

Zeitschrift: Das Schweizerische Rote Kreuz
Herausgeber: Schweizerisches Rotes Kreuz
Band: 88 (1979)
Heft: 2

Artikel: Krankenpflege heute - ihre Möglichkeiten und Grenzen
Autor: [s.n.]
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-547931>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 23.12.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Krankenpflege heute – ihre Möglichkeiten und Grenzen

Patientenpflege ermöglicht von allen Spitalfunktionen wahrscheinlich den direktesten Kontakt zum Patienten und spiegelt deshalb am besten das Niveau der gesamten Spitalleistung wieder. Das Spital kann technisch noch so hervorragend organisiert oder technisch vollkommen sein und auch die höchstqualifizierte medizinische Kunst bieten; wenn es an guten Schwester-Patienten-Beziehungen fehlt, dann hat der Patient trotzdem das Gefühl, schlecht behandelt worden zu sein. Die Verantwortung des Pflegepersonals gegenüber dem Patienten und der gesamten Bevölkerung ist deshalb gross.

Erfreulicherweise wurde der erste Nachmittag des VESKA-Kongresses 1978 in Montreux dem Thema Krankenpflege eingeräumt. Martha Meier, Lehrerin an der Rotkreuz-Kaderschule für die Krankenpflege, und Margrit Schellenberg, Beraterin für den Pflegedienst, haben in ihrem Einführungsreferat formuliert, was der Krankenpflegeberuf heute anstrebt. Sie glauben, dass die Qualität der Pflege nicht direkt von der Organisationsform abhängig ist, sondern von der Einstellung der Schwester zum Patienten und von ihrer Beziehungsfähigkeit, also von ihrem mitemenschlichen Verhalten.

Wie ist die Situation heute in den Spitälern?

Der Arbeitsanfall für das Pflegepersonal ist gewachsen, weil der Anteil an betagten, hilfsbedürftigen Patienten und solchen mit schweren akuten Zuständen gestiegen ist und weil, infolge frühzeitiger Entlassung nach Operationen, die Patienten häufiger wechseln. Arbeitszeitverkürzung und teilweiser Schichtbetrieb und die vielen Pflegepersonalkategorien verursachen grosse Personalrotation und damit Unruhe, Hektik, Verlust an Kontinuität der Pflege. Dazu kommen die an vielen Orten schmerzhaft empfundenen Auswirkungen des rezessionsbedingten Personalstopps.

Auf der andern Seite haben sich die Erwartungen der Gesellschaft an Spital und Gesundheitsdienst gewandelt. Die Leute sind kritischer, weil medizinisch und wirtschaftlich besser orientiert. Das Bewusstsein über die Rechte des Patienten ist im Wachsen, und Forderungen nach Information und Mitbestimmung werden laut.

Das ist die Situation heute und die Realität, mit der wir leben müssen. Wir können das Rad der Zeit nicht zurückdrehen; was wir aber trotz allem fördern wollen, ist die Qualität der Pflege.

Was macht die gute Pflege eigentlich aus?

In den fünfziger Jahren haben Reiter und Kakosh (zwei amerikanische Krankenschwestern) versucht herauszufinden, was die Merkmale guter Pflege sind. Sie haben Beobachtungen gemacht und eine grosse Anzahl von Patienten und pflegenden Schwestern befragt.

Als Merkmale guter Pflege haben sich folgende Qualitäten herausgestellt:

- Patientenbezogenheit (nicht Krankheitsbezogenheit)
- Ganzheitsdenken (der Patient wird als Ganzheit in seiner Umwelt und seinem sozialen Beziehungsnetz gesehen)
- Kommunikation, Zuwendung
- Sicherheit (als absolutes Minimum)

Patienten bei uns, wenn sie sich bei Befragungen oder in Erlebnisberichten über die im Spital gemachten Erfahrungen äussern, erwähnen vor allem ihr Bedürfnis nach Information, nach menschlichen Umgangsformen, nach einer Bezugsperson, nach einem Vertrauensverhältnis mit Pflegepersonal und Ärzten. Der Patient möchte als Mensch mit seinen individuellen Bedürfnissen ernst genommen werden und in seinen Problemen verstanden sein.

Das Verhalten der Krankenschwester hat einen grossen Einfluss auf das Befinden des Patienten. Mehrere Studien bestätigen, dass zum Beispiel weniger Schmerz- oder Schlafmittel nötig sind, wenn die Schwester sich Zeit nimmt für den Patienten und ihm angepasste Information und Zuwendung geben kann. Wie viele Möglichkeiten könnte doch die Schwester noch

ausschöpfen, um dem Patienten bei der Lösung seiner Probleme zu helfen!

Wir betrachten die Pflege deshalb als einen Problemlösungsprozess und als einen Beziehungsprozess, der für jeden Patienten wieder anders verläuft. Das Vorgehen kann folgendermassen beschrieben werden:

1. Die Schwester sammelt Informationen über den Patienten, das heisst, sie *lernt ihn kennen* durch Beobachtung, durch Gespräche mit ihm und seinen Angehörigen. Sie kann somit seine Bedürfnisse und Pflegeprobleme, aber auch seine Möglichkeiten und noch erhaltenen Kräfte erfassen.
2. Es wird ein *Pflegeziel* aufgestellt. Dieses kann sich auf vollständige Wiederherstellung und volle Selbständigkeit ausrichten. Es könnte aber auch heissen: Anpassen an bleibende Behinderungen und trotzdem ein sinnvolles Leben. Es könnte auch heissen: ein würdiger und friedlicher Tod.
3. Aufgrund der Zielsetzung kann ein *Pflegeplan* aufgestellt werden, das heisst, die konkreten pflegerischen Massnahmen, die der betreffende Patient braucht, werden festgelegt.
4. Pflege bedeutet hier nicht nur Körperpflege und Mithilfe bei medizinischen Massnahmen. Sie bedeutet vielmehr auch: begleiten, betreuen, erklären, aktivieren, Herstellen von Beziehungen, Verändern der Umgebung des Patienten.
5. Die Wirkung von Pflege und Behandlung auf den Patienten wird laufend beobachtet und *beurteilt*, und die Pflegeplanung wird veränderten Bedürfnissen angepasst.

Jeder Schritt des Krankenpflegeprozesses muss im Kardex (Patientenrapport) schriftlich festgehalten werden, um die Kontinuität der Pflege zu gewährleisten.

Die Krankenpflege, so gezielt und individuell aufgefasst, verlangt eine intensive Kommunikation. Notwendig sind:

- die Einbeziehung des Patienten und seiner Angehörigen in den Entscheidungsprozess, wo immer möglich,
- eine intensive Information und Koordination innerhalb des Pflegeteams, aber auch eine Bezugsperson für den Patienten,
- interdisziplinäre, partnerschaftliche Gruppenbesprechungen (Pflegepersonal, Arzt, Physio- und Ergotherapeut, Sozialarbeiter, Seelsorger),
- spitalexterne Institutionen, damit über das Spital hinaus geplant werden kann und die Betreuungskette für den Patienten nicht abreissst.

Beispiel einer Pflegeplanung

Bei einem Gruppengespräch in einem Krankenhaus wünscht sich die Pflegegruppe, dass es ihr gelinge, alle vier Patien-

tinnen eines Krankenzimmers an einen Tisch zu bringen. Damit haben sie unbewusst ein Pflegeziel formuliert.

Situation

Die jüngste der vier Patientinnen ist 73jährig, seit fünf Jahren im Krankenhaus, sie ist verschlossen und in sich gekehrt; die zweite, 91jährig, ebenfalls seit mehreren Jahren im Haus, sitzt in ihrer Ecke und ist eifersüchtig auf ihre Mitpatientinnen; die zwei andern, 83- und 90jährig, sind erst einige Monate im Krankenhaus, die eine ist schwerhörig, die andere kontaktfreudig.

Vorgehen

Bisher waren alle Patientinnen gut und sauber gepflegt, dem mangelnden Kontakt untereinander wurde jedoch kaum Beachtung geschenkt. Nun will sich die Gruppe auf das von ihr formulierte Ziel ausrichten und sich zuerst mit der Eifersucht von Frau X auseinandersetzen. Gemeinsam wird deshalb ein vorläufiger Pflegeplan aufgestellt:

- Frau X braucht mehr Zuwendung. Jede Möglichkeit benützen, um mit ihr zu plaudern.
- Beim Kämmen sich etwas länger mit der Patientin unterhalten.
- Besuchszeiten nicht starr handhaben, aber allen gleiche Rechte einräumen und Ausnahmen für alle gestatten.
- Abklären, wo eventuelle Hobbies liegen.
- Versuchen, Frau X für Gesellschaftsspiele zu interessieren.
- Einen Zeitplan aufstellen für die Morgentoilette der vier Patientinnen, abwechseln in der Reihenfolge, Patienten darüber informieren.

Bereits nach einer Woche kann die Gruppe einen kleinen Erfolg vorweisen: Frau X sitzt im Rollstuhl am Tisch und schaut zwei andern Patientinnen beim Eile-mit-Weile-Spiel interessiert zu. Zwei Wochen später ist es möglich, allen vier Patientinnen das Mittagessen gemeinsam zu servieren.

Dieses Beispiel zeigt, auf welche Weise vermehrte Zufriedenheit der Patienten erreicht werden konnte und wie das Pflegepersonal stimuliert wird, neue Schwerpunkte in der Pflege der Langzeitpatienten zu entdecken.

Ein weiteres Beispiel zeigt, welche Auswirkungen eine ganzheitliche Pflege mit Zielsetzung und Pflegeplanung hat.

Frau X kommt mit offenen Beinen ins Spital, ihre eitrigen Wunden sind mit Taschentüchern verbunden, es fehlen die einfachsten Kenntnisse über hygienische Massnahmen.

Bei der Routinepflege wickelt sich die Behandlung gemäss ärztlicher Verordnung korrekt und zuverlässig ab, so dass die

Patientin nach mehreren Wochen geheilt entlassen werden könnte.

Die Pflegegruppe setzt sich jedoch ein viel weiter gefasstes Ziel, indem durch entsprechende Gesundheitserziehung ein Wiedereintritt der Patientin ins Spital verhütet werden soll. Zu diesem Zweck wird ein Pflegeplan aufgestellt, welcher vorsieht, von Anfang an die Patientin und ihren Ehemann über Hygiene aufzuklären und in der vorbeugenden Behandlung der Beine anzuleiten. Im Einverständnis mit beiden Ehegatten wird auch geplant, nach Spitalaustritt der Patientin die Gemeindegemeinschaft einzubeziehen, damit sie die häuslichen Verhältnisse überprüfen und entsprechende Anleitung geben kann. Eine solche Pflege erfordert zwar einen grösseren momentanen Zeitaufwand, verhindert aber langfristig gesehen einen Rückfall mit allen körperlichen, seelischen und finanziellen Konsequenzen. Für die Patientin bedeutet dies ausserdem vollständige Erhaltung ihrer Selbständigkeit und Unabhängigkeit.

Auswirkungen einer patientenbezogenen Krankenpflege

a) Auswirkungen auf den Patienten

Er erlebt «menschzentrierte» Pflege, er kann etwas lernen über das Spital hinaus: nämlich eine gesündere, angepasste Lebensweise, das Verhüten von Rückfällen, besseres Umgehen können mit seinen Behinderungen, die Fähigkeit, seine Probleme in gesundheitlicher Hinsicht besser lösen zu können und die richtigen Hilfen in Anspruch zu nehmen. Patienten in Chronischkrankheimen können eher eine sinnvolle Lebensweise finden, wenn sie ernst genommen werden und in ihren Anpassungsschwierigkeiten nicht gleich als «schwieriger Patient» eingestuft werden.

Wenn sich die Schwestern Zeit für die Instruktion der Angehörigen nehmen können, haben diese vielleicht mehr Mut, einen behinderten Patienten heimzunehmen in die vertraute Umgebung.

b) Wirtschaftliche Auswirkungen

Wenn der Patient individuell behandelt wird, kann gezielter vorgegangen werden, auch medizinisch. Nicht alle Patienten brauchen alle Massnahmen, deshalb sind Einsparungen im Spital möglich.

Wenn der Patient gezielt auf die häufig sehr frühe Spitalentlassung vorbereitet wird, können Komplikationen und Rückfälle vermieden werden sowie eventuell erneute Hospitalisationen.

c) Auswirkungen auf das Pflegepersonal

Wenn das Pflegepersonal die Krankenpflege als sinnvolle und kreative Arbeit mit direktem Kontakt zum Patienten erlebt und wenn dem Pflegepersonal ein selbständiger Entscheidungsbereich und

ein partnerschaftliches Verhältnis zu den Ärzten und allen Mitgliedern des Behandlungsteams zugestanden wird, kann erwartet werden:

- dass das Interesse und das Verantwortungsgefühl steigen,
- dass sich das Routinedenken und -handeln vermindert,
- dass der Wille, die Pflege stetig zu verbessern, wächst,
- dass die Bereitschaft, organisatorisch und wirtschaftlich neue Lösungen für den Betrieb zu finden, grösser wird,
- dass eine grössere berufliche Befriedigung und Betriebstreue entsteht.

Grenzen der Krankenpflege

Aufgrund unserer bisherigen Ausführungen sollte eigentlich die patientenbezogene Pflege schlagartige Erfolge zeigen, und die Klagen über mangelnde Menschlichkeit im Spital müssten augenblicklich verstummen. Dieses Ziel haben wir leider in der Praxis noch längst nicht erreicht.

Es ist zwar unbestritten, dass in Spitälern und Schulen grosse Anstrengungen unternommen werden, um diese Art Pflege zu verwirklichen. Es ist aber auch allen bewusst, dass es sich dabei um eine veränderte Auffassung von Pflege handelt, welche zwar durch Zeit und Gesellschaft notwendig geworden ist, aber nur langsam in Gang gesetzt werden kann und Jahre dauern wird.

Auffassungsänderung bedeutet Entwicklungsprozess. Dank vermehrter psychologischer Erkenntnisse in allen Bereichen unserer Gesellschaft wird auch die Krankenpflege davon beeinflusst. Aber gerade da zeigen sich in der Praxis Grenzen, welche oft durch Widerstände erzeugt werden.

Ein Widerstand beginnt bereits bei der *Angst*, alles werde jetzt «verpsychologisiert», man habe schliesslich früher auch Kranke gepflegt, und zwar nicht einmal schlecht. In solchen Argumenten spiegelt sich das Unbehagen gegenüber Neuerungen, welche Bisheriges in Frage stellen und Verunsicherungen hervorrufen. Oft fühlt sich die ältere Generation durch die Jungen bedroht, weil sich deren Ausbildung vermehrt den heutigen Bedürfnissen anpasst. Statt die Erfahrung der Älteren zu paaren mit der besseren Ausbildung der Jungen entsteht eine Abwehr, welche den Fortschritt bremst.

Man erhält oft den Eindruck, dass sich in unserer schnellebigen Zeit die *Erkenntnisse überstürzen*. Die Schulen versuchen mitzugehen, währenddem das Spital meist nicht Schritt zu halten vermag.

Die *Einführung von Neuerungen braucht Zeit*, welche häufig in der allgemeinen Hektik vieler Spitalbetriebe nicht freigestellt werden kann. Oft muss man froh sein, überhaupt mit der Arbeit durchzukommen, so dass für Auseinandersetzungen

gen mit neuen Konzepten und Auffassungen weder Kraft, Musse noch Bereitschaft vorhanden ist. Dazu kommt, dass in der Praxis eine schöpferische Pause mit Überlegungen zur heutigen Pflege vielfach noch kaum Priorität erhält gegenüber dem Putzen eines Medikamentenkastens!

Grenzen bestehen auch dort, wo die Mehrzahl der *diplomierten Schwestern in ihrer Doppelfunktion* als Pflegende und als Ausbilder so gefordert sind, dass Neuerungen rundweg abgelehnt werden. Die *Schüler* hingegen bringen eine neuzeitliche Auffassung von Pflege auf die Spitalabteilungen und möchten ihre Theorien verwirklichen können. Wenn sie darin verstanden werden, ist alles gut. Wenn sie aber im Spitalalltag nicht den Widerhall ihrer schulischen Erfahrungen vorfinden, werden sie sich bald einmal an Routine und Tradition anpassen und oft resigniert oder mit minimaler Befriedigung ihre Arbeit verrichten.

Eine wichtige Rolle im ganzen spielen auch die *Ärzte*. Zu lange war ihr Studium

ausschliesslich auf naturwissenschaftlicher Basis aufgebaut, und über die menschlichen Belange wurde an den Fakultäten kaum etwas gelehrt. Im Spital stehen dann die *Ärzte* in ständigem Stress, so dass es oft an Zeit und Interesse mangelt, sich mit Problemen der Krankenpflege auseinanderzusetzen. Bisweilen genügt es ihnen auch, wenn ihre Verordnungen pünktlich und exakt ausgeführt sind und sich die Schwestern nicht mit dem Begriff einer eigenständigen Funktion der Krankenpflege befassen, weil ein solches Denken für den Arzt nur Unruhe bringt und Unbequemlichkeit bedeutet. Wenn dann solche Gedanken dennoch ihren Niederschlag in der Einführung von Neuerungen finden, aber von ärztlicher Seite torpediert oder belächelt werden, haben es die Schwestern schwer, ihrer Auffassung zum Durchbruch zu verhelfen, und es braucht viel Kraft, trotzdem für seine Überzeugung einzustehen.

Grenzen bestehen auch darin, dass ein *Pflegeteam nie konstant* bleiben kann, weil

die Gewährleistung eines 24-Stunden-Dienstes an 7 Tagen pro Woche unvermeidbare Rotation mit sich bringt. Dazu kommt die Wanderbewegung der diplomierten Schwestern sowie der Wechsel der Schülerinnen, deren Ausbildungsplan nicht in erster Linie die Bedürfnisse des Spitals abdecken kann.

Trotz all dieser Grenzen haben die Erfahrungen der letzten Jahre gezeigt, dass wir *unsere Bemühungen um eine ganzheitliche Pflege fortsetzen* müssen. Die heutige Gesellschaft verlangt unmissverständlich mehr Individualität in der Betreuung, damit auch im technischen Zeitalter die körperlichen, geistig-seelischen und sozialen Bedürfnisse des Patienten berücksichtigt werden können. ■

Blitzbesuch

«Hallihallo!» rief sie am Nachmittag fröhlich von weitem.

«Ich kann dich nicht brauchen. Du kommst mir höchst ungelegen», rief ich sofort zurück.

«Ich bin angezeigt! Alle Zeitungen haben mein Kommen avisiert. Übrigens besuche ich dich jedes Jahr, solltest es endlich wissen.»

«Ich dachte – eh, hoffte – du bliebest einmal aus. Ein einziges Mal in vielen, vielen Jahren. Schliesslich habe ich Vitamin C geschluckt, jeden Tag Salat gegessen und morgens Honig mit Zitrone.»

«Aberaber, Abwehrmittel, wo wir uns doch so gut aneinander gewöhnt haben!»

«Ich habe mich nicht an dich gewöhnt», sagte ich.

«Aber du stehst nun einmal auf meiner Herbstliste.»

«Streiche mich! Ich erhebe Einspruch.»

«Einspruch abgewiesen.»

Man muss sie ignorieren, beschloss ich, schluckte zu meinem Vergnügen Chemie, sehr viel davon, legte mich zu Bett, drehte mich zur Wand, rollte mich ein und schloss die Augen, die Welt anknurrend: «Lass mich in Ruhe; ich bin ein Hund.»

Was tat sie (nicht die Welt, sondern die . . . eben sie)? Sie rauschte heran mit

Pauken und Trompeten, rüttelte am Bett, machte ein Hullygully daraus, blies sich auf und produzierte Stürme, kalten Mistral aus Frankreich, heissen Schirokko aus Italien, Eiswind vom Nordpol und Sandsturm aus der Sahara. Und rumorte mir scheusslich im Kopf herum.

Mit dem Rest eigenen Willens, der mir blieb, rieb ich mich mit «Wiewohl» ein, gurgelte und schluckte Tabletten.

Ja, lebte man noch in früheren Zeiten, hätte ich den Hausarzt zu einem Abendbesuch bitten können. Er wäre unverzüglich mit seiner grossen Tasche angerückt, der er den Fiebermesser entnommen, mir damit den Puls gefühlt und ihn mir in die Ohren gesteckt hätte. Sodann hätte er festgestellt, ich hätte die Grippe.

Das geht leider heute nicht mehr. Wo ist der gemütliche Herr Doktor, der zu dir nach Hause kommt, etwas feststellt, sich die Hände im geblumten Steingutbecken wäscht und ein Rezept verschreibt? Man solle die Grippe nur machen lassen, bis sie von selber gehe, steht in den Bulletins, und kein Arzt kommt. Aus diesem Grund verschwinden – seht nur nach auf dem Häfelimärt! – allmählich die schön verzierten Schüsseln zum Händewaschen.

Aber ich war nicht in der Lage, abzuwarten, bis Madame Grippe von selber ging. Obwohl die Hitzestürme mit Macht wehten, setzte ich mich durch – es lebe die Chemie! – und Schweiss brach nach höllischen Stunden aus.

Aber noch immer war sie zugegen.

«Blase mir!», sagte ich und begab mich wankend ins Badezimmer, wo ich das heisseste Bad meines Lebens nahm, mich kalt abspritzte und in ein frisches Hemd schlüpfte. Im Bett lag ich da wie ein Lappen, und das stellte sie auch feixend fest.

«Du mit deiner Zitrone und deinem Salat!», höhnte sie. «Was bist du schon, oh Mensch? Ich brauche nur einen Virus abzuschliessen, und schon bist du ein kläglicher alter Lumpen.»

Am Morgen verzog sie sich mit beleidigter Miene. «Wenn du mich halt nicht haben willst, gehe ich. Grüsse an den Honig und die Zitrone und an die Basler und Berner Chemie. Adiö.»

Da stehe ich nun auf meinen Beinen, und sollten Sie mich nach meinem Befinden fragen – «Es geht, es geht! Etwas grippig.» «Fieber?» «Nur Temperatur.»

Und aus dem reinen Äther tönt leise: «Ich bleib' dir nah . . .» ■