

**WE'G Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe, Aarau**

# **Anwesenheit von Angehörigen während der Reanimation**

## **Diplomarbeit**

Therese Blättler-Remund

Nachdiplomstudium NDS Pflege  
Pflegeexpertin HöFa II WE'G

Januar 2007 – Februar 2009  
Abgabemonat: Dezember 2008

Begleitperson:  
Riitta Bislmi, Master in Nursing Science

## **Zusammenfassung**

### **Hintergrund**

Reanimationen sind auf Notfall- und Intensivstationen häufige Vorkommnisse. Angehörige sind im Moment des Ereignisses oft in Gegenwart ihrer Verwandten<sup>1</sup>. Im Rahmen einer konsequenten Patienten- und Familienorientierung wird das Thema Anwesenheit von Angehörigen während der Reanimation FWR<sup>2</sup> in der Pflegewissenschaft seit den 80er Jahren breit diskutiert.

### **Fragestellung**

Welches sind die Erfahrungen und Einstellungen der Patienten<sup>3</sup> der Patientinnen, der Angehörigen und des Gesundheitspersonals zu Angehörigenanwesenheit während der kardiopulmonalen Reanimation?

### **Methode**

Die Suche nach Forschungsliteratur für die Beantwortung der Fragestellung erfolgte in den elektronischen Datenbanken PubMed und CINAHL im März und April 2008. 12 relevante Studien wurden identifiziert und bearbeitet.

### **Ergebnisse**

Die Frage nach der Einstellung der Patienten zu FWR konnte nicht eindeutig beantwortet werden. Hingegen sind die Angehörigen grösstenteils positiv zu FWR eingestellt. Die wichtigsten Vorteile sind: Dem Patienten Trost spenden, für ihn da sein und miterleben, dass alles was möglich ist getan wurde. Im Weiteren hat der Patient von FWR einen Gewinn und für die Angehörigen ist es hilfreich im Trauerprozess. Zu Bedenken sind mögliche negative Aspekte: Die Angehörigen könnten durch FWR verletzt werden und die Erinnerungen belastend sein. Das Gesundheitspersonal aus der westlichen Welt ist mehrheitlich positiv zu FWR eingestellt, hingegen ist das Gesundheitspersonal in den asiatischen Staaten zum grössten Teil gegen FWR. Die Gründe für oder gegen FWR sind vergleichbar mit den Ergebnissen der Angehörigen.

### **Schlussfolgerungen**

Das Gesundheitspersonal soll zur Thematik sensibilisiert werden. Die Verfasserin schlägt vor, FWR in der Praxis zu implementieren. Mögliche Nachteile auf Angehörige und das Gesundheitspersonal sollen berücksichtigt werden.

---

<sup>1</sup> In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff Verwandte auch für nahe stehende Personen benutzt

<sup>2</sup> FWR: family witnessed resuscitation, Angehörigenanwesenheit während kardiopulmonaler Reanimation

<sup>3</sup> Bezeichnungen gelten immer für beide Geschlechter

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	5
1.1	Ursprünge des Themas.....	5
1.2	Nationale Relevanz des Themas.....	5
1.3	Stellungnahme der schweizerischen Akademie für medizinische Wissenschaften (SAMW) .....	5
1.4	Patientenrechte in der Schweiz.....	6
1.5	Erfahrungen und Ansichten zu FWR im eigenen Betrieb (Regionalspital) ...	6
2	Begriffsdefinitionen .....	7
2.1	Angehörige.....	7
2.3	Resuscitation, Reanimation, kardiopulmonale Reanimation (CPR) .....	8
2.4	family witnessed resuscitation (FWR) .....	8
2.5	invasive Procedures, invasive Eingriffe (IP) .....	8
2.6	family presence (FP) .....	8
	Anwesenheit von Familienangehörigen (Meyers et al., 2004).....	8
3	Fragestellung und Zielsetzung .....	9
3.1	Fragestellung .....	9
3.2	Zielsetzung.....	9
4	Methode .....	9
4.1	Suchmethode .....	9
4.2	Suchstrategie .....	10
4.3	Auswertung der Studien .....	11
5	Ergebnisse .....	11
5.1	Einstellungen von Patienten.....	11
5.2	Erfahrungen und Einstellungen von Angehörigen .....	15
5.3	Erfahrungen und Einstellungen des Gesundheitspersonals.....	21
6	Diskussion.....	32
6.1	Kritische Würdigung der Studien.....	32
6.2	Patientenmeinungen .....	34
6.3	Meinungen der Angehörigen .....	35
6.4	Gesundheitspersonal .....	38
6.5	Beantwortung der Fragestellung .....	42
7	Schlussfolgerungen.....	43
7.1	Allgemeine Schlussfolgerungen .....	43
7.2	Schlussfolgerungen für die Pflegepraxis .....	44

7.3	Empfehlungen für die Pflegeforschung .....	44
8	Literaturverzeichnis .....	46
9	Anhang .....	49

# **1 Einleitung**

## **1.1 Ursprünge des Themas**

Erstmalig wurden 1982 Vorkommnisse beschrieben, wo sich Angehörigen weigerten, ihren Nächsten während der Reanimation alleine zu lassen. Man gewährte den Angehörigen Zutritt. Sie sprachen dem Gesundheitspersonal im Nachhinein dafür grossen Dank aus. Das gab den Forschern Hinweise, dass die Anwesenheit von Angehörigen Vorteile haben könnte (Köberich, 2006, p. 60). In den folgenden Jahren wurden im anglo-amerikanischen Raum zahlreiche qualitative und quantitative Studien und Veröffentlichungen diesem Thema gewidmet. Vor- und Nachteile der Anwesenheit von Angehörigen während der Reanimation (FWR)<sup>4</sup> aus der Sicht von Patienten, Angehörigen oder des Gesundheitspersonal wurden erforscht.

Knapp 20 Jahre später im Jahre 2000 veröffentlichte die American Heart Association (AHA) neue Richtlinien zur kardiopulmonalen Reanimation. Darin wurde auf Studienergebnisse Bezug genommen, die sich dem Thema FWR widmeten. Die AHA stützte sich in ihren Empfehlungen auf die bis zu diesem Zeitpunkt vorherrschende internationale Evidenz. Es wurde empfohlen, FWR zu berücksichtigen, da die Anwesenheit für Angehörigen wesentliche Vorteile mit sich bringen kann (Köberich, 2005, p. 215).

## **1.2 Nationale Relevanz des Themas**

Der Verfasserin wurde die internationale Relevanz dieses Themas am Notfallpflegekongress Schweiz im März 2008 bewusst. Ein Seminar wurde diesem Thema gewidmet. Fachpublikum aus der ganzen Schweiz war anwesend. Ein Pflegewissenschaftler aus Deutschland gab Einblick ins Thema und wies darauf hin, dass FWR im deutschsprachigen Raum noch immer ein marginal behandeltes Thema ist.

## **1.3 Stellungnahme der schweizerischen Akademie für medizinische Wissenschaften (SAMW)**

In Zentrum der Reanimationsbemühungen steht der Patient, doch sind die nächsten Angehörigen ebenso betroffen. Diese sollen einfühlsam bereut werden, insbesondere wenn sie anwesend bleiben wollen. Spätestens wenn entschieden

---

<sup>4</sup> FWR: family witnessed resuscitation, Angehörigenanwesenheit während kardiopulmonaler Reanimation

wird, dass die Reanimation abgebrochen wird, sollen die Angehörigen anwesend sein und Abschied nehmen können. Der kulturelle und religiöse Hintergrund von Patient und Familie ist besonders zu berücksichtigen.

#### **1.4 Patientenrechte in der Schweiz**

Es wurde der Frage nachgegangen, ob es gesetzliche Bestimmungen oder Richtlinien gibt zu FWR. Die Verordnung über die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten und der Gesundheitsfachpersonen in Kanton Bern enthält folgende Gesetzesinhalte: Auf die Wünsche der Patientinnen und Patienten, ihrer gesetzlichen Vertreterinnen und Vertreter, ihrer Angehörigen und nahe stehenden Personen ist angemessen Rücksicht zu nehmen, soweit dies aus ärztlicher, pflegerischer und betrieblicher Hinsicht erforderlich und möglich ist [W001].

In der Broschüre (Sanimedia, 2006, p. 18) der Kantone Bern, Freiburg, Jura, Neuenburg, Waadt und Wallis finden sich folgende Aussagen zum Thema: „Patientinnen und Patienten haben während des gesamten Spitalaufenthalts immer ein Recht auf Betreuung und Beratung. Sie haben das Recht, die Unterstützung durch ihre Angehörigen und die Aufrechterhaltung des Kontakts zu ihrem Umfeld zu verlangen. Patientinnen und Patienten können sich bei den verschiedenen Schritten im Zusammenhang mit der Spitaleinweisung oder dem Spitalaufenthalt auf ausdrücklichen Wunsch durch einen Angehörigen oder durch eine Begleitperson helfen lassen.“

Das Recht auf Begleitung steht nur der Patientin oder dem Patienten zu. Dieses Recht kann somit nicht von den Angehörigen beansprucht werden. Patientinnen und Patienten sind somit frei zu entscheiden, ob sie die Präsenz einer Begleitperson wünschen oder nicht.

#### **1.5 Erfahrungen und Ansichten zu FWR im eigenen Betrieb (Regionalspital)**

Am häufigsten in Berührung kommt das Personal der Notfall- und Intensivstation mit FWR. Das Pflegepersonal begrüsst grundsätzlich FWR. Auf der Intensivstation sind die Angehörigen oft anwesend, wenn es zu einer Reanimation kommt. Den grössten Vorteil sehen die Pflegenden darin, dass die Angehörigen Abschied nehmen können von ihrem Nächsten. Weiter wird erwähnt, dass es sehr wichtig ist, dass die Angehörigen während der Reanimation von Fachpersonal betreut werden und dass

nach dem Ereignis eine Nachbetreuung sichergestellt wird. Bei Bedarf kann der Seelsorger in einer solchen Situation bei gezogen werden. Nur einmal erlebte das Pflegepersonal, dass sich die Angehörigen zu stark einmischten und die Reanimation behinderten. In diesem Fall wurden sie hinausgeschickt. Eine Pflegeperson äusserte, dass sie bei einer Reanimation ihrer Nächsten ganz sicher anwesend sein möchte, andere finden es emotional viel zu belastend für die Angehörigen. Eine andere Pflegende berichtete, dass sie eine Reanimation miterlebte, wo Mitpatienten anwesend waren, weil sich das Geschehen in einem Viererzimmer abgespielt hatte. Die Mitpatienten hätten sich nach der Reanimation sehr positiv über die Arbeit und den Einsatz des Gesundheitspersonals geäußert. Die Pflegende unterstrich, dass die Nachbesprechung damals einen sehr hohen Stellenwert hatte.

Auf der Notfallstation werden Angehörige teilweise auch bei invasiven Eingriffen zugelassen. Der Arzt entscheidet in der Regel über FWR. Meist ist es so, dass die Angehörigen bereits bei ihrem Verwandten sind und nicht weggeschickt werden. Eine Pflegende ergänzte, dass Angehörigen heutzutage durch Fernsehen, Internet usw. sehr gut über Krankheiten und Interventionsmöglichkeiten informiert sind und wir uns daran gewöhnen müssen, dass die Angehörigen in der Patientenbetreuung einen zunehmend grösseren Stellenwert einnehmen. Die Lockerung der Besuchszeiten auf der Intensivstation hat bereits stattgefunden und Angehörige werden teilweise in die Betreuung und Pflege mit einbezogen. Abschliessend wurde erwähnt, dass enge räumliche Verhältnisse auf der Überwachungsstation eine Implementierung von FWR erschweren könnte.

## **2 Begriffsdefinitionen**

In diesem Abschnitt werden zentrale Begriffe im Zusammenhang mit dieser Literaturarbeit erläutert.

### **2.1 Angehörige**

In der Literatur wurde nach Definitionen des Begriffes Angehörige gesucht. Moesmand et al., (1998/2002, p. 134) beschreibt: Für akut oder kritisch kranke Patienten sind die Angehörigen die einzigen vertrauten und bekannten Menschen in einer extrem schwierigen Situation. Wenn der Patient nicht mehr selber imstande ist

seine Meinung zu äussern, werden die Angehörigen zu seinem Fürsprecher und handeln in seinem Sinne.

In der Broschüre (Sanimédia, 2006, p. 18) die von sechs Schweizer Kantonen herausgegeben wurde ist beschrieben, was unter Angehörigen verstanden wird: „Unter Angehörigen sind Personen zu verstehen, die die Patientin oder den Patienten aufgrund ihrer Verwandtschafts- oder Freundschaftsbeziehungen 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.“

### **2.3 Resuscitation, Reanimation, kardiopulmonale Reanimation (CPR)**

Im deutschen Sprachraum heisst Reanimation Wiederbelebungsversuch nach einem Herzkreislaufstillstand. Dazu gehören Beatmung mit dem Ambubeutel oder via Tubus, Herzdruckmassage, medikamentöse Behandlung und je nach Herzrhythmus die Defibrillation. Im englischen Sprachraum werden unter Resuscitation oft auch invasive Eingriffe wie intratracheale Intubation, Einlage eines zentralen Venenkatheters oder einer Thoraxdrainage verstanden (siehe Abschnitt 2.5).

### **2.4 family witnessed resuscitation (FWR)**

Angehörigenanwesenheit während kardiopulmonaler Reanimation (Köberich, 2006, p. 60)

### **2.5 invasive Procedures, invasive Eingriffe (IP)**

Wird mit IP abgekürzt. Man versteht darunter folgende Interventionen: endotracheale Intubation, Einlage eines zentralen Venenkatheters, Lumbalpunktion, Einlage einer Thoraxdrainage, Reposition einer Gelenkluxation, Einlage einer Magensonde, Einlage einer Hirndrucksonde, diagnostische Peritoneallavage, externes Pacing, Pleurapunktion, endotracheale Extubation, Wundinspektion (Meyers et al., 2004, p. 65).

### **2.6 family presence (FP)**

Anwesenheit von Familienangehörigen (Meyers et al., 2004)

### **3 Fragestellung und Zielsetzung**

#### **3.1 Fragestellung**

Aus der Einleitung wird ersichtlich, dass FWR ein Thema von internationaler und nationaler Relevanz ist. Pflegende auf Notfall- und Intensivstationen werden häufig mit der Frage nach FWR konfrontiert. Resultierend auf diesem Wissen wird folgende Fragestellung abgeleitet:

- Welches sind die Erfahrungen und Einstellungen der Patienten, der Patientinnen der Angehörigen und des Gesundheitspersonals zu Angehörigenanwesenheit während der kardiopulmonalen Reanimation?

#### **3.2 Zielsetzung**

Das Ziel dieser Literaturarbeit ist, wissenschaftliche Erkenntnisse im Zusammenhang mit FWR darzustellen und zu diskutieren. Die Resultate werden der Praxis zugänglich gemacht und das Gesundheitspersonal soll zur Thematik sensibilisiert werden. Empfehlungen für die Zukunft werden abgegeben.

### **4 Methode**

Die Vorgehensweise der Datenbank-Recherche und die Ein- und Ausschlusskriterien für die Auswahl der Studien der Literaturarbeit wird im folgenden Abschnitt beschrieben.

#### **4.1 Suchmethode**

Die Suche nach Forschungsliteratur für die Beantwortung der Fragestellung erfolgte in den elektronischen Datenbanken PubMed und CINAHL im März und April 2008). In der Datenbank PubMed wurde mit freien Suchbegriffen gesucht (ohne Mesh Begriffe), weil diese Suchstrategie wesentlich mehr Treffer ergab.

##### **Suchbegriffe**

family, resuscitation, resuscitation room, family-attitudes, experience, witness, relatives, presence, attitude

##### **Einschlusskriterien**

- Studien, die bei erwachsenen Menschen durchgeführt wurden
- Sprache: Englisch und Deutsch
- Studien die in den letzten fünf Jahren eingegeben und publiziert wurden

## Ausschlusskriterien

- Studien ohne Abstracts
- Clinical trials
- Metaanalysen
- Studien im pädiatrischen Setting
- Studien, die nicht Einstellungen und Erfahrungen untersuchen

## 4.2 Suchstrategie

Übersicht über die verwendeten Suchkombinationen und Resultate. Suchstrategien ohne entsprechende Ergebnisse werden hier nicht aufgeführt.

Zugriffsdatum	Begriffs-kombinationen	Limits	Resultate	Treffer	Autoren	Seiten
CINAHL 26.03.2008	<b>family AND presence AND resuscitation AND family attitudes</b>	publiziert nach 2002	24	3	Duran et al. (2007) Wagner (2004) Meyers et al. (2004)	13 5 13
PubMed 14.04.2008	<b>witness AND resuscitation AND family NOT pediatric</b> (Textwörter)	All adult 19+years, added to PubMed in the last 5 years, published in the last 5 years	7	4	Grice et al. (2003) Booth et al. (2004) Ong et al. (2004) Ong et al. (2007)	5 4 6 6
PubMed 31.03.2008	<b>relatives AND resuscitation room NOT pediatric</b> (Textwörter)	All adult 19+years, added to PubMed in the last 5 years, published in te last 5 years	7	1	Weslien et al. (2005)	7
PubMed 01.04.2008	<b>family AND presence AND resuscitation NOT pediatric</b> (Textwörter)	All adult 19+years, added to PubMed in the last 5 years, published in the last 5 years	36	1	Benjamin et al. (2004)	4
PubMed 11.04.2008	<b>family and presence and attitude and resuscitation NOT pediatric</b> (Textwörter)	All adult 19+years, added to PubMed in the last 5 years, published in the last 5 years	20	3	Macy et al. (2005) Madden et al. (2005) Badir et al. (2007)	6 8 10

### 4.3 Auswertung der Studien

Die Auswahl der Studien für die Beantwortung der Fragestellung erfolgte anhand der Beurteilung der Abstracts beziehungsweise des vorhandenen Volltextes während der Recherche. Im Weiteren wurden die Studien nach den qualitativen und quantitativen Kriterien gemäss Saxer (2000a) und Saxer (2000b) beurteilt.

## 5 Ergebnisse

Der Ergebnisteil wird in drei Abschnitte unterteilt: Erfahrungen und Einstellungen von **Patienten, Angehörigen** und **Gesundheitspersonal**. Gewisse Studien erforschten alle drei Personengruppen. Die Resultate dieser Studien wurden auf die verschiedenen Abschnitte aufgeteilt und erscheinen möglicherweise in allen drei Abschnitten.

Die Ergebnisse des Pflegepersonals und Ärzte werden nicht getrennt dargestellt. In einigen Studien wird nur Pflegepersonal befragt. In andern Studien wurden die Resultate beider Berufsgruppen entweder einzeln oder zusammen dargestellt.

### 5.1 Einstellungen von Patienten

**Grice et al. (2003)** führten im Southampton University Hospital in England eine prospektive quantitative Studie durch. Die Zustimmung der Ethikkommission wurde eingeholt. Das Ziel der Studie war, die Einstellung und Ansicht der Ärzte, des Pflegepersonals, der Patienten und ihren Angehörigen zu FWR zu ermitteln. Das Setting war eine allgemeine und eine kardiothoraxchirurgische Intensivstation für Erwachsene. Während drei Monaten wurden Patienten rekrutiert, denen allen kardiochirurgische (84%) oder andere grosse vaskuläre Eingriffen mit postoperativ geplantem Aufenthalt auf einer Intensivstation bevor standen. 55 Patienten im Alter zwischen 18 und 85 Jahren und ihre Angehörigen wurden drei Monate nach dem Eingriff mittels Fragebogen befragt. Bereits während des Spitalaufenthalts wurde die Zusage und der informed consent durch die Pflegenden eingeholt. Die Befragungen fanden im Beisein der Forscherinnen statt.

Weiter nahmen alle 50 Anästhesisten, die in den letzten fünf Jahren auf allgemeinen oder kardiothoraxchirurgischen Intensivstationen gearbeitet hatten an der Studie teil. Zu Beginn jeder Morgenschicht wurden Intensivpflegenden beider Intensivstationen Fragebogen verteilt, bis zu einem Rücklauf von 25 ausgefüllten Fragebogen je

Intensivstation. Nach der Beantwortung der standardisierten Fragen, hatten sämtliche Teilnehmer die Möglichkeit, frei drei Vorteile von FWR zu nennen.

## **Resultate**

### **Frage 1: Sollen Angehörige während der Reanimation anwesend sein?**

29% der befragten Patienten befürworteten FWR. **Gründe dafür:** die Angehörigen können unterstützend wirken (20%) und sehen, dass alles was möglich ist, getan wurde (5%) waren die häufigsten Antworten. 71% der Patienten waren gegen FWR. **Gründe dagegen:** Für die Angehörigen ist es zu qualvoll (55%) und sie könnten die Reanimation behindern (9%) waren die Hauptargumente.

### **Frage 2: Hat der Patient einen Vorteil von FWR?**

Die meist genannten Aussagen lauteten folgendermassen: 21% der Befragten dachten, sie würden von FWR profitieren. 12% gaben an, dass sie dadurch getröstet würden und nicht alleine sterben müssten. 75% sahen keinen Vorteil, weil sie annahmen, in diesem Zustand bewusstlos zu sein.

### **Frage 3: Welche Einstellung hat das Gesundheitspersonal zu FWR in den Augen der Patienten?**

Die meist genannten Aussagen waren: 40% der Patienten meinten ihre Angehörigen seien ein Hindernis und 27% dachten, das Gesundheitspersonal würde durch FWR abgelenkt. 22% waren der Meinung, dass es für die Angehörigen zu schmerzhaft ist, (identisch mit den Meinungen des Gesundheitspersonals).

Darüber, dass Angehörige kein Recht auf FWR hätten, gingen die Meinungen zwischen Patienten, Angehörigen und Gesundheitspersonal stark auseinander. 70% der Patienten und Angehörigen waren mit dieser Aussage nicht einverstanden. (siehe Ergebnisse Gesundheitspersonal).

**Benjamin et al. (2004)** führten in einem städtischen Trauma I Spital in St. Louis, MN USA eine deskriptive Studie durch. Das Setting war der Warteraum der Notfallstation. Die Übersichtsstudie wurde während sechs zufällig ausgewählten Acht-Stundenschichten durchgeführt. 266 Patienten mit Angehörigen<sup>5</sup> wurden für die Studie ausgewählt und 200 (75%) willigten ein. Das Ziel der Studie war, die Einstellung und Meinung der Patienten und ihrer Angehörigen zu FWR während ihrer eigenen Reanimation zu untersuchen. Die zuständige Forschungskommission bewilligte die Studie. Ausgeschlossen wurden Personen die jünger waren als 17, die

---

<sup>5</sup> Es wird in der Studie nicht weiter erklärt, wie Patienten und Angehörige zu verstehen ist. Es ist anzunehmen, dass beide Kategorien aus Patientensicht nach FWR befragt wurden. Es wurden nur Ergebnisse dargestellt, die die Sichtweise des Patienten darlegen.

aus medizinischen Gründen eine sofortige Behandlung benötigten oder wenn ein psychiatrisches Problem vorlag. Forschungsassistenten führten die Befragung durch. (siehe Anhang 1). Zuerst wurde ein Pilottest durchgeführt, um den Fragebogen mit sieben Fragen zu testen. Statistische Verfahren wurden beschrieben. Ein p-Wert von 0.05 wurde als statistisch signifikant angegeben. Nach der standardisierten Befragung konnten die Studienteilnehmenden frei ihre Meinungen zu FWR äussern.

### **Resultate quantitativ**

7.2% (15/200) Personen antworteten nicht auf die gestellten Fragen oder wollten nicht reanimiert werden. Sie wurden von weiteren Fragen ausgeschlossen 77.8% (n 144/185) wünschten FWR während ihrer eigenen Reanimation. Die befragten Personen wurden in drei Gruppen eingeteilt. 34.1% (n 63/185) möchten Angehörige generell anwesend haben und 43.7% (n 81/185) möchten nur bestimmte Angehörige anwesend haben (siehe Tabelle 1). 22.2% (n 41/185) wünschten keine Angehörigen anwesend. Zahlreiche Patienten wünschten mehr als ein Familienmitglied anwesend zu haben (Mehrfachantworten möglich). Demografische Daten hatten wenig Einfluss auf die Meinung der Teilnehmenden. Jüngere bis 50 Jahren hatte eine positivere Einstellung zu FWR als Ältere ( $p=0.0022$ ). Die Kategorien der Angehörigen, deren Präsenz von den befragten Personen erwünscht wäre, ist in Tabelle 1 dargestellt.

### **Angehörige, die während der eigenen Reanimation erwünscht wären**

**Tabelle 1**

Ehegatten	54.3%	n 44/81
Eltern	43.2%	n 35/81
Kinder	30.8%	n 25/81
Geschwister	22.2%	n 18/81
Andere Angehörige	22.2%	n 18/81

### **Resultate qualitativ**

**Positiv:** Folgende Aussagen wurden gemacht: getröstet sein, von der Familie unterstützt werden, Angehörige können dem Gesundheitspersonal Informationen über den Gesundheitszustand des Patienten liefern. „*Das letzte Mal, wo wir beieinander sein können*“ (Benjamin, 2004, p. 752).

**Negativ:** Folgendes wurde erwähnt: schreckliche letzte Erinnerungen der Angehörigen und Angst das Gesundheitspersonal zu behindern, während sie ihre Arbeit verrichten.

**Duran et al. (2007)** führten im Universitätsspital in Denver Colorado USA während drei Monaten eine deskriptive quantitative Studie mit zusätzlichen qualitativen offenen Fragen durch. Zum Setting gehörten die Notfallstation, die Intensivstation für Erwachsene und die Intensivstation für Kinder. Die Erlaubnis, die Studie durchzuführen, wurde von der Forschungskommission erteilt. Die Zustimmung der Studienteilnehmenden wurde eingeholt. Das Ziel der Studie war, die Einstellungen und Meinungen der Patienten, der Angehörigen und des Gesundheitspersonals zu FWR zu ermitteln und zu vergleichen. Die Stichprobe setzte sich aus 98 Ärzten, 98 Pflegenden und 6 Atemtherapeuten zusammen. Insgesamt waren 202 Angestellte im Gesundheitswesen an der Studie beteiligt (response rate 18%). Weiter gehörten zur Stichprobe 72 Angehörige (response rate 99%) und 62 Patienten (response rate 95%). Angehörige und Patienten wurden persönlich angefragt, an der Studie teilzunehmen, deswegen die hohe response rate. Es wurde nicht zwischen Studienteilnehmenden mit oder ohne Erfahrung mit FWR unterschieden. Eine speziell geschulte Pflegeperson erörterte den Patienten und Angehörigen den Fragebogen. Ausgeschlossen wurden Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, nicht englisch Sprechende, Verwirrte, Delirante, emotional stark Belastete und Personen, die unfähig waren, Entscheidungen zu treffen. Kreislauf instabile Patienten wurden ebenfalls ausgeschlossen. Der verwendete Fragebogen wurde mit Erlaubnis des Parkland Health and Hospital System, Dallas, Tex USA (Meyers et al., 2000, zitiert in Duran et al., 2007, p. 7) übernommen. Der adaptierte Fragebogen mit einer 4 Punkt Likertskala enthielt 52 – 58 Fragen für Patienten und Angehörige und 74 Fragen für das Gesundheitspersonal. Die Validität wurde von Experten der School of nursing faculty und weiteren Fachpersonen der Notfallstation eingeschätzt und ein Pilottest wurde durchgeführt. Statistische Verfahren wurden erwähnt.

Instrument: M-FPAS (mean family presence attitude scores, Familienanwesenheitsskala). 4 ist die positivste Einstellung zu FWR und 1 ist die negativste Einstellung zu FWR.

### **Resultate**

29% (n 16 von 56<sup>6</sup>) hatte bereits Erfahrungen mit FWR. Der M-FPAS war 2.65 (SD<sup>7</sup> 0.45). Wie die Angehörigen war man der Meinung, sie hätten ein Recht, dass ihre Angehörigen anwesend sein dürften und das Recht sollte gewährt werden. Es wurde erwähnt, dass FWR für Patienten Trost bringt.

---

<sup>6</sup> In der Studie wird beschrieben, dass lediglich 56 von 62 Patienten diese Frage beantwortet haben.

<sup>7</sup> SD Standard deviation, Standardabweichung

## 5.2 Erfahrungen und Einstellungen von Angehörigen

**Grice et al. (2003)** Design, Setting, Population, Ein- und Ausschlusskriterien, Forschungsfrage, Forschungsziel, Messverfahren und ethische Aspekte siehe Abschnitt 5.1 Ergebnisse Patienten Grice et al. (2003).

### **Frage 1: Sollen Angehörige während der Reanimation anwesend sein?**

47% der Angehörigen befürworteten FWR. Die meist genannten **Gründe dafür** waren: Den Patienten unterstützen und miterleben, dass alles was möglich war, getan wurde. Die meist genannten **Gründe dagegen** waren: 53% möchten nicht anwesend sein, weil es zu qualvoll wäre und sie die Reanimationsbemühungen behindern könnten. 25% von 55 Paaren (Patient und Angehörige) wünschen FWR. Über 90% wünschten, dass sie vor grossen chirurgischen Eingriffen gefragt und dass ihr Wille dokumentiert würde.

### **Frage 2: Hat der Patient einen Vorteil von FWR?**

38% der Angehörigen waren der Meinung, dass ihre Nächsten von FWR einen Gewinn hätten. Gründe: Der Patient möchte nicht alleine sein und es wäre möglich, dass er bei Bewusstsein sein könnte. Die 62%, die der Ansicht waren, dass der Nächste von FWR nicht profitierte nahmen an, dass er in diesem Zustand bewusstlos ist.

### **Frage 3: Welche Einstellung hat das Gesundheitspersonal zu FWR in den Augen von Patienten und Angehörigen?**

Antwort siehe Abschnitt 5.1 Ergebnisse Patienten Grice et al. (2003). Die Antworten gelten für Patienten und Angehörige.

**Wagner (2004)** führte im Nordosten von Ohio USA eine qualitative Studie durch. Das Setting war eine kardiologische Bettenstation in einem städtischen Spital. Erwachsene Angehörige von sechs Patienten, an denen man eine Reanimation erfolgreich durchgeführt hatte, wurden innerhalb 24 Stunden nach dem Ereignis interviewt. Die Angehörigen durften während der Reanimation nicht im selben Raum sein wie der Patient. Aus Rücksicht auf die Verletzlichkeit der Angehörigen wurden nur Interviews mit Angehörigen durchgeführt, deren Patient die Reanimation überlebt hatte. Die Kent State Universität genehmigte die Studie. Die Durchführung wurde von der Spitalleitung und vom Pflegedienst bewilligt und die informierte Zustimmung wurde eingeholt. Das offene Interview wurde in einer privaten Umgebung durchgeführt, auf Tonband aufgezeichnet, transkribiert und analysiert. Es wurden nur Fragen gestellt, wenn die Aussagen nicht schon beim offenen Interview genannt

wurden. Die Forschungsfrage lautete: Welches sind die Erfahrungen, Gedanken und Wahrnehmungen von Angehörigen, während der Reanimation eines kritisch kranken Nächsten?

**Sollen wir gehen oder sollen wir bleiben?** Das war das Hauptthema, das genannt wurde. Mit dieser Entscheidung kämpften die Angehörigen. Dieser Entschluss beinhaltete drei Phasen. In der **ersten Phase** bemerkten die Angehörigen an Reaktionen des Gesundheitspersonals, wie es um den Verwandten steht. Wenn die Angehörigen sicher waren, dass es ihrem Nächsten besser geht, entschlossen sie sich nach Hause zu gehen. Die **zweite Phase** war die Krisensituation für Betroffene und Angehörige. Die Angehörigen verhandelten mit dem Gesundheitspersonal über FWR oder akzeptierten, den Reanimationsraum verlassen zu müssen. Während der Reanimation wollten die Angehörigen über die Behandlungen und den Zustand ihres Nächsten informiert werden. Das Gesundheitspersonal hatte die Kontrolle über die Situation und die Verantwortung für Interventionen am Patienten. Sie verrichteten ihre Arbeit und übernahmen nach der Reanimation die Pflege des Patienten. Die **dritte Phase** wird „Übertreten der Regeln“ genannt. Die Angehörigen wollten grösstenteils nach erfolgreicher Reanimation im Spital bleiben, um mitzuerleben wie es weiter geht. Sie mussten offiziell die Besuchszeiten nicht einhalten oder Pflegende erlaubten den Angehörigen in eigener Kompetenz Ausnahmen der Besuchszeitenregelung.

**Meyers et al. (2004)** führten in einem regionalen Trauma I Spital, das einer Universität angeschlossen ist, auf der Notfallstation in Dallas USA eine Studie mit quantitativen und qualitativen Methoden durch. Das Ziel der Studie war, Einstellungen, Vor- und Nachteile von FWR in Erfahrung zu bringen. Diese Studie umfasst family witnessed resuscitation (FWR) und family witnessed invasive procedures (IP). Wegen der Homogenität der Daten wurden beide Arten von FWR zusammen analysiert. Die Studie wurde von der zuständigen Forschungskommission bewilligt und der informed consent eingeholt. 39 Angehörige, (als Angehörige galten Verwandte oder Freunde die eine enge Beziehung zum Patienten hatten), 36 Ärzte und 60 Pflegende wurden befragt. Weiter mussten die Teilnehmenden 18 Jahre alt, englisch sprechend, emotional stabil, nicht unter Drogeneinfluss stehend, nicht in einem schlechten mentalen Zustand und mit FWR einverstanden sein. Alle Angehörigen wurden während FWR von einer für diesen Zweck geschulten Person begleitet. Ein Fragebogen mit 37 Fragen und Likertskala wurde für die Befragung der

Angehörigen entwickelt und ein Fragebogen mit 33 Fragen wurde für das Gesundheitspersonal ausgearbeitet. Der Fragebogen enthielt im Weiteren halbstrukturierte Fragen um zusätzliche quantitative und qualitative Daten zu erheben. Fünf Pflegende und zwei Ärzte bewerteten die Relevanz der Fragen und schätzten die Validität des Instrumentes ein. Die Kriterien der qualitativen Studien wie Angemessenheit, Nachvollziehbarkeit und Glaubwürdigkeit wurden erfüllt. Die Befragung fand zwei Monate nach dem Ereignis statt, dauerte ca. 30 Minuten und wurde von einem ausgebildeten Datenerheber durchgeführt. Das Gesundheitspersonal wurde 72 Stunden nach dem Ereignis befragt.

### **Resultate Angehörige:**

97.5% sagten, sie hätten ein Recht anwesend zu sein und würden es wieder tun. Aus den qualitativen Analysen gingen folgende Aussagen hervor: „*Liebe hat viele Formen*“. „*Man macht es einfach*“. „*Ich musste dort sein*“. Weiter wurde FWR folgendermassen beschrieben: „*kraftvoll*“, „*natürlich*“, „*das Recht dabei zu sein*“. Es wurden auch negative Erfahrungen geäußert: „*Angst einflössend*“, „*schwierig*“, „*unheimlich, aber ich möchte wieder dabei sein*“ (Meyers et al., 2004, p. 67).

### **Vorteile:**

95% konnten durch FWR den Ernst der Situation erfassen und miterleben, dass alles was möglich war getan wurde. Sie waren überzeugt, dass ihre Anwesenheit für den Verwandten hilfreich war. „*Es wäre schlimmer gewesen, wenn ich im sterilen Warteraum hätte bleiben müssen*“. (Meyers et al., 2004, p. 67). Weiter wurde als positiv gewertet: weniger Angst, reduziert die Qual des Wartens, bessere Verarbeitung des Kammers in den folgenden Monaten.

Folgende Aussage wurde gemacht: „*Das Gesundheitspersonal waren für die Behandlung zuständig, ich war für ihn zuständig*“ (Meyers et al., 2004, p. 67). Die zentrale Aufgabe der Angehörigen war, den Nächsten zu trösten durch Berührung, Küsse, Gebete und Beruhigung. Er musste nicht alleine sein und die Angehörigen konnten ihm die Erlaubnis geben zu sterben. Weiter konnten die Angehörigen medizinische Daten liefern und sie konnten den andern Familienangehörigen in ihren Worten erzählen, was geschehen war. Angehörige beschrieben weiter, dass sie einander gegenseitig brauchten: „*Ich erkannte seine Qualen. Wir machten die Erfahrung zusammen.*“ Durch FWR hatten die Angehörigen die Möglichkeit, die letzten wertvollen Minuten miteinander zu verbringen. Unerledigtes konnte gelöst werden. „*Ich weiss, er konnte mich hören und wusste, dass ich da war.*“ „*Ein*

*Windstoss kam und ich wusste, dass er nicht mehr länger da war“* (Meyers et al., 2004, p. 68).

Angehörige gaben an, dass das Gesundheitspersonal durch FWR zu Höchstleistungen angetrieben wurde: *„ Sie gingen eine Extrameile, versuchten mehr und waren noch vorsichtiger“* (Meyers et al., 2004, p. 68).

### **Probleme und Bedenken**

17% gaben an, dass die Erfahrung die gemacht wurde, nicht ihren Vorstellungen entsprochen hatte und 29% wussten nicht, was sie erwartete. 8% gaben Bedenken an, das Erlebte verarbeiten zu können. 95% beschrieben, dass die Erfahrung nicht zu bestürzend war.

Qualitative Resultate waren: die Angehörigen machten sich Sorgen um den Verwandten in Bezug auf Schmerzen, Angst und Überleben. Man war der Meinung, dass das Gesundheitspersonal genau abklären sollte, wer für FWR geeignet ist und ruhig und kontrolliert an Bett bleiben kann. Weiter soll FWR die Bemühung des Gesundheitspersonals nicht stören (Protocol for family presence im Dallas Country Hospital District – Parkland Health & Hospital System, siehe Anhang 2).

**Weslien et al. (2005)** führten in zwei grossen Universitätskliniken im Süden von Schweden eine Studie mit einem qualitativ deskriptiven Design durch. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Universität Lund in Schweden genehmigt. Man war sich bewusst, dass die Interviews bei den Teilnehmenden möglicherweise eine Krise auslösen könnten und war darauf vorbereitet. Das Ziel war: Berichte und Schilderungen von Angehörigen darzustellen zum Thema FWR. Es wurden 17 Angehörige interviewt, die vor 5 - 34 Monaten die Reanimation eines Familienangehörigen miterlebt hatten. Das Interview dauerte eine Stunde. Es wurde nicht erwähnt, wer die Interviews erhoben hatte. Zwei Angehörige waren während der Reanimation im Schockraum anwesend und 15 Angehörige wurden in dieser Zeit in einem andern Raum betreut. Für diese Studie wurde ein Interviewleitfaden entwickelt, der in einem Pilotprojekt an zwei Frauen getestet wurde. Im Interview wurden die Angehörigen aufgefordert, ihre Beschreibungen zu vertiefen mit Aussagen wie: *„Bitte erzählen sie mehr über“*... (Weslien et al., 2005, p. 69)

Das **Hauptthema** das auftauchte war: *„Wir möchten die Reanimationsbemühungen nicht stören, denn das Wichtigste ist das Wohlergehen des Patienten“* (Weslien et al., 2005, p. 70). Im Weiteren wurden folgende Bedenken erwähnt; nicht nützlich sein,

kein Wissen haben über die Reanimation oder eine Last sein für den Nächsten und das Gesundheitspersonal.

Die **Angehörigen** waren geteilter Meinung zur Frage ob der **Patient** möchte, dass sie bei der Reanimation anwesend wären. Ein Teil war der Meinung, dass ihr Verwandter von den Familienmitgliedern Erleichterung, Vertrauen, Trost und Schutz erfahren würde. Falls er sterben müsste, wäre er nicht alleine. Weiter würden die anwesenden Familienmitglieder miterleben, dass alles was möglich war, für den Nächsten getan wurde. Diejenigen die dachten, ihr Patient möchte sie nicht dabei haben, führten folgende Gründe an: *„Wenn Angehörige anwesend sind, wird dem Patienten nicht die korrekte Pflege zuteil“* (Weslien et al., 2005 p. 71). Weiter äusserten sie die Gefahr von Ängsten im Nachhinein. Die dritte Gruppe wusste nicht, was ihr Nächster möchte.

Die zwei **Angehörigen** die bei der Reanimation anwesend waren sagten, ihre Entscheidung sei richtig gewesen. Für FWR sprach auch, dass sie wenn nötig Auskünfte geben könnten über die Krankengeschichte des Verwandten und gleichzeitig auch für ihn da sein könnten. Im Weiteren wurde von Reue gesprochen, als Angehöriger nicht anwesend gewesen zu sein. Als sehr wertvoll wurde erachtet, den Nächsten zu unterstützen und ihm die Liebe bezeugen zu können. Im Gegensatz dazu wurde erwähnt, dass FWR unwichtig sei, da der Verwandte in diesem Zustand bewusstlos sein könnte. Die Erinnerungen an eine misslungene Reanimation könnten belastend sein. Weitere Aussagen waren: *„Das Gesundheitspersonal hat sowieso keine Zeit“* (Weslien et al., 2005, p. 72).

**Aussagen im Zusammenhang mit dem Gesundheitspersonal.** Einige Angehörige wünschten, dass sie gefragt würden und dann entscheiden könnten. *„Wenn ich gewusst hätte, dass FWR erlaubt wäre, hätte ich anwesend sein wollen“* (Weslien et al., 2005 p. 72). Andere waren der Meinung, das Gesundheitspersonal hätte FWR erlaubt. Eine weitere Gruppe meinte, das Gesundheitspersonal wäre dagegen gewesen. Wieder andere äusserten, dass sie das gemacht hätten, was das Gesundheitspersonal anordnete.

**Duran et al. (2007)** Design, Setting, Population, Ein- und Ausschlusskriterien, Forschungsfrage, Forschungsziel, Messverfahren und ethische Aspekte siehe: Resultate Patienten Duran et al. (2007).

Der M-FPAS war 2.9 (SD 0.41). 31% (20/65<sup>8</sup>) hatten Erfahrung mit FWR bei einer Reanimation oder IP<sup>9</sup>. Signifikante Unterschiede gab es zwischen Angehörigen mit Erfahrung (M-FPAS 3.06, SD 0.42) und ohne Erfahrung (M-FPAS 2.9, SD 0.42;  $p=.05$ ).

Qualitative Daten: Es ist unser Recht anwesend zu sein. Dadurch, dass man alles miterleben konnte, wurde der Zustand des Patienten besser verstanden. Von den 19 Angehörigen, die FWR miterlebt hatten empfanden 89% (n 17) die Erfahrung als sehr hilfreich und 95% (n 18) würden dasselbe wieder machen in einer ähnlichen Situation. Sie glaubten ihre Gefühle und Reaktionen unter Kontrolle gehabt zu haben und das Erlebte akzeptieren zu können.

**Ong et al. (2007)** führten während zwei Wochen im grössten öffentlichen Spital auf der Notfallstation in Singapore eine deskriptive quantitative Studie durch. Sie wurde von der Ethikkommission des Spitals genehmigt. Das Ziel war, die Einstellungen des Gesundheitspersonals zu FWR mit den Einstellungen der Angehörigen zu vergleichen. Die Stichprobe setzte sich aus 155 Angehörigen zusammen (response rate 93.5%). Die Resultate wurden mit der Studie von Ong et al., (2004) verglichen, wo die Stichprobe aus 132 Pflegenden und Ärzten bestand. Befragt wurde im selben Setting. Ausgeschlossen wurden Angehörige die selber im Gesundheitswesen tätig waren oder einen sehr leidenden Eindruck erweckten. Der Fragebogen bestand aus 17 Fragen, die nach der ersten Studie (Ong et al., 2004) angepasst wurden. Es wurde nach demografischen Merkmalen, Erfahrungen wenn vorhanden und nach der eigenen Meinung zu verschiedenen Aspekten von FWR gefragt. Zentral war die Frage nach der persönlichen Ansicht, ob FWR generell unterstützt werden sollte. Eine statistische Signifikanz von  $p<0.05$  wurde angestrebt.

Im folgenden Text werden die Resultate der Befragung der Angehörigen dargelegt. Zum Teil wird bereits ein Bezug zu den Aussagen des Gesundheitspersonals hergestellt.

**Resultate:** Angehörige beider Geschlechter waren zu gleichen Teilen vertreten. 73.1% befürworteten FWR ( $p<0.001$ ), im Gegensatz zu den Aussagen des Gesundheitspersonals wo sich nur 10.6% dafür aussprachen.

6.2% der Angehörigen hatten Erfahrung mit FWR.

---

<sup>8</sup> In der Studie wird beschrieben, dass nicht alle 72 teilnehmenden Angehörige diese Frage beantwortet haben, sondern nur 65

<sup>9</sup> Invasive Procedure, invasiver Eingriff  
Therese Blättler-Remund

Die meist genannten Vorteile aus Sicht der Angehörigen sind in Tabelle 2 dargestellt.

### Vorteile von FWR (Angehörigenmeinungen)

**Tabelle 2**

Alles was möglich war, wurde getan	85.3%	n 122
Hilfreich im Trauerprozess	68.8%	n 99
Angehörige fühlen sich durch FWR mit dem Gesundheitspersonal verbunden	68.1%	n 98

In Tabelle 3 wird ersichtlich, dass das Gesundheitspersonal und die Angehörigen unterschiedliche Meinungen haben zu den Aussagen, dass FWR traumatisierend ist und das Gesundheitspersonal dadurch zusätzlich stresst wird. ( $p > 0.001$ ).

### Nachteile von FWR (Meinungen der Angehörigen und des Gesundheitspersonals im Vergleich)

**Tabelle 3**

	Angehörige		Gesundheitspersonal	
Zu traumatisierend	37.9%	n 55	87.9%	n 116
Gesundheitspersonal ist zusätzlich gestresst	43.5%	n 63	84.9%	n 112

**Weitere Resultate:** Emotionale Unterstützung müsste durch das Personal angeboten werden nannten 79.2% (n 114). In diesem Punkt war man sich mit dem Gesundheitspersonal einig. Die Angehörigen möchten (59.3% n 86,  $p < 0.001$  signifikanter Unterschied zu den Aussagen des Gesundheitspersonals) möchten von Anfang an bei einer Reanimation anwesend sein.<sup>10</sup>

## 5.3 Erfahrungen und Einstellungen des Gesundheitspersonals

**Grice et al. (2003)** Design, Setting, Population, Ein- und Ausschlusskriterien, Forschungsfrage, Forschungsziel, Messverfahren und ethische Aspekte siehe Abschnitt 5.1 Ergebnisse Patienten Grice et al. (2003).

### Frage 1: Sollen Angehörige während der Reanimation anwesend sein?

56% der Ärzte und 66% der Pflegenden waren der Meinung, dass FWR erlaubt sein sollte. 70% der Ärzte und 82% der Pflegenden bestätigten, dass die Angehörigen durch eine qualifizierte Person betreut werden müssten.

<sup>10</sup> Im gesamten Ergebnisteil Ong et al. (2007) entsprechen die genannten n Resultate der Angehörigen nicht einer Stichprobe von 155. Es gibt Differenzen bis zu n 20. Es wird keine Begründung angegeben. Bei den Antworten des Gesundheitspersonals entsprechen die genannten n der Stichprobengröße von 132.

Die meist genannten **Gründe dafür** waren: Jederzeit können Erläuterungen zur Reanimation abgegeben werden, die Angehörigen erleben mit, dass alles was möglich war, getan wurde, der Trauerprozess wird positiv beeinflusst und Angehörige und Patient sind zusammen, wenn der Tod naht.

26% Ärzte und 18% Pflegende waren gegen FWR. Die meist genannten **Gründe dagegen** waren: Für die Angehörigen zu qualvoll, Angehörige könnten dazwischen greifen oder die Reanimation behindern.

**Frage 2: Hat der Patient einen Vorteil von FWR?** Diese Frage wurde dem Gesundheitspersonal nicht gestellt.

**Frage 3: Sollen Angehörige während der Reanimation anwesend sein?**

Die Antworten decken sich mit den Aussagen der Patienten und Angehörigen. Nur die Meinung: Angehörige haben ein Recht auf FWR teilt das Gesundheitspersonal nicht. (Siehe Abschnitt 5.1 Ergebnisse Patienten).

**Booth et al. (2004)** führten in England eine deskriptive Studie durch. Während drei Wochen wurden 162 Notfallstationen mit durchschnittlich 47000 Eintritten pro Jahr telefonisch kontaktiert und zu Erfahrungen mit FWR befragt. Die dienstältesten Pflegenden und Ärzte wurden befragt. Kleine Notfallstationen mit wenigen Eintritten pro Jahr wurden ausgeschlossen. Zur Genehmigung der Studie durch eine Ethikkommission wurde nichts erwähnt. Das Ziel der Studie war, herauszufinden ob FWR in England praktiziert wird und welche Elemente eine Implementierung von FWR möglicherweise verhindern (Fragebogen siehe Anhang 3).

79% (n 128) der befragten Notfallstationen erlaubten FWR bei Erwachsenen, bei Kindern waren es sogar 93%. Die Hälfte der Notfallstationen fragten die Angehörigen, ob sie während der Reanimation anwesend sein möchten. Die andere Hälfte erlaubte FWR, wenn die Angehörigen darum baten.

**Notfallstationen die FWR erlaubten:**

**Vorteile:** 48% äusserten, dass die Angehörigen miterlebten, dass alles was für den Patienten möglich war, getan wurde. Ebenfalls 48% erwähnten, dass es einfacher war, den Tod eines geliebten Menschen zu akzeptieren. 38% sehen Vorteile in der Bewältigung des Kummers und des Leides. Alle Notfallstationen, die FWR erlaubten versicherten, dass sich jeweils eine Betreuungsperson während der Reanimation nur um die Angehörigen kümmert. Wenn das nicht so wäre, könnte FWR nicht ermöglicht werden. Einige Notfallstationen hatten bereits schriftliche Richtlinien zu FWR, auf andern Notfallstationen waren Guidelines in Ausarbeitung.

**Nachteile:** Nur 2% denken, dass FWR keine Vorteile bringt. 35% (n 57) hatten negative Erfahrungen mit FWR gemacht. „*Es ist zu belastend für die Angehörigen*“, war die Hauptaussage (24.15%). Weitere Aussagen waren: Es gab Versuche in die Reanimation einzugreifen, das Team wurde gestört oder unangebrachte Fragen wurden gestellt. Nur bei 1% kam es anschliessend zu Klagen und Gerichtsverfahren.

**Notfallstationen die FWR nicht erlaubten 21% (n 34).**

Die Hauptaussage war, dass das Gesundheitspersonal nicht darum gefragt wurde. Weitere Antworten waren: psychisches Trauma, Angst die Familien könnten stören oder eingreifen, zu wenig Platz im Reanimationsraum und keine geeigneten Betreuer für die Angehörigen vorhanden.

Pflegende von Notfallstationen wo FWR nicht erlaubt war wurden gefragt, was sie zu FWR meinen, wenn es ihre eigenen Familienmitglieder betreffen würde. 52% bis 85% möchten bei der Reanimation eines Familienmitgliedes dabei sein.

**Ong et al. (2004)** führten in Singapore in einem öffentlichen Spital auf der Notfallstation während sechs Monaten eine deskriptive Studie mit folgender Fragestellung durch: Welche Einstellungen hat das asiatische Gesundheitspersonal zu FWR? Gibt es unterschiedliche Ansichten zwischen Pflegenden und Ärzten? Befragt wurden alle Ärzte und Pflegenden, die in dieser Zeit auf der Notfallstation tätig waren. Die Stichprobe setzte sich aus Ärzten 73.6% (n 39) männlich, 26.4% (n 14) weiblich und Pflegenden 11.4% (n 9) männlich und 88.6% (n 70) weiblich zusammen. 160 Fragebogen mit je 21 Fragen wurden abgegeben und von den Teilnehmenden selbständig ausgefüllt. 132 kamen zurück (response rate 82.5%). Zu den ethischen Aspekten wurde nichts erwähnt. Ein p-Wert von <0.05 wurde als statistisch signifikant angegeben.

**Resultate**

80% der Ärzte und der 78% der Pflegenden waren gegen FWR. 32.1% der Ärzte und 24.1% der Pflegenden wurden in den letzten sechs Monaten von Angehörigen gefragt, ob sie während der Reanimation anwesend sein könnten. Falls sie anwesend sein könnten, waren 93.3% der Ärzte und 98.6% der Pflegenden der Meinung, die Angehörigen sollten erst nach invasiven Prozeduren, aber bevor die Reanimation abgebrochen würde, zugelassen werden.

### Gründe dafür:

41.3% (n 26) der Ärzte und 63.0% (n 63) der Pflegenden  $p < 0.001$  waren der Meinung, dass durch FWR den Angehörigen die Möglichkeit geben würde mitzerleben, dass alles was möglich war, für den Patienten getan wurde.

In der Frage nach weiteren möglichen Vorteilen von FWR zeigt sich in Tabelle 4 keine statistische Signifikanz. Bei dieser Befragung waren Mehrfachantworten möglich.

### Gründe für FWR

**Tabelle 4**

	Ärzte	Pflegende
Hilfreich im Trauerprozess	34.9% (n 22)	25.0% (n 25)
Angehörige fühlen sich durch FWR mit dem Gesundheitspersonal verbunden	23.8% der (n 15)	12.0% (n 12)

### Gründe dagegen:

Die Gründe der Ärzte und der Pflegenden gegen FWR waren vergleichbar. Es zeigte sich keine statistische Signifikanz unter den Berufsgruppen, siehe Tabelle 5.<sup>11</sup>

### Gründe gegen FWR

**Tabelle 5**

	Ärzte	Pflegende
Zu traumatisierend	88.7% (n 47)	88.5% (n 69)
Gerichtliche Klagen nehmen zu	71.7% (n 38)	71.8% (n 56)
Angehörige könnte zu viele Fragen stellen und in die Reanimation eingreifen	71.8% (n 56)	84.8% (n 67)
Der Stress für das Gesundheitspersonal steigt	85.5% (n 45)	85.8% (n 67)

Andere mögliche Antworten waren: nein und nicht sicher.

### Wer soll die Entscheidung zu FWR treffen?

Diese Frage steht nicht im direkten Zusammenhang mit der Fragestellung, ist aber relevant mit dem Thema. In der Frage wer entscheiden soll, zeigen sich signifikante Unterschiede (siehe Tabelle 6).<sup>12</sup>

### Wer soll entscheiden?

**Tabelle 6**

<sup>11</sup> In Tabelle 5 stimmen die Angaben n um eine bis zwei Personen nicht. Aus den angegebenen Prozentzahlen und n Angaben ergeben sich Stichprobengrößen von 130 - 131 Personen, wobei die ursprüngliche Stichprobengröße 132 war. Es wird keine Begründung angegeben.

<sup>12</sup> In Tabelle 6 stimmen die Angaben n nicht. Es gibt Differenzen bis zu 15 Personen. Es wird keine Begründung angegeben. Möglicherweise haben nicht alle Teilnehmenden diese Fragen beantwortet.

	Ärzte	Pflegende	p-Wert
Dienstältester Arzt	78.4% (n 40)	72.7% (n 56)	0.723
Leitung Pflege	12.2% (n 6)	26.5% (n 18)	0.001
Teamentscheid	64% (n 32)	81.4% (n 57)	0.001

Andere mögliche Antworten waren: nein und nicht sicher.

### **Emotionale und psychologische Unterstützung**

Zwischen 86% der Ärzte und 90% der Pflegenden waren der Meinung, dass bei FWR emotionale und psychologische Unterstützung der Angehörigen notwendig ist und dass eine Schulung für das Gesundheitspersonal angeboten werden sollte.

Andere mögliche Antworten waren: nein und nicht sicher.

### **Erfahrungen des Gesundheitspersonals, wenn FWR gestattet wurde**

Im folgenden Teil wurde nur Gesundheitspersonal befragt, das Erfahrung mit FWR hatte, deswegen die geringen n Zahlen (18 Ärzte und 19 Pflegende). In Tabelle 7 werden Reaktionen des Gesundheitspersonals dargestellt, wenn sie nach FWR gefragt wurden.

### **Erste Reaktion wenn Angehörige eine Anfrage betreffs FWR machten**

**Tabelle 7**

	Ärzte	Pflegende
Angst	11.1% (n 2)	0
Dilemma	16.7% (n 3)	57.9% (n 11)
Frustration	11.1% (n 2)	0
Anderes	61.1% (n 11)	42.1% (n 8)

Alle Aussagen zusammengefasst ergeben einen p-Wert von 0.016

In Tabelle 8 werden Reaktionen der Angehörigen auf FWR dargestellt aus der Sicht des Gesundheitspersonals.

### **Reaktionen der Angehörigen während der Reanimation**

**Tabelle 8**

	Ärzte	Pflegende
Schock	28.6% (n 4)	58.8% (n 10)
Ekel	50.0% (n 7)	41.2% (n 7)
Akzeptanz	7.1% (n 1)	0
Gleichgültigkeit	14.3% (n 2)	0

<sup>13</sup> Alle Kategorien zusammengefasst ergeben eine p-Wert 0.110.

**Meyers et al. (2004)** Design, Setting, Population, Ein- und Ausschlusskriterien, Forschungsfrage, Forschungsziel, Messverfahren und ethische Aspekte siehe Abschnitt 5.2 Ergebnisse Angehörige Meyers et al. (2004).

### **Resultate Gesundheitspersonal**

73% befürworten FP<sup>14</sup> bei invasiven Eingriffen und 76% bei kardiopulmonaler Reanimation und 88% sind der Meinung, dass das FP-Programm fortgesetzt werden sollte. Pflegende und Medizinstudenten 79% unterstützten FWR zu gleichen Teilen. Im Vergleich zu den Ärzten (19%) gab es signifikante Unterschiede,  $p=0.001$ . Pflegende teilten die Meinung der Angehörigen, dass sie ein Recht auf FWR hätten.

### **Vorteile**

Resultate: Die Erfahrung von FWR ist wichtig für die Angehörigen (80%), kommt den Bedürfnissen von Patienten (73%) und Angehörigen (78%) entgegen und hilft ihnen den Zustand des Patienten besser zu verstehen (89%). Die Angehörigen können miterleben, dass das Gesundheitspersonal sein Bestes getan hatte (93%).

Die qualitativen Daten des Gesundheitspersonals waren mit den Daten der Angehörigen vergleichbar. Die Vorteile, die von den Angehörigen genannt wurden, erschienen ebenfalls bei den Aussagen des Gesundheitspersonals, siehe Abschnitt 5.2 Ergebnisse Angehörige. Die Pflegenden vertraten die Meinung, dass durch FWR die Würde und Privatsphäre des Patienten gewahrt wurde.

### **Probleme und Bedenken**

38% waren besorgt, dass Angehörigen die Bemühungen des Gesundheitspersonals stören könnten. 97% gaben an, dass das Verhalten der Angehörigen angepasst war. Signifikant mehr Pflegende fühlten sich bei FWR wohl (95% Pflegende, 64% Ärzte,  $p < 0.001$ ). 84% waren der Meinung, dass der Outcome des Patienten mit oder ohne FWR derselbe war. 57% befürchteten, die Angehörigen könnten die Reanimationsbemühungen falsch interpretieren und 29% befürchteten rechtliche Klagen. 15% (9 von 61<sup>15</sup>) vermuten, dass die Reanimation durch FWR auch in ausweglosen Situationen in die Länge gezogen würde. Als sehr wichtig wurde erachtet, dass der Fokus des Gesundheitspersonals auf die Reanimation an sich gerichtet sein muss und frei von Behinderungen ablaufen muss. Man war sich einig,

---

<sup>13</sup> In Tabelle 7 und 8 stimmen die Anzahl n nicht. Möglicherweise haben nicht alle Teilnehmenden alle Frage beantwortet.

<sup>14</sup> family presence, Anwesenheit von Familienangehörigen

<sup>15</sup> 61 n bezieht sich auf die 61 Teilnehmenden des Gesundheitspersonals die sich für FWR während der Reanimation aussprachen. 35 Teilnehmende sprachen sich für FWR während invasiven Prozeduren aus.

dass eine speziell ausgebildete Person die Angehörigen betreuen muss und dass zuerst genau abgeklärt werden soll, wer sich für FWR eignet. Ärzte fühlten sich durch FWR von den Angehörigen beobachtet und wiesen auf negative psychologische Effekte für die Angehörigen hin wie: schrecklich, sehr traumatisch und grausames Spektakel.

**Macy et al. (2005)** führten in Detroit Michigan USA in zwei grossen ländlichen und in zwei grossen städtischen Spitälern während einem Monat eine deskriptive Studie durch. Die Erfahrungen, Einstellungen und Wahrnehmungen zwischen städtischem und ländlichem Notfallpersonal wurden verglichen. Die Forschungskommissionen der betroffenen Spitäler bewilligten die Studie. Ein Fragebogen mit 24 Aussagen zu FWR wurde dem Personal vorgelegt. Erläuterungen zum Fragebogen wurden abgegeben. Gefragt wurde nach Erfahrungen, Vorlieben, Durchführbarkeit, Wahrnehmungen und psychologischen Konsequenzen im Zusammenhang mit FWR. 236 Mitarbeitende wurden befragt, response rate 92.4% (108 aus städtischen, 110 aus ländlichen Notfallstationen).

#### **Resultate:**

Die Mehrzahl der Teilnehmenden war weiblich. 60.1% war Gesundheitspersonal, (Ärzte, Pflegende und Ärzte in Ausbildung). Weiter nahmen Sicherheitspersonal, Seelsorger, Sozialarbeiter, technisch ausgebildetes Personal, Apotheker usw. an der Studie teil. 53.7% hatten Erfahrungen in FWR. Durchwegs 50.9% des Notfallpersonals vertrat die Meinung, begleitete FWR sollte erlaubt sein (ländliche Notfallstationen sprachen sich zu 62.75% dafür aus). Signifikante Unterschiede gab es zu folgenden Aussagen: abgelenkt werden, nachteiliger psychologischer Effekt auf die Angehörigen, ungeeignete räumliche Verhältnisse. Die städtischen Notfallstationen äusserten zu allen Punkten signifikant mehr Bedenken ( $p < 0.01$ ). Wenige lasen bis jetzt wissenschaftliche Texte zum Thema FWR. Viele wünschten sich Weiterbildungen, wie FWR implementiert werden könnte. 69.5% würden Forschungen zu diesem Thema auf ihren Notfallstationen begrüessen (ländliche 84.4%, städtische 68.5%,  $p < 0.01$ ). Die Rassenzugehörigkeit des Notfallpersonals und der Patienten spielte keine Rolle in der Meinungsbildung.

Das direkt betroffene Notfallpersonal (Pflegende, Ärzte und Ärzte in Ausbildung) sprach sich signifikant positiver für FWR aus als die anderen Notfallmitarbeitenden wie Seelsorger, Sozialarbeiter usw. Ebenso war die Angst vor rechtlichen Klagen

beim Gesundheitspersonal signifikant kleiner (19.1% Gesundheitspersonal zu 34.5% Nicht-Gesundheitspersonal  $p < 0.01$ ).

Gesundheitspersonal das Erfahrung mit FWR hatte, war signifikant positiver zu FWR eingestellt (63.3% zu 33.3%,  $p < 0.01$ ). Sie befürchteten weniger rechtliche Klagen, gestört zu sein durch FWR oder nachteilige psychologische Auswirkungen auf die Angehörigen (30.6% zu 57.5%,  $p < 0.01$ ).

**Madden et al. (2007)** führten in einem Level I Traumaspital in Cork Irland eine deskriptive Studie durch. Das Ziel dieser Studie war, das Verständnis und die gängige Praxis von Notfallpflegenden zu FWR zu untersuchen. Ein validierter und reliabler Fragebogen mit 15 geschlossenen Fragen wurde entwickelt, von einem Expertenausschuss beurteilt und in einem Pilotprojekt an zehn Notfallpflegenden getestet. Die ethische Forschungskommission des Spitals gab die Zustimmung und der informed consent wurde eingeholt. 100 Notfallpflegende mit mindestens sechs Monaten Erfahrung in Notfallpflege und ausgebildet in Reanimation wurden befragt.

### **Resultate**

100 Fragebogen wurden abgegeben und 90 kamen ausgefüllt zurück (response rate 90%). Wie in den andern Studien war die Mehrheit des teilnehmenden Pflegepersonals weiblich. Mehr als 50% hatten zwischen vier und zehn Jahren Berufserfahrung. 65% der Pflegenden wussten, dass es in ihrem Betrieb keine Guidelines zu FWR gab. Somit konnte bei der Einführung von neuem Personal, das teilweise aus Übersee kam, auch nicht darauf hingewiesen werden. Die Notfallstation erlaubte FWR. Der Entscheid wurde dem Personal, beziehungsweise dem leitenden Arzt überlassen.

74% der Pflegenden wünschten sich schriftliche Guidelines zu FWR. Fast 2/3 erlaubten den Angehörigen FWR. Die Spannweite von Reanimationen mit FWR war zwischen ein und 15 Mal und der Mittelwert war 2.64 (SD 2.62). 17.8% hatten bis jetzt keine Möglichkeit FWR zu erlauben, würden es aber tun, wenn sich die Situation ergäbe.

### **Hemmende Faktoren**

Folgende Aussagen wurden gemacht: Die Angehörigen könnten in die Reanimationsbemühungen eingreifen (27.9%), FWR löst beim Personal zusätzlichen Stress aus (50%), Konfliktpotenzial unter dem Notfallteam steigt (58.1%), Angst vor rechtlichen Klagen (39.5% ) und Verletzung der Privatsphäre der Patienten (29.9%).

### **Fördernde Faktoren**

Folgende fördernden Aspekte wurden genannt: Schriftliche Guidelines (87.6%), Übereinstimmung unter dem Notfallpersonal (94.3%), Kenntnisse von Seiten des Gesundheitspersonals über die Vorteile von FWR für Patienten und Angehörige (96.6%) und bessere Kenntnisse der Patienten und Angehörigen über die Praktiken von FWR (90.8%).

**Badir et al. (2007)** führten während drei Monaten in 10 Universitäts- oder Ausbildungsspitalern in Istanbul Türkei eine deskriptive Studie durch. Das Ziel der Studie war, die Einstellungen und Erfahrungen von Intensivpflegenden mit FWR zu untersuchen. 409 Intensivpflegende wurde befragt (response rate 68%, n 278). Für diese Studie wurde nach einer umfassenden Literaturrecherche ein Fragebogen mit 43 Fragen entwickelt und in einem Pilotprojekt an 30 Pflegenden getestet wurde. Die Studie wurde von den zuständigen Behörden der Spitäler bewilligt. Die international gültigen ethischen Grundsätze bei Forschungen wurden eingehalten. Die Studienteilnehmenden gaben ihre mündliche und schriftliche Einwilligung.

Die befragten Intensivpflegenden waren grösstenteils weiblich (96.4%, n 268), zwischen 19 und 50 Jahren alt und weniger als 10 Jahre auf Intensivstationen tätig (85.1%, n 237).

### **Erfahrungen mit FWR**

63.7% (n 177) hatten keine Erfahrungen mit FWR und hatten Angehörige auch nie dazu ermuntert. Nur 20.5% (n 57) wurden von Angehörigen gefragt, ob FWR möglich wäre. 88.8% (n 247) hatten positive Erfahrungen und 65.8% (n 183) hatten negative Erfahrungen mit FWR gemacht. Guidelines zu FWR waren nirgends vorhanden.

### **Einstellungen zu FWR mehrheitlich dagegen**

83.1% (n 231) waren dagegen, dass Angehörigen immer die Möglichkeit gegeben würde zu FWR. Die Pflegenden waren der Meinung, dass die Ärzte die Angehörigen bei der Reanimation nicht dabei haben möchten 78.8% (n 219%). 69.1% (n 192) der Pflegenden befürworteten FWR nicht. 77.7% (n 216) waren der Ansicht, FWR ja oder nein sollte ein Entscheid des ganzen Reanimationsteams sein. 88.1% (n 245) sahen Probleme, Details über den Zustand des Patienten zu diskutieren, wenn die Angehörigen anwesend wären. 13% (n 36) meinten die Angehörigen könnten durch FWR in Entscheidungen involviert werden und 36.7% (n 102) äusserten, dass die Angehörigen durch FWR den Abbruch der Reanimation besser akzeptieren könnten.

## **Gründe gegen FWR**

Familienmitglieder könnten in die Reanimationsbemühungen eingreifen 64.7% (n 180). FWR wäre für die Angehörigen zu qualvoll 87.8% (n 244). Das Gesundheitspersonal wäre zu sehr gestresst 84.2% (n 234). Weiter könnten Aussagen von Seiten des Gesundheitspersonals die Angehörigen verletzen 74.1% (n 206). Es wäre nicht genügend Personal vorhanden, das die Angehörigen betreuen könnte, wurde von 71.5% (n 199) genannt, aber 62.2% (n 173) betonten die Wichtigkeit der Betreuung während FWR. 70.9% (n 197) wiesen auf die ungenügenden Platzverhältnisse in den meisten Räumen hin.

88.5% (n 246) äusserten negative emotionale Folgen für die Angehörigen und befürchteten rechtliche Klagen 75.2% (n 209). 27.7% (n 77) vertraten die Meinung, dass die Angehörigen durch FWR miterleben würden, dass alles was möglich war für den Patienten getan wurde und 54.7% (n 152) meinten, die Reanimationsbemühungen würden dadurch in die Länge gezogen. Die Aussage, dass FWR die Fesseln zwischen Angehörigen und Gesundheitspersonal stärkt, vertraten nur 13% (n 36). 73.4% (n 204) sahen in FWR keinen Nutzen für den Patienten und 57.2% (n 159) ebenfalls keinen Nutzen für die Angehörigen in der Verarbeitung des Kammers.

**Duran et al. (2007)** Design, Setting, Population, Ein- und Ausschlusskriterien, Forschungsfrage, Forschungsziel, Messverfahren und ethische Aspekte siehe Abschnitt 5.1 Ergebnisse Patienten Duran et al. (2007).

## **Ergebnisse**

Die Einstellung ist allgemein positiv (M-FPAS 2,59, SD 0.48). Das Gesundheitspersonal, das bereits Erfahrung hatte mit FWR war signifikant positiver eingestellt als das Personal ohne Erfahrung. Ebenso hatte das Gesundheitspersonal, das FWR unterstützte, einen signifikant höheren Score. Weitere signifikante Unterschiede gab es zwischen Pflegenden und Ärzten. Pflegende und ausgebildete Ärzte hatten einen höheren Score als Ärzte in Ausbildung.

Die Mehrheit unterstützte FWR bei Reanimationen (n = 102/189, 54%) und invasiven Eingriffen (n = 127/183, 69%). Man war der Meinung, dass Guidelines zu FWR notwendig waren (n = 123, 66%).<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> In der Studie wird beschrieben, dass nicht alle 202 Angestellten im Gesundheitswesen diese Frage beantworteten. Deswegen entsprechen die Angaben n in diesem Abschnitt nicht der Stichprobengrösse von 202.  
Therese Blättler-Remund November 2008

## **Bedenken**

Aus den qualitativen Daten gingen folgende Aussagen hervor: Die Angehörigen könnten kollabieren, zu viel Raum beanspruchen, stören und die Aufmerksamkeit vom Patienten weglenken. Weiter wurde genannt, dass Erinnerungen an die letzten Momente des Lebens eines Menschen während der Reanimation zu traumatisierend sein könnten. Es wäre möglich, dass die Angehörigen die Kontrolle über sich verlieren, die Bemühungen des Gesundheitspersonals stören oder dazwischen greifen.

Zahlreiche gaben an, dass sie es nicht schätzten, wenn Angehörige ihnen bei der Arbeit zuschauten und fühlten sich dadurch gestresst. Diskussionen und Austausch unter dem Gesundheitspersonal würde nicht mehr stattfinden, weil solche Gespräche von den Angehörigen als Zeichen der Inkompetenz ausgelegt werden könnten. Einige bemerkten, je mehr Erfahrung sie mit FWR hätten, desto wohler fühlten sie sich dabei.

Zu Schluss wurde angemerkt, dass jede Situation für sich einmalig sei, und dass nach sorgfältigem Abwägen von Fall zu Fall über FWR entschieden werden sollte.

**Ong et al. (2007)** Design, Setting, Population, Ein- und Ausschlusskriterien, Forschungsfrage, Forschungsziel, Messverfahren und ethische Aspekte siehe Abschnitt 5.2 Ergebnisse Angehörige Ong et al. 2007.

## **Resultate**

Medizinisches Personal war überwiegend weiblich 63.6% (n 84). 10.6% (n wurde nicht genannt) sprachen sich für FWR aus.

**Nachteile:** 87.9% (n 116) waren der Meinung, FWR wäre zu traumatisierend für die Angehörigen und 84.9% (n 112) gaben an, FWR würde das Gesundheitspersonal zusätzlich in eine Stresssituation versetzen.

**Vorteile:** Durch FWR könnten die Angehörigen miterleben, dass alles was möglich war, für den Patienten getan wurde 67.4% (n 89),  $p < 0.001$ . 35.6% (n 47),  $p < 0.001$  waren der Meinung, FWR wäre hilfreich im Trauerprozess und würde das Gesundheitspersonal und die Angehörigen verbinden 20.5% (n 27),  $p < 0.001$ . Hier zeigen sich signifikante Unterschiede zu den Antworten der Angehörigen.

**Weitere Resultate:** Emotionale Unterstützung sollte den Angehörigen zuteil werden wurde von 86.4% (n 114),  $p < 0.007$  genannt (kein signifikanter Unterschied zu den Aussagen der Angehörige. Weiter war man der Ansicht, die Angehörigen sollten erst

nach invasiven Eingriffen zugelassen werden, aber noch vor Reanimationsabbruch 93.9% (n 124).

## **6 Diskussion**

In diesem Teil der Arbeit werden die Studien kritisch beurteilt und gewürdigt. Die Ergebnisse, Einstellungen und Meinungen der Patienten, der Angehörigen und des Gesundheitspersonals werden abschnittsweise diskutiert und einander gegenübergestellt.

### **6.1 Kritische Würdigung der Studien**

Von den 12 ausgewählten Studien, die die Einschlusskriterien erfüllten und Antworten auf die Fragestellung lieferten, wurden zwei in England, (Grice et al., 2003 und Booth et al., 2004), eine in Irland (Madden et al., 2007), fünf in den USA (Benjamin et al., 2004, Duran et al., 2007, Wagner 2004, Meyers et al., 2004 und Macy et al., 2005), eine in Schweden (Weslien et al., 2005), zwei in Singapore (Ong et al., 2004 und 2007) und eine in der Türkei (Badir et al., 2007) durchgeführt.

Die Einhaltung der ethischen Grundsätze und die Einwilligung der Forschungskommissionen wurde nicht in allen Studien ausführlich beschrieben. Diesbezüglich sind in den Studien von Booth et al. (2004) und Ong et al. (2004) keine Angaben zu finden. Möglicherweise weil es sich in diesen Studien um reine Befragungen handelte. In den Studien von Grice et al. (2003), Ong et al. (2004), Madden et al. (2007) und Badir et al. (2007) wurde die Einwilligung der Ethikkommission eingeholt und beschrieben. Bei Weslien et al. (2005) wurde sehr genau beschrieben, was unternommen wurde, um die Unversehrtheit der Angehörigen sicher zu stellen. In dieser qualitativen Studie wurden Erlebnisse von Angehörigen beschrieben, die die Reanimation eines Angehörigen miterlebt hatten. Ein Interview zu dieser Erfahrung könnte bei Angehörigen sehr starke Emotionen hervorrufen und somit ist die Einhaltung der ethischen Aspekte von zentraler Bedeutung.

Nur zwei Studien wiesen ein qualitatives Design auf (Wagner 2004 und Weslien et al., 2005). Es ist anzunehmen, dass es nicht viele Menschen gibt, die Erfahrung mit Reanimationen und FWR haben, die interviewt werden könnten. Die andern zehn Studien zeigten ein vorwiegend quantitatives Design. Teilweise wurde die Möglichkeit gegeben, zusätzlich eigens formulierte Vor- und Nachteile anzubringen oder qualitative Aussagen zu machen.

Die meisten in dieser Literaturrecherche bearbeiteten Studien wurden auf Notfallstationen durchgeführt. Weitere Studien wurden auf Intensivstationen und auf einer kardiologischen Bettenstation durchgeführt. Auf diesen Abteilungen finden die meisten Reanimationen statt.

Sieben Studien untersuchten Einstellungen, Meinungen sowie Vor- und Nachteile von FWR (Grice et al., 2003, Benjamin et al., 2004, Duran et al., 2007, Meyers et al., 2004, Ong et al., 2004, Badir et al., 2007 und Madden et al., 2007). Vergleiche wurden bei Duran et al. (2007) (Vergleiche: Pflege, Ärzte, Angehörige und Patienten), Ong et al. (2007) (Vergleiche: Angehörige und Gesundheitspersonal) und Macy et al. (2005) (Vergleiche: Einstellungen des Pflegepersonals von städtischen und ländlichen Notfallstationen) dargestellt. In drei Studien wurde nach dem Erleben gefragt (Wagner 2004, Badir et al., 2007 und Weslien et al., 2005). Nach Praktiken und gängiger Praxis wurde in zwei Studien gefragt (Booth et al., 2004 und Madden et al., 2007).

Die Grössen der Stichproben waren zwischen sechs und 17 bei den qualitativen Studien (Wagner 2004 und Weslien et al., 2005). Die grössten quantitativen Studien befragten 278 bis 336 Teilnehmende (Duran et al., 2007 und Badir et al., 2007).

In der Studie von Duran et al. (2007) wurde der verwendete Fragebogen mit Erlaubnis des Health and Hospital System, Dallas, Tex USA (Meyers et al., 2000, zitiert in Duran et al., 2007, p. 7) übernommen und adaptiert. Die Validität wurde von Experten der School of nursing faculty eingeschätzt und ein Pilottest durchgeführt. Meyers et al. (2004) beschrieben die Entwicklung des Fragebogens. Fünf Pflegenden und zwei Ärzte bewerteten die Relevanz der Fragen und schätzten die Validität des Instrumentes ein. Zu den qualitativen Kriterien wurden Angemessenheit, Nachvollziehbarkeit und Glaubwürdigkeit erwähnt. Madden et al. (2007) zeigten auf, wie der Fragebogen für ihre Studie entwickelt wurde. Ein Pilottest wurde mit zehn Notfallpflegenden durchgeführt. Die Beurteilung der Validität und Reliabilität durch Experten wurde detailliert beschreiben. Bei der Studie von Wagner (2004) war die Stichprobe klein, entspricht aber den Vorgaben der qualitativen Forschung. Ein Grund für die kleine Stichprobe könnte sein, dass es selten vorkommt, dass Angehörige miterleben, dass ein Patient eine Reanimation überlebt. Es wurden keine direkten Aussagen von Angehörigen in der Studie abgedruckt, was die Glaubwürdigkeit und Nachvollziehbarkeit erschwert. Die dargestellten Ergebnisse decken sich kaum mit den Ergebnissen der andern Studien und geben keinen Aufschluss über das Erleben der Angehörigen während FWR, weil sie gar nicht

zugelassen waren. Es stellt sich die Frage, ob diese Studie der Fragestellung dieser Literaturrecherche entspricht.

## 6.2 Patientenmeinungen

Von den insgesamt 12 bearbeiteten Studien, lieferten nur drei Studien Meinungen und Einstellungen von Patienten zu FWR.

In der Studie von Grice et al. (2003) waren auffallend viele gegen FWR. Hingegen äusserten sich in zwei Studien (Duran et al., 2007 und Benjamin et al., 2004) sehr viele für FWR (72%). Jüngere Menschen schienen eine positivere Einstellung zu haben als ältere. Heutzutage sind Patienten durch die Medien über Ihre Krankheit und ihre Rechte im Spital oft sehr gut informiert. Dazu gehört auch das Recht, die Angehörigen bei zahlreichen Therapien und Interventionen anwesend zu haben. Es könnte sein, dass jüngere Patienten eher von diesem Recht Gebrauch machen, da sie möglicherweise gewohnt sind, in vielen Lebenslagen ihre Rechte in Anspruch zu nehmen. In der Studie von Grice et al. (2003) und Duran et al. (2007) waren die Befragten mehrheitlich der Ansicht, dass Patienten ein Recht auf FWR haben.

Die Studie von Benjamin et al. (2004) ging der Frage nach, welche Angehörigen Patienten im Falle einer Reanimation anwesend haben möchten. Die Befragten wünschten nur gewisse Angehörige anwesend zu haben. Die Prioritätenliste sah folgendermassen aus: Ehepartner, Eltern, Kinder, Geschwister und Freunde. Es ist nachvollziehbar, dass wahrscheinlich nur Personen, die ein Vertrauensverhältnis zum Patienten haben erwünscht sind. FWR könnte als Eingriff in die Privatsphäre eines Menschen verstanden werden.

**Gründe dafür:** In allen drei Studien, die Meinungen der Patienten untersuchten, wurde herausgefunden, dass Patienten durch FWR Trost und Unterstützung von ihren Angehörigen empfangen. Grice et al. (2003) brachten weitere positive Argumente ein: nicht alleine sterben müssen und die Angehörigen sehen, dass alles was möglich ist, getan wurde. Bezeichnend war die Aussage „das letzte Mal, wo wir beieinander sein können“, in Benjamin et al. (2004, .p. 752). Es scheint ein grosses Bedürfnis vorhanden zu sein, in der möglicherweise letzten Lebensphase mit den Angehörigen zusammen zu sein und dem Lebensende im Kreise von geliebten und vertrauten Menschen entgegen zu gehen. Es taucht die Frage auf, ob es ethisch vertretbar ist, dem Patienten die Anwesenheit seiner Angehörigen zu verwehren (Benjamin et al., 2004). Bedürfnisse von Patienten wahrzunehmen ist ein wichtiger Tätigkeitsbereich der Pflegenden. Wenn möglich sollte in erster Linie der Willen des

Patienten ermittelt werden. In einem nächsten Schritt sollten die Angehörigen entscheiden können, ob sie anwesend sein möchten.

**Gründe dagegen:** In zwei Studien (Grice et al., 2003 und Benjamin et al., 2004) war man sich in folgenden Punkte einig: FWR ist zu qualvoll, unheimlich, Angst einflössend, schwierig für die Angehörigen und es bleiben schreckliche letzte Erinnerungen zurück. Diese Ängste und Bedenken scheinen nachvollziehbar. Einer der Gründe könnte sein, dass zahlreiche Interventionen, Therapien, Sonden, Drainagen und diverse Apparaturen auf Patienten und Angehörige Angst einflössend wirken. Weitere negative Beeinflussungen könnten auch aus den Medien stammen. In der Studie von Grice et al. (2003) nahmen  $\frac{3}{4}$  der Teilnehmenden an, dass man im Zustand der Reanimation sowieso bewusstlos ist. Diese Aussage lässt vermuten, dass diese Meinung unter Laien verbreitet ist. Im Widerspruch dazu ist die Annahme unter dem Gesundheitspersonal vorhanden, dass Menschen in jeder Bewusstseinslage für gewisse Reize empfänglich sind. Es wird angenommen, dass Menschen auch in einer Reanimationssituation wahrnehmen, was mit ihnen passiert, auch wenn sie keine Reaktionen zeigen. Diese Vermutung sollte an Patienten und Angehörige weiter gegeben werden und könnte in der Frage nach FWR eine Entscheidungshilfe sein.

### 6.3 Meinungen der Angehörigen

In drei Studien (Meyers et al., 2004, Grice et al., 2003 und Duran et al., 2007) befürwortete die Mehrheit FWR. Es wurde angegeben, dass sie ein Recht dazu haben und es wieder machen würden. Diese Resultate sind vergleichbar mit der Studie Ong et al. (2007), wo sich 73.1% für FWR aussprachen, aber nur 6.2% damit Erfahrung hatten. Die zwei Angehörigen, die in der Studie von Weslien et al. (2005) FWR miterlebt hatten, waren überzeugt, dass ihre Entscheidung richtig war. Es besteht die Annahme, dass es für die Angehörigen enorm wichtig ist, die letzten wertvollen Minuten mit dem geliebten Nächsten zu verbringen und ihn zu begleiten. Mögliche negative Auswirkungen scheinen in den Hintergrund zu treten. Die Ergebnisse der Studie von Meyers et al. (2004) weisen in diese Richtung, denn die 75% der Angehörigen, die schon einmal anwesend waren, waren positiver eingestellt als Angehörige ohne Erfahrung.

## **Sollen die Angehörigen auf die Möglichkeit von FWR aufmerksam gemacht werden?**

Über 90% möchten, dass sie vor grossen chirurgischen Eingriffen nach FWR gefragt und dass ihr Wille dokumentiert würde (Grice et al., 2003 und Weslien et al., 2005). Auch der Wille der Patienten soll erfragt werden. So wie anderer Bedürfnisse von Pflegenden erfragt werden, könnte bei der Erhebung der Pflegeanamnese der Wunsch nach FWR erfragt werden. Mit diesem Wissen könnte den Angehörigen die Entscheidung abgenommen werden, falls es zu einer Reanimation kommen sollte. In andern Studien herrschte keine Einigkeit darüber, ob FWR möglicherweise auf Anfrage erlaubt gewesen wäre. Weitere Aussagen waren, dass sie das gemacht hätten, was das Gesundheitspersonal anordnete (Weslien et al., 2005). Dieses Ergebnis ist vergleichbar mit der Studie von Wagner (2004), wo erwähnt wird, dass die Angehörigen mit dem Gesundheitspersonal über FWR verhandelten, aber dann akzeptierten den Reanimationsraum verlassen zu müssen. Dieses Ergebnis könnte so interpretiert werden, dass diese Angehörigen nicht aus freiem Willen auf FWR verzichtet haben. Es ist schwierig eine Erklärung zu finden, warum die Studie, die nach Erfahrung mit Reanimationen fragt, den Angehörigen FWR nicht gestattet. Die Angehörigen hatten wohl nach dem Ereignis Erfahrung mit einer Reanimation, aber nicht als anwesende Angehörige.

## **Gründe für FWR**

Den Patienten unterstützen und miterleben, dass alles was möglich war getan wurde, beschrieben mehrere Studien (Grice et al., 2003, Meyers et al., 2004, Weslien et al., 2005 und Ong et al., 2007). Eine Erklärung könnte sein, dass Angehörige den unausweichlichen Tod besser akzeptieren können, wenn sie miterlebt haben, wie das Gesundheitspersonal um das Leben ihres Nächsten gekämpft hat. Häufig werden Patienten von ihren Angehörigen bei Eintritt auf die Notfallstationen begleitet. Die Zeit vor dem Spitaleintritt erlebten sie zusammen. Es fragt sich, ob es gerechtfertigt ist, die Familie im Spital zu separieren und die Angehörigen in diesen entscheidenden Situationen wegzuschicken, obwohl diese möglicherweise vorher Tag und Nacht miteinander verbracht haben? Die Angehörigen hatten die Möglichkeit, die letzten wertvollen Minuten miteinander zu verbringen (Meyers et al., 2004). Dieses Ergebnis weist auf die Wichtigkeit von FWR hin.

Durch FWR hatten die Angehörigen weniger Angst und die Qual des Wartens wurde reduziert (Meyers et al., 2004). Es ist anzunehmen, dass miterleben einer Reanimation weniger schlimm sein muss, als in Ungewissheit in einem andern Raum

warten zu müssen. Eine bessere Verarbeitung des Kammers in den folgenden Monaten war möglich und FWR war hilfreich im Trauerprozess fanden Meyers et al. (2004) und Ong et al. (2004) in ihren Studien heraus. Diesem wichtigen Umstand sollte Rechnung getragen werden, da den Angehörigen nach dem Verlust eines Nächsten eine schwierige Zeit bevorsteht und man Möglichkeiten zur besseren Bewältigung der Situation wahrnehmen sollte.

Mehrere Studien deckten auf, dass die Angehörigen von FWR einen Gewinn haben und dass es für den Patienten hilfreich ist (Grice et al., 2003, Meyers et al., 2004 und Duran et al., 2007). Der Patient möchte nicht alleine sein und alleine sterben, fanden Grice et al. (2003), Weslien et al. (2005) und Meyers et al. (2004) heraus. Eine zentrale Aufgabe der Angehörigen war, für den Patienten da sein, ihn durch Berührung, Küsse, Gebete und Beruhigung zu trösten (Meyers et al., 2004) und ihm die Liebe zu bezeugen (Meyers et al., 2004 und Weslien et al., 2005). Aus diesen Erkenntnissen könnte geschlossen werden, dass Angehörige auf ihre Weise dazu beitragen möchten, ihrem Nächsten die äusserst schwierige Situation zu erleichtern und ihn dabei zu unterstützen. Der Wunsch aktiv, bei der Betreuung mitzuhelfen wird sichtbar. Es scheint eine unterschiedliche Rollenverteilung zwischen dem Gesundheitspersonal und den Angehörigen zu geben.

Der Patient könnte bei Bewusstsein sein und von FWR profitieren (Grice et al., 2003), oder der Patient ist bewusstlos und profitiert nicht (Grice et al., 2003 und Weslien et al., 2005). In dieser Hinsicht war man sich nicht einig. Die wenigen Berichte von Nahtoderlebnisse, die es gibt, könnten eine Grundlage bieten, diese schwierige Frage zu diskutieren.

### **Gründe gegen FWR**

Ungefähr die Hälfte der Befragten möchten nicht anwesend sein, weil es zu qualvoll und schmerzhaft ist (Grice et al., 2003 und Ong et al., 2004). Diese Bedenken sind nachvollziehbar, wenn man sich den Ablauf einer Reanimation vorstellt. Hingegen gaben in der Studie von Meyers et al. (2004) 95% an, die Erfahrung sei nicht zu bestürzend gewesen und sie hätten durch FWR weniger Angst gehabt. Die Teilnehmenden der Studie von Weslien et al. (2005) äusserten die Gefahr von Ängsten nach einer misslungenen Reanimation. Diese kontroversen Resultate sollten kritisch betrachtet werden.

Die Reanimationsbemühungen könnten behindert und das Gesundheitspersonal abgelenkt werden (Grice et al., 2003 und Meyers et al., 2004). In der Studie von Weslien et al. (2005) wurde diese Aussage zum Hauptthema. Die Angehörigen

möchten die Reanimationsbemühungen nicht stören, eine Last sein und das Gesundheitspersonal stressen, denn das Wichtigste ist das Wohlergehen des Nächsten (Weslien et al., 2005 und Ong et al., 2007). Es ist anzunehmen, dass die medizinische Behandlung auch für die Angehörigen höchste Priorität hat und stark vom Überleben des Nächsten abhängt und durch FWR nicht beeinträchtigt werden sollte.

## **6.4 Gesundheitspersonal**

### **Gesundheitspersonal mehrheitlich dafür**

Mehrere Studien deckten auf, dass das Gesundheitspersonal FWR mehrheitlich befürwortet und der Meinung war, FWR sollte erlaubt sein (Grice et al., 2003, Booth et al., 2004, Meyers et al., 2004, Macy et al., 2005 und Duran et al., 2007). Macy et al. (2005) stellten weiter fest, dass ländliche Notfallstationen positiver eingestellt waren als städtische. Möglicherweise könnte dieses Ergebnis mit der vorherrschenden Anonymität und individuumzentrierten Lebensweise in den Städten in Zusammenhang gebracht werden. Auf dem Land herrscht teilweise eine eher familienzentrierte Lebensweise vor, in der vieles mit der Familie zusammen getragen wird. Es besteht die Annahme, dass das Gesundheitspersonal in ländlichen Spitälern eine engere Bindung mit den Angehörigen hat oder sie möglicherweise sogar kennt. Dies lässt vermuten, dass man sich FWR in ländlichen Agglomerationen aus diesen Gründen eher vorstellen könnte. Die beschriebenen Vermutungen könnten auch auf schweizerische Verhältnisse zutreffen. Das direkt betroffene Notfallpersonal war positiver eingestellt als indirekt Betroffene wie Sozialarbeiter, Seelsorger usw. Eine mögliche Erklärung wäre, dass indirekt betroffenes Personal sich FWR gar nicht vorstellen kann, weil die Abläufe und die Praktiken einer Reanimation nicht bekannt sind oder weil Ängste vorhanden sind. Erkenntnisse aus der Studie von Booth et al. (2004) zeigten auf, dass Pflegende von Notfallstationen wo FWR nicht erlaubt war, mehrheitlich (52% bis 85%) bei der Reanimation eines eigenen Angehörigen anwesend sein möchten. Es scheint ein grosses Bedürfnis nach FWR vorhanden zu sein. Es ist nachvollziehbar, dass gerade Pflegende sich überzeugen möchte, dass alles was möglich ist, getan wurde. Dieses Ergebnis lässt vermuten, dass mit diesem Wissen der Verlust eines Nächsten eher akzeptiert werden kann, wenn miterlebt wurde, dass der Tod unausweichlich war, nachdem das Gesundheitspersonal alles was in seiner Macht stand, getan hatte.

Angehörige haben ein Recht auf FWR bestätigte das Gesundheitspersonal in der Studie von Meyers et al. (2004). Hingegen vertrat man bei Grice et al. (2003) diese Meinung mehrheitlich nicht. Es scheint noch nicht zur alltäglichen Praxis zu gehören, vor Angehörigen zu arbeiten und sich dabei wohl zu fühlen, obwohl Angehörigenintegration in den letzten Jahren in der Pflege zu einem viel diskutierten Thema wurde. Diese kontroversen Ansichten könnten auch auf schweizerische Verhältnisse zutreffen, weil FWR noch keine gängige Praxis ist.

### **Erfahrungen mit FWR**

Gesundheitspersonal mit Erfahrung in FWR war signifikant positiver eingestellt als Personal ohne Erfahrung (Duran et al., 2007 und Macy et al., 2005). Badir et al., (2007) stellten fest, dass fast 70 % keine Erfahrungen mit FWR hatten, bestätigten aber, dass Pflegende mit Erfahrung grösstenteils positive Erlebnisse hatten. Booth et al. (2004) bestätigten, dass nur ein kleiner Teil des Personals negative Erlebnisse hatte. Damit sich das Gesundheitspersonal von den positiven Aspekten überzeugen kann, sollte die Möglichkeit von FWR gegeben werden.

### **Gründe für FWR**

Angehörige erleben mit, dass alles was möglich war getan wurde, deckten drei Studien auf (Grice et al., 2003, Booth et al., 2004 und Meyers et al., 2004). Diese Gründe wurden auch in den Studien von Ong et al. (2004 und 2007) und Badir et al. (2007) dargestellt, obwohl man mehrheitlich gegen FWR war. Es wurde festgestellt, dass der Trauerprozess positiv beeinflusst wird (Grice et al., 2003 und Booth et al., 2004). Bei Ong et al. (2004 und 2007) und Badir et al. (2007) vertraten diese Meinung nur eine Minderheit. Die Angehörigen und der Patient sind zusammen, wenn der Tod naht und es können Erläuterungen zu Reanimation abgegeben werden, wurde von Grice et al. (2003) genannt. Fast die Hälfte der Befragten erwähnten, dass es durch FWR einfacher war, den Tod oder den Abbruch der Reanimation zu akzeptieren. (Booth et al., 2004 und Badir et al., 2007). Diese Aussage könnte wiederum mit dem Umstand in Verbindung gebracht werden, dass die Angehörigen miterleben, dass alles was möglich war getan wurde. Die genannten Gründe für FWR decken sich mehrheitlich mit den Aussagen von Angehörigen und Patienten.

### **Gesundheitspersonal mehrheitlich dagegen**

In den Studien von Ong et al. (2004 und 2007) und Badir et al. (2007) waren um die 80% der Ärzte und Pflegenden gegen FWR. Rund ¼ der Ärzte und Pflegenden

wurden schon einmal von Angehörigen gefragt, ob sie während der Reanimation anwesend sein könnten. Ong et al. (2007) stellten fest, dass die Aussagen des Gesundheitspersonals in einem deutlichen Widerspruch zu den Meinungen der Angehörigen stehen, die vorwiegend anwesend sein möchten. In den Studien aus dem asiatischen Raum wurde festgestellt, dass das Gesundheitspersonal mehrheitlich gegen FWR ist, im Gegensatz zu den Studien aus der westlichen Welt, wo teilweise bereits Guidelines zu FWR erarbeitet worden sind. Es ist möglich, dass das asiatische Gesundheitspersonal kaum Kenntnisse über die internationalen Praktiken von FWR hat (Badir et al., 2007). Weitere Gründe für die gegensätzlichen Resultate könnten kulturelle Einflüsse oder unterschiedliche Entwicklung und Auffassung des Pflegeverständnisses, der Angehörigenbetreuung und der Integration der Angehörigen in die Pflege sein. Welche Einstellung das schweizerische Gesundheitspersonal vertritt, weiss man nicht, weil bis jetzt keine Untersuchungen stattgefunden haben.

### **Gründe gegen FWR**

Für die Angehörigen ist FWR zu qualvoll, (Grice et al., 2003, Booth et al., 2004, Ong et al., 2004 und 2007, Meyers et al., 2004, Macy et al., 2005, Badir et al., 2007 und Duran et al., 2007), sie könnten Ekel empfinden oder würden in einen Schock versetzt (Ong et al., 2004). Diesen negativen psychologischen Effekten müsste bei einer möglichen Implementierung Rechnung getragen werden. Es wäre keineswegs vertretbar, wenn Angehörigen durch FWR Schaden zugefügt würde. Eine qualifizierte Betreuungsperson sollte die Angehörigen während FWR begleiten. Durch Unterstützung und Aufklärung könnte sie mögliche negativen Auswirkungen verhindern (siehe Abschnitt Begleitung von Angehörigen während FWR). Befürchtungen, dass Angehörige dazwischen greifen könnten oder die Reanimation behinderten, wurde mehrmals erwähnt (Grice et al., 2003, Booth et al., 2004, Ong et al., 2004, Meyers et al., 2004, Madden et al., 2007, Badir et al., 2007 und Duran et al., 2007). Der Stress für das Gesundheitspersonal steigt und das Personal wird vermehrt abgelenkt, wurde in diversen Studien genannt (Ong et al., 2004 und 2007, Macy et al., 2005, Madden et al., 2007, Badir et al., 2007 und Duran et al., 2007). Dies mag damit zusammen hängen, dass das Gesundheitspersonal noch kaum Erfahrung mit FWR hat und sich diese Praktiken gar nicht vorstellen kann oder keine Kenntnisse zu diesem Thema hat. Die folgenden Ergebnisse geben einen weiteren Hinweis auf diese Interpretation. Das Gesundheitspersonal ohne Erfahrung fühlt sich durch FWR unwohl, erwähnten Ong et al. (2004), hingegen fanden Meyers et al.

(2004), je mehr Erfahrung man hat, je einfacher wird es. Nur 1% der Teilnehmenden berichteten über Klagen und Gerichtsverfahren nach FWR (Booth et al., 2004). Die Angst vor gerichtlichen Klagen ist aber sehr hoch (Ong et al., 2004, Meyers et al., 2004, Badir et al., 2007 und Madden et al., 2007). Aus diesem Ergebnis könnte abgeleitet werden, dass diese grosse Angst kaum berechtigt ist. Platzprobleme im Reanimationsraum wurden mehrmals erwähnt (Booth et al., 2004, Macy et al., 2005, Badir et al., 2007 und Duran et al., 2007). Diese Probleme könnten möglicherweise durch Umstrukturierungen angegangen werden. FWR könnte die Reanimation in ausweglosen Situationen in die Länge gezogen werden, wurde von einer kleinen Anzahl Teilnehmenden in zwei Studien erwähnt (Meyers et al., 2004 und Badir et al., 2007). Diese Möglichkeit könnte bestehen, vor allem wenn es sich um jüngere Menschen handelt, deren Leben unter allen Umständen gerettet werden möchte. Andererseits könnten die Angehörigen auch in die Entscheidung, eine Reanimation abzuberechnen, miteinbezogen werden.

### **Wer soll die Entscheidung über FWR treffen?**

Diese Frage steht nicht im direkten Zusammenhang mit der Fragestellung dieser Literaturarbeit, ist aber relevant im Zusammenhang mit dem Thema. Die Mehrheit der Ärzte waren bei Ong et al. (2004) der Meinung, der dienstälteste Arzt soll über FWR entscheiden. Hingegen vertraten die Pflegenden die Meinung, FWR sollte ein Teamentscheid sein (Ong et al., 2004 und Badir et al., 2007). Bei Madden et al. (2007) wurde der Entscheid dem leitenden Arzt überlassen. Das Hierarchiegefälle Ärzte/Pflege kommt hier zum Ausdruck. Es ist anzunehmen, dass Pflegende in der Schweiz, die demokratische Vorgehensweisen befürworten und eher für einen Teamentscheid plädieren würden.

### **Begleitung von Angehörigen während FWR**

70% Ärzte und 82% Pflegende gaben an, dass die Angehörigen durch eine qualifizierte Person betreut würden (Grice et al., 2003 und Macy et al., 2005). Bei Booth et al. (2004) bestätigen alle Notfallstationen, die FWR erlaubten, dass sich jeweils eine Betreuungsperson während der Reanimation nur um die Angehörigen kümmert. Die Wichtigkeit der Angehörigenbetreuung wurde in drei Studien genannt (Badir et al., 2007 und Ong et al., 2004 und 2007). Es wurde erwähnt, dass Personal speziell für diese Aufgabe ausgebildet werden sollte (Ong et al., 2004, und Macy et al., 2005). Im Sinne einer umfassenden Angehörigenbetreuung müssten diese relativ einheitlichen Ergebnisse zur Kenntnis genommen werden. Es wäre zu überlegen, wie diese Aufgabe bewältigt werden könnte. Im Falle einer Reanimation sollte sich

immer jemand um die Angehörigen kümmern, ob sie bei der Reanimation anwesend sind oder in einem andern Raum warten müssen. Gegner dieses Konzeptes würden möglicherweise mit dem Problem der weit verbreiteten Personalknappheit argumentieren.

### **Guidelines**

Einige Notfallstationen in den bearbeiteten Studien verfügten bereits über schriftliche Richtlinien zu FWR und auf andern Notfallstationen waren Richtlinien in Arbeit (Booth et al., 2004). Duran et al. (2007) zeigten in ihrer Studie auf, dass Richtlinien notwendig waren. Madden et al. (2007) erwähnten, dass keine Guidelines vorhanden waren, aber sich die Mehrheit der Befragten Richtlinien wünscht. Es herrschte Übereinstimmung unter dem Notfallpersonal, dass Richtlinien sehr hilfreich wären (Madden et al., 2007). Da es sich bei FWR um neue Praktiken handelt, muss angenommen werden, dass auch in der Schweiz Guidelines zu begrüssen wären. Regelungen könnten Konflikte unter dem Gesundheitspersonal zu vermeiden. Nebst Guidelines müsste das Personal auch über die wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Thema FWR in Kenntnis gesetzt werden. Diskussionen zu diesem im deutschsprachigen Raum neueren Thema wären erwünscht.

## **6.5 Beantwortung der Fragestellung**

- Welches sind die Erfahrungen und Einstellungen der Patienten und Patientinnen, der Angehörigen und des Gesundheitspersonal zu Angehörigenanwesenheit während der kardiopulmonalen Reanimation?

Die Frage nach der Einstellung der Patienten zu FWR kann nicht eindeutig beantwortet werden. Es wurden nur drei Studien bearbeitet, die Erfahrungen und Einstellungen der Patienten untersuchten. Die Teilnehmenden dieser Studien waren gegensätzlicher Meinung. Hingegen waren die Angehörigen grösstenteils positiv zu FWR eingestellt, vor allem die Angehörigen, die bereits Erfahrung damit hatten. Die wichtigsten Vorteile sind: Dem Patienten Trost spenden, miterleben, dass alles was möglich ist getan wurde und dem Gesundheitspersonal medizinische Daten liefern. Im Weiteren hat der Patient einen Gewinn und es ist hilfreich für ihn. Für die Angehörigen ist FWR hilfreich im Trauerprozess. Zu Bedenken sind aber mögliche negative Aspekte: Die Angehörigen werden durch FWR traumatisiert. Es ist zu qualvoll und schrecklich. Im Weiteren könnten sie die Reanimationsbemühungen behindern und das Gesundheitspersonal würde zusätzlich gestresst. Das Gesundheitspersonal aus der westlichen Welt war mehrheitlich positiv zu FWR

eingestellt, vor allem diejenigen die Erfahrung mit FWR hatten, hingegen war das Gesundheitspersonal in den asiatischen Staaten grösstenteils gegen FWR. Die Gründe für oder gegen FWR sind vergleichbar mit den Aussagen der Angehörigen.

## **7 Schlussfolgerungen**

### **7.1 Allgemeine Schlussfolgerungen**

In den bearbeiteten Studien zeigten sich sehr viele Gemeinsamkeiten. Angehörige und Gesundheitspersonal befürworteten mehrheitlich FWR. Auffallend waren die Gemeinsamkeiten bei den Studien, wo Angehörige oder Gesundheitspersonal befragt wurde, das bereits Erfahrung mit FWR hatte. Zum grössten Teil befürworteten sie FWR, weil die Angehörigen miterleben können, dass alles was möglich war getan wurde und sie den Nächsten unterstützen, für ihn da sein und ihm Trost spenden können. Diese Erfahrungen sind wichtig im Trauerprozess, falls der Patient verstirbt.

Nicht zu vernachlässigen sind aber die Einwände gegen FWR. Auch in den Studien wo Angehörige und Gesundheitspersonal vorwiegend positiv eingestellt waren, wurde erwähnt, dass FWR zu traumatisierend, schmerzhaft und qualvoll für die Angehörigen sein könnte. Klar zum Ausdruck kam, dass die Angehörigen Betreuung während und nach der Reanimation dringend brauchen. Eine Fachperson muss die Angehörigen begleiten und sie verständlich und klar über die Interventionen informieren. Personal muss bereitgestellt werden, möglicherweise kurzfristig auf Kosten anderer weniger bedrohter Patienten. Im Falle einer Reanimation sollte sich immer jemand um die Angehörigen kümmern, ob sie sich nun in einem Warteraum befinden oder im selben Raum wie der Patient sind. Speziell ausgebildetes Personal in Angehörigenbetreuung wäre wünschenswert.

Üblicherweise wird der Reanimationsstatus bei Eintritt mit kritisch kranken und alten Menschen besprochen. Ebenso sollte auch die Einstellung zu FWR erfragt werden.

Wenn möglich sollte immer versucht werden, den Willen des Patienten zu berücksichtigen, wenn das in einer Reanimationssituation noch möglich ist. Die Ergebnisse dieser Literaturrecherche zu Patientenpräferenzen sind widersprüchlich. In den bearbeiteten Studien waren sich Patienten und Angehörige einig, dass sie ein Recht auf FWR haben. Das Gesundheitspersonal war nicht dieser Meinung.

Der kulturelle Kontext scheint vor allem beim Gesundheitspersonal eine grosse Rolle zu spielen. In den Studien aus dem asiatischen Raum war das Gesundheitspersonal

grösstenteils gegen FWR, die Angehörigen hingegen waren positiv eingestellt. Die Ergebnisse aus den Studien der westlichen Welt können eher auf schweizerische Verhältnisse übertragen werden. Da aber Patienten, Angehörige und auch Gesundheitspersonal mit Migrationshintergrund in zunehmendem Masse zum heutigen Pflegealltag gehören, müssen die Ergebnisse aus den asiatischen Studien ebenfalls berücksichtigt werden.

## **7.2 Schlussfolgerungen für die Pflegepraxis**

Auf der Notfallstation dem Arbeitsort der Verfasserin werden pro Monat ca. 700 Notfallpatienten behandelt. Die Patienten kommen selten alleine. Sie treten meist in Begleitung von Angehörigen ein. Die Pflegenden werden tagtäglich mit der Frage der Angehörigenanwesenheit konfrontiert, sei es bei einfachen Eingriffen wie Wundversorgungen, bei invasiven Eingriffen, wie dem Legen einer Thoraxdrainage oder möglicherweise auch bei einer Reanimation.

Die Ergebnisse dieser Literaturrecherche sollten dem gesamten Gesundheitspersonal im Betrieb vorgestellt werden, entweder im Rahmen von Teamsitzungen oder internen Weiterbildungen. Dadurch soll das Personal vertiefte Kenntnisse zu FWR erlangen. Auf die Vorteile wird aufmerksam gemacht und die Nachteile müssen in Betracht gezogen werden. Die Verfasserin empfiehlt, FWR einzuführen, weil die positiven Aspekte überwiegen. Bis zum Vorliegen von möglichen Guidelines wird empfohlen, nach erfolgter gründlicher Information und Aufklärung, den Angehörigen die Möglichkeit zu geben, bei Interventionen, Therapien oder bei einer Reanimation anwesend zu sein, falls der Patient und die Angehörigen es wünschen. Alle Beteiligten müssen einverstanden sein. Es dürfen keine Einwände dagegen vorliegen. Der Wille von Patienten und Angehörigen sollte bestenfalls schriftlich dokumentiert werden.

Die Verfasserin schlägt vor, in einem weiteren Schritt eine interdisziplinäre Projektgruppe zu konzipieren, die eine Implementierung von FWR inklusive Guidelines ausarbeiten wird. Da bei Reanimationen immer Pflegepersonal und Ärzte mitbeteiligt sind, empfiehlt sich eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe.

## **7.3 Empfehlungen für die Pflegeforschung**

Für die Zukunft wäre es wünschenswert, wenn Forschung in Settings durchgeführt würde, wo FWR bereits zur gängigen Praxis gehört und Guidelines vorhanden sind. Wegweisend wären quantitative und qualitative Studien die Erfahrungen und

Erlebnisse der Patienten, der Angehörigen und des Gesundheitspersonals beschreiben, die FWR miterlebt haben. Bis jetzt hat nur eine Minderheit FWR miterlebt. Zusätzliche Forschung aus dem deutschen Sprachraum im speziellen aus der Schweiz ist zu empfehlen, da bis jetzt keine Studien vorliegen. Ein Instrument, um die mittlere Einstellung zu FWR zu erfassen wurde in den USA bereits entwickelt und validiert. (M-FPAS, mean family presence attitudes score, Meyers et al., 2000, zitiert in Duran et. al., 2007). Möglicherweise könnte das Instrument übernommen, übersetzt und auf schweizerische Verhältnisse adaptiert und validiert werden.

Angehörigen und Patienten haben ein Recht auf FWR. Mit dieser Meinung war das Gesundheitspersonal nicht einverstanden. Um diese Frage zu klären, wäre weitere Forschung wünschenswert.

Ein weiteres interessantes Forschungsthema wären Berichte von Menschen, die Nahtoderlebnisse hatten. Möglicherweise könnten Studien zu diesem Thema, die schwierige Frage beantworteten, ob Menschen in einer Reanimationssituation bewusstlos sind und was in diesem Zustand wahrgenommen werden kann.

Die Frage ob Angehörige eine Reanimation stören, wäre ebenfalls ein Thema für Forschung. Die Angehörigen vermuten es, aber ob dem so ist, weiss man nicht.

## 8 Literaturverzeichnis

Badir, A. & Sepit, D. (2007). Family presence during CPR: A study of the experiences and opinions of Turkish critical care nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 44(1), 83-92.

Benjamin, M., Holger, J. & Carr, M. (2004). Personal Preferences Regarding Family Member Presence during Resuscitation. *Academic emergency medicine*, 11(7), 750-753.

Booth, G. M., Woolrich, L. & Kinsella, J. (2004). Family witnessed resuscitation in UK emergency departments: a survey of practice. *European Journal of Anaesthesiology*, 21, 725-728.

Duran, C. R., Oman, K. S., Abel, J. J., Koziel, V. M. & Szymanski, D. (2007). Attitudes Toward and Beliefs About Family Presence: A Survey of Healthcare Providers, Patients' Families, and Patients. *American Journal of Critical Care*, 16, 270-279.

Grice, A. S., Picton, P. & Deakin, C. D. S. (2003). Study examining attitudes of staff, patients and relatives to witnessed resuscitation in adult intensive care units. *British Journal of Anaesthesia*, 91(6), 820-824.

Köberich, S. (2005). Anwesenheit von Angehörigen während einer kardiopulmonalen Reanimation. *intensiv*, 13, 215-220.

Köberich, S. (2006). Einstellungen und Erfahrungen von Angehörigen zur Anwesenheit von Angehörigen während der kardiopulmonalen Reanimation. *PrInterNet*, 01, 60-63.

Madden, E. & Condon, C. (2007). Emergency Nurses' Current Practices and Understanding of Family Presence During CRP. *Journal of Emergency Nursing*, 33(5), 433-440.

Macy, C., Lampe, E., Swor, R., Zalenski, R. & Compton, S. (2005). The relationship between the hospital setting and perceptions of family-witnessed resuscitation in the emergency department. *Resuscitation*, 70, 74-79.

Meyers, T. A., Eichhorn, D.J., Guzzetta, C. E., Clark, A. P. & Taliaferro, E. (2004). Family Presence During Invasive Procedures and Resuscitation. The Experience of Family Members, Nurses and Physicians. *Topics in emergency medicine*, 26(1), 61-73.

Moesmand, A. M. et al. (2002). *Pflege von Akutkranken* (L. Schneider, Übers.). München Jena: Urban & Fischer. (Originalwerk publiziert 1998)

Ong, M. E. H., Chung, W. L. & Mei, J. S. E. (2004). Asian medical staff attitudes towards witnessed resuscitation. *Resuscitation*, 60, 45-50.

Ong, M. E. H., Chung, W. L. & Mei, J. S. E. (2007). Comparing attitudes of the public and medical staff towards witnessed resuscitation in an Asian population. *Resuscitation*, 73(1), 103-108.

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

Saxer, S. (2000a). *Bewertung qualitativer Forschungsarbeiten. Unterrichtsmaterial, Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe, Aarau.*

Saxer, S. (2000b). *Bewertung quantitativer Forschungsarbeiten. Unterrichtsmaterial, Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe, Aarau.*

Wagner, J. M. (2004). Lived Experience of Critically Ill Patients'family Members During Cardiopulmonary Resuscitation. *American Journal of Critical Care*, 13, 416-420.

Weslien, M., Nitstun, T., Lundqvist, A. & Fridlund, B. (2005). Narratives about resuscitation – Family members differ about presence. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 68-74.

[W001]: Verordnung über die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten und der Gesundheitsfachpersonen (Patientenrechtsverordnung, PatV). Zugriff am 26.07.2008m auf [http://www.regionalspital-emmental.ch/\\_files/r\\_pr\\_team--projekte\\_rse-homepage\\_redesign-fertige1.pdf](http://www.regionalspital-emmental.ch/_files/r_pr_team--projekte_rse-homepage_redesign-fertige1.pdf)

[W002]: Reanimationsentscheidungen: Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen. Vom Senat der SAMW zur Vernehmlassung genehmigt am 20. Mai 2008. Zugriff am 12.07.2008,auf [http://www.samw.ch/docs/Richtlinien/d\\_DNAR\\_DEF.pdf](http://www.samw.ch/docs/Richtlinien/d_DNAR_DEF.pdf)

## **9 Anhang**

### Anhang 1

## Anhang 2

Meyers et al. (2004) Family Presence During Invasive Procedures and Resuscitation

## Anhang 3