

Bachelorarbeit

Nimmt das Ausschliessen von Angehörigen während einer Reanimation bald ein Ende?

**Haltungen von Pflegefachpersonen gegenüber Familienpräsenz
während einer Reanimation**

Caduff Pascale, S11487352

Domenin Claudia, S11194016

Departement: Gesundheit

Institut: Institut für Pflege

Studienjahr: 2011

Eingereicht am: 02. Mai 2014

Betreuende Lehrperson: Thomas Rieder

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	6
1.1	Ziel / Forschungsfrage	6
1.2	Problemstellung / Hintergrund	7
1.3	Relevanz des Themas	8
1.4	Begriffe	8
1.4.1	Reanimation	8
1.4.2	Angehörige.....	8
1.4.3	Family witnessed resuscitation/ Family presence during resuscitation	9
1.4.4	Pflegefachpersonen	9
1.4.5	Erwachsene	9
1.4.6	Notaufnahme/ Notfallstation	9
1.4.7	Bettenstation	10
2	Methodisches Vorgehen	10
2.1	Ein-/Ausschlusskriterien	10
2.2	Vorgehen der Literatursuche	12
2.3	Relevanz/ Güte der verwendeten Forschungsliteratur.....	13
2.4	Begründung der Auswahl der einbezogenen Studien.....	14
3	Theoretische Grundlagen und verwendete Literatur.....	16
3.1	Gegenüberstellung der verwendeten Forschungsliteratur	16
3.2	Exkurs zu schriftlichen Guidelines, FP-Protokollen und Begleitpersonen.....	25
3.2.1	Kernaussagen des FP-Protokolls aus der Studie von Lowry (2012)	25
3.2.2	Highlights der Guidelines von Oman et al. (2010).....	26
3.3	Aufgaben einer Begleitperson gemäss Oman et al. (2010)	26
3.3.1	Vor dem Ereignis.....	26
3.3.2	Während dem Ereignis.....	27
3.3.3	Nach dem Ereignis.....	27

3.4	Familienzentrierte Pflege	28
3.4.1	Definition "Familie"	28
3.4.2	Definition "Familienzentrierte Pflege"	28
3.4.3	Die Entwicklung der familienzentrierten Pflege	29
3.4.4	Was die familienzentrierte Pflege erreichen will	29
3.4.5	Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen	30
3.4.6	Anerkennung und Wertschätzung	31
3.4.7	Definition "Pflegerische Angehörige"	32
3.4.8	Evaluation der familienzentrierten Pflege	32
4	Diskursive Auseinandersetzung mit der Literatur	33
4.1	Kritisches Diskutieren der Ergebnisse	33
4.1.1	Auswirkungen der FPDR auf die Angehörigen seitens Pflegefachpersonen..	33
4.1.2	Angehörige sehen, dass alles Mögliche getan wurde	35
4.1.3	Angehörige werden als Teil des Teams angesehen	35
4.1.4	Schriftliche Richtlinien	36
4.1.5	Begleitperson	36
4.1.6	FPDR ist ein Recht der Angehörigen	37
4.1.7	Platzmangel	37
4.1.8	Eingreifen der Angehörigen in die Reanimationsbemühungen	38
4.1.9	Stress/ Einfluss auf die Teamarbeit.....	38
4.1.10	Angst vor rechtlichen Klagen	39
4.2	Interpretation zur Aussagekraft der Ergebnisse der ausgewählten Forschungsliteratur.....	39
4.2.1	Spezifische Auseinandersetzung mit der Aussagekraft der Studie von Holzhauser et al. (2008)	41
4.3	Ergebnisse in Bezug zur verwendeten Theorie	42
4.4	Bezug zur Fragestellung.....	45

5	Schlussfolgerungen	46
5.1	Empfehlungen für zukünftige Forschungen	46
5.2	Theorie-Praxis-Transfer	48
5.3	Synthese über die ganze Arbeit aus Sicht der Autorinnen.....	49
6	Literaturverzeichnis.....	50
7	Tabellenverzeichnis	55
8	Glossar	56
9	Danksagung	62
10	Eigenständigkeitserklärung	63
11	Anhänge.....	64
11.1	Anhang A Wortzahl.....	64
11.2	Anhang B Suchverlauf.....	65
11.3	Anhang C Studienanalysen	67
11.4	Anhang D Abklärungen bezüglich eines bestehenden Gesetzes in der Schweiz, welches die FPDR verbieten könnte	104

Abstract

Darstellung der Thematik

Bei Gesundheitsfachpersonen, wie auch bei den Angehörigen steigt zunehmend die Erwartung, dass zur Anwesenheit von Angehörigen während einer Reanimation, auf Englisch "family presence during resuscitation" (FPDR), ermutigt werden sollte. Dennoch bleibt der Effekt der FPDR auf die Angehörigen und Gesundheitsfachpersonen umstritten.

Ziel

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, aufzuzeigen, wie die FPDR eines Erwachsenen seitens der Pflege auf sich selbst und die Angehörigen, erlebt wird.

Methode

In den Datenbanken CINAHL, Cochrane und MedLine wurde nach pflegerelevanter Forschungsliteratur zum Thema FPDR gesucht. Anschliessend wurden die ausgewählten Artikel analysiert und diskutiert.

Relevante Ergebnisse

Aus mehreren Forschungsartikeln wird ersichtlich, dass die Durchführung von FPDR seitens Pflegefachpersonen mehrheitlich als positiv erlebt wird. Positive Hauptaspekte: FPDR hat für Angehörige einen positiven Einfluss auf den womöglich folgenden Trauerprozess, Letztere sehen, dass die Gesundheitsfachpersonen alles Mögliche getan haben. Das Reanimationsteam hat durch die Familienpräsenz (FP) schnelleren Zugriff auf die Patientengeschichte und die Angehörigen erleiden keinen negativen psychologischen Effekt. Negative Hauptaspekte: FP könnte zu einem Platzmangel führen, Angehörige könnten in die Reanimationsbemühungen eingreifen/ diese unterbrechen und FP löst bei einigen Gesundheitsfachpersonen zusätzlichen Stress aus.

Schlussfolgerung

Damit häufiger zur FPDR eingeladen wird, sind schriftliche Richtlinien, Schulungen und die Anwesenheit von Begleitpersonen während einer Reanimation notwendig.

Keywords

Family members/ Angehörige, Family presence during resuscitation/ Anwesenheit von Angehörigen während einer Reanimation, Nurses/ Pflege-/ Gesundheitsfachpersonen, Emergency Department/ Notfallstation

1 Einleitung

Reanimationen sind sowohl auf Notfall- als auch auf Bettenstationen keine Einzelfälle. Gemäss Chellel (2002) ist die Reanimation eine der Situationen, die von allen beteiligten pflegerischen und medizinischen Fachkräften, wie auch von den Patienten und deren Angehörigen, Erhebliches abverlangt. Sie wird als traumatisches Ereignis betrachtet. Chellel (2002) beschreibt ausserdem, dass beim Personal, wie auch bei den Angehörigen zunehmend die Erwartung steigt, dass die Anwesenheit von Angehörigen bei der Reanimation erlaubt sein und sogar dazu ermutigt werden sollte. Diverse Studien, wie beispielsweise jene von Doyle, Post, Burney, Maino, Keefe & Rhee (1987), Meyers et al. (2000), Robinson, Mackenzie-Ross, Campbell, Egleston & Prevost (1998), Duran, Oman, Abel, Koziel & Szymanski (2007), Madden & Condon (2007) und noch viele weitere beschreiben, dass die Anwesenheit von Angehörigen während der Reanimation des Patienten durchaus viele Vorteile für alle Beteiligten haben kann. Allerdings wurden in den von den Autorinnen gelesenen Studien auch negative Punkte erwähnt, wie beispielsweise in den Studien von Meyers et al. (2000), Yee Leung & KY Chow (2011), Duran et al. (2007), Holzhauser & Finucane (2008) oder Fulbrook, Albarran & Latour (2004).

1.1 Ziel / Forschungsfrage

Gemäss Jabre et al. (2013) bleibt der Effekt der Präsenz von Angehörigen während einer kardiopulmonalen*¹ Reanimation auf die Angehörigen und das medizinische Team umstritten. Daher ist das Ziel dieser Bachelorarbeit aufzuzeigen, wie die Anwesenheit von Angehörigen während einer Reanimation² eines Erwachsenen seitens der Pflege, in Bezug auf sich selbst und die Angehörigen, erlebt wird. Aufgrund dessen haben sich die Autorinnen für folgende Forschungsfrage entschieden: „Welche Haltung haben diplomierte Pflegefachpersonen in Bezug auf die Anwesenheit von Angehörigen während einer Reanimation eines Erwachsenen in der Notaufnahme oder auf der stationären Bettenstation bezüglich der Wirkung auf sich selbst und auf die der Angehörigen?“

¹ Alle Begriffe welche mit einem Stern (*) gekennzeichnet sind, (ausgenommen der Keywords, dieser Stern bezieht sich auf die Suchmethode der Literaturrecherche) werden im Glossar definiert.

² Im folgenden Text verwenden die Autorinnen die Abkürzung der englischen Bezeichnung "family presence during resuscitation" (FPDR) anstelle von: "Anwesenheit von Angehörigen während einer Reanimation". Die Abkürzung von "family presence" (FP) steht für "Anwesenheit von Angehörigen".

1.2 Problemstellung / Hintergrund

Wie bereits erwähnt, bleibt der Effekt der FPDR auf die Angehörigen und das medizinische Team laut Jabre et al. (2013) umstritten.

Gemäss Holzhauser et al. (2008) befürchten viele Fachpersonen, dass die Anwesenheit von Angehörigen negative Auswirkungen auf deren Psyche haben könnte. Dies wird jedoch in den Studien von Robinson et al. (1998) und Fulbrook et al. (2004) widerlegt. Beer und Badir & Sepit (2005, 2007, zitiert nach Yee Leung et al. 2011, S. 2084) beschreiben das Besorgnis des Pflegepersonals, dass Angehörige eingreifen und/ oder die Reanimation unterbrechen könnten. Des Weiteren wird in Yee Leung et al. (2011) erwähnt, dass die Präsenz der Angehörigen den Entscheid, die Reanimation zu beenden, für das Reanimationsteam erschweren könnte. Gemäss Meyers et al. (2000) glauben Pflegefachpersonen, dass das zusätzliche Wissen, welches den Angehörigen während einer Reanimation vermittelt wurde, das Risiko möglicher Klagen senkt. In derselben Studie äusserten Pflegefachpersonen: „They saw that we were doing the best that could be done.“ Diese Aussage wird auch in den Studien von Fulbrook et al. (2004) und Oman & Duran (2010) bestätigt.

Damit eine Pflegefachperson professionelle Empfehlungen abgeben kann, spielt das Empfinden und die Haltung der Angehörigen gegenüber der FPDR eine zentrale Rolle. In diversen Studien, wie zum Beispiel (z.B.) in Meyers et al. (2000), Fulbrook et al. (2004), Madden et al. (2007) und Chapman, Watkins, Bushby & Combs (2011) geht hervor, dass Angehörige durch ihre Anwesenheit eine erfolglose Reanimation besser bewältigen konnten. Dies hatte eine positive Auswirkung auf den womöglich folgenden Trauerprozess.

Laut Meyers et al. (2000) wurde durch die Anwesenheit der Angehörigen deren Qual des Wartens minimiert und sie verringerte ebenfalls das Gefühl der Hilflosigkeit.

In der Forschung von Duran et al. (2007) gaben 95% der Angehörigen, welche bei der Reanimation dabei waren, an, in einer gleichen Situation nochmals dieselbe Entscheidung zu treffen. Dies trifft auch auf 97,5% der befragten Angehörigen in der Studie von Meyers et al. (2000) zu. Die Angehörigen waren der Meinung, dass ihre Präsenz einen Effekt auf das Reanimationsteam hatte. Ihre Anwesenheit diene als Erinnerung an Menschlichkeit; der Patient wurde dadurch vom Reanimationsteam als eine Person und ein Teil einer Familie wahrgenommen.

1.3 Relevanz des Themas

Entsprechend der Expertise* der Autorinnen ist das Wissen über die FPDR in der Schweizer Bevölkerung noch nicht weitgehend verbreitet. Auch wird in der Studie von Madden et al. (2007) erwähnt, dass die FPDR in Europa ein relativ neues Konzept ist. In ihrer Forschung beschreiben sie als weiteren Punkt, dass der Ausschluss der Angehörigen in einer so bedeutungsvollen Zeitphase nicht mit der Philosophie des Pflegeberufes übereinstimmt. Ausserdem erwähnen Madden et al. (2007, S. 434) den für die Autorinnen folgenden aussagekräftigen Satz: „As health professionals and patient advocates, we need to ask ourselves why we exclude families during adult resuscitation and not resuscitation of a child. Families participate at the beginning and middle of life, so one needs to ask why we have the right to exclude them from the end.“ Aufgrund der oben erwähnten Punkte betrachten die Autorinnen die Thematik der FPDR als relevant.

1.4 Begriffe

1.4.1 Reanimation

Reanimation beinhaltet das lateinische Wort “animatio“, was Belebung bedeutet. Unter dem Begriff Reanimation wird eine Wiederbelebung verstanden.

Laut Pschyrembel (2011) [elektronische Version] bedeutet eine Reanimation: „Notfallmässige Sofortmassnahmen nach Eintritt eines plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstands zur Lebensrettung durch Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der elementaren Vitalfunktionen Kreislauf- und Atemfunktion sowie zerebrale* und myokardiale* Sauerstoffversorgung.“

1.4.2 Angehörige

In der Broschüre Sanimédia (2006, S. 18), die von sechs Schweizer Kantonen herausgegeben wurde, ist der Begriff “Angehörige“ folgendermassen definiert:

„Unter Angehörigen sind Personen zu verstehen, die die Patientin oder den Patienten aufgrund ihrer Verwandtschafts- oder Freundschaftsbeziehung gut kennen und sich für die Situation der Patientin oder des Patienten interessieren. Wichtig ist somit, wie eng die Beziehung ist. Es kann sich um ein Mitglied der Familie, um eine Lebenspartnerin oder einen Lebenspartner oder auch um Freundinnen und Freunde handeln.“

1.4.3 Family witnessed resuscitation/ Family presence during resuscitation

Angehörigenanwesenheit während kardiopulmonaler Reanimation (Madden et al., 2007, S. 434, Köberich, 2010, S.60 und Yee Leung et al. 2011, S. 2083)

1.4.4 Pflegefachpersonen

Unter diesem Begriff verstehen die Autorinnen ausgebildete diplomierte Pflegefachmänner³ aus der Höheren Fachschule oder Fachhochschule.

Laut dem Bildungszentrum Gesundheit und Soziales (not dated (n.d.)) wird Pflegefachperson wie folgt definiert:

„Sie sind Experten für alle Fragen rund um das Thema Gesundheit und Krankheit. Die Pflegefachpersonen sind für die Pflege der Patienten zuständig und begleiten im Weiteren auch deren Angehörige. Sie setzen sich für gesundheitsfördernde Massnahmen in und ausserhalb der Institution ein.“

1.4.5 Erwachsene

Laut Antwerpes (n.d.) zählt die Zeit zwischen dem vollendeten 18. bis 21. Lebensjahr als Übergangszeit, in der man von "heranwachsen" spricht. Juristisch gesehen gelten Menschen mit Abschluss des 21. Lebensjahres als erwachsen.

In der Schweiz (in Bezug auf das Gesetz) gilt eine Person als erwachsen, wenn sie das 18. Lebensjahr vollendet hat. Gemäss TARMED Suisse (2012) ist dies im Spitalalltag allerdings etwas anders, was auf die Einführung der Fallpauschalen zurückzuführen ist. In den TARMED-Positionen werden bis zum Alter von 16 Jahren "Kinderzuschläge" verrechnet. Demnach gilt gemäss den Fallpauschalen eine Person bereits ab 16 Jahren als erwachsen. Die Autorinnen halten sich jedoch an die Definition von Dr. Frank Antwerpes, weil viele ihrer gewählten Studien aus Amerika stammen.

1.4.6 Notaufnahme/ Notfallstation

„Die Notaufnahme ist die erste Anlaufstelle im Krankenhaus für Patienten mit akuten* Beschwerden. Sie ist durchgehend geöffnet und richtet sich nur an Notfälle. Jedes Krankenhaus hat eine eigene Notaufnahme; ausgenommen davon sind Privatkliniken und Rehabilitationskrankenhäuser. [...] In einer Notaufnahme werden Patienten nicht nach dem Zeitpunkt ihres Eintreffens, sondern nach Dringlichkeit behandelt.“ (Merz, (n.d.))

³ Im folgenden Text erwähnen die Autorinnen jeweils nur die männliche Form, diese gilt jedoch für beide Geschlechter.

1.4.7 Bettenstation

Nachdem die Autorinnen eine ausführliche Recherche über diesen Begriff durchgeführt haben, kamen sie zum Schluss, dass es dazu keine allgemeine Definition gibt.

Die Autorinnen verstehen unter diesem Begriff eine Abteilung in einem Spital, welches meist über mehrere Stockwerke reicht. Die Bettenstation beinhaltet je nach Grösse des Spitals eine bestimmte Anzahl Patientenzimmer, welche wiederum in Ein- oder Mehrbettzimmer unterteilt sind. Auf dieser Station sind während 24 Stunden Pflegefachpersonen anwesend, welche sich um den Genesungsprozess und das Wohlergehen der Patienten kümmern.

2 Methodisches Vorgehen

Zu Beginn dieser Bachelorarbeit beschreiben die Autorinnen die Thematik und legen sich auf eine präzise Forschungsfrage fest. Anschliessend wird die Forschungsfrage anhand einer systematischen Literaturrecherche, welche durch Ein- und Ausschlusskriterien eingegrenzt wird, erforscht. In einem weiteren Schritt werden die für diese Arbeit relevanten Begriffe definiert. Die ausgewählten Studien werden begründet, kritisch analysiert und bewertet. Eine Gegenüberstellung der Studien wird in der Tabelle 2 übersichtlich dargestellt. Des Weiteren folgt ein Theorieinput, in welchem es um die Zusammenarbeit und den Umgang mit Familien geht. Nachdem die Ergebnisse und Bewertungen der Studien aufgeführt werden, findet im Kapitel "Diskursive Auseinandersetzung mit der Literatur" eine kritische Auseinandersetzung der ausgewählten Forschungsliteratur mit dem Vergleich der unterschiedlichen Resultate und deren Interpretationen aus Sicht der Autorinnen statt. In diesem Kapitel nehmen die Autorinnen ausserdem noch einen direkten Bezug zum Theorieinput und auf die Forschungsfrage.

Als Abschluss dieser Arbeit wird ein Theorie-Praxis-Transfer aufgeführt und eine Synthese über die ganze Arbeit gemacht.

Folgend werden die methodischen Schritte detaillierter aufgezeigt.

2.1 Ein-/Ausschlusskriterien

Nachträgliche Literaturrecherchen (ergänzend zu der bereits gemachten Recherchen für die Disposition) haben ergeben, dass für die ursprüngliche Forschungsfrage zu wenig relevante Literatur gefunden werden konnte. Darum musste die Forschungsfrage in der bereits verfassten Disposition allgemeiner formuliert werden.

Diese Veränderungen der Forschungsfrage bringen eine Anpassung der Limitierung mit sich. Aus diesem Grund haben sich die Autorinnen bei der Suche nach geeigneter Literatur auf folgende neue Limitierungen festgelegt: Die Reanimation findet an erwachsenen Patienten statt. In zwei der verwendeten Studien wird jedoch angegeben, dass die betreffende Notfallaufnahme auch Kinder aufnimmt. Es wird in der Auswertung allerdings nicht explizit erwähnt, ob es sich bei der reanimierten Person um ein Kind oder einen Erwachsenen handelte. Dass in diesen beiden Studien möglicherweise auch Kinder reanimiert wurden, erachten die Autorinnen aus folgendem Grund nicht als problematisch: Wenn beispielsweise eine 35-jährige Frau im Beisein ihrer Mutter reanimiert wird, ist die 35-Jährige immer noch deren Kind. Es ist also fraglich, ab wann "ein Kind nicht mehr ein Kind ist". Säuglinge werden aus dem Grund ausgeschlossen, weil die Reanimation in einem anderen Setting* stattfindet. Des Weiteren, weil die Beziehung und die Umstände in Bezug auf den Säugling nicht mit dem von den Autorinnen gewählten Sample* vergleichbar sind. Ein weiteres Einschlusskriterium betrifft das Setting. Die Reanimation muss auf einer Notaufnahme oder auf einer Bettenstation im Akutspital durchgeführt werden. Reanimationen zu Hause, in der Öffentlichkeit, auf der Intensivstation oder im Operationsbereich sind somit ausgeschlossen. Obwohl es zum Thema FPDR sehr viele Forschungen gibt, welche auf Intensivpflegestationen (IPS) durchgeführt wurden, wird dieses Setting bewusst ausgeschlossen. Denn falls der Patient auf der IPS liegt, ist die Wahrscheinlichkeit, dass er reanimiert werden muss, grösser als in der Notfallaufnahme oder auf der Bettenstation. Ein Grund dafür könnte unter anderem sein, weil der Allgemeinzustand eines Patienten auf der IPS meist massiv reduzierter ist, als in den anderen beiden beschriebenen Settings. Deshalb müssen die Angehörigen eher mit einer möglichen Reanimation rechnen und sich bereits vorgängig mit dem Thema eines eventuell (evtl.) eintretenden Todes auseinandersetzen. Zudem ist der Reanimationsstatus des Patienten auf der IPS im Normalfall geklärt, was auf dem Notfall und teilweise auch im stationären Bereich oftmals nicht der Fall ist. Reanimationen zu Hause und in der Öffentlichkeit werden durch die Autorinnen ausgeschlossen, da die Umstände (Räumlichkeit, Material, Erfahrung bezüglich des Reanimierens, Reanimationsteam, et cetera (etc.)) andere sind, als in den ausgewählten Settings. Der Operationsraum wurde nicht miteinbezogen, weil den Angehörigen dort normalerweise kein Zutritt gewährt wird und andere Gegebenheiten (Personal → keine Pflegefachpersonen, Reanimationsteam ist vor Ort, Räumlichkeiten etc.) vorliegen.

Ein weiteres Kriterium, welches berücksichtigt wird, ist, dass der Pflegende, welcher die Reanimation durchführt, kein Lernender oder Pflegeassistent ist, sondern eine diplomierte Pflegefachperson. Es werden nur Studien aus der westlichen Welt eingeschlossen (Europa, Amerika und Australien), weil sich diese bezüglich Kultur, Politik und Religion gut vergleichen lassen. Ausserdem werden ausschliesslich Studien ab Beginn des 21. Jahrhunderts bis heute miteinbezogen. Somit basiert die Literatur dieser Bachelorarbeit auf einem aktuellen Stand der Wissenschaft.

Die Autorinnen beschränken sich auf englisch- oder deutschsprachige Literatur.

2.2 Vorgehen der Literatursuche

Für die elektronische Literaturrecherche wurden folgende Datenbanken benutzt: Cochrane Collaboration, MedLine (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) und CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature). Nachdem relevante Treffer erzielt wurden, wendeten die Autorinnen das Schneeballsystem für weitere Literaturrecherchen an. Zusätzlich wurden die Literaturverzeichnisse der bereits gefundenen Studien miteinander verglichen und die meisterwähnten Literaturen wurden anschliessend in den oben erwähnten Datenbanken gesucht. Der detaillierte Suchvorgang in den erwähnten Datenbanken wird im Anhang B aufgezeigt.

Die Keywords wurden anhand der wichtigsten Bestandteile der Fragestellung ausgewählt, welche nachstehend aufgelistet sind.

Tabelle 1

Keywords, welche bei der Literaturrecherche verwendet wurden

Deutsch	Englisch
Angehörige	Family members
Anwesenheit der Angehörigen	Family member presence Family participation Family presence Family witness
Anwesenheit der Angehörigen während einer Reanimation	Family witnessed resuscitation Family presence during resuscitation
Reanimation	Resuscitation Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)
Pflege-/ Gesundheitsfachpersonen	Nurse* Staff Care professionals

Fortsetzung Tabelle 1

Keywords, welche bei der Literaturrecherche verwendet wurden

Notfallpflegefachpersonen	Emergency nurse*
Meinungen (gegenüber)	Nurses attitudes Attitude* Staff attitudes Staff attitude*
Europa	European
Erfahrungen	Experience*
Notfallstation, Notaufnahme	Emergency department Emergency room
Spital	Hospital

2.3 Relevanz/ Güte der verwendeten Forschungsliteratur

Nach sehr umfänglichen Literaturrecherchen haben sich die Autorinnen für zwölf Studien entschieden, welche sie in die Arbeit miteinbeziehen. Allerdings konnten zwei der zwölf Studien nach der erneuten Anpassung der Limitierungen nicht in die Analyse eingeschlossen werden. Es wurden demnach zehn Studien analysiert. Die ausführlichen Studienbewertungen sind im Anhang C aufgeführt. Die Beurteilung erfolgte anhand der Tabellen nach Preusse-Bleuler & Ris (2012). Der Evidenzlevel* der ausgewählten qualitativen* Forschungsliteraturen wurde nach Kearney (2001) bestimmt und der Evidenzlevel der quantitativen* Studien nach Madjar & Walton (2001). Während dem Analysieren wurde den Autorinnen bewusst, dass drei der analysierten Studien nicht in die Arbeit eingeschlossen werden können. Die erste Studie deshalb nicht, weil sie zu ähnliche Ergebnisse wie eine andere in die Arbeit eingeschlossen Studie aufweist (beide wurden von derselben Forscherin publiziert). Die zweite Studie wurde ausgeschlossen, weil nach dem genaueren Analysieren ersichtlich wurde, dass das Setting der Forschung nicht auf dasjenige der Autorinnen passte. Die Dritte wurde aus dem Grund nicht berücksichtigt, weil sie ein ungenügendes Studiendesign* und allgemein zu wenig Angaben zur Analyse, Datenerhebung etc. aufweisen konnte. Mit dem Ausschluss von insgesamt fünf Studien, welche den Limitierungen nicht entsprachen, werden die Autorinnen also sieben Studien in ihrer Bachelorarbeit vergleichen und diskutieren.

Obwohl die ausgewählten Studien alle ein Evidenzlevel von vier oder mehrheitlich fünf aufweisen, werden sie in der Arbeit trotzdem verwendet. Dies, weil es aus Sicht der Autorinnen in Bezug auf die Thematik der FPDR nicht möglich ist, Forschungen mit einem höheren Evidenzlevel durchzuführen. Damit meinen die Autorinnen folgende Situation: Es wäre ethisch nicht vertretbar, die Gesundheitsfachpersonen zu randomisieren* (Personal in zwei Gruppen einteilen → Gruppe eins: Reanimationen mit FP, Gruppe zwei: Reanimationen ohne FP). Dies würde bedeuten, dass das Personal nur in Situationen, welche der Randomisierung entsprechen, reanimieren dürfte.

2.4 Begründung der Auswahl der einbezogenen Studien

Madden et al. (2007)

Die Resultate der Studie sind sehr aussagekräftig. Des Weiteren wird in jedem Abschnitt genau beschrieben, was wie untersucht/erforscht wurde. Allgemein weist die Studie ein ausserordentlich übersichtliches Design auf (nicht nur in Bezug auf die Methodik sondern im Allgemeinen über die ganze Darstellung der Forschung).

Lowry (2012)

Diese Studie wird miteinbezogen, weil sie im Gegensatz zu allen anderen Studien ein qualitatives Design aufweist, was die Ergebnisse/ Thematik der FPDR aus einem anderen Blickwinkel aufzeigen lässt.

Holzhauser et al. (2007)

Die Studie macht einen Unterschied zwischen Vorher und Nachher (bezüglich der Teilnahme von Gesundheitsfachpersonen an einer FPDR), was in keiner anderen Studie auf diese Weise gemacht wird. Ausserdem zeigt sie auf, welche Auswirkungen die Schulung und Weiterbildung des Personals bezüglich FPDR und den Umgang mit den anwesenden Angehörigen auf die Haltung der Gesundheitsfachpersonen hat.

Holzhauser et al. (2008)

Die Angehörigen werden randomisiert. Dies wird in keiner anderen Studie so gemacht. Die Autorinnen sind allerdings der Meinung, dass das nicht die optimale Lösung ist, da sie denken, alle Angehörigen haben das Recht darauf, bestimmen zu können, ob sie an einer Reanimation teilnehmen möchten oder nicht. Für die Erforschung dieser Thematik kann das Randomisieren allerdings von grossem Nutzen sein.

Meyers et al. (2000)

Wie in der vorliegenden Arbeit bereits einmal erwähnt wurde, spielt die Haltung von Angehörigen bezüglich FPDR eine grosse Rolle, damit Pflegende Empfehlungen abgeben können. In der Studie von Meyers et al. (2000) werden nicht nur die Pflegefachpersonen, sondern auch die Angehörigen befragt. Dies ist der Grund für das Einbeziehen dieser Studie.

Chapman et al. (2012)

Die Studie ist die Erste, welche Befragungen bezüglich Selbstsicherheit im Managen von FPDR, wie auch deren Vor- und Nachteile anhand validierter Skalen durchführt. Dies könnte für zukünftige Forschungen von grossem Nutzen sein, weil dann die Ergebnisse verschiedener Studien besser miteinander vergleichbar wären, sofern alle dieselben Skalen zur Befragung der Probanden* verwenden würden. Aus diesem Grund wird die Studie in der Arbeit der Autorinnen verwendet.

Oman et al. (2010)

Die Studie findet in einem Akutspital auf verschiedenen Bettenstationen und nicht wie alle anderen Studien auf der Notfallstation statt. Das wiederum zeigt die Haltung von Pflegenden gegenüber FPDR nochmals aus einem anderen Blickwinkel auf. Ausserdem wird wie in der Studie von Madden et al. (2007) in jedem Abschnitt sehr genau beschrieben, was wie untersucht/ erforscht wurde. Allgemein weist diese Studie ein übersichtliches Design auf (nicht nur in Bezug auf die Methodik sondern allgemein auf die ganze Darstellung der Forschung).

Alle sieben Studien betreffend

Die oben erwähnten Studien befassen sich mit der Thematik, welche Bezug auf die Forschungsfrage der Autorinnen nimmt. Ausserdem entsprechen sie den von den Autorinnen bestimmten Limitierungen und werden daher alle in die Bachelorarbeit miteinbezogen. Sie erfüllen im Weiteren die Kriterien einer guten wissenschaftlichen Arbeit. Damit meinen die Autorinnen, dass die Stichprobenziehung in allen Studien angepasst ist, die Validität* und Reliabilität* aller verwendeten Messinstrumente bestätigt werden kann und die Forschungen alle in den Kontext bereits vorhandener empirischer* Literatur eingebettet werden. Eine differenzierte Angabe zu den Analysen der ausgewählten Studien ist im Anhang C zu finden.

3 Theoretische Grundlagen und verwendete Literatur

3.1 Gegenüberstellung der verwendeten Forschungsliteratur

Tabelle 2

Gegenüberstellung der einzelnen Studien

Autor, Jahr, Ort	Forschungsfrage/ Ziel	Stichprobe	Design/ Setting	Resultate	Evidenzlevel
Lowry (2012) USA	Den Nutzen und Schaden für Angehörige und FPDR aus Sicht von Notfallpflegefachkräften zu definieren.	Gelegenheitsstichprobe von diplomierten Pflegefachpersonen, welche bereits an einer FPDR teilgenommen haben: n = 14	Qualitativ-deskriptives* Design Notfallstation	<ul style="list-style-type: none"> - Angehörige sehen die Veränderung des Gesundheitszustandes vom Patienten während dieser Zeitphase - Angehörige sehen, dass alles Mögliche getan wurde → die Wertschätzung der Angehörigen aufgrund der gerade beschriebenen Tatsache steigert das Selbstvertrauen der Pflegefachpersonen - FP wird als Einbezug, Unterstützung und Begleitung der Angehörigen erlebt - Keine negativen Auswirkungen beobachtbar 	4

Fortsetzung Tabelle 2

Gegenüberstellung der einzelnen Studien

<p>Madden et al. (2007)</p> <p>Irland</p>	<p>Die aktuelle Praxis und das Verständnis von Notfallpflegefachpersonen auf der Notfallstation zur FPDR zu untersuchen. Dies mit der Absicht, Richtlinien und Guidelines zu entwickeln.</p>	<p>Gelegenheitsstichprobe von Pflegefachpersonen, welche mindestens ein halbes Jahr Erfahrung als Notfallpflegefachperson haben, im Reanimationsraum arbeiten, wie auch in Reanimationsabläufe involviert sind: n = 90.</p>	<p>Quantitativ-deskriptives Design</p> <hr/> <p>Trauma-Notfallstation</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 74% der Pflegenden wünschten sich schriftliche Guidelines zur FPDR - Fast 2/3 erlaubten den Angehörigen FPDR, 17,8% hatten bis jetzt keine Möglichkeit FPDR zu erlauben, würden es aber tun, wenn sich die Situation ergäbe <p><u>Fördernde Faktoren</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Schriftliche Guidelines (87,6%) - Übereinstimmung im Reanimationsteam bezüglich FPDR (94,3%) - Kenntnisse seitens des Gesundheitspersonals über die Vorteile von FPDR für Patienten und deren Angehörigen (96,6%) - bessere Kenntnisse der Patienten und Angehörigen über die Praktiken von FPDR (90,8%) <p><u>Hemmende Faktoren</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Angehörigen könnten in die Reanimationsbemühungen eingreifen (27,9%) - FPDR löst beim Personal zusätzlichen Stress aus (50%) - Konfliktpotenzial unter dem Notfallteam steigt (58,1%) - Angst vor rechtlichen Klagen (39,5%) - Verletzung der Privatsphäre der Patienten (29,9%) 	<p>5</p>
---	--	---	---	--	----------

Fortsetzung Tabelle 2

Gegenüberstellung der einzelnen Studien

<p>Holzhauser et al. (2008) (Part B) Australien</p>	<p>Die Studie zeigt auf, wie die Meinungen direkt nach der Reanimation von den anwesenden Fachpersonen zur FPDR sind. Ziel ist es, aufzuzeigen, ob die Meinungen unterschiedlich sind, wenn Angehörige anwesend sind oder nicht.</p>	<p>Gelegenheitsstichprobe von allen auf der Notfallstation arbeitenden Gesundheitsfachpersonen n = 308 (Kontrollgruppe*: 65,1% Pflegefachpersonen und 34,9% medizinische Fachpersonen, Experimentalgruppe*: 57,4% Pflegefachpersonen und 42,6% medizinische Fachpersonen)</p>	<p>Quantitativ-deskriptives Design Notfallstation</p>	<p><u>Vorteile bezüglich FPDR (Kontrollgruppe)</u> Nachstehend werden die Resultate der individuellen Kommentare aufgelistet. Aus diesem Grund kann nicht davon ausgegangen werden, dass die restlichen Prozentzahlen (Differenz zu 100%) konträrer Meinung sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Mehrheit der Befragten geben an, keinen Vorteil in der Ausschliessung der Angehörigen während der Reanimation zu sehen - 47,2% sehen einen Vorteil darin, schnell an die Patientengeschichte zu gelangen - 3,8% denken, dass die Angehörigen durch die FP ein grösseres Verständnis bezüglich der Prognose haben könnten - 3,8% glauben, dass das Warten für die Angehörigen ausserhalb des Reanimationsraums als negativ erlebt wird <p><u>Nachteile bezüglich FPDR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 15,3% sagen, dass es durch den Ausschluss keine Unterbrechungen und Störungen gibt und waren relaxter - 14,2% äussern das Bedenken von Platzmangel - 9,4% befürchten, dass der Anblick von invasiven* Handlungen die Angehörigen aus der Fassung bringen könnte 	<p>5</p>
---	--	---	--	---	----------

Fortsetzung Tabelle 2

Gegenüberstellung der einzelnen Studien

				<ul style="list-style-type: none"> - 3,6% sind der Meinung, dass die Angehörigen mit dem Beenden der Reanimationsbemühungen Schwierigkeiten haben könnten - 3,8% befürchten, dass sie die Angehörigen zu wenig adäquat über den Reanimationsverlauf informieren könnten <p><u>Vorteile bezüglich FPDR</u> (Experimentalgruppe) Die Teilnehmer konnten zwischen mehreren Antwortmöglichkeiten wählen, wobei folgende Resultate entstanden sind (die angegebenen Prozentzahlen ergeben zusammen 100%):</p> <ul style="list-style-type: none"> - 23% gaben an, dank der FP schnelleren Zugriff auf die Patientengeschichte zu haben - 14,9% denken, dass sich der Patient durch die FP komfortabler fühlt - 25,7% gaben an, dass sich Angehörige durch die FP womöglich wohler fühlen würden - 21,4% äusserten, dass sich die Angehörigen in den Reanimationsprozess miteinbezogen fühlen könnten - 3,4% waren der Meinung, dass es Angehörigen möglich war, zu helfen - 9,9% gaben an, dass es durch die FP einfacher war, die Angehörigen zu managen 	
--	--	--	--	---	--

Fortsetzung Tabelle 2

Gegenüberstellung der einzelnen Studien

				<ul style="list-style-type: none">- 1,8% finden, dass die Angehörigen sehen konnten, dass für ihre Liebsten alles getan wurde <p><u>Nachteile bezüglich FPDR</u> (Nachfolgend werden die Resultate in Personenanzahl und nicht wie oben in Prozentzahlen angegeben. Dies aus dem Grund, weil es in der Studie nur so beschrieben wurde).</p> <ul style="list-style-type: none">- Vier Teilnehmer waren der Meinung, dass die Angehörigen den Reanimationsablauf unterbrochen haben- Zwei Teilnehmer dachten, dass die Angehörigen nicht wollten, dass das Gesundheitspersonal die Reanimation beendete- Fünf Probanden gaben an, dass die Angehörigen die Gesundheitsfachpersonen/ Performance beeinflussten- 14 der Befragten waren der Meinung, dass die Angehörigen im Weg standen	
--	--	--	--	--	--

Fortsetzung Tabelle 2

Gegenüberstellung der einzelnen Studien

<p>Holzhauser et al. (2007) (Part A) Australien</p>	<p>Herauszufinden, ob es zwischen den Pre*- und Post*befragungen (sechs Monate Differenz) einen Meinungsunterschied der Gesundheitsfachpersonen bezüglich FPDR gibt.</p>	<p>Gelegenheitsstichprobe von allen auf der Notfallstation arbeitenden Gesundheitsfachpersonen Pretest: n = 63 Posttest: n = 36 (Pretest: 54% Pflegefachpersonen und 41,2% medizinische Fachpersonen, Posttest: 61,1% Pflegefachpersonen und 38,9% medizinische Fachpersonen)</p>	<p>Quantitativ-deskriptives Zwei-Phasendesign (Pre- und Postphase) mit wenig qualitativen Ansätzen</p> <hr/> <p>Notfallstation</p>	<p>Pretest, Posttest (Achtung bei der Interpretation der Prozentzahlen: n ist unterschiedlich gross! → siehe Stichprobe)</p> <p><u>Vorteile bezüglich FPDR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Positiver Einfluss auf den Trauerprozess (70%, 89%) - Die Angehörigen werden als Teil des Teams angesehen (30%, 50%) - Angehörige können sich mit der Erkrankung arrangieren (52%, 75%) - Angehörige sind in der Nähe der Patienten, falls diese versterben (75%, 72%) <p><u>Nachteile bezüglich FPDR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Leistung des Personals leidet unter der FP (43%, 28%) - Angehörigen ist es nicht möglich, die Situation zu bewältigen und damit umzugehen (59%, 36%) - Es könnte zu Rechtsstreitigkeiten kommen (16%, 8,3%) - Zu persönlich für das Personal (33%, 19%) <p>Einige hatten schon vor der Studie Erfahrung mit FPDR. 46% davon gaben an, positive Erfahrungen gemacht zu haben und 9% äusserten negative Erfahrungen. Zu den übrigen 42% der Teilnehmer wurden diesbezüglich keine Angaben gemacht.</p>	<p>5</p>
---	--	---	--	--	----------

Fortsetzung Tabelle 2

Gegenüberstellung der einzelnen Studien

<p>Meyers et al. (2000) USA</p>	<p>Die Meinungen, Vor- und Nachteile von Angehörigen und Gesundheitsfachpersonen gegenüber FP (in Bezug auf Reanimationen und invasiven Handlungen) in Erfahrung zu bringen und demographische* Faktoren der Teilnehmer zu identifizieren, welche vielleicht unterschiedliche Meinungen erklären könnten.</p>	<p>Gelegenheitsstichprobe von Angehörigen n = 39 und Gesundheitsfachpersonen n = 96 (60 Pflegefachpersonen, 22 Assistenzärzte, 14 Belegärzte), welche alle bei einer Reanimation oder einer invasiven Handlung anwesend waren.</p>	<p>Deskriptives Design mit quantitativen und qualitativen Ansätzen</p> <hr/> <p>Notfallstation</p>	<p><u>Resultate Angehörige</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Anwesenheit während einer Reanimation oder einer invasiven Handlung wird als sehr positiv erlebt - Angehörige waren der Meinung, dass es ihr Recht sei, in einem solchen Moment beim Patienten sein zu dürfen - Sie sahen sich selbst als aktive Teilnehmer des Ereignisses - Alle teilnehmenden Familienmitglieder äusserten, dass ihre Anwesenheit für sie sehr hilfreich war und sie es wieder tun würden - Sie gaben an, dass FPDR zu weniger Angst führt, die Qual des Wartens verringert und das Trauern in den folgenden Monaten vereinfacht - FP hat keine negativen psychologischen Effekte auf die Angehörigen <p><u>Resultate Gesundheitsfachpersonal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Signifikante Unterschiede bezüglich der Haltung gegenüber FP: 96% der Pflegenden und 79% der Belegärzte unterstützen diese, während nur 19% der Assistenzärzte auch dieser Meinung waren - Obwohl 88% der Gesundheitsfachpersonen denken, dass FP in dieser Institution fortgesetzt werden sollte, waren signifikant mehr Pflegende dieser Meinung (98% zu 50%) 	<p>5</p>
-------------------------------------	---	--	--	---	----------

Fortsetzung Tabelle 2

Gegenüberstellung der einzelnen Studien

				<ul style="list-style-type: none"> - 38% äusserten, sich zu sorgen, dass es mögliche Störungen durch Familienmitglieder während der FP geben könnte, obwohl keine derartigen Fälle während der Studie eintrafen - Als sehr wichtig wurde erachtet, dass der Fokus des Gesundheitspersonals auf die Reanimation an sich gerichtet sein und frei von Behinderungen ablaufen muss. → Man war sich einig, dass eine speziell ausgebildete Person die Angehörigen betreuen sollte und dass zuerst genau abgeklärt werden muss, wer sich für FPDR eignet und wer nicht 	
Oman et al. (2010) USA	Erforschen, wie häufig Angehörige während Reanimationen anwesend sein können und die Erfahrung von Gesundheitsfachpersonen in Bezug auf FPDR zu untersuchen.	Gelegenheitsstichprobe von Gesundheitsfachpersonen, welche während die Studie durchgeführt wurde, an mindestens einer Reanimation mit FPDR teilgenommen haben: n = 65, (42 Pflegefachpersonen, 13 Ärzte und 10 Atemtherapeuten)	Deskriptive Querschnittstudie mit quantitativen und qualitativen Ansätzen (mehrheitlich quantitativ) Akutspital	<ul style="list-style-type: none"> - 59% der Teilnehmer gaben an, dass Angehörige die Reanimation emotional tolerieren konnten - In 88% der Fälle gab es keine Beeinträchtigung der Teamkommunikation - In 88% der Fälle haben die Angehörigen nicht in die Reanimationsbemühungen eingegriffen - 70% gaben an, dass Angehörige von FP profitieren - Bei 70% der Reanimationen war eine Begleitperson anwesend <p><u>Drei Kernresultate der qualitativen Aspekte</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - FP ist für Angehörige von Vorteil - FP ist emotional - Eine Begleitperson ist wichtig 	5

Fortsetzung Tabelle 2

Gegenüberstellung der einzelnen Studien

<p>Chapman et al. (2012) Australien</p>	<p>Ziel dieser Studie war es, die Wahrnehmung von Fachpersonen zur FPDR zu beschreiben, zu vergleichen und zu verstehen. Dies wird in Bezug auf die Selbstsicherheit, Risiken und Vorteile erforscht.</p>	<p>Gelegenheitsstichprobe von allen auf der Notfallstation arbeitenden Gesundheitsfachpersonen n= 102 (77 Pflegefachpersonen, 25 Ärzte)</p>	<p>Quantitative Querschnittstudie mit wenig qualitativen Ansätzen Notfallstation</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Je mehr Berufserfahrung desto mehr Selbstsicherheit - Je älter desto selbstsicherer - Die Hälfte der Befragten hat vor Beginn der Studie noch nie Angehörige eingeladen - Pflegefachpersonen sind der Ansicht, dass Angehörige die geeignetsten Personen sind, den Entscheid für die FPDR zu fällen - Wenn Teilnehmende der Meinung sind, dass FPDR ein Recht der Familien/Patienten ist, hat dies einen starken positiven Zusammenhang mit der Wahrnehmung von mehr Vorteilen bezüglich der FP <p><u>Hauptgründe für die Einladung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Positiver Einfluss auf den Trauerprozess - Die Angehörigen würden sehen, dass alles Mögliche getan wurde <p><u>Hauptgründe gegen eine Einladung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Angehörige könnten Verhalten und Handeln der Pflege nicht akzeptieren - Platzmangel - Keine adäquate Unterstützung (Begleitperson) für die Angehörigen vor Ort 	<p>5</p>
--	---	---	---	---	----------

3.2 Exkurs zu schriftlichen Guidelines, FP-Protokollen und Begleitpersonen

In sechs von sieben Studien (ausgenommen Holzhauser et al. 2008) wird erwähnt, dass Guidelines erwünscht und hilfreich bezüglich dem Umgang von FPDR sind. In den Studien von Oman et al. (2010) und Lowry (2012) werden die in der Forschung verwendeten Richtlinien und FP-Protokolle ausführlich beschrieben und grafisch dargestellt.

Nachstehend werden die Autorinnen diese zusammengefasst aufzeigen. Wie in der Tabelle 2 und im später folgenden Text "Kritisches Diskutieren der Ergebnisse" ersichtlich ist, wird auch die Wichtigkeit des Vorhandenseins einer Begleitperson in mehreren von den Autorinnen verwendeten Studien thematisiert. Auch dazu werden die Autorinnen folgend einen Auszug aus der Studie von Oman et al. (2010) beschreiben.

3.2.1 Kernaussagen des FP-Protokolls aus der Studie von Lowry (2012)

- Wann immer möglich einen Seelsorger zur Unterstützung von Familien mit kritisch kranken oder sterbenden Patienten beiziehen.
- FP dann offerieren, wenn die Angehörigen durch den Notarzt und den Seelsorger als geeignet bestimmt werden.
- Keine Angehörigen in den Reanimationsraum begleiten, ohne dass die Zustimmung des behandelnden Arztes vorhanden ist, und das Reanimationsteam vorgängig über die Anwesenheit informiert wird.
- Die Angehörigen dürfen den Reanimationsraum nur mit einer Begleitperson oder einer geschulten Pflegefachperson betreten, welche die Familienmitglieder während der Reanimation unterstützen kann.
- Vor dem Betreten des Reanimationsraumes sollen die Angehörigen von der Begleitperson oder dem Pflegenden über den Zustand des Patienten, das Aussehen und die Ausstattung des Raumes wie auch über die Behandlungen, welche angewandt werden, informiert werden.
- Wenn der Angehörige während der Reanimation blass, hysterisch oder störend wird, sollte die Begleitperson die betreffende Person unverzüglich aus dem Reanimationsraum begleiten und entsprechend unterstützende Fürsorge leisten.

3.2.2 Highlights der Guidelines von Oman et al. (2010)

- Gesundheitsfachpersonen sollten die Möglichkeit der FP in Erwägung ziehen.
- Familien sollten überprüft werden, ob sie geeignete Kandidaten für die FP sind.
- Patienten sollten gefragt werden, ob sie Angehörige dabei haben möchten. Wenn Patienten nicht in der Lage sind, diese Entscheidung selbst zu treffen, wird der Wunsch der Angehörigen akzeptiert.
- Bei der Entscheidung, die FP zu offerieren, sollten sich die Gesundheitsfachpersonen einig sein.
- FP sollte nur dann angeboten werden, wenn eine Begleitperson anwesend ist.
- Angehörige können aufgefordert werden, den Reanimationsraum zu verlassen, wenn sie störend, emotional verstört oder physisch instabil sind oder der Zustand des Patienten intensivere oder aggressivere Verfahren verlangt.

3.3 Aufgaben einer Begleitperson gemäss Oman et al. (2010)

3.3.1 Vor dem Ereignis

- Die Angehörigen werden durch die Begleitperson über die folgende Behandlung an ihren Geliebten aufgeklärt. Auch bekommen sie Auskunft darüber, wie der Patient aussehen kann (äusseres Erscheinungsbild) und welche Geräte für welchen Zweck während der Reanimation eingesetzt werden.
- Die Begleitperson erklärt den Familienmitgliedern überzeugend, dass der Patient die erste Priorität des Reanimationsteams einnimmt.
- Die Angehörigen werden darüber informiert, wie viele Familienmitglieder in den Raum dürfen und wo sie sich am besten hinstellen sollen. Im Weiteren muss die Begleitperson sie auch darauf aufmerksam machen, dass es unter gewissen Umständen besser für sie ist, den Raum zu verlassen (wie z.B. bei einer Verschlechterung des Zustandes des Patienten oder dessen Familienmitgliedern). Die Angehörigen bekommen zudem Auskunft über mögliche Zeitlimitierungen (die Autorinnen verstehen darunter, dass die Reanimation ab einem gewissen Zeitpunkt beendet wird, wenn es aus ärztlicher Sicht zwecklos erscheint, den Patienten weiter zu reanimieren).
- Anschliessend werden die Angehörigen durch die Begleitperson in den Reanimationsraum geführt und erhalten, wenn notwendig, zusätzliche Anweisungen.

3.3.2 Während dem Ereignis

Die Begleitperson übernimmt während dieser Zeitphase die volle Verantwortung über die Angehörigen. Dies beinhaltet folgende Punkte:

- Die Begleitperson erkennt den richtigen Zeitpunkt, wenn die Angehörigen aus dem Zimmer gebeten werden sollten.
- Sie bleibt während der ganzen Zeit bei den Familienmitgliedern.
- Falls notwendig, erklärt sie die durchgeführten Interventionen*.
- Sie übersetzt die Fachsprache in die Laiensprache.
- Sie spricht mögliche Ergebnisse der Reanimation, welche erwartet werden könnten, an.
- Sie ist für das Wohlergehen der Angehörigen zuständig und bietet ihnen z.B. eine Sitzmöglichkeit an.
- Sie gibt ihnen die Möglichkeit, Fragen zu stellen.
- Wenn es die Umstände zulassen, sorgt sie dafür, dass die Angehörigen die Möglichkeit haben, den Patienten zu sehen, zu berühren oder mit ihm zu sprechen.

Mögliche Vorfälle oder Situationen, die dazu führen könnten, dass die Angehörigen den Reanimationsraum verlassen müssen:

- Wenn Patientenangehörige störend, emotional verstört oder physisch instabil sind.
- Wenn die Reanimationsbemühungen verstärkt werden müssen und aggressivere Verfahren notwendig sind.

3.3.3 Nach dem Ereignis

Nach der Reanimation führt die Begleitperson die Angehörigen in einen den Umständen entsprechend angenehm ruhigen Raum, klärt offene Fragen und kümmert sich um deren Bedürfnisse. Falls gewünscht, zieht die Begleitperson einen Seelsorger bei. (Auch Personen aus dem Reanimationsteam, welche in der Nachbesprechung eine seelische Unterstützung wünschen, wird eine solche Dienstleistung angeboten).

Allgemein ist zu sagen, dass das gesamte Reanimationsteam die Verantwortung übernimmt, dass eine Atmosphäre herrscht, welche für eine sichere und angemessene Patienten- und Angehörigenversorgung sorgt.

3.4 Familienzentrierte Pflege

Im folgenden Kapitel wird ein Teil zur Theorie der "familienzentrierten Pflege" erläutert. In der Literatur dieses Konzeptes wird der Begriff "Familie" verwendet. Die Autorinnen setzen für diesen Theorieinput den bis anhin verwendeten Begriff "Angehörige" mit dem Wort "Familie" gleich.

Gemäss Preusse-Bleuler & Métrailler (2012) beeinflusst die Krankheit eines Familienmitglieds nicht nur den Erkrankten selbst, sondern die Familie als Ganzes. Die Familie hat ebenfalls einen signifikanten Einfluss auf den Gesundheitszustand und das Wohlbefinden der einzelnen Familienmitglieder.

„Nach den Zahlen des Dritten Pflegeberichts ist die Familie unbestritten der „grösste Pflegedienst“ Deutschlands. Die Mehrzahl der pflegebedürftigen Menschen wird von Angehörigen betreut. Dieser Prozentsatz nimmt allerdings langsam ab. Die Familie ist unbestritten der Ort, an dem Gesundheitsverhalten gelernt wird.“ (Wagner, 2007, zitiert nach Preusse, Büscher & Wagner, 2009, S. 11)

3.4.1 Definition "Familie"

Wright & Leahey (2005, zitiert nach Preusse-Bleuler et al., 2012, S. 6) geben an, dass die Familie als eine Einheit betrachtet wird, deren Mitglieder nicht zwingend verwandt sein oder zusammen leben müssen. Als wesentlich betrachten sie, dass Bindungen und ein Zugehörigkeitsgefühl unter den Mitgliedern bestehen. Laut Preusse-Bleuler et al. (2012) bestimmt der Patient selber, wer zum Kreis seiner Familie gehört. Diese von ihm ausgewählten Familienmitglieder stellen für ihn die wichtigsten Bezugs- und Unterstützungspersonen dar.

3.4.2 Definition "Familienzentrierte Pflege"

„Die Familienzentrierte Pflege baut auf dem systemischen Ansatz auf. Sie richtet sich an den Patienten, die pflegenden Angehörigen und an die ganze Familie als ein System. Dies bedeutet, dass mit der familienzentrierten Pflege ein Fokuswechsel von "Familie als Kontext" hin zu "Familie als System" vorgenommen wird. Die Familie als System wahrnehmen bedeutet, dass die wichtigsten Bezugspersonen des Patienten als Mitbetroffene von Anfang an und kontinuierlich einbezogen werden.

Zur Veranschaulichung dient das metaphorische Bild des Schauspiels: Der Patient ist der Hauptdarsteller, für ihn selber sind seine engsten Angehörigen keine Statisten, welche nur eine stumme Rolle im Hintergrund spielen, sondern ebenfalls Hauptdarsteller. Gelingt es den Pflegenden, die Angehörigen ebenfalls als Hauptdarsteller ernst zu nehmen, ist bereits ein wesentlicher Schritt Richtung familienzentrierte Pflege getan.“ (Preusse-Bleuler et al., 2012, S. 7)

3.4.3 Die Entwicklung der familienzentrierten Pflege

Preusse et al. (2009) beschreiben, dass es seit den weit zurückliegenden Anfängen, als die Pflege der kranken Angehörigen noch ganz selbstverständlich zum Familienleben gehörte, in ihrer Entwicklung viele Veränderungen gegeben hat. Es kam beispielsweise zum Ausschluss von Angehörigen während wichtigen Ereignissen (Geburt und Tod, Aufrechterhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden, etc.). In der heutigen Zeit betrachten es die Pflegenden als ihre Hauptaufgabe und Pflicht, die Familie zur Beteiligung an der Gesundheitsversorgung des Patienten, einzuladen. Allerdings weisen Pflegefachpersonen heutzutage mehr Kompetenz, Respekt und Wille zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit auf, als in der bisherigen Geschichte der Pflege. Laut Friedman, Bowden & Jones (2003, zitiert nach Preusse et al., 2009, S. 31) ist die Kluft zwischen Theorie, Forschung und aktueller klinischer Praxis jedoch immer noch zu gross, obwohl es fortwährend mehr Texte und Artikel über familienzentrierte Pflege gibt.

3.4.4 Was die familienzentrierte Pflege erreichen will

Gemäss Preusse-Bleuler (2012) hat die familienzentrierte Pflege folgende Ziele: Zum einen möchte sie eine angepasste und nachhaltige Pflege für die Patienten erreichen. Des Weiteren möchte sie die Unterstützung der bestmöglichen Lebensqualität des Patienten und seiner Angehörigen gleichermassen ermöglichen können. Ein weiteres Ziel ist die Erhaltung der Selbstständigkeit und Autonomie der Familien. Ebenfalls möchte sie die Handlungsfähigkeiten der Familien unterstützen, wie auch deren Selbsthilfefähigkeit fördern.

3.4.5 Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen

Internationale Studien (Benner & Chesla, 2000, Friedman, 1997, Hanson, 2001, Lewis, 2004, Wright et al., 2005, zitiert nach Preusse-Bleuler et al., 2012) haben sich mit den Bedürfnissen der Patienten und deren Angehörigen hinsichtlich der pflegerischen Versorgung befasst. Dies mit der Absicht, eine gezielte familienzentrierte Pflege zu erreichen. Aus den Studien resultierte, dass sich die Bedürfnisse von Patienten und deren Familienmitglieder in vielen Bereichen überschneiden. Folgende fünf Bedürfnisse wurden am meisten erwähnt:

- Information und Kommunikation
- Praktische Unterstützung in Pflege und Haushalt
- Emotionale Unterstützung
- Unterstützung in Bezug auf die eigene Gesundheit und das Wohlbefinden
- Unterstützung in finanziellen Fragen

Gemäss Preusse-Bleuler (2012) hat jede Familie ihre eigenen Vorstellungen betreffend ihrer Realität entwickelt. Dadurch sind spezifische Auffassungen von Gesundheit und Krankheit entstanden. Die Familie hat unter anderem konkrete Vorstellungen darüber, was für ihre individuellen Probleme hinderlich oder fördernd ist.

„[...] Pflegende wie Ärzte es zwar als sehr wichtig erachten, das Familiensystem zu unterstützen, ihnen aber oft das notwendige Wissen, die Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie die Strukturen dafür fehlen.“ (Hallgrimsdottir, 2000, zitiert nach Preusse-Bleuler et al., 2012, S.7). In der Studie von Wilkinson, Gambles & Roberts, (2002, zitiert nach Preusse-Bleuler et al., 2012) werden vor allem Schwierigkeiten in der Kommunikation von sterbenden Patienten und deren Angehörigen erwähnt. Es bestehen Hemmungen, heikle Themen anzusprechen. Wright, (2005, zitiert nach Preusse-Bleuler et al., 2012) und Wright et al., (2005, zitiert nach Preusse-Bleuler et al., 2012) ergänzen die Aussage, dass Hemmungen bestehen, heikle Themen anzusprechen, weil eine Angst vorhanden ist, in ein Wespennest zu stechen oder keine Antwort auf die Fragen der Familien zu haben. Laut Preusse-Bleuler et al. (2012) ist es häufig ein grosses Anliegen der Angehörigen, ihren Kranken etwas Gutes tun zu können.

Wenn die Angehörigen merken, dass sie sinnvolle Unterstützung leisten konnten, gibt ihnen das ein Gefühl der Freude und Befriedigung. Zu den Aufgaben der Pflegefachpersonen gehört es, die Mithilfe der Familien zu unterstützen und diese in den Alltag zu integrieren.

3.4.6 Anerkennung und Wertschätzung

Laut Preusse-Bleuler (2012) gibt es diverse Punkte, die in der Zusammenarbeit mit den Familien beachtet werden sollten. Nachstehend werden diese aufgelistet.

- Es ist wichtig, dass die Pflegenden der Familie (als Ganzes oder auch einzelnen Angehörigen) ihre Wertschätzung gegenüber den Ressourcen und persönlicher Stärken der Angehörigen aussprechen, welche die Familienmitglieder aufbringen, um der Situation gewachsen zu sein. Häufig ist es jedoch der Fall, dass die von Gesundheitsproblemen betroffenen Familien, für ihre Stärken, Ressourcen und Anstrengungen kaum Anerkennung erhalten. Dies führt dazu, dass die Angehörigen sich dieser selber gar nicht bewusst sind. Daraus ist wiederum zu schliessen, dass Pflegende nie genug Anerkennung und Wertschätzung aussprechen können. Dies trifft vor allem auf Familien zu, welche langfristige, chronische Krankheiten eines geliebten Menschen miterleben müssen. Ergänzend dazu sind die Autorinnen der Meinung, dass betreuende Angehörige oft selbst an ihre Grenzen stossen. Es fehlt ihnen zur Schöpfung neuer Energie eine Kraftquelle, welche durch Lob und Anerkennung geschaffen werden könnte.
- Die Anerkennungen und Wertschätzungen sollten sich auf Beobachtungen von Verhaltensmustern beziehen.
- Oftmals fühlen sich Familien, welche mit chronischen, lebensbedrohlichen Krankheiten oder psychischen Erkrankungen konfrontiert sind, ohnmächtig, hoffnungslos und/ oder kraftlos. Dies in Bezug auf ihre Anstrengungen, welche sie aufbringen, um die Krankheit zu überwinden, respektive mit ihr zu leben lernen. Des Öfteren treten im Zusammenhang mit der Krankheitserfahrung oder in Hinsicht auf die ungewisse Zukunft, Situationen auf, welche die Familie beängstigen und unruhig machen.
- Solche offen ausgesprochene Anerkennungen sind wirksame pflegerische Interventionsmittel, was durch die unmittelbar und

langfristig positiven Reaktionen bestätigt wird. Familien berichten, dass es ihnen neue Zuversicht im Umgang mit der Krankheit gibt, wenn die Pflegenden sich auf die Stärken und Möglichkeiten der Angehörigen konzentrieren. Dadurch haben sie den Optimismus, wirksamere Lösungen anzugehen, um akutes und potentiell Leiden zu mindern.

3.4.7 Definition “Pflegende Angehörige“

Gemäss Preusse-Bleuler (2012) werden Angehörige dann als Pflegende bezeichnet, wenn sie sich unentgeltlich um ein Familienmitglied oder eine befreundete Person kümmern, wobei diese erkrankte Person ohne deren Hilfe nicht zurecht käme. Diese Pflege bezieht sich auf Verwandte, Partner oder Freunde, welche physisch oder psychisch krank, geschwächt, behindert oder substanzabhängig sind.

Unabhängig vom Alter und der Lebenserfahrung kann laut Preusse-Bleuler (2012) jeder ein Pflegenden werden. Des Öfteren ist es so, dass pflegende Angehörige ihre Aufgabe nicht freiwillig wählen. Stattdessen geraten sie durch eine Situationsveränderung ihres Familienkreises meist unvorbereitet in ihre neue Rolle. In vielen Fällen bleibt ihnen gar keine andere Wahl, als pflegerisch aktiv zu werden.

Laut Rolland (1984, zitiert nach Preusse-Bleuler, 2012) leisten Familien grosse Arbeit. Sie lernen beispielsweise mit den Symptomen und Behinderungen umzugehen. Ausserdem tragen sie zur Anpassung des Behandlungs- und Pflegeprozesses bei. Des Weiteren entwickeln sie Beziehungen mit dem Behandlungsteam und schaffen sich ein Gefühl der Krankheitsbeherrschung an. Sie trauern um die verlorene Lebensart vor der Erkrankung des Patienten und akzeptieren die Krankheit als permanent vorhanden. Ausserdem stehen sie bei plötzlichen Krisen zusammen und entwickeln angesichts der unsicheren Zukunft Flexibilität.

3.4.8 Evaluation der familienzentrierten Pflege

Gemäss Preusse-Bleuler et al. (2012) kann ein Feedback für das Behandlungsteam für alle Seiten sinnvoll sein. Dass die Patienten und deren Angehörige ihre Kritik direkt in einem ruhigen Raum anbringen dürfen, kann eine befreiende Wirkung auf die Betroffenen haben. Es wird vom Behandlungsteam nicht erwartet, dass sie sich verteidigen müssen. Stattdessen können sie Verständnis für die Kritik entwickeln und diese als Anregung nutzen, um die Pflegequalität zu verbessern.

4 Diskursive Auseinandersetzung mit der Literatur

4.1 Kritisches Diskutieren der Ergebnisse

Die Diskussion der Ergebnisse wird von den Autorinnen übersichtshalber gruppiert. Diese Gruppierung basiert auf der Häufigkeit der Vorkommnisse der Resultate aus den sieben analysierten Studien.

4.1.1 Auswirkungen der FPDR auf die Angehörigen seitens Pflegefachpersonen

Vorweg kann gesagt werden, dass die FPDR laut Meyers et al. (2000) keine negativen psychologischen Effekte auf die Angehörigen hat. Auch in der Studie von Oman et al. (2010) gibt über die Hälfte der Teilnehmenden an, dass die Angehörigen die FPDR emotional tolerieren können. Daraus schliessen die Autorinnen, dass, wenn die Angehörigen die Geschehnisse der Reanimation emotional ertragen können, diese auch langfristig keine psychischen Auswirkungen auf sie haben. Des Weiteren wird auch in der Forschung von Lowry (2012) ersichtlich, dass die FP keine negativen Folgen auf die anwesenden Familienmitglieder hat. In der Studie von Holzhauser et al. (2008) wird allerdings von einer sehr kleinen Anzahl Probanden befürchtet, dass der Anblick von invasiven Handlungen die Angehörigen aus der Fassung bringen könnte. Auch in der Studie von Holzhauser et al. (2007) sind im Pretest knapp über die Hälfte der Befragten der Meinung, dass die Angehörigen die Situation nicht bewältigen können. Im durchgeführten Posttest wird jedoch ersichtlich, dass signifikant weniger Teilnehmer diese Meinung immer noch vertreten. Daraus schliessen die Autorinnen, dass, wenn nur wenig Wissen bezüglich FPDR unter den Pflegenden vorhanden ist, sie eher davon ausgehen, dass FP, respektive die Reanimationsbemühungen, sich auf die Angehörigen negativ auswirken könnten. Dies wird in der Studie von Madden et al. (2007) wie folgt bestätigt: Beinahe alle Teilnehmenden waren der Meinung, dass Kenntnisse über die Vorteile von FPDR für Patienten und deren Angehörigen seitens des Gesundheitspersonals als fördernder Faktor zur Einladung von FP gilt.

In Meyers et al. (2000) beschreiben die Angehörigen, dass die Anwesenheit während einer Reanimation oder einer invasiven Handlung von ihnen als sehr positiv erlebt wurde. Alle teilnehmenden Familienmitglieder äusserten, dass ihre Anwesenheit für sie selbst sehr hilfreich war und sie sich auch im Nachhinein wieder für die FP entscheiden würden. Ergänzend dazu sind ein grosser Teil der Pflegenden in der Studie von Oman et al. (2010) der Meinung, dass die Angehörigen von der FP profitieren können.

Ausser in der Studie von Madden et al. (2007) wird in den anderen sechs Literaturen im Ergebnisteil ersichtlich, dass seitens der Pflegenden das Wohlbefinden der Angehörigen während der Reanimation als sehr wichtig erachtet wird. So beschreiben die Probanden in der Forschung von Holzhauser et al. (2008), dass sich die Angehörigen durch die FP womöglich wohler fühlen würden. Dies assoziiert mit der Vermutung von einem kleinen Teil der Befragten, dass das Warten ausserhalb des Reanimationsraums für die Angehörigen als negativ erlebt werden könnte. Die Autorinnen sehen eine Bestätigung dieser Aussage in der Studie von Meyers et al. (2000). In dieser Studie erwähnen die Angehörigen, dass durch die FPDR die Qual des Wartens verringert wird. Des Weiteren geben sie an, dass FPDR zu weniger Angst führt und das Trauern in den folgenden Monaten vereinfacht wurde. Die Tatsache, dass die FPDR einen positiven Einfluss auf den Trauerprozess hat, wird in der Studie von Chapman et al. (2012) als Hauptgrund für die Einladung zu FP angegeben. Auch sind beinahe alle Teilnehmer der Forschung von Holzhauser et al. (2007) der Meinung, dass durch die FP der nachfolgende Trauerprozess positiv beeinflusst wird. Ein weiterer Vorteil der Anwesenheit von Angehörigen ist laut Lowry (2012), dass die Angehörigen die Veränderung des Gesundheitszustandes des Patienten über die Zeit mitverfolgen können. Holzhauser et al. (2008) zeigen in ihren Resultaten auf, dass wenige Probanden der Meinung sind, die Angehörigen können durch die FP ein grösseres Verständnis bezüglich der Prognose aufbringen. Anknüpfend dazu wird in der Forschung von Holzhauser et al. (2007) aufgezeigt, dass sich die Angehörigen durch die FP mit dem veränderten Gesundheitszustand besser arrangieren können, als wenn sie von den Reanimationsbemühungen ausgeschlossen werden würden. Die Autorinnen interpretieren aus den soeben beschriebenen Aussagen, dass die Anwesenheit, respektive das Mitverfolgen der Reanimationsgeschehnisse und der Veränderung des Gesundheitszustandes ihres Geliebten, grösseres Verständnis mit sich bringt. Dies kann wiederum gemäss Autorinnen einen positiven Einfluss auf den Trauerprozess haben.

4.1.2 Angehörige sehen, dass alles Mögliche getan wurde

Chapman et al. (2012) wie auch Holzhauser et al. (2007) zeigen beide Folgendes auf: Durch die FPDR wird den Angehörigen ermöglicht, mitanzusehen, dass seitens der Pflegenden alles Mögliche für ihre Liebsten getan wurde. In der Studie von Lowry (2012) wird ergänzend dazu erwähnt, dass durch die Wertschätzung der Angehörigen, in Bezug auf die gerade beschriebene Tatsache, das Selbstvertrauen der Pflegenden gesteigert wird.

4.1.3 Angehörige werden als Teil des Teams angesehen

Die Angehörigen sahen sich selbst als aktive Teilnehmer des Ereignisses, was mit folgendem Zitat nach Meyers et al. (2000, S. 67) bestätigt wird: „The doctors were there for the procedure, but I was there for him.“ Des Weiteren wird in der Studie von Lowry (2012) erwähnt, dass die FPDR als Einbezug, Unterstützung und Begleitung der Angehörigen erlebt wird. Ergänzend vermuten knapp die Hälfte der Probanden in der Studie von Holzhauser et al. (2008), dass sich die Angehörigen durch ihre Präsenz in den Reanimationsprozess miteinbezogen fühlen könnten. Ein kleiner Teil der Befragten gab ausserdem an, dass es den Angehörigen durch die FPDR möglich war, zu helfen. Einige Teilnehmer der Forschung von Holzhauser et al. (2008) sehen einen Vorteil darin, dass sie durch die Auskunft der anwesenden Angehörigen einen schnelleren Zugriff auf die Patientengeschichte haben. In der Studie von Holzhauser et al. (2007) wird aufgezeigt, dass in den Ergebnissen des Posttests im Vergleich zum Pretest mehr Pflegende der Meinung sind, dass die Angehörigen als ein Teil des Teams angesehen werden. Daraus schliessen die Autorinnen, dass, je mehr Erfahrung und Wissen Pflegende bezüglich FPDR haben, die Angehörigen eher ins Team integriert werden. Chapman et al. (2012) geben an, dass Pflegefachpersonen der Ansicht sind, dass Angehörige die geeignetsten Personen sind, den Entscheid für die FPDR zu fällen. Daraus interpretieren die Autorinnen, dass die Angehörigen während einer Reanimation tatsächlich ins Team integriert werden. In der Studie von Holzhauser et al. (2008) wird angegeben, dass durch die FP die Angehörigen einfacher durch die Pflegenden zu managen sind. Die Autorinnen interpretieren aus der Vereinfachung des Managements der Angehörigen, dass dies eine Folge davon ist, dass die Angehörigen von den Gesundheitsfachpersonen als aktive Teammitglieder angesehen werden.

4.1.4 Schriftliche Richtlinien

In sechs der sieben ausgewählten Studien (exklusive Holzhauser et al., 2008) wird erwähnt, dass schriftliche Richtlinien einen positiven Einfluss auf die Haltung der Pflegenden gegenüber FPDR haben. Dies wird gemäss Autorinnen vor allem in den Studien von Lowry (2012), Oman et al. (2010) und Meyers et al. (2000) sehr klar ersichtlich, da diese Forscher während ihrer Befragungen FP-Protokolle verwendet haben. In der Studie von Madden et al. (2007) wird angegeben, dass beinahe alle Befragten schriftliche Guidelines wünschen. Daraus interpretieren die Autorinnen, dass bestehende Richtlinien den Pflegenden den Umgang mit FPDR erleichtern. Diese Interpretation der Autorinnen wird in der Studie von Madden et al. (2007) bestätigt. Letztere geben an, dass mit Hilfe von Richtlinien Konflikte innerhalb des Reanimationsteams präventiv verhindert werden können und damit allen an der Reanimation beteiligten Personen einen sicheren Ansatz geboten wird. Auch ist es laut Madden et al. (2007) offensichtlich, dass Pflegefachpersonen, welche auf Stationen ohne schriftliche Guidelines arbeiten, in eine schwierige Position kommen könnten, wenn sie mit der Bitte der Familie des Patienten, bei der Reanimation dabei sein zu dürfen, konfrontiert werden. Auch Oman et al. (2010) erwähnen, dass schriftliche Leitlinien wichtige Werkzeuge sind, weil sie der Praxis Struktur bieten. Diese sind dann besonders wertvoll, wenn sie mit seltenen oder emotionalen Ereignissen assoziiert sind. Die Richtlinien könnten dazu dienen, die Rollen und Verantwortlichkeiten des Gesundheitspersonals während der Reanimation zu definieren. Aufgrund dessen, dass Notfallpflegefachpersonen signifikante Erfahrungen mit FPDR haben, könnten sie vielleicht die gewünschte Gruppe sein, welche die erwähnten Richtlinien entwickeln, um die Praxis der FPDR anzusprechen. Beispiele bezüglich schriftlichen Guidelines siehe "Exkurs zu schriftlichen Guidelines, FP-Protokollen und Begleitpersonen".

4.1.5 Begleitperson

Als sehr wichtig wurde in der Studie von Meyers et al. (2000) erachtet, dass der Fokus des Gesundheitspersonals auf die Reanimation an sich gerichtet sein soll und frei von Behinderungen ablaufen muss. Daraus resultierte, dass sich die Probanden einig waren, dass eine speziell ausgebildete Person die Angehörigen betreuen sollte. Dasselbe wird auch in der Studie von Oman et al. (2010) geäussert.

Ergänzend dazu erwähnen Chapman et al. (2012) und Holzhauser et al. (2008), dass durch das Fehlen einer geschulten Begleitperson während einer Reanimation, die Angehörigen zu wenig adäquat unterstützt und informiert werden. In der Forschung von Meyers et al. (2000) und Oman et al. (2010) wurden fast alle teilnehmenden Angehörigen durch eine Begleitperson unterstützt. Bezüglich der Aufgaben, welche die Begleitperson übernehmen sollte, siehe "Exkurs zu schriftlichen Guidelines, FP-Protokollen und Begleitpersonen".

4.1.6 FPDR ist ein Recht der Angehörigen

In der Forschung von Meyers et al. (2000) äussern die Angehörigen, dass es ihr Recht sei, in Momenten wie einer Reanimation oder einer invasiven Handlung beim Patienten sein zu können. Die Studie von Chapman et al. (2012) weist folgende Korrelation* auf: Wenn Pflgende der Meinung sind, dass FPDR ein Recht der Familienmitglieder/ Patienten ist, hat dies einen stark positiven Zusammenhang mit der Wahrnehmung von mehr Vorteilen bezüglich FP.

4.1.7 Platzmangel

In der Studie von Holzhauser et al. (2008) wird angegeben, dass die Teilnehmenden zu einem kleinen Teil die Befürchtung haben, die Angehörigen könnten ihnen im Weg stehen. Auch in Chapman et al. (2012) wird der Platzmangel als ein möglicher hemmender Faktor bezüglich der Einladung zur FPDR aufgezeigt. Da jedoch in der Mehrheit der analysierten Forschungsliteratur diese Thematik nicht angesprochen wird, könnte daraus interpretiert werden, dass Platzmangel kein relevanter, negativer Faktor bezüglich der Einladung zu FP ist. Die Autorinnen erachten diese mögliche Interpretation allerdings als heikel. Aus persönlicher Expertise wissen sie, dass gerade auf den Bettenstationen die Zimmer eher eng sind. Daher könnte ihrer Meinung nach durchaus ein Platzmangel entstehen, je mehr Personen an der Reanimation beteiligt sind. Vor allem auch in Anbetracht dessen, dass die Angehörigen vermutlich nicht genau wissen, wo sie stehen oder sitzen sollen, um möglichst nicht im Weg zu sein (sollte keine Begleitperson anwesend sein, welche ihnen zeigen würde, wo sie sich während der Reanimation aufhalten können).

4.1.8 Eingreifen der Angehörigen in die Reanimationsbemühungen

In der Studie von Madden et al. (2007) und Holzhauser et al. (2008) vermuten jeweils ein kleiner Teil der Pflegefachpersonen, dass Angehörige die Reanimationsbemühungen unterbrechen oder in diese eingreifen könnten. Auch in Meyers et al. (2000) wird diese Sorge erwähnt, obwohl während der Durchführung der Studie keine derartigen Fälle eingetroffen sind. In der Studie von Oman et al. (2010) wird hingegen erläutert, dass in fast allen Fällen die Angehörigen nicht in die Reanimationsbemühungen eingegriffen haben.

Des Weiteren wird in Chapman et al. (2012) beschrieben, dass die Angehörigen das Verhalten und Handeln der Gesundheitsfachpersonen nicht akzeptieren könnten. Dies steht in Verbindung mit der Aussage in der Studie von Holzhauser et al. (2008), in welcher von sehr wenigen Probanden angegeben wird, dass die Angehörigen womöglich mit dem Beenden der Reanimation Schwierigkeiten haben könnten oder gar nicht damit einverstanden wären. Letztere Aussage sollte gemäss Autorinnen mit Vorsicht betrachtet werden, da die Anzahl der Probanden, welche diese Befürchtung äusserten, nur sehr klein war.

4.1.9 Stress/ Einfluss auf die Teamarbeit

Madden et al. (2007) beschreiben, dass die Anwesenheit von Angehörigen beim Personal zusätzlichen Stress auslösen und das Konfliktpotential unter dem Notfallteam dadurch steigern könnte. Diese Aussage wird durch Holzhauser et al. (2008) bestätigt, weil die Befragten äusserten, sich in Abwesenheit der Angehörigen relaxter zu fühlen. In der Studie von Holzhauser et al. (2007) wird aufgezeigt, dass nach dem Posttest deutlich weniger Gesundheitsfachpersonen der Meinung waren, dass die Leistung des Personals unter FP leidet. Chapman et al. (2012) geben an, dass je mehr Berufserfahrung und je älter die Gesundheitsfachpersonen sind, ihre Selbstsicherheit umso grösser ist. Daraus interpretieren die Autorinnen, dass je selbstsicherer die Pflegenden sind, desto kleiner ist der Einfluss auf ihre Handlungen durch die Anwesenheit der Angehörigen.

In beinahe allen Reanimationssituationen wurde gemäss Oman et al. (2010) die Teamkommunikation durch die FP nicht beeinträchtigt. In Bezug darauf, erachten die Autorinnen die Aussage von Madden et al. (2007), welche die Übereinstimmung im Reanimationsteam bezüglich FPDR als einen Faktor sehen, welcher die Einladung zu FP signifikant fördert, als sehr aussagekräftig.

Daraus interpretieren die Autorinnen folgendes: Je mehr das Reanimationsteam einer Meinung ist, desto weniger lassen sie sich durch die Angehörigen oder allgemein äussere Störfaktoren beeinflussen.

4.1.10 Angst vor rechtlichen Klagen

Als weiteres Ergebnis wird in Madden et al. (2007) die Angst vor rechtlichen Klagen geschildert. Auch in der Studie von Holzhauser et al. (2007) ist dies ein Thema. Allerdings wird aufgezeigt, dass sich nach dem Posttest die Anzahl der Pflegenden, welche im Pretest diese Befürchtungen hatten, verringert hat. Die Autorinnen könnten sich vorstellen, dass vor allem Gesundheitsfachpersonen mit allgemein wenig Reanimationserfahrungen diese Befürchtungen hatten. Dies aufgrund dessen, weil nach der Meinung der Autorinnen weniger erfahrenes Personal ihre Handlungen evtl. weniger gut/ aussagekräftig begründen könnten als erfahrenes Personal.

4.2 Interpretation zur Aussagekraft der Ergebnisse der ausgewählten Forschungsliteratur

Im Text "Kritisches Diskutieren der Ergebnisse" wurden bereits Interpretationen der Autorinnen miteinbezogen. Nachfolgend werden weitere Interpretationen ausführlicher aufgezeigt.

Im Allgemeinen ist es schwierig, die Ergebnisse der vorliegenden Literaturen miteinander zu vergleichen und zu diskutieren. Dies aus den Gründen, weil das Setting, das Sample, demographische und geographische Daten wie auch die angewandte Methodik teilweise leicht variieren. Diese Interpretation der Autorinnen wird im Background der Studie von Chapman et al. (2012) bestätigt. Aus dem Grund, damit zukünftige Studien besser miteinander verglichen werden können, wendeten Chapman et al. (2012) validierte Messinstrumente an.

Des Weiteren werden beispielsweise in den Studien von Lowry (2012) und Madden et al. (2007) ausschliesslich Pflegefachpersonen befragt, während in den anderen fünf Studien auch noch die Meinungen von Ärzten in die Befragungen miteinbezogen wurden. Wie in den Studienanalysen, welche sich im Anhang C befinden, erklärt wird, hat die Einschliessung von Ärzten keinen Einfluss auf die Resultate. Dies zum einen, weil die beiden Berufsgruppen im Resultatteil getrennt sind, zum anderen, weil in allen fünf Studien viel mehr Pflegenden als Ärzte befragt wurden.

Ausserdem wurde die Studie von Oman et al. (2010) in einem Akutspital durchgeführt, alle anderen sechs jedoch nur spezifisch auf einer Notfallstation, was die Resultate ebenfalls beeinflussen könnte. Eine genauere Begründung, weshalb dies einen Einfluss haben kann, siehe "Ein- und Ausschlusskriterien".

Die ausgewählten Forschungsliteraturen basieren auf einer qualitativen Studie, zwei quantitativen und vier Studien mit qualitativen und quantitativen Ansätzen. Dies wurde von den Autorinnen mit Absicht so gewählt, um herauszufinden, ob es Unterschiede bezüglich der Haltung von Pflegenden gegenüber FPDR gibt, was allerdings nicht bestätigt wurde. Obwohl die Stichprobengrösse der einzelnen Studien sehr variiert, erachten die Autorinnen alle als angemessen. Dies, weil eine Reanimation eine eher seltene Situation ist und deshalb die Anzahl Teilnehmender, welche bereits Erfahrung mit FPDR hat, beschränkt ist.

Bezüglich der unterschiedlichen geographischen Durchführungsorte der Studien gab es für die Autorinnen erhebliche Unterschiede in Bezug auf das Vergleichen der Resultate. So finden die Autorinnen, dass in den Studien von Holzhauser et al. (2007) und Holzhauser et al. (2008) klar erkennbar ist, dass diese nicht in den USA sondern in Australien durchgeführt wurden. Sie stellen zudem fest, dass die Thematik der FPDR, zum Zeitpunkt der Studiendurchführung, noch kein weit verbreitetes Thema in Australien war. Die Autorinnen sind der Meinung, dass beim Durchlesen, Analysieren und Interpretieren der Studien zum Vorschein kommt, dass die Teilnehmer dieser beiden Studien noch wenig mit FPDR konfrontiert wurden. Eine Distanz zum Thema wie auch fehlendes Wissen ist spürbar. Die Autorinnen sind jedoch ebenfalls der Ansicht, dass in den dazwischenliegenden vier bis fünf Jahren die FPDR in Australien öfter thematisiert und angewandt wurde. Dies ist in der Studie von Chapman et al. (2012), welche ebenfalls in Australien stattgefunden hat, klar ersichtlich.

4.2.1 Spezifische Auseinandersetzung mit der Aussagekraft der Studie von Holzhauser et al. (2008)

Die Autorinnen erachten die Interpretation der Ergebnisse dieser Studie aus verschiedenen Gründen als sehr schwierig.

1. Die Prozentangaben der Resultate korrekt zu interpretieren, empfanden die Autorinnen als sehr herausfordernd. Dies aus dem Grund, weil bei den fehlenden Prozenten nicht ersichtlich ist, ob die Befragten konträrer Meinung waren, oder ob sie die Frage nicht beantwortet haben.
Beispiel: Es werden fünf verschiedene Resultate mit den jeweiligen Prozentzahlen angegeben. Werden alle fünf Prozentangaben zusammengerechnet, wird nicht die Summe von 100% erreicht. Angenommen die Summe würde 85% betragen, ist nicht bekannt, was die restlichen 15% aussagen.
2. Weiter als schwierig erachten die Autorinnen, dass die Kontroll- und Experimentalgruppe zwar eigene/ separate Resultate aufweisen, diese jedoch nicht ersichtlich einander gegenübergestellt werden. Somit ist nicht klar, was der Effekt der Experimentalgruppe schlussendlich aussagt und bewirkt.
3. In der Studie ist auch nicht ersichtlich und nachvollziehbar, wie die Resultate erforscht wurden. Beispielsweise stimmen die abgebildeten Fragebögen nicht mit dem Text in der Studie überein. Die Forscher erwähnen Resultate, ohne dass die zugehörigen Fragen im Fragebogen vorhanden sind. Somit ist für die Autorinnen nicht beurteilbar, ob der Fragebogen in der Studie unvollständig abgebildet wurde. Angenommen die Abbildung wäre vollständig, ist unklar, wie die beschriebenen Resultate von den Teilnehmern erhoben wurden.

4.3 Ergebnisse in Bezug zur verwendeten Theorie

Im Allgemeinen ist es den Autorinnen nicht leicht gefallen, einen passenden Theorieinput zu verfassen, da es laut ihren Angaben bezüglich ihres Themas der FPDR keine spezifische Theorie dazu gibt. Wie bereits beschrieben wurde, haben sie sich für das Thema "Familienzentrierte Pflege" entschieden. Die Autorinnen sind der Meinung, dass diese Thematik am ehesten in Bezug zur FPDR gesetzt werden kann. Dies begründen sie so, dass, wenn die Pflegenden den Angehörigen wie auch den Patienten die Option zur FPDR anbieten, automatisch auch familienzentrierte Pflege durchgeführt wird. Die Autorinnen gehen davon aus, dass die FPDR nicht aus dem Grund ausgeführt wird, weil vor allem die Pflegenden davon profitieren, sondern damit in erster Linie die Angehörigen einen Vorteil daraus ziehen können. Somit wird ersichtlich, dass die Familie im Zentrum des Geschehens steht. Gemäss Wagner (2007, zitiert nach Preusse et al., 2009) wird die Mehrzahl pflegebedürftiger Menschen von Angehörigen gepflegt. Die Autorinnen schliessen daraus, dass es für die Angehörigen, welche sich Tag und Nacht um den Patienten kümmern, nur schwer nachvollziehbar sein könnte, wenn sie aus so einem wichtigen Ereignis, wie einer Wiederbelebung, ausgeschlossen werden würden. Preusse et al. (2009) beschreiben in ihrer Definition von familienzentrierter Pflege, dass es früher zum Ausschluss von Angehörigen während wichtigen Ereignissen kam. Heutzutage sehen die Pflegenden die Einladung der Angehörigen zu solchen Geschehnissen jedoch als ihre Hauptaufgabe. Dies stimmt mit den von den Autorinnen analysierten Studien überein. In diesen soeben erwähnten Forschungen wird immer wieder angesprochen, dass der Einbezug von Angehörigen bezüglich FPDR immer mehr zum Thema wird. Dass laut Preusse et al. (2009) Pflegefachpersonen heutzutage mehr Kompetenz, Respekt und Wille zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den Angehörigen aufzeigen, könnte gemäss den Autorinnen einen sehr positiven Einfluss darauf haben, eher zur FPDR einzuladen. Laut den Autorinnen basiert der Entscheid, einen Angehörigen zur FPDR einzuladen, darauf, dass grundsätzlich der Wille zur Integration der Angehörigen seitens der Gesundheitsfachpersonen da sein muss. Internationale Studien (Benner & Chesla, 2000, Friedman, 1997, Hanson, 2001, Lewis, 2004, Wright et al., 2005, zitiert nach Preusse-Bleuler et al., 2012) zeigen auf, dass Information, Kommunikation, die Unterstützung des Wohlbefindens und auch die emotionale Unterstützung zentrale Bedürfnisse der Patienten und Angehörigen sind.

Durch die FPDR wird den Angehörigen ermöglicht, kontinuierlich auf dem Laufenden bezüglich des Gesundheitszustandes vom Patienten gehalten zu werden. Das heisst, dass sie sehr zeitnahe über die Geschehnisse informiert werden. Die Autorinnen wissen aus eigener Expertise, dass den Angehörigen oftmals Geschehnisse in Fachsprache erklärt werden, was die Angehörigen allerdings meist nicht verstehen. Die FPDR hat daher den Vorteil, dass die anwesenden Familienmitglieder, neben den mündlichen Informationen des Personals, live mitansehen können, was gerade passiert. So können sie durch das Beobachten der Reanimationsmassnahmen das Gesagte der Pflegefachpersonen evtl. besser verstehen. Weitere Ausführungen bezüglich des Punktes "Wohlbefinden" sind im Kapitel "Auswirkungen der FPDR auf die Angehörigen seitens Pflegefachpersonen" zu finden.

Gemäss Wilkinson, Gambles & Roberts, (2002, zitiert nach Preusse-Bleuler et al., 2012) bestehen unter Pflegenden Hemmungen, heikle Themen anzusprechen, was jedoch in keiner der durch die Autorinnen analysierten Studien bestätigt wird.

Laut Preusse-Bleuler et al. (2012) ist es häufig ein Anliegen der Angehörigen, ihren Kranken etwas Gutes zu tun. Wenn sie sinnvolle Unterstützung leisten können, gibt ihnen dies ein Gefühl der Freude und Befriedigung. Zu den Aufgaben der Pflegefachpersonen zählt es, die Mithilfe der Familien zu unterstützen. Nach der Ansicht der Autorinnen würden Pflegende dies tun, indem sie die Angehörigen zur FPDR einladen. Denn laut Meyers et al. (2000) sahen sich die Angehörigen als aktive Teilnehmer des Ereignisses. In der Theorie wird beschrieben, dass die Angehörigen aktiv in den Alltag miteinbezogen werden sollten. In dieser Bachelorarbeit übernehmen die Autorinnen diese Aussage nicht auf den Alltag, sondern auf die Reanimation. Lowry (2012) zeigt dies in ihrer Studie auf, indem sie beschreibt, dass die FPDR als Einbezug der Angehörigen erlebt wird. In der Studie von Holzhauser et al. (2007) wird sogar erwähnt, dass die Angehörigen als Teil des Teams angesehen werden.

Preusse-Bleuler (2012) erläutert, dass eines der Ziele der familienzentrierten Pflege ist, die Handlungsfähigkeiten der Angehörigen zu fördern. Dies wird gemäss den Autorinnen durch die Aussage von Holzhauser et al. (2008) bestätigt. Letztere geben an, dass ein Teil der Probanden der Meinung ist, dass ihnen durch die FPDR ein schnellerer Zugang auf die Krankengeschichte ermöglicht wird. Dies, da durch die FP die Handlungsfähigkeit der Angehörigen genutzt werden kann, indem sie mit ihrem Wissen aktiv zum Reanimationsprozess beitragen können.

Beispielsweise können die Angehörigen wichtige Informationen über bestehende Allergien, allgemeine Auskünfte über vergangene Erkrankungen, durchgeführte Operationen oder gar in der Vergangenheit bereits durchgeführte Reanimationen geben. Ein weiteres Ziel der familienzentrierten Pflege ist es gemäss Preusse-Bleuler (2012), dass sie die Unterstützung der Lebensqualität des Patienten und seiner Angehörigen ermöglichen möchte. In der Studie von Meyers et al. (2000) beschreiben die Angehörigen, dass die Anwesenheit während einer Reanimation oder einer invasiven Handlung von ihnen als sehr positiv erlebt wurde. Alle teilnehmenden Familienmitglieder äusserten, dass ihre Anwesenheit für sie selbst sehr hilfreich war und sie sich auch im Nachhinein wieder für die FP entscheiden würden. Ergänzend dazu ist ein grosser Teil der Pflegenden in der Studie von Oman et al. (2010) der Meinung, dass die Angehörigen gar von der FP profitieren konnten. Daraus interpretieren die Autorinnen, dass die Lebensqualität der Angehörigen durch das Erlauben der FPDR erhalten und gar gefördert wird. Wie die Haltungen der Patienten gegenüber FPDR sind, wird in keiner der sieben analysierten Studien erforscht.

Hallgrimsdottir (2000, zitiert nach Preusse-Bleuler et al., 2012) erwähnt, dass Gesundheitsfachpersonen es zwar als sehr wichtig erachten, das Familiensystem zu unterstützen, ihnen aber oft das notwendige Wissen, die Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie die Strukturen dafür fehlen. Auch dieser Punkt wird in den sieben analysierten Studien erwähnt. Aus diesem Grund wurde in so vielen Studien das Erstellen von schriftlichen Guidelines gewünscht. Dies, weil gemäss Autorinnen der von Hallgrimsdottir (2000, zitiert nach Preusse-Bleuler et al., 2012) erwähnte Punkt durch die Richtlinien vereinfacht und verringert werden könnte. Beispielsweise würde das notwendige Wissen erweitert werden, indem unter anderem die Handlungsabläufe bezüglich FPDR schriftlich festgehalten werden würden. Durch das neu erworbene Wissen könnte laut den Autorinnen häufiger zur FPDR eingeladen werden, wodurch sich wiederum das Personal mehr Fähigkeiten und Fertigkeiten aneignen könnte. Denn je häufiger Angehörige während einer Reanimation am Bett anwesend sind, umso mehr Erfahrungen kann das Personal sammeln. Dies könnte sich gemäss Chapman et al. (2012) positiv auf das Selbstvertrauen des Teams auswirken und somit allgemein zu häufigeren Einladungen von FPDR führen.

4.4 Bezug zur Fragestellung

Mit der Fragestellung "Welche Haltung haben diplomierte Pflegefachpersonen in Bezug auf die Anwesenheit von Angehörigen während einer Reanimation eines Erwachsenen in der Notaufnahme oder auf der stationären Bettenstation bezüglich der Wirkung auf sich selbst und auf die der Angehörigen?" haben sich die Autorinnen für eine Thematik entschieden, die noch nicht in allen Regionen gleich weit verbreitet ist. Ausserdem werden konträre Meinungen darüber vertreten.

Die Autorinnen sind von Beginn an davon ausgegangen, dass die Resultate bezüglich der Haltungen von Pflegefachpersonen gegenüber FPDR sehr individuell ausfallen würden. Im Kapitel "Kritisches Diskutieren der Ergebnisse" wurden zahlreiche Aussagen bezüglich FPDR beschrieben, die zur Beantwortung dieser Fragestellung beitragen. Anhand der Ergebnisse der angewandten Forschungsliteraturen erlauben sich die Autorinnen, ihre Forschungsfrage wie folgt zu beantworten: FPDR wird seitens Pflegefachpersonen auf sich selbst und die Angehörigen mehrheitlich als positive Erfahrung erlebt. Allerdings wäre es gemäss den Autorinnen ethisch nicht vertretbar, jemanden (ob Gesundheitsfachpersonen oder Angehörige) zur FPDR zu zwingen. Daher erachten sie es als ausserordentlich wichtig zu beachten, dass die FPDR nach wie vor subjektiv erlebt wird und deshalb nicht verallgemeinert werden sollte. Dies bedeutet, dass beim Entscheid, ob zur FPDR eingeladen wird oder nicht, die individuellen Bedürfnisse der Gesundheitsfachpersonen wie auch die der Angehörigen beachtet und berücksichtigt werden sollten.

5 Schlussfolgerungen

5.1 Empfehlungen für zukünftige Forschungen

Gemäss Lowry (2012) sollten Studien, welche Angehörige zur FPDR einladen, auf Notfallstationen durchgeführt werden, in welchen die Umsetzung der FP gut etabliert ist. Des Weiteren sollten die Forschungen jeweils das gesamte Notfallpflegepersonal einschliessen, damit die allgemeine Akzeptanz von FP ermittelt werden könnte. Ebenfalls bedarf die Bestimmung vom richtigen Zeitpunkt, einen Angehörigen an das Bett einzuladen, weitere Untersuchungen. Auch wie sich neue Notfallpflegefachpersonen einem Praxisfeld anpassen, in welchem FP gut etabliert ist, braucht weitere Forschungen. Zukünftige Untersuchungen würden durch eine Führungstheorie gestärkt werden.

Meyers et al. (2000) geben an, dass sich zukünftige Forschungen auf die Generalisierbarkeit, der in ihrer Studie gefundenen Ergebnisse, fokussieren sollten. Ausserdem sollten sich weitere Untersuchungen auf verschiedene Populationen und verschiedene Settings konzentrieren und Langzeit Follow-ups beinhalten. Auch von Bedeutung könnte sein, dass 15% des Gesundheitspersonals in ihrer Studie die Meinung vertreten haben, dass die FP mit länger andauernden Reanimationsmassnahmen verbunden war. Zukünftige Studien sollten daher untersuchen, ob FP die Tätigkeiten, Dauer und Kosten von invasiven Handlungen und Reanimationen verändert oder beeinflusst.

Gemäss Oman et al. (2010) sollten künftige Forschungen die Perspektive der Patienten und deren Angehörigen untersuchen. Auch Holzhauser et al. (2008) sind der Meinung, dass die Haltung der Patienten in Bezug auf diese Thematik weiterhin erforscht werden sollte.

Es wäre laut Oman et al. (2010) ebenfalls wichtig, Spitäler mit und ohne formellen FP-Guidelines zu vergleichen, damit die Prozess- und Ergebnisvariablen beurteilt werden könnten. Ebenfalls könnten die Erhebungen von spirituellen und kulturellen Eigenschaften des Personals zu wichtigen Daten führen. Darüber hinaus könnten Studien die sich mit der Rolle und Charakteristik der Begleitperson befassen, Organisationen, welche sich mit Familienpräsenzprogrammen oder Richtlinien beschäftigen, wichtige Informationen geben. Des Weiteren wird in den Studien von Holzhauser et al. (2007) und Holzhauser et al. (2008) erwähnt, dass zukünftige Studien ihren Fokus auf psychische und physische Aspekte der Fachpersonen wie auch die der Angehörigen setzen sollten.

Chapman et al. (2012) äussern, dass es wichtig sei, in weiteren Forschungen zu untersuchen, ob ein Mangel an Erfahrung oder ein Wissensdefizit von möglichen Wirkungen der FP, einen Einfluss auf die Haltung gegenüber der FPDR hat.

In fünf der sieben von den Autorinnen analysierten Studien (ausgenommen der Forschungen von Lowry, 2012 und Madden et al., 2007) haben die jeweiligen Forscher einen Vergleich zwischen den Pflegefachpersonen und den Ärzten hergestellt. In diesen Gegenüberstellungen wurde anhand unterschiedlicher Ergebnisse ersichtlich, dass sich die Haltungen von Pflegenden teilweise signifikant von den Meinungen der Ärzte unterschieden haben. Aufgrund dessen erachten es beispielsweise Chapman et al. (2012) als wichtig, in weiteren Studien gründliche Forschungen dazu durchzuführen, damit aufgezeigt werden kann, weshalb Pflegefachpersonen das Erstellen von schriftlichen Guidelines eher wichtig empfinden, als Ärzte.

Chapman et al. (2012) haben in ihrer Studie für die Befragungen validierte Skalen angewandt. Für zukünftige Forschungen könnte das, laut den Autorinnen, von grossem Nutzen sein. Dies mit der Begründung, dass, falls alle Forscher dieselben Skalen zur Befragung der Probanden verwenden würden, die Ergebnisse verschiedener Studien besser miteinander vergleichbar wären.

Des Weiteren gehen Madden et al. (2007) davon aus, dass die Entwicklung von Broschüren, welche in Not- und Hausarztwartebereichen aufgelegt werden würden, wie auch die Medien (z.B. Fernseher, Radio, Zeitschriften, etc.) helfen würden, die Öffentlichkeit über die Praxis der FPDR weiterzubilden. Dies könnte dazu führen, dass in Zukunft die FPDR routinemässig und mit grösserer Akzeptanz durchgeführt werden könnte.

Allgemein sind die Autorinnen der Ansicht, dass mehr Forschungen zur FPDR in Europa betrieben werden sollten, damit der Thematik auch auf diesem Kontinent mehr Beachtung geschenkt wird oder überhaupt auf dieses Thema aufmerksam gemacht werden kann.

5.2 Theorie-Praxis-Transfer

Aus den Ergebnissen der sieben analysierten Studien wird ersichtlich, dass folgende Themen bezüglich FPDR zentral sind und in die Praxis umgesetzt und angewandt werden sollten.

Gemäss Oman et al. (2010) hat die FPDR keine negativen Einflüsse auf die Patientenpflege. Oman et al. (2010) erachten eine Begleitperson als hilfreich oder gar notwendig.

Laut Lowry (2012) unterstützen alle befragten Pflegenden die FPDR und sehen Vorteile für Angehörige, sofern die Praxis bezüglich der FPDR gut etabliert ist.

Des Weiteren wird von Madden et al. (2007) die Entwicklung von schriftlichen Richtlinien als wichtig gewertet. Wie in der Studie von Oman et al. (2010) erwähnt wird, werden für die Erstellung solcher schriftlichen Richtlinien beispielsweise die Teammitglieder einer Notfallstation als geeignet erachtet. Gemäss der Expertise der Autorinnen und wie auch aus den Studien ersichtlich wird, haben oben erwähnte Notfallpflegefachpersonen signifikante Erfahrungen mit FPDR. Somit können diese beim Verfassen der schriftlichen Guidelines erlebte Erfahrungen miteinbringen und dadurch Richtlinien erstellen, welche von allen Personen (unabhängig ihrer Ansicht gegenüber FPDR) angewendet werden können, da diese auf tatsächlich gemachten Erfahrungen basieren.

Aus den sieben analysierten Forschungsliteraturen wird klar ersichtlich, dass nur eine Minderheit von Pflegenden gegenüber FPDR negativ eingestellt ist. Diese negativen Haltungen beruhen fast ausschliesslich auf Befürchtungen und nicht auf effektiv gemachten Erfahrungen. Gemäss Madden et al. (2007) und Chapman et al. (2012) können negative Haltungen durch Schulungen bezüglich dem Umgang mit den Angehörigen und deren konkreten Anwendung von FPDR verändert werden. Beide Studien zeigen auf, dass Pflegende nach Schulungen signifikant positivere Einstellungen gegenüber FPDR aufweisen. Dies begründen die Autorinnen damit, dass die Pflegenden nach den Schulungen über mehr Wissen verfügen und Unklarheiten wie auch Unsicherheiten während der Weiterbildung geklärt werden könnten.

5.3 Synthese über die ganze Arbeit aus Sicht der Autorinnen

Rückblickend sind die Autorinnen sehr zufrieden mit ihrer verfassten Bachelorarbeit. Was sie besonders freut, ist, dass sie sich während der gesamten Dauer der Verfassung der vorliegenden Arbeit strikte an ihren vorgängig erstellten Zeitplan halten konnten. Kleinere Konflikte unter den Autorinnen konnten sie durch konstruktives Feedback professionell klären, was einen Einfluss des Konflikts auf das weitere Schreiben der Arbeit verhinderte. Bevor sie die in der Literaturrecherche gefundenen Studien gelesen haben, hätten sie nicht gedacht, dass so viele Pflegende die Anwendung der FPDR unterstützen würden. Denn die Autorinnen wissen aus ihrer eigenen Expertise, dass, wenn eine Unsicherheit in der Ausführung einer Handlung besteht, die Anwesenheit weiterer Personen nicht erwünscht ist. Dies aus dem Grund, weil die Anwesenheit anderer auf die ausführenden Personen Druck ausübt, was wiederum negativen Stress auslöst.

Mit der verfassten Bachelorarbeit erhoffen sich die Autorinnen, dass sie die Leser auf die Thematik der FPDR sensibilisieren konnten. Ebenfalls hoffen sie, damit eine andere Option aufgezeigt zu haben, als die Angehörigen aus so einem wichtigen und einschneidenden Ereignis wie der Reanimation routinemässig auszuschliessen.

6 Literaturverzeichnis

Antwerpes, F. (n.d.). Erwachsener. Heruntergeladen von

<http://flexikon.doccheck.com/de/Erwachsener> am 24.09.2013

Bildungszentrum Gesundheit und Soziales (n.d.). Höhere Berufsbildung. Die Angebote

Dipl. Pflegefachfrau HF / Dipl. Pflegefachmann HF. Heruntergeladen von

<https://www.bz-gs.ch/hf> am 24.09.2013

Bredner, B. (2014). Reliabilität, Validität und Objektivität. Heruntergeladen von

<http://www.bb-sbl.de/tutorial/stichproben/reliabilitaetvaliditaetobjektivitaet.html> am 20.03.2014

Cesario, S., Morin, K. & Santo-Donato, A. (2001). Evaluating the Level of Evidence of Qualitative Research. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 31, 708-714.

Chapman, R., Watkins, R., Bushby, A. & Combs, S. (2012). Family-Witnessed Resuscitation: Perceptions of Nurses and Doctors Working in an Australian Emergency Department. *ISNR Emergency Medicine*, 2012, 1-10.

Chellel, A. (2002). *Reanimation. Praxishandbuch für Pflegeberufe*. Bern: Hans Huber.

Doyle, C., Post, H., Burney, R.E., Maino, J., Keefe, M. & Rhee, K.J. (1987). Family participation during resuscitation: an option. *Annals of Emergency Medicine*, 16, 673-75.

Duden (2004). *Die deutsche Rechtschreibung*. Langenscheidt: Berchtesgaden.

Duden (1982). *Das Fremdwörterbuch. Notwendig für das Verstehen und den Gebrauch fremder Wörter*. Bibliographisches Institut: Mannheim.

Duden (2013). Expertise. Heruntergeladen von

<http://www.duden.de/rechtschreibung/Expertise> am 23.03.2014

Duden (2013). Korrelation. Heruntergeladen von

<http://www.duden.de/rechtschreibung/Korrelation> am 23.03.2014

Duden (2013). Prae. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Prae> am 23.03.2014

Duden (2013). Randomisieren. Heruntergeladen von

<http://www.duden.de/rechtschreibung/randomisieren> am 20.03.2014

Duden (2013). Stichprobe. Heruntergeladen von

<http://www.duden.de/rechtschreibung/Stichprobe> am 20.03.2014

Duran, C.R., Oman, K.S., Jordan Abel, J., Koziel, V. M. & Szymanski, D. (2007).

Attitudes Towards and Beliefs About Family Presence: A Survey of Healthcare Providers, Patient's Families, and Patients. *American Journal of Critical Care*, 16, 270-279.

Fulbrook, P., Albarran, J.W. & Latour, J.M. (2004). A European survey of critical care

nurses' attitudes and experiences of having family members present during cardiopulmonary resuscitation. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 557-68.

Gesundheit.de (n.d.). Pflegeintervention. Heruntergeladen von

<http://www.gesundheit.de/lexika/medizin-lexikon/pflegeintervention> am 23.03.2014

Holzhauser, K. & Finucane, J. (2007). Staff attitudes to family presence during

resuscitation. Part A: an interventional study. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 10, 124-133.

Holzhauser, K. & Finucane, J. (2008). Part B: A survey of staff attitudes immediately

post-resuscitation to Family Presence during resuscitation. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 11, 114-22.

Jabre, J., Belpomme, V., Azoulay, E., Jacob, L., Bertrand, L., Lapostolle, F.,

Tazarourte, K., Bouilleau, G., Pinaud, V., Broche, C., Normand, D., Baubet, T., Ricard, Hibon, A., Istria, J., Beltramini, A., Alheritiere, A., Assez, N., Nace, L., Vivien, B., Turi, L., Launay, S., Desmaizieres, M., Borron, S.W., Vicaut, E. & Adnet, F. (2013). Family Presence during Cardiopulmonary Resuscitation. *The New England Journal of Medicine*, 368, 1008-18.

Kearney, M. H. (2001). Levels and applications of qualitative research evidence.

Research in Nursing & Health, 24, 145-153.

Köberich, S., Kaltwasser, A., Rothaug, O. & Albarran J. (2010). Family witnessed resuscitation - experience and attitudes of German intensive care nurses. *Nursing in Critical Care*. 15, 241-250.

Krieger, B. (2012). Qualitative Forschung Teil 1. Heruntergeladen von <http://moodle.zhaw.ch/mod/folder/view.php?id=243531> am 20.03.2014

Krieger, B. (2012). Qualitative Forschung Teil 2. Heruntergeladen von <http://moodle.zhaw.ch/mod/folder/view.php?id=243531> am 20.03.2014

Lexikothek (1983). *Das Bertelsmann Lexikon*. Lexikon-Verlag: Gütersloh.

Lowry, E. (2012). "It's just what we do": A qualitative study of emergency nurses working with well-established family presence protocol. *Journal of Emergency Nursing*, 38, 329-334.

Madden, E. & Condon, C. (2007). Emergency Nurses' Current Practices and Understanding of Family Presence During CPR. *Journal of Emergency Nursing*, 33, 433-40.

Madjar, I. & Walton, J.A. (2001). What is problematic about evidence? In J.M. Morse & J.M. Swanson & A.J. Kuzel (Hrsg.), *The nature of qualitative evidence* (S. 28-45). Thousand Oaks, CA: Sage.

Mathies, L. (n.d.). Studiendesign. Heruntergeladen von <http://flexikon.doccheck.com/de/Studiendesign> am 20.03.2014

Merz, S. (n.d.). Notaufnahme. Heruntergeladen von <http://flexikon.doccheck.com/de/Notaufnahme?p=f940a0c375cd3fe5a1ab66bce50cbb7b7ebccdb85267333e&k=9364> am 24.09.2013

Meyers, T.A., Eichhorn, D.J., Guzzetta, C.E., Clark, A.P., Klein, J.D., Taliaferro, E. & Calvin, A. (2000). Family Presence During Invasive Procedures and Resuscitation. *American Journal of Nursing*, 100, 32-42.

Moecke, H., Koppenberg, J. & Oppermann, S. (n.d.). Reanimation. Heruntergeladen von <http://www.degruyter.com/view/tw/8795395?pi=0&moduleId=pschy&dbJumpTo=rea> ni am 24.09.2013

Oman, K.S. & Duran, C. R. (2010). Health care providers' evaluations of family presence during resuscitation. *Journal of Emergency Nursing*, 36, 524-533.

Preusse -Bleuler, B. & Ris, I. (2012). Wiederholung Forschung Artikel kritisch lesen Beurteilungskriterien. Heruntergeladen von <http://moodle.zhaw.ch/mod/folder/view.php?id=280853> am 02.10.2013

Preusse, B., Büscher, A. & Wagner, F. (2009). *Familienzentrierte Pflege Assessment und familienbezogene Interventionen*. Bern: Huber.

Preusse-Bleuler, B. & Métrailler, M. (2012). *Familienzentrierte Pflege Handbuch zum Film*. Bern: Lindenhof.

Preusse-Bleuler, B. & Ris, I. (2012). Beurteilungskriterien: Qualitative Forschung. Heruntergeladen von <http://moodle.zhaw.ch/mod/folder/view.php?id=280853> am 02.10.2013

Preusse-Bleuler, B. & Ris, I. (2012). Methoden der Pflegeforschung gPF203. Heruntergeladen von <http://moodle.zhaw.ch/mod/folder/view.php?id=280853> am 02.10.2013

Preusse-Bleuler, B. (2012). Familienzentrierte Pflege. Heruntergeladen von <http://moodle.zhaw.ch/mod/folder/view.php?id=280859> am 21.03.2014

Preusse-Bleuler, B. (2012). Grundlagen Professioneller Pflege III Kurs gPF203 Pflegeforschung Einheit 8. Heruntergeladen von <http://moodle.zhaw.ch/mod/folder/view.php?id=280853> am 02.10.2013

Pschyrembel (2002). *Klinisches Wörterbuch*, 259. Auflage. Berlin: de Gruyter.

Psychology48 (2010). Experimentalgruppe. Heruntergeladen von <http://www.psychology48.com/deu/d/experimentalgruppe/experimentalgruppe.htm> am 23.03.2014

Psychology48 (2010). Kontrollgruppe. Heruntergeladen von <http://www.psychology48.com/deu/d/kontrollgruppe/kontrollgruppe.htm> am 23.03.2014

Quint-Essenz (2014). Bestimmen der Settings sowie der Schlüsselpersonen und Anspruchsgruppen. Heruntergeladen von <http://www.quint-essenz.ch/de/topics/1167> am 20.03.2014

Robinson, S.M., Mackenzie-Ross, S., Campell Hewson, G.L., Egleston, C.V. & Prevost, A.T. (1998). Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. *Lancet*, 352, 614-17.

Römer, G. (n.d.). Demographie. Heruntergeladen von <http://flexikon.doccheck.com/de/Demographie> am 21.03.2014

Römer, G. (n.d.). Invasiv. Heruntergeladen von <http://flexikon.doccheck.com/de/Invasiv> am 20.03.2014

Sanimédia (2006). Die Patientenrechte im Überblick. Eine gemeinsame Broschüre der Kantone Bern, Freiburg, Jura, Neuenburg, Waadt und Wallis, (S.8).

TARMED Suisse. (2012). Tarifposition. + Zuschlag für Kinder/Jugendliche bis 16 Jahre. Heruntergeladen von <http://onb.tarmedsuisse.ch/> am 19.03.2014

Thüns, A. (n.d.). Evidenzklasse. Heruntergeladen von <http://flexikon.doccheck.com/de/Evidenzklasse> am 20.03.2014

Walensi, M. (n.d.). Kardiopulmonal. Heruntergeladen von <http://flexikon.doccheck.com/de/Kardiopulmonal> am 20.03.2014

Yee Leung, N. & KY Chow, S. (2011). Attitudes of healthcare staff and patients' family members towards family presence during resuscitation in adult critical care units. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2083-93.

Zhaw Gesundheit (2012). Richtlinien für die Gestaltung von Literaturhinweisen, Zitaten und Literaturverzeichnissen am Departement Gesundheit. Heruntergeladen von <http://moodle.zhaw.ch/mod/folder/view.php?id=390276> am 24.09.2013

Zhaw Gesundheit (2012). Leitfaden Bachelorarbeit. Heruntergeladen von <http://moodle.zhaw.ch/mod/folder/view.php?id=390276> am 24.09.2013

7 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Keywords, welche bei der Literaturrecherche verwendet wurden

Tabelle 2. Gegenüberstellung der einzelnen Studien

8 Glossar

A

Akut (Medizin)

Eine plötzlich einsetzende und schnell verlaufende Krankheit.

(Lexikothek, 1983)

D

Demographisch

Die Demographie betreffend. Demographie (Synonym Bevölkerungswissenschaft)

„[...] eine wissenschaftliche Disziplin, die sich mit den zeitlichen und räumlichen

Veränderungen von menschlichen

Bevölkerungen beziehungsweise (bzw.)

Bevölkerungsgruppen befasst.“

(Römer, (n.d.))

Ergänzung durch die Autorinnen: In dieser Bachelorarbeit werden Studien verwendet, in welchen demographische Daten erhoben wurden. Dabei sind auch Angaben zum Geschlecht, Alter, Beruf, Berufserfahrung etc. befragt worden.

Deskriptiv

(in Bezug auf Forschung/ Statistik)

Deskriptiv ist dem Synonym “beschreibend“ gleichzusetzen. (Duden, 1982)

E

Empirisch

(in Bezug auf Forschung/ Statistik)

Nach dem Duden (1982) bedeutet

empirisch, aus der Erfahrung bzw.

Beobachtung entnommene Angaben.

Evidenzlevel
(in Bezug auf Forschung/ Statistik)

Ein Instrument, welches zur Einstufung der wissenschaftlichen Aussagefähigkeit einer klinischen Forschung (qualitativ wie auch quantitativ) dient. Je nach Zuteilung des Levels, ist die Studie aussagekräftiger oder nicht. (Cesario, Morin & Santa-Donato, 2001, Thüns, (n.d.))

Experimentalgruppe

„Versuchsgruppe, mit der die Behandlung/ Intervention tatsächlich durchgeführt wird.“ (Psychologie48, 2010)

Expertise

Einschätzung, Beurteilung (Duden, 2013)

I

Intervention (Pflegeintervention)

Tätigkeit, die eine professionelle Pflegeperson auf der Grundlage klinischer Beurteilung und pflegerischen Wissens ausübt. (Gesundheit.de, (n.d.))

Invasive Handlungen

Laut Römer (n.d.) wird der Begriff invasiv dann verwendet, wenn diagnostische oder therapeutische Massnahmen durchgeführt werden, wobei die Tätigkeit in den Körper eindringt.

K

Kardiopulmonal

Das Herz und die Lunge betreffend (Walensi, (n.d.))

Kontrollgruppe

Eine Stichprobe, die bei einer Forschung keine Behandlung erhält, um z.B. die Höhe der Effekte der Behandlung abschätzen zu können. (Psychologie 48, 2010)

Erläuterung durch die Autorinnen: Die erwähnte Abschätzung kann ausgewertet werden, indem sie in einer Forschung der Experimentalgruppe gegenübergestellt wird, welche die Behandlung erhält.

Korrelation

wechselseitige Beziehung, Synonym für Wechselbeziehung, Wechselverhältnis (Duden, 2013)

M

Myokardial

Auf die Herzmuskulatur (Myokard) bezogen (Duden, 2004)

P

Post (-test)

nach, hinter, später (Pschyrembel, 2002)
Auf diese Arbeit bezogen handelt es sich um einen Test, der im Nachhinein durchgeführt wurde.

Pre (-test)

Wird laut Autorinnen vom Wort "prä" abgeleitet. Prä = vor (Duden, 2013)
In dieser Arbeit wird unter dem Begriff Pretest demensprechend folgendes verstanden: Ein Test der vor der Intervention durchgeführt wurde.

Probanden

Versuchs-, Testperson (Duden, 2004)

Q

Qualitative Methoden
(in Bezug auf Forschung/ Statistik)

Bezieht sich auf Subjektivität. Nach etwas erlebten oder etwas, das man interpretiert. Die qualitative Methode führt zu Wissen über Zusammenhänge und Einbezug der natürlichen Umgebung. Qualitätsmerkmale: Glaubwürdigkeit, Übertragbarkeit, Nachvollziehbarkeit und Bestätigungskraft. (Krieger, 2012)

Quantitative Methoden
(in Bezug auf Forschung/ Statistik)

Anhand quantitativer Methoden wird die Objektivität bemessen. Es wird zur Überprüfung und zur Bestätigung von Wissen angewandt. Einflussfaktoren werden kontrolliert. (Krieger, 2012)

R

Randomisieren (Verb von Randomisierung)
(in Bezug auf Forschung/ Statistik)

Aus einer gegebenen Gesamtheit von Elementen, eine durch Zufall (z.B. durch Los) bestimmte Auswahl treffen. (Duden, 2013)

Reliabilität

Die Zuverlässigkeit einer Messung, d.h. die Angabe, ob ein Messergebnis bei einem erneuten Versuch bzw. einer erneuten Befragung unter den gleichen Umständen stabil ist. (Bredner, 2014)

S

Sample

Stichprobe: Teil einer Gesamtheit, der nach einem bestimmten Auswahlverfahren zustande gekommen ist. (Duden, 2013)

Setting

Ein abgegrenztes sozialräumliches System, in welchem Menschen leben und welches Einfluss auf die Gesundheit Einzelner und von Gruppen hat. (Quint-Essenz, 2014)
Gemäss Autorinnen ist das Setting in Bezug auf Studien der Ort, an welchem die Forschung durchgeführt wird, beispielsweise die Notfall- oder Bettenstation.

Studiendesign

Darunter versteht man in der Medizin die Gesamtheit der Vorgehensweise im Rahmen einer Studie. Ein gutes Studiendesign versucht Einflüsse, welche das Ergebnis eines Testverfahrens verfälschen können, zu verhindern. Die konkrete Vorgehensweise in einer Forschung hängt im Wesentlichen von der Zielsetzung, der Art der zu prüfenden Behandlung(en) und von dem Grund/Zweck der Studie ab. (Mathies, (n.d.))

V

Validität

Die Validität gibt die Eignung eines Messverfahrens oder einer Frage bezüglich ihrer Zielsetzung an. Eine Messung oder Befragung ist valide, wenn die erhobenen Werte geeignete Kennzahlen für die zu untersuchende Fragestellung liefern.
(Bredner, 2014)

Z

Zerebral

Das Gehirn oder Grosshirn betreffend.
(Duden, 2004)

9 Danksagung

An dieser Stelle möchten sich die Autorinnen bei denjenigen Personen bedanken, welche beim Verfassen der vorliegenden Arbeit unterstützend mitgewirkt haben. Ein grosses "Dankeschön" geht an Thomas Rieder, welcher die Autorinnen während dem Verfassen dieser Bachelorarbeit fachlich kompetent und engagiert betreut hat. Er hat Fragen geduldig beantwortet und stets wertvolles Feedback abgegeben. Ein weiterer Dank richtet sich an Therese Ruch und Nadja Späni-Föllmi, welche mit grossem Engagement beim Korrekturlesen zum vorliegenden Ergebnis beigetragen haben. Mit ihren wertvollen Anregungen und der investierten Zeit haben sie grosse Unterstützung geleistet. Des Weiteren möchten sich die Autorinnen bei ihren Müttern Patricia Caduff und Theres Domenin bedanken, welche die Arbeit auf Orthografie und Verständlichkeit überprüft haben. Auch Renato Caduff und Roli Helbling danken die Autorinnen ganz herzlich für das Ausdrucken und Binden ihrer Bachelorarbeit. „Last but not least“ geht der Dank an die Familien und Freunde der Autorinnen. Mit ihrer aufgebrachten Geduld, den aufmunternden Worten und ihren liebevollen Gesten sind sie den Autorinnen stets tatkräftig zur Seite gestanden.

10 Eigenständigkeitserklärung

„Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.“

Zürich, 02. Mai 2014

Pascale Caduff

Claudia Domenin

11 Anhänge

11.1 Anhang A Wortzahl

Das Abstract umfasst 200 Wörter.

Die Arbeit umfasst 10'310 Wörter.

11.2 Anhang B Suchverlauf

Gesamter Suchverlauf wurde am 08.01.2014 überprüft und angepasst

Literaturrecherche der vorliegenden Bachelorarbeit

CINAHL	Hits	Limits	Abstract	Relevante Studien
Resuscitation AND „family presence“ AND “emergency room”	2	2000 -2014	1	1
Resuscitation AND „family presence“ AND “staff attitudes”	7	2000-2014	5	3
Resuscitation AND „family presence“ AND “attitude*”	8	2000-2014	5	2
Resuscitation AND experience* AND „family presence“	0	2000-2014	0	0
Resuscitation AND „family presence“ AND “hospital”	3	2000-2014	3	1
Resuscitation AND “emergency nurse*” AND CPR AND „family presence“	0	2000-2014	0	0
“family presence during resuscitation” AND “emergency nurse*”	0	2000-2014	0	0
“family presence during resuscitation” AND “attitude*”	6	2000-2014	3	2
Attitude* AND “family witness” AND resuscitation	0	2000-2014	0	0
CPR AND “staff attitude*” AND hospital	0	2000-2014	0	0
Cochrane				
Resuscitation AND family members	22	no	3	1
MedLine				
Resuscitation AND family members AND emergency department	33	2000-2014	5	2

Family member presence AND resuscitation AND emergency department	7	2000-2014	3	0
Resuscitation AND family presence AND nurse	24	2000-2014	8	4
Resuscitation AND family presence AND Emergency Department	45	2000-2014	10	8

Literaturrecherche der Disposition dieser Bachelorarbeit

(zum Zeitpunkt der Recherche waren die Limits noch nicht angepasst)

Cochrane	Hits	Limits	Abstract	Relevante Studien
Resuscitation AND family members	18	no	3	2
MedLine				
Family member presence AND resuscitation AND care professionals	1	no	1	1
Resuscitation AND family members AND nurse	27	no	6	2
Resuscitation AND family presence AND experience	46	no	10	3
Family participation AND resuscitation	2	no	1	1
European AND resuscitation AND nurses attitudes	2	1993-2013	1	2
CINAHL				
„family-presence“ AND nurse* AND CPR	21	no	8	5
Staff AND “family presence” AND resuscitation	60	no	11	3
Attitude* AND “family members” AND resuscitation	76	2007-2013	7	1

11.3 Anhang C Studienanalysen

<p>Autor, Titel der Studie</p>	<p>Lowry, (2012). “It’s just what we do”: A qualitative study of emergency nurses working with well-established family presence protocol.</p>
<p>Sample</p>	<p>Die Studie wurde auf einer Level II – Notfallstation mit 36 Erwachsenen-/ Kindernotfallbetten in einem not-for-profit Spital in Midwestern, USA, durchgeführt. Das erwähnte Setting führt seit 1992 ein schriftliches Protokoll zur Erlaubnis von FPDR. Eingeschlossen wurden alle diplomierten Pflegekräfte, welche bereits bei einer FPDR präsent waren, und per Telefon erreicht werden konnten. 76 Probanden wurden entweder über Briefe, Poster oder direkt durch den Forscher rekrutiert. 19 Teilnehmer bestätigten die Teilnahme, bevor die Rekrutierung beendet wurde. Die Teilnahme war freiwillig, die Berufsverschwiegenheit wurde gewährleistet. Es nahmen schlussendlich 14 Pflegefachpersonen an der Studie teil. Diese bestätigten ihre Teilnahme durch eine schriftliche Zustimmung. Die Mehrheit der Teilnehmer befand sich im Alter von 30-39 Jahren. Mit 13:1 war die Anzahl an weiblichen Teilnehmern in der Überzahl.</p> <p>Beurteilung</p> <p>Die Autorinnen sind der Meinung, dass das Sample sehr genau beschrieben wurde. Die demographischen Daten zu den Probanden werden ausführlich in einer Tabelle aufgezeigt. Zudem wird die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben. Die Begründung der Auswahl wird nicht wörtlich erwähnt, lässt sich allerdings aus dem Kontext schliessen. Aus Sicht der Autorinnen sind die ausgewählten Teilnehmer als “Informanten“ geeignet, um Daten für die Forschung bereitzustellen. Aufgrund dessen, dass die Teilnehmenden bereits an einer FPDR präsent sein mussten, lässt sich schliessen, dass diese das Phänomen erlebten. Da eine Reanimation eine eher seltene Situation ist, sind die Autorinnen der Meinung, dass die Anzahl der Teilnehmenden angebracht ist. Sie finden ausserdem, dass wichtige Einschlusskriterien ausgewählt wurden, allerdings wurden keine Ausschlusskriterien erwähnt. Es ist jedoch aus dem Text herauszulesen, dass gewisse Voraussetzungen erfüllt sein mussten, um teilzunehmen. Das Setting wird ausreichend, aber nicht ausführlich beschrieben. Dies ist laut den Autorinnen aber auch nicht notwendig.</p>

<p>Design/ Methode</p>	<p>In der Studie geht es um das Phänomen der FPDR im Zusammenhang mit einem gut etablierten FP-Protokoll. Eine zunehmende Anzahl von Pflegefachpersonen erkennen die FP als einen wichtigen Aspekt, um den Patienten und Angehörigen Unterstützung zu bieten. Nur wenige Institutionen führen ein FP-Protokoll, was bedeutet, dass Pflegenden, welche an Studien über FPDR teilgenommen haben, nur wenig oder gar keine Erfahrung mit schriftlichen Protokollen zu FP haben. Es wird keine explizite Forschungsfrage beschrieben. Allerdings werden zwei Ziele erwähnt. Das primäre Ziel ist, den Nutzen/ Schaden für Angehörige welche an einer FP teilnehmen, zu beschreiben. Das sekundäre Ziel ist, die FP-Erfahrung zu definieren. Beide Ziele sind in Bezug auf die Meinungen/ Empfindungen der Pflegenden bezogen. Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um ein qualitativ-deskriptives Design.</p> <p>Beurteilung</p> <p>Aufgrund dessen, dass gemäss Lowry (2012) erst wenige Institutionen ein gut etabliertes FP-Protokoll führen, sind die Autorinnen der Meinung, dass die Studie eine wichtige Frage für die Pflege beantwortet. Die Beschreibung des Phänomens wird verständlich beschrieben und für die Pflege als nützlich erachtet. Die Ziele der Forschungsarbeit werden explizit dargestellt. Das gewählte deskriptive Design ist dazu passend, wird aber nicht genauer begründet. Auch wird der Standpunkt der Forscherin nicht dargestellt. Das Thema wird mit vorhandener Literatur eingeführt.</p>
<p>Datenerhebung</p>	<p>Die Datenerhebung erfolgte über 30- bis 45-minütige Interviews durch die Forscherin. Das Interview beinhaltete Angaben zu demographischen Informationen, offene wie auch halb-strukturierte Fragen. Jede Pflegefachperson wurde einzeln befragt und das Interview wurde auf Tonband aufgenommen. Aus dem Kontext ist zu erkennen, dass die Interviews einmalig durchgeführt wurden. Die aufgenommenen Daten wurden wörtlich transkribiert.</p> <p>Beurteilung</p> <p>Bei der Datenerhebung geht es darum, was die Probanden in Bezug auf FPDR für individuelle Erfahrungen gemacht haben. Die Datenerhebung wird beschrieben und wird, was aus dem Zusammenhang zu erkennen ist, bis zur Datensättigung durchgeführt. Dies wird allerdings in der Studie nicht diskutiert. Die Selbstbestimmung der Teilnehmer wird insofern angesprochen, indem erwähnt wird, dass die Teilnahme freiwillig ist.</p>

<p>Analyse</p>	<p>Die Datenanalyse erfolgte mittels konzeptueller Inhaltsanalyse nach Palmquist. Anfänglich wurden die Daten nach dem Begriffen "FP-Definition", "Nutzen" und "Schaden" codiert. Dazu wurde ein Codebuch entwickelt. Kategorien und Tendenzen wurden über die Ähnlichkeit zwischen Wörter und Wortgruppen identifiziert. Der Forscher und ein zweiter Codierer überprüften jeweils die Arbeit des anderen, um die Reliabilität, Reproduzierbarkeit und eine 80%-ige Genauigkeit der Interpretation zu erreichen. Während der Datenerhebung/ -analyse wurde ein Journal durch den Forscher geführt, welches den Mehrwert der Prozesse zum Ziel hatte.</p> <p>Beurteilung</p> <p>Das Vorgehen der Analyse wird gemäss den Autorinnen klar und nachvollziehbar beschrieben. Es wird erwähnt, dass die Analysemethode nach Palmquist durchgeführt wurde. Ausserdem werden die analytischen Schritte genau beschrieben. Die Glaubwürdigkeit wird dadurch sichergestellt, dass die Analysierung der Daten jeweils gegenkontrolliert wurde. Ausserdem wurde durch den Forscher ein Journal geführt. Ob analytische Entscheidungen dokumentiert wurden, ist nicht ersichtlich.</p>
<p>Resultate</p>	<p>Die Ergebnisse werden in Textform präsentiert, und durch wörtliche Zitate unterstrichen. Die Resultate wurden unterteilt in: "Beschreibung einer positiven FP-Erfahrung", "Beobachtungen des FP-Nutzen", "Beobachtungen des FP-Schadens", "Beschreibung des Nutzens eines FP-Protokolls" und "demographische Charakteristiken der Subjekte".</p> <p>Zusammenfassend ist folgendes zu sagen: Pflegende empfanden zum einen den Vorteil von FPDR gegenüber Familienmitgliedern, dass Letztere die Möglichkeit haben, zu beobachten, wie sich der Zustand eines geliebten Menschen im Laufe der Zeit verändert. Zum anderen, weil die FP den Angehörigen ermöglicht, die Bemühungen, das Leben ihres geliebten Menschen zu retten, zu evaluieren. Die Pflegefachpersonen gaben ausserdem an, dass durch die Wertschätzung der Angehörigen, dass alles Mögliche getan wurde, das Selbstvertrauen der Pflegenden gesteigert wurde. FP wird von den Pflegenden als Einbezug der Angehörigen ins Team und als Betreuung und Unterstützung der Angehörigen empfunden. Es liegt keine genaue Definition der Begleitperson für Angehörige vor, meist wird die Rolle von einer Pflegekraft übernommen. FP wird durch die Pflegenden als "Einladung" verstanden. Den Angehörigen wird vor dem Betreten des Raumes erklärt, was sie zu erwarten haben.</p>

	<p>Keine Pflegeperson beschrieb, dass sie tatsächlichen Schaden an Angehörigen, welche präsent waren, beobachteten.</p> <p>Die anfangs gestellten Ziele werden durch die gefundenen Ergebnisse vollumfänglich beantwortet und erreicht.</p> <p>Beurteilung</p> <p>Die Ergebnisse werden ausführlich beschrieben und sind durch wörtliche Zitate nachvollziehbar. Ausserdem werden die gefundenen Resultate mit aktueller Literatur verglichen. Durch die Unterteilung der verschiedenen Resultate sind die individuellen Ergebnisse übersichtlich und vergleichbar dargestellt. Sie werden allerdings nicht durch die Teilnehmenden validiert. Es sind keine Modelle zur Veranschaulichung oder Interpretation der Daten vorhanden, dies ist aus Sicht der Autorinnen aber auch nicht notwendig. Die Autorinnen sind der Meinung, dass die Ergebnisse relevant und brauchbar für die Pflege sind. Dies wird auch in der Diskussion der Studie in einem separaten Abschnitt diskutiert (siehe Bedeutung für die Pflegepraxis).</p> <p>Folgende Limitierungen gibt es zu beachten: Die Erfahrung mit FP konnte nur mit den teilnehmenden Pflegefachpersonen eingeschätzt werden. Es ist nicht bekannt, wie gut die Teilnehmenden die Erfahrungen der Mitarbeiter, welche nicht teilnehmen wollten, repräsentierten. Ausserdem konnte diese Studie nicht kontrollieren oder evaluieren, wie gut das schriftliche Protokoll ausgefüllt wurde.</p>
<p>Bedeutung für die Pflegepraxis</p>	<p><u>Implikationen für Notfallpflegefachpersonen:</u></p> <p>Die Akzeptanz von FP ermutigt dazu, neue Protokolle zu entwickeln und eine sorgfältige Einführung von FP mit evidenzbasierten Prinzipien zu unterstützen. Die Toleranz betreffend dem Verhalten der Angehörigen sollte modelliert und überwacht werden. Protokolle sollten einen Mechanismus bieten, um die Anzahl der Angehörigen am Krankenbett zu limitieren, so dass die Mitarbeiter sich sicher und wohl mit der Praxis der FP fühlen. Die Emergency Nurses Association (ENA) empfiehlt, dass Notfallpflegeeinheiten, in welchen es eine hohe Frequenz an Todesfällen gibt, dem Personal Unterstützung bieten sollten.</p> <p><u>Empfehlungen für zukünftige Forschungen:</u></p> <p>Studien, welche Angehörige bei FP involvieren, sollten auf Notfallstationen in welchen FP gut etabliert ist, stattfinden. Zukünftige Forschungen sollten das gesamte Notfallpflegepersonal einschliessen, um die allgemeine Akzeptanz von FP bestimmen zu können.</p>

	<p>Die Bestimmung vom richtigen Zeitpunkt, einen Angehörigen an das Bett einzuladen, bedarf weiterer Untersuchungen.</p> <p>Auch wie sich neue Notfallpflegefachpersonen einem Praxisumfeld anpassen, in welchem FP gut etabliert ist, braucht Forschung. Zukünftige Untersuchungen würden durch eine Führungstheorie gestärkt werden.</p> <p><u>Schlussfolgerungen:</u></p> <p>Alle Teilnehmenden glaubten, dass FP das Richtige ist. Auch wenn einige angeben, dass es für sie schwierig ist, die Angehörigen trauern zu sehen, können sie durch die FP anteilnehmende Pflege durchführen. Das Modell dieser Notfallabteilung kann anderen Spitälern dienen, welche FP implementieren möchten. In dieser Studie wird aufgezeigt, dass die Unterstützung von Pflegenden, welche routinemässig FP praktizieren, notwendig ist.</p> <p>Beurteilung</p> <p>Die Autorinnen sind der Meinung, dass die Schlussfolgerungen/ Implikationen einen Kontext bieten, wie sich die Befunde in die Praxis umsetzen lassen. Auch finden sie, dass die Schlussfolgerungen die Resultate der Studie widerspiegeln, sie sind also kongruent zueinander. Gemäss den Autorinnen passen die Ergebnisse dieser Studie gut zum aktuellen Stand der Forschung.</p>
Evidenzlevel	4

Autor, Titel der Studie	Madden et al. (2007). Emergency Nurses' Current Practices and Understanding of Family Presence During CPR.
Sample	Die Studie findet auf einer Level-I-Trauma-Notfallstation im Cork-Universitätsspital in Irland statt. Eingeschlossen wurden 100 diplomierte Pflegefachpersonen, welche mindestens ein halbes Jahr Erfahrung als Notfallpflegeperson haben, im Reanimationsraum arbeiten, wie auch in Reanimationsabläufe involviert sind. Es haben schlussendlich 90 Probanden teilgenommen. Die Mehrheit der Teilnehmenden ist weiblich (83,3%) und zwischen 30-40 Jahre alt. Die Probanden zeigten eine signifikante Anzahl an Erfahrungsjahren; mehr als 50% weisen zwischen vier und zehn Jahren auf.

	<p>Mehr als ein Drittel arbeitet Vollzeit. 41,6% haben einen Diplomabschluss, 38,2% einen höheren Abschluss und 1,1% einen Master in Pflege.</p> <p>Da es sich um eine Gelegenheitsstichprobe handelt, wurde die Stichprobe durch ein Non-Probability-Sampling erhoben.</p> <p>Beurteilung</p> <p>Die Autorinnen sind der Meinung, dass die Stichprobe für die Population repräsentativ ist. Allerdings sind sie der Meinung, dass die Ergebnisse nur auf Notfallpersonal übertragen werden kann, nicht aber auf Pflegepersonen, welche auf den Bettenstationen arbeiten. Dies aus dem Grund, weil Pflegepersonal, welches nicht auf dem Notfall arbeitet, weniger Erfahrung mit Reanimationen hat, was einen Einfluss auf ihre Haltung gegenüber FPDR haben könnte. Die Autorinnen finden, dass die Stichprobenziehung für das Design angebracht ist. Auch betrachten sie die Stichprobengrösse als angemessen, da eine Reanimation wie bereits in der von den Autorinnen gemachten Studienanalyse von Lowry (2012) erwähnt, ein eher seltenes Ereignis ist. Allerdings wird die Stichprobengrösse durch die Forscher nicht begründet. In der Studie wurden keine Vergleichsgruppen erstellt.</p>
<p>Design/ Methode</p>	<p>Der Zweck der vorliegenden Studie ist es, die aktuelle Praxis und das Verständnis von FPDR von Notfallpflegefachpersonen auf der Notfallstation zu untersuchen. Dies mit der Absicht, Richtlinien und Guidelines zu entwickeln. Die abhängige Variable ist also das Verständnis der Pflegepersonen, weil sie von der unabhängigen Variable der FPDR beeinflusst wird. Madden et al. (2007) definieren FPDR wie folgt: „Familienbegleitete Reanimation ist der Prozess von aktiver medizinischer CPR in der Anwesenheit von Familienmitgliedern“. Es handelt sich bei der Studie um ein quantitatives, deskriptives Design.</p> <p>Beurteilung</p> <p>Gemäss den Autorinnen wird eine wichtige Frage für die Pflegepraxis beantwortet. Dies, weil es um die aktuelle angewandte Praxis geht. Die Ergebnisse sind zum Zeitpunkt der Durchführung der Studie also sehr zeitnah. Es wird keine explizite Forschungsfrage formuliert, stattdessen erwähnen die Forscher das Ziel der Studie. Auch werden keine ergänzenden Hypothesen erwähnt. Das Thema wird ausführlich durch vorhandene empirische Literatur eingeleitet. Die Verbindung zwischen dem Ziel der Studie und dem gewählten Design ist logisch und nachvollziehbar.</p>

<p>Datenerhebung</p>	<p>Die Ergebnisse der Studie wurden durch schriftliche Befragungen/ Fragebögen erhoben. Darin enthalten sind auch demographische Daten. Aus dem Kontext ist herauszulesen, dass die Daten einmalig erhoben wurden. Es wurde ein Fragebogen entwickelt, welcher 15 geschlossene Fragen enthält. Dieser wurde in vier Sektionen unterteilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - demographische Daten - Richtlinien und Praxis der Notfallpflegenden in Bezug auf FPDR - Präferenzen der Pflegenden für das Entwickeln von Richtlinien in Bezug auf FPDR - Barrieren und fördernde Faktoren um FPDR zu erlauben <p>Beurteilung</p> <p>Die Datenerhebung ist gemäss den Autorinnen für das Erreichen des Ziels sinnvoll, weil die Probanden sehr individuell auf die gestellten Fragen antworten können. Die Methode der Datenerhebung ist bei allen Teilnehmern gleich. Die Daten sind komplett und sie wurden von allen Probanden erhoben. Zehn Teilnehmende haben nicht alle Fragen beantwortet, deshalb wurden sie aus der Studie ausgeschlossen. Die inhaltliche Validität wurde zuvor von der ENA durch ein Expertengremium etabliert. Dieses bestand aus drei Intensivpflegenden, drei Notfallpflegenden und einem Arzt, welche die Relevanz und Klarheit der Fragebogen bewerteten. Alle Experten bewerteten 100% der Items der Fragen als relevant. Um die inhaltliche Reliabilität des Messinstruments zu verbessern, wurde der Fragebogen im Voraus an zehn Notfallpflegepersonen getestet. Diese arbeiteten auf verschiedenen Notfallstationen, welche aber alle nicht in der Hauptstudie eingeschlossen wurden. Dieser Schritt hatte zum Ziel, die Reliabilität und Validität des Fragebogens zu erhöhen, indem die Benutzerfreundlichkeit und die mögliche Notwendigkeit für Verbesserungen bewertet wurden. Aus der Pilotierung resultierte, dass es zwei Änderungen des Fragebogens gab, um eine inhaltliche Zuverlässigkeit zu gewährleisten. Detaillierte Angaben zu Cronbach's Alpha gibt es keine. Auch wird die Auswahl des Messinstruments durch die Forscher nicht begründet.</p>
<p>Analyse</p>	<p>Bei der Studie wurde ein quantitatives, deskriptives Design ausgewählt. Ansonsten gibt es keine weiteren Angaben zur Datenanalyse.</p> <p>Beurteilung</p> <p>In der Studie wird nichts Genaueres darüber gesagt, wie die Daten analysiert/ ausgewertet wurden.</p>

	<p>Die Ergebnisse wurden allerdings alle in Grafiken oder Tabellen dargestellt. Diese sind beschriftet, einfach zu verstehen und stimmen mit dem Text überein. Sie werden als Ergänzungen benutzt, das heisst, sie veranschaulichen das was im Text steht, allerdings noch etwas ausführlicher. Ein Signifikanzniveau wird keines festgelegt.</p> <p>Es sind keine statistischen Angaben vorhanden, deshalb kann auch nicht beurteilt werden, ob die verwendeten Tests dem Ziel inkl. Datenniveau entsprechen.</p>
<p>Resultate</p>	<p>Die Ergebnisse werden in Textform wie auch in Grafiken und Tabellen präsentiert. Sie werden auf die gleiche Art wie der Fragebogen eingeteilt. Zusammenfassend ist folgendes zu sagen: Notfallpflegefachpersonen nehmen oft Familien ans Bett während einer Reanimation (58,9%) oder würden dies tun, wenn sie Gelegenheit dazu hätten (17,8%). 74,4% der Teilnehmer würden schriftliche Richtlinien begrüßen. Das signifikanteste Hindernis zur Einladung von Angehörigen zur FPDR waren Konflikte innerhalb des Notfallteams. Der signifikanteste Faktor für die Einladung zur FPDR war ein besseres Verständnis des Gesundheitspersonals über die Vorteile der FP für die Patienten und Angehörigen. Dies zeigt den Bedarf an Weiterbildungen betreffend FPDR auf. Das Ziel der Studie wurde gemäss Autorinnen erreicht. Die aktuelle Praxis der Pflegenden konnte erforscht und beantwortet werden. Die Resultate bestätigen, dass die Entwicklung von schriftlichen Guidelines und Weiterbildungen bezüglich FPDR sinnvoll und gefragt sind. Die Hauptlimitation der Studie ist das Forschungsdesign wie auch das Messinstrument. Durch das quantitative Design war es nicht möglich, die Wahrnehmungen der Pflegenden detailliert zu erforschen. Eine follow-up qualitative Studie würde die gefundenen Ergebnisse erweitern und verstärken.</p> <p>Beurteilung</p> <p>Alle Tabellen/ Grafiken sind präzise und vollständig. Sie haben alle einen Titel und sind nummeriert und im Text wird auf die Grafiken/ Tabellen hingewiesen. Die Tabellen/ grafischen Darstellungen dienen, wie bereits erwähnt, als Ergänzung zum Text. Die Resultate werden ausführlich diskutiert und mit bereits vorhandener Literatur eingehend verglichen. Die Interpretationen, welche in der Diskussion besprochen werden, stimmen mit den gefundenen Resultaten überein.</p>

<p>Bedeutung für die Pflegepraxis</p>	<p>In der Studie wird mehrmals erwähnt, dass unbedingt schriftliche Richtlinien zum Thema FPDR erstellt werden sollten. Dies beispielsweise aus dem Grund, um Konflikte innerhalb des Reanimationsteams präventiv verhindern zu können, um allen an der Reanimation beteiligten Personen einen sicheren Ansatz zu bieten.</p> <p>Auch ist es laut Madden et al. (2007) offensichtlich, dass Pflegefachpersonen, welche auf Stationen ohne schriftliche Guidelines arbeiten, in eine schwierige Position kommen könnten, wenn sie mit der Bitte der Familie des Patienten bei der Reanimation dabei sein zu dürfen, konfrontiert werden. Ebenfalls diskutiert wird, dass die Meinung bezüglich FPDR von Pflegefachpersonen, welche über das Thema FPDR geschult werden, nach der Schulung einen signifikant höheren Level erreicht. 90,8% der Befragten gaben an, dass ein grösseres Bewusstsein von Familien und Patienten über FPDR ein wirksamer Vermittler sei. Die Öffentlichkeit habe jetzt ein besseres Verständnis dafür, was in einem Schockraum passiert. Dies könnte mit Hilfe von Fernsehserien wie beispielsweise Emergency Room, oder auch einer Nothelferausbildung unterstützt werden. Das Auflegen von Broschüren und Faltblättern in Not-und Hausarztwartebereichen oder auch die Medien würde helfen, die Öffentlichkeit über die Praxis der FPDR weiterzubilden. Dies könnte dazu führen, dass in Zukunft die FPDR routinemässig und mit mehr Akzeptanz durchgeführt werden könnte.</p> <p>Beurteilung</p> <p>Die Autorinnen erachten die Studie als sinnvoll, weil sie sehr deutlich aufzeigt, dass das Entwickeln von schriftlichen Richtlinien von grossen Nöten ist. In der Diskussion der vorliegenden Studie wird klar aufgezeigt, dass auch etliche andere Studien auf dieselben Resultate gekommen sind. Daraus lässt sich schliessen, dass die Resultate aussagekräftig und vergleichbar sind. Um die aus der Studie resultierten Ergebnisse in die Praxis umsetzen zu können, sollten die oben beschriebenen Massnahmen (Entwickeln von Richtlinien, erstellen von Broschüren für Patienten, Beiträge in den Medien, etc.) eingeführt werden. Damit könnte erreicht werden, dass das allgemeine Verständnis zur FPDR erhöht wird.</p>
<p>Evidenzlevel</p>	<p>5</p>

<p>Autor, Titel der Studie</p>	<p>Meyers et al. (2000). Family Presence During Invasive Procedures and Resuscitation.</p>
<p>Sample</p>	<p>Die Studie findet auf einer Notfallstation eines regionalen Level-I-Traumaspitals in Dallas, USA, statt. Eingeschlossen wurden 39 Angehörige und 96 Gesundheitsfachpersonen (60 Pflegende, 22 Assistenzärzte, 14 Belegärzte), welche alle bei einer Reanimation oder intensiven Prozedur anwesend waren und ihr Einverständnis zur Teilnahme gaben. Um für die Studie geeignet zu sein, mussten die Angehörigen entweder verwandt sein oder in einer engen Beziehung zum Patienten stehen. Für alle Probanden galt das Mindestalter von 18 Jahren, die Fähigkeit Englisch zu sprechen, Abwesenheit von Streitlustigkeit, emotional stabil zu sein, nicht unter Drogeneinfluss zu stehen, kein schlechter mentaler Zustand und wenn es die Option einer FP gab, daran teilzunehmen. Beim beschriebenen Sample handelt es sich um eine Gelegenheitsstichprobe, also um ein Non-Probability-Sampling. Die eine Studiengruppe besteht aus den Angehörigen, die andere aus dem Gesundheitspersonal.</p> <p>Beurteilung</p> <p>Die Autorinnen sind der Meinung, dass die Stichprobe repräsentativ für die Population und für das Design ist. Aufgrund dessen, dass ein sehr hoher Anteil an Pflegenden vorhanden ist und dieser im Resultatteil von den Ärzten unterschieden wird, können die Ergebnisse auf andere Notfallpflegefachpersonen übertragen werden. Die Tatsache, dass auch Angehörige befragt wurden, könnte ein Einfluss darauf haben, wie Pflegende der FP gegenüberstehen. Die Autorinnen können sich vorstellen, dass, wenn für Pflegefachpersonen ersichtlich wird, dass FP durchaus Vorteile für Angehörige aufweist, sie der Thematik positiver gegenüberstehen. Die Stichprobengröße wird nicht begründet. Die Autorinnen denken aber, dass diese insofern begründet werden kann, weil nur Personen, welche sich vorstellen können, an FP teilzunehmen, eingeschlossen wurden. Somit ist die Stichprobengröße begrenzt, weil nur in einem gewissen Zeitraum geforscht wurde. Die beiden Studiengruppen unterscheiden sich in ihrer Grösse und auch durch ihre Bezeichnungen (Angehörigen versus Gesundheitspersonal). Sie können daher nicht direkt miteinander verglichen werden. Dies ist aber auch nicht notwendig, weil ihr jeweiliger Blickwinkel ein anderer ist.</p>

<p>Design/ Methode</p>	<p>Bei der vorliegenden Studie geht es um die abhängige Variable der Haltungen von Gesundheitspersonen gegenüber FP. Diese ist von der unabhängigen Variable der FP abhängig, weil sie wiederum durch diese beeinflusst wird. Eine weitere abhängige Variable ist die Haltung von Angehörigen gegenüber FP. Diese wird durch die unabhängige Variable, der Reanimation oder invasiven Prozedur, beeinflusst. Ihre Verbindung zueinander kann wie folgt beschrieben werden: Je nachdem wie die Reanimation/ invasive Handlung abläuft oder von den Teilnehmern empfunden wird, verändert sich deren Haltung oder Meinung gegenüber FP. Die Studie umfasst Reanimationen wie auch invasive Handlungen (in der Studie am häufigsten durchgeführte invasive Handlungen: endotracheale Intubation, Einlage eines zentralen Venenkatheters, Lumbalpunktion, Einlage einer Thoraxdrainage, Reposition einer Gelenkluxation). Aufgrund der Homogenität der Daten wurden beide Arten von FP zusammen analysiert. Es werden zwei Ziele formuliert. Zum einen, die Meinungen, Vor- und Nachteile von Angehörigen und Gesundheitsfachpersonen gegenüber FP zu untersuchen. Zum anderen, demographische Faktoren der Teilnehmer zu identifizieren, welche vielleicht unterschiedliche Meinungen erklären könnten. Bei der beschriebenen Studie handelt es sich um ein deskriptives Design mit quantitativen wie auch qualitativen Methoden. Dies mit der Begründung, die erhobenen Resultate möglichst genau auszuwerten. Unterstützend wurde ein FP-Protokoll eingesetzt. Die Angehörigen wurden alle (ausser in fünf Fällen) vor, während und nach der Handlung durch eine Begleitperson unterstützt und informiert.</p> <p>Beurteilung</p> <p>Die Thematik der FP wird im Kontext zur vorhandener empirischer Literatur dargestellt. Daraus ist auch die Relevanz des Themas zu erkennen. Es wird keine explizite Forschungsfrage formuliert, stattdessen verfolgen die Forscher zwei Ziele. Auch werden keine Hypothesen wörtlich wiedergegeben. Allerdings ist aus dem Kontext (in Bezug auf die bereits vorhandene Literatur) zu schliessen, dass FP womöglich positive Effekte auf Angehörige, wie auch auf das Gesundheitspersonal haben kann. Die Verbindung zwischen den Zielen und dem gewählten Design ist logisch und nachvollziehbar. Besonders positiv finden die Autorinnen, dass quantitative wie auch qualitative Methoden angewandt werden.</p>
-------------------------------	--

	<p>Wichtig finden sie ebenfalls, dass erwähnt wird, dass die Daten von Reanimationen und invasiven Handlungen homogen sind und sie deshalb zusammen analysiert werden konnten. Als einen weiteren positiven Aspekt sehen die Autorinnen, dass zur Unterstützung der möglicherweise schweren Situation ein FP-Protokoll verwendet wurde und dass (fast) alle Angehörigen einer Begleitperson zugeteilt waren, welche sie vorgängig informierte und auch während der Reanimation/ invasiven Handlung anwesend war.</p>
<p>Datenerhebung</p>	<p>Die Datenerhebung wurde in den zwei Studiengruppen unterschiedlich durchgeführt. Das Gesundheitspersonal erhielt spätestens 72 Stunden nach der FP einen Fragebogen mit 33 Items, welchen sie im Durchschnitt 17 Tage nach dem Ereignis zurücksandten. Die Angehörigen erhielten direkt nach der Reanimation/ invasiven Handlung einen auf sie angepassten Fragebogen mit 37 Items. Spätestens zwei Monate nach der FP wurde mit ihnen ein follow-up-Interview durchgeführt. Dieses dauerte circa 30 Minuten, wurde auf Tonband aufgenommen und von einem ausgebildeten Datenerheber durchgeführt. Die Daten wurden alle einmalig erfasst. Die Fragebögen enthielten zum einen eine 4-Punkt-Likertskala von "trifft vollkommen zu" bis "trifft überhaupt nicht zu", zum anderen halbstrukturierte Fragen. Je kleiner die erreichte Punktzahl, desto grösser ist die positive Haltung gegenüber FP.</p> <p>Beurteilung</p> <p>Die Datenerhebung ist für die formulierten Ziele nachvollziehbar. Durch die Fragebögen, welche je nach Studiengruppe individuell angepasst wurden, können die Forscher zu subjektiven Ergebnissen kommen. Wie bereits erwähnt, sind die Methoden der Datenerhebung nicht bei allen Teilnehmern gleich, dies würde aber gemäss Autorinnen auch keinen Sinn machen. Die Daten sind komplett, sie wurden von allen Probanden erhoben. Fünf Pflegenden und zwei Ärzte überprüften die Validität der Items. Die Forscher entfernten alle Fragen, welche nicht zu 70% mit der Einstufung der überprüfenden Personen übereinstimmten. Gemäss den Autorinnen weisen die Messinstrumente eine sehr gute Reliabilität auf, der Fragebogen der Angehörigen hat ein Cronbach's alpha von 0.92, der Fragebogen der Gesundheitsfachpersonen einen Wert von 0.91. Die Auswahl der Messinstrumente wird nicht näher begründet.</p>

<p>Analyse</p>	<p>Als statistisches Verfahren wurde deskriptive Statistik verwendet. Vergleiche zwischen der Präsenz während einer invasiven Handlung versus einer Reanimation und den Gruppen bezüglich demographischen Daten, wurden anhand des Fishers exaktem Wahrscheinlichkeitstest (χ^2) gemacht. Ausserdem wurde der χ^2 dazu berechnet, um dichotome (ja/nein) Antworten zur Berufsbezeichnung der Gesundheitsfachpersonen darzustellen. Für kategoriale Teile der Umfrage wurde der t-Test angewandt, für Haltung-Scores ANOVA zur Varianzanalyse. Der p-Wert wird wie folgt definiert: p-Werte < 0.05 gelten als signifikant. Des Weiteren wurden qualitative Methoden zur Analyse des qualitativen Teils der Fragebögen angewandt. Die Kriterien Angemessenheit, Nachvollziehbarkeit und Glaubwürdigkeit werden erfüllt.</p> <p>Beurteilung</p> <p>Die statistischen Methoden werden sehr ausführlich beschrieben (in einem separaten Abschnitt getrennt vom eigentlichen Text der Studie) und sind angesichts der Autorinnen geeignet. Sie finden gut, dass die Analysen der quantitativen und qualitativen Ansätze der Studie explizit voneinander getrennt werden. Es sind genügend Informationen vorhanden, damit die Ergebnisse beurteilt werden können.</p>
<p>Resultate</p>	<p>Die Resultate werden in Textform (teilweise mit wörtlichen Zitaten) wie auch ergänzend in Tabellen präsentiert. Die Darstellung ist sehr übersichtlich und die Ergebnisse der zwei Studiengruppen sind klar voneinander getrennt. Auch die verschiedenen untersuchten Aspekte werden einzeln dargestellt. Alle vorgängig gesetzten Ziele werden untersucht und präsentiert. Die Resultate werden in der Studie sehr genau und ausführlich beschrieben, deshalb werden diese hier nur zusammenfassend beschrieben: Die Forscher fanden heraus, dass die Anwesenheit während einer Reanimation oder einer invasiven Handlung von den Angehörigen als sehr positiv erlebt wurde und diese der Meinung waren, dass es ihr Recht sei, in solchen Momenten beim Patienten sein zu können. Die Angehörigen sahen sich selbst als aktive Teilnehmer des Ereignisses. Alle teilnehmenden Familienmitglieder äusserten, dass ihre Anwesenheit für sie selbst sehr hilfreich war und sie es wieder tun würden. Bei den Ergebnissen wurde ersichtlich, dass die FP keine negativen psychologischen Effekte auf die Angehörigen bewirkte.</p>

	<p>Beim Gesundheitspersonal gab es signifikante Unterschiede bezüglich der Haltung gegenüber FP: 96% der Pflegenden und 79% der Belegärzte unterstützen diese, während nur 19% der Assistenzärzte auch dieser Meinung sind ($p= 0.001$). Obwohl 88% der Gesundheitsfachpersonen denken, dass FP in dieser Institution fortgesetzt werden sollte, waren signifikant mehr Pflegende dieser Meinung (98% zu 50%, respektive $p= <0.001$). 38% der Fachpersonen äusserten, sich zu sorgen, dass es mögliche Störungen durch Familienmitglieder während der FP geben könnte, obwohl keine derartigen Fälle während der Studie eintrafen. Die Ziele konnten demnach erreicht werden. Es werden die Haltungen wie auch mögliche Vor- und Nachteile aller beteiligten Personen diskutiert. Auch werden demographische Daten diskutiert, welche Einfluss auf die Haltung haben könnten (in diesem Fall vor allem der Beruf).</p> <p>Folgende Limitationen werden diskutiert: Die Generalisierbarkeit der Antworten durch die Angehörigen ist limitiert, weil nur Familienmitglieder, welche die Option der FP akzeptierten, eingeschlossen wurden. Deshalb ist nicht ganz klar, wie repräsentativ die Aussagen sind.</p> <p>Aufgrund dessen, dass die Interviews erst zwei Monate nach dem Ereignis stattgefunden haben, könnte es zu einem Recall-Bias gekommen sein. Die Teilnahme der Belegärzte war limitiert auf diejenigen, welche vermutlich die FP unterstützen (solche, welche gegen FP waren, erlaubten die Präsenz nicht und konnten deshalb nicht untersucht werden). Antworten von Pflegenden und Assistenzärzten waren repräsentativer in ihrer Gruppe, weil sie einen geringen Einfluss auf die Entscheidung hatten, wenn der Belegarzt die FP erlaubte. Da die meisten Gesundheitsfachpersonen die Fragebögen mehr als zwei Wochen nach dem Ereignis zurückgesandt haben, waren die Forscher nicht mehr in der Lage, die Korrektheit der Erinnerungen richtig zu bewerten. Auch war es ihnen nicht möglich zu evaluieren, ob die Teilnehmenden zusätzlich gemachte FP-Erlebnisse vor dem vollständigen Ausfüllen des Fragebogens miteinbezogen haben. Ebenfalls könnte es sein, dass ihre Antworten und Meinungen durch Diskussionen mit anderen Kollegen beeinflusst worden sind. Die Studie hat aber auch einige wichtige Stärken. Es ist die erste prospektive Studie, welche die FP-Erfahrung während einer Reanimation/ invasiven Handlung mit Hilfe der ENA-Guidelines untersuchte. Indem eine Vielzahl von Datenquellen (Umfragen, Beobachtungen und Interviews), Teilnehmern (Angehörige, Ärzte und Pflegende) und Methoden (quantitative und qualitative Ansätze) benutzt wurden, werden die Ergebnisse aus verschiedenen Perspektiven gezeigt. Dies bestärkt die Glaubwürdigkeit der Resultate.</p>
--	---

	<p>Beurteilung</p> <p>Die Tabellen und Grafiken sind alle beschriftet, sie stimmen mit dem Text überein und dienen ergänzend. Wie bereits erwähnt, werden alle Resultate sehr ausführlich dargestellt und diskutiert. Die Interpretationen stimmen mit den Resultaten überein. Allerdings wird in der Diskussion kein direkter Bezug mehr zu den gesetzten Zielen gemacht. Die gefundenen Resultate werden mit bereits vorhandener Literatur verglichen und in deren Kontext eingebunden.</p>
<p>Bedeutung für die Pflegepraxis</p>	<p>Die Resultate der Studie zeigen die Vorteile von FP während einer Reanimation oder einer invasiven Handlung auf und regen dazu an, die Praxis von routinemässigem Verboten der Anwesenheit von Angehörigen nicht weiter fortzusetzen. Zukünftige Forschungen sollten sich auf die Generalisierbarkeit der in dieser Studie gefundenen Ergebnisse fokussieren. Ausserdem sollten sich folgende Untersuchungen auf verschiedene Populationen und Settings konzentrieren und Langzeit-Follow-ups beinhalten. Auch von Bedeutung könnte sein, dass 15% des Gesundheitspersonals in dieser Studie der Meinung war, dass FP mit länger andauernden Reanimationsmassnahmen verbunden war. Zukünftige Studien sollten untersuchen, ob FP die Tätigkeiten, Dauer und Kosten von invasiven Handlungen und Reanimationen verändert.</p> <p>Beurteilung</p> <p>Die Studie ist gemäss Autorinnen sinnvoll. Sie zeigt nicht nur die Haltungen von Gesundheitsfachpersonen gegenüber FP auf, sondern auch die der "direkt Betroffenen", also den Angehörigen. Es werden Schwächen wie auch Stärken der Studie erwähnt. Im Diskussionsteil wird ersichtlich, dass es viele andere Studien gibt, welche auf ähnliche Ergebnisse gekommen sind. Aus der Studie ist herauszulesen, dass eine Begleitperson für die Angehörigen von grosser Wichtigkeit ist. Ausserdem geht hervor, dass schriftliche Guidelines und Bildung des Personals sehr hilfreich im Umgang mit FP sind.</p>
<p>Evidenzlevel</p>	<p>5</p>

<p>Autor, Titel der Studie</p>	<p>Oman et al. (2010). Health care providers' evaluations of family presence during resuscitation.</p>
<p>Sample</p>	<p>Die Studie wird in einem akademischen Akutspital mit 407 Betten in den USA durchgeführt. Diese Institution hat bereits ein FP-Protokoll eingeführt. Jeder Notfallanruf, welcher das Reanimationsteam ausruft, wird dokumentiert. Alle Namen der an den Reanimationen teilgenommenen Gesundheitsfachpersonen werden notiert. Diese Aufzeichnungen wurden alle zwei Wochen vom Hauptforscher überprüft, um festzustellen, ob Familienmitglieder anwesend waren und um das daran teilgenommene Gesundheitspersonal zu identifizieren. Anschliessend wurde den involvierten Personen ein Mail versandt, in welchem sie über die Studie informiert und gebeten wurden, an einer Onlinebefragung teilzunehmen. Der Link, wie auch genauere Erklärungen, waren ebenfalls im Mail enthalten.</p> <p>Eingeschlossen wurden alle Pflegefachpersonen, Atemtherapeuten und Ärzte, welche mit Hilfe der Aufzeichnungen der geschehenen Reanimationen, in welchen ein Angehöriger anwesend war, identifiziert werden konnten. Es haben schlussendlich 65 Probanden teilgenommen, wovon 42 Pflegefachpersonen (65%), 13 Ärzte und zehn Atemtherapeuten waren. Von den reanimierten Patienten überlebten 71% bis mindestens zum Transfer auf die Intensivstation oder ins Herzkatheterlabor. Es handelt sich bei dieser Studie um eine Gelegenheitsstichprobe, also wurde ein Non-Probability-Sampling angewendet. Die Daten wurden in einem Zeitraum von einem Jahr gesammelt.</p> <p>Beurteilung</p> <p>Die Autorinnen finden, dass die Stichprobe repräsentativ für die Population ist. Aufgrund dessen, dass in den Resultaten die Pflegefachpersonen nicht von den Ärzten unterschieden werden, stellen sich die Autorinnen die Frage, ob die Resultate auf andere Pflegende übertragbar oder allgemein generalisierbar sind. Da aber mehr als die Hälfte der Probanden aus Pflegefachpersonen bestand, könnte dies allerdings für eine Übertragbarkeit sprechen. Die Stichprobenziehung ist für das Design angebracht. Allerdings sind die Autorinnen der Meinung, dass die Stichprobengrösse eher etwas klein ist. Dies wird dadurch begründet, weil bei den insgesamt 106 Reanimationen in einem Jahr, nur bei 31 Reanimationen Angehörige dabei waren. Deshalb minimiert sich automatisch die Anzahl der Probanden.</p>

	<p>Von den total 174 Gesundheitspersonen, welche in den Aufzeichnungen aufgelistet wurden, fielen 40 weg, weil ihre Namen nicht lesbar und komplett waren. 134 Personen wurden angeschrieben die Befragung auszufüllen, wovon 65 antworteten. Vergleichsgruppen wurden keine erstellt.</p>
<p>Design/ Methode</p>	<p>Der Zweck der Studie ist es, zum einen zu erforschen, wie oft Angehörige während einer Reanimation anwesend sein können, zum anderen die Erfahrungen von Gesundheitsfachpersonen gegenüber FPDR darzulegen. Die abhängige Variable ist in diesem Fall das Gesundheitspersonal, welches von der unabhängigen Variable, der Anwesenheit von Angehörigen während der Reanimation, beeinflusst wird. Für diese Querschnittstudie wurde ein deskriptives Design ausgewählt, um quantitative und narrative Daten zu sammeln.</p> <p>Beurteilung</p> <p>Laut den Autorinnen beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Pflegepraxis, weil im Vergleich zu anderen Studien zum Thema FPDR nicht gefragt wird, was das Personal davon halten würde, sondern spezifisch nur Probanden eingeschlossen wurden, welche bereits eine FPDR selbst erlebt haben. Somit wird nicht spekuliert, wie sie es empfinden würden, sondern die Teilnehmer können aus eigener Erfahrung erzählen, wie sie die Situation erlebten. Die Forschungsfrage wird in Zielen formuliert. Diese sind klar, verständlich und logisch. Das Thema wird ausführlich mit bereits vorhandener empirischer Literatur eingeleitet. Es werden positive wie auch negative Aspekte aufgezählt. Die Verbindung zwischen den Zielen und dem gewählten Design ist logisch und nachvollziehbar.</p>
<p>Datenerhebung</p>	<p>Die elektronische Befragung bestand aus sieben Fragen, fünf davon waren nach der Likert-Skala aufgebaut, unterteilt von "trifft vollkommen zu" bis "trifft überhaupt nicht zu". Ebenfalls stand ein freies Feld zu Verfügung, um persönliche Kommentare anzufügen. Folgende Fragen wurden gestellt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Der Angehörige war in der Lage, die Reanimationssituation emotional zu tolerieren. 2. Das Familienmitglied interferierte mit der Pflege, welche Sie am Patienten ausführten. 3. Die Teamkommunikation wurde durch die Anwesenheit der Angehörigen negativ beeinflusst. 4. Die Angehörigen präsent zu haben war für den Patienten von Nutzen. 5. Bei der Reanimation anwesend zu sein war für die Angehörigen nützlich und 6. War ein Familien- "Vermittler/ Moderator" anwesend? Ja/ Nein.

	<p>Wenn ja, wer war dieser Vermittler (Auswahl an Personen wird gegeben)? Um den Fragebogen kurz zu halten und die Fertigstellung zu vereinfachen, wurden keine demographischen Daten erhoben. Aus dem Kontext ist herauszulesen, dass die Daten einmalig erhoben wurden.</p> <p>Beurteilung Laut den Autorinnen ist die Datenerhebung für die Fragestellung nachvollziehbar. Sie sind allerdings der Meinung, dass demographische Daten, wie beispielsweise die Erfahrungsjahre, von grosser Bedeutung sein können. Die Methoden der Erhebung sind bei allen Teilnehmern konsistent. Die Daten wurden komplett erhoben. Um die Validität des Fragebogens zu etablieren, wurde dieser durch Mitglieder des Reanimationskomitees des Spitals überprüft. Das Messinstrument ist gemäss Autorinnen reliabel, für die fünf skalierten Fragen beträgt Cronbach's Alpha 0,81. Die Auswahl des Instruments wird in der Studie nicht begründet. Der Fragebogen stimmt mit den Zielen und dem beschriebenen Konzept überein. Die Studie wurde vom institutionellen Überprüfungsausschuss bewertet und qualifiziert.</p>
Analyse	<p>Analysiert wurden die Daten anhand deskriptiver Statistik und qualitativer Inhaltsanalyse. Letztere brachte mit sich, dass die Daten systematisch in kodierte Einheiten reduziert wurden. Diese wurden in Kategorien mit gemeinsamen Merkmalen gruppiert und dann weiter analysiert, bis Themen entstanden. Schriftliche Kommentare der Probanden wurden durch die Forscher gelesen, kodiert und analysiert, um Themen zu bestimmen.</p> <p>Beurteilung Die Autorinnen finden es gut, dass nicht ausschliesslich quantitative Methoden angewendet, sondern auch grossen Wert auf die qualitative Inhaltsanalyse gelegt wurde. Aufgrund dessen, dass die Kommentare durch mehrere Personen analysiert wurden, ist davon auszugehen, dass die Informationen zur Beurteilung der Ergebnisse ausreichen. Weder wird ein Signifikanzniveau, noch der Mittelwert oder die Standardabweichung angegeben. Allgemein werden keine genaueren Angaben zur Analyse der quantitativen Daten gemacht.</p>
Resultate	<p>Die Ergebnisse werden in Textform wie auch anhand von Tabellen und Grafiken illustriert. Die gesammelten Antworten wurden gruppiert, das heisst, "trifft vollständig zu" mit "trifft zu" und "trifft überhaupt nicht zu" mit "trifft nicht zu".</p>

	<p>59% der Probanden antworten, dass Angehörige die Reanimation emotional tolerieren konnten. In 88% der Fälle haben sie nicht mit den Reanimationsbemühungen interferiert. Die Kommunikation im Team wurde in 88% der Fälle nicht beeinträchtigt. 70% der Befragten stimmten zu, dass Angehörige von der Anwesenheit profitieren konnten. Uneinig waren sich die Teilnehmenden bezüglich Vorteil für die Patienten: 50% sahen keine Vorteile, während die anderen 50% Vorteile erkennen konnten. Bei 70% der Reanimationen war ein Vermittler anwesend, diese Begleitperson war in 41% der Fälle eine Pflegende.</p> <p>Die Inhaltsanalyse der qualitativen Aspekte ergab folgende drei Kernresultate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - FPDR ist für Angehörige von Vorteil. - FPDR ist emotional. - Eine Begleitperson für die Anwesenden ist notwendig. <p>Als Limitation wird beispielsweise der Intervall von zwei bis drei Wochen zwischen der Reanimation und dem Zeitpunkt, an welchem der Proband die Mail zur Teilnahme erhalten hat, diskutiert.</p> <p>Ausserdem könnten voreingenommene Meinungen betreffend FPDR Einfluss darauf haben, wie die Pflegefachpersonen die Anwesenheit der Angehörigen auf sich selbst erlebten. Weiter ist zu sagen, dass Pflegefachpersonen tendenziell eher für FPDR sind. Diese Resultate könnten beeinflusst worden sein, weil das Sample mehrheitlich aus Pflegenden bestand. Eine weitere Limitation der Studie ist der Mangel an Daten über FPDR während erfolglosen oder schwierigen Reanimationen.</p> <p>Beurteilung</p> <p>Alle Tabellen und Grafiken sind vollständig beschriftet, sie stimmen mit dem Text überein und ergänzen diesen. Es werden alle Resultate diskutiert, die Interpretationen stimmen mit den Resultaten überein. Die gefundenen Ergebnisse werden ausführlich mit anderen Studien verglichen und in diesen Kontext eingegliedert.</p>
<p>Bedeutung für die Pflegepraxis</p>	<p>Zukünftige Studien sollten die Perspektive der Patienten und deren Angehörigen untersuchen. Es wäre ebenfalls wichtig, Spitäler mit und ohne formellen FP-Guidelines zu vergleichen, sowie Prozess- und Ergebnisvariablen zu beurteilen. Ebenfalls könnten die Aspekte von spirituellen und kulturellen Eigenschaften des Personals zu wichtigen Daten führen.</p>

	<p>Darüber hinaus könnten Studien zur Rolle und Charakteristik der Begleitperson, Organisationen, welche sich mit Familienpräsenzprogrammen oder Richtlinien beschäftigen, wichtige Informationen geben. Die Wichtigkeit der Entwicklung von Leitlinien wird mehrfach erwähnt. Leitlinien sind deshalb so wichtige Werkzeuge, weil sie der Praxis Struktur bieten. Diese sind dann besonders wertvoll, wenn sie mit seltenen oder emotionalen Events assoziiert sind. Die Richtlinien könnten dazu dienen, die Rollen und Verantwortlichkeiten des Gesundheitspersonals während der Reanimation zu definieren. Weil Notfallpflegefachpersonen signifikante Erfahrung mit FPDR haben, könnten sie vielleicht die gewünschte Gruppe sein, welche die erwähnten Richtlinien entwickeln, um die Praxis der FPDR anzusprechen.</p> <p>Beurteilung</p> <p>Die Studie ist trotz einiger Schwächen sinnvoll. Es gibt viele andere Studien, welche auf sehr ähnliche Resultate gekommen sind. Die Ergebnisse sind insofern in die Praxis umsetzbar, dass es vor allem wichtig wäre, Guidelines zu entwickeln. Diese würden vermutlich die Praxis der FPDR allgemein bekannter und geregelter machen, was dem Gesundheitspersonal z.B. den Entscheid, den Angehörigen die Anwesenheit zu erlauben, erleichtern kann.</p>
Evidenzlevel	5

Autor, Titel der Studie	Holzhauser et al. (2007). Staff attitudes to family presence during resuscitation Part A: an interventional study.
Sample	Für diese Studie wurde eine Non-Probability-Sampling verwendet. Die Teilnehmer waren Pflegefachpersonen oder medizinische Fachpersonen. Die Mehrheit der Teilnehmer war in beiden Befragungen, vorher und nachher, Pflegefachpersonen. In der ersten Befragung waren die meisten Teilnehmer zwischen 20 und 30 Jahre alt. Im Interview nach sechs Monaten war der grösste Teil der Befragten zwischen 26 und 35 Jahre alt. Abgesehen davon, dass die Teilnehmer Pflegefachpersonen oder medizinische Fachpersonen sein mussten, wurden keine weiteren Ein- und Ausschlusskriterien veröffentlicht.

	<p>Diese Studie wurde auf der Notfallstation in einem Spital in Queensland, Australien, durchgeführt, welches pro Jahr 45000 Patienten aufnimmt.</p> <p>Beurteilung</p> <p>Die gewählte Stichprobenziehung wird von den Autorinnen als geeignet erachtet, da verschiedenste Ansichten und Blickwinkel aufgezeigt werden können, weil es eine Gelegenheitsstichprobe ist. Es wird davon ausgegangen, dass sie repräsentativ für die Population ist. Also für alle Pflegefachpersonen wie auch andere Fachpersonen, welche während einer Reanimation anwesend sind. Da jedoch eine klare Mehrzahl der Teilnehmer Pflegefachpersonen waren, wären laut Autorinnen die Resultate auch nur auf diese übertragbar.</p> <p>Während der Voruntersuchung waren es n = 63 und die Nachuntersuchung zählte noch n = 36, was einen grossen Verlust aufzeigt. Dies könnte laut der Diskussion in der Studie auf folgende mögliche Gründe zurückgeführt werden. Zum einen wurde die Befragung per Mail durchgeführt, was bekannt für niedrige Rücksenderaten ist. Zum anderen könnte die sechsmonatige Dauer der Studie einen Einfluss haben.</p> <p>Die Vergleichsgruppe unterschied sich nur darin, dass die Befragung sechs Monaten später stattfand und die Intervention nun inklusiv war.</p> <p>Zum Setting wird in der Studie keine kritisierende Äusserung erläutert. Laut der Studieneinführung gibt es in Australien kaum Untersuchungen mit dieser Thematik.</p> <p>Die Autorinnen bewerten dieses Setting als eher klein, da es sich nur um ein Spital in ganz Australien handelt.</p>
<p>Design/ Methode</p>	<p>Ziel der Studie war es, herauszufinden, ob sich nach diesen sechs Monaten, in welchen auch Weiterbildungen bezüglich FPDR stattgefunden haben, die Haltung von medizinischen Fachpersonen gegenüber FPDR geändert hat. Zuerst war die Studie über eine Zeitspanne von 12 Monaten geplant. Dies wurde jedoch, nachdem sie die Teilnehmerzahl wussten, nach Rücksprache verkürzt.</p> <p>In dieser Studie wird erwähnt, dass es bereits einige Forschungen über diese Thematik FPDR gibt, wobei jedoch kaum eine davon in Australien durchgeführt wurde. Die gesamte Forschung dauerte über drei Jahre und besteht aus drei Hauptteilen. In dieser Studie wird auf den ersten Teil eingegangen, welcher sechs Monate dauerte und die Intervention hinterfragt wurde.</p>

	<p>Für diese Forschung wurde ein quantitatives Zwei-Phasen-Design ausgewählt. Wenige qualitative Aspekte sind durch die offenen Fragen im Interview ebenfalls enthalten.</p> <p>Die auserwählten Probanden wurden zu Beginn der Studie anhand eines Interviewfragebogens per Mail zum Thema FPDR befragt. Nach sechs Monaten wurde ein zweites Interview mit denselben Fragen erneut durchgeführt, um zu sehen, ob die Intervention einen Einfluss auf die Meinung der Befragten hatte.</p> <p>Zu Beginn der Studie und während den ganzen sechs Monaten wurden zu gewissen Zeitpunkten Weiterbildungen durchgeführt, die sich mit dem Thema FPDR befassten.</p> <p>Beurteilung</p> <p>Hypothesen werden in dieser Forschung keine gebildet. Jedoch gibt es eine klare Formulierung des Ziels und des Vorhabens. Bereits schon während der Durchführung können die Betroffenen Fachpersonen durch die Schulungen Nutzen ziehen. Die Studie befasst sich mit einer Thematik, welche noch keine klare Lösung aufweist und wird somit als nützlich und wichtig eingestuft.</p> <p>Da die Forscher herausfinden wollten, ob sich nach einer gewissen Zeitspanne mit Erfahrung und Schulung die Haltung der Teilnehmer ändert, ist ein Pre-/ Postinterventions-Design notwendig, um Veränderungen aufzeigen zu können. Die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem Design ist somit für die Autorinnen verständlich und nachvollziehbar.</p>
<p>Datenerhebung</p>	<p>Die Datenerhebung findet anhand eines Interviews, welches per Mail versendet wurde, statt.</p> <p>Die Fragen basieren auf bereits bestehender Literatur und sollten zur Bestätigung und Ergänzung dienen. Das Interview besteht aus dichotomen oder Multiple-Choice-Fragen. Es wurde auch die Likert-Skala (vier Antwortmöglichkeiten von "trifft völlig zu" bis "trifft gar nicht zu") angewandt. Zum Schluss wurden noch zwei offene Fragen gestellt.</p> <p>Dieses Interview wurde zuvor an sieben Forscher getestet. Diese füllten den Fragebogen ebenfalls nach einer gewissen Zeitspanne ein zweites Mal aus. Somit wurde überprüft ob die Fragestellungen geeignet sind.</p> <p>Beurteilung</p> <p>Die Studie wurde nachvollziehbar gestaltet und richtet sich nach dem genannten Ziel.</p>

	<p>Anhand des Pilotversuchs an den sieben Forschern wurde das Verfahren getestet, ob es geeignet ist und anschliessend anerkannt. Die Datenerhebung wurde bei allen Teilnehmern gleich und mit denselben Fragen durchgeführt.</p>
<p>Analyse</p>	<p>Die quantitativen Daten wurden codiert und in eine Microsoft-Excel-Tabelle eingeführt. Zur Analyse wurde dann eine tabellarische beschreibende Statistik angewendet. Der Chi² - Test wurde angewandt, um eine Verbindung vom aktiven Managen und der Haltung von FPDR seitens der Angestellten aufzuzeigen. Der Kruskal-Wallis-Test wurde verwendet, um Unterschiede in der Position, Erfahrung und Alter sowie Berufserfahrung zu untersuchen (p=0.07).</p> <p>Die offenen Fragen wurden anhand eines qualitativen Verfahrens ausgewertet. Ein Wissenschaftler und ein Mitarbeiter überprüften die Antworten und berechneten diese anschliessend.</p> <p>Beurteilung</p> <p>Die Auswahl der statistischen Methoden ist geeignet, um einen Vergleich nach dieser Zeitspanne aufzeigen zu können.</p> <p>Die Tabellen, welche in der Studie aufgeführt sind, sind korrekt beschriftet und zeigen leicht anschaulich einen Vorher-Nachher-Vergleich auf.</p>
<p>Resultate</p>	<p>Der Unterschied zu anderen Studien ist, dass zu zwei verschiedenen Zeitpunkten eine Befragung statt fand, während in der Zwischenzeit eine Veränderung in der Praxis erfolgte. Die Ergebnisse dieser Studie werden einerseits in Textform erläutert, wie auch andererseits in Tabellen veranschaulicht. Die Anzahl der Ergebnisse vom Vor- und Nachtest sehen wie folgt aus :</p> <p>Vorher : n = 61 (51%) Nachher: n = 36 (31%)</p> <p>Pretest, Posttest (Achtung bei der Interpretation der Prozentzahlen: n ist unterschiedlich gross! → siehe Stichprobe)</p> <p><u>Vorteile bezüglich FPDR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Positiver Einfluss auf den Trauerprozess (70%, 89%) - Die Angehörigen werden als Teil des Teams angesehen (30%, 50%) - Angehörige können sich mit der Erkrankung arrangieren (52%, 75%) - Angehörige sind in der Nähe der Patienten, falls diese versterben (75%, 72%)

	<p><u>Nachteile bezüglich FPDR</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Die Leistung des Personals leidet unter der FP (43%, 28%)- Angehörigen ist es nicht möglich, die Situation zu bewältigen und damit umzugehen (59%, 36%)- Es könnte zu Rechtsstreitigkeiten kommen (16%, 8,3%)- Zu persönlich für das Personal (33%, 19%) <p>Einige hatten schon vor der Studie Erfahrung mit FPDR. 46% davon gaben an, positive Erfahrungen und 9% negative gemacht zu haben. Zu den übrigen 42% der Teilnehmer wurden diesbezüglich keine Angaben gemacht.</p> <p>Die Fragestellungen werden in der ersten Abbildung ausformuliert. Anhand der Likert-Skala wurden zwei Themen erfragt, bezüglich Wohlbefinden während der FPDR und ob den Angehörigen die Option angeboten werden sollte. Zwischen diesen beiden Fragen konnte anhand des Chi²-Tests aufgezeigt werden, dass in den Pretest-Messungen eine Verbindung besteht (p=0.007). In den Posttest-Messungen betrug der Wert p=0.433.</p> <p>Die Messungen im Pretest, ab wann die Angehörigen ins Zimmer reingebeten werden sollten, ergaben folgendes: 92 Personen beantworteten diese Frage. Davon gaben 46% an, die Angehörigen erst herein zu beten, wenn der Patient verstorben ist. Oder wenn alles getan wurde, der Patient tödlich krank, aber noch am leben ist. Es wurde auch erwähnt, dass der Patient zuerst stabilisiert sein müsste.</p> <p>35% der Befragten wurden vor dieser Studie von Angehörigen schon einmal gefragt, ob sie dabei sein dürfen. Von diesen 35% liessen dies elf zu und sechs lehnten ab. Erfahrungsgemäss wurden mehr positive Aspekte angegeben, wenn Angehörige hereingelassen wurden (46%). 9% äusserten negative Erfahrungen damit gemacht zu haben (verunsichertes Personal, Angehörige standen im Weg).</p> <p>Zum Schluss der Befragung wurde noch eine offene Frage gestellt. Die Antworten können etwas gruppiert werden. Zu negativen Ergänzungen wurde geäussert, dass es emotional traumatisch für die Angehörigen sei und sie schwer damit umgehen könnten. Es wäre doch ein schönerer Anblick, den Patienten sauber und ohne Zugänge sehen zu können.</p>
--	--

	<p>Dies sei doch der letzte Anblick einer geliebten Person und hat einen Einfluss auf den anschliessenden Trauerprozess.</p> <p>Zusammengefasst kann noch beigefügt werden, dass diejenigen, welche positive Erfahrungen mit FPDR gemacht haben, es auch befürworten, den Angehörigen die Möglichkeit zu geben, im Reanimationsraum anwesend zu sein. Hingegen diejenigen, welche schlechte Erfahrungen damit gemacht haben, sind sich eher unsicher oder klar dagegen.</p> <p>Die Auswertung zeigt auf, dass sich nach dieser Zeitspanne einige Meinungen positiv veränderten. Diese Differenzen sind jedoch nicht signifikant.</p> <p>Beurteilung</p> <p>Es wurde zu jeder der Frage Stellung genommen und einen Vergleich von Pre- und Postphase dargestellt. Es sind viele Fragen mit ähnlichen Aspekten vorhanden. Die Autorinnen würden es begrüßen, wenn die Antworten etwas einfacher aufgezeigt werden, um einen besseren Überblick zu bekommen.</p> <p>Es wird in der Studie erwähnt, dass sich weitere Forschungen mit dem psychologischen Aspekt befassen sollen, was in dieser Studie nicht zur Sprache kommt.</p>
<p>Bedeutung für die Pflegepraxis</p>	<p>Obwohl es keine signifikanten Resultate gab, zeigt die Studie auf, dass sich die Haltung der Befragten durch eine solche Studie mit spezifischen Schulungen ändern kann. FPDR könnte somit gefördert und mehr unterstützt werden.</p> <p>In der Studie wird aufgezeigt, wie innerhalb kurzer Zeit durch wenige informative Inputs ausschlaggebende Haltungen geändert werden können.</p> <p>Beurteilung</p> <p>Da auch andere Studien auf ähnliche Ergebnisse kamen und diese Studie ihre Resultate begründet und genau aufzeigt, erachten es die Autorinnen nicht als problematisch, dass einige Ergebnisse dieser Studie nicht signifikant sind. Da in den Resultaten viele Aspekte aufgezeigt und die Ergebnisse mit anderen Studien vergleichbar sind, wird diese Studie von den Autorinnen als brauchbar eingestuft.</p>
<p>Evidenzlevel</p>	<p>5</p>

<p>Autor, Titel der Studie</p>	<p>Holzhauser et al. (2008). Part B: a survey of staff attitudes immediately post-resuscitation to family presence during resuscitation.</p>
<p>Sample</p>	<p>Die Stichprobe besteht aus allen Fachpersonen, welche während der Reanimation anwesend waren. In der Kontrollgruppe wurden n = 106 befragt und in der Experimentalgruppe waren es n = 202.</p> <p>Die Mehrheit der Befragten waren diplomierte Pflegefachpersonen (Kontrollgruppe 65%, Experimentalgruppe 57%). Die Befragten weisen eine Berufserfahrung von null bis fünf Jahren auf.</p> <p>Das Durchschnittsalter beträgt 26-30 Jahre.</p> <p>Um als Angehöriger in diese Studie eingeschlossen zu werden, mussten die reanimierten Patienten erwachsen sein. Traumapatienten wurden explizit ausgeschlossen, da diese laut Forschern zwischen der Kontroll- und Experimentalgruppe schwer zu vergleichen sind.</p> <p>Die Studie wurde in einem Spital in Queensland, Australien, auf der Notfallstation durchgeführt.</p> <p>Beurteilung</p> <p>Da verschiedene Fachpersonen befragt wurden, welche bei der Reanimation involviert waren, kann die Auswertung auch auf verschiedene Berufe im Gesundheitswesen verallgemeinert werden. Da jedoch mehrheitlich Pflegefachpersonen befragt wurden, wird davon ausgegangen, dass die Stichprobe am ehesten für Pflegefachpersonen repräsentativ ist.</p> <p>Die Stichprobenziehung wird mit dem Non-Probability-Sampling als passend erachtet. Vorgegeben wurde, dass nur Fachpersonen, welche während der Reanimation dabei waren, befragt werden konnten. Somit wurde eine einfache Zufallserhebung gemacht. Da jedoch die Mehrheit aus Pflegefachpersonen besteht und in der Auswertung nicht erwähnt wird, welche Aussage von welcher Berufsgruppe kommt, wäre es sinnvoll gewesen, die Stichprobenziehung gezielt auf Pflegefachpersonen zu beschränken.</p> <p>Zur Stichprobengröße wird in der Studie keine Bemerkung gemacht. Es handelt sich um zwei Gruppen, bei welchen die eine Gruppe doppelt so viele Ergebnisse wie die andere Gruppe geliefert hat.</p>

	<p>Da aber pro Gruppe über 100 Auswertungen vorliegen, und somit viele verschiedene Aspekte aufgezeigt werden können, wird diese Tatsache von den Autorinnen nicht als negativ gewertet.</p> <p>Die Vergleichsgruppen unterscheiden sich darin, dass bei der einen Gruppe die Reanimation in Anwesenheit der Angehörigen durchgeführt wurde und bei der anderen Gruppe dies nicht der Fall war. Anhand der Kontroll- und Experimentalgruppe wird dies in der Studie verständlich erklärt.</p>
<p>Design/ Methode</p>	<p>Die Studie zeigt auf, wie die Meinungen direkt nach der Reanimation von den anwesenden Fachpersonen zur FPDR sind. Ziel ist es, aufzeigen zu können, ob sich die Meinungen unterscheiden, wenn Angehörige anwesend waren oder nicht.</p> <p>In der Untersuchung kommen zwei randomisierte Gruppen vor. Zum einen ist das die Kontrollgruppe, bei welcher die Angehörigen während der Reanimation im Warteraum bleiben müssen und nach Standard behandelt werden. Zum anderen die Experimentalgruppe, die aus den Angehörigen besteht, welchen das Angebot gemacht wurde, während der Reanimation im Raum anwesend sein zu können. Für die Gruppeneinteilung war eine auserwählte Pflegefachperson zuständig. Diese Zuteilung der Gruppe fand durch verschlossene Couverts statt. Genaue Vorabklärungen oder weitere Angaben zur Gruppierung werden in der Studie nicht erläutert.</p> <p>Wenn es Personen in der Stichprobe gab, welche den Ausschluss von Angehörigen während der Reanimation wünschten, wurde dies respektiert.</p> <p>Zu Beginn der Studie haben wenige Schulungen auf dem Notfall stattgefunden. Diese Schulungen enthielten Informationen über Peersupport, über die Gesprächsführung nach der Reanimation und den Umgang mit den Angehörigen und deren Trauer. Für diese Forschung wurde ein deskriptives, quantitatives Design ausgewählt.</p> <p>Beurteilung</p> <p>Die Datenerhebung wird von den Autorinnen als passend bewertet. Das Randomisieren der Angehörigen schliesst grosse Störfaktoren aus. Jedoch sehen die Autorinnen die Randomisierung als fraglich, da sie finden, dass dies aus ethischen Gründen ein Diskussionspunkt sein könnte. Die Studie wurde jedoch von einer Ethikkommission bewilligt.</p> <p>Die genaue Beschreibung, wie diese Gruppeneinteilung stattfindet, wird nicht erläutert.</p>

	<p>Die Autorinnen gehen davon aus, dass bei der Patientenaufnahme auf dem Notfall bereits im Vorfeld die Zuteilung gemacht wird, unabhängig davon, ob es schliesslich zu einer Reanimation kommt oder nicht. Dies ist jedoch lediglich die Schlussfolgerung der Autorinnen.</p> <p>Dass die Fragestellungen für die beiden Gruppen leicht unterschiedlich sind, bringt keine Differenz der Auswertung mit sich. Denn die Hauptfrage handelt von demselben. Nur wurde sie wörtlich etwas umformuliert und angepasst, je nach dem ob die Angehörigen anwesend waren oder nicht. Dieser Teil der Forschung (Part B) ist, wie im Einstieg erwähnt, der zweite Teil. Da es sich bereits schon im ersten Teil um eine quantitative Studie handelte, gilt dies ebenfalls für diesen Teil. Die Antworten können somit besser verglichen und aufgeführt werden.</p>
<p>Datenerhebung</p>	<p>Die Datenerhebung fand durch ein Interview direkt nach der Reanimation statt. Die Fragen waren für beide Gruppen sehr ähnlich und bezogen sich alle auf FPDR.</p> <p>Es handelt sich um Fragen die anhand dichotomer, Multiple-Choice, offener Fragen und Likert-Skalen zu beantworten waren.</p> <p>Aufgrund dessen handelt es sich mehrheitlich um eine quantitative Datenerhebung, welche einen kleinen qualitativen Aspekt enthält. Vorhandene Literatur diente zur Basis der Fragestellungen.</p> <p>Das Interview wurde vorgängig in einem Pilotprojekt von sieben Personen, welche bei der Durchführung der Studie beteiligt waren, ausgefüllt und somit die Eignung der Fragen abgeklärt.</p> <p>Beurteilung</p> <p>Ein Interview für die Datenerhebung wird als passend eingestuft, da auch verschiedene Fragestellungen, wie z.B. offene und geschlossene Fragen, gestellt wurden.</p> <p>Es wird in der Studie nie erwähnt, ob es sich um ein schriftliches oder mündliches Interview handelte. Dies hat jedoch nach Erachten der Autorinnen keine Auswirkungen auf die Auswertung. Lediglich könnte es einen Unterschied in Bezug auf die Anzahl der Antworten aufzeigen. Des Weiteren erachten die Autorinnen ein Interview als geeignet, da sich die Fragen auf persönliche Meinungen und Einstellungen konzentriert. In einem Interview mit offenen Fragen bekommen die Befragten die Möglichkeit, individuell zu antworten.</p> <p>Die Methode um die Daten zu erfassen, ist bei beiden Gruppen gleich.</p>

	<p>Es wurde bei beiden Gruppen direkt nach der Reanimation ein Interview durchgeführt. Die Studie erwähnt, dass die Fragen teilweise leicht voneinander abweichen, das Grundprinzip der Befragung jedoch erhalten bleibt.</p>
<p>Analyse</p>	<p>Alle quantitativ erhobenen Daten wurden im Excel eingegeben und durch die Tabellenkalkulation codiert. Anschliessend wurden diese Daten in das SPSS statistische Analyseprogramm, Software Version 11.0, eingefügt. Mit Hilfe von Statistikern wurde die Analyse quantitativer Daten codiert und anschliessend die Frequenzen berechnet.</p> <p>Detaillierte Angaben zur Analyse werden in der Studie nicht aufgezeigt.</p> <p>Beurteilung</p> <p>Zur Auswahl des Analysenverfahrens werden keine Begründungen abgegeben. Von den Autorinnen werden sie jedoch als passend für die Fragestellung erachtet.</p> <p>Die zwei Abbildungen, welche in der Studie vorkommen, dienen zur Ergänzung des Textes und sind korrekt beschriftet.</p>
<p>Resultate</p>	<p>Kontrollgruppe: n = 106 von 167 (63%) Experimentalgruppe: n = 202 von 289 (70%)</p> <p>In der Auswertung wurde auf individuelle Aussagen eingegangen und viele verschiedene Aspekte aufgezeigt. Aus den Ergebnissen schliesst sich, dass die Mehrheit der Fachpersonen für FPDR ist.</p> <p><u>Vorteile bezüglich FPDR</u> (Kontrollgruppe)</p> <p>Nachstehend werden die Resultate der individuellen Kommentare aufgelistet. Aus diesem Grund kann nicht davon ausgegangen werden, dass die restlichen Prozentzahlen (Differenz zu 100%) konträrer Meinung sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Mehrheit der Befragten geben an, keinen Vorteil in der Ausschlussung der Angehörigen während der Reanimation zu sehen - 47,2% sehen einen Vorteil darin, schnell an die Patientengeschichte zu gelangen - 3,8% denken, dass die Angehörigen durch die FP ein grösseres Verständnis bezüglich der Prognose haben könnten - 3,8% glauben, dass das Warten für die Angehörigen ausserhalb des Reanimationsraums als negativ erlebt wird

	<p><u>Nachteile bezüglich FPDR</u></p> <ul style="list-style-type: none">- 15,3% sagen, dass es durch den Ausschluss keine Unterbrechungen und Störungen gibt und waren relaxter- 14,2% äussern das Bedenken von Platzmangel- 9,4% befürchten, dass der Anblick von invasiven Handlungen die Angehörigen aus der Fassung bringen könnte- 3,6% sind der Meinung, dass die Angehörigen mit dem Beenden der Reanimationsbemühungen Schwierigkeiten haben könnten- 3,8% bedenken, dass sie die Angehörigen zu wenig adäquat über den Reanimationsverlauf informieren könnten <p><u>Vorteile bezüglich FPDR (Experimentalgruppe)</u></p> <p>Die Teilnehmer konnten zwischen mehreren Antwortmöglichkeiten wählen, wobei folgende Resultate entstanden sind (die angegebenen Prozentzahlen ergeben zusammen 100%):</p> <ul style="list-style-type: none">- 23% gaben an, dank der FP schnelleren Zugriff auf die Patientengeschichte zu haben- 14,9% denken, dass sich der Patient durch die FP komfortabler fühlt- 25,7% gaben an, dass sich Angehörige durch die FP womöglich wohler fühlen würden- 21,4% äusserten, dass sich die Angehörigen in den Reanimationsprozess miteinbezogen fühlen könnten- 3,4% waren der Meinung, dass es Angehörigen möglich war, zu helfen- 9,9% gaben an, dass es durch die FP einfacher war, die Angehörigen zu managen- 1,8% finden, dass die Angehörigen sehen konnten, dass für ihre Liebsten alles getan wurde <p><u>Nachteile bezüglich FPDR</u></p> <p>Nachfolgend werden die Resultate in Personenanzahl und nicht wie oben in Prozentzahlen angegeben. Dies aus dem Grund, weil es in der Studie nur so beschrieben wurde.</p> <ul style="list-style-type: none">- Vier Teilnehmer waren der Meinung, dass die Angehörigen den Reanimationsablauf unterbrochen haben- Zwei Teilnehmer dachten, dass die Angehörigen nicht wollten, dass das Gesundheitspersonal die Reanimation beendete- Fünf Probanden gaben an, dass die Angehörigen die Gesundheitsfachpersonen/ Performance beeinflussten- 14 der Befragten waren der Meinung, dass die Angehörigen im Weg standen.
--	---

	<p>Des Weiteren wurde ausgewertet, ob die Bekanntgabe des Resultats der Reanimation besser ausserhalb des Raumes oder im Reanimationsraum vollbracht werden sollte. Gemäss der Probanden wäre ausserhalb geeigneter, da es ruhiger sei, und die Angehörigen vom Anblick nicht geschockt seien. Die überbringende Person könnte sich vorher nochmals sammeln und sich vorbereiten, wie sie den Angehörigen die Informationen mitteilen sollte. Ein Grund dafür, weshalb das Mitteilen des Reanimationsergebnisses im Reanimationsraum gemacht werden sollte, ist, dass das Outcome verständlicher sei für Angehörige, da sie den Verlauf mitverfolgen konnten. Sie konnten sehen, dass alles Mögliche getan wurde. Es findet keine Auswertung über den psychischen wie auch den physischen Aspekt statt.</p> <p>Beurteilung</p> <p>Bei der Auswertung findet keine Messung statt, welche aufzeigt, wer wieviel Mal ein Interview ausgefüllt hat. Es kann also sein, dass von den 106 Ergebnissen (Kontrollgruppe) z.B. fünfmal davon, dieselbe Person die Fragen beantwortet hat. Dies kann einen Einfluss auf die Validität wie auch auf die Resultanzahl haben.</p> <p>Den Autorinnen fehlt die spezifische Gegenübersetzung der Ergebnisse von den Pflegefachpersonen, bei welchen Angehörige während der Reanimation an- oder abwesenden waren. Da die Studie dennoch viele Ergebnisse aufzeigt und zwei randomisierte Gruppen befragt, wird sie von den Autorinnen als nützlich eingestuft.</p>
<p>Bedeutung für die Pflegepraxis</p>	<p>Die Autorinnen bezeichnen es als spannend, dass zwei Vergleichsgruppen mit verschiedenen Ausgangslagen über dieselbe Thematik Fragen beantworten mussten. Wie bereits in anderen Studien erwähnt, geht auch hier wieder hervor, dass Erfahrung und Wissen in diesem Bereich auf die Haltung gegenüber FPDR einen enormen Einfluss haben kann. Oft kennen Fachpersonen die Option gar nicht, FPDR anzubieten. Wenn es jedoch ausprobiert werden kann, könnte es sein, dass die Fachpersonen durch den erhaltenen Einblick ihre persönliche Einstellung ändern würden.</p> <p>Beurteilung</p> <p>In der Diskussion wird erwähnt, dass diese Studie eine gute Übersicht über diese Thematik aufweist. Auch die Autorinnen erachten diese Studie als aussagekräftig, da sie viele verschiedene Blickwinkel aufzeigt und das Forschungsverfahren verständlich und korrekt durchgeführt worden ist.</p>
<p>Evidenzlevel</p>	<p>5</p>

<p>Autor, Titel der Studie</p>	<p>Chapman et al. (2012). Family-witnessed resuscitation: perceptions of nurses and doctors working in an Australian emergency department.</p>
<p>Sample</p>	<p>Diese Forschung wurde in einem Spital auf der Notfallstation im Westen von Australien durchgeführt. Die Stichprobe besteht aus insgesamt 114 Pflegefachpersonen und Ärzten, davon sind n= 77 Pflegefachpersonen und n= 25 Ärzte. Mit dem Zurücksenden des ausgefüllten Formulars, bestätigten die Befragten die Teilnahme an dieser Studie.</p> <p>Die knappe Mehrheit der Teilnehmer von den Pflegefachpersonen ist über 40 Jahre alt. Es sind im Verhältnis klar mehr Frauen als Männer.</p> <p>In dieser Studie werden keine Angaben zu den Ein- und Ausschlusskriterien der Stichprobenwahl beschrieben. Einzig wird angegeben, dass alle Gesundheitsfachpersonen, welche auf der beschriebenen Notfallstation arbeiten, eingeschlossen wurden. Es handelt sich um eine Gelegenheitsstichprobe, die durch ein Non-Probability-Sampling gezogen wurde.</p> <p>Beurteilung</p> <p>In dieser Analyse nehmen die Autorinnen nur Bezug auf die Auswertungen von den Pflegefachpersonen, da ihre Bachelorarbeit dazu dienen soll, die Haltung von Pflegefachpersonen aufzuzeigen. Somit sind die Aussagen bezüglich der ärztlichen Sichtweise nicht relevant.</p> <p>In der Studie wird erwähnt, dass die Notfallaufnahme, auf welcher die Befragung stattgefunden hat, Kinder und Erwachsene aufgenommen werden. Dies erachten die Autorinnen nicht als problematisch, da die Mehrheit aller Notfallstationen Patienten ab dem Kleinkindalter vorerst aufnimmt.</p> <p>Die Autorinnen erachten eine Verallgemeinerung der Ergebnisse auf beide Berufsgruppen als eher schwierig. Die Studie wurde nur auf einem Notfall durchgeführt und es wurde eine ungleichgrosse Vertretung der zwei verschiedenen Berufsgruppen befragt. Die Autorinnen sind der Meinung, dass die Ergebnisse am ehesten auf andere Notfallpflegefachpersonen übertragen werden können, weil diese Berufsgruppe während dieser Forschung am meisten vertreten war.</p> <p>Zur Stichprobengrösse wird in Bezug auf die Ärzte mehrmals erwähnt, dass sie zu klein war und somit teilweise keine signifikanten Ergebnisse ausgewertet werden konnten. Zur Teilnehmeranzahl der Pflegefachpersonen wird keine Äusserung gemacht.</p>

<p>Design/ Methode</p>	<p>Ziel dieser Studie war es, die Wahrnehmung von Fachpersonen zur FPDR zu beschreiben, zu vergleichen und zu verstehen. Dies wird in Bezug auf die Selbstsicherheit, Risiken und Vorteile erforscht. Für diese Studie wurde eine quantitative Querschnittstudie ausgewählt. Ausserdem gibt es auch wenige qualitative Ansätze.</p> <p>Beurteilung</p> <p>Anhand der aktuellen Literatur beurteilten die Forscher diese Studie als signifikant. Es werden Themen hinterfragt, die Auswirkungen auf das Handeln von Fachpersonen haben könnten und ist somit eine aktuell sinnvolle Untersuchung.</p> <p>Das Ziel der Studie wird genau beschrieben, jedoch keine exakte Forschungsfrage formuliert. Die Haltung der Fachpersonen kann als abhängige Variable und die FPDR als unabhängige Variable betrachtet werden.</p> <p>Das Design wird in Bezug zum Ziel der Studie begründet und scheint für die Autorinnen als sinnvoll. Den Ablauf der Studie finden die Autorinnen logisch und nachvollziehbar.</p>
<p>Datenerhebung</p>	<p>Es wurde per Mail ein anonymer Fragebogen an alle Ärzte und Pflegefachpersonen dieser Notfallaufnahme gesendet. Zur Datenerhebung wurde zum einen die Risk-Benefit-Scale (R-BS), zum anderen die Self-Confidence-Scale (S-CS) angewandt. Die Fragebögen beinhalteten folgende Elemente: soziodemographische Daten, wie oft die Teilnehmer Angehörige bereits zur FPDR eingeladen haben, ob sie ihre eigenen Angehörigen bei ihrer Reanimation dabei haben möchten, ob sie bereits bei einer Reanimation der eigenen Familienmitglieder anwesend waren, wer über die Präsenz entscheiden soll und ob die Entscheidung über FP in der Patientenverfügung des Patienten stehen sollte. Am Ende des Fragebogens wurden zwei offene Fragen gestellt.</p> <p>In der Studie wird erwähnt, dass Chapman et al. (2012) bereits 2011 eine Studie über die R-BS/ S-CS durchführten, in welcher die beiden Messinstrumente sehr detailliert auf ihre Validität und Reliabilität geprüft wurden.</p> <p>Ausserdem wird angegeben, dass dies die erste Forschung ist, die sich mit dem Vergleich von Risiken/ Vorteilen und der Selbstsicherheit während der Betreuung von Angehörigen mit Hilfe von validierten Instrumenten befasst. Aus dem Kontext ist zu erkennen, dass die Daten einmalig erhoben wurden.</p>

	<p>Beurteilung</p> <p>Die Befragung fand bei allen Teilnehmern gleich statt und zeigt keine Abweichungen auf.</p> <p>Da die Befragten alle aus demselben Team sind, könnte untereinander ein Austausch bezüglich dieses Themas stattfinden und die interne Validität beeinflussen. Dies wird jedoch von den Forschern, wie auch von den Autorinnen als keine Gefährdung erachtet, da solche Gespräche auch unabhängig von dieser Studie geführt werden könnten.</p> <p>Die Forscher können keinen Einfluss auf die Ergebnisse haben, da sie keine Interviews im direkten Kontakt durchführten und sie standardisierte Fragebögen ausgewählt haben. Wie bereits erwähnt, wird in Bezug auf die Reliabilität und Validität der verwendeten Skalen auf eine andere Studie von Chapman et al. (2011) verwiesen. Aufgrund dessen finden die Autorinnen es angemessen, dass in der vorliegenden Studie keine genaueren Angaben zur Validität und Reliabilität gemacht werden.</p>
<p>Analyse</p>	<p>In der Vor- und Nachteil-Skala waren die Fragen mit den Nummern 2,3,7,11 und 12 negativ formuliert. Um diese mit den anderen Fragen zusammen auswerten zu können, mussten diese zuerst noch mit dem Umkehrwert definiert werden. Anschliessend konnten alle 20 Fragen der Vor- und Nachteil-Skala mit dem Mittelwert berechnet werden.</p> <p>Bei der Selbstsicherheitsskala konnten die Resultate der 16 Fragen ohne Einschränkungen mit dem Mittelwert erhoben werden.</p> <p>Fragebögen wurden nicht analysiert, wenn mehr als eine Frage nicht beantwortet wurde.</p> <p>Für die Auswertung der demographischen Daten wurde der Mann-Whitney-U Test verwendet. Der t-Test wurde für die Signifikanz der Ergebnisse angewandt.</p> <p>Der Chi²-Test wurde verwendet, um die Zusammenhänge zwischen den kategorialen Variablen aufzuzeigen (wo die Mindestzahl weniger als 10 ist).</p> <p>Der Spearmans-Test wurde eingesetzt, um die Verbindung bereits vorhandener Antworten und den offenen Fragen aufzuzeigen. Die qualitativen Daten, welche aus den zwei offenen Fragen erhoben wurden, wurden Zeile für Zeile gelesen, identifiziert und codiert.</p> <p>Tabellen in der Studie wurden beschriftet und veranschaulichen wichtige Auswertungen der Forschung.</p>

	<p>Beurteilung</p> <p>Die Analyse wird in der Studie nachvollziehbar beschrieben. Um von den Ergebnissen Vergleiche aufzeigen zu können, wird erklärt, welche Verfahren oder Tests angewendet werden, um dies auszuwerten. Bei einer Skala wurde beschrieben, dass zuerst Umrechnungen stattfinden mussten, um Werte miteinander vergleichen zu können. Die Autorinnen denken, dass diese Zusatzarbeit hätte vermieden werden können, wenn von Anfang an die Formulierungen der Fragen alle gleich gewesen wären. In der Studie wird keine Angabe dazu gemacht, wie diese Tests angewendet werden oder nach welchen Kriterien bestimmte Punkte erreicht werden. Die Autorinnen erachten jedoch die Beschreibung als ausreichend und dass das Wichtigste erwähnt wird.</p>
<p>Resultate</p>	<p>Insgesamt wurden 114 ausgefüllte Fragebögen zurückgesendet (51%). Davon wurden 102 analysiert. In den restlichen zwölf fehlte mindestens eine Antwort.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Je mehr Berufserfahrung desto mehr Selbstsicherheit - Je älter desto selbstsicherer - Die Hälfte der Befragten hat noch nie Angehörige eingeladen. Dies ist vielleicht auf das Leck an schriftlichen Richtlinien zurück zu führen. - Je höher der Ausbildungsstand, desto eher für FPDR (bei den Pflegefachpersonen ist eine solche Neigung ersichtlich, jedoch gilt diese Aussage nur für die Ärzte als signifikant) - Pflegefachpersonen sind der Ansicht, dass Angehörige die geeignetsten Personen sind, einen Entscheid für FPDR zu fällen - Es besteht eine Korrelation, wenn die Befragten davon ausgehen, dass FPDR ein Recht der Familien sei, sehen sie auch eher Vorteile als Nachteile an der FPDR ($r = 0.66, p = 0.001$) - Einen weiteren starken positiven Zusammenhang kam zwischen dem Selbstvertrauen und der Möglichkeit, eine FPDR zu managen, heraus ($r = 0.35, p = 0.002$) - Dies gilt auch für die Verbindung mit der Wahrnehmung von mehr Vorteilen und weniger Nachteilen mit der Annahme, dass den Angehörigen die Option für FPDR angeboten werden sollte ($r = 0.62, p = 0.001$)

	<p><u>Gründe für und gegen eine Einladung</u></p> <p>Hauptgründe für die Einladung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Positiver Einfluss auf den folgenden Trauerprozess - Die Angehörigen könnten sehen, dass alles Mögliche getan wurde <p>Hauptgründe Angehörige nicht einzuladen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angehörige könnten Verhalten und Handeln der Pflege nicht akzeptieren - Platzmangel - Keine adäquate Unterstützung für die Angehörigen vor Ort <p>In der Diskussion wird erwähnt, dass, obwohl die Stichprobenziehung als nicht ganz geeignet gewertet wird, diese Studie dennoch interessante Ergebnisse liefert. Diese dienen als breites Grundwissen für weitere Studien oder die Formulierung von Richtlinien.</p> <p>Beurteilung</p> <p>Im Fliesstext wird passend zu den entsprechenden Tabellen hingewiesen. Diese sind beschriftet und durchnummeriert. Es ist eine ausführliche Diskussion beschrieben, welche Bezug zu den Resultaten nimmt und übereinstimmt.</p> <p>Dass nur 51% den Fragebogen zurückgegeben haben, betrachten die Autorinnen als eine verhältnismässig kleine Rückgabequote. Dennoch sind es immer noch 102 verschiedene Resultate, welche auf validierten Instrumenten basieren. Dies wiederum vermindert das Bedenken der Autorinnen. Daraus lässt sich schliessen, dass diese Studie trotz allem als aussagekräftig gilt und gute wie auch wichtige Inputs in diese Bachelorarbeit einbringt.</p>
<p>Bedeutung für die Pflegepraxis</p>	<p>In der Studie wird aufgezeigt, dass die persönliche Präferenz einen Einfluss auf die klinische Entscheidungsfindung hat. Das eigene Interesse könnte der Grund dafür sein, dass Weiterbildungen und Richtlinien noch kritischer hinterfragt werden müssen.</p> <p>Des Weiteren geht in der Studie hervor, dass die Pflegefachpersonen sich tendenziell häufiger eine Patientenverfügung wünschen, als die Ärzte. Eine solche könnte dazu beitragen, die Selbstsicherheit in Bezug auf FPDR zu steigern.</p>

	<p>Die Forscher dieser Studie sind der Meinung, dass je mehr Erfahrung jemand mit Reanimationen und FPDR hat, desto mehr steigt die Selbstsicherheit der Person. Daraus lässt sich schliessen, dass sowohl gezielte Trainings stattfinden, als auch schriftliche Richtlinien formuliert werden sollten, welche die Steigerung der Selbstsicherheit ebenfalls fördern könnte.</p> <p>Beurteilung</p> <p>Die Autorinnen erachten diese Studie als relevant, da ein neuer Aspekt mit der Selbstsicherheit hinterfragt wird. Die Auswirkungen der Resultate werden in der Studie beschrieben und ebenfalls, wie diese zueinander stehen.</p> <p>Die Autorinnen erachten es als gut, dass in der Studie die persönliche Präferenz angesprochen wird. Denn obwohl diese einen grossen Einfluss auf die Auswertung hat, wurde in der Forschung viel Wert darauf gelegt, dass die Befragung möglichst neutral durchgeführt wird. Dies unterstützt die Brauchbarkeit der Studie.</p>
Evidenzlevel	5

11.4 Anhang D Abklärungen bezüglich eines bestehenden Gesetzes in der Schweiz, welches die FPDR verbieten könnte

- Auf die Frage, ob es in der Schweiz ein Gesetz gibt, welches den Angehörigen die Anwesenheit während der Reanimation verbietet, antwortet Frau Menzi-Kuhn (2013), Dozentin an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaft (ZHAW) und Modulverantwortliche Bachelorarbeit, wie folgt:

„Es ist mir nicht bekannt, dass es in der Schweiz ein solches Gesetz gibt. Ich stelle mir vor, dass im Sinne der Patientenrechte von den Betroffenen bestimmt werden könnte, dass sie keine Präsenz der Angehörigen wünschen.“

- Herr Rieder (2013), Leiter Anästhesiepflege Kantonsspital Winterthur und Dozent an der ZHAW, äusserte auf dieselbe Frage, welche die Autorinnen bereits Frau Menzi gestellt haben, folgendes:

„Ich glaube nicht, dass dies in einem Gesetz geregelt wird. Wir in der Praxis befürworten die Anwesenheit unter gewissen Umständen sehr! Ich habe immer wieder erlebt, dass Angehörige im Spital oder auch zu Hause (Rettungsdienst) anwesend waren und hätte noch nie etwas von einem Gesetz gehört, dass dies verbieten würde [...].“

- Herr Dr. med. Heim (2013), Leitender Arzt Intensivstation des Kantonsspital Glarus und Generalsekretär bei der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation (SGAR) äusserte sich auf die oben bereits beschriebene Frage wie folgt:

„Ich kenne kein diesbezügliches staatliches oder kantonales Gesetz, das die Anwesenheit oder Besuchsregeln von Angehörigen vorgibt. Da das Krankenversicherungsgesetz KVG und das Bundesamt für Gesundheit (BAG) den Kantonen viele Freiheiten lässt, müssten Sie einige kantonale Gesetzgebungen (z.B. Zürich, Bern, Basel, Genf) durchsehen, ob zu diesem Thema etwas festgelegt ist. In den einzelnen Spitälern hingegen kann es durchaus sein, dass solche Regeln existieren – meist wohl nicht schriftlich, sondern nur als allgemein bekannte Regel zur Anwesenheit der Angehörigen im Notfall, Intensivstation etc.“

- Frau Bärtsch (2013), Anwältin, antwortete folgendermassen:
„Ich habe in keinem mir bekannten Gesetz eine gesetzliche Regelung zu dieser Thematik gefunden, insbesondere auch keine Regelung, welche die Anwesenheit verbieten würde. Allerdings kenne ich mich im Bereich des Medizinrechts nicht speziell aus. Falls eine solche Regelung existieren sollte, wäre sie wahrscheinlich in einer Richtlinie von einem Berufsverband oder einem medizinischen Verband enthalten. Hierzu bin ich auf die Richtlinien zur Reanimation der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften gestossen, aus welcher hervorgeht, dass die Anwesenheit von Angehörigen nicht verboten ist, da der Umgang mit Angehörigen, welche bei der Reanimation anwesend sind, thematisiert wird (Ziff. 3.4). Zusammenfassend gehe ich davon aus, dass es keine Regelung gibt, welche die Anwesenheit von Angehörigen bei der Reanimation verbietet, weil ansonsten die erwähnte Richtlinie keinen Sinn machen würde [...].“

- Herr Dr. med. Lüthy (2013), Oberarzt Anästhesiologie Universitätsspital Basel hat folgende Antwort gegeben:
„Wie telefonisch bereits besprochen: 1. Es gibt meines Wissens keine gesetzlichen Grundlagen, 2. Bei uns gibt es keine internen Weisungen betreffend Angehörige bei einer Reanimation.“