

Für welche Ausbildung ist die Handlungssituation (HS) und wie ist sie (voraussichtlich) zeitlich verortet?	Setting der HS: Wo findet sie statt?	Altersgruppe der zu versorgenden, zu betreuenden, zu pflegenden Menschen in der HS	Perspektive, aus der die HS erzählt ist
Pflegefachmann, Pflegefachfrau  3. Ausbildungsdrittel	Intensivstation	Erwachsene	Pflegefachkraft
Themen/Phänomene, können anhand der berufsfelddidaktischen Theorien erschlossen werden. Anbei einige Beispiele nach erster Sichtung ohne Anwendung einer berufsfelddidaktischen Theorie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beziehung zu Angehörigen gestalten.</li> <li>• Angehörige adäquat beraten.</li> <li>• Angehörige in die Pflege einbinden.</li> <li>• Sich beobachtet fühlen.</li> <li>• Interprofessionell arbeiten.</li> </ul>		
<p><b>Titel der HS</b></p> <p style="text-align: center;"><b>„Ein bisschen wie die Stille Post“</b></p>			
<p><b>Text</b></p> <p>Blogeintrag vom 03.04.2021:</p> <p>Vor einem Monat bin ich mit meiner Ausbildung zur Pflegefachfrau fertig geworden und habe danach direkt auf ITS angefangen. In der Frühstückspause fragte mich eine Kollegin, wie ich es bisher hier finde. Ich war in der Ausbildung fast immer auf Normalstation gewesen und hatte nur einen kurzen vierwöchigen Einsatz auf ITS. Besonders der Umgang mit Angehörigen gestaltet sich für mich anders als gewohnt. Die Angehörigen kommen meist nachmittags vorbei, da für sie dann mehr Zeit ist und außerdem auch die meisten Untersuchungen eher am Vormittag stattfinden. Zudem ist die „Extra-Zeit“ gerade bei neuen Patienten, finde ich, ganz wichtig. Immerhin ist es für die Angehörigen eine neue Situation, viele sind dann auch damit überfordert, wenn sie jetzt den Patienten das erste Mal sehen nach einer Reanimation mit Beatmung und eventuell noch Dialyse oder was dort drum herum alles ist, da sieht der ja schon anders aus als man den kennt. Ich finde es</p>			

wichtig, dass man dann einfach mit den Leuten nochmal drüber spricht, was jetzt alles ist und was jetzt notwendig ist und dass man das dann gegebenenfalls auch mit einem Arztgespräch verknüpft. Grundsätzlich finde ich es auch bisschen schwierig einen richtigen Draht zu den Angehörigen aufzubauen, dadurch dass wir ja wirklich relativ oft die Zimmer wechseln. Also wir haben keine Bezugspflege in dem Sinne, sondern wir sind halt die acht Stunden da, sind dann halt auch für die Angehörigen da, erzählen da was, aber wir wissen ja im Endeffekt nicht, was an Informationen vorher schon gegeben worden ist. Das ist auch immer so ein bisschen, wie die Stille Post dann – am Ende wird irgendetwas falsch aufgenommen und falsch verstanden. Ich habe aber auch eine sehr angenehme Situation im Gedächtnis. Eine Patientin die länger auf Station war, die war auch noch recht jung und die hatte auch eine Tochter, die Ende zwanzig war. Dort fand ich das super angenehm, also das war so ein richtiges Miteinander. Die wollte auch immer informiert werden und die Angehörigen waren auch bestrebt, die wollten auch wirklich ihr was Gutes tun und sind mit ihr zusammen mal duschen gegangen oder Haare waschen, sowas haben sie mit übernommen. Das nimmt auch schon viel Arbeit ab. Es kommt natürlich immer darauf an, wie die Angehörigen gestellt sind und wie der Dienst ist und ob man denen das auch zutrauen kann, der Zustand vom Patienten lässt das ja auch nicht oft zu. Aber bei 100 Tagen Aufenthalt wünscht man sich schon, dass die Angehörigen auch mit hinterher sind. Ich habe auch mitbekommen, dass allgemein immer viel zu tun ist und es nur wenig Routine gibt. Vieles passiert quasi nebenbei. Vor allem, wenn der Besuch da ist, muss man alles irgendwie flexibel anpassen und versuchen seine Aufgaben mit den Bedürfnissen der Patienten und Angehörigen abzustimmen. Einmal, zum Beispiel, war ich zur Blutentnahme in einem Zimmer zusammen mit dem Ehepartner der Patientin und deren beiden Kindern. Er wollte wissen, ob er etwas tun kann und wann seine Frau wieder ansprechbar sein wird. Außerdem fragte mich die Tochter was mit Mama los sei. Als ich in die verschiedenen Gesichter blickte, wusste ich gar nicht so richtig, wie ich angemessen reagieren sollte und versuchte irgendwie Auskunft zu geben – zwischendurch musste ich auch mal kurz raus, weil ich die BGA ins Gerät stecken musste. Als ich dann nach dem Gespräch das Zimmer verlassen habe, traf ich im Gang auf die Stationsärztin, die sich bei mir über das Wohlbefinden ebendieser Patientin erkundigte. Allzu viel Neues gab es da nicht zu sagen –

BGA unauffällig, Bilanz okay. Im nächsten Zimmer traf ich auf eine vierköpfige Familie eines Mitte 20-jährigen Patienten. Wie sich zeigte, war seine Schwester selbst GKP, aber in einem anderen Krankenhaus. Es ist schön für die Patienten, wenn die Angehörigen da sind, aber gleichzeitig hat man auch das Gefühl, dass einem schon sehr viel auf die Finger geguckt wird. Das ist vielleicht nicht unbedingt schlecht, aber schon irgendwie auch schwierig. Es ist schon so, dass ich alles nach bestem Gewissen mache und das fachlich, denke ich, auch richtig ist, aber es ist einfach, dass jemand auf die Finger guckt. Das ist immer wie so eine Prüfungssituation und damit hatte ich schon immer meine Probleme. Es ist jetzt auch noch nicht vorgekommen, dass irgendjemand mich angeschwärzt hätte, was bestimmt auch schon in manchen Kliniken vorgekommen ist, dass die Angehörigen, die dann bestenfalls noch vom Fach sind, sagen: „Na, aber, so und so läuft das ja eigentlich“. Das ist mir jetzt nicht vorgekommen, aber es ist trotzdem, ich weiß nicht, man fühlt sich beobachtet. Naja, die Angehörigenbetreuung läuft sowieso meist nur nebenbei. Es wäre so schön, wenn man die mehr in die Pflege einbinden könnte. Das haben wir ja auch mal so gelernt. Aber irgendwie scheitert das immer an der Zeit oder manchmal auch an der Bereitschaft der Angehörigen oder weil andere Kollegen das nicht wollen. Ich glaube das müsste ich mal im Team ansprechen...