

Diagnose: Abort

Betreuung von Patientinnen mit Frühabort auf der Notfallstation

Simone Beyeler

NDS HF Notfallpflege Erwachsene

Kurs W19

Spital Limmattal, Notfallzentrum

Datum: 04.05.2020

Dank

Ich möchte mich herzlich bei Petra Emmerich für die Begleitung während der Erarbeitung der Diplomarbeit, bei Zhenni Grieshaber für die hilfreichen Tipps und Tricks und Gegenlesung und bei meinen Eltern für die grammatikalische und aufstellungsmässige Überprüfung bedanken.

Vielen herzlichen Dank!

Zusammenfassung

In meiner Diplomarbeit wird beschrieben, was ein Frühabort ist, und ab welcher Schwangerschaftswoche von einem Frühabort gesprochen wird. Der Kern dieser Arbeit befasst sich hauptsächlich mit der professionellen Betreuung von Patientinnen und ihren Partnern/Ehemännern und den psychologischen Auswirkungen, die ein Frühabort mit sich bringt. Die intensive und emphatische Betreuung und das Verständnis welche psychologischen Aspekte in den werdenden Eltern vor sich gehen, ist wichtig zum Verständnis der Situation und der Schlüssel zur professionellen Betreuung. Um den Ablauf meiner Betreuung zu optimieren, und um meine Patientin und ihren Partner/Ehemann richtig einzuschätzen, war es nötig, mich mit diversen Trauer- und Krisenmodellen auseinanderzusetzen. Es werden zwei verschiedene Krisenmodelle vorgestellt und in der Anwendung für die gegebene Situation auf der Notfallstation und nach dem Notfallaufenthalt verglichen. Die Rolle der Fachpersonen in der Bewältigung einer Krise und Trauer wird beschrieben, um die Bedeutung aufzuzeigen.

Das Austrittsmanagement wird in verschiedenen Abschnitten erklärt, um so den Aufbau eines effizienten Austrittsmanagement sicherzustellen.

Nach jedem Abschnitt wird ein Bezug zum Notfallsetting gemacht, um einen sinnvollen und für den Berufsalltag hilfreichen Theorie-Praxis-Transfer zu gewährleisten. Der Praxistransfer wird anhand meiner beruflichen Erfahrung und nach den Leitlinien meiner Institution gemacht.

Zugunsten der Leserfreundlichkeit werden abwechselnd beide Geschlechtsformen erwähnt, da sich meine Diplomarbeit mit beiden Geschlechtern auseinandersetzt.

Inhaltverzeichnis

Dank.....	2
1 Ausgangslage	6
1.1 Fragestellung	6
1.2 Abgrenzung.....	6
2 Definition Frühabort	7
2.1 Definition Frühabort	7
3 Abortformen.....	7
3.1 Abortus imminens	7
3.2 Missed Abortion/verhaltene Fehlgeburt	7
3.3 Abortus incipens, incompletus und completus	7
3.4 Abortus incipens	7
3.5 Abortus incompletus.....	7
3.6 Abortus completus	8
3.7 Rezidivierender Spontanabort (RSA)	8
3.8 Extrauterine Gravidität (EUG).....	8
3.9 Praxistransfer.....	8
4 Ursachen eines Frühaborts.....	8
4.1 Praxistransfer.....	8
5 Psychologische Aspekte und Auswirkungen einer Fehlgeburt.....	8
5.1 Praxistransfer.....	9
6 Definition Trauer und Trauerprozess.....	10
6.1 Trauer.....	10
6.2 Trauerprozess	10
6.3 Trauerkrisenmodell nach Verena Kast.....	10
6.4 Phase „Nicht wahrhaben wollen“	10
6.5 Phase der aufbrechenden Emotionen	10
6.6 Phase des Suchens und sich Trennens	11
6.7 Phase des neuen Selbst- und Weltbezugs.....	11
6.8 Praxistransfer.....	11
7 Definition Krise und Krisenmanagement.....	11
7.1 Krise	11
7.2 Krisenmanagement	11
7.3 Praxistransfer.....	11
8 Krisenmodell nach Verena Kast.....	12
8.1 Vorbereitungsphase	12
8.2 Inkubationsphase	12
8.3 Einsichtsphase.....	12
8.4 Verifikationsphase.....	12
8.5 Praxistransfer.....	12
9 Das Phasenmodell der Krisenbewältigung nach Gerald Caplan	13
9.1 Phase eins	13
9.2 Phase zwei	13
9.3 Phase drei.....	13
9.4 Phase vier.....	13
9.5 Praxistransfer.....	14
10 Kast versus Caplan – Modelle im Vergleich	14
11 Bewältigungsstrategien	14
11.1 Praxistransfer.....	15
12 Rolle der Pflegeperson im Bewältigungsprozess.....	15
12.1 Praxistransfer.....	15
13 Die Rolle des direkten Umfelds.....	16

13.1	Praxistransfer.....	16
14	Austrittsmanagement	16
14.1	Austrittsgespräch.....	16
14.2	Interventionen zum Austritt	17
14.3	Praxistransfer.....	17
14.4	Praxistransfer.....	18
14.5	Hilfreiche Broschüren und Links für betroffene Familien und Fachpersonen 19	
14.6	Praxistransfer.....	19
15	Konsequenzen für die Praxis.....	19
16	Literaturverzeichnis	21
17	Abbildungsverzeichnis.....	21

1 Ausgangslage

Jeden Tag müssen Menschen Verluste verkraften. Jeden Tag sind wir gefordert, diese auf unsere Weise zu verarbeiten. Verluste, egal in welcher Form, sind meist schwierig zu verstehen und zu akzeptieren. Besonders wenn sie emotional behaftet sind. Sie kommen und gehen, ohne zu fragen, ob wir bereit sind, diese zu durchleben. Oft erlebe ich Verluste bei gynäkologischen Patientinnen, die ihre Kinder vor der 13. Schwangerschaftswoche verlieren.

Aborte hängen von diversen Faktoren ab, zum Beispiel der Zeitpunkt des Geschehens. Die Häufigkeit von Aborten liegt zwischen 20 bis 80 Prozent. Dies liegt daran, dass viele Frühaborte nicht rückverfolgbar sind, da Frauen diese als frühe oder verspätete Menstruationsblutung wahrnehmen (Abele, Arck, Berger, Bervoets, & Biennek, 2017, S. 5). Leider konnte ich keine Zahlen zu Frühaborten in der Schweiz finden.

Ausschlaggebend für mein Interesse an diesem Thema war eine junge Patientin mit Frühaborte in der 8. Schwangerschaftswoche. Sie hat sich nach dem Aufenthalt auf meiner Notfallstation über die gynäkologische und pflegerische Betreuung beschwert. Sie schrieb, dass sie beim Eintritt kurz begrüsst wurde, die Diagnose erhalten habe, und ohne pflegerische Betreuung, Abschied oder Austrittsinformationen vom gynäkologischen Dienst entlassen wurde. So erläuterte sie ihre Enttäuschung gegenüber der schlechten Begleitung nach Erhalt der Diagnose.

Die Patientinnen erlebe ich während der Begrüssung auf der Notfallstation meist besorgt. Sie fürchten sich vor der Diagnose Frühaborte. Ich habe versucht, mich in eine werdende Mutter hineinzusetzen und ihren Verlust nachzuvollziehen, um die fachliche Betreuung so professionell und angepasst wie möglich zu leisten. Ich musste feststellen, dass ich nicht annäherungsweise die Tragweite ihres Verlusts verstehen konnte.

Abgesehen vom diagnostizierten „Verlust“ befindet sich die werdende Mutter oft in einem ungewollten Setting, in dem sie sich nicht wohl fühlt. Die Umgebung einer Notfallstation ist meist hektisch und laut. Dies wirkt sich in der Krisenintervention oder während Krisenphasen nicht positiv aus. Für mich stand fest, dass die Betreuung auf meiner Notfallstation sich schnellstmöglich optimieren muss, um eine bestmögliche Unterstützung während der Krisenphase zu gewährleisten. Nach dem intensiven Auseinandersetzen des Themas für diese Abschlussarbeit bin ich überzeugt, dass ich als angehende Notfallexpertin den Verlust und die grosse Trauer einer werdenden Mutter im Setting meiner Notfallstation erfassen und sie in ihrer Krise während des Aufenthalts begleiten und unterstützen kann.

1.1 Fragestellung

Wie unterstütze und betreue ich eine Patientin mit Frühaborte auf meiner Notfallstation in ihrer Krisenbewältigung?

1.2 Abgrenzung

- Ich werde nicht auf die akute notfallmedizinische Betreuung (z.B: akute Blutung oder EUG, Sepsis, HELPP-Syndrom oder Präeklampsie) eingehen, da es den Rahmen meiner Diplomarbeit sprengen würde.
- Ich werde alle Formen der Frühaborte erwähnen, ausser dem gewünschten Schwangerschaftsabbruch, dies würde den Rahmen meiner Diplomarbeit ebenfalls sprengen.
- Ich werde nicht auf alle Krisen- oder Trauerphasenmodelle eingehen, ausgenommen das Modell nach V. Kast und G. Caplan.

- Ich werde nicht auf physiologische zum Beispiel hormonelle Veränderung während des Abortprozesses oder der Schwangerschaft eingehen, auch dies würde den Rahmen meiner Arbeit sprengen.
- Ich werde nicht über sprachliche Hindernisse und deren Schwierigkeiten in der Begleitung von Patientinnen mit Frühabort schreiben.
- Ich werde mich klar von kulturellen Unterschieden in der Begleitung und Betreuung distanzieren, da dies den Rahmen meiner Diplomarbeit auch sprengen würde.
- Ich werde mich von Kommunikationsmodellen/Theorien abgrenzen.
- Ich werde nicht detailliert auf die Bezugspersonenarbeit eingehen, dies würde den Rahmen meiner Diplomarbeit sprengen.
- Ich werde keine vertiefte Literaturrecherche zur Betreuung des Kindsvaters erarbeiten.
- Die Familienzentrierte Pflege findet als eigenen theoretischen Teil keinen Platz, dies würde die Kapazität meiner Diplomarbeit sprengen.

2 Definition Frühabort

2.1 Definition Frühabort

Im klinischen Alltag spricht man im 1. Trimenon von einer Frühschwangerschaft. Frühaborte kommen häufiger vor und bleiben von der Patientin oftmals unbemerkt beziehungsweise werden als verzögerte und zum Teil verstärkte Regelblutung gedeutet. (Gätje, et al., 2015, S. 368)

3 Abortformen

3.1 Abortus imminens

Der Abortus Imminens (drohende Fehlgeburt) ist definiert durch klinische Hinweise auf Geburtsbestrebungen (Wehentätigkeit, vaginale Blutung) bei gleichzeitig sonografisch intakter Schwangerschaft. (Gätje, et al., 2015, S. 370)

3.2 Missed Abortion/verhaltene Fehlgeburt

Nicht jede abgestorbene Fruchtanlage wird auch umgehend ausgestossen. Von einer verhaltenen Fehlgeburt (missed Abortion) spricht man dann, wenn eine abgestorbene Schwangerschaftsanlage sonografisch deutlich kleiner gemessen wird, als dies aufgrund des Schwangerschaftsalters zu erwarten wäre. Man geht dann von einem länger (Wochen) zurückliegenden Absterben der Frucht aus. (Gätje, et al., 2015, S. 370)

3.3 Abortus incipens, incompletus und completus

Befindet sich eine Fehlgeburt bereits im Gange und ist der Zervixkanal eröffnet, kann man den Verlauf danach gliedern, wie viel Schwangerschaftsgewebe bereits ausgestossen ist. (Gätje, et al., 2015, S. 372)

3.4 Abortus incipens

Beim Abortus incipens besteht eine ausgeprägte Blutung, während sich gleichzeitig intrauterin die abgestorbene Fruchtanlage noch sonografisch nachweisen lässt. (Gätje, et al., 2015, S. 372)

3.5 Abortus incompletus

Beim Abortus incompletus ist Schwangerschaftsgewebe bereits teilweise geboren, es zeigt sich jedoch noch intrauterines Restgewebe. (Gätje, et al., 2015, S. 372)

3.6 Abortus completus

Beim Abortus completus ist das gesamte Schwangerschaftsgewebe geboren und die vaginale Blutung hat deutlich abgenommen. (Gätje, et al., 2015, S. 372)

3.7 Rezidivierender Spontanabort (RSA)

Ein Spontanabort wird durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert als spontaner Verlust einer klinisch apparenten Schwangerschaft vor der 20. Schwangerschaftswoche beziehungsweise als Verlust eines Fetus bis 400g. (Gätje, et al., 2015, S. 373)

3.8 Extrauterine Gravidität (EUG)

Wenn sich die Blastozyste nicht im Bereich der Dezidua im Cavum uteri, sondern an anderer Stelle einnistet, spricht man von einer extrauterinen Gravidität (=EUG, Synonym: ektopische Schwangerschaft). (Gätje, et al., 2015, S. 370-373)

3.9 Praxistransfer

Meistens erhalte ich in der täglichen Betreuung von Patientinnen mit einem Frühabort keine Details vom gynäkologischen Dienstarzt um welche Abortform es sich handelt. Bei Abortformen, in denen ein Abgang von Blut oder der Frucht bereits sichtbar war, könnte die werdende Mutter schon in einer Krise stecken. Zum Beispiel in Fällen, in denen die Blutungen zuhause erfolgten. Ich denke, dass sich die werdenden Eltern bereits mit dem Gedanken eines Verlusts beschäftigen oder dies zumindest für einen Moment in Betracht ziehen. Dem gegenüber stehen Abortformen, wie zum Beispiel die EUG, bei der nicht zwingend eine vaginale Blutung auftreten muss, ist dieser Denkprozess eventuell noch nicht von statten gegangen. Die Befürchtungen der werdenden Eltern oder überhaupt die Konfrontation mit der Diagnose Abort, in welcher Form auch immer, wird erst auf dem Notfall in der gynäkologischen Koje durch den Dienstarzt der Gynäkologie gestellt.

4 Ursachen eines Frühaborts

Die Gründe für einen Frühabort sind breit gefächert. Sie können hormonell, immunologisch, endokrinologisch, genetisch, Mikroorganismus bedingt oder durch exogene Faktoren bedingt sein. Die exogenen Faktoren stellen sich zusammen aus Stress, häusliche Gewalt, Flucht oder psychosoziale Faktoren. In häufigen Fällen ist jedoch eine genetische Fehlanlage oder -entwicklung vorhanden. Zwischen der 5. bis 7. Schwangerschaftswoche ist die Embryonalentwicklung besonders anfällig und empfindlich. (Maurer, Fehlgeburt Die Physiologie kennen, professionell handeln, 2017, S. 15), (Gätje, et al., 2015, S. 368-369).

4.1 Praxistransfer

Ich denke, dass sich viele meiner Patientinnen und ihre Partner/Ehemänner sich über die Ursachen des möglichen Frühaborts Gedanken machen. Dass eventuell auch Schuldgefühle auftreten, ist wahrscheinlich. Vielleicht machen sich die werdende Eltern Sorgen, weil sie bis zum Zeitpunkt des positiven Schwangerschaftstest in der Wohnung geraucht oder andere Genussmittel zu sich genommen haben. Dies wird wahrscheinlich bei einem singulären Abort genauso vorhanden sein wie bei einem habituellen. Wenn ich an meine betreuten Patientinnen zurückdenke, wurden mir oft Fragen zu Zigaretten- oder Alkoholkonsum gestellt und ob dies den Frühabort ausgelöst haben könnte. Oft suchen die Eltern die Ursache des Kindsverlusts bei sich.

5 Psychologische Aspekte und Auswirkungen einer Fehlgeburt

Die Schwangerschaft an sich beinhaltet viele Aspekte wie die Beziehung zum Partner, zum eigenen Körper, Gedanken an die Zukunft oder ans Jetzt. Die Beziehung zum Kind bildet sich für Mutter und Vater zu unterschiedlichen Zeitpunkten. Für einige Frauen ist es in den

ersten Schwangerschaftswochen, für andere erst nach dem ersten Ultraschallbild oder nach körperlichen Veränderungen. Es wird berichtet, dass beim Partner/Kindsvater am Anfang meist die emotionale Beziehung zur Frau im Vordergrund steht. So unterschiedlich der Beziehungszeitpunkt und Aufbau zum Kind ist, so ist auch das Abschiednehmen nicht von einem spezifischen Zeitpunkt geprägt. (Maurer, Fehlgeburt Die Physiologie kennen, professionell handeln, 2017, S. 31) Nicht nur in der Krisen- oder Trauerphase oder anderen Lebenskrisen, sondern auch bei Kindsverlust spielt die Partnerschaft und/oder ein stabiles soziales Umfeld zur Bewältigung eine essenzielle Rolle. Man berichtet von möglichen Schuldgefühlen, die eine Frau wie auch der Kindsvater entwickeln können. Es kann auch ein vermindertes Selbstwertgefühl auftreten, jedoch mehr im Zusammenhang damit, dass die Schwangerschaft nicht bis zum Geburtstermin gehalten hat. Auch das Trauern bleibt nicht aussen vor. Es findet ein Trauerprozess statt. Es wird berichtet, dass dieser von sechs Monaten bis zu einem Jahr andauern kann.

Der Trauerprozess oder auch die Dauer der Trauerzeit kann durch psychische Vorerkrankungen, ungewünschte Kinderlosigkeit oder frühere Fehlgeburten verstärkt werden. Ein komplexerer Trauerprozess, Depressionen und/oder Angst sind besonders bei Frauen mit einem habituellen Abort beobachtbar. Bei Frauen mit einem singulären Abort ist der Abort meist auf die landesweite Abortrate zurückzuführen und wird deshalb oft als nicht komplexen Trauerprozess gesehen. (Abele, Arck, Berger, Bervoets, & Biennek, 2017, S. 60-61). Eine emphatische und fürsorgliche pflegerische und ärztliche Betreuung ist unumgänglich. Es wird so eine individuelle Pflege an der Patientin und ihrem Partner/Ehemann geleistet. Dies trägt zum Vertrauensaufbau zwischen Pflege und Patientin bei und fördert auch das Gesprächsverhältnis.

Die Patientin und der Kindsvater erwarten, dass sie und ihre Bedürfnisse ernst genommen und mögliche Wünsche beachtet werden. Befragte Patientinnen geben an, medizinisch gut betreut, auf psychologischer Ebene aber vernachlässigt worden zu sein. Die emphatische Betreuung sollte bereits bei Patientinnen beginnen, die sich telefonisch melden. Meist sind frühere Fehlgeburten Grund der Sorge. Wichtige Aspekte sind Akzeptanz und das ernst nehmen der Patientin und des Kindsvaters in dieser Situation. Alles andere wird als unangemessen und kränkend von den Betroffenen empfunden. Patientinnen empfinden ohnehin bereits Schuldgefühle, da der unerfüllte Kinderwunsch noch immer vorhanden ist. (Wischmann, 2018, S. 319-320)

5.1 Praxistransfer

Auf meiner Notfallstation betreue ich werdende Eltern, die im ersten Trimenon einen Abort erleben. Auch sie sind meist hilflos und ängstlich. Auf meiner Notfallstation wurde im neuen Notfalltrakt eine gynäkologische Notfallkoje eingerichtet, die ich sehr schätze. Sie liegt etwas abseits des Zentrums der Notfallstation, in einer ruhigeren Zone. Ein negativer Punkt ist, dass sie vom Stationszimmer aus nicht sichtbar ist und somit ein unerwarteter Austritt, der durch den gynäkologischen Dienstarzt erfolgt, nicht erkennbar ist.

Beim Eintritt in die Notfallstation erlebe ich die werdenden Mütter und die Kindsväter meist besorgt. Sie wirken entweder ruhig und in sich gekehrt oder hastig und nervös. Die oft leicht gebeugte Haltung oder der schlendernde Gang oder die kurzen und erregten Schritte verraten mir, wie den Betroffenen zumute ist. Meist ist mir nicht bekannt, ob es sich um einen singulären oder habituellen Abort handelt. Dies wird häufig an der Triage nicht erfragt. Bereits die Begleitung vom Wartezimmer in die gynäkologische Notfallkoje ist von einer unsicheren und stimmungsgetrübten Atmosphäre geprägt. In der Koje versuche ich anhand einer kurzen Anamnese zu erfahren, um welche Art von Abort es sich handelt. Häufig bin ich erstaunt, wie gefasst meine Patientinnen meine Fragen beantworten können. Ich achte auf die Gefühlslage und die Emotionen, die sich zeigen. Teilweise können mir die Patientinnen bei der Anamnese erzählen, dass sie von einem Abort ausgehen, diesen befürchten oder sie die Symptome kennen. Ich frage mich dann, ob das Aussprechen der Befürchtung zum eigenen Schutz dient oder ob dies bereits zum Abschiednehmen und somit dem Trauer- und Krisenprozess dient. Das Gegenteil erlebe ich jedoch auch. Ich werde

gefragt, ob ihre Symptome zu einem Abortgeschehen passen und ob ihre Sorge berechtigt seien. Diese Fragen empfinde ich selbst als bedrückend. Die Fragen drängen mich in eine Position, in der ich eine Krise oder ein Trauerprozess auslösen oder verstärken kann. Wie im theoretischen Teil beschrieben, ist der Zeitpunkt der Trauer, Krise oder Bewältigung von vielen Faktoren abhängig.

Dem werdenden Vater habe ich bis anhin nicht viel Aufmerksamkeit geschenkt, da er meist auf dem Stuhl links in der Ecke sitzt und sich scheinbar so gut versteckt, dass ich ihn beim Eintreten in die Koje nicht bemerke. Alle meine Fragen richten sich an die Frau, meine Patientin, die werdende Mutter. Aussen vorlassen wollte ich den Vater nie bewusst. Ob es daran liegt, dass es anatomisch gesehen eine Frauensache ist, kann ich zu diesem Zeitpunkt nicht sagen.

Dass der Trauer- und Krisenbewältigungsprozess einen langen Zeitraum in Anspruch nehmen kann, ist für mich nachvollziehbar. Ich denke, dass mit dem Aufnehmen meiner pflegerischen Betreuung der Anfang einer langen und wahrscheinlich schmerzhaften Zeit eingeläutet wird. Deshalb ist die Betreuung meinerseits wichtig und prägend für den weiteren Verlauf der Emotionen der Patientin und des Kindsvaters. Mir wurden die Wichtigkeit und Bedeutung der Betreuung auf dem Notfall bewusst und welche Rolle die Pflege trägt.

6 Definition Trauer und Trauerprozess

6.1 Trauer

Trauer (ICNP): (engl.) grief; schmerzhaftes Verlustgefühl und Kummer als Reaktion auf einen angekündigten oder aktuellen Verlust oder Tod; Kennzeichen: körperliche und psychische Symptome wie Magen-Darm-Beschwerden, Schmerzen (z.B. Kopfschmerzen), Nervosität, Depressionen. (Ruth, et al., 2012, S. 823)

6.2 Trauerprozess

Trauerprozess: (engl.) grieving; Modell zur Darstellung und Erklärung des Verlaufs von Trauer; der Prozess des Trauerns (sog. Trauerarbeit) verläuft (individuell unterschiedlich ausgeprägt) in Phasen, die nicht unbedingt zeitlich nacheinander (linear) stattfinden, sondern sich abwechselnd und durchdringen können. (Ruth, et al., 2012, S. 824)

6.3 Trauerkrisenmodell nach Verena Kast

6.4 Phase „Nicht wahrhaben wollen“

In dieser Phase befindet sich die betroffene Person in einem Schockzustand. Die betroffene Person kann in eine Gefühlslosigkeit oder Gefühlskälte fallen. Diese Phase soll nicht gewertet werden, da die momentane Gefühlslage nicht mit den sonst empfundenen Gefühlen übereinstimmt. Hier sollte die Bezugsperson die betroffene Person begleiten und unterstützen. Diese Phase kann von unterschiedlicher Dauer sein. (Kast, 2015, S. 69-70)

6.5 Phase der aufbrechenden Emotionen

Hier findet die Emotion Platz. Sie zeigt sich meist anhand charakteristischer Eigenschaften, wie zum Beispiel bei ängstlichen Betroffenen, bei denen sich die Angst verstärkt. Das Klischee wie Wut und Zorn ist nicht zwingend vorhanden. Gefühlsschwankungen sind in dieser Phase nicht aussergewöhnlich und wechseln sich auch mit Niedergeschlagenheit ab. Betroffenen suchen meist einen Schuldigen, um Kräfte zu mobilisieren und Schuldgefühle zu mindern. Das Ausbrechen der Emotionen hilft, die Krise zu bewältigen. Im ersten Moment wirkt es ablenkend und die betroffene Person befasst sich nur mit ihren Emotionen und nicht mit der Krisensituation. Nach Kast wird diese Phase auch als „Chaos“ bezeichnet, da sich Neues bildet und Altes löst. (Kast, 2015, S. 71-76)

6.6 Phase des Suchens und sich Trennens

Das Wort des Suchens präsentiert sich so, dass die betroffene Person sich mit dem Verlust auseinandersetzt. Die Person sucht Orte oder Gegenstände auf, die eine Verbindung zum Verlust herstellen. Die Beziehung zwischen dem Verlust und der betroffenen Person wird aufgearbeitet, dies kann als Vorbereitung zum Lösungsprozess dienen. Falls das Suchen und sich Trennen erfolgreich war, kann danach erneut eine Phase des Chaos entstehen, die auch mit Suizidgedanken und Depressionen einhergeht. In der Betreuung und Begleitung von Betroffenen ist es wichtig, sie im „Suchen“ zu unterstützen, um einen endgültigen Verlust zu akzeptieren. Dies benötigt Zeit und die Betroffenen dürfen nicht gedrängt werden. (Kast, 2015, S. 76-81)

6.7 Phase des neuen Selbst- und Weltbezugs

Die bisherigen Lebensgewohnheiten können in dieser Phase abgelegt werden, auch wenn sie an den Verlust erinnern und weiterhin im Bewusstsein vorhanden sind. Es können unabhängig des Verlusts neue Lebensmuster entwickelt und die Lebensqualität verbessert werden. Die Betroffenen sind offen, eine neue Beziehung einzugehen. Der Verlust kann im Leben integriert und akzeptiert werden. Hierbei ist es wichtig, dass die Bezugsperson als Helfer fungiert und nicht mit Fürsorge hemmt. In dieser Phase kann das Selbstvertrauen wieder gestärkt werden. Wie in jeder Phase kann es auch hier auf und ab der Gefühle geben. Wenn der Betroffenen neue Beziehungen eingehen kann, ist dies ein Zeichen, dass der Trauerprozess gelungen ist. (Kast, 2015, S. 81-88)

6.8 Praxistransfer

Die Trauerphasen zeigen meiner Meinung nach auf, mit welchen Emotionen oder Gefühle ich bei meinen zu betreuenden Eltern rechnen muss. Wenn ich auf meine bis anhin betreute Patientinnen zurückblicke, sind viele vor der Diagnose in der Phase „nicht-wahrhaben wollen“. Ich habe so eine Schwankung in den verschiedenen Phasen noch nicht wahrgenommen, wie sie in der Theorie beschrieben wird. Dies kann jedoch auch daran liegen, dass ich keine intensive Betreuung durchgeführt oder die Phasen und ihre Merkmale nicht erkannt und beachtet habe. Im Verlauf, nach der Diagnosestellung, erwarte ich eventuell ein Übergang in die Phase des Verhandeln. Wahrscheinlich ergibt sich diese Phase bei einem drohenden Abort häufiger als bei einem bereits vollendeten. Die Phase des Zorns habe ich bis jetzt noch nicht erlebt. Die depressive Stimmung beim Austritt könnte auch mit dem Trauerprozess an sich in Verbindung stehen oder auch bereits ein Anzeichen der depressiven Phase sein.

7 Definition Krise und Krisenmanagement

7.1 Krise

Krise (ICNP): (engl.) crisis; Wendepunkt zum Besseren oder Schlechteren bei Verlust- oder Stresssituationen, bei dem es für eine begrenzte Zeit zu Unausgeglichenheit, Spannung und ineffizienter Kommunikation kommen kann. (Ruth, et al., 2012, S. 507)

7.2 Krisenmanagement

Krisenmanagement: (engl.) crisis management; Steuerung von systematischen und fokussierten Massnahmen zur Krisenbewältigung; unter Zeit- und Problemdruck eine Situation erkennen und bewerten, die richtigen Entscheidungen treffen und steuern. (Ruth, et al., 2012, S. 507)

7.3 Praxistransfer

Auf meiner Notfallstation in dem gegebenen Setting ist die Krise und ihre Erkennung elementar wichtig und für mich eine Herzensangelegenheit. Jetzt ist es Zeit, Ressourcen zur

Krisenerkennung, Prävention und Management anzuwenden. Die drei Grundbausteine waren mir bis anhin in der Praxis nicht bewusst. Ich denke, dass ich unbewusst die Krisen meiner Patientinnen erkannt und wahrgenommen habe, jedoch nicht adäquat genug im Krisenmanagement oder für Zuhause in der Prävention mitgearbeitet habe.

8 Krisenmodell nach Verena Kast

In diesem Krisenmodell wird erläutert, welche Schritte gemacht werden müssen oder was bereits vorhanden sein muss, um eine Krise zu bewältigen. Auch in den vier Phasen sind Emotionen ein wichtiger Aspekt und sind klar definiert. Nach Kast ist jede Krisenbewältigung auch ein kreativer Prozess (Abb. 1). (Catalano, 2016, S. 15-16)

8.1 Vorbereitungsphase

In dieser Phase ist eine Spannung vorhanden. Es wird ein Problem anhand verschiedener Lösungsansätze zu lösen versucht. Diese können auch nicht von der betroffenen Person selbst stammen. Das Problem wird aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet. Dieser Prozess wird meist unterbewusst durchgeführt. (Catalano, 2016, S. 15-16)

8.2 Inkubationsphase

In dieser Phase sind die Emotionen im Vordergrund. Das Unterbewusstsein befasst sich mit der Krise und die betroffene Person wird von der Krise vereinnahmt. Diverse Emotionen wie Frust, Wut oder vermindertes Selbstwertgefühl finden Platz. Als Bezugsperson oder betreuende Person ist es wichtig, die Betroffenen in ihrem Gefühlschaos zu unterstützen und zu helfen, diese Gefühle anzunehmen und zu ordnen. (Catalano, 2016, S. 15-16)

8.3 Einsichtsphase

Hier sortiert und ordnet sich alles. Die Gefühle und Gedanken finden Platz. Nach Kast ist das die kreative Phase, da die Betroffene gezwungen ist, neue Lösungsansätze zu finden. Dies kann auch positive Gefühle wie Freude und Erleichterung hervorbringen. (Catalano, 2016, S. 15-16)

8.4 Verifikationsphase

In dieser Phase ist die Krisenverarbeitung in vollem Gange und die Betroffenen sind konzentriert, die Veränderung bewusst wahrzunehmen. Gleichzeitig findet auch die Aufarbeitung des Krisenprozesses statt. Es werden neue Perspektiven wahrgenommen und versucht umgesetzt, wie zum Beispiel Beziehungsmöglichkeiten. (Catalano, 2016, S. 15-16)

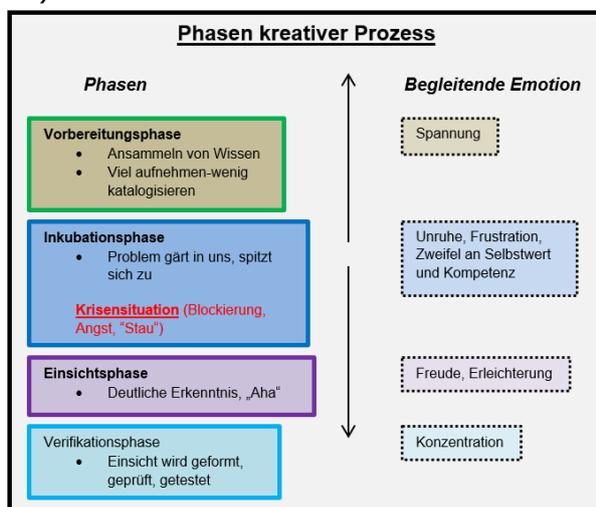


Abbildung 1 Sinnbildliches Krisenmodell nach Verena Kast von Simone Beyeler

8.5 Praxistransfer

Das Krisenmodell nach Verena Kast scheint mir als angehende Notfallexpertin sinnvoll und nützlich zur Nachvollziehung und Einschätzung der Patientinnen und ihren Partnern/Ehemännern. Das Modell ist kurz und prägnant. Es zeigt die mögliche Gefühlslage der Patientinnen auf. Wenn ich die Überschriften der Phasen lese, ist ein gewisses Mass an Fantasie gefragt. Die Übertitel sind nicht selbsterklärend und können zu Verwirrung des Pflegepersonals führen. Im Inhalt

sind die Phasen für mich logisch und verständlich beschrieben. Anhand meiner Patientenbeispiele sind die Phasen im Rückblick zuzuordnen. Am Krisenmodell nach Kast finde ich die Benennung der Phasen als kreativen Prozess passend. Denn Kast beschreibt in der Literatur, dass der Krisenprozess ein Wechselspiel von Ideen, Gedanken und Emotionen ist. Bezogen auf meine tägliche Arbeit auf dem Notfall ist das Modell anwendbar und in Betracht zu ziehen, um eine Einschätzung der Krise zu erhalten. Es ist jedoch nötig, sich mit dem Modell auseinander zu setzen, um die Phasen zu verstehen. Der Einsatz ist jedoch während des ganzen Aufenthalts der Patientin und ihrem Partner/Ehemann möglich.

9 Das Phasenmodell der Krisenbewältigung nach Gerald Caplan

Nach Gerald Caplan enthält eine Krise vier Phasen (Abb. 2).

9.1 Phase eins

In der ersten Phase beschreibt Caplan, dass die Betroffenen versuchen, die Krise anhand einer bereits gelungenen Krisenbewältigungsstrategie zu lösen. Diese Strategie hat sich zum Beispiel in früheren Krisen bewährt und wird nun erneut angewendet. Diese Phase beschreibt er als (Komfort-Zone). (Wingchen, 2006, S. 276)

9.2 Phase zwei

In der zweiten Phase bemerkt die betroffene Person, dass die in der ersten Phase beschriebene Strategie nicht funktioniert. Das Gefühl des Versagens ergreift die Person und sie fühlt sich verloren und orientierungslos. Diese Phase wird als (Verlassen der Komfort-Zone) beschrieben. (Wingchen, 2006, S. 276)

9.3 Phase drei

Die dritte Phase beschreibt Caplan als (Stress-Zone). Hier befindet sich die Person in einer Phase in der eine Neuorientierung Platz findet, um die Krise zu bewältigen. Sie versucht, durch neue Perspektiven das „Problem“ zu lösen. Dies tritt jedoch nur dann auf, wenn keine Verdrängung und Resignation stattfindet. Die Bereitschaft dazu, einen anderen Lösungsansatz zu suchen, nennt man auch (Stretch-Zone). Falls dies von der betroffenen Person erfolgreich gelöst werden kann, wirkt sich das meist positiv auf seine Stärke aus. (Wingchen, 2006, S. 276)

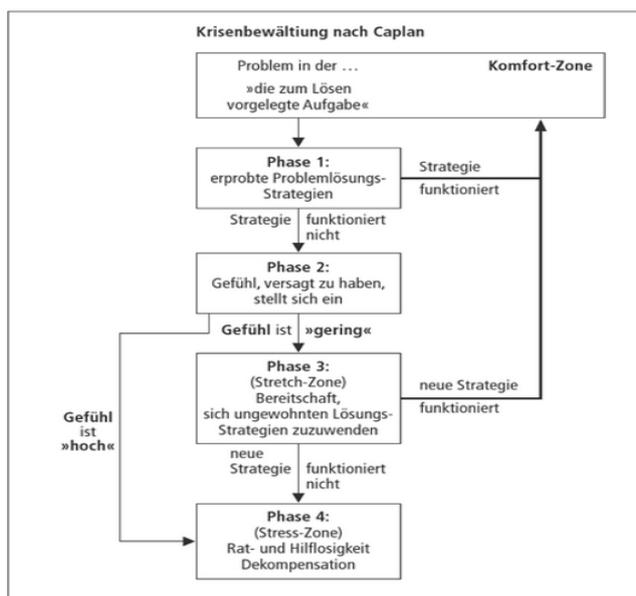


Abbildung 2 Krisenbewältigung nach Gerald Caplan

9.4 Phase vier

In der vierten und letzten Phase wird beschrieben, dass es zu Zusammenbrüchen der Persönlichkeit kommen kann. Die Personen sind hilflos und zeigen Erschöpfungszustände. Diese Phase wird deshalb als (Misslingen aller Versuche genannt). (Wingchen, 2006, S. 276)

9.5 Praxistransfer

Das Modell nach Caplan ist nach meiner fachlichen Meinung ein einfaches und unkompliziertes Modell zur Darstellung eines möglichen Krisen- und Bewältigungsprozesses. Nach Caplan wird vor allem die Strategie der Betroffenen erwähnt, was mir persönlich für den Theorie-Praxis-Transfer als wichtig und hilfreich erscheint. In diesem Modell werden Gefühle und Krisenbewältigungsstrategien der Betroffenen anhand der verschiedenen Krisenbewältigungsphasen aufgezeigt. Mit der Zonen-Einteilung war es für mich einfach zu eruieren, um was es sich bei einer Phase handelt. Dieses Modell ist für den täglichen Gebrauch auf dem Notfall für Patientinnen mit Frühabort und ihre Partner geeignet. Es ist schnell in der Handhabung und zeigt mögliche Unterstützungsmassnahmen, die von den verschiedenen Phasen abgeleitet werden können.

10 Kast versus Caplan – Modelle im Vergleich

In meiner Arbeit auf der Notfallstation erlebe ich häufig Krisen bei gynäkologischen Patientinnen. Leider erlebe ich diese Situation fast täglich. Die Krise zeigt sich bereits beim Aufruf der Patientin in den Gesichtern und Kurzgesprächen zwischen den werdenden Eltern. Um eine Einschätzung meiner Patientinnen und ihren Partnern adäquat zu machen, wollte ich verschiedene Krisenmodelle studieren und die für mich sinnvollsten Modelle herausuchen. Das Ziel dabei war herauszufinden, welches Modell ich in Zukunft im Berufsalltag anwenden möchte oder wie ich meine Teamkolleginnen und -kollegen auf möglichst einfache Weise zur Weiterbildung motivieren kann. Da der Zeitaspekt auf dem Notfall meist ein grosses Hindernis darstellt, sollte das gewählte Krisenmodell keine intensive Lesezeit in Anspruch nehmen.

Zwei Modelle haben sich herauskristallisiert, diese sind in den oberen zwei Abschnitten kurz erklärt. Bei der Gegenüberstellung und auch bei der Literaturrecherche stellte sich heraus, dass das Modell nach Caplan für mich als angehende Notfallexpertin im Berufsalltag während der Begleitung und Betreuung von Patientinnen mit Frühabort besser geeignet ist. Dies zeigte sich, da das Modell einfacher aufgebaut ist und innert kurzer Lesezeit verständlich beschrieben wird. Weiter beruht es darauf, dass das Modell nach Caplan aufzeigt, wie eine Krise bewältigt wird: anhand einer Strategie. Nach Kast werden meist die Emotionen an sich beleuchtet und erörtert. Da ich die Emotionen meiner Patientinnen und deren Partner und Ehemänner in meiner engmaschigen Betreuung meist anhand verbaler und nonverbaler Kommunikation erkennen kann, ist mir der Aspekt, wie meine Patientinnen ihre Krise bewältigt oder eben nicht, wichtiger. Ich möchte meine Patientinnen in der Bewältigung unterstützen, anhand des Modells nach Caplan ist dies möglich. Wenn ich mich nur nach dem Krisenmodell nach Kast orientieren würde, wäre die Strategie zur Bewältigung für mich als Fachperson nicht klar. Ich hätte dann lediglich die Einschätzung, welche Emotionen in welcher Phase auftreten. Zusätzlich sind die Phasen auch auf Englisch beschrieben, sodass englischversiertes Fachpersonal dies verstehen und assoziieren könnte. Aus diesem Grund würde ich als angehende Notfallexpertin das Modell nach Caplan vorziehen, um eine adäquate und effiziente Einschätzung der Bewältigungssituation zu machen

11 Bewältigungsstrategien

Hill Rice (2005) zitiert nach Lazarus und Folkman (1984), dass: Bewältigung wird dabei definiert als die Gesamtheit fortwährend in Veränderung begriffener kognitiver und verhaltensbezogener Anstrengungen zur Handhabung bestimmter externer und/oder interner Anforderungen, die vom Betroffenen als seine Ressourcen belastend oder überlastend bewertet werden. (Hill Rice, 2005, S. 34)

Damit ist gemeint, dass die Verhaltensstrategie anhand verschiedener Einschätzung erfolgt. In der Bewertung geht es darum, zu erfassen, ob die Situation gefährlich, ungefährlich oder als positive Situation einzuordnen ist. In der Bewertung wird die Krisensituation durch die bereits vorhandenen Bewältigungsstrategien eingeordnet und es wird eruiert, ob diese

zu bewältigen ist oder nicht. Falls nicht, wird ein Plan zu neuen Bewältigungsstrategien entwickelt. Eine Situation kann jedoch auch vermieden oder verharmlost werden. Man unterscheidet verschiedene Stressbewältigungsformen. Die eine beschäftigt sich mit dem problemorientierten Coping, hierbei wird anhand der vorhandenen Information nach einer Lösung gesucht und entsprechende Handlungen ausgeführt. Beim emotionsbezogenen Coping werden die entstandenen Emotionen aufgrund der Situation versucht abzubauen. (Hill Rice, 2005, S. 34)

11.1 Praxistransfer

Ich denke, dass dieser theoretische Abschnitt besonders die Unterschiede zwischen Patientin und ihrem Partner/Ehemann widerspiegelt, da ich durchaus des Öfteren erlebe, dass die Patientin versucht, ihre Krisensituation im emotionsbezogenen Coping zu bewältigen und der Ehemann an seine meist ruhige und rationale Vernunft appelliert. Ich denke, dass der Partner durchaus versucht, das problemorientierte Coping anzustreben. Eine Vermischung ist sicherlich auch in meinem Berufsalltag aufgetreten, was mir jedoch nicht bewusst war. Ich denke, dass die eigentliche Copingstrategie auch in einem ruhigen Setting, zum Beispiel zuhause sich manifestieren kann. Um als betreuende Pflegefachperson zu erkennen, ob die Patientin oder ihr Partner ein problemorientiertes oder emotionsbezogenes Coping durchleben, ist schwierig. Insbesondere dann, wenn die Eltern kurz nach Erhalt der Diagnose wieder austreten. Das soziale Umfeld und die Partnerschaft sind ein wichtiger Bestandteil der Krisenbewältigung und zur Unterstützung der eigenen Copingstrategien. Bei Diagnosestellung, die in einem emotionalen Chaos enden, werden eine enge Beziehung oder ein gutes soziales Umfeld auf die Probe gestellt. In diesem Setting wird die gute Verbindung zur Bezugsperson sichtbar. Der Bezug zur Spiritualität zeigt sich im Notfallsetting oft nicht, ob das an der Krisensituation an sich liegt, oder ob die fragliche Akzeptanz des Pflegepersonals eine Rolle spielt, kann ich nicht beurteilen.

12 Rolle der Pflegeperson im Bewältigungsprozess

Nach (Rädestad et al., 2013) beschrieben durch (Maurer, Wenn Geburt und Tod zusammenfallen, 2017, S. 17-18) spielt das interdisziplinäre Team und besonders die zuständige Pflegefachperson eine grosse Rolle, wenn die Eltern erfahren, dass ihr Kind tot ist oder sterben und vom Mutterleib ausgestossen wird. In einer solchen Krisensituation ist es wichtig, dass auch die Pflegefachperson sich sammelt und eine ruhige Atmosphäre im Raum schafft. Die Eltern sind aufgrund der Krise in Kampf- und Fluchtreaktion. Die Pflegefachperson bewirkt mit ihrer ruhigen und in sich gekehrten Art ko-regulierend. Eltern berichten rückwirkend, dass die Betreuung durch eine Pflegefachperson, die Distanz hält und sich nur mit medizinischen Fakten beschäftigt als zusätzliche Belastung. Es entstehe das Gefühl, allein gelassen zu werden. Den Eltern soll aber ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit vermittelt werden, um eine vertraute Atmosphäre zu schaffen. Ein wichtiger Aspekt zeigt sich darin, dass eine unbewusste Schonung durch das betreuende Pflegepersonal oder dem interdisziplinären Team stattfindet. Dies ist jedoch kontraproduktiv, da es den Bewältigungsprozess erschwert. Für die Eltern ist es wichtig, dass sie unterstützt und in ihrer Verlustsituation bestärkt werden. Der essenzielle Teil ist, die Patientin und ihr Partner/Ehemann zu begleiten. (Maurer, Wenn Geburt und Tod zusammenfallen, 2017, S. 17-19)

12.1 Praxistransfer

Ich habe mir die vielen Situationen, in denen ich Eltern begleitet habe, durch den Kopf gehen lassen. Auch hier habe ich den Vater meistens aussen vor gelassen und nicht als Elternteil oder als Individuum begleitet. Es scheint nicht bewusst zu sein, dass wir als Pflegepersonen einen solch elementaren Einfluss auf das Sicherheitsgefühl und die Geborgenheit der Eltern haben. Mir ist nun aber bewusst, welche Rolle ich in der Betreuung solcher

Situationen habe und welche Erinnerungen aufgrund meiner Begleitung zurückbleiben können.

Auf meiner Notfallstation ist meist eine hektische und unruhige Atmosphäre. Da die gynäkologische Koje, in der Patientinnen mit Verdacht auf Frühabort untersucht und betreut werden, etwas abseits des Stationszimmers liegt, ist der Lärmpegel etwas geringer. In der Hektik vergessen wir, uns vor der Koje zu besinnen und ruhig und verständnisvoll zu sein. Dies ist leider nicht immer möglich aufgrund der hohen Anforderungen im Notfallalltag. Ich denke, dass bereits das Bewusstsein und das Sensibilisieren der eignen Haltung eine Veränderung bewirken kann.

13 Die Rolle des direkten Umfelds

Der Partner sollte und darf als psychologische Hilfestellung der Patientin anwesend sein. Die Geschwister des verstorbenen Familienmitglieds sollten aufgeklärt werden, sodass die Gefühlslage der Eltern von den bereits vorhandenen Kindern verstanden werden kann. Diese können auch als emotionale Unterstützung dienen. Die Aufklärung der Geschwister oder der Partner verhindert Schuldgefühle und Ängste. (Wischmann, 2018, S. 324)

13.1 Praxistransfer

Meist sind die von mir betreuten Patientinnen in Begleitung ihrer Partner/Ehemänner. Falls dies nicht der Fall ist, ist die Mutter, Geschwister oder eine enge Freundin anwesend. Die Ausnahmesituation ist den begleitenden Personen bewusst und sie stehen der werdenden Mutter zur Seite. Falls sich die Patientin allein auf dem Notfall vorstellt, frage ich immer nach, ob eine Bezugsperson vorhanden ist, die sie umsorgt.

14 Austrittsmanagement

Die Literaturrecherche gestaltete sich für das Austrittsmanagement für Patientinnen mit Frühabort als sehr schwierig, da dies sowohl in meinem Notfallzentrum wie auch in anderen Notfallzentren nicht an oberster Stelle steht. Hausinterne Richtlinien bezüglich Austrittsmanagements gibt es für Spätaborte oder Totgeburten. Die nachfolgende Literatur zum Austrittsmanagement konnte ich mit Unterstützung der leitenden Hebamme meiner Institution einholen und zusammenfassen. Ich werde in den folgenden Abschnitten die hausinternen Leitlinien erklären und eine Adaption zum Notfall beschreiben. In den folgenden Abschnitten werden diverse Aspekte, die zu einem Austrittsmanagement gehören, erläutert. Sie beinhalten Austrittsgespräch, Hinweise für Patientin und ihren Partner (Tipps für Zuhause), wichtige Hinweise für das Fachpersonal und Broschüren für betroffene Familien und das Fachpersonal. Im untersten Abschnitt der Austrittsmanagement werden hilfreiche Links/Anlaufstellen aufgezeigt.

14.1 Austrittsgespräch

Um ein Austrittsmanagement korrekt planen und durchführen zu können, benötigt dies Koordination und Patientenpfade. Patientenpfade werden in der Literatur als gewohnte Abläufe beschrieben, die sich den Bedürfnissen der Spitalorganisation anpassen. Das Ziel ist, Behandlungs- und Therapieprozesse und deren Wichtigkeit zu erkennen und in den Mittelpunkt zu stellen. (Zigan, Müller, Imhof, & Seitz, 2012, S. 15)

Es wird darauf geachtet, dass eine interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Pflegeperson und gynäkologischen Dienstarzt stattfindet. Doppelspurigkeit soll vermieden werden. In einem Austrittsgespräch sollen Themen wie allgemeines Befinden, Ängste, Gedanken und Sorgen angesprochen werden. Ein wichtiger Aspekt ist auch der Umgang mit Schmerz. Dieser soll auch auf physischer Ebene adäquat behandelt werden. Da meistens der Partner oder eine enge Bezugsperson der Patientin während der Diagnosestellung anwesend ist, ist deren Einbezug essenziell, um auch in einem späteren Zeitpunkt Hilfestellungen geben zu können. Abhängig vom kulturellen Hintergrund wird die Seelsorge ange-

sprochen oder empfohlen. Abschiedsrituale sollen thematisiert und nicht tabuisiert werden. Weiteres Informationsmaterial, wie zum Beispiel Selbsthilfegruppen und Trauerbegleitung oder Fachstellen für Kindsverlust sollte aufgezeigt werden. Falls eine stationäre Aufnahme nötig ist, muss zwingend auf eine Verlegung geachtet werden, die keine Wochenbettpatientinnen betreut. (Limmattalspital, 2018, S. 1)

In Situationen, in denen die Patientin bereits vorangehende psychische Erkrankungen in ihrer Vorgeschichte aufweist, sollte unbedingt auf Fachpersonen oder diesbezügliche Hilfsorganisationen aufmerksam gemacht werden. Auch bei ungewollter Kindslosigkeit sollte dies beachtet werden. Bei Patientinnen, die bereits während dem ambulanten Notfall Setting starke Emotionen aufweisen, wie zum Beispiel reaktive Depression sollte ein psychologisches Gutachten durch den behandelnden Gynäkologen veranlasst werden. (Wischmann, 2018, S. 322)

14.2 Interventionen zum Austritt

- Die Partnerschaft an sich kann eine Hilfestellung zu Bewältigung der Krise und im Trauerprozess sein. Es können auch «Schmetterlingsbriefe» oder «Moses Körbchen» gemacht werden, um der Trauer Platz zu geben. (Limmattalspital, 2018, S. 1)
- Nicht nur die Partnerschaft, auch das direkte Umfeld kann seinen Beitrag als Mittrauernde leisten und Anteilnahme zeigen. Der Trauerprozess kann so unterstützt werden. (Limmattalspital, 2018, S. 1)
- Auch ein Ort der Erinnerung kann eine Stütze sein. (Limmattalspital, 2018, S. 1)
- Das Bestatten eines „Sternenkinds“ (ohne Bestattungspflicht) kann bei einem Frühabort zum positiven Verlauf des Trauerprozess beitragen. (Limmattalspital, 2018, S. 1)
- Das Aufmerksam machen der Patientin und ihren Partner/Ehemann auf Hilfsorganisationen oder Unterstützung bei der Kontaktierung eines psychologischen Diensts ist hilfreich. (Limmattalspital, 2018, S. 1)
- Die Patientin und ihr Partner/Ehemann sollten darauf hingewiesen werden, dass beim Jahrestag des Frühaborts oder dem errechneten Geburtstermin des verstorbenen Kindes, es zu einem erneuten Ausbruch von Gefühlen oder Trauer kommen kann. Dies wird in der Literatur als „anniversary reactions“ bezeichnet. (Wischmann, 2018, S. 324)
- Das Aufklärungsgespräch sollte mit der Patientin und ihrem Partner/Ehemann stattfinden. Dies kann dazu beitragen, dass die Informationen oder mögliche Optionen richtig verstanden und überhaupt wahrgenommen werden. Es kann durchaus vorkommen, dass wichtige Punkte am Ende des Aufklärungsgesprächs erneut erklärt werden müssen. (Wischmann, 2018, S. 324)
- Alle beteiligten Fachpersonen vom interdisziplinären Team sollten gleichermassen informiert werden. Die Beziehung zur Patientin und ihren Partner/Ehemann sollte ernst genommen werden. Es wird auf eine emphatische und unterstützende Betreuung aller Beteiligten vertraut. (Wischmann, 2018, S. 324)

14.3 Praxistransfer

Ich denke, dass das Austrittsmanagement einen grossen Teil des Krisen- und Trauerprozess positiv unterstützt. Es werden Hilfsmittel und Bewältigungsstrategien mit auf den Weg gegeben zur Bewältigung von Verlust und Trauer. Im Austausch zu stehen mit dem interdisziplinären Team, wer welche Aufgaben des Austrittsmanagements übernimmt, ist wichtig, damit das Pflege- oder ärztliche Personal ohne Zeitdruck diese Aufgabe ausführen kann. Der Austritt sollte in einem ruhigen Setting Platz finden und es sollte eine offene Atmosphäre herrschen. Es sollte genug Zeit und Platz für allfällige Fragen und Wünsche eingeplant werden. Patientinnen mit psychischen Vorerkrankungen, die sich in einem Austrittsgespräch zeigen, sollten ernst genommen und im interdisziplinären Team besprochen

werden. Das Aufklärungsgespräch bei Diagnosestellung beinhaltet meist auch ein Austrittsgespräch, da viele Elemente für Diagnose und Austritt ineinanderfliessen. Dies sollte beachtet und der zuständigen Pflegefachperson mitgeteilt werden, sodass die Pflegefachperson die emphatische und fürsorgliche Betreuung weiterführen kann, mit dem Wissen, dass ein Aufklärungs- und Austrittsgespräch bereits begonnen hat. Für mich als angehende Notfallexpertin ist es von grösster Relevanz, mich mit dem gynäkologischen Dienstarzt abzusprechen, wer welche Aufgabe übernimmt, um die oben genannten Interventionen korrekt durchführen zu können und um Doppelspurigkeit zu verhindern. Bis jetzt verlief dies leider ohne Absprache, meist hat der gynäkologische Dienstarzt die Patientin und ihren Partner/Ehemann bereits entlassen und ich habe wenig Gelegenheit, mich im Austrittsmanagement zu engagieren. Nach Rücksprache mit Assistenzärzten, die auch in der Gynäkologie tätig sind und somit gynäkologischer Notfalldienst leisten, findet im Rahmen, der oben beschrieben ist, kein Austrittsmanagement statt. Nach hausinternen Richtlinien wird dies auch nicht verlangt.

Für meine Praxistransfers ist mir wichtig, dass ich ein Austrittskonzept im interdisziplinären Team erstellen kann, um das Austrittsmanagement sicherzustellen und die Betreuung meiner Patientinnen zu optimieren. Ich denke, dass eine Broschüre, in der in Kurzform die Situation und Umstände dargestellt sind, eine einfache und effiziente Lösung für ein Austrittsmanagement wäre. In der unterstehenden Tabelle (Abb. 3) ist mein persönliches Austrittsmanagement kurz zusammengefasst, um eine von vielen Varianten aufzuzeigen. Empfehlen würde ich die Broschüre der Organisation Sternenkind.ch. Die Broschüre ist übersichtlich und deckt fast alle Fragen ab, die die Betroffenen haben.

Dipl. Notfallexpertin HF / Dipl. Pflegefachperson HF	Gynäkologisches Arztteam
Austrittsgespräch (pflegerische Aspekte)	Aufklärungs- und Austrittsgespräch
Abgabe der Broschüren	Abgabe der Broschüren
Auf Wünsche und Bedürfnisse eingehen	Auf Wünsche und Bedürfnisse eingehen
Nachfragen ob Bezugsperson vorhanden	

Abbildung 3 Vorschlag Aufgabenverteilung nach Simone Beyeler

Um die Anteilnahme gegenüber den Eltern zu zeigen, verfasste meine Institution eine situationsangepasste Kondolenz (Abb. 4). Diese beinhaltet folgende Worte:

Liebe Eltern

Leider haben Sie ihr Kind verloren. Wir nennen es hier Sternenkind. In dieser Broschüre finden Sie Informationen zur Orientierung und Unterstützung in der ersten Zeit. In der Zeit des Abschiednehmens, dürfen/sollten Sie bestimmen, wie viel gemeinsame Zeit Sie mit ihrem Kind verbringen möchten. Die Hebamme unterstützt Sie gerne dabei.

Abbildung 4 Brief an die Eltern nach Spital Limmattal

14.4 Praxistransfer

Den Brief empfinde ich als eine schöne Art, den Eltern zu zeigen, dass seitens des Spitals an die Trauer der Eltern gedacht wird. Manchmal ist weniger mehr. Ich denke, die Literatur und eigene Erfahrungen zeigen, dass Worte auch von Fachpersonen unterstützend und hilfreich sein können.

14.5 Hilfreiche Broschüren und Links für betroffene Familien und Fachpersonen

- Fachstelle für Fehlgeburt und perinataler Kindstod: www.fpk.ch
- www.engelskinder.ch
- www.stärnenchind.ch
- www.herzensbilder.ch
- www.hebammenpraxisdreieck.ch
-



Abbildung 5 Hilfreiche Broschüre für Betroffene



Abbildung 6 Hilfreiche Broschüre für Fachpersonen



Abbildung 7 Hilfreiche Broschüre für Betroffene

14.6 Praxistransfer

Ich habe diverse Links und Broschüren während der Bearbeitung verglichen und die für mich sinnvollsten Hilfsmittel herausgesucht. Die aufgeführten Broschüren und Links sind Hilfsmittel, die ich gern meinen Patientinnen und ihren Partnern/Ehemännern abgeben möchte. Sie eignen sich auch für Fachpersonal, das sich für dieses Thema interessiert oder in der Betreuung solcher Situationen unsicher fühlt. Die Broschüren zeichnen sich dadurch aus, dass das Problem kurz und prägnant, jedoch auf eine sehr sanfte und liebevolle Weise beschrieben wird. Die Broschüren (Abb. 5, 6,7) geben erweiterte Informationen, beschreiben den Verlust genauer und zeigen verschiedene Seiten des Verlusts auf. Für meinen Einsatz in der Praxis sind die Broschüre und die Homepage von Kindsverlust.ch die qualitativ beste Variante, sich Informationen und Hilfe zu holen. Sie haben für Fachpersonal wie auch für Betroffene eine kostenlose Beratungshotline.

15 Konsequenzen für die Praxis

Für meine Betreuung von Patientinnen mit Frühabort und ihren Partnern/Ehemännern nehme ich viele theoretische und praxisnahe Aspekte mit. Besonders bewusst wurde mir, dass die intensive und engmaschige Betreuung (ca. 30min) eine sehr wichtige Rolle bereits im Trauer- und Krisenphasenprozess zeigt. Das bedeutet konkret häufiges nachfragen, wie sich die Patientin und Ihr Partner/Ehemann fühlen und ob Anliegen oder Fragen anstehen. Im Trauerprozess kann ich als Fachperson Phasen und die dazugehörigen Emotionen beurteilen und die passenden Unterstützungsmassnahmen einleiten, zum Beispiel das Anbieten eines Gesprächs und eine engmaschige Betreuung. So wird bereits ein Vertrauen zwischen Fachperson und Betroffenen hergestellt, das sich positiv auf die Betreuung auswirkt. Die Herausforderung zeigt sich dadurch, dass ich die Gefühlslage ohne eine engmaschige Betreuung durch mich als Fachperson nicht klar beurteilen kann. Dies hat zur Folge, dass ich als Fachperson genügend Zeit einplanen muss, um eine qualitative hohe Betreuung zu erreichen. Die Wichtigkeit eines Gesprächs zeigt sich auch, um festzustellen, ob eine Auseinandersetzung mit einem möglichen Verlust bereits zuhause oder erst im Setting des Notfalls begonnen hat. Anhand eines Gesprächs zu Beginn, ist die Einschätzung, in welcher Trauer oder Krisenphase sich das Paar befindet, eventuell einfacher. Bezüglich Krisen und deren Begleitung habe ich gelernt, dass sich die Betroffenen je nach Phase bereits mit ei-

nem Kompensationsversuch auseinander-gesetzt haben oder ich sie dabei als Fachperson in einer späteren Phase unterstützen kann. Hierbei sind Bewältigungsstrategien, wie das rituelle Abschiednehmen des Kindes, sinnvoll. Auch das Vorschlagen von Hilfsorganisationen und deren weitere Angebote ist eine mögliche Bewältigungsstrategie, die ich durchaus anbieten kann. Anhand der Gegenüberstellung der verschiedenen Krisenphasenmodelle konnte ich das Modell nach Caplan für meine Praxis integrieren. Das Modell eignet sich anhand der einfachen und übersichtlichen, zeitsparenden und logischen Schritte gut für das Notfallsetting. Die Einfügung in die Praxis sollte daher nicht erschwert sein. Im Austrittsmanagement konnte ich während der Erarbeitung meiner Diplomarbeit am meisten Erkenntnisse sammeln, da dies die grösste Lücke in meiner Notfallstation ist. Im Theorieteil über Trauer und Krisen zeigt sich die Wichtigkeit des Austrittsmanagements und dessen Nutzen. Ein mögliches Austrittsmanagement konnte ich anhand der Richtlinien meines Betriebs und mit Literatur ausarbeiten. Die beschriebenen Massnahmen im theoretischen Teil sind sinnvoll gestaltet und fügen sich auch im Notfallsetting ein. Sie sind nicht zwingend im Spital durchzuführen und auch zuhause gut anwendbar. Der wichtigste Punkt im Austrittsmanagement ist das Austrittsgespräch, bei dem viele Fragen und Unsicherheiten geklärt werden können. Ich kann so auch erneut die Gefühlslage oder die psychische Verfassung der Betroffenen einschätzen. Falls wichtige Fragen durch mich als Pflegefachperson nicht beantwortet werden können, kann zeitlich noch der gynäkologische Dienstarzt kontaktiert werden.

Um meine Erkenntnisse weiterzugeben, möchte ich bei unseren monatlichen Weiterbildungen auf dem Notfall meine Diplomarbeit und die Erkenntnisse und Massnahmen vorstellen, um das Team für das Thema zu sensibilisieren. Weiter ist mit der hausinternen Pflegeexpertin eine interdisziplinäre Weiterbildung geplant, um auch die Zusammenarbeit zwischen Notfallpflege und gynäkologischem Dienst zu fördern und auch die Ärzte zu sensibilisieren. Über ein Merkblatt und Leitlinien für die Betreuung mit Betroffenen eines Frühaborts ist mit der zuständigen Pflegeexpertin bereits gesprochen worden. Diese werden nach Abgabe meiner Diplomarbeit mit der Pflegexpertin, den Hebammen, dem gynäkologischen Dienst und mir erarbeitet.

16 Literaturverzeichnis

- Abele, H., Arck, P., Berger, R., Bervoets, K., & Biennek, S. (2017). *Fehlgeburten Todgeburten Frühgeburten Ursachen, Prävention und Therapie*. (B. Toth, Hrsg.) Berlin Heidelberg, Berlin, Deutschland: Springer.
- Catalano, A. (2016). *Krisenmodelle von Verena Kast und Erika Schuchardt*. Norderstedt Germany: Grin Verlag.
- Gätje, R., Eberle, C., Scholz, C., Lübke, M., Solbach, C., Muschel, K., . . . Sängler, N. (2015). *Kurzlehrbuch Gynäkologie und Geburtshilfe*. Stuttgart, Deutschland: Thieme.
- Hill Rice, V. (2005). *Stress und Coping*. Hogrefe AG, Bern: Verlag Hans Huber.
- Kast, V. (2015). *Trauern Phasen und Chancen des psychischen Prozesses*. Freiburg: Kreuz Verlag.
- Limmattalspital. (2018). ToDo-Liste Sternenkind.
- Maurer, F. (2017). *Fehlgeburt Die Physiologie kennen, professionell handeln*. Hannover: Elwin Staude Verlag.
- Maurer, F. (2017). Wenn Geburt und Tod zusammenfallen. *Pflegen: Palliativ*, S. 16-19.
- Ruth, A., Bachstein, E., Bartholomeyczik, S., Bauer, N., Bauer, R., Bölicke, C., & Buchholz, T. (2012). *Psychyrembel Pflege*. Berlin/Boston.
- Stadelmann, I. (2018). *Die Hebammensprechstunde*. Wiggensbach: Stadelmann Verlag.
- Wingchen, J. (2006). *Kommunikation und Gesprächsführung für Pflegeberufe*. Hannover: Brigitte Kunz Verlag.
- Wischmann, T. (5. Januar 2018). Psychologische Aspekte bei Frühabort. *Gynäkologie* , S. 319-325.
- Zigan, N., Müller, V., Imhof, L., & Seitz, J. (Mai 2012). Von Eintritt bis Austritt patientenorientiert handeln. . *Krankenpflege*, S. 15-17.

17 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Sinnbildliches Krisenmodell nach Verena Kast von Simone Beyeler	12
Abbildung 2 Krisenbewältigung nach Gerald Caplan	13
Abbildung 3 Vorschlag Aufgabenverteilung nach Simone Beyeler	18
Abbildung 4 Brief an die Eltern nach Spital Limmattal.....	18
Abbildung 5 Hilfreiche Broschüre für Betroffene.....	19
Abbildung 6 Hilfreiche Broschüre für Fachpersonen	19
Abbildung 7 Hilfreiche Broschüre für Betroffene.....	19