

Was ist gute Pflege ?

Stellen wir uns vor, in Zimmer 10 liegt Herr K., Mitte 50, verheiratet, zwei erwachsene Kinder, Handwerksmeister, Hirninfarkt li., 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 seine Einschränkungen 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 bewegen, und auch, wenn er verbale Informationen nicht verstehen kann, ist es möglich, ihm über seine eigenen Hygieneartikel die Situation erkenntlich zu machen und ihn zur selbständigen Waschung anzuregen. Sie betreut Herrn K. über die betroffene Seite, zeigt ihm seine persönlichen Waschutensilien, 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. Schwester Martina spricht Herrn K. über seine betroffene Seite an und 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 den Kulturbeutel von Herrn K. und hält ihn diesem hin. Er kramt darin herum und holt seine Zahnbürste, seine 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 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 Bedürfnisse 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 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 echt anstrengend und 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 und 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 endlich 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 anmachen.

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 ?

[Peter Nydahl](#)

Zeichnung:
Elke Panzer, Kiel

Literatur:
Chinn, P. L.; Kramer, M. K.: Pflgeetheorie: Konzepte Kontext Kritik. Ullstein Mosby, Wiesbaden
1996

Vorabveröffentlichung aus: Die Schwester Der Pfleger