

# Schmerzhafte Eingriffe kindgerecht gestalten

## **Nicht-medikamentöse pflegerische Massnahmen**

**Rahel Kugler**

**NDS HF Notfallpflege**

**Kurs H 13**

**Universitäts-Kinderspital Zürich, Notfallstation**

**Datum: 2. Februar 2015**

## Zusammenfassung

Schmerzhafte Eingriffe sind auf der Notfallstation des Universitäts-Kinderspitals Alltag. Wie solche Eingriffe kindgerecht gestaltet werden können, was man dafür braucht und ob dies überhaupt möglich ist, damit befasst sich diese Arbeit.

Drei Schwerpunkte aus dem Konzept Child Life wurden genauer betrachtet um daraus konkrete Massnahmen für die Notfallstation abzuleiten. Diese wurden in der Praxis angewendet und die Erkenntnisse festgehalten.

Abschliessend kann gesagt werden, dass als Pflegefachperson Aspekte von Child Life in der täglichen Arbeit genutzt werden können. Die Aufgaben eines Certified Child Life Specialist können hingegen nicht übernommen werden.

Eine Auseinandersetzung mit dem Thema muss jedoch stattfinden. Es ist ein Kinderrecht.

**Inhaltsverzeichnis**

1 Einleitung ..... 1

    1.1 Motivation ..... 1

    1.2 Fragestellung ..... 2

    1.3 Ziel..... 2

    1.4 Abgrenzung ..... 2

    1.5 Methode zur Untersuchung der Fragestellung ..... 2

2 Hauptteil ..... 3

    2.1 Ergebnisse der Literaturrecherche ..... 3

    2.2 Konzept Child Life ..... 3

        2.2.1 Was ist ein Child Life Specialist und was sind seine Aufgaben?..... 3

    2.3 Child Life Support auf der Notfallstation?..... 4

        2.3.1 Positioning for Comfort..... 4

            2.3.1.1 Positioning for Comfort für das Legen von Insytes/Blutentnahmen ..... 5

        2.3.2 Ablenkung ..... 6

        2.3.3 Mit Kindern über Erlebnisse im Spital sprechen ..... 7

            2.3.3.1 Minimal bedrohliche Sprache ..... 7

3 Schlussteil ..... 9

    3.1 Erkenntnisse während dem Schreiben der Diplomarbeit ..... 9

        3.1.1 Elternarbeit..... 9

    3.2 Erfahrungswerte aus der Praxis ..... 10

        3.2.1 Zu Positioning for Comfort: ..... 10

        3.2.2 Zur Ablenkung ..... 11

        3.2.3 Zur minimal bedrohliche Sprache: ..... 12

    3.3 Schlusswort ..... 13

## 1 Einleitung

### 1.1 Motivation

An einem Kind eine schmerzhaft Intervention durchzuführen, gestaltet sich für mich oftmals als schwierig und unangenehm. Besonders die Gruppe der 1-3 jährigen empfinde ich als Herausforderung.

Dies möchte ich am Beispiel einer venösen Blutentnahme (BE)/ legen eines Insytes (periphere Venenverweilkanüle) näher ausführen: Herausfordernd, da es für die Kinder oftmals die erste venöse BE ist. Somit ist nicht nur für die Kinder sondern auch für die Eltern alles neu. Teilweise zeigen Eltern ein Unverständnis bezüglich der Notwendigkeit der Intervention, auch gibt es viele welche angespannt sind und deutlich kommunizieren, dass sie einen Fehlschlag nicht tolerieren. Andere wirken ängstlich und verunsichert, sorgen sich wie das Kind reagieren wird, müssen die Tränen zurückhalten. Als Pflegende fühle ich mich in solchen Situationen unter Druck gesetzt, nicht zu versagen.

Säuglinge und Kleinkinder sind zudem noch nicht in der Lage kognitiv nachvollziehen zu können weshalb eine BE gemacht wird. Da bin ich oft ratlos, denn ich habe den Anspruch an mich, dem Kind die Intervention so erklären zu können, damit es verstehen kann was geschieht und warum. Auch mitanzusehen, wie die Kinder weinen, schreien und sich wehren ist für mich schwierig auszuhalten. Oft begleitet mich das Gefühl, denn Kindern nichts bieten zu können um es ihnen leichter zu machen, durchzuhalten. Es löst in mir Unbehagen und Hilflosigkeit aus, ich arbeite dann so zügig wie möglich um dem Kind wie auch mir und den Eltern länger andauernden Stress zu ersparen. Solche Situationen auszuhalten fällt mir schwer. Es lässt in mir ein Ohnmachtsgefühl aufkommen, ich möchte etwas tun, weiss jedoch nicht wie.

Vom äusserst neugierigen Kind, dass sich nicht aus der Ruhe bringen lässt und so nah wie möglich am Geschehen sein will um alles ganz genau betrachten zu können bis zum schreienden, umsichschlagenden, spuckenden Kind habe ich während der Arbeit schon alles erlebt.

In den folgenden zwei Situationen sind beide Kinder 2 Jahre alt. Die eine Situation geht reibungslos über die Bühne, die andere beschreibt eine Situation, wo es für mich sehr schwierig ist, das Kind zu unterstützen, wo ich unzufrieden mit mir und meiner Leistung bin.

- M. liegt auf der Patientenliege, die Mama sitzt daneben. Ich sage zu ihm, dass ich jetzt Blut nehmen muss, damit wir herausfinden können warum er krank ist damit wir ihn wieder gesund machen können. Er lässt sich problemlos an der Hand anfassen, den Stauschlauch anlegen etc. Er zeigt sich interessiert, liegt krumm auf der Patientenliege um sich die beste Sicht zu ermöglichen. Während der Blutentnahme greift er zum Blutentnahmeröhrchen, schaut sich sein Blut an, während des fixieren des Insytes zeigt er mit der anderen Hand zum Fixationspflaster auf die Teddybären, welche darauf abgebildet sind. Nach der Blutentnahme will er sich alles nochmals ganz genau anschauen bevor ich einen Verband anbringe. Während der ganzen Zeit zeigt er sich zufrieden.
- K. sitzt bei der Mama auf dem Schooss. Verkriecht sich, als ich zu ihm sage, dass ich Blut nehme um aufklären zu können was ihn krank macht damit er wieder gesund werden kann. Er beginnt zu weinen, als ich seine Hand nehme, beginnt zu treten beim Anlegen des Stauschlauchs. Schreit los, als er bemerkt, dass er die Hand weiterhin bei mir lassen muss. Schreit, tritt, zappelt während der BE, ich breche ab da es für die Mama zunehmend schwieriger wird das Kind auf dem Schooss zu halten. Nach einer Neupositionierung machen wir weiter und beenden die BE wie sie begonnen hat: mit einem tobenden Kind.

Zwei völlig unterschiedliche Kinder und dementsprechend völlig unterschiedliche Ausgangslagen. Seit Beginn meiner Anstellung im September 2012 auf der Notfallstation des Universitäts-Kinderspital Zürich (Kispi) begleitet mich die Frage, ob und wenn ja wie ich Kinder wie K. näher an M. bringen kann. Kann ich Gegebenheiten der Notfallstation zu meinem Vorteil nutzen oder sind es die Nachteile, die überwiegen. Was ist mir möglich und wie?

## 1.2 Fragestellung

Folgende Fragestellung möchte ich durch das Schreiben dieser Arbeit beantworten:

- Wie kann ich schmerzhaftes Interventionen kindgerecht gestalten?

Dazu muss ich im Vorfeld diese Fragestellungen beantworten können:

- Welche Möglichkeiten habe ich auf der Notfallstation?
- Welche Grenzen gibt mir das Setting der Notfallstation vor hinsichtlich des Zeitmanagements und der personellen Ressourcen?
- Welche Ressourcen der Kinder kann ich nutzen?

## 1.3 Ziel

Nach Abschluss dieser Arbeit kenne ich Massnahmen, um schmerzhaftes Interventionen kindgerecht gestalten zu können. Diese Massnahmen sollen im Setting der Notfallstation durchführbar sein. Zusätzlich dürfen diese Massnahmen keinen personellen oder zeitlichen Mehraufwand darstellen. Ich berücksichtige dabei die Ressourcen der Kinder. Meine Erkenntnisse wende ich im Alltag an und gebe mein Wissen weiter, zum Beispiel im Rahmen eines Studierendenforums.

## 1.4 Abgrenzung

Im Rahmen meiner Arbeit möchte ich mich auf die Altersgruppe der 1-3 jährigen beschränken. Als Beispielsituation wähle ich das Legen eines Insytes (mit/ohne BE) aus. Diese Intervention stellt jedoch keine lebensrettende Sofortmassnahme dar.

Medikamentöse Massnahmen wie zum Beispiel die lokale Applikation von Emla-Crème sind zuvor getroffen worden.

Desweiteren gehe ich davon aus, dass die Intervention in Anwesenheit der Eltern stattfindet. Eltern werden stellvertretend für alle Bezugspersonen vom Kind genannt. Die Betreuung der Eltern beziehe ich, soweit notwendig zur Beantwortung meiner Fragestellung, mit ein. Ansonsten grenze ich die Elternarbeit aus. Im weiteren Text nenne ich die Mama stellvertretend für beide Elternteile und weitere Bezugspersonen vom Kind. Die Kommunikation und Kontaktaufnahme zum Kind und den Eltern findet ohne erschwerte Bedingungen statt. Demnach grenze ich Fremdsprachigkeit, Kinder mit kognitiven Einschränkungen und/oder Bewusstseins Einschränkungen aus.

## 1.5 Methode zur Untersuchung der Fragestellung

Ich führe eine fachrelevante Literaturrecherche zum Thema durch. Daraus erarbeite ich mögliche durchführbare Massnahmen und passe diese ans Setting der Notfallstation an. Die gewonnenen Erkenntnisse wende ich in der Praxis an, um Erfahrungswissen zu sammeln.

## 2 Hauptteil

### 2.1 Ergebnisse der Literaturrecherche

Zahlreiche Studien untersuchen, wie Kindern schmerzhaftere Eingriffe erleichtert werden können. Verschiedenste Herangehensweisen und Coping Strategien wurden untersucht, unter anderem in folgender Studie „*Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain (Review)*“ von Pillai Riddell, RR., Racine, NM., Turcotte, K., Uman, LS., Horton, LE., Din Osmun, L., Ahola Kohut, S., Hillgrove Stuart, J., Stevens B. & Gerwitz-Stern, A. (2012), The Cochrane Collaboration.

Als einzige Literatur fachspezifisch für die Notfallstation konnte ich folgende Studie finden, welche sich explizit mit der Wundversorgung beschäftigt: „*Evaluation of Nonpharmacologic Methods of Pain and Anxiety Management for Laceration Repair in the Pediatric Emergency Department*“ von Sinha, M., Christopher, NC., Fenn, R. & Reeves, L. (2006), veröffentlicht im Pediatrics, Official Journal of the American Academy of Pediatrics.

Rasch ist mir aufgefallen, dass sich alle Studienergebnisse im Konzept Child Life wiederfinden. Beim genaueren recherchieren wurde mir klar, dass Child Life weiter geht: während Studien sich auf die Durchführung einer oder mehrerer möglicher Copingstrategie während einer Intervention beschränken, befasst sich Child Life mit der Vorbereitung, der Durchführung und der Nachsorge, nicht nur bei schmerzhaften Interventionen, sondern auch was den Spitalaufenthalt im Allgemeinen angeht. Daher möchte ich mir das Konzept genauer anschauen. Glücklicherweise fand ich eine Certified Child Life Specialist (CCLS) in der Schweiz, mit welcher ich ein Fachgespräch führen durfte.

### 2.2 Konzept Child Life

In der Schweiz ist das Hôpital des Enfance de Lausanne das einzige Spital, welches CCLS beschäftigt. Weltweit hat sich Child Life in zahlreichen Ländern etabliert, in Europa unter anderem in Schweden, Holland, Spanien und Rumänien. Im deutschsprachigen Raum sind CCLS aktuell noch weitgehend unbekannt.

Child Life Support hat viele Namen, ein CCLS kann zum Beispiel auch Play Specialist heissen. Die Dachorganisation für CCLS in den USA ist das Child Life Council. Da meine Fachexpertin in den USA gelernt hat und diesen Titel trägt, werde ich im Rahmen meiner Arbeit von CCLS sprechen.

#### 2.2.1 Was ist ein Child Life Specialist und was sind seine Aufgaben?

Ein CCLS ist ein „Spezialist, der Teil eines multidisziplinären Teams ist und speziell darauf geschult wurde, Kinder und deren Familien in einer schwierigen medizinischen Situation und anderen kritischen Lebensereignisse zu unterstützen.“

Er „fördert das Verständnis bei Spitalaufenthalt oder stressigen Lebensereignissen, erkennt und stärkt die adaptive Ressource der Familie, fördert eine Umgebung, die emotionale Unterstützung umfasst, fördert die psychosoziale Entwicklung vom hospitalisierten Kind (und) unterstützt die Geschwister.“

(V. del Valle Mattsson, 2013)

Certified Child Life Specialist ist ein eigenständiger Beruf. Viele, welche CCLS sind, haben zuvor ein Studium in Psychologie absolviert. Die Weiterbildung zum CCLS wird im englischsprachigen Raum angeboten. In den USA ist es für eine Pflegefachfrau mit Bachelortitel möglich, CCLS zu werden. Die Ausbildung ist berufsbegleitend aufgebaut, man braucht einen Praktikumsort, muss Kurse besuchen (unter anderem zu Psychologie,

Entwicklung, Soziologie) und sich so Schritt für Schritt zur Qualifikation für das Abschlussexamen hinarbeiten. Die Ausbildung dauert in der Regel 2-3 Jahre.

### 2.3 Child Life Support auf der Notfallstation?

CCLS kommen auch auf der Notfallstation in den Einsatz. Sie arbeiten mit dem Behandlungsteam zusammen. Zum Beispiel übernehmen sie die Vorbereitung von Kindern für eine schmerzhaft Intervention, helfen mit bei der Durchführung, schauen, dass Kinder bei langen Wartezeiten altersentsprechende Angebote zur Beschäftigung bekommen und unterstützen die Eltern dabei, ihren Kindern Support zu geben.

Im Fachgespräch mit Verena del Valle Mattsson (siehe Anhang) konnte ich erfahren, wie sie als CCLS ein Kind auf das Legen eines Insytes mit einer Blutentnahme vorbereitet. Im Alltag plant sie für eine solche Sequenz 10-15 Minuten ein.

Die zeitlichen Ressourcen der Pflegekräfte auf der Notfallstation sind oft sehr knapp. Da das Kispri keine CCLS beschäftigt, müsste ich als Pflegende diese Aufgaben übernehmen. Mir fünfzehn Minuten Zeit nehmen zu können, um einem Kind das Legen eines Insytes/BE zu erklären, ist selten möglich. Dazu kommt, dass ich keine Ausbildung zum CCLS absolviert habe. Andere Aspekte von Child Life sind jedoch auch ohne CCLS durchführbar und stellen zudem weder einen zeitlichen noch einen personellen Mehraufwand dar, zumindest ist dies mein erster Eindruck.

#### 2.3.1 Positioning for Comfort

Positioning for Comfort ist ein Modell, welches ursprünglich 1985 im Rainbow Babies and Childrens Hospital in Cleveland, Ohio (USA) entworfen wurde. Im Konzept Child Life hat es einen festen Platz.

Kinder im Alter von 1-3 Jahren sind ständig in Bewegung. Sie wollen stehen, laufen, klettern und entdecken; wollen sehen, was um sie herum geschieht und darin nicht eingeschränkt werden! Ihre Sinne sind geschärft, sie wollen alles anfassen, mithören und probieren wie es schmeckt. Eine fremde Umgebung verunsichert, die Eltern müssen dabei sein um dort auf Entdeckungstour zu gehen.

Beobachte ich Ärzte und Pflegende während der Arbeit, zeigt sich, dass Kinder oft in eine liegende Position gebracht werden. Eltern sind sich so sehr daran gewöhnt, dass sie ihre Kinder teils ohne Aufforderung auf die Untersuchungsliège setzen oder sie gleich versuchen hinzulegen. Die liegende Position kann für Kinder beängstigend sein und zu einem Gefühl von Kontrollverlust führen. Die Wahrnehmung vom Raum ist verändert und sie sind auch in ihrem Sichtfeld eingeschränkt.

Besonders an Positioning for Comfort ist, dass die Kinder eine sitzende Haltung einnehmen können und sie engen Körperkontakt zu ihrer Bezugsperson haben. Dies vermitteln Kindern Halt und Sicherheit, ausserdem können sie den Raum als Ganzes wahrnehmen und haben eine uneingeschränkte Sicht auf das, was geschieht.

Sobald das Kind den Rumpf und den Kopf halten kann, was je nach Entwicklungsstand bereits mit 4 Monaten möglich ist, können diese Positionen eingenommen werden. Die Literatur beschreibt, dass sie nach Belieben angepasst werden können. Child Life versteht diese Positionen demnach nicht als fix vorgegeben sondern als variabel. In meiner Fragestellung möchte ich die Ressourcen der Kinder nutzen. Die Eltern verstehe ich als eine Ressource vom Kind. Hier habe ich eine Möglichkeit, die Eltern aktiv miteinzubeziehen, ich kann ihnen eine klare Aufgabe geben und sie so in den Behandlungsprozess integrieren.

**2.3.1.1 Positioning for Comfort für das Legen von Insytes/Blutentnahmen**

Drei Positionen möchte ich näher anschauen. Die ausgewählten und mit N. und ihrer Mama nachgestellten Positionen weichen von den in der Literatur beschriebenen und teilweise auch fotografierten Positionen leicht ab. Intuitiv bringen Kinder und Eltern sich in eine für sie angenehme Position, ohne dass diese an Funktionalität einbüsst. Folgende Bilder sind demnach nur für N. und ihre Mama stimmig, können jedoch als Anregung genutzt werden. Die Position der Pflegefachfrau, welche die Ablenkung übernimmt und gegebenenfalls das Kind beim Stillhalten unterstützt, muss ans Kind angepasst werden. N. bevorzugte die rechte Seite deutlich.

Erste Wahl für das Legen eines Insytes beim Kind sind die Venen des Handrückens und der Ellenbeuge. Bei Kindern mit schwierigen Venenverhältnissen an den oberen Extremitäten wird für einen Insyte/BE auf die Vena saphena ausgewichen. Eine Position für das Legen eines Insytes/BE am Fuss ist demnach unbedingt zu integrieren.

Legen eines Insytes/BE wobei das Kind den Blick jederzeit zu- oder abwenden kann:



Das Kind sitzt Bauch an Bauch bei der Mama auf dem Schooss und lehnt sich bei ihr an. Die Mama stützt das Kind wie notwendig. Den Arm streckt das Kind seitlich weg und legt ihn auf die Untersuchungs-liege. Die Höhe der Liege muss an die Grösse des Kindes angepasst



werden. Die Pflegefachfrau welche die Aufgabe der Ablenkung übernimmt passt ihre Position den Umständen an. N. liess sich nur für das eine Foto kurz überzeugen wegzuschauen. Die Pflegefachfrau wechselte daher die Seite.

Legen eines Insytes/BE mit zugewandtem Blick des Kindes:



Das Kind sitzt vor der Untersuchungs-liege bei der Mama auf dem Schooss. Der Arm, an welchen der Insyte gelegt wird, liegt auf der Untersuchungs-liege. Die Mutter umfasst das Kind an der Taille, mit der freien Hand kann sie wenn nötig ihr Kind in der Ablenkung unterstützen oder ihm Streicheleinheiten zukommen lassen, usw. Während der Aufnahmen bevorzugte N. diese Position eindeutig.



## Position für das Legen eines Insytes/BE am Fuss:



Das Kind sitzt auf der Liege und lehnt sich bei der Mama an. Die Mama selber oder eine weitere Person kann das Kind ablenken. Die sitzende Position limitiert die Möglichkeit des Kindes zu treten und das Bein zu bewegen. N. hat das rechte Bein von sich aus gestreckt und das linke gebeugt. Da N. die rechte Seite bevorzugte wechselte die Pflegefachfrau die Seite.

### **2.3.2 Ablenkung**

„What you don't notice may not hurt“  
(Child Life Council, (o.J.), Comfort Tips)

Hinter dem Prinzip der Ablenkung steht die Hypothese, dass wenn die Aufmerksamkeit von der stressvollen Situation weg gelenkt wird, es zu Veränderungen der nozizeptiven Reaktion kommt welche eine körpereigene Schmerzunterdrückung auslöst.

(Mc Grath 1999, Pediatric Pain Letter April 2012, Vol 14, No 1 - Mechanistically, it is hypothesized that diverting ones attention away from the stressful changes nociceptive responsens and triggers an internal pain-suppressing system.)

Ausserdem wird beschrieben, dass die Forschung zeigt, dass Ablenkung generell hilfreich ist für akute medizinische Behandlungen, es jedoch der Charakter der Kinder ist welcher ausmacht, wie gut Ablenkung nützt. Ablenkung wirkt effektiver, wenn die Kinder aktiv daran beteiligt sind. Vom Zeitfaktor her wird genannt, dass es am besten greift bei Interventionen welche wenige Minuten dauern.

Ablenkung kann generell immer angeboten werden. Angebote sollen möglichst viele der fünf Sinne ansprechen (auditiv, visuell, taktil, olfaktorisch, kinästhetisch) und dem Alter und den Interessen vom Kind angepasst werden. Kinder im Altern von 1-3 Jahren sind am Entdecken ihrer Umwelt und zeigen sich sehr neugierig. Dies kann man sich zunutze machen.

Für 1-3 Jahre alte Kinder werden folgende konkrete Ablenkungsangebote in der Literatur empfohlen:

- Spielzeug mit Licht und Geräuschen
- Pop-Up Bücher
- Wimmelbücher
- Windräder
- Seifenblasen
- Eigene Spielsachen: Spiele auf dem Tablets der Eltern, Fotos anschauen, eigene Bilderbücher uvm.

Viele der vorgeschlagenen Ablenkungsangebote sprechen mehr als einen Sinn an. Zum Beispiel Spielzeug mit Licht und Geräuschen:

- Visuell: das Kind kann es sich anschauen, es leuchtet zusätzlich
- Auditiv: es macht Geräusche
- Taktile: das Kind kann es anfassen und herausfinden, wie es das Spielzeug selber zum Leuchten und Geräusche machen bringen kann.

### 2.3.3 Mit Kindern über Erlebnisse im Spital sprechen

Im Situationsbeschreibung äussere ich meine Ratlosigkeit bezüglich wie ich dem Kind das Insyde legen/BE erklären soll, damit es mich versteht. Kurz möchte ich anschauen, wo 1-3 Jahre alte Kinder in ihrer sprachlichen Entwicklung stehen:

B. Zollinger sagt, dass im Alter von 12-24 Monaten ein Kind „den Zusammenhang zu begreifen beginnt zwischen Wörter, die es hört und dem, was sie bezeichnen. Es lernt, erste Wörter zu verstehen und zu sprechen. Es entdeckt, dass es mit Wörtern etwas bewirken kann, schaut in Bücher und realisiert, dass die Bilder nicht hier und jetzt vorhandenes abbilden. Es beginnt die Welt zu erforschen und wird dadurch zunehmend mit dem Wort Nein konfrontiert. Dadurch erfährt es, dass die anderen nicht automatisch wissen, was es will. Es muss seine Bedürfnisse mitteilen!

Mit 24-36 Monaten „beginnt das Kind zu fragen (Was ist das? Wo ist das?) und erweitert so rasant seinen Wortschatz. Es kann mehrere Wörter zu Sätzen zusammenknüpfen. Das Kind erkennt sich ausserdem im Spiegel, nennt sich beim Namen und sagt „ich“.“

(Zollinger, B., *Wie mein Kind die Sprache entdeckt*, Merkblatt zum Download, Zentrum für kleine Kinder)

Lediglich Kindern Informationen zu geben stellt nicht sicher, dass Kinder diese Informationen auch verstehen können. Dazu kommt, dass Stress die Aufnahmefähigkeit vermindert. Kinder haben eine zusätzliche Hürde zu überwinden, da ihre kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten noch nicht soweit ausgebildet sind wie die eines Erwachsenen. Aus diesem Grund brauchen Kinder zusätzliche Unterstützung.

Viele Informationen zu Krankheit, Verletzungen, Prozeduren und allgemein zum Spital sind neu, ungewohnt und unbekannt. Um Kinder und deren Familie bei der effektiven Verarbeitung von Informationen zu unterstützen, muss die verwendete Sprache deutlich, klar, altersgerecht und minimal bedrohlich sein. Die Kommunikation mit Kindern so zu gestalten, ist wohl eine der grössten Herausforderungen. Der Gebrauch von unbekanntem Wörtern kann verwirrend sein und Angst auslösen, im Spital wimmelt es geradezu von solchen Begriffen. Deshalb habe ich mir die minimal bedrohliche Sprache genauer angeschaut.

#### 2.3.3.1 Minimal bedrohliche Sprache

„Ich halte dich fest.“ versus „Ich helfe dir dabei, ganz still zu halten.“

Das Child Life Council hält zur minimal bedrohlichen Sprache folgende Richtlinien fest:

- Kommuniziere präzise und vervollständige Informationen in einer der Entwicklung angepassten Art
- Stelle nur dann eine Frage, wenn das Kind auch wirklich eine Wahl hat.
- Frage, wie es sich für sie anfühlt/angefühlt hat um die Wahrnehmung vom Kind nachvollziehen zu können. Benutze Wörter und Sätze welche die natürliche Sprache der Kinder reflektiert.
- Benutze weiche Wörter, um Kindern mögliche Empfindungen zu vermitteln
- Wähle Worte, die Empfindungen genau beschreiben. Vermeide den Begriff „weh“ da dieser Begriff dazu tendiert, die Angst des Kindes zu erhöhen. „Weh“ vermittelt

keine hilfreiche Information. Aufgrund der vielen nicht-spezifischen Konnotationen kann es zu selbst-erfüllenden Erwartungen kommen.

- Explizite Details und Informationen bezüglich Aspekte, welche Kinder nicht direkt erfahren, vermeiden. Zu viele Details können Kinder verwirren oder erschrecken.
- Bitte Kinder zu beschreiben, was sie glauben (oder was sie gehört haben) was passieren wird. Kinder missverstehen oft Dinge die sie gesehen oder belauscht haben. Ist ihre Wahrnehmung falsch, erkläre ihnen in einfachen Worten, was tatsächlich eintreten wird.
- Bei der Verwendung von medizinischen Begriffen erkläre diese immer in einer dem Entwicklungsstand angepassten Weise und anhand konkreter Beispiele mit welchen die Kinder vertraut sind.
- Gib Kindern eine Auswahl von Möglichkeiten beim Beschreiben von was sie möglicherweise während oder nach einer medizinischen Behandlung fühlen. Diese Art der Kommunikation ermöglicht es dem Kind als Person zu reagieren, gleichzeitig erhält das Kind genaue Informationen ohne das vorgegeben ist, auf die eine oder andere Weise zu fühlen. Sie ermöglicht dem Kind ausserdem ein Gefühl der Kontrolle über seinen Körper und über die Situation.
- Ermutige Kinder, eine aktive Rolle einzunehmen anstatt ein passiver Empfänger zu sein.

(aus: Gaynard, L., Wolfer, J. & Laidley, L. (1998) Psychosocial Care of Children in Hospitals: A Clinical Practica Manual From the ACCH Child Life Research Project)

Um in einer minimal bedrohlichen Sprache kommunizieren zu können, muss mir erst bewusst sein, welche Worte auf das Kind bedrohlich wirken können. In einem nächsten Schritt muss ein anders Wort dafür gesucht werden, dies setzt Kreativität im Umgang mit Sprache voraus und auch Wissen bezüglich der Sprachentwicklung und des Sprachverständnis vom Kind.

Im Spitalalltag gibt es zahlreiche Wörter, wo es nicht dabei bleibt, ein anderes Wort dafür zu finden sondern es auch einer Erklärung bedarf. Auch dann kann ich die minimal bedrohliche Sprache nutzen.

Folgendes Beispiel möchte ich zur Benutzung der minimal bedrohlichen Sprache nennen und genauer ausführen:

- „Es gibt jetzt einen Stich.“  
Die Information, dass es einen Stich gibt, gibt keinen Aufschluss darüber, wie lange das schmerzhaftes Erlebnis dauert oder welche Intensität von Schmerz zu erwarten ist. Grundsätzlich wissen Kinder, dass Stiche Schmerzen bereiten. Womöglich wurden sie mal von einem Insekt gestochen oder sie kennen es als Warnung ihrer Eltern, „Achtung, das sticht, das macht weh“ im Zusammenhang mit Reisszwecken oder Stecknadeln. Zudem bekommt das Kind kein Angebot, sich später dazu zu äussern.
- „Ich bringe jetzt den Infusionsschlauch unter die Haut. Viele Kinder sagen, dass es sich kurz anfühlt, als ob sie eine Bleistiftspitze berühren, andere, dass es ist als ob man sie kneift. Erzähl mir nachher, wie es sich für dich angefühlt hat!“  
Mit dieser Formulierung gebe ich dem Kind Anhaltspunkte. Ich nenne ihm, dass es ein kurzer Schmerz ist und gebe Anhaltspunkte, wie sich dieser Schmerz anfühlen könnte. Dabei benutze ich Wörter und Beschreibungen, welche das Kind bereits kennt. Ich lade es ein, sich zu äussern, wie es war und schaffe damit Offenheit für einen Dialog.

Auch viele Eltern wissen nicht, wie ein Insyte gelegt wird. Oft haben sie (wie die Kinder auch) Vorstellungen, welche nicht der Realität entsprechen, zum Beispiel wie gross die Nadel sein wird. Dazu kommt, dass viele nicht wissen, dass es keine Nadel ist, welche in der Vene liegen bleibt sondern ein flexibles Plastikschläuchlein. Ich vermittele mit der

minimal bedrohlichen Sprache und damit verbundenen Informationen somit auch Wissen für die Eltern.

Für Kleinkinder mögen diese Erklärungen noch komplex sein, einzelne Worte davon, zum Beispiel „kurz“, können jedoch auch sie problemlos verstehen. Ab ca. 4 Jahren kann diese Erklärung vollumfänglich verstanden werden und das Kind verfügt über einen Wortschatz, um formulieren zu können, wie es für sie war. Bei einer gut wirksamen Ablenkung tritt dies jedoch oft in den Hintergrund und Kinder erzählen vom Spiel oder vom Buch wenn sie später danach gefragt werden. Nicht jedes Kind braucht die Information, vor allem im Zusammenhang mit Ablenkung stellt sich die Frage, wie sinnvoll es ist. Schulkinder und Jugendliche fordern solche Informationen gezielter ein.

### 3 Schlussteil

#### 3.1 Erkenntnisse während dem Schreiben der Diplomarbeit

Ob und wie gut die genannten Massnahmen greifen, wird von vielen Faktoren beeinflusst. Während dem Ausarbeiten der jeweiligen Massnahmen habe ich mir darüber wiederholt Gedanken gemacht.

##### 3.1.1 Elternarbeit

In der Abgrenzung sage ich, dass ich die Betreuung der Eltern soweit miteinbeziehe wie notwendig, um meine Fragestellung beantworten zu können. Bei einer nüchternen Betrachtung der ausgesuchten Massnahmen kann ich die Elternarbeit ausgrenzen, nutze die Eltern jedoch als Ressource vom Kind.

Wie ein Kind mit Schmerz, Unwohlsein und/oder ungewohnten Situationen umgeht ist grösstenteils abhängig davon, wie die Eltern (oder andere Bezugspersonen welche das Kind begleiten) damit umgehen. Kinder nehmen Hinweise von Erwachsenen auf und bauen diese Erkenntnisse in ihre Einschätzung wie gefährlich oder wie sicher eine Situation ist, mit ein. Sie denken sich zum Beispiel „wenn Mama Angst hat und so nervös ist – dann muss das sehr schlimm sein!“ Auch Eltern, welche mir gegenüber im Beisein ihrer Kinder ihre Sorgen äussern, wie sehr die BE dem Kind Schmerz zufügen wird, nebenbei noch erzählen, wie schrecklich es für sie als Kind war, stellen für ihr Kind keine Unterstützung dar. Die Kinder hören aus der Unterhaltung heraus, dass es ihnen Schmerzen machen wird und es ihre Eltern schrecklich finden.

Diese Eltern darf ich darauf aufmerksam machen. Ich kann ihnen versichern, dass ich mein bestmöglichstes tun werde, um es dem Kind angenehm zu gestalten. Ich kann sie erinnern, dass sie die Person sind, die ihrem Kind Sicherheit vermitteln kann – und ich kann ihnen Unterstützung anbieten dabei. Eltern, welche selber entspannt sind können ihrem Kind helfen, sein Stresslevel zu senken und sind ausserdem auch besser in der Lage, sich ganz dem Support ihres Kindes zu widmen, ihnen Sicherheit geben, Trost zu spenden und Copingstrategien zu zeigen im Sinne von wenn etwas unangenehmes mit dir geschieht gibt es Möglichkeiten, es dir erträglicher zu machen.

Eine weitere Grundvoraussetzung, damit meine Massnahmen greifen können, ist Ehrlichkeit. Ich darf mich nicht davor scheuen, Eltern zu korrigieren in ihren Aussagen, zum Beispiel wenn Eltern ihren Kindern versichern „Du bekommst keinen Picks“ und ich weiss, dass ihr Kind zur Diagnostik eine Blutentnahme benötigen wird. Kinder muss ich auf unangenehme Aspekte aufmerksam machen. Ich kann dies jedoch mit Hilfe der minimal bedrohlichen Sprache tun. Auch um Kindern Eingriffe zu erklären, kann ich auf die minimal bedrohliche Sprache zurückgreifen.

In einer Notfallsituation bleibt Zeit, dem Kind folgende Worte zu sagen: „Du bist im Spital, wir werden dir helfen, dass es dir besser geht. Mami bleibt die ganze Zeit bei dir. Ich habe keine Zeit, dir jetzt alles zu erklären, was wir machen werden, aber nachher werde ich dir alles erklären.“

### 3.2 Erfahrungswerte aus der Praxis

Während der Recherche und dem Schreiben dieser Arbeit habe ich meine vorgeschlagenen Massnahmen umgesetzt. Bis ich alle drei Massnahmen kombiniert nutzen konnte, brauchte ich einige Übung! Es verlangte auch Flexibilität und ein Umdenken von meinen Kolleginnen und Kollegen.

#### 3.2.1 Zu Positioning for Comfort:

Zu Beginn benötigte ich mehr Zeit, Eltern zu instruieren wie sie ihr Kind nach Positioning for Comfort bei sich haben können, als wenn ich das Kind mit dem Rücken auf die Untersuchungsliege gelegt hätte. Es ist jedoch schlicht Übungssache und nach wenigen Schichten gelang es mir. Meine persönliche Vorliebe ist, dass ich meine Hand während dem Insyte legen/BE abstützen möchte und auch die Hand vom Kind auf der Liege oder einem Kissen aufliegen soll. Wie ich zum Kind stehe oder sitze musste ich teils anpassen wenn die Kinder bei ihren Eltern sassen, dass ich ihnen dabei oft gegenüber sitze macht mir jedoch nichts aus. Bezüglich der Organisation meines Arbeitsplatzes musste ich umdenken, wo mein Tableau jedoch liegt, ist mir zum Glück gleichgültig, es muss einfach so nah sein, dass ich problemlos alle Utensilien greifen kann die ich benötige.

Die Eltern äusserten sich oft unsicher. Sie hatten Bedenken, ob sie ihr Kind in dieser Position halten können und ob es nicht sicherer wäre, wenn das Kind auf der Liege liegen würde. Ich erklärte ihnen jeweils, dass es nicht ums festhalten geht sondern darum, dass ihr Kind in einer Position sein kann, welche ihm grösstmögliche Sicherheit und Kontrolle über die Situation vermittelt. Nicht alle liessen sich überzeugen, es auszuprobieren. Viele jedoch zeigten sich im Nachhinein begeistert davon und meinten, sie werden sich das für den nächsten Besuch beim Kinderarzt merken. Rasch aufgefallen ist mir, dass die Kinder die Positionen selber anpassen und kleine Änderungen vornehmen. Nach dem Fototermin mit N. und ihrer Mama bestätigte sich dies. Auf allen Fotos sitzt Nora anders als auf den gefundenen Abbildungen. So scheint jedes Kind es sich am bequemsten zu machen innerhalb der Möglichkeiten, die die Position gibt. Auch zeigte sich bei N. wie auch bei anderen Kindern sehr deutlich, dass sie hinschauen möchten. Beim Fotografieren mochte N. es gar nicht, als wir das Bild mit dem wegschauenden Blick aufnehmen wollten und gab ihrem Unmut Ausdruck. Das Bild gelang dank der Ablenkung trotzdem. Rückblendend fällt mir auch kein Kleinkind ein, dass von sich aus weggeschaut hat, da hatten die Eltern das wegschauen forciert. Meiner Erfahrung nach wollen demnach Kleinkinder die Möglichkeit haben, zuzuschauen, ältere Kinder hingegen schauen lieber weg.

Im Kispi führen wir Interventionen oft zu zweit durch, beim Insyte legen sind wir bis auf wenige Ausnahmen immer zu zweit wenn das Kind jünger als ein Schulkind ist. Daher fällt das festhalten, beziehungsweise das dem Kind helfen, ganz still zu halten, nie den Eltern zu. Das ist auch ein grosses Anliegen aller auf der Notfallstation, Eltern sind zum Trösten da, nicht um das Kind festzuhalten.

Meine Kolleginnen und Kollegen waren trotz dessen die grössten Skeptiker. Mein Argument war immer, dass wenn ein Kind sich zu wehren beginnt, sich bewegt während einer Intervention – in welche Richtung geht's? Immer in Richtung zu den Eltern! Was also, wenn ich das Kind von Anfang nah zu den Eltern gebe und es sich gar nicht in Richtung Mami bewegen muss? Einige Skeptiker konnte ich überzeugen, es auszuprobieren – und

sie erzählten von Erfolgen. Die Frage ob es sinnvoll ist, das Kind während einer schmerzhaften Erfahrung zur Mutter zu geben wurde mir wiederholt gestellt von Seiten des Team, Eltern haben mich noch nie diesbezüglich angesprochen. Persönlich vertrete ich die Meinung, dass die Mutter nicht als Belohnung eingesetzt werden sollte im Sinne von nachher darfst du wieder zum Mami. Natürlich frage ich bei den Eltern nach, ob sie sich vorstellen können ihr Kind bei sich zu haben. Sofern es für die Mutter in Ordnung ist, empfinde ich es als grosse Erleichterung für das Kind und erlebe die Kinder als ruhiger im Vergleich zu anderen welche auf der Liege sind. Mütter möchten ihre Kinder beschützen, Positioning for Comfort gibt ihnen diese Möglichkeit.

Ebenfalls bewährt hat sich, einen Plan B im Kopf zu haben und diesen allen Beteiligten zu erklären, insbesondere auch dem Kind. Heute gehe ich anders an solche Situationen heran - ich erkläre jedem Kind, was ich tue und gebrauche dafür die minimal bedrohliche Sprache. Wenn das Kind die Position eingenommen hat, sage ich bspw. „Du erinnerst dich, deine Aufgabe ist es, deinen Arm ganz still zu halten. Wenn es dir sehr schwer fällt, deinen Arm still zu halten, dann wird Anne (Beispielperson) dir dabei helfen. Hast du Mühe, deinen Körper still zu halten, werden wir dir auch dabei helfen und dich mit einem Tuch eng zudecken (Plan B).“ Das Wissen um den Plan B für alle Beteiligten und die entsprechende Vorbereitung (das Tuch bereits so bei der Mutter zu platzieren, damit es sofort ohne weitere Zwischenschritte gebraucht werden kann wenn nötig) hat sich bewährt. Bisher musste ich einmal eingreifen und das Kind ins Tuch wickeln. Ich konnte das Kind aber trotzdem bei der Mama auf dem Schooss sitzen lassen.

### 3.2.2 Zur Ablenkung

Ablenkung während Eingriffen wird im Kispi oft angeboten. Auch beim Erfassen der Vitalparameter, beim Anlegen eines Gipses und zur Beschäftigung bei Langweile werden Angebote gemacht. Beim genaueren Hinschauen sind mir zwei Punkte aufgefallen welche den Erfolg merklich beeinflussen:

- Zuständigkeit: wer lenkt das Kind ab?
- Stellenwert der Ablenkung

Bevor eine Intervention durchgeführt wird, an welcher mehrere Personen beteiligt sind, müssen die Rollen geklärt sein. Grundsätzlich kann jede anwesende Person das Kind ablenken mit Ausnahme derjenigen, welche die medizinische Intervention durchführt. Trauen es sich die Eltern zu, mache ich sie darauf aufmerksam, dass sie sich voll und ganz darauf konzentrieren sollen. Ein Blick zur Seite um zu schauen an was wir von der Pflege dran sind, lenkt die Aufmerksamkeit vom Kind wieder auf die Intervention. Dasselbe gilt natürlich für die Pflegenden, die diese Aufgabe übernimmt!

Wenn ich als Pflegenden für einen Patienten zuständig bin, führe ich in der Regel auch die Blutentnahmen selber durch. Wenn ich eine Kollegin gefunden habe, die mir helfen kann, ist oft die Frage die, wer sticht und wer hält. Bisher habe ich mir keine grossen Gedanken darüber gemacht. Jetzt, nach dem Schreiben dieser Arbeit, stört es mich. Ich finde es sollte heissen: Blut nehmen oder ablenken! In letzter Zeit habe ich oft die Rollen getauscht und bei meinen Patienten die Insytes nicht selbst gelegt, sondern das Kind dabei abgelenkt. Ich wollte wissen, welchen Effekt es hat, wenn ich mich voll und ganz auf das Ablenken konzentrieren kann und wie es sich anfühlt. Es ist ganz schön schwierig, nicht zur Kollegin zu schauen um herauszufinden wie weit wir sind.

Ich erlebe es so, dass wenn wir einen Insyte/BE zu zweit durchführen, die Aufmerksamkeit beider Pflegenden oftmals beim Legen vom Insyte ist. Nebenbei zeige ich dem Kind etwas oder überlasse es den Eltern. Beim Job Ablenkung bin ich die Notfallressource meiner Kollegin und helfe dann aktiv mit, wenn sie meine Hilfe benötigt um die BE erfolgreich

beenden zu können (beispielsweise bei der Befestigung des Insytes oder dem Anreichen von Blutentnahmeröhrchen). Ansonsten kümmere ich mich nur um meinen einen Auftrag: Ablenkung. Denn nur wenn ich der Ablenkung diese Wichtigkeit gebe, habe ich die Chance, dass sie optimal gelingt.

Während dem Schreiben meiner Arbeit habe ich ausserdem mein persönliches Sortiment von Ablenkungsangeboten erweitert. Nebst dessen, dass die Gegenstände möglichst handlich sein sollten, muss ich sie auch desinfizieren können, um dem hygienischen Aspekt Sorge zu tragen.

Aktuell trage ich pro Schicht etwa drei Gegenstände in der Kitteltasche mit, zum Beispiel ein LED-Tier-Schlüsselanhänger mit Licht -& Soundeffekten, ein Wimmelbuch in Taschengrösse und ein Windrad - alle diese Gegenstände können problemlos gereinigt und desinfiziert werden. Die LED-Tiere muss ich ab und an ersetzen, sonst funktioniert es gut. Von Anfang an war mir klar, dass wenn ich dem Kind eine Auswahl bieten kann, ich es mit grösserer Wahrscheinlichkeit für etwas begeistern kann. Ein weiterer nützlicher Nebeneffekt ist, dass ich dem Kind ermöglichen kann, mitzubestimmen. Ausserdem kann es sich während der Intervention für etwas anderes entscheiden, falls ein Gegenstand oder ein Buch beginnt es zu langweilen. Die Gegenstände in meiner Kitteltasche sind für Säuglinge bis Schulkinder geeignet. Alle Altersgruppen abzudecken ist schwierig da sich die Interessen sehr wandeln je älter die Kinder werden. Älteren Kindern biete ich ein Gespräch an über ihre Hobbies, die letzten Ferien oder ihr Haustier. Ich instruiere sie in Atemübungen, lasse sie Geschicklichkeitsspiele lösen, Filme schauen oder sie nutzen ihr Handy. Das wichtigste: alle Angebote sollten mit einer Hand nutzbar sein.

Zur Nutzung von Tablets/Handy noch ein paar Worte: Tatsache ist, dass Kinder von heute mit dieser Technologie aufwachsen und sehen, wie alltäglich wir Erwachsenen diese Technologie heute nutzen. Verena del Valle Mattsson hat mir Spiele-Apps empfohlen gehabt. Auf dem Notfall haben wir kein Tablet welches Kinder benutzen können, da ich jedoch weiss, dass sich die Schmerzfachgruppe im Haus aktuell mit diesem Thema beschäftigt und möglicherweise Tablets anschaffen will, habe ich mir die empfohlenen Spiele geholt, es ausprobiert und einzelnen Kindern mein persönliches Tablet ausgeliehen. Einem anfangs sehr ängstlichen 5 jährigen Jungen hatte ich mein iPad gegeben für die Blutentnahme: er konnte sich so sehr ins Spiel vertiefen, dass ich ihn zum Schluss anstupsen musste, sonst hätte er gar nicht mitgekriegt, dass ich schon fertig bin. Persönlich bin ich dagegen, Kinder mit iPads und Handys zu beschäftigen, Eltern sollen mit ihren Kindern Bücher anschauen und nach draussen zum Spielen gehen! Wenn ich jedoch einem fünfjährigen fünf Minuten ein iPad geben kann und ihm das hilft, keine Angst vor der Blutentnahmen zu haben – dann finde ich, dass diese fünf Minuten iPad einen grossen Wert haben und dies den Einsatz mehr als rechtfertigt.

### **3.2.3 Zur minimal bedrohliche Sprache:**

Vor allem die minimal bedrohliche Sprache zu benutzen ist mir anfangs schwer gefallen. Sensibilisiert zu sein und mich selber zu reflektieren hat mir geholfen mich darin zu verbessern. Auch meine Berufsbildnerinnen habe ich gebeten, sich darauf zu achten und mir Rückmeldung zu geben. Ich hatte auch die Möglichkeit, Verena del Valle Mattsson zu fragen, wenn ich nicht weiter wusste. Dafür bin ich ihr enorm dankbar.

Ich bewege mich schon so lange im Metier Spital, dass mir viele Ausdrücke so geläufig sind, dass ich teilweise nicht daran denke, dass diese Ausdrücke für mein Patient und die Eltern völliges Neuland bedeuten. Ich habe mir angewöhnt, immer nachzufragen, ob das Kind solch eine Intervention schon einmal erlebt hat und/oder was sie bereits darüber wissen. Ich versuchte, eine Situation pro Schicht für mich in die minimal bedrohliche Sprache zu

übersetzen, meine Überlegungen dann am Patienten zu testen und zu verfeinern. So hat sich mit der Zeit mein Wortschatz vergrössern können und ich kann heute viele Interventionen minimal bedrohlich beschreiben und erklären. Natürlich werde ich weiter daran arbeiten um es weiter verinnerlichen zu können mit dem Ziel, dass ich in jeder Situation die minimal bedrohliche Sprache nutzen kann.

Die Eltern reagierten darauf grösstenteils positiv, einzelne auch skeptisch. Eltern von Kleinkindern haben mich oft gefragt, weshalb ich dem Kind überhaupt etwas erkläre. Bei einem Schulkind hat mich einmal ein Vater gebeten, mit seinem Kind doch bitte wie ein Erwachsener zu sprechen. Diesen Eltern begründe ich meine Art von Kommunikation damit, dass sich der kindliche Wortschatz ständig erweitert. Für meine Erklärungen und Beispiele muss ich Worte benutzen, die das Kind verstehen kann. Auch Kleinkinder verstehen schon viele Worte, wissen, was beispielsweise ein Pflaster ist auch wenn sie es möglicherweise noch nicht beim Namen nennen können. Darauf baue ich auf. Für das Vertrauen vom Kind zu mir ist es essentiell, dass es spürt, dass ich es wahrnehme und ernst nehme. Meine Sprache an die des Kindes anzupassen, ist ein grosser Schritt in diese Richtung. Dinge nenne ich beim Namen – eine Blutentnahme ist eine Blutentnahme. Wie ich diese jedoch erkläre, macht den Unterschied aus.

### 3.3 Schlusswort

Motivation zu finden für das Recherchieren und Schreiben dieser Arbeit war nicht schwierig. Ich mag das Thema und hätte noch mehr zu berichten gehabt. Das Suchen nach geeigneter Fachliteratur war zuerst sehr mühsam. Ich schien einfach nicht die richtigen Suchbegriffe zu verwenden. Als ich mich an M. Seiler, Oberärztin auf der Notfallstation, wendete, besserte sich dies schlagartig. Ich wusste von ihr, dass sie versiert ist im Suchen von Studien und bekam grossartige Unterstützung und auch Tipps, an wen ich mich sonst noch wenden könnte im Kispi. Dafür bin ich ihr sehr dankbar! Es erleichterte mir den Arbeitsprozess enorm. Ich erhielt ausserdem unbezahlbare Lehrbücher von V. del Valle Mattson von ihrem Studium zur CCLS.

Mein Ziel konnte ich erreichen. Ich kenne jetzt Massnahmen um schmerzhaftes Interventionen kindgerecht gestalten zu können. Allerdings verlangt es viel Flexibilität und ein Umdenken vom gesamten Behandlungsteam, diese auf der Notfallstation umsetzen zu können.

Personell führen wir, wie schon erwähnt, zahlreiche Interventionen zu zweit durch. Zur Durchführung meiner Massnahmen musste ich daher nicht zusätzlich jemanden aufbieten. Allerdings brauche ich in meinem Zweierteam eine Pflegefachkraft, welche selbstständig Insys legen kann (und einverstanden ist, dies ohne Zudienen et cetera zu tun) oder jemanden, welcher gut ist mit ablenken. Auch die Ablenkung muss gelernt sein. Somit ist es gerade für unsere Lernenden oder für Fachangestellte Gesundheit (FaGe) schwierig, da sie nicht auf dieselben Erfahrungswerte zurückgreifen können. Damit ich ihnen während dem Legen mit Rat und Tat zur Seite stehen kann, stellte ich meine Massnahmen in den Hintergrund und war für die Lernende oder FaGe da.

Eltern habe ich schon immer als Ressource von ihrem Kind angesehen. Wie gezielt ich diese Ressource jedoch nutzen kann, wurde mir erst durch diese Arbeit bewusst. Das dieser Ansatz neu ist für viele Eltern jedoch auch, sie äusserten sich erstaunt und meinten, bisher hätten sie einfach zugeschaut. Aktiv etwas tun zu können helfe dabei, mit dem Kind im Spital zu sein. Die Hilfslosigkeit sei so weniger ausgeprägt meinte ein Papa. Schön, mit so einfachen Mitteln auch die Eltern unterstützen zu können. Die Neugier der Kinder ist eine weitere, unermessliche Ressource. Diese bewusster zu nutzen und mich gezielter damit auseinanderzusetzen, zu beobachten und nachzufragen, bewährt sich.



Der Zeitfaktor ist und bleibt die grösste Hürde. Langsamer zu sein bei gewissen Arbeiten, um meine Massnahmen umsetzen zu können, strapazierte die Nerven meiner Kolleginnen und Kollegen zum Teil sehr. Je mehr Übung ich hatte, desto rascher war ich auch wieder mit meiner Arbeit durch. Im grössten Trubel verkniff ich mir, meine Massnahmen anwenden zu wollen wobei ich im Nachhinein der Meinung bin, dass diese wohl genau dann am meisten für die Kinder getan hätten. Dafür bräuchte ich auf Abteilung jedoch CCLS denn als Pflegefachfrau kann ich diesen Auftrag nicht vollumfänglich nebst den mir zugeteilten Aufgaben erfüllen. Zum einen, da ich nicht über dieselben Qualifikationen verfüge, zum anderen, da vor allem die Vorbereitung auf Interventionen nach Child Life zeitintensiv sein kann. Im Alltagsgeschehen stehen mir diese 10-15min zur Vorbereitung nicht immer zur Verfügung, wenn ich doch die eigentliche Intervention in dieser Zeit hätte durchführen können, beispielsweise die BE. Während der Einwirkzeit des Emla-Pflasters, üblicherweise eine Stunde, könnte die Vorbereitung jedoch von einem CCLS übernommen werden wie auch die Ablenkung beim späteren Eingriff. Würde diese Berufsgruppe im Alltag positioniert und integriert werden können, wäre diese Person nicht fremd. Erfahrungsberichte erwähnen immer die Zeiteinsparungen, welche Dank Child Life Support erreicht werden können. Hätte ich ein CCLS zur Verfügung, würde ich dies definitiv mit ja beantworten. Da dies nicht der Fall ist, trifft es nur teilweise zu.

Als ich begann, Child Life auch für andere tägliche Arbeiten anzuwenden, bemerkte ich, wie es zu diesen Zeiteinsparungen kommt. Folgend ein kurzes Beispiel: Einem Kleinkind mit Nierenproblematik, welches laut Eltern immer tobt, das Blutdruckmessen zu erklären, nimmt Zeit in Anspruch. Ob sich diese Zeit auszahlt, weiss ich zu dem Zeitpunkt nicht. In dieser einen Situation hat es sich jedoch gelohnt. Das Blutdruckmessen während dem Aufenthalt funktionierte jeweils problemlos auf Anhieb und ich konnte verwertbare Blutdruckwerte dokumentieren. Ähnlichen Situationen bin ich oft begegnet. Die Zeiteinsparungen sind nicht klar erkennbar und Zeit kann durchaus auch verloren gehen wenn sich im Nachhinein meine Vorbereitung als nutzlos herausstellt. Grundsätzlich braucht nicht jedes Kind eine solche Vorbereitung. Kindern wie M. kann ich ohne weiteres einen Insyte legen, Blut abnehmen, den Blutdruck messen etc. Es sind Kinder wie K. die davon profitieren können.

Mir wurde plötzlich bewusst, dass ich anders arbeite. Meine Prioritäten änderten sich durch die Sensibilisierung mit dem Thema: ein Kind soll bestmöglich und kindgerecht medizinisch wie pflegerisch versorgt werden. Einzelne Aspekte von Child Life lassen sich problemlos in die Arbeit als Pflegefachfrau integrieren. Das Limit liegt für mich bei jeder einzelnen Person. Wer gewillt ist, an sich zu arbeiten und durchzuhalten, bis es selbstverständlich ist Aspekte von Child Life in der täglichen Arbeit anzuwenden, der wird den Unterschied sehen und spüren. Die in dieser Arbeit vorgestellten konkreten Interventionen funktionieren in dieser Art sehr gut für mich. Glücklicherweise sind sie äussert anpassungsfähig, so dass jeder es auf sich zuschneiden kann. Solche Herangehensweisen sind nicht neu. Die Auseinandersetzung mit dem Thema ermöglichte es mir herauszufinden, wie ich diese Massnahmen effektiv nutzen kann und auf was ich achten muss, wenn ich mein Wissen auf andere Tätigkeiten ausweiten möchte.

Keine dieser Massnahmen ist zwingend erforderlich um Kindern eine qualitativ hochstehende pflegerische wie medizinische Versorgung zukommen zu lassen, Leben retten können sie auch nicht. Es ist der Wille, den Kinderrechten Sorge zu tragen welcher dazu führt, solche Massnahmen zu nutzen.

## Literaturverzeichnis, Abbildungsverzeichnis

### Bücher:

Gaynard, L., Wolfer, J. & Laidley L. (1998) *Psychosocial care of Children in Hospitals: A Clinical Practice Manual From the ACCH Child Life Research Project*, Child Life Council Inc., Rockville, USA

Schwetheim, B., Brylske, P. & Capello, C. (2010) *Child Centered Health Care, Training Course for Pediatric Health Care Workers, Compendium of Essential Readings*, Johns Hopkins Children's Center and Partnerships in Health

Schwetheim, B., Brylske, P. & Capello, C. (2010) *Child Centered Health Care, Trainer Manual, A 5-DAY INSERVICE TRAINING COURSE FOR PEDIATRIC HEALTH CARE WORKERS*, Johns Hopkins Children's Center and Partnerships in Health

### Online Ressourcen:

Child Life Council, (o.J.) *Comfort Tips: Techniques for keeping Childrens Hospital Experiences Positive*

Verfügbar unter:

<http://www.childlife.org/files/ComfortMeasuresandTips.pdf> (7.1.2015)

del Valle Mattsson, V., (2013) *Wie Kinder ihre Spitalängste besser meistern können – Erfahrungen eines Child Life Specialist*, PowerPoint Präsentation zum Vortrag am Zentralschweizer Pflegesymposium Pediatric Care 2013

Verfügbar unter:

[https://www.luks.ch/uploads/media/009\\_Del\\_Valle\\_-\\_Spital%C3A4ngste\\_besser\\_meistern.pdf](https://www.luks.ch/uploads/media/009_Del_Valle_-_Spital%C3A4ngste_besser_meistern.pdf) (7.1.2015)

Giese, H., (2007) „Positioning for Comfort“, St. Joseph's Children's Hospital, Marshfield, WI  
Verfügbar unter:

[http://ministryhealth.org/SaintJosephsChildrensHospital/ChildLifeProgram/Positioning\\_for\\_Comfort\\_2007.pdf](http://ministryhealth.org/SaintJosephsChildrensHospital/ChildLifeProgram/Positioning_for_Comfort_2007.pdf) (7.1.2015)

Grewal, S., Petter, M. & Feinstein, A. (2012) *Commentary: The use of distraction, acceptance, and mindfulness-based techniques in the treatment of pediatric pain*  
Elektronische Version

Pediatric Pain Letter, April 2012 Vol.14 No.1

Verfügbar unter:

[http://childpain.org/ppl/issues/v14n1\\_2012/v14n1.shtml](http://childpain.org/ppl/issues/v14n1_2012/v14n1.shtml) (7.1.2015)

Pillai Riddel, RR., Racine, NM., Turcotte, K., Uman, LS., Horton, LE., Din Osmun, L., Ahola Kohut, S., Hillgrove Stuart, J., Stevens B. & Gerwitz-Stern, A. (2012) *Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain (Review)*

The Cochrane Collaboration

Verfügbar unter:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006275.pub2/pdf> (7.1.2015)

Kind und Spital (2002), *Die Charta für Kinder im Spital und Erläuterungen*

Verfügbar unter:

<http://www.kindundspital.ch/charta/die-charta-deutsch> (7.1.2015)

Royal Childrens Hospital, Melbourne Australia, (o.J.) *comfort kids positioning for procedures*

Verfügbar unter:

<http://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/comfortkids/PositioningForComfort.pdf>  
(7.1.2015)

Sinha, M., Christopher, NC., Fenn, R. & Reeves, L. (2006) *Evaluation of Nonpharmacologic Methods of Pain and Anxiety Management for Laceration Repair in the Pediatric Emergency Department*, Pediatrics, Official Journal of the American Academy of Pediatrics

Verfügbar unter:

<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/117/4/1162> (7.1.2015)

Stiftung Netzwerk (o.J.), *Das durchschnittlich entwickelte Kind von 1-6 Jahren*

Verfügbar unter:

[http://www.stiftungnetz.ch/entwicklung\\_des\\_kindes.html](http://www.stiftungnetz.ch/entwicklung_des_kindes.html) (7.1.2015)

Zollinger, B., (o.J.), *Wie mein Kind die Sprache entdeckt*, Merkblatt zum Download, Zentrum für kleine Kinder

Verfügbar unter:

[http://www.kinder.ch/fileadmin/documents/praxis/Wie\\_mein\\_Kind\\_die\\_Sprache\\_entdeckt.pdf](http://www.kinder.ch/fileadmin/documents/praxis/Wie_mein_Kind_die_Sprache_entdeckt.pdf)  
(7.1.2015)

#### **Poster:**

Association Le PAS, (o.J.), *Positions de confort durant une procédure stressante/Accompagnement lors d'un soin*

#### **Fotografien:**

„Positioning for Comfort“

von G. Acklin, Fotografin Universitäts-Kinderspital Zürich im Auftrag von R. Kugler  
Notfallstation, Universitäts-Kinderspital Zürich

Pflegepersonal der Notfallstation mit Frau B. und N.

*Mit freundlicher Genehmigung zur Veröffentlichung der Fotografien im Rahmen meiner  
Diplomarbeit. Eine schriftliche Einverständniserklärung liegt der Autorin vor.*

## Anhang

**Fachgespräch mit Verena del Valle Mattson**  
**Certified Child Life Specialist**  
**Hopital de l'Enfance de Lausanne**  
**16.12.2014**

*Mit freundlicher Genehmigung zur Veröffentlichung im Rahmen meiner Diplomarbeit durch Frau V. del Valle Mattson*

### 1) Was macht ein CCLS?

(verweist auf den Vortrag vom Symposium 2013)

- Fördern vom Verständnis bei Spitalaufenthalt oder stressigen Lebenserfahrungen
- Erkennen und stärken der adaptiven Ressourcen der Familie
- Fördern einer Umgebung, welche emotionale Unterstützung umfasst
- Fördern der psychosozialen Entwicklung von hospitalisierten Kindern
- Unterstützung für Geschwister und Eltern

### 2) Wann Child Life?

Grundsätzlich kann Child Life immer angewendet werden, vor allem einzelne Aspekte davon, sei es beim Fiebermessen oder bei der Wundversorgung. Auch bei ärztlichen Untersuchungen, als Vorbereitung für Operationen. Eigentlich immer! In der Praxis ist es so, dass wir oft dazu gerufen werden bei sehr ängstlichen Kindern. Vor geplanten, grossen Operationen führen wir die Vorbereitung aufs Spital durch. Kurzfristig werden wir zum Beispiel oft zu Kindern gerufen, die sich massiv wehren. Idealerweise werden wir zur Vorbeugung gerufen, bevor das Kind schon sehr ängstlich ist und sich massiv wehrt.

Bei mir ist es so, dass ich am Morgen fix auf der chirurgischen Tagesklinik arbeite und am Nachmittag wo immer es mich braucht. Der Erfolg von Child Life ist auch davon abhängig, mit wem ich zusammenarbeite: findet ein gutes Teamwork statt zwischen medizinischem Fachpersonal, CCLS und Eltern, ist der Erfolg garantiert!

### 3) Ziel von Child Life

Dem Kind dabei zu helfen, mit Stress und Angst während dem Spitalaufenthalt umgehen zu können und es dabei zu fördern, damit es sich während und nach dem Spitalaufenthalt normal weiterentwickeln kann. Es geht darum, ihnen Coping zu ermöglichen. Für die Eltern ist dies meist schwierig, denn sie wissen selber zu wenig über den Spital oder haben selber Ängste, oftmals auch irrationale. Oder sie verstehen selber nicht genau, was geschieht. Es ist ja auch für die Eltern eine Ausnahmesituation. Oft gehen wir davon aus, dass die Eltern diese Arbeit übernehmen können. Natürlich können sie dies teilweise, viele wissen jedoch auch nicht wie. Da kommen wir ins Spiel. Da die Eltern mit dem Kind dazukommen, bekommen sie ein Einblick und können das gehörte und Gesehene mit ihrem Kind zusammen erleben und verarbeiten. Unser Job ist es auch, Eltern und Geschwister mitzubetreuen.

### 4) Fachliche Fundierung: auf was beruht Child Life?

(Literatur: practice based statements, Child Life ist ein "alter Zopf", bereits 1914 wurden Konzepte beschrieben die dem Child Life Support von heute ähneln. Es wird Evidence Based gearbeitet und geforscht.)

5) *Möglichkeiten für die Notfallstation?*

Auf der Notfallstation ist Child Life gut einsetzbar: Für Venflons, Magensonden, Lumbalpunktionen, ...

Bei lebensrettende Massnahmen hat Child Life keine Priorität, danach jedoch, wenn das Kind stabilisiert ist, um ihm bei der Verarbeitung zu helfen was alles passiert ist.

6) *unverzichtbare Tipps und Tricks für den Alltag für mich von einem CCLS?*

- Kann das Kind nicht entscheiden, ob und wann etwas durchgeführt wird, keine Frage stellen! Mit einer Frage gebe ich dem Kind die Wahl. Kann es nicht wählen, keine Frage stellen.

Folgende Beispiele:

- 1) „Hier habe ich die Medizin, die du nehmen musst.“
- 2) „Möchtest du die Medizin jetzt nehmen?“
- 3) „Ich gebe dir jetzt von der Medizin, ok?“

Bei der Formulierung 1 bin ich klar in meiner Kommunikation. Ich sage dem Kind was ich von ihm erwarte und wann. Falls das Kind verneint, kann ich weiter gehen und ihm erklären weshalb: „Ich höre, dass du die Medizin nicht nehmen willst. Aber damit deine Schmerzen besser werden, musst du sie jetzt nehmen.“ Usw.

Die Formulierung 2 ist tricky. Eventuell sagt das Kind ja und nimmt die Medizin. Was aber, wenn das Kind nein sagt? Eigentlich war die Frage nicht als eine Frage ge, was man dem Kind so erklären kann. Allerdings verwirrt dies das Kind denn die Höflichkeitsfrage, welche eigentlich nicht als Frage gemeint ist, können Kinder, vor allem wenn sie noch kleiner sind, nicht von echten Fragen unterscheiden.

Formulierung 3: erneut eine Nuance der Sprache, welche Kinder nicht unterscheiden können. Es stellt sich das gleiche Problem wie bei Formulierung 2. ! Wahl nicht geben! „Möchtest du die Medizin jetzt nehmen?“ Hoffentlich sagt das Kind ja... da wenn nein – es ist eine verkehrte Welt!

Kinder fühlen sich richtig aufgehoben, wenn klar kommuniziert wird, was von ihnen verlangt wird. Konsequenterweise sollte das Kind auch respektiert werden wenn das Kind sagt nein.

Gutes Beispiel für die Notfallstation: Das das Kind einen Gips bekommt, ist eine Tatsache. Welche Farbe der Gips haben soll, ist wählbar. „Ich mache dir jetzt einen Gips. Wir haben rot, blau, violett, weiss und pink. Du kannst auch zwei Farben aussuchen wenn du magst. Welche Farbe soll dein Gips haben?“

- Wie lange etwas geht einschätzen: Meine Tochter (3 Jahre alt) liebt Peppa Pig! Wie lange etwas geht, wird bei uns in Peppa Pig-Folgen gesagt: wir fahren noch 2 Peppa Pig-Folgen lang Auto. Mit einer Minutenangabe kann das Kind nichts anfangen, ab der 1. Klasse entwickelt sich dann ein Zeitgefühl, welches in Minuten ausgedrückt werden kann. Das heisst: bei kleinen Kindern kreative Zeitangaben finden wo sie verstehen können!
- immer auf Äusserungen vom Kind eingehen: "Nein, ich will das nicht!" "Ich höre, dass du das nicht willst. Wir müssen das jetzt trotzdem machen, denn... " Auch wenn das Kind nicht einverstanden ist, nehme ich es wahr und ignoriere es nicht.
- Was, wenn ein Kind notfallmässig behandelt werden muss? Es ist immer Zeit zu sagen: Schau, ich bin ..., ich muss sehr viel tun um dir zu helfen! Mama (oder

Lehrerin, Grosi etc.) ist da und bleibt bei dir, ich erkläre dir nachher, was wir gemacht haben und wieso.

Falls keine Bezugsperson anwesend ist und ich weiss, dass ich sowieso beim Kind bleiben muss, kann ich auch sagen: ich bin ..., ich bleibe bei dir bis deine Mama oder dein Papa kommt! Natürlich muss ich dann auch bleiben.

7) *Praxisbeispiel Insyte legen: auf was achtet ihr besonders als CCLS?*

- **Erstkontakt Kind:**  
Bei Säuglingen/Kleinkindern Erstkontakt über Eltern empfohlen, je nachdem das Kind begrüssen jedoch nachher im Gespräch ignorieren. Lässt dem Kind die Zeit, mich etwas kennen zu lernen und selber zu entscheiden, wann es aktiv mit mir in Kontakt treten möchte.
- **Erstkontakt Eltern**  
Im Erstkontakt Eltern miteinbeziehen, darauf aufmerksam machen, dass wir erst mit ihnen arbeiten wollen. Erklären bei Bedarf, weshalb. (Anm. das Kind soll freiwillig mitschauen/mithören können, nicht von den Eltern aktiv miteinbezogen werden. Es wird sowieso zuhören wenn die Mama zuhört.)
  - **Vorbereitung**  
Kinderfreundlich!!! Visualisierung der Behandlung Achtung: Nicht am Lieblingstier des Kindes!!! Versichern, das Mami bei Kind bleiben kann.  
Plan B vorbereiten: "Wenn es dir sehr sehr schwer fällt, still zu halten, werden wir dich mit einer Decke eng zudecken um es für dich einfacher zu machen."
  - **Durchführung:**  
Nutzen von Positions of Comfort, Ablenkung anbieten, sprachliche Anpassungen ans Vorgehen "es gibt jetzt einen Stich" vs. "Ich lege dir jetzt die Infusion"  
Achtung: Plan B schon vorbereitet! Das heisst wenn mein Plan B ist, das Kind in eine Decke zu wickeln, diese Decke schon auf der Liege bereitlegen, damit ich nur noch zudecken muss und nicht das Kind vom Tisch zur Mami geben, Decke auf die Liege, Kind auf die Liege und einwickeln.
  - **Nachbereitung:**  
Lob, Belohnungskiste, es muss jedoch respektiert werden, wenn das Kind nach einem schwierigen medizinischen Eingriff eine Belohnung nicht gleich anschliessend aussuchen möchte. In diesem Fall, sagen "jetzt moechtest du keinen, Mami wird aber doch was jetzt fuer dich was waehlen und dann kannst du dann spaeter entscheiden ob du es doch nicht moechtest"  
Positiv Ansprechen, was für das Kind schwierig war: Du hast das super gemacht!  
Das still halten ist dir schwer gefallen, da haben wir dir geholfen. Doch wir haben jetzt alles geschafft!  
Nachbereitung nach Notfallsituationen: gleich wie bei Vorbereitung zeigen! Evt kanns direkter geschehen als spielerisch über Teddy und Mami.
  - **Umgebung:**  
Behandlungen nicht auf dem Bett des Kindes durchführen, möglichst in einem Behandlungszimmer. Ziel ist, dass das Schlafzimmer ein sicherer Ort bleibt wo nichts schmerzhaftes geschieht. Das gute vom Behandlungszimmer ist auch, dass man es nachher verlassen kann. Das Behandlungszimmer soll freundlich sein. Farbe hilft dem Kind, sich zurecht zu finden. Wenn zuvor Fotos vom Behandlungsraum gezeigt wurden, unbedingt versichern, dass dieser auch so aussieht!

Im Gespräch hat mir Verena vorgezeigt, wie sie ein Kind auf eine Blutentnahme vorbereitet:

"Ich brauche dafür eine vollständige Infobox, ein Plüschtier um die Intervention zeigen zu können und etwa 15min Zeit. Zuvor muss ich mit der Krankenschwester Details klären, mehr dazu während der Intervention selber.

Bei einem Kleinkind, vor allem wenn dieses sich eher bei Mami oder Papi versteckt, möchte ich den Erstkontakt über die Eltern wahrnehmen. Ich begrüße sie, nenne auch das Kind beim Namen und sage Hallo, berühre es dabei jedoch nicht. Am besten funktioniert, wenn ich die Eltern duzen kann (Anm.: die meisten Personen, welche mit den Eltern per du sind, stehen in einem Vertrauensverhältnis zu den Eltern und für das Kind sendet dies die Botschaft, dass es auch mir vertrauen kann.)

Wenn das Kind neugierig ist oder im Verlauf neugieriger wird, beziehe ich es mit ein. Ich mache die Eltern jedoch darauf aufmerksam, dass sie es nicht auffordern müssen sich aktiv zu beteiligen oder aktiv hinzusehen.

Ich nenne die Eltern beim duzen nicht beim Vornamen, sondern nenne sie Mami und Papi."

"Heute ist es meine Aufgabe Mami zu erklären, wie wir eine Blutentnahme machen können. Mamis Aufgabe ist es, die ganze Zeit bei dir zu sein."

*Dann kommt mein Plüschtier ins Spiel: ich nehme es auf den Arm. Dann erkläre ich die Intervention am Tier zB so:*

"Teddy, ich sehe, heute fühlst du dich nicht gut. Du hast schon lange nichts mehr essen mögen und du bist ganz blass im Gesicht. (Anm.: ich vergleiche das Kind nicht mit meinem Plüschtier) Ja stimmt Teddy, das letzte Mal als das so war, mussten wir dein Blut kontrollieren um herauszufinden warum es dir schlecht geht. Weisst du noch, wir haben einige Sachen dafür gebraucht!" ((Nimmt Vorbereitungskit hervor))

"Siehst du, da haben wir alles dabei! Die Tupfer, die sind ganz weich ((nimmt sie in die Hand)), Mami, willst du mal fühlen? ((Mami kann Tupfer anfassen)) Jetzt können wir die Tupfer noch anfassen, nachher geht das nicht mehr. Doch Teddy, die Tupfer, die sind doch nass gewesen! ((Macht den Tupfer nass)) Mami, willst du nochmals fühlen, die Tupfer sind wirklich nass und auch ein bisschen kalt! Was machen wir damit? Wir putzen, putzen putzen über die Haut ((singt die Worte dabei)) Mami, ich kanns dir zeigen, ((Mami gibt die Hand)) ich putze putze putze über deine Hand, es kitzelt ein bisschen sagen viele Kinder und es ist wirklich nass und ein bisschen kalt!"

"Dann brauchen wir das hier, ich nenne es ein Flugzeug (nimmt einen Insyte ohne Nadel hervor) andere Kinder sagen es ist ein Helikopter oder ein Schmetterling! Was glaubst du Mami, was ist es? (gebe es weiter und lasse Mami den Insyte anfassen) Jetzt dürfen wir es noch anfassen, nachher geht das nicht mehr. "

"Dann kommt das Armband! Es ist ganz bunt, siehst du Mami? ((Mami schauts sich an)) Ich leg es dir mal um Teddy! Merkst du, dass Armband ist ganz eng am Arm. Mami, möchtest du dir das Armband mal anschauen? Und es auch mal tragen? ((legt Mama Stauschlauch an)) Es ist wirklich eng hm."

"Jetzt landet das Flugzeug (Anm.: ich nenne es beim Namen wie es das Kind oder Mami genannt hat) . Also, jetzt putzen putzen putzen wir (erneut singen der Worte) Das Armband leg ich dir jetzt noch um und mache es eng an den Arm. Teddy, weisst du noch? Am Anfang habe ich dir erklärt, dass es deine Aufgabe ist, ganz still zu halten. Also... Das Flugzeug kommt und... verschwindet in der Blutbahn! Schau Teddy, das ist das Pflaster wo wir das Flugzeug festkleben können. ((streckt es Mami hin)) Hast du entdeckt, das sind kleine Teddybären drauf! Jetzt klebe ich das Flugzeug fest. Damit ich jetzt Blut nehmen kann, brauche ich ein Adapter, das ist dieses komisch aussehende Ding hier ((zeigt es)) siehst du Mami? ((lässt Mami anfassen)) Das mache ich an das Flugzeug ran. Und jetzt die Röhrli, die haben viele verschiedene Farben! ((zeigen der Röhrli)) die Fangen deine Bluttröpfchen auf! Ich zeige dir wie das geht

((schliesst an, zieht am Röhrl)) (Anm.:im Kit habe ich vorbereitete Röhrl mit dunkelroter Farbe damit ich das Blut im Röhrl zeigen kann) wow Teddy, jetzt habe ich schon das Röhrl voll! Jetzt das nächste! Vielleicht brauchts du nicht immer die gleichen Farben, vielleicht mal nur 1 Röhrlfarbe, vielleicht mal 3 Röhrlfarben.

Sag mal Teddy, kann ein Flugzeug einfach fliegen? ((Teddy flüstert ins Ohr)) Stimmt Teddy, das kann es nicht! Es braucht Benzin zum Fliegen! So wie ein Flugzeug Benzin braucht zum Fliegen, brauchts du Wasser. Das ist der Wasserschlauch. ((Zeigt Anschluss an Infusion)) den kann ich am Flieger anschliessen! ((zeigt vor)) Teddy, weisst du was, ich habe eine lustige Idee: verstecken wir das Flugzeug? Schau mal, ich habe ganz viele Farben vom Verband! ((zeigt die Farben)) Welche gefällt dir am besten? Rot? Ja das ist eine wunderschöne Farbe! Mami schau mal, wie findest du den roten Verband? Also Teddy, ich mach dir einen roten Verband um das Flugzeug zu verstecken ((wickelt Verband drumrum)) Teddy, jetzt hast du einen roten Verband!"

Wow, Teddy, Dankeschön! Das hast du super gemacht, vor allem hast du dich erinnert, dass es deine Aufgabe ist, ganz still zu halten! Wir haben jetzt alles geschafft! Du darfst dich ausruhen."

"Also Mami, jetzt hast du gesehen, was wir machen, um Blut abzunehmen. Das ist noch ein Foto vom Zimmer! ((zeigt Foto vom Behandlungszimmer)) Da ist der Stuhl für die Mama und da haben wir... ((hebt Besonderheiten vor)). "

Nochmals zurück zur Absprache mit der Pflege vor der Vorbereitung: vielleicht nimmt sie erst den Stauschlauch und desinfiziert danach oder umgekehrt – wichtig ist, dass es so nah wie möglich ans Original kommt.

Die Vorbereitung ist enorm wichtig denn nur wenn ich als Kind weiss, was auf mich zukommt, kann ich angebotene Coping Strategien wie zum Beispiel Ablenkung nutzen! Beim Kleinkind sollten zwischen der Vorbereitung und der Durchführung höchstens 5-10 min liegen. Bei grösseren Kindern kann es durchaus auch mal eine Stunde sein. Ich zeige Ablenkung nicht während der Vorbereitung, sonst ist das Kind mit der Ablenkung beschäftigt und nicht mit dem eigentlichen Eingriff.

Nach der Vorbereitung schauen, was das Kind interessieren könnte als Ablenkung, sodass das Kind neugierig wird für die Ablenkung nachher.

Falls das Kind immer wieder während der Vorbereitungen kommuniziert, dass es nicht will, sage ich ihm: ich höre, dass du nicht willst, jetzt zeige ich es aber Mami am Teddy. Es zu überhören, deutet dem Kind an, dass es nicht ernst genommen wird. Thematisieren will ich es jedoch nicht, das das Kind es nicht will. Das ist endlos und sprengt den Rahmen. Zum Schluss lohnt es sich, dem Kind etwas zu sagen wie: Jetzt hast du gesehen, wie es geht. Wenn wir später bei dir Blut nehmen müssen, kannst du Buechli anschauen oder einen Film oder vielleicht hast du etwas mitgebracht, das dir gefällt.

Bei der Durchführung achte ich mich darauf, dass das Kind auch wirklich ins Behandlungszimmer gebracht wird. Die Ablenkungsstrategie sollte bis dahin klar sein, hat das Kind nichts aussuchen können kann ich bei der Mami fragen, wofür sie sich entscheidet.



**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: 2. Februar 2015

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:

<input type="checkbox"/>	Veröffentlichung ohne Vorbehalte
<input type="checkbox"/>	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.

<input type="checkbox"/>	Die Diplom-/ Projektarbeit kann seitens Z-INA veröffentlicht werden
<input type="checkbox"/>	Die Diplom-/ Projektarbeit kann seitens Z-INA nicht veröffentlicht werden

Datum:

Unterschrift der Studiengangsleitung: