzelnen Interviews wurden angefertigt.

Argumentative Interpretationsabsicherung

Die durch die qualitative Forschung gewonnenen Daten sind zwar Interpretationen die sich nach naturwissenschaftlichen Kriterien nicht beweisen lassen. Jedoch dürfen Interpretationen nicht nur gegeben werden, sondern ein intersubjektiver Nachvollzug (Lamnek, 2005) und Verständlichkeit müssen für die LeserInnen gegeben sein. Dies wurde erreicht, indem die Autorin alle Interpretationen mit Originalzitate hinterlegte.

Regelgeleitetheit

Der Forschungsprozess in der qualitativen Forschung, der sowohl die Datenerhebung als auch die Datenanalyse umfasst, muss sich an bestimmte Regeln halten und das gewonnene Material muss systematisch bearbeitet werden. Trotz der Offenheit in Hinblick auf die Fragestellungen und der Vorgehensweise in der qualitativen Forschung bedeutet dies nicht, dass willkürlich vorgegangen werden kann bzw. darf (Mayer, 2015). In der vorliegenden Arbeit wurde die systematische Bearbeitung des Materials detailliert beschrieben.

Nähe zum Gegenstand

Im Zusammenhang mit diesem Gütekriterium wird gefordert, dass die Betroffenen in ihrer Lebenswelt beforscht werden sollen, um damit das zu untersuchende Phänomen aus ihrer Sicht erleben zu können. Aufgrund der Tatsache, dass acht

von zehn Interviews bei den Betroffenen zu Hause durchgeführt wurden in ihrem gewohnten Umfeld konnte sich die Autorin ein Bild davon machen, wie das Zusammenleben der Interviewten nach dem Intensivaufenthalt zu Hause funktioniert und wie ehemalige PatientInnen und deren Angehörige ihr privates Umfeld in Anbetracht des Gesundheitszustandes der PatientInnen gestaltet haben. Diese gemachten Beobachtungen lieferten zusätzlich einen wichtigen Beitrag zum gewonnenen Datenmaterial.

Kommunikative Validierung

Die durch die qualitative Forschung gewonnen Interpretationen lassen sich einerseits dadurch überprüfen, indem die Befragten damit konfrontiert werden und man mit ihnen darüber diskutiert wird. Andererseits kann mit diesem Gütekriterium aber auch gemeint sein, dass die Interpretationen in einem Forscherteam überprüft werden, indem die ForscherInnen darüber diskutieren (Mayer, 2015). Die Autorin hat Zwischenergebnisse mit einigen Interviewten besprochen. Des Weiteren wurden die Ergebnisse auch mit einer Patientin und einer Angehörigen besprochen, die nicht an der Untersuchung teilnahmen. Darüber hinaus wurden die Ergebnisse auch im Austausch mit einer Kollegin und mit dem Betreuer ausreichend diskutiert.

3.5 Ethische Überlegungen

Bei wissenschaftlicher Forschung, die im Zusammenhang mit Menschen durchgeführt wird, tauchen immer auch ethische Fragen auf. Dabei ist hervorzuheben, dass für die Pflegeforschung die gleichen ethischen Grundsätze gelten wie für die praktische Pflege (Mayer, 2015). Als oberstes Gebot für die Pflegeforschung gilt, dass der Proband oder die Probandin das Subjekt ist, dessen Gesundheit und Persönlichkeitsrechte es zu schützen gibt (Körtner, 2012).

Berücksichtigt wurden in der vorliegenden Masterarbeit, im Zusammenhang mit der Teilnahme an den Interviews, die drei Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes, die wie folgt lauten:

„1. Umfassende Information und freiwillige Zustimmung aller Teilnehmerinnen (= freiwillige Teilnahme);

2. Anonymität;

3. Schutz der Einzelnen vor eventuellen psychischen und physischen Schäden“ (Mayer, 2015, S. 63).

Eine unbedingt notwendige Voraussetzung für die Forschung am Menschen, wie der Pflegeforschung, ist dabei der „informed consent“ (Körtner, 2012), der sich im ersten Grundprinzip widerspiegelt.

Der erste Kontakt zu etwaigen InterviewpartnerInnen erfolgte über das Telefon. Im Zuge des ersten Punktes wurden die TeilnehmerInnen, mit Hilfe eines Informationsschreibens (siehe Anhang 3) über die Studie informiert und ihnen wurde ausreichend Zeit gegeben, um sich freiwillig zur Teilnahme an der Studie entschließen zu können. Zusätzlich wurden die TeilnehmerInnen über ihr Recht informiert, die Teilnahme an der Untersuchung zu verweigern bzw. jederzeit, ohne Angabe von Gründen, aus der Studie auszusteigen. Im Hinblick auf das dritte Prinzip des Schutz des/der Einzelnen vor eventuellen psychischen und physischen Schäden wurden im Informationsschreiben die TeilnehmerInnen auch darauf hingewiesen, dass sie jederzeit, ohne Angabe von Gründen, das Interview abbrechen können, da dieses auch psychisch sehr belastend sein kann (Körtner, 2012).

Den TeilnehmerInnen wurde verständlich gemacht, dass keine Nachteile auf sie zukommen, falls sie aus der Untersuchung vorzeitig bzw. nach dem Interview aussteigen möchten (Mayer, 2015). Des Weiteren wurde von der Forscherin die Zustimmung der zu Befragenden eingeholt, dass das Interview auf Tonband aufgezeichnet werden darf. Sind die TeilnehmerInnen über all diese Dinge aufgeklärt, spricht man auch vom informed consent bzw. einer aufgeklärten Einwilligung (Mayer, 2015). Diese informierte Zustimmung (Informed consent) wurde von den TeilnehmerInnen in schriftlicher Form eingeholt (siehe Anhang 4) und auch von der Forscherin unterzeichnet.

Im Informationsschreiben wurde den TeilnehmerInnen seitens der Forscherin Anonymität zu gesichert, d.h., dass die Identität der ProbandInnen geheim bleibt und dass auch die Aufbereitung und Präsentation der Daten keine Rückschlüsse auf Einzelpersonen zulässt (Mayer, 2015).

4 Ergebnisse

Die Transferierung und das Erleben auf der Normalstation kann sowohl bei kritisch kranken IntensivpatientInnen als auch bei deren Angehörigen als Verlauf mit unterschiedlichen Phasen dargestellt werden. Der Transfer setzt bei PatientInnen und Angehörigen einen Prozess in Gang, der in Phasen verläuft und darstellt, wie Angehörige und PatientInnen den Transfer an sich und die Zeit danach auf der Normalstation erleben. Es kommt vor, dass der Transfer an sich sowohl von PatientInnen als auch deren Angehörigen als positiv erlebt wird, aber die Zeit danach auf der Normalstation sich aufgrund diverser Umstände für beide schwierig gestaltet.

Mit Hilfe eines selbst formulierten Modells wird versucht zu beschreiben, welche Veränderungen in Bezug auf Interaktion, Rolle und Beziehung zwischen PatientInnen und Angehörigen, durch den gemeinsam durchgemachten Prozess, stattfinden. Das im Folgenden beschriebene Modell versucht abzubilden, wie kritisch kranke PatientInnen und deren Angehörige den Transfer von der Intensiv- auf die Normalstation erleben und wie sie die Zeit dort empfinden und gestalten. Interessant dabei ist, wie sich der Transfer auf die im eigenen Modell dargestellten Phasen auswirkt. Es umfasst insgesamt drei Phasen, welche sich vom Übergang auf die Normalstation, über die Erfahrungen während der Normalstationszeit bis zum Ende dieser und den Übergang nach Hause erstrecken. Den drei Hauptphasen vorgelagert ist eine Vorphase, die die Erlebnisse und Erfahrungen der Intensivstationszeit aus PatientInnen- und Angehörigenperspektive beschreibt und bis zum Zeitpunkt des Transfers reicht. Obwohl es in der Untersuchung von Seiten der Autorin nicht primär um den Intensivaufenthalt ging, haben sowohl Angehörige als auch PatientInnen im Interview davon erzählt. Die Erlebnisse dort sind wichtig und haben für beide einen Einfluss darauf, wie weitere Entwicklungen, Vorkommnisse, etc. seitens der PatientInnen und Angehörigen bewertet und eingestuft werden. Diese Vorphase spielt im Phasenmodell insofern eine sehr wichtige Rolle, als sie ausschlaggebend dafür ist, welche Erwartungen Angehörige und PatientInnen an den Transfer und die Zeit danach stellen. Prinzipiell haben sowohl PatientInnen als auch Angehörige die Tendenz die Intensivstation und die Normalstation in allen Belangen zu vergleichen.

Das Phasenmodell wird zuerst aus PatientInnensicht und dann aus Angehörigensicht dargestellt, da die Phasen, wie beschrieben, nicht zwingend synchron verlaufen und deshalb die getrennte Darstellung einen besseren Überblick bieten soll. Die verschiedenen Phasen werden mit unterschiedlicher Intensität erlebt, sowohl von PatientInnen als auch von deren Angehörigen. In den Ergebnissen zeigte sich auch, dass es zu einem Rückfall in eine bereits durchgemachte Phase kommen kann. Obwohl sich die Phasen, abgesehen von einer gewissen Unschärfe, zeitlich begrenzen lassen, kann es davon unabhängig trotzdem vorkommen, dass Zustände bzw. Erlebnisse einer Phasen noch einmal auftreten und durchlebt werden bzw. PatientInnen und auch Angehörige aufgrund diverser Zustände bzw. Gegebenheiten in einen Zustand zurückfallen. Zudem müssen sich PatientInnen und Angehörige nicht immer in der gleichen Phase befinden, obwohl die Phasen bei beiden gleich bzw. ähnlich verlaufen.

Am Ende jedes Phasenmodells werden verschiedene Faktoren, die sich im Zuge der Datenauswertung herauskristallisiert haben, dargestellt und näher beschrieben. Es konnten einige gemeinsame aber auch unterschiedliche Faktoren identifiziert werden, die sowohl die verschiedenen Phasen der PatientInnen als auch der Angehörigen beeinflussen (siehe Abb. 5 und Abb. 6). Das heißt, die identifizierten Faktoren geben Aufschluss darüber, warum und wie Angehörige und auch PatientInnen in bestimmten Phasen handeln. Sowohl die Phasen als auch die identifizierten Faktoren können daher nur gemeinsam betrachtet werden, um die dahinterliegenden Handlungen der PatientInnen und Angehörigen zu verstehen.

4.1 Übersicht Phasenmodell der PatientInnen und Angehörigen

In diesem Unterkapitel wird das Modell aus PatientInnen- und Angehörigensicht grafisch (siehe Abb. 4) dargestellt, um eine klar strukturierte Übersicht für die Lesbarkeit der weiteren Ausführungen zu schaffen. In weiterer Folge wird dann zunächst der Phasenverlauf aus PatientInnen- und anschließend aus Angehörigensicht vollständig dargestellt. Auf etwaige Unterschiede zwischen den Verläufen dieser Personengruppen wird dann jeweils im entsprechenden Unterkapitel referenziert.

PatientInnen	Phase	Angehörige
Überwältigt sein Orientierung suchen Keine Kontrolle haben	Vorphase Bis es wieder bergauf geht – Ordnung ins Chaos bringen	Überwältigt sein Zwischen Hoffen und Bangen Zuspruch erfahren Etwas Tun müssen
Einen Bruch erleben Neuorientierung anstreben	1. Phase Ankommen - Landen	Einen Bruch erleben Sich Sorgen machen
Anpassen und arrangieren Aktiv werden Wieder Kontrolle erlangen Rollenklärung	2. Phase Dort sein – Aktiv werden	Das Ruder übernehmen und kämpfen Aktiv werden Rollenklärung
Wieder nach Hause kommen	3. Phase Zurück ins Leben - Ablösung	Wieder nach Hause kommen

Abb. 4: eigene Darstellung des Phasenmodells aus PatientInnen- und Angehörigensicht

4.2 Phasenmodell aus PatientInnensicht

Das folgende Unterkapitel stellt das in Kapitel 4.1 grafisch dargestellte Modell detailliert aus PatientInnensicht dar. Wie schon erwähnt kann durch den Transfer ein Prozess ausgelöst werden, der einen phasenhaften Verlauf erkennen lässt. Dieses Unterkapitel liefert eine ausführliche Darstellung dieses Phasenmodells und bezieht sich auf die Innenperspektive der PatientInnen.

4.2.1 Die Vorphase: Bis es wieder bergauf geht – Ordnung ins Chaos bringen

Überwältigt sein

Diese Phase beginnt bei den PatientInnen mit dem ersten Erwachen auf der Intensivstation, das unterschiedlich erlebt wird. Dieses Erleben der PatientInnen kann beschrieben werden mit dem Zustand des überwältigt seins. Viele IntensivpatientInnen können sich weder an Unfallhergänge noch an akute Geschehnisse, die zur Aufnahme auf die Intensivstation geführt haben, erinnern. Sie finden sich daher in einer unbekanntem Umgebung wieder, umgeben von

fremden Personen, die sie nicht zuordnen können. Des Weiteren führen bei schwer kritisch kranken PatientInnen, die zur Intensivbehandlung notwendigen Sedierungsmedikamente dazu, dass diese das Erwachen unterschiedlich erleben, weil die eingesetzten Medikamente unterschiedlich auf PatientInnen wirken. Somit ist es durchaus möglich, dass das erste, bewusste Erwachen bereits in die Phase der Sedierung und Beatmung fallen kann und nicht erst nach der Sedierungs- und Beatmungszeit stattfindet.

Orientierung suchen

Wie oben angeführt haben die PatientInnen zu Beginn damit zu kämpfen, sich zu orientieren und den Intensivaufenthalt zu begründen. Des Öfteren durchleben sie (Alb-)träume, vom Fliegen durch die Galaxie bis hin zu einem Ausflug auf einem Schiff. Die Erlebnisse machen es ihnen schwer Realität von Geträumtem zu unterscheiden.

Für viele PatientInnen ist es belastend, diese Differenzierung nicht treffen zu können, weil sie schlimme Erlebnisse auf der Intensivstation nicht einordnen und daher nur schwer damit umgehen können:

„[...] ich weiß ja oft nicht hab ich das geträumt oder nicht, (,) die haben mich dann alle zwei so fest gehalten (,) zum Anbinden. (,) Ich weiß aber nicht einmal wer das war, (..) das war schlimm.“

Auch realisieren PatientInnen erst mit der Zeit mit welchen körperlichen Einschränkungen sie aufgrund eines Unfalles oder einer Operation nun umgehen lernen müssen. Der Zustand des Orientierung suchen ist individuell und patientInnenabhängig zu sehen, d.h. dass dieses länger dauern und sogar über die Intensivstationszeit hinaus gehen kann:

„Hoffentlich kann ich bald aus dem Bett raus; nur da habe ich wie gesagt nicht einmal noch realisiert gehabt was eigentlich los ist, das ich eben nicht aufstehen kann. [...] Also ich habe es ja nicht einmal richtig registriert dass ich eben jetzt übersiedelt werde.“

Keine Kontrolle haben

So gut wie alle PatientInnen legen in dieser Vorphase die Kontrolle über sich selbst in andere Hände, nämlich in die der ÄrztInnen und des Pflegepersonals. Obwohl sie die Kontrolle abgegeben bzw. müssen, stufen viele PatientInnen die Intensivstationszeit besonders zu Beginn als gefährlich ein, da es aus ihrer Sicht trotzdem jederzeit zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes kommen kann, die letztendlich auch tödlich enden kann. Aufgrund der Tatsache, dass diese als unkontrollierbar wahrgenommene latente Gefahr auf der Intensivstation eine für die PatientInnen unbekannt, noch nie erlebte Situation darstellt, werden Angehörige von PatientInnen als essentielle Stütze erlebt:

„Weil du wirklich, also schwerst bedient bist (..) und man nie genau sagen konnte, gibt es eine Komplikation oder nicht.“

„Ich habe mich gefreut, ich habe meine Frau gespürt, das weiß ich (,) weiß ich noch. Ich habe nicht reden können mit ihr, aber ich habe das gewusst.“

Impliziert durch die Kontrollabgabe erkennen sich die PatientInnen als abhängig von anderen, was aus ihrer Sicht aber unterschiedlich erlebt wird. Die Abhängigkeit speziell vom Pflegepersonal ist zu Beginn des Intensivaufenthalts sehr stark ausgeprägt,

„[...] am Beginn ein armer Hund, kann sich kaum bewegen, braucht für alles und jedes braucht man irgendjemanden. Wenn man sich ein bisschen bewegen will, aufsetzen, kann man das selber nicht machen. Man braucht immer, also, (..) es ist eine starke Abhängigkeit [...].“

wohingegen die Intensität gegen Ende des Aufenthalts durch den meist verbesserten Gesundheitszustand abnimmt.

Aufgrund des höheren Personalschlüssels auf der Intensivstation ist es mitunter möglich, dass jeder/jede PatientIn seine/ihre eigene zugeteilte Pflegeperson hat. Das heißt, dass für den/die Patienten/in immer jemand da ist und er/sie im Laufe des Intensivaufenthaltes durch diese enge Betreuung meist auch eine enge Beziehung zum Pflegepersonal aufbaut. Zudem ist die Betreuung häufig stark auf die speziellen Pflegebedürfnisse des/der Patienten/in zugeschnitten. Somit hat die

pflegerische Betreuung und Beziehung auf der Intensivstation einen hohen Stellenwert bei PatientInnen, die z.B. mit folgenden Adjektiven von diesen beschrieben wird: „*intensiv*“, „*schön*“, „*gut*“, „*persönlich*“.

Viele PatientInnen schöpfen aus dieser besonderen Pflegebeziehung auch Kraft:

„[...] das war immer vom ersten Moment (lacht), wie ich wieder munter geworden bin, das war immer (..), das war immer gut. Das alleine hilft schon, dass man wieder auf den Damm kommt.“

Diese positive Wahrnehmung der Pflegebeziehung trägt auch dazu bei, dass die PatientInnen ihre Abhängigkeit meist nicht als unangenehm empfinden. Zudem können die Schattenseiten der Intensivstation, welche für viele PatientInnen nicht nur die Schlaflosigkeit aufgrund z.B. der Angst vor eventuellen Alpträumen oder wegen der vielen Alarme, sondern auch das lange Liegen im Bett darstellt, durch die oben beschriebene, gute Betreuung, wettgemacht werden:

„[...] die Freundlichkeit und die Zuvorkommenheit und die Netttheit von den Leuten überhaupt ob's Ärzte oder Schwestern sind, die haben mir sehr gut getan.“

Gegen Ende der Intensivstationszeit sind manche PatientInnen teilweise schon mobiler, d.h. sie können vielleicht schon ein paar Schritte gehen oder selbst einen Becher zum Trinken halten, andere wiederum können diese Dinge nicht, weil es aus diversen Gründen, wie z.B. Bettruhe, aber auch ungenügend Kraft, bisher nicht möglich war. Somit müssen diese PatientInnen versuchen diese Fähigkeiten nach dem Intensivaufenthalt auf der Normalstation mit Hilfe von Pflegepersonen und Physiotherapeuten zu erlernen und trainieren.

Wenn das Ende der Intensivstationszeit naht und der Transfer auf die Normalstation ansteht, dann wird dieser von den meisten PatientInnen sehr begrüßt und löst kein Gefühl der Angst aus, weil sie den Transfer als Schritt Richtung Genesung ansehen und als vorwärtskommen deuten. Für sie bedeutet das, ihrem zu Hause einen Schritt näher zu kommen, was letztlich das oberste Ziel aller PatientInnen darstellt. Die meisten PatientInnen beschreiben diese Situation wie folgt:

„Ich habe mir eigentlich eher gedacht (,) jetzt bin ich schon ziemlich über'n Berg, weil jetzt brauche ich keine Intensiv mehr jetzt ahhh (..) wird's leiwand, hab ich mir gedacht (lacht).“

Auch nehmen die meisten PatientInnen selbst wahr, dass sie keiner rund um die Uhr Betreuung mehr bedürfen und es ist ihnen somit klar, dass sie die Intensivstation verlassen müssen.

Gemischte Gefühle beim Transfer werden bei manchen IntensivpatientInnen laut, weil sie zwar wissen, dass es bergauf geht, aber sie auch traurig über die Trennung vom ihnen lieb gewonnenen Team sind:

„Es war nicht die Stimmung: hurra jetzt geht's bergauf (,) ich habe schon gewusst (,) okay wenn ich aus der Intensiv raus kommen, kommen, komme (,) dann geht's bergauf, das habe ich schon gewusst. Aber (..) eine Euphorie (..) war keine dabei. Muss ich sagen. [...] Weils mir (,) ihr seit's mir eher ans Herz gewachsen.“

Diese Trennung von der vertrauten Umgebung ist für viele PatientInnen ein sehr emotionaler Akt:

„Naja, irgendwie war das schon alles ganz schön emotional. Also, wie ich da mit dem Bett hinausgeführt wurde, sind halt da alle Schwestern und Ärzte gestanden und haben nachgewunken; nicht, dass war halt schon sehr emotional.“

Bei anderen PatientInnen wird der Transfer an sich als positiv gesehen, doch entstehen aufgrund diverser körperlicher Probleme, wie z.B. nicht gehen oder Essen können Zweifel, weil sie nicht wissen, ob sie mit diesen Einschränkungen auf der Normalstation zurecht kommen werden.

Die beschriebene Vorphase geht dann in Phase eins über, wenn der/die PatientIn aufgrund seines/ihrer physischen Gesundheitszustandes nicht mehr intensivmedizinisch betreut werden muss. Es kann aber vorkommen, dass sich PatientInnen zum Zeitpunkt des Transfers psychisch noch in der Phase der Orientierung befinden und diese noch nicht abgeschlossen ist. Somit suchen PatientInnen auch zu Beginn der Phase eins weiter nach Orientierung und im

Zuge dessen haben dabei die Angehörigen eine tragende Rolle als OrientierungsgeberIn inne.

4.2.2 Die erste Phase: Ankommen – Landen

Diese Phase beginnt mit dem Übergang von der Intensivstation auf die Normalstation und bezieht sich auf die Zeit nach dem Ankommen auf der Normalstation. Obwohl der Transfer grundsätzlich positiv konnotiert ist, können die PatientInnen die Zeit nach dem Transfer als Bruch erleben, der zu Enttäuschung und Frustration führen kann. Ausschlaggebend hierfür ist, dass die PatientInnen beginnen, ihre Erfahrungen und Erlebnisse von der Intensivstation, mit denen der Normalstation zu vergleichen. Dieser Bruch kann zum Einen durch die Verschlechterung der Umgebung z.B. durch Mehrbettzimmer oder der Pflege, wie z.B. durch weniger Personal, weniger Betreuung begründet sein, andererseits kann aber auch eine als insuffizient wahrgenommene medizinische Betreuung und die gesundheitliche Verschlechterung der PatientInnen zu dieser Wahrnehmung führen.

Einen Bruch erleben

Aufgrund der zuvor erlebten, intensiven, engen pflegerischen Betreuung auf der Intensivstation, sind viele PatientInnen nun enttäuscht, dass die Art der Betreuung auf der Normalstation in einem geringeren und nicht so persönlichen Ausmaß stattfindet, als sie es zuvor erleben durften, wie ein Patient angibt:

„[...] ich war in einem Sechserzimmer (..). Ich bin da gelegen und geschaut (,) und (..) bist halt im Bett gelegen und warst einer von denen.“

Der Verlust der engen Betreuung und der Umstand, dass nun aktiv nach Pflegepersonal geläutet werden muss und entsprechende Wartezeiten hingenommen werden müssen, da das zahlenmäßige Verhältnis von Pflegepersonen zu PatientInnen ein anderes ist, muss akzeptiert werden. Aufgrund der Tatsache, dass das Personal auf der Normalstation nicht soviel Zeit pro PatientIn zur Verfügung hat und dies, aus PatientInnen- und Angehörigensicht ein Grund dafür ist, warum ein Beziehungsaufbau nicht so klappt wie auf der

Intensivstation, kann dazu führen, dass PatientInnen sich alleine fühlen und dies als Bruch erleben, wie ein Patient schildert:

„Weil es ist, wennst niemanden hast die die Schwestern oder was, die haben keine Zeit (,) nicht, da jetzt drei Worte wenn sie bei dir gerade was machen dann sind sie schon wieder fort.“

Nicht alle PatientInnen sprechen das Gefühl sich alleine zu fühlen bzw. den Kontakt und die Beziehung zu vermissen direkt an, sondern oft wird dieses unterschwellig angedeutet und ein durchaus merkwürdiger Ersatz gesucht und auch gefunden:

Die „Magensonde, [...] die hab ich lange gehabt (lacht) (,) das war mein (,) ich sag immer mein Beistand (lacht).(,) Mit dem bin ich spazieren gegangen.“

Manche PatientInnen beschreiben den Bruch aus ihrer Sicht sogar als einen Schock, der maßgeblich durch die Verschlechterung der pflegerischen Betreuung ausgelöst wird:

„Das war momentan ein Schock für mich, weil (..) so wie friss oder stirb, so ist das gewesen dort, so ist mir das dort vorgekommen.“

Viele PatientInnen erleben auch deshalb in der Betreuung einen Bruch, weil sie sich einerseits plötzlich auf sich alleine gestellt fühlen und andererseits mit der neuen Situation überfordert sind. Plötzlich wird wieder verlangt z.B. sich alleine zu waschen oder sich selbständig um die Medikamenteneinnahme zu kümmern, was vorher auf der Intensivstation meist von den Pflegepersonen übernommen wurde und daher vielen missfällt:

„Da oben sind die Leute halt selber auf sich gestellt mehr na und dass ist halt eben der Schock momentan nicht (,), wenn du das eine gewohnt bist und dann komplett das andere.“

Davon lässt sich ableiten, dass die Kontrolle wieder übernehmen bzw. diverse Anforderungen (wie sich selbst waschen) etwas wieder selbst zu tun und zu organisieren, nur von dem/der Patienten/in ausgehen kann, wenn dieser sich auch dafür bereit fühlt, was in Phase zwei beschrieben wird. Solange sich ein/eine

Patient/in nicht bereit dafür fühlt, kann er/sie nicht zu Phase zwei kommen. Falls diese Übernahme von Kontrolle von außen oktroyiert wird, kann es zu einer Form der Überforderung kommen und PatientInnen erleben Enttäuschung und sind deprimiert:

„[...] wenn ich da reinkomme und mich normal bewegen kann, waschen, da ist das wurscht, da brauche ich eh keinen. Aber wenn du da gerade von der Intensivstation raufkommst, wenn du eh noch nicht mobil bist, wo du eh unsicher bist ob du gehst oder aufstehst oder irgendetwas, dann ist das schon ein bisschen nicht so das Richtige, sage ich halt so; nicht. Es war halt schon (..) nicht zufriedenstellend.“

Viele ehemals kritisch kranke PatientInnen haben nach dem Intensivaufenthalt weiterhin einen erhöhten Pflegebedarf, der von den Pflegepersonen auf der Normalstation des Öfteren verkannt wird oder auch aus diversen Gründen, wie z.B. Personalmangel, nicht ausreichend Aufmerksamkeit bzw. Zeit eingeräumt werden kann und somit notwendige Unterstützung ausbleibt.

Aufgrund der Tatsache, dass kritisch kranke PatientInnen oft diverse Beeinträchtigungen, die mit ihrem Intensivaufenthalt zusammenhängen, wie z.B. Schluck- und/oder Sprachproblemen aufgrund einer Nervenschädigung oder Tracheotomie, mit auf die Normalstation bringen, ist bei der Behandlung und Betreuung dieser PatientInnen höchste Vorsicht geboten, damit diese Beeinträchtigungen nicht zu einer erneuten Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen. U.U. kann es jedoch relativ rasch zu Beginn des Normalstationsaufenthaltes zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes des/der Patienten/in kommen, weil dem betreuendem Team auf der Normalstation die Risiken dieser Probleme eventuell nicht bewusst bzw. bekannt sind oder sie diesen nicht genug Aufmerksamkeit schenken. Das Resümee eines Patienten in Bezug auf seine, gleich zu Beginn des Normalstationsaufenthaltes einsetzende Verschlechterung zeigt auch, dass die medizinische Betreuung von den PatientInnen selbst nicht immer als adäquat eingeschätzt wird:

„Ja natürlich hat man dann die Lunge kontrolliert (..) mit Röntgen, aber sonst hat man nicht alle Dinge so erkannt, wie sie vielleicht sein hätten sollen.“

Wieder vergleichen PatientInnen die Vorgänge zwischen Intensiv- und Normalstation und erleben die plötzliche gesundheitliche Verschlechterung als psychische und körperliche Belastung, weil ihrer Meinung nach auf der Intensivstation viel besser mit diesen Problemen umgegangen wird, was dazu führt, dass sie somit auch in der medizinischen Betreuung ein Bruch erleben können.

Im Falle einer gesundheitlichen Verschlechterung und/oder auch durch eventuell bestehende Probleme können in dieser Phase die PatientInnen verstärkt Unterstützung von Angehörigen benötigen, da sie meist noch nicht selbst in der Lage sind einzugreifen. Angehörige greifen anstelle des betreuenden Teams ein, weil dieses aus ihrer eigenen, sowie aus Sicht der PatientInnen, die Notwendigkeit zum Einschreiten nicht erkennt. Diese übernehmen nun die Rolle eines/einer Anwaltes/Anwältin bzw. eines/einer Fürsprechers/Fürsprecherin und befinden sich selbst, wenn sie diese Rolle wahrnehmen schon in ihrer Phase zwei. PatientInnen erleben ihre Angehörigen in einer neuen Rolle, die diese auf der Intensivstation nicht übernehmen mussten:

„[...] hat hier und da schon ein bisschen Dampf machen müssen (..), was es auf der Intensiv überhaupt nie zur Diskussion gestanden ist. Das war einfach kein, (,), kein Punkt.“

Für die meisten PatientInnen wird der Bruch nicht nur durch die verminderte pflegerische und medizinische Betreuung ausgelöst, sondern zu Beginn wirkt die neue Umgebung als irritierend und anders, was einen weiteren Aspekt in der Wahrnehmung des Bruches beim Transfer von der Intensivstation auf die Normalstation darstellen kann. Als sehr schlimm wird es wahrgenommen, wenn PatientInnen nach dem Intensivaufenthalt ein Bett am Gang beziehen müssen, weil kein Zimmer frei ist. Am Gang zu liegen bedeutet für diese keine Privatsphäre zu haben, keinen Schlaf zu bekommen und nie Ruhe und Zeit zum Erholen zu haben, weil auf der Normalstation immer reges Treiben am Gang herrscht.

PatientInnen sind über diesen Zustand enttäuscht und stellen Überlegungen an sich wieder wegtransferieren zu lassen, wenn keine Verbesserung der Situation festgestellt werden kann, wie eine Patientin äußert:

„Also das hat mich halt sehr gestört und (..) mh, ja (,) Privatsphäre halt überhaupt: Null. Am Gang [...] und so weiter und schlafen hast du nicht gescheit können und so. Und da also dann habe ich schon einmal überlegt (,) lass ich mich wo anders hinverlegen nur (,) wohin (?)“

Des Weiteren sind PatientInnen, außer wenn nach dem Intensivaufenthalt weiter eine Isolierung aufgrund eines Keimes besteht, mit Mehrbettzimmern konfrontiert, die meist als sehr klein, eng und unpersönlich von den PatientInnen beschrieben werden und manchmal auch nicht behindertengerecht gebaut sind, was für einige PatientInnen, aufgrund ihrer Einschränkungen und notwendigen Hilfsmittel, ein großes Handicap darstellt:

„Das ist halt natürlich nicht gerade (,) behindertengerecht das Ganze. Also mit dem Rollstuhl (,) ich hätte müssen, weiß ich wo stehen bleiben, aufstehen, in die Dusch hinein, mich dort hinsetzen, die Türe schließen und, und (,) das geht nicht.“

Neuorientierung anstreben

PatientInnen versuchen sich in der neuen Umgebung zurecht zu finden, was nicht allen sofort gelingt bzw. für manche sogar eine große Herausforderung darstellt. Die Schwierigkeit der Umgewöhnung kann daher rühren, dass manche prinzipiell Schwierigkeiten haben, sich auf Neues einzulassen bzw. Neues eine Irritation hervorruft, besonders wenn das vorherige Setting als vertraute Umgebung wahrgenommen wurde und das neue Setting konträr dazu erlebt wird, wie folgende Aussage verdeutlichen soll:

„[...] auf der Intensivstation war halt eine wirklich, wirklich super Betreuung und und das ist halt oben genau das konträre gewesen nicht.“

Aber nicht nur mit der neuen Umgebung müssen sich die PatientInnen arrangieren, sondern auch mit dem Personal, den MitpatientInnen und vielen

anderen Gegebenheiten. Dies kann unterschiedlich lange dauern und diese Annäherung zum Personal kann gelingen oder auch nicht:

„Dann (,) kleinweise war eine Annäherung, aber [...]. Ich habe da keinen Draht gefunden.“

Die unterschiedlichen, beschriebenen Enttäuschungen, die PatientInnen in dieser Phase erleben, können dazu führen, dass die Motivation das Setting so schnell wie möglich zu verlassen gesteigert wird, wie folgende Aussage bestätigt:

„Das war schon irgendwie (..). Deswegen war ich/habe ich wahrscheinlich noch mehr Interesse gehabt, dass ich früher nach Hause komme, das hat sicher mitgespielt nicht.“

Die PatientInnen versuchen deshalb so gut wie möglich ihren Genesungsprozess aktiv mitzugestalten, damit ein nach Hause kommen ihrerseits so schnell wie möglich erreicht werden kann, was das wichtigste Ziel aller PatientInnen ist. Der Übergang der PatientInnen von einer passiven in eine aktive Rolle beginnt meist ein paar Tage nach der Ankunft auf der Normalstation, wenn die ersten Eindrücke, Erlebnisse und Enttäuschungen überwunden sind. Dieser Übergang führt in die zweite Phase, die nachfolgend beschrieben wird.

4.2.3 Die zweite Phase: Dort sein – Aktiv werden

Die zweite Phase bezieht sich auf die Erfahrungen der PatientInnen während der Normalstationszeit und beginnt ein paar Tage nach Ankunft auf dieser und reicht bis kurz vors Ende des Aufenthalts bzw. dem Übergang nach Hause oder in eine weitere Versorgungseinrichtung wie z.B. einer Rehabilitationsklinik.

Die PatientInnen bemühen sich, auf unterschiedliche Art und Weise, so schnell wie möglich, mit den erlebten Enttäuschungen aus Phase eins umzugehen und mit den auf der Normalstation vorherrschenden Gegebenheiten zurechtzukommen, indem sie sich mit diesen arrangieren. Außerdem versuchen sie diverse Hürden, wie z.B. nicht mobil zu sein oder sich alleine waschen zu können, aktiv zu bewältigen. Wichtig ist den PatientInnen in diesem Zusammenhang auch, die zuvor in der Vorphase abgegebene Kontrolle soweit als möglich wieder zu erlangen, wobei die PatientInnen dafür, sowohl körperlich als

auch psychisch bereit sein müssen, damit dieses wieder Kontrolle übernehmen nicht als Überforderung erlebt wird. Darüber hinaus setzen sich die PatientInnen verschiedene Ziele, wie z.B.: wieder gehen zu lernen. Diese helfen ihnen dabei, das Gefühl zu haben, wieder Kontrolle über sich selbst zu erlangen.

Aufgrund der Ergebnisse lässt sich beschreiben, dass die Angehörigen in dieser Phase insofern eine wichtige Rolle spielen, als sie zur Bewältigung des Prozesses mit dem/der Patienten/in versuchen die Rollen im Hinblick auf den Prozess der Genesung untereinander auszuhandeln bzw. zu klären, um diesen gemeinsam aktiv gestalten zu können sei es direkt in einem Gespräch oder auch indirekt. Dieses Mitgestalten ist natürlich immer von dem/der Patienten/in abhängig, insofern als er/sie auch die Unterstützung seines/seiner bzw. ihres/ihrer Angehörigen zulässt. In den Ergebnissen zeigt sich, dass die PatientInnen zwar oft den Unterstützungsbedarf nicht explizit ansprechen, aber einerseits die Angehörigen erkennen, wenn sie gebraucht werden und andererseits die Angehörigen von den PatientInnen als wichtige Stütze und Kraftquelle angesehen werden.

Anpassen und arrangieren

Die PatientInnen versuchen sich in dieser Phase mit den Enttäuschungen aus Phase eins zu arrangieren und sich an die Umgebung anzupassen. Diese Anpassung erfolgt, weil sie ihre derzeitige Situation selbst nicht ändern können und deshalb bemühen sie sich in einen Ablauf einzuordnen, was jedem/jeder Patienten/in unterschiedlich gut gelingt. Sie versuchen sich mit der Situation zu arrangieren, weil sie ihre Kraft bzw. Motivation dafür benötigen ihre Genesung voranzutreiben und ihre Ziele zu erreichen. Um diese nicht zu gefährden wollen sie auch nicht gegen die Umgebung ankämpfen. Die Anpassung an die Umgebung kann in verschiedenen Ausprägungen stattfinden, von „einfach hinnehmen“, weil man es nicht ändern kann bis zur Resignation und psychischem Verfall.

Einerseits führt die Anpassung an die Umgebung dazu, dass sich die PatientInnen nicht bei den Pflegepersonen über z.B. die schlechtere Betreuung oder die Umgebung beklagen, weil sie ein distanziertes Betreuungsverhältnis akzeptieren

und sie erkennen, dass der vorherrschende Zeitmangel nicht dieselbe Betreuung wie auf der Intensivstation zulässt. Darüber hinaus werden auch Äußerungen von Seiten des Pflegepersonals, die als verletzend und nicht wertschätzend eingestuft werden, ohne Beschwerde hingenommen. Ganz im Gegenteil suchen die PatientInnen teilweise den Grund zunächst bei sich selbst:

„[...] es ist mir auch immer gesagt worden (,) so auf die Art (,) ich soll froh sein, also ich kann froh sein, dass ich überhaupt da sitze im Bett also (noch lebe) das ich halt noch lebe. [...] ich war wegen dem Gehen. Nur wegen dem Gehen. Da bin ich ihnen so in den Magen gelegen (lacht). Ich bin ihnen so auf die Nerven gegangen. [...] dann schon auch oft gedacht, du bist irgendwie undankbar (,) sei mal ruhig mit denen (lächelt).“

Ein anderer Patient erlebte folgendes:

„Die eine Schwester hat gesagt, ich liege immer im Bett, aber die hat wahrscheinlich nicht gesehen, ich kann ja nicht den ganzen Tag gehen, da war ich zu schwach dafür [...].“

Eventuell werden durch diverse Äußerungen die PatientInnen nur noch stärker motiviert, dieses Setting so schnell wie möglich zu verlassen, was sich aus folgendem Zitat desselben Patienten schließen lässt:

„Das war schon irgendwie (...). Deswegen war ich/habe ich wahrscheinlich noch mehr Interesse gehabt, dass ich früher nach Hause komme, das hat sicher mitgespielt nicht.“

Die scheinbar fehlende Motivation seitens des Pflegepersonals wird aber durch die Motivation und das Lob, das die PatientInnen von ihren Angehörigen erfahren, aufgewogen.

Die Anpassung an die Umgebung führt sogar soweit, dass auch die Überlegung, sich wegen z.B. eines Gangbettes in ein anderes Krankenhaus verlegen zu lassen, fallen gelassen wird, weil eine Patientin folgende Bedenken hat:

„Vor allem ahm ich weiß ja nicht einmal ob ein anderes Krankenhaus sich bereit erklärt einen dann aufzunehmen; nachdem. Ich weiß das ja nicht. Es

wäre vielleicht dann auch irgendwie dem Personal gegenüber, den Ärzten gegenüber unfair gewesen.“

Zudem führt die Anpassung an die Umgebung dazu, dass sie ihre eigenen Ansprüche, die sie durch ihre Erfahrung auf der Intensivstation haben, zurückstellen - PatientInnen versuchen die Situation realistisch zu sehen.

Das unpersönlichere Betreuungsverhältnis wird akzeptiert, die Umgebung, Pflege und sonstige Aspekte werden von den PatientInnen als ausreichend und normal empfunden:

„Es ist nichts erklärt worden. [...] naja ich habe halt nichts gesagt, weil ich gewusst habe, ich bin eh bald weg dort, aber (..)“

Das Zurückstellen der eigenen Ansprüche kann aber bedingt durch die psychische Belastung schlussendlich zu einer Zurückgezogenheit bei den PatientInnen führen:

„[...] was ich auch irgendwie verstehe man kann sich nur einordnen in einen Ablauf und nicht drüber fahren, weil andere warten ja auch. Aber das war mir dann schon ein bisschen zu viel, ich habe dann nicht mehr wollen.“

Die Umgebungsunwägbarkeiten müssen hingenommen werden. Eine große Rolle spielt in diesem Zusammenhang, ob der/die PatientIn eine Zusatzversicherung hat, weil er/sie dann ein Einzelzimmer beziehen kann und keine der nun folgenden Kritikpunkte erlebt.

Die Zimmer bzw. Räume werden von den PatientInnen meist als nicht heimelig, offen und kahl beschrieben und auch die Größe der Zimmer wird meist bemängelt. PatientInnen versuchen sich aber an diese zu gewöhnen. Auch die eventuell, fehlende behindertengerechte Ausstattung des Zimmers und in Folge dessen nicht so oft Duschen gehen zu können wird in Kauf genommen, weil es aus baulichen Gegebenheiten (klein, Stufen) nicht möglich ist. Aufgrund der Mehrbettzimmersituation, müssen sich die PatientInnen auch an ihre MitpatientInnen versuchen anzupassen und mit ihnen zu arrangieren. Die Gedanken eines Patienten dazu:

„Man muss das halt hinnehmen wie es ist, dass kannst du eh nicht ändern. (..) Wissen sie, manchmal sind halt Tage gewesen, da waren nur vier drinnen und dann waren wieder mehr. Wissen sie, dass mit dem laut Schlafen, schnarchen (lachte) ist ja auch nicht einfach (..). Aber an und für sich ist es eh gegangen. Mit den Leuten habe ich halt ein Glück gehabt, es ist halbwegs gegangen, ja, ja, halbwegs normale Leute. Es ist schon gegangen ja, naja (..)“

Dieses Anpassen an die Umgebung führt auch dazu, dass die meisten PatientInnen trotz ihrer misslichen Lage aktiv keine Hilfe bei den Angehörigen suchen. Dies kann verschiedene Gründe haben: Einerseits kann es sein, dass die PatientInnen implizit erwarten, dass ihre Angehörigen selbst die Initiative ergreifen, oder sie sind einfach nicht in der Lage, um aktiv nach Hilfe zu fragen. Möglich ist aber auch, dass sie die Situation ohne Angehörigenhilfe meistern wollen, um diese nicht zu belasten. Zudem fallen einzelne PatientInnen auf, die sich sogar explizit über die Situation beschweren, aber dennoch nicht um Hilfe bitten. Andere PatientInnen senden indirekte Signale, wie z.B. das diese weniger sprechen, um den Angehörigen zu vermitteln, dass sie sich in einem schlechten Zustand befinden.

Im Bezug auf das medizinische und pflegerische Personal besteht nach wie vor ein Abhängigkeitsverhältnis, weswegen sich die PatientInnen in den seltensten Fällen gegen das Personal auflehnen, weil sie negative Auswirkungen befürchten.

Zusätzlich zu den persönlichen Beziehungen wird die Anpassung auch von verschiedenen persönlichen und individuellen Faktoren beeinflusst. Diese sind stark vom bereits Erlebten abhängig. Manche finden z.B. Mehrbettzimmer belastender als andere, einigen macht es sogar Spaß in einem Mehrbettzimmer zu liegen.

Letztendlich wird die Anpassung an die Umgebung von den PatientInnen als Mittel zum Zweck angesehen, um nach Hause kommen zu können. Es wird erkannt, dass nach dem Intensivaufenthalt zwingend die Normalstation als Zwischenschritt nach Hause oder in die Rehaklinik notwendig ist.

Aktiv werden

PatientInnen versuchen zu kämpfen, um ihren Ziel „nach Hause zu kommen“ näher zu kommen. Dabei hat ihre Motivation gesund zu werden in dieser Phase einen hohen Einfluss darauf, wie Hindernisse und Hürden bewältigt werden.

Abgesehen von all der Anpassung in der Phase sind jedoch auch alle PatientInnen bestrebt, aktiv an ihrer Genesung zu arbeiten und die entsprechenden Hindernisse und Hürden zu überwinden, indem sie z.B. Gehübungen machen oder selbständig zu essen versuchen. Abhängig vom Gesundheitszustand der PatientInnen ist es manchen möglich mehr Aufgaben selbst zu übernehmen. Andere wiederum müssen in dieser Phase noch auf die Unterstützung von Pflegepersonen zurückgreifen, versuchen aber immer mehr ohne fremde Hilfe zurechtzukommen.

Aufgrund der vorher gemachten Erfahrungen ist es auch möglich und notwendig, dass Angehörige aktiv mithelfen, wo Hilfe benötigt wird. Dies können pflegerische Tätigkeiten sein, aber auch andere Bereiche betreffen.

PatientInnen haben das Bestreben aktiv zu werden, weil sie versuchen wieder unabhängiger zu werden und möglichst selbständig zu agieren, aber auch weil sie wieder alles können wollen, was sie vor dem Krankenhausaufenthalt gekonnt hatten.

Sie versuchen sobald als möglich diverse Aktivitäten, wie z.B.: einzelne Körperteile alleine zu waschen, selbst durchzuführen, aber teilweise erleben PatientInnen auch, dass von ihnen verlangt wird aktiver zu sein. Mit vielen PatientInnen wird schon auf der Intensivstation begonnen zu üben (wenn diese dort zum Beispiel aufgrund der Bettensituation länger bleiben müssen), wie z.B. sitzen, einen Becher halten oder auch ein Stehversuch. Diese Fähigkeiten werden dann auf der Normalstation weiter geübt und perfektioniert.

Das Aktiv werden wird aber nicht nur ausgelöst, weil PatientInnen mit ihren körperlichen Problemen konfrontiert werden und versuchen wollen diese zu bewältigen, sondern weil auch die Angehörigen Ansprüche an die PatientInnen stellen, um die Genesung zu beschleunigen. PatientInnen sind diesbezüglich aber nicht immer einer Meinung mit ihren Angehörigen:

„[...] meine Frau ja gesagt hat, wegen dem nach Hause gehen, dass ich Stiegen steigen können muss, weil wir zu Hause Stiegen haben. Mir wäre das egal gewesen, (..) ich wäre so irgendwie hinaufgekrochen, wenn das nicht gegangen wäre. Aber dann ist eben ein Therapeut gekommen und da hat ihm die Schwester gesagt, Stiegen steigen muss er lernen.“

PatientInnen versuchen zu üben und tun alles, um zu Kräften zu kommen:

„Da haben wir halt dieses Essen da bekommen, (..) dieses Astronautenfutter (lacht) da, das nicht besonders gut schmeckt. Das habe ich halt irgendwie hinuntergewürgt und ja, dann habe ich eh dort ein bisschen etwas gemacht. Ich habe ein Bettrad gehabt, welches ich ein bisschen getreten habe und was gegangen ist, habe ich eh mitgemacht [...].“

Der Prozess des aktiv werdens wird von den PatientInnen unterschiedlich erlebt und wahrgenommen. Viele PatientInnen erleben diesen Prozess als anstrengend ähnlich einem Kampf, weil auch einfaches, wie z.B. das Anhalten an einem Griff, um aus dem Rollstuhl auf einen Sessel in die Dusche zu kommen als massiver Kraftakt erlebt wird und somit das Duschen selbst hinten angestellt und das Waschen am Waschbecken vorgezogen wird. Dennoch stellen auch diese Schritte, die mit scheinbaren Enttäuschungen einhergehen aus der Sicht der PatientInnen einen Schritt Richtung Unabhängigkeit dar:

„Also für mich war es schon ein Highlight wenn ich am Waschbecken gesessen bin in dem Rollstuhl und das ich mich dort waschen habe können.“

PatientInnen haben das Gefühl etwas zu machen bzw. zu versuchen und werden auch mit ihren physischen und psychischen Grenzen konfrontiert, die sie im Zuge des Prozesses versuchen müssen zu akzeptieren. Manche erleben ihn als eine Herausforderung, der viel abverlangt und nicht geradlinig verläuft. Bestimmt wird der Prozess von der Hartnäckigkeit der PatientInnen. Diese haben ein klares Ziel und somit fällt es leichter die damit einhergehenden Strapazen durchzustehen.

Wieder Kontrolle erlangen

Eine wichtige Rolle im Zusammenhang mit dem aktiv werden spielt die Fähigkeit bzw. Möglichkeit der PatientInnen, ihre zuvor abgegebene Kontrolle wieder zu erlangen. Bei manchen PatientInnen kann das auf die Kontrolle über ihren Körper beschränkt sein und Entscheidungen oder die Kommunikation mit dem medizinischen Personal werden teilweise oder auch komplett ihren Angehörigen überlassen, weil sich der/die PatientIn noch nicht dazu in der Lage fühlt. Andere PatientInnen hingegen versuchen die Kontrolle möglichst umfassend wiederzuerlangen. Die Möglichkeiten des/der Patienten/in sind aber auch stark von seinem/ihrer Gesundheitszustand abhängig. Ist dieser nicht ausreichend gut, wie eben auf der Intensivstation oder bei gesundheitlicher Verschlechterung der PatientInnen, wird das Übernehmen der Kontrolle zurückgestuft, bis PatientInnen in ihrem Genesungsprozess soweit fortgeschritten sind, dass sie wieder dazu fähig sind. Möglich ist auch, dass manche PatientInnen aufgrund psychischer und/oder physischer Verschlechterung und Motivationsverlust, ihre bereits zurück gewonnene Kontrolle, wie z.B. gehen mit dem Rollator einstellen und sich zurückziehen, wieder abgeben und den Angehörigen überlassen, die dann an deren Stelle das Ruder übernehmen.

Es zeigt sich aber, dass alle PatientInnen, wenn es der psychische und physische Gesundheitszustand zulässt, so rasch wie möglich die Kontrolle wieder erlangen wollen, weil sie wieder möglichst unabhängig und für sich selbst verantwortlich sein wollen, d.h. sie wollen selbst Entscheidungen treffen und Eigenverantwortung übernehmen. Dazu in der Lage zu sein bedeutet für manche PatientInnen aber auch, dass sie sich dadurch nicht mehr wie davor macht- und hilflos fühlen:

„[...] abhängig ist von denen (,) hilflos irgendwie ist, weil man da schon (,) ja (,) das machen muss und (...) ja, und ganz einfach hilflos irgendwie (...).“

PatientInnen versuchen aktiv in ihren Genesungsprozess einzugreifen und diesen selbst mitzubestimmen, wenn sie nicht zufrieden sind, wie dieser Patient:

„[...] aber dann habe ich die Pulver weggelassen, die Schlafpulver und dann ist es, ist es okay gewesen. (...). Dann ist das gegangen, ja. Man muss

selber ein bisschen eingreifen nicht, (..), ja probieren, mehr als schlechter kann es nicht werden.“

Der Versuch, die Kontrolle wieder zu erlangen führt in dieser Phase dazu, dass PatientInnen eine Verbesserung ihrerseits erfahren, indem sie z.B. keine Schlafprobleme mehr haben oder auch sich alleine soweit mobilisieren, wie sie es sich selbst zutrauen:

„Am Anfang, also beim ersten Mal aufstehen, da war eine Therapeutin dabei, die hat mir gesagt, was ich machen muss, dass ich nicht gleich ins Bett zurück (falle?), aber dann habe ich mich alleine in den Rollstuhl hineingesetzt und bin mit dem Rollstuhl alleine hin und her gefahren.“

Der Prozess des Kontrolle wieder erlangen wird von den PatientInnen unterschiedlich erlebt. Der Wille dazu ist bei allen PatientInnen vorhanden, nur ist es möglich, dass einige PatientInnen es zu Beginn als Überforderung erleben. Einige PatientInnen beschreiben es als probieren und versuchen, um festzustellen, wozu sie bereits wieder in der Lage sind. Eine entscheidende Rolle spielt auch die Zeit, was die Aussage einer Patientin verdeutlicht:

„Das habe ich können selber. Das habe ich auch gar nicht wollen, weil das, ich habe eh Zeit gehabt. [...] Ich wollte das selber nein weil (lacht) (..) Nein weil, so fremde Hilfe das habe ich eh lange genug auf der Intensiv gebraucht.“

Rollenklärung

Der Prozess des Wiedererlangens von Kontrolle beschreibt auch ein Ausverhandeln von Rollen im Prozess zwischen PatientInnen und Angehörigen, unabhängig davon ob dieses Ausverhandeln, formell oder informell, explizit oder implizit erfolgt. Auch dabei spielt der Gesundheitszustand der PatientInnen wieder eine essenzielle Rolle.

Manche PatientInnen brauchen zwar die Pflege betreffend keine Unterstützung, weil sie sich schon alles selbst machen können, aber können aufgrund vorübergehender Probleme wie z.B. Sprachstörungen in anderen Bereichen auf

Hilfe angewiesen sein. Dabei wird den Angehörigen die Rolle des Sprachrohres zu Teil.

Andere PatientInnen wiederum sind aufgrund der beschriebenen Zustände auf der Normalstation und den Gesundheitszustand betreffend auch in pflegerischen Belangen zu unterstützen. Aktiv wird dabei selten seitens der PatientInnen von ihren Angehörigen Hilfe verlangt und diesen wird die Rolle informell zu Teil, indem sie diverse Tätigkeiten, wie Essen eingeben, Gehübungen machen und auch bei der Körperpflege unterstützen, unaufgefordert übernehmen.

Jedoch gibt es auch PatientInnen, die ihre Angehörigen, wenn sie ihre Grenzen erkennen auch explizit um Hilfe bitten, um sich nicht selbst zu überfordern. Die PatientInnen haben somit formell eine Rolle an den/die Angehörigen/Angehörige übertragen, der sie fortan unterstützt:

„[...] hat mir geholfen wenn irgendwas war beim Essen. [...] Und ja halt dann wie gesagt (,) Schüssel rein, raus und so. Also das hat er schon immer gemacht alles.“

Verschlechtern sich PatientInnen in dieser Phase aufgrund äußerer Umstände und fallen sogar wieder in Zustände, wie in Phase eins zurück, kommt es zu keiner offiziellen Rollenklärung zwischen PatientInnen und Angehörigen, sondern der/die Angehörige übernimmt das Ruder, wenn er/sie sich dazu bereit fühlt. Er/Sie fungiert als Anwalt/Anwältin und/oder Fürsprecher/Fürsprecherin und wenn notwendig auch als informelle Pflegeperson, bis sich der Gesundheitszustand des/der Patienten/in wieder bessert.

4.2.4 Die dritte Phase: Zurück ins Leben – Ablösung

Wieder nach Hause kommen

Diese Phase beendet den langen Prozess von der Aufnahme auf die Intensivstation, über die Normalstation bis hin zur Entlassung aus dem Krankenhaus. Sie beschreibt die Entlassung von der Normalstation nach Hause. Dieses Ereignis wird von den PatientInnen als auch den Angehörigen als freudiges Erlebnis beschrieben. Die schweren, kritischen Zeiten sind überstanden und der/die Patient/in kann wieder in das gewohnte Umfeld zurück und versucht

gemeinsam mit der ihm/ihr vertrauten Person dort wieder ein normales, geregeltes Leben zu führen. Die Beziehung zwischen PatientIn und vertrauter Person zu Hause kann zu Beginn mit neuen Herausforderungen konfrontiert werden. Diese können durch die Folgeerscheinungen der schweren Erkrankung verursacht werden, welche von möglicherweise weiterhin bestehenden körperlichen Einschränkungen bis hin zur psychischen Verarbeitung dieser schweren Zeit reichen. In dieser Arbeit wurden dazu jedoch aufgrund der mangelnden Relevanz für die Forschungsfrage keine genauen Daten erhoben. Nichtsdestotrotz jedoch können aus den Ergebnissen vage Informationen zu dieser letzten Phase entnommen werden, weil sowohl PatientInnen als auch Angehörige sich dazu geäußert haben.

Die Phase wünschen sich sowohl die PatientInnen als auch die Angehörigen schon früher herbei, als diese dann tatsächlich eintritt. Der Grund dafür kann sein, dass PatientInnen sowohl aus medizinischer als auch pflegerischer Sicht noch nicht bereit sind, weil sie z.B. noch keine Stiegen steigen können, aber dies für eine Entlassung können müssen. Manche PatientInnen stufen dies oft anders ein, für sie ist meist nur wichtig wieder nach Hause zu kommen, wie, spielt dabei keine Rolle, was folgende Aussage widerspiegelt:

„Mir wäre das egal gewesen, (..) ich wäre so irgendwie hinaufgekrochen, wenn das nicht gegangen wäre.“

Das Gefühl zu haben, nur mehr unnötigerweise auf der Normalstation zu sein, rührt daher, dass in den letzten Tagen vor dem Transfer nach Hause meist nicht mehr viele erkennbare Veränderungen eintreten und somit vor allem die PatientInnen den Eindruck haben, dass sie auch schon früher nach Hause hätten können:

„[...] gefühlsmäßig war ich schon so weit, dass ich gesagt hätte, liegen kann ich zu Hause auch. [...] spazieren gehen dreihundert Meter kann ich zu Hause auch genau so gut wie dort und ich falle niemanden zu Last.“

Bei einigen PatientInnen dauert es relativ lange bis diese Phase eintritt, da sie gleich anschließend an den Krankenhausaufenthalt in eine Rehaklinik zur weiteren Behandlung und Betreuung kommen. Das Hoffen, irgendwann wieder nach Hause

zu kommen ist bei diesen PatientInnen immer präsent. Wichtig ist, wie lange es auch dauert wieder nach Hause zu kommen, das mit einem Ziel vor Augen die Zeit leichter zu schaffen ist, da dieses Motivation zum Durchhalten gibt.

Wie vorher schon beschrieben, ist es möglich, dass sich PatientInnen nun zu Hause mit einer neuen Situation arrangieren müssen, weil sie aufgrund der schweren Erkrankung mit Langzeitfolgen konfrontiert sind. Beispielsweise kann es vorkommen, dass PatientInnen in Folge dessen zu DialysepatientInnen werden. Somit kann dadurch der Prozess der Genesung zu Hause nicht abgeschlossen werden, weil immer eine Erinnerung an diese erlebte Zeit bleibt:

„Ja, na das ist ein langer Prozess. Wie gesagt (,) die Dialyse und alles, das ist noch nicht gerade lustig. [...] Weil man nichts machen kann, der Tag ist verloren.“

Die erlebte Zeit und der durchgemachte Prozess, ist für alle PatientInnen prägend. Sie sind froh und glücklich, die Zeit überstanden bzw. überlebt zu haben und freuen sich, wieder im Kreise ihrer Familie und Freunde leben zu können.

Zurückblickend auf den durchgemachten Prozess äußert ein Patient folgendes:

„[...] aber es ist auch sehr, ich glaube auch eine wichtige Lebenserfahrung, wenn man sie macht. [...] Wenn es einem nicht erspart bleibt (lacht) und, weil man dadurch natürlich sehr viel lernt in verschiedener (Hinsicht?), erstens sich selber.“

4.3 Beeinflussende und auswirkende Faktoren auf die Phasen der PatientInnen

In diesem Unterkapitel werden alle Faktoren dargestellt und näher beschrieben, die eine Wirkung auf die verschiedenen Phasen die PatientInnen betreffend haben. Die Abbildung soll dabei zur leichteren Übersicht dienen und zeigen, welche Faktoren sich auf welche Phasen auswirken bzw. zeigen, dass es Faktoren gibt, die sich auf mehrere Phasen auswirken und andere nur begrenzt wirken. Die drei letzten Faktoren (Bauliche Gegebenheiten und Bettensituation, Personalsituation, Isolation wegen Infektion) beeinflussen sowohl die Phasen der

PatientInnen als auch der Angehörigen. Daher werden diese Faktoren erst im Kapitel 4.6 ausführlich beschrieben.

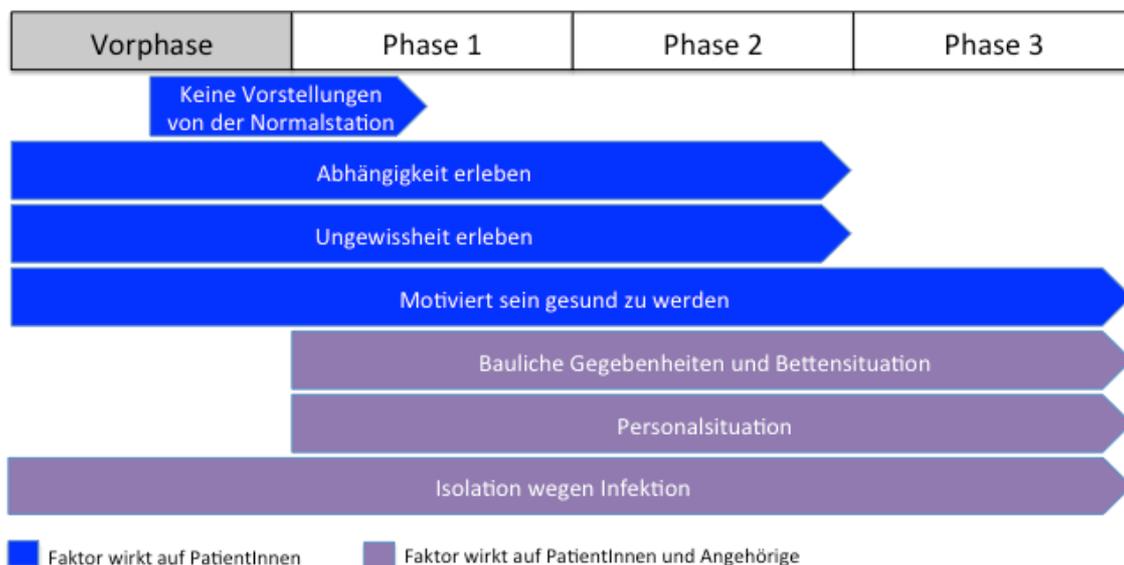


Abb.5: Faktoren, die den Phasenverlauf der PatientInnen beeinflussen

4.3.1 Keine Vorstellungen von der Normalstation

Wenn man weiß, wie es nach dem Intensivaufenthalt auf der Normalstation in Punkto Betreuung oder Umgebung weitergeht, weil man diese Erfahrung schon einmal gemacht hat, dann kann man sich auf die Situation dort in gewisser Weise einstellen. Wenn es aber für PatientInnen der erste Intensivaufenthalt ist und sie auch sonst, außer als BesucherIn, noch keine Erfahrungen mit dem Krankenhaus gemacht haben, haben die meisten keine Vorstellungen, was sie auf der Normalstation erwarten wird. Es zeigt sich aber dennoch, dass zumindest implizit Erwartungen bestehen, was z.B. die Betreuung betrifft – nämlich so betreut zu werden wie auf der Intensivstation. Werden diese Erwartungen nach Ankunft auf der Normalstation nicht erfüllt, sind die PatientInnen enttäuscht.

„Ich habe mir das irgendwie anders vorgestellt, ich weiß es nicht. Ich habe es mir irgendwie anders vorgestellt. Irgendwie besser habe ich mir das vorgestellt (.). [...] Ich war irgendwie enttäuscht von der Station.“

Andere wiederum haben keine Vorstellung von der Normalstation zum Zeitpunkt des Transfers, weil sich die Gedanken um Anderes drehen:

„Vorstellungen (,) ich muss ihnen ganz ehrlich sagen in so einem Zustand glaube ich hat man gar keine.“

Zudem gibt es PatientInnen die aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung gar nicht damit rechnen zu überleben und auf die Normalstation zu kommen und somit alleine von der Tatsache, dass sie in dieses neue Setting wechseln überwältigt sind.

Obwohl die befragten PatientInnen zum Zeitpunkt des Transfers, keine oder nur indirekte Vorstellungen von der Normalstation hatten, trägt dieser Faktor dazu bei, dass die Ankunft auf der Normalstation als Bruch erlebt wird, weil die impliziten Erwartungen nicht zu dem passen, was sie dort nach Ankunft erleben. Es ist davon auszugehen, dass Vorerfahrungen dahingehend eine Rolle spielen, als der Bruch, den PatientInnen beim Transfer aus unterschiedlichen Gründen erleben, wesentlich geringer ist, wenn diese Situation schon einmal durchlebt wurde. Auch wären vorbereitende Erklärungen seitens des behandelnten Teams dahingehend nützlich, um die Enttäuschungen nach dem Transfer möglichst gering zu halten.

Des Weiteren beeinflusst dieser Faktor auch das Ende der Vorphase der PatientInnen indirekt, da diese aufgrund der nicht vorhandenen Vorstellungen bzw. auch der fehlenden Zeit daran zu denken, unbefangen auf den Transfer an sich und die Normalstation zugehen, was dazu beiträgt, dass der Transfer an sich als positiv gesehen und als Schritt Richtung Genesung gedeutet wird.

4.3.2 Ungewissheit erleben

Ungewissheit erleben alle PatientInnen im Zusammenhang mit dem Transferierungsprozess und auch in der Zeit danach. Die erlebte Ungewissheit bezieht sich dabei auf den körperlichen Zustand, den Genesungsprozess und auf medizinische und pflegerische Tätigkeiten. Daher hat dieser Faktor einen Einfluss sowohl auf die Vorphase, als auch auf die ersten beiden Phasen.

Die Gründe, warum PatientInnen Ungewissheit erfahren können, sind sehr vielfältig. Einerseits kann diese durch Personen ausgelöst werden, aber auch eigene Gedanken oder Probleme können Anlass dafür sein. Im nachfolgenden werden einige Gründe genauer beschrieben.

Eine Möglichkeit, warum Patienten diese erleben ist, dass ihnen aufgrund des Intensivaufenthaltes und/oder der Schwere ihrer Erkrankung die Orientierung fehlt und sie noch nicht realisieren können, was mit ihnen passiert bzw. passiert ist:

„[...] nur da habe ich wie gesagt nicht einmal noch realisiert gehabt was eigentlich los ist, das ich eben nicht aufstehen kann.“

Auch plötzliche, körperliche Einschränkungen durch Unfälle oder als Folge einer schweren Erkrankung können für PatientInnen irritierend sein:

„[...] auch irgendwie ein komisches Gefühl auch gehabt, weil ich nicht gewusst habe, eben mit dem gehen und alles. [...] gedacht hab ich mir schon, ich weiß nicht ob das gehen wird auf der Normalstation [...].“

Nicht nur die körperlichen Einschränkungen selbst, sondern auch der als insuffizient, wahrgenommene medizinische Umgang mit diesen kann dazu führen, dass PatientInnen Bedenken in Bezug auf ihre Genesung haben, weil sie dieses Verhalten von der Intensivstation nicht kennen und es somit als inadäquat ansehen:

„[...] das hat mich schon (..) ein bisschen gestört, das die Gefährlichkeit eines, eines (..) resistenten Keimes am Wochenende lange nicht so hoch ist, wie unter der Woche [...] das man da schon Bedenken haben muss, ob man da richtig umgeht mit gefährlichen Dingen.“

Als weiterer, wichtiger Aspekt hinsichtlich des Umgangs mit gesundheitlichen Einschränkungen und dem weiteren Genesungsprozess ist zum Anderen, die inadäquat erlebte Kommunikation anzuführen. Dieser Umstand kann bei den PatientInnen Ungewissheit hervorrufen, wenn sie das Gefühl haben zu wenig Information zu erhalten:

„[...] es war kein spezieller Akt der Besprechung, wo man sagt so geht es weiter und das wird sein und das wird sein, und das wird nicht sein und so irgendwie, also so etwas, an das kann ich mich zumindest nicht erinnern.“

Über den reinen Informationserhalt hinaus ist es für viele PatientInnen wichtig, dass sie im Zusammenhang mit ihrer Betreuung einen Plan erkennen können, der

auch einen Ausblick erkennen lässt. Ist dies nicht der Fall, führt dies bei PatientInnen zur Ungewissheit:

„[...] es ist halt nie gesagt worden wie und was nicht. Das war halt auch für mich immer ein bisschen, naja (..) (lacht), wie ein bisschen in der Luft hängen.“

Auch leere Versprechungen und Vertröstungen des behandelnden Teams können dieses Gefühl hervorrufen:

„Der hat immer gesagt nein, er kann mich noch nicht operieren. [...] Weil ich muss zu Kräften kommen nicht. [...] Und da hat's geheißen (,) nächste Woche am Mittwoch und nächste Woche dann am Freitag, und da bin ich dann wochenweise [...] getröstet worden.“

Einige PatientInnen sehen den Beginn dann, wenn sie einerseits selbst nicht wissen wie es weiter geht und es ihnen auch niemand sagt bzw. sagen kann. Andererseits kann ein anfänglich wahrgenommener kommunizierter Plan aber auch wieder in Ungewissheit umschlagen, wenn ein auf einer anderen Station begonnener Prozess, einfach nicht weitergeführt wird, wie ein Patient beklagt:

„Das man sagt, okay, was, wie, auf was muss man sich einstellen. [...] Das haben die gemacht, die haben dich jetzt bis da her gebracht. [...] Nicht jetzt bin ich einfach da und jetzt warte ich bis die sagen, okay Entlassung ist morgen, sondern, dass man wirklich aktiv hier, so einen Prozess gestaltet.“

Die vorherrschende Ungewissheit kann dazu führen, dass PatientInnen zu hoffen beginnen, um mit der Situation zurecht zu kommen, aber es entstehen auch Zweifel. Des Weiteren kann diese bei einigen PatientInnen Unklarheit auslösen, was folgende Patientenaussage bestätigt:

„Also da hat es nicht viel gegeben, das ist alles (..). Ich meine, vielleicht war es für das Personal klar, was zu tun ist, aber für den Patienten ist es nicht klar, was in Plan ist.“

Der Zeitpunkt, ab wann PatientInnen Ungewissheit erleben ist individuell und von verschiedenen Faktoren abhängig. Manche PatientInnen erleben bereits auf der Intensivstation kurz vor dem Transfer dieses Gefühl, weil sie Gedanken spinnen

die diese hervorrufen und Zweifel erzeugt, wie z.B. Umgang mit Problemen und diese schaffen müssen bzw. können. Bei anderen PatientInnen beginnt die Ungewissheit dann, wenn sie das Gefühl haben, dass ihnen in dem Prozess Ehrlichkeit und Klarheit fehlen, diese also auf kommunikative Faktoren zurückgeführt werden kann:

„Ich habe wieder gewartet, nicht. Das sind die Sachen die ich nicht möchte. Weil ich möchte Klarheit haben. [...] Ehrlichkeit, [...].“

Es kann auch passieren, dass die vorherrschende Ungewissheit dazu führt, dass PatientInnen diese nicht mehr ertragen können, sie sich überfordert fühlen und sie deshalb in eine frühere Phase zurückfallen (sowohl psychisch als auch physisch) und ihre Motivation verlieren:

„Ja nächste Woche schauen wir und übernächste Woche schauen wir und und werden wir weiter schauen [...]. [...] da habe ich dann schon bald einen Lagerkoller gehabt. War es mir zu viel. [...] ich habe dann nicht mehr wollen.“

Dieses Zurückfallen kann im schlimmsten Fall soweit führen, dass PatientInnen sich in Phase eins wieder finden, d.h. enttäuscht, frustriert und von einer bereits aktiven Rolle wieder in eine passive Rolle übergehen, was mit einem Motivationsverlust einhergeht. Bereits erlernte Fähigkeiten, wie z.B. selbständig zu Essen, werden aufgrund der hohen psychischen Belastung fallen gelassen. Die PatientInnen ziehen sich zurück, resignieren und geben die Kontrolle wieder an ihre Angehörigen ab.

4.3.3 Abhängigkeit erleben

Dieser Faktor wirkt auf alle PatientInnen schon während ihres Intensivaufenthaltes ein und beeinflusst auch die erste und zweite Phase, bis die PatientInnen wieder in der Lage sind selbständig zu agieren:

Von jemandem Fremden abhängig zu sein stellt alle PatientInnen vor eine große Hürde, da abhängig zu sein einerseits den PatientInnen signalisiert, dass sie im Selbst eingeschränkt sind und andererseits ohne fremde Hilfe wenig bis gar nichts erreichen bzw. tun können. Daher ist es notwendig, dass sich PatientInnen mit

dieser unausweichlichen für viele als unangenehm erlebten besonderen Beziehung anfreunden. Aufgrund ihrer schweren Erkrankungen oder Verletzungen und zu Beginn auch wegen der Sedierung und Beatmung, sind PatientInnen von den Pflegepersonen vollständig abhängig und können alleine keine Aktivitäten setzen. Diese Abhängigkeit wird von PatientInnen unterschiedlich erlebt und wahrgenommen.

Wichtig dabei in diesem Zusammenhang ist das Umfeld, in dem Abhängigkeit erlebt wird und stattfindet. Im Zuge der Datenauswertung konnte festgestellt werden, dass in einem positiv besetzten Umfeld, in dem man sich wohlfühlt, die Abhängigkeit gut akzeptiert werden kann und nicht als negativ empfunden wird. Wechselt man nun aufgrund des Transfers das Umfeld und wird dieses als eher negativ erlebt, dann kann auch der Faktor Abhängigkeit dort als negativ bzw. unangenehm erlebt werden und hat somit Einfluss darauf, wie PatientInnen mit den Phasen eins und zwei zurechtkommen.

Diese von Abhängigkeit geprägte Beziehung zu gestalten stellt auch für Pflegepersonen eine Herausforderung dar, wie ein Patient anmerkt:

„[...] dass man nicht dauernd das Gefühl hat, naja man fällt erstens jemandem zur Last und der zeigt es dir jedes mal wieder. Eigentlich, ist es nur mein guter Wille, dass ich dich jetzt aufsetze und so (..), das ist eine sehr schwierige Situation für alle Betroffenen, für alle Beteiligten hier.“

Sich auf dieses Abhängigkeitsverhältnis einzulassen verlangt den PatientInnen viel Vertrauen ab und ist wie im obigen Zitat beschrieben für diese keine einfache Situation.

Dennoch empfinden PatientInnen die Abhängigkeit auf der Intensivstation bedingt durch die Umgebung, in der sie sich wohl fühlen, teilweise auch positiv und somit spüren das Gefühl des Machtverlustes nicht zu stark. Diese positiv erlebte Abhängigkeit kann sich auf die Psyche der PatientInnen auswirken und ihnen Kraft für den weiteren Krankheitsprozess geben:

„[...] das war immer vom ersten Moment (lacht), wie ich wieder munter geworden bin, das war immer (..), das war immer gut. Das alleine hilft schon, dass man wieder auf den Damm kommt.“

Abgesehen davon stellen die PatientInnen aber auch selbst fest, dass sie hilflos sind und zunächst nichts zur eigenen Genesung beitragen können:

„[...] abhängig ist von denen (,) hilflos irgendwie ist, weil man da schon (,) ja (,) das machen muss und (...) ja, und ganz einfach hilflos irgendwie.“

Aufgrund dieser Erfahrungen sind PatientInnen aber in den Phasen eins und zwei bestrebt ihre Unabhängigkeit wieder zu erlangen bzw. so schnell wie möglich wieder Verantwortung über sich selbst zu übernehmen.

Oft glauben PatientInnen, dass alleine durch einen Stationswechsel, also einem Transfer von der Intensivstation auf die Normalstation, sich der Abhängigkeitsgrad ändert und sind dann enttäuscht und frustriert, wenn dem nicht so ist und sie noch weiter auf Unterstützung angewiesen sind.

„Aber irgendwie (..) ich weiß nicht, irgendwie war ich enttäuscht nachher, weil (..). Ich habe mir halt gedacht, wenn ich da oben bin, das kann ich schon, kann mich schon bewegen [...].“

Der Abhängigkeitsgrad hängt vom Gesundheitszustand des/der Patienten/in ab. Auch im Laufe des Intensivstationsaufenthaltes ist es den meisten PatientInnen zwar möglich alleine Entscheidungen zu treffen, jedoch können sie diese ohne fremde Hilfe nicht ausführen.

Die größte Abhängigkeit erleben PatientInnen im Laufe ihres Krankenhausaufenthaltes aufgrund ihrer körperlichen Einschränkungen. Banale Entscheidungen, wie auf die Toilette zu gehen oder sich zu waschen, können zwar gefällt, aber nicht alleine durchgeführt werden, was folgende Aussage verdeutlicht:

„[...] erstens einmal war das aufs Klo gehen können, weil die Schüssel [...], das war schrecklich auch, und drum hab ich immer die Schüssel verlangt und drum, irgendwer der, das müssen's jetzt, ja wirklich, ich weiß nicht was da ist, heast bevor ich jetzt da rein mache, bitte bringt mir die, aber da war halt die eine war nicht sehr gut drauf [...].“

Wie sich die ausführenden Personen gegenüber den PatientInnen bei diesen Tätigkeiten verhalten, spielt für die PatientInnen eine wichtige Rolle bzw. nehmen die PatientInnen wahr, wenn die Tätigkeiten ungern ausgeführt werden (ev. durch

Gestik, Mimik). Aufgrund dessen kann es bei PatientInnen zu Frustration und negativen Gefühlen gegenüber Abhängigkeitsverhältnissen kommen.

Nicht auf die Toilette gehen zu können, sondern anstatt dessen eine Leibschüssel benutzen zu müssen ist für viele PatientInnen nicht nur sehr unangenehm, sondern verlangt gleichzeitig von ihnen mit einer eingeschränkten Privatsphäre und Intimsphäre, aufgrund von Mehrbettzimmern, zurecht zu kommen.

„[...] es ist ganz einfach unangenehm für den Patienten und auch für das Personal das man halt dann dauernd nach der Schüssel schreit. [...] Also das hat mich halt sehr gestört und (..) mh, ja (,) Privatsphäre halt überhaupt null. [...] Also (..) das (,) die Besucher mussten halt immer wieder dann (,) gebeten werden vor der Türe zu warten. Manche jaja selbstverständlich gleich, andere eh warum (?) Ahm (..) nur ich kann es mir nicht unbedingt einteilen in so einem Zustand.“

Die PatientInnen können die Abhängigkeit auch als eine Art Bevormundung erleben, das tun zu müssen, was von einer anderen Person verlangt wird, obwohl sie selbst eigentlich etwas anderes wollen. PatientInnen können dabei ein Gefühl der Hilflosigkeit erleben und gekränkt sein, weil sie Einschränkungen erleben, was ihre Rechte und Würde betrifft. Folgende drastische Aussage eines Patienten soll dies zeigen:

„[...] habe da Verstopfung gehabt schon sechs Tage oder was (..) und habe zu der einen Schwester gesagt, das war eine Ältere, hören sie, ich glaube, bringen sie mir einen Leibstuhl ich weiß nicht. Na, jetzt gibt's nichts. Das machen sie nur im Bett, jetzt schlafen wir, aus. Habe ich schlafen müssen, was soll ich tun (?) [...] ich weiß nicht ob das Recht war oder nicht Recht war, ich hätte mich gefreut wenn es geht. Aber (..) weiß nicht (,) das hätte man vielleicht anders auch sagen können.“

Aus unterschiedlichen Gründen versuchen PatientInnen auf der Normalstation so schnell wie möglich wieder unabhängiger zu werden. Einerseits sind sie geprägt von der Intensivstationszeit, wo sie ohne fremde Hilfe nichts machen konnten und andererseits entwickelt sich wieder eine stärkere Motivation zu vermehrter Unabhängigkeit:

„Ich wollte das selber nein weil (lacht) (..) Nein weil, so fremde Hilfe das habe ich eh lange genug auf der Intensiv gebraucht und (,) wenn ich es kann dann, [...].“

Dieser Prozess, des alles wieder möglichst schnell selber zu können, ist nicht nur abhängig von der Einstellung der PatientInnen, sondern wird gebremst durch deren körperlichen Einschränkungen, die Zeit bedürfen, um sich zu bessern. Wichtig ist, dass PatientInnen selbst erkennen, was sie selbst bewerkstelligen können und wo sie Unterstützung benötigen. Ist das der Fall und sie erkennen, dass sie zwar schon einiges selbst können, aber in anderen Bereichen, wie z.B. im Zuge der Mobilisation, auf Unterstützung angewiesen sind, wird von ihnen die Abhängigkeit akzeptiert, weil sie erkennen, dass man an der Situation nichts ändern kann, bis sie schlussendlich irgendwann keine Hilfe mehr benötigen. Die eigenen Grenzen zu erkennen und zu akzeptieren ist wichtig, damit es nicht zu Frustration und Ungeduld kommt.

„[...] aber das Gehen war dann das Problem, dass ich dann wegen dem Blutdruck wieder, der ist im Keller gewesen. [...] das war schon ein bisschen niederschmetternd, weil man ja doch (..) Gas geben will soweit es halt geht. [...] In die Schranken drinnen, weil ich weiß es geht nicht von heute auf morgen.“

Im Zuge der Schwere ihrer Erkrankung oder ihrer Verletzungen erleben alle PatientInnen Abhängigkeit von anderen Personen. Diese wird individuell erlebt, es wird unterschiedlich mit ihr umgegangen und sie beeinflusst neben den PatientInnen auch die verschiedenen Phasen der Angehörigen auf unterschiedliche Art und Weise.

4.3.4 Motiviert sein gesund zu werden

Dieser Faktor beeinflusst sowohl die Vorphase als auch alle weiteren Phasen. Er stellt die treibende Kraft dar, die es allen PatientInnen ermöglicht diesen Prozess, von der Intensivstation über die Normalstation bis nach Hause, zu meistern und durchzustehen. Er spielt insofern eine wichtige Rolle in allen Phasen, als er einerseits den PatientInnen dabei hilft auch Enttäuschungen, Frustrationen, Hürden etc. zu überwinden bzw. zu bewältigen:

„[...] weil ich halt etwas gemacht habe nicht. Ich bin nicht liegen geblieben, sondern, ich habe halt angefangen mit dem Rollstuhl hin und her zu fahren, dann mit dem Rollator hin und her fahren und dann eben alleine gehen nicht, gehen.“

Andererseits dient er ihnen als Credo bzw. Leitfaktor und gibt ihnen Kraft, die doch als schwierig und anstrengend empfundene Zeit durchzustehen. Gespeist wird dieser Faktor meist durch die mentale Stärke der PatientInnen. Sie hilft dabei, die Situation wie sie war und ist leichter zu akzeptieren:

„Das Mentale war ganz gut ausgeprägt und das hat mir wahrscheinlich viel auch geholfen zur Unterstützung, dass ich also (..) diese ganze Situation akzeptiert habe, wie sie ist, wie sie war und dadurch hat es einen guten Fortschritt gegeben.“

Insofern spielt der psychische Zustand der PatientInnen eine wichtige Rolle, da bei Verschlechterung des psychischen Zustandes auch diese Kraftquelle beeinträchtigt ist. Es zeigt sich dennoch in der Datenauswertung, dass trotz psychischer Verschlechterung die Motivation gesund zu werden dennoch omnipräsent ist, sodass in diesem Fall eine andere Kraftquelle wie z.B. der/die Angehörige herangezogen wird. D.h. auch wenn die Intensivzeit und/oder der Transfer und die Zeit danach von den PatientInnen aus unterschiedlichen Gründen als negativ erlebt werden, hilft ihnen dieser Faktor immens, um an ihrem Ziel, nach Hause zu kommen, festzuhalten. Manche haben auch noch weitere Ziele, z.B.: sind sie motiviert, weil ihr/ihre PartnerIn älter ist und sie sich nicht vorstellen können, ein Pflegefall zu werden, was folgende Aussage widerspiegelt:

„[...] meine Frau älter ist als ich, die rennt herum wie ein Wiesel (,) und ich komme daher wie ein Scherben und soll ich zum Pflegefall werden (?) Wie soll ich mir das jetzt vorstellen. [...] Unmöglich. Also von daher gesehen (..) ich bin ein Mensch (,) der nicht leicht aufgibt.“

Der Faktor wirkt für alle PatientInnen während des gesamten Prozesses wie ein Motor, der sie schlussendlich ihr Ziel erreichen lässt und dessen Kraft und Stärke (ausgehend von den PatientInnen selbst) von einigen sogar als notwendig für ihr Überleben erachtet wird:

„[...] auch eben mit meinem Willen den (,) den habe ich eigentlich (,) vielleicht habe ich dadurch auch überlebt.“

Diese mentale Stärke hilft den PatientInnen nicht nur psychisch, schwierige Situationen zu meistern, sondern eben auch Situationen, die aufgrund körperlicher Einschränkungen für PatientInnen als niederschmetternd erlebt werden, weil sie damit konfrontiert werden, dass nicht alles so läuft wie sie es gerne hätten und in ihre Schranken verwiesen werden. Sie versuchen ihre Grenzen akzeptieren zu lernen und bemühen sich geduldig zu sein.

Motivation gesund zu werden haben alle PatientInnen, wobei der Zeitpunkt, wann diese einsetzt, von PatientInnen unterschiedlich beschrieben wird. Bei den meisten ist sie von Beginn an da, das Streben nach Hause zu kommen ist omnipräsent. Angetrieben durch dieses Streben sind die PatientInnen motiviert dieses auch zu erreichen, indem sie daran aktiv arbeiten, ihre Ziele zu erreichen, wie folgender Patient:

„[...] weil das Streben immer war, dass ich nach Hause komme, das war immer mein Streben, (,) Bestreben. An dem habe ich auch gearbeitet, nicht. Das ich halt etwas gemacht habe und am Schluss habe ich eh schon gehen können alleine, nicht.“

Obwohl der Faktor die PatientInnen durch den ganzen Prozess begleitet wird neben dem Zeitpunkt des Einsetzens auch das Gefühl diesem selbst gegenüber unterschiedlich erlebt. Einerseits wird die Motivation als gut erlebt, weil die PatientInnen das Gefühl haben, dass es vorwärts geht. Andererseits sind sie gleichzeitig auch frustriert und ungeduldig, wenn nicht alles so schnell vorwärts geht, wie sie es gerne hätten. Ein Problem ist oft auch, dass PatientInnen sich meist selbst als nicht so krank einstufen und dadurch auch weniger Verständnis dafür haben, warum manches einfach länger dauert:

„Ich habe mir halt gedacht, wenn ich da oben bin, das kann ich schon, kann mich schon bewegen, bin halt ungeduldig gewesen nicht. [...] Auf alles ungeduldig, mir ist halt alles nicht zu schnell gegangen nicht.“

Auch darum ist es für manche entscheidend, dass der Kopf dazu bereit sein muss, d.h., das Mentale hierfür eine wichtige Rolle spielt:

„[...] das gesund werden ist ja auch nicht nur im Körper, sondern auch im Kopf. Wenn der Kopf immer falsch läuft, falsch gepolt ist, dann wird das andere auch nicht gut sein. Daher sind das Dinge, die so stark verschränkt sein müssen [...].“

Daher ist es wichtig für PatientInnen, dass es ihnen mental schnell wieder gut geht, weil ihnen ihre mentale Stärke als Kraftquelle dient, die ihnen Antrieb und Motivation gibt. Eine ausgeprägte mentale Stärke kann einen wesentlichen Beitrag zur Rehabilitation leisten. Das trifft speziell zu, wenn die PatientInnen realisieren mit welchen körperlichen Problemen sie zu kämpfen haben, die sie unbedingt beseitigen wollen:

„[...] ich wollte unbedingt gehen. Ich habe immer gesagt was ist mit meinen Füßen los. Ich will gehen, weil ich bin ja wegen dem gekommen. Weil ich nicht gehen habe können. Und dann (,) stehe ich und kann überhaupt nicht gehen. (lächelt) Und dann ist eben (,) das war eben, ich bin wirklich (,) nur mit dem Willen.“

Die Motivation führt im Laufe des Krankenhausaufenthaltes dazu, dass PatientInnen mobiler werden, gute Fortschritte machen, ihre körperlichen Probleme versuchen in den Griff zu bekommen und dabei ihre Grenzen kennen lernen, aber auch ihre Ziele, wie wieder gehen zu können erreichen und früher oder später wieder nach Hause gehen können.

Verschiedene Einflüsse wirken auf den Faktor während der verschiedenen Phasen ein. Einerseits sind PatientInnen, durch zu Beginn erlebte Enttäuschungen auf der Normalstation in Phase eins, noch mehr motiviert, so schnell wie möglich nach Hause zu kommen. Andererseits wird der Faktor durch die mentale Stärke und den eisernen Willen der PatientInnen beeinflusst, die sich positiv auf die Motivation auswirken. Sehen PatientInnen, dass sie Fortschritte machen, erleben diese eine gesteigerte Motivation und wollen noch mehr erreichen bzw. noch mehr trainieren:

„[...] ich habe halt angefangen mit dem Rollstuhl hin und her zu fahren, dann mit dem Rollator hin und her fahren und dann eben alleine gehen,

nicht, gehen. (.) [...] am Schluss habe ich eh schon gehen können alleine, nicht.“

4.4 Phasenmodell aus Angehörigensicht

Wie zu Beginn des vierten Kapitels erwähnt, kann der Transfer nicht nur bei PatientInnen, sondern auch bei Angehörigen von kritisch kranken IntensivpatientInnen einen Prozess in Gang setzen, der einen ähnlichen Phasenverlauf zeigt wie bei den PatientInnen. Die Angehörigen sind eng mit diesen verbunden und sind von Beginn des Intensivaufenthaltes bis zum Zeitpunkt der Entlassung nach Hause stets an deren Seite. Ihre Anwesenheit ist wichtig für die PatientInnen, um die schwere, anstrengende und langwierige Zeit gut zu meistern. Sie haben eine wichtige Rolle im Krankheits- und Gesundheitsgeschehen inne und daher ist es wichtig den phasenhaften Verlauf dieses Prozesses, auch aus ihrer Perspektive zu beleuchten. Die Angehörigen erleben Situationen und Erlebnisse unter Umständen gänzlich anders als die PatientInnen, daher wird das im Unterkapitel 4.1 grafisch dargestellte Phasenmodell (siehe S. 46, Abb. 4) nun ausführlich und detailliert aus der Erlebensperspektive der Angehörigen beschrieben.

4.4.1 Die Vorphase: Bis es wieder bergauf geht – Ordnung ins Chaos bringen

Bei den Angehörigen beginnt die Phase bereits mit der Aufnahme auf die Intensivstation des/der Patienten/in. Einen Unterschied kann dabei der Umstand machen, ob der Intensivaufenthalt geplant ist oder nicht. Bei einem geplanten Intensivaufenthalt, z.B. bei einer Operation, ist es möglich, sich auf die Situation einzustellen, auch wenn sich diese in der Realität mitunter stark vom Erwarteten unterscheidet. Bei einem ungeplanten Intensivaufenthalt, durch einen Unfall oder eine akute Operation, verändert sich das Leben der Angehörigen von heute auf morgen. Sie durchleben dabei verschiedenste Gefühle wie z.B. Angst, Schock, Sorge und Ungewissheit. Am Beginn sind die Angehörigen überwältigt von der Umgebung und den Geschehnissen und pendeln zwischen Hoffen und Bangen. Wichtig ist in dieser Zeit für alle ein Gefühl des Zuspruchs, um diese ungewisse Zeit leichter meistern zu können. Erkennen die Angehörigen erste Zeichen einer

Besserung oder erhalten sie gute Nachrichten, so erleben sie ein Gefühl der Freude, Erleichterung und nehmen an, dass es nur mehr bergauf gehen könne, was für sie auch durch den Transfer auf die Normalstation bestärkt wird, der die erste Phase einleitet.

Überwältigt sein

Zu Beginn sind die Angehörigen auf der Intensivstation aufgrund mehrerer Faktoren überwältigt. Nicht nur das neue Umfeld, mit dem die wenigsten davor Kontakt hatten, sondern auch diverses, technisches Equipment, mit denen PatientInnen behandelt werden, wie eine Beatmungsmaschine, Monitore oder auch Spezialbetten tragen dazu bei, dass Angehörige sich überwältigt fühlen, wie eine Angehörige beschreibt:

„[...] er ist drei Wochen gelegen, die ersten auf diesem Rollbett, was ja glaube ich eher traumatisch ist, dieses Erlebnis [...].“

Des Weiteren kann dieser Zustand auch ausgelöst werden, wenn Angehörige darüber informiert werden, was zum Aufnahmegrund geführt hat und wie es aktuell um die/den ihnen nahestehende/n Patientin/en steht. Diese Informationen können Angehörige nicht nur überfordern, sondern vermögen diese zu Beginn regelrecht zu schocken.

Manche Angehörige sind auch dahingehend überwältigt, weil sie nicht wissen, wie sie nun mit dem/der Patienten/in im Tiefschlaf Kontakt halten können bzw. was sie für diesen/diese tun oder machen können.

Zwischen Hoffen und Bangen

Das zu Beginn erlebte überwältigt sein, welches durch die genannten Faktoren ausgelöst wird und die Fülle an Eindrücken und Informationen, die Angehörige während dieser Zeit erleben, führen zu einem speziellen Zustand, der seitens der Angehörigen als pendeln zwischen Hoffen und Bangen beschrieben wird. Viele Angehörige stufen die Intensivzeit als gefährlich ein, bis sie sichere Zeichen einer Besserung ihrer/ihrer Angehörigen wahrnehmen. Das heißt, besonders zu Beginn, zu einem Zeitpunkt zu dem der Ausgang der Erkrankung noch ungewiss ist, ist

dieses Gefühl seitens der Angehörigen sehr stark, wie folgende Aussage einer Angehörigen zeigt:

„[...] hab sie schon gesagt, ah das (,) ah er ist noch nicht übern Berg (,) also man muss schon ah, schon ein paar Tage warten.“

Wichtig ist, dass Angehörige besonders in dieser Zeit des Hoffen und Bangens, aber auch während des gesamten Intensivaufenthaltes nicht alleine gelassen werden und seitens des behandelnden Teams Unterstützung spürbar ist. Diese kann auf unterschiedliche Art und Weise erfolgen z.B. durch Zuspruch in einem Gespräch oder einfach nur durch die Anwesenheit der Pflegeperson während der Besuchszeit.

Zuspruch erfahren

Die Zuwendung und der Zuspruch vom behandelnden Team während dieser schweren Zeit helfen den Angehörigen und vermitteln ihnen ein Gefühl der Sicherheit. Angehörige fühlen sich sicher, weil sie sehen, dass sich das betreuende Team um die PatientInnen bemüht:

„[...] die Intensiv hat sich wirklich sehr bemüht, diese, offensichtlich ist das wirklich sehr gut gelungen. Da war ja nie irgendein Tag, wo er irgendwo in Gefahr gewesen wäre, dass sich da etwas entwickelt.“

Dieses Verhalten schafft eine Vertrauensbasis zwischen den Angehörigen und dem Team. Dieses Vertrauen wird auch durch die wahrgenommene gute Pflege und Betreuung gestärkt. Eine Angehörige beschreibt ihre Erlebnisse dazu wie folgt:

„[...] dass ich wirklich bewundert habe, wie die Menschen dort gearbeitet haben auf der Intensiv und was da auf ihnen lastet. Das habe ich fantastisch gefunden, ja.“

Wichtig ist für Angehörige, dass sie z.B. den Gesundheitszustand betreffend jederzeit Fragen stellen können und auch Antworten erhalten:

„Wenn ich gefragt habe ist mir auch eine Antwort gegeben worden und das ist für mich auch sehr wichtig gewesen.“

Angehörige haben dadurch das Gefühl, dass die Kommunikation gut funktioniert und fühlen sich ernst genommen. Dadurch wissen sie den/die Patienten/in in guten Händen. Trotzdem die Intensivstation als sichere und vertrauensvolle Atmosphäre seitens der Angehörigen eingestuft wird, können diese ebenso Stress und Ungewissheit während der Intensivzeit erleben. Stress bei Angehörigen kann durch diverse Störungen bei den PatientInnen, die durch die Schwere der Erkrankung bedingt sind und/oder als Folgekomplikationen ihres Intensivaufenthaltes auftreten, wie z.B. Schluck- oder Sprachstörungen, ausgelöst werden:

„[...] das mit dem Schlucken war schon (..) also sehr (..) störend würde ich sagen, weil man nicht gewusst hat, in wie weit sich das wieder geben wird.“

Wichtig aus Angehörigensicht ist, wie das behandelte Team mit der für sie, als stressauslösend eingestuften Situation umgeht. Begegnet man diesen Problemen mit Ehrlichkeit, Transparenz und Klarheit, dann hilft es den Angehörigen über ihre Unsicherheit hinweg. Erste Informationen zu erhalten, worauf man sich einstellen muss bzw. soll sind wichtig, weil Angehörige die Wahrheit wissen wollen:

„[...] gesagt hat, dass das eine längere Angelegenheit ist. Ich glaube, dass war schon auch gut, weil ich glaube dieses Warten und in ein paar Tagen funktioniert das, ah, dass (..) ist glaube ich noch anstrengender, als wenn man weiß, okay, das ist halt ein Prozess, der braucht eine gewisse Zeit, um gut zu werden.“

Auch zu spüren, dass das betreuende Team den Angehörigen trotz der schweren Erkrankung bzw. Verletzungen Hoffnung macht, gibt diesen Kraft und Zuversicht. Dabei ist den Angehörigen aber wichtig, dass ihnen im Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand ihres/ihrer Angehörigen von Beginn an Ehrlichkeit und Transparenz entgegengebracht wird, damit diese von Beginn an im Bilde sind:

„Das man mir, das man sich richten hat können danach, das wir wissen wie wir handeln sollen, das wir wissen wie wir reagieren sollen [...].“

Etwas Tun müssen

Trotz der erlebten Überforderung, der unterschiedlich erlebten und durchgemachten Zustände, vom überwältigt sein, Hoffen und Bangen bis hin zum Zuspruch erfahren, haben Angehörige stets das Verlangen für den/die Patienten/in etwas zu tun. Die Angehörigen versuchen immer da zu sein, solange es die Besuchszeiten zulassen. Auch während des Tiefschlafes versuchen Angehörige den Kontakt zu dem/der Patienten/in zu halten und reden,

„weil ich habe immer gesagt ahm (.), du kannst mich nicht alleine lassen, wir schaffen das schon. Ah, du bist ein Kämpfer und so und ich habe mir halt gedacht er hört das halt vielleicht nicht.“

Die Angehörigen haben durch die permanente Anwesenheit das Gefühl, auch in dieser schwierigen Zeit etwas zu tun und versuchen zu motivieren, was durch folgendes Zitat verdeutlicht werden soll:

„Da, da tut man irgendwas dann sitzt, dann plaudert man, [...] da hat sie mich wahrscheinlich noch gar nicht richtig verstanden da habe ich auch geplaudert mit ihr, da bin ich da drinnen gesessen alleine da in den Intensivraum (,) und habe ihr halt den Tagesablauf erzählt und so. Also, obwohl sie mich vielleicht gar nicht (,) so richtig verstanden hat, nicht.“

Die Phase endet mit dem Transfer der PatientInnen auf die Normalstation. Deshalb wird diese Phase auch von der Freude der Angehörigen über den Transfer beeinflusst. Wie eingangs schon erwähnt bedeutet der Transfer einen Schritt Richtung Genesung und die Angehörigen haben meist keine Bedenken oder Angst, dass der/die PatientIn die Intensivstation verlässt, weil sie gegen Ende der Intensivstationszeit sehen, dass dieser/diese schon am Weg der Besserung ist:

„[Es war] schon ein bisschen relaxter, weil er ja schon aufstehen durfte, nicht und sitzen durfte. [...] Also man hat schon gesehen, dass alles funktioniert, auf einen guten Weg ist.“

Die meisten Angehörigen haben auch dahingehend keine Angst, wenn der/die Patient/in nach dem Transfer nicht mehr apparativ überwacht wird. Ganz ihm

Gegenteil, viele Angehörige sind sogar froh, dass das Monitoring durch den Transfer nun wegfällt.

„Es war beruhigender, dass das einmal weg ist.“

In bestimmten Fällen kann es aber auch vorkommen, dass PatientInnen nur vorübergehend auf die Normalstation kommen, um diese dort für eine weitere Operation aufzubauen bzw. vorzubereiten. In diesem Fall ist der Schritt Richtung Genesung noch nicht in naher Ferne, was die positiven Gefühle bei Angehörigen wieder trüben kann.

4.4.2 Die erste Phase: Ankommen - Landen

Mit dem tatsächlichen Transfer beginnt für die Angehörigen eine neue Phase und diese bezieht sich auf die ersten paar Tage nach dem Ankommen auf der Normalstation. Dieses wird zu Beginn beeinflusst von der Freude, die sie hinsichtlich des erfolgten Transfers zeigen. Angehörige erleben im Zusammenhang mit dem Transfer Gefühle wie Erleichterung und Freude und glauben, dass es danach nur noch bergauf gehen könne, was letztlich eine positive Wahrnehmung impliziert. Wie zuvor schon beschrieben, können nicht nur PatientInnen, sondern auch deren Angehörige, die Zeit nach dem Transfer als Bruch, Enttäuschung oder Frustration erleben. Zum Einen kann diese Wahrnehmung durch die Verschlechterung der Umgebung wie z.B. durch Mehrbettzimmer, kleinere Zimmer oder durch Veränderungen die Pflege betreffend begründet sein, andererseits kann aber auch eine als insuffizient wahrgenommene medizinische Betreuung und eine Verschlechterung des/der Patienten/in zu diesem führen. Diese Erlebnisse und die auf diese Phase einwirkenden Faktoren können dazu führen, dass Angehörige beginnen sich zu sorgen.

Einen Bruch erleben

Ausschlaggebend dafür, warum Angehörige die Zeit nach dem Transfer als Bruch erleben, können die zuvor gemachten Erfahrungen und Erlebnisse auf der Intensivstation sein. Nicht nur PatientInnen, sondern auch Angehörige ziehen die

Intensivstation als Maßstab heran bzw. zeigen die Tendenz beide Stationen zu vergleichen.

Viele Angehörige erleben bereits beim ersten Betreten der Normalstation einen Bruch, weil das vorherrschende Umfeld auf der Normalstation auf diese eine irritierende bis negative Wirkung haben kann. Besonders schlimm und erschreckend erleben Angehörige, wenn der/die Patient/in nach der Transferierung nicht sofort ein Zimmer beziehen kann, weil keines zur Verfügung steht und vorerst auf einem Gangbett untergebracht werden muss. Die Eindrücke eines Angehörigen dazu:

„[...] auf einmal siehst du die Frau am Gang liegen. Gangbett, nicht. [...] Also das war momentan frustrierend, nicht. Jetzt liegst (,) weiß ich wie lange Intensiv und dann (,) liegst dann (,) schwer verletzt am Gang.“

Auch aufgrund der Zimmer können Angehörige enttäuscht sein:

„[...] für mich war es eine Enttäuschung. Also schon allein (..) das war weil er in jetzt auch, weil er in das Sechsbettzimmer rein gekommen ist [...].“

Ebenso kann die Atmosphäre auf der Normalstation zu diesem Bruch beitragen. Manche Angehörige fühlen sich nach eigener Beschreibung „wie auf einem Jahrmarkt“, weil ein reges Treiben vorherrscht. Einige Angehörige nehmen nicht nur die veränderte Umgebung als irritierend war, sondern auch ein anderer vorherrschender Hygienestandard als auf der Intensivstation wird negativ bewertet.

Abgesehen von der direkten Umgebung, nehmen viele Angehörige auch eine schlechtere Betreuung war bzw. äußern sich möglicherweise sogar die PatientInnen gegenüber den Angehörigen diesbezüglich.

Besonders im Zusammenhang mit den zuvor bereits beschriebenen Gangbetten, kann die Wahrnehmung einer verschlechterten Betreuung noch verstärkt werden:

„da liegst am Gang. Da denkst du dir wie kann, da geht die Betreuung nicht so gut.“

Auch erleben Angehörige, dass die persönliche Beziehung zur Pflege stark abnimmt, wozu zwei sich wie folgt äußern:

„[...] sie hätten sich halt ein bisschen mehr kümmern sollen nicht. (..) Das hat halt ganz einfach gefehlt.“

„[...] der Eindruck, ja der der war fürchterlich, nicht. Wenn, wenn das ein bisschen mehr ah (stottert) auf die Menschen bezogen wäre gewesen.“

Die Angehörigen verstehen zwar, dass auf der Normalstation weniger Pflegepersonal zur Verfügung steht und mehr PatientInnen betreut werden müssen, jedoch sind sie besorgt, dass die PatientInnen sehr oft sich selbst überlassen sind und mit ihrer Situation alleine zurecht kommen müssen, wie eine Angehörige kritisch anmerkt:

„[...] wenn du dich nicht rühren kannst und wenn du nicht so kannst, na dann ist das halt so.“

Wie zuvor beschrieben können auch gesundheitliche Verschlechterungen ausschlaggebend sein, warum Angehörige die Zeit nach dem Transfer als Bruch erleben. Kommt es gleich zu Beginn auf der Normalstation zu einer gesundheitlichen Verschlechterung, obwohl der/die PatientIn zum Zeitpunkt des Transfers eigentlich in einem recht guten Zustand war, schwindet die Freude über den Transfer rapide. Dieser Zustand führt bei Angehörigen dazu, dass sie die Situation als furchtbar und dramatisch erleben, weil sie damit nicht gerechnet hatten, was folgende Konsequenz haben kann:

„[...] er ist ja dann gleich schlechter und schlechter geworden, da habe ich mir schon extreme Sorgen gemacht, also die erste Woche, habe ich mir extreme Sorgen gemacht.“

Aber nicht nur die tatsächliche medizinische Lage, sondern auch eine lediglich als solche wahrgenommene, mangelhafte medizinische Behandlung, können diesen Bruch auslösen, wenn z.B. einzuhaltende Schutzmaßnahmen wegen eines isolationswürdigen Keims auf der Normalstation nur mehr bedingt oder nicht eingehalten werden.

Eine Angehörige erlebte diese Situation folgendermaßen:

„Also die Ärzte auf der L. (Stationsname) haben das ja überhaupt nicht geschallt. [...] Die sind einfach rein gekommen, ja, also, sie sind halt die Ärzte. [...] Ohne irgendwelchen Vorkehrungen, [...].“

Die verschiedenen Erlebnisse, Eindrücke und Vorkommnisse können dazu führen, dass Angehörige sich aufgrund dessen beginnen Sorgen zu machen.

Sich Sorgen machen

Nicht nur aufgrund der veränderten Umstände beginnen Angehörige sich Sorgen zu machen, sondern dieser Zustand kann zum Einen durch einen veränderten PatientInnenzustand - sei es physisch und/oder psychisch – und zum anderen auch durch eine plötzliche gesundheitliche Verschlechterung ausgelöst werden. Angehörige beginnen sich zu sorgen, weil sie erkennen, dass der/die Patient/in sich anders verhält als sonst bzw. physisch und/oder psychisch verfällt. Somit nehmen Angehörige an, dass PatientInnen unter ihrer derzeitigen Situation leiden, und beginnen sich Gedanken zu machen, da sie den/die Patienten/in nicht leiden sehen und die Situation verbessern wollen. Abgesehen davon nehmen sie bei jedem Besuch durch eventuelle zusätzliche Erkrankungen, wie z.B. einer Pankreatitis, immer wieder neue Verschlechterungen war. Dies führt dazu, dass Angehörige auch eine gewisse Angst bezüglich weiterer Besuche entwickeln:

„Ich bin jeden Tag rein und ich habe eigentlich ah ah mit Angst bin ich oft rein gefahren weil ich mir gedacht habe ich bin neugierig was jetzt wieder ist. Also hoffentlich hat er nicht wieder etwas.“

Nicht nur weitere Verschlechterungen wirken beunruhigend, sondern auch das Verhalten des betreuenden Teams diesen gegenüber. Das heißt, Angehörige sorgen sich auch, wenn sie das Gefühl haben, dass nur sie die Verschlechterung wahrnehmen und als gefährlich einschätzen und das betreuende Team nicht darauf reagiert:

„Die Ärzte, also überhaupt nicht darauf reagiert haben und das einfach zu spät gemerkt haben. Obwohl ich aber ständig gesagt habe, also ich kenne ihn jetzt, drei Wochen war ich jeden Tag da, habe seinen Zustand beobachtet, er hat etwas. [...] für mich war das eine gefährliche Situation.“

Keineswegs nur das Verhalten des betreuenden Teams gegenüber PatientInnenverschlechterungen, sondern auch gegenüber bereits beschlossenen Abmachungen führen dazu. Damit sind z.B. Vorhaben bzw. Versprechungen, die vor dem Transfer gemacht wurden und nicht eingehalten werden oder bereits beschlossene Termine wie geplante Operationen, die immer wieder verschoben werden, gemeint. Der/die Patient/in leidet unter dieser Situation und verschlechtert sich dadurch u.U. sogar gesundheitlich:

„Habe ich gesagt weil das sehe ich jetzt nicht ein. Er wird nicht operiert, er hungert da hinten, er bekommt nur Krankheiten; eine nach der anderen. Jeden Tag wenn du rein gekommen bist hast du schon Angst gehabt was er jetzt hat (,) und eben das Seelische war auch.“

Wenn sich die Angehörigen ständig Sorgen machen (müssen), kann dies letztendlich dazu führen, dass sie meinen, die Situation in die Hand nehmen zu müssen, weil sie aus ihrer Sicht vom Personal keine adäquate Unterstützung erfahren. Bis zu einem gewissen Punkt ertragen die Angehörigen die Situation, dann erkennen sie aber, dass sie aktiv eingreifen müssen, weil sie ansonsten eine noch weitere Verschlechterung der Situation befürchten:

„Also das war, wenn wir ihn dort nicht rausgenommen, hätten glaube ich wäre er nicht und derer Operation und (stottert) und im seelischen.“

Im schlechtesten Fall kann die Situation aber dazu führen, dass die Angehörigen die Gefahr zwar erkennen und auch bestrebt sind eine weitere Verschlechterung zu verhindern, aber spüren, dass sie alleine nichts erreichen können und sich macht- und hilflos fühlen, sodass sich letztlich Verzweiflung einstellt.

Die Angehörigen erleben dieses sich sorgen als eine sehr schwierige Situation oder auch als einen anstrengenden Kampf, den sie für den kranken Patienten bzw. die kranke Patientin führen. Diesem Kampf widmen sie ihre ganze Energie und wachsen zum Teil auch über sich hinaus, weil sie sich für den/die Patienten/in verantwortlich fühlen, wie eine Angehörige äußert:

„Betrifft das aber meine Familie, [...] da bin ich eine Kämpfernatur. Also da gebe ich absolut nicht nach. [...] dann ist das schon also da bin ich schon, da wachse ich sehr darüber hinaus.“

Diese Aktivität und der Versuch das Ruder an sich zu nehmen führt den/die Angehörigen/Angehörige dann in Phase zwei.

4.4.3 Die zweite Phase: Dort sein – Aktiv werden

Die zweite Phase bezieht sich auf die Erfahrungen der Angehörigen während der Normalstationszeit und beginnt wenige Tage nach Ankunft des/der Patienten/in auf der Normalstation und reicht bis kurz vor das Ende des dortigen Aufenthalts. Aufgrund der in der vorigen Phase erlebten Enttäuschungen und auch durch die beschriebenen beeinflussenden Faktoren, wie z.B. dem PatientInnenzustand, die Ungewissheit oder auch die unzufriedenstellende Interaktion mit dem Personal, versuchen die Angehörigen in dieser Phase die neue Umgebung zu gestalten. Das heißt, sie tun alles dafür, dass die Situation auf der Normalstation sowohl für sie, als auch für den/die Patienten/in erträglicher wird, indem sie aktiv am Genesungsprozess und am Ablauf dort teilnehmen. Sie übernehmen das Ruder und versuchen gemeinsam mit den PatientInnen Hürden und Hindernisse zu bewältigen, indem sie auf verschiedenste Arten unterstützend eingreifen, sei es durch pflegerische Unterstützung, häufige Besuche oder aufmunternde Gespräche. Davon abgesehen versuchen sie den Gesundheitszustand der PatientInnen zu verbessern, indem sie sowohl medizinische als auch pflegerische Tätigkeiten überwachen und wenn notwendig aktiv eingreifen. Sie beobachten, ob es zu Fortschritten im Genesungsprozess kommt und versuchen gesetzte Ziele zu unterstützen, indem sie aktiv mit dem/der Patienten/in trainieren. Die Angehörigen erleben sich meist in mehreren unterschiedlichen Rollen, die sie ausüben, so lange es aus ihrer Sicht notwendig ist.

Das Ruder übernehmen und kämpfen

Zu Beginn der Phase versuchen Angehörige sich sofort um die gesundheitliche Verschlechterung des/der Patienten/in zu kümmern. D.h., sie versuchen alles, damit es wieder zu einer gesundheitlichen Verbesserung kommt. Des Öfteren erleben Angehörige aber, wie in der vorherigen Phase beschrieben, Macht- und Hilflosigkeit, weil sie ohne Unterstützung nichts erreichen können, aber auf alle Fälle eine weitere, gesundheitliche Verschlechterung verhindern wollen. Somit sehen sie sich gezwungen auf externe Hilfe bei der Behandlung zurückzugreifen,

weil sich Frustration einstellt und sie vielleicht auch keine Kraft mehr haben alleine weiterzukämpfen:

„Die haben einfach nicht reagiert, bis ich dann die Betriebsärztin meines Mannes angerufen habe, ihr die Situation geschildert habe und die dann mal endlich dort aufgetreten ist [...].“

Durch das Auftreten externer Hilfe, erhalten nun die PatientInnen die notwendige Behandlung und ihr Gesundheitszustand verbessert sich. Dadurch legen sich die Sorgen und Ängste bei den Angehörigen und sie haben ihr Ziel erreicht, nämlich dass es den PatientInnen wieder besser geht und können nun mit ihnen gemeinsam den weiteren Genesungsprozess gestalten und beschreiten.

Manche Angehörige holen aus unterschiedlichen Gründen keine externe Hilfe, u.U. verfügen sie nicht über die nötigen Kontakte oder aber sie sind überzeugt, den Kampf um die gesundheitliche Verbesserung des/der Patienten/in alleine durchzustehen:

„[...] weil wenn ich kämpfe dann kämpfe ich. [...] ich hab gewusst das ich gewinnen würde, weil ich habe in meinem Leben noch nie fast verloren, wenn ich mir was in den Kopf setze.“

Bei Fortschreiten des psychischen und physischen Verfalls der PatientInnen in der vorherigen Phase, können sich Angehörige auch gezwungen sehen den/die Patienten/in auf eine andere Station verlegen zu lassen, um eventuell durch einen Umfeldwechsel eine Verbesserung herbeiführen zu können. Wenn der Umfeldwechsel tatsächlich wirkt und dieser zu einer gesundheitlichen Verbesserung des/der Patienten/in führt, schöpfen die Angehörigen wieder neuen Mut, was die fortschreitende Genesung betrifft:

„Also er ist dann raus gekommen und seit dieser Zeit Gott sein Dank. [...] hat er sich da wieder schön erfangen und und das war wichtig nicht.“

Bei den Angehörigen schwinden Ängste und Sorgen:

„Ich meine ich habe von ihm Fortschritte gesehen. Das war für mich wichtig. [...] Ja, das was weiter geht, nicht.“

Aktiv werden

Zusätzlich zu den Aktivitäten die Angehörige setzen, können diese auch das Gefühl haben, die pflegerischen und medizinischen Tätigkeiten überwachen zu müssen. Sie tun dies einerseits, um die von Seiten der Angehörigen wie auch der PatientInnen gewünschte Betreuung sicherzustellen und um die PatientInnen zu schützen:

„dass das wirklich alles den Weg geht, den wir haben wollten.“

Die wahrgenommenen medizinischen und pflegerischen Missstände führen dazu, dass Angehörige angetrieben werden, aktiv an diesen etwas zu ändern. Sie fangen an sich über das Umfeld und die Pflege zu beschweren und fordern auch verstärkt selbst Informationen ein.

Die Angehörigen beginnen aktiv nachzufragen und Informationen einzufordern, weil sie ansonsten fürchten, nicht ausreichend über die Situation und den Genesungsfortschritt informiert zu sein:

„[...] wenn du nicht gefragt hast oder so, dann, dann hast du nichts erfahren und so, ja.“

Angehörige beschweren sich beim Personal über das Umfeld und die Zimmersituation, um dadurch die Situation für den/die Patienten/in zu verbessern. Besonders gravierend wird erlebt, wenn PatientInnen zu Beginn ein Gangbett erhalten, weil dies für Angehörige unverständlich und frustrierend ist. Das sich Angehörige aktiv darüber beschweren kann dazu führen, dass dem/der Patienten/in schneller ein Zimmer zugeteilt wird. In diesem fühlen sie sich dann wohler und es geht ihnen auch psychisch besser, was sowohl eine Patientin als auch ihr Mann mit folgenden Aussagen bestätigen:

„[...] das hat mich halt sehr gestört und (..) mh, ja (,) Privatsphäre halt überhaupt null. Am Gang sowieso [...]. [...] und dann im Zimmer drinnen wo ich [...] Gott sei Dank das Bett am Fenster bekommen habe. Was ganz optimal war.“

„Na wie sie dann ins [...] Zimmer dann, dann ist es schon, dann ist es schon gegangen schön langsam.“

Aber nicht nur ein verbessertes Umfeld wird vom pflegerischen Personal eingefordert, sondern auch eine verbesserte pflegerische Unterstützung. Angehörige versuchen bis auf weiteres die, in der vorherigen Phase, als vermindert bzw. als unzufriedenstellend erlebte, pflegerische Betreuung auszugleichen, indem sie die eventuell notwendige Unterstützung leisten:

„Ich habe ihm beim Waschen geholfen und so weiter oder ich bin mit ihm aufs Klo gegangen, ja, dass habe ich halt (..), was ich halt können habe, das habe ich gemacht.“

Auch aufgrund der Personalsituation auf der Normalstation wird von manchen Angehörigen gesehen, dass sie durch ihre Mithilfe in der Pflege das Personal etwas entlasten können und somit nicht nur den/die Patienten/in damit unterstützen, sondern auch das Pflegepersonal, wie ein Angehöriger schildert:

„Ja, na weil ich gesehen habe gut (,) na weil ich gesehen habe die Schwestern die rennen da eh wie die (,) Waghunde unter Anführungszeichen (lacht) und klar die haben immer, na dann renn ich halt. [...] Ja dann (,) bringe ich halt eine Schüssel und leer sie aus und hol eine neue und sonst was, nicht.“

Alle Angehörigen versuchen den Genesungsprozess voranzutreiben, aber schauen auch darauf, dass sich die PatientInnen erholen können. Sie versuchen die gesetzten Ziele der PatientInnen zu unterstützen:

„Ich bin auch mit ihm gegangen draußen und habe versucht, was halt gegangen ist. [...] Geübt, ja (lacht).“

und erhoffen sich indirekt dadurch, dass das nach Hause kommen beschleunigt wird:

„Er hat dann wirklich so gedrängt und wollte halt nur raus und dann haben wir halt geschaut, dass wir (.), dass er halt wehkommt (gedrücktes lachen) so zu sagen.“

Dabei ist für die Angehörigen wichtig, dass sie Fortschritte in der Genesung des/der Patienten/in erkennen, woraus sie Kraft schöpfen und aufgrund der erbrachten Leistungen einen gewissen Stolz für den/die Patienten/in empfinden:

„Er hat ja dann so mitgearbeitet, wirklich, so mitgearbeitet, dass er halt dort rasch wieder wekommt, nicht. Und, und (..), dass habe ich wirklich beachtlich gefunden, weil ich jeden Tag gesehen habe, was er für einen Fortschritt gemacht hat, nicht.“

Aber nicht nur die physische Verfassung ist den Angehörigen wichtig, sie versuchen auch aktiv auf die Stimmung der PatientInnen einzuwirken, um eine Verbesserung der Gemütslage zu bewirken. Einige Angehörige versuchen den PatientInnen die wahrgenommenen Verschlechterungen zu erklären. Sie liefern den PatientInnen Gründe, damit dieser/diese besser mit seiner/ihrer Situation umgehen lernt.

Einige Beispiele seien hier zur besseren Verständlichkeit erwähnt. Zum Einen wird versucht den PatientInnen zu erklären, dass der auf der Normalstation vorherrschende Routinebetrieb eventuell nicht auf ihren individuellen Fall ausgerichtet oder der Fall sehr komplex sei:

„Das war dort eher, ja wie eine normale Krankenhaussituation (...). Vielleicht war der Fall auch einfach zu kritisch für sie [...].“

Auch versuchen Angehörige die veränderte Pflege und Betreuung durch das andere Verhältnis von Personal und PatientInnen zu erklären. Nicht immer führen die Erklärungen aber zu einer tatsächlichen Gemütsverbesserung, weil PatientInnen die Dinge u.U. anders sehen als ihre Angehörigen.

Außerdem versuchen Angehörige den PatientInnen Mut zuzusprechen und sie durch häufige Besuche positiv zu beeinflussen. Die Angehörigen kommen meist jeden Tag zu Besuch und verbringen Zeit mit den PatientInnen. Bekanntes von zu Hause kann dabei für die Stimmung Wunder wirken, wie folgendes Zitat bestätigt:

„Da habe ich ihm das Essen gebracht, da war es dann wieder ein bisschen besser,[...].“

Rollenklärung

Durch die beschriebenen zusätzlichen Aufgaben erkennen die Angehörigen ein für sie verändertes Rollenbild. Nicht nur in ihrer eigenen Wahrnehmung werden ihnen nun andere Rollen zuteil, sondern einerseits werden sie von den PatientInnen

darauf aufmerksam gemacht, dass sie nun eine/mehrere andere Rolle/n inne haben, als auf der Intensivstation und andererseits übernehmen sie nun auf der Normalstation diverse Aufgaben, wie z.B. Essen eingeben oder Gehübungen machen, die sie auf der Intensivstation nicht machen mussten. D.h. sie sehen sich selbst mehr nicht nur als BesucherIn, wie auf der Intensivstation, sondern erleben sich als PflegerIn, UnterstützerIn, Anwalt/Anwältin oder auch als FürsprecherIn. Es kommt vor, dass manche Angehörige mehr Rollen übernehmen als andere, je nachdem wie es aus deren jeweiliger Sicht notwendig erscheint. Für die meisten Angehörigen ist aber klar, dass sie auf der Normalstation mehr tun müssen als auf der Intensivstation:

„[...] da ist ja alles gemacht worden für ihn und oben, da hast du schon ein bisschen mithelfen müssen, ja, dass ist ja klar.“

Die offensichtlichste Rolle neben dem/der BesucherIn, ist wohl die des/der Pflegers/in. U.U. ist es aber gar nicht notwendig, dass Angehörige die Pflege unterstützen und stattdessen andere Aufgaben übernehmen müssen. Durch diverse Umstände wie z.B. gesundheitliche Verschlechterung der PatientInnen können sich Angehörige in der Pflicht sehen, die Verantwortung zu übernehmen, weil sie sehen, dass diese sonst von niemandem getragen wird. Dies führt dazu, dass Angehörige die Rolle des/der Anwaltes/Anwältin übernehmen und sich um alles kümmern, damit die Situationen bzw. Abläufe für sie und die PatientInnen passend werden:

„Also, da muss man sagen, also (..), [...], wenn jemand wirklich was hat und im Spital ist, dass man immer dabei sein muss, nicht, weil (..) es dort offensichtlich keinen Arzt gegeben hat, der irgendwie die Verantwortung übernommen hat.“

Auch treten die Angehörigen als FürsprecherInnen auf, wenn es z.B. durch ständig wechselnde Ärzte aus ihrer Sicht zu einem Informationsdefizit kommt, versuchen sie als InformantIn aufzutreten, wie folgende Aussage beschreibt:

„Das war, jeden Tag ein anderer und von dem Einen zum Anderen und scheinbar waren die Informationen nicht wirklich gut oder nicht weitergegeben und, wenn man da nicht ständig dahinter ist, also [...].“

Die Rollen der Angehörigen sind also vielfältig und verlangen diesen viel ab. Sie übernehmen diese zumeist ohne darüber explizit mit dem/der Patienten/in gesprochen zu haben, weil sie selbst erkennen, was, wo, wann und wie getan werden muss.

Ist diese Phase gut überstanden und die Genesung der PatientInnen so weit fortgeschritten, dass diese keine Akutbetreuung mehr brauchen, und entweder nach Hause oder in eine Rehaklinik entlassen werden können, so wird die dritte und letzte Phase des Transferierungsprozesses eingeleitet.

4.4.4 Die dritte Phase: Zurück ins Leben - Ablösung

Wieder nach Hause kommen

Mit der dritten und letzten Phase findet der Transferierungsprozess seinen Abschluss. Die Angehörigen haben turbulente, anstrengende und schwierige Zeiten gemeinsam mit den PatientInnen überstanden und haben das für beide wichtigste Ziel erreicht, nämlich dass der/die PatientIn trotz der schweren Erkrankung bzw. Verletzungen, wieder nach Hause kommen kann. Die Angehörigen können nun gemeinsam mit diesem/dieser ihr Leben weiterführen. Zu Beginn kann dieses geprägt sein von psychischen und/oder physischen Folgen bedingt durch den langen Intensiv- und Krankenhausaufenthalt. Die Angehörigen versuchen daher auch zu Hause den/die Patienten/in weiter zu unterstützen. Es kann der Fall sein, dass als Folge der schwierigen Erkrankung, diverse Organe so schwer geschädigt wurden, dass PatientInnen auch zu Hause dauerhaft auf die Unterstützung von medizinischen Geräten angewiesen sind, wie z.B. auf eine Dialyse wegen Nierenversagens. Die Angehörigen versuchen auch diesen Umstand gemeinsam mit dem/der Patienten/in zu meistern und diese neue Situation bestmöglich in ihr Leben zu integrieren. Die Angehörigen nehmen sich nun wieder mehr Zeit für sich, weil der/die PatientIn endlich zu Hause ist und dieser Zustand es eben möglich macht, was vorher nicht der Fall war. Ihre Freizeit war während der Krankenhauszeit stark eingeschränkt, weil sie sich aktiv am Genesungsprozess beteiligen mussten bzw. das Ruder an sich nahmen. Alle Aktivitäten wie z.B.: das wöchentliche Treffen mit Freundinnen, wurden in dieser Zeit zurückgestellt:

„[...] na die haben geglaubt ich habe den Kopf voll das ich spielen komme oder irgendwas. Für die war das Ganze eine Erschütterung das ich am Mittwoch nicht gekommen bin Essen oder was Trinken oder Spielen. [...] Das ist doch nicht wichtig. [...] das geht ja gar nicht.“

Sie beginnen über die erlebte Zeit zu reflektieren, sind aber zunächst einfach nur froh, dass alles vorbei ist. Bekommen die Angehörigen die Informationen, dass die Entlassung des/der Patienten/in endlich ansteht, versuchen sie zu Hause soweit alles vorzubereiten, dass der Ankunft nichts mehr im Wege stehen kann. Es werden Räume umgestaltet, Hilfsmittel angeschafft und angebracht und benötigte Materialien zur Versorgung besorgt.

Die Angehörigen sind genauso wie die PatientInnen dazu bereit, vorübergehende Probleme und die damit verbundenen Tätigkeiten wie z.B. Verabreichung von Sondennahrung, selbständig zu Hause durchzuführen. Aus ihrer Sicht bedarf es keiner externen Unterstützung mehr und sie sind überzeugt davon, dass sie das gemeinsam gut schaffen:

„[...] weil man jetzt, also die meisten Sachen so waren, dass man das auch zu Hause, also das mit der (..) Umstellung der Nahrung auf die PEG-Sonde dann, dass hat er eh auch im Griff gehabt und dann haben wir eigentlich das Gefühl gehabt: naja, das können wir zu Hause auch alles machen, das ist kein Problem.“

Wenn PatientInnen weitere Fortschritte machen, gibt das den Angehörigen Hoffnung und Kraft, dass es auch zu Hause gut funktionieren kann:

„Ich war nur froh, dass er wieder zu Hause ist und dann Fortschritte gemacht hat und wirklich, dass er so gekämpft hat. Ja, das war schon wichtig.“

Auch wenn diese Fortschritte nicht täglich verzeichnet werden können, meistern PatientIn und Angehörige/r die Herausforderung dennoch.

„Also er hat, geh er hat so viel gelernt jetzt und so. Aber am Anfang und ah haben wir auch also (,) es war sehr sehr schwierig halt aber wir haben es geschafft.“

Neben dem Beobachten und Verzeichnen von Fortschritten seitens der Angehörigen zu Hause, beginnen diese auch über die Zeit im Krankenhaus zu reflektieren. Sie erkennen dabei, was sowohl sie selbst, als auch der/die PatientIn geleistet haben. Verschiedene Situationen, Erlebnisse führen dazu, dass Angehörige den/die Patienten/in bewundern, was dieser/diese alles im Stande war auszuhalten. Sie sind beeindruckt von dem Durchhaltevermögen und der Ausdauer:

„Nur Leid hat sie mir immer getan das sie halt so lange (,) liegen hat müssen, drei Monate lang. [...] Am Rücken fast, nicht. Das (,) das habe ich mir gedacht (,) weiß ich nicht ob ich das aushalten würde.“

Aber auch vom Umgang mit bestimmten Situationen, die für die Angehörigen selbst unvorstellbar wären, wie eine Angehörige äußert:

„[...] ich sag ehrlich, da habe ich ihn immer bewundert, ich gebe es ehrlich zu. [...] Ich bin mit zwei, das ist das höchste der Gefühle, drei aber mehr nicht. [...] sechs käme für mich nicht in Frage. [...] ich würde das nicht vertragen.“

Im Zuge der Selbstreflexion erkennen viele Angehörige, dass sie die ganze Zeit über immer Stärke bewahrt haben, auch wenn ihnen anders zu Mute war. Sie haben dies getan, weil sie vor allem gegenüber den PatientInnen keine Schwäche ihrerseits zeigen wollten, um ihre Angst und Sorgen nicht auf die PatientInnen zu übertragen und diese damit zu beunruhigen bzw. zu belasten. Einige Angehörige versuchten nicht nur gegenüber den PatientInnen stark zu sein, sondern auch gegenüber jedem anderen, weil sie ihrer Ansicht nach niemanden zum Reden hatten und deshalb die schwere Situation alleine durchstehen mussten:

„[...] zwischendurch habe ich mir schon gedacht na jetzt weißt, mit wem kannst du dich eigentlich ausreden, na mit dem kannst nicht reden, mit dem kannst nicht reden, jetzt ist es auch schon Wurst [Anm. der Autorin: Wurst = egal], mach's mit dir selber aus.“

Im Zuge weiterer Reflexion über die Zeit im Krankenhaus und den durchgemachten Prozess stellten die Angehörigen auch fest, welche Rollen sie inne hatten, wozu sie fähig waren und was sie dadurch bewirkt haben. Nicht nur,

dass sie versucht haben die PatientInnen pflegerisch zu unterstützen, wenn es notwendig war und mit ihnen trainierten, um das nach Hause kommen zu beschleunigen. Auch haben diese geschafft, dass Personal durch ihr Tun und ihre Rolle zu beeinflussen, was den PatientInnen zu Gute kam.

Schlussendlich sind alle Angehörigen in dieser Phase einfach nur froh. Sie freuen sich genauso wie die PatientInnen, dass diese Phase endlich eintritt, weil sie alle insgeheim immer gehofft haben, dass diese Situation so schnell wie möglich kommt, damit die schwierige Zeit und damit der Krankenhausaufenthalt endlich ein Ende haben. Sie freuen sich, dass alles soweit gut gegangen ist und sie mit dem/der Patienten/in wieder gemeinsam den Lebensabend verbringen können, auch wenn es neue Herausforderungen zu bewältigen gibt.

4.5 Beeinflussende und auswirkende Faktoren auf die Phasen der Angehörigen

Wie bereits im Unterkapitel 4.3 für die PatientInnen beschrieben, werden in diesem Unterkapitel nun die Faktoren dargestellt, die eine Wirkung auf die Phasen der Angehörigen haben. Die Abbildung soll dabei zur leichteren Übersicht dienen, und zeigen, welche Faktoren sich auf welche Phasen auswirken bzw. dass es Faktoren gibt, die sich auf mehrere Phasen auswirken können. Die letzten vier Faktoren (Bauliche Gegebenheiten und Bettensituation, Personalsituation, einfachere Besuchssituation, Isolation werden Infektion) bis auf die einfachere Besuchssituation, beeinflussen sowohl die Phasen der PatientInnen als auch der Angehörigen und haben eine Auswirkung auf diese. Daher werden diese Faktoren erst im Unterkapitel 4.6 ausführlich beschrieben.

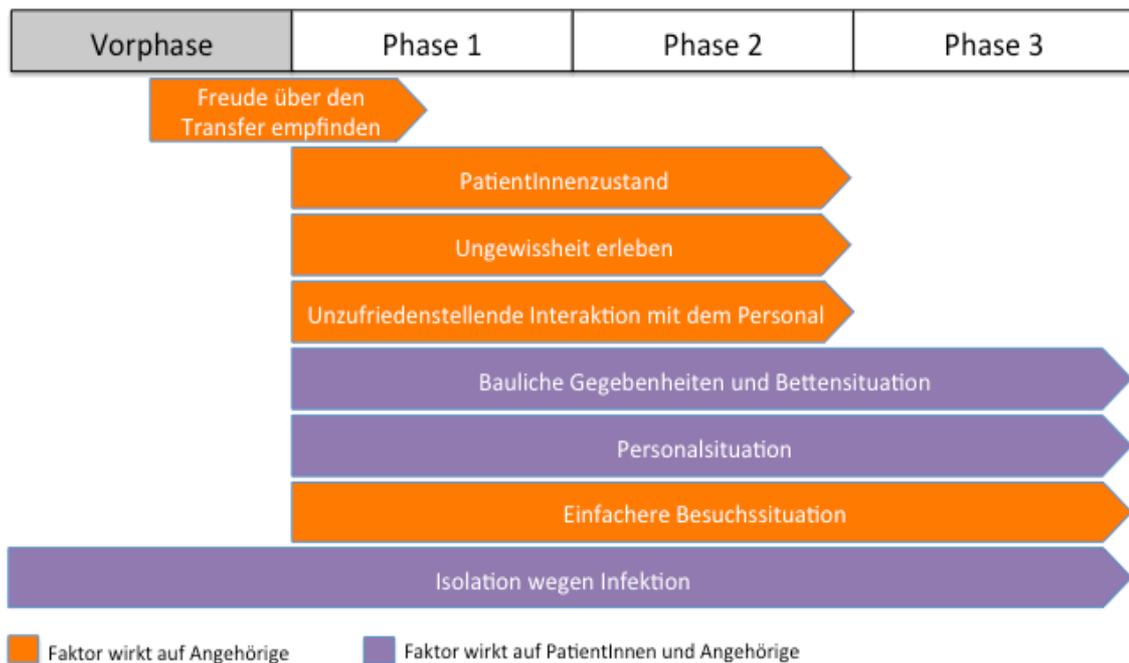


Abb. 6: Faktoren, die den Phasenverlauf der Angehörigen beeinflussen

4.5.1 Freude über den Transfer empfinden

Dieser Faktor ist ausschlaggebend dafür, wie Angehörige den Transfer gegenüber eingestellt sind und wie sie diesen sehen und bewerten. Er beeinflusst sowohl das Ende der Vorphase als auch die Ankunft auf der Normalstation, somit die Phase eins der Angehörigen. Grundsätzlich erleben die Angehörigen den Transfer als freudiges Erlebnis, weil er als Schritt Richtung Genesung gesehen wird. Sobald die Angehörigen erfahren, dass der/die PatientIn verlegt werden kann, weil eine intensivmedizinische Behandlung nicht mehr notwendig ist, erleben sie ein Gefühl der Freude. Die Angehörigen deuten den Transfer dahingehend, dass dieser nur zur Gesundheit des/der Patienten/in beitragen kann (als Schritt nach Hause). Sie freuen sich aber auch, weil sie sehen, dass sich auch die PatientInnen darüber freuen, wie eine Angehörige äußert:

„Er wollte halt auf die normale Station halt dann. Dann war ich halt dann mal froh, dass sie ihn dann verlegt haben. [...] bemerkt, dass er jetzt froh ist, dass er da auf der Station jetzt liegt und von dort weg ist, ja.“

Auch zu sehen, dass der/die PatientIn sich nicht nur freut, sondern auch bereit ist, den weiteren Genesungsprozess aktiv zu gestalten gibt ihnen Aufschwung.

Angehörige sind froh, weil die aus ihrer Sicht schwierige Zeit überstanden ist und unter Anführungszeichen alles gut vorübergegangen ist. In diesem Zusammenhang ist wichtig, dass für viele Angehörige durch den Transfer auch die subjektiv empfundene Gefahr weg ist bzw. minimiert wird. Auf der Intensivstation war diese wahrgenommene latente Gefahr ständig präsent.

Diese Erleichterung gebührt aber auch dem Umstand, dass der Zustand, eine nahenstehende Person auf der Intensivstation liegen zu haben für viele auch als psychische Last gesehen wird. Somit fällt die damit verbundene Angst von ihnen ab, wenn der/die PatientIn endlich dort weg ist und es nur mehr aufwärts gehen kann:

„Für mich war das eigentlich eine Erleichterung, weil ich mir gedacht habe, jetzt ist er endlich von dort weg und jetzt kommt er halt da (hin?), und jetzt wird es halt aufwärts gehen nicht.“

Ein weiterer Aspekt seitens der Angehörigen, der auch zur Erleichterung im Zusammenhang mit dem Transfer beiträgt ist, dass bestimmte Einschränkungen wie z.B. Besuchszeiten, durch den Transfer auf die Normalstation wegfallen, wie folgende Aussage bestätigt:

„Mit dem Besuch war es auch einfacher. [...] Da hast du fixe Zeiten gehabt und dort ist es halt doch. Ich war dann immer länger drinnen und ja, dass war halt dann schon anders.“

Die Freude über den Transfer führt bei den Angehörigen dazu, dass diese keine Angst bzw. Bedenken haben die Intensivstation zu verlassen, weil sie sehen, dass es mit dem/der Patienten/in gesundheitlich bergauf geht. Dies führt soweit, dass sie die Möglichkeit einer negativen Entwicklung von vornherein ausschließen, was folgendes Zitat verdeutlichen soll:

„Naja (,) es kann nur mehr bergauf gehen. So einfach. [...] Aber das ja (..) Kann nur mehr zur Gesundheit beitragen.“

Insgesamt wird der Transfer also aus Sicht der meisten Angehörigen als freudiges Ereignis beschrieben, auch wenn diesen u.U. klar ist, dass dem Transfer noch ein langer Prozess folgen wird:

„Nein, also das war schon okay. [...] mir war schon klar, dass das jetzt ein längerer Prozess wird und es war ja auch klar, dass man das nochmal genauer untersuchen muss.“

4.5.2 PatientInnenzustand

Der PatientInnenzustand hat einen wesentlichen Einfluss darauf, wie Angehörige die erste und zweite Phase erleben und gestalten.

Die Angehörigen stellen fest, dass sich der/die PatientIn physisch und/oder psychisch verschlechtert. Diverse Verhaltensweisen, wie z.B.: dass PatientInnen apathischer werden, obwohl diese Gemütsverfassung davor auf der Intensivstation nicht beobachtbar war, lassen bei den Angehörigen die Alarmglocken läuten und führen dazu, dass sie sich sorgen und Angst haben:

„Weil er einfach dann, so irgendwie apathisch geworden ist und so überhaupt nicht, also die ganzen drei Wochen war er nicht so. [...] Also mir war schon klar, dass da irgendetwas sein muss.“

„Also weil ich kenne ihn, wenn er immer ruhiger und ruhiger wird da stimmt was nicht. Also weil in der Intensiv war er schon recht aufgelegt und da war er schon recht.“

Auch, dass PatientInnen plötzlich nur sehr wenig bis gar nicht sprechen und keine nennenswerten Aktivitäten setzen, beunruhigt die Angehörigen:

„Er ist nur drinnen gelegen, er hat auch (,) wenn ich mit ihm gesprochen habe oder was hat er mit mir eine Viertelstunde geredet und dann hat er aufgehört, ist nur gelegen [...]“

Die Angehörigen nehmen an, dass die PatientInnen so stark unter der Situation bzw. Umgebung leiden, dass diese daher physisch verfallen und nicht wie geplant zu Kräften kommen können, wie z.B. für eine geplante, weitere Operation, die somit in weite Ferne rückt. Eine Gattin beschreibt die Situation wie folgt:

„Ja, anstatt das er mehr worden wäre für die Operation ist er immer weniger. Ja das war ja dann auch nicht nur körperlich sondern psychisch dann auch und dann war's, also dann hat man das vergessen können.“

Es kann aber auch sein, dass sich PatientInnen direkt bei den Angehörigen über z.B. die Pflege oder die Umgebung beschweren und diese somit wissen, warum er/sie psychisch leidet.

„Weil du kommst von einer Intensiv und liegst dann am Gang das haut dich schon zurück, das hat sie zurück gehauen auch. Weil da hat sie gejammert, hats gesagt ob sie nicht wo anders hin kann.“

Auf der anderen Seite, kann aber auch eine noch fehlende Orientierung der PatientInnen, auf deren Gemüt schlagen und die Zweifel der Angehörigen nähren:

„Na nicht sehr gut, nicht. (..) Also war nicht so besonders. (..) Klar (,) weil sie nicht (,) das noch richtig abschätzen hat können wie, was, wann, wo, nicht. Also der Zweifel ist schon immer da gewesen.“

Sehen die Angehörigen, dass sich der PatientInnenzustand verschlechtert oder aber klagen PatientInnen selbst darüber, versuchen Angehörige alles in ihrer Macht stehende zu tun, um die Lage des/der kranken/kranken Patienten/in zu verbessern.

4.5.3 Ungewissheit erleben

In den Phasen eins und zwei werden die Angehörigen von Ungewissheit geplagt. Diese kann bei ihnen einerseits dazu führen, dass sie frustriert sind, aber auch, dass sie die in Ungewissheit verbrachte Zeit, als mühsam und anstrengend erleben. Des Weiteren wirkt die Ungewissheit auf manche Angehörige irritierend, weil sie sich auf nichts einstellen können und sie davon ausgehen, dass spontane Reaktionen von ihnen erwartet werden und dieser Gedanke setzt sie zusätzlich unter Druck. Die Ungewissheit löst auch Unsicherheit und Zweifel bei Angehörigen aus, weil sie genauso wie die PatientInnen nicht wissen, wie sie mit dem Zustand umgehen sollen und es führt dazu, dass Angehörige selbst sprach- bzw. ratlos sind, wie folgende Aussage bestätigt:

„Also der Zweifel ist schon immer da gewesen. [...] Nein, so richtig unterhalten auch nicht. [...] Haben wir auch nicht weil wir haben die Chance genommen hin also.“

Ausgelöst kann diese Ungewissheit sowohl vom medizinischen als auch vom pflegerischen Personal werden. Aber auch der Umgang des Personals mit Problemen kann dazu führen. Ein wichtiger Aspekt dabei ist die für die Angehörigen erkennbare Transparenz bzw. das Fehlen dieser, wenn kein medizinisch/pflegerischer Plan oder Ausblick erkennbar ist. Diese fehlende Transparenz und mangelhafte Kommunikation führen zu einer Verschlechterung der Stimmung bei den Angehörigen und diese haben das Gefühl, dass ihnen die Wahrheit verschwiegen wird:

„[...] ah entweder weiß ich nicht, trauen sie sich es denen Leuten manchmal nicht sagen oder oder so (,)[...]. Aber manche Leute wollen die Wahrheit, [...].“

Eine entsprechend andere Haltung sind die Angehörigen von der Intensivstation gewöhnt und sind irritiert, wenn sie den Umgang auf der Normalstation anders erleben. Für die Angehörigen haben die vorherrschenden Zustände auf der Normalstation einen eher planlosen Charakter, welcher als hemmend für die Genesung gesehen wird. Verstärkt wird diese Situation der Ungewissheit dadurch, dass es keine oder nur wenige direkte Besprechungen zwischen Angehörigen und behandelndem Team gibt. Sie fühlen sich dadurch in ihrer Wahrnehmung gestärkt und können darunter auch physisch und/oder psychisch leiden:

„Ja immer getröstet worden ja. [...] Also nur und bis ich halt dann auch narrisch worden bin hab ich gesagt nein, das akzeptiere ich jetzt nicht mehr weil jetzt (,) jetzt wird (,) nichts mehr getröstet.“

Sie wissen auch nicht, wie der auf der Intensivstation begonnene Genesungsprozess nun weiter gestaltet werden soll, wie eine Angehörige beschreibt:

„Das hat halt ganz einfach gefehlt. [...] Ja, dass wäre gut gewesen, also, dass sie uns halt ein bisschen etwas gesagt hätten, ja. [...] dass ist nicht gemacht worden.“

Das Gefühl wird durch vom Personal selbstverständlich gesetzte aber nicht kommentierte Handlungen, wie z.B. ein Medikament ohne Worte auf ein Nachtkästchen zu stellen noch verstärkt:

„[...] wenn du nicht gefragt hast oder so, dann, dann hast du nichts erfahren und so, ja. Das, das war nicht (..), das waren halt, ja, die sind halt gekommen und haben das hingestellt und sind wieder gegangen, also, dass war ganz eigenartig irgendwie.“

Nicht nur Tätigkeiten und Aktionen seitens des betreuenden Teams können Ungewissheit provozieren, sondern auch eine unzufriedenstellende Kommunikation und Interaktion mit dem Personal (siehe nächster Faktor: unzufriedenstellende Interaktion mit dem Personal) kann diese verstärken. Das heißt, spüren Angehörige, dass auch das behandelnde Team in Bezug auf die Situation z.B. wegen Sprach- und Schluckstörungen der PatientInnen unsicher ist, diesen Umstand aber nicht artikuliert, kann dieser Zustand bei den Angehörigen ebenso unweigerlich zu Ungewissheit führen, wie eine Angehörige beschreibt:

„Man hat irgendwie den Eindruck gehabt, dass die selber nicht genau wissen, wie es weiter geht oder wie es soll oder vielleicht wollten sie einem nicht (..) ins Gesicht oder dass sie sich unsicher waren, dass wir jetzt warten müssen oder [...].“

Einige Angehörige beginnen sogar die Schuld, für die so lange ausgehaltene, ungewisse Situation bei sich und nicht beim Personal zu suchen:

„Vielleicht war das dann mein Fehler oder ich hätte vielleicht noch einmal hingehen müssen und mit ihnen ein Gespräch führen oder was, aber [...].“

Aber neben dem Personal auf der Normalstation bzw. deren Aktionen und Interaktion können auch die PatientInnen selbst bei Angehörigen Ungewissheit auslösen, weil letztere nicht wissen, wie sie mit den Zweifeln bzw. der Ungewissheit ersterer umgehen sollen z.B. im Zusammenhang mit Orientierungsschwierigkeiten und gleichzeitiger Gangbettsituation. Angehörige haben dahingehend selbst keine Lösung parat, weil sie ja nicht wissen wie es weitergehen wird bzw. soll und müssen die Situation so hinnehmen. Der vorherrschende Zustand kann zu dem Zeitpunkt aus diversen Gründen nicht geändert werden und es wird ihnen auch nicht mitgeteilt, ob und wann sich die Situation ändern kann. Sie versuchen die Ungewissheit hinzunehmen und

durchzuhalten, weil sie daran nichts ändern können, wie ein Angehöriger beschreibt:

„Hingenommen besser gesagt, nicht. Und ja (..) wir können nur das Beste daraus machen so, so quasi. Jammern und so nützt nichts (..) jetzt schauen wir einmal, nicht (,) wie es wird.“

Nicht allen Angehörigen ist es möglich, die vorherrschende Ungewissheit hinzunehmen und durchzuhalten. Bei einigen kann die Ungewissheit und die damit verbundene Unzufriedenheit sogar soweit führen, dass sich die Angehörigen das Verhalten und die dort herrschenden Zustände nicht mehr länger gefallen lassen wollen und dem betreuendem Team ein Ultimatum stellen, was die weitere Betreuung des/der Patienten/in betrifft, wie eine Gattin verärgert beschreibt:

„Na und da habe ich gesagt passen sie auf, ich sage ihnen jetzt was 8 Tage gebe ich ihnen noch, 8 Tage. [...] 8 Tage aber keinen Tag länger und wenn ich selber rein fahre und hole ihn. Ob sie mir das jetzt schreiben oder nicht das ist mir Wurst. Der kommt heim.“

4.5.4 Unzufriedenstellende Interaktion mit dem Personal

Angehörige erleben auf der Normalstation eine andere Art der Kommunikation als sie diese von der Intensivstation kennen und gewöhnt sind. Aufgrund der als unzufriedenstellend erlebten Kommunikation, die sich auf unterschiedliche Art und Weise ausdrückt, kommt es bei manchen bereits in Phase eins zu einem Bruch, da sie diese neue Form der Kommunikation bzw. diesen Umgang nicht kannten und dieser Zustand löst bei ihnen Frustration und Enttäuschung aus. Das führt sogar soweit, dass Angehörige sich in Phase eins und zwei durch diese negativ erlebte Form der Kommunikation unsicher fühlen, wie im vorherigen Faktor beschrieben, und bei einigen Angehörigen gegenüber dem behandelten Team auch mangelndes Vertrauen aufkommt. Diese Umstände führen dann in Phase zwei dazu, dass viele Angehörige aktiv eingreifen, z.B. indem sie sich externe Hilfe holen oder ihre Grenzen in diesem Zusammenhang klar gegenüber dem behandeltem Team darlegen und sich zur Wehr setzen.

Angehörige können auf unterschiedliche Art und Weise eine unzufriedenstellende Interaktion mit dem betreuenden Team erleben. Diese kann von keine Antworten zu erhalten über nicht immer Auskunft zu bekommen bis hin zu sich dem Personal gegenüber hilflos, machtlos und sich nicht ernst genommen fühlen reichen. Angehörige gehen auf unterschiedliche Weise mit der schlecht erlebten Kommunikation um bzw. sind manche Situationen und Erlebnisse für einige Angehörige schlimmer als für andere. Auch das Angehörige immer wieder getröstet werden und leere Versprechungen erhalten kann dazu beitragen, dass die Interaktion mit dem Personal als unzufriedenstellend erlebt wird.

Wichtig ist den Angehörigen, dass sie jederzeit Fragen stellen können und auch Auskunft bezüglich des Gesundheitszustandes bekommen. Ist dies plötzlich nicht mehr der Fall sind Angehörige mit der Interaktion unzufrieden:

„Naja, da muss man stundenlang suchen, dass man irgendeinen findet, der sich für zuständig erklärt, nicht. Da gibt es dann auch so verschiedene Ärzte, den fragt man was, na da müssen sie warten, also das das war auch kompliziert.“

Darüber hinaus fühlen sich Angehörige nicht ernst genommen, wenn sie ihre Sorgen und Bedenken gegenüber dem Personal kund tun, aber scheinbar trotzdem auf taube Ohren stoßen. Eine Angehörige hat diese Situation so erlebt:

„Ja, sehr negativ, sehr negativ. (..) Es lässt einen an der Kompetenz dieser Leute zweifeln. [...] dass sie einem auch nichts glauben, ja, also, wenn man sagt okay, bitte ich habe jetzt drei Wochen, ich meine, der hat irgendetwas. Da muss irgendetwas sein. Ja, ja.“

Sie empfinden das Verhalten des Personals in Bezug auf die Kommunikation mit ihnen als nicht angebracht:

„Also das war wie, wie Tag und Nacht von der Intensiv. Und da hast du auch keine Schwester fragen können irgendetwas, die haben dir keine Antwort gegeben. Die und wenn du gesagt hast, hören sie, wieso ist das (,) manche (Interviewperson macht eine Geste) nur mit den Schultern. Ich meine das ist keine Art.“

Aber auch Handlungen des Personals, die ohne Kommunikation stattfinden, können von den Angehörigen als irritierend erlebt werden und als nicht zufriedenstellende Interaktion gewertet werden:

„Das, das war nicht (..), das waren halt, ja, die sind halt gekommen und haben das hingestellt und sind wieder gegangen, also, dass war ganz eigenartig irgendwie.“

Wenn Angehörige unzufrieden sind mit der Interaktion können diese dadurch Unsicherheit erleben. Ausschlaggebend dafür ist, dass Problemsituationen nicht in der Interaktion mit den Angehörigen versucht werden zu lösen, sondern sie das Gefühl haben, dass sie mit ihrer Angst und Sorge gegenüber einem großen Team alleine da stehen. Diese Erlebnisse können dazu führen, dass die Erwartungen an das behandelnde Team schwinden und die Angehörigen kein Vertrauen mehr haben. Es kommt vor, dass diese Gefühle von Macht-, Hilflosigkeit und Verzweiflung sogar soweit führen, dass Angehörige sich auf die Intensivstation zurück wünschen:

„Ich meine am liebsten hätte ich ja auf der Intensiv angerufen und hätte gesagt, bitte tuts was (lacht), weil die (?). [...] ah haben wir uns an die Intensivstation zurückgesehnt (lacht). Ja (lacht), weil man sich viel besser betreut vorgekommen ist.“

4.6 Faktoren, die sowohl die Phasen der PatientInnen als auch der Angehörigen beeinflussen

Die nun folgenden Faktoren sind intervenierende Bedingungen, d.h. strukturelle Bedingungen, die durch die Organisation Krankenhaus vorgegeben sind. Sie beeinflussen die Handlungen der PatientInnen und Angehörigen unterschiedlich und können ihrerseits nicht beeinflusst werden.

Diese intervenierenden Bedingungen sind sowohl bei PatientInnen als auch Angehörigen, bis auf eine (einfachere Besuchssituation auf der Normalstation), gleich und werden deshalb gemeinsam für beide beschrieben (siehe Abb. 5 und 6).

4.6.1 Bauliche Gegebenheiten und Bettensituation

Die baulichen Gegebenheiten und die auf der Normalstation vorherrschende Bettensituation wirken auf die Phasen eins bis drei ein und werden von den meisten PatientInnen und auch Angehörigen als negativ erlebt und teilweise sogar als hinderlich wahrgenommen. Die Umgebung ist das erste nach dem Transfer, was PatientInnen wahrnehmen. Viele sind von dieser enttäuscht wegen z.B. zu kleinen oder kahlen Räumen. Dieser erste, oft erschreckende und nicht erwartete Eindruck führt bei den meisten PatientInnen dazu, dass sie in Phase eins einen Bruch erleben. In weiterer Folge versuchen sich die PatientInnen zwar mit der neuen Umgebung zu arrangieren, stoßen aber immer wieder auf neue Probleme und Herausforderungen wie z.B. nicht behindertengerechte Waschräume, die es ihnen sowohl in Phase zwei als auch drei schwierig machen alleine aktiv zu werden und daher wird die Umgebung von den meisten PatientInnen als hinderlich eingestuft. Diese kann auch einen negativen Einfluss auf die Motivation haben, weil die PatientInnen zwar aktiv werden/sein möchten, aber aufgrund baulicher Gegebenheiten nicht oder nur schwer alleine können. Nicht behindertengerechte Räume können einen großen Einfluss auf die Genesung der PatientInnen haben, weil sie einerseits ein Hindernis darstellen und andererseits als nicht förderlich für die Genesung angesehen werden bzw. diese sogar verzögern können. Eine Patientin hat diese Situation wie folgt erlebt:

„[...] umdrehen könnte man sich gar nicht mir dem Rollstuhl zum raus fahren dann (,) also das ist schon irgendwie ungut. Und das Waschbecken und so, das war alles dann so eng. Auch diese Halterung von, vom Toilettenpapier, also ich habe eh verdammt aufgepasst aber sobald du angestoßen bist ist das runter gefallen.“

Die Mehrbettsituation wirkt sich auf die PatientInnen insofern aus, als sie sich an andere MitpatientInnen versuchen müssen anzupassen und auch bei der Wahl ihrer MitpatientInnen keinen Einfluss haben. Auch von diesen hängt die Wahrnehmung der Umgebung stark ab:

„Mit den Leuten habe ich halt ein Glück gehabt, es ist halbwegs gegangen, ja, ja, halbwegs normale Leute. Es ist schon gegangen ja, naja (..).“

Besonders gravierend ist für PatientInnen, wenn sie aufgrund der Bettensituation auf der Normalstation, zu Beginn mit einem Gangbett vorlieb nehmen müssen, bis ein Zimmer frei wird. Diese Situation beeinflusst Phase eins besonders stark, weil dieses Erlebnis einen sehr negativen Eindruck hinterlässt:

„Am Anfang war es natürlich groß, wenn du siehst du liegst am Gang und da bist überhaupt gleich angefressen auf irgendwas, nicht. (,) Das pflanzt sich, bis man das wieder abbaut.“

Wie oben schon beschrieben, werden die baulichen Hindernisse bzw. Probleme auch von den Angehörigen als negativ erlebt. Die Kritikpunkte der Angehörigen, sind dabei im Wesentlichen die gleichen wie die der PatientInnen, wie die folgenden drei Zitate demonstrieren:

„Badezimmer kannst ja nicht rechnen das war eine Dusche (,) und zwei Stufen dazwischen. [...] Das hast du nicht so rein fahren können.“

„Die Zimmern sehr klein sind und alles da drinnen hinein gepfercht so, [...] das der Rollstuhl von der Frau, also den Rollwagen das ist nicht einmal rein gegangen. Das haben sie irgendwo immer hin und hergestellt, nicht.“

„Das habe ich nicht ganz verstanden. [...] Weil wenn ich weiß innerhalb des Spitals (,) ich tu jemanden verlegen von Intensiv, das ich dann gleich mit allem drum und dran am Gang raus lege.“

4.6.2 Personalsituation

Auch der andere Personalschlüssel auf der Normalstation hat einen Einfluss auf die Phasen eins bis drei. Die PatientInnen sind nach dem Intensivaufenthalt meist eine eins zu eins Betreuung gewöhnt und die Umstellung fällt ihnen zu Beginn der Phase eins sehr schwer, da diese aufgrund der vorherrschenden Personalsituation auf der Normalstation nun nicht mehr möglich ist. Bei vielen PatientInnen kommt es durch die geänderte Personalsituation und die für die PatientInnen wahrgenommene, verminderte Betreuung zu einem Bruch und sie sind enttäuscht, dass sie nicht die zuvor gewohnte Betreuung weiter genießen dürfen. Sowohl in Phase zwei als auch Phase drei hat die Personalsituation insofern einen Einfluss, als aufgrund der fehlenden Zeit diverse Tätigkeiten wie

z.B. Essen eingeben, Hilfe beim Toilettengang oder Gehübungen, von den Angehörigen übernommen werden, wenn der/die PatientIn alleine dazu nicht in der Lage ist bzw. Tätigkeiten, die mehr Pflegepersonal benötigen wie z.B.: mit PatientInnen duschen zu gehen einer längeren Planung bedürfen und nicht spontan möglich sind. Der vorherrschende Zustand hat somit auch einen Einfluss auf die Angehörigen. Sie wissen, dass die Personalsituation auf der Normalstation eine andere ist und fühlen sich dadurch teilweise gezwungen, aktiv in der Betreuung des/der Patienten/in einzugreifen, was sich insofern auf die Phasen auswirkt, indem Hilfe nicht ausbleibt, sondern die Angehörigen anstelle des Pflegepersonals einspringen und die PatientInnen in allen Belangen unterstützen, wo diese Unterstützung brauchen. Die auf der Normalstation vorherrschende Personalsituation wird aus Sicht der PatientInnen meist als Personalmangel erlebt, weil z.B. um Duschen gehen zu können mehr Pflegepersonal benötigt wird und sich PatientInnen hierfür schon zwei Tage im voraus anmelden mussten. Dies beeinflusst natürlich dann auch das aktiv werden der PatientInnen in Phase zwei. Folgendes Zitat soll dies verdeutlichen:

„[...] auch wenn Hilfe da war weil (,) ich habe das schon immer müssen 2, 3 Tage vorher sagen bitte kann mir jemand im Bad helfen. [...] ich habe zwei meistens gebraucht die mir geholfen haben weil eine alleine dadurch dass ich mich nicht einmal habe rühren können, nicht einmal sagen ok, ich halte mich an und ich stehe jetzt auf (,) das ist ja nicht gegangen. [...] da ist ganz einfach zu wenig Personal weil logischer Weise die Betten waren alle belegt [...].“

4.6.3 Isolation wegen Infektion

Müssen PatientInnen aufgrund eines isolationswürdigen Keimes in einem Einzelzimmer untergebracht werden hat dies auf alle Phasen, auch auf die Vorphase, einen Einfluss. Entscheidend ist natürlich, wie lange der Keim isolationswürdig ist. Es ist meist nicht einfach auf einer Normalstation ein Einzelzimmer zur Isolierung einer/eines Patientin/Patienten zu bekommen, wie auch ein Patient zu seiner Transferierung anmerkt:

„[...] weil das war ja eine Zeit lang Gespräch, erstens wohin, wo gibt es ein Bett für einen (lacht) Infektiösen (..), für einen resistenten Keimträger und da hat es nicht so viele Möglichkeiten gegeben.“

Somit bleiben die PatientInnen meist aufgrund der Bettensituation länger auf der Intensivstation und sind deshalb meist schon in einem besseren Gesundheitszustand, was z.B. die Mobilisation betrifft, als andere nicht isolierte PatientInnen zum Zeitpunkt des Transfers. D.h. die PatientInnen sind schon auf der Intensivstation einigermaßen aktiv, können z.B. schon stehen oder auch alleine Essen und müssen auf der Normalstation diese Fähigkeiten nur noch weiter üben und sind daher nur in manchen Bereichen auf Hilfe seitens der Pflegepersonals angewiesen. Insofern ist es daher wahrscheinlich, dass die zweite Phase, also das aktiv werden und die Kontrolle wieder übernehmen sich für jene PatientInnen einfacher gestaltet als für andere.

Andererseits bekommen diese PatientInnen dann auf der Normalstation auch ein Einzelzimmer, womit sich kein Bruch bezogen auf die Umgebung ergibt, aber dennoch kann sich die Isolierung mit der Zeit auf das Gemüt der PatientInnen auswirken, da sie ihr Zimmer die ganze Zeit über nicht verlassen dürfen und dieser psychische Zustand kann sowohl die Phase zwei als auch drei negativ beeinflussen, indem die Motivation der PatientInnen nachlässt und sie sich abgekapselt bzw. vernachlässigt fühlen.

Auch Angehörige erleben die Isolierung einerseits als hemmend, weil sie die damit verbunden Schutzmaßnahmen, wie Haube, Mantel, Maske als störend erleben und andererseits, weil sie an der Situation nichts ändern können und sie die ganze Zeit mit dem/der Patienten/in im Zimmer verbringen müssen, da ein verlassen nicht erlaubt ist. Ein kleiner Tapetenwechsel wie z.B. ein Spaziergang ist somit nicht möglich und deshalb müssen sie und auch die PatientInnen die vorherrschenden Umstände aushalten, was natürlich einen Einfluss auf die drei Phasen haben kann, da den Angehörigen bis zu einem gewissen Grad aufgrund der Isolierung die Hände gebunden sind:

„Nicht, wenn er raus dürfen hätt, aber durch diese Quarantäne war er natürlich irgendwie da gefangen nicht und das war nicht sehr, ich glaube,

das war eine Zeit, die schon ein bisschen auf das Gemüt geschlagen hat, ja. (..) mehr als wenn er sich da unten hinsetzt in die Sonne und so.“

4.6.4 Einfachere Besuchssituation auf der Normalstation

Dieser Faktor beeinflusst das Handeln der Angehörigen in den Phasen eins bis drei insofern, als durch die viel längeren und flexibleren Besuchszeiten auf der Normalstation, sie die Möglichkeiten haben viel mehr Zeit mit den PatientInnen zu verbringen, wie folgendes Zitat verdeutlicht:

„Mit dem Besuch war es auch einfacher. [...] Da hast du fixe Zeiten gehabt und dort ist es halt doch. Ich war dann immer länger drinnen und ja, dass war halt dann schon anders. Ja, dass ist klar, dass das auf der Intensiv nicht geht.“

Auf der Intensivstation sind die Besuchszeiten meist sehr strikt geregelt, sodass Angehörige dort nicht viel Zeit haben und wenn überhaupt meist nur für ein paar Stunden dort sein können. Wichtig ist ihnen auf alle Fälle in der Besuchszeit für den/die Patienten/in dazu sein, diese nicht zu versäumen und auch wenn diese meist sehr kurz ist, trotzdem intensiv zu nutzen. Aufgrund dessen erleben viele Angehörige die Besuchszeiten auf der Normalstation als angenehmer, auch wenn dieses Thema selten explizit angesprochen wird, weil nicht nur die Angehörigen ihren Tag dadurch leichter gestalten können, sondern auch deshalb, weil sie mehr Zeit mit dem/der Patienten/in verbringen können, die sie unterschiedlich mit diesem/dieser nutzen können wie z.B.: um Spazieren zu gehen. Es ermöglicht ihnen auch mehr und aktiv am Genesungsprozess des/der Patienten/in teilzuhaben, indem sie diesen/diese in allen Belangen unterstützen, wenn er/sie Hilfe braucht, um so das nach Hause kommen zu beschleunigen.

5 Diskussion

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde versucht einen Einblick zu geben, wie ehemalige, schwer kritisch kranke PatientInnen und deren Angehörige den Transfer von der Intensiv- auf die Normalstation erlebt haben und wie es ihnen in der Zeit nach dem Transfer auf der Normalstation ergangen ist. Hierzu wurden sowohl PatientInnen als auch von diesen ausgewählte Angehörige befragt. Zum Transfererleben an sich gibt es international bereits einige Studien aus PatientInnen- und Angehörigensicht, wie im Kapitel zwei gezeigt werden konnte. Die Ergebnisse aus dieser Arbeit decken sich teilweise mit diesen. Jedoch ist nichts darüber bekannt, wie Angehörige und PatientInnen die Zeit nach dem Transfer auf der Normalstation erleben und meistern, sondern es finden sich nur Studien, die sich auf das Leben der PatientInnen zu Hause beziehen und aus PatientInnen- und Angehörigensicht berichten (Ludin et al., 2013; Ramsay et al., 2013; Agard et al., 2015). In Österreich ist der Forscherin keine ähnliche Studie zu diesen Themenkreisen bekannt und somit liefert die vorliegende Arbeit wichtige Ergebnisse dahingehend.

Wie in der Einleitung der Arbeit erwähnt, wird der Transferprozess sowohl vom medizinischen als auch pflegerischen Personal als einfacher Prozess angesehen, dem nicht viel Aufmerksamkeit geschenkt werden muss (Odell, 2000). Aufgrund der beschriebenen Ergebnisse kann klar gesagt werden, dass der Transfer kein einfacher Prozess ist, sondern es kann argumentiert werden, dass der Transfer verschiedene Gefühle und Ereignisse hervorruft bzw. nach sich zieht, auf die sowohl PatientInnen als auch deren Angehörige nicht vorbereitet sind.

5.1 Verortung der Ergebnisse im Theoriediskurs

Die gewonnenen Ergebnisse der vorliegenden Forschungsarbeit werden nun vor dem Hintergrund der in Kapitel zwei beschriebenen Transitions Theory reflektiert. Die nachfolgende Grafik (Abb. 7) illustriert die Ergebnisse eingebettet in die Transitions Theory und stellt eine Orientierung für die Struktur der Diskussion dar.

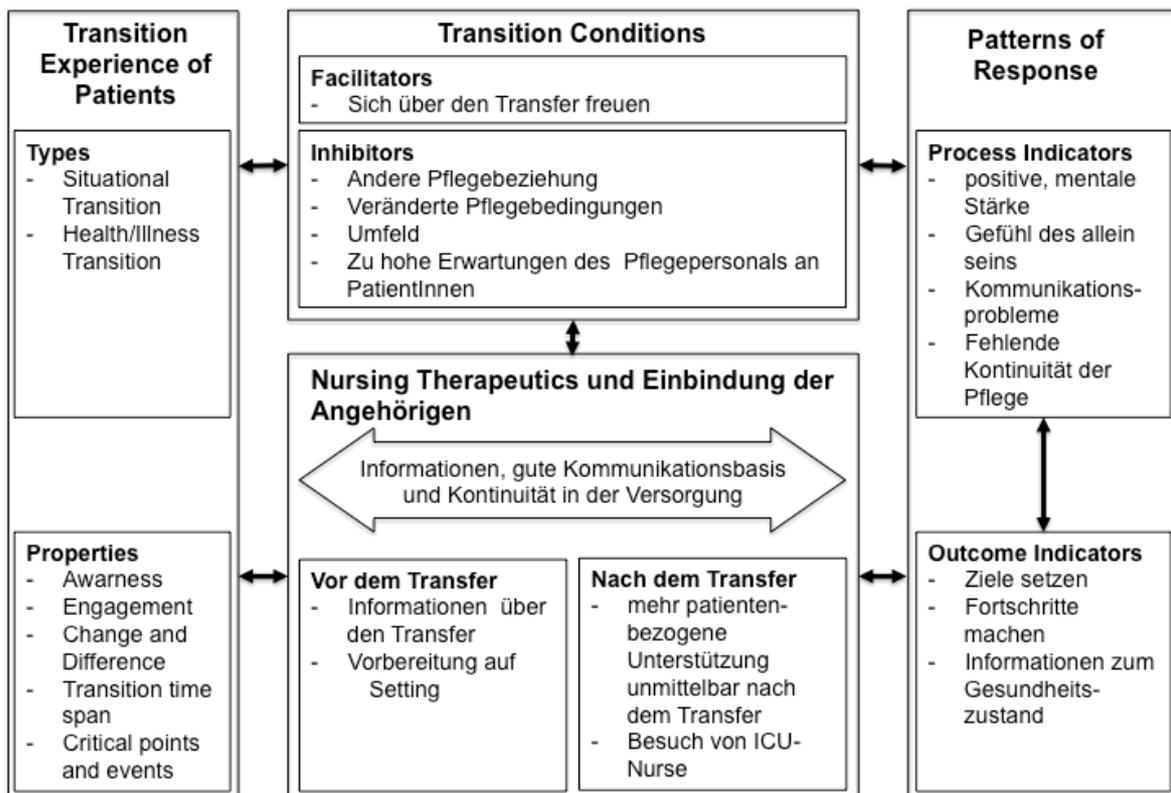


Abb. 7: eigene Darstellung der Transitions Theory bezogen auf die Ergebnisse

Types and patterns of Transitions

Wie im zweiten Kapitel bereits beschrieben, durchlaufen PatientInnen zwei Arten von Transitionen. Im Zusammenhang mit kritischer Erkrankung und dem Transfer auf die Normalstation tritt einerseits die gesundheits-/krankheitsbedingte Transition auf, also die Transition vom Überleben hin zur Genesung und Gesundung. Andererseits übergreifend bzw. parallel dazu die situationsbedingte Transition, die durch den Settingswechsel von der Intensiv- auf die Normalstation bedingt ist, also von einer hochtechnisierten, intensiven und individuellen Pflege zu einer normalen, ausreichenden Pflege, von einer sicheren, vertrauten Umgebung in eine unvorhersehbare, verletzende und von Abhängigkeit zur Unabhängigkeit (McKinney & Deeny, 2002).

Gleiches durchlebten auch die PatientInnen in der vorliegenden Arbeit. Aber nicht nur PatientInnen machen mehrere Transitionen durch, auch deren Angehörige sind davon betroffen, wie die Ergebnisse zeigen. Auch sie verlassen mit der Intensivstation eine ihnen vertraute Umgebung, in der sie Zuspruch erfuhren,

ihnen Hoffnung gemacht wurde und jeder/jede ein offenes Ohr für Fragen und Anliegen hatte.

Vor allem zeigt sich aber, dass die Angehörigen neben dieser situationsbedingten Transition einen Wandel durchmachen, was ihre Rolle als Angehörige/r betrifft. In den Ergebnissen zeigt sich, dass sich die Angehörigen selbst auf der Intensivstation nur als BesucherInnen gesehen haben, jedoch durch den Transfer aus ihrer Sicht, nun zusätzliche Rollen übernehmen mussten. Auch die Studie von Agard et al. (2015) konnte zeigen, dass Angehörige verschiedene Rollen bei der Genesung ehemaliger IntensivpatientInnen zu Hause haben, vom Partner bzw. von der Partnerin hin zur Pflegeperson und wieder zurück. Dabei überwachen und unterstützen Angehörige ihre PartnerInnen, trainieren mit ihnen, treten für sie ein und helfen ihnen diverse Aktivitäten zu bewältigen.

In der vorliegenden Arbeit zeigt sich aber darüber hinaus, dass Angehörige auch schon im Krankenhaus einen wichtigen Beitrag im Hinblick auf die Genesung leisten, indem sie bereits dort unterschiedliche Rollen wahrnehmen, wie der Pflegeperson, über UnterstützerIn, FürsprecherIn bis hin zum/zur Anwalt/Anwältin. Welche Rolle(n) die Angehörigen übernehmen ist einerseits abhängig von deren Persönlichkeit, ihren Lebensumständen und Vorerfahrungen, andererseits aber auch davon, was sie im Stande sind in schwierigen Zeiten zu leisten bzw. sich aufzubürden. Daher gibt es Angehörige, die nur die Rolle des/der Pflegers/in ergreifen aber keine weiteren Rollen, wie z.B. des/der Anwaltes/Anwältin, weil nicht alle Angehörigen über sich hinaus wachsen und Rollen bekleiden, die sie sich nie zu getraut hätten. Angehörige übernehmen diese bzw. greifen aktiv in den Genesungsprozess des/der Patienten/in ein, wenn sie das Gefühl haben, dass es dem/der Patienten/in nicht gut geht, z.B. bei psychischer Verschlechterung oder Zurückgezogenheit. Diese müssen diese Verschlechterung nicht explizit kundtun, es reicht wenn das medizinisch-pflegerische Umfeld oder der Zustand der PatientInnen den Angehörigen Grund zur Sorge gibt.

Die PatientInnen hingegen nehmen diese Rollenänderung nicht oder nur teilweise wahr. Diese unterschiedliche Wahrnehmung seitens der PatientInnen kann daran liegen, dass diese es als selbstverständlich oder als eine Art Pflicht der

Angehörigen ansehen, dass diese zusätzliche Aufgaben wahrnehmen, um die PatientInnen somit bestmöglich unterstützen zu können. Es ist aber auch denkbar, dass die PatientInnen mit ihrer Situation und ihren Gedanken so beschäftigt sind, dass sie die Rollenänderung ihrer Angehörigen deshalb nicht wahrnehmen.

Transitional properties

Sie beschreiben die Eigenschaften des Überganges und umfassen folgende fünf Punkte: Awareness (Bewusstsein), Engagement (Beschäftigung/Bindung), Change and Difference (Veränderungen und Unterschiede) Time span (Zeitspanne) und Critical points and events (kritische Punkte und Events).

In Bezug auf die Awareness konnte Leith (1999) feststellen, dass Vorerfahrungen im Zusammenhang mit einem schon einmal durchgemachten Transfer eine Auswirkung haben, wie der Transfer erlebt wird. PatientInnen wussten, was sie erwarten würde und daher erlebten sie den Transfer als weniger stressig. Andererseits gaben andere PatientInnen an, dass ihnen die Vorerfahrungen nichts halfen. Diese PatientInnen hatten alle negative Erinnerungen an ihren ersten Transfer (Leith, 1999). Für die befragten PatientInnen in der vorliegenden Arbeit war es der erste Intensivaufenthalt und daher hatten sie alle keine Erfahrungen den Transfer betreffend. Sie wurden aus ihrer Sicht alle über den Transfer ausreichend informiert. Dennoch wäre im Nachhinein gesehen, von einigen eine bessere Vorbereitung auf das Umfeld nach dem Transfer auf der Normalstation wünschenswert gewesen, damit die wahrgenommenen Veränderungen weniger negativ seitens der PatientInnen erlebt worden wären. Die PatientInnen hatten allesamt keine Vorstellungen bzw. Erwartungen davon, was sie nach dem Transfer auf der Normalstation erwarten würde, manche hatten unbewusste Vorstellungen, die sich aber nicht mit der Realität auf der Normalstation deckten.

Nicht nur unterbewusste Erwartungen können Enttäuschungen nach sich ziehen, sondern auch Probleme mit der Orientierung und Erinnerung können ihres dazu beitragen, wie die Ergebnisse zeigen. Viele PatientInnen haben während ihrer Intensivzeit und darüber hinaus mit mangelnder Orientierung zu kämpfen und/oder auch Probleme zwischen Traum und Realität zu unterscheiden. Aufgrund der Tatsache, dass viele PatientInnen während ihres Intensivaufenthaltes einige Zeit

mit Medikamenten in den Tiefschlaf versetzt werden und ihnen somit einige Zeit ihres Aufenthaltes dort fehlt, haben PatientInnen auf der Normalstation oft Probleme damit, sich an Details den Intensivaufenthalt und den Transfer betreffend zu erinnern. Dieses lückenhafte Erinnerungsvermögen kann aber auch auf fehlendes Bewusstsein und mangelnde Involvierung in den Prozess zurückgeführt werden (Ramsay et al., 2013).

Diese Aspekte haben natürlich einen Einfluss auf die Awareness und folglich auch auf das Engagement. In der vorliegenden Arbeit wurden aufgrund dieser Umstände nur PatientInnen miteinbezogen, die eine Erinnerung an den Transfer und die Zeit auf der Intensivstation hatten. Trotz der Erinnerung an den Transfer hatten dennoch einige PatientInnen wegen der genannten Gründe Probleme sich aktiv zu involvieren. Wie die Ergebnisse zeigen, kann Orientierungslosigkeit zu zusätzlichen Problemen führen wie z.B. zu Zweifeln den Transfer und die Zeit danach betreffend. Engagement passiert nicht ohne Bewusstsein (Ludin et al. 2013), somit spielt Orientierung geben und auch die Information zu bekommen, was passiert, eine wichtige Rolle für den weiteren Prozess. Es zeigte sich, dass die Angehörigen dahingehend eine wichtige Rolle haben, als sie als OrientierungsgeberIn fungieren und auf diese Weise versuchen dem/der Patienten/in zu helfen, damit dieser/diese versteht, was passiert bzw. passiert ist.

Darüber hinaus ist das Engagement sowohl der PatientInnen als auch der Angehörigen auch davon abhängig, wie diese dem Transfer an sich gegenüber stehen. Der Transfer kann von den Angehörigen und PatientInnen als positiv, neutral oder negativ gewertet werden. Viele Studien konnten zeigen, dass der Transfer sowohl von PatientInnen als auch Angehörigen als Hinweise Richtung Genesung und Unabhängigkeit gedeutet wurde (Leith, 1999; Odell, 2000; McKinney & Melby, 2002; McKinney & Deeny, 2002; Strahan & Brown, 2005; Bench & Day, 2010). Auch die vorliegenden Ergebnisse bestätigen dies. Sowohl PatientInnen als auch deren Angehörige haben den Transfer positiv gesehen und hatten dahingehend keine negativen Wahrnehmungen.

Als einen weiteren positiven Aspekt den Transfer betreffend wurde von PatientInnen in Studien das Wegfallen des Monitorings bzw. verschiedener,

invasiver Geräte, genannt (Leith, 1999; McKinney & Deeny, 2002; Bench & Day, 2010). In den Ergebnissen zeigte sich, dass sich nicht nur PatientInnen über diesen Aspekt freuten, sondern auch deren Angehörige. Für PatientInnen und auch Angehörige war dieses Wegfallen des Monitorings verbunden mit einem geringeren Gefahrenempfinden als zuvor. Einige PatientInnen beschrieben diese Situation mit den Worten: „*ich lebe schon wieder*“.

Im Gegensatz dazu konnte Leith (1999) mit ihrer Studie zeigen, dass PatientInnen und Angehörige dem Transfer auch neutral gegenüberstehen können. 20% der PatientInnen zeigten eine neutrale Reaktion. Weniger als 10% der PatientInnen und Angehörigen empfanden nichts Negatives bezogen auf den Transfer. Lediglich 20% der Angehörigen zeigten gemischte oder ambivalente Reaktionen den Transfer betreffend. Obwohl es in den Ergebnissen nicht der Fall war, kann es aber auch sein, dass der Transfer von den Angehörigen und PatientInnen nicht nur als neutral oder positiv, sondern sogar als negativ aufgefasst wird. In einigen Studien hatten PatientInnen und deren Angehörige Angst bzw. Furcht vor dem Transfer, sie verbanden ein Gefühl der Hilflosigkeit, Verletzlichkeit, Unwichtigkeit und Abhängigkeit damit (Odell, 2000; Chaboyer et al., 2005; Strahan & Brown, 2005; Pattison et al., 2007). PatientInnen fühlten sich aufgrund von zu wenig Information vorab nicht bereit (Chaboyer et al., 2005; Forsberg et al., 2011) und waren unvorbereitet bzgl. der geschäftigen Atmosphäre auf der Normalstation (Field et al., 2008).

Ein weiterer möglicher, negativer Aspekt aus Sicht der Angehörigen, kann gerade auch das Wegfallen des Monitorings sein, als dieses auf die Angehörigen besorgniserregend wirkt. Im Gegensatz dazu zeigen die Ergebnisse der Arbeit, dass sich die PatientInnen zwar gut informiert fühlten was den Transfer anbelangte, aber sich im Nachhinein doch einige nicht gut vorbereitet fühlten, was das Setting Normalstation betraf. Auch die negative Einschätzung zum Wegfall des Monitorings kann nicht bestätigt werden.

In den PatientInnenergebnissen spiegelt sich aber das Resultat der Studien von McKinney und Deeny (2002) und Chaboyer et al. (2005) hinsichtlich der negativen Konnotation der Trennung vom Intensivteam wieder. Diese Trennung wird als

Verlust einer engen, speziellen Beziehung gewertet und wurde als nicht einfach und emotional beschrieben.

Ein weiterer Aspekt, neben Awareness und Engagement, der die Eigenschaften des Überganges beschreibt, sind Change and Difference. Alle wahrgenommenen Veränderungen und Unterschiede zwischen Intensivstation und Normalstation werden hier eingeordnet. Aufgrund der Tatsache, dass sowohl PatientInnen als auch deren Angehörige die Tendenz haben die Stationen zu vergleichen, können gemachte Erlebnisse und Erfahrungen auf der Intensivstation einen Einfluss darauf haben, wie die Zeit nach dem Transfer von beiden Seiten erlebt wird. Auch die typischen physischen Folgeerscheinungen nach einer kritischen Erkrankung, wie Gewichtsverlust, Muskelverlust, generelle Schwäche, Erschöpfung und eingeschränkte Mobilität gehören zu diesem Punkt (Ramsay et al., 2013).

Im Zusammenhang mit den physischen Folgeerscheinungen gibt es eine Vielzahl an Studien, die zeigen, mit welcher unterschiedlichen physischen Folgen PatientInnen nach einem Intensivaufenthalt zu kämpfen haben (Daffurn et al., 1994; Griffiths & Jones, 1999; Strahan & Brown, 2005; Field et al., 2008). Ein besonderes Problem hinsichtlich der physischen Folgeerscheinungen stellt dabei für PatientInnen die generelle Schwäche nach kritischer Erkrankung dar. Aufgrund dieser können sich die PatientInnen kaum bis gar nicht bewegen, was natürlich eine Auswirkung auf die Psyche der PatientInnen hat (Jones & O'Donnell, 1994). McKinney und Deeny (2002) konnten mit ihrer Studie zeigen, dass PatientInnen Stress erleben, wenn sie körperlich weiter sein wollen, als es ihr Gesundheitszustand zulässt. Diese Problematik hängt auch damit zusammen, dass PatientInnen meist nur wenig oder gar keine Ahnung haben, wie schwierig ihre Erkrankung war. Sie finden für ihre Schwachheit bzw. Mobilitätsprobleme keine passenden Gründe und daher ist die Situation für sie unerklärlich und beunruhigt sie (Jones & O'Donnell, 1994). Die verschiedenen physischen Beeinträchtigungen machen es den PatientInnen schwierig bzw. unmöglich sich selbst zu pflegen (Hall-Smith et al., 1997; McKinney & Deeny, 2002; Strahan & Brown, 2005; Field et al., 2008). Die PatientInnen der vorliegenden Arbeit hatten nach dem Intensivaufenthalt auch mit unterschiedlichen Problemen zu kämpfen, wie Schwäche, Ermüdung, bestehende Schmerzen, eingeschränkte Mobilität,

Schluckprobleme, Sprachprobleme, Verdauungsschwierigkeiten, Schlafschwierigkeiten und Essensproblemen. Die aufgezählten Punkte decken sich mit den in der Literatur beschriebenen.

Neben den unterschiedlichen physischen Problemen nach dem Intensivaufenthalt bemerken PatientInnen und Angehörige auch Unterschiede bzw. Veränderungen bzgl. der Betreuung, des Umfeldes etc. gegenüber der Intensivstation. Die Erwartungen und Normen der PatientInnen und auch Angehörigen an die Normalstation sind geprägt von den Erlebnissen und Erfahrungen auf der Intensivstation. In den Studien von Jenkins und Rogers (1995) und Forsberg et al. (2011) beschrieben die PatientInnen die Intensivstation als sichere und schützende Umgebung. Die Tatsache, dass in dieser Umgebung jederzeit, sofort Hilfe da war, beruhigte PatientInnen ungemein (Forsberg et al., 2011). Sie erlebten eine gute Pflege (McKinney & Deeny, 2002; Forsberg et al., 2011), die als außergewöhnlich eingestuft wurde, da seitens der Pflegenden Erklärungen, Ratschläge und Unterstützung gegeben wurden (McKinney & Deeny, 2002). Diese Aspekte führten dazu, dass PatientInnen die Pflegequalität auf der Intensivstation als gut einstufen, weil die Pflege individuell und patientInnenorientiert erfolgte, die Pflegenden Einsatz zeigten und Verständnis hatten (Attree, 2001). Auch diese Punkte aus der Literatur decken sich mit denen aus den Ergebnissen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Erwartungen und Normen der PatientInnen und Angehörigen, die sie aufgrund ihrer gemachten Erfahrungen auf der Intensivstation, implizit an die Normalstation hatten, nur teilweise bzw. unzufriedenstellend erfüllt wurden.

Ähnliches lässt sich auch in Bezug auf die Pflegebeziehung ableiten. Die Erwartungen in Bezug auf die Pflegebeziehung sind wiederum stark geprägt von den Vorerfahrungen der PatientInnen auf der Intensivstation. Wie einige Studien (Chaboyer et al., 2005; Forsberg et al., 2011) zeigen, wurde im Gegensatz zur Normalstation, die Beziehung und die Nähe zu den Pflegenden auf der Intensivstation von den PatientInnen als speziell beschrieben woraus resultierte, dass PatientInnen über Intensivpflegepersonen mit Andacht und Zuneigung sprachen (Chaboyer et al., 2005).

Ähnliches wie in der Literatur zeigt sich auch in den Ergebnissen. Die Angehörigen hoben positiv hervor, dass sie jederzeit über alles informiert wurden, immer Fragen stellen konnten und auch Auskunft bekamen. Des Weiteren betonten sie, dass ihnen der Zuspruch bzw. die Hoffnung den sie erfuhren bzw. die ihnen gemacht wurde, dabei half, die schwierige Zeit zu überstehen bzw. sie dadurch auch ihren/ihre Partner/in in diesem Umfeld in Sicherheit sahen. Aufgrund der Tatsache, dass mit Problemen auf der Intensivstation mit Ehrlichkeit und Transparenz umgegangen wurde, hatten Angehörige auch keine Ungewissheit bzw. Zweifel gegenüber dem Transfer und waren diesem nicht negativ gestimmt. Die PatientInnen betonten sowohl die besondere Betreuung und Pflege, als auch die gute und besondere Beziehung zum Pflegepersonal. Auch der Umstand, dass immer jemand da war, gab ihnen Sicherheit. Die Ergebnisse zeigen des Weiteren, wie schon angedeutet, dass die zuvor gemachten Beschreibungen über ihre positiven Erlebnisse und Erfahrungen bzw. über die vorherrschenden Zustände auf der Intensivstation, sich gänzlich bzw. stark von denen, auf der Normalstation gemachten, unterschieden.

Einige Studien zeigen aber auch, dass der Intensivaufenthalt sowohl aus PatientInnen- als auch Angehörigensicht, als negativ erlebt werden kann. In der Studie von Forsberg et al. (2011) gaben PatientInnen an, dass ihnen auf der Intensivstation zu viele Alarme waren, das Setting für sie zu stressig war und dass es für sie aufgrund der dauernden Anwesenheit von Pflegepersonen schwierig war zu entspannen bzw. zu schlafen. Einige Angehörige stufen die Intensivstationszeit deshalb als negativ ein, weil die strikten Besuchszeiten als negativ erlebt wurden und stressauslösend waren (Leith, 1999). Neben den strikten Besuchszeiten haben Angehörige während des Intensivaufenthaltes auch damit zu kämpfen, dass sie nur schwer und mit Nachdruck Informationen erhalten, die zudem meist für diese nicht versteh- bzw. verwertbar sind (Nagl-Cupal, 2011).

Die strikten Besuchszeiten auf der Intensivstation wurden in den Ergebnissen weder von den Angehörigen noch von den PatientInnen als negativ hervorgehoben. Einige Angehörige gaben nur an, dass der Transfer für sie dahingehend eine Erleichterung darstellte, weil die Besuchszeiten länger und flexibler wurden. Manche PatientInnen äußerten, dass sie sich immer über Besuch

freuten, nur auf der Intensivstation ein bisschen mehr, weil sie dort „abgeschirmter“ und die Besuchszeiten doch sehr kurz waren.

Vielen PatientInnen sind die vorher unter dem Punkt Change and Difference beschriebenen physischen Folgen nach einem Intensivaufenthalt nicht bewusst bzw. erst mit der Zeit nehmen sie diverse Einschränkungen wahr. Dementsprechend sind die beiden letzten Punkte der Transitional Properties, Time span und Critical points and events laut Ramsay et al. (2013) gekennzeichnet durch die anscheinend plötzliche Feststellung der eigenen schweren Schwächung und der körperlichen Einschränkungen.

Wie in den Ergebnissen sichtbar, glaubten einige PatientInnen, dass sie nach dem Transfer auf die Normalstation z.B. sofort wieder gehen können und sind dann frustriert, wenn sie sehen, dass es doch nicht funktioniert und sie nun in vielen Bereichen eingeschränkt und auf Hilfe angewiesen sind. Neben den verschiedenen physischen Einschränkungen können PatientInnen und deren Angehörige auch unterschiedliche psychische Beeinträchtigungen nach einem Intensivaufenthalt erleben, die den Transferprozess negativ beeinflussen können. Die PatientInnen leiden an unterschiedlichen Angstleveln. Des Weiteren haben sie mit Schlafstörungen und/oder Alpträumen zu kämpfen. Einige PatientInnen leiden an Halluzinationen, Erinnerungsverlust, depressionsähnlichen Symptomen oder einem posttraumatischen Stresssyndrom (Bench & Day, 2010). Die beschriebenen psychischen Folgen wiederum haben einen Einfluss auf die physische Verfassung der PatientInnen und umgekehrt (Hall-Smith et al., 1997; Strahan & Brown, 2005; Field et al., 2008). Strahan und Brown (2005) stellten deshalb fest, dass Fortschritte, die physische Genesung bzw. die Mobilität betreffend vom mentalen Status der PatientInnen abhängen und daher der physische und psychische Zustand der PatientInnen voneinander untrennbar sind. Das Akzeptieren von negativen Gefühlen aufgrund von psychischen und/oder physischen Problemen bzw. den derzeitigen körperlichen und geistigen Zustand zu akzeptieren und sich daran anzupassen, kann bei einigen PatientInnen zu Angst, Einsamkeit und Depression führen (Strahan & Brown, 2005).

In den Ergebnissen zeigt sich, dass einige PatientInnen zu Beginn bzgl. ihres körperlichen Zustandes enttäuscht waren, weil sie sich nun auf der Normalstation auch nicht mobiler waren, als auf der Intensivstation. Diese Erkenntnis bzgl. der eigenen Einschränkungen bzw. mehr können zu wollen, als man kann, führte bei einigen PatientInnen anfänglich zu Frustration. Wie auch in der Literatur beschrieben äußerten einige PatientInnen, dass sie nicht wussten bzw. ihnen nicht bewusst war, wie schwer krank sie waren und sie deshalb oft ungeduldig hinsichtlich ihrer Genesung waren. Die Erkenntnis bzgl. der körperlichen Einschränkungen führte dazu, dass die PatientInnen zwar anfänglich frustriert und ungeduldig waren, aber dennoch versuchten ihre körperlichen Grenzen zu akzeptieren, da sie keine anderen Möglichkeiten sahen.

Zusätzlich bestätigte sich auch, dass ein verschlechterter, psychischer Zustand sich negativ auf den physischen auswirken kann. Ergänzend zur Literatur zeigt sich aber, wenn die psychische Beeinträchtigung eines/einer Patienten/in durch diverse Umstände zu stark wird, dass PatientInnen physisch soweit zurückfallen können, dass diese diverse Aktivitäten, wie z.B. gehen mit dem Rollator oder selbst essen, nicht mehr selbst setzen, obwohl sie diese Dinge schon konnten. Angehörige springen dann wieder als UnterstützerIn für den/die Patienten/in ein, um diesen/dieser zu helfen und zu motivieren. Von den untersuchten PatientInnen wurde auch angemerkt, dass sie aufgrund ihres Gesundheitszustandes Schwierigkeiten hatten sich selbst zu pflegen bzw. dass es ihnen einfach nicht möglich war. Als belastend wurde dabei von einigen PatientInnen empfunden, dass dies aber von den Pflegepersonen auf der Normalstation vorausgesetzt wurde, was bei einigen zu Frustration und Überforderung führte. Ähnliches konnten auch Ramsay et al. (2013) in ihrer Studie feststellen, wo PatientInnen auch angaben, dass das betreuende Personal ebenso diverse Einschränkungen nicht berücksichtigte.

Transitional conditions

Darunter versteht man Transitionsbedingungen bzw. Übergangsbedingungen, die eine hemmende oder fördernde Wirkung auf eine gesunde Transition haben können und persönliche, gemeinschaftliche und soziale Bedingungen beinhalten

(Schumacher & Meleis, 1994; Meleis et al., 2000). Wesentliche Faktoren, die meist eine hemmende Wirkung auf eine erfolgreich ablaufende Transition haben, sind die aus PatientInnen- und Angehörigensicht, auf der Normalstation vorherrschende, andere Pflegebeziehung und die veränderten Pflegebedingungen. In einer Studie von Leith (1999) gaben 40% der PatientInnen und Angehörigen an, dass sie den Transfer mit einer verminderten und veränderten Pflege assoziierten.

Die Pflege betreffend sind die Veränderungen durch den Transfer ein Teil des Fortschrittes von totaler Abhängigkeit zu einem höheren Maß an Selbstpflege. Für viele PatientInnen und Angehörige ist dieser Aspekt am schwierigsten zu verstehen bzw. zu akzeptieren und nur wenige sind daher auf diesen Aspekt vorbereitet (Leith, 1999). Einige PatientInnen stellen sich zwar auf eine andere Betreuung ein und zeigen Verständnis für die veränderten und vorherrschenden Rahmenbedingungen (Field et al., 2008; Bench & Day, 2010), dennoch haben sie Probleme und Schwierigkeiten bei der Anpassung an ein Betreuungsverhältnis, dass keine eins-zu-eins Zuordnung einer Pflegeperson bedeutete (McKinney & Deeny, 2002; Chaboyer et al., 2005).

In den Ergebnissen zeigte sich ähnliches. Die auf der Normalstation vorherrschende verminderte Betreuung und Pflege wurde, wie auch in der Literatur beschrieben, sowohl von den PatientInnen als auch deren Angehörigen wahrgenommen und angemerkt. Die befragten PatientInnen hatten zwar alle keine Vorstellung von der Normalstation, dennoch hatten sie die Pflege betreffend indirekte Erwartungen und waren enttäuscht, dass die Pflege auf der Normalstation nicht jener entsprach, die sie auf der Intensivstation erleben durften. Einige beschrieben die erlebte Pflege als ausreichend, andere wiederum gaben an, dass sie sehr enttäuscht waren und sprachen sogar von einem erlittenen „Settingsschock“. Auch äußerten einige PatientInnen, dass ihnen die persönliche Pflege und Betreuung fehlte und kritisierten die nicht mehr erlebte, patientenzentrierte und individuelle Pflege. Sie nahmen sich auf der Normalstation als nur eine/einer von vielen war.

Auch die befragten Angehörigen beschrieben die erlebte Pflegebeziehung auf der Normalstation als eine andere im Vergleich zur Intensivstation. Grundsätzlich spielt der Aspekt der Beziehung zum Personal eine wichtige Rolle, um sich sicher zu fühlen (Forsberg et al., 2011), was auch durch die vorliegenden Ergebnisse bestätigt werden kann. Sowohl Angehörige als auch PatientInnen äußerten, dass sie spürten, wenn die Beziehung zwischen ihnen und dem betreuendem pflegerischen und/oder medizinischem Team bzw. mit Einzelpersonen nicht passte. Aufgrund der vorherrschenden, als gut erlebten Beziehung, sowohl zum pflegerischen als auch medizinischem Team auf der Intensivstation, hatten sich PatientInnen und auch deren Angehörige dort sicher gefühlt. Durch die veränderte, teils auch als mangelhaft erlebte Beziehung zum betreuendem Personal auf der Normalstation, hatten weder PatientInnen noch Angehörige Vertrauen dem betreuendem Team gegenüber. Gegensätzlich zu einer Studie von Streater et al. (2001), in der gezeigt wurde, dass Angehörige die Notwendigkeit für eine intensive Pflegebeziehung aufgrund der fortschreitenden Genesung auf der Normalstation als weniger wichtig erachteten, zeigt sich in den Ergebnissen, dass Angehörige sich, unabhängig vom Genesungsfortschritt des/der Patienten/in, immer eine gute Betreuung und Beziehung wünschen, da sonst ihr Vertrauen und Sicherheitsempfinden dem betreuendem Team gegenüber, zu schwinden beginnt. Zusätzlich dazu merken Ramsay et al. (2013) in ihrer Studie an, dass es dem Personal auf der Normalstation meist an fachlicher Kompetenz mangelt. Ähnliche Beobachtungen machten nicht nur die PatientInnen, sondern auch deren Angehörige aufgrund diverser Ereignisse, die bei beiden den Eindruck von Unwissen bzw. mangelnder, fachlicher Kompetenz hinterließen.

Aufgrund dieser Umstände und auch wegen der verminderten Anwesenheit des Pflegepersonals fühlten sich einige Angehörige verpflichtet diverse Pflegeaufgaben zu übernehmen, wie auch in der Studie von Bench und Day (2010). Diese Aufgaben werden aber nicht nur zur Unterstützung der PatientInnen übernommen, sondern auch um das Pflegepersonal auf der Normalstation ein wenig entlasten zu können.

Ein großes Problem für PatientInnen stellt die Feststellung ihrer Abhängigkeit, selbst in banalen Dingen, wie z.B. selbst auf die Toilette zu gehen oder selbst zu essen, von jemand anderem abhängig zu sein, dar. Dieser Zustand wirkt meist demotivierend auf PatientInnen (Ramsay et al., 2013). Ähnliches zeigt sich in den Ergebnissen, jedoch kann ergänzend angeführt werden, dass das Umfeld eine entscheidende Rolle spielt, wie PatientInnen diese Abhängigkeit erleben. PatientInnen können die Abhängigkeit in einem Umfeld, in dem sie sich einigermaßen wohl fühlen, gut akzeptieren. Somit kann das Umfeld eine hemmende Wirkung auf eine gesunde Transition haben. Ein Indiz in diese Richtung gibt auch die Studie von Field et al. (2008), die Erkenntnisse dazu liefert, welche Basisanforderungen PatientInnen an das Normalstationspersonal haben. Wichtig ist demnach ausreichend Ruhe und Erholung zu erfahren und Hilfe bei der Mobilisation und Pflege zu bekommen. Werden diese Basisanforderungen nicht oder nur ungenügend erfüllt und haben PatientInnen das Gefühl alleine kämpfen zu müssen, um mit der Mobilität und Selbstpflege zurecht zu kommen, kann dies dazu führen, dass PatientInnen verärgert sind und die Abhängigkeit als Stressor erlebt wird.

Dahingegen zeigen einige Studien, dass PatientInnen oft eine Überforderung durch die hohen Erwartungen des Pflegepersonals auf der Normalstation erleben, weil diese eine gewisse Unabhängigkeit in der Pflege voraussetzen (Leith, 1999; Cullinane & Plowright, 2013). In der Studie von Field et al. (2008) gaben PatientInnen an, dass das Pflegepersonal auf der Normalstation mit ihnen einen strengeren Umgang hatte, wenn sie sich nicht selbst pflegen konnten. Dieser Zustand führte bei manchen PatientInnen zum Verlust des Selbstwertgefühls, wenn sie damit nicht zurecht kamen, trieb einige PatientInnen aber auch vorwärts, weil sie mehr machen mussten.

In den Ergebnissen zeigt sich ebenfalls, dass einige PatientInnen Überforderung aufgrund der Erwartungen des Pflegepersonals an ihre Selbständigkeit erlebten. Dieser von den PatientInnen wahrgenommene Zustand führte von Ungewissheit über Frustration bis hin zu Überforderung und beeinflusste deren psychischen Zustand. Rückblickend gesehen wünschten sich alle PatientInnen mehr

Unterstützung bei der Körperpflege. Bei einigen PatientInnen wurde aber auch eine stärkere Motivation wegzukommen ausgelöst.

Im Zusammenhang mit diesem Aspekt zeigen die Ergebnisse, dass die Angehörigen bei zu wenig Unterstützung seitens des Pflegepersonals einsprangen, weil sich der/die Patient/in entweder aktiv darüber beschwerte oder aber, weil sich damit auch der physische Zustand verschlechterte und die Angehörigen dies als Zeichen zum Einspringen sahen. Nicht nur die wahrgenommene Überforderung im Hinblick auf die Selbstpflege und das Umfeld können eine hemmende Wirkung auf eine gesunde Transition haben, sondern auch die neue Umgebung kann zu negativen Wahrnehmungen bei PatientInnen und deren Angehörigen führen.

Laut Odell (2000) können eine neue Umgebung, neue Leute und weniger Überwachung sowohl bei PatientInnen als auch Angehörigen Stress und Angst auslösen. Dies kann mit den gefundenen Resultaten bestätigt werden. Die Zeit nach dem Transfer wird von einigen PatientInnen und auch Angehörigen als Bruch erlebt, weil plötzlich alles neu ist und gewohntes verlassen werden musste. Dieser Umstand ruft bei einigen PatientInnen auch Zweifel hervor, weil sie nicht wissen, wie es in diesem neuen Setting weitergehen wird. Neben der neuen Umgebung kann auch die Organisation auf der Normalstation die negativen Wahrnehmungen verstärken.

In der Studie von Forsberg et al. (2011) gaben PatientInnen an, dass sie die Zustände auf der Normalstation als chaotisch erlebten, da immer etwas los war. Des Weiteren wurde von einigen PatientInnen auch die Mehrbettzimmersituation auf der Normalstation als negativ erlebt. Auch in der vorliegenden Arbeit merkten einige PatientInnen und deren Angehörige die Mehrbettzimmer- bzw. die Gangbettsituation auf der Normalstation als negativ an. Des Weiteren deckt sich die Literatur weitgehend mit den gefundenen Ergebnissen, hinsichtlich der Hektik auf der Normalstation, die sowohl PatientInnen als auch Angehörige anmerkten. Zusätzlich identifizierten diese die hohe Arbeitsbelastung bei gleichzeitig weniger Personal als Stressor für das Personal auf der Normalstation. Ergänzend zur Literatur ist anzumerken, dass einige Angehörige nicht nur die baulichen

Gegebenheiten als hinderlich für die Genesung des/der Patienten/in identifizierten, sondern auch zu Bedenken gaben, dass MitpatientInnen bzw. ZimmerkollegInnen einen Einfluss auf deren Genesung haben, da die Motivation für den Genesungsprozess auf Seiten der PatientInnen gemindert bzw. verloren gehen könne, wenn diese sich das Zimmer mit vielen älteren, schwer kranken Menschen teilen müssen.

Patterns of Response

Diese setzen sich aus Prozess- und Outcomeindikatoren zusammen. Die prozessbezogenen Indikatoren können eine Übergangserfahrung erleichtern oder setzen die Betroffenen einer Gefahr und einem Schaden aus. Outcomeindikatoren hingegen beschreiben die Fähigkeit neue Situationen oder Umstände zu meistern und zur Neudefinition der eigenen Identität. Wie im zweiten Kapitel erwähnt, kann es laut Meleis et al. (2000) zu einer Überlappung der prozessbezogenen Indikatoren und Outcomeindikatoren kommen und daher gilt es, das Ende bzw. den Abschluss einer Transition als flexibel und unterschiedlich zu betrachten, weil diese von der Art, der Form und der Struktur der Transition abhängig ist (Meleis et al., 2000).

Einige Studien konnten bereits zeigen, dass die Prozessindikatoren Isolation und Verletzlichkeit aufgrund der fehlenden Nähe der Pflege auf der Normalstation die Übergangserfahrungen erschweren und diese sich daher negativ auf den Transfer und die Zeit danach auswirken können (Odell, 2000; McKinney & Deeny, 2002, Ramsay et al., 2013). Auch in den Ergebnissen beschreiben einige PatientInnen ein Gefühl der Einsamkeit, weil weniger Personal auf der Normalstation zu Verfügung stand und die Pflegepersonen weniger Zeit für sie hatten. Auch der Umstand, dass die PatientInnen nur einer/eine von vielen waren führte dazu, dass ihnen die Nähe und die persönliche Beziehung fehlte. Laut Ramsay et al. (2013) erfahren dadurch einige PatientInnen eine Demoralisierung, weil sie nicht die Pflege bekommen, die sie brauchen. Die meisten versuchen sich damit zu arrangieren und nur wenige äußern ihre Bedenken gegenüber dem Personal. Die Ergebnisse sind ähnlich der Literatur, die PatientInnen versuchten sich ebenfalls mit der Situation zu arrangieren bzw. das Beste daraus zu machen, indem sie die

Gegebenheiten hinnehmen und probierten, bestmöglich damit zurecht zu kommen. Nur wenige PatientInnen beklagten sich bei ihren Angehörigen und im Gegensatz zur Literatur beschwerten sich die PatientInnen auch nicht beim Personal.

Neben Isolation und Verletzlichkeit im Zusammenhang mit dem betreuenden Team können auch eine unzufriedenstellende Kommunikation bzw. Kommunikationsprobleme die Übergangserfahrungen von PatientInnen und Angehörigen negativ beeinflussen. Ungenaue bzw. zu wenige Informationen vor dem Transfer können bei Angehörigen und PatientInnen Angst auslösen (Streater et al., 2001). Sowohl in der Studie von Field et al. (2008) als auch in der Studie von Strahan und Brown (2005) konnte festgestellt werden, dass PatientInnen den Eindruck hatten, dass die Kommunikation zwischen Intensiv- und Normalstation inadäquat war und dieser Umstand zu unnötigem Stress und fehlender Kontinuität in der Pflege führte. Für PatientInnen und Angehörige spielen deshalb die drei Faktoren Information, Versorgung und Kommunikation eine wichtige Rolle (Cullinane & Plowright, 2013). Familien wünschen sich, dass deren Fragen freundlich beantwortet werden, um zu spüren, dass Hoffnung da ist und Vertrauen zur Pflege aufzubauen (Mitchell et al., 2003). Die Informationsweitergabe besonders vor dem Transfer hilft sowohl PatientInnen als auch deren Angehörigen Angst und Stress zu reduzieren (Raleigh et al., 1990) und ist für PatientInnen dahingehend wichtig, weil es ihre Fähigkeit erhöht, mit der Situation umgehen zu können und dieser Umstand sich förderlich auf die Copingstrategien der PatientInnen auswirkt (Leith, 1999).

In den Ergebnissen zeigt sich, dass die meisten PatientInnen und deren Angehörige mit unterschiedlichen Kommunikationsproblemen zu kämpfen hatten. Einerseits betraf dies die Kommunikation mit dem betreuenden Team. Sowohl die Angehörigen als auch die PatientInnen äußerten, dass es oft schwierig war an Informationen z.B. den weiteren Genesungsprozess betreffend, zu gelangen. Beide wünschten sich einen ehrlichen und transparenten Umgang mit Problemen, wie sie diesen auf der Intensivstation kennen gelernt hatten, jedoch wurden einige dahingehend auf der Normalstation enttäuscht und stuften die Interaktion und Kommunikation mit dem betreuendem Team als unzufriedenstellend ein. Aufgrund

dieser Wahrnehmung erlebten sowohl PatientInnen als auch deren Angehörige ein Gefühl der Ungewissheit, Sorge und ein vermindertes Vertrauen dem behandelten Team gegenüber.

Andererseits wurde von den Angehörigen auch festgestellt, dass die Kommunikation zwischen Intensiv- und Normalstation nicht optimal war, was diese eventuell darauf zurück führten, dass die Normalstation zu wenig vorbereitet war auf einen komplexen und schwierigen Fall. Des Weiteren stellten die Angehörigen fest, dass das betreuende Team auf der Normalstation aus ihrer Sicht bestehende Probleme, die durch den Intensivaufenthalt entstanden waren, als nicht so wichtig eingeschätzt hatten, wie das betreuende Team auf der Intensivstation bzw. auch Informationen bei der Übergabe sowohl von der Intensiv- auf die Normalstation bzw. auch während des Normalstationsaufenthaltes durch wechselndes Personal verloren ging.

Aufgrund dieser Umstände und gemachten Erfahrungen merkten PatientInnen und Angehörige an, dass es aus ihrer Sicht gut gewesen wäre, wenn zu Beginn auf der Normalstation einige Male eine Pflegeperson von der Intensivstation vorbeigekommen wäre. Im Zuge dessen stellt auch die erlebte Kontinuität einen weiteren wichtigen prozessbezogenen Indikator dar, der die Übergangserfahrungen von PatientInnen erleichtern kann. Kritische Erkrankungen und im Zuge dessen gemachte Erfahrungen überschreiten die Intensivgrenzen und wirken darüber hinaus (McKinney & Deeny, 2002), d.h. die Erlebnisse beeinflussen weitere Phasen im Leben und daher ist Kontinuität in der Pflege wichtig. Die gelebte und erlebte Stetigkeit trägt dazu bei, dass Komplikationen verhindert werden können (Forsberg et al., 2011). Die konstante und beständige Unterstützung ist für PatientInnen wichtig und positiv besetzt (Owen, Provine & Stephenson, 1992), sowie die Kontinuität die Pflege betreffend (Forsberg et al., 2011).

In den Ergebnissen zeigt sich, dass die PatientInnen die für sie als wichtig erlebte Stetigkeit auf der Normalstation nicht mehr erlebten. Insofern wurde deshalb von einigen PatientInnen der Transfer als Bruch erlebt, weil ein begonnener Prozess auf der Intensivstation nun auf der Normalstation nicht weitergestaltet wurde.

Dieser Zustand löste aber nur bei den männlichen Patienten Unmut, Ungewissheit und Verunsicherung hervor. Frauen hingegen äußerten in den Interviews nie explizit, dass sie auch einen Plan für ihren Genesungsprozess gebraucht hätten. Aufgrund der doch sehr kleinen Fallzahl ist aber weitere Forschung notwendig, um dieses Ergebnis zu bestätigen.

Abschließend ist anzumerken, dass neben all den beschriebenen Faktoren, die die Übergangserfahrungen negativ beeinflussen, in den Ergebnissen der PatientInnen ein wichtiger und positiv besetzter Faktor im Hinblick auf die Übergangserfahrungen identifiziert werden konnte, nämlich die positive, mentale Stärke der PatientInnen. Laut den befragten PatientInnen ist diese sehr wichtig, da sie hilft Schwierigkeiten zu meistern bzw. sogar grundsätzlich zum Überleben beitragen kann. Ähnliches konnten auch Strahan und Brown (2005) in ihrer Studie identifizieren. Darin gaben PatientInnen an, dass eine positive, mentale Haltung ihnen dabei half, dass sie Vertrauen und Zuversicht hatten, dass das Leben weitergehen würde und mit dieser diverse Schwierigkeiten überwinden konnten.

Die Outcomeindikationen beziehen sich laut Ramsay et al. (2013) auf die späteren Stadien bzw. Phasen der Genesung auf der Normalstation. Diese Situation ist geprägt davon, dass sich die PatientInnen mit ihrer neuen Situation zu arrangieren versuchen und ihre Unabhängigkeit zurückerkämpfen, trotz eines oft schlechten physischen Zustandes und einer damit einhergehenden starken Abhängigkeit. Wichtig ist, trotz dieser schwierigen Umstände, dass PatientInnen die Entschlossenheit haben dies zu tun (Ramsay et al., 2013), also trotz ihres beeinträchtigten Zustandes konsequent versuchen unabhängig zu werden. Im Zusammenhang mit psychischen und physischen Wohlbefinden nach schwerer Krankheit zeigen PatientInnen nicht nur positive Gefühle bzw. Einstellungen (Strahan & Brown, 2005). In einer Studie von Goodman (2000) zeigte sich, dass PatientInnen physische Probleme leichter akzeptieren können als psychische. Diese stellen für viele PatientInnen eine große Hürde dar. Neben den unterschiedlichen psychischen und physischen Problemen nach schwerer Krankheit ist aber für einen funktionierenden Genesungsprozess entscheidend, dass PatientInnen sich Ziele setzen, Fortschritte in der Genesung erkennen und im Laufe dieses Prozesses unabhängiger werden. Wichtig dabei ist, dass

PatientInnen und betreuende Pflegepersonen gemeinsame Ziele setzen, denn das gibt den PatientInnen Kraft und Mut (Strahan & Brown, 2005).

In den Ergebnissen zeigt sich, dass sich die PatientInnen alle Ziele setzten und dabei auch von unterschiedlichen Therapeuten und ihren Angehörigen unterstützt wurden. Sich Ziele zu setzen und Fortschritte zu machen bzw. zu erkennen war ein wichtiger Antrieb. Im Gegensatz zur Literatur war es aber nicht notwendig die Ziele gemeinsam zu setzen, sondern die PatientInnen haben sich alle Ziele alleine gesetzt, da sie von den betreuenden Pflegepersonen teilweise überhaupt keine Motivation bzw. Zuspruch erhielten, was aber wichtig für deren Genesungsprozess gewesen wäre.

Entscheidend für einen funktionierenden Genesungsprozess in dieser Phase sind aber nicht nur festgesetzte Ziele, an denen sich die PatientInnen orientieren können, sondern auch Informationen vom betreuendem Team zum Gesundheitszustand. Laut Ramsay et al. (2013) ist es wichtig, dass PatientInnen immer wieder Informationen bekommen, über die Ursprünge ihres physischen Zustandes und Möglichkeiten diesen zu verbessern. Fehlen diese Erklärungen, können PatientInnen Frustration erleben. In den Ergebnissen spiegelt sich dies wider. Die PatientInnen erlebten oft Zustände von Ungeduld, da sie so schnell wie möglich wieder alles können wollten, was sie vor dem Krankenhausaufenthalt gekonnt hatten. Sehr oft gelang dies aber nicht so schnell und die physischen Grenzen zu akzeptieren fiel nicht allen PatientInnen leicht. Nicht nur PatientInnen sondern auch Angehörige benötigen Informationen über die Pflege und den Gesundheitszustand die PatientInnen betreffend, um diese in ihrem Genesungsprozess optimal unterstützen zu können.

Die familiäre Unterstützung und Anwesenheit während des ganzen Prozesses ist für die PatientInnen wichtig (Strahan & Brown, 2005). Selbiges zeigen auch die Ergebnisse. Obwohl die Angehörigen teilweise mehrere Rollen inne haben und die PatientInnen die ganze Zeit in ihrem Prozess unterstützen zeigen die Ergebnisse der Untersuchung aber auch, dass nur wenige bis gar keine Gespräche im Vorfeld über den Transfer an sich und die Zeit danach zwischen Angehörigen und PatientInnen geführt werden. Gründe dafür werden von den Interviewten nicht

explizit genannt. Trotzdem ist anzunehmen, dass folgende Umstände eine Rolle spielen: keine bzw. nur wenig Zeit zwischen den Paaren, Zweifel/Angst halten davon ab, Angehörige und/oder auch PatientInnen sind einfach nur sprachlos oder die Betroffenen sind mit den Gedanken nicht bei der Sache.

Für Angehörige und PatientInnen haben die Punkte Information, Versorgung und eine gute Kommunikationsbasis einen hohen Stellenwert. Die familiäre Unterstützung und die Anwesenheit der Angehörigen während des Genesungsprozesses ist für die PatientInnen wichtig, da sie diese als Stütze, Kraft und Motivationsquelle wahrnehmen. Im Zuge der Ergebnisse lässt sich abschließend, zwischen männlichen und weiblichen Angehörigen erkennen, dass Frauen insgesamt im Zuge des ganzen Prozesses den/die Patienten/in mehr umsorgen und die Tätigkeiten des medizinischen und pflegerischen Personals akribischer überwachen und männliche Angehörige den/die Patient/in zwar unterstützen, aber sich eher in den Hintergrund stellen. Dieses Ergebnis kann eventuell evolutionsbedingt argumentiert werden, da Frauen seit jeher die Rolle der Umsorgerin, Behüterin bzw. Aufpasserin im Zusammenhang mit kranken Menschen zu Teil wurde, erfordert aber ebenfalls weitere Forschung.

Nursing Therapeutics

Die zentrale Prämisse im Hinblick auf die Nursing Therapeutics (spezielle, pflegerischen Interventionen) ist, dass Pflegepersonen mit diversen Interventionen die Ärzte und ÄrztInnen unterstützen, um einen gesunde Transition für PatientInnen zu fördern (Ramsay et al., 2013). Die Ergebnisse aber zeigen, dass teilweise sowohl unter NormalstationsärztInnen als auch unter den dort Pflegenden ein beschränktes Bewusstsein herrscht, sowohl in Bezug auf die psychische Belastung, die PatientInnen oft während des Übergangs auf die Normalstation erleben, als auch über die typischen, frühen physischen und psychischen Folgen kritischer Krankheit.

Wie schon erwähnt zeigte sich, dass die positive, mentale Stärke der PatientInnen den Übergang auf die Normalstation und die Zeit danach unterstützte und beeinflusste. Die meisten PatientInnen beklagten einen Mangel an Verständnis des betreuenden Teams für ihre Situation und spürten bzw. bemerkten eine

Indifferenz bzgl. ihrer pflegerischen Bedürfnisse, was sich aus ihrer Sicht nachteilig auf die Zeit nach dem Transfer und ihren Eindruck von der Normalstation auswirkte. Dieser Umstand führte einerseits dazu, dass in Folge dessen einige PatientInnen ihre inneren Kräfte mobilisierten und damit versuchten, die teilweise als suboptimal erlebte Pflege, auszugleichen. Einige PatientInnen entwickelten mit Hilfe ihrer inneren Ressourcen bzw. ihrer mentalen Stärke noch mehr Motivation dieses Setting so schnell wie möglich zu verlassen, weil sowohl die Umgebung, als auch die Pflege nicht ihren Vorstellungen entsprach.

Ähnliche Ergebnisse finden sich auch in einer Studie von Ramsay et al. (2013), wo PatientInnen dies ebenso als notwendig erachteten, um nach Hause entlassen werden zu können. Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegepersonen wenig bis gar nicht in die Phasen der Transition und auch die Phasen nach dem Transfer betreffend eingreifen. An Stelle der Pflegepersonen treten meist die Angehörigen, die sowohl während der Transition als auch in der Zeit danach - wenn notwendig - aktiv eingreifen und eine wichtige und tragende Rolle während dieser ganzen Zeit für die PatientInnen spielen. Aufgrund dieser Ergebnisse lässt sich argumentieren, dass die Transitions Theory von Meleis (2000) im Bereich Nursing Therapeutics einer Erweiterung im Hinblick auf die Einbeziehung der Angehörigen bedarf, da diese, wie in den Ergebnissen ersichtlich, wenn notwendig präventiv, vorausschauend und/oder intervenierend während der gesamten Transition eingreifen.

Wie schon erwähnt, wären Pflegende auf der Intensivstation aufgrund ihrer Ausbildung gut positioniert, um sowohl PatientInnen als auch deren Angehörigen und das weiterbetreuende Team, im Zusammenhang mit dem Transferprozess und auch in der Zeit danach, zu unterstützen bzw. zu entlasten und die Zusammenarbeit zwischen Intensiv- und Normalstation zu fördern. In den Ergebnissen erwähnten sowohl PatientInnen als auch deren Angehörige, dass sie sich auf der Normalstation über Besuch vom Intensivpflegepersonal gefreut hätten bzw. betonten beide, dass sie sich besonders in der Anfangszeit auf der Normalstation deren Anwesenheit sogar gewünscht hätten, damit die Intensivpflegepersonen beurteilen hätten können, ob die Betreuung und die Genesung in die richtige Richtung gehe und notfalls eingreifen hätten können. In

den Aussagen spiegelt sich wider, dass sowohl PatientInnen als auch deren Angehörige sich oft alleine gelassen fühlten und sich mehr Unterstützung gewünscht hätten. Somit ist für PatientInnen und Angehörige nicht nur eine Vorbereitung auf den Transfer wichtig, sondern auch eine Nachbetreuung nach dem Intensivaufenthalt scheint wünschenswert.

Abschließend ist zur Transitions Theory von Meleis (2000) ist noch zu erwähnen, dass einige Autoren, darunter auch Davies (2005) meinen, dass das Modell die Tendenz hat, PatientInnen als passive Empfänger von Pflegeinterventionen während dieses Prozesses erscheinen zu lassen. Dies können sowohl die Ergebnisse der Studie von Ramsay et al. (2013) widerlegen, als auch die vorliegenden. Die PatientInnen waren zwar zu Beginn eher in der passiven Rolle, aber spätestens nach dem Übergang auf die Normalstation, sobald die ersten Enttäuschungen überwunden waren, gingen sie in eine aktive Rolle über. Klar gesagt werden kann natürlich, dass sowohl das Engagement im Transferierungsprozess als auch die Mobilisation der inneren Ressourcen trotzdem von den Menschen abhängig ist, die an diesem mitwirken wie Intensivpflegepersonen, Normalstationspflegepersonen, ÄrztInnen, Angehörige etc.

Neben dem Transitionsmodell kann, aufgrund der Ergebnisse, auch das Illness Constellation Modell von Morse und Johnson (1991) im Zusammenhang mit der Zeit nach dem Transfer auf der Normalstation und dem selbst entwickelten Phasenmodell in Verbindung gebracht werden. Aufgrund der Erkenntnisse kann das Illness Constellation Modell, welches zwar die Bewältigung einer chronischen Krankheit aus Sicht der Angehörigen und PatientInnen beschreibt, auch im Rahmen eines Akutgeschehens, verursacht z.B. durch einen Unfall, eine unvorhergesehene oder geplante Operation, welche mit einem Intensivaufenthalt verbunden ist, Anwendung finden. Sowohl vor als auch nach dem Transfer von der Intensivstation auf die Normalstation zeigen sich ähnliche Phasen wie im Illness Constellation Modell.

5.2 Grenzen der Arbeit

Die vorliegende Arbeit weist einige Limitationen auf. Zum einen wurde eine spezielle Gruppe an IntensivpatientInnen und deren Angehörige befragt, nämlich jene, die während ihres Intensivaufenthaltes intubiert und sediert waren und einen längeren Aufenthalt hatten. Auf Intensivstationen gibt es aber auch PatientInnen, die weniger kritisch krank sind, eine kürzere Aufenthaltsdauer haben und nicht sediert und beatmet werden. Aufgrund dessen können die Ergebnisse nicht auf alle IntensivpatientInnen und deren Angehörige generalisiert werden.

Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass für die Gewinnung von Probandinnen nur ein Wiener Gemeindespital herangezogen wurde und die untersuchte PatientInnengruppe weist einige Einschränkungen auf. Zum einen hatten alle Befragten keine minderjährigen Kinder mehr und bis auf eine Patientin und eine Angehörige, waren alle anderen interviewten Personen bereits in Pension. Eventuell würde die Einbeziehung von PatientInnen mit minderjährigen Kindern und im Berufsleben befindlichen PatientInnen andere bzw. ergänzende Ergebnisse liefern.

Im Zuge der Untersuchung besteht eine weitere Einschränkung darin, dass ausschließlich die PartnerInnen der PatientInnen befragt wurden, weil von allen PatientInnen diese als wichtigste Bezugsperson in diesem Prozess genannt wurden. Somit finden sich in der Untersuchung ausschließlich Paarbeziehungen und aufgrund von PatientInnenentscheidungen konnten keine anderen Konstellationen wie z.B. Geschwister, Elternteile oder erwachsene Kinder befragt werden.

Eine weitere Limitation stellt auch der zeitliche Rahmen der Masterarbeit dar. Aufgrund der geringen Fallzahl konnte keine theoretische Sättigung erreicht werden. Die Grounded Theory würde prinzipiell eine größere Stichprobe erfordern, damit diese erreicht werden kann.

Trotz der angeführten Limitationen konnten wichtige Erkenntnisse im Hinblick auf die Betreuung ehemals, schwer kritisch kranker IntensivpatientInnen und deren Angehöriger gewonnen werden.

5.3 Implikationen für die Praxis

Mit Hilfe der detaillierten Einblicke in das Erleben von IntensivpatientInnen und deren Angehöriger im Zusammenhang mit dem Transfer von der Intensiv- auf die Normalstation und über die Zeit danach auf der Normalstation, konnten wichtige Ergebnisse gewonnen werden, die sowohl für das betreuende Team auf der Intensivstation, als auch auf der Normalstation relevant sind. Die Ergebnisse zeigen, dass sowohl PatientInnen als auch Angehörige im Zusammenhang mit dem Transfer und der Zeit danach mit verschiedenen Problemen zu kämpfen haben, dahingehend aber meist keine adäquate Unterstützung erhalten. Für viele PatientInnen und auch Angehörige fehlt während des gesamten Prozesses ein/e konkreter/konkrete AnsprechpartnerIn im Hinblick auf auftauchende Fragen, Probleme, Erlebnisse etc.. Aus PatientInnen- und Angehörigensicht wäre eine kontinuierliche Begleitung vor, während und nach dem Transferprozess und auch zu Beginn auf der Normalstation wünschenswert und hilfreich. Nach Meinung der Forscherin sprechen die Ergebnisse somit dafür, dass auch in Österreich seitens der PatientInnen und Angehörigen der Ruf nach einem Follow-up Service nach einem Intensivaufenthalt bzw. einem Liaisonurse/-team-Konzept, wie schon z.B.: in Australien, Großbritannien oder den skandinavischen Ländern vorherrschend, groß ist. Mit Hilfe solcher Services und Konzepte können sowohl die PatientInnen als auch deren Angehörige besser unterstützt werden, und Kontinuität nach dem Transfer gewährleistet werden.

Des Weiteren kann damit auch die Zusammenarbeit zwischen Intensiv- und Normalstation verbessert werden, was wiederum Vorteile für die PatientInnen und auch deren Angehörige hätte (Chaboyer, Thalib, Foster, Elliot, Endacott & Richards, 2006). Sowohl PatientInnen als auch Angehörige merkten an, dass sowohl Kommunikationsprobleme zwischen den Stationen, aber auch mit ihnen und eine fehlende Kontinuität die Pflege betreffend hinderlich für einen guten Transfer und die Zeit danach waren. Ähnliches zeigt die Studie von Beard (2005). Die Einführung eines Liaisonteams bzw. Liaisonnurse hätte nicht nur Vorteile für PatientInnen, Angehörige und die betreuenden Teams, sondern auch aus wirtschaftlicher Sicht. In den genannten Ländern konnten mit deren Hilfe ca. 8,5% an Wiederaufnahmen auf der Intensivstation reduziert werden und auch insgesamt

konnte der Schweregrad der Erkrankung der PatientInnen, die wiederaufgenommen werden mussten, reduziert werden (Russell, 2000). Schlussendlich sollten damit Wiederaufnahmen reduziert werden können und auch die Überlebenschancen nach einem Intensivaufenthalt verbessert werden (Chaboyer et al., 2002; Green & Edmonds, 2004; Ball, 2005).

Somit weisen die Ergebnisse auch darauf hin, dass aufklärende Gespräche vor dem Transfer sowohl aus PatientInnen- als auch Angehörigensicht meist nicht ausreichen, da einige PatientInnen anmerkten, dass sie noch mit ihrer Orientierung zu kämpfen hatten und daher mit den Gesprächen bzw. mit der Aufklärung über den Transfer nichts anfangen konnten. Die Forscherin empfiehlt daher im Zusammenhang mit dem Transfer neben dem Gespräch noch weitere Informationsquellen heranzuziehen. Einige Studien (Cutler & Garner, 1995; Mitchell et al., 2003; Mitchell & Courtney, 2005; Brooke et al., 2012) konnten bereits nachweisen, dass schriftliche Informationen z.B. Broschüren, zusätzlich zu einem Gespräch hilfreich sein können, da PatientInnen und Angehörige jederzeit die Möglichkeit haben in den erhaltenen Unterlagen nachzulesen. Neben den Problemen mit der Informationsverarbeitung seitens der PatientInnen auf der Intensivstation haben diese auf der Normalstation den Intensivaufenthalt betreffend oft auch mit fehlenden Erinnerungen zu kämpfen. Die PatientInnenergebnisse zeigen, dass diese meist nicht wussten, wie schwer krank sie eigentlich waren und wie sie auf der Intensivstation ausgesehen hatten. Dieses fehlende Bewusstsein führte bei einigen PatientInnen während ihres Genesungsprozesses auf der Normalstation zu Stress und Ungeduld, weil sie körperlich weiter sein wollten als sie konnten und keine Erklärungen für ihre Defizite hatten. Nach Meinung der Forscherin würde der Einsatz eines Intensivtagebuches im Zusammenhang mit dieser Problematik hilfreich sein, denn die PatientInnen könnten mit dessen Hilfe die verlorene Zeit und die Erlebnisse auf der Intensivstation aufarbeiten und darin gleichzeitig Gründe für ihren langsam fortschreitenden Genesungsprozess finden. Der Einsatz von Intensivtagebüchern erscheint als sinnvoll, um den Transferprozess und die Zeit danach verbessern zu können. Intensivtagebücher für PatientInnen zu schreiben stellt eine effiziente Tätigkeit seitens der Intensivpflegenden dar, die auch nach Entlassung der

IntensivpatientInnen rehabilitativ wirksam ist (Ny Dahl, 2010). Auch dieses nach dem Transfer weiter zu schreiben wird von einigen AutorInnen als sinnvoll erachtet (Robson, 2008; Storli & Lind, 2009; Egerod & Christensen, 2010) und in einigen Studien (Knowles & Tarrier, 2009; Jones et al., 2010; Phillips, 2011) konnte ebenso gezeigt werden, dass Tagebücher förderlich für den psychischen Gesundheitszustand nach dem Transfer sind.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass sowohl PatientInnen als auch Angehörige im Zusammenhang mit dem Transfer Informationsdefizite bzw. -verluste wahrnahmen, die sich aus ihrer Sicht wesentlich auf die Zeit nach dem Transfer auswirkten. Aufgrund dieser Erkenntnis empfiehlt die Forscherin bei kritisch kranken IntensivpatientInnen, neben den meist vorherrschenden, standardisierten Verlegungsberichten, einen ausführlichen, individuellen Verlegungsbericht anzufertigen, der sowohl patienten-, pflege- als auch therapiebezogene Informationen enthält und ein interdisziplinäres Gemeinschaftsprodukt von allen, die an der Betreuung beteiligt sind bzw. waren (ÄrztInnen, Pflegepersonen, PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, LogopädInnen etc.), darstellen soll. Dieser ausführliche und patientenzentrierte Verlegungsbericht soll den Pflegenden helfen, im Zuge des Übergabegesprächs die Informationen strukturiert und vollständig an das Normalstationspersonal zu übermitteln. Des Weiteren soll damit versucht werden, dass das Übergabegespräch weg von rein medizinischen Inhalten gebracht wird und dass auch pflegerelevanten, qualitativen Inhalten bzw. Daten Raum gegeben wird, was in der Praxis oft fehlt bzw. zu kurz kommt. Ein Grund dafür kann sein, dass sich die inhaltlichen Schwerpunkte der Intensivstation von der Normalstation unterscheiden. Für Pflegende auf der Intensivstation sind Vorerkrankungen, Diagnosen bzw. unterschiedliche Werte wichtig, für Pflegende auf der Normalstation hingegen sind Informationen über Ernährung, Mobilisation, körperliche Einschränkungen etc. üblicherweise von größerem Interesse (Parthum & Weinzierl, 2004). Mit Hilfe dieses individuellen, patientenzentrierten Verlegungsberichtes könnte die Kontinuität die Pflege betreffend gewährleistet werden und die Pflegenden auf der Normalstation hätten eine bessere Übersicht über die meist komplexen IntensivpatientInnen.

5.4 Implikationen für die Forschung

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit werfen einige interessante Fragen auf und regen somit zu weiteren qualitativen und quantitativen Forschungsvorhaben an.

Einerseits könnte mit Hilfe weiterer, sowohl qualitativer als auch quantitativer Forschungsansätze, die beiden selbst entworfenen und in den Unterkapiteln 4.2 bzw. 4.4 dargestellten Phasenmodelle näher untersucht werden. Dabei wäre aus pflegerischer Sicht interessant, wie die unterschiedlichen Phasen ihrerseits am besten unterstützt werden könnten. Ein weiterer wichtiger Aspekt im Zusammenhang mit den Phasenmodellen sind die phasenbeeinflussenden Faktoren, wobei in der vorliegenden Arbeit einige bereits identifiziert werden konnten, jedoch besteht in diesem Bereich noch weiterer Forschungsbedarf. Es wäre interessant aus unterschiedlichen Perspektiven (PatientInnen, Angehörige, Pflegende etc.) mittels qualitativer oder quantitativer Forschung zu beleuchten, welche weiteren Faktoren sich förderlich bzw. hinderlich auf die verschiedenen Phasen auswirken können.

Aufgrund der Ergebnisse zeigt sich, dass die Weiterbetreuung schwer kritisch kranker PatientInnen nach dem Intensivaufenthalt oft Lücken aufweist und Angehörige versuchen, diese Lücken zu füllen. Um zukünftig Angehörige entlasten zu können und PatientInnen eine lückenlose Versorgung nach einem längeren Intensivaufenthalt bieten zu können besteht Forschungsbedarf dahingehend, mit welchen Betreuungskonzepten diese spezielle PatientInnengruppe am besten unterstützt werden könnte, welche Bedürfnisse sie haben und was sie für ihren weiteren Genesungsprozess auf der Normalstation bräuchten. Aber nicht nur die Patientinnen, sondern auch die Bedürfnisse von Angehörigen und auch Pflegenden auf Normalstationen im Hinblick auf die bestmögliche Weiterbetreuung dieser speziellen, meist komplexen PatientInnengruppe sollte weiter durchleuchtet werden.

Abschließend soll noch erwähnt werden, dass sich ein Anknüpfungspunkt für weitere Forschung auch im Zuge der Datenauswertung ergeben hat, der letztendlich zum Ausschluss eines Angehörigeninterviews führte. Im Zuge der Datenauswertung ist die Frage aufgetaucht, ob sich Angehörige bei einer

geplanten Aufnahme ihres/ihrer Partners/in auf die Intensivstation im Bezug auf den Transfer und die Zeit danach anders verhalten, als Angehörige, deren Partner/in ungeplant auf die Intensivstation kommt. Dahingehend ist weitere Forschung notwendig, die diese Hypothese bestätigt oder auch widerlegen kann.

6 Literaturverzeichnis

- Agard, A., Egerod, I., Tonnesen, E., Lomborg, K. (2012). Struggling for independence: A grounded theory study on convalescence of ICU survivors 12 months post ICU discharge. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28 (2), 105-113.
- Agard, A., Egerod, I., Tonnesen, E., Lomborg, K. (2015). From spouses to caregiver and back: a grounded theory study of post-intensive care unit spousal caregiving. *Journal of Advanced Nursing*, 71 (8), 1892-1903.
- Attree, M. (2001). Patients`and relatives`experiences and perspectives of „good“ and „not so good“ quality care. *Journal of Advances Nursing*, 33 (4), 456-466.
- Ball, C. (2005). Ensuring a successful discharge from intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21 (1), 1-4.
- Beard, H. (2005). Does intermediate care minimize relocation stress for patients leaving the ICU? *Nursing in Critical Care*, 6 (10), 272-278.
- Bench, S., Day, T. (2010). The user experience of critical care discharge: A meta-synthesis of qualitative research. *International Journal of Nursing Studies*, 47 (4), 487-499.
- Bench, S., Day, T., Griffiths, P. (2011). Involving users in the development of effective critical care discharge information: a focus group study with patients, relatives and health care staff. *American Journal of Critical Care*, 20 (6), 1-10.
- Bohl, T. (2000). Unterrichtsmethoden in der Realschule. Eine empirische Untersuchung zum Gebrauch ausgewählter Unterrichtsmethoden an staatlichen Realschulen in Baden-Württemberg. Ein Beitrag zur deskriptiven Unterrichtsmethodenforschung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Bokinskie, JC. (1992). Family conferences: a method to diminish transfer anxiety. *Journal of Neurosciences Nursing*, 24 (3), 129-133.
- Bortz, J., Döring, N. (2009). Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler, 4. Auflage (S. 311-315). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

- Bouley, G., Von Hofe, K., Blatt, L. (1994). Holistic care of the critically ill: meeting both patient and family needs. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 13 (4), 218-223.
- Brodsky-Israeli, M., DeKeyser Ganz, F. (2010). Risk factors associated with transfer anxiety among patients transferring from the intensive care unit to the ward. *Journal of Advanced Nursing*, 67 (3), 510-518.
- Brooke, J., Hasan, N., Slark, J., Sharma, P. (2012). Efficacy of information interventions in reducing transfer anxiety from a critical care setting to a general ward: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Critical Care*, 27 (4), 425.e9-425.e15.
- Bundesministerium für Gesundheit (2012). Krankenanstalten in Zahlen. Überregionale Auswertung der Dokumentation der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten. Wien.
- Byers, J.F., Smith, K.A. (1997). Application of a transactional model of stress and coping with critically ill patients. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 16 (6), 292-300.
- Carpenito, L.J. (1993). Nursing diagnosis: application to clinical practice, 5. Auflage. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Carpenito, L.J. (2006). Relocation stress (syndrom). In Carpenito, L.J. (Hrsg), Nursing diagnosis: Application to clinical practice, 11. Auflage. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Carson, S.S. (2006). Outcomes of prolonged mechanical ventilation. *Current Opinion in Critical Care*, 12 (5), 405-411.
- Cassem, N.H., Hackett, T.P. (1973). Psychological rehabilitation of myocardial infarction patients in the acute phase. *Heart and Lung*, 2, 382-388.
- Chaboyer, W., Foster, M., Kendall, E., James, H. (2002). ICU nurses' perceptions of discharge planning: a preliminary study. *Intensive Critical Care Nursing*, 18 (2), 90-95.

- Chaboyer, W., Gillespie, B., Foster, M., Kendall, M. (2005a). The impact of an ICU liaison nurse: a case study of ward nurses' perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 14 (6), 766-775.
- Chaboyer, W., Kendall, E., Kendall, M., Foster, M. (2005). Transfer out of intensive care: a qualitative exploration of patient and family perceptions. *Australian Critical Care*, 18 (4), 138-141.
- Chaboyer, W., Thalib, L., Foster, M., Elliot, D., Endacott, R., Richards, B. (2006). The impact of an ICU Liaison nurse on discharge delay in patients after prolonged ICU stay. *Anaesthesia and Intensive Care*, 34 (1), 55-60.
- Chick, N., Meleis, A. I. (2010). Transition: A Nursing Concern. In A. I. Meleis (Hrsg.), *Transitions Theory. Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. (S. 24-38). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Cox, E. (2012). Persistent Systemic Inflammation in Chronic Critical Illness. *Respiratory Care*, 57 (6), 1021-1027.
- Coyle, M.A. (2001). Transfer anxiety: preparing to leave intensive care. *Intensive Critical Care Nursing*, 17 (3), 138-143.
- Cullinane, J.P., Plowright, C.I. (2013). Patients' and relatives' experiences of transfer from intensive care unit to wards. *British Association of Critical Care Nurses*, 18 (6), 289-296.
- Cutler, L., Garner, M. (1995). Reducing relocation stress after discharge from the ICU. *Intensive Critical Care Nursing*, 11 (6), 333-335.
- Daffurn, K., Bishop, G.F., Hillman, K.M., Bauman, A. (1994). Problems following discharge after intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 10 (2), 244-251.
- Davies, S. (2005). Meleis' theory of nursing transitions and relatives' experiences of decisions around nursing home entry. *Ageing and Society*, 23 (4), 429-450.
- Dresing, T., Pehl, T. (2013). *Praxishandbuch Interview & Transkription. Regelsysteme und Anleitungen für qualitative ForscherInnen*, 5. Auflage.

Marburg: Eigenverlag. Zugriff am 10.09.2014 unter www.audiotranskription.de/praxisbuch

- Duffield, C., Diers, D., O'Brien-Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M., Aisbett, K. (2011). Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Applied Nursing Research*, 24 (4), 244-255.
- Eddleston, J.M., White, P., Guthrie, E. (2000). Survival, morbidity, and quality of life after discharge from intensive care. *Critical Care Medicine*, 28 (7), 2293-2299.
- Egerod, I., Christensen, D. (2010). A comparative study of ICU patients diaries vs. Hospital charts. *Qualitative Health Research*, 22 (10), 1446-1456.
- Field, K., Prinjha, S., Rowan, K. (2008). 'One patient amongst many': a qualitative analysis of intensive care unit patients' experiences of transferring to the general ward. *Critical Care*, 12 (1), 1-9.
- Fink, M.P., Suter, P.M. (2006). The future of our specialty: critical medicine a decade from now. *Critical Care Medicine*, 34 (6), 1811-1816.
- Flick, U., von Kardorff, E., Steinke, I. (2008). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, 6. Auflage. Reinbek: Rowohlt Verlag.
- Flick, U. (2012). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*, 5. Auflage. Reinbeck: Rowohlt Verlag.
- Forsberg, A., Lindgren, E., Engström, A. (2011). Being transferred from an intensive care unit to a ward: searching for the known in the unknown. *International Journal of Nursing Research*, 17 (2), 110-116.
- Friedemann, M.-L. (1996). *Familien- und umweltbezogene Pflege. Die Theorie des systemischen Gleichgewichts*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Fröhlich, M. (2015). Intensivpflege – Chronically Critical Illness. Der besondere Patient. *Intensive*, 23 (3), 120-122.
- Gibson, J.M.E. (1997). Focus of nursing in critical and acute care settings: prevention or cure? *Intensive and Critical Care Nursing*, 13 (3), 163-166.

- Glaser, B.G., Strauss, A.L. (2010). *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*, 3. Auflage. Bern: Hans Huber.
- Goodman, H. (2000). Meeting patients` post-discharge needs after lung cancer surgery. *Nursing Times*, 96 (41), 35-36.
- Green, A. (1996). An exploratory study of patients` memory recall of their stay in an adult intensive therapy unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 12 (3), 131-137.
- Green, A., Edmonds, L. (2004). Bridging the gap between the intensive care unit and general wards – the liaison nurse. *Intensive and Critical Care Nursing*, 20 (3), 133-143.
- Griffiths, R., Jones, C. (1999). ABC of intensive care: recovery from intensive care. *British Medical Journal*, 319 (7207), 427-429.
- Gustad, L.T., Chaboyer, W., Wallis, M. (2008). ICU patients`s transfer anxiety: a prospective cohort study. *Australian Critical Care*, 21 (4), 181-189.
- Hall-Smith, J., Ball, C., Coakly, J. (1997). Follow-up services and the development of a clinical nurse specialist in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 13 (5), 243-248.
- Holden, J., Harrison, L., Johnson, M. (2002). Families, nurses and intensive care patients: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 11 (2), 140-148.
- Jacobs, C.J., van der Vliet, J.A., van Roozendaal, M.T., van der Linden, C.J. (1988). Mortality and quality of life after intensive care of critical illness. *Intensive Care Medicine*, 14 (3), 217-220.
- Jekins, D.A., Rogers, M. (1995). Transfer anxiety in patients with myocardial infarction. *British Journal of Nursing*, 4 (21), 1248-1252.
- Jones, C., Bäckman, C., Capuzzo, M., Egerod, I., Flaaten, H., Granja, C., Rylander, C., Griffiths, R.D. (2010). Intensive care diaries reduce new onset post traumatic stress disorder following critical illness: a randomized controlled trial. *Critical Care*, 14 (5), R168.

- Jones, C., Griffiths, R. D. (2006). Long-term outcome from critical illness. *Anaesthesia Intensive Care Medicine*, 7 (5), 155-156.
- 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.
- Jones, C., O'Donnell, C. (1994). After intensive care - what then? *Intensive Critical Care Nursing*, 10 (2), 89-92.
- Klein, R.F., Kliner, V.A., Zipes, D.P., Troyer, W.G., Wallace, A.G. (1968). Transfer from a coronary care unit. *Archives of Internal Medicine*, 3, 104-107.
- Kleinpell, R. (2010). Promoting continuity for patients experiencing transitions in care. *Australian Critical Care*, 23 (2), 51-52.
- Knowles, R., Tarrier, N. (2009). Evaluation of the effect of prospective patient diaries on emotional well-being in intensive care unit survivors: a randomized controlled trial. *Critical Care Medicine*, 37 (1), 184-191.
- Kolotylo, C.J., Parker, N.I., Chapman, J.S. (1991). Mother's perceptions of their neonates in-hospital transfers from a neonatal intensive care unit. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 20 (2), 146-153.
- Konopad, E., Noseworthy, T.W., Johnson, R., Shustack, A., Grace, M. (1995). Quality of life measures before and one year after admission to an intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 23 (10), 1653-1659.
- Körtner, U. (2012). Grundkurs Pflegeethik, 2. Auflage. Wien: Facultas.
- Kralik, D., Visentin, K., van Loon, A. (2005). Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55 (3), 320-329.
- Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S., Stefer, C. (2008). Qualitative Evaluation – Der Einstieg in die Praxis, 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lamnek, S. (2005). Qualitative Sozialforschung, 4.Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Le Gall, J.R., Brun-Buisson, C., Trunet, P., Latournerie, J., Chantereau, S., Rapin, M. (1982). Influence of age, previous health status, and severity of illness on outcome from intensive care. *Critical Care Medicine*, 10 (9), 575-577.
- Leith, B.A. (1998). Transfer anxiety in critical care patients and their family members. *Critical Care Nurse*, 18 (4), 24-32.
- Leith, B.A. (1999). Patient's and family member's perception of transfer from intensive care. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 28 (3), 210-218.
- Leske, J.S. (1992). Needs of adult family members after critical illness: prescriptions of interventions. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 4 (4), 587-596.
- Lin, F., Chaboyer, W., Wallis, M. (2009). A literature review of organizational, individual and teamwork factors contributing to the ICU discharge process. *Australian Critical Care*, 22 (1), 29-43.
- Lindsey, A.M., Yates, B.C. (1994). Social support: conceptualization and measurement instrument. In: Frank-Stromborg, M., Olsen, S.J. (Hrsg.), *Instruments for Clinical Health-Care Research* (S. 149-177). Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- Ludin, S.M., Arbon, P., Parker, S. (2013). Patients' transition in the Intensive Care Units: Concept analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29 (4), 187-192.
- MacIntyre, N.R. (2012). Chronic Critical Illness: The Growing Challenge to Health Care. *Respiratory Care*, 57 (6), 1021-1027.
- Marshall, J. (1987). A review of the discharge preparation and initial community support given to families of neonates after surgical intensive care. *Intensive Care Nursing*, 2 (3), 101-106.
- Mayer, H. (2012). *Pflegetheorien. Grundlagen und Ziele der Pflegewissenschaft*. Vortrag im Masterstudium der Pflegewissenschaft in Wien.

- Mayer, H. (2015). *Pflegforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für das Studium*. 4. Auflage. Wien: Facultas.
- Mayer, S. (2002). Der Übertritt von der Intensivstation auf die normale Abteilung. *Intensiv*, 10, 212-217.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Technik*. 11. Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- McKinney, A.A., Deeny, P. (2002). Leaving the intensive care unit: A phenomenological study of the patients' experience. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18 (6), 320-331.
- McKinney, A.A., Melby, V. (2002). Relocation stress in critical care: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 11 (2), 149-157.
- McShane, R.E. (1991). Family theoretical perspectives and implications of nursing practice. *AACN Clinical Issues In Critical Care Nursing*, 2 (2), 210-219.
- Meleis, A.I. (2010). *Transitions Theory. Middle- Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A.I., Sawyer, L., Im, E-O., Hilfinger, M., DeAnne, K., Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Journal of Advanced Nursing*, 23 (1), 12-28.
- Mills, C. (1995). Transfer to the ward from ICU: families`experiences. *Nursing in Critical Care*, 1, 20-25.
- Mitchell, M., Courtney, M. (2004). Reducing family members' anxiety and uncertainty in illness around transfer from intensive care: an intervention study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 20 (4), 223-231.
- Mitchell, M., Courtney, M., Coyer, F. (2003). Understanding uncertainty and minimizing families anxiety at the time of transfer from intensive care. *Nursing and Health Sciences*, 5 (3), 207-217.
- Morse, J.M., Johnson, J.L. (1991). *The Illness Experience: Dimensions of Suffering*. Newbury Park, Calif: Sage Publications.

- Nagl-Cupal, M. (2011). Den eigenen Beitrag leisten. Krankheitsbewältigung von Angehörigen auf der Intensivstation. Hungen: hpsmedia.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2007). Actuely Ill Patients in Hospital: Recognition of and Response to Acute Illness in Adults in Hospital. London, UK. Zugriff am 25. 11. 2013 unter <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11810/58247.pdf>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2009). Rehabilitation after critical illness. NHS National Institute for Health and Clinical Excellence. Zugriff am 12.12.2014 unter <http://www.nice.org.uk/guidance/cg83/resources/guidance-rehabilitation-after-critical-illness-pdf>
- Nelson, J.E., Cox, C.E., Hope, A.A., Carson S.S. (2010). Chronic Critical Illness. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, 182 (4), 446-454.
- Nydahl, P. (2010). Zusammenfassung der englischen Leitlinie „Rehabilitation nach kritischer Erkrankung“ von 2009. *Intensiv*, 18, 299-303.
- Odell, M. (2000). The patient's thoughts and feelings about their transfer from intensive care to the general ward. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (2), 322-329.
- Orwelius, L., Nordlund, A., Nordlund, P., Simonsson, E., Backman, C., Samuelsson, A., Sjoberg, F. (2010). Pre-existing disease: the most important factor for health related quality of life long-term after critical illness: a prospective, longitudinal, multicentre trial. *Critical Care*, 14 (2), R67.
- Owen, J., Provine, R., Stephenson, J. (1992). Discharge Planning in the ICU: a case study. *Critical Care Nurse*, 12 (4), 69-72.
- Pattison, N., Dolan, S., Townsend, P., Townsend, R. (2007). After critical care: a study to explore patients`experiences of a follow-up service. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (11), 2122-2131.
- Parthasarathy, S., Tobin, M.J. (2004). Sleep in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, 30 (2), 197-206.

- Parthum, A., Weinzierl, A. (2004). Analyse von Informationsverlusten bei mündlichen Patientenübergaben – eine Pilotstudie. *Intensiv*, 12 (2), 81-86.
- Phillips, C. (2011). Use of patient diaries in critical care. *Nursing Standard*, 26 (11), 35-43.
- Przyborski, A., Wohlbereit, M. (2014). Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 4. Auflage. München: Oldenbourg Verlag.
- Raleigh, E.H., Lepczyk, M., Rowley, C. (1990). Significant others benefit from preoperative information. *Journal of Advanced Nursing*, 15 (8), 941-945.
- Ramsay, P., Huby, G., Thompson, A., Walsh, T. (2013). 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.
- Rattray, J., Crocker, C., Jones, M., Connaghan, J. (2010). Patients' perceptions of and emotional outcome after intensive care: results from a multicenter study. *Nursing Critical Care*, 15 (2), 86-93.
- Roberts, S.L. (1986). Behavioural Concepts and the Critically Ill Patient, 2. Auflage. East Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange.
- Robson, W. (2008). An evaluation of patient diaries in intensive care. *Connect – The World of Critical Care Nursing*, 6 (2), 34-37.
- Rotondi, A.J., Chelluri, L., Sirio, C., Mendelsohn, A., Schulz, R., Belle, St., Im, K., Donahoe, M., Pinsky, M. (2002). Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 30 (4), 746-752.
- Russell, S. (2000). Continuity of care after discharge from ICU. *The Professional Nurse*. 15 (8), 497-500.
- Schumacher, K., Meleis, A.I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26 (2), 119-127.
- Scott, A. (2004). Managing anxiety in ICU patients: the role of preoperative information provision. *Nursing in Critical Care*, 9 (2), 72-79.

- Scragg, P., Jones, A., Fauvel, N. (2001). Psychological problems following ICU treatment. *Anaesthesia*, 56 (1), 9-14.
- Sharp, S. (1996). Understanding stress in the ICU setting. *British Journal of Nursing*, 5 (6), 369-373.
- Simpson, T.F., Armstrong, S., Mitchel, P. (1989). American Association of Critical Care Nurses demonstration project: patients recollections of critical care. *Heart and Lung*, 18 (4), 325-332.
- Spatt, L., Ganas, E., Hying, S., Kirsch, E.R., Koch, M. (1986). Informational needs of families of intensive care unit patients. *Quality review bulletin*, 12 (1), 16-21.
- Storli, S., Lind, R. (2009). The meaning of follow-up in intensive care: patients` perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23 (1), 45-56.
- Strahan, E., Brown, R. (2005). A qualitative study of the experiences of patients following transfer from intensive care. *Intensive & Critical Care Nursing*, 21 (3), 160-171.
- Strauss, A.L., Corbin, J.M. (1996). *Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Streater, C., Golledge, J., Sutherland, H., Easton, J., MacDonald, R., McNamara, R., Looise, A., Gelling, L. (2001). The relocation experiences of relatives leaving a neurosciences critical care unit: a phenomenological study. *Nursing in Critical Care*, 6 (4), 163-170.
- Strübing, J. (2008). *Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theroiebildung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Toth, J.C. (1980). Effect of structured preparation for transfer on patient anxiety on leaving coronary care unit. *Nursing Research*, 29 (1), 28-34.
- Verhaeghe, S., Defloor, T., Van Zuuren, F., Dulijnstee, M., Grypdonck, M. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review oft he literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14 (4), 501-509.

- Waldmann, C., Gaine, M. (1996). The intensive care follow-up clinic. *Care of Critically Ill*, 12 (4), 118-121.
- Wehler, M., Martus, P., Geise, A., Bost, A., Mueller, A., Hahn, E.G., Strauss, R. (2001). Changes in quality of life after medical intensive care. *Intensive Care Medicine*, 27 (1), 154-159.
- Wesson, J.S. (1997). Meeting the informational, psychosocial and emotional needs of each ICU patient and family. *Intensive and Critical Care Nursing*, 13 (2), 111-118.
- Whittaker, J., Ball, C. (2000). Discharge from intensive care: A view from the ward. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16 (3), 135-143.
- Wiencek, C., Winkelmann, C. (2010). Chronic Critical Illness. Prevalence, Profile and Pathophysiology. *Advanced Critical Care Nursing*, 21 (1), 44-61.
- Wu, C.J., Coyer, F. (2007). Reconsidering the transfer of patients from the intensive care unit to the ward: a case study approach. *Nurse Health Science*, 9 (1), 48-53.

7 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tab.1: Darstellung der befragten PatientInnen (eigene Darstellung); *ICU = Intensive Care Unit; *SIRS: Systemic Inflammatory Response Syndrome ; *NIV = Nicht Invasive Ventilation;	29
Tab. 2: Darstellung der befragten Angehörigen (eigene Darstellung).....	30
Tab. 3: eigene Darstellung der verwendeten Transkriptionszeichen	31
Tab. 4: Beispiel für offenes Kodieren (eigene Darstellung).....	34
Abb. 1: Transitions - A Middle-Range Theory (Meleis et al., 2000, S.52)	10
Abb. 2: Kodierparadigma nach Strauss (Strübing, 2008, S.28).....	35
Abb. 3: eigene Darstellung des Kodierparadigmas aus Sicht der Angehörigen.....	36
Abb. 4: eigene Darstellung des Phasenmodells aus PatientInnen- und Angehörigensicht.....	43
Abb. 5: Faktoren, die den Phasenverlauf der PatientInnen beeinflussen	65
Abb. 6: Faktoren, die den Phasenverlauf der Angehörigen beeinflussen	97
Abb. 7: eigene Darstellung der Transitions Theory bezogen auf die Ergebnisse	112

8 Anhang

Anhang 1:

Interviewleitfaden für IntensivpatientInnen

Einleitung: Lieber/e Hr./Fr. XXX, danke, dass Sie sich heute Zeit genommen haben. Wie vorab besprochen, möchte ich heute mit Ihnen ein Interview über ihre Erfahrungen im Hinblick auf die Transferierung bzw. Verlegung von der Intensivstation auf die Normalstation führen. Das Interview wird für meine Masterarbeit und wissenschaftliche Zwecke verwendet. Die Daten werden auf Tonband aufgezeichnet, anonym und vertraulich behandelt. Ich werde Ihnen nun ein paar Fragen stellen und es kann auch sein, dass ich mir während des Gespräches zusätzlich Notizen mache.

Leitfrage/Erzählaufforderung		
Ich möchte gerne damit beginnen, welche Erinnerungen Sie an die Tage vor Ihrer Transferierung von der Intensivstation auf die Normalstation haben und danach mehr über die Verlegung von der Intensivstation auf die Normalstation erfahren.		
Inhaltliche Aspekte	Aufforderungsfragen	Nachfragen
<ul style="list-style-type: none">- körperliche Einschränkungen zum Zeitpunkt der Transferierung- Vorstellungen von der Normalstation- Übergang von der ICU auf die Normalstation	<p>Wie war das für Sie?</p> <p>Können Sie das näher beschreiben oder konkret an einem Beispiel benennen?</p> <p>Wie haben Sie das erlebt?</p>	<ul style="list-style-type: none">- Welche haben Sie am meisten beeinträchtigt?- Welche Erwartungen hatten Sie?- Wurden Sie informiert, vorbereitet? Wenn ja, wie, wann und von wem?- Wie haben Sie den Unterschied

<p>- Unterschied ICU-Normalstation</p>		<p>(Bruch) zw. ICU und Normalstation erlebt?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wurde mit Ihnen über Ihren Zustand gesprochen bzgl. weiteres Vorgehen auf der Normalstation? Welche Vorstellungen hatten Sie? - Welche Rolle spielten hierbei Ihre Angehörigen für Sie? Wurden Sie in die Entscheidungen miteingebunden? - Haben Sie mit Ihren Angehörigen über die Transferierung gesprochen? Wenn nein, warum nicht? - Wie haben Sie Ihre Ankunft auf der Normalstation erlebt? Hatten Sie
---	--	--

<p>- Rückblick auf Transferierung</p>		<p>neg. Erlebnisse/Probleme? Wenn ja, welche?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Was waren für Sie die bedeutendsten Unterschiede? - Haben Sie Unterschiede in der Pflege wahrgenommen, wenn ja welche? - Welche Rolle haben für Sie ihre Angehörigen auf der Normalstation gespielt? - Wie haben Sie ihren Aufenthalt rückblickend auf der Normalstation erlebt? - Wo hätten Sie sich Unterstützung gewünscht?
--	--	--

Welche körperlichen Einschränkungen hatten Sie zum Zeitpunkt der Transferierung?

Welche Vorstellungen hatten Sie von der Normalstation?

Wie haben Sie den Übergang (Bruch) von der Intensivstation auf die Normalstation erlebt?

Welche Unterschiede konnten Sie in diversen Bereichen (Pflege, Umgebung, Umgang..) zwischen ICU und Normalstation feststellen?

Wenn Sie zurückblicken auf die Transferierung von der Intensivstation auf die Normalstation, was hätte anders laufen sollen/können?

Welche Auswirkungen hatte die Transferierung auf ihre Genesung?

Abschließend möchte ich Sie noch fragen: Gibt es noch etwas, was Sie noch nicht erwähnt haben und noch gerne sagen möchten?

Ich bedanke mich herzlich, dass Sie sich Zeit genommen haben. Ich wünsche Ihnen einen schönen Tag und alles Gute. Wenn Sie Interesse haben, kann ich Ihnen gerne meine Arbeit zukommen lassen.

Anhang 2:

Interviewleitfaden für Angehörige

Einleitung: Lieber/e Hr./Fr. XXX, danke, dass Sie sich heute Zeit genommen haben. Wie vorab besprochen, möchte ich heute mit Ihnen ein Interview führen, über ihre Erfahrungen im Hinblick auf die Transferierung von der Intensivstation auf die Normalstation ihres/ihrer Angehörigen. Das Interview wird für meine Masterarbeit und wissenschaftliche Zwecke verwendet. Die Daten werden auf Tonband aufgezeichnet, anonym und vertraulich behandelt. Ich werde Ihnen nun ein paar Fragen stellen und es kann auch sein, dass ich mir während des Gespräches zusätzlich Notizen mache.

Leitfrage/Erzählaufforderung		
Welche Erinnerungen haben Sie an die letzten Tage vor der Transferierung Ihres/Ihrer Angehörigen von der Intensivstation?		
Inhaltliche Aspekte	Aufforderungsfragen	Nachfragen
- Körperliche/psych. Verfassung zum Zeitpunkt der Transferierung	Wie war das für Sie?	- In welcher Gemütsverfassung war Ihr/Ihre Angehöriger/e kurz vor der Transferierung?
- Vorstellungen von der Normalstation	Können Sie das näher beschreiben oder konkret an einem Beispiel benennen?	- Welche Erwartungen hatten Sie?
- Übergang von der ICU auf die	Welches Gefühl hatten Sie?	- Wie haben Sie den Übergang (Bruch) zw. ICU und Normalstation

<p>- Rückblick auf Transferierung</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Welche Aufgaben hatten Sie? Waren diese anders als auf der Intensivstation? (Warum?) - Wie haben Sie den Aufenthalt Ihres/Ihrer Angehörigen rückblickend auf der Normalstation erlebt? - Wo hätten Sie sich Unterstützung gewünscht?
--	--	--

In welcher körperlichen Verfassung war Ihr/Ihre Angehöriger/e zum Zeitpunkt der Transferierung?

In welcher psychischen Verfassung war Ihr/Ihre Angehöriger/e zum Zeitpunkt der Transferierung?

Können Sie mir beschreiben welche Vorstellungen Sie hatten von der Normalstation?

Wie haben Sie den Übergang (Bruch) zwischen Intensivstation und Normalstation erlebt?

Welche Erinnerungen haben Sie an die Transferierung Ihres/Ihrer Angehörigen?

Welche Auswirkung hatte die Transferierung auf die Genesung ihres Angehörigen und auf sie?

Welche Unterschiede konnten Sie in diversen Bereichen (Pflege, Umgebung, Umgang..) zwischen ICU und Normalstation feststellen?

Wenn Sie zurückblicken auf die Transferierung von der Intensivstation auf die Normalstation, was hätte anders laufen sollen/können?

Abschließend möchte ich Sie noch fragen: Gibt es noch irgendetwas, was Sie noch nicht erwähnt haben und noch gerne sagen möchten?

Ich bedanke mich herzlich, dass Sie sich Zeit genommen haben. Ich wünsche Ihnen einen schönen Tag und alles Gute. Wenn Sie Interesse haben, kann ich Ihnen gerne meine Arbeit zukommen lassen.

Anhang 3:

Informationsschreiben für TeilnehmerInnen



Universität Wien
Fakultät für Sozialwissenschaften
Institut für Pflegewissenschaft

Informationsschreiben zur Teilnahme an einer pflegewissenschaftlichen Studie im Rahmen der Masterarbeit: Bedeutung der Transferierung von der Intensivstation auf die Normalstation für IntensivpatientInnen und ihre Angehörige.

Sehr geehrte Damen und Herren!

Mein Name ist Tamara Großbichler, ich bin Intensivkrankenschwester und Studentin der Pflegewissenschaft an der Universität in Wien. Im Zuge meiner Masterarbeit führe ich eine qualitative Studie durch, die sich mit der Bedeutung der Transferierung von der Intensivstation auf die Normalstation für IntensivpatientInnen und deren Angehörige beschäftigt. Aufgrund meiner Tätigkeit als Intensivkrankenschwester liegt mein Forschungsinteresse darin, zu untersuchen, wie PatientInnen und Angehörige die Transferierung von der Intensivstation auf die Normalstation erleben.

Mit Ihrer Hilfe, möchte ich in Form von Gesprächen, Einblick in Ihre Situation oder Erfahrungen erlangen, um in Zukunft andere PatientInnen und deren Angehörige besser verstehen oder diesen helfen zu können. Nur Sie als ehemaliger Patient, ehemalige Patientin oder Angehöriger können mir anhand ihrer Erfahrungen einen solchen Einblick geben.

Sollten sie sich entschließen, an meinem Forschungsvorhaben teilzunehmen, werde ich mit Ihnen ein etwa einstündiges Gespräch führen an einem durch sie bestimmten Ort. Ich werde Ihnen einige Fragen zum Transfer von der Intensivstation auf die Normalstation stellen, die Sie beantworten können. Das Gespräch wird auf Tonband aufgezeichnet und in eine schriftliche Form übertragen.

Die Teilnahme an meinem Forschungsvorhaben ist freiwillig. Sie können jederzeit, auch nach Beginn des Interviews, ohne Angabe von Gründen, abbrechen.

Ich versichere Ihnen, Ihre Aussagen vertraulich zu behandeln und in anonymisierter Form weiter zu verarbeiten, sodass keinerlei Rückschlüsse auf Sie gezogen werden können. Nur ich und mein Betreuer werden Zugang zum Datenmaterial haben. Ein sorgfältiger Umgang mit den Inhalten Ihres Gespräches ist für mich oberstes Gebot.

Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie an der Studie teilnehmen würden und Ihre Erfahrungen und Erlebnisse im Zusammenhang mit der Forschungsthematik einbringen könnten.

Wenn Sie Ihr Interesse bereits mit mir telefonisch besprochen haben, werde ich mit Ihnen einen Termin vereinbaren, falls dies noch nicht geschehen ist. Wenn Sie Interesse haben oder Fragen und noch nicht mit mir in Kontakt sind, dann bitte wenden Sie sich an die unten angegebene E-Mail Adresse.

Mit freundlichen Grüßen und in Vorfreude auf ein persönliches Gespräch mit Ihnen
Tamara Großbichler

e-mail: tamara.groszbichler@wienkav.at

mobil: 0660 6570575

Anhang 4:

Einverständniserklärung (Informed Consent)



UNIVERSITÄT WIEN
FAKULTÄT FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN
INSTITUT FÜR PFLEGEWISSENSCHAFT

Einverständniserklärung

Thema der Masterarbeit: Die Bedeutung der Transferierung von der Intensivstation auf die Normalstation für IntensivpatientInnen und ihre Angehörige

Name der Forscherin: Tamara Großbichler

Wissenschaftliche Betreuung: Mag. Dr. Martin Nagl-Cupal

Ich wurde von der verantwortlichen Person dieses Forschungsprojektes vollständig über dessen Wesen, Bedeutung und Tragweite aufgeklärt. Ich habe das Informationsschreiben gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen und habe die Antworten verstanden. Ich bin über den möglichen Nutzen dieses Forschungsprojektes informiert.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an diesem Forschungsprojekt zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme daran freiwillig ist. Ich weiß, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig auf mich auswirken wird.

Mir ist bekannt, dass meine Daten anonym gespeichert und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. Aus meiner Beteiligung an der Untersuchung entstehen mir weder Kosten noch werde ich dafür finanziell entschädigt.

Ich habe eine Kopie des schriftlichen Informationsschreibens und der Einverständniserklärung erhalten. Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an diesem Forschungsprojekt.

Datum

Unterschrift der Teilnehmerin/des Teilnehmers

Datum

Unterschrift der Untersucherin

Anhang 5: Curriculum Vitae – Tamara Großbichler

Schulische Ausbildung/Studium

11/2013 - 11/2014	Akademie für Fortbildungen und Sonderausbildungen - Bereich Pflege, Wiener Krankenanstaltenverbund Sonderausbildung in der Intensivpflege
Seit 10/2012	Universität Wien MA-Studium der Pflegewissenschaft
2010 – 2012	UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik Bachelor of Science in Nursing (BScN), Schwerpunkt: Pflegepädagogik
2006-2009	Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am Sozialmedizinischen Zentrum-Ost Diplom in allgemeiner Gesundheits- und Krankenpflege
2004-2005	Medizinische Universität Wien Studium der Humanmedizin
1996-2004	BRG Waidhofen/Ybbs Abschluss: Matura

Berufliche Erfahrungen

03/2015	Wilhelminenspital, Intensivfortbildungstage Vortrag zum Thema "Intensivtagebuch"
Seit 11/2014	Wilhelminenspital Mitarbeit in der Praxisanleitung auf der Allgemeinen Intensivstation
11/2012	Pflegekongress 2012, Austria Center Vienna Vortrag zum Thema "Intensivtagebuch" (Bachelorarbeit)
02/2012	Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am Sozialmedizinischen Zentrum-Ost Praktikum im Zuge des Studiums Gestaltung des Unterrichts zu den Themen "Beratungsgespräch bei chronisch Kranken" und "Psoriasis und Neurodermitis"
Seit 03/2009	Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester auf der Allgemeinen Intensivstation im Wilheminspital in Wien