20.6.85

Referat von Dr.med.Ursula Davatz anlässlich der Generalversammlung der Aargauischen Frauenliga gegen Tuberkulose und langdauernde Krankheiten vom 2o.Juni in Lenzburg

Liebe Frau Schlör, liebe Frauenliga-Frauen, werte Gäste

Es freut mich sehr, dass ich heute vor Ihnen über eines meiner grossen Anliegen reden darf, nämlich die Betreuung der Langzeitpatienten. Ich hoffe, dass ich Sie mit meinen Gedanken nicht enttäusche und bitte Sie, mir nach dem Referat Fragen zu stellen. Ich habe das Thema "Beratung und Betreuung von Langzeitpatienten und ihren Angehörigen" gewählt. Ich meine, das sei ein sehr wichtiges Thema, das oft in Vergessenheit gerate. Bevor ich auf das Rezept eingehe, was man mit diesen Patienten und deren Familien machen soll, zuerst ein paar generelle Bemerkungen zur heutigen Gesellschaft: Man könnte vielleicht sagen, wir leben in einer Gesellschaft des "Sensationalismus", und ich meine, das sei bis zu einem gewissen Grad durch unsere Massenmedien bedingt. Die Massenmedien liefern uns täglich Informationen über viele, ich sage jetzt wieder "sensationelle" Ereignisse in der ganzen Welt. Irgendwie bringt das mit sich, dass wir dadurch etwas abgestumpft werden: Es ist quasi nichts mehr interessant genug, um uns zu stimulieren oder in Kitzel zu versetzen. Welche Auswirkung hat das nun auf den medizinischen Bereich? Ich würde sagen, auch bei der Medizin gilt zum Teil das gleiche: Man richtet sich stark auf akute Dinge aus, Dinge, die schnell einen Erfolg bringen, Dinge die "sensationell" sind. Da sind, wie Frau Schlör vorher schon sagte, grosse technische Errungenschaften, die einen viel grösseren "sensationellen" Charakter haben, als die langsamen, kleinen Schritte in der Betreuung von Langzeitpatienten. Wenn man schaut, wie sich die Mediziner verteilen und welches Ansehen sie geniessen, dann kann man fast nicht bestreiten, dass der Chirurg wahrscheinlich das grösste Ansehen unter ihnen hat. Das merkt man bei den Medizinstudenten, das merkt man bei der Publizität. Sie stehen eben in diesem Licht des Akuten, des Sensationellen, also Herztransplantationen etc.,etc.. In diesem Sinne versucht sich auch ein junger Mediziner, ich sage das vielleicht etwas übertrieben, zu profilieren, wenn er etwas auf sich hält, indem er sich möglichst im Operationssaal bewährt oder in der Intensivstation. Es gilt also als etwas Gutes, wenn man sich dort bewähren kann. Es ist auch etwas sehr Wichtiges und ich möchte ja nicht irgendwie die Errungenschaften, die man in der Akutmedizin erreicht hat, irgendwie schmälern oder herabtun.

https://adhs.expert

Sie stehen in grosser Publizität, sie sind in der Oeffentlichkeit sehr bekannt, kommen also viel in Zeitungen, d.h. wieder in den Massenmedien. Im Gegensatz dazu geniesst die Betreuung von Langzeitpatienten eher nicht so viel Publizität. Ich möchte jetzt die Akutmedizin der Betreuung der Langzeitpatienten, also der Chronischkranken, gegenüberstellen - resp. umgekehrt - die Betreuung der Langzeitpatienten der Publizität der Akutpatienten und der Akutmedizin. Es ist schade, dass die Betreuung und die Behandlung von Langzeitpatienten oft in Vergessenheit geraten neben dieser grossen Publizität der Akutmedizin und der sensationellen Erfolge.

Nun ein paar Worte zu den Langzeitpatienten: Was ist eigentlich typisch an Langzeitpatienten? Ich habe mit Langzeitpatienten über die Frauenliga, über die Psychiatrie - wir betreuen im sozialpsychiatrischen Dienst mehrheitlich Langzeitpatienten -, über die Suchtbehandlung und über die Beratung der Alkoholfürsorge zu tun. Wenn ich versuche zu schauen, was eigentlich charakteristisch bei diesen Langzeitpatienten ist, dann würde ich behaupten, sie stehen in einer chronisch eingeengten Lebenssituation. Ich möchte hier nicht darauf eingehen, aus welchem Grunde sie eingeengt ist, denn sie ist in jeder Familie, in jeder Situation und bei jedem Patienten wieder anders. Die generelle Beobachtung, die ich gemacht habe, trifft auch für Krebspatienten zu, das weiss ich aus einzelnen Geschichten, ich habe hier keine grossen Massenstatistiken, ist die, dass er in irgend einer Weise in einer chronisch eingeengten Lebenssituation steht, dass seine Krankheit damit etwas zu tun hat. Ich versuche nachher, darauf einzugehen. Jetzt zu dieser chronisch eingeengten Lebenssituation: Er fühlt sich irgendwo in einer Ecke und kann nicht mehr ganz sich selber sein. Zu dieser schon primär eingeengten Situation kommt dann seine langdauernde Krankheit dazu, die auch wieder sekundär einen negativen Effekt auf seine Eingliederung in die Gemeinschaft hat, und, das Stichwort hat Frau Schlör schon gegeben, er ist isoliert. Meistens führt eine chronische Krankheit zu einer chronischen Isolation, also zu einer sekundären Isolation. Wenn er vielleicht vorher schon isoliert war, obwohl man es nicht so genau bemerken konnte, dann wird er durch seine langdauernde

https://adhs.expert

Krankheit einmal mehr isoliert, und diese Isolation hat eine verstärkende Wirku ng auf seine Krankheit. Ganz sicher trägt sie nicht zur Besserung bei. Das wären die allgemeinen, also wirklich ganz allgemein gesagten Charakteristika der Langzeitpatienten. Diese Einengung kann innerhalb der Familie sein, sie kann innerhalb des Arbeitsplatzes sein, sie kann innerhalb der Gemeinschaft sein, in der er lebt, also in dem Haus, in dem er wohnt, etc. Ich möchte hier nicht irgendeiner Situation die Einengungsursache zuschreiben, d.h. die Einengung kann auf verschiedener Basis geschehen. Die Einengung kann auch vorgestellt sein, also aus gewissen ethisch-erzieherischen Vorstellungen, die er aus seinem Elternhaus mitbekommen hat: Er kann sich auch selber einengen, wenn ihn die Umwelt eigentlich gar nicht einengt. Meistens spielen beide Faktoren bei dieser Einengung mit. Ich möchte festhalten: Ein Langzeitpatient befindet sich in einer eingeengten Lebenssituation!

Jetzt ein paar allgemeine Bemerkungen zum Begriff Krankheit und Krankheitsentstehung. Dies ist nötig, um nachher erklären zu können, was ich mit dem nächsten Pu nkt meine. In der Medizin kommen immer mehr Arbeiten heraus, also wissenschaftliche Arbeiten, die zeigen, dass der psychosoziale Aspekt, also das psychosoziale Umfeld des Patienten, einen wichtigen Einfluss auf seine Krankheit hat. Dieses Umfeld kann also die Krankheit verstärken oder vermindern oder zum Teil sogar bei der Krankheitsentstehung mitwirken. Ich möchte gar keinen alleinigen Anspruch auf dieses psychosoziale Umfeld als Kausalitätsfaktor für die Entwicklung der Krankheit erheben, aber es ist sicher ein wichtiger Teilfaktor bei der Entstehung der Krankheit.

Ich greife nochmals auf den vorherigen Punkt zurück: Es spielt eine Rolle, wie sehr ein Patient psychosozial isoliert ist. Ganz allgemein ist er dann um so anfälliger auf Krankheiten, ganz gleich ob psychischer oder körperlicher Art. Je mehr ein Patient seinem psychosozialen Umfeld ausgeliefert ist, desto anfälliger ist er auf Krankheiten. Je besser er eingegliedert ist, desto weniger anfällig ist er. Und dann kommt wieder der Teufelskreis, auf den ich vorher schon hingewiesen habe: In dem Augenblick, in dem jemand krank wird, wird er meistens natürlicherweise ein wenig ausgegliedert, kurze Zeit ist das sinnvoll, er braucht vielleicht eine Akutbehandlung

https://adhs.expert

im Spital und bekommt dort die beste Behandlung, aber auf lange Sicht wirkt sich die psychosoziale Ausgliederung immer negativ auf den Krankheitsverlauf aus.

Ein weiterer Punkt ist mir ein Anliegen: Die Rolle der zwischenmenschlichen Beziehung. Ich habe es vorher mehr allgemein gesagt. Mit der psychosozialen Ein- oder Ausgliederung habe ich eigentlich mehr ein Kollektiv angesprochen, vielleicht das ganze Familiensystem oder das ganze Umfeld. Jetzt wollen wir das Umfeld ein wenig auseinandernehmen und schauen, woraus es besteht. Es besteht aus lauter Beziehungseinheiten, also Zweierbeziehungen. Welche Rolle spielt nun die menschliche Beziehung bei der Krankheit? Dazu würde ich folgendes sagen: Die menschliche Beziehung - das ist wieder eine generelle Bemerkung - funktioniert quasi als Uebermittler von Verhaltensmustern. Wie Sie vielleicht schon bemerkt haben, versuche ich, die Krankheit nicht mehr nur als eine Einheit, als einen medizinischen Begriff zu betrachten, sondern ich versuche viel mehr, die Krankheit in das soziale Umfeld hineinzustellen und schlussendlich ist sie dann auch kein Problem. Krankheit ist also nicht mehr eine Krankheit, verursacht durch einen Erreger, eine Ursache, sondern sie ist immer das Endresultat vieler, vieler Faktoren, die zusammenspielen und zu dieser Auswirkung in Form von Krankheit geführt haben. Nochmals zurück zur Beziehung: Was für eine Rolle spielt die Beziehung bei der Entwicklung,der Erhaltung oder auch bei der Verminderung einer Krankheit? Beziehung funktioniert als Träger von menschlichem Verhalten. In einer menschlichen Beziehung verhält sich ein Mensch auf eine Art komplementär, d.h., wenn der eine sich auf eine gewisse Art verhält, dann reagiert der andere darauf. Der kranke Partner - z.B. der Depressive - verhält sich hilflos, er sieht kein Ziel mehr in seinem Leben, er übernimmt viele Verantwortungen nicht mehr. Wenn es sehr ausgeprägt ist, vernachlässigt er sogar die körperliche Hygiene. Was macht nun derjenige Mensch, der ihm in der Beziehung begegnet? Meistens passiert es dann, dass dieser versucht, für diesen Kranken Funktionen zu übernehmen.

https://adhs.expert

Er versucht, ihn aufzumuntern, er versucht, ihm zu helfen, er versucht, ihn vielleicht zu waschen etc. Er verhält sich also auf eine Art komplementär. Das komplementäre oder Ersatzverhalten für etwas, das der Patient nicht mehr machen kann, kann kurzfristig vielleicht hilfreich sein, aber langfristig bringt es den Patienten meistens mehr in eine hilflose Position und er wird noch kränker. Genau dieser Mechanismus läuft zwischen vielen chronischkranken Patienten und ihren Betreuern/Helfern und zwischen ihnen und ihren Familienmitgliedern ab. Um zu erhärten, was ich eigentlich sagen möchte, versuche ich, einen Vergleich aus der Biologie oder auch der Medizin beizuziehen:Wenn man eine Zelle betrachtet, vermehrt sie sich, indem sie gewisse Eiweisse reproduziert und zwar anhand von Vorlagen, die auch Eiweisse sind und sie werden genauso reproduziert,wie die Vorlage ist, wie Schlüssel und Schlüsselloch, das komplementäre Muster, das zusammenpasst. Ueber den ganz exakten Mechanismus, diesen komplementären Mechanismus, werden un sere Zellen haargenau identisch reproduziert und weitergegeben. Ein ähnlicher Mechanismus läuft in der Beziehung ab. Das ist vielleicht ein extremes Beispiel, aber ich wähle es willkürlich, um aufzuzeigen,was ich damit meine. Ich nehme jetzt den kranken Menschen als Beispiel, aber es läuft auch bei anderen menschlichen Beziehungen ab. z.B. zwischen Eltern und Kind, zwischen Ehepartnern usw.:Indem wir uns auf eine Art und Weise dem Patienten gegenüber verhalten, helfen wir ihm entweder, weiterhin krank zu sein oder krank zu bleiben oder sogar noch kränker zu werden, oder wir helfen ihm, gesund zu werden. Hier vielleicht nochmals eine Bemerkung dazu: Wenn ich mit Leuten spreche, die Psychischkranke betreuen, dann fragen sie mich immer, wie man sich eigentlich denen gegenüber verhalten soll. Dann sage ich immer: So normal wie möglich! Das tönt ganz einfach, ist aber sehr schwierig . Schauen Sie zurück auf Ihre Erfahrungen, es ist nichts schwieriger, als sich jemandem gegenüber, der sich irgendwie gestört verhält - oder eben nicht ganz normal - normal zu verhalten, denn man passt sich automatisch an die Krankheit oder das Fehlverhalten an und verhält sich genau so fehl wie der andere, einfach komplementär.

https://adhs.expert

Man meint, man sei mit diesem komplementären Verhalten hilfreich, aber wie die Erfahrung dann zeigt, ist es meistens nicht so. Das Resultat: Man will hilfreich sein und es wird einfach nicht besser, im Gegenteil, es wird eher noch schlechter. Wenn man lange genug sein komplementäres Verhalten ausgeführt hat und es dem Patienten noch nicht besser geht, dann wird man böse und stösst ihn von sich. Das passiert nicht nur den Laien, das passiert auch den Fachleuten. Genau das passiert meistens mit den Langzeitpatienten.Wenn also Langzeitpatienten bei Aerzten, bei Gemeindeschwestern etc., ganz sicher auch in der Familie, einfach bei helfenden Personen Rat suchen, dann setzt man sich zuerst ein und mit der Zeit wird man frustriert, weil es nicht besser wird, weil kein Erfolg erzielt werden kann. Es geschieht nichts Sensationelles, es sind ganz sicher keine Lorbeeren zu holen,und dazu ist der Patient noch ungehorsam, zeigt einen Mangel an Complience, wie man heute so schön sagt. Er wird nicht gesund. Indem er nicht gehorcht, nicht gesund wird, ärgert man sich über ihn und stösst ihn ab. Und dies ist ein Mechanismus, der überall abläuft, in der Familie und beim helfenden Personal.

Langzeitpatienten mit Lungenkrankheiten, die psychisch Kranken und wahrscheinlich auch noch andere, landen dann bei den Gesundheitsberatungsstellen, also bei den Liga-Frauen. Und hier kommen wir zum nächsten Punkt, zu dem, was Frau Schlör schon gesagt hat, ich würde Ihnen sagen, wie man dann vorgeht. Ich weiss nicht, ob das so einfach ist in diesen paar Minuten. Nach diesen einführenden Bemerkungen oder Ueberlegungen zur Rolle der Beziehung in der Betreuung und zur Entstehung einer Krankheit, einer Langzeitkrankheit, würde ich vielleicht folgendes sagen: Die Aufgabe einer Betreuerin, also Gesundheitsberaterin, die sich dann diesem Langzeitpatienten annimmt, von dem alle frustriert sind, Arzt, Gemeindeschwester, Sozialhelfer in der Gemeinde, Nachbarschaft, Verwandte etc.etc., ihre allererste Aufgabe ist es, mit ihm eine Beziehung herzustellen. Und ganau an diesem Punkt ist es dann wichtig, dass sie diese Beziehung nicht auf die geschilderte Art, also komplementär, herstellt, d.h. auf alle diese Lücken und Tücken und Mücken hereinfällt und dagegen agiert oder mitagiert und dann schlussendlich auch noch frustriert ist und ihn von sich stösst.

https://adhs.expert

Schon am Anfang ist es also sehr wichtig, dass sie eine Beziehung herstellen kann, ohne in all diese Probleme hineinzulaufen und dann eigentlich am Krankheitsproblem zu partizipieren. Das ist wieder viel einfacher gesagt als gemacht. Es ist eben schwierig, sich sogenannt "normal" zu verhalten gegenüber einem "gestörten" Patienten, einer "gestörten" Situation oder einem schwerkranken Patienten. Ich sage dann immer zu den Gesundheitsberaterinnen: Es ist wichtig, dass sie lange dranbleiben können, dass sie genug Atem haben und lieber am Anfang weniger tun als zuviel. Oft - wenn man neu an einen Patienten herantritt - ist man noch voller Enthusiasmus. Selbst wenn man hört, was vorher alles schief gegangen ist, denkt man, man mache das anders. Mit neuem Elan geht man an die Sache heran, manchmal etwas übereilt. Da warne ich immer und sage: Lieber nicht allzuviel tun, dafür mit Ausdauer, also wie ein Langstreckenläufer, der gibt sich auch nicht voll aus auf den ersten zehn Metern, er versucht für die ganze Strecke Reserven zu behalten.
Genau das gilt auch für die Gesundheitsberaterinnen. Wichtig ist, die Beziehung zumPatienten herzustellen und zu versuchen, sie auch aufrecht zu erhalten, das wäre das Erste. Als Zweites, und das baut auf dem auf, was ich vorher gesagt habe, ist es eine wichtige Aufgabe der Gesundheitsberaterinnen, dass sie sich in dieser Beziehung ein wenig anders verhalten, als vielleicht für sie spontan wäre und als sich alle anderen Helfer vorher schon spontan verhalten haben: Dass sie eben nicht die komplementären Aktionen mitmachen, die dann die Krankheit aufrecht erhalten. Um das tun zu können, hilft es einem oft, die Patientengeschichte zu betrachten und sich Gedanken dazu zu machen, wo man selber wieder Fehler machen könnte. In diesem Sinne ist dann auch die Anamnese und die Vergangenheit, generell die Lebensgeschichte des Patienten, sehr wichtig. Hier habe ich auch ein Schlagwort: Für mich ist nicht die Krankheitsgeschichte wichtig, so wie ich als Arzt trainiert wurde, sondern die Lebensgeschichte. Ich versuche immer zuerst, die Lebensgeschichte herauszufinden und schaue dann, wo die Krankheitssymptome und die Krankheitsgeschichte in den grösseren Rahmen der Lebensgeschichte hineinpassen. Und so erziehe ich auch meine Assistenzärzte, indem ich ihnen sage, dass ich nicht die Krankheitsgeschichte möchte, nicht die Geschichte der Pathologie, sondern die Lebensgeschichte, und dann sehe ich erst, wo eigentlich das Symptom in das grössere Ganze hineinpasst.

https://adhs.expert

Man geht zuerst vom grösseren Ganzen aus und schliesst nachher auf die kleineren Details, wobei diese Details meistens stark im Vordergrund stehen und einem immer vor die Nase gehalten werden, dass man sie fast nicht übersehen kann und den Blickwinkel nicht wieder ausweiten kann. Trotzdem meine ich, dass es sehr wichtig ist, dass man immer wieder daran denkt, das Ganze anzuschauen, die Lebensgeschichte, die Lebenssituation etc. Das wäre die Aufgabe der Gesundheitsberaterin bei der Betreuung des Langzeitpatienten.

Wie ich vorhin schon sagte, als ich versuchte, meinen persönlichen Krankheitsbegriff zu erläutern: Der Patient lebt natürlich nicht alleine in einem Reagenzglas oder isoliert in einem Zimmer, sondern innerhalb eines sozialen Netzes, auch wenn das gar nicht in Erscheinung tritt. Auch wenn es nicht im Sinne von Besuchen oder Kontakten sichtbar wird, ist es doch in seinem Kopf vorhanden. Aus diesem Grund ist es enorm wichtig, vielleicht die wichtigste Aufgabe, oder einfach eine weitere wichtige Aufgabe der Gesundheitsberaterin, dass sie auch mit diesem sozialen Umfeld umgehen kann. Da steht natürlich an erster Stelle die Familie, also die Angehörigen, deshalb heisst der Titel ja auch "Beratung und Betreuung von Patienten und ihren Angehörigen". Es reicht nicht, wenn eine Gesundheitsberaterin mit einem Patienten umgehen kann. Es ist genau so wichtig oder vielleicht noch wichtiger, dass sie auch mit den Angehörigen umgehen kann. Oft ist das aber ein wenig schwieriger, denn im Verhältnis Patient-Betreuer ist immer ein gewisses Gefälle. Der Patient ist auf eine Art auf uns angewiesen, das gilt nicht nur für die Gesundheitsberaterin, sondern auch für den Arzt oder die Schwester, sie müssen uns quasi gehorchen, denn wir sind schliesslich die Spezialisten und wissen, wie man es machen sollte. Man kann noch eher an sie apellieren, dass sie einem gehorchen sollten, obwohl sie das ja oft auch nicht machen , wie ich vorher geschildert habe. Aber die Angehörigen stehen nicht im Patienten-Status zu uns, sondern auf gleicher Ebene. Sie sind genau so am Wohlsein dieser Person interessiert und haben selber schon viele Sachen angewandt, um den Patienten aus seiner Krankheit herauszuheben, meistens aber auch erfolglos. Wenn man dann zu schnell als Beraterin kommt und diese belehrt, dann werden sie frustriert, werden böse und haben das Gefühl, man sei üb erheblich und verstehe überhaupt nichts von der Sache. Auch wenn man dann noch so gut mit

https://adhs.expert

dem Patienten auskäme, sind sie am längeren Hebel. Sie haben einen viel wichtigeren und intensiveren Einfluss auf den Patienten und alles, was man da so schön aufbaut im Alleingang mit dem Patienten, kann von den Angehörigen wieder zerstört werden. Aus diesem Grunde ist es sehr wichtig, dass man die Angehörigen zuerst anhört und auch auf ihre Lebensgeschichte, ihre Familiengeschichte, ihre Situation eingeht, also zuerst einmal als Hörender hingeht und nicht gleich als Ratgebender. Erst wenn man das Gefühl hat, man verstehe, um was es gehe, man habe einigermassen ein Bild von der Situation, dann kann man vielleicht hie und da einen Rat, eine Unterstützung geben. Aber wie bei der Betreuu ng des Patienten sel b er, so ist es auch bei der Betreuung und Beratung der Angehörigen oft wichtiger, dass man am Ball bleiben, also eine Beziehung herstellen kann. Meistens, wenn man über die Beziehung Vertrauen gewinnt, kommen sie oft selbst auf Ideen und die gesunden Kräfte werden bei Patient und Angehörigen geweckt. Auch bei der Betreuung und Beratung der Angehörigen ist es primär wichtig, dass man eine Beziehung herstellt und sich nicht gerade benimmt, wie der Elefant im Porzellanladen, sondern dass man sich zuerst orientiert und erst dann hier oder dort einen Rat gibt. Beim Raten gibt es auch wieder eine Regel: Man sollte nicht einen Auftrag oder Befehl erteilen: Sie müssen jetzt das tun, sondern man sollte eher einen Vorschlag machen. Gerade bei chronischen Patienten besteht oft ein chronisch verstocktes System darum herum, und wenn man da zu stark eingreift, selbst wenn man das System kennt und genau weiss, was richtig wäre, kommt man oft gar nicht gut an, wenn man sagt: Sie müssen jetzt das und das tun. Man stösst auf Widerstand, die Widerstände werden stark erhöht und das, was schon vor sich geht, wird verstärkt, d.h. der Patient wird noch kränker und alles geht noch schiefer. Hier ist es wichtig für un s Hilfspersonen, dass wir nicht wieder zu überheblich auftreten, sondern dass wir Vorschläge machen, z.B. formulieren: In ähnlichen Situationen ist das schon hilfreich gewesen und vielleicht können Sie es auch mal versuchen. Oder: Ich würde vielleicht jetzt das und das machen, das wäre sinnvoll, aber Sie müssen schlussendlich entscheiden u n d machen Sie nichts, wenn Sie nicht voll dahinter stehen können.

https://adhs.expert

Sobald man Druck aufsetzt, beginnt das System wieder schlechter zu funktionieren und es geht alles wieder in die Richtung der Krankheit und sie wird verstärkt. Da gäbe es Beispiele aus der Praxis, um Ihnen dies zu illustrieren. Vielleicht können Sie diese selbst suchen. Ich kann nur betonen, dass ich aus Erfahrung spreche und nicht aus Theoriebüchern.

Wie Sie sehen, stellt das äusserst hohe Anforderungen an die Gesundheitsberaterinnen. In solchen Zwangssituationen, in chronisch unzufriedenen, eingeengten Situationen, in denen diese Patienten stecken, ist es sehr schwierig, sich sogenannt "normal" zu verhalten und nur allzuschnell fällt man in das bekannte Krankheitsmuster, verstärkt es und ist dann frustriert.
Die Gesundheitsberaterinnen gehen auch sehr oft zu den Leuten nach Hause. Das bri ngt es mit sich, dass sie noch mehr in die ganze Atmosphäre, in das ganze System hineingezogen werden.
Für den Arzt ist das ein wenig einfacher, wenn der Patient in die Praxis kommt, ist es auf seinem Territorium und er kann eher objektiv sein. Es ist also viel schwieriger, objektiv zu sein und nicht hinein gezogen zu werden, wenn man ins Haus der Betroffenen geht. Und genau aus diesem Grunde ist es wichtig, dass die Gesundheitsberaterinnen auch ihrerseits wieder eine Beratung haben, d.h. eine fachliche Unterstützung. Der Sozialpsychiater - wie ich mich vielleicht nennen kann, als Psychiater, der auf dem Sozialpsychiatrischen Dienst arbeitet - sollte eigentlich Fachspezialist für die Lösung und Handhabung von Beziehungsproblemen sein. Durch unsere reichliche Erfahrung mit M enschen, im Um gang mit Menschen und im Umgang mit Konflikten zwischen verschiedenen Menschen, können wir uns einiges an Wissen aneignen. Genau dieses Fachwissen, aber an erster Stelle die Erfahrung, die ich mir hier aneignen konnte, versuche ich in der Fallsupervision den Gesundheitsberaterinnen zur Verfügung zu stellen, so dass sie dann meine Erfahrungen anwenden und feststellen können, ob das für sie im Umgang mit dem Langzeitpatienten und seinen Angehörigen auch funktioniert. Sie müssen die Gesundheitsberaterinnen selb er fragen, ob es das bringt, was ich mir davon erhoffe. Meinerseits bin ich sehr froh u m diese Gesundheits-

https://adhs.expert

beraterinnen, denn wir im Sozialpsychiatrischen Dienst sind nicht n ahe der Front draussen, wir sind hinter unseren zwar nicht mehr materiellen, aber doch noch ein wenig sozialen Mauern versteckt und kommen in diesem Sinne oft gar nicht an das Elend heran, das da ohne jegliche Hilfe abläuft. Ich bin sehr froh darum, dass die Gesundheitsberaterinnen unter meiner Mithilfe in diesen schwierigen Situationen wichtige, sehr wichtige Arbeit leisten können. Ich möchte vielleicht noch anfügen, dass sie mit kostenmässig geringem Aufwand - verglichen mit demjenigen auf einer Intensivstation - mit viel menschlichem und wenig technischem Einsatz - sehr viel erreichen und Gutes bei der Linderung der Leiden der Langzeitpatienten und deren Angehörigen erbringen können.

Das wären meine Gedanken.

https://adhs.expert