

"Die" gute Pflege gibt es nicht, sie sieht je nach Fachbereich anders aus : "Ob Langzeitpflege oder Intensivstation: Es gilt, Lebensqualität zu verbessern"

Autor(en): **Weiss, Claudia / Nydahl, Peter**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Curaviva : Fachzeitschrift**

Band (Jahr): **87 (2016)**

Heft 2: **Gute Pflege : für die Menschen, nicht für die Institutionen**

PDF erstellt am: **09.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-804143>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

«Die» gute Pflege gibt es nicht, sie sieht je nach Fachbereich anders aus

«Ob Langzeitpflege oder Intensivstation: Es gilt, Lebensqualität zu verbessern»

Dreimal derselbe Patient, von drei verschiedenen Pflegefachfrauen gepflegt: Das ergibt drei völlig unterschiedliche Prozeduren. Denn unter guter Pflege verstehen nicht alle dasselbe. Zentrale Frage aber ist immer: Was wünschen sich die Patienten? Intensivpfleger Peter Nydahl macht sich Gedanken.

Interview: Claudia Weiss

Herr Nydahl, Ihren Text «Was ist gute Pflege» (siehe Seite 27) haben Sie vor über einem Dutzend Jahre geschrieben – und er scheint immer noch sehr aktuell.

Peter Nydahl: Ja, wahnsinnig viel hat sich in dieser ganzen Zeit nicht verändert: Wir haben immer noch keine passenden Pflege-theorien für eine Vielzahl verschiedener Patienten. Das ist einerseits gut, weil es vieles offenlässt. Andererseits birgt dieses Vakuum auch Probleme: Wir wissen immer noch nicht so genau, was wirklich gut ist. Das Pflegeleitbild bietet immerhin eine Hilfe, denn es nennt meist die Patientenzufriedenheit als wichtigen Punkt. Es löst aber nicht die Probleme, die auch der gegenwärtige Generationenwechsel mit sich bringt.

Welche Probleme sind das? >>



*Peter Nydahl, 52, arbeitet seit 20 Jahren in der Pflege. Er arbeitet als Intensivpfleger in der Klinik für Neurologie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein in Kiel. Der Spezialist für Basale Stimulation ist ausserdem als freiberuflicher Dozent und Autor tätig.

«Was ist gute Pflege?»

Von Peter Nydahl*

Stellen wir uns vor, im Zimmer 10 liegt Herr K., Mitte 50, verheiratet, zwei erwachsene Kinder, Handwerksmeister, Hirninfarkt links, hemiplegisch und aphasisch, motorisch unruhig, situativ nicht orientiert.

Stellen wir uns weiter vor, es ist sieben Uhr morgens und Schwester Sabine, Schwester Monika und Schwester Martina würden den gleichen Herrn K. waschen.

Schwester Sabine: Herr K. kann sich nicht selbst waschen, er versteht verbale Informationen nicht, kommt Aufforderungen nicht nach. Er kann nicht für sich selbst Verantwortung tragen und entsprechend handeln. Schwester Sabine gleicht diese Einschränkung aus, indem sie ihn von Kopf bis Fuss wäscht und dann noch bettet. Zudem fördert sie ihn, indem sie ihn über die betroffene Seite anspricht, ihm zeigt, was sie vorhat und ihn von dort aus pflegt. Dies ist schliesslich ihre Aufgabe. Sie geht wieder raus und hat Herrn K. gut gepflegt.

Schwester Monika: Herr K. kann seinen rechten Arm ansatzweise bewegen. Auch wenn er verbale Informationen nicht verstehen kann, ist es möglich, ihm über seine eigenen Hygienartikel die Situation erkenntlich zu machen und ihn zur selbständigen Waschung anzuregen. Sie betreut Herrn K. über die betroffene Seite, zeigt ihm seine persönlichen Waschlappen, legt ihm den Waschlappen in die Hand, führt zunächst seine Hand über sein Gesicht, bis er selbst beginnt, sich zu waschen. Schwester Monika lenkt hierbei seine Aufmerksamkeit auch auf die betroffene Seite und hilft ihm beim Waschen. Während der Waschung des Oberkörpers wird Herr K. zunehmend erschöpft, Schwester Monika will den Patienten nicht überfordern und bricht die Waschung ab, das Bett verschiebt sie auf später. Sie geht wieder raus und hat Herrn K. gut gepflegt.

Schwester Martina: Herr K. erlebt sich nach seinem Hirninfarkt plötzlich völlig anders, er ist in einem fremden Umfeld, körperlich unbegreiflich verändert, ohne seine gewohnten Bezugspersonen isoliert, es wird über ihn entschieden. Schwes-

>>



Gute Teamabsprachen verhindern Unstimmigkeiten: Nicht in jedem Be-

reich ist es gleich wichtig, ob jemand täglich gründlich gewaschen wird. Gute Pflege, so sagt Peter Nydahl, muss vielmehr immer fragen: «Was ist für meinen Patienten in dieser Situation wichtig?» Das kann

manchmal eine gründliche Rasur sein, manchmal auch einfach ein Spaziergang in der Sonne.

Foto: Martin Glauser

ter Martina spricht Herrn K. über seine betroffene Seite an, merkt dann aber, dass dieser sich eher verwirrt umblickt. Sie wechselt die Seite, damit er sie deutlich sehen kann. Sie nickt ihm zu, setzt sich zu ihm. Sie halten einen Moment interessierten Blickkontakt, dann nimmt Schwester Martina das Necessaire von Herrn K. und hält es ihm hin. Er kramt darin herum und holt die Zahnbürste, Taschentücher, schliesslich seine Uhr heraus. Er blickt die Uhr lange an und sieht sich suchend um. Schliesslich führt Schwester Martina seine linke Hand an die rechte, er tastet, spürt und sie hilft ihm, die Uhr an sein Handgelenk zu binden. Herr K. sieht Schwester Martina lange an und fängt an zu weinen. Sie hält seine Hand, hält sein Weinen aus. Nach einigen Minuten wird er ruhiger, nickt Martina dankbar zu und seufzt. Sein Blick scheint traurig, wirkt aber klarer. Eine Waschung hält sie jetzt für unpassend. Sie geht wieder raus und hat Herrn K. gut gepflegt.

Stellen wir uns weiter vor, die drei Pflegenden würden sich beim Frühstück über das unterhalten, was sie geleistet haben

... Machen wir uns nichts vor, wir alle sind davon überzeugt, gut zu pflegen; und selbst wenn wir durch äussere Umstände wie Personalkürzungen dazu gezwungen sind, von unserer Qualität Abstriche zu machen, wollen wir gut pflegen. Das Problem ist zumeist, dass die Vorstellungen über das, was gute Pflege eigentlich ist, nicht ausgesprochen oder hinterfragt werden, sondern vordergründige Leistungen bemängelt oder akzeptiert werden.

Was geschieht hier?

Schwester Sabine beurteilt einen Patienten anhand seiner Unfähigkeiten zu eigenverantwortlichem Handeln. Ihre Pflege ist bedürfnisorientiert und gut, wenn diese Defizite ausgeglichen werden.

Schwester Monika beurteilt einen Patienten nach dem, was er kann. Ihre Pflege ist entwicklungsorientiert und gut, wenn die Fähigkeiten des Patienten gefördert werden.

Für Schwester Martina ist der Patient ein Mensch, der sich in Beziehung zu seiner Umwelt dynamisch entwickelt. Ihre Pflege

Als ich meine Ausbildung begann, hatte ich Ideale und grosse Ideen, wie gute Pflege aussehen sollte. Heute hingegen scheinen junge Pflegefachleute eher sehr grossen Wert auf Spass bei der Arbeit zu legen. Ihnen scheint die gute Zusammenarbeit im Team wichtiger zu sein als uns früher. Das ist anders, aber daraus ergibt sich auch neues Potenzial. Unter dem Strich ist die Pflege heute weder besser noch schlechter als damals. Arbeits- und Zeitdruck sind übrigens in Deutschland noch wesentlich höher als in der Schweiz – sie gilt für uns als gelobtes Land!

Auch in der Schweiz herrschen Arbeits- und Zeitdruck. Wie kann gute Pflege unter diesen Bedingungen gelingen?

Mit Priorisierung. Das heisst, die Teams müssen zusammensitzen und festlegen, was unbedingt sein muss und was verzichtbar ist. Bei uns auf der Intensivpflegestation haben wir beispielsweise die 72-Stunden-Regel ausgemacht. Das bedeutet, jeder Patient muss innerhalb von 72 Stunden einmal gründlich gewaschen werden. Das nimmt schon viel Druck – einmal alle drei Tage statt einmal täglich, das kann den Alltag unheimlich stark vereinfachen! Und es ist letztlich förderlicher, denn es bleibt mehr Zeit für Wichtigeres. Beispielsweise kann man darauf eingehen, wenn ein älterer Herr unbedingt täglich auf einer gründlichen Rasur besteht. Oder auch für Basale Stimulation.

Bedeutet denn Basale Stimulation viel mehr Zeitaufwand?

Ich wende sie seit 20 Jahren an – für mich bedeutet sie kaum einen zeitlichen Mehraufwand. Vor allem auch deshalb, weil sie genau genommen keine Methode ist, sondern eine Haltung. Junge Kolleginnen und Kollegen, die darin nicht geübt sind, haben oft mehr Mühe. Dabei lässt sie sich ganz einfach in den Ablauf einbauen: Beispielsweise könnte man

bei einem Patienten eine Mundpflege nicht einfach abspülen, sondern ihn auf der Bettkante sitzen lassen und mit ihm ein sogenannt geführtes Zähneputzen durchführen. Das heisst, man erklärt dem Patienten ganz genau, was er jetzt tun kann, spricht geduldig mit ihm und führt vielleicht seinen Arm mit ganz leichten Bewegungen – das ist quasi eine Teamzusammenarbeit mit dem Patienten.

Basale Stimulation ist das eine. Aber haben Sie für sich herausgefunden, was gute Pflege insgesamt ausmacht?

Gute Pflege bedeutet für mich auf der Intensivstation, die Patienten in ihrer Entwicklung zu fördern. In der Demenzpflege hingegen bedeutet gute Pflege vielleicht: Bedingungen schaffen für Wohlgefühl, Entspannung und Teilhabe. Bei einem Patienten mit Sprachverlust gehört es zur guten Pflege, dass man Wege findet, um mit ihm zu kommunizieren, sodass er sich wieder mitteilen kann. Auf der chirurgischen Akutstation wiederum kann es bedeuten: Verhindern von gefährlichen Ereignissen und Komplikationen. Bei sturzgefährdeten Patienten kann es schon gut sein, wenn heute nichts passiert, der Patient nicht gestürzt ist.

«Die» gute Pflege gibt es also gar nicht. Wie können Pflegendе dieses Dilemma lösen?

Mit guten Teamabsprachen, enger Zusammenarbeit und eben: mit klarer Priorisierung. Was ist unbedingt zu tun? Was kann ich verschieben? Und was ganz weglassen? Diese Punkte muss ein Team gemeinsam festlegen, denn je nach Abteilung sind andere Dinge wichtig. Es gilt nicht mehr, einfach einen festgelegten Plan mit allen Aktivitäten des täglichen Lebens abzuarbeiten. Gute Pflege muss danach fragen: «Was ist bei meinen Patienten in ihrer jeweiligen Situation wichtig?»

>>

ist prozessorientiert und gut, wenn sich aus der momentanen Befindlichkeit und gemeinsamen Interaktion etwas entwickelt. In Sabines Schicht sehen alle immer ein bisschen gestresst aus, aber es ist alles gemacht und aufgefüllt.

In Monikas Schicht werden Fortschritte erzielt, aber das ständige Aus-den-Betten-Zerren der Patienten ist anstrengend.

In Martinas Schicht sind die Patienten deutlich ruhiger und orientierter, aber da bleibt immer etwas liegen.

Alle wollen gut pflegen, haben aber ein unterschiedliches Selbstverständnis sowie Menschen- und Patientenbild. Wir wollen uns hüten, uns eine objektive Beurteilung anmassen zu wollen und eine bestimmte Pflege mit dem Prädikat «besonders wertvoll» versehen zu wollen. Wir können aber anfangen, miteinander über unser Pflegeverständnis zu reden, damit all diese Missverständnisse, Anschuldigungen und genervten Blicke aufhören. Wir können sagen, was uns persönlich wichtig in der Pflege ist und warum das so ist. «Für mich ist ein Patient ...», «Für mich ist gute Pflege ...». Wir können

uns ergänzen. Wir können uns zum Beispiel darüber austauschen, welche Tätigkeiten in einer Schicht unbedingt gemacht werden müssen und welche ich zugunsten einer «guten Pflege» liegen lassen kann, ohne befürchten zu müssen, dass Sabine, Monika oder Martina mich dafür kritisieren.

Und wir müssen darüber nachdenken, welche Konsequenzen sich für einen Patienten ergeben, wenn er unterschiedlichen Pflegestilen ausgeliefert ist (was will der eigentlich?).

Es ist klar, dass keiner von uns gefährlich pflegt. Wir pflegen alle gut – oder wollen dies zumindest. Eigentlich wollen wir alle das Gleiche ... oder?

* Dieser Text erschien zuerst in der deutschen Fachzeitschrift «Die Schwester Der Pfleger», 2002, 5 (41): 394–395

Anzeige



Bereichsleiter/-innen Hotellerie-Hauswirtschaft EFA

**Berufsbegleitender Vorbereitungslehrgang
auf die Berufsprüfung mit eidgenössischem Fachausweis.**

Für Personen im hauswirtschaftlichen Bereich eines Grossbetriebs (Heim, Spital, Hotel, Tagungszentrum usw.), die Leitungsaufgaben übernehmen oder im Begriff dazu sind.

Infoanlass: Dienstag, 5. April 2016, ab 18.00 Uhr, Technopark Zürich
Anmeldung und Information: 058 105 94 50 oder bl_hh@strickhof.ch



Strickhof, Weiterbildung Facility Management, Technoparkstrasse 1, 8005 Zürich
www.strickhof.ch/weiterbildung/facility-management



Dipl. Leiter/-innen in Facility Management

**Berufsbegleitender Vorbereitungslehrgang
auf die Höhere Fachprüfung mit eidgenössischem Diplom.**

Für Personen mit einer Berufsprüfung in einer Sparte des Facility Managements (FM), die ihre berufliche Qualifikation über weitere Fachgebiete erweitern, Prozesse gesamthaft überblicken und eine zentrale Führungsaufgabe einnehmen wollen.

Infoanlass: Donnerstag, 10. März 2016, ab 18.00 Uhr, Technopark Zürich
Anmeldung und Information: 058 105 94 50 oder leiter_fm@strickhof.ch



Strickhof, Weiterbildung Facility Management, Technoparkstrasse 1, 8005 Zürich
www.strickhof.ch/weiterbildung/facility-management

Das Intensivtagebuch

Das Intensivtagebuch ist ein Tagebuch, das Pflegende und Angehörige für einen sedierten und beatmeten Patienten mit einer Beatmungsdauer von mehr als drei Tagen und voraussichtlicher Überlebenschance schreiben. Die beiden Intensivpflegefachmänner Dirk Knück von der Klinik Hirslanden in Zürich und Peter Nydahl machen seit Jahren gute Erfahrungen damit und haben zusammen ein Buch darüber geschrieben. Ein Intensivtagebuch sieht ungefähr so aus:

Ein erster Eintrag berichtet über die Ereignisse, die zur Aufnahme führten: «Guten Tag, Herr Müller. Sie sind heute Morgen zuhause zusammengebrochen, und Ihre Frau hat gleich den Notarzt gerufen, der Sie sofort ins Krankenhaus gebracht hat. Sie mussten künstlich beatmet werden. Dazu bekommen Sie Medikamente, die Sie tief schlafen lassen. Viele Patienten berichten nach so einem Schlaf, dass Sie geträumt hätten. Vielleicht tun Sie das auch. Damit Sie diese Träume verstehen können und wissen, was in der Zeit passiert ist, schreiben wir das Tagebuch für Sie. Wir hoffen, dass es einmal eine Hilfe für Sie sein wird.»

Weitere tägliche Einträge beschreiben die Entwicklung des Patienten: «Sie waren letzte Nacht sehr unruhig. Sie haben geschwitzt und das Gesicht verzogen. Wir drehten Sie auf die Seite. Sie entspannten sich sofort. Seien Sie sich sicher, dass wir gut auf Sie achten.»

Auch Fortschritte können dokumentiert werden: «Heute haben Sie das erste Mal auf der Bettkante gesessen! Wir haben Ihnen dabei geholfen, Ihre Bewegungen da unterstützt, wo noch ein wenig Kraft fehlt, und Sie dann von rechts und links gestützt. Sie haben sich gut hingesezt und sich umgeschaut. Ihr Kreislauf hat auch mitgemacht.»

Hilfreich, sagt Peter Nydahl, seien reflexive Fragen wie: «Ich frage mich, ob Sie das Geräusch der Beatmungsmaschine in Ihre Träume einbauen?» Das helfe dem Patienten nach dem Erwachen aus der Beatmung, die verlorene Zeit aufzuholen: «Er kann das Tagebuch lesen und so selbstbestimmt die Zeit seiner Bewusstlosigkeit rekonstruieren und etwaige traumhafte, für den Betroffenen als real stattgefundene erinnerte Erlebnisse verarbeiten.»

Stirbt ein Patient, sieht die Methode des Intensivtagebuchs vor, die Anrede zu wechseln: «Das ist wohl, traurigerweise, die letzte Eintragung in das Tagebuch. Heute Nachmittag war die Familie von Herrn Müller da. Alle konnten ihn in seinen letzten Stunden begleiten. Die Familie sass am Bett und hat traurig-gefasst von früher erzählt. Wir haben sie mit Getränken und Keksen versorgt und versucht, alle Störungen von ihnen fernzuhalten. Herr Müller war die ganze Zeit ohne Schmerzen und sah friedlich aus. Um 17 Uhr ist Herr Müller im Beisein seiner Familie verstorben. Es ist ein sehr trauriger Moment. Wir vom Intensivteam sprechen unser Beileid aus und hoffen, dass Sie eines Tages mit guten Gedanken an den Verlust denken können.» Dieser Schluss, so erklärt Peter Nydahl, gibt den Angehörigen etwas mit auf den Weg, damit auch sie die schwierige Zeit verarbeiten können.

www.intensivtagebuch.de

Was ist auf Ihrer Station wichtig?

Bei uns ist Frührehabilitation unerlässlich, unsere Patienten erhalten an sieben Tagen pro Woche Logopädie, Physio- und Ergotherapie. Ansonsten brauchen sie eine individuelle Pflege, die auch davon abhängt, wie lange sie auf der Intensivstation liegen – im Schnitt sind es 3,6 bis 3,4 Tage. Dazu gehört auch das Schreiben eines Intensivtagebuchs für die Patienten, damit sie die verlorenen Tage nachholen können (siehe Beitrag oben). Aber wie gesagt, auf der Intensivstation sieht gute Pflege anders aus als auf der Chirurgie, auf der Onkologie oder im palliativen Hospizbereich.

Zudem sind ja Pflegende auch Menschen, arbeiten also immer auch individuell und daher verschieden.

Zum Teil ist Abwechslung auch ganz gut für die Patienten. Viele können gut damit umgehen, dass nicht alle genau gleich pflegen. Sie freuen sich, wenn heute Schwester Sabine da ist. Und wenn morgen Schwester Monika kommt, lassen sie es über sich ergehen. Hilfreich ist dann, Tagesziele für die Patienten festzulegen. Oder ein Primary Nursing-System einzuführen, bei dem eine Pflegefachperson die Hauptverantwortung für

einen Patienten hat und die individuell auf einen Patienten abgestimmten Prioritäten festlegt. Das funktioniert sogar bei Personalmangel.

Sie stellen ja am Ende Ihres Textes «Was ist gute Pflege?» auch die Frage, was denn der Patient gerne möchte. Wissen Sie es?

Am einfachsten fragt man – wenn möglich – direkt: «Wie möchten Sie von mir gepflegt werden?» Wenn sich jemand partout drei Tage lang nicht waschen will, kann man das gut so stehen lassen. Wichtig ist eine gute Kommunikation. Kann sich jemand verbal nicht mitteilen, muss ich als Pfleger versuchen, die Bedürfnisse anhand von Veränderungen des Muskeltonus oder Gesichtsregungen heraus-

zufinden. Ich finde es immer wieder hilfreich, sich in Erinnerung zu rufen: Wir Pfleger sind eigentlich alle immer Plagegeister, wissen alles besser und fordern die Patienten ständig auf, dieses und jenes zu tun. Da ist es gut, auch mal zu fragen, zuzuhören, auf die Patienten und ihre Biografie einzugehen. Kurz: immer wieder zu versuchen, ihre Lebensqualität zu verbessern. ●

Die Frage ist vor allem: Was möchte denn der Patient? Am einfachsten fragt man ihn direkt.