



Bachelorarbeit

Interprofessionelle Angehörigenarbeit bei einem schweren Schädel-Hirn-Trauma

Evelyne Kägi **S10867026**

Tanja Muff **S10868263**

Departement: **Gesundheit**
Institute: **Institut für Ergotherapie, Institut für Pflege**
Studienjahr: **2010**
Eingereicht am: **03.05.2013**
Betreuende Lehrperson: **Marion Huber**

Inhaltsverzeichnis:

Abstract

1. Einleitung	4
1.1. Problemstellung	4
1.2. Fragestellung	5
1.3. Zielsetzung	6
2. Schädel-Hirn-Trauma	6
2.1. Diagnostik	6
2.2. Auswirkungen	7
2.3. Prognose	8
3. Angehörige	9
3.1. Bedeutung eines SHT für Angehörige	9
3.2. Unterschiede der Bedürfnisse von Familien in der Akutklinik zur stationären Rehabilitation	10
3.3. Das Angehörigenmodell nach Lezak (1986)	11
4. Rehabilitation	14
5. Interprofessionelles Team	17
5.1. Aufgabenverteilung in der Angehörigenarbeit auf die Ergotherapie und die Pflege bezogen	20
6. Methodik	20
6.1. Beschreibung der Literaturrecherche	20
7. Resultate	23
7.1. Bedürfnisse von Angehörigen eines SHT-Betroffenen	24
7.2. Ratschläge für das Gesundheitspersonal	29
7.3. Aufgabenverteilung der Angehörigenarbeit auf die Teammitglieder	35
8. Diskussion	35
8.1. Vorstellung der Hauptstudien:	36
8.2. Kritische Diskussion der Ergebnisse	42
8.3. Bezug zum Angehörigenmodell nach Lezak (1986)	44
8.4. Bezug zur Interprofessionalität:	45
8.5. Bedeutung der Interprofessionalität im Bezug auf die Angehörigenarbeit	46
9. Theorie-Praxis-Transfer	48
10. Schlussteil	56
10.1. Limitationen	56
10.2. Schlussfolgerung	57

11. Verzeichnisse	59
11.1. Literaturverzeichnis	59
11.2. Abbildungsverzeichnis	66
11.3. Tabellenverzeichnis	66
11.4. Abkürzungsverzeichnis	66
12. Glossar	67
13. Danksagung	70
14. Eigenständigkeitserklärung	71
15. Anhang	72

Abstract

Hintergrund:

In der Schweiz erleiden jährlich circa 715 Personen ein schweres Schädel-Hirn-Trauma. Dies kann massive Auswirkungen für den Patienten sowie dessen Familie haben. Während in der stationären Rehabilitation der Fokus meist nur auf dem Betroffenen liegt, werden die Angehörigen oft vernachlässigt.

Ziel:

Die Autorinnen setzten sich das Ziel, die Bedürfnisse von Angehörigen von Schädel-Hirn-Trauma-Betroffenen in der stationären Rehabilitation zu identifizieren, Ratschläge um diesen zu begegnen, abzugeben und aufzuzeigen, wer vom interprofessionellen Team diese Aufgaben übernehmen soll.

Methodik:

Um die Fragestellung zu beantworten, wurden verschiedene qualitative Studien hinzugezogen und ausgewertet.

Ergebnisse:

Die Ergebnisse zeigen auf, dass Familien von Schädel-Hirn-Trauma-Betroffenen das Bedürfnis nach Informationen, emotionaler Unterstützung, einer Neuordnung des Lebens, einem umfassenden Gesundheitsversorgungssystem, Edukation des Gesundheitspersonals und der Bevölkerung, einer professionellen Partnerschaft mit dem Gesundheitspersonal, einer Vertrauensperson, Unterstützung im Umgang mit dem SHT-Betroffenen, administrativer und finanzieller Unterstützung und Berücksichtigung der Kultur haben. Die Ratschläge dienen dem Gesundheitspersonal, um den herausgearbeiteten Bedürfnissen zu begegnen. Zusätzlich zeigen die Resultate auf, wie die Interprofessionalität in der stationären Rehabilitation umgesetzt werden kann.

Schlussfolgerung:

Die Ergebnisse bestätigen die Wichtigkeit der Angehörigenarbeit in der stationären Rehabilitation und bieten eine Grundlage für weitere Forschung.

Schlagwörter:

Schädel-Hirn-Trauma, Familie, Bedürfnis, stationäre Rehabilitation, interprofessionell

Keywords:

traumatic brain injury, family, needs, rehabilitation, interprofessional

1. Einleitung

Ein kleiner Moment der Unaufmerksamkeit - ein Autounfall, ein Sturz - und nichts ist mehr, wie es einmal war. Tagelange Spitalaufenthalte und monatelange Therapien folgen.

Laut dem schweizerischen Forschungsnetzwerk PEBITA (2010) erleiden in der Schweiz pro Jahr circa 715 Personen ein schweres Schädel-Hirn-Trauma. In 40 Prozent der Fälle liegt dieser Verletzung ein Verkehrsunfall zu Grunde. Laut Fragile Suisse (n.d.) ist das Schädel-Hirn-Trauma, aufgrund der grossen jährlichen Anzahl Neubetroffener¹, schon seit längerem ein Anliegen des schweizerischen Gesundheitswesens. Die Tendenz zeigt auf, dass die Schädel-Hirn-Traumen, bedingt durch die vermehrte Gewaltanwendung durch andere Personen, weiter zunehmen werden (Exadaktylos, Häuselmann und Zimmermann, 2007). Bei Jugendlichen und Kindern stellt es die häufigste Todesursache dar (PEBITA, 2010). Auch wenn man einen schlimmen Unfall überlebt, eine schwere traumatische Hirnverletzung zieht meistens schwerwiegende Folgen mit sich, welche grösstenteils irreparabel sind (Jascha, 2009). Dabei wird nicht bloss die Lebensqualität der Betroffenen langfristig beeinflusst, sondern auch diejenige der Angehörigen (Jumisko, Lexell & Söderberg, 2007). Während die Patienten im Spital behandelt und therapiert werden und alles daran gesetzt wird, dass sie die Rückkehr in den Alltag bewältigen können, wird auf die Angehörigen wenig eingegangen (Leith, Philipps und Sample, 2004). Ihre Sorgen, Anliegen und Befürchtungen werden in dieser Zeit häufig vernachlässigt (Leith et al., 2004). Man, Lam und Bard (2003) betonen, dass sich das Gesundheitspersonal um die Anliegen von Angehörigen kümmern sollte. Denn sie sollen gesund bleiben, um den hohen Anforderungen, welche die kommende Zeit bringen wird, standhalten zu können (Man et al., 2003).

1.1. Problemstellung

Ein Schädel-Hirn-Trauma-Ereignis tritt meist ganz plötzlich auf und bringt für die Familienmitglieder des Betroffenen sowohl kurz- wie auch langfristige Auswirkungen mit sich (Lefebvre, Pelchat & Levert, 2012). In der Praxis ist es jedoch so, dass der Fokus vor allem auf dem Patienten liegt und die Bedürfnisse der Angehörigen

¹ Zur sprachlichen Vereinfachung und verbesserten Lesbarkeit wird in dieser Arbeit die männliche Form benützt. Wenn nichts anderes angegeben wird, gilt diese auch für die weibliche Form.

vernachlässigt werden (Leith et al., 2004). Jumisko et al. (2007) zeigen die Missstände in der Betreuung von Angehörigen während der Rehabilitationszeit des Patienten auf. Auch Lefebvre et al. (2007) bemängeln, dass die Probleme der Familienangehörigen in den interprofessionellen Interventionen zu oft vergessen gehen. Dabei wäre es laut Man et al. (2003) wichtig, dass die Bedürfnisse von Familienmitgliedern ernst genommen werden und ihnen begegnet wird. Schliesslich sollen sie körperlich und psychisch gesund bleiben, damit sie mit den hohen Anforderungen, mit welchen sie in dieser Situation konfrontiert werden, umgehen und im Rehabilitationsprozess aktiv mitwirken können (Man et al., 2003). Foster, Armstrong, Buckley, Sherry, Young, Foliaki, James-Hohaia, Theadom & McPherson (2012) zeigen in ihrer Studie auf, dass die Unterstützung und der Einbezug der Familie des Schädel-Hirn-Trauma-Betroffenen in der stationären Rehabilitation die Chance auf ein gutes Outcome erhöht. Auch Bond, Draeger, Mandelco und Donnelly (2003) erwähnen, dass die Adaptionfähigkeit und die Fähigkeit der Familie ihre Ressourcen zu mobilisieren, sich positiv auf die Kurzzeit- und Langzeiterfolge des Schädel-Hirn-Trauma-Patienten auswirken können. Sander, Caroselli, High, Becker, Neese und Scheibel (2002) zeigen den Zusammenhang zwischen dem „Funktionieren der Familie“ des SHT- Betroffenen und dessen Fortschritte in der Rehabilitationsphase auf. Patienten mit unterstützenden Familien erzielten in ihrer Studie bessere Resultate als jene, die keine hilfegebenden und motivierenden Angehörigen hatten.

Kreutzer, Stejskal, Ketchum, Marwitz, Taylor und Menzel (2009) bemerken, dass sich trotz der grossen Bedürfnisse der Familien bisher nur wenige Forscher dem Thema angenommen haben. Auch evidenzbasierte Interventionen für den Schädel-Hirn-Trauma-Patienten und dessen Familienmitglieder wurden bislang kaum entwickelt (Kreutzer et al., 2009). Dies führt dazu, dass nach wie vor viele Fragen bezüglich der Angehörigenarbeit unbeantwortet bleiben (Kreutzer et al., 2009).

1.2. Fragestellung

Welche Bedürfnisse haben Angehörige von Schädel-Hirn-Trauma-Patienten in der stationären Rehabilitation und durch welche Interventionen kann die Pflege und die Ergotherapie diesen begegnen?

1.3. Zielsetzung

Das Ziel dieser Literaturarbeit ist es, zu erfassen, welche Bedürfnisse Angehörige von Schädel-Hirn-Trauma-Patienten während der Rehabilitationszeit haben. Des Weiteren soll untersucht werden, welche Unterstützung die Familienmitglieder in dieser Situation von Fachkräften benötigen, um diese Zeit möglichst ressourcenorientiert bewältigen und um dem Schädel-Hirn-Trauma-Patienten bestmöglich beistehen zu können. Die Studienergebnisse dienen als Ansatz, um den Unterstützungsbedarf zu erfassen und einen Katalog mit Ratschlägen zu interprofessionellen Interventionsmöglichkeiten bereitzustellen. Der Katalog soll gleichzeitig aufzeigen, welche Interventionen idealerweise von welcher Fachkraft durchgeführt werden sollte.

Schlussendlich soll dieser Katalog Gesundheitsfachkräften, insbesondere Pflegefachpersonen und Ergotherapeuten, bei der Angehörigenarbeit unterstützen und ihnen als Leitfaden dienen.

2. Schädel-Hirn-Trauma

Unter einem Schädel-Hirn-Trauma versteht man die Verletzung des Schädels sowie der Hirnsubstanz (Hufschmidt & Hermann Lücking, 2007). Die häufigsten Ursachen stellen Verkehrsunfälle sowie Stürze dar. Aufgrund der mechanischen Kraft, die von aussen auf das Hirn einwirkt, verliert der Verletzte das Bewusstsein oder fällt ins Koma (Coco, Tossavainen, Jääskeläinen & Turunen, 2011). In dieser Arbeit wird der Begriff des Schädel-Hirn-Traumas zur Vereinfachung als SHT abgekürzt.

2.1. Diagnostik

Das Schädel-Hirn-Trauma wird in drei Schweregrade eingeteilt: leichtes SHT, mittelschweres SHT und schweres SHT (Hufschmidt et al., 2007). Die Einteilung kann mittels klinischen Kriterien oder der Glasgow-Coma-Scale erfolgen (siehe Anhang A). Im Rahmen dieser Arbeit wird nur auf die mittelschweren und schweren SHT eingegangen.

Bei einem mittelschweren SHT befindet sich der Patient bis zu 24 Stunden im Koma (Netter, 2007). Daneben kann es zu einer Bewusstseinstrübung über mehrere Stunden bis wenige Tage kommen (Freivogel, 1997). Der Patient zeigt je nach Lokalisation der Hirnschädigung flüchtige Symptome (Freivogel, 1997). Er leidet

selten unter neurologischen Ausfällen, wohingegen vegetative Störungen häufig auftreten (Netter, 2007). Diese Symptome können zu Dauerbeschwerden werden (Netter, 2007).

Im Vergleich zum mittleren SHT fallen laut Freivogel (1997) die Patienten mit einem schweren bis schwersten SHT in ein langanhaltendes Koma, welches Wochen bis Monate andauern kann. Der Autor erklärt, dass der Patient in diesem Fall mit erheblichen Dauerfolgeschäden rechnen muss. Jascha (2009) fügt an, dass die Art und der Umfang der Schäden von der Lokalisation und des Schweregrades der Hirnschädigung abhängig und von Patient zu Patient verschieden ist. In besonders schweren Fällen kann es laut Freivogel (1997) zu einem apallischen Syndrom bis hin zum Hirntod kommen.

2.2. Auswirkungen

Während ein leichtes SHT, welches auch als Gehirnerschütterung bezeichnet wird, meist folgenlos bleibt, tragen Patienten nach einem mittelschweren bis schweren SHT häufig schwerwiegende Folgeschäden davon (Jascha, 2009). Laut einer Studie von Whitnall, McMillan, Murray und Teasdale (2006) sind 19 Prozent auch fünf bis sieben Jahre nach dem Unfall noch immer schwerstbehindert. Laut Jascha (2009) ist das Störungsmuster jeweils von der Lokalisation im Gehirn und der Grösse der Hirnschädigung abhängig. Er erklärt, dass die motorischen Störungsbilder zu den häufigsten auftretenden neurologischen Störungen gehören. Dabei können Hemi- bis hin zu Tetraparesen, Störungen der Bewegungskoordination, eine Minderung der Gefühlsempfindung in verschiedenen Teilen des Körpers sowie Schluck- und Sprachstörungen erscheinen (Jascha, 2009). Pössl und Mai (2002) sagen, dass aufgrund dieser Defizite für SHT-Patienten die alltäglichsten Verrichtungen zu einer unüberwindbaren Herausforderung werden können. Sie sind nun bei Aktivitäten, welche die Betroffenen früher selbstständig durchgeführt haben, auf Hilfe angewiesen

(Pössl et al., 2002). Plötzlich wird die Körperpflege, das Ankleiden oder die Essenszubereitung zu einer grossen Hürde. (Pössl et al., 2002) Die Angehörigen, insbesondere der Lebenspartner, müssen jetzt Aufgaben übernehmen, welche früher der Betroffene selbst erledigen konnte (Pössl et al., 2002).

Greenwood (2002) fügt an, dass nach traumatischen Kopfverletzungen

Persönlichkeitsveränderungen auftreten können (Greenwood, 2002). Zudem erwähnt er, dass Patienten egozentrisch, taktlos, kindisch, energielos und reizbar werden können (Greenwood, 2002). Die Veränderungen führen bis hin zu sturen und aggressiven Verhaltensweisen (Greenwood, 2002). SHT-Patienten können zudem an abrupten Stimmungsschwankungen leiden (Greenwood, 2002). Diese sind für Angehörige nur schwer nachvollziehbar und werden als unberechenbar erlebt, da die SHT-Patienten teilweise adäquat und andere Male übertrieben auf Situationen reagieren (Greenwood, 2002). Pössl et al. (2002) erklärt dies als ein Grund, weshalb es zu Veränderungen innerhalb von Beziehungen kommen kann.

Neben den motorischen und sozialen Veränderungen, kommt es beim SHT häufig auch zu kognitiven Einschränkungen (Serino, Ciaramelli, Di Santantonio, Malagu, Servadei & Làdavas, 2005). Laut Serino et al. (2005) sind die Aufmerksamkeit, das Erinnerungsvermögen und exekutive Funktionen nach einem SHT oft beeinträchtigt. Dem SHT-Patient kann es schwer fallen, Handlungen zu planen und zweckmässig auszuführen (Serino et al., 2005). Dies führt dazu, dass der SHT-Betroffene Termine vergisst oder sich von seinen Zielen leicht ablenken lässt (Serino et al., 2005).

Zusätzlich haben die Betroffenen Mühe, sich zu konzentrieren, da ihre Aufmerksamkeit und Gedächtnisleistung gestört sind (Serino et al., 2005).

Daneben sind vielfach auch die Kommunikation und die Wahrnehmung eingeschränkt (Pössl et al., 1996). Laut Pössl et al. (1996) ist der SHT-Patient aufgrund der verminderten Verarbeitungsgeschwindigkeit verlangsamt und ermüdet schnell. Der Autor erklärt, dass bedingt durch die zusätzlichen Konzentrationsschwierigkeiten es dem SHT-Betroffenen beispielsweise schwer fällt, einem Gespräch zu folgen. Die kognitiven Veränderungen sind wie oben schon erwähnt sehr unterschiedlich und wirken sich stark auf den Alltag aus (Pössl et al., 1996). Hindernd kommt hinzu, dass sich der Betroffene seiner Defizite meist nur ungenügend bewusst ist, sodass die soziale Interaktion sowie die Interaktion mit der Umwelt erschwert ist (Vanderploeg, Belanger, Duchnick, Curtiss, 2007).

2.3. Prognose

Um eine Prognose bei Patienten mit einem SHT zu stellen, müssen verschiedene Faktoren berücksichtigt werden (Oder, 2004). Dabei spielt nicht nur die Primärschädigung des Gehirns zum Zeitpunkt des Unfalls eine Rolle sondern auch

die Sekundärschäden, welche noch Wochen bis Monate nach dem Unfall auftreten können (Oder, 2004). Oftmals kommt es aufgrund von Begleitverletzungen wie Thoraxtraumen oder einem massiven Blutverlust zu Kreislaufinstabilitäten und einer Hypoxie, welche wiederum zu einer zerebralen Ischämie und einem Hirndruckanstieg führt (Oder, 2004). Diese zerebrale Hypoxie hat einen entscheidenden Einfluss auf die Prognose des Patienten (Oder, 2004). Zudem fand Oder (2004) heraus, dass die Genesung in einem direkten Zusammenhang mit den neurologischen Ausfällen steht. Je länger der Patient bewusstlos war, desto schlechter stehen seine Chancen, ohne Folgeschäden weiterleben zu können oder gar zu überleben (Oder, 2004). Auch das Alter hat einen direkten Einfluss auf die Dauer und den Erfolg der Rehabilitation, da die Wahrscheinlichkeit von Vorerkrankungen und operativen Komplikationen bei älteren Menschen oftmals höher ist (Oder, 2004). Zusammenfassend kann man sagen, dass die grosse Unterschiedlichkeit der Verletzungsmuster bei Patienten mit einem SHT es unmöglich machen, eine eindeutige Prognose zu stellen (Oder, 2004).

3. Angehörige

Wright und Leahey (2000) definieren „Familie“ als eine Einheit, bei welcher unter den Mitgliedern Bindungen und Zugehörigkeitsgefühle, sowie zukünftige Verpflichtungen bestehen. Die Mitglieder können, müssen aber nicht miteinander verwandt sein (Wright et al., 2000).

In dieser Arbeit wird nur auf volljährige Angehörige eingegangen und „Familie“ oder „Familienmitglieder“ werden als Synonyme für den Angehörigen des SHT-Patienten verwendet.

3.1. Bedeutung eines SHT für Angehörige

Ein mittelschweres oder schweres SHT kann massive Auswirkungen für den Patienten sowie dessen Familie haben (Kneafsey & Gawthorpe, 2004). Beim Patienten können aufgrund der Verletzung physische, psychische, soziale und emotionale Schwierigkeiten auftreten (Kneafsey et al., 2003). Für die Familie kann es durch den Wandel des Betroffenen zu lebenslangen Veränderungen in ihren Beziehungen, Lebensstilen und der Qualität ihres Lebens kommen (Kneafsey et al., 2004). Laroi (2003) erwähnt, dass die grossen Veränderungen im motorischen, emotionalen und kognitiven Bereich des SHT-Patienten für Angehörige schwer

nachvollziehbar und zu verstehen sind. Daher ist es für sie anspruchsvoll, dass Verhalten ihres Familienmitgliedes richtig einzuordnen (Laroi, 2003). Die Beeinträchtigungen des SHT-Betroffenen führen zu einer Hilfsbedürftigkeit und somit zu einer Abhängigkeit und zu einem Rollenwechsel (Pössl et al., 1996). Für die Angehörigen bedeutet dies, dass sie eine Vielzahl alltäglicher Aufgaben für den Betroffenen übernehmen müssen (Pössl et al., 1996). Sie sind zuständig für den Transport des Hirnverletzten zu Therapien, dessen Freizeit und die emotionale Unterstützung (Sander et al., 2002). Zusätzlich müssen sie Rollen und Aufgaben übernehmen, die der SHT-Betroffene früher eigenständig ausführte, ihnen nun aber nicht mehr gerecht werden kann. So wird die Familie verantwortlich für die Haushaltsführung, das Finanzmanagement, die Kindererziehung und das Einkommen (Laroi, 2003). Kneafsey et al. (2004) fassen es so zusammen, dass Familien ihre Autonomie verlieren und mit den Stimmungsschwankungen, veränderten kognitiven Fähigkeiten und Persönlichkeitsveränderungen des SHT-Betroffenen umgehen lernen und mit Finanzeinbussen rechnen müssen.

3.2. Unterschiede der Bedürfnisse von Familien in der Akutklinik zur stationären Rehabilitation

Keenan und Joseph (2010) fanden heraus, dass sich die Bedürfnisse von Familien im Verlaufe der Zeit verändern. So haben sie laut den Autoren in der Akutphase andere Bedürfnisse als in der Rehabilitationsphase. Auf der Intensivstation steht für die Familie das Überleben des Angehörigen im Vordergrund (Keenan et al., 2010). Sie übernehmen kleine Aufgaben im pflegerischen Bereich, wie beispielsweise das Eincremen der Füsse des Patienten oder das Abwischen von Speichel vom Mund (Keenan et al., 2010). Lefebvre et al. (2012) erklären, dass Familien direkt nach dem Ereignis ein grosses Bedürfnis nach Informationen haben, um ihre grosse Unsicherheit zu vermindern. Im Vergleich zur Akutphase, welche von Unsicherheit geprägt ist, haben die Angehörigen in der stationären Rehabilitation die Gewissheit, dass der Betroffene überleben wird (Lefebvre et al., 2012). Angehörige entwickeln jedoch während dieser Zeit unrealistisch optimistische Erwartungen (Lezak, 1986). Die Autorin erwähnt, dass die Familie oftmals nichts oder nur wenig über die Anatomie des Hirns und die Auswirkungen einer Hirnverletzung wissen und sich daher nicht vorstellen können, welche Folgen diese mit sich bringt. Anfänglich, wenn

der Patient die grössten Fortschritte macht, werden die Angehörigen laut Lezak (1986) in ihrer Annahme, dass sich der Patient wieder vollständig erholen wird, bestätigt. Kneafsey et al. (2003) erklären, dass erst nach längerer Zeit der Hirnverletzung die Komplexität und die Auswirkungen der Hirnverletzung ersichtlich werden. In der Rehabilitationsphase beginnt sich die Familie dann Gedanken um die Lebensqualität des Angehörigen, das Familienleben und die zukünftigen Veränderungen zu machen (Keenan et al., 2010). Sie entwickeln eine Idee dafür, was es heisst mit einem SHT-Betroffenen zusammenzuleben und ihn zu unterstützen (Fleming, Sampson, Cornwell, Turner & Griffin, 2012). Den Angehörigen ist es dabei wichtig, den Anschluss in den Alltag wieder zu finden, in die Pflege und Therapie des Betroffenen mit einbezogen zu werden und die Hoffnung auf Besserung oder eine vollständige Genesung nicht zu verlieren (Keenan et al., 2010).

3.3. Das Angehörigenmodell nach Lezak (1986)

Während der Rehabilitationsphase des Betroffenen durchlebt die Familie eine Reihe von Reaktionen und Gefühlen. Lezak (1986) hat ein Angehörigenmodell entwickelt, in welchem sie diesen Prozess in sechs Stadien unterteilt. Sie fügt an, dass einige Familienmitglieder alle diese Phasen durchleben, andere ein oder zwei der Stadien überspringen, und wiederum andere jahrelang in der gleichen Phase stecken bleiben. Der Durchlauf dieser Phasen kann in unterschiedlichen Reihenfolgen und mit wechselnder Intensität ablaufen (Lezak, 1986). Es kann auch sein, dass Angehörige aufgrund eines einschneidenden Erlebnisses wieder in eine Phase zurückfallen. Wenn die Familie im Stadium VI angelangt ist, hat sie die Ressourcen ihr Leben neu zu organisieren (Lezak, 1986). Das Erleben der Rehabilitationszeit ist individuell und das Durchleben der einzelnen Phasen ist ein ungleichmässig verlaufender Weg (Lezak, 1986).

In der nachfolgenden Abbildung 1 werden die einzelnen Stadien erwähnt und genauer erklärt.

Abbildung 1: Das Angehörigenmodell (in Anlehnung an das Angehörigenmodell nach Lezak, 1986)

Stadium I:

Das erste Stadium beginnt, wenn Angehörige den Betroffenen zum ersten Mal mit nach Hause nehmen dürfen (Lezak, 1986). Dabei stehen die Freude und das Glück, dass man den geliebten Menschen wieder bei sich hat, im Vordergrund. Laut Lezak (1986) fokussiert sich die Familie so sehr auf das Helfen, dass Verhaltensunterschiede des Betroffenen vorerst unbemerkt bleiben. Das kindische und anstrengende Benehmen wird von ihnen auf die momentane Müdigkeit oder auf die Aufregung wieder zu Hause zu sein zurückgeführt. Die Autorin erwähnt, dass die Angehörigen in dieser Phase oftmals noch nicht bereit sind, Beratung oder professionelle Hilfe anzunehmen. Ratschläge bleiben ungehört und können stattdessen zu Wut und Ärger führen.

Stadium II:

Mit der Zeit beginnen der Optimismus und die Energie zu schwinden (Lezak, 1986). Bevor die Angehörigen die irreversiblen Veränderungen akzeptieren können, gehen viele durch eine Phase, in welcher die beängstigende Verunsicherung im Zentrum steht. Sie spüren, dass sich etwas verändert hat und nicht mehr ist wie bis anhin. Jedoch ist es ihnen laut der Autorin nicht möglich, diese Veränderungen zu beschreiben oder zu benennen. Brooks und McKinlay (1983) fanden heraus, dass die Familienmitglieder im Verlaufe des ersten Jahres immer sensibler für das störende Verhalten des Betroffenen werden. Für einige Familien ist diese Verwirrung, welche das zweite Stadium charakterisiert, der Ausschlag, um professionelle Hilfe und Beratung einzuholen (Lezak, 1986).

Stadium III:

Das dritte Stadium tritt typischerweise in der zweiten Hälfte des ersten posttraumatischen Jahres auf (Lezak, 1986). Die Situation verschlechtert sich für die Familie zusehends, obwohl sie alles daran setzt, sie zu verbessern. Der Betroffene hat sich zu diesem Zeitpunkt soweit erholt, dass er versucht, die alltäglichen Aktivitäten wieder aufzunehmen. Die Tatsache, dass jedoch vieles nicht mehr möglich ist, führt laut der Autorin sowohl bei dem Betroffenen selbst, als auch bei dessen Angehörigen zu Unmut und Enttäuschung. Angehörige, insbesondere primäre Betreuungspersonen machen sich selbst für die Situation verantwortlich und zu der Verwirrung mischen sich nun noch Schuldgefühle, Frustration und Ärger (Lezak, 1986).

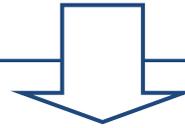
Hinzu kommt, dass sich das störende, unangebrachte Verhalten des Patienten zu gewöhnlichen Reaktionsmustern entwickelt (Lezak, 1986). Nun beginnen viele Angehörige sich zum ersten Mal mit dem Gedanken auseinanderzusetzen, dass diese Charakterveränderungen irreversibel sind und sich ihr Leben drastisch und unwiderrufflich verändert hat (Lezak, 1986). Die Hoffnung für eine vollumfängliche Erholung schwindet und die Familie wird mit der Tatsache konfrontiert, dass sie nun mit einem Menschen mit grossen Einschränkungen leben, der nur wenig zurückgeben kann (Lezak, 1986). In dieser Zeit äussern viele verunsicherte Angehörige, die Angst verrückt zu werden (Lezak, 1986). Die Konflikte zu Hause sind dabei intensiv und nur wenige können bereits an die Zukunft denken (Lezak, 1986).

Stadium IV:

Laut Lezak (1986) vergeht häufig mehr als ein Jahr, in welchem die Angehörigen in einer Krise stecken, sich haltlos fühlen und keine Pläne für die Zukunft machen. Viele Familienmitglieder kämpfen mit der Tatsache, dass der Betroffene immer noch derselbe ist, seine Persönlichkeit sich jedoch aufgrund der Hirnverletzung massiv verändert hat. Lezak (1986) erwähnt, dass das vierte Stadium dann erreicht wird, wenn die Angehörigen verstehen, dass sie nicht für die emotional schwierige Familiensituation verantwortlich sind und dass der Patient höchstwahrscheinlich nicht mehr grosse Fortschritte zeigen wird. Sie sind nun in der Lage realistisch über die Zukunft nachzudenken und für das Wohl der Familie zu sorgen (Lezak, 1986). Die meisten Familien sind zum ersten Mal bereit, Hilfe anzunehmen. Lezak (1986) macht deutlich, dass es dabei wichtig ist, dass man den Familienmitgliedern hilft, den Betroffenen als eine neue Person zu sehen; eine Person, welche man sich nicht ausgesucht hat und dessen Verhalten man nicht persönlich nehmen sollte. Wenn die Angehörigen beginnen, dies zu verstehen und zu akzeptieren, sind sie in der Lage, einen emotionalen Frieden zu erlangen (Lezak, 1986).

Stadium V:

Die Angehörigen haben in dem Stadium V die Hoffnung auf die Wiedererlangung der prämorbidem Persönlichkeit des Betroffenen aufgegeben (Lezak, 1986). Nun beginnt die Phase des aktiven Trauerns. Das Trauern um einen lebenden Menschen ist nach Aussage der Autorin sozial inakzeptabel und führt dazu, dass man keine Unterstützung darin erhält. Es ist ein einsamer und isolierter Prozess. Lezak (1986) zeigt auf, dass es in dieser Situation wichtig ist, dass man die Familie als Ganzes unterstützt und ihnen aufzeigt, dass dieser emotionale Konflikt legitim ist.



Stadium VI:

Wenn man das Stadium VI erreicht hat, ist die Familie wieder in der Lage ihr Leben neu zu organisieren (Lezak, 1986). Die emotionale Entbindung von dem Ereignis führt dazu, dass die Wut und die Schuldgefühle abgelegt werden können. Es erlaubt der Familie, wieder ein für sie sinnvolles Leben zu führen. Laut Lezak (1986) erleben Familienmitglieder dabei keine Veränderung der Situation, aber sie haben gelernt sich damit zu arrangieren und sich neu zu orientieren.

In dieser Phase ist es für die Angehörigen wichtig, dass sie Unterstützung und/oder einen Heimplatz organisieren oder es für sie organisiert wird (Lezak, 1986).

4. Rehabilitation

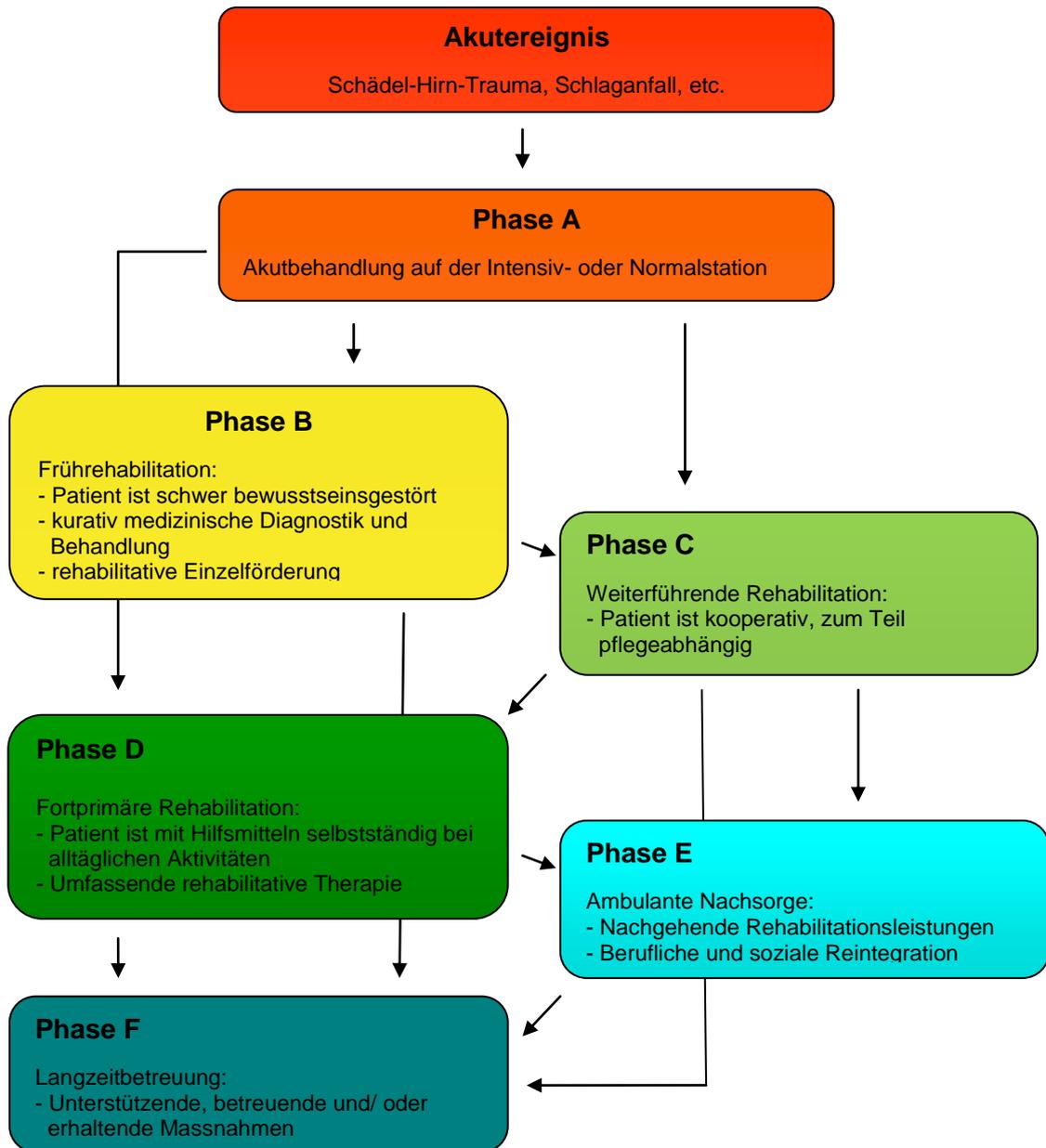
Ein SHT kann schwerwiegende Folgen mit sich bringen, welche den Patienten in seinen motorischen, sensorischen wie auch emotionalen Funktionen stark beeinträchtigen (Jascha, 2009). Um eine bestmögliche Rückentwicklung dieser Einschränkungen zu erzielen, ist ein frühstmöglicher Beginn mit der Rehabilitation essentiell (Chua, Yap & Bok, 2007). Oder (2004) erklärt, dass während den ersten sechs Monaten nach dem Ereignis die grössten Fortschritte erzielt werden. Marks und Dagett (2006) erwähnen in ihrer Studie, dass die Rehabilitationsphase zu dem Zeitpunkt beginnt, wenn der Patient von der Intensivstation auf die Überwachungsstation verlegt wird und mit dem Austritt aus der stationären Rehabilitation endet. Die World Health Organisation (WHO, 1981) definiert die Rehabilitation folgendermassen:

„Rehabilitation umfasst den koordinierten Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, pädagogischer und technischer Maßnahmen sowie Einflussnahmen auf das physische und soziale Umfeld zur Funktionsverbesserung zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität zur weitestgehend unabhängigen Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird.“ (S. 9)

Der Prozess der Rehabilitation kann in verschiedene Phasen von A bis F gegliedert werden. Die Einteilung erfolgt dabei aufgrund des Schweregrades der neurologischen Funktionsstörungen und der momentanen Verfassung des Patienten (Kaps, 2009). Währenddem sich die Patienten in der Phase A und B meist noch auf der Intensivstation bzw. im Akutspital befinden, liegt der Schwerpunkt der Phasen C bis F auf der Rehabilitation von Defiziten und der Wiedereingliederung in den Alltag (Kaps, 2009).

In der nachfolgenden Grafik werden die verschiedenen Phasen kurz erklärt. Je nach Schweregrad der Verletzung und den erzielten Fortschritten können Phasen übersprungen werden oder der Patient kann wieder zurückfallen (Kaps, 2009)

Abbildung 2: Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation (in Anlehnung an das Modell der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR)



Im Rahmen dieser Arbeit werden nur Angehörige von Patienten berücksichtigt, welche sich in der Phase C oder D des Phasenmodells der neurologischen Rehabilitation nach BAR (siehe Abbildung 2) befinden.

Für die Zeit in der stationären Rehabilitation wird in dieser Arbeit das Wort Rehabilitationsphase benutzt, auch wenn diese Phase eigentlich früher beginnen würde und solange dauert, wie eine Person Therapien erhält.

5. Interprofessionelles Team

Eine umfassende Rehabilitation von Patienten erfordert ein interprofessionelles Team (Körner, 2010). Unter einem interprofessionellen Team wird in der Literatur das Zusammenarbeiten verschiedener Professionen verstanden (Schroeder, 2009). Im Gesundheitswesen bestehen solche Teams aus Ärzten, Psychologen, Ergo- und Physiotherapeuten, Pflegefachpersonen sowie Sozialarbeitern und Logopäden (Körner, 2010). Laut Lefebvre et al. (2012) gehören in der Rehabilitation von SHT-Patienten nicht nur das Klinikpersonal sondern auch dessen Familienmitglieder zum interprofessionellen Team. Foster et al. (2012) erklären die Wichtigkeit des Einbezugs der Familie bei Zielsetzungen und der Planung der Rehabilitation, da sie einzigartiges Wissen über den Patienten haben. Laut Mc Nair (2005) spricht man dann von Interprofessionalität, wenn zwei oder mehr Professionen voneinander, miteinander und übereinander lernen, mit dem Ziel die Zusammenarbeit in der Praxis zu vereinfachen. Sie bilden laut Körner (2010) ein Team, um die verschiedenen Disziplinen, Assessments und Evaluationsarten zusammenzubringen, was eine ganzheitliche Sicht der Probleme des Patienten ermöglicht.

Die Wichtigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit wird laut Hall (2005) immer mehr erkannt. Schroeder (2009) zeigt zudem auf, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit im zukünftigen Gesundheitswesen noch an Wichtigkeit gewinnen wird. Der Grund dafür liegt einerseits in der Zunahme der ökonomischen Zwänge (Schroeder, 2009). So hat man laut Hall (2005) erkannt, dass der interprofessionelle Ansatz zu einer verbesserten Qualität der Rehabilitation beiträgt und durch die Zusammenarbeit Kosten eingespart werden können. Andererseits wird der zukünftige Anstieg der Komplexität der Erkrankungen dazu führen, dass es für das Gesundheitspersonal immer schwieriger wird, sich ein umfassendes Gesamtbild der Patientensituation zu verschaffen (Schroeder, 2009). Die Autorin des Fachartikels erwähnt, dass dabei eine hohe Koordination und Kooperation unter den einzelnen Berufsgruppen gefragt sein wird. Durch die interprofessionelle Zusammenarbeit werden die Kompetenzen der verschiedenen Berufsgruppen integriert und gemeinsame Ziele definiert. (Banfield und Lackie, 2009). Hinzu kommt, dass die Problemlösungsfindung, sowie die Kommunikation zwischen den Professionen vereinfacht werden können (Mitchell M., Groves, Mitchell C. und Batkin, 2010, Mitchell R., Parker, Giles und White, 2010). Doppelte Therapien werden laut den

Autoren vermieden und die durchgeführten Behandlungen gewinnen durch die enge Zusammenarbeit der Therapeuten an Effektivität. Nebst den Benefizen für den Patienten wird auch die Jobzufriedenheit der Angestellten gesteigert (Hall, 2005, Mitchel, M. et al., 2010, Mitchell, R. et al., 2010).

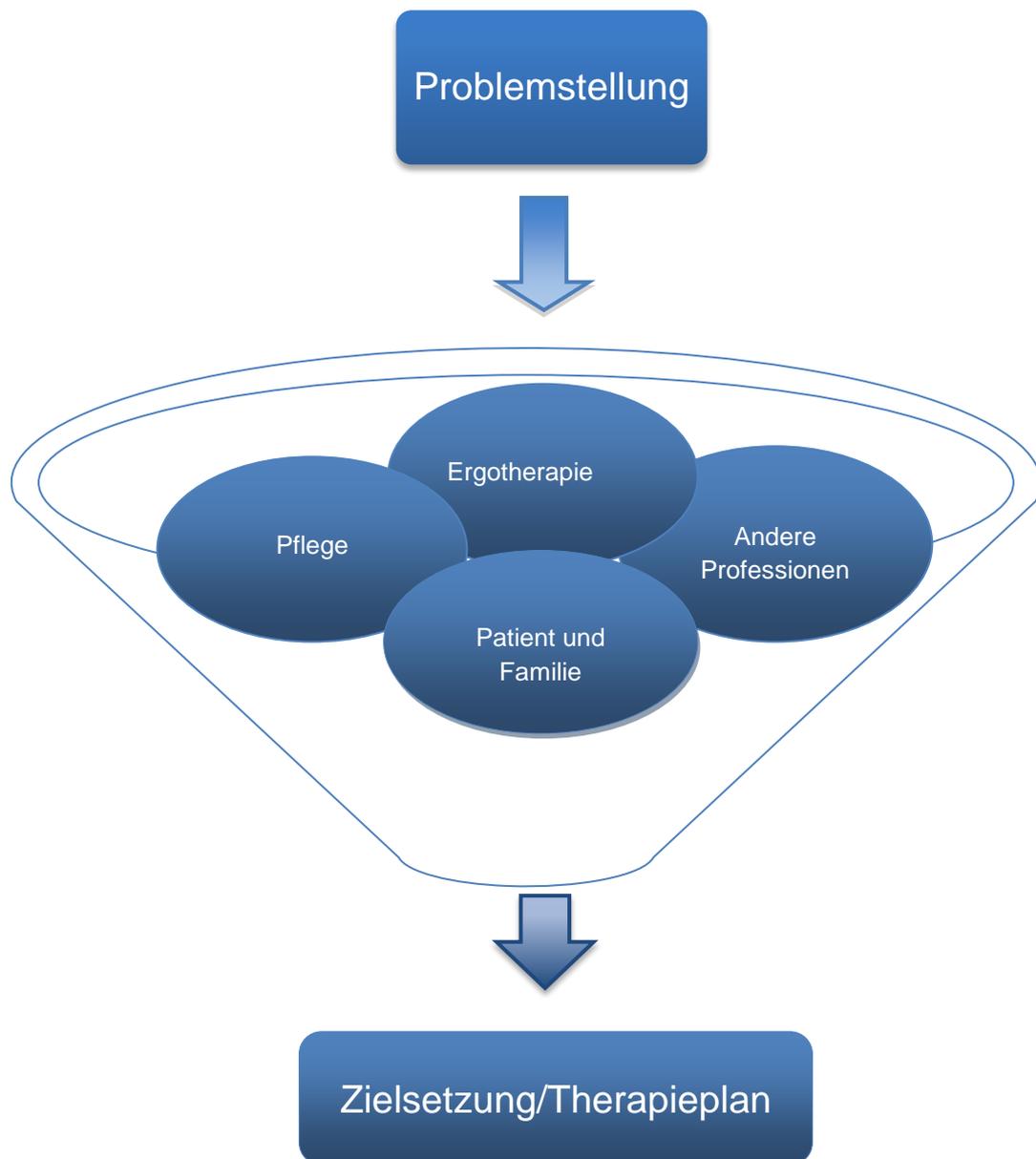
Damit ein interprofessionelles Arbeiten möglich ist und funktionieren kann, ist das Fördern der Gleichstellung der einzelnen Professionen von zentraler Bedeutung (Hall, 2005). Pecukonis, Doyle und Bliss (2008) sagen, dass der gegenseitige Respekt essentiell ist und dass die verschiedenen Meinungen und Ansätze geschätzt und akzeptiert werden sollten. Norsen, Opladen und Quinn (1995) fassen wichtige Fähigkeiten, über welche Mitglieder eines interprofessionellen Teams verfügen sollten, um eine gelingende Zusammenarbeit zu ermöglichen, in nachfolgenden Punkten zusammen:

- Kooperation: Anerkennung und Respektieren von anderen Meinungen
- Bestimmtheit: Seine Sichtweise selbstbewusst vertreten
- Verantwortung: Verantwortung wahrnehmen und aufteilen, sowie sich bei Gruppenentscheidungen und der Planung beteiligen
- Kommunikation: Mitteilen von wichtigen Informationen und Ideen austauschen
- Autonomie: Die Möglichkeit haben, selbstständig zu arbeiten
- Koordination: effiziente Organisation von Gruppenaufgaben und Aufträgen

Ein weiterer zentraler Punkt bei der Umsetzung der interprofessionellen Arbeit ist die gemeinsame Erarbeitung einer Zielsetzung und deren Umsetzung (Hall, 2005), siehe Abbildung 2. In regelmässigen Treffen werden Ziele des Patienten definiert und gemeinsame Behandlungspläne erstellt (Körner, 2010). Dabei ist laut Hall (2005) zu beachten, dass das Ziel mit den Werten und den Prioritäten aller Teammitglieder übereinstimmt. Um dies gewährleisten zu können, ist es entscheidend, dass man, wie bereits erwähnt, den anderen Professionen gegenüber Verständnis und Respekt entgegenbringt (McNair, 2005). Suter, Arndt, Arthur, Parboosingh, Taylor und Deutschlander (2009) erwähnen in ihrer Studie, dass es wichtig ist, dass das Wissen und die Kompetenzen der einzelnen Professionen untereinander ausgetauscht

werden. Die Autoren heben auch das Reflektieren hervor, damit unter den Teammitgliedern Feedback gegeben wird und ein gegenseitiges Coaching stattfindet.

Abbildung 3: Schematische Darstellung der Interprofessionalität



5.1. Aufgabenverteilung in der Angehörigenarbeit auf die Ergotherapie und die Pflege bezogen

Erleidet ein Patient ein SHT, wird alles daran gesetzt, um ihm die Rückkehr in seinen Alltag zu ermöglichen (Leith et al., 2004). Die Bedürfnisse und Sorgen der Angehörigen werden dabei laut den Autoren häufig vernachlässigt. Die Ergotherapie, wie auch die Pflege kann einen grossen Beitrag dazu leisten, dass sich die Familie während der stationären Rehabilitation des Betroffenen integriert und wohl fühlt. Habermann und Kolster (2009) erwähnen dabei, dass Ergotherapeuten den Familien mit Empathie begegnen und sie immer wieder ermutigen sollen. Des Weiteren erachten sie es als wichtig, dass sie den Angehörigen Informationen zu den Einschränkungen im Alltag des SHT-Betroffenen sowie zu der Therapieplanung und der Therapie abgeben. Eine weitere Kernkompetenz der Ergotherapeuten ist die Edukation der Familie, damit diese den SHT-Patienten im Bewältigen des Alltags unterstützen können (Habermann et al., 2009). So sollen sie die Angehörigen beispielsweise in Themen wie dem Transfer schulen und instruieren. Da die Ergotherapeuten meist nur wenige Stunden am Tag mit dem Patienten in Kontakt kommen, ist es die Aufgabe der Pflege, sich um die psychologische Gesundheit der Familie zu kümmern (Keenan et al, 2010). Laut Kneafsey et al. (2004) sollen sie die Familie unterstützen und ermutigen. Auch der Miteinbezug der Angehörigen in die Pflege ist laut den Autoren ein wichtiger Aspekt, den Pflegefachpersonen berücksichtigen sollten. In dieser Arbeit werden die Begriffe Team, Gesundheitspersonal und Personal als Synonym für das interprofessionelle Team gebraucht.

6. Methodik

Im folgenden Teil wird erklärt, wie die Verfasserinnen² ihre Hauptstudien gesucht und ausgewählt haben.

6.1. Beschreibung der Literaturrecherche

Die vorliegende Literaturarbeit wurde im Rahmen einer Bachelor-Thesis geschrieben und wurde auf Basis des „Leitfaden Bachelorarbeit“ (2012) und den

² Mit Verfasserinnen sind die Autorinnen dieser Literaturarbeit gemeint.

dazugehörigen „Richtlinien“ (2012) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) in Winterthur erstellt. Die Fragestellung dieser Arbeit wurde anhand einer systematischen Literaturrecherche bearbeitet. Die elektronische Literatursuche erfolgte von September 2012 bis März 2013 in den folgenden Datenbanken: CINAHL, Medline, OTseeker und dem NEBIS Katalog. Zu Beginn der Literatursuche wurden mit der Fragestellung in Verbindung stehende Schlüsselwörter generiert, ins Englische übersetzt und zu MeSH-Terms und CINAHL-Headings umgewandelt. Diese sind in der Tabelle 1 ersichtlich.

Tabelle 1: Schlagwörter

Deutsch	Englisch	Synonyme	Schlagwörter
Schädelhirntrauma	traumatic brain injury		MeSH: Brain injuries CINAHL: Brain injury
Familie	family	family members, partner, caregiver, family support	MeSH: Family, Family relations, Family therapy CINAHL: Family
Bedürfnisse	needs	wishes	MeSH: Health services and Needs and Demand CINAHL: Health services, Needs and Demand, Information Needs, Human Needs(Psychology), Needs Assessment, Critical Care Family Needs, Inventory
Rehabilitation	rehabilitation	Therapy, in-patient rehabilitation	MeSH: Rehabilitation, Rehabilitation centers Cinahl: Rehabilitation, Rehabilitation centers
Intervention	intervention	treatment	MeSH: Intervention CINAHL: Intervention
Beratung	education	guidance support	MeSH: patient education as Topic, education, education nonprofessional CINAHL: education
Interprofessionell	interprofessional	multidisciplinary	MeSH: interprofessional studies CINAHL: Education interprofessional, multidisciplinary Care Team

Anschliessend wurde mittels Kombinationen der Schlagwörter nach geeigneten Studien gesucht. Die detaillierte Studiensuche ist in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Begriffskombinationen

Schlagwort	Datenbank	Anzahl Treffer	Abstracts	Relevante Literatur
*Traumatic brain injury AND *Family AND Needs	CINAHL	63	54	5
	Medline	5	4	4
*Traumatic brain injury AND *Family AND *Rehabilitation	CINAHL	11	8	1
	Medline	0	0	0
*Traumatic brain injury AND *Family AND Intervention	CINAHL	45	41	0
	Medline	16	16	0
	OTDBase	0	0	0
	OTseeker	5	4	0
*Traumatic brain injury AND *Family AND Education	CINAHL	1	0	0
	Medline	1	0	0
	OTDBase	0	0	0
	OTseeker	0	0	0
*Traumatic brain injury AND Intervention AND interprofessional	CINAHL	22	21	0
	Medline	22	22	0
	OTseeker	1	1	0
*Brain injury AND *occupational therapy AND *rehabilitation	CINAHL	7	5	0
	Medline	0	0	0
	OTseeker	6	6	0
Family AND traumatic brain injury AND interprofessional	CINAHL	2	0	0
	Medline	0	0	0

* = MeSH Terms beziehungsweise CINAHL Headings

Durch die Literaturrecherche in vier Datenbanken wurden 207 Studien gefunden. Nach Beachtung des Titels und des Durchlesens der Abstracts wurden 36 Studien als für die Arbeit relevant erachtet. Die Anwendung der Funktion „Find similar“ bei Medline sowie das Durchsuchen der Literaturverzeichnisse der bereits gefundenen Studien dienten den Autorinnen, um weitere relevante Studien zu finden. Diejenigen Forschungsartikel, welche in die engere Auswahl kamen, wurden anhand der untenstehenden Ein- bzw. Ausschlusskriterien (siehe Tabelle 3) auf ihre Relevanz zur Fragestellung überprüft.

Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none"> ● Mindestens 80 Prozent der Studienteilnehmenden müssen Angehörige einer Person mit diagnostiziertem schwerem oder mittelschwerem SHT sein . ● Die Hirnverletzung ist Trauma bedingt. ● Der SHT-Patient hat das 15.Lebensjahr abgeschlossen. ● Die Studie findet im Setting der stationären Rehabilitation statt. ● Die Angehörigen sind Familienangehörige. ● Die Studien sind nicht älter als 10 Jahre, damit die Aktualität der Erkenntnisse gegeben ist. ● Die Studien kommen aus einer westlich geprägten Kultur, sodass ein Übertrag auf die Schweiz möglich ist. 	<ul style="list-style-type: none"> ● SHT betroffene Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren ● Kinder als Angehörige ● Pflegende Angehörige Zuhause ● Angehörige von SHT-Patienten auf der Intensivstation oder in der Akutphase. ● Studien aus nicht westlich geprägten Kulturen (zum Beispiel Asien, Südamerika, Afrika).

Schlussendlich entschieden sich die Verfasserinnen für sechs Hauptstudien, welche als Grundlage für die vorliegende Literaturarbeit dienen. In einem letzten Schritt wurden die ausgewählten Studien anhand der Vorlage von Lo-Biondo Wood und Haber (2005) analysiert, zusammengefasst und beurteilt. Die Qualität der qualitativen Studien erfolgte durch die Evidenzleveleinschätzung nach Kearney (2001).

7. Resultate

Die Ergebnisse lassen sich in drei Kategorien zusammenfassen. Als erstes werden die Bedürfnisse von Angehörigen eines SHT-Betroffenen zusammengetragen, anschliessend werden Ratschläge für das Gesundheitspersonal um diesen Bedürfnissen zu begegnen genannt und schlussendlich wird mit Literatur begründet, wer vom interprofessionellen Team welche Ratschläge umsetzen soll.

7.1. Bedürfnisse von Angehörigen eines SHT-Betroffenen

Familien von SHT-Patienten haben oftmals ganz ähnliche Informations-, Vernetzungs- und Unterstützungsbedürfnisse wie die SHT-Betroffenen selber (Leith et al., 2003). In den folgenden Resultaten werden die Bedürfnisse, welche Angehörige von SHT-Betroffenen während der Zeit in der stationären Rehabilitation haben, herausgearbeitet. Aus den sechs Hauptstudien wurden folgende zehn Hauptthemen identifiziert: Bedürfnis nach Informationen, emotionaler Unterstützung, einer Neuordnung des Lebens, einem frühen, kontinuierlichen und umfassenden Gesundheitsversorgungssystem, Edukation, einer professionellen Partnerschaft mit dem Gesundheitspersonal, einer Vertrauensperson, Unterstützung im Umgang mit dem SHT- Betroffenen, administrativer und finanzieller Unterstützung und Berücksichtigung von kulturellen Aspekten. In den folgenden Abschnitten werden die in den Hauptstudien genannten Bedürfnisse aufgelistet und genauer erklärt.

Die Studie von Lefebvre (2012) beweist die Relevanz der Begleitung von Angehörigen von SHT-Betroffenen im Trauer- und Bewältigungsprozess. Sie erklären, dass Familien als erstes Informationen brauchen.

1. Bedürfnis nach Informationen

Bei den Familien und den Patienten selbst besteht ein dringendes Bedürfnis nach verständlichen Informationen über die verschiedenen Aspekte eines SHT (Leith et al., 2004, Coco et al., 2011, Lefebvre et al., 2012). Es werden Informationen über die möglichen physischen, kognitiven und emotionalen Auswirkungen benötigt (Coco et al., 2011, Lefebvre et al., 2012). Die Familie möchte verstehen, welches die Ursachen für die Symptome ihres Angehörigen sind (Coco et al., 2011). Für sie ist es sehr belastend, wenn sie nicht nachvollziehen können, weshalb beim Betroffenen Planungsschwierigkeiten, Gedächtnisprobleme und eine fehlende Empathie auftritt (Coco et al., 2011). Zusätzlich wünscht sie sich Informationen zu der Pflege des Angehörigen, zu dessen Prognose, zur Medikamentenbehandlung und wie therapeutische und pflegerische Behandlungen die Genesung beeinflussen (Coco et al., 2011, Lefebvre et al., 2012). Auch Coco et al. (2011) erwähnen, dass Angehörige Informationen über die Pflege und Dienstleistungen erhalten möchten. Sie möchten erfahren, wie die momentane Behandlung und die definierten Ziele aussehen (Lefebvre et al., 2012). Familienmitglieder möchten laut Lefebvre et al. (2012) über

Fähigkeiten und Einschränkungen des Patienten informiert werden und Rückversicherung über den Zustand des Betroffenen erhalten. Auch Coco et al. (2011) erwähnen, dass Familien sofort informiert werden wollen, falls sich der Zustand des Patienten verändert. Die Informationen sind wichtig für die Familie, damit sie Entscheidungen bezüglich dem weiteren Vorgehen und der passenden Pflege treffen können (Leith et al., 2004).

In der Studie von Keenan et al. (2010) wird gesagt, dass das intensive Bedürfnis nach Informationen in der stationären Rehabilitation erhalten bleibt, im Vergleich zur Akutphase jedoch stark zurückgeht. Die Familien beginnen zu realisieren, dass keine definitiven Antworten existieren. Im Verlaufe erlangen sie die Fähigkeit, die Fortschritte des Betroffenen im selben Masse wie das Gesundheitspersonal zu beurteilen (Keenan et al., 2010). So wünschen sich Angehörige laut Keenan et al. (2010) während der Zeit in der stationären Rehabilitation hauptsächlich Informationen über die Langzeitprognose bei einem SHT. Dabei ist es Familienmitgliedern besonders wichtig, dass ihre Fragen ehrlich und verständlich beantwortet werden (Coco et al., 2011, Lefebvre et al., 2012).

2. Bedürfnis nach emotionaler Unterstützung

Laut Leith et al. (2004) werden Familien durch das SHT des Betroffenen stark beeinträchtigt. Sie erwähnen, dass Familien, welche mit einer solchen Situation konfrontiert werden, sehr erfinderisch, durchsetzungsstark, ausdauernd und belastbar sein müssen, um dem Betroffenen zu helfen.

Während in der Rehabilitationsphase das Informationsbedürfnis abnimmt, steigt der Wunsch nach emotionaler Unterstützung (Keenan et al., 2010). Leith et al. (2004) erwähnen in ihrer Studie, dass SHT-Betroffene und deren Familien Zugang zu emotionaler Unterstützung erhalten sollten. Dies beinhaltet die Förderung eines einfallsreichen, durchsetzungsfähigen, bestehenden und belastbaren Verhalten bei den SHT-Patienten und deren Familien (Leith et al., 2004). Laut Coco et al. (2011) befähigt emotionale Unterstützung Familienmitglieder zu einem besseren Umgang mit ihren Sorgen. Denn Familienmitglieder brauchen Unterstützung im Umgang mit ihren Gefühlen von Wut, Angst, Scham, Trauer und Schuld (Coco et al., 2011, Fleming et al., 2012). Coco et al. (2011) zeigen auf, dass Familien von hirnerkrankten Menschen durch eine Art Trauerprozess gehen. Der Betroffene ist zwar noch am

Leben, jedoch hat er sich aufgrund der Auswirkungen des SHT's stark verändert. Lefebvre et al. (2012) betonen die Wichtigkeit der Unterstützung durch das Personal während dieses Trauerprozesses. Auch Keenan et al. (2010) erwähnen, dass Familienmitglieder sich schuldig fühlen, wenn sie ihr Leben geniessen. Sie beschreiben Gefühle von Überforderung, grosser Zerbrechlichkeit und der Verlust von Hoffnung, dass sich Dinge noch merklich verbessern werden (Keenan et al., 2010). Doch Coco et al. (2011) wiederum erwähnen, dass Familien ein starkes Bedürfnis haben, an der Hoffnung festzuhalten. Leith et al. (2004) sagen, dass es wichtig ist, dass die auftauchenden Gefühle von sozialer Isolation, Einsamkeit und Verwirrtheit im Laufe der Zeit abnehmen.

3. Bedürfnis nach einer Neuordnung des Lebens

In der Rehabilitationsphase versuchen Familien zur Normalität zurückzukehren (Keenan et al., 2010). Vor allem diejenigen Familien, deren Angehöriger schwer beeinträchtigt ist, beginnen zu akzeptieren, dass die Hirnverletzung die Person, die sie gekannt haben, für immer verändert hat (Keenan et al., 2010). Sie realisieren, dass sie sich selbst schauen müssen, damit sie die bevorstehende Zeit bewältigen können (Keenan et al., 2010). Sie möchten wieder eine Struktur in den Familienalltag bringen, da sie merken, dass die Genesung des Betroffenen ein langer Prozess werden wird. Sie brauchen Zeit für Schlaf, Ernährung, Pflichten und Freizeit (Keenan et al., 2010).

4. Bedürfnis nach einem frühen, kontinuierlichen und umfassenden Gesundheitsversorgungssystem

Den Familienmitgliedern ist es ein grosses Anliegen, dass die Wünsche und Bedürfnisse des Betroffenen respektiert werden (Coco et al., 2011). Ausserdem soll eine Kontinuität in den Interventionen erhalten bleiben, sodass der Patient immer nach den gleichen Ansätzen behandelt wird (Lefebvre et al., 2012).

Bei der Suche nach einer passenden Wohnmöglichkeit nach der Entlassung aus der stationären Rehabilitation wünschen sich die Angehörigen Unterstützung (Leith et al., 2004, Coco et al., 2011). Dazu gehört auch, dass falls nötig, Modifikationen im neuen Zuhause und der Umgebung vorgenommen (Leith et al., 2004) und Hilfsmittel vorgeschlagen werden, welche der Patient von nun an braucht (Coco et al., 2011).

Denn die Familie empfindet es als wichtig, die nötige Ausrüstung Zuhause zu haben und möchte dies mit einem Ergo- oder Physiotherapeuten besprechen (Coco et al., 2011)

Ausserdem besteht das Bedürfnis nach einem umfassenden Service, welcher die Rückkehr in den Alltag erleichtert (Leith et al., 2004). Im Rahmen dieser Arbeit wird jedoch nicht weiter auf dieses Thema eingegangen.

5. Bedürfnis nach Edukation des Gesundheitspersonal, Versicherungsfachpersonen, Gesetzgebern und der Bevölkerung

Gewünscht wird ein gut ausgebildetes, interprofessionelles Team, welches im Umgang mit SHT-Patienten spezialisiert ist (Leith et al., 2004, Lefebvre et al., 2012). Zusätzlich besteht der Wunsch, dass Versicherungen und die Gesetzesgeber sich den Problemen von SHT-Patienten und deren Familien bewusster werden und sich für diese Problematik mehr einsetzen (Leith et al., 2004). Auch die Bevölkerung solle vermehrt für diese Hirnverletzung sensibilisiert werden, damit mehr Verständnis für die Folgen für den Patienten und dessen Familie aufgebracht wird (Leith et al., 2004).

6. Bedürfnis nach einer professionellen Partnerschaft mit dem Gesundheitspersonal

Familien wollen eine Partnerschaft mit dem Gesundheitspersonal (Lefebvre et al., 2012). Sie wünschen sich eine enge Zusammenarbeit und gute Kooperation mit dem Personal und möchten bei Entscheidungen mit einbezogen werden (Coco et al., 2011). Sie wollen sich für ihren Angehörigen einsetzen und Pläne für die Zukunft schmieden (Keenan et al., 2010). Laut Keenan et al. (2010) fühlen sich einige Familienmitglieder unwohl, sich für ihre schwer betroffenen Angehörigen einzusetzen, da sie besorgt sind dabei nicht das Richtige zu tun. Des Weiteren wünschen sie sich Unterstützung und Führung im Partnerschaftsprozess, da sie jemanden brauchen, der sich um sie kümmert (Lefebvre et al., 2012). So möchten sie beispielsweise gerne aufgefordert und ermutigt werden, an einer Therapiesitzung teilzunehmen (Lefebvre et al., 2012). Es besteht der Wunsch nach Ermutigung, damit die Familie und der SHT-Patient für ihre eigenen Interessen eintreten können (Leith et al., 2004). Die Ressourcen der Familie sollen verstärkt werden und das Personal

soll die Familie unterstützen, damit sie ihren eigenen Bedürfnissen gerecht werden können (Leith et al., 2004, Keenan et al., 2010). Wichtig dabei ist, dass die Familienmitglieder Pausen machen, da dies ihr Wohlbefinden erhöht (Coco et al., 2011).

7. Bedürfnis nach einer Vertrauensperson

Es besteht der Wunsch nach einer Vertrauensperson, an welche die Familie sich rat-suchend wenden kann (Coco et al., 2011) und welche den ganzen Rehabilitationsprozess koordiniert (Lefebvre et al., 2012). Sie soll eine Vermittlungsperson zwischen dem Gesundheitspersonal und der Familie sein (Lefebvre et al., 2012). Eine Vertrauensperson kennt die Familie und umgekehrt, was zu reduziertem Stress für beide Seiten führt (Lefebvre et al., 2012).

8. Bedürfnis nach Unterstützung im Umgang mit dem SHT- Betroffenen

Keenan et al. (2010) erwähnen, dass der Einbezug in die Pflege am bedeutungsvollsten für die Familie ist. Familien möchten frühzeitig lernen, wie sie das Leben mit einem SHT-Patienten Zuhause managen können und wünschen sich daher bereits in der stationären Rehabilitation mit in die Pflege einbezogen zu werden (Coco et al., 2011). Es ist ihnen ein grosses Anliegen, dass sie auf den bevorstehenden Austritt gut vorbereitet sind (Coco et al., 2011). Zudem möchten sie den Umgang mit dem veränderten Verhalten des Betroffenen lernen, insbesondere dann, wenn er aufgebracht ist oder sich merkwürdig verhält (Coco et al., 2011). Auch Lefebvre et al. (2012) erwähnen, dass Familien Strategien im Umgang mit Verhaltensschwierigkeiten des Patienten lernen möchten. Sie wünschen sich Hilfe bei der Lösungsfindung von täglichen, praktischen Problemen, die mit dem SHT-Betroffenen neu auftreten (Coco et al., 2011).

9. Bedürfnis nach administrativer und finanzieller Unterstützung

Administrative Tätigkeiten, wie beispielsweise das Ausfüllen von Polizeirapporten, kostet die Familie viel Zeit und Anstrengung (Lefebvre et al., 2011). Deshalb wünschen sie sich Unterstützung in gewissen administrativen Prozeduren, wie zum Beispiel beim Ausfüllen von Formularen oder bei der Suche nach Dienstleistungsangeboten (Lefebvre et al., 2012). Es ist den Familienmitglieder ein

Anliegen, dass sie über die finanzielle Hilfe von Versicherungen informiert werden (Coco et al., 2011). In einigen Fällen haben Familien das Bedürfnis nach einem Finanzberater, welcher ihnen bei Fragen zur Seite steht (Coco et al., 2011). Keenan et al. (2010) erwähnen, dass die Unterstützung im Bereich der Versicherungen und Finanzen an Wichtigkeit gewinnt, je näher die Entlassung nach Hause rückt.

10. Bedürfnis nach Berücksichtigung von kulturellen Aspekten

Familien wünschen sich an die Kultur angepasste Dienste, die Werte, Glauben und die Sprache berücksichtigen (Lefebvre et al., 2012). Den Zugang zu Gesundheitspersonal zu haben, welches die gleiche Sprache spricht, ist für Angehörige wertvoll. Dadurch haben sie jemanden, der ihre Kultur versteht (Lefebvre et al., 2012).

7.2. Ratschläge für das Gesundheitspersonal

In der Betreuung von Familien mit einem SHT-Betroffenen ist es absolut notwendig, die Individualität von Familien zu beachten (Foster et al., 2012). Gute Unterstützung zu bieten heisst, zu erkennen, welche Bedürfnisse für die Familie am wichtigsten sind, um dann einen Plan zu erstellen, welcher diesen begegnet (Foster et al., 2012).

1. Informationen

Informiert zu sein hilft Familien die Gründe für Interventionen zu verstehen, Entscheidungen zu treffen und eine aktive Rolle im Genesungsverlauf des SHT-Betroffenen einzunehmen (Lefebvre et al., 2012). Informationen über die Hirnverletzung sollen schnell, ehrlich, verständlich und genau übermittelt werden (Lefebvre et al., 2012, Coco et al., 2011). Es muss gewährleistet sein, dass die von den verschiedenen Disziplinen gegebenen Auskünfte übereinstimmen und sich nicht widersprechen (Lefebvre et al., 2012). Das Gesundheitspersonal soll die Informationen freundlich und taktvoll an die Familie weitergeben und vermeiden, etwas Verletzendes zu sagen (Lefebvre et al., 2012). Durch die Informationen soll Hoffnung und eine positive Einstellung der Hirnverletzung gegenüber entstehen. Ausserdem helfen beständige Informationen dabei Unsicherheit, Angst und Stress bei Familienmitgliedern abzubauen (Lefebvre et al., 2012). Die Informationen sollen aber auf jeden Fall auf die momentanen Bedürfnisse der Angehörigen abgestimmt

sein und zwar im Hinblick auf den Inhalt und die Quantität (Lefebvre et al., 2012). Auch Coco et al. (2011) erwähnen, dass das Team herausfinden muss, was die Familie bereits weiss und ob die abgegebenen Informationen verstanden wurden. Denn einige Familien sind überfordert mit den vielen Auskünften, die sie erhalten. Andere wiederum wünschen sich mehr davon (Coco et al., 2011). Lefebvre et al. (2012) erwähnen, dass eine für die Familie verständliche Sprache verwendet werden muss und Fachwörter möglichst vermieden werden sollten. Zudem unterstützt die Abgabe der Informationen auf unterschiedliche Weise (mündlich, in Broschüren, etc.) das Verständnis dafür.

2. Emotionale Unterstützung

Die Studie von Lefebvre et al. (2012) zeigt auf, dass Familien einen Betreuungsansatz brauchen, der den Umgang und die Anpassung an die neue Situation fördert. Sie erklären, dass die individuelle Bewältigung der Situation eines jeden Angehörigen vom Gesundheitspersonal berücksichtigt und respektiert werden soll. Familien achten sehr genau auf ermutigende Worte des Gesundheitspersonals und verlassen sich darauf, dass diese sie bei der Erhaltung der Hoffnung unterstützen (Keenan et al., 2010). Die Familie kann schwierige Situationen besser überstehen, wenn das Personal ihr zuhört, sich für sie interessiert und Mitgefühl zeigt (Coco et al., 2011). Laut Coco et al. (2011) soll das Personal direkt nach dem emotionalen Befinden der Familienmitglieder fragen, da dies Gefühle der sozialen Isolation verringert. Fleming et al. (2012) erklären, dass das Personal beim genauen Zuhören die Bedürfnisse von Familienmitgliedern erkennt. Laut Fleming et al. (2012) sollte das Rehabilitationspersonal Beratungsgespräche für Angehörige anbieten. Dies führt dazu, dass die Familie mit ihren Gefühlen besser umgehen kann. Dabei wünschen sie sich, dass Beratungsgespräche auch ausserhalb der regulären Arbeitszeiten stattfinden können, sodass arbeitstätige Angehörige auch teilnehmen können (Fleming et al., 2012). Zusätzlich soll das Team die Familienmitglieder auf ihre eigenen Bedürfnisse aufmerksam machen (Lefebvre et al., 2012). Lefebvre et al. (2012) erklären, dass sich Familien von sich aus, kaum eine Pause gönnen, da sie für den Patienten da sein wollen. Daher ist es die Aufgabe des Personals sie dabei zu bestärken und sie aufzufordern, sich auch einmal Zeit für sich zu nehmen (Lefebvre et al., 2012). Dies beugt eine Erschöpfung vor (Lefebvre et al., 2012).

Häufig scheuen sich die Angehörigen davor Hilfe anzunehmen (Lefebvre et al., 2012). Da ist es wichtig, dass das Personal beharrlich bleibt und sie ermutigt, externe, vielleicht sogar psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen (Lefebvre et al., 2012). Auch eine Selbsthilfegruppe mit anderen Betroffenen kann während dieser Zeit sehr hilfreich sein (Lefebvre et al., 2012). Sie zeigt Angehörigen auf, dass sie nicht die Einzigen sind, die mit einer solchen Situation klar kommen müssen (Lefebvre et al., 2012). Zusätzlich bietet es ihnen eine Plattform, um über ihre Probleme sprechen zu können (Lefebvre et al., 2012). Auch Leith et al. (2004) erwähnen, dass Betroffenengruppen einen, aus psychologischer, informativer und sozialer Perspektive, wertvollen Effekt bieten. In der Studie von Coco et al. (2011) wird gesagt, dass diese Gruppen die Gefühle von Hoffnungslosigkeit verringern. Sie fügen hinzu, dass es die Aufgabe des Gesundheitspersonals ist, den Familien die Möglichkeit einer Betroffenengruppe aufzuzeigen.

3. Das Leben neu ordnen

Das Personal soll Angehörigen helfen, mit den im Alltag auftauchenden Problemen zurechtzukommen und sie im Weitermachen zu ermutigen (Lefebvre et al., 2012). Dabei muss das Team die Kenntnisse der Angehörigen beachten und respektieren, da sie am besten über ihre eigene Lebenssituation Bescheid wissen (Lefebvre et al., 2012). Laut Keenan et al. (2012) helfen die Fortschritte des Betroffenen, Informationen und die emotionale Unterstützung durch das Gesundheitspersonal den Familien dabei, die neue Situation zu akzeptieren. Dies führt wiederum zu einem positiven Outcome des SHT-Betroffenen (Fleming et al., 2012).

4. Frühes, kontinuierliches und umfassendes Gesundheitsversorgungssystem

Keine Resultate wurden bezüglich einem frühen, kontinuierlichen und umfassenden Gesundheitsversorgungssystem gefunden.

5. Edukation von Gesundheitspersonal, Versicherungsfachpersonen, Gesetzgebern und der Bevölkerung

In den Hauptstudien wurden keine Informationen zu Ratschlägen bezüglich der Edukation des Gesundheitspersonals gefunden.

6. Professionelle Partnerschaft mit dem Gesundheitspersonal

Laut Foster et al. (2012) ist das Wichtigste eines erfolgreichen Outcome in der stationären Rehabilitation die Zusammenarbeit zwischen dem Personal, dem Klienten und der Familie. Das Team soll Wert auf den Austausch mit den Angehörigen legen, denn die Beobachtungen und das Wissen von Angehörigen sind einzigartig und sollten daher unbedingt in die Betreuungsplanung mit einbezogen werden (Lefebvre et al., 2012).

In der Studie von Foster et al. (2012) wird erwähnt, dass das Vorstellen des Rehabilitationsteams so früh wie möglich geschehen soll. Die Familie soll zu einer Führung durch das Rehabilitationszentrum eingeladen werden, bevor der Betroffene eintritt (Foster et al., 2012). Dies ist der Anfang der Entwicklung der Beziehung zwischen der Familie und dem Rehabilitationspersonal (Foster et al., 2012). Das Eintrittsgespräch mit der Familie, dem Patienten und dem Team soll dann nach fünf bis sieben Tagen nach Eintritt des Patienten in die stationäre Rehabilitation stattfinden (Foster et al., 2012).

7. Eine verantwortliche Person bestimmen

Um den Informationsfluss zu gewährleisten ist es von Vorteil, eine verantwortliche Person im Gesundheitsteam und in der Familie zu bestimmen (Lefebvre et al., 2012, Foster et al., 2012). Sie sind verantwortlich für das Geben, das Erhalten und das Weiterleiten von Informationen, sowie für das Beachten von Bedenken und Problemen der Familienmitglieder (Lefebvre et al., 2012). Zusätzlich organisieren sie einmal wöchentlich eine Sitzung bei welcher der Patient, die Familie und das gesamte interdisziplinäre Team anwesend sind. Sie haben auch die Verantwortung über die Konstanz des Gesundheitspersonals und die Vernetzung mit verschiedenen Organisationen (Lefebvre et al., 2012). Eine Bezugsperson zu haben reduziert Widersprüche und Inkonsistenz von gegebenen Informationen (Lefebvre et al., 2012) und laut Foster et al. (2012) wird der von den Familien erlebte Stress verringert.

8. Unterstützung im Umgang mit dem SHT- Betroffenen

Die Familie spielt eine wichtige Rolle bei der Zielsetzung und in der Entwicklung eines Rehabilitationsplanes für den Angehörigen (Foster et al., 2012). Es ist von grosser Bedeutung, dass sie dem Team Auskunft über die Fähigkeiten und Interessen des SHT-Betroffenen geben, welche dieser vor dem Ereignis hatte (Foster et al., 2012). Dies hilft dem Personal die für ihn bedeutungsvollen Aktivitäten herauszukristallisieren und ihn zum Mitmachen zu motivieren (Foster et al., 2012). Die Aufgabe des Teams ist es, die Familie beim Setzen von realistischen Zielen zu unterstützen (Foster et al., 2012). Lefebvre et al. (2012) erwähnen, dass Familienmitglieder auf Fragen ernst gemeinte Antworten und ehrliche Informationen erhalten müssen. Dies hilft ihnen Effekte und Nutzen von Interventionen besser zu verstehen, was sie wiederum im Treffen von Entscheidungen unterstützt (Lefebvre et al., 2012). Dadurch wird eine Akzeptanz der Behandlung und schliesslich ein aktives Mitwirken der Familie erzielt (Lefebvre et al., 2012).

Lefebvre et al. (2012) erklären, dass die Angehörigen durch den Miteinbezug in den Rehabilitationsprozess im Umgang mit der neuen Lebenssituation sich unterstützt und nützlich fühlen. In ihrer Studie fanden sie heraus, dass das Gesundheitspersonal die Familie anfänglich ermutigen soll, der Pflege und den Therapien beizuwohnen und mitzuhelfen (Lefebvre et al., 2012). Auch Foster et al. (2012) erwähnen die Wichtigkeit des Einbezugs in die Therapien. Somit können die Familienangehörigen auch ausserhalb der Therapien Übungen mit dem SHT-Betroffenen durchführen. Dabei ist es ganz wichtig, den richtigen Moment abzuwarten (Keenan et al., 2010). Die Wahl der richtigen Aufgabe und die gute Unterstützung bei deren Ausführung durch das Personal erhöhen die Sicherheit und das Vertrauen der Familie in die eigenen Fähigkeiten. Es stärkt die Zuversicht, einmal selbstständig in der Betreuung des Angehörigen zu werden (Keenan et al., 2010). Hinzu kommt, dass sich die Familie dadurch in den Rehabilitationsprozess mit einbezogen und nützlich fühlt (Lefebvre et al., 2012).

Die Aufgabe des Personals ist es, den Angehörigen Strategien im Umgang mit dem SHT-Betroffenen zu zeigen, sodass sie wissen, was in herausfordernden Situationen zu tun ist (Lefebvre et al., 2012, Foster et al., 2012). Laut Foster et al. (2012) sollen Familien Transfers, Strategien im Umgang mit Müdigkeit und Kommunikationstechniken, um emotionale Reaktionen des SHT-Betroffenen zu managen, erlernen.

Ausserdem sollen sie erfahren, dass nach einer Hirnverletzung bei den meisten Betroffenen gewisse Defizite auftreten und aggressive und unangebrachte Reaktionen von deren Seite normal sind (Foster et al., 2012). Coco et al. (2011) betonen, dass es wichtig ist, der Familie zu versichern, dass negative Gefühle gegenüber den SHT-Betroffenen normal sind.

Familien sollen ermutigt werden, so früh wie möglich Ausflüge mit dem Betroffenen zu unternehmen (Foster et al., 2012). Dies fördert die Reintegration in die Gesellschaft und fördert das Vertrauen der Familie in ihre eigenen, angeworbenen Fähigkeiten im Umgang mit einem hirnverletzten Menschen (Foster et al., 2012). Zusätzlich führt es den Familienmitgliedern vor Augen, wie viel Hilfe der SHT-Betroffene später beim Austritt aus der stationären Rehabilitation benötigen wird (Foster et al., 2012). Coco et al. (2011) erwähnen, dass durch Ferien und Ausflugsmöglichkeiten mit dem Patienten das Wohlergehen der Familie gesteigert wird.

9. Administrative und finanzielle Unterstützung

Ein Versicherungsassistent ist für die Familie eine grosse Hilfe in Versicherungsfragen (Keenan et al., 2010). Coco et al. (2011) fanden in ihrer Studie heraus, dass jedoch viel zu wenig externe Hilfsorganisationen im administrativen Bereichen vorhanden sind.

10. Berücksichtigung von kulturellen Aspekten

Falls nötig soll die Übersetzung von Sitzungen und der Informationsweitergabe gewährleistet werden (Foster et al., 2012).

Fleming et al. (2012) unterstreichen die Wichtigkeit der Evaluation, um regelmässig die Effektivität des gebotenen Services zu überprüfen. Als Schlüsselement in der Betreuung von Familien werden gutes Zuhören, das Kennenlernen der Familie, zeigen von Wissen und Kompetenzen im Umgang mit dem SHT-Patienten, sowie das Herstellen von effektiver Kommunikation mit allen an dem Rehabilitationsprozess beteiligten Teammitgliedern und der Familie genannt (Keenan et al., 2010).

7.3. Aufgabenverteilung der Angehörigenarbeit auf die Teammitglieder

Coco et al. (2011) erwähnen, dass sich die Edukation und Erfahrung des Rehabilitationspersonals positiv auf die Unterstützung der Familien auswirken. So scheint es laut Leith et al. (2004) ein Bedürfnis der Angehörigen zu sein, von einem gut trainierten und auf das SHT spezialisierten, interprofessionellen Team betreut zu werden. Coco et al. (2011) erwähnen in ihrer Studie, dass das Pflegefachpersonal für die emotionale Unterstützung der Familie verantwortlich ist. Zusätzlich sollen sie den Angehörigen die Möglichkeit bieten, an Selbsthilfegruppen für Betroffene teilzunehmen. Keenan et al. (2010) fanden heraus, dass Familien das Pflegefachpersonal als diejenigen Personen wahrnehmen, welche ihnen am häufigsten Unterstützung anbieten. Den Grund dafür scheinen die vielen intimen Stunden zu sein, welche eine Pflegefachperson mit dem Patienten und dessen Angehörigen verbringt. Laut Keenan et al. (2010) soll das Pflegefachpersonal den Wert ihrer Arbeit erkennen und sich mehr um die psychische Gesundheit der Familien zu kümmern. Zusätzlich sollen sie Sozialarbeiter oder andere Teammitglieder des interprofessionellen Teams, welche den Patienten und dessen Familie unterstützen, in die Angehörigenarbeit mit einbeziehen (Keenan et al., 2010). Eine weitere Aufgabe des Pflegeteams ist die konstante Aufklärung der Familie bezüglich der anstehenden Schritte im Heilungsprozess und die Klärung allfälliger Missverständnisse. (Keenan et al., 2010).

Die Infrastruktur und die Geräte hingegen sollen den Familien von Ergotherapeuten und Physiotherapeuten erklärt werden (Coco et al., 2011). Foster et al. (2012) erwähnen, dass der Einbezug der Familie in die Pflege und die Therapie, also beispielsweise ein Transfer oder die Medikamentenabgabe von dem passenden Teammitglied gelehrt werden soll.

8. Diskussion

Im nachfolgenden Diskussionsteil werden zuerst die verwendeten Hauptstudien vorgestellt. Anschliessend werden die Resultate im Bezug auf die Fragestellung kritisch diskutiert und zusammengefasst. In einem letzten Teil werden die Ergebnisse aus den Hauptstudien mit den Informationen aus dem theoretischen Teil verknüpft und diskutiert.

8.1. Vorstellung der Hauptstudien:

Nachfolgend werden die Hauptstudien zuerst in einer Übersicht (siehe Tabelle 4) dar- und anschliessend genauer vorgestellt. Dabei wird die Relevanz für die Fragestellung aufgezeigt und die Limitationen bezüglich der Qualität der Studie werden dargelegt. Die Studienmatrix und die ausführliche Beurteilung der Studie befinden sich im Anhang B und C.

Tabelle 4: Übersicht der Hauptstudien

Autoren	Titel der Studie	Ziel	Sample	Resultate
Foster et al. (2012)	<i>“Encouraging family engagement in the rehabilitation process: a rehabilitation provider’s development of support strategies for family members of people with traumatic brain injury”</i>	Zu beschreiben, wie man einen unterstützenden Rehabilitationsservice für Angehörige aufbauen könnte und wie man sie motiviert, aktiv an der Rehabilitation des Betroffenen teilzunehmen.	N = 1000 1000 Familienmitglieder von Patienten mit einer Hirnverletzung.	Massnahmen: - früher Miteinbezug in Pflege - kulturelle Aspekte beachten - Familienzusammenhalt - aktives Zuhören - Unterstützung anbieten - Edukation
Fleming et al. (2012)	<i>“Brain injury rehabilitation: The lived experience of inpatients and their family caregivers”</i>	Die Erfahrungen in der Rehabilitation aus Sicht der Patienten und deren pflegenden Angehörigen zu beschreiben und zu interpretieren.	N = 18 Davon 16 SHT-Patienten	Bedürfnisse: - Unterstützung durch Psychologe - Zugang zu verschiedenen Mitgliedern des multidisziplinären Teams - Informationsbedarf
Coco et al. (2011)	<i>“Support for Traumatic Brain Injury Patients` Family Members in Neurosurgical Nursing”</i>	Den Unterstützungsbedarf von Familienangehörigen eines SHT-Betroffenen zu beschreiben, welcher in Studien von 2004 bis 2010 untersucht und ermittelt wurden.	N = 22 20 aus Sicht Familienmitglieder, zwei aus Sicht der Pflegefachpersonen	Unterstützungsbedarf: - Bedarf an Informationen - emotionale Unterstützung - praktische Unterstützung
Lefebvre et al. (2012)	<i>“The close relatives of people who have had a traumatic brain injury and their special needs”</i>	Bild der Bedürfnissen von Angehörigen von SHT – Betroffenen zu geben und aufzeigen, wie die momentane Unterstützung bedürfnisorientiert verbessert werden kann.	N = 48 19 Angehörige von SHT-Patienten 29 Pflegefachpersonen	Bedürfnisse: - Informationen über Krankheit - Miteinbezug in die Pflege - Unterstützung in administrativen Angelegenheiten
Keenan et al. (2010)	<i>“The needs of family members of severe traumatic brain injured patients during critical and acute care”</i>	Die Bedürfnisse von Familienmitgliedern von SHT-Patienten während des Genesungsprozess zu identifizieren und herausfinden, ob diese Bedürfnisse sich mit der Zeit verändern.	N = 25 25 Familienmitglieder von Patienten mit einem schweren SHT	Erfahrungen: - Unsicherheit - Vergangenheit zurück lassen - zum normalen Leben zurück kehren Bedürfnisse - Einbezug in Pflege - emotionale Unterstützung - Leben managen

Leith et al. (2004)	<i>“Exploring the service needs and experiences of persons with TBI and their families: the South Carolina experience”</i>	Herausfinden welche Bedürfnisse SHT-Betroffenen und ihre Familien haben und welchen Bedürfnissen das Gesundheitspersonal nicht begegnet	N = 21 21 Betroffene und ihre Familienmitglieder	Bedürfnisse: <ul style="list-style-type: none">- Service – Förderungssystem- Informationsbedarf- Zusammenarbeit mit Klinikpersonal- Förderung der Ressourcen- soziale Kontakte
-------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Literaturreview:

Coco et al. (2011) verwenden die Technik des qualitativen systematischen Literaturreviews. Diese hat zum Ziel einen möglichst breitgefächerten Überblick über die bisher vorliegende Literatur bezüglich eines Themas zu geben (Al-Nawas, Baulig und Krummenauer, 2010). Die Vorgehensweise bei der Studiensuche wird Schritt für Schritt erklärt und ist nachvollziehbar. Auch die Datensättigung wird diskutiert, sodass alle Studien, welche zwischen den Jahren 2004 und 2010 veröffentlicht wurden gesucht und anhand der Einschlusskriterien ein- bzw. ausgeschlossen. Um die Daten auszuwerten, wird eine induktive Inhaltsanalyse durchgeführt. Dabei werden die Informationen systematisch klassifiziert, indem sie zuerst codiert und anschliessend gemeinsame Themen oder Muster identifiziert werden (Hsieh & Shannon, 2005). Die Ergebnisse sind aufgrund einer sorgfältigen Analyse und auf Basis von qualitativ hochwertigen Studien entstanden, sodass die Glaubwürdigkeit gegeben ist. Zudem werden Empfehlungen und Implikationen genannt, welche in die Praxis umgesetzt werden können.

Evidenzlevel nach Kearney: 4

Qualitative Studien:

Keenan et al. (2010), Leith et al. (2004), Foster et al. (2012), Lefebvre et al. (2012) und Fleming et al. (2012) wählen die Phänomenologie als methodischen Ansatz. Dabei geht es um die gelebten Erfahrungen der Teilnehmer. Man möchte die Bedeutung, die Essenz oder die Struktur eines Phänomens verstehen.

Die Teilnehmer der Studie von Keenan et al. (2010) werden reichhaltig beschrieben. Um die gelebten Erfahrungen zu erfassen, werden zu zwei Zeitpunkten mit den Teilnehmern Interviews durchgeführt. Zusätzlich werden quantitative Messinstrumente verwendet, welche jedoch nicht genauer erläutert werden. Die Datensättigung wird ebenfalls nicht angesprochen. Es wird eine induktive Datenanalyse durchgeführt, welche nachvollziehbar beschrieben wird. Die Glaubwürdigkeit ist durch die zitierten Aussagen der Teilnehmer gegeben. Die Resultate reflektieren die Reichhaltigkeit der Daten und lassen sich in einen anderen Kontext übertragen. Die Relevanz für die Praxis wird deutlich gemacht und ist umsetzbar.

Im Hinblick auf die Fragestellung dieser Literaturarbeit muss beachtet werden, dass sich die Ergebnisse dieser Studie auf die Zeit nach der Entlassung aus der postakuten Phase beziehen. Der Fokus dieser Arbeit soll jedoch auf der Zeit in der stationären Rehabilitation liegen. Die Autorinnen haben sich trotzdem entschieden, diese Resultate trotzdem mit einzubeziehen, da die Patienten immer früher aus dem Krankenhaus entlassen werden und in die Rehabilitationsklinik eintreten (Rau et al. 2009).

Evidenzlevel nach Kearney: 4

Das Sample bei Lefebvre et al. (2012) wird sehr genau beschrieben und die verwendeten Einschlusskriterien begründet. Das Vorgehen bei der Datensammlung wird Schritt für Schritt erklärt. Dabei wurden solange Daten gesammelt, bis keine neuen mehr dazukamen (Datensättigung). Das analytische Vorgehen wird nur kurz erwähnt und nicht begründet. Alle gesammelten Daten werden schriftlich festgehalten, wodurch die interne Validität gegeben ist. Zudem werden die Ergebnisse mit Zitaten von Teilnehmern untermauert. Durch die detaillierte Beschreibung der Ergebnisse ist eine Übertragbarkeit auf andere Situationen und Kontexte gegeben.

Jedoch gilt es zu beachten, dass Lefebvre et al., (2012) die Interviews mit den Familien frühestens zwei Jahre nach dem SHT-Ereignis durchführten. Die Fragen beziehen sich zwar auf die Zeit, in welcher sich der Betroffene in der stationären Rehabilitation befand, jedoch muss berücksichtigt werden, dass man nach zwei Jahren vermutlich einen anderen Blickwinkel auf das Erlebte hat, als wenn man Fragen zur momentanen Situation beantwortet. Die Autoren der Studie rechtfertigen dies mit der Begründung, dass es für Familien im ersten Jahr nach dem SHT schwierig ist, ihre Bedürfnisse zu nennen, da sie sich während dieser Zeit immer noch in einem psychologischen Schockzustand befinden. Laut Lefebvre et al. (2012) ist es für die Angehörigen einfacher ihre Anliegen mit etwas Abstand zum Geschehenen zu definieren.

Evidenzlevel nach Kearney: 3

Die Forscher bei Leith et al. (2004) beschreiben das Sample sehr reichhaltig und genau. Die Datenerhebung wird ebenfalls detailliert und nachvollziehbar erläutert, die Datensättigung hingegen wird nicht erwähnt. Die Analyse wird mittels einer induktiven Inhaltsanalyse durchgeführt, welche minutiös beschrieben wird. Um die Glaubwürdigkeit zu garantieren, werden alle Interviews auf Memos aufgenommen und die zusätzlichen Notizen schriftlich festgehalten. Zudem werden alle analytischen Entscheidungen dokumentiert. Die Resultate sind auf einer präzisen Analyse basierend entstanden. Sie werden in Kategorien unterteilt, welche wiederum mit Zitaten illustriert sind, was die interne Validität gewährleistet. Die Ergebnisse leisten zudem einen Beitrag zum besseren Verständnis des Phänomens und bieten Implikationen und Empfehlungen für die Praxis.

Evidenzlevel nach Kearney: 4

Das Sample von Fleming et al. (2012) zählt 20 Patienten mit einer erworbenen Hirnschädigung und 18 Betreuungspersonen. Davon erlitten 16 Patienten ein SHT, während die anderen vier eine erworbene Hirnverletzung aufgrund eines Aneurysmas oder eines Schlaganfalls hatten. Die Erhebung wird genau und explizit dargestellt, sodass die Vorgehensweise gut nachvollziehbar ist. Die Datensättigung wird nicht thematisiert. Alle Interviews wurden auf Memos aufgenommen, wodurch die Glaubwürdigkeit der Daten gesichert ist. Die Datenanalyse ist klar und nachvollziehbar beschrieben. Die Ergebnisse werden in Kategorien unterteilt, welche wiederum mit Zitaten aus den Gesprächen verdeutlicht werden. In der Studie wird die Relevanz für die Praxis deutlich gemacht und Implikationen werden genannt.

Evidenzlevel nach Kearney: 4

Die Studie von Foster et al. (2012) weist mit beinahe 1000 Familienmitgliedern von Patienten mit einer Hirnverletzung ein sehr grosses Sample auf. Sie werden jedoch nur kurz und sehr ungenau beschrieben, es werden weder Ein- noch Ausschlusskriterien genannt. Die Vorgehensweise bei der Datenerhebung sowie der Datenanalyse werden knapp und unklar beschrieben, sodass die einzelnen Schritte nicht nachvollzogen werden können. Die angewandten Methoden werden erwähnt, jedoch nicht genauer erklärt. Die Datensättigung wird nicht erwähnt. Die Ergebnisse sind mit Zitaten von Teilnehmern untermauert, was die Glaubwürdigkeit bestärkt. Sie

sind zudem reichhaltig und können in einen anderen Kontext übertragen werden. Die Alltagswirklichkeit und der Transfer in die Praxis werden diskutiert, jedoch müssen die Resultate, im Anbetracht der wenig nachvollziehbaren Datenanalyse, mit Vorsicht genossen werden.

Evidenzlevel: 2/3

8.2. Kritische Diskussion der Ergebnisse

In dieser Arbeit ermöglicht die verwendete Literatur einen fundierten Überblick über die Bedürfnisse von Angehörigen eines SHT-Patienten in der stationären Rehabilitation. Des Weiteren gibt sie eine Übersicht an Ratschlägen für das Gesundheitspersonal, um diesen Anliegen zu begegnen. Damit wird die Fragestellung dieser Literaturarbeit, welche Bedürfnisse haben Angehörige von SHT-Patienten während der stationären Rehabilitation und durch welche Interventionen kann die Pflege und die Ergotherapie diesen begegnen, anhand der gefundenen Studien beantwortet. Es wird aufgezeigt, dass Angehörige von SHT-Betroffenen viele Bedürfnisse haben, welche teilweise ganz ähnlich sind, wie diejenigen des SHT-Patienten. Anhand der Hauptstudien wurden nachstehende zehn Hauptanliegen der Familien identifiziert: Bedürfnis nach Informationen, emotionaler Unterstützung, einer Neuordnung des Lebens, einem frühen, kontinuierlichen und umfassenden Gesundheitsversorgungssystem, Edukation des Gesundheitspersonals, Versicherungsfachpersonen, Gesetzgebern und der Bevölkerung, einer professionellen Partnerschaft mit dem Gesundheitspersonal, einer Vertrauensperson, Unterstützung im Umgang mit dem SHT-Betroffenen, administrativer und finanzieller Hilfe und Berücksichtigung von kulturellen Aspekten.

Die Forscher der Hauptstudien erhielten alle ähnliche Ergebnisse, wodurch die Reliabilität der gefundenen Resultate als hoch einzuschätzen ist. Das Bedürfnis nach Informationen und nach emotionaler Unterstützung gilt es laut den Verfasserinnen als sehr wichtig einzuschätzen. Dies aus dem Grund, dass mehrere Forscher (Coco et al, 2011, Lefebvre et al., 2012 und Leith et al., 2004) in diesen Bereichen einen Unterstützungsbedarf ermitteln konnten. Hinzu kommt, dass diese Studien über eine sehr hohe Qualität verfügen. So wird bei allen das Sample sowie die Datenerhebung klar und präzise beschrieben. Auch die Datenanalyse wird bei Coco et al. (2011) und

Leith et al. (2004) sorgfältig durchgeführt, was die Aussagekraft der Ergebnisse zusätzlich verstärkt.

Das Bedürfnis nach Unterstützung im Umgang mit dem SHT-Betroffenen erachten die Verfasserinnen als essentiell, da Lefebvre et al. (2012), Coco et al. (2011), Foster et al. (2012) sowie Keenan et al. (2010) dies in ihren Studien ermitteln konnten.

Die in diesen Studien genannten Ratschläge, wie man diesem Anliegen begegnen soll, beweisen, dass auch die Forscher dieses Bedürfnis als wichtig erachten. Das Berücksichtigen von kulturellen Aspekten in der Angehörigenarbeit wird nur in der einen Studie von Foster et al. (2012) herausgearbeitet. Die Studie weist zwar eine unklare und knapp beschriebene Datenerhebung und Datenanalyse auf, das grosse Sample mit beinahe 1000 Teilnehmenden lässt jedoch darauf schliessen, dass es ein weitverbreitetes Bedürfnis unter den Angehörigen von SHT-Betroffenen darstellt.

Daher erachten die Verfasserinnen dieses Anliegen als unbedingt beachtenswert.

Sie glauben, dass der Einbezug der Kultur das Team unterstützt, um beispielsweise verständliche Informationen abzugeben oder um eine professionelle Partnerschaft mit der Familie aufzubauen und somit weiteren Anliegen der Familie zu begegnen.

Das Bedürfnis nach administrativer und finanzieller Unterstützung ist hingegen mit Vorbehalt zu betrachten und wird von den Verfasserinnen als weniger bedeutsam erachtet. Die Studie von Lefebvre et al. (2012), welche in diesem Bereich einen Mangel an Unterstützung eruierte, wurde in Kanada durchgeführt. Das Sample bezieht sich dabei ausschliesslich auf die Bevölkerung der Provinz Quebec. Daher ist eine Generalisierung und Übertragung auf die Schweiz mit Bedacht zu vollziehen.

Die Ratschläge für das Gesundheitspersonal zielen auf das Begegnen der herausgearbeiteten Bedürfnisse ab. So soll das Personal verständliche und auf das Wissen der Angehörigen angepasste Informationen abgeben, emotionalen Support durch Caring bieten, den Angehörigen zuhören und sie ermutigen sowie ihnen Unterstützung anbieten, damit sie die neue Situation akzeptieren können. Zusätzlich soll das Team eine professionelle Partnerschaft zu der Familie aufbauen und sie bei der Zielsetzung für den Patienten unterstützen. Dabei wird empfohlen, eine verantwortliche Person aus dem Behandlungsteam zu bestimmen, welche die Verantwortung für interprofessionelle Sitzungen und den Informationsfluss übernimmt. Ein weiterer aus der Literatur ersichtlicher Ratschlag ist, die Familie in die Pflege und die Therapien mit einzubeziehen und ihnen Strategien im Bezug auf

den Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen ihres Angehörigen aufzuzeigen. In den Studien wird darauf hingewiesen, dass ein Versicherungsfachassistent eine grosse Hilfe für Familien sein kann. Zum Bedürfnis der Familie „Edukation für Gesundheitspersonal, Versicherungsfachpersonen, Gesetzgebern und der Bevölkerung“ wurden in der Literatur keine Ratschläge gefunden. Bei allen Interventionen soll die Kultur des SHT-Betroffenen und dessen Familie berücksichtigt werden. Kreuzer et al. (2009) bestätigen diese Ergebnisse mit ihren Resultaten. Sie fanden heraus, dass Angehörige von Interventionen mit Edukation, Skill building und psychologischer Unterstützung profitieren.

O`Malley und Lawrence (2011) erwähnen in ihrer Studie vier Punkte, um die Angehörigenarbeit bei SHT für Patienten und deren Familien zu verbessern. Einerseits sagen sie, dass es wichtig ist ein effektives evidenzbasiertes Modell zu entwickeln, welches sich auf die Edukation des Gesundheitspersonals fokussiert. Der zweite Punkt, den sie ansprechen ist, Rollen und Verantwortungen des Gesundheitspersonals in der Angehörigenarbeit zu klären. Als dritter Punkt bemerken sie das Identifizieren von Unterstützungsressourcen für den Patienten und dessen Familie. Als letzter Punkt erwähnen sie schliesslich die Edukation und Weiterbildung des Personals, um die Effektivität der Edukation für Laien zu gewährleisten.

Die Frage, welches Teammitglied welchem Bedürfnis der Familie begegnen soll, konnte in dieser Literaturarbeit nur unzureichend evidenzbasiert geklärt werden, da noch kaum Forschung dazu betrieben wurde. Ausserdem gilt es diese Ergebnisse kritisch zu hinterfragen, da viele Aussagen von Studien aus dem Pflegesetting stammen.

8.3. Bezug zum Angehörigenmodell nach Lezak (1986)

Laut dem Angehörigenmodell von Lezak (1986) durchlaufen Familien während des Rehabilitationsprozesses des SHT-Betroffenen sechs Stadien. Wenn sie im sechsten Stadium angelangt sind, sind sie wieder bereit, ein für sie sinnvolles Leben zu führen (Lezak, 1986) Daher erachten es die Verfasserinnen als wichtig, dass Angehörige schnellstmöglich bis zur sechsten Phase kommen.

Die Verfasserinnen vermuten, dass sich Angehörige in der stationären Rehabilitation meistens in der dritten Phase nach dem Angehörigenmodell nach Lezak (1986)

befinden. Lezak (1986) identifiziert in diesem Stadium Gefühle wie Unmut und Enttäuschung der Angehörigen, da vieles für den SHT-Betroffenen nicht mehr möglich ist. Sie beschreibt Schuld, Verwirrung, Frustration und Ärger als typische Reaktionen von Angehörigen während dieser Zeit. Laut Lezak (1986) beginnen Familien, sich mit dem Gedanken auseinander zu setzen, dass Charakterveränderungen des SHT-Betroffenen irreversibel sind und grosse Auswirkungen auf sein, aber auch auf ihr Leben hat.

Die vorliegende Literaturarbeit beschreibt ganz ähnliche Bedürfnisse der Familie während der Rehabilitationszeit, weshalb die Verfasserinnen davon ausgehen, dass Angehörige sich während der stationären Rehabilitationsphase im dritten Stadium des Angehörigenmodells nach Lezak (1986) befinden. Angehörige benötigen Hilfe im Umgang mit Gefühlen von Wut, Angst, Scham, Trauer und Schuld (Coco et al., 2011, Fleming et al., 2012) Auch der Wunsch der Familie nach Strategien im Umgang mit dem veränderten Verhalten des Patienten wird erwähnt (Lefebvre et al., 2012). Dies setzt voraus, dass die Familienmitglieder sich den veränderten Charakterzügen des SHT-Betroffenen bewusst sind.

Diese Literaturarbeit nennt bedeutsame Ratschläge für das Personal, um den Bedürfnissen der Familie während der Rehabilitationszeit zu begegnen. Die Verfasserinnen gehen davon aus, dass bei Beachtung der Ratschläge durch das Gesundheitspersonal den Bedürfnissen von Familien begegnet werden kann. Dies führt dazu, dass sich deren Anliegen verringern und verändern und die Angehörigen schliesslich die einzelnen Phasen schneller durchlaufen können. Wünschenswert wäre es, dass Familien nach Entlassung aus der stationären Rehabilitation sich bereits im sechsten Stadium befinden und bereit wären, wieder ein für sie sinnvolles Leben aufzubauen.

8.4. Bezug zur Interprofessionalität

Seit anfangs 2012 werden die Krankenhausleistungen in der Schweiz mittels dem DRG (Diagnosis Related groups) Fallpauschalensystem vergütet. Im Ausland hat sich gezeigt, dass die Einführung der DRG`s sich auf eine kürzere stationäre Verweildauer der Patienten auswirkt (Kleinow et al., 2002). Diese Kürzung der Behandlungszeit führt laut Kleinow, Hessel und Wasem (2002) dazu, dass die Patienten früher in die Rehabilitationskliniken eintreten. Dadurch stehen sie bei

Eintritt am Anfang ihres Rehabilitationsprozesses und insbesondere hirnverletzte Patienten weisen zu diesem Zeitpunkt in verschiedenen Bereichen Defizite auf (Pössl et al., 1996). Um dem Patienten eine umfassende Rehabilitation zu ermöglichen, arbeiten in der stationären Rehabilitation viele verschiedene Professionen mit demselben Patienten (Körner, 2010). Dafür ist laut der Autorin ein interprofessionelles Team von Nöten, welche sich bei regelmässig stattfindenden Treffen austauschen (Körner, 2010) und gemeinsame Problemlösungen erarbeiten (Mitchell, M. et al., 2010, Mitchell, R. et al. 2010). Diese interprofessionellen Teamtreffen sind wichtig, um den Informationsfluss und die Kommunikation zwischen den einzelnen Berufsgruppen zu vereinfachen (Xyrichis und Lowton, 2008). Dies ist gemäss den Autoren ein zentraler Aspekt, um eine förderliche Zusammenarbeit zu gewährleisten.

Hinzu kommt, dass durch die interprofessionelle Teamarbeit die Effizienz sowie die Effektivität der Patientenbehandlungen gesteigert werden kann (Xyrichis et al., 2008). Das gemeinsame Erarbeiten einer Zielsetzung führt dazu, dass doppelte Therapien vermieden werden und einzelne Therapiestunden an Effektivität gewinnen (Mitchell M. et al., 2010, Mitchell R. et al., 2010). Die Verfasserinnen schliessen daraus, dass durch die gesteigerte Effizienz einerseits Kosten gespart und andererseits die Dauer der Therapiestunden gekürzt werden können. Dies wiederum dient dem Patienten, da Menschen mit einer Hirnverletzung Defizite bezüglich der Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit aufweisen können und schnell ermüden (Pössl et al., 1996). So nehmen die Verfasserinnen an, dass sie sich bei kürzeren Behandlungstherapien besser konzentrieren können und daher bessere Ergebnisse erzielen.

8.5. Bedeutung der Interprofessionalität im Bezug auf die Angehörigenarbeit

Die Ergebnisse aus den Hauptstudien haben gezeigt, dass Angehörige das Bedürfnis nach einer interprofessionellen Betreuung haben (Lefebvre et al., 2012, Leith et al., 2004). Lefebvre et al. (2012) und Leith et al. (2004) heben in ihren Studien hervor, dass sich die Angehörigen ein gut ausgebildetes Team wünschen, welches im Umgang mit dem SHT-Patienten spezialisiert ist. Durch das enge Zusammenarbeiten der einzelnen Berufsgruppen während der stationären Rehabilitation können die fachspezifischen Kompetenzen untereinander

ausgetauscht und das Wissen an alle beteiligten Teammitglieder weitergegeben werden (Banfield et al., 2009).

Coco et al (2011) erwähnt, dass sich die Angehörigen eine enge Zusammenarbeit mit dem Gesundheitspersonal wünschten und bei Entscheidungen mit einbezogen werden möchten. Auch Foster et al. (2012) sagen, dass die Familie eine wichtige Rolle bei der Zielsetzung und der Entwicklung des Rehabilitationsplanes des Patienten spielen. Die Verfasserinnen leiten daher ab, dass es nicht nur wichtig ist, alle Berufsgruppen in den Problemlösungsprozess mit einzubeziehen, sondern auch die Familienmitglieder. Sie kennen den Patienten und wissen, über welche Fähigkeiten er vor der Hirnverletzung verfügte (Foster et al., 2012). Die Verfasserinnen erachten es als essentiell, dass diese Expertise anerkannt und genutzt wird, um den weiteren Therapieverlauf zu planen.

Die Angehörigen wünschen sich zudem eine Kontinuität der Interventionen (Lefebvre et al., 2012). So möchten sie laut den Autoren, dass der Patient immer nach den gleichen Ansätzen behandelt wird. Beim interprofessionellen Arbeiten treffen sich die am Rehabilitationsprozess beteiligten Teammitglieder in regelmässigen Abständen, um Ziele des Patienten zu definieren und Interventionspläne zu erstellen (Körner, 2010). Die Verfasserinnen folgern, dass anfänglich interprofessionell geklärt werden soll, auf welchen Ansätzen die Therapie des Patienten basieren soll. Somit sind alle Professionen auf dem gleichen Informationsstand und können ihre Behandlungen danach ausrichten.

Der wichtigste Faktor eines erfolgreichen Outcome in der Rehabilitation ist laut Foster (2012) die Zusammenarbeit zwischen dem Personal, dem Patient und dessen Familie. Aus diesem Grund scheint es den Verfasserinnen als wichtig, dass sich die interprofessionelle Arbeit nicht nur auf den Patienten sondern auch auf die Angehörigenarbeit ausrichtet. Denn Suddick und de Souza (2007) haben in ihrer Studie herausgefunden, dass der Nutzen des Einbezugs der Angehörigen sowohl für das interprofessionelle Team, als auch für den Patienten selbst von grosser Bedeutung ist.

Abschliessend kann gesagt werden, dass die Angehörigenarbeit bei SHT-Betroffenen im Allgemeinen sowie in Bezug auf die Interprofessionalität wenig erforscht ist (Kreutzer et al., 2009). Die Verfasserinnen haben während des

Erarbeitens der vorliegenden Literaturarbeit erkannt, dass es wichtig wäre, dass auf diesem Gebiet mehr Forschung betrieben würde. Sie erachten es als notwendig, dass sich das Rehabilitationspersonal bewusst wird, welchen Einfluss eine Familie auf das Outcome des Patienten hat und das Team ihnen deshalb die bestmögliche Hilfe bietet, um zu unterstützenden Familien werden zu können.

9. Theorie-Praxis-Transfer

Ein SHT hat nicht nur Auswirkungen auf den Betroffenen selber, sondern auch auf dessen Angehörigen. Die Zeit, in welcher sich der Patient in der stationären Rehabilitation befindet, ist geprägt von Gefühlen wie Angst, Unsicherheit bezüglich der Zukunft und teilweise auch Überforderung (Coco et al., 2011, Keenan et al., 2010). Jedoch ist es gerade in dieser Zeit wichtig, dass sie ihre Ressourcen mobilisieren und den Betroffenen unterstützen können (Bond et al., 2003). Denn diese Fähigkeit der Familie und deren Adaptionfähigkeit kann sich positiv auf die Kurz- und Langzeiterfolge des SHT-Patienten auswirken (Bond et al., 2003). Auch Sander et al. (2002) erwähnen die Wichtigkeit der Unterstützung des Patienten durch die Familie. So erreichten in ihrer Studie diejenigen Patienten, welche unterstützende und begeisternde Angehörige hatten bessere Ergebnisse, als jene, welche keinen familiären Beistand erfuhren. Aufgrund des grossen Einflusses der Familie halten die Verfasserinnen es für zentral, dass das Gesundheitspersonal sich nicht nur um den Patienten, sondern auch um dessen Angehörigen kümmert. Damit sie die hohen Anforderungen, welchen sie in dieser Zeit begegnen werden, meistern können, müssen sie dringend gesund bleiben (Man et al., 2003). Hinzu kommt, dass es von zentraler Bedeutung ist, dass Familien in die Planung des Rehabilitationsprozesses mit einbezogen werden (Keenan et al., 2010). Sie verfügen über wichtige Informationen und kennen den Patienten und seine Fähigkeiten, über welche er vor dem Ereignis verfügte (Foster et al., 2012).

Um die Bedürfnisse der Angehörigen während der Rehabilitationszeit aufzuzeigen, wurde eine auf dem Ergebnissteil basierende Liste erstellt. Anbei werden passende Interventionen vorgeschlagen und Empfehlungen abgegeben, welche Aufgabe von welcher Berufsgruppe übernommen werden sollte. Diese Auflistung bietet dem interprofessionellen Team in der stationären Rehabilitation einen Überblick über mögliche Bedürfnisse der Angehörigen und gibt ihnen klare Ratschläge, wie sie

diesen begegnen können. Dadurch erhoffen sich die Verfasserinnen dieser Literaturarbeit, dass die Familienmitglieder der SHT-Patienten in ihren Anliegen besser unterstützt werden.

Tabelle 5: Überblick der Bedürfnisse und Interventionen

Bedürfnisse	Interventionen	Quelle
Bedürfnis nach Informationen		
Informationen zu physischen, kognitiven und emotionalen Auswirkungen (Coco et al., 2011, Lefebvre et al., 2012)	<ul style="list-style-type: none"> - Ehrlich, verständliche, genaue und übereinstimmende Informationen geben - Informationen zu physischen, kognitiven und emotionalen Auswirkungen abgeben 	Lefebvre et al., 2012, Coco et al., 2011
Informationen zur Pflege und Therapien (Coco et al., 2011, Lefebvre et al., 2012)	<ul style="list-style-type: none"> - Informationen zur Pflege und Therapien abgeben 	
Informationen zur Prognose (Coco et al., 2011, Lefebvre et al., 2012)	<ul style="list-style-type: none"> - Informationen zur Prognose abgeben 	
Informationen zur Medikamentenbehandlung (Coco et al., 2011, Lefebvre et al., 2012)	<ul style="list-style-type: none"> - Informationen zur Medikamentenbehandlung abgeben 	
Informationen zu beeinflussenden Faktoren der Genesung (Coco et al., 2011, Lefebvre et al., 2012)	<ul style="list-style-type: none"> - Informationen zu beeinflussenden Faktoren der Genesung abgeben 	
Bedürfnis nach emotionaler Unterstützung		
Unterstützung mit Wut, Angst, Scham, Trauer und Schuld (Coco et al., 2011, Fleming et al., 2012)	<ul style="list-style-type: none"> - Zuhören, sich interessiert und Mitgefühl zeigen - Beratungsgespräche anbieten - Selbsthilfegruppen anbieten - Angehörige auf ihre Gefühle aufmerksam machen - Individualität jedes Angehörigen beachten 	Coco et al., 2011 Fleming et al., 2012 Coco et al., 2011 Lefebvre et al., 2012 Lefebvre et al., 2012
An der Hoffnung festhalten (Coco et al., 2011)	<ul style="list-style-type: none"> - Ermutigende Worte 	Keenan et al., 2010
Soziale Isolation, Einsamkeit und Verwirrtheit reduzieren (Leith et al., 2004)	<ul style="list-style-type: none"> - Direkt nach Empfinden fragen 	Coco et al., 2011

Bedürfnis nach einer Neuordnung des Lebens

Zurück zum Alltag
(Keenan et al., 2010)

- Angehörigen bei eigenen im Alltag auftauchenden Problemen helfen
- Im Weitermachen ermutigen

Lefebvre et al., 2012

Lefebvre et al., 2012

Eigenen Bedürfnissen gerecht werden
(Keenan et al., 2010)

- Beachten, dass Angehörige über eigene Bedürfnisse am besten Bescheid wissen

Lefebvre et al., 2012

Bedürfnis nach einem frühen, kontinuierlichen und umfassenden Gesundheits-versorgungssystem

Personal respektiert Wünsche und Bedürfnisse des SHT-Betroffenen
(Coco et al., 2011)

- Respektieren der Wünsche und Bedürfnissen vom SHT Betroffenen

Kontinuität der Interventionen und gleichbleibende Behandlungsansätze
(Lefebvre et al., 2012)

- Konstanz im Team, dessen Ansätze und Interventionen gewährleisten

Passende Wohnmöglichkeit nach der Entlassung finden
(Leith et al., 2004, Coco et al., 2011)

- Auf zu beachtende Faktoren bei Wohnungssuche hinweisen
- eventuell mitgehen beim Wohnungsbesuch

Nötige Modifikationen im neuen Zuhause und der Umgebung werden vorgenommen
(Leith et al., 2004)

- Wenn nötig Wohnungsanpassung vornehmen

Hilfsmittelabgabe
(Coco et al., 2011)

- Hilfsmittel abgeben und Umgang trainieren
- Angehörige instruieren

Rückkehr in den Alltag erleichtern
(Leith et al., 2004)

Bedürfnis nach Edukation

Gut ausgebildetes, interprofessionelles und auf das SHT spezialisiertes Team
(Leith et al., 2004, Lefebvre et al., 2012)

Edukation von Versicherungsangestellten und Gesetzgebern
(Leith et al., 2004)

Sensibilisierung der Bevölkerung
(Leith et al., 2004)

- Weiterbildungen und Schulungen besuchen

- Aufklärung und Sensibilisierung der Bevölkerung

Bedürfnis nach einer professionellen Partnerschaft mit dem Gesundheitspersonal

Einbezug bei Entscheidungen (Coco et al., 2011)

Aufforderung Therapiesitzungen beizuwohnen
(Lefebvre et al., 2012)

Ermutigung, um für eigene Interessen und diejenigen des Angehörigen eintreten zu können
(Leith et al., 2004)

Stärkung der Ressourcen
(Leith et al., 2004, Keenan et al., 2010)

Pausen einlegen
(Coco et al., 2011)

- Führung der Familie durch das Rehabilitationszentrum vor Eintritt des Patienten

- Eintrittsgespräch nach fünf bis sieben Tagen nach Eintritt des Patienten

- Austausch mit Angehörigen und deren Wissen und Beobachtungen in den Betreuungsplan mit einbeziehen

- Familie auffordern und ermutigen an Therapie teilzunehmen

- Ermutigung und bestärken

- Ermutigen, Pausen einzulegen und diese ermöglichen

- Kaffee anbieten

Foster et al., 2012

Foster et al. 2012

Lefebvre et al., 2012

Bedürfnis nach einer Vertrauensperson

Einbezug in Entscheidungen
(Coco et al., 2011)

- Eine verantwortliche Person im interprofessionellen Team und in der Familie bestimmen
- Familien beim Setzen von realistischen Zielen unterstützen

Lefebvre et al., 2012,
Foster et al., 2012
Foster et al., 2012

Unterstützung im Umgang mit dem Angehörigen

Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen des SHT-Betroffenen
(Lefebvre et al., 2012)

- Familie Strategien und Kommunikationstechniken lehren im Umgang mit SHT-Betroffenen
- Familien erklären, dass unangebrachte Verhaltensweisen nach Hirnverletzungen häufig auftreten
- erklären, dass negativ Gefühle dem SHT-Betroffenen gegenüber normal sind

Lefebvre et al., 2012,
Foster et al., 2012
Foster et al., 2012

Einbezug in die Pflege und **Therapien**
(Coco et al., 2011)

- Familien ermutigen der Pflege und Therapien beizuwohnen
- Dabei Moment und Aufgabe bewusst wählen
- Familien ermutigen, so früh wie möglich Ausflüge mit ihrem Angehörigen zu unternehmen

Lefebvre et al., 2012
Keenan et al., 2010
Foster et al., 2012

Administrative und finanzielle Hilfe

Hilfe auf Suche nach Dienstleistungsangeboten
(Lefebvre et al., 2012)

- **Empfehlung und Beratschlagung, um passende Dienstleistungen zu finden**
- Versicherungsassistent empfehlen

Keenan et al., 2010

Hilfe beim Ausfüllen von Formularen

- **Hilfe beim Ausfüllen von Formularen**

Berücksichtigung von kulturellen Aspekten

- Übersetzung von Sitzungen und Informationen gewährleisten

Foster et al., 2012

Anmerkung: Die violett markierten Aussagen sind logische Schlüsse der Autorinnen und nicht literaturbasiert, da keine Studien auf diese Themen bezogen gefunden wurden.

Bei Eintritt des Patienten in die stationäre Rehabilitation sollte ein interprofessionelles Assessment durchgeführt werden, um die Bedürfnisse der Angehörigen zu erfassen. Danach gilt es für das Team, die verschiedenen Verantwortungsbereiche aufzuteilen und eine Vertrauensperson zu bestimmen.

Die gefundenen Ergebnisse aus den Hauptstudien zeigen, dass viele Aufgaben von der Pflege übernommen werden sollten. Die Verfasserinnen dieser Literaturarbeit sind jedoch der Meinung, dass dies nicht zwingend der Fall sein muss. Sie sind der Ansicht, dass es durchaus Sinn macht, dass einige Interventionen von allen Disziplinen gemeinsam oder von einer anderen Berufsgruppe durchgeführt werden. Im Bezug auf die Angehörigenbildung sind die Verfasserinnen der Ansicht, dass der Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ergotherapeuten eine zentrale Bedeutung zukommt. Habermann et al. (2009) erwähnt, dass es die Aufgabe der Ergotherapie ist, die Angehörigen bezüglich Transfers zu schulen und zu instruieren. Die Verfasserinnen fügen an, dass in diesem Bereich der Miteinbezug der Pflege wichtig ist. Es wird als bedeutsam erachtet, dass die Transfers und die Selbsthilfe von allen Beteiligten gleich durchgeführt werden. Durch eine Schulung aller Disziplinen wäre eine Konstanz gewährleistet und die Angehörigen könnten diesbezüglich auch ausserhalb der Therapiestunden um Hilfe fragen.

Ein weiterer Punkt, bei welcher die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Ergotherapie eine zentrale Bedeutung zukommt, ist die Vorbereitung auf den Austritt. Es ist wichtig, dass die Überleitung von der Klinik nach Hause gut geplant wird, da es den Angehörigen eine Sicherheit gibt, wenn sie gut darauf vorbereitet sind. Dabei gilt es, die verschiedenen Aufgabenbereiche sinnvoll zu verteilen und zu planen. Auch hier ist laut den Verfasserinnen die Absprache in den einzelnen Bereichen von grosser Wichtigkeit.

Die Rolle der Vertrauensperson muss ebenfalls nicht unbedingt von dem Pflegepersonal übernommen werden, sondern könnte beispielsweise auch von einem Ergotherapeuten wahrgenommen werden. Die Verfasserinnen vermuten, dass in der Praxis die Aufgabe der Vertrauensperson trotzdem am häufigsten der Pflege obliegen wird, da sie am meisten Zeit mit dem Patienten und dessen Angehörigen verbringt. Dadurch fällt es ihnen am leichtesten eine professionelle und vertrauensvolle Beziehung aufzubauen und eine umfassende Unterstützung zu bieten.

Die untenstehende Abbildung soll aufzeigen, wie die Aufgabenverteilung in der stationären Rehabilitation gemäss den Verfasserinnen aussehen könnte. Die interprofessionellen Aufgaben betreffen das gesamte Team und werden auch von allen durchgeführt.

Abbildung 4: Aufgabenverteilung im interprofessionellen Team



Damit eine erfolgreiche Familienarbeit geboten werden kann, ist eine klare, einheitliche und offene Kommunikation im interprofessionellen Team von grosser Bedeutung (Xyrichis et al., 2008). Die Verfasserinnen empfehlen dabei, das ICF-Modell einzuführen. Es dient als Instrument, um die aktuelle Funktionsfähigkeit bzw. die Beeinträchtigungen des Patienten zu beschreiben und zu klassifizieren (Rentsch & Bucher, 2005). Es stellt eine gemeinsame Sprache her, um den Gesundheitszustand und die damit zusammenhängenden Umstände zu beschreiben. Dadurch kann die Kommunikation zwischen den einzelnen Berufsgruppen im interprofessionellen Team verbessert, vereinheitlicht und vereinfacht werden (Rentsch et al., 2005). Ein weiterer Punkt, der bei der interprofessionellen Teamarbeit berücksichtigt werden muss, sind regelmässige Teamtreffen (Xyrichis et al., 2008). Suddick et al. (2007) schlägt vor, dass in konstanten Abständen interprofessionelle Fallbesprechungen stattfinden. Xyrichis et al. (2008) heben in ihrer Studie die Wichtigkeit der Regelmässigkeit solcher Zusammentreffen hervor, da sie zu einem effektiveren Arbeiten und zu einer erhöhten Innovation des Teams führen. Diese Zeiten sollen laut den Autoren dem Austausch bezüglich anstehender Probleme oder neuen Zielsetzungen dienen. Sie fügen an, dass Rollen und Verantwortungen geklärt, durchgeführte Interventionen evaluiert und gegebenenfalls angepasst, sowie Lösungen für Konflikte gefunden werden sollen. Damit diese Besprechungen effizient und strukturiert durchgeführt werden können, bedarf es einer klaren Gesprächsführung (Xyrichis et al., 2008). Die Verfasserinnen erachten es als am effektivsten, wenn dies die Vertrauensperson des zu besprechenden Patienten übernimmt, da sie am besten über dessen momentanen Standpunkt informiert ist.

10. Schlussteil

10.1. Limitationen

Die Verfasserinnen dieser Literaturarbeit schlossen Studien, welche in anderen Sprachen als Deutsch und Englisch herausgegeben wurden, aufgrund der Sprachbarriere aus. Zudem beschränkte sich die Auswahl der Hauptstudien auf den Zeitraum von 2003-2013, um die Aktualität der Ergebnisse zu gewährleisten. Bei der Literaturrecherche konnte keine schweizerische Literatur gefunden werden, weshalb zu hinterfragen ist, in welchem Ausmass die in der vorliegenden Arbeit

gefundenen Ergebnisse auf stationäre Rehabilitation in der Schweiz übertragbar sind. Denn Man et al. (2003) fanden in ihrer Studie heraus, dass kulturelle Unterschiede bezüglich den Bedürfnissen der Angehörigen, wie auch der Effektivität der Interventionen darauf bestehen.

Bezüglich der Aufgabenverteilung der Angehörigenarbeit im interprofessionellen Team wurde nur sehr wenig Literatur gefunden. So sind nur wenige Aussagen über die Verantwortungsbereiche der einzelnen Berufsgruppen evidenzbasiert. Hinzu kommt, dass bezüglich der Angehörigenarbeit in der stationären Rehabilitation mehr Studien aus dem Pflegesetting, jedoch kaum welche aus dem ergotherapeutischen Setting ermittelt werden konnten. Auch die interprofessionelle Arbeit bezüglich der Angehörigenarbeit ist bisher kaum erforscht. Die Ergebnisse dieser Literaturarbeit zeigen auf, dass diese Thematik unbedingt weiter erforscht werden sollte.

10.2. Schlussfolgerung

Das vorliegende Literaturreview hat sich mit der Frage auseinandergesetzt, welche Bedürfnisse Angehörige von SHT-Patienten in der stationären Rehabilitation haben und durch welche Interventionen die Pflege und die Ergotherapie diesen begegnen können.

In der Betreuung von Angehörigen mit einem SHT-Betroffenen ist es absolut notwendig, die Einzigartigkeit eines jeden Mitglieds zu beachten. Eine gute Unterstützung zu bieten heisst zu erkennen, welche Bedürfnisse für jeden einzelnen am wichtigsten sind, um daraufhin einen Plan zu erstellen, welcher diesen begegnet. Die Literatur bestätigt die Tatsache, dass Familien viele Anliegen haben. Sie haben das Bedürfnis nach Informationen, emotionaler Unterstützung, einer Neuordnung des Lebens, einem frühen, kontinuierlichen und umfassenden Gesundheitsversorgungssystem, Edukation, einer professionellen Partnerschaft mit dem Gesundheitspersonal, einer Vertrauensperson, Unterstützung im Umgang mit dem SHT- Betroffenen, administrativer und finanzieller Unterstützung und Berücksichtigung von kulturellen Aspekten.

Die Interventionen auf die Bedürfnisse, insbesondere die nicht evidenzbasierten, gilt es in den stationären Rehabilitation umzusetzen, auszuwerten und gegebenenfalls anzupassen. Dabei sollen die Anliegen der Angehörigen regelmässig überprüft werden. Um die Familie in ihrem Bewältigungsprozess bestmöglich zu unterstützen,

ist eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit nötig. Die Abbildung 4 auf Seite 55 klärt die Verantwortungsbereiche der Ergotherapie und der Pflege, wodurch die Teamarbeit gefördert wird.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass bislang wenig Forschung bezüglich der Thematik Angehörigenarbeit in der stationären Rehabilitation betrieben wurde. Dennoch sollte in diesem Setting grossen Wert auf die Arbeit mit Familien gelegt werden, insbesondere weil Angehörige eine grosse Ressource für den Patienten und das Personal darstellen und oft die Familienmitglieder die Pflege des SHT-Betroffenen nach Austritt aus der stationären Rehabilitation übernehmen.

11. Verzeichnisse

11.1. Literaturverzeichnis

Al-Nawas, B., Baulig, C. & Krummenauer, F. (2010). Von der Übersichtsarbeit zur Metaanalyse – Möglichkeiten und Risiken. Heruntergeladen von http://www.uni-wh.de/fileadmin/media/g/medi/g_med_i_imbe/Zeitschriftenartikel/metaanalyse.pdf am 14.4.13.

Banfield, V. & Lackie, K. (2009). Performance-based competencies for culturally responsive interprofessional collaborative practice. *Journal of interprofessional care*, 23, 611-620.

Bond, A.E., Draeger, C.R.L., Mandleco, B. & Donnelly, M. (2003). Needs of Family Members of Patients With Severe Traumatic Brain Injury. *Critical Care Nurse*, 23, 63-72.

Brooks, D. N. & McKinlay, W. (1983). Personality and behavioral differences after severe head injury - a relative's view. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 46, 336-344.

Chua, K.S., Ng, Y.S., Yap, S.G. & Bok, C.W. (2007). A brief review of traumatic brain injury rehabilitation. *Annals of the Academy of Medicine*, 36, 31-42.

Coco, K., Tossavainen, K., Jääskeläinen, K. & Turunen, H. (2011). Support for Traumatic Brain Injury Patients' Family Members in Neurosurgical Nursing: A Systematic Review. *American Association of Neuroscience Nurses*, 43, 337-348.

Exadaktylos, A.K., Häuselmann, S. & Zimmermann, H. (2007). Are times getting tougher? A six year survey of urban violence related injuries in a Swiss university hospital. *Swiss Med Wkly.*, 137, 525-530.

Fleming, J., Sampson, J., Cornwell, P., Turner, B. & Griffin, J. (2012). Brain injury rehabilitation: The lived experience of inpatients and their family caregivers. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19, 184-193.

Foster, A. M., Armstrong, J., Buckley, A., Sherry, J., Young, T., Foliaki, S., James-Hohaia, T., Theadom, A. & McPherson, M. (2012). Encouraging family engagement in the rehabilitation process: a rehabilitation provider's development of support strategies for family members of people with traumatic brain injury. *Disability & Rehabilitation*, 34, 1855-1862.

FRAGILE Suisse (n.d.). Ursachen Hirnverletzung. Heruntergeladen von <http://www.fragile.ch/index.cfm?nav=1,48,69&SID=1&DID=1> am 29.09.2012

Freivogel, S. (1997). *Motorische Rehabilitation nach Schädelhirntrauma: Klinik – Grundlagen – Therapie*. München: Pflaum Verlag.

Greenwood, R. (2002). Head injury for neurologists. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 73, i8-i16.

Habermann, C. & Kolster, F. (2009). *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie* (2. Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Hufschmidt, A. & Hermann Lücking, C. (2006). *Neurologie compact. Für Klinik und Praxis*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of interprofessional Care, supplement 1*, 188-196.

Hsieh, H.-F. & Shannon, S.E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15, 1277-1288.

- Jascha, R. (2009). Neuropsychologische Therapie. Grundlagen und Praxis der Behandlung kognitiver Störungen bei neurologischen Erkrankungen. In M. Hasselhor, H. Heuer & F. Rösler (Hrsg.), *Standards Psychologie* (S. 16-21). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Jumisko, E., Lexell, J. & Söderberg, S. (2007). Living With Moderate or Severe Traumatic Brain Injury. *Journal of Family Nursing*, 13, 353-369.
- Kaps, M. (2009). Rehabilitation bei Patienten mit Schädel – Hirn Trauma: Die Behandlung entspricht dem komplexen Aufbau des Gehirns. Heruntergeladen von http://www.kliniken-schmieder.de/fileadmin/mediapool/4_behandlungsspektrum/04_pdfs/sht_artikel.pdf am 3.4.2013
- Kearney, M. H. (2001). Levels and applications of qualitative research evidence. *Research in Nursing & Health*, 24, 145-153.
- Keenan, A. & Joseph, L. (2010). The needs of family members of severe traumatic brain injured patients during critical and acute care: A qualitative study. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 32, 25-35.
- Kleinow, R., Hessel, F. & Wasem, J. (2002). Auswirkungen der Krankenhauspauschale für Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation. *Z Gerontol Geriat*, 35, 355-360.
- Kneafsey, R. & Gawthorpe, D. (2003). Head injury: long-term consequences for patients and families and implications for nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 601-608.
- Körner, M. (2010). Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: a comparison of multidisciplinary team approach. *Clinical Rehabilitation*, 24, 745-755.

- Kreutzer, J., Stejskal, T., Ketchum, J., Marwitz, J., Taylor, L. & Menzel, J. (2009). A preliminary investigation of the brain injury family intervention: Impact on family members. *Brain Injury*, 23, 535-547.
- Laroi, F. (2003). The family system approach to treating families of persons with brain injury: a potential collaboration between family therapist and brain injury professional. *Brain injury*, 17, 175-187.
- Lefebvre, H., Pelchat, D. & Levert, M. (2007). Interdisciplinary Family Intervention Program : A Partnership Among Health Professionals, Traumatic Brain Injury Patients, and Caregiving Relatives. *Journal of Trauma Nursing*, 14, 100-113.
- Leith, K., Philipps, L. & Sample, P. (2004). Exploring the service needs and experiences of persons with TBI and their families: the South Carolina experience. *Brain Injury*, 18, 1191-1208.
- Lezak, M.D. (1986). Psychological Implications of traumatic brain damage for the patient's family. *Rehabilitation Psychology*, 31, 241-250.
- Lo-Biondo Wood, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung. Methoden, Bewertung und Anwendung* (2. Aufl.). München: Urban & Fischer.
- Man, D.W.K., Lam, C.S. & Bard, C.C. (2003). Development and application of the Family Empowerment Questionnaire in brain injury. *Brain Injury*, 17, 437-450.
- Marks, J.P. & Daggett, L.M. (2006). A Critical Pathway for Meeting the Needs of Families of Patients with Severe Traumatic Brain Injury. *Journal of neuroscience nursing*, 38, 84-89.
- McNair, R.P. (2005). Interprofessional learning: The case for educating health care students in professionalism as the core content of interprofessional education. *Medical Education*, 39, 456-464.

- Mitchell, M., Groves, M., Mitchell, C. & Batkin, J. (2010). Innovation in learning: an inter-professional approach to improving communication. *Nurse education in Practice*, 10, 379-384.
- Mitchell, R., Parker, V., Giles, M. & White, N. (2010). Toward realizing the potential of diversity in composition of interprofessional health care teams: An examination of the cognitive and psychosocial dynamics of interprofessional collaboration. *Medical Care Research and Review*, 67, 3-26.
- Morse, J. & Field, P.A. (1995). *Qualitative research methods for health professionals* (2. Aufl.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Netter, F. (2007). *Netters Neurologie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Norsen, L., Opladen, J. & Quinn, J. (1995). Practice model: collaborative practice. *Critical Care Nursing Clinics North America*, 7, 43-52.
- Oder, W. (2004). Prognosefaktoren des schweren Schädel-Hirn-Traumas. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 5, 7-22.
- O'Malley, K. & Lawrence, S. (2011). Traumatic Brain Injury Education. An Effective Model for Clients and Families. *OT PRACTICE*, 16, 13-17.
- Pebita (2010). PEBITA - Patient-relevant Endpoints after Brain Injury from Traumatic Accidents. Heruntergeladen von <http://www.pebita.ch/index.php?lang=de> am 23.9.2012.
- Pecukonis, E., Doyle, O. & Bliss, D.L. (2008). Reducing barriers to interprofessional training: Promoting interprofessional cultural competence. *Journal of Interprofessional Care*, 22, 417-428.
- Pössl, J. & Mai, N. (2002). *Rehabilitation im Alltag. Ein Ratgeber für Angehörige hirngeschädigter Patienten*. Dortmund: Borgmann publishing.

- Rentsch, H.P. & Bucher, P. (2005). *ICF in der Rehabilitation. Die praktische Anwendung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Sander, A.M., Caroselli, J.S., Hich, W.M., Becker, C., Neese, L. & Scheibel, R. (2002). Relationship of family functioning to progress in a post-acute rehabilitation programme following traumatic brain injury. *Brain Injury*, 16, 649-657.
- Schroeder, G. (2009). Interprofessionalität in der Umsetzung. Heruntergeladen von http://www.pflegeportal.ch/pflegeportal/pub/Interprofessionalitaet_Schroeder_232_1.pdf am 16.3.2013
- Serino, A., Ciaramelli, E., Di Santantonio, A., Malagu, S., Servadei, F. & Làdavas, E. (2005). Central executive impairment in traumatic brain injury. *Brain injury*, 20, 23-32.
- Suddick, K.M. & De Souza, L.H. (2007). Therapist's experiences and perceptions of teamwork in neurological rehabilitation: Critical happenings in effective and ineffective teamwork. *Journal of interprofessional Care*, 21, 669-686.
- Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E. & Deutschlander, S. (2009). Role understanding and effective communication as core competency for collaborative practice. *Journal of Interdisciplinary Care*, 23, 41-51.
- Vanderploeg, R.D., Belanger, H.G., Durchnick, J.D. & Curtiss, G. (2007). Awareness problems following moderate to severe traumatic brain injury: prevalence, assessment methods, and injury correlates. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 44, 937-949.

Whitnall, L., McMillan, T.M., Murray, G.D. & Teasdale, G.M. (2006). Disability in young people and adults after head injury: 5–7 year follow up of a prospective cohort study. *Neurol Neurosurg Psychiatry*, 77, 640–645.

World Health Organisation [WHO] (1981). Disability prevention and rehabilitation. Heruntergeladen von http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_668.pdf am 3.4.2013

Wright, L. & Leahey, M. (2000). *Nurses and Families: A guide to family assessment and intervention*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Xyrichis, A. & Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care; int. *Journal of Nursing Studies*, 45, 140-153.

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (2012). *Leitfaden Bachelorarbeit*. Winterthur: Huber, M.

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (2012). *Richtlinien für die Gestaltung von Literaturhinweisen, Zitaten und Literaturverzeichnissen am Departement Gesundheit*. Winterthur: Huber, M.

11.2. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Das Angehörigenmodell	12
Abbildung 2:	Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation	16
Abbildung 3:	Schematische Darstellung der Interprofessionalität.	19
Abbildung 4:	Aufgabenverteilung im interprofessionellen Team	55

11.3. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Schlagwörter	21
Tabelle 2:	Begriffskombinationen	22
Tabelle 3:	Ein- und Ausschlusskriterien	23
Tabelle 4:	Übersicht der Hauptstudien	37
Tabelle 5:	Überblick der Bedürfnisse und Interventionen	50

11.4. Abkürzungsverzeichnis

n.d.= nicht datiert

z.B.= zum Beispiel

etc.= et cetera (und so weiter)

12. Glossar

A

Apallisches Syndrom Bewusstseinsstörung, aufgrund einer Schädel-Hirn-Verletzung oder eines Sauerstoffmangels. Die vegetativen Funktionen bleiben erhalten, ein aktives interagieren ist jedoch nicht mehr möglich (Zieger, 2007).

Assessment: Sammeln, klassifizieren, analysieren, interpretieren und dokumentieren von Informationen über die Person, den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten, sowie über das subjektive Erleben von PatientInnen (Sauter, Abderhalden und Needham , 2006)

C

Caring Professionelle Fürsorge als Grundhaltung, welche von Engagement, Anteilnahme, Vertrauen und Mitgefühl gekennzeichnet ist. (Schmid Büchi, 2001)

Coping Krankheitsbewältigung, um Belastungen emotional, kognitiv oder handelnd zu verringern oder zu überwinden (Pschyrembel, 2005).

D

Diagnosis
Related Groups Diagnoseorientierte Fallpauschalen zur Leistungsabrechnung im Krankenhaus auf Basis eines internationalen Klassifikationssystems (Pschyrembel, 2003)

E

Edukation Prozess des Erhaltens oder Gebens spezifischer Handlungsanweisungen und Informationen

Empathie Bereitschaft und Fähigkeit, sich wertfrei und urteilsfrei in andere Menschen einzufühlen

Exekutive Funktionen Operationen, die es einer Person erlauben, selbstständig und zielstrebig selbstdienliche Aktivitäten und Handlungen

auszuführen. Sie umfassen diejenigen Verhaltenskomponenten, die den Ausdruck, die Organisation, die Aufrechterhaltung, die Kontrolle und Modulation von Verhalten ermöglichen (Lezak, 1995).

Expertise Eigenschaften, Fähigkeiten oder Wissen, das eine Person zu einem Experten auf einem Gebiet macht (www.wortbedeutung.info,n.d.)

H

Hemiparese Eine inkomplette Lähmung einer Körperhälfte aufgrund einer zerebralen Läsion zum Beispiel einem Schlaganfall (Pschyrembel, 2007).

Hypoxie Verminderter Gehalt des Sauerstoffes im Gewebe oder im Blut (Pschyrembel, 2007).

I

ICF-Modell International **C**lassification of **F**unctioning, **D**isability and **H**ealth: Ein internationales Klassifikationssystem zur Vereinheitlichung der Sprache im Gesundheitswesen (Pschyrembel, 2003)

Interprofessionalität Zusammenarbeiten verschiedener Berufsgruppen (Arzt, Pflege, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie etc.) (Schröder, 2009)

Ischämie Mangelnde Blutzufuhr, aufgrund einer Unterbrechung der Durchblutung eines Organs (Pschyrembel, 2007)

O

Outcome Ergebnis oder Gesamtergebnis einer Maßnahme

P

Prämorbid Vor dem Ausbruch einer Krankheit auftretend

R

Reliabilität Zuverlässigkeit eines wissenschaftlichen Tests (Duden, 2013)

S

Schädelhirntrauma (SHT)	Verletzung des Schädels sowie der Hirnsubstanz (Hufschmidt & Hermann Lücking, 2007)
Selbsthilfe:	In der Ergotherapie nennt man die Therapiestunde, in welcher der Klient lernt die Morgentoilette/Abendtoilette (z.B. Ankleiden, Zähneputzen, Duschen, etc.) möglichst selbstständig durchzuführen, Selbsthilfe.
Skill building	Fähigkeiten und Fertigkeiten erlernen (Pschyrembel, 2003)

I

Tetraparese	Inkomplette Lähmung aller vier Extremitäten (Pschyrembel, 2007)
Thoraxtrauma	Verletzung des Brustkorbes (Pschyrembel, 2007)
Traumatisch	Verletzung aufgrund eines Unfalls oder einer Gewalteinwirkung (Pschyrembel, 2003)

V

Vegetativ	Nicht dem Willen unterliegend; unbewusst wirkend, ablaufend (Duden, 2013)
Validität	Gültigkeit (Duden, 2013)

13. Danksagung

Wir bedanken uns ganz herzlich bei unserer Betreuungsperson Frau Marion Huber für die kompetente Unterstützung, die hilfreichen Tipps und die konstruktiven Rückmeldungen auf unsere Fragen. Herzlichen Dank für das grosse Engagement und die jeweils ermutigenden Worte.

Zudem bedanken wir uns bei den Personen Mirco Muff und Esther Kägi für das Feedback und Gegenlesen unserer Arbeit. Einen besonderen Dank gilt auch Sonja Muff für die Finanzierung der Nervennahrung und der grosszügigen Bereitschaft uns ihre M&M-Statue für die Zeit der Erarbeitung der Bachelorarbeit auszuleihen.

14. Eigenständigkeitserklärung

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

Datum: 3.Mai 2013

Unterschrift

Tanja Muff

Evelyne Kägi

15. Anhang

Anhangsverzeichnis

- Anhang A Glasgow-Koma-Skala (GCS)
- Anhang B Studienmatrix
- Anhang C Beurteilungskriterien

Wortzahl der Bachelorthesis:

- Abstract: 200
- Bachelorarbeit: 11 778

Anhang A: Bewertung der Bewusstseinslage nach der Glasgow-Koma-Skala (GCS)

Füessl, H.S. & Middeke, M. (2010). *Anamnese und klinische Untersuchung*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG

Reiz	Reaktion	Erklärung	Punkte
Augen			
Ansprechen des Patienten	- spontan	Augen bleiben nach Ansprechen offen	4
	- auf Anruf	Augen fallen nach Ansprechen immer wieder zu	3
	- auf Schmerzreiz	Augen fallen nach Schmerzreiz wieder zu	2
	- keine	Keinerlei Reaktion, evt. nur Augenkneifen (kein Augenöffnen) oder Grimassen	1
Bewusstsein			
Ansprechen, evtl. mit Schmerzreiz Befragen: Ort, Zeit, Tag, Monat, Jahr, Name, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer	- orientiert	Örtlich, zeitlich und autopsychisch orientiert	5
	- desorientiert	In einer oder mehreren Qualitäten nicht orientiert	4
	- ungezielte verbale Reaktion	Worte nicht verständlich, aber ohne inneren Zusammenhang (inkohärent): Wortsalat	3
	- unverständliche Laute	Unartikulierte Laute (Fluchen, Lallen, Stöhnen)	2
	- keine Antwort	Kein Laut	1
Motorik			
Standardbefehle	- führt Befehle aus	Arme/Beine heben, Zunge zeigen usw.	6
Schmerzreize	- wehrt gezielt Schmerz ab	Gezieltes Greifen zum Schmerzort, Abtasten	5
	- ungezielte Schmerzabwehr	Wegziehen der gereizten Extremität (Abwehrflexion), ungezielte Abwehr mit der anderen Extremität	4
	- beugt auf Knie (abnormale Flexion)	Pathologische Flexion der gereizten Extremitäten einseitig oder beidseitig. Hinweis für Störungen vom Mittelhirn an aufwärts (Dekortikation), evtl. typisches Schulterhochziehen	3
	- streckt auf Schmerz (Extension)	Pathologische Extension auf Reize, oft spontan nach Absaugen, Umlagern, Hinweis für fortgeschrittene Mittelhirnstörung; Hirnstammstörung (Dezerebration)	2
	- keine Reaktion auch auf stärksten Schmerz	Zum Beispiel vollständige Hemiplegie bei Schlaganfall, Paraplegie, Plexuslähmungen, Medikamentenintoxikation	1

Anhang B: Studienmatrix

Coco, K., Tossavainen, K., Jääskeläinen, J. E. & Turunen, H. (2011). Support for Traumatic Brain Injury Patients` Family Members in Neurosurgical Nursing: A Systematic Review. *American Association of Neuroscience Nurses*, 43 (6), 337-348.

1. Sample	2. Ziel/ Forschungsfrage	3. Datenerhebung	4. Analyse	5. Resultate/Evidenz
<p>Beschreibung der Stichprobe: 22 empirische Forschungsartikel. 20 Studien aus Sicht der Familienmitglieder; zwei Studien aus Sicht der Pflegefachpersonen</p> <p>Ausschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kinder mit einem SHT - kein traumatisches SHT - Forschungsartikel wurde nicht in einer wissenschaftlichen Zeitschrift publiziert. - die Studie war nicht auf Englisch, Finnisch, Schwedisch oder Italienisch <p>Stichprobenziehung: Es wurden alle Studien zum Thema gesucht, welche zwischen Januar 2004 und Juni 2010 veröffentlicht wurden.</p>	<p>Forschungsfrage: Wie sieht der Unterstützungsbedarf von Angehörigen eines SHT-Patienten aus?</p> <p>Ziel: Der Zweck der Studie ist es, den Unterstützungsbedarf von Familienangehörigen eines SHT- Betroffenen zu beschreiben, welcher in Studien von 2004 bis 2010 untersucht und ermittelt wurde.</p>	<p>Datenerhebung: Im Jahre 2009 wurde das erste Mal nach Studien gesucht, welche für das zu untersuchende Thema relevant sind. Im September 2010 wurde dann erneut nach Studien gesucht, welche in der Zeit zwischen Januar 2004 und Juni 2010 veröffentlicht wurden. Es wurde in verschiedenen Datenbanken gesucht, wobei 195 Studien gefunden wurden. Als erstes wurde aufgrund des Titels aussortiert, worauf 116 Studien übrig blieben. Abstracts, welche zeigten, dass sie den Einschlusskriterien nicht entsprachen wurden daraufhin ausgeschlossen. Schlussendlich wurden diejenigen Studien, welche verfügbar und bei welchen</p>	<p>Datenanalyse: Die Datenanalyse erfolgte mittels der induktiven Inhaltsanalyse. Die Originaltexte wurden gelesen und den verschiedenen sozialen Unterstützungsbedürfnissen zugeteilt. Jede Kategorie wurde anschliessend mit einer Überschrift versehen, welche zu den Themen und den Resultaten passten. Die Kategorien wurden in einem letzten Schritt genauer erklärt und mit passenden Sätzen ergänzt.</p>	<p>Ergebnisse:</p> <p><u>Unterstützung durch Informationen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Informationen zu den Folgeschäden, welche der Patient hat. - Informationen zu der Pflege eines hirnerkrankten Menschen - Die Qualität der Informationen ist wichtig - Informationen bezüglich der Prognose <p><u>Emotionaler Unterstützungsbedarf:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Emotionen der Angehörigen berücksichtigen - Den Angehörigen zuhören - Angehörige respektieren <p><u>Praktische Unterstützung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung bei der Entscheidungsfindung - Wohlbefinden steigern - Angehörige in die Pflege mit einbeziehen

<p>Design: Es handelt sich um ein systematisches Literaturreview, welches qualitative Studien mit einbezieht.</p> <p>Beurteilung: Die Auswahl der Teilnehmer wird mittels Ausschlusskriterien festgelegt und beschrieben. Die Auswahl der Studien wird ebenfalls beschrieben und begründet. Die Teilnehmer sind als Informanten geeignet und erleben das Phänomen. Das Setting wird nicht beschrieben, jedoch ist dies bei einem Review beinahe unmöglich, da jede Studie ein leicht verändertes Setting aufweist. Der methodologische Ansatz ist aus der Fragestellung logisch abzuleiten und eignet sich für dieses Phänomen.</p>	<p>Beurteilung: Die Studie beantwortet eine wichtige Frage. Das Phänomen wird klar beschrieben. Es werden Hintergrundinformationen geliefert, welche auf bereits vorhandener Literatur basieren. Das Ziel wird klar und explizit dargestellt, die Forschungsfrage ist ebenfalls klar formuliert. Es wird mit vorhandener Literatur in das Thema eingeführt.</p>	<p>ein Volltext vorhanden war, in die Studie mit einbezogen.</p> <p>Beurteilung: Die Vorgehensweise bei der Datenerhebung ist explizit dargestellt und wird klar Schritt für Schritt beschrieben. Die Datensättigung wird insofern diskutiert, dass sie alle Studien suchten, welche zwischen den Jahren 2004 und 2010 veröffentlicht wurden und diese daraufhin untersuchten. Ein Ethikkomitee wurde nicht beigezogen.</p>	<p>Beurteilung: Das Vorgehen bei der Datenanalyse ist klar und nachvollziehbar beschrieben. Die Analysemethode wird genannt und genauer beschrieben. Die analytischen Entscheidungen sind nicht dokumentiert und dadurch auch nicht überprüfbar.</p>	<p>- mit den Familienmitgliedern kooperieren</p> <p>Evidenzlevel: 4</p> <p>Beurteilung: Die Ergebnisse reflektieren die Reichhaltigkeit der Daten und sind gut strukturiert. Die Ergebnisse werden in einer Tabelle dargestellt und in einzelnen Textabschnitten genauer erklärt. Es werden jedoch keine Zitate verwendet, um die Aussagen zu verstärken. Die Resultate sind im Kontext verankert und in ihrer Bedeutung präzise.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fleming, J., Sampson, J., Cornwell, P., Turner, B. & Griffin, J. (2012). Brain injury rehabilitation: The lived experience of inpatients and their family caregivers. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19, 184-193.

1. Sample	2. Ziel/ Forschungsfrage	3. Datenerhebung	4. Analyse	5. Resultate/Evidenz
<p>Beschreibung der Stichprobe: 18 Patienten mit einer Hirnverletzung (16 mit SHT) und ihre pflegenden Angehörigen</p> <p><u>Einschlusskriterien:</u> - erworbene Hirnverletzung - Mindestalter: 16 Jahre - gute Englischkenntnisse - weisen keine kognitive Einschränkung auf</p> <p>Stichprobenziehung: Auf der Neuro-Rehabilitations-Station wurde nach Teilnehmern gesucht, welche den Einschlusskriterien entsprachen</p> <p>Design: Qualitatives Design → Phänomenologie</p> <p>Setting: Neuro-Rehabilitations-Station mit 26 Betten in</p>	<p>Ziel: Die Erfahrungen in der Rehabilitation aus Sicht der Patienten und deren pflegenden Angehörigen zu beschreiben und zu interpretieren.</p>	<p>Datenerhebung: Es wurden halbstrukturierte Interviews zu drei Zeitpunkten durchgeführt. Die Forscher benutzten einen Interview-Guide um eine beständige und angemessene Datensammlung zu garantieren. Die Interviews wurden mit jedem Teilnehmer einzeln durchgeführt und dauerten durchschnittlich 45 Minuten. Sie wurden sowohl auf einer Kassette aufgenommen, sowie schriftlich festgehalten. Die Teilnehmer bekamen nach dem Interview eine schriftliche Zusammenfassung, welche sie mit zusätzlichen Informationen ergänzen konnten. Es gab abschliessend ein telefonisches Gespräch, um die Richtigkeit der gesammelten Daten zu</p>	<p>Datenanalyse: Die Daten wurden mittels einer induktiven Datenanalyse analysiert. Zuerst wurde codiert, kategorisiert und abschliessend Themen generiert, welche sich aus den Daten herauskristallisierten. Die Analyse wurde mittels einer NVivo8 Software durchgeführt.</p>	<p>Ergebnisse: <u>Bedürfnis nach:</u> - emotionaler Unterstützung durch das Gesundheitspersonal - Zugang zu verschiedenen Mitgliedern des interprofessionellen Teams (auch ausserhalb der normalen Arbeitszeiten). - Familie möchte den Patienten unterstützen - Bedürfnis nach Informationen (Hirnverletzung, Rehabilitationsprozess, Behandlungsziele, Prognose)</p> <p><u>Erfahrungen:</u> - Familie fühlte sich nicht in Rehabilitationsprozess mit-einbezogen - Schwierigkeiten im Beziehungsaufbau zum Gesundheitspersonal</p> <p>Evidenzlevel: 4</p>

<p>Australien.</p> <p>Beurteilung: Die Auswahl der Teilnehmer wird beschrieben, jedoch nicht begründet. Die Teilnehmer sind als Informanten gut geeignet, da sie das Phänomen direkt erlebt haben. Die Stichprobenziehung sowie die Stichprobengrösse sind für den gewählten methodologischen Ansatz angebracht. Das Setting, wie auch die Teilnehmer werden genau und reichhaltig beschrieben. Der qualitative Ansatz ist identifiziert und begründet. Er folgt logisch aus der Formulierung des Ziels und ist für das Phänomen geeignet.</p>	<p>Beurteilung: Die Studie beantwortet eine wichtige Frage der Pflege. Das Phänomen wird klar und nützlich beschrieben. Die Signifikanz wird diskutiert. Das Ziel wird explizit dargestellt, eine konkrete Fragestellung wurde jedoch nicht formuliert. Ebenso fehlt eine Hypothese. Das Thema wird mit bereits vorhandener Literatur eingeführt.</p>	<p>überprüfen.</p> <p>Beurteilung: Bei der Datenerhebung geht es um menschliches Erleben. Die Vorgehensweise wird explizit dargestellt und ist gut nachvollziehbar. Die Datensättigung wird diskutiert. Um den ethischen Rigor zu garantieren wurden sowohl das Ethikkomitee des Spitals, als auch das Komitee der Universität mit einbezogen.</p>	<p>Beurteilung: Das Vorgehen bei der Datenanalyse ist klar und nachvollziehbar beschrieben. Die Analyse ist präzise und glaubwürdig und wurde durch verschiedene unabhängige Mitarbeiter durchgeführt. Die analytischen Entscheidungen wurden nicht dokumentiert und sind daher nicht überprüfbar.</p>	<p>Beurteilung: Die Ergebnisse sind aufgrund einer präzisen Analyse entstanden und reflektieren die Reichhaltigkeit der Daten. Sie sind im Kontext verankert und in ihrer Bedeutung präzise. Die Resultate werden in einer Tabelle festgehalten und werden mit Zitaten bestätigt. Die Modelle vereinfachen die Leserefreundlichkeit und das Interpretieren der Daten.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Foster, A.M., Armstrong, J., Buckley, A., Sherry, J., Young, Y., Foliaki, S., Hohaia, M.J., Theadom, A. & McPherson, K.M. (2012). Encouraging family engagement in the rehabilitation process: a rehabilitation provider's development of support strategies for family members of people with traumatic brain injury. *Disability & Rehabilitation*; 34(22): 1855–1862.

1. Sample	2. Ziel/ Forschungsfrage	3. Datenerhebung	4. Analyse	5. Resultate/Evidenz
<p>Beschreibung der Stichprobe: Beinahe 1000 Familienmitglieder von Patienten mit einer Hirnverletzung. Familienmitglieder: Alle Personen, welche einen Einfluss auf die Erholung des Patienten haben.</p> <p>Stichprobenziehung: Auf der Neuro-Rehabilitationsstation wurde gezielt nach Personen gesucht.</p> <p>Design: qualitativ, Phänomenologie → gelebte Erfahrungen werden beschrieben.</p> <p>Setting: Eine Intensiv-Neuro-Rehabilitationsstation mit 27 Betten in Neuseeland.</p>	<p>Hypothese: Mittels einer individuellen achteiligen Strategie kann beschrieben werden, wie man Angehörige aktiv in den Rehabilitationsprozess mit einbeziehen kann.</p> <p>Ziel: Das Ziel der Studie ist es zu beschreiben, wie man einen unterstützenden Rehabilitationsservice für Angehörige aufbauen könnte. Des Weiteren soll herausgefunden werden, wie man Angehörige motivieren kann, an der Rehabilitation des Betroffenen aktiv teilzunehmen.</p>	<p>Datenerhebung: Über drei Jahre hinweg trafen sich die Mitarbeiter immer wieder mit den Teilnehmern. Um weitere Daten zu erheben, wurden zusätzlich verschiedene Methoden angewandt: - Fallbesprechungen - retrospektive Auswertungen der Bewertungsbogen - demografische Einschätzungen - Verbesserungsvorschläge der Patienten, welche einen stationären Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik hinter sich haben.</p>	<p>Datenanalyse: Das Rehabilitationspersonal, identifizierte aus den Daten Schlüsselemente. Sie suchten daraufhin Interventionen, um die gefundenen Bedürfnisse abzudecken. Diese Interventionen wurden ausprobiert und anschliessend evaluiert. Wenn sie erfolgreich waren, wurden sie in die Praxis umgesetzt. Um an geeignete Interventionen zu gelangen, wurde best-evidence Literatur verwendet.</p>	<p>Ergebnisse: <u>Früher Miteinbezug:</u> - Vertrauensperson, welche die nächsten Schritte der Familie mitplant und Fragen beantwortet. - Assessmentgespräch fünf bis sieben Tage nach Eintritt</p> <p><u>Beachtung kultureller Aspekte</u></p> <p><u>Aktives Zuhören:</u> Vertrauensperson ist für eine effektive Kommunikation verantwortlich. Sie bietet Ratschläge an, Unterstützung für den Patienten und dessen Familie, und handelt im Interesse des Patienten.</p> <p><u>Aktiver Einbezug:</u> Familie wird in pflegerische und therapeutische</p>

<p>Beurteilung: Die Auswahl der TeilnehmerInnen wird sehr kurz und ungenau beschrieben. Es werden keine Ausschlusskriterien genannt. Die TeilnehmerInnen sind als Informanten gut geeignet, da sie das Phänomen direkt miterleben. Das Setting wird reichhaltig beschrieben. Das Design hingegen wird nicht erwähnt, kann jedoch herausgelesen werden. Die gewählte Methodik ist für dieses Phänomen geeignet, wird jedoch nicht begründet.</p>	<p>Beurteilung Die Studie beantwortet eine wichtige Frage. Die Beschreibung des Phänomens ist klar. Es ist mit Hintergrundinformationen gestützt, welche auf gefundener Literatur basieren. Das Ziel wird explizit dargestellt, jedoch ist keine klar formulierte Forschungsfrage vorhanden. Das Thema wird mit vorhandener Literatur eingeführt und auf die Relevanz der Arbeit wird in der Einleitung eingegangen.</p>	<p>Beurteilung Bei der Datenerhebung geht es um menschliches Verhalten. Die Vorgehensweise ist sehr ungenau und knapp beschrieben und ist daher nicht nachvollziehbar. Die Datensättigung sowie die Selbstbestimmung bei den Teilnehmern werden nicht diskutiert.</p>	<p>Beurteilung Das Vorgehen bei der Datenanalyse ist unklar und knapp beschrieben. Die einzelnen Schritte der Analyse werden nicht erwähnt und können dadurch nicht nachvollzogen werden. Es wird zwar erklärt, nach welchen Kriterien, sie die Interventionen aussuchten, jedoch fällt auch diese Erklärung knapp und unpräzise aus. Analytische Entscheidungen wurden nicht dokumentiert.</p>	<p>Aktivitäten, sowie in die Zielsetzung mit einbezogen <u>Education Skills Training</u> Evidenzlevel: 2/3</p> <p>Beurteilung Die Ergebnisse sind nicht aufgrund einer präzisen Analyse entstanden, werden jedoch reichhaltig und präzise beschrieben. Die einzelnen Kategorien werden mit Zitaten und Situationen der Teilnehmer illustriert. Die Kategorien beleuchten das Phänomen als Ganzes. Sie sind logisch und inhaltlich unterscheidbar.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Keenan, A. & Joseph, L. (2010). The needs of family members of severe traumatic brain injured patients during critical and acute care: A qualitative study. Canadian Journal of Neuroscience Nursing, 32(3), 25-35.

1. Sample	2. Ziel/ Forschungsfrage	3. Datenerhebung	4. Analyse	5. Resultate/Evidenz
<p>Beschreibung der Stichprobe: 25 Familienmitglieder von 15 SHT-Patienten. Patienten sind zwischen 16 und 65 Jahre alt und leiden an einem schweren SHT. Als Familienmitglieder werden alle Personen verstanden, welche eine Betreuungsperson darstellen.</p> <p>Stichprobenziehung: In einer Klinik wurde gezielt nach Teilnehmern gesucht, welche die oben genannten Kriterien erfüllen.</p> <p>Design: Qualitative Studie, Fokusgruppen.</p> <p>Setting: Eine Klinik, die von der Intensivstation bis hin zur Rehabilitation alles beinhaltet</p>	<p>Ziel: Das Ziel ist es, die Bedürfnisse von Familienmitgliedern von SHT-Patienten während des Genesungsprozesses zu identifizieren und herauszufinden, ob sich diese Bedürfnisse mit der Zeit verändern.</p>	<p>Datenerhebung: Die Daten wurden über eine Zeitspanne von 29 Monaten erhoben. 2 halb-strukturierte Interviews (das erste bei der Entlassung von der Intensivstation, das zweite nach der Entlassung von der Akutstation nach Hause oder in die Rehabilitationsklinik) wurden mit jedem Teilnehmer einzeln durchgeführt. Bei den Interviews eröffneten drei Fragen das Interview und wurden durch spontane Fragen ergänzt, um genauere Informationen zu erlangen.</p> <p><u>Quantitative Messinstrumente:</u> - FNQ (family needs questionnaire) - FRSBE (frontal systems behavioral family rating)</p>	<p>Datenanalyse: Eine qualitative coding Methode wurde angewendet, um die Daten zu analysieren. Die Daten wurden zuerst codiert und anschliessend in Kategorien eingeteilt. Diese wiederum wurden schlussendlich zu gemeinsamen Themen zusammengefasst. Die Datenanalyse wurde schriftlich festgehalten.</p>	<p>Ergebnisse: <u>Erleben der Situation:</u> - Unsicherheiten bezüglich der Verletzung - Fortschritte erkennen - Leben weiterleben und zum Alltag zurückkehren</p> <p><u>Bedürfnisse in ICU und Akut:</u> - Das Leben managen - Miteinbezug in die Pflege - An der Hoffnung festhalten</p> <p>- Krankenpfleger wurden als diejenigen identifiziert, welche am häufigsten emotionale Unterstützung bieten.</p> <p>Evidenzlevel: 4</p>

<p>Beurteilung: Die Auswahl der Teilnehmer wird beschrieben, jedoch nicht begründet. Sie eignen sich als Informanten und erleben das Phänomen. Die Stichprobenziehung ist für den verwendeten qualitativen Ansatz angebracht, da dadurch gezielt nach den Teilnehmern gesucht wird, welche die Einschlusskriterien erfüllen. Das Setting ist kurz und knapp, die Teilnehmer reichhaltig beschrieben. Der gewählte qualitative Ansatz wird nicht erwähnt, kann jedoch herausgelesen werden.</p>	<p>Beurteilung: Die Studie beantwortet eine wichtige Frage. Das Phänomen wird klar beschrieben und die Signifikanz diskutiert. Das Ziel der Forschungsarbeit wird explizit dargestellt, eine klar formulierte Forschungsfrage ist jedoch nicht vorhanden. Das Thema wird mit vorhandener Literatur eingeführt.</p>	<p>form) - STAI (state-trait anxiety) - FIM (functional independent measure)</p> <p>Beurteilung: Bei der Datenerhebung geht es um menschliches Erleben, Verhalten und soziale Prozesse. Die Vorgehensweise bei der Datenerhebung wird etwas kurz dargestellt und ist nur bedingt klar beschrieben. Die Datensättigung sowie die Selbstbestimmung bei den Teilnehmern wird nicht diskutiert. Zusätzlich zu den Interviews werden quantitative Messinstrumente verwendet.</p>	<p>Beurteilung: Das Vorgehen (induktive Datenanalyse) wird nachvollziehbar beschrieben. Die Datenanalyse ist präzise und glaubwürdig. Analytische Entscheidungen werden schriftlich dokumentiert und sind dadurch überprüfbar.</p>	<p>Beurteilung: Die Ergebnisse sind aufgrund einer präzisen Analyse entstanden und reflektieren die Reichhaltigkeit der Daten. Sie sind im Kontext verankert und präzise in ihrer Bedeutung. Die Resultate werden in Kategorien eingeteilt und mit Zitaten illustriert. Sie sind logisch konsistent und inhaltlich unterscheidbar. Die Unterschiede zwischen den zwei Messzeitpunkten (Time 1 und Time 2) werden in einem Modell grafisch dargestellt.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Lefebvre, H. & Levert, M.J. (2012). The close relatives of people who have had a traumatic brain injury and their special needs. *Brain Injury*, 26(9): 1084–1097.

1. Sample	2. Ziel/ Forschungsfrage	3. Datenerhebung	4. Analyse	5. Resultate/Evidenz
<p>Beschreibung der Stichprobe: 19 Angehörige, welche mit dem Patienten zusammen wohnen oder für ihn zuständig sind. Sie befinden sich im Alter zwischen 28 – 67 Jahren. Bei den Angehörigen handelt es sich meistens um die Eltern. 29 Pflegefachpersonen, mit einer durchschnittlichen Erfahrung von 13 Jahren.</p> <p>Stichprobenziehung: In drei Regionen der Provinz Quebec wurden zwischen dem Jahre 2005 und 2007 in den Rehabilitationskliniken nach Angehörigen gesucht.</p> <p>Design: Qualitatives Design, Phänomenologie (Fokusgruppen)</p>	<p>Forschungsfrage: 1. Welches sind die Bedürfnisse von Familienmitgliedern? 2. Welche Art von Unterstützung benötigen die Angehörigen von SHT – Betroffenen? 3. Welche Ratschläge geben Angehörige und das Pflegefachpersonal, um die Unterstützung zu verbessern?</p> <p>Ziel: Das Ziel der Studie ist es, ein Bild der Bedürfnisse von Angehörigen von SHT – Betroffenen zu machen. Sie möchten Ratschläge geben, wie die momentane Unterstützung bedürfnisorientiert verbessert werden kann.</p>	<p>Datenerhebung: Die Familienmitglieder wurden mit Hilfe der Patienten-dokumentationen ausfindig gemacht. Die Betreuungspersonen wurden angeschrieben und um deren Einverständnis gefragt. anschliessend wurden zwei Treffen veranstaltet. Bei einem ersten Treffen ging es darum, die Bedürfnisse während der Akutphase, der Rehabilitationsphase und der Zeit danach zu Hause zusammenzutragen. Zwei Wochen später wurde den Teilnehmern das Protokoll des Treffens verschickt. Sie konnten darauf die Aussagen bewerten, indem sie ihnen Zahlen von 1-4 zuordneten (1=überhaupt nicht wichtig, 4 sehr wichtig).</p>	<p>Datenanalyse: Die Daten, welche durch die DRAP Software gesammelt wurden, wurden auch durch die DRAP codiert. Bei den anderen Daten wurde die Codierung der Statements durch Studienassistenten vorgenommen. Sie wiederholten die Codierung solange bis sich schlussendlich drei Kategorien herauskristallisierten.</p>	<p>Ergebnisse: <u>Informationen über das gesundheitliche Problem:</u> Den Angehörigen fehlen Informationen bezüglich der Krankheit. Die Art und Weise der Übermittlung wird als verbesserungsbedürftig angesehen.</p> <p><u>Miteinbezug in die Pflege:</u> Sie möchten gebraucht und in die Pflege mit einbezogen werden.</p> <p><u>Service:</u> Sie brauchen Unterstützung in administrativen Angelegenheiten.</p> <p>Die Kategorien werden in einzelnen Abschnitten genauer erklärt. Alle Ergebnisse werden durch Zitate der Teilnehmer untermauert.</p>

<p>Setting: Rehabilitationskliniken in der Provinz Quebec.</p>		<p>Beim zweiten Treffen ging es darum, Ratschläge zu generieren, wodurch den Bedürfnissen besser begegnet werden. Auch nach diesem Treffen wurden den Teilnehmenden die zusammengetragenen Ratschläge versandt und sie konnten diese bewerten.</p>		<p>Evidenzlevel: 3</p>
<p>Beurteilung Die Auswahl der Teilnehmer wird genau beschrieben und begründet. Sie sind als Informanten gut geeignet, da sie das Phänomen selbst miterleben. Die TeilnehmerInnen sind sehr detailliert beschrieben und die Einschlusskriterien werden begründet. Auch das Setting wird reichhaltig beschrieben. Es wird zwar erwähnt, dass es sich um ein qualitatives Studiendesign handelt, jedoch wird der genaue Ansatz nicht erwähnt.</p>	<p>Beurteilung Die Studie beantwortet eine wichtige Frage der Pflege. Das Phänomen wird klar und deutlich beschrieben. In der Einleitung wird die Signifikanz der Arbeit diskutiert und mit bereits vorhandener Literatur untermauert. Das Ziel der Forschungsarbeit wird klar und explizit dargestellt, die Forschungsfragen sind gut verständlich formuliert.</p>	<p>Beurteilung Bei der Datenerhebung geht es um menschliches Erleben. Die Vorgehensweise wird sehr genau Schritt für Schritt beschrieben und ist daher gut nachvollziehbar. Die Datensättigung wird diskutiert. Es wurden solange Daten gesammelt, bis keine neuen Informationen mehr hervor kamen. Auch der ethische Rigor wird diskutiert. So wurde die Studie einem Ethikkomitee vorgelegt und von diesem anerkannt.</p>	<p>Beurteilung Das Vorgehen ist nachvollziehbar beschrieben, es wird jedoch relativ kurz gehalten. Eine genaue Angabe der Analyseverfahren wird nicht genannt. Die Datenanalyse ist glaubwürdig. Alle Inhalte der Interviews wurden schriftlich festgehalten und sind somit überprüfbar.</p>	<p>Beurteilung Die Ergebnisse sind aufgrund einer präzisen Analyse entstanden. Sie werden in Kategorien eingeteilt, welche in einzelnen Abschnitten genauer erklärt und mit Zitaten der Teilnehmer untermauert werden. Sie reflektieren die Reichhaltigkeit der gewonnenen Daten sehr gut. Sie werden übersichtlich dargestellt und präzise erläutert. Die Resultate sind zudem im Kontext verankert.</p>

Leith, K. H., Phillips, L. & Sample, P. L. (2004). Exploring the service needs and experiences of persons with TBI and their families: the South Carolina experience. *Brain Injury*, 18(12), 1191-1208.

1. Sample	2. Ziel/ Forschungsfrage	3. Datenerhebung	4. Analyse	5. Resultate/Evidenz
<p>Beschreibung der Stichprobe: 21 SHT-Betroffene und ihre Familienmitglieder, die vor höchstens 5 Jahren die Hirnverletzung erlitten haben. Teilnehmer müssen mindestens 15 Jahre alt sein und Unterstützung erhalten haben, bzw. immer noch beziehen.</p> <p>Stichprobenziehung: Mit Hilfe der Brain Injury Alliance of South Carolina wurden die potentiellen Studienteilnehmer in South Carolina ermittelt.</p> <p>Design: Qualitatives Design, Fokusgruppen</p> <p>Setting: Während der Genesung und des Rehabilitationsprozess</p>	<p>Forschungsfrage: Welches sind die Bedürfnisse von SHT-Betroffenen und ihren Familien? Welchen Bedürfnissen begegnet das Gesundheitspersonal nicht?</p> <p>Ziel: Herausfinden, welche Bedürfnisse SHT-Betroffene und ihre Familien haben und wie sie das Begegnen des Gesundheitspersonals darauf wahrnehmen.</p>	<p>Datenerhebung: Daten wurden durch halb-strukturierte Fokusgruppen-Interviews mit 10 offenen Fragen gesammelt. Es wurden vier Gruppen gebildet, wobei jede Gruppe nicht mehr als sechs Teilnehmer enthielt. Der Moderator stellte die vorbereiteten Fragen und fragte gezielt nach, wenn er noch mehr oder detailliertere Informationen wollte. Ein weiterer Mitarbeiter notierte sich währenddessen die wichtigen Informationen und nahm das Interview auf. Die ersten vier Fragen bezogen sich auf den Genesungs- und Rehabilitationsprozess, die anderen über die benötigte Unterstützung.</p>	<p>Datenanalyse: Die Interviews wurden zuerst transkribiert und gegebenenfalls mit den schriftlichen Notizen ergänzt. In einem zweiten Schritt wurden die gewonnenen Daten danach analysiert. Schlussendlich extrahierten zwei Forscher unabhängig voneinander spezifische Themen und bildeten daraus Kategorien. Die Datenanalyse wurde mittels einer induktiven Kategorienbildung durchgeführt.</p>	<p>Ergebnisse: <u>Bedürfnis nach:</u> - einem frühen, beständigen und - umfassenden Service-Förderungs-System - Informationen und Lehre - formeller und informeller Unterstützung - Förderung von Ressourcen und Empowerment des SHT-Betroffenen und dessen Familie. - sozialen Kontakten (die Familie fühlt sich einsam und isoliert)</p> <p>Evidenzlevel: 4</p>

<p>Beurteilung: Die TeilnehmerInnen werden sehr ausführlich und reichhaltig beschrieben, wobei die Charakteristiken in einer Tabelle veranschaulicht werden. Die Auswahl der Teilnehmer wird beschrieben, jedoch nicht begründet. Die Stichprobenziehung ist für den verwendeten Ansatz angebracht, da alle Teilnehmer das Phänomen auch erleben. Das Setting wird reichhaltig beschrieben. Der qualitative Ansatz wird nur bedingt identifiziert. So wird erwähnt, dass Fokusgruppen verwendet wurden, jedoch kommt nicht hervor, welchen methodologischen Ansatz gewählt wurde. Die Fokusgruppen eignen sich gut, um die Fragestellung zu beantworten.</p>	<p>Beurteilung: Die Studie beantwortet eine wichtige Frage. Das Phänomen wird klar und deutlich beschrieben, die Signifikanz wird diskutiert und mit Argumenten untermauert. Das Ziel der Forschungsarbeit wird explizit dargestellt, jedoch fehlt eine klar formulierte Forschungsfrage. Diese lässt sich aus den Resultaten und dem Ziel der Studie ableiten. In der Einleitung wird bereits vorhandene Literatur erwähnt und das Thema wird damit eingeführt.</p>	<p>Beurteilung: Bei der Datenerhebung geht es um das menschliche Erleben. Die Vorgehensweise wird sehr genau und klar beschrieben. Die Datensättigung wird nicht diskutiert. So kann nicht nachvollzogen werden, wie genau der Moderator bei den einzelnen Teilnehmern nachfragte und ob alle Teilnehmer sich zu allen Fragen äusserten. Die Selbstbestimmung wird diskutiert. Es wurden alle Teilnehmer vor den Interviews nach deren Einverständnis gefragt. Der ethische Rigor ist daher gegeben.</p>	<p>Beurteilung: Das Vorgehen bei der Datenanalyse wird Schritt für Schritt beschrieben und ist gut nachvollziehbar. Die Glaubwürdigkeit der Analyse wird nicht diskutiert. Es werden keine Argumente genannt, die sicherstellen, dass die Analyse glaubwürdig ist. Analytische Entscheidungen wurden dokumentiert und sind überprüfbar. Alle verwendeten Daten sind auf Kassetten aufgenommen oder ansonsten schriftlich festgehalten worden.</p>	<p>Beurteilung: Die Resultate sind aufgrund einer präzisen, kunstvollen Analyse entstanden. Sie reflektieren die Reichhaltigkeit der Daten sehr gut und sind im Kontext verankert. Die einzelnen Kategorien sind mit Zitaten illustriert. Die erwähnten Kategorien erklären das Phänomen und sind logisch konsistent unterscheidbar. So wurde jeder Kategorie einen Abschnitt gewidmet, um sie genauer zu erklären. Die Tabellen verhelfen der besseren Lesbarkeit.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Anhang C:

Beurteilungskriterien

Evidenzlevel nach Kearney (2001) für qualitative Studien

Level 1: niedrigste Stufe; Level 5: höchste Stufe

Level 1:

Ergebnisse werden von Beginn der Untersuchung in einen theoretischen Rahmen gepresst

- keine neuen Informationen
- die vorhandene Theorie wird weder erweitert noch revidiert
- wenig oder keine Evidenz für die Praxis

Level 2:

Beschreibung von verschiedenen Kategorien

- geringer Grad an Komplexität und Evidenz
- trotzdem gewisser Informationsgehalt

Level 3:

Beschreibung von verschiedenen Kategorien

- Zunahme an Komplexität
- Es wird durch die Synthese eine vollkommen neue Sichtweise präsentiert
- Grosser Informationsgehalt
- Beim Lesen sind nicht nur Zitate interessant, sondern vor allem wie der Forscher diese Aussagen miteinander verbindet und es damit eine neue Bedeutung gibt

Level 4:

Variation der individuellen Erfahrungen, je nach Kontext und Persönlichkeit

- Grosser Informationsgehalt durch die Darstellung der menschlichen Erfahrung
- Klassische Antwort auf eine Forschungsfrage auf dieser Stufe wäre „es ist abhängig von...“

Level 5:

Verdichtete Beschreibung

- Höchster Grad an Komplexität und Informationsgehalt Gold Standard
 - Gesamte Tiefe und Breite der vielfältigen Einflüsse auf die Entscheidungsfindung einer Person wird dargestellt.
 - Hintergründe werden sehr anschaulich dargestellt und die Rolle des Forschers wird klar beschrieben
 - Bestehende Theorien werden erweitert oder bereichert
-