



**Lorraine M. Wright
Maureen Leahey
Zahra Shajani
Diana Snell**

Familienzentrierte Pflege

Lehrbuch für Familien-Assessment
und Interventionen

3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben
von Barbara Preusse-Bleuler

 **hogrefe**

Familienzentrierte Pflege

Familienzentrierte Pflege

Lorraine M. Wright, Maureen Leahey, Zahra Shajani, Diana Snell

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Pflege:

Jürgen Osterbrink, Salzburg; Doris Schaeffer, Bielefeld;
Christine Sowinski, Köln; Franz Wagner, Berlin; Angelika Zegelin, Dortmund

Lorraine M. Wright
Maureen Leahey
Zahra Shajani
Diana Snell

Familienzentrierte Pflege

Lehrbuch für Familien-Assessment
und Interventionen

3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

Aus dem kanadischen Englisch von Heide Börger
Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben
von Barbara Preusse-Bleuler



Lorraine M. Wright RN PhD, Prof. em. für Pflege an der University Calgary, Calgary, Alberta, Kanada.

Maureen Leahey RN, PhD, Ex-Managerin am Mental Health Outpatient Program und Direktorin des Familientherapie-Trainingsprogramms, Calgary Health Region; Adjunct Associate em. Professorin an der Fakultät für Pflege und Medizin (Psychiatrie), University of Calgary, Calgary, Alberta, Kanada.

Zahra Shajani RN, MPH, EdD (c), CCHN (c), Canadian Certified Nurse Educator (CCNE), Senior Instructor, Associate Dean of Undergraduate Practice Education, Faculty of Nursing, University of Calgary, Calgary, Alberta, Kanada.

Diana Snell RN, MN, Instructor, Faculty of Nursing, University of Calgary, Calgary, Alberta, Kanada.
Internet: www.familynursingressources.com

Barbara Preusse-Bleuler (Hrsg. d. deutschsprachigen Ausgabe) Pflegefachfrau, MNS, Dozentin an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) für Familienzentrierte Pflege in Praxis, Forschung und Lehre.
E-Mail: barbara.preusse@gmail.com

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG
Lektorat Pflege
z. Hd. Jürgen Georg
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel. +41 31 300 45 00
info@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat: Jürgen Georg, Lena-Marie Klose, Martina Kasper, Julien Lehmann
Bearbeitung: Barbara Preusse-Bleuler
Herstellung: Daniel Berger
Umschlagabbildung: Jürgen Georg, Schüpfen
Umschlag: Claude Borer, Riehen
Illustration/Fotos (Innenteil): Jürgen Georg, Schüpfen, Barbara Preusse-Bleuler
Satz: Claudia Wild, Konstanz
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s. r. o., Český Těšín
Printed in Czech Republic

Das vorliegende Buch ist eine Übersetzung aus dem kanadischen Englisch. Der Originaltitel lautet „Nurses and Families“ von Lorraine M. Wright, Maureen Leahey, Zahra Shajani und Diana Snell

© 2019. By F.A. Davis Company, Philadelphia
3., vollst. überarb. u. erw. Auflage 2021
© 2021 Hogrefe Verlag, Bern
© 2009/2014 Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-96075-3)
(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-76075-9)
ISBN 978-3-456-86075-6
<http://doi.org/10.1024/86075-000>

Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audio-dateien.

Anmerkung

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort des Bundesgeschäftsführers des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe DBfK	15
Geleitwort	17
Vorwort der Herausgeberin der deutschsprachigen Ausgabe	19
Dank	23
Danksagung	25
Einleitung	27
1 Familien-Assessment und Familien-Interventionen: Ein Überblick	37
1.1 Die Entwicklung der familienzentrierten Pflege	39
1.2 Die Ebenen der familienzentrierten Pflegepraxis: Die Generalistinnen und die Spezialistinnen	41
1.3 Das Calgary Familien-Assessment-Modell: Ein multidimensionales Konzept	42
1.4 Indikationen und Kontraindikationen für ein Familien-Assessment	43
1.5 Das Calgary Familien-Interventions-Modell: Ein strukturierendes Konzept	44
1.6 Pflegeinterventionen: Eine grundlegende Diskussion	44
1.6.1 Definition einer Pflegeintervention	45
1.6.2 Kontext einer Pflegeintervention	45
1.6.3 Die Ziele von Pflegeinterventionen	46
1.7 Pflegeinterventionen für Familien: Spezifische Aspekte	46
1.7.1 Interventionen für Familien	48
1.7.2 Familien-Interaktionen	48
1.7.3 Hausbesuche	49
1.7.4 Therapeutische Gespräche	49
1.7.5 Psycho-soziale/psycho-educative Interventionen	49
1.7.6 Internet-basierte Interventionen	50
1.7.7 Gesundheitsförderung von Familien	50
1.7.8 Reaktionen von Familien auf Interventionen	51
1.8 Indikationen und Kontraindikationen für Familien-Interventionen	52

2	Das Calgary Familien-Assessment-Modell und das Calgary Familien-Interventions-Modell: Theoretische Grundlagen	59
2.1	Die Postmoderne	60
2.1.1	Konzept 1	61
2.1.2	Konzept 2	61
2.2	Die Systemtheorie	62
2.2.1	Konzept 1	63
2.2.2	Konzept 2	65
2.2.3	Konzept 3	65
2.2.4	Konzept 4	66
2.2.5	Konzept 5	67
2.3	Die Kybernetik	68
2.3.1	Konzept 1	68
2.3.2	Konzept 2	69
2.4	Die Kommunikationstheorie	69
2.4.1	Konzept 1	70
2.4.2	Konzept 2	70
2.4.3	Konzept 3	71
2.4.4	Konzept 4	71
2.5	Die Veränderungstheorie	72
2.5.1	Veränderungen ersten Grades	72
2.5.2	Veränderungen zweiten Grades	73
2.5.3	Konzept 1	75
2.5.4	Konzept 2	76
2.5.5	Konzept 3	76
2.5.6	Konzept 4	77
2.5.7	Konzept 5	78
2.5.8	Konzept 6	79
2.5.9	Konzept 7	80
2.5.10	Konzept 8	81
2.5.11	Konzept 9	81
2.6	Die Biologie der Erkenntnistheorie	82
2.6.1	Konzept 1	82
2.6.2	Konzept 2	83
3	Das Calgary Familien-Assessment-Modell	87
3.1	Strukturelles Assessment	90
3.1.1	Interne Struktur	90
3.1.1.1	Familienzusammensetzung	90
3.1.1.2	Gender	92
3.1.1.3	Sexuelle Orientierung	94
3.1.1.4	Rangordnung	94
3.1.1.5	Subsysteme	95

3.1.1.6	Grenzen	96
3.1.2	Externe Struktur	98
3.1.2.1	Die erweiterte Familie	98
3.1.2.2	Größere Systeme	99
3.1.3	Kontext	100
3.1.3.1	Kulturelle Zugehörigkeit	100
3.1.3.2	Ethnische Zugehörigkeit	102
3.1.3.3	Soziale Schicht	102
3.1.3.4	Spiritualität und/oder Religion	104
3.1.3.5	Umgebung	105
3.1.4	Die Instrumente für das strukturelle Assessment	106
3.1.4.1	Das Genogramm	107
3.1.4.2	Das Ökogramm	118
3.2	Assessment der Entwicklung	120
3.2.1	Das Leben einer nordamerikanischen Mittelschichtfamilie	124
3.2.1.1	Stadium 1	127
3.2.1.2	Stadium 2	129
3.2.1.3	Stadium 3	130
3.2.1.4	Stadium 4	132
3.2.1.5	Stadium 5	134
3.2.1.6	Stadium 6	136
3.2.1.7	Stadium 7	138
3.2.2	Der Familienlebenszyklus während und nach der Scheidung	138
3.2.3	Der Lebenszyklus der wiederverheirateten Familie	143
3.2.4	Der Lebenszyklus von Familien mit geringem Einkommen im Vergleich zu gut ausgebildeten Familien	144
3.2.5	Der Familienlebenszyklus bei Adoptionen	144
3.2.6	Der Familienlebenszyklus von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, „Queers“, Intersexuellen, Transsexuellen und „Twin-spirited“	145
3.3	Funktionales Assessment	147
3.3.1	Instrumentelle Funktion	147
3.3.2	Expressive Funktion	148
3.3.2.1	Emotionale Kommunikation	150
3.3.2.2	Verbale Kommunikation	150
3.3.2.3	Nonverbale Kommunikation	151
3.3.2.4	Zirkuläre Kommunikation	152
3.3.2.5	Problemlösung	156
3.3.2.6	Rollen	158
3.3.2.7	Einfluss und Macht	159
3.3.2.8	Überzeugungen	161
3.3.2.9	Allianzen und Koalitionen	163

4	Das Calgary Familien-Interventions-Modell	169
4.1	Definition und Beschreibung des CFIM	170
4.2	Interventionsorientierte Fragen	172
4.2.1	Lineare versus zirkuläre Fragen	172
4.2.1.1	Lineare Fragen	173
4.2.1.2	Zirkuläre Fragen	173
4.2.2	Weitere Beispiele für Interventionen	177
4.3	Interventionen zur Veränderung des kognitiven Bereichs der Familienfunktion	177
4.3.1	Die Stärken der Familie und der einzelnen Familienmitglieder anerkennen	178
4.3.2	Informationen und Meinungen anbieten	178
4.4	Interventionen zur Veränderung des affektiven Bereichs der Familienfunktion	180
4.4.1	Emotionale Reaktionen validieren oder normalisieren	180
4.4.2	Familienmitglieder ermutigen, ihre Erkrankungsgeschichte zu erzählen	181
4.4.3	Unterstützung durch die Familie mobilisieren	181
4.5	Interventionen zur Veränderung des verhaltensbezogenen Bereichs der Familienfunktion	181
4.5.1	Familienmitglieder ermutigen, die Rolle der pflegenden Angehörigen zu übernehmen und Unterstützung anbieten	182
4.5.2	Familienmitglieder ermutigen, sich Erholungspausen zu gönnen	182
4.5.3	Rituale entwickeln	183
4.6	Fallbeispiele aus der klinischen Praxis	184
4.6.1	Klinisches Fallbeispiel 1	184
4.6.2	Klinisches Fallbeispiel 2	185
4.6.3	Klinisches Fallbeispiel 3	186
4.6.4	Klinisches Fallbeispiel 4	189
5	Pflegerische Familiengespräche: Die Phasen, Fähigkeiten und Fertigkeit	195
5.1	Die Phasen des Familienkontakts	197
5.2	Die Arten der Fähigkeiten und Fertigkeiten	198
5.3	Ausbildung in familienzentrierter Pflege	201
5.3.1	Die Pflegeausbildung in Bachelor- und Master-Studiengängen	201
5.3.2	Examinierte Pflegefachpersonen und Pflegeexpertinnen/ Advanced Practice Nurses	202
6	Vorbereitung auf das Familiengespräch	213
6.1	Anmerkungen zur Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und Familien	214
6.2	Hypothesenbildung	219
6.2.1	Entwicklung von Hypothesen	220

6.3	Verschiedene Gesprächsumfelder	224
6.3.1	Häusliche Umgebung	224
6.3.2	Büro, Krankenhaus oder eine andere Umgebung am Arbeitsplatz	226
6.3.3	Optimale Nutzung der Umgebung am Arbeitsplatz	226
6.4	Teilnahme am Gespräch	227
6.5	Der erste Kontakt mit der Familie	228
6.5.1	Terminvereinbarung	229
6.6	Widerstand und mangelnde Kooperationsbereitschaft (Noncompliance)	231
6.6.1	Umgang mit einem zögernden Familienmitglied	232
7	Familiengespräche führen	237
7.1	Leitlinien für Familiengespräche	238
7.1.1	Beziehungsaufbau	239
7.1.2	Assessment	243
7.1.2.1	Problemidentifizierung: Abklärung und Definition	244
7.1.2.2	Der Zusammenhang zwischen Familieninteraktion und Gesundheitsproblem	247
7.1.2.3	Frühere Problemlösungsversuche	250
7.1.2.4	Definition der Ziele	251
7.1.2.5	Planung und Umgang mit Komplexität	254
7.1.2.6	Der Grad der Familienfunktion	254
7.1.2.7	Kompetenz der Pflegefachpersonen	255
7.1.2.8	Intervention	256
7.1.2.9	Abschluss des Gesprächs	258
7.2	Ein Fallbeispiel aus der klinischen Praxis	258
7.2.1	Vorbereitung des Gesprächs	258
7.2.2	Die Entwicklung von Hypothesen	259
7.2.2.1	Bezug zum CFAM	259
7.2.3	Absprachen	259
7.2.3.1	Bezug zum CFAM	259
7.2.4	Gespräch	259
7.2.4.1	Beziehungsaufbau	259
7.2.4.2	Bezug zum CFAM	260
7.2.5	Assessment	260
7.2.5.1	Problemdefinition	260
7.2.5.2	Zusammenhang zwischen Familieninteraktion und Gesundheitsproblem	260
7.2.5.3	Lösungsversuche	260
7.2.5.4	Bezug zum CFAM	260
7.2.5.5	Ziele	260
7.2.6	Intervention	260
7.2.6.1	Arbeit mit dem CFIM	260

8	Die Anwendung von Fragen in einem Familiengespräch	265
8.1	Fragen und Kontext	266
8.1.1	Einbeziehung aller Familienmitglieder und Fokussierung des Gesprächs	267
8.1.2	Fragen, die helfen, die Auswirkungen des Problems/der Erkrankung auf die Familie einzuschätzen	268
8.1.3	Fragen, die problemlösungsorientierte Fähigkeiten, Bewältigungsstrategien und Stärken zutage fördern	270
8.1.4	Fragen, die als Interventionen dienen und Veränderungen ermöglichen	271
8.1.5	Fragen, die auf Feedback über die Familiensitzung abzielen	273
9	Ein 15-minütiges (oder kürzeres) Familiengespräch führen	277
9.1	Schlüsselemente	281
9.1.1	Schlüsselement 1: Familienzentrierte Gespräche	282
9.1.2	Schlüsselement 2: Umgangsformen	284
9.1.3	Schlüsselement 3: Familiengenogramme und Ökogramme	286
9.1.4	Schlüsselement 4: Familienzentrierte Fragen	287
9.1.5	Schlüsselement 5: Die Stärken der Familie und einzelner Familienmitglieder anerkennen	288
9.2	Der Einbezug einer Familie in die Pflegepraxis – Ein persönliches Erlebnis	289
10	Grundlegende und fortgeschrittene Fähigkeiten im Bereich der familienzentrierten Pflege	295
10.1	Die für die familienzentrierte Pflege relevanten Fähigkeiten in Abhängigkeit vom Kontext	296
10.2	Von grundlegenden zu fortgeschrittenen Fähigkeiten	298
10.2.1	Ausbildung	299
10.2.2	Erfahrung	299
10.2.3	Die Dauer der Berufserfahrung	299
10.2.4	Reflektierte Praxis	299
10.3	Beispiel Nr. 1 aus der klinischen Praxis: Gespräche mit den Familien älterer Menschen, die ins Pflegeheim übertreten	300
10.3.1	Situation, Zusammensetzung der Familie und Zweck des Gesprächs	300
10.4	Beispiel Nr. 2 aus der klinischen Praxis: Ein Gespräch mit einem Familienmitglied führen, um die Einstellung der Familien gegenüber einer chronischen Erkrankung zu ermitteln	305
10.4.1	Setting, Zusammensetzung der Familie und Zweck des Gesprächs	305
10.4.2	Anmerkungen	307
10.4.3	Anmerkungen	307
10.4.4	Anmerkungen	308
10.4.5	Anmerkungen	311
10.4.6	Anmerkungen	312

11	Die Vermeidung der drei häufigsten Fehler in der familienzentrierten Pflege	315
11.1	Fehler Nr. 1	316
11.1.1	Wie man sich vor diesem Versäumnis schützen kann	317
11.1.2	Ein Beispiel aus der klinischen Praxis	318
11.2	Fehler Nr. 2	319
11.2.1	Wie man sich vor diesem Fehler schützen kann	319
11.2.2	Zwei Beispiele aus der klinischen Praxis	320
11.3	Fehler Nr. 3	322
11.3.1	Wie man sich vor diesem Fehler schützen kann	323
11.3.2	Zwei Beispiele aus der klinischen Praxis	324
12	Der Abschluss des Familienkontaktes	329
12.1	Der von der Familie initiierte Abschluss	331
12.2	Der kontextbedingte Abschluss	333
12.3	Stufenweise Reduzierung der Sitzungen und Abschluss der Behandlung	334
12.3.1	Überprüfung des Vertrages	334
12.3.2	Anerkennung für Veränderungen	334
12.3.3	Evaluation des Familiengesprächs	336
12.3.4	Fortsetzung der Unterstützung anbieten	336
12.3.5	Abschließende Briefe	337
12.4	Überweisung an andere Fachleute	339
12.4.1	Vorbereitung der Familien	340
12.4.2	Treffen mit dem neuen Experten	340
12.4.3	Abgrenzung der Zuständigkeitsbereiche	340
12.4.4	Übergabe an eine andere Pflegefachperson	341
12.4.5	Behandlungserfolge in der familienzentrierten Pflege	341
13	Der ganze Prozess	345
13.1	Fallbeispiel: Die Familie O'Shanell	345
13.2	Beziehungsaufbau	346
13.3	Assessment	346
13.3.1	Identifizierung des Problems	346
13.3.2	Zusammenhang zwischen Familieninteraktionen und Gesundheitsproblem	346
13.3.3	Problemlösungsversuche	348
13.3.4	Darstellung der Ziele	352
13.4	Interventionen	352
13.5	Abschluss	352
13.6	Zusammenfassung	352

Deutschsprachige Literatur zum Thema „Familie“	357
Familiengesundheitspflege im Hogrefe Verlag	361
Autorinnenverzeichnis	363
Sachwortverzeichnis	365

Für meine liebe Freundin und Kollegin Dr. Janice M. Bell, die mich unermüdlich angespornt und unterstützt hat.

Lorraine M. Wright

Für meine Nichten und Neffen, Laura, Mike, Robert, Elena und Kathy und deren Familien – für ihre Liebe zum Leben und zu ihrer Verwandtschaft.

Maureen Leahey

Für die nächste Generation, die mein Leben mit Freude erfüllt und mich wieder mit den einfachen Freuden des Lebens in Kontakt gebracht hat: meine Großneffen, Spencer J. Wright und Gavin M. Wright und meine „Großnichten“ aus Freundschaft, Marika S. Wolfert und Annika M. Wolfert.

Lorraine M. Wright

Für meine Schwiegermutter, Greta M. Dow, die mich stets unterstützt und die Erfolge ihrer Familie begeistert verfolgt hat.

Maureen Leahey

Geleitwort des Bundesgeschäftsführers des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe DBfK

Franz Wagner

Familien – ein Auslaufmodell! Lange Zeit schien dies unausweichlich. Angesichts der demografischen Entwicklung mit immer höherer Lebenserwartung und immer weniger Geburten scheint das die logische Konsequenz. Vor dem Hintergrund veränderter Lebensentwürfe mit hoher Scheidungsrate, Patchwork-Familien und vor allem immer mehr Single-Haushalten wirkt das Bild der Familie mit Vater, Mutter und zwei Kindern nicht mehr „klassisch“, sondern romantisch verklärt.

Familie – die zentrale Einheit der Gesellschaft und Garant für Kinderbetreuung, Erziehung und Versorgung der Alten. Dieses Modell steht dem eben beschriebenen konträr gegenüber. Und doch baut darauf immer noch das Funktionieren der Gesellschaft auf. Die jüngsten Diskussionen in Deutschland zur Kindesbetreuung, um Müttern die Berufstätigkeit zu erleichtern, und die teilweise heftigen Reaktionen darauf aus den Reihen konservativer Parteien und der katholischen Kirche zeigen die Spannbreite der gesellschaftspolitischen Diskussion in einem der reichsten Länder der Erde. Nach den Zahlen des Dritten Pflegeberichts ist die Familie unbestritten der „größte Pflegedienst“ Deutschlands. Die Mehrzahl der pflegebedürftigen Menschen wird von Angehörigen betreut. Dieser Prozentsatz nimmt allerdings langsam ab. Die Familie ist unbestritten der Ort, an dem Gesundheitsverhalten gelernt wird. Die Familie wird aber auch gesamtgesellschaftlich mit ihren Aufgaben und Belastungen allein gelassen. Hier hat das „klassische Familienbild“ in der Politik verhindert, dass rechtliche und strukturelle Veränderungen vorgenommen wurden.

Die WHO hat in Gesundheit 21 die Familie eindeutig als wichtiges Setting für Gesundheitsinterventionen identifiziert und empfiehlt in Ziel 15 die Schaffung von Angebotsstrukturen aus Hausärzten und Familiengesundheitspflegenden. Der Arbeit der Familiengesundheitspflegenden liegt ein systemischer Familienansatz zugrunde und sie arbeiten überwiegend präventiv und gesundheitsfördernd. Im Originalkonzept der WHO handelt es sich um ein zugehendes Angebot, das sich gerade an vulnerable Familien richtet. Die Familie wird hier sehr weit definiert, bis hin zur allein lebenden Person mit ihrem sozialen Umfeld.

Auf der Grundlage des WHO-Curriculums zur Qualifizierung hat der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) in seiner Eigenschaft als WHO-Collaborating Center 2004 ein Modellprojekt zur Implementierung der Familiengesundheitspflege in Deutschland begonnen. Das Projekt ist eingebettet in die multinationale Studie der WHO-EURO zur Familiengesundheitspflege. Ausgehend von der „Münchener Erklärung“ der WHO aus dem Jahr 2000 und dem Konzept Gesundheit 21 bedurfte es langer Überzeugungsarbeit in Deutschland, um die Weichen für das Projekt zu stellen. Vor allem das „zugehende Angebot“ schien mit dem deutschen Gesundheitssystem unvereinbar. Nach einigen Hürden konnte aber auch das Bundesministerium für Gesundheit von der Idee eines Modellprojekts überzeugt werden. Das Ministerium finanziert die wissenschaftliche Begleitung des Projekts durch die Universität Witten, Prof. Dr. Schnepf. Großzügig gefördert wird das Projekt durch die Robert-Bosch-Stiftung. Eine Besonderheit des

deutschen Projekts ist, dass auch Hebammen teilnehmen können.

An den beiden Standorten Essen und München begannen im Herbst 2005 zweijährige berufsbegleitende Weiterbildungen. Die Teilnehmer_innen kommen aus den drei Pflegeberufen und auch drei Hebammen sind dabei. Grundlage für die Weiterbildung ist das vom DBfK an deutsche Bedingungen adaptierte WHO-Curriculum. Strukturell lehnt sich die Weiterbildung an Regelungen der Bundesländer zur Weiterbildung in der Pflege an.

Die Akzeptanz der Weiterbildungsteilnehmer_innen im Feld ist groß. Hier finden wir den Beleg, dass der Lebensweltbezug der Pflege und der Vertrauensvorschuss für Pflegefachpersonen und Hebammen viele Türen gerade bei vulnerablen Familien öffnet. Im praktischen Teil der Ausbildung erleben die Teilnehmer_innen den positiven Effekt, den

ihre Interventionen haben können. Dies wird als Bereicherung, aber auch als Herausforderung erlebt, da es noch keine Strukturen gibt, in die ihre Qualifikation wirklich eingefügt werden kann.

Erfreulicherweise nimmt gesamtgesellschaftlich die Einsicht zu, dass die Familien nicht mit ihren Problemen allein gelassen werden dürfen. Das ist eine Chance für die Pflege, neue Handlungsfelder zu erschließen und pflegerische Kompetenz gesellschaftlich nutzbar zu machen. In diesem Kontext leistet das vorliegende Buch eine ausgezeichnete konzeptionelle Grundlage für pflegerisches Handeln mit Familien.

Berlin, im Mai 2007

Franz Wagner, MSc

Bundesgeschäftsführer DBfK,

1. Vize-Präsident ICN

Geleitwort

Andreas Büscher

Nach einer Definition des WHO-Expertenkomitees zur Pflegepraxis aus dem Jahr 1996 hilft die Pflege Individuen, Familien und Gruppen, ihr physisches, psychisches und soziales Potenzial zu bestimmen und zu erreichen. Dieser seitdem in verschiedenen Zusammenhängen zitierte Satz wartet nach wie vor auf seine Umsetzung in die Realität des pflegerischen und pflegewissenschaftlichen Alltags. Die Bedeutung von Familien bei der Bewältigung von Erkrankung und Pflegebedürftigkeit sowie bei der Herstellung von Gesundheit wird zwar nicht ernsthaft bestritten, spielt jedoch im Versorgungsalltag nur eine untergeordnete Rolle. Ausbildung, Praxis, Studium und Lehre sind nach wie vor in erster Linie damit befasst, pflegerisches Handeln als interaktives Geschehen zwischen einer professionellen Pflegekraft einerseits und einem Patienten, Kunden, Klienten oder Nutzer andererseits zu begreifen. Pflegerische Interventionen sind immer noch vorrangig auf Problemlösung bei Individuen konzentriert. Familienmitglieder spielen bestenfalls eine Rolle, indem sie in die Pflege- und Behandlungsabläufe einbezogen oder integriert werden. Dabei befindet sich die Pflege innerhalb des Sozial- und Gesundheitswesens allerdings in guter Gesellschaft, denn auch in anderen Professionen findet die Bedeutung der Familie keine Entsprechung im Alltagshandeln und in konzeptionellen Überlegungen zur Versorgungsgestaltung.

Die bisherigen Initiativen zur Implementierung einer familienzentrierten Pflege im deutschsprachigen Raum sind bislang relativ überschaubar, dafür aber kontinuierlich. Der Lehrstuhl für familienzentrierte und gemeinde-nahe Pflege am Institut für Pflegewissenschaft

der Universität Witten/Herdecke ist auch mehr als fünf Jahre nach seiner Etablierung im deutschen Sprachraum nach wie vor einzigartig. Allerdings findet sich die familienzentrierte Pflege zunehmend in den Curricula an Universitäten und Fachhochschulen wieder. Diese Entwicklung lässt sich in Deutschland und der Schweiz und erfreulicherweise auch in den noch relativ neuen Studiengängen in Österreich beobachten.

Erfreulich ist ferner, dass mit einiger Verzögerung auch in Deutschland eine Beteiligung an der multinationalen WHO-Studie zur Familiengesundheitspflege erfolgt, über die erste Ergebnisse bereits vorliegen (s. das Geleitwort von Franz Wagner).

In diesem Zusammenhang kann die Veröffentlichung der hier vorliegenden deutschen Übersetzung des Standardwerks „Nurses and Families“ von Wright und Leahey als ein weiterer wichtiger Schritt angesehen werden, der Familienzentrierung in der Pflege den Platz zukommen lässt, der ihr gebührt. Die Inhalte des Buches verdeutlichen eindrücklich das breite Spektrum familienzentrierter Pflegepraxis. Dabei ist sicherlich zu berücksichtigen, dass die familienzentrierte Pflege in den USA und in Kanada eng verknüpft ist mit der Familientherapie, die im deutschen Sprachraum nicht zum Aufgabenfeld der Pflege gehört.

Wichtig ist aber weniger die berufspolitische Ein- und Zuordnung der Familienzentrierung, sondern vielmehr ihr inhaltlicher Gehalt und ihre Bedeutung bei der Unterstützung von Individuen und Familien bei gesundheitlichen Problemen. Das Buch von Wright und Leahey setzt in diesem Zusammenhang verschiedene Maßstäbe. Zum einen verdeutlicht es, dass fa-

milienzentrierte Pflege einer entsprechenden Aus- und Weiterbildung bedarf. Die Familie als „Kontext der Pflege“ sollte zum Bestandteil der Pflegeausbildung werden. Auf der Ebene „Familie als Subjekt/Fokus der Pflege“ bedarf es einer entsprechenden Qualifizierung und eines entsprechenden Fachwissens für die Anwendung spezifischer Interventionen. Das vorliegende Buch leistet wertvolle Hilfestellung dabei, sich dieses Wissen und diese Fähigkeiten anzueignen. Zum anderen legen Wright und Leahey in ihrem Buch einen Begriff von pflegerischen Interventionen zugrunde, der über das in der Praxis im Allgemeinen vorherrschende Verständnis von Pflegeinterventionen hinausgeht. Hier werden Pflegeinterventionen eingeteilt nach ihrer Intention zur Unterstützung kognitiver, affektiver oder verhaltensbezogener Funktionsweisen der Familie. Gezielte Fragen an die Familie gehören ebenso zu den vorgeschlagenen Interventionen wie positive Bestärkungen der familialen Stärken, Kompetenzen und Ressourcen, die sich im Pflegeprozess offenbaren. Hier lassen sich Parallelen zu der oftmals geforderten stärkeren Berücksichtigung von edukativen und beratenden Kompetenzen in der Pflege ziehen.

Vor die Intervention setzen Wright und Leahey eine umfassende Einschätzung der familiären Situation auf der Grundlage des Calgary Familien-Assessment-Modells. Die Auseinandersetzung mit diesem Modell vermittelt vertiefte Einblicke in die Bedeutung und Komplexität familiärer Prozesse in Gesundheit und Krankheit. Es vermittelt aber ebenso wertvolle Hilfestellung bei der Reflexion eigener impliziter Vorannahmen, wenn es um familiäre Situationen geht.

Seit Ende der 1990-er Jahre finden sich erste deutschsprachige Veröffentlichungen zum Themenbereich der familienzentrierten Pflege. Der Zugang erfolgte dabei im Wesentlichen über die Bereiche pflegerischer Praxis, in denen es unausweichlich ist, sich mit dem direkten sozialen Umfeld eines Patienten, seiner Familie, zu befassen: über die ambulante Pflege und die Kin-

derkrankenpflege. Entgegen der in diesen Bereichen oftmals vorhandenen Annahme, dass eigentlich immer schon familienzentriert gearbeitet wurde, muss konstatiert werden, dass es sich eher um eine instrumentelle Art des Einbeziehens von Familienangehörigen in professionell determinierte Handlungsroutrinen gehandelt hat. Dabei ist es sicherlich in sehr vielen Situationen zu durchaus für Familien hilfreichen Handlungen und Aktivitäten gekommen. Die Beschäftigung mit dem vorliegenden Buch von Wright und Leahey wird aber demgegenüber verdeutlichen, dass ein familienzentrierter Ansatz eine andere konzeptionelle Grundlage benötigt und über das Einbeziehen von Familienmitgliedern weit hinausgeht.

Inhaltlich gelingt es in diesem Buch, die verschiedenen Zugangswege zur familienzentrierten Pflege in einen Gesamtrahmen zu integrieren. In einigen Ländern ist familienzentrierte Pflege vorwiegend auf gesundheitliche Problemlagen bei Familien mit Kindern ausgerichtet. In Ansätzen sind vergleichbare Überlegungen in der Kinderkrankenpflege in Deutschland zu beobachten. Deutlicher tritt der familienorientierte Fokus bei der Beschäftigung mit familialen Pflegesituationen bei chronischer Krankheit zutage. Die Bedeutung pflegender Angehöriger wird zunehmend zur Kenntnis genommen. Ebenso wächst die Erkenntnis, dass es für eine Stabilisierung häuslicher Pflegesituationen erforderlich ist, den Fokus auf das gesamte familiäre Netzwerk zu richten und Unterstützungsangebote dementsprechend auszurichten.

In diesem Sinne ist diesem Buch eine gute Verbreitung zu wünschen. Es hat das Potenzial, die Diskussionen um und die Implementierung von familienzentrierter Pflege substantiell zu befördern.

Bielefeld, im Februar 2007

Dr. Andreas Büscher

Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld; verantwortlich für den Bereich ambulante pflegerische Versorgung

Vorwort der Herausgeberin der deutschsprachigen Ausgabe

Barbara Preusse-Bleuler

Familienzentrierte Pflege auf der Grundlage des systemischen Ansatzes bewährt sich in der Praxis.

Seit der ersten deutschsprachigen Auflage im Jahr 2009 ist die familienzentrierte Pflege von vielen Kolleginnen und Kollegen mit großem Engagement aufgegriffen worden. In der individuellen Umsetzung berichten Pflegefachpersonen davon, dass ihnen dieses Wissen und die damit verbundenen Fähigkeiten und Fertigkeiten helfen, eine konstruktive Zusammenarbeit mit zuvor als sogenannt „schwierig“ empfundenen Familien zu entwickeln. Ebenfalls haben sich Pflegeteams gemeinsam auf den Weg gemacht, in ihrer Praxis eine systemisch ausgerichtete familienzentrierte Pflege zu etablieren. Diese Pflegeteams arbeiten in verschiedensten Bereichen: in der häuslichen Krankenpflege, im ambulanten oder stationären Bereich, von Akut- und Intensivpflege bis Palliativpflege, Rehabilitations- oder Langzeitpflege, chirurgische oder medizinische Abteilungen, von Pädiatrie bis Geriatrie; also überall dort, wo Patienten und Patientinnen und ihre Familien von akuten oder chronischen Erkrankungen betroffen sind. Im Aus- und Weiterbildungsbereich in der Schweiz hat das Calgary Familien-Assessment- und Interventions-Modell Eingang gefunden in Curricula der Höheren Fachschulen, der Fachhochschulen und Universitäten mit ihren Bachelor- und Master-Studiengängen.

Das von Lorraine Wright und Maureen Leahy in nun bereits 35-jähriger Praxis und Forschung entwickelte Calgary Familien-Assessment- und Interventions-Modell hat sich als sehr geeignete Grundlage für unsere Umsetzungsprojekte erwiesen.

In einem ersten Entwicklungsprojekt im Lindenhofspital und an der Lindenhof-Schule in Bern (Schweiz) erarbeiteten Pflegefachpersonen der Abteilung für stationäre Onkologie und Dozentinnen der Schule gemeinsam ein Konzept zur Implementierung der familienzentrierten Pflege in Praxis und Lehre. Aus dieser Entwicklungsarbeit entstand eine Wegleitung für familienzentrierte Pflege im Praxisalltag und ein dazu passendes Schulungskonzept.

Die Wegleitung umfasst Arbeitsinstrumente wie einen Leitfaden für eine Pflegeanamnese mit integrierter Familienanamnese und Geno-/Öko- und Beziehungsdiagramm, einen Leitfaden zur Dokumentation der Familiengespräche und ein Konzept für regelmäßige Fallbesprechungen mit der Methode des Reflecting Teams.

Das Schulungskonzept ist für verschiedene Ausbildungsstufen ausgestaltet worden: Diplomausbildung, Bachelor- und Masterstudium. Wird ein ganzes Pflegeteam in der Praxis geschult, kann das Konzept an die entsprechenden Bedürfnisse und Settings angepasst werden.

Diese ersten Erfahrungen in den Nullerjahren in Bern (Schweiz) werden von diversen Projekten in der Praxis bestätigt und weiterentwickelt. Hier nur eine Auswahl, die zeigt, dass familienzentrierte Pflege in allen Settings relevant ist. Interessanterweise haben einige Alters- und Pflegeheime in der Schweiz mit Erfolg sich auf den Weg gemacht, familienzentrierte Pflege in ihrem Pflegealltag zu integrieren zum Wohle ihrer Bewohnenden und Angehörigen. In der Pädiatrie übernimmt das Ostschweizer Kinderspital in St.Gallen mit nun gut 15 Jahren Erfahrung eine Vorreiterrolle. Im Akutbe-

reich bei Erwachsenen und Frühgeborenen hat das Universitätsspital Zürich im Departement Frau – Kind vor ein paar Jahren ein innovatives Praxis- und Forschungsprojekt lanciert.

In diesen diversen Entwicklungsprojekten werden zu Beginn jeweils ganz ähnliche Befürchtungen und Risiken, Wünsche und Hoffnungen von den Pflegefachpersonen genannt. Im ersten Moment löst das Thema familienzentrierte Pflege zum Teil gegensätzliche, ja paradoxe Reaktionen aus: „Das machen wir doch schon längst!“ und gleichzeitig: „Das ist doch nicht unsere Aufgabe und Kompetenz als Pflegefachperson, das gehört in die Hand der Therapeuten.“ Hinzu kommen Bedenken, keine Zeit zu haben im immer schneller getakteten Alltag, die Intimsphäre des Patienten und seiner Familie zu verletzen oder Probleme aufzuwühlen, die von Pflegefachpersonen nicht aufgefangen oder nicht gelöst werden können. Werden die Hintergründe dieser Reaktionen ausgeleuchtet und als relevante Herausforderungen für einen nachhaltigen Umsetzungsprozess ernst genommen, zeigen sich klare Ansatzpunkte, wie die Pflegepraxis erfolgreich mit dem Calgary Familien-Assessment- und Interventions-Modell weiterentwickelt werden kann und die erwähnten Herausforderungen gemeistert werden können.

Die Pflegefachpersonen kommen nach gemachter Erfahrung zu dem Schluss: Die Pflegearbeit wird passender und wirkungsvoller mit der Fokussierung nicht nur auf den Patienten, die Patientin alleine, sondern auch auf seine/ihre Angehörigen oder engsten Vertrauten. Die Unterstützung und Förderung der Handlungsfähigkeit und damit der Selbsthilfefähigkeit der Familie als Ganzes wirkt sich positiv auf den Patienten und die Patientin aus. Die Pflegefachpersonen beachten ihre Fragen und die manchmal unterschiedlichen Befürchtungen und Wünsche innerhalb der Familie. Gleichzeitig werden aber auch die Erfahrungen und die Expertise des Patienten oder der Patientin und seiner/ihrer Angehörigen ernst genommen. So wird die Voraussetzung für eine wirkungsvolle

und effiziente Zusammenarbeit geschaffen, was verbesserte Outcomes bei Patient_in und Familie ermöglicht.

Mit dem Calgary Familien-Assessment- und Interventions-Modell bleiben Ressourcen- und Lösungsorientiertheit nicht leere Worthülsen, sondern die Pflegefachpersonen erhalten brauchbare Instrumente, dies in ihrer Pflegepraxis umzusetzen. Als wesentliche Elemente möchte ich hier folgende hervorheben:

Das Genogramm, Ökogramm und Beziehungsdiagramm schätzen die Pflegefachpersonen als sehr brauchbar und zudem schnell erlernbar ein. Mit dieser grafischen Darstellung sind die wichtigsten Informationen zur Zusammensetzung der Familie und ihres Umfelds auf einen Blick ersichtlich. Das zeitaufwändige schriftliche Beschreiben einer Familiensituation in der Pflegedokumentation entfällt. Das Geno-/Öko- und Beziehungsdiagramm erstellt die Pflegefachperson immer zusammen mit dem Patienten oder der Patientin und wenn möglich mit seiner/ihrer Vertrauensperson. Das gemeinsame Aufzeichnen der Familiensituation und das sich daraus ergebende Gespräch ermöglicht einen vertrauensvollen Beziehungsaufbau und Patient_in und Familie fühlen sich in ihrer Situation ernst genommen, Ressourcen und eventuelle Entbehrungen werden sichtbar. So wird bereits beim Eintritt eine Grundlage für einen weit-sichtig geplanten Austritt gelegt. Voraussetzung hierfür ist, dass nicht der Fehler begangen wird, das Geno-/Öko- und Beziehungsdiagramm nur als administratives Instrument zur Sammlung von Familiendaten zu verwenden. In den vergangenen Jahren haben wir noch besser gelernt zu vermitteln, dass die Kunst darin besteht, das Geno-/Öko- und Beziehungsdiagramm mit der systemischen Grundhaltung zu verknüpfen und als ein vielschichtiges Assessmentinstrument zu verstehen. In dieser Art und Weise angewendet, wird es zu einem wirkungsvollen Interventionsinstrument und dies bereits im Anamnese-gespräch. Das auf der Basis des Calgary Familien-Modells entwickelte BAIK-Konzept

zeigt anschaulich mittels einer grafischen Darstellung, wie in einem familienzentrierten Gespräch die Phasen Beziehungsaufbau, Assessment, Interventionen und Abschluss (BAIA) ineinandergreifen.

Aus der Fülle der im Calgary-Modell beschriebenen Interventionen möchte ich aus unserer Erfahrung das Aussprechen von Anerkennung und Wertschätzung hervorheben. Die Empfehlung von Wright und Leahey, bereits in den ersten zehn Minuten eines jeden Gesprächs ein bis zwei Anerkennungen und Wertschätzungen auszusprechen, zeigt besondere Wirkung aufseiten des Patienten oder der Patientin und seiner/ihrer Familie sowie auch bei der Pflegefachperson selbst. Um überhaupt Wertschätzung und Anerkennung aussprechen zu können, ist die Pflegefachperson gefordert, sich von Anfang an auch für die Stärken und positiven Erfahrungen des Patienten oder der Patientin und der Familie zu interessieren. Damit ist schon ein erster Grundstein für ressourcen- und lösungsorientiertes Handeln gelegt. Echte Anerkennung und Wertschätzung für Patient_in und Familie bedeutet jedoch nicht nur, dass diese sich verstanden fühlen, sondern hilft gerade in schwierigen Situationen, den notwendigen Mut zu schöpfen, durchzuhalten und die aktuellen Probleme anzugehen.

Die systemischen Fragestellungen, die eingebettet in eine zielgerichtete Gesprächsführung, stellen ebenfalls eine wirkungsvolle Intervention dar. Schon im allerersten Kontaktgespräch, dem Pflegeanamnesegespräch, wirken ausgewählte familienzentrierte Schlüsselfragen hilfreich.

Die Ergebnisse dieser Entwicklungsprojekte zeigen, dass die anfangs formulierten Befürchtungen der Pflegefachperson überwunden werden. Folgende Aussagen von Pflegefachperson veranschaulichen die Erfahrungen: „Ich beiße mir an schwierigen Situationen nicht mehr so sehr die Zähne aus, obwohl oder vielleicht gerade weil ich mich vertiefter mit der Familie auseinandersetze und verstärkt mit der Familie zusammenarbeite.“ „Die Zeit, die ich

beim Eintrittsgespräch aufwende, gewinne ich bei der Pflege wieder dank gezieltem Finden von passenden und funktionierenden Maßnahmen.“

Die Pflegefachperson stellt ferner fest, dass mit dieser systemischen Familienzentrierung mehr Ruhe und eine größere Sicherheit im Praxisalltag erreicht werden, auch gerade in Momenten, wenn es schwierig und hektisch wird. Wie Wright und Leahey haben die Pflegefachpersonen auch hier in der Schweiz die Erfahrung gemacht, dass mit der Anwendung der familienzentrierten Pflege Zeit maximiert und Leiden gelindert werden kann.

Von Patienten, Patientinnen und Angehörigen wiederum hören wir Folgendes: „Ich bin beruhigt, dass den Pflegefachpersonen meine engsten Angehörigen auch sehr wichtig sind.“ „Ich muss nicht alles zehnmal erzählen.“ „Die Pflegefachpersonen machen ja auch tatsächlich etwas mit den vielen Informationen, die sie von uns erhalten.“

Die Pflegefachperson schätzt die entwickelten Arbeitsinstrumente als Grundlage, die ihre Handlungskompetenz systematisch fördert. Die interprofessionelle Zusammenarbeit profitiert von der Einführung der familienzentrierten Pflege. Es ist nicht zu einer Konkurrenzsituation zwischen Therapeuten, Ärzten und Pflegefachpersonen gekommen, vielmehr ist die Zuständigkeit je nach Fragestellung klarer und die Zusammenarbeit konstruktiver, das heißt Schnittstellen werden zu Nahtstellen.

Genau hier knüpft die zukünftige Entwicklung an: Nun gilt es, die familienzentrierte Pflege, das Family Systems Nursing zu erweitern, hin zu einer interprofessionellen Family Systems Care!

Die erste Herausgabe dieses Buches war dank der großzügigen Unterstützung der Rotkreuzstiftung für Krankenpflege Lindenhof, Bern, und der Humanitären Stiftung des Schweizerischen Roten Kreuzes möglich.

Die dritte Auflage dieses Buches wurde durch das Institut für Pflege an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

(ZHAW) unterstützt. Herausgeberin und Verlag danken für diesen wertvollen Beitrag zur Förderung der familienzentrierten Pflege im deutschsprachigen Raum.

Die nun vorliegende dritte deutschsprachige Auflage basiert auf der siebten englischsprachigen Auflage. Diese siebte Auflage ist zum ersten Mal nicht von Wright und Leahey selbst überarbeitet worden, sondern von zwei Pflegewissenschaftlerinnen: Shajani und Snell, die beide an der University of Calgary als Dozentinnen arbeiten. Es ist ihnen und dem Verlag F.A. Davis besonders zu verdanken, dass dieses grundlegende Buch zum Calgary Familien-Assessment- und Interventions-Modell von Wright und Leahey weiterlebt. Shajani und Snell haben mit unzähligen neuen Ergebnissen aus der Forschung die Evidenzbasierung der einzelnen Kapitel aktualisiert. Die immer breiter werdende Datenlage zeigt, dass das Calgary Familien-Modell von Wright und Leahey Bestand hat und für die zukünftige Entwicklung der Pflegepraxis essentiell ist. Im Auftrag des Verlags F.A. Davis haben Shajani und Snell die Kapitel mit Lernzielen und Reflexionsfragen angereichert und das Buch ergänzt mit einem neuen von ihnen selber verfassten Kapitel 13, in welchem sie ein Fallbeispiel vorstellen. In der Übersetzungsarbeit hat sich einmal mehr gezeigt, dass Begrifflichkeiten in der anglo-amerikanischen Kultur eine andere Bedeutung haben als hier bei uns, so würden die jedem Kapitel vorangestellten Lernziele im deutschen Sprachraum anders formuliert werden.

Neu ist auch das Kapitel 10: Hier demonstriert Lorraine Wright in eindrücklicher Weise, wie auch in einem kurzen Gespräch mit nur dem Patienten alleine, dennoch äusserst familienzentriert gearbeitet werden kann. Das Beratungsgespräch ist in fast der ganzen Länge wortwörtlich transkribiert und gibt so einen präzisen Einblick in eine motivierende lösungsorientierte Gesprächsführung.

Schließlich noch ein Wort zum geschlechtsneutralen Schreibstil: Wo möglich wurde darauf geachtet, bei der Übersetzung vom Englischen ins Deutsche geschlechtsneutrale Formulierungen zu verwenden. Wo dies nicht möglich war, wurde teilweise zugunsten der Lesbarkeit nur entweder die männliche oder die weibliche Form verwendet; die jeweils andere Form ist immer mit gemeint.

So hoffe ich, dass dieses Buch mit seinem reichhaltigen Erfahrungs- und Forschungswissen weiterhin im deutschsprachigen Raum Grundlage für eine Entwicklung der familienzentrierten Pflegepraxis ist.

Patient, Patientin und Familie sind die Experten für ihre individuelle Situation. Tragen wir mit der Anwendung der familienzentrierten Pflege zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit bei!

Langnau, im Oktober 2020

Barbara Preusse-Bleuler, RN, MNS

Dozentin und Projektleiterin für Familienzentrierte Pflege

Weitere Informationen sind erhältlich unter netzwerk@familienzentriertepflege.ch

Dank

Lorraine M. Wright, Maureen Leahey

Wir danken unseren vielen Kollegen auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene für ihre Unterstützung, ihr Interesse und ihre positiven Kommentare zu unserem Buch. In den vergangenen 25 Jahren haben wir versucht, unsere Ideen weiterzuentwickeln, die darauf abzielen, Familien, die mit Krankheit, Verlust und Invalidität konfrontiert werden, bestmöglich einzubeziehen und zu unterstützen. Wir sind immer wieder überrascht und erfreut, dass seit dem Erscheinen der Erstausgabe im Jahr 1984 so viele praktizierende Pflegefachpersonen, Studierende und Lehrende die familienzentrierte Pflege in unserem Sinn weltweit propagiert haben.

Besonderen Dank schulden wir:

Joanne DaCunha, Verlegerin, Abteilung Pflege, F.A. Davis, für ihre unablässige Unterstützung, Zuverlässigkeit, Hilfsbereitschaft, Kompetenz und Freundlichkeit während unserer Arbeit an der fünften Auflage.

Bob Martone, Verleger, Abteilung Pflege, F.A. Davis, für seine Vision und die Unterstützung unserer Arbeit seit der Erstausgabe im Jahr 1984.

Padraic Maroney, Senior Project Editor, Pflege, für seine Sorgfalt bei der Vorbereitung des Manuskripts für die Produktion.

Zu guter Letzt schulden wir uns gegenseitig Dank ... für 33 Jahre dauerhaft während Freundschaft/Kollegialität, für „Caffe-Beano“-Gespräche am Samstagmorgen, fantastische Restaurantenerlebnisse und wunderschöne Reisen nach Provence, Thailand, Island, Lake O’Hara ...

Lorraine M. Wright und Maureen Leahey

Dank

Der Verlag dankt dem „Canada Council for the Arts/Conseil des arts du Canada“ für die finanzielle Unterstützung der deutschen Übersetzung.

Jürgen Georg, Programmplaner Pflege

Dank

Der Verlag dankt dem Institut für Pflege an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW) für die finanzielle Unterstützung der deutschsprachigen Ausgabe.

Jürgen Georg, Programmplaner Pflege

Danksagung

Zahra Shajani, Diana Snell

Wir danken Lorraine Wright und Maureen Leahey, die als Pflegefachpersonen und als Lehrende eine Inspiration für uns waren. Ihr Engagement und ihre Leidenschaft für die familienzentrierte Pflege haben unseren Weg vorgezeichnet. Unsere erste Begegnung mit *Nurses and Families* als beginnende Pflegestudierende waren prägend für unsere spätere Interaktion mit Familien. Wir hatten das Privileg, die Konzepte des Calgary Family Assessment Model (CFAM) und des Calgary Family Intervention Model (CFIM) in unserer klinischen Praxis bei Familien und als Lehrende bei beginnenden Pflegestudierenden zu implementieren.

Wir danken ganz besonders

- Susan Rhyner, Senior Acquisition Editor, F.A. Davis, für ihre Anleitung, Kompetenz, versierte Unterstützung und für ihren Glauben an uns als aufstrebende Autorinnen.
- Sean West, Associate Content Projekt Manager, F.A. Davis, dafür, dass sie uns stets auf Kurs gehalten, unseren Elan befeuert und für den Erfolg der siebten Auflage gesorgt hat.

- Lynda Hatch, Development Editor, für ihre Detailtreue, ihre Unterstützung unserer ständig neuen Ideen sowie für ihre exzellenten Vorschläge.
- Jacalyn Sharp, Acquisitions Editor, F.A. Davis, dafür, dass sie uns bei der Durchsetzung unserer Vorstellungen für die siebte Auflage unterstützt hat.

Zu guter Letzt danken wir unseren Familien, die uns zugehört, unterstützt und uns die Bedeutung von Familie vor Augen geführt haben. Unseren Ehemännern Nizam und Logan für ihre Ermutigung und nie erlahmende Unterstützung. Unseren Kindern Shaheena, Rahmaan, Cameron und Aiden, die uns immer wieder in Erstaunen versetzen und uns auf unserem Weg bestärkt haben, an uns zu glauben. Unseren Eltern für ihre bedingungslose Liebe, ihre Unterstützung und ihre Sicht auf die Dinge.

Danke euch allen!

Zahra Shajani & Diana Snell

Einleitung

Anmerkungen zu den Auflagen 1–7

Willkommen zur 7. Auflage von *Wright und Leahys Familienzentrierte Pflege: Lehrbuch für Familien-Assessment und Interventionen*. Dieses Buch wendet sich an Pflegestudierende, ausgebildete Pflegefachpersonen und Lehrende in den Pflege-Fakultäten. Evidenz- oder praxisbasierte Forschungsbefunde und klinische Berichte von Familien, die mit Krankheiten konfrontiert sind, machen es für Pflegefachpersonen unverzichtbar und zur moralischen Pflicht, Familien einfühlsam und kompetent einzubeziehen, ganz gleich, in welchem Bereich der Pflege sie arbeiten. Angesichts der Entwicklung und Weiterentwicklung der familienzentrierten Pflege geht es nicht mehr um die Frage, ob Familien in die Gesundheitsversorgung einbezogen werden sollen, sondern um das *Wie*. Daher machen wir auch in der siebten Auflage wieder Vorschläge, *wie* man Familien in die pflegerische Praxis einbeziehen und ihnen die Kenntnisse und Fähigkeiten vermitteln kann, damit dies auch gelingt. Ja, dies ist ein praxisorientiertes Buch.

Die erste Ausgabe von *Nurses and Families* erschien 1984, die zweite 1994, die dritte 2000, die vierte 2005, die fünfte wurde 2009 herausgegeben und die sechste 2013. Zahra Shajani und Diana Snell sind die Autorinnen der siebten, 2019 erschienenen Auflage. Sie haben den ursprünglichen Text größtenteils beibehalten, jedoch Fallbeispiele, gezielte zum Nachdenken und kritischer Auseinandersetzung anregende Fragen, zusätzliche Tabellen sowie ein neues Kapitel hinzugefügt. Lernziele

und Schlüsselkonzepte machen den Text benutzerfreundlich.

Die Entwicklung von Nurses and Families

1994 wurde *Familienzentrierte Pflege: Lehrbuch für Familien-Assessment und Interventionen*, unsere zweite Auflage, mit dem American Journal of Nursing Book of the Year Award ausgezeichnet. Bestimmte Veränderungen und Entwicklungen in der familienzentrierten Pflege sowie der Einfluss größerer gesellschaftlicher Umbrüche in den letzten 35 Jahren sind offenkundig; wir greifen sie auf und erörtern sie im Text, andere sind dagegen subtiler und möglicherweise weniger sichtbar.

Ein klares Anzeichen für die globale Verbreitung der familienzentrierten Pflege ist die Tatsache, dass unser Buch ins Französische, Deutsche, Isländische, Japanische, Koreanische, Portugiesische und Schwedische übersetzt wurde.

Darüber hinaus haben wir auch eine Website (www.familynursingresources.com) für *Unterrichtsmittel entwickelt* und acht Videos über die Anwendung der familienzentrierten Pflege produziert.

Zudem werden die Familien-Assessment-Modelle weltweit entwickelt und angewendet. Wir freuen uns, dass unser Calgary Family Assessment Model (CFAM) das Wissen über familienzentrierte Pflege beträchtlich erweitert hat. Das CFAM wurde in der ersten Auflage von 1984 vorgestellt und es wird nach wie vor weltweit in Pflege-Ausbildungsprogrammen, von Pflegefachpersonen in der Praxis und in der

Pflegeforschung genutzt. Das CFAM ist Bestandteil der Ausbildungsprogramme in mehr als 26 Ländern, beispielsweise in Australien, Brasilien, Kanada, Chile, China, Dänemark, England, Finnland, Deutschland, Hong Kong, Island, Japan, Korea, Norwegen, Portugal, Katar, Schottland, Singapur, Spanien, Schweden, der Schweiz, Taiwan, Thailand, den USA und Vietnam. Der International Council of Nurses hat ein wichtiges Papier mit dem Titel „Die Familien-Pflegefachperson“ publiziert und das CFAM darin als eines der vier weltweit maßgebenden Familien-Assessment-Modelle bezeichnet (Schober & Affara, 2001).

Angesichts dieser weltweiten Verbreitung hielten wir es für angebracht, uns erneut mit dem CFAM auseinanderzusetzen und es zu überarbeiten, um die wachsende Bedeutung gewisser Faktoren, die einen Einfluss auf die Gesundheit und Krankheit von Familien haben, wie z. B. soziale Schicht, Gender, Ethnie, Rasse, Familienentwicklung und Überzeugungen, anzuerkennen und zu integrieren. Diese die Gesundheit beeinflussenden sozialen Faktoren werden aufgrund ihrer Relevanz eingehend thematisiert.

Eine wichtige Neuerung in unserem Buch war ein Konzept und Modell für die Intervention, das CFIM, das in die zweite Auflage eingeführt wurde. Der Grund war die Erkenntnis, dass die Interventionen genauso wichtig sind wie das Assessment und dass ein Konzept notwendig wird, das die Familien-Interventionen ordnet. Diese Veränderungen waren die Folge davon, dass sich in der familienzentrierten Pflegeforschung, Ausbildung und Praxis nicht mehr alles nur um das Assessment dreht, sondern den Interventionen mittlerweile die gleiche Bedeutung zugestanden wird.

In der Literatur über familienzentrierte Pflege, speziell im *Journal of Family Nursing*, erscheinen zahlreiche Publikationen, die sich mit der Anwendung, Implementation und dem Nutzen und/oder der Effektivität des CFAM, des CFIM und des 15-minütigen Familieninterviews befassen. 2015 wurde eine Bibliografie

entwickelt, um sämtliche existierende englischsprachige Bücher, Artikel und Medienproduktionen zu erfassen, die auf das CFAM/CFIM Bezug nehmen (s. <http://www.familynursingresources.com/bibliography.htm>). Natürlich mag es noch weitere Quellen in uns nicht bekannten nicht englischsprachigen Zeitschriften geben, die dies tun. Derzeit gibt es sechs Bücher, 54 Artikel, 56 datenbasierte Forschungsberichte, zwei Buchrezensionen, zwei Forschungsinstrumente, acht Medienproduktionen (DVDs) und 21 Artikel über Pädagogik in der familienzentrierten Pflege, die auf das CFAM/CFIM Bezug nehmen und es anwenden (s. <http://www.familynursingresources.com/bibliography.htm>).

Angesichts der weiten Verbreitung dieser Modelle ergeben sich einige Fragen. Erstens, was ist das Besondere an diesen Modellen? Was unterscheidet das CFAM und das CFIM von anderen praxisorientierten Modellen im Bereich der Pflege, die für Familien-Assessment und Familien-Interventionen zur Verfügung stehen? Unsere Antwort lautet: Die Grundlage der Konzeptualisierung des CFAM und des CFIM ist unsere eigene aktuelle klinische Praxis sowie die Beobachtung und Supervision von Kollegen und Pflegestudierenden. Wir nennen dies aus der klinischen Praxis abgeleitetes Wissen (Bell, 2003). Für uns war die klinische Praxis stets eine wichtige Erfahrung, die uns die Möglichkeit bietet, uns mit Familien zu beschäftigen, ihre Überzeugungen in Bezug auf Krankheit und das damit verbundene Leiden kennenzulernen. So konnten wir herausfinden, was Familien selber als hilfreich erleben, um das Leiden in der Familie zu heilen und eine Förderung von Familiengesundheit zu unterstützen, die ihnen am besten hilft, die Familie zu heilen (praxisbasierte Evidenz). Des Weiteren haben wir praxisbasiert ihr Leben erforscht und Familieninterviews auf Video aufgezeichnet, um zu erfahren, was die Pflegefachpersonen tatsächlich tun, um krankheitsbedingtes Leiden zu lindern. Wir machen den Familien auch Vorschläge und bieten ih-