

Empfehlungsbericht

Kinder als Besucher auf der
Erwachsenenintensivstation

Gekürzte Fassung



Hanse University Groningen
Studienjahr 2009-2010
Bachelor of Nursing

Vorwort

Während diese Arbeit entstand, arbeitete ich nicht an meinem gewohnten Arbeitsplatz, sondern war im Rahmen einer dreimonatigen Rotation auf einer fremden Intensivstation in einer fremden Klinik eingesetzt. Ich hatte die Befürchtung, meine Gedanken könnten sich in dieser Zeit zu sehr von meinem eigentlichen Team entfernen, für das ich ja diesen Empfehlungsbericht schreiben wollte. Es stellte sich aber eher als eine zusätzliche Bestätigung heraus, ein Thema gewählt zu haben, das auch für andere Intensivstationen bedeutsam sein könnte, denn auf dieser Intensivstation war der Umgang mit Angehörigen und ihren Kindern sehr ähnlich. Als ich zurück auf meine Heimatstation kam, betreuten wir dort für drei Wochen eine junge Mutter von drei kleinen Kindern. Die Mutter verstarb an einer dramatisch verlaufenden Krebserkrankung, nachdem sie sich zuvor unter pflegerischer Begleitung von ihren Kindern verabschiedete. Mir wurde deutlich, wie groß die Herausforderung an uns Pflegekräfte ist, Kindern in Krisensituationen beizustehen, wie verzweifelt und hilflos uns diese Herausforderung macht, aber auch, welches wichtiger Moment dies für die Kinder darstellt. Dieser Empfehlungsbericht wendet sich an alle Mitarbeiter der Intensivstationen, im Besonderen aber an die Pflegekräfte, die von allen Berufsgruppen den engsten und zeitintensivsten Kontakt zu den Patienten und ihren Angehörigen haben. Ganz besonders richtet sich diese Arbeit an das Team der internistischen Intensivstation des Klinikum Oldenburg. Vielleicht gelingt es mir, den Skeptikern eine familienorientiertere Sichtweise zu ermöglichen, und vielleicht bestärkt meine Arbeit diejenigen, die bereits an die Sinnhaftigkeit einer Integration der Kinder in den Besuchsalltag auf der Intensivstation glauben.

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung.....	4
2. Einleitung.....	4
3. Beschreibung der aktuellen Situation.....	5
4. Analyse der aktuellen Pflegepraxis.....	5
5. Entwurf für die Pflegepraxis.....	6
6. Plan für die Implementierung.....	7
7. Schlussfolgerung.....	10
8. Diskussion	10
9. Fazit / Empfehlung.....	10
10. Quellen	12

1. Zusammenfassung

Die Intention dieser Arbeit war, einen Qualitätsverbesserungsplan für den eigenen Arbeitsbereich – eine Erwachsenenintensivstation - zu schreiben. Thema dieser Arbeit ist „Das Kind als Besucher auf der Erwachsenenintensivstation“. Anhand von Forschungsergebnissen wurde herausgearbeitet, worin die Schwierigkeiten, aber auch die Chancen in einer Integration des Kindes in den Besuchsalltag einer Erwachsenenintensivstation liegen. Es werden Lösungen und Maßnahmen aufgezeigt, die uns Pflegekräften einen professionelleren Umgang mit diesem Thema erleichtern. Außerdem wurde ein Implementierungsplan entworfen, der veranschaulichen soll, wie eine Integration der Kinder ermöglicht werden kann. Untermuert wird diese Arbeit durch eine Studie von Loos & Pirsch (2004), die eine Ist – Analyse über die Besuchsregelungen auf deutschen Intensivstationen im Hinblick auf die Integration des Kindes erstellten. Desweiteren wurde die Literaturarbeit von Gnass (2003) herangezogen, in der Studien zum Thema „Kinder besuchen einen Familienangehörigen auf einer Erwachsenenintensivstation“ beleuchtet wurden und Erstaunliches herausgefunden wurde. Des weiteren wurde eine englische Studie von Clarke (2000) analysiert, in der mit Hilfe von Interviews die Sichtweisen der Pflegekräfte geprüft wurden, um zu verstehen, warum trotz des Wissens über einen Gewinn der Kinder, die aktiv an der Krankheitsbewältigung beteiligt werden, diese Kinder häufig doch ausgeschlossen bleiben.

2. Einleitung

Im Auftrag der Hanse University Groningen – Applied Sciences entstand dieser Empfehlungsbericht zur Qualitätsverbesserung im eigenen Arbeitsbereich. Ich entschied mich, der komplexen Thematik einer Integration von Kindern in den Besuchsalltag auf einer Erwachsenenintensivstation nachzugehen - auch weil dieses Thema bisher in der deutschsprachigen Literatur kaum Berücksichtigung findet. Ziel soll es sein, eine Integration der Kinder in den Besuchsalltag aufgrund vorhandener Evidenz voranzutreiben. Wenn Pflegekräfte professionell arbeiten wollen, um Qualität zu gewährleisten und zu optimieren, müssen sie evidenzbasiert handeln, das heißt, sie müssen die besten wissenschaftlichen Beweise in die tägliche Pflegepraxis integrieren, und dabei ihre Erfahrungen mit den Bedürfnissen der Patienten und den Ressourcen der Klinikstruktur kombinieren.

So wird zu Beginn die aktuelle Pflegepraxis beschrieben, diese dann analysiert und anhand von Forschungsergebnissen versucht, die Ursachen für eine restriktive Haltung gegenüber der Integration von Kindern in den Besuchsalltag aufzuzeigen. Davon ausgehend werden im weiteren Verlauf Lösungsvorschläge angeboten.

Desweiteren wurden Schritte erarbeitet, die eine erfolgreiche Implementierung der Ideen ermöglichen sollen.

3. Beschreibung der aktuellen Situation

Wenn Patienten den Wunsch äußern, ihre Kinder sehen zu mögen, oder wenn Angehörige des Patienten die Frage stellen, ob das Kind oder Enkelkind beim nächsten Besuch mitgebracht werden darf, geben wir keine einheitliche Antwort, es gibt also keinen Standard. Abweichungen von den festen Besuchszeiten (14.30 Uhr – 19.00 Uhr) werden schon recht individuell gestaltet, aber wenn es um die Frage nach der Integration des Kindes in den Besuchsalltag auf der Intensivstation geht, kann es sein, dass Pflegekraft X einen Besuch befürwortet und am nächsten Tag eine andere Pflegekraft oder der Arzt absolut dagegen ist. Die Kinder verstehen dies nicht und ihre Angehörigen ebenso wenig. Diese Differenzen resultieren daraus, dass Meinungen darüber existieren, Kinder könnten von der technischen Dominanz einer Intensivstation, den vielen Schläuchen und Kabeln und dem Anblick ihres Eltern – oder Großelternanteils - zu sehr belastet werden. Andere Mitarbeiter, vor allem auch im ärztlichen Bereich, gehen davon aus, dass Kinder ein Infektionsrisiko für den Patienten darstellen, dass ein „Rumtollen“ der Kinder nicht auf eine Intensivstation gehöre, dass man durch die Kinder Mehrarbeit zu leisten hat, oder dass Kinder einfach viel zu laut sind. Haben Kinder das 14. Lebensjahr erreicht, gelten sie als junge Erwachsene und dürfen zu Besuch kommen. Die genannten Bedenken beruhen auf subjektiven Einschätzungen der jeweiligen Pflegekräfte und der Ärzte und sind nicht evidenzbasiert.

Nun gibt es aber auch Pflegekräfte, die der Meinung sind, dass Kinder für die Genesung des Vaters/Großvaters oder der Mutter/Großmutter oder einer anderen nahestehenden Person des Kindes enorm wichtig sind, dass sie dem Patienten Mut, Kraft und Hoffnung geben, und dass auch die Kinder Sehnsucht nach ihrer engsten Bezugsperson haben und einen Besuch wünschen und dass letztendlich das, was sich die Kinder in ihrer Phantasie ausmalen, wenn ihnen der Kontakt verwehrt bleibt, viel grausamer ist als der reale Kontakt zum Angehörigen. Auch diese Einschätzungen beruhen auf einer individuellen Sichtweise und sind nicht wissenschaftlich belegt.

Die Regelung in Bezug auf das Kind als Besucher ist ineffektiv, denn es gibt keine Regelung. Es kommt zu unnötigen Differenzen im Team, wenn sich die Frage nach der Integration des Kindes in den Besuchsalltag stellt. Es herrscht Unsicherheit über die Bedeutung der psychischen Belastung des Kindes, über ein fragliches Infektionsrisiko für den Patienten und es ist wenig bekannt über die Bedeutung, die ein Kindsbesuch für den Patienten und auch für das Kind hat. Es fehlen Leitlinien, die nach aktueller Evidenz erarbeitet sind und auf die sich alle Mitarbeiter stützen können und müssen.

4. Analyse der aktuellen Pflegepraxis

Es gibt in Deutschland kaum Literatur, die sich mit dem Kind als Besucher auf der Erwachsenenintensivstation beschäftigt. Lediglich im angloamerikanischen Raum

und in Skandinavien gibt es wissenschaftliche Erkenntnisse zu diesem Thema. Fachliteratur für Intensivpflege, in der die speziellen Wünsche der Besucherkinder thematisiert werden, stammt hauptsächlich aus Nord -Amerika (Clarke, 2000). Und auch dort gibt es trotz Evidenz Schwierigkeiten in der Umsetzung einer kinderfreundlichen Besuchspolitik, wie die Studie „Children visiting family and friends on adult intensive care units: the nurses perspective“ von Clarke aus dem Jahr 2000 verdeutlicht.

Clarke wollte die Erfahrungen und Auffassungen von Pflegekräften in Bezug auf die Besuche von Kindern auf Erwachsenenintensivstationen prüfen und beschreiben (2000, S. 330). Das Ziel dieser Studie war, einen besseren Einblick in die Sichtweise der Pflegekräfte zu gewinnen und zu verstehen, warum trotz der Evidenz über den Benefit von Kindern, die ihre kritisch Kranken Angehörigen besuchen, die meisten Kinder immer noch vom Besuchsalltag ausgeschlossen bleiben. Die Ergebnisse dieser Studie helfen, die befragten Personen besser zu verstehen, und lassen sich auf die eigene Abteilung übertragen. Es wird beschrieben, dass es einen offenen Besuchsrahmen für Angehörige auf der Intensivstation gibt, dass trotzdem viele Teilnehmer der Studie unwissend und unsicher über die offiziellen Besuchsregelungen sind und dass sie sich offizielle Leitlinien zu diesem Thema wünschen. Ein Teilnehmer möchte mehr über den Umgang mit Kindern lernen, und dies nicht zu sehr den Eltern überlassen. Andere Teilnehmer wiederum möchten den Eltern des Kindes die Entscheidung überlassen, ob sie ihr Kind mitnehmen möchten oder nicht. Mehrere Teilnehmer äußerten ihre Bedenken hinsichtlich des Infektionsrisikos für den Patienten und eine mögliche Überanstrengung des Patienten durch den Kinderbesuch. Verschiedene Teilnehmer äußerten, dass sie sich einerseits freuen, wenn Kinder zu Besuch kommen, dass sie es aber andererseits als emotional schwierig und schmerzlich empfinden, wenn sie beispielsweise ein Kind begleiten, während ihre Mutter stirbt.

Auch die deutsche Studie von Loos & Pirsch zu „Besuchsregelungen für Kinder auf Intensivstationen“ aus dem Jahr 2004 zeigt, dass sich in Deutschland mehr Pflegekräfte gegen, als für die Integration von Kindern aussprechen. Gründe der zu hohen psychischen Belastung des Kindes und der Infektionsgefahr für den Patienten werden genannt.

5. Entwurf für die Pflegepraxis

Wenn wir die Integration von Kindern in den Besuchsalltag vorantreiben wollen, indem wir nach Lösungen suchen, ist die Literaturarbeit von Gnass mit dem Titel „Kinder besuchen einen Familienangehörigen auf einer Erwachsenenintensivstation“ aus dem Jahre 2003 hilfreich. Gnass untersuchte eine amerikanische, quasi – experimentelle Studie von Nicholson et al. (1993), an der 20 Familien teilnahmen. 10 Familien in der Experimentalgruppe wurden mit ihren Kindern pflegerisch integriert, und von 10 anderen Familien in der Kontrollgruppe wurden die Kinder vom Besuch

ausgeschlossen. Die Forscher wollten herausfinden, ob ein Besuch auf der Intensivstation positive oder negative Auswirkungen auf das Kind hat. Es sollten Verhaltens – und Gefühlsreaktionen von Kindern erfasst werden. In dieser Studie zeigte sich, dass Kinder einen Gewinn erzielen, wenn ihr Besuch auf einer Erwachsenenintensivstation pflegerisch begleitet wird, und dass Kinder, die integriert wurden, weniger Gefühls – und Verhaltensänderungen zeigten, als jene, die vom Besuch ausgeschlossen waren (Gnass, 2003, S.8). In Bezug auf die Pflegekräfte verwies Gnass auf die Forscher Biley et al., die 1993 bemerkten, dass die vermuteten Gefahren für Kinder beim Besuch auf einer Intensivstation meistens durch persönliche Erfahrungen der Pflegekräfte begründet sind, und nicht durch wissenschaftliche Literatur:

1996 von Monroe und Kraus befragte Pflegekräfte äußerten Ängste, etwas Falsches zu sagen, die Situation dadurch zu verschlimmern und eventuell verbleibende emotionale Schäden zu verursachen (Monroe & Kraus, 1996). Desweiteren widmet sich Gnass (2003) den hygienischen Aspekten, die häufig zur Restriktion des Kindes vom Besuchsalltag führen, und bemerkt, dass es keine Studien gibt, die untersucht haben, wie hoch die Infektionsgefahr für Kind und Patient durch den Besuch auf einer Intensivstation sind (S.6). Zum Aspekt der psychischen Belastung des Kindes, verweist Gnass auf Nicholson et al., die 1993 bemerkten, dass Kinder in solchen Situationen nicht nur die Abwesenheit und Erkrankung eines Familienmitgliedes bewältigen müssen, sondern auch die Veränderung der gewohnten Familienstruktur. Kinder dürfen nicht mit Gefühlen von Einsamkeit und Isolation zurückbleiben (Nicholson et al., 1993). Gnass macht auch auf Lewandowski aufmerksam, die 1992 sagte, dass „Kinder die ohne weitere Erklärung alleine gelassen werden, selbständig nach Erklärungen für die Geschehnisse suchen und dass angenommen wird, der phantasierte Zusammenhang kann schwieriger sein als die Realität “ (Lewandowski, 1992, S.573)

Diese Ergebnisse machen deutlich, dass die Integration der Kinder unbedingt unterstützt werden muss. Eine Restriktion der Kinder vom Besuchsalltag beruht auf Unsicherheiten im Umgang mit den Kindern und deren Angehörigen, auf eigene Ängste und auf Unwissenheit. Hieraus ergibt sich die Konsequenz, dass Aufklärung zu diesem Thema stattfinden muss. Die Evidenz hierzu muss den Mitarbeitern der Intensivstationen zugänglich gemacht werden.

6. Plan für die Implementierung

Soll eine Implementierung erfolgreich sein, müssen auch Hindernisse oder Engpässe, die eine Implementierung erschweren, erörtert werden. Es fehlt zum Einen an Wissen über die aktuelle Evidenz und manchmal auch an der Bereitschaft, neue Wege zu gehen – innovativ zu sein. Ein weiter erschwerender Grund ist die Finanzierung von Fortbildungen, die dafür notwendige Freistellung der Mitarbeiter vom Dienst und das Schaffen von Planstellen für speziell geschulte Psychologen,

die für die Mitarbeiter eine Unterstützung bei der oft emotional belastenden Begleitung der Kinder und Eltern auf den Intensivstationen ermöglichen, aber auch Zeit und Kompetenz haben, für die Kinder da zu sein.

Zur Zielgruppe gehören alle Mitarbeiter, die sich entweder direkt im Kontakt mit den Kindern befinden, oder die als Vorgesetzte hinter diesen Mitarbeitern stehen und sie bestärken sollten. Es sind die Pflegekräfte der Intensivstation, die ärztlichen Kollegen, Sozialarbeiter, Seelsorger, Psychologen, Fortbildungsbeauftragte, Pflegedienstleitungen, die Pflegedirektorin und letztendlich auch die Geschäftsführung der Klinik.

Das Ziel meines Implementierungsplans besteht darin, den Pflegekräften auf meiner Station die Evidenz zu dem Thema der Integration von Kindern in den Besuchsalltag nahezubringen und zu mehr Reflektion zu motivieren, damit eine Leitlinie entstehen kann, die zur Qualitätsverbesserung beiträgt. Es muss Einigkeit im Umgang mit diesem Thema herrschen, damit Patienten und deren Kinder in ihrer schwierigen Situation einen klaren Rahmen vorfinden und Differenzen vermieden werden. Ziel ist auch, der Pflegedirektion den Bedarf an entsprechender Fortbildung aufzuzeigen und deutlich zu machen, wie sehr emotional belastend eine Betreuung von Kindern sein kann, die ihre schwerstkranken Eltern besuchen und dass deshalb auch die Pflegenden hin und wieder Unterstützung benötigen. Alle Beteiligten müssen hier eine neugierige Haltung zu Veränderungen annehmen, sie müssen innovativ sein.

Für eine erfolgreiche Umsetzung müssen einige Schritte berücksichtigt und vorgenommen werden, die hier nur grob skizziert werden:

Schritt I

- Null – Messung, also eine Erhebung der Ausgangssituation erfolgen anhand eines an alle Mitarbeiter der Intensivstationen verteilten Fragebogens. Ziel: Dokumentation der aktuellen Integration von Kindern in den Besuchsalltag
- Kontaktaufnahme zu den Pflegekräften und Ärzten der pädiatrischen Intensivstation, da es dort schon seit den 1980er Jahren als selbstverständlich gilt, dass die Geschwisterkinder zu Besuch kommen und begleitet werden. Denkbar wäre eine Art Gesprächskreis von Mitarbeitern der pädiatrischen Intensivstation und der Erwachsenenintensivstation, innerhalb dessen ein Erfahrungsaustausch stattfindet.

Schritt II

- Angebot von Fortbildungen, die den Mitarbeitern das nötige `Know how` zum Umgang mit Kindern in Krisensituationen vermitteln (z.B. Gesprächsführung mit Kindern über Krankheit, Sterben und Tod, Heranführen der Kinder an die befremdliche Atmosphäre einer Intensivstation, Informationen zu

verschiedenen Entwicklungsstufen der Kinder, denn einem vierjährigen Kind geben wir andere Informationen, als einem zwölfjährigen Kind).

- Die Klinik sollte nach außen hin demonstrieren, dass nicht nur die erwachsenen Angehörigen, sondern auch speziell die Kinder willkommen sind, z.B. durch
 - Anschaffung einschließlich Wartung von Federwippe, Spielbecken, Murrebahn und Lesezelt für die Empfangshalle
 - Bereitstellung von Spielzeug, Malbüchern und einem Kinderstuhl im Warteraum der Intensivstation
 - Entwurf, Druck & Auslage eines kindsgerechten `Flyers` im Warteraum (welche Bedeutung haben bestimmte Alarmer, Schläuche und Geräte haben)
 - Kinderbeaufsichtigung, tgl. 14.30 - 18.30 Uhr
- Der Kostenfaktor ist bei einer erfolgreichen Implementierung nicht unerheblich und stellt eine große Hürde dar. Hier sind zu berücksichtigen:
 - Schulungen der Mitarbeiter der Intensivstationen (Gruppen von ca. 10 Teilnehmern)
 - Einstellung von Psychologen, wobei zu berücksichtigen ist, dass sich Belastungsmomente nicht auf eine Bürozeit von 8-16 Uhr beschränken, sondern dass solche Krisensituationen auch am späten Abend, an Feiertagen und am Wochenende eintreten. Eventuell könnte man hier auf die bereits in der Klinik tätigen Psychologen zurückgreifen. Allerdings gilt zu hinterfragen, ob diese Psychologen speziell auf die Bedürfnisse der Kinder eingestellt sind, und ob sie neben ihrer eigentlichen Tätigkeit überhaupt noch Ressourcen haben. Auch die Seelsorger(innen) der Klinik könnten zu Rate gezogen werden, hier stellen sich aber die gleichen Fragen wie bei dem Dienst der Psychologen, und hinzu kommt, dass nicht jeder Mitarbeiter, nicht jedes Kind und nicht jeder Erwachsene Besucher die Unterstützung einer Person mit seelsorgerischem Ansatz wünscht.

Schritt III

- Um den Erfolg der Implementierung zu messen, sollte eine erste Evaluierung nach einem halben Jahr stattfinden, in der alle Beteiligten über den Prozess befragt werden. Hierfür muss ein entsprechender Fragebogen entworfen werden.
- Nachdem eventuelle Korrekturen im Ablauf vorgenommen wurden, erfolgt eine zweite Evaluierung nach einem weiteren halben Jahr, ebenfalls in Form einer Befragung aller Beteiligten.

7. Schlussfolgerung

Das Thema der Integration von Kindern in den Besuchsalltag einer Erwachsenenintensivstation wird in der deutschen Literatur viel zu wenig berücksichtigt. Eine Befürwortung oder ein Dagegenhalten, die Kinder auf der Intensivstation willkommen zu heißen, beruht auf individuellen Sichtweisen und persönliche Erfahrungen von Pflegekräften und nicht auf wissenschaftlichen Beweisen. Pflegekräfte lernen in ihrer Ausbildung und in der Fachweiterbildung Anästhesie/Intensiv nichts über Kinder in diesem Kontext und nichts über die Fähigkeiten und Bewältigungsstrategien von Kindern in verschiedenen Entwicklungsstufen. Eine professionelle Unterstützung bei der Begleitung von Kindern in Krisensituation findet nicht statt. Pflegekräfte erhalten ebenfalls keine Unterstützung im Umgang mit den Kindern.

8. Diskussion

Eltern, die ihre Kinder nicht auf die Intensivstation mitnehmen möchten, tun dies um das Kind vor unangenehmen Eindrücken zu beschützen. Dieses Bemühen, das Kind zu schützen, schließt das Kind aber aus und isoliert es (Monroe & Kraus, 1996). Eine Hauptaufgabe ist es, den Mythos darüber auszuräumen, dass Kinder zu jung sind um zu verstehen (Lewandowski, 1992). Bereits 1960 bemerkte Menzies, wenn Pflegekräfte Kinder als Besucher der Erwachsenenintensivstation fernhalten, sind dies oft Abwehrmechanismen aufgrund fehlender Auseinandersetzung mit Krisen, Tod und eigenen Ängsten (Menzies, 1960). Aktuelle Studien zeigen, dass diese Aussage noch immer als aktuell betrachtet werden kann. Es ist wichtig, dass eine Pflegekraft die individuellen Wünsche der Kinder versteht, um ihnen Unterstützung anzubieten und auch den Eltern ermöglicht, angemessene Unterstützung und Information darüber zu erhalten (Clarke, 2000). Es ist außerdem an der Zeit, dass wir Pflegenden auf den Intensivstationen uns eingestehen dürfen, in bestimmten Situationen an unsere Grenzen zu stoßen und uns nicht scheuen müssen, Unterstützung einzufordern.

9. Fazit / Empfehlung

Die Gründe von Sichtweisen der Pflegekräfte zum Thema `Kinder als Besucher auf der Erwachsenenintensivstation` müssen weiter erforscht werden, um angemessen darauf reagieren zu können. Hierfür hat die Pilotstudie von Clarke (2000) eine gute Basis geschaffen. In den Kliniken müssen Fortbildungen zu diesem Thema stattfinden, damit das `Know how` vermittelt wird. Seelsorger, Sozialarbeiter und Psychologen müssen als Ansprechpartner für Pflegekräfte, Ärzte, Patienten, Kinder und Eltern zur Verfügung stehen, dafür muss ihnen die Zeit gegeben werden, und auch ihnen muss bei Bedarf die Möglichkeit zur Fortbildung geboten werden. Ein

kindsgerechter Informationsbogen der im Warteraum ausliegt und der nicht nur den Kindern entgegenkommt, sondern auch den Eltern bei der Entscheidungsfindung, ihre Kinder mitzubringen, hilft und ihnen eine offenere Sichtweise ermöglicht, ist erforderlich. Der Warteraum sollte kinderfreundlich gestaltet sein. Hilfreich könnte es sein, die Kinderintensivstationen als Vorbild zu sehen, wo es schon lange als selbstverständlich betrachtet wird, dass Geschwisterkinder als Besucher herzlich willkommen sind. Die Klinik muss eine kinder – und familienfreundliche Position einnehmen und diese sichtbar machen. Eine Empfehlung, die ich als besonders wichtig erachte, besteht darin, die Pflegekräfte nicht allein zu lassen in Situationen, denen sie sich nicht gewachsen fühlen, vor denen sie Angst haben, obwohl sie die Kinder grundsätzlich willkommen heißen und den Wunsch haben, die kleinen Besucher adäquat zu betreuen.

10. Quellen

Biley, F., Millar, B., & Wilson, A. (1993). Issues in intensive care visiting. *Intensive and Critical Care Nursing*, 9, 75-81.

Clarke, C. (2000). Children visiting family and friends on adult intensive care units: the nurse perspective[Elektronische Version]. Abgerufen am 16. Oktober 2009, bei <http://www.pubmed.de/>

Gnass, I. (2003). Literaturarbeit: Kinder besuchen einen Familienangehörigen auf einer Erwachsenenintensivstation[Elektronische Version]. Abgerufen am 14. Oktober 2009, bei <http://www.pflegewiki.de>

Lewandowski, L. (1992). Needs of children during the critical illness of a parent or sibling. *Critical Care Nursing*, 4, 573-584.

Loos, A., & Pirsch, M. (2004). Besuchsregelungen für Kinder auf Intensivstationen. Abgerufen am 14. Oktober 2009, bei <http://www.pflegewissenschaft.org>

Menzies, I., (1960). A Case Study in the Functioning of Social Systems as a Defence Against Anxiety. Tavistock Institute of Human Relations, London.

Monroe, B., & Kraus, F. (1996). Children and loss. *British Journal of Hospital Medicine*, 56, 260-264.

Nicholson, A., Titler, M., Montgomery, L., & Kleiber, C. (1993). Effekts of child visitation in adult critical care units : a pilot study. *Heart & Lung*, 22, 36-45.