

Diagnose: Sackgasse

Umgang mit Patienten auf der Notfallstation nach maligner Befundmitteilung

Sevda Savran

NDS HF Notfallpflege

Kurs W13

Spital Uster, Notfallstation

Datum: 04.07.2014

Zusammenfassung

Bei der Betreuung von Patienten, die auf meiner Notfallstation im Spital Uster eine maligne Diagnose gestellt bekommen, fühle ich mich jedes Mal so hilflos; ich verstumme und bemerke, dass ich vor solchen Situationen grossen Respekt habe.

Mir wurde in solchen Momenten bewusst, dass ich trotz einer gewissen Professionalität keine teilnahmslose Pflege durchführe, sondern stark in die Patientengeschichten miteinbezogen werde und damit auch ein Teil des Lebensweges dieser Menschen bin.

Mit meiner Diplomarbeit möchte ich daher für mich herausfinden, was bei der Betreuung von Patienten mit malignen Befundmitteilungen zu beachten ist und dazu recherchieren, was in der Literatur über solche Einschnitte steht, um entsprechende Erkenntnisse auch in die Praxis transferieren zu können.

Ich hoffe sehr, dass daraus ein persönlicher Leitfaden entsteht und ich mit dem gewonnenen Wissen die Pflege der Patienten so optimieren kann und darf.

Inhaltsverzeichnis

1 Einführung 1

1.1 Motivation, Themenwahl 1

1.2 Fragestellung 1

1.3 Zielsetzung 1

1.4 Abgrenzung..... 1

1.5 Methode zur Untersuchung der Fragestellung 2

2 Mein Fallbeispiel 2

3 Theoretischer Teil 3

3.1 Die Diagnosemitteilung..... 3

3.2 Definition Krise 3

3.2.1 Subjektive und objektive Merkmale einer Krise 4

3.2.2 Die normative und die nicht-normative Krise 4

3.2.3 Krankheit als Krise 5

3.2.3.1 Trauerphasen in existentiellen Verlustkrisen 5

3.2.3.2 Die fünf Säulen der Identität..... 6

3.2.3.3 Die Krisenverarbeitungsspirale nach Schuchardt..... 7

3.3 Pflegerische Interventionen 8

3.3.1 Grundregeln aus der Notfallpsychologie 8

3.3.2 Spirituelle Kommunikation in Existenzfragen 9

4 Analyse 9

5 Auseinandersetzung 13

5.1 Gewonnene Erkenntnisse 13

5.2 Mir bekannte Interventionen 13

5.3 Anwendbarkeit meiner Ergebnisse..... 14

5.4 Was ich auch hätte thematisieren müssen..... 14

6 Schlussfolgerung 14

6.1 Transfer in die Praxis..... 14

7 Reflexion meines Lernprozesses..... 15

8 Literaturverzeichnis..... 16

9 Glossar 17

1 Einführung

1.1 Motivation, Themenwahl

Im Folgenden werde ich erläutern, welche Situation mich zu dieser Themenwahl gebracht hat und aus welchen Beweggründen heraus ich mich in dieses Thema vertieft habe.

Auf unserer interdisziplinären Notfallstation des Spitals Uster erlebe ich des Öfteren, wie Patienten aufgrund der durchgeführten Untersuchungen mit neuen Diagnosen konfrontiert werden.

Neben der Tatsache, dass die Patienten im Rahmen dieser neuen Diagnosen umfänglich aufgeklärt und entsprechend behandelt werden, ist es unsere berufliche Pflicht, die Patienten stets über die laufenden Untersuchungen zu informieren.

Je nach Befund oder Ergebnis kann dabei die Mitteilung der Diagnose zu einer psychologischen und sozialen Herausforderung werden, insbesondere dann, wenn der zu kommunizierende Befund beziehungsweise die Diagnose eine anhaltende Nachwirkung auf das Leben des Patienten und dessen Umfeld mit sich bringt. Zu diesen kritischen Befunden gehört zum Beispiel die Mitteilung eines hochgradigen Verdachtes auf ein bösartiges Tumorleiden. Es liegt in der Kompetenz des Arztes, die Ergebnisse dem Patienten professionell mitzuteilen, doch wenn dieser wieder weiter muss, bin ich alleine mit all den Gefühlen und Eindrücken des Patienten. Um in dieser Situation den Patienten so optimal wie möglich im Rahmen meiner Aufgabe unterstützen zu können, beschäftige ich mich mit dem gewählten Thema.

1.2 Fragestellung

- Was muss ich als Pflegende im Umgang mit Patienten berücksichtigen, die eine schwerwiegende Diagnose auf der Notfallstation mitgeteilt bekommen?
- Wie kann ich die Patienten in deren Krisen unterstützen?
- Gibt es für mich ein geeignetes Behandlungsmodell, welches ich in solchen Krisensituationen auf der Notfallstation anwenden kann?

1.3 Zielsetzung

Mit meiner Diplomarbeit möchte ich durch das Vertiefen des Konzeptes „Krise“ für meine Tätigkeit nützliche Strategien herausfinden und erkennen, was in den genannten Situationen angepasst wäre.

Es ist mir ein grosses Anliegen, die Fähigkeit zu besitzen, aufgrund der erworbenen Kenntnisse die Beziehungsgestaltung anzupassen und korrekte Interventionen für zukünftige Situationen abzuleiten. Es geht mir auch darum, in meiner weiteren Karriere als Notfallpflegende Patienten in Krisensituationen die passende Art von Betreuung und Zuneigung geben zu können, um nicht unsicher oder teilnahmslos zu erscheinen.

1.4 Abgrenzung

- Ich werde nicht auf soziokulturelle Hintergründe eingehen.
- Kinder werden aus meiner Arbeit ausgeschlossen.
- Ich beziehe mich nur auf maligne Erstdiagnosen als Überbegriff, es wird jedoch nicht weiter auf die einzelnen Diagnosen oder somatische Therapien eingegangen.
- Ich begrenze mich auf das Phänomen „Krise“, auch wenn ich mir dessen bewusst bin, dass in der geschilderten Ausgangssituation mehrere Phänomene ersichtlich werden oder auftreten können.
- Meine Arbeit befasst sich nicht mit chronisch Erkrankten, die eine zusätzliche Diagnose gestellt bekommen.
- Neu erkannte Ableger bereits bekannter Primärtumore werden ebenfalls nicht als Ausgangssituation miteinbezogen.
- Zur Vereinfachung der Schreibweise wird die männliche Form verwendet, die sich jedoch selbstredend auf beide Geschlechter bezieht.

1.5 Methode zur Untersuchung der Fragestellung

Durch eine Literaturrecherche und -auswertung werde ich mir als erstes den theoretischen Rahmen erarbeiten. Dadurch können sich neue Fragestellungen eröffnen, derer ich mir zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht bewusst bin. Wichtig erscheint mir insbesondere, dass mich der theoretische Hintergrund dazu befähigt, mein Fallbeispiel angemessen zu reflektieren, um so auf der Grundlage der Literaturrecherche die bestmögliche Option aus dem konkreten Beispiel ablesen und die Fragestellungen beantworten zu können.

Daraus sollen sich schliesslich die richtigen Interventionen ableiten lassen, welche ich in meinem Pflegealltag künftig anwenden kann.

2 Mein Fallbeispiel

An diesem Punkt möchte ich einen real erlebten Fall schildern, also den **Ist-Zustand**:

Im Frühdienst übernahm ich einen Patienten: Ein 31 jähriger Herr S. ohne bekannte Vorerkrankungen wurde von seinem Hausarzt auf unsere interdisziplinäre Notfallstation im Spital Uster mit der Verdachtsdiagnose Tuberkulose zugewiesen.

Er hatte vom Hausarzt eine FFP-Maske bekommen, mit der er bei uns eintraf.

Seine Leitsymptome waren Husten und Nachtschweiss, welche seit etwa drei bis fünf Monaten andauerten.

Nach Durchführung des „primary“ und „secondary Survey“, ohne Hinweise auf „Red Flags“, führten wir erweiterte laborchemische und bildgebende Untersuchungen durch.

In der konventionellen Röntgenaufnahme zeigten sich Auffälligkeiten des Lungenparenchyms. Die zuständige Assistenzärztin konnte die Auffälligkeiten nicht eindeutig zuordnen, so wurde die zuständige medizinische Oberärztin zur Evaluation und Bestimmung des weiteren Prozederes hinzugezogen. Bei Verdacht auf metastatische Veränderungen der Pleura wurde eine Computertomographie des Thorax und Abdomens durchgeführt.

Der Verdacht multipler Metastasen erhärtete sich und weitere Befunde wiesen auf ein Bronchuskarzinom als Primärtumor hin.

Die gestellte Diagnose des Bronchuskarzinoms wurde daraufhin dem Patienten von der medizinischen Oberärztin zusammen mit der Assistenzärztin mitgeteilt und erklärt.

Für mich war dieser Moment sehr eindrücklich. Es war schockierend zu sehen, dass die Abklärung eines Tuberkuloseverdachts, welcher sich nicht bestätigen liess eine solch gravierende Diagnose zu Tage bringen konnte.

Ich bemerkte, wie mir in diesem Moment die Worte fehlten, ich war wortkarg und verstummt als ich mich der Pflege des Patienten zuwandte. Ich fühlte mich hilflos und wusste nicht, wie ich mich gegenüber dem Patienten verhalten sollte. Ich wollte trösten, aber ich realisierte, dass mir keine Worte einfielen, die Trost geben könnten.

Ich fühlte eine Ohnmacht in mir, weil ich nicht wusste, wie ich dem Patienten in dieser Situation helfen konnte.

Ich war – salopp ausgedrückt – total neben der Spur, ging mit der FFP-Maske und der Überschürze ins Isolationszimmer, obwohl gar keine Isolation mehr verordnet war. Der Patient wies mich dann darauf hin, dass die Isolation aufgehoben war. Kurz: Ich war in dieser Situation wie ausgewechselt und bemerkte, dass mein Verhalten für mich komplett atypisch war, da mir sonst selten die Worte fehlen.

Der Patient, in Tränen aufgelöst und ängstlich, wandte sich zu mir: *„Ich hätte mir gewünscht, es wäre Tuberkulose, jetzt bin ich in der Sackgasse, oder?!“*

Dieser Satz und die Gesamtsituation verfolgten mich den ganzen Tag. Immer wieder reflektierte ich auch meinen Umgang mit diesem Patienten und erkannte, dass ich mit dieser Situation schlichtweg überfordert gewesen war. Ich musste mir eingestehen, dass mir die nötigen Werkzeuge für entsprechende Momente fehlten, dass ich zu wenig über Hilfestellungen oder geeignete Kommunikationstechniken Bescheid wusste, geschweige denn diese anwenden konnte.

3 Theoretischer Teil

3.1 Die Diagnosemitteilung

2011 stellte F. Siedentopf fest: „Mit der Diagnosestellung gerät der Patient in eine Krisensituation. Vom Zeitpunkt der Diagnosemitteilung an beginnen Bewältigungsmechanismen zu wirken. Schon allein in welchem Rahmen die Diagnose mitgeteilt wird, kann Einfluss auf die weitere Verarbeitung haben.“ (Siedentopf, 2011, S. 100)

Die Diagnose Krebs ist laut Künzler, Mamié und Schürer (2012) für viele Betroffene eine Ausnahmesituation. Es reisst den Menschen aus dem Alltag heraus und kann in eine „existenzielle Krise“ führen.

Laut Künzler et al. (2012) bricht für den Menschen die innere Welt zusammen. Unter anderem auch dann, wenn die Therapiemöglichkeiten und die Prognose aus medizinischer Sicht nicht allzu schlecht sind. Die Diagnose Krebs alleine führt oft zu katastrophalen Bildern, wie zum Beispiel unerträgliche Schmerzen, unkontrolliertes Leid, Hoffnungslosigkeit und Sterben. Unser Gehirn ist in dieser Situation nicht mehr aufnahmefähig.

Somit ist die Mitteilung der Diagnose „Krebs“ nicht auf den informativen Inhalt beschränkt, sondern impliziert durch seine Assoziationen für den Betroffenen eine Aussichtslosigkeit, also eine Sackgasse. Angesichts dieser Aussichtslosigkeit gerät der Betroffene in eine Krise.

3.2 Definition Krise

Um dem Konzept „Krise“ näherzukommen, sollen zunächst eine westliche und eine fernöstliche Wahrnehmung des Phänomens vorgestellt werden:

„Krise wird aus dem griechischen Wort *krisis* abgeleitet und bedeutet Entscheidung, ‚entscheidende Wendung‘. Eine Krise ist demzufolge ein entscheidender Moment eines Entwicklungsprozesses, der durch hohe Belastung gekennzeichnet und für das weitere Persönlichkeitsschicksal bestimmend ist.“ (F. Zeller, 2004, S.45)

„Das chinesische Wort für Krise – ‚weiji‘ - setzt sich aus den Charakteren für Gefahr (‚wei‘) und für Chance (‚ji‘) zusammen und weist auf die zwei möglichen Ausgänge einer solchen Lebenssituation hin.“ (Abderhalden, 2006, S. 781)

Das Wort *Krise* klingt bedrohlich, vertieft man sich jedoch in die Definition und die Wortherkunft, so zeigt sich die Vielschichtigkeit dieses Begriffs und der darin enthaltene Sinn einer jeden Herausforderung, nämlich dass eine Krise immer auch eine Chance und Möglichkeit zur Weiterentwicklung in sich birgt.

Caplan beschreibt 1964 die Krise als ein „Ungleichgewicht zwischen Schwierigkeiten und der Bedeutung eines Problems und den unmittelbar zur Verfügung stehenden Ressourcen, dieses zu bewältigen“ (Abderhalden zit. nach Caplan, S. 781).

Somit ist also die Krise Ausdruck der Ohnmacht, welche sich angesichts einer vermeintlich unbezwingbaren Herausforderung beim Betroffenen breit macht.

Ähnlich formuliert es auch Ciompi (1993), wenn er über die Krise schreibt: (1993) „Sie ist eine akute Überforderung eines gewohnten Verhaltens respektive Copingssystems durch belastende äussere oder innere Ereignisse.“ (zit. Nach Abderhalden, 2006, S. 782)

Krisensituationen machen sich damit durch ganz bestimmte Verhaltensmuster bemerkbar. Diese können in subjektive und objektive Merkmale eingeteilt werden, die es im nachfolgenden Kapitel genauer zu beleuchten gilt.

3.2.1 Subjektive und objektive Merkmale einer Krise

Subjektive Krisenmerkmale	Objektive Krisenmerkmale
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhöhte Anspannung ▪ Gefühle des Bedauerns ▪ Verängstigt, zittrig sein 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tachykardie ▪ Erweiterte Pupillen ▪ Weisse, kalte Finger und Hände, Zittern
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Übererregbarkeit ▪ Erschüttert, verzweifelt sein ▪ Besorgnis, Unsicherheit, Furchtsamkeit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fahrige Bewegungen ▪ Erregtes, zielloses Umhergehen ▪ Vermehrtes Schwitzen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unzulänglichkeitsgefühle ▪ Furcht vor unklaren Folgen ▪ Ausgedrückte Besorgnis um Veränderungen der Lebensumstände 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schlaflosigkeit ▪ Angespannte Gesichtszüge ▪ Zitternde Stimme
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beunruhigt, ängstlich, nervös sein ▪ Schlaflosigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schreien, Fluchen, lautes Beten ▪ Unfähigkeit, Rollenerwartungen/Grundbedürfnisse zu erfüllen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hoffnungslosigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Änderung der gewohnten Kommunikationsmuster
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Panikgefühle 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Destruktives Verhalten gegenüber sich und anderen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbale Äusserung über Unfähigkeit, zurechtzukommen oder um Hilfe zu suchen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Weinen

Tabelle von der Verfasserin erstellt in Anlehnung an S. Käppeli, S. 58

Diese subjektiven und objektiven Merkmale einer Krise sind als psychische und somatische Ausdrucksformen der Angst- und Panikzustände zu verstehen, in die der Betroffene in seiner Auswegslosigkeit gerät.

Neben der Einteilung der Krisenmerkmale in objektive und subjektive wird die Krise auch unterschieden in die zwei Grundformen, welche im folgenden Kapitel erläutert werden. Diese Aufteilung der Krise wurde von Kast geprägt.

3.2.2 Die normative und die nicht-normative Krise

Die normative Krise entsteht laut Kast (2013) aufgrund von Veränderungen; diese treten in der Regel in bestimmten Lebensphasen auf, welche in Verbindung mit bestimmten Ereignissen stehen. Hierzu zählen:

- Pubertät
- Berufswahl
- Gründung eines eigenen Heims
- Verlust der Eltern
- Pensionierung
- Verlust eines Haustieres
- Eintritt in ein Alters- oder Pflegeheim.

Bei der nicht-normativen Krise ist man unvorbereitet, denn die Ereignisse sind nicht vorhersehbar. Sie werden im Allgemeinen als Schicksalsschläge wahrgenommen.

Kast beschreibt folgende Beispiele:

- Tod eines Lebenspartners
- Verlust der Arbeit
- Die unerwartete Konfrontation mit einer neuen Diagnose
- Erleiden von Gewalt

3.2.3 Krankheit als Krise

Zeller-Foster beschreibt 2004 die Gesundheit als „höchstes Gut“ unserer Gesellschaft. Die regelrechte Funktion und das optimale Zusammenspiel aller Organe und Organsysteme sei dabei die Voraussetzung zur Aufrechterhaltung der Gesundheit. „Wo diese Bedingungen nicht erfüllt sind, tritt Krankheit auf.“

„In einem humanistischen Pflegeverständnis wird der Mensch als eine bio-psycho-soziale Einheit betrachtet. Nicht die körperlichen Krankheitssymptome stehen im Vordergrund, sondern das Gleichgewicht vom Befinden des Kranken, seine Einstellung zum Geschehen, sowie die Auswirkungen der Erkrankung auf seine Lebenswelt.“(F. Zeller-Foster, Pflegekonzept Band 1, S. 54)

Kast (1989) nennt folglich den „Verlust der Gesundheit eine Verlustkrise, die den Menschen tief erschüttert und ihn aus dem normalen Gang seines Lebens herausreisst.“

Es stellt sich daher die Frage, ob jede Krankheit zwangsläufig zu einer Krise führt.

3.2.3.1 Trauerphasen in existentiellen Verlustkrisen

Laut Kast (1989) erleben Menschen, die mit einer lebensbedrohlichen Diagnose konfrontiert werden, eine existentielle Verlustkrise und durchlaufen die Trauerphasen, ähnlich wie diejenigen nach E. Kübler Ross.

<p>1. Phase des Nicht-wahrhaben-Wollens: Schock</p>	<p>2. Phase der aufbrechenden chaotischen Emotionen: -Wut, Protest: Warum gerade ich? -Schuldgefühle -Angst vor dem Leben -Angst vor dem Sterben -Ohnmacht, Verzweiflung -allenfalls Resignation -Kränkung über den verstümmelten Körper -Trauer um die verlorene Zukunft</p>
<p>3. Phase des Suchens, Findens und Sich-Trennens: Besinnung auf das, was bis jetzt war und in den Verlust einwilligen (auf sich selbst bezogen/auf die Beziehungspersonen bezogen)</p>	<p>4. Neuer Selbst- und Weltbezug: „abschiedlich leben“, Sinn der Krankheit</p>

Tabelle von der Verfasserin erstellt in Anlehnung an S.Käppeli S. 48

Eine maligne Diagnose kann auch zu einer Identitätskrise führen. Im nächsten Abschnitt sind die Säulen der Identität nach Petzold (1995) aufgeführt. Dabei behauptet Petzold, dass wenn eine oder mehrere Säulen stark erschüttert werden oder sogar wegbrechen, Identitätskrisen unausweichlich sind.

3.2.3.2 Die fünf Säulen der Identität

Für die integrative Therapie hat Petzold das Identitätskonzept der fünf Säulen entwickelt. Demnach ist Identität die Gesamtheit der Vorstellungen eines Menschen über sich selbst.

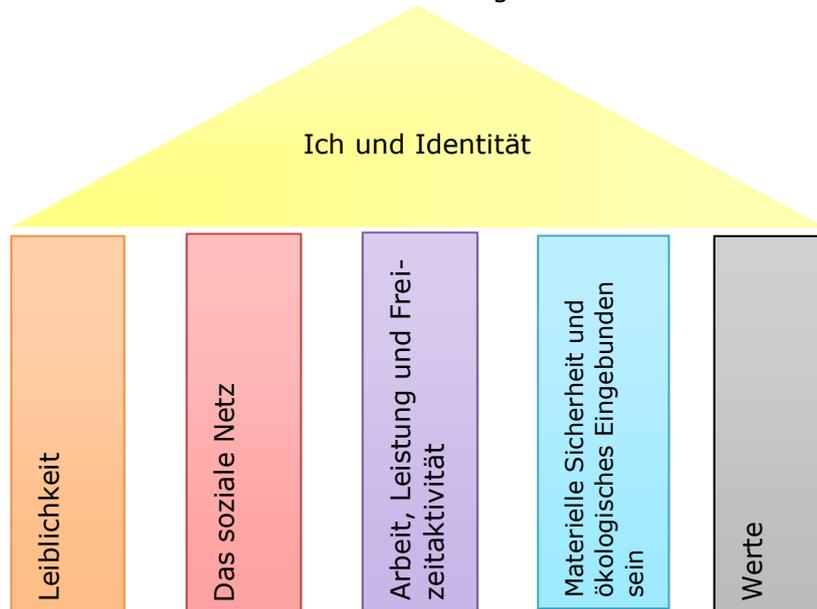


Abbildung von der Verfasserin erstellt in Anlehnung an Petzolds Säulen.

Petzold (2007) beschreibt die fünf Identitätsbereiche folgendermassen:

1. Leiblichkeit

In diesen Bereich gehört alles, was mit dem Leib zu tun hat, seiner Gesundheit, seinem Kranksein, seiner Leistungsfähigkeit, seinem Aussehen und mit der Art und Weise, wie sich der Mensch mag oder „in seiner Haut“ wohl oder eben auch unwohl fühlt.

2. Das soziale Netz

Des Weiteren wird die Persönlichkeit und Identität nachhaltig von den sozialen Beziehungen, dem sozialen Netzwerk, also den Menschen bestimmt, die für jemanden wichtig sind, mit denen er zusammen lebt und arbeitet, auf die er sich verlassen kann und denen er etwas bedeutet.

3. Arbeit, Leistung, Freizeitaktivitäten

Arbeitsleistungen, Arbeitszufriedenheit, Erfolgserlebnisse, Freude an der eigenen Leistung, aber auch entfremdete Arbeit, Arbeitsüberlastung, überfordernde sowie erfüllte oder fehlende Leistungsansprüche bestimmen die Identität nachhaltig.

4. Materielle Sicherheit und ökologisches Eingebunden sein

Die Identität wird zudem beeinflusst von den materiellen Sicherheiten, dem Einkommen, den Dingen, die jemand besitzt, seiner Wohnung oder Haus, aber auch dem ökologischen Raum, dem er sich zugehörig fühlt, dem Stadtteil in dem er sich beheimatet fühlt oder wo er ein Fremder ist. Fehlende materielle Sicherheiten belasten das Identitätserleben schwer.

5. Werte

Der fünfte und letzte Bereich, der die Persönlichkeit und Identität trägt, wird von den persönlichen Werte und Normen gebildet. Damit umschliesst er all das, was jemand für richtig hält, von dem er überzeugt ist, wofür er glaubt, dass es auch für andere Menschen wichtig sei. Dies können religiöse oder politische Überzeugungen sein, die „persönliche Lebensphilosophie“ oder wichtige Grundprinzipien.

„Ist eine Säule angeschlagen, spürt das der oder die Betroffene dies als Beeinträchtigung. Sind zwei oder mehr Säulen betroffen spricht man von einer Krise.“ (H. Petzold, 2007, S. 177)

Diese fünf „Säulen der Identität“ tragen beziehungsweise stützen das Gesamtbild des „Ich“ als Ganzes. Gleichzeitig ist das Selbstbild des „Ich“ Garant für die Intaktheit der einzelnen Säulen. Demzufolge kann man die Identität als schützendes Dach über den fünf Säulen sehen, welches gleichzeitig von diesen getragen wird. Deshalb halte ich in dieser Abbildung das Dach zur Darstellung der Identität für ein sehr passendes Symbol.

3.2.3.3 Die Krisenverarbeitungsspirale nach Schuchardt

Erika Schuchardt (2006) beschreibt die Verarbeitung einer Krise als einen Lernprozess der in acht Phasen abläuft. Diese Phasen verlaufen spiralartig. Dieser spiralartige Verlauf wird der Dynamik eines Bewältigungsprozesses am Besten gerecht.

<p>1. Phase Ungewissheit Im Vordergrund steht das „noch nicht wissen, was werden soll“. Unsicherheit und Unannehmbarkeit beherrschen die Gefühle.</p>
<p>2. Phase Gewissheit Die Realität lässt keine Veränderungen mehr zu. Es gilt der Situation ins Auge zu schauen. Die Situation wird bewusst wahrgenommen. Dieses Wissen ist begleitet von höchst ambivalenten Gefühlen.</p>
<p>3. Aggression Der Mensch reagiert mit Wutausbrüchen, Protest „warum gerade ich?“. Der Zorn ist ein emotional notwendiger Bestandteil der Krisenverarbeitung. Dieser Zorn richtet sich gegen alle Menschen, gegen Gott und die Welt gleichermassen und ergiesst sich ohne sichtbaren Anlass in alle Richtungen. Die Phase wechselt sich mit der</p>
<p>4. Verhandlung Es handelt sich hierbei um die Suche nach einer Alternative zum Zorn, die aber demselben Zweck dient: dem Wiederherstellen des alten Zustands. Diese Phase ist von beinahe kindlich-naiven Wunderhoffnungen begleitet, die jedoch fast immer zum Scheitern verurteilt sind.</p>
<p>5. Depression Die Person fällt in grenzenlose Traurigkeit, Verzweiflung und Depression. Alles Äussere verliert seine Wichtigkeit, die Betroffenen fragen jetzt nach dem Sinn ihres Lebens. Wenn diese Trauer verarbeitet wird, kann die Person in die nächste Phase kommen. Es entsteht:</p>
<p>6. Annahme Die Phase der Annahme bedeutet, dass die Krise aus innerer Einsicht und geistiger Reife akzeptiert wird. Charakteristisch für diese Phase ist die bewusste Erfahrung der Grenze. Diese Grenze, die Vergangenheit und Zukunft trennt, verlangt eine neue Ausrichtung.</p>
<p>7. Aktivität In dieser Phase geht es um das Suchen und Gestalten neuer Lebensmöglichkeiten. Energien werden freigesetzt zur Erarbeitung eines neuen Selbstbildes sowie neue Copingstrategien werden entwickelt und umgesetzt.</p>
<p>8. Solidarität In dieser Phase erfährt der geistige Horizont der betroffenen Person eine aussergewöhnliche Erweiterung. Individuelles Leid tritt in den Hintergrund. Vorrang erhält das gesellschaftliche Umfeld, auf das sich nun die Aktivität der Betroffenen richtet. Diese Phase erreichen allerdings nicht alle Menschen.</p>

Abbildung von der Verfasserin erstellt in Anlehnung an E. Schuchardt Krisenverarbeitungsmodell, 2006

Auch wenn diese Modelle einen verbesserten Einblick in die Situation der Patienten erlauben, stellt sich doch die Frage, was dieses Wissen nun für mich vor allem in der Betreuung des Patienten auf der Notfallstation bringen kann.

Diesbezüglich lässt sich als erstes anmerken, dass die Phasen in der Praxis oft überlappend angetroffen werden und nicht immer einfach auseinanderzuhalten sind. Deshalb ist es im Weiteren von Bedeutung, dass ich mich mit der Theorie genauer auseinandersetze, um Spannungen, Misstrauen und Konflikte zwischen den Patienten und mir vorzubeugen oder diese abzubauen.

3.3 Pflegerische Interventionen

Laut F. Zeller Forster (2004) umfasst der Umgang mit Menschen in Krisensituationen die folgenden vier Schwerpunkte:

Begleiten

Zum Begleiten gehört es, eine Beziehung zum Patienten aufzubauen, durch die Gespräche über seine aktuelle Situation, über sein Befinden und Empfinden möglich werden. Ab diesem Moment beginnen wir als Pflegende den Patienten in solchen Krisensituationen zu begleiten, beziehungsweise ist es erst dann möglich. Das Ganze setzt natürlich Vertrauen voraus, sowie Wertschätzung, Respekt und Akzeptanz. Häufig finden solche Begleitungen verbal, aber auch nonverbal statt. Auch ein Dasein und Aushalten wird nicht als falsche Begleitung erachtet.

Unterstützen

Oft sind die Patienten nicht in der Lage, ihre eigenen Bedürfnisse zu erfüllen. Genau hier kann es von grosser Bedeutung sein, dass die Pflegende gezielt abschätzt, was der Patient für Ressourcen hat und wo er Unterstützung braucht.

Anleitung

Hier sollte die Pflegende Möglichkeiten aufzeigen können mit Schwierigkeiten umzugehen. Dies setzt aber eine genaue Einschätzung der Fähigkeiten und Möglichkeiten des Patienten sowie seiner Belastungsgrenze voraus.

Es geht um die neue Lebenssituation, mit welcher der Patient neu umgehen können muss.

Beraten

Hier arbeiten wir mit interdisziplinären Fachstellen zusammen. Mit dem Fachwissen kann eine Pflegende auch den Patienten selbst beraten und ihm einen kreativen Umgang mit der aktuellen Krisensituation vermitteln. Unter anderem werden hier Fachpersonen aus der Psychotherapie hinzugezogen, oder Seelsorger. Auch die Angehörigen werden hier beraten.

Nebst den pflegerischen Interventionen gibt es noch dem Notfall angepasste Grundregeln, sie werden im nächsten Abschnitt erläutert.

3.3.1 Grundregeln aus der Notfallpsychologie

Es gibt nach B. Gasch einige Grundregeln, welche für die seelische Unterstützung des Patienten im Notfall beachtet werden sollten:

- ↳ Da sein.
- ↳ Zeit haben.
- ↳ Reden.
- ↳ Aktives Zuhören.
- ↳ Gemeinsam nach Lösungen suchen.
- ↳ Eventuell Körperkontakt.

(Lasogga&Gasch, 2008, S.364)

3.3.2 Spirituelle Kommunikation in Existenzfragen

Giebel erwähnt in ihrer Publikation aus dem Jahr 2013 folgende Beobachtungen: Unerwartet werden „Existenzfragen“ geäussert, in unserem straff organisierten Notfallalltag. Um auf solche fragile Äusserungen eingehen zu können sei eine spirituelle Haltung von Vorteil. Es verlange eine extrem hohe Kommunikationskompetenz, die „Sprache der Seele“ habe eine eigene Terminologie.

Diese „Sprache der Seele“ ist eine andere, als die Alltagssprache, so Giebel (2013) weiter. Sie kann mit sachlichen Dingen nicht umschrieben werden.

Giebel umschreibt dies weiter wie folgt:

„Pfleger müssen, wollen sie ihrem Anspruch genügen, neben der Fachsprache und Alltagssprache die sogenannte dritte Sprache, die Sprache der Seele erlernen.

Spirituelles Hören und Fühlen sind wichtige Ressourcen und Kompetenzen in der Beziehungspflege. Die Pflegenden sind nicht so sehr an dem Wort und der Deutung ausgerichtet wie Seelsorger.“ (A. Giebel, 2013, S.111)

Das Zuhören und Hinhören ist laut D. Bürgi (2012) wichtiger als Antwort geben.

Doch Zuhören braucht Zeit. Auch wenn Zeit im Arbeitsalltag eine wertvolle Ressource ist, sollte sie in der Kommunikation der Existenzfragen nicht knapp bemessen werden. Es handelt sich schliesslich um Schlüsselmomente in der Krisenbewältigung.

4 Analyse

Aufbauend auf den erweiterten theoretischen Hintergrund werde ich nun den in Kapitel 2 geschilderten Ist-Zustand mit dem Soll-Zustand anhand meiner Fragestellungen vergleichen. Dabei soll deutlich werden, welche Massnahmen ich bei meinem Patientenbeispiel vielleicht schon intuitiv angewandt oder eben nicht bedacht habe und was ich anhand meiner neu erworbenen Erkenntnisse anders oder ergänzend hätte machen können.

Im Folgenden wird diese Gegenüberstellung tabellarisch organisiert. Dabei wird die real erlebte Situation anhand der relevanten Kriterien im Ist-Zustand retrospektiv und im Soll-Zustand prospektiv analysiert. Schliesslich soll die prospektive Analyse helfen, bei zukünftigen analogen Situationen eine Art „Leitfaden“ im Umgang mit dem Patienten auf der Notfallstation zur Hand zu haben.

Was muss ich als Pflegende im Umgang mit Patienten berücksichtigen, welche eine schwerwiegende Diagnose auf dem Notfall mitgeteilt bekommen?		
Kriterium	Ist-Zustand	Soll-Zustand
Diagnosemitteilung	In dem Moment, als mein Fallbeispiel sich in der Realität ereignete, hatte ich mir keinerlei Gedanken darüber gemacht, was wohl in dem Patienten gerade vorging. Mir war nicht bewusst, dass der Rahmen, in dem man Diagnosen mitteilt, auch von zentraler Bedeutung ist. Dass der Patient sich diesen Moment ganz genau einprägen würde, wurde mir erst klar, als er mich kurze Zeit später im Spitalareal antraf und sich trotz unserer kurzen Begegnung ganz genau an meinen Namen erinnerte, was erfahrungsgemäss nicht selbstverständlich ist.	Die innere Welt eines Patienten ist laut Künzler et al. (2012) nach Mitteilung einer schweren Diagnose gefährdet zu zerbrechen. Diese fragile Situation sollte im Moment einer malignen Befundmitteilung beachtet und entsprechende Massnahmen getroffen werden. Je nach Persönlichkeit des Patienten, kann dadurch ein irreparabler Schaden in der Psyche des Patienten entstehen. Auch wenn die Prognose nicht sehr schlecht ist, assoziieren Menschen mit dem Begriff Krebs katastrophale Bilder. Deshalb sollte dieser Begriff erst fallen, wenn ein begründeter Anhalt diesbezüglich vorliegt.

	<p>Mir war auch nicht bewusst, dass der Patient ab dem Moment der Diagnosemitteilung in der unmittelbaren Gefahr schwebte, in eine existenzielle Krise zu fallen. Als die maligne Diagnose Herrn S. übermittelt wurde, äusserte er mir gegenüber, er hätte sich gewünscht, dass es lieber Tuberkulose wäre. Er fragte mich in dem Moment, ob er jetzt in einer Sackgasse sei. Den Moment der Diagnosemitteilung konnte ich nicht erfassen, da ich zu dem Zeitpunkt nicht anwesend war.</p>	<p>Eine ruhige Atmosphäre ist bei Befundmitteilungen sehr wichtig. Diese Voraussetzung konnte im Fall von Herrn S. durch die verordnete aerogene Isolation sehr gut realisiert werden.</p>
<p>Krisen- definition</p>	<p>Dass die Gesundheit für Herrn S. das höchste Gut war, erkannte man dadurch, dass er sich sehr intensiv mit gesundheitlichen Themen auseinandersetzte. Er hatte sich im Vorfeld über die Tuberkulose-Erkrankung umfangreich informiert. Dies erweckte in mir den Eindruck, dass Herr S. seine eigene Gesundheit sehr ernst nahm, sodass eine Einschränkung dieser Gesundheit sein Leben stark erschüttern würde.</p>	<p>Das durch die Diagnosemitteilung entstehende Ungleichgewicht, welches gemäss Caplan (1964) die Ohnmacht des Patienten gegenüber einer neu entstandenen Herausforderung charakterisiert, ist die erste Erfahrung eines Patienten, der eine schwerwiegende Diagnose mitgeteilt bekommt. Dabei empfindet der Patient in diesem Moment, die ihm zur Verfügung stehenden Ressourcen, zur Bewältigung dieser neuen Herausforderung als ungenügend und verfällt somit in eine Hoffnungslosigkeit. In dieser Hoffnungslosigkeit ist es wichtig, dem Patienten zu zeigen, dass die gesundheitliche Betreuung eine wichtige Ressource darstellen kann, welche ihm zur Verfügung steht.</p>
<p>Subjektive & objektive Merkmale einer Krise</p>	<p>Subjektiv konnte ich seine Unsicherheit und die ausgedrückte Besorgnis wahrnehmen, in dem er mir sagte: „Jetzt bin ich einer Sackgasse oder?!“ Er wirkte auf mich ängstlich und zeigte sehr angespannte Gesichtszüge.</p> <p>Objektiv waren mehrere Phänomene ersichtlich. Der Patient hatte deutlich erweiterte Pupillen, schaute mich stets mit grossen Augen an und beim Sprechen fiel mir auf, wie zittrig seine Stimme war. Dies löste sich mit schluchzendem Weinen und Schreien ab. Auch schien er vermehrt zu schwitzen.</p>	<p>An dieser Stelle möchte ich die einzelnen Merkmale nicht nochmals aufzählen, sondern verweise gerne auf die unter Kapitel 3.1.2 aufgeführte Tabelle.</p> <p>Ich nehme in meinem Notfallalltag des Öfteren solche Phänomene wahr, teile sie jedoch selten zu. Im Nachhinein wirken diese Phänomene für mich viel fassbarer und bringen für mich die Reaktion der Patienten angesichts einer beginnenden Krise zum Ausdruck.</p>

<p>Form der Krise</p>	<p>Herr S. wurde zugewiesen mit der Verdachtsdiagnose "Tuberkulose". Er wirkte über die Erkrankung und die Therapie im Vorfeld informiert.</p> <p>Bei Eintritt schien er sich für mich in keiner Krise zu befinden. Er war eher in einer Ungewissheitsphase.</p> <p>Auf unserer Notfallstation wurde er mit einer malignen Diagnose überrascht. Das Vorhersehbare wurde damit durch das Unvorhersehbare mit der malignen Diagnose abgelöst.</p> <p>Diese Wendung war damit im klassischen Sinne ein Schicksalsschlag, mit dem er unerwartet konfrontiert wurde. Deshalb geriet er in eine nicht-normative Krise.</p>	<p>Kast bezeichnet diese Art der Krise, welche unvorhersehbar beziehungsweise unerwartet auf jemanden zukommt, als <i>nicht-normative</i> Krise.</p> <p>Dementsprechend ist der Verlust der Gesundheit eine <i>Verlustkrise</i>. Dieser Kategorisierung entsprechend durchläuft der Patient in dieser Krise die in Kapitel 3.2.4. genannten Trauerphasen.</p> <p>Im Nachhinein kann ich das Verhalten von Herrn S. der Trauerphase 1 zuordnen, d.h. der Phase des Nicht-wahrhaben-Wollens. Herr S. war schockiert und gab zu, dass er lieber Tuberkulose hätte.</p> <p>Vielleicht konnte man in seinem Verhalten schon überlappend Merkmale der Phase 2 erkennen. So konnte ich beispielsweise erkennen, wie verzweifelt der Patient war, denn man sah ihm seine Angst richtig an.</p>
<p>Säulen der Identität</p>	<p>In meinem real erlebten Fall auf der Notfallstation des Spital Uster habe ich mir keine Gedanken darüber gemacht, welchen Einfluss die Diagnosemitteilung auf die Identität von Herrn S. haben könnte. Die Säulen der Identität waren mir in diesem Moment nicht bewusst. Da jedoch neben der somatischen Pflege auch die psychische Betreuung des Patienten in solchen Momenten sehr wichtig ist, wäre es meiner Meinung nach nicht falsch, sich darüber Gedanken zu machen, welchen Einfluss die Diagnosemitteilung auf das Empfinden und Selbstbild des Patienten haben könnte.</p> <p>Wenn jedoch eine solche Säule wegbrechen zu droht, wie bei Herr S. kann es zu einer Identitätskrise kommen.</p> <p>Jede Säule von Petzold ist von grosser Bedeutung, bei Herr S. ist die Leiblichkeit angeschlagen. Denn in diesen Bereich gehört alles hinein was mit dem Leib und seiner Gesundheit zu tun hat. Auch wie er aussieht und ob er sich wohl oder unwohl fühlt.</p>	<p>Für den korrekten Umgang mit dem Patienten in einer seelischen Krise ist zu berücksichtigen, dass es gewisse Strukturen in unserem Ich und der Identität gibt, wie beispielsweise die Säulen der Identität nach Petzold (siehe Kapitel 3.2.3.2).</p> <p>Diese Säule können von solchen Schicksalsschlägen bedroht oder sogar ernsthaft destabilisiert werden.</p> <p>Je nach Charakter und psychischem Zustand des Patienten können mehrere dieser Säulen betroffen sein und so fällt der Patient früher oder später in eine existenzielle Krise.</p> <p>Für mich gilt es die Signale solcher Destabilisierungen zu erkennen und gemäss meinen Möglichkeiten kommunikativ und pflegerisch zu intervenieren.</p>

Dies ist die theoretische Analyse über den Ist- und Soll-Zustand des real erlebten Falls, d.h. zwischen dem, was ich bereits wahrgenommen und intuitiv verstanden hatte und dem, wie ich künftig derartige Situationen reflektierend erleben sollte. Dieses theoretische Wissen über die Phänomene, die bei Mitteilung schwerwiegender Diagnosen auftreten, sollte damit

von nun an stets im Hinterkopf behalten werden. Nun ist es jedoch auch wichtig, die richtigen pflegerischen Interventionen daraus abzuleiten. Im Folgenden werde ich auf diese genauer eingehen.

Wie kann ich die Patienten in deren Krisen unterstützen?		
Kriterien	Ist-Zustand	Soll-Zustand
Krisenverarbeitungsspi-rale	<p>Die Ungewissheitsphase war mir bewusst. Denn Herr S. kam zu uns und wusste nicht, ob er Tuberkulose hat.</p> <p>Die Gewissheitsphase dagegen war für mich eher neu, da die Patienten bis zur eigentlichen Diagnose oftmals weitere Abklärungen benötigen, welche nicht immer auf unserer Notfallstation durchgeführt werden. Deshalb war diese Phase für mich von zentraler Bedeutung, da ich genau in diesem Moment nicht mehr intervenieren beziehungsweise agieren konnte, da mir einfach die Worte fehlten.</p>	<p>In der Begleitung wäre es von Vorteil gewesen, wenn die auslösenden Ereignisse besser wahrgenommen worden wären. Auch dass die Patienten in dieser Phase Informationen am besten schriftlich erhalten sollten, hätte hier bedacht werden sollen.</p>
Pflegerische Interventionen	<p>Ich war in der konkreten Situation verstummt und ausser mir. Die gesamte Schlüsselszene lief im Nachhinein für mich chaotisch und unstrukturiert ab. Auch dachte ich lange, dass ich dadurch, dass ich nichts sagte, falsch gehandelt habe.</p> <p>Entgegen des anfänglichen Eindrucks, ich hätte hier vieles falsch gemacht, ist mir jetzt im Nachhinein bewusst, dass meine pflegerischen Interventionen zwar ungenügend aber auch nicht gänzlich unangebracht waren. So habe ich die Diagnose nicht verharmlost oder in diesem Moment aufbauende Sätze oder irgendwelche Chancen aufgezählt, was in dieser Situation nicht angemessen gewesen wäre.</p>	<p>Die Grundregeln nach B. Gasch waren mir nicht bekannt. Durch Unwissen habe ich daher auch nichts gemacht, einfach weil ich Angst hatte, nicht angemessen zu handeln. Dabei hätten die Grundhandlungen des</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Da Seins, ↳ Zeithabens, ↳ Redens, ↳ aktiven Zuhörens, ↳ gemeinsam nach Lösungen Suchens und ↳ eventuell Körperkontakt <p>helfen können.</p> <p>Nach Zeller kann ich vielmehr im Notfall einfach begleiten, wobei den Patienten nicht allein zu lassen sowohl nonverbal als auch verbal stattfinden kann. Die Autorin erwähnt daher explizit, dass ein einfaches Da Sein nicht falsch ist. Da mich zuvor grosse Schuldgefühle geplagt hatten, weil ich einfach nichts gemacht hatte, bin jetzt umso erleichterter, aus der Literaturrecherche ableiten zu können, dass meine Intervention nicht als 'falsch' deklariert wird. Die Auseinandersetzung mit der Spiritualität wiederum hat mir aufgezeigt, dass der Auftrag des Begleitens auch auf einer Notfallstation gelingen kann und dass das Zuhören und Hinhören dabei wichtiger ist als das Antwortgeben.</p>

Gibt es für mich ein geeignetes Behandlungsmodell, welches ich in solchen Krisensituationen auf der Notfallstation künftig anwenden kann?

Wenn ich anhand der Krisen-Merkmale erkennen und identifizieren kann, in welcher Phase sich der Patient gerade befindet, kann ich ihn im Idealfall angemessen **begleiten** und **unterstützen**.

Das optimale Behandlungsmodell lautet für mich „da zu sein“ und die Beziehung zum Patienten aufzubauen, die es ermöglicht – wenn der Patient es erlaubt – ein Gespräch über die Situation, sein Empfinden und Befinden zu führen. Für all diese Punkte wurde ich durch die vorliegende Arbeit sensibilisiert.

5 Auseinandersetzung

5.1 Gewonnene Erkenntnisse

Die Frage nach dem Warum führt immer in eine Sackgasse. Auch das Verharmlosen der Diagnose richtet nur mehr Schaden an als Nutzen.

Zur Diagnosemitteilung auf der Notfallstation habe ich mir bis zu dem Zeitpunkt nie tiefergehende Gedanken gemacht. Mir war immer klar, dass dies Arztsache ist und ich damit nichts zu tun habe.

Die direkte Konfrontation mit einem durch eine Diagnose ausgelösten Schicksalsschlag hat mich jedoch wachgerüttelt und dazu bewogen, auch einige theoretische Modelle mit in meine Arbeit einzufließen lassen. So weiss ich heute, dass bei derartigen Befundmitteilungen die gesamte Persönlichkeit des Menschen angegriffen wird und tragende Säulen seiner Identität wegzubrechen drohen.

Prozesse, wie Schuchardt sie aufzeigt, haben mich sensibilisiert. In meinem zukünftigen Arbeits-Alltag möchte ich solche Phänomene besser wahrnehmen um patientenadaptiert darauf eingehen zu können.

Durch das Bearbeiten der Theorie habe ich zudem verschiedene Erkenntnisse über die Erscheinungsformen von existenziellen Krisen gewonnen.

Dass sich die subjektiven ebenso wie die objektiven Merkmale von Krisen individuell gestalten, war mir neu. Für mich ist dies jedoch von zentraler Bedeutung, um diese korrekt erkennen zu können.

Es gibt überall Krisen. Fast jeder Mensch gerät im Laufe seines Lebens in solche Situationen, so dass das richtige Umgehen damit und das Ableiten der gezielten pflegerischen Interventionen daraus für mich eine Bereicherung darstellt. Dieses Wissen künftig in meinen Arbeits-Alltag einfließen lassen zu können bereitet mir Freude.

Ebenso die Einsicht, dass im Wort *Krise* auch die Idee einer Chance steckt, war für mich am Anfang nicht direkt verständlich und sogar ein wenig fremd. So fragte ich mich etwa, wie ein Mensch, der eine maligne Diagnose erfährt, noch eine Chance darin sehen soll. Dann habe ich jedoch erkannt, dass das Erleben eines solchen Schicksalsschlages auch eine Wandlung der Persönlichkeit mit sich bringt und damit eine innere Entwicklung. Die Krise durchzustehen, um neu mit der veränderten Lage umzugehen, muss daher als die Chance darin wahrgenommen werden.

5.2 Mir bekannte Interventionen

Ich hab lange darüber nachgedacht, ob ich mit meinem Schweigen etwas Falsches getan habe. Laut Zeller (2004) kann das Begleiten jedoch auch nonverbal stattfinden. Alleine die physikalische Präsenz und das Da-Sein kann für einen Patienten bereits Trost bedeuten.

Weitere pflegerische Interventionen konnte ich im geschilderten Fallbeispiel allerdings nicht aufführen, da mir das Bewusstsein für bestehende Optionen zu diesem Zeitpunkt einfach fehlte. Zeitmangel als Entschuldigung für fehlende Begleitung kann ich überdies nicht als Grund angeben, da mir in diesem Moment die Zeit nicht fehlte. Die Handlungsarmut war damit einzig und allein auf unzureichendes Wissen zurückzuführen.

5.3 Anwendbarkeit meiner Ergebnisse

In der Praxis kann ich meine neu gewonnenen Ergebnisse gut anwenden, denn sie sind bereits mit geringem Aufwand umsetzbar.

Ich habe dieses Thema bewusst gewählt, da auf meiner Notfallstation im Spital Uster Patienten mit malignen Diagnosen konfrontiert werden. In diesen Situationen will ich künftig meiner Aufgabe als Pflegende und damit auch Begleitende durch mein neues Wissen besser gerecht werden.

Das A und O hierbei wird darin bestehen, zu erkennen, dass sich auch Patienten zum Zeitpunkt der Mitteilung in unterschiedlichen Stufen existenzieller Verlustkrisen (nach Kast) befinden können. Mir dieses Umstandes bewusst zu sein, wird helfen, die geeigneten Reaktionen meinerseits auszuwählen.

Dabei ist mir bewusst, dass ich nicht alle theoretisch möglichen pflegerischen Interventionen auf der Notfallstation umsetzen kann. Zu begleiten und für den Patienten unterstützend da zu sein sollte hingegen möglich sein.

5.4 Was ich auch hätte thematisieren müssen

Herr S. hat mich in der geschilderten Situation mit einer Sinnfrage konfrontiert. Erst jetzt, im Nachhinein, bemerke ich, dass derartige Fragen einige Unsicherheit mit sich bringen. Denn es stellt sich die Frage, was wir als Pflegende überhaupt äussern dürfen beziehungsweise ob sich eine solche Frage wertfrei beantworten lässt.

Ebenfalls hätte ich das Konzept der Salutogenese miteinfließen lassen können. Diese erschien mir indes am Anfang nicht von besonderer Bedeutung und erst bei der Auseinandersetzung mit den fünf Säulen der Identität bemerkte ich, dass auch dieser Begriff für den Umgang mit der Nachricht eine Relevanz hätte.

6 Schlussfolgerung

6.1 Transfer in die Praxis

Ich kann mich mit meinem neuen Wissen besser auf Patienten in Krisensituationen einlassen. Je nachdem, in welcher Verarbeitungsphase sich der Patient befindet, kann ich so meine Kommunikation anpassen.

Ich weiss jetzt, dass ich die Last des Patienten nicht tragen kann, sondern nur versuchen, ihn auf seinem Weg zu unterstützen, indem ich die Ressourcen aufzeige und miteinbeziehe, die er nicht hat oder in diesem Moment nicht wahrnimmt.

Ich muss Grenzen akzeptieren, zum Beispiel, wenn der Patient in der Phase des Nicht-wahrhaben-wollens oder gänzlich am Boden zerstört und damit nur schwer zugänglich ist.

Mir persönlich ist die Beantwortung der Frage, wie ich unterstützen kann, sehr von Bedeutung, da ich dachte, ich hätte alles falsch gemacht.

Für mich ist diese Arbeit zudem eine Bereicherung, insbesondere hinsichtlich meiner Sozialkompetenz. Die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Modellen, die es zum Thema Krise gibt, hat mir ausserdem eine Struktur gegeben und aufgezeigt, dass es von Bedeutung ist, die Phasen zu erkennen und gezielt zu intervenieren.

Was die Erkennung der Phänomene angeht, die eine Krise auslösen können, fühle ich mich jetzt deutlich sensibilisierter. Ich wurde durch diese Arbeit ausserdem hellhörig bezüglich der Folgen, die solche Einschnitte im Leben eines Menschen auf der Notfallstation bewirken können.

Als Pflegende bin ich in der Rolle der Begleiterin. Deshalb ist es auch von grosser Bedeutung, wie ich meine persönlichen Krisen durchlebt und bewältigt habe sowie davon, welche Haltung ich zu bestimmten Lebensfragen habe. Wie ich Menschen in ihrer Krise begleiten kann, hängt somit immer von meinen eigenen Möglichkeiten ab, zum Beispiel inwiefern ich Gefühle zulassen, diese reflektieren und einordnen kann.

Zum Schluss möchte ich noch auf die beiden Termini eingehen, deren Definitionen beziehungsweise Etymologien mich am meisten bereichert haben. Es sind dies der Begriff "Diagnose", der unter anderem auch die Bedeutung „Entscheidung“ in sich trägt, sowie der Begriff "Krise", welcher ebenfalls auf eine „Chance“ hinweist. Es sind zwei unabhängige Begriffe voneinander jedoch haben diese zwei Begriffe mich die letzten neun Wochen begleitet.

7 Reflexion meines Lernprozesses

Am Anfang hatte ich etwas Bedenken, eine Diplomarbeit über das gewählte Thema zu schreiben sowie hinsichtlich der Frage, ob ich überhaupt genug herausfinden würde.

Als ich mit dem Nachdiplomstudium begann, war ich fest davon überzeugt, dass ich eine Diplomarbeit über eine Diagnose und die dafür zur Verfügung stehenden medizintechnischen Interventionen schreiben würde.

Nach und nach bemerkte ich jedoch, dass solche reinen Fachfragen für meinen Beruf eine geringere Gewichtung haben werden, da ich die entsprechenden Informationen einfach nachlesen kann. Speziell durch das Internet kann ich im Falle eines Problems einfach „googlen“ und in der Mehrzahl der Fälle habe ich daraufhin eine Lösung.

Daher berührte mich die Unvorbereitetheit auf Situationen wie die in meinem Fallbeispiel beschriebene deutlich stärker und ich wollte folglich herausfinden, was ich in einer analogen Situation künftig anders machen kann. Diese Zielsetzung der Arbeit konnte erfüllt werden, denn ich habe tatsächlich wertvolle Tipps für den Alltag erhalten und auch von Fachpersonen mehr über ideale pflegerische Interventionen in solchen Fällen erfahren.

Was mir Schwierigkeiten bereitete, war die Zusammentragung der Ergebnisse. Im Rahmen dieser Aufgabe kam mir der Input von Patrick Honegger aus dem Modul "Schlüsselkompetenzen" in den Sinn, weshalb ich mich im Folgenden dazu entschied, mittels Einfügen von Tabellen die Organisation der Analysepunkte auch visuell zu unterstützen. Ich hatte nämlich bemerkt, wie chaotisch die Gesamtheit aller Einzeleindrücke für mich war und wie schwer es mir fiel, anhand meiner Fragestellungen die zu erwartenden Antworten zu geben. Im Nachhinein stellte ich fest, dass mir die Tabelle mit dem Ist- und Soll-Zustand zu einem befriedigenden Ergebnis verhalf und genau die Orientierung bot, die ich benötigte.

Mein persönlicher Zeitstrahl, den ich als Methode von einem Modul „Arbeitsorganisation“ aus dem ZAG kenne, half mir, alle Teilschritte sinnvoll zu organisieren. Ich habe ihn an die erstellte Abbildung von der Z-ina angelehnt und dieser Plan hat mich von Anfang bis zum Schluss begleitet. Obwohl ich am Anfang noch sehr viel Mühe hatte, die Zeit richtig einzuteilen, da ich noch die Geräteprüfung hatte, konnte ich mich im Grossen und Ganzen mich recht gut an den Zeitplan halten.

Durch die Bearbeitung dieser Diplomarbeit hatte ich zudem interessante Gespräche im Team. Hatte ich noch am Anfang keineswegs gedacht, dass sich mein Team für mein Thema interessieren könnte, so stellte ich schnell fest, dass ich mich getäuscht hatte. Ich durfte erfahren, dass mehrere meiner Arbeitskollegen bereits hin und wieder direkt mit Sinnfragen von Patienten konfrontiert worden waren und dabei ähnliche Probleme und Gedanken erlebt hatten wie ich.

Ich würde daher dieses Thema wieder wählen, würde jedoch im Fall einer Neubearbeitung das Thema „Spiritualität“ deutlich stärker miteinflussen lassen.

8 Literaturverzeichnis

Fachliteratur:

Abderhalden et. al (2006). Psychiatrische Pflege. Bern: Hans Huber Verlag

Diegelmann C. & Isermann M. (2011). Ressourcenorientierte Psychoonkologie. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer

Giebel Astrid (2013). Diakonie Care. Neukirchen-Vluyn:Neukirchener Verlagsgesellschaft

Käppeli Silvia (2004). Pflegekonzepte Band 1. Bern: Hans Huber Verlag

Kast Verena (2013). Lebenskrisen werden Lebenschancen. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder

Lassoga F. & Gasch B. (2008) Notfallpsychologie. Berlin Heidelberg: Springer Verlag

Petzold H., Schay P.& Ebert W. (2007). Integrative Suchtttherapie. Wiesbaden: VS-Verlag

Schuchardt E. (2006) Warum gerade ich?. Göttingen: Burckhardthaus Laetare Verlag

Fachzeitschriften:

D. Bürgi. (2012) Spiritualität in der pflege- ein existenzieller Zugang. Seite 10-21

9 Glossar

Abdomen	der Bauch
aerogene	bedeutet auf dem Luftweg, über die Luft
Bronchuskarzinom	Lungenkrebs
Copingstrategien	Bewältigungstrategie
FFP	Atenschutzmaske mit Maximalleckage FFP=Filtering Face Piece
Isolationszimmer	Quarantänezimmer die zum Schutz der Umgebung dienen, um potentiell gefährliche Erreger die Übertragung zu verhindern
Konventionelle	förmlich, gebräuchlich
Leitsymptome	Kernsymptom bedeutsamste Zeichen
Maligne	lat. malignitas; bösartigkeit
Metastase	Ableger eines bösartigen Krebsgeschwürs
Phänomen	Wahrnehmbare Erscheinungen
Pleura	Brustfell
Primärtumor	Abnormales Zellwachstum oder unkontrollierte Zellvermehrung in den Ort, wo der Krebs entsteht
Primary survey	Beurteilung nach dem ABCDE
Psychotherapie	dient der Behandlung psychischer Störungen
Red Flags	Warnzeichen welche auf eine ernstzunehmende Erkrankung eines Patienten hindeuten, welche eine sofortige ärztliche Untersuchung erforderlich machen
Resignation	zurückziehen
Ressourcen	Massnahmen
Secondary survey	genauere Befunderhebung
Tachykardie	beschleunigte Herzfrequenz über 100/min
Terminologie	die Lehre von den Fachbegriffen
Thorax	Brustkorb
Tuberkulose	Ist eine bakterielle Infektionskrankheit die am häufigsten die Lunge befällt
ZAG	Zentrum für Ausbildung im Gesundheitswesen Kanton Zürich

Danksagung

Viele Menschen haben mich motiviert und wachgerüttelt in den letzten acht Wochen, die so schnell vergangen sind. Ein grosses Dankeschön an Frau D. Bürgi: Sie haben mich inspiriert und mir auch den notwendigen Rat hinsichtlich der Spiritualität gegeben. Ein weiterer Dank geht auch an die Z-ina, denn ohne die dort erworbenen Schlüsselkompetenzen hätte ich Frau Bürgi nicht avisieren können.

Auch bei Frau Petra Emmerich möchte ich mich bedanken: Sie hat mich in der Dispositionssprechung gezielt motiviert und mir den richtigen Weg für den Beginn meiner Arbeit aufgezeigt.

Vielen Dank auch an Frau Claudia Loher: Sie hat mich immer wieder motiviert und mir den roten Faden wiederfinden geholfen, wenn ich mich 'verzettelt' hatte.

Meinem Freund danke ich schliesslich für seine Geduld und seine passenden Worte sowie die Hilfe beim Hochdeutschen, da ich immer wieder in einen dialektalen Schreibstil verfallen bin.

Selbständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass diese Diplom-/ Projektarbeit von mir selbständig erstellt wurde. Das bedeutet, dass ich keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel beigezogen und keine fremden Texte als eigene ausgegeben habe. Alle Textpassagen in der Diplom-/ Projektarbeit, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Datum:

Unterschrift:

Veröffentlichung und Verfügungsrecht

Die Z-INA verpflichtet sich, die Diplom-/ Projektarbeit gemäss den untenstehenden Verfügungen jederzeit vertraulich zu behandeln.

Bitte wählen Sie die Art der vertraulichen Behandlung:

✓	Veröffentlichung ohne Vorbehalte
	Keine Veröffentlichung

Datum:

Unterschrift:

Bei Paararbeit Unterschrift der 2. Autorin/ des Autors:

Von der Z-INA auszufüllen:

Die Z-INA behält sich vor, eine Diplom-/ Projektarbeit nicht zur Veröffentlichung frei zu geben.

	Die Diplom-/ Projektarbeit kann seitens Z-INA veröffentlicht werden
	Die Diplom-/ Projektarbeit kann seitens Z-INA nicht veröffentlicht werden

Datum:

Unterschrift der Studiengangsleitung: