

<sup>1</sup> Bereich Medizinische Querschnittsfunktionen, Operative Intensivbehandlung, Universitätsspital Basel

<sup>2</sup> Departement Gesundheit, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften ZHAW, Winterthur  
Conrad Wesch<sup>1,2</sup> (BScN), Ursi Barandun Schäfer<sup>1</sup> (MScN), Irena Anna Frei<sup>1</sup> (RN, PhD), Paola Massarotto<sup>1</sup> (MScN)

## Einbezug der Angehörigen in die Pflege bei Patient(inn)en mit Delir auf Intensivstationen

*Angehörige von Patient(inn)en auf Intensivstationen befinden sich in einer belastenden Situation – gleichzeitig sind sie wichtig für Pflegenden und Patient(inn)en, etwa bei der Prävention und Behandlung eines akuten Delirs. Für die Erarbeitung eines Konzeptes zur Nutzung der Angehörigenressourcen wurde eine systematische Literaturübersicht durchgeführt zur Fragestellung: Mit welchen Maßnahmen können Angehörige von erwachsenen Intensivpflegepatient(inn)en mit Delir in ihrer unterstützenden Rolle gefördert werden? Acht qualitative und zwei quantitative Studien konnten als relevant identifiziert werden. Durch den Einbezug in die Pflege gewinnen Angehörige Sicherheit und erweitern ihr Verständnis für die Situation. Informationen und Anleitung haben höhere Priorität als emotionale Unterstützung durch Pflegenden. Patient(inn)en mit Delir können mithilfe ihrer Angehörigen einfacher kommunizieren und fühlen sich sicherer. Pflegenden erhalten Informationen und können die Zusammenarbeit individuell gestalten, wobei zeitliche und personelle Engpässe als problematisch beschrieben werden. Die professionelle Unterstützung von Angehörigen durch Pflegenden liegt in der Befriedigung ihrer Bedürfnisse sowie in der Anleitung bei pflegerischen Maßnahmen. Pflegenden benötigen ebenfalls Unterstützung in der Begleitung der Angehörigen. Strukturelle Vorgaben sowie prozess- und handlungsbezogene Anweisungen helfen den Pflegenden, die Angehörigen systematisch einzubeziehen. Dies kann unterstützend sein in der Gewährleistung der Patient(inn)ensicherheit sowie bei der Prävention und Behandlung des Delirs.*

**Schlüsselwörter:** Intensivstation, Intensivpflege, Einbezug von Angehörigen, Angehörigenbetreuung, akutes Delir

### Einleitung

Angehörige sind für viele Patient(inn)en auf Intensivstationen eine wichtige Ressource, beispielsweise im Bewältigungsprozess (Metzing, 2003; Michaud, Bula, Berney, Camus, Voellinger, Stiefel et al., 2007). Gleichzeitig befinden sie sich in einer sehr belastenden Situation (Hartwick,

2003; Mitchell & Chaboyer, 2010). Der Begriff «Angehörige» wird in dieser Arbeit unter Berücksichtigung der gesellschaftlichen Entwicklung sehr offen verstanden. Die Patient(inn)en sollen wenn möglich selbst bestimmen, welche Personen sie als Angehörige bezeichnen (Wright & Leahey, 2005).

Delirien sind eine sehr häufig vorkommende Komplikation bei Intensivpatient(inn)en mit Inzidenz- und Prävalenzraten von 16 % bis 86 % (Immers, Schuurmans & van de Bijl, 2005; McNicoll, Pisani, Zhang, Ely, Siegel & Inouye, 2003). Laut Begriffsdefinition des DSM-IV (Sass, Wittchen & Zaudig, 2003) ist ein akutes Delir eine Bewusstseinsstörung mit eingeschränkter Fähigkeit, die Aufmerksamkeit zu richten, aufrecht zu erhalten oder zu verlagern. Es besteht eine akute Veränderung der kognitiven Funktion oder die Entwicklung einer Wahrnehmungsstörung. Die fluktuierenden Symptome entwickeln sich innerhalb kurzer Zeit. In wissenschaftlichen Arbeiten (Michaud et al., 2007; Morandi, Jackson & Ely, 2009; Rosenbloom-Brunton, Hennenman & Inouye, 2010) wird zur Prävention und Intervention bei Delir der Einbezug der Angehörigen aufgeführt. Die konkrete Umsetzung dieser Vorgaben durch Pflegenden wird in der Regel bestimmt von Traditionen, persönlichen Erfahrungen und Wahrnehmungen der einzelnen Pflegenden, empirisches Wissen wird selten angewendet (Ågård & Harder, 2007). Ein unterschiedliches Verständnis von Betreuung und Einbezug der Angehörigen kann im Alltag zu Missverständnissen und Konflikten führen.

Um die Grundlagen eines Konzeptes zur Betreuung der Angehörigen von Patient(inn)en mit Delir zu erarbeiten, entstand folgende Fragestellung für die vorliegende Literaturübersicht: Mit welchen Maßnahmen können Angehörige von erwachsenen Intensivpatient(inn)en mit Delir in ihrer unterstützenden Rolle gefördert werden?

### Methode

Die Fragestellung wurde mittels einer kritischen Literaturübersicht aus den Datenbanken MEDLINE®, CINAHL®, Cochrane Library® und PsychInfo® bearbeitet. Die Recherche (Zeitraum von 1995 bis 2009, Artikel in englischer und deutscher Sprache) fokussierte neben Angehörigen auch die Gruppen Patient(inn)en und Pflegenden auf Intensivstationen. Für eine möglichst umfassende Suche wurden frei formulierte Suchbegriffe und MeSH-Begriffe festgelegt und mit AND- oder OR Verknüpfungen kombiniert. So entstanden insgesamt neun Suchgruppen, unter anderem die vier Hauptgruppen «Angehörige», «Delir», «Pflege» und «Intensivbehandlung». Die Treffer der Suche zu den Subthe-

men wurden in einem zweiten Schritt mittels AND-Verknüpfungen miteinander kombiniert (siehe Tabelle 1). Den Abschluss der Literaturrecherche bildete eine Indexsuche nach Autor(inn)en, deren Artikel in den Recherchen häufig als Ergebnis angezeigt wurden, zum Beispiel E. Wesley Ely oder Sharon K. Inouye. Aufgrund fehlender Studien zur direkten Beantwortung der Fragestellung wurden auch Studien mit Patient(inn)en ohne Delir eingeschlossen.

Zur Ordnung der ausgewählten Treffer (n = 54) wurden vier Kategorien gebildet, aus denen systematisch die geeigneten Studien ausgewählt wurden. Kriterien dazu waren: Ähnlichkeiten bezüglich Fragestellung, Setting Intensivstation und Teilnehmer(inne)n sowie ausschließlich Studien aus dem nord- und westeuropäischen Kulturkreis. Letztlich war die Aktualität ein weiteres Auswahlkriterium (siehe Tabelle 2).

Die zehn ausgewählten Studien wurden vom Erstautor zusammengefasst und nach den Kriterien von Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch und Westmorland (1998) respektive Letts, Wilkins, Law, Stewart, Bosch und Westmorland

(2007) differenziert beurteilt. Zusätzlich erfolgte eine Einteilung in Evidenzlevel bei den qualitativen Studien nach Kearney (2001) und bei den quantitativen Studien nach Madjar und Walton (2001). In den Tabellen 3a und 3b sind die Ergebnisse der Studien übersichtlich dargestellt und nach Evidenzlevel eingestuft.

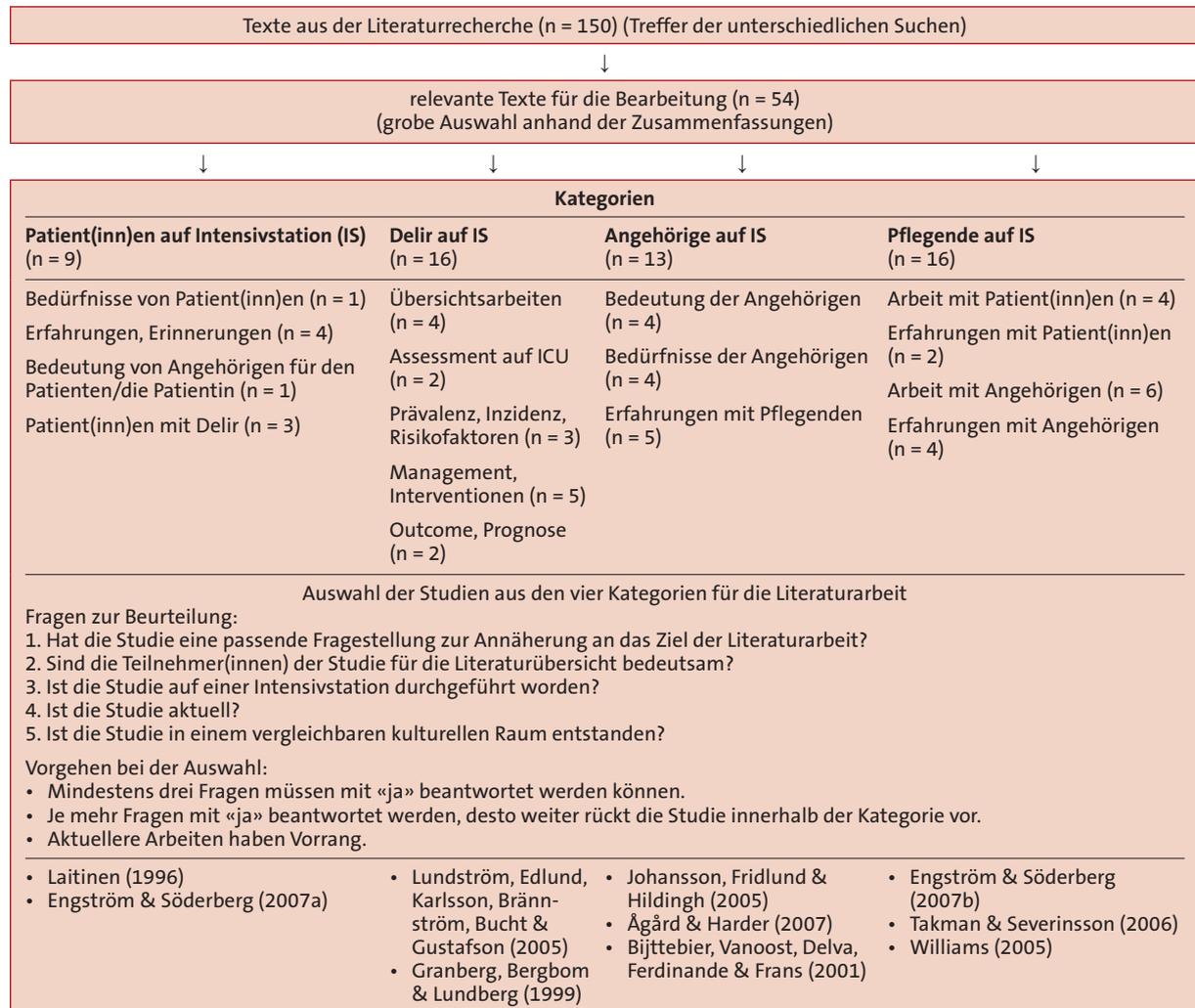
## Ergebnisse

Aus den Ergebnissen der vier Kategorien lassen sich drei Themen ableiten, welche die beteiligten Personengruppen repräsentieren: Angehörige von Intensivpatient(inn)en, Patient(inn)en mit Delir und Pflegenden auf Intensivstation. Besonderes Augenmerk wurde auf das Verbindende der drei Themen gelegt. Da weder Studien spezifisch zu Angehörigen von Intensivpatient(inn)en mit Delir noch zur Unterstützung dieser Personen in der Ausübung ihrer Rolle identifiziert werden konnten, sind die Ergebnisse nur bedingt auf die Fragestellung übertragbar.

**Tabelle 1:** Literaturrecherche: Suchbegriffe und Kombinationen.

| Suchgruppen<br>(HG = Hauptgruppe,<br>NG = Nebengruppe) | OR-Verknüpfungen innerhalb der Gruppen<br>(* = Trunkierung)   | AND-Verknüpfungen zwischen<br>den Gruppen<br>(Anzahl Treffer)   |
|--|---|---|
| HG 1: Angehörige                                       | affiliated, dependant, dependent, family, «loved one», relative, relation, «next to kin», kin*, «significant others»              |   |
| HG 2: Intensivbehandlung                               | «acute care», «intensive care», ICU, «critical care», «coronary care», «high dependency unit»                                     | A: Unterschiedliche Kombinationen zwischen den Hauptgruppen.  |
| HG 3: Pflege   | care, «nursing practice», «critical care», «nursing intervention», «health maintenance», «health care», caregiver, «respite care» | Beispiele:<br>1 and 2 and 3 and 4 (134)<br>1 and 2 and 3 (8592)<br>1 and 2 and 4 (141)<br>2 and 3 and 4 (1003)          |
| HG 4: Delir  | delir*, confusion*, «ICU psychosis», «ICU syndrome», «intensive care syndrome», agitation, disorientation                         |   |
| NG 1: Unterstützung                                    | aid, encouragement, support, assistance, help   |   |
| NG 2: Instruktion/Anleitung                            | coaching, enable, educat*, training, guide, instruct, assist, foster, provide   |   |
| NG 3: Rolle  | role, part, position  |   |
| NG 4: Konzept  | draft, idea, plan   |   |
| NG 5: Interventionen                                   | intervention  |   |
| NG 6: Empfehlungen                                     | commendation, instruction, recommendation, reference, referral  | B: Verknüpfung der Hauptgruppen mit den Nebengruppen.   |
| NG 7: Bedürfnisse                                      | need*, desideratum, necessity, requirement, want  | Beispiele:<br>1 and 2 and 3 and 4 and NG 4 (7)<br>1 and 2 and 3 and 4 and NG 5 (10)<br>1 and 2 and 3 and 4 and NG 6 (7) |
| NG 8: Erfahrungen                                      | experien*, record   | Dabei konnten die Treffer für die Suche erzielt werden.   |
| NG 9: qualitative Forschung                            | qualitative research, applied research, action research, ethnography, phenomenology, grounded theory, case study                  |   |

**Tabelle 2:** Zuordnung der Studien in die vier Kategorien.



**Angehörige von Intensivpatient(inn)en**

Angehörige von Intensivpatient(inn)en wenden individuelle Strategien an, um sich in der ungewohnten Situation zurechtzufinden. Dabei stützen sie sich primär auf eigene Ressourcen wie Selbstvertrauen (Johansson et al., 2005) und konzentrieren sich auf eigens gesetzte Prioritäten (Ågård & Harder, 2007). In Johansson et al. (2005) nennen die befragten Angehörigen als Beispiele die Ablenkung durch Wiederaufnahme des normalen Alltags und der Arbeit, während die Teilnehmenden der Studie von Ågård und Harder (2007) eigene emotionale Bedürfnisse und Gefühle zum Wohle der Patient(inn)en in den Hintergrund stellen. Angehörige fühlen sich von Pflegenden unterstützt,

wenn diese die Bewältigungsstrategien erkennen und akzeptieren (Johansson et al., 2005).

Angehörige haben ein großes Bedürfnis nach Sicherheit in Bezug auf die Qualität der Behandlung und der Pflege (Bijttebier et al., 2001). Johansson et al. (2005) beschreiben, dass die Angehörigen durch den Einbezug in Pflegetätigkeiten und in die Entscheidungsfindung einen vertieften Einblick in die Patient(inn)enversorgung gewinnen und damit ein gesteigertes Sicherheitsgefühl erfahren. Dies ermöglicht es ihnen zudem, etwas für die Patient(inn)en zu tun und als wichtige Personen wahrgenommen zu werden. Bei Ågård und Harder (2007) nahmen dazu die befragten Angehörigen die Unterstützung von Pflegenden bereitwillig an.

Tabelle 3a: Übersicht über qualitative Studien (Reihenfolge nach Evidenzlevel\*).

| Studie/Thema   | Design/<br>Datenmaterial   | Untersuchungsgruppe/<br>Methoden   | Beurteilung<br>(+ = Stärken, – = Schwächen)  | Resultate   |
|--|--|--|--|---|
| Engström & Söderberg (2007a)<br><br>Beschreibung der Bedeutung von Angehörigen aus der Perspektive von schwerkranken Patient(inn)en auf Intensivstation (IS) | phänomenologisches Design<br><br>Evidenzlevel 2                  | N = 10 erwachsene Patient(inn)en aus verschiedenen IS, verschiedene Diagnosen<br>Einzelinterviews, retrospektiv Hermeneutischer Ansatz nach Ricoeur (1976)** | + methodische Kongruenz<br>+ präzise Reflektion<br>+ reichhaltige Beschreibung der Resultate<br>– Diskussionsstil schwer abgrenzbar<br>– was ist mit Patient(inn)en, die keinen Besuch wünschen?   | Patient(inn)en erleben Bestätigung durch Angehörige, sie erhalten Erklärungen zur Situation, zur Aussenwelt. Intuitives Verständnis bei Wahrnehmungs- und Orientierungsproblemen. Steigerung des Gefühls der Sicherheit (gewohnte Geräusche, Berührungen und Gerüche). Angehörige sind ein Grund zum Durchhalten. Durch Einbezug der Angehörigen in die Pflege entstehen alternative Möglichkeiten.   |
| Engström & Söderberg (2007b)<br><br>Erfahrungen von IS-Pflegenden mit Angehörigen  | qualitatives Design (Sekundäranalyse)<br><br>Evidenzlevel 2      | N = 24 weibliche Intensivpflegende aus 2 IS<br>Tiefeninterviews mit Fokusgruppen<br>thematische Inhaltsanalyse nach Baxter (1991)**                          | + gute Erklärung der Methode und Designwahl<br>+ Güterkriterien direkt angesprochen<br>– ungenaue Angaben zu den Rückmeldungen der IS<br>– Gründe für die Feststellung der Datensättigung nicht beschrieben  | Angehörige sind wichtig für Team und Patient(inn)en: Informationsquelle, bieten Nähe, Fürsorge, Zusammenarbeit → individuelle Pflege möglich.<br>Schwierigkeiten bei der Feststellung der Angehörigenbeziehung.<br>Angehörigenarbeit ist wichtig und notwendig, Energie- und Zeitbedarf.<br>Probleme bei Informationsdefizit und aggressiven, kritischen Angehörigen.<br>Wunsch, sich fachlich zu verbessern.<br>Mangel an Feedback und Reflektion durch Kolleg(inn)en und Angehörige.  |
| Johansson et al. (2005)<br><br>Bildung eines theoretischen Verständnisses darüber, was Angehörige von IS-Patient(inn)en als unterstützend bezeichnen         | Grounded Theory (Strauss & Corbin, 1990)**<br><br>Evidenzlevel 2 | N = 29 erwachsene Angehörige von erwachsenen IS-Patient(inn)en<br>Interviewdaten aus früheren Studien<br>Datenanalyse nach Grounded Theory                   | + Essenz der geteilten Erfahrung kommt deutlich zum Ausdruck<br>+ Beschreibung der Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegende nützlich<br>– Verwendung der Interviewdaten aus früheren Studien ungewöhnlich<br>– Datenanalyse nur oberflächlich beschrieben | «Ermächtigung durch interne und externe Ressourcen»<br>Interne Ressourcen: Bewältigungsstrategien entwickeln und anwenden<br>Externe Ressourcen: Unterstützung durch Informationen, Akzeptanz, Fürsorge, Einbezug in die Pflege und in den Entscheidungsprozess. Vermittlung von Sicherheit durch Professionalität und Struktur;<br>Zeigen von Verantwortung, Sicherstellung der bestmöglichen Versorgung, Kontaktmöglichkeiten zu weiteren sozialen oder emotionalen Hilfen (Sozialdienst, Seelsorge).   |
| Ågård & Harder (2007)<br><br>Erfahrungen und Bedürfnisse von Angehörigen von IS-Patient(inn)en. Fokus: Erwartungen an die Rolle der Pflege                   | Grounded Theory (Strauss & Corbin, 1998)**<br><br>Evidenzlevel 3 | N = 7 Angehörige von Patient(inn)en<br>Tiefeninterviews während Aufenthalt<br>Datenanalyse nach Grounded Theory  | + Befragung während Aufenthalt<br>– analytisches Vorgehen nur abstrakt dargestellt, ohne Beispiele<br>– Kategorien 1 und 2 nicht deutlich abgegrenzt   | Unsicherheit bezüglich Prognose und eigener Zukunft.<br>Coping-Strategien: Verdrängung, Distanzierung, Konzentration auf die Gegenwart und auf das Durchhalten. Eigene Bedürfnisse und Gefühle werden wahrgenommen, aber zurückgestellt. Teilnehmer(innen) wollen in Pflege einbezogen werden, fragen aber selbst nicht danach. Unterstützung wird gerne angenommen.<br>Suche nach Antworten, eigene Interpretation der Situation → Ereignisse werden geordnet. Verstehen bedeutet Sicherheit → bessere Anpassung. Eigene Interpretationen werden den Pflegenden nicht mitgeteilt → Missverständnisse und Konflikte in der Pflegebeziehung. |

**Tabelle 3a:** Übersicht über qualitative Studien (Reihenfolge nach Evidenzlevel<sup>®</sup>), (Fortsetzung)

| Studie/Thema   | Design/<br>Datenmaterial  | Untersuchungsgruppe/<br>Methoden  | Beurteilung<br>(+ = Stärken, – = Schwächen)   | Resultate   |
|--|---|---|---|---|
| Takman & Severinsson (2006)<br>Erkennen der Bedürfnisse von Angehörigen auf IS   | qualitatives Design<br>Evidenzlevel 3   | N = 79 Mitarbeitende von 21 IS<br>Instrument: Letzte (offene)<br>Frage des <i>Critical Care Family Needs Inventory</i> (Molter, 1979)<br>induktive und deduktive<br>Textauswertung  | + gute Beschreibung der<br>Population<br>– Kodierleitfaden und -regeln<br>fehlen<br>– Auswertungsprozess schlecht<br>nachvollziehbar  | Bedürfnisse von Angehörigen<br>– Vertrauen gegenüber Team (fachliche Fähigkeiten; persönliche Einstellung; Informationen; Einbezug in die Pflege; Kontinuität; transkulturelle Kompetenz; Feingefühl für Minderjährige; verständliche Sprache; transparente Struktur).<br>– Gewissheit, dass Anliegen des Patienten/der Patientin wahrgenommen werden (Intimsphäre; Besuchsregeln; Schutz vor Fremden).<br>– erweiterte Unterstützung bei Bedarf (praktische Unterstützung; Sozialdienst; kirchlicher Dienst; Primary Nursing; Broschüren).   |
| Williams (2005)<br>Welchen Beitrag leisten Angehörige bei der Pflege von IS-Patient(inn)en aus Sicht der Pflegenden?   | konstruktivistisches Paradigma<br>nach Guba & Lincoln (1989)**<br>naturalistische Untersuchung nach Erlandson et al. (1993)**<br>Evidenzlevel 3 | N = 14 Pflegefachkräfte einer IS<br>Beobachtung, Tiefeninterviews, Videoaufnahmen<br>kontinuierliche Vergleichsanalyse nach Glaser & Strauss (1967)**                               | + hohe methodologische<br>Kongruenz<br>+ anschauliche Beschreibung<br>der Datensammlung mit<br>Triangulation und Member-checking<br>– zu kurze Beschreibung der Teilnehmer und des Settings<br>– keine Angaben zum Ablauf<br>der Interviews | Durch die Familie lernt man den Patienten/die Patientin kennen: Informationen, Einschätzung der Bedürfnisse von bewusstseinsingeschränkten Patient(inn)en, Verbindung zwischen Gesellschaft und Individuum.<br>Der Beitrag der Familie: Emotionale Unterstützung und Reduktion der Angst, partnerschaftliche Zusammenarbeit; Verbindung zum alltäglichen Leben, Förderung der Orientierung und Bewältigung.<br>Die unterstützende Rolle bei der Interaktion zwischen Patient(inn)en und Angehörigen: Anleitung bei erschwelter Kommunikation → einfache, geschlossene Fragen. Nähe zwischen Patient(in) und Angehörigen fördern und Einbezug in die Pflege. |
| Granberg et al. (1999)<br>Beschreibung und Erklärung von Verwirrtheit, Orientierungsproblemen, Alpträumen und unwirklichen Erfahrungen aus Sicht der IS-Patient(inn)en | phänomenologischer Ansatz nach Åkerberg (1986)**<br>Evidenzlevel 3  | N = 19 erwachsene Patient(inn)en nach IS-Aufenthalt, unterschiedliche Diagnosen<br>jeweils zwei Einzelinterviews, retrospektiv<br>Analyse durch Entwicklung von Codes aus den Daten | + analytische Genauigkeit<br>+ reichhaltige Beschreibung<br>der Resultate<br>– Befragung ohne Informed Consent (Patient(inn)en mit Delir)   | Patient(inn)en beschreiben zeitliche Desorientierung beim Aufwachen, Erinnerungslücken, Angst vor dem Einschlafen durch unwirkliche Erfahrungen. Informationen beruhigen. Kommunikation mit Pflegenden ist oft problematisch. Angehörige beruhigen durch Anwesenheit. Auslöser für Eskalation sind oft Pflegetätigkeiten, spätes Realisieren der Situation.   |

Tabelle 3a: Übersicht über qualitative Studien (Reihenfolge nach Evidenzlevel\*), (Fortsetzung)

| Studie/Thema  | Design/<br>Datenmaterial   | Untersuchungsgruppe/<br>Methoden   | Beurteilung<br>(+ = Stärken, – = Schwächen)   | Resultate  |
|---|--|--|---|--|
| Laitinen (1996)<br>Wie erleben Patient(inn)en auf einer IS Verwirrtheit nach aortokoronarer Bypass-Operation? | phänomeno-<br>logisch-hermeneu-<br>tischer Ansatz<br>(Åstedt-Kurki,<br>1994; Varto,<br>1992)** | N = 10 Patient(inn)en<br>Einzelinterviews während<br>IS-Aufenthalt<br>Analyse nach hermeneuti-<br>schem Zirkel (nach Heidegger,<br>1993)** | + Phänomen wird ganzheitlich<br>mit Essen dargestellt<br>+ Kontextbezug beschrieben<br>– Zitate immer abgekürzt<br>– Reichhaltigkeit der Daten<br>nicht vollständig bekannt | Delirerfahrung bleibt im Gedächtnis, besonders<br>Gefühle von Angst, Sorge und Einsamkeit.<br>Umgebung ist verwirrend und kann Delir-Sympto-<br>me steigern. Teilnehmer(innen) wollen Erklärungen<br>finden, die Situation verstehen und akzeptieren.<br>Bezugsperson und «wahre Anwesenheit» sind<br>wichtig, bekannte Person dient als Orientierung.<br>Nähe zu Menschen beruhigt und ist positiv. |
|   | Evidenzlevel 3   |  |   |  |

\* Beurteilung gemäß Evidenzhierarchie von Kearney (2001). Level 1 (höchste Evidenz: Dichte Beschreibung mit Erklärung komplexer Einflussfaktoren, Umgebung und Entwicklungen über Zeit) bis Level 5 (tiefste Evidenz: Zuordnung erhobener Daten in vorbestehendes Kategoriensystem/theoretisches Modell).

\*\* Quellangaben zu den theoretisch-methodischen Grundlagen können in den beschriebenen Studien nachgesehen oder auf Wunsch beim Erstautoren erfragt werden.

Die kontinuierliche Weitergabe von Informationen an die Angehörigen ist für den erfolgreichen Einbezug in Pflegeaktivitäten unerlässlich (Johansson et al., 2005). Bijttebier et al. (2001) erheben die Wichtigkeit der Angehörigenbedürfnisse aus der Sicht der Angehörigen, der Ärzte/Ärztinnen und der Pflegenden mithilfe des *Critical Care Family Needs Inventory* nach Molter (1979). Von den zehn wichtigsten Bedürfnissen der Angehörigen betreffen neun Items den übergeordneten Bereich der Information. Dazu zählen zum Beispiel das Bedürfnis nach ehrlicher Beantwortung von Fragen (Rang 1), das Bedürfnis nach verständlichen Informationen (Rang 4) und das Bedürfnis, bei maßgeblichen Veränderungen der Situation zuhause angerufen zu werden (Rang 5). Die Teilnehmenden von Ågård und Harder (2007) beschreiben trotz ausreichender Informationen bleibende Unsicherheit in Bezug auf den Patienten/die Patientin und sich selbst. Durch Beobachtung und Informationen bildeten sie eigene Interpretationen, um Ereignisse der Vergangenheit und Gegenwart ordnen zu können. Es entstehen jedoch Missverständnisse, wenn Pflegende diesen Prozess nicht wahrnehmen oder die Angehörigen ihre Interpretationen nicht mitteilen.

Johansson et al. (2005) kommen zum Schluss, dass Fürsorge und Anteilnahme durch andere Menschen wirksame Ressourcen für Angehörige auf Intensivstationen darstellen. Laut dieser Studie nutzen Angehörige die emotionale Unterstützung durch Seelsorger(innen) als intellektuelle Ressource, die Vermittlung durch die Intensivstation erleichtert die Kontaktaufnahme. Allerdings werden laut Bijttebier et al. (2001) eigene emotionale Bedürfnisse in der akuten Krise als eher unwichtig eingeschätzt. Die Teilnehmenden bei Ågård und Harder (2007) geben an, das eigene Leid zu unterdrücken und würden gegenüber Pflegenden lediglich ihre Bemühungen zum Durchhalten der Situation äußern.

In den verwendeten Studien beschreiben die befragten Angehörigen auf Intensivstation ihre Strategien, Bedürfnisse und Erfahrungen. Diese sind trotz der äußerst belastenden Situation für die Angehörigen deutlich auf die Unterstützung der Patient(inn)en ausgerichtet.

#### Patient(inn)en mit Delir

Diese Personen profitieren auf der Intensivstation durch drei Aspekte von der Anwesenheit und der Unterstützung der Angehörigen. Erstens bezieht sich dies auf das Informationsbedürfnis der Patient(inn)en. Besonders in der Aufwachphase werden zeitliche und situative Orientierungsprobleme als sehr unangenehm für die Betroffenen beschrieben (Laitinen, 1996; Granberg et al., 1999). Die zehn befragten Intensivpatient(inn)en bei Engström und

**Tabelle 3b:** Übersicht über quantitative Studien (Reihenfolge nach Evidenzlevel\*).

| Studie   | Design/<br>Datenmaterial                                 | Untersuchungsgruppe/<br>Methoden  | Beurteilung<br>(+ = Stärken, – = Schwächen)   | Resultate  |
|--|--|---|---|--|
| Lundström et al. (2005)<br>Verbessert ein mehrdimensionales Programm (Schulung und Anpassung der Organisation) das Outcome von Patient(inn)en mit Delir? | prospektive Interventionsstudie<br>RCT<br>Evidenzlevel 2 | N = 400 Patient(inn)en (TN) auf Normalstation, unterschiedliche Diagnosen<br>Student Test für Analyse der Unterschiede                              | + präzise Tabellen und Grafiken<br>+ detaillierte Beschreibungen zu Vorgehen und Analyse<br>– Angaben zu Mitarbeitenden fehlen<br>– Delirassessment nur am 1., 3., 7. Tag | Ergebnisse der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe:<br>1. Delirprävalenz Tag 7 (n = 19/63) signifikant tiefer (30,2% vs. n = 37/62, 59,7%, p < 0,001).<br>2. Aufenthaltsdauer (alle) signifikant tiefer (9,4d, SD ± 8,2d vs. 12,3d, SD ± 12,3d; p < 0,001).<br>3. Bei TN mit Delirum bei Aufnahme: signifikant tiefer (10,8d SD ± 8,3d vs. 20,2d SD ± 17,2d; p < 0,001).<br>4. Rückkehr in ein selbstständiges Leben mit und ohne Unterstützung (n = 142/164): keine signifikanten Unterschiede (86,6% vs. 145/176, 82,4%; p < 0,29).<br>5. Mortalität: Bei TN mit Delir während Behandlung auf Bettenstation (n = 2): tiefer (3,2% vs. N = 9, 14,5%; p < 0,03) – wegen kleinem n beschränkt aussagekräftig.                              |
| Bijttebier et al. (2001)<br>Wie nehmen Angehörige, Pflegende und Ärzte die Bedürfnisse von Angehörigen auf IS wahr?                                      | Korrelationsstudie<br>Evidenzlevel 4                     | n = 204 Angehörige<br>n = 38 Ärzte/Arztinnen<br>n = 143 Pflegende<br>Instrument: <i>Critical Care Family Needs Inventory</i> [CCFNI] (Molter, 1979) | + gut übertragbar in Praxis<br>+ Ranglisten sinnvoll<br>– CCFNI eventuell nicht mehr zeitgemäß  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Rangliste der Angehörigen bzgl. Wichtigkeit ihrer Bedürfnisse (Items): 1. ehrliche Beantwortung von Fragen, 2. Überzeugung, dass der Patient bestmögliche Pflege erhält, 3. Informationen über erwarteten Krankheitsverlauf, 4. verständliche Aufklärung, 5. bei Veränderungen angerufen werden.</li> <li>Rangliste Angehörige (Schwerpunktbereiche): 1. Information, 2. Sicherheit, 3. Umgebung, 4. Unterstützung, 5. Komfort.</li> <li>Rangliste Ärzte/Arztinnen und Pflege (Items): ähnlich wie Angehörige, trotzdem 53% Fehleinschätzungen.</li> </ul> Multivariate Varianzanalyse der Schwerpunktbereiche: signifikante Unterschiede der Gruppen in allen Bereichen. ( $F_{10,748} = 12,18, p < 0,0001$ ). |

\* Beurteilung gemäß Evidenzhierarchie von Madjar & Walton (2001). Level 1 (höchste Evidenz: systematische Review/Metaanalyse) bis Level 5 (tiefste Evidenz: Expertenmeinung/deskriptive Studien).

Söderberg (2007a) befriedigten ihr Informationsbedürfnis durch verständliche Erklärungen von Angehörigen. Zweitens können Angehörige die Patient(inn)en mit Delir in ihrer Kommunikation unterstützen. Während es Pflegenden nicht immer gelingt, eine adäquate Kommunikationsebene zu finden (Granberg et al., 1999), bemühen sich Angehörige intensiv um verbales und nonverbales Verständnis, zum Beispiel Lippenlesen (Engström & Söderberg, 2007a). Drittens werden bei den betroffenen Personen Gefühle der Sicherheit und Beruhigung durch Angehörige unterstützt. In der Studie von Laitinen (1996) beschreiben die Teilnehmenden einen Teufelskreis der Angst, durch den die Patient(inn)en Pflegemaßnahmen häufig falsch interpretieren und als Bedrohung wahrnehmen. Ähnliche Situationen führen laut Granberg et al. (1999) zu Reaktionen wie Frustration und Rückzug. Besonders bei Abwesenheit der Angehörigen leiden die Patient(inn)en unter Einsamkeit und dem Gefühl des Gefangenseins (Engström & Söderberg, 2007a). «Wahre Anwesenheit» durch Gespräche, Berührungen und Gesten fördert den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung und führt zu einem gesteigerten Sicherheitsgefühl und zur Beruhigung (Laitinen, 1996). Unterstützung in diesen Gefühlszuständen erhalten die Patient(inn)en von Angehörigen (Granberg et al., 1999) durch gewohnte Geräusche, Berührungen und Gerüche (Engström & Söderberg, 2007a). Aus der engen Beziehung zu einem vertrauten Menschen erfahren sie einen Gewinn an Kraft und Willensstärke. Diese Beziehung zwischen Angehörigen und Patient(inn)en kann durch Pflegende gefördert werden.

#### *Pflegende auf Intensivstation*

Der Einbezug von Angehörigen in die Pflegebeziehung ist davon abhängig, welche Bedeutung sie für die Patient(inn)en aus Sicht der Pflegenden haben. Engström und Söderberg (2007b) beschreiben die Angehörigen als «Stimme des schwerkranken Patienten», durch die wichtige Informationen, zum Beispiel über Lebensgewohnheiten und Vorlieben, übermittelt werden. Auch Williams (2005) beschreibt, dass die Intensivpflegenden die Patient(inn)en durch die Informationen der Angehörigen und die Beobachtung der familiären Interaktion besser kennenlernen. Bedürfnisse von kommunikations- und bewusstseinsingeschränkten Patient(inn)en können zudem durch die Mitarbeit der Angehörigen adäquater eingeschätzt werden. Weitere Möglichkeiten für den Einbezug der Angehörigen in die Pflege sehen die Befragten in der emotionalen Unterstützung und der Angstreduktion in schwierigen Phasen, beispielsweise während der Entwöhnung von der Beatmungsmaschine. Zudem stellen die Angehörigen laut den Pflegenden eine

Verbindung zum alltäglichen Leben der Patient(inn)en her und fördern so aktiv die Orientierung und die Bewältigung der Situation (Williams, 2005).

Für den Aufbau der Pflegebeziehung unter Einbezug der Angehörigen sind laut Takman und Severinsson (2006) verschiedene Faktoren seitens der Pflegenden notwendig. Dazu gehören Respekt, Höflichkeit, transkulturelle Kompetenz und Feingefühl für minderjährige Angehörige. Engström und Söderberg (2007b) bezeichnen eine adäquate Informationsweitergabe, fürsorgliches Verhalten und das Aufzeigen von Möglichkeiten, den Patient(inn)en nahezukommen, als unterstützend. Angehörige und Patient(inn)en benötigen Anleitung bei der situationsbedingt erschwerten Kommunikation (Williams, 2005).

Die befragten Pflegenden von Engström und Söderberg (2007b) thematisieren jedoch auch Probleme bei der Angehörigenbetreuung. So besteht häufig Unsicherheit bei der Erkennung der Angehörigenbeziehung, wenn Pflegende die Patient(inn)en situationsbedingt nicht fragen können. Zudem beschreiben sie zeitliche Engpässe, die eine adäquate Angehörigenbetreuung erschweren. Unterstützend sind regelmäßige Gespräche über die Erfahrungen unter Pflegenden und Rückmeldungen von Angehörigen und Patient(inn)en.

#### **Diskussion**

Aus den Ergebnissen wird deutlich, dass Angehörige für Intensivpatient(inn)en im Allgemeinen und für diejenigen mit Delir im Speziellen sehr wichtig sind, beispielsweise als Ressource im Bewältigungsprozess (Metzing, 2003; Michaud et al., 2007). Gleichzeitig befinden sich die Angehörigen in einer sehr belastenden Situation (Hartwick, 2003), wenn nicht sogar in einer Krise (Kean, 2001). Sie benötigen professionelle Unterstützung von Pflegenden, um Hemmungen zu überwinden (Williams, 2005), ihre Bedürfnisse zu äußern und wirkungsvoll sein zu können (Michaud et al., 2007).

In den bearbeiteten Studien zeigen sich Gemeinsamkeiten mit dem Ansatz der familienzentrierten Pflege des Calgary-Modells, der die Stärken und Ressourcen der Familie in den Mittelpunkt stellt (Wright & Leahey, 2005). So zeigt sich aus den Studien erstens eine grundlegende Anerkennung der Arbeit mit Angehörigen als Teil der Pflegepraxis (Ågård & Harder, 2007; Bitttebier et al., 2001; Engström & Söderberg, 2007b; Granberg et al., 1999; Johansson et al., 2005; Takman & Severinsson, 2006; Williams, 2005), zweitens die Forderung, die Organisation auf eine möglichst hohe Pflegekontinuität auszurichten (Granberg et al., 1999;

Lundström et al., 2005) und drittens die Auffassung, dass es Aufgabe der Pflegenden ist, den Angehörigen Unterstützungsmöglichkeiten (Seelsorge, Sozialdienst) nahezubringen (Johansson et al., 2005; Takman & Severinsson, 2006). Angehörige einzubeziehen unterstützt die Patient(inn)enorientierung im hohen Maße. Patient(inn)en mit Delir reagieren erfahrungsgemäß meist sehr positiv auf die Anwesenheit und die Unterstützung der Angehörigen. Wichtig dabei ist, dass diejenigen Personen einbezogen werden, die der Patient/die Patientin selbst als Angehörige bezeichnet (Wright & Leahey, 2005). Über das Ausmaß des Einbezugs sollen Patient(in) und Angehörige entscheiden. Die Weitergabe von Informationen und Abmachungen wird unter anderem durch die Dokumentation einer zielgerichteten Familienanamnese gewährleistet. Leider entspricht dieses Verständnis von patient(inn)enorientierter Pflege (noch) nicht der gängigen Praxis der meisten Intensivstationen. Oft ist die Rolle der Angehörigen nicht in einem Leitbild festgelegt. Sie wird dann durch die informelle Stationskultur und die Einstellung der Pflegenden bestimmt. Erkenntnisse aus Theorie und Forschung werden kaum einbezogen (Ågård & Harder, 2007).

Bei der Erforschung der Bedürfnisse von Angehörigen wird meistens das *Critical Care Family Needs Inventory* nach Molter (1979) verwendet. Wiederholt erweist sich das Bedürfnis nach Informationen als das Wichtigste (Bührer, 2003; Maier, 2008) Dazu zählt auch die Information und Bestätigung, dass der Patient/die Patientin die bestmögliche Behandlung erhält (Bijttebier et al., 2001). Davon können sich die Angehörigen leichter überzeugen, wenn sie während Pflegemaßnahmen anwesend sind und Pflegenden zusehen.

Durch den Einbezug in Pfllegetätigkeiten erhalten Angehörige einen vertieften Einblick in die Patient(inn)enversorgung, dies führt zu mehr Sicherheit (Johansson et al., 2005). Angehörige schätzen es, aktiv helfen zu können (Ågård & Harder, 2007) und fühlen sich weniger hilflos (Dobrin Schippers & Averkamp, 2002; Mitchell & Chaboyer, 2010). Befragte Angehörige nennen folgende Bereiche der aktiven Mithilfe (Dobrin Schippers & Averkamp, 2002): Gespräche (zum Beispiel Erzählungen von zuhause), Berührung (Zeichen der Nähe), körperliche Unterstützung (z. B. Einreibungen) sowie Vermittlung zwischen Patient und Pflegepersonal. Gezielte Anleitung kann solches Mithelfen erweitern.

Literatur zu Angehörigenarbeit auf Intensivstationen fokussiert vorwiegend Bedürfnisse, Erfahrungen, respektive Zufriedenheit von Angehörigen, Patient(inn)en und Pflegenden (Endacott & Barry, 2007). Einbezug in die Pflege wird häufig als Maßnahme genannt, konkrete Anleitungen

zur praktischen Umsetzung fehlen jedoch. In der Folge hängt das Vorgehen weiterhin von den Erfahrungen und Einstellungen der einzelnen Pflegenden ab. Dies kann zu Missverständnissen und Konflikten führen. Die Angehörige neigen besonders in akuten Situationen dazu, ihre emotionalen Gefühle und Bedürfnisse zurückzustellen (Ågård & Harder, 2007; Bijttebier et al., 2001). Gleichzeitig bewerten sie es positiv, von den Pflegenden Fürsorge und Anteilnahme zu erfahren (Johansson et al., 2005). Dieser Kontrast lässt sich so erklären, dass die Befragten das Personal noch nicht lange genug kannten, um ihre Emotionen zeigen zu wollen. Ihre ‚Bescheidenheit‘ kann auch daher kommen, dass sie nicht die Aufmerksamkeit des Personals vom Patienten/von der Patientin weg auf sich lenken möchten (Ågård & Harder, 2007). Daher erfordert die Unterstützung von Angehörigen proaktive Initiative und Kompetenzen von den Pflegenden (Takman & Severinsson, 2006). Das gilt für die Umsetzung familienzentrierter Pflege (oder einzelner Aspekte davon) sowie die Anleitung zum Einbezug in Pfllegetätigkeiten.

In der Praxis ist teilweise Widerstand gegen die Intensivierung der Arbeit mit Angehörigen spürbar. Für manche Pflegenden sind Angehörige ‚zu präsent‘ oder ‚zu aktiv‘. Das mag an fehlendem Wissen und mangelnder Erfahrung liegen, aber auch mit der Befürchtung zusammenhängen, mehr Verantwortung übernehmen zu müssen. Zudem sind sich Pflegenden vermutlich zu wenig bewusst über die positiven Auswirkungen guter Zusammenarbeit. Eine Voraussetzung dafür sind Informationen von Angehörigen über die Situation des Patienten/der Patientin, die die Person näherbringen. Walle (2004: 170) spricht hier über die ‚Vermenschlichung des Patienten‘ durch die Informationen der Angehörigen. Diese sind eine Voraussetzung für die ‚wahre Anwesenheit‘ der Pflegenden (Laitinen, 1996) bei der Betreuung von Patient(inn)en mit Delir. Ängstliche oder unruhige Patient(inn)en reagieren oft sehr gut auf Angehörige. Das entlastet Pflegenden unmittelbar. Darüber hinaus erhalten Pflegenden bei intensiverer Zusammenarbeit mit Angehörigen mehr Anerkennung für ihre geleistete Arbeit. Solch positiven Auswirkungen sind in der Literatur kaum beschrieben (Walle, 2004), was gleichzeitig Ursache und Folge des Vorurteils sein mag, dass Angehörige immer Mehrarbeit bedeuten (würden); es wäre wichtig, dies systematisch zu untersuchen.

Problematisch bei der Betreuung von Angehörigen sind im Alltag zudem Bedenken von Kompetenzüberschreitungen bei der Informationsabgabe. Angehörige stellen Pflegenden viele Fragen. Die Grenzen zwischen medizinischer Diagnose sowie Prognose und alltäglichen Gesprächen über die Befindlichkeit, Einrichtung und Abläufe sind flie-

ßend. Nach gesetzlicher Grundlage ist der Zugang zu Informationen bei Patient(inn)en, die sich nicht äußern können, auf die nächsten Angehörigen begrenzt. Deshalb ist es sinnvoll, dass Menschen in «gesunden Tagen» in Patient(inn)enverfügungen neben Anliegen zur medizinischen Behandlung auch festhalten, wer informiert und in die Pflege einbezogen werden darf und soll.

Manche Pflegenden, die kaum Möglichkeiten zum Einbezug bieten, begründen dies besonders bei Personen mit Delir damit, die Angehörigen vor Überforderung schützen zu wollen oder den Patient(inn)en Ruhe zu ermöglichen. Hier sollten aber individuelle Lösungen angestrebt werden, indem aus den vielseitigen Möglichkeiten die passenden ausgewählt werden. Jemand, der schon zuhause pflegender Angehöriger war, wirkt vermutlich gerne und gut bei der Körperpflege mit. Angehörige bisher selbstständiger Patient(inn)en können bereits durch das Mitwirken bei orientierenden Maßnahmen überfordert sein.

#### *Grenzen der Methode*

Die Suche beschränkte sich primär auf die Bedeutung der Angehörigen von Intensivpatient(inn)en mit Delir. Da keine entsprechenden Studien gefunden wurden, erfolgte eine Öffnung des Fokus. Eigene Erfahrungen zeigen, dass sich die Studienergebnisse auch auf andere Patient(inn)engruppen übertragen lassen. Ob die Maßnahmen von Studien aus anderen Patient(inn)engruppen bei Menschen mit Delir tatsächlich wirken, muss noch untersucht werden. Diese Limitationen müssen bei den Schlussfolgerungen berücksichtigt werden.

Der Evidenzgrad der bearbeiteten quantitativen und qualitativen Studien ist mittel bis hoch. Das heißt, die Aussagen der Studien können als gültig betrachtet werden und sind für die Pflegepraxis von Bedeutung. Durch die beschriebenen Auswahlkriterien (siehe Tabelle 2) wurden Studien aus dem angloamerikanischen Kulturraum ausgeschlossen, die eventuell weitere relevante Erkenntnisse zur Beantwortung der Fragestellung hätten ergeben können. Durch die Zielsetzung (Erstellung eines Konzeptes für eine bestimmte Intensivstation) und das strenge Auswahlverfahren limitierte sich die Arbeit auf zehn Studien. Aus ihnen konnten jedoch genügend Maßnahmen für diesen Zweck abgeleitet werden. Die Literaturübersicht ist allerdings nicht als umfassende Antwort auf die Fragestellung anzusehen.

### **Schlussfolgerungen und Empfehlungen**

Ziel dieser Arbeit war die Erarbeitung der Grundlagen für ein Konzept zur Betreuung der Angehörigen von

Patient(inn)en mit Delir. Um die Angehörigen in ihrer unterstützenden Rolle besser zu fördern, werden auf der Basis der bearbeiteten Literatur und der Verknüpfung mit Erfahrungen aus der Praxis Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Themen Angehörige von Intensivpatient(inn)en, Patient(inn)en mit Delir und Pflegenden auf Intensivstation abgeleitet. Aus den bearbeiteten Studien entstand eine Liste mit Empfehlungen für die Praxis, eingeteilt in fünf Bereiche (Tabelle 4).

Da keine Interventionsstudien gefunden werden konnten, die die Fragestellung direkt beantworten, muss die Effektivität der Maßnahmen noch untersucht werden.

#### *Angehörige von Intensivpatient(inn)en*

Die Pflegenden sollen die individuellen Ressourcen und Bedürfnisse der Angehörigen kennen. Für ein strukturiertes Assessment eignet sich das Calgary-Familien-Assessmentmodell nach Wright and Leahey (2005) sehr gut. Das Erkennen der nächsten Angehörigen kann situationsbedingt erschwert sein und erfordert festgelegte, interprofessionelle Absprachen. In Tabelle 4 fokussiert ein Bereich Empfehlungen für die Aufnahmesituation. Angepasste Vorinformationen und gezielte Abklärungen ermöglichen den späteren Einbezug der Angehörigen in die Pflege gemäß dem Willen der Patient(inn)en.

Der Einbezug in die Pflege bedarf klarer Absprachen zwischen Angehörigen und Pflegenden. Dabei erleichtern Auswahllisten den Pflegenden, passende Vorschläge zu machen, zum Beispiel «Mund befeuchten mit einer Kompresse alle zwei Stunden» oder «Hände waschen und eincremen einmal pro Tag». Mündliche Informationen sowie die Anleitung und Begleitung bei pflegerischen Handlungen haben hohe Priorität. Zudem können zusätzliche schriftliche Informationen zum besseren Verständnis beitragen. Eine Informationsbroschüre hilft den Angehörigen, Besprochenes besser zu verstehen.

Angehörige profitieren von emotionaler Unterstützung, zum Beispiel durch Gespräche über die belastende Situation, das Validieren emotionaler Reaktionen und das bewusste Aussprechen von Wertschätzung. Die Vermittlung durch Pflegenden erleichtert den Zugang zu Seelsorge und anderen Diensten. Ein weiteres Beispiel einer Intervention für Angehörige ist das Erzählenlassen von persönlichen Erfahrungen mit dieser Situation.

#### *Patient(inn)en mit Delir*

Ein grundsätzliches Einverständnis der Patient(inn)en für den Einbezug der Angehörigen in die Pflegemaßnahmen sollte vorhanden sein. Ihr Wille kann aus einer frühzeitig erhobenen Pflegeanamnese hervorgehen, bevor die Sym-

**Tabelle 4:** Empfehlungen von Maßnahmen in fünf Bereichen mit Beispielen.

| Bereich  | Maßnahmen (Beispiele)  | konkrete Umsetzung (Beispiele)  |
|--|--|---|
| Empfehlungen für die übergeordneten Strukturen   | Angehörige gelten als: <ul style="list-style-type: none"> <li>wichtige Ressource</li> <li>Partner(in) in der Pflegebeziehung</li> <li>Mitgestalter(in) des Pflegeprozesses.</li> </ul> | Im Leitbild der IS explizit eine familienorientierte Grundhaltung festlegen.  |
|  | Praktische Erleichterungen für die Angehörigen ermöglichen.  | Gutscheine zum Parkieren und Aufenthaltsräume mit Getränken und Essensautomaten.  |
| Empfehlungen für die Aufnahme-situation          | Abklärung, ob ein Einbezug in die Pflege möglich und erwünscht ist.  | Entsprechende Fragen im Erfassungsbogen der Pflegeanamnese integrieren.   |
|  | Präsenz der Angehörigen beim Patienten/ bei der Patientin ermöglichen.   | Im Angehörigenkonzept festlegen, dass Erstbesuch hohe Priorität hat und Kriterien dafür formulieren.  |
| Empfehlungen für die pflegerischen Tätigkeiten   | Wiederholte Vorstellung bei Patient(inn)en und Angehörigen mit vollem Namen und Funktion.  | Im Angehörigenkonzept festlegen, dass Fortbildungen über die Bedeutung der Angehörigen durchgeführt werden, entsprechende Weisung durch die Führung.  |
|  | Einheitliche Informationspolitik durch alle beteiligten Mitarbeitenden.  | Kompetenzbereiche festlegen, Schulungen und Training zu Inhalt und Form von Informationsgesprächen, Angehörigengespräche protokollieren, regelmäßig interprofessionelle Gespräche planen und durchführen. |
| Empfehlungen für den Einbezug der Angehörigen    | Vorhandensein einer Informationsbroschüre.   | Erarbeitung durch Projektgruppe, Rückmeldungen von Angehörigen, Lesbarkeit kontrollieren.   |
|  | Lob und Anerkennung für die Mitarbeit aussprechen.   | Erkennen und Aufzeigen von Stärken der Familie, respektive einzelner Mitglieder(innen).   |
|  | Angehörige werden dazu motiviert, sich selbst Unterstützung zu holen.  | Dazu ermutigen, mit engsten Vertrauten über die Situation zu sprechen.  |
| Empfehlungen für die Berufsgruppe der Pflegenden | Unterstützung und Beratungen durch Pflegeexperten im Alltag  | Familiengespräche führen, kontinuierliche Unterstützung bei der individuellen Pflegeplanung.  |
|  | Regelmäßige Reflektions- und Feedbackmöglichkeiten im Alltag anbieten.   | Fallbesprechungen, Supervisionen, Aktionslernen durchführen.  |

ptome des Delirs eine Erhebung erschweren. Die Empfehlungen in Tabelle 4 zielen einerseits darauf ab, die Pflegenden als Vorbild für die Angehörigen im Umgang mit den Patient(inn)en zu unterstützen. Weitere Maßnahmen sollen den konkreten Einbezug der Angehörigen in die Pflege fördern. Patient(inn)en mit Delir profitieren besonders von orientierenden Maßnahmen. Pflegenden sollen Angehörige einladen, Orientierungshilfen mitzubringen (zum Beispiel Uhr, Kalender, Bilder und Zeitung) sowie sie anleiten, diese einzusetzen. Pflegenden sollen Angehörigen unterstützen, mit Patient(inn)en mit Delir Kontakt aufzunehmen und ihnen den Umgang mit Kommunikationstafeln oder Schreibblöcken zeigen.

#### **Pflegende auf Intensivstation**

Die übergeordneten Strukturen einer Intensivstation können Pflegenden bei der Betreuung der Angehörigen unterstützen. Ein explizit formuliertes familienorientiertes Pfe-

geverständnis (zum Beispiel in einem Leitbild) und ein interprofessionell abgestütztes Angehörigenkonzept sind gute Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit Angehörigen.

Pflegende auf Intensivstationen benötigen erweiterte Fähigkeiten in Interaktion, Kommunikation und Empathie, um die Angehörigen effektiv zu unterstützen. Deshalb soll Pflegenden neben Schulung auch Training, etwa durch Videoaufnahmen von Übungsgesprächen und Begleitung im Alltag durch Pflegeexpert(inn)en angeboten werden. Führungspersonen sind dafür verantwortlich, dass Aufgaben, Rollen und Spielregeln bezüglich Angehörigenbetreuung und -einbezug klar schriftlich festgelegt sind. Außerdem sollten sie bewusst mit den Teams am Thema Angehörige arbeiten. Die Erstellung eines Angehörigenkonzeptes kann neben der Vermittlung neusten Wissens auch die Auseinandersetzung mit Haltungen und Verhalten gegenüber Angehörigen fördern.

## Literatur

- Ågård, A. S; Harder, I. (2007). Relatives' experiences in intensive care – Finding a place in a world of uncertainty. *Intensive and Critical Care nursing*, 23, 170 – 177.
- Bijttebier, P; Vanoost, S.; Delva D.; Ferdinande, P; Frans, E. (2001). Needs of relatives of critical care patients: perceptions of relatives, physicians and nurses. *Intensive Care Medicine*, 27, 160 – 165.
- Bührer, R. (2003). Angehörigenbetreuung in der Intensivpflege. Unveröffentlichte Literaturarbeit, Nachdiplomstudium Pflege, Stufe 2. Aarau: Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe, WE'G.
- Dobrin Schippers, A; Averkamp, K. (2002). Sehen Angehörige von akut erkrankten Intensivpatienten Möglichkeiten und Bedeutung von Anwesenheit und Pflegebeteiligung? *Intensiv*, 10, 124 – 8.
- Endacott, R; Barry, J. (2007). Caring for relatives in intensive care – an exemplar of advanced practice. *Nursing in Critical Care*, 12 (1), 4 – 5.
- Engström, Å; Söderberg, S. (2007a). Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. *Journal of Critical Nursing*, 16, 1651 – 1659.
- Engström, Å; Söderberg, S. (2007b). Receiving power through confirmation: the meaning of close relatives for people who have been critically ill. *Journal of Advanced nursing*, 59 (6), 569 – 576.
- Granberg, A.; Bergbom E; Lundberg, D. (1999). Acute confusion and unreal experiences in intensive care patients in relation to the ICU syndrome. Part II. *Intensive and Critical Care Nursing*, 15, 19 – 33.
- Hartwick, S. S. (2003). ICU delirium: a case study. *Crit Care Nurs Q*, 26 (3), 221 – 224.
- Immers, H. E.; Schuurmans, M. J; van de Bijl, J. J. (2005). Recognition of delirium in ICU patients: a diagnostic study of the NEECHAM confusion scale in ICU patients. *BMC Nursing*, 13 (4), 7.
- Johansson, I; Fridlund, B; Hildingh, C. (2005). What is supportive when an adult next – of – kin is in critical care? *Nursing in Critical Care*, 10 (6), 289 – 298.
- Kean, S. (2001). Familien auf der Intensivstation. In: Gehring, M.; Kean, S.; Hackmann M.; Büscher A. (Hrsg.). *Familienbezogene Pflege*; 1. Bern: Hans Huber.
- Kearney, M. H. (2001). Levels and applications of qualitative research evidence. *Research in Nursing & Health*, 24, 145 – 153.
- Laitinen, H. (1996). Patients' experience of confusion in the intensive care unit following cardiac surgery. *Intensive & Critical Care Nursing*, 12 (2), 79 – 83.
- Law, M.; Stewart, D.; Pollock, N.; Letts, L.; Bosch, J; Westmorland, M. (1998). Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien [On-Line]. <http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/quantform.pdf> [23.09.2009].
- Letts, L.; Wilkins, S.; Law, M.; Stewart, D.; Bosch, J; Westmorland, M. (2007). Critical Review Form – Qualitative Studies (Version 2.0) [On-Line]. <http://www.canchild.ca/en/canchildresources/resources/qualform.pdf> [23.09.2009].
- Lundström, M.; Edlund, A.; Karlsson, S.; Brännström, B.; Bucht, G; Gustafson, Y. (2005) A Multifactorial Intervention Program Reduces the Duration of Delirium, Length of Hospitalization and Mortality in Delirious Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53 (4), 622 – 628.
- Madjar, I; Walton, J. A. (2001). What is problematic about evidence? In: Morse, J. M.; Swanson, J. M.; Kuzel, A. J. (Eds.). *The nature of qualitative evidence*. Thousand Oaks, CA: Sage, 28 – 45.
- Maier, J. (2008). Angehörige auf der Intensivstation. Unveröffentlichte Literaturarbeit Nachdiplomstudium Pflege, Stufe 2. Aarau: WE'G.
- McNicoll, L.; Pisani, M. A.; Zhang, Y.; Ely, E. W.; Siegel, M. D; Inouye, S. K. (2003). Delirium in the intensive care unit: occurrence and clinical course in older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51 (5), 591 – 598.
- Metzing, S. (2003). Ohne Familie geht's nicht. Die Bedeutung von Angehörigen für Patienten auf der Intensivstation. In: Nydahl, P.; Bartoszek, G. (Hrsg.). *Basale Stimulation. Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker*. München: Urban & Fischer, 270 – 282.
- Michaud, L.; Bula, C.; Berney, A.; Camus, V.; Voellinger, R.; Stiefel, F.; Burnand, B. (2007). Delirium: guidelines for general hospitals. *Journal of Psychosomatic Research*, 62 (3), 371 – 383.
- Mitchell, M. L; Chaboyer, W. (2010). Family centered care, a way to connect patients, families and nurses in critical care: A qualitative study using telephone interviews. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26, 154 – 160.
- Molter, N .C. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart & Lung*, 8, 332 – 339.
- Morandi, A.; Jackson, C. J; Ely, E. W. (2009). Delirium in the intensive care unit. *International Review of Psychiatry*, 21 (1), 43 – 58.
- Rosenbloom-Brunton, D. A.; Hennenman, E. A; Inouye, S. K. (2010). Feasibility of family participation in an delirium prevention program for hospitalized older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 36 (9), 22 – 33.

- Sass, H.; Wittchen, H. U.; Zaudig, M. (2003). Diagnostische Kriterien des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM – IV – TK/deutsche Bearbeitung. Göttingen: Hogrefe.
- Takman, C; Severinsson, E. (2006). A description of health-care providers' perception of the needs of significant others in intensive care units in Norway and Sweden. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22, 228 – 238.
- Walle, A. (2004). Pflegen mit Angehörigen. *Intensiv*, 4 (12), 156 – 173.
- Williams, C. M. A. (2005). The identification of family members' contribution to patients' care in the intensive care unit: a naturalistic inquiry. *Nursing in Critical Care*, 10 (1), 6 – 14.
- Wright, L. M.; Leahey, M. (2005). *Nurses and Families. A Guide to Family Assessment and Intervention*. Philadelphia: Davis.

**Was war die größte Herausforderung bei Ihrer Studie?**

Maßnahmen zum Einbezug von Angehörigen auf Intensivstation aus der Literatur zu identifizieren, da diese nur übergeordnet beschrieben werden.



**Was wünschen Sie sich bezüglich der Thematik für die Zukunft?**

Dass Patient(inn)en auf Intensivstation dank guter Anleitung der Angehörigen durch Pflegende eine bestmögliche Unterstützung erhalten.

**Was empfehlen Sie den LeserInnen zum Weiterlesen/Vertiefen?**

Wright, L. M.; Leahey, M. (2009). *Familienzentrierte Pflege, Lehrbuch für Familien-Assessment und Interventionen*. Bern: Hans Huber.

**Korrespondenzadresse**

Conrad Wesch, BNS  
 Pflegefachverantwortlicher  
 Operative Intensivbehandlung OIB  
 Universitätsspital Basel  
 Department Anästhesie  
 Spitalstraße 21  
 4031 Basel  
 Tel.: +41 (0)61 328 76 86

weschc@uhbs.ch