

Ausbildungszentrum Insel, Bern
Höhere Fachausbildung in Pflege Stufe 1

„Einweisungsgrund Pflegenotstand“

**Der alte, zum Teil verwirrte Mensch auf der
Notfallstation**

Abschlussarbeit
von
Andrea Mengler

Dezember 2003

Inhaltsverzeichnis

1	Motivationsbeschreibung	1
2	Einleitung	2
2.1	Problembeschreibung	2
2.2	Fragestellung	4
2.2.1	Definitionen.....	4
2.2.2	Sprachregelung	5
2.3	Zielsetzung	5
3	Literaturteil	6
3.1	Erklärung des Begriffs „Pflegenotstand“	6
3.2	Das Selbstpflegemodell von Dorothea Orem	6
3.2.1	Das Menschenbild von Dorothea Orem	6
3.2.2	Umwelt.....	7
3.2.3	Gesundheit/ Krankheit	7
3.2.4	Pflege	7
3.2.5	Aufgaben und Ziele der Pflege	11
3.2.6	Bestimmung der Pflegesysteme	11
3.2.7	Die fünf helfenden Methoden	11
3.3	Definition des Begriffes „Pflegediagnose“ (NANDA)	14
3.3.1	Die Pflegediagnose Selbstpflegedefizit	15
3.4	Der alte Mensch	15
3.4.1	Einleitung	15
3.4.2	Definition der WHO „Der alte Mensch“	16
3.4.3	Die Biologie des Alterns	16
3.4.4	Der alte Mensch und seine Bedürfnisse	17
3.4.5	Die Grundbedürfnisse des Menschen nach Abraham A. Maslow	18
3.4.6	Der alte Mensch und seine Defizite	19
3.4.7	Definition der Pflegediagnose „Akute Verwirrtheit“	20
3.4.8	Die akute Verwirrung beim alten Menschen	20
3.5	Der alte Mensch im Akutspital	21
3.5.1	Einleitung	21
3.5.2	Der alte Mensch im Spital.....	21
3.5.3	Die Situation des alten Menschen im Akutspital.....	22
3.6	Patientendokumentation	23
3.6.1	Patientendokumentation. Sicherung interprofessioneller Kommunikation im Krankenhaus	23
4	Methodisches Vorgehen	25
4.1	Datenerhebung	25
4.1.1	Interviewpartner	25
4.1.2	Interviewart	25

4.1.3	Umgebung	26
4.1.4	Ethische Aspekte	26
4.1.5	Persönliches Erleben.....	26
4.2	Datenanalyse	26
5	Präsentation und Diskussion der Ergebnisse.....	27
5.1	Kategorien aus der Datenanalyse	27
5.2	Beschreibung und Diskussion der Ergebnisse aus den Interviews.....	27
5.2.1	Selbstpflegedefizit/ Abhängigenpflegedefizit	27
5.2.2	Pflegerische Urteilsbildung	29
5.2.3	Pflegeinterventionen.....	30
5.2.4	Dokumentation	32
5.2.5	Organisation	33
6	Schlussfolgerung	35
6.1	Folgerung für die Berufspraxis.....	35
6.1.1	Zusammenfassend lässt sich festhalten:.....	36
6.2	Konkrete Umsetzungsmöglichkeiten auf der Notfallstation ...	37
6.2.1	Das Aufnahmegespräch	37
6.2.2	Die Förderung des Wohlbefindens	37
6.2.3	Die Dokumentation von Informationen, Pflegebedarf und Pflegeinterventionen	37
6.3	Meine Rolle als HöFa 1 Pflegefachfrau	38
7	Persönliche Stellungnahme	39
7.1	Kritische Stellungnahme zum Lernprozess	39
7.2	Zielüberprüfung.....	40
7.3	Persönliche Schlussgedanken	41

Literaturverzeichnis

Anhang

Abstrakt

Die vorliegende Arbeit will aufzeigen, dass im Zuge des demographischen Wandels in der modernen Gesellschaft zunehmend alte, zum Teil verwirrte Menschen den Notfallstationen der Spitäler mit dem Einweisungsgrund Pflegenotstand zugewiesen werden. Alle an der Betreuung dieser Patienten Beteiligten (Ärzte und Pflegenden) haben sich dieser Aufgabe mit ihren besonderen Anforderungen zu stellen.

Dabei gilt es darzustellen, dass diese Patienten in nahezu allen Fällen ein Selbstpflegedefizit aufweisen und die notwendige Fremdhilfe im häuslichen Bereich weder von den Angehörigen noch von anderen Personen in hinreichender Weise gewährleistet werden kann. Das zentrale Anliegen der Arbeit wird in der Beschreibung liegen, in welcher Weise und unter welchen Bedingungen die Pflegenden der Notfallstation dem Pflegenotstandspatienten hochwertig gestaltete Pflegebeziehungen und Pflegeinterventionen bieten können.

Die Wertigkeit der Sammlung patientenbezogener Informationen und die Bedeutung einer verschriftlichten Dokumentation aller gesammelten Informationen, aller Pflegeeinschätzungen sowie aller eingeleiteten Pflegeinterventionen werden ebenfalls im Mittelpunkt der Überlegungen stehen.

Bei der Bearbeitung all der genannten Anliegen dieser Arbeit soll der aktuelle Stand an pflegerischen Reaktionsmöglichkeiten beschrieben werden. Hinweise auf erkannte Veränderungsnotwendigkeiten werden ebenfalls aufzuzeigen sein.

Die Arbeit beabsichtigt letztlich mit all ihren Teilen, die Situation eines auf der Notfallstation eines Akutspitals eintreffenden alten, pflegebedürftigen, teilweise auch verwirrten Patienten unter dem Aspekt einer würdigen und pflegerisch hochwertigen Aufnahme und Betreuung in den Blick zu bekommen.

Dabei sind auch Überlegungen für ein effizientes und menschenwürdiges Gestalten der notwendigen Pflegeinterventionen anzustellen.

1 Motivationsbeschreibung

Als Pflegefachfrau werde ich an meinem Arbeitsplatz Notfallstation in erster Linie mit der Betreuung und Überwachung von akut erkrankten oder akut verletzten Patienten konfrontiert. Dabei steht die Beseitigung medizinischer Probleme im Vordergrund. Pflegerische Maßnahmen rangieren in der Regel an nachgeordneter Stelle und sind oft nur sehr begrenzt durchführbar.

Auf Grund dieses Sachverhaltes konnte ich mir zu Beginn meiner Ausbildung zur HöFa 1 Pflegefachfrau nur schwer ein pflegerrelevantes Thema als Abschlussarbeit vorstellen, da wir Pflegenden auf der Notfallstation vornehmlich bei der Behandlung von medizinischen, diagnostischen, therapeutischen und präventiven Maßnahmen behilflich sind.

Beim gedanklichen Suchen nach einem geeigneten Arbeitsthema und dem Reflektieren meiner alltäglichen Arbeit wurde mir aber relativ schnell klar, dass mich seit längerer Zeit der Umgang mit dem alten, zum Teil verwirrten und zeitweise desorientierten Patienten stark beschäftigte. Das hat seinen Grund darin, dass durch die Existenz einer geriatrischen Abteilung in unserem Spital der Anteil der hochbetagten und pflegebedürftigen Patienten relativ hoch ist. Infolge dieses Sachverhaltes werden zahlreiche unselbständig gewordene und auf Hilfe angewiesene Patienten dem Notfall zugewiesen.

Zu meinen beruflichen Erfahrungen zählte zunehmend die Feststellung, dass diese Menschen ganz andere Ansprüche und Bedürfnisse an uns Pflegende auf dem Notfall stellen, als Patienten, die aus einer rein akut medizinischen Situation auf dem Notfall behandelt werden müssen.

Die oben beschriebenen Patienten sind oft dankbar für einen Händedruck, ein offenes Ohr und für eine persönliche Zuwendung. Für sie sind pflegerische Interventionen dieser Art von grundlegender Bedeutung und bisweilen wichtiger als medizinische Maßnahmen. Darüber hinaus musste ich immer wieder feststellen, dass diese Menschen einen anderen Lebensrhythmus haben und wir Pflegenden auf dem Notfall diesen oft nicht zufriedenstellend berücksichtigen können.

Die typische Arbeitsstruktur der Notfallstation lässt es häufig nicht zu, das Wohlbefinden des alten, zum Teil verwirrten Patienten in hinreichend würdigem Ausmaß zu realisieren.

Mit der HöFa 1 Abschlussarbeit möchte ich mich deshalb mit diesem Problemfeld befassen, mir theoretisches Hintergrundwissen im Umgang mit den beschriebenen Patienten verschaffen und versuchen, für meinen Arbeitsplatz Notfall Lösungsmöglichkeiten zu finden, die dem je individuellen Anspruch des alten, zum Teil verwirrten und unselbständig gewordenen Menschen gerecht werden.

2 Einleitung

2.1 Problembeschreibung

Ich arbeite auf einer interdisziplinären Notfallstation eines Akutspitals und betreue dort Patienten der Fachrichtung Medizin, Chirurgie und Geriatrie/ Rehabilitation. Zur Notfallstation gehören auch das Gipszimmer, das chirurgische Ambulatorium sowie die Ausführung der endoskopischen Untersuchungen.

Das Akutspital ist ein öffentliches Spital und ist gesetzlich verpflichtet, Patienten akut aufzunehmen. Die Notfallstation ist für die Aufnahme und/ oder Weiterleitung von externen Notfällen zuständig. Als Notfall gilt jeder Unfall oder jede plötzliche Veränderung im Gesundheitszustand, für die der Betroffene oder bei fehlender Urteilsfähigkeit eine Drittperson unverzüglich medizinische Hilfe als notwendig erachtet.

Auf unserer Notfallstation werden aber nicht nur akute Notfälle betreut, sondern es gelten auch alle von den Hausärzten eingewiesenen Patienten, die noch am gleichen Tag in das Spital eintreten müssen, als Notfall!

Die Geriatrie/ Rehabilitation ist neben der Medizin und der Chirurgie mit ihren 102 Betten die größte Abteilung in diesem Spital. Daraus ergibt sich, dass die zu hospitalisierenden Patienten relativ oft hochbetagte Menschen sind, die häufig Pflegebedürftigkeit aufweisen und sich teilweise in einem verwirrten bis desorientierten Zustand befinden.

Da häufig bei diesen Patienten eine akut medizinische Diagnose nicht im Vordergrund steht, werden sie bei uns als Pflegenotstand eingewiesen. Das sind Patienten, die meist auf Grund eines akuten oder längerfristigen Selbstpflegedefizits im Spital hospitalisiert werden müssen.

Untersuchungen belegen, dass die demographische Entwicklung in den nächsten Jahrzehnten zu einer starken Zunahme der hochbetagten Menschen führen wird. Da ein Teil von ihnen temporär oder auch andauernd auf Pflegehilfe angewiesen sein wird, ist davon auszugehen, dass die Anzahl pflegebedürftiger Menschen ansteigt und auch ihr prozentualer Anteil an der Spitalbelegung zunehmen wird.

Dieser neuen Herausforderung werden sich auch die Pflegenden auf der Notfallstation stellen müssen!

Was macht nun aber die Pflege alter, zum Teil verwirrter Menschen auf der Notfallstation aus, dass von einer Herausforderung gesprochen werden kann?

An dieser Stelle möchte ich zwei typische Notfallsituationen schildern, die das Problem transparent werden lassen.

Frau J., Jahrgang 25, mit einer Hemiparese links nach voran gegangenen CVI, kam zur Rehabilitation von einem Regionalspital in die geriatrische Tagesklinik unseres Spitals. Nach Beendigung der Rehabilitation in unserem Haus war ohne das Wissen von Frau J. vorgesehen, dass die Patientin in ein Alters- und Pflegeheim übertritt, da der Ehemann und die Angehörigen nicht in der Lage waren, die Betreuung zu übernehmen.

Frau J. wurde bei Eintritt in die Notfallstation von ihrem Mann und ihrer Schwiegertochter begleitet. Frau J. war zunächst stressbedingt leicht desorientiert, weshalb es ihr erst nicht möglich war, auf meine Fragen zu antworten. Sie machte im ersten Moment einen eingeschüchterten und ängstlichen Eindruck auf mich.

Zunächst stellte ich mich Frau J. und ihren Angehörigen mit Namen vor und erklärte meine Funktion als Notfallschwester. Ich machte der Patientin und ihren Angehörigen

klar, dass ich nur für die Eintrittsformalitäten zuständig sei und sie danach auf die geriatrische Tagesklinik verlegt werde. Als nächstes erklärte ich Frau J. und ihren Angehörigen, dass ich ihr den Blutdruck, den Puls und die Temperatur messen werde. Außerdem wurde auf Anordnung der zuständigen Ärztin eine weitere Blutentnahme (Frau J. war am Morgen bereits im Regionalspital Blut entnommen worden) und die Aufzeichnung eines EKG durchgeführt.

Danach begleitete ich Frau J. in die Radiologie, wo ich mich von ihr verabschiedete, da sie dort von den Pflegenden der geriatrischen Tagesklinik übernommen wurde.

Während der kurzen Zeit auf der Notfallstation habe ich mich darum bemüht, durch eine bewusste Gesprächsgestaltung eine pflegerelevante Beziehung zu der Patientin und ihren Angehörigen aufzubauen, wobei unter Pflegerelevanz alle Maßnahmen zu verstehen sind, die für eine effiziente, der Patientin individuell dienliche und wohlthuende Betreuung notwendig werden. Leider war das nur äußerst begrenzt möglich, bedingt durch die oft hektische und akute Arbeitsweise auf der Notfallstation!

Herr K., Jahrgang 13, wurde in meinem Nachtdienst durch die Sanitätspolizei am frühen Morgen um 2 Uhr mit einer RQW (Riss Quetsch Wunde) an der rechten Augenbraue eingewiesen. Herr K. zog sich die RQW an der Augenbraue durch einen Stolpersturz in der Stadt zu. Herr K. war in einem leicht desorientierten und verlangsamten Zustand. Außerdem schien Herr K. etwas schwerhörig zu sein.

Die Sanitätspolizei rapportierte mir, dass Herr K. bei ihrer Ankunft nicht bewusstlos und sofort ansprechbar war. Herr K. hatte keine Ausweispapiere dabei, sodass die Angaben bezüglich seiner Adresse nicht überprüfbar waren. Nach der Untersuchung durch die diensthabende Ärztin war klar, dass Herr K. keine neurologischen Ausfälle hatte und nach dem Versorgen der RQW an der rechten Augenbraue eigentlich wieder entlassen werden konnte. Auch äußerte Herr K. den Wunsch, wieder nachhause gehen zu wollen. Da die Angaben von Herr K. sehr ungenau und wage waren, sah ich mich gehalten, entsprechende Informationen bei der hiesigen Stadtpolizei einzuholen. Es stellte sich heraus, dass die angegebene Adresse von Herrn K. nicht stimmte und auch die Angaben über die Tochter eher fragwürdig waren. Auch lag keine Vermisstenanzeige zur Person von Herrn K. vor.

Da es der leicht desorientierte Zustand von Herrn K. eine Entlassung nicht zuließ, entschloss sich die diensthabende Ärztin, Herrn K. zu hospitalisieren. Herr K. zeigte sich mit dieser Entscheidung einverstanden, da er nun doch einen offensichtlich erschöpften Eindruck machte.

Beim Ausziehen von Herrn K. stellte ich fest, dass der Patient seine Körperpflege wohl schon seit längerer Zeit nicht mehr hinreichend ausführen konnte und eine Intimpflege von Nöten war.

Mit diesen beiden Patientenbeispielen lässt sich die Problematik eines auf der Notfallstation eintreffenden Pflegenotstands anschaulich und nachvollziehbar beschreiben. Beide Beispiele zeigen, dass ein hoch akutes medizinisches Problem nicht im Vordergrund steht. Beide Patienten benötigen ein hohes Maß an persönlicher und pflegerischer Zuwendung. Das heißt, die pflegerische Beziehung steht im Vordergrund aller den Patienten betreffenden Maßnahmen.

Bei Frau J., muss in erster Linie auf ihre Ängste eingegangen werden, was nur im Rahmen einer zielorientierten verbalen und nonverbalen Kommunikation möglich ist, die sich wiederum nur mit einem gewissen Zeitaufwand und Einfühlvermögen bewältigen lässt. Gerade aber diese Zeit fehlt den Pflegenden auf der Notfallstation.

Bei Herrn K. steht eindeutig sein akutes Selbstpflegedefizit im Vordergrund. Hier gilt es, der akuten häuslichen Defizit-Situation entgegenzutreten. Auch hier spielt im

Umgang mit dem Patienten der Zeitfaktor und das Einfühlvermögen in seine konkrete und aktuelle Situation eine große Rolle. Erforderliche Telefonate und das Recherchieren nach Angehörigen gestalten sich für die Pflegenden auf der Notfallstation oft recht mühsam und aufwendig.

Im Rahmen dieser Abschlussarbeit möchte ich herausfinden und beschreiben, wie Pflegende trotz oft hektischer und akuter Arbeitsweise auf der Notfallstation, den Pflegebedarf der oben beschriebenen Patienten situationsgerecht einschätzen und individuell ausgerichtete Pflegeinterventionen realisieren können.

2.2 Fragestellung

Als Ergebnis meiner gedanklichen Auseinandersetzung mit der im vorstehenden Kapitel umrissenen Problembeschreibung ergibt sich für mich nachfolgende Fragestellung:

- Welches Vorgehen wählen Pflegende zur Einschätzung der aktuellen Situation des alten, zum Teil verwirrten und desorientierten Patienten auf der Notfallstation?
- Welche Bedeutung haben die Informationen dieser Patienten und deren Angehörigen für die Einschätzung des Pflegebedarfs aus der Sicht der Pflegenden?
- Welche Pflegeinterventionen können Pflegende der Notfallstation neben der medizinischen Erstversorgung diesen Patienten bieten?
- Wie werden Informationen, Pflegebedarf und Pflegeinterventionen dokumentiert und an die zuständige Pflegefachfrau weitervermittelt?

2.2.1 Definitionen

Die in der Fragestellung verwendeten Begriffe werden hier kurz definiert:

Pflegeinterventionen

Unter dem Begriff Pflegeintervention sind alle Maßnahmen und Handlungen eines professionell Pflegenden zu verstehen, mit denen der → Pflegeplan umgesetzt oder mit denen auf ein spezielles Ziel dieses Plans hingearbeitet wird. Patienten können z.B. Interventionen in Form von Unterstützung, Einschränkung, Medikation oder Behandlung eines akuten Zustandes oder Hilfe zur Abwendung von weiterem Stress benötigen (Springer Lexikon Pflege, 2002).

Notfallstation

Als Notfallstation wird jene Abteilung in einem Krankenhaus bezeichnet, die mit besonders qualifiziertem Personal ausgestattet ist, um eine rasche Notfallversorgung durchführen zu können.

Zu versorgen sind auf der Notfallstation insbesondere Personen, die von einer plötzlichen und akuten Krankheit befallen und/ oder Opfer eines schweren Traumas wurden (Springer Lexikon Pflege, 2002).

2.2.2 Sprachregelung

Es ist mitunter schwierig, beide Geschlechter mit einem einzigen Ausdruck schriftlich zu belegen. Ein solcher Versuch führt oft genug zu eher störenden, weil nicht flüssig lesbaren Hilfsbegriffen. In der vorliegenden Arbeit sind stets beide Geschlechter gemeint, auch wenn nur eine Geschlechtsform verwendet wird. Das gilt sowohl für die Benennung der Pflegenden, als auch für die Bezeichnung des Patienten.

Der Begriff Pflegefachfrau ist die offizielle Berufsbezeichnung, die zuvor für die Krankenschwester verwendet wurde. Ebenso spricht man nunmehr vom Pflegefachmann anstatt vom Krankenpfleger.

2.3 Zielsetzung

Von der Fragestellung ausgehend habe ich mir für die vorliegende Abschlussarbeit folgende Zielsetzung gestellt:

- Ich will aufzeigen, wie Pflegendе der Notfallstation zur Erfassung der aktuellen Situation des Patienten vorgehen und welchen Stellenwert sie den Informationen des Patienten und dessen Angehörigen beimessen.
- Da der Begriff Pflegenotstand in der Literatur nicht beschrieben ist, werde ich anhand der Pflegediagnose Selbstpflegedefizit Literatur bearbeiten und für meinen Arbeitsbereich definieren.
- Ich beschreibe, wie die Pflege des alten, zum Teil verwirrten und desorientierten Patienten in der Literatur allgemein und insbesondere für das Spital definiert wird.
- Ich beschreibe mögliche Pflegeinterventionen, mit deren Realisierung individuell und gezielt auf die jeweiligen Bedürfnisse des alten, zum Teil verwirrten Patienten auf der Notfallstation eingegangen werden muss.
- Ich zeige auf, wie bedeutsam die Dokumentation von Informationen, Pflegebedarf und Pflegeinterventionen für die weitere pflegerische Betreuung ist und in welcher Form sie an die weiterbetreuende Pflegefachfrau rapportiert werden kann.

3 Literaturteil

Im Literaturteil wird der theoretische Rahmen zum Thema der vorliegenden Arbeit abgesteckt. Dazu ist anzumerken, dass zu dem bearbeiteten Arbeitsthema und für den Bereich Notfall keine relevante und spezifische Literatur vorliegt.

Die Literaturbearbeitung muss sich aus diesem Grunde auf die grundsätzlichen Aspekte der ausgewählten Thematik beschränken.

3.1 Erklärung des Begriffs Pflegenotstand

An meinem Arbeitsplatz Notfallstation werde ich tagtäglich mit dem Einweisungsgrund Pflegenotstand konfrontiert. Obwohl dieser Begriff von Ärzten und Arbeitskollegen durchgängig verwendet wird, ist es nicht möglich, von dem genannten Personenkreis eine exakte inhaltliche Beschreibung zu erhalten. Auch nach ausgiebiger Suche im Internet und in der gängigen aktuellen Literatur war, wie bereits an anderer Stelle beschrieben, keine schlüssige Definition dieses Begriffes zu finden.

Unter Berücksichtigung aller erhaltenen Hinweise aus dem Bereich Notfall definiere ich den Einweisungsgrund Pflegenotstand als einen Zustand, in dem der Patient nicht mehr hinreichend für sich selbst sorgen kann und auf Hilfe angewiesen ist. Er verfügt nicht mehr über ausreichende Fähigkeiten, seinen individuellen Pflegebedarf aus eigener Kraft zu bewerkstelligen. Das kann seine aktuelle physische und auch psychische Situation sowie seine Umfeldbedingungen betreffen.

Es lässt sich festhalten:

Patienten, die als Pflegenotstand in das Spital eingewiesen werden, weisen ein akutes, längerfristiges oder andauerndes Selbstpflegedefizit auf.

In der Literatur des deutschen und englisch/ amerikanischen Sprachraumes kommt der grundlegenden Beschreibung und Darstellung des Selbstpflegedefizits und der Selbstpflege in den Veröffentlichungen von Dorothea Orem besondere Bedeutung zu.

3.2 Das Selbstpflegemodell von Dorothea Orem

Das Selbstpflegemodell von Dorothea Orem (1991, zitiert nach Fawcett, 1998) wird auch oft unter den Arbeitstiteln Selbstpflege-Theorie oder Selbstpflegedefizit-Theorie beschrieben.

Orems Selbstpflegemodell nimmt insbesondere auf die Fähigkeit des Menschen zur Selbstpflege Bezug.

3.2.1 Das Menschenbild von Dorothea Orem

Orem (1991, zitiert nach Fawcett, 1998) beschreibt den Menschen als eine funktionstüchtige und vollständige Ganzheit, die mit der beachtlichen Eigenmotivation ausgestattet ist, für sich selbst sorgen zu wollen und auch zu können. Der Mensch, so Orem, handelt vornehmlich aus freier, innerer Entscheidung. Das Handeln der Individuen ist zielgerichtet, wobei die Ziele der Befriedigung individueller Bedürfnisse und auch auf das Wohlergehen gesellschaftlicher Gruppen ausgerichtet sind. Dieser Gruppenbezug wird mit der Rolle des Menschen als Gemeinschaftswesen begründet, das bei der Bewältigung seiner Alltagsaktivitäten auf die Zuwendung und Hilfe der Mitmenschen angewiesen

ist. Jeder Mensch, der gesunde wie auch der kranke, ist in der Lage, bewusst einen Beitrag zu seiner Gesunderhaltung und zu seinem Wohlergehen zu leisten.

3.2.2 Umwelt

Der Begriff Umwelt wird von Orem stets im Zusammenhang mit den Erfordernissen der Selbstfürsorge verwendet. Sie beschreibt die Umwelt des Menschen unter physikalisch-chemischen (z.B. Schadstoffe in der Luft, Wetterbedingungen), biologischen (z.B. Haustiere, infektiöse Organismen) und sozialen Aspekten mit ihren familiären (z.B. Familienstruktur, Einstellung zu Autorität, Verantwortung usw. in der Familie) und gesellschaftlichen (z.B. Verteilung der Ressourcen) Faktoren.

Orem stellt die oben aufgeführten Umweltbedingungen als Beziehungsgeflecht mit Auswirkungen auf die Selbstpflegefähigkeit des Menschen dar.

3.2.3 Gesundheit/ Krankheit

Als gesund bezeichnet Orem jene Person, deren körperliche und mentale Lebensbereiche mit ihren physischen, psychischen und ihren zwischenmenschlich-sozialen Aspekten uneingeschränkt funktionieren. Voraussetzung für einen guten Gesundheitszustand ist eine umfassend realisierbare Selbstpflege.

Orem sieht das menschliche Wohlbefinden nicht deckungsgleich mit einem guten gesundheitlichen Zustand. So können sich durchaus auch in ihrer Gesundheit eingeschränkte oder behinderte Personen auf Grund ihres individuellen Selbstideals wohl fühlen und mit ihrer Lebenssituation zufrieden sein, Glück empfinden und Freude erleben.

In der Krankheit sieht Orem einen „abnormen biologischen Prozess mit charakteristischen Symptomen“ (Orem, 1991, zitiert nach Fawcett, 1998, S. 301). Orem stellt weiterhin fest, dass „jede Abweichung von der normalen Struktur oder Funktionalität korrekterweise als Abwesenheit von Gesundheit im Sinne der Ganzheit oder Integrität zu bezeichnen ist“ (S. 301).

Orem sieht Krankheit auch in Verbindung mit Ereignissen und Umständen des Lebenszyklus (z.B. Alter), die mit jeweils aktuellen Veränderungen in der Ganzheit der Person verbunden sind und pflegerische Bedürfnisse hervorrufen.

3.2.4 Pflege

Nach Orem ist Pflege als menschlich helfender Dienst zu umschreiben, der sich intensiv um das Wohlergehen einer betroffenen Person bemüht. Dieser pflegend-helfende Dienst basiert auf zwei grundlegenden Faktoren:

- ⇒ dem individuellen Selbstpflegebedarf einer Person, die in ihrer Selbstpflege- Handlungsfähigkeit vorübergehend oder andauernd eingeschränkt ist
- ⇒ den spezifischen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Wissensgrundlagen qualifizierter Pflegekräfte und deren Pflegehandlungskompetenzen (professionelles Fallmanagement)

Die Erfüllung der jeweils erforderlichen Pflegeinterventionen setzt voraus, dass zwischen Patient und Pflegefachkraft eine möglichst optimale Pflegebeziehung aufgebaut werden kann. Die zwischenmenschlichen Kontakte sowie die erforderliche

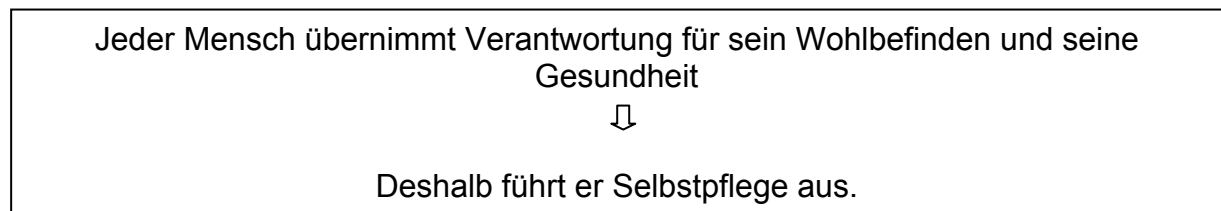
empfindlich gestaltete Kommunikation fordern dem Patienten und der Pflegefachkraft Sorgfalt, Mühe und beachtliche Energie ab.

Eine intakte pflegerische Beziehung, die von Anfang an den Aufbau von Vertrauen zur Pflegekraft ermöglicht, erweist sich immer als eine gute Grundlage für einen erfolgreichen Pflegeprozess.

Mit ihrer Selbstpflegetheorie ist Orem bemüht, eine nachvollziehbare theoretische Basis für eine effektive Pflegepraxis zu bieten. Ihre Selbstpflegetheorie sieht sie als einen Gesamtbezugsrahmen für drei selbständige Einzeltheorien (Botschafter & Moers, 1991, S. 702):

1. Die Theorie der Selbstpflege (self care), die das selbstständige Handeln der Individuen zur Erhaltung ihrer Gesundheit beschreibt
2. Die Theorie des Selbstpflege-Defizits (self care deficit), die beschreibt, aufgrund welcher Zustände Menschen mittels Pflege geholfen werden kann
3. Die Theorie der Pflegesysteme (nursing systems), die beschreibt, welche Beziehungen zwischen Pflegenden und Patienten aufgebaut werden können, damit Pflege wirksam ist

Orems Gesamttheorie basiert auf folgendem Leitgedanken:



Der Pflegetheorie von Orem (1991, zitiert nach Fawcett, 1998) liegen fünf wesentliche Begriffe zu Grunde:

1. Selbstpflege

Die Selbstpflege ist ein erlerntes Handeln, das unter normalen gesundheitlichen Umständen von Menschen in eigener Verantwortung durchgeführt wird, um ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden zu erhalten.

Erwachsene sorgen für sich selbst, Kinder jedoch und unmündige oder sozial abhängige Erwachsene (z.B. der alte und teilweise verwirrte Mensch) benötigen Hilfe unterschiedlichen Ausmaßes zur Bewältigung ihrer Selbstpflege. Diese Hilfe, die von Angehörigen oder anderen Personen gewährleistet werden kann, wird als Abhängigenpflege (dependent care) bezeichnet.

2. Selbstpflege-Erfordernisse

Die Selbstpflege-Erfordernisse des Menschen ordnet Orem (1991, zitiert nach Fawcett, 1998) den Kategorien universelle, entwicklungsbezogene und gesundheitlich bezogene Pflege-Erfordernisse zu:

- Universelle Selbstpflege-Erfordernisse

Die unter diesem Begriff zusammengefassten Bereiche sind bei allen Menschen gleich und umfassen:

- ⇒ Sorge für eine ausreichende Zufuhr von Luft, Wasser und Nährstoffen
- ⇒ Vorkehrungen in Bezug auf Ausscheidungen und Exkremente
- ⇒ Sorge für ein Gleichgewicht von Aktivität und Ruhe
- ⇒ Sorge für ein Gleichgewicht von Alleinsein und sozialer Interaktion
- ⇒ Vorbeugen bei Gefahren für Leben, Funktionalität und Wohlbefinden
- ⇒ Unterstützung von Funktionalität und Entwicklung innerhalb sozialer Gruppen in Übereinstimmung mit dem menschlichen Potential, den bekannten Beschränkungen und dem Streben nach Normalität (S. 297)

- Entwicklungsbezogene Selbstpflege-Erfordernisse

Mit diesem Begriff sind Prozesse gemeint, die der Reifung im Entwicklungsgang des individuellen Lebens zuträglich sind. Die Befriedigung der entwicklungsbedingten Selbstpflege-Erfordernisse verhindert Bedingungen, die die natürliche Reifung einschränken und stören. Dies geschieht auf dem gesamten Lebensweg von der Zeugung bis zum Tod und bezieht sich auch auf die Phase des Altseins.

Der Mensch ist bemüht, ungünstige Einflüsse, wie z.B. Krankheiten, Unfälle und schlechte soziale Bedingungen zu vermeiden und abzuwenden. Die jeweils wirksamen Umweltverhältnisse beeinflussen die entwicklungsbedingten Selbstpflege-Erfordernisse.

- Gesundheitlich bedingte Selbstpflege-Erfordernisse

Führt eine Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes einer Person zu deren umfassenden oder umfangreichen Abhängigkeit von anderen, wenn sie ihr Wohlbefinden und ihre Lebensprozesse aufrecht erhalten will, dann ist sie nicht mehr in der Position des Selbstpflege-Ausübenden, sie wird vielmehr zum Pflege-Empfänger, zum Patienten. Ist das integrierte Funktionieren ernstlich betroffen und ist die Handlungsfähigkeit des Menschen gravierend verletzt, entstehen gesundheitlich bedingte Selbstpflege-Erfordernisse.

3. Therapeutischer Selbstpflegebedarf

Um individuelle Selbstpflegebedürfnisse verwirklichen zu können, ist während eines bestimmten Zeitpunktes ein ganz bestimmter Bedarf an Handlungen (z.B. Gedanken entwickeln, Entscheidungen treffen, Tätigkeiten ausführen) erforderlich.

Die Gesamtheit des jeweils aktuellen Selbstpflegebedarfs ist nicht dauerhaft gleich. Sie muss immer wieder und aufs Neue sorgfältig überprüft werden. Der jeweils aktuelle Stand macht den augenblicklichen therapeutischen Selbstpflegebedarf aus.

4. Selbstpflege-Handlungskompetenz

Die Durchführung von Selbstpflege setzt eine ganze Reihe bestimmter Fähigkeiten und Fertigkeiten voraus. Wer für sich selbst sorgen will und sich selbst pflegen möchte, muss über ein Repertoire an Wissen verfügen (z.B. Wissen um die Möglichkeit individueller allergischer Reaktionen), muss Entscheidungen treffen können und muss in der Lage sein, diese Entscheidungen in konkrete Handlungen umzusetzen. Selbstpflegefähigkeit ist demnach jene Kraft eines Menschen, die bei der Durchführung der für die Selbstpflege wesentlichen Tätigkeiten benötigt wird.

- Zu den Selbstpflegefähigkeiten zählen folgende Eigenschaften, Fähigkeiten und Fertigkeiten (BZG Solothurn, 1989):
 - ⇒ Sich selbst mit dem inneren Befinden und den äußeren Lebensverhältnissen erfassen
 - ⇒ Die Körperkräfte kontrolliert einsetzen
 - ⇒ Die Körperhaltung sowie alle Bewegungsabläufe kontrollieren
 - ⇒ Die eigene Selbstpflege insgesamt kritisch reflektieren
 - ⇒ Genügend Motivation für die Selbstpflege zu besitzen
 - ⇒ Entscheidungen treffen und sie umsetzen
 - ⇒ Über die erforderlichen geistigen, emotionalen, sensitiven, kommunikativen Fähigkeiten verfügen
 - ⇒ Richtige Prioritäten für die Ziele der Selbstpflege setzen können
 - ⇒ Durchhaltevermögen besitzen bei der Selbstpflege und die erforderlichen Interventionen in den Tagesablauf integrieren (S. 7)

5. Selbstpflegedefizit

Das Selbstpflegedefizit bezieht sich auf die Wechselwirkung zwischen dem situativen Selbstpflegebedarf und der Selbstpflegefähigkeit. Übersteigt der Selbstpflegebedarf die jeweilige Selbstpflegekompetenz, dann liegt ein Selbstpflegedefizit vor.

Das Selbstpflegedefizit beschreibt immer, in welchen Selbstpflegebereichen der Patient nicht alleine zurecht kommt und wo genau der Mangel bei der Selbstpflegefähigkeit liegt. Das Selbstpflegedefizit kann zeitlich begrenzt oder auch dauerhaft geartet sein.

Mit Hilfe neu erworbener Fertigkeiten und mit der Verstärkung der Anstrengungsbereitschaft (Motivationsverstärkung) sowie mit einer Mobilisierung von ungenutzten Befähigungen und/ oder einer Reduzierung des Selbstpflegebedarfes können Selbstpflegedefizite überwunden werden. Bei einem dauerhaften Selbstpflegedefizit ist eine fortdauernde Hilfestellung erforderlich.

Um ein Pflegeproblem sachgerecht lösen zu können, muss bei der Fall-Analyse die Frage nach den Ursachen des Selbstpflegedefizits gestellt werden.

- Hierbei ist festzustellen, ob das Defizit in einem oder mehreren der folgenden Bereiche liegt (BZG Solothurn, 1989):
 - ⇒ von Kennen, Erkennen und Wissen
 - ⇒ der Urteilsbildung und Beschlussfassung
 - ⇒ des produktiv- aktiven Verhaltens (S. 8)

3.2.5 Aufgaben und Ziele der Pflege

Das Ziel der Pflege ist grundsätzlich die Beseitigung des festgestellten Selbstpfledefizits und die Wiederherstellung der Selbstpflegekompetenz des Patienten. Die Autonomie des Menschen in Sachen Selbstpflege ist und bleibt Leitziel der Pflege.

3.2.6 Bestimmung der Pflegesysteme

Die Pflegesysteme werden bei der Planung der Pflege gebildet und dienen dazu, den therapeutischen Selbstpflegebedarf des Pflegeempfängers zu erfüllen.

Bei der Einleitung von Pflegeinterventionen unterscheidet Orem (1991, zitiert in Fawcett, 1998) zwischen drei Pflegesystemen:

1. Das vollständig kompensatorische Pflegesystem

Der Patient ist absolut unfähig, seine Pflege selbst durchzuführen. Er kann oder darf nichts selbst tun. Die Pflegeperson hat die Verantwortung für die Erfüllung des Pflegebedarfes zu übernehmen.

Sie führt die therapeutische Selbstpflege durch und kompensiert die Unfähigkeit des Patienten (wie z.B. bei dem alten, teilweise verwirrten Menschen). Die geschieht in enger Absprache und im Kontakt mit den Angehörigen des Patienten.

2. Das partiell kompensatorische Pflegesystem

Die Pflegeperson übernimmt einen Teil der Pflege. Je nach Beeinträchtigung des Patienten variiert die Verteilung der Verantwortung zwischen Patient, Angehörigen und Pflegekraft. Hierbei können die in den nachfolgend angeführten fünf helfenden Methoden alle zur Anwendung kommen.

3. Das unterstützend-edukative Pflegesystem

Ist ein Patient durchaus zur Selbstpflege fähig, benötigt aber zur korrekten Ausführung noch die beratende Unterstützung einer Pflegekraft, dann kommt dieses System zur Anwendung. Der Pflegeperson fällt die Aufgabe zu, die Entwicklung und Ausübung der Selbstpflegefähigkeiten zu steuern.

3.2.7 Die fünf helfenden Methoden

In ihren theoretischen Darstellungen führt Orem (1991, zitiert nach Fawcett, 1998) aus, dass hilfsbedürftige Patienten immer das Bedürfnis nach zwei Möglichkeiten helfender Handlungen haben:

1. Handlungen, die die eigenständige Pflege helfend unterstützen
2. Handlungen, die eine fehlende Selbstpflegekompetenz kompensieren oder überwinden

Es gibt fünf Methoden, die eine Person verwenden kann, um einer anderen zu helfen. Diese sind in verschiedenen Situationen verwendbar.

- Handeln für den anderen
- Anleitung des anderen
- Physische und psychische Unterstützung des anderen

- Bereitstellung und Aufrechterhaltung einer entwicklungsfördernden Umwelt
- Unterrichtung des anderen (S. 307)

Es ist denkbar, dass in speziellen Situationen alle Methoden angewendet werden, um die Pflege effektiv zu gestalten. Die Pflegekraft muss sich bei der Auswahl der Methode von den Selbstpfledefiziten des Patienten leiten lassen. Jede Veränderung in der Selbstpflegefähigkeit des Patienten verlangt von der Pflegeperson eine Anpassung ihrer Methode an die aktuelle Situation. Orientierungspunkte sind und bleiben die registrierten individuellen Bedürfnisse. Das wiederum setzt bei der Pflegekraft eine umfassende fachliche Qualifikation voraus sowie eine ebenso ausgeprägte Empathie für die physiologischen und psychischen Belange eines auf Hilfe angewiesenen Menschen.

Handeln für den anderen

Diese Methode wird angewendet, wenn man einen kranken oder körperlich bzw. geistig beeinträchtigten und evtl. aktuell verwirrten Menschen zu pflegen hat. Die Interventionen richten sich nach Art, Ausmaß und Dauer seines Selbstpfledefizits.

- Erforderliches Verhalten/ Überlegungen der Pflegeperson (BZG Solothurn, 1989):
 - ⇒ Die Pflegeperson hat ihre Fähigkeiten im Hinblick auf die Realisierung spezieller Ziele in der Pflege des Hilfsbedürftigen einzusetzen
 - ⇒ Die Pflegekraft soll bemüht sein, sich in die Situation der zu pflegenden Person hineinzusetzen und daraus abzuleiten, was an Zuwendung erforderlich ist
 - ⇒ Die Handlung muss notwendig und erwünscht sein
 - ⇒ Die Anwendung der Methode muss gerechtfertigt sein, d.h. die gepflegte Person kann/ darf/ mag nicht
 - ⇒ Die Auswahl und Durchführung der Intervention erfolgt auf fachlicher Basis
 - ⇒ Dem Informationsbedarf des zu Pflegenden wird Rechnung getragen
 - ⇒ Den Anliegen und Gewohnheiten des Patienten wird nach Möglichkeit entsprochen
 - ⇒ Die Wirksamkeit der eingeleiteten Maßnahmen wird beachtet
 - ⇒ Die helfende Person muss sich ihrer Rolle (z.B. ihrer Machtposition) bewusst sein
 - ⇒ Die Rechte und die Würde der hilfsbedürftigen Person müssen Berücksichtigung finden, vor allem wenn spezielles Wissen oder komplizierte Techniken erforderlich werden (S. 10)

Anleitung des anderen

Ist für eine Handlung Führung, Aufsicht oder Anleitung angezeigt, kommt diese Methode zur Anwendung. Sie ist in jenen Situationen sinnvoll, in denen Menschen sich zwischen unterschiedlichen Handlungsmöglichkeiten entscheiden müssen oder einem Handlungsablauf folgen müssen, der nicht ohne Führung oder Aufsicht erfolgen kann/ darf.

- Erforderliches Verhalten/ Überlegungen der Pflegeperson (BZG Solothurn, 1989):
 - ⇒ Die psychische Befindlichkeit des Patienten wird erfasst und berücksichtigt
 - ⇒ Erklärungen/ Anweisungen sollen der aktuellen Patientensituation angepasst sein
 - ⇒ Durch eine fortwährende, wechselseitige Kommunikation ist ein sinnvolles Wechselspiel von Führung des Patienten und der Berücksichtigung seiner Gefühle zu gestalten
 - ⇒ Die Verhaltensweisen der Pflegekraft sollen ermuntern (S. 11)

Physische und psychische Unterstützung des anderen

Diese Methode greift, wenn eine Person mit unangenehmen oder schmerzhaften Situationen/ Entscheidungen fertig werden muss. Unterstützung bedeutet hierbei Ermutigung und Ermunterung zu einer bestimmten Tätigkeit oder aber Hilfe zur Vermeidung unangenehmer Situationen. Die Unterstützung (körperlich und/ oder emotional) bezieht sich auf physische und/ oder psychische Probleme.

- Erforderliches Verhalten/ Überlegungen der Pflegeperson (BZG Solothurn, 1989):
 - ⇒ Eine adäquate Einschätzung des Unterstützungsbedarfes ist erforderlich
 - ⇒ Begleitung und Unterstützung im psychischen Bereich wird angeboten
 - ⇒ Hilfestellungen werden in einer Form angeboten, die es dem Patienten ermöglicht, die Handlung weiterhin kontrollieren und mitgestalten zu können
 - ⇒ Die Selbstpflegefähigkeit wird gefördert
 - ⇒ Dem Informationsbedarf des Patienten wird entsprochen
 - ⇒ Die Ausführung der Hilfestellungen und Interventionen muss fachlich korrekt sein
 - ⇒ Die Pflegeperson ist darum bemüht, dem Patienten vorhersehbare Misserfolge zu ersparen, d.h. sie macht ihn auf Überforderungen, Fehleinschätzungen etc. aufmerksam und erläutert ihm die Zusammenhänge (S. 11)

Bereitstellung und Aufrechterhaltung einer entwicklungsbedingten Umwelt

Mit dieser Methode wird beabsichtigt, die Entwicklungsmöglichkeiten des Patienten zu fördern und/ oder den Patienten in die Lage zu versetzen, Verantwortung für sich selbst und für die eigene Stabilisierung und Entwicklung zu übernehmen.

- Erforderliches Verhalten/ Überlegungen der Pflegeperson (BZG Solothurn, 1989):
 - ⇒ Dem Patienten wird Mut gemacht, zu fragen. Er soll eine Kommunikationsfördernde Atmosphäre spüren
 - ⇒ Der Situation des Patienten angepasste Informations- und Lernangebote (Bücher, Prospekte etc.) werden für ihn in erreichbarer Nähe deponiert. Hilfestellungen für die Benutzung werden angeboten

- ⇒ Gibt es verschiedene Möglichkeiten, die Umgebung des Patienten gesundheitsfördernd zu gestalten, werde diese auch genutzt und realisiert
- ⇒ Die Angehörigen sind in den Lernprozess des Patienten einbezogen
- ⇒ Alle Disziplinen sprechen sich ab, suchen und verfolgen für den Patienten gemeinsame Ziele
- ⇒ Erforderliche Hilfsmittel werden für den Patienten organisiert, ihm zur Verfügung gestellt und erläutert
- ⇒ Die Pflegekraft gestaltet die erforderlichen Umweltbedingungen. Sie greift nur regulierend ein, wenn für den Patienten und seine Umgebung negative Konsequenzen erkennbar werden (S. 12)

Unterrichtung des anderen

Benötigt eine Person zur Entwicklung von Wissen oder besonderen Fähigkeiten Anleitung, greift man zur Methode des Lehrens. Voraussetzung für den Einsatz dieser Methode ist das Fehlen von Lernschwächen und das Vorhandensein einer hinreichenden Lernmotivation.

- Erforderliches Verhalten/ Überlegungen der Pflegeperson (BZG Solothurn, 1989):
 - ⇒ Die Beziehung zwischen Lehrendem und Lernendem muss stimmig sein
 - ⇒ Es ist von Wichtigkeit, sinnvolle Lernerfahrungen zu ermöglichen
 - ⇒ Der Wissenstand des Patienten, sein Verständnis von Gesundheit/ Krankheit ist zu erkunden. Die Lehrmethode muss dem Alter, der Lebenserfahrung und den Vorkenntnissen entsprechen
 - ⇒ Die verschiedenen Instruierenden sprechen das Vorgehen und die angestrebten Ziele ab
 - ⇒ Der Lernerfolg wird auf sinnvolle Art überprüft
 - ⇒ Die häusliche Situation des Patienten wird in die Instruktionen und Lernangebote integriert (S. 12)

3.3 Definition des Begriffes Pflegediagnose (NANDA)

Zur theoretischen Bearbeitung der Arbeit ist es von großer Bedeutung näher auf die zum Thema definierten Pflegediagnosen einzugehen. Zunächst soll deshalb an dieser Stelle, der Begriff Pflegediagnose genauer beschrieben werden. Ich beziehe mich dabei auf die in den USA, 1982 entstandenen NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), die aus einer Gruppe von Expertinnen und erfahrenen Pflegepersonen gegründet worden ist.

Es gibt mittlerweile viele verschiedene Definitionen des Begriffs Pflegediagnose, die NANDA (Doenges, Moorhouse & Geissler-Murr, 2003) hat folgende Arbeitsdefinition akzeptiert:

„Eine Pflegediagnose ist eine klinische Beurteilung über die Reaktionen eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinschaft auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme und Lebensprozesse. Pflegediagnosen bilden die Grundlage zur Auswahl von Pflegeinterventionen zur Erreichung von Ergebnissen, für die Pflegende verantwortlich sind.“ (S. 21)

3.3.1 Die Pflegediagnose Selbstpflegedefizit

Die Pflegeforschung zeigt auf, dass die Diagnose Selbstpflegedefizit zu den am meisten genannten Pflegediagnosen zählt. Der Grund dafür ist wohl darin zu sehen, dass die Pflegediagnose sich ganz im Verantwortungsbereich der Pflege befindet und sich wenig mit anderen Berufsfeldern überschneidet. Ein weiterer Grund könnte darin zu suchen sein, dass die Diagnose Selbstpflegedefizit in der Regel durch Beobachtung erstellt werden kann. Ihr können die verschiedensten Ursachen zu Grunde liegen. Es ist auch relativ einfach, Daten zu sammeln, die diese Diagnose stützen (Käppeli, 2002).

Ich werde mich in der vorliegenden Arbeit an der Pflegediagnose Selbstpflegedefizit von NANDA orientieren. Grundsätzlich möchte ich anführen, dass wir Pflegenden auf der Notfallstation keine Pflegediagnose erstellen. Es ist aber für mich von großer Bedeutung, sie an dieser Stelle näher zu erläutern, da der transparente Bezug zur Praxis einfacher wird.

Selbstpflegedefizit definiert nach NANDA (Doenges, Moorhouse & Geissler-Murr, 2003)

Unter Selbstpflegedefizit versteht man jenen „...Zustand, bei dem ein Mensch eine Beeinträchtigung der Fähigkeit erfährt, folgende Aktivitäten aus- oder zu Ende zu führen: Essen, sich waschen, auf die Toilette gehen, sich ankleiden und sein Äußeres pflegen. Dies kann sein: Ein vorübergehender / bleibender oder fortschreitender Zustand.“ (S. 661)

3.4 Der alte Mensch

3.4.1 Einleitung

Hermann Hesse umschreibt in seinem Buch „Lebenszeiten“ das Alter des Menschen mit folgenden Worten:

„Das Alter ist eine Stufe unsres Lebens und hat wie alle anderen Lebensstufen ein eigenes Gesicht, eine eigene Atmosphäre und Temperatur, eigene Freuden und Nöte“ (Hesse 1999, S. 224). Weiter verweist er darauf, dass das Alter Beschwerden bringt, man seinen Sinnen und Kräften misstrauen lernen muss, die körperlichen Freuden und Genüsse seltener werden, Angehörige und Freunde

wegsterben, Sinne schwach werden, Organe erlahmen, man auf Hilfe angewiesen sein kann und der Geist dem Älterwerden ebenfalls seinen Tribut zu zahlen hat. Dennoch bleibt mit Hesse festzuhalten, dass das Alter trotz aller als nicht leicht empfundenen Veränderungen sein Gutes, seine Vorzüge, seine Trostquellen und Freuden hat. So oder in ähnlicher Weise beschreiben alt gewordene Menschen ihr Altsein.

Eben mit diesen alt gewordenen Menschen und ihrer besonderen Lebenssituation hat auch das Personal der Spitäler zu tun und das in Folge der veränderten Bevölkerungsstruktur in zunehmendem Masse. Um diesen Menschen in würdevoller Weise begegnen zu können, ist das Personal der Spitäler gehalten, sich hinreichendes Wissen zur Lebensstruktur alter Patienten zu verschaffen.

In diesem Kapitel soll dieser Anforderung Rechnung getragen werden. Zunächst gehe ich kurz auf die biologischen und soziologischen Aspekte des Alterns ein. Ich denke, es ist sehr wichtig, verständlich zu machen, dass der alte Mensch in seiner Selbstpflege Einschränkungen erfährt und warum er in seiner Selbstpflege auf ein intaktes soziales Umfeld angewiesen ist. Zu diesem intakt funktionierenden Umfeld zählt die Unterstützung und Hilfe in der Familie, die helfende Begleitung von Freunden und Bekannten, die Nachbarschaftshilfe oder die Betreuung durch die organisierte Hauspflege und/ oder der Spitex.

Bei Patienten, die als Pflegenotstand in das Akutspital eingewiesen werden, ist eines oder sind mehrere dieser Unterstützungssysteme weggebrochen.

An dieser Stelle soll auch nicht verschwiegen werden, dass in diesem Zusammenhang der finanzielle Aspekt für eine Anzahl von Patienten eine große Rolle spielt. Viele können sich z.B. die Hilfe von Spitex, eine Haushaltshilfe, den Mahlzeitendienst, geschweige denn das Umgestalten der altersgerechten Wohnung gar nicht leisten.

3.4.2 Definition der WHO „Der alte Mensch“

Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert Menschen ab ihrem 75. Lebensjahr als alt und ab dem 91. Lebensjahr als sehr alt.

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung in Folge erleichterter Lebensführung und auf Grund der vielseitigen Möglichkeiten der modernen Medizin nimmt ihr Anteil an der Bevölkerung stetig zu.

3.4.3 Die Biologie des Alterns

Juchli (1997) beschreibt, dass Menschen ab dem 61. Lebensjahr als kalendarisch „Alt“ angesehen werden müssen. Sie verweist darauf, dass das kalendarische Alter ab dem Geburtsdatum zu sehen und zu zählen ist. Wenn aber der Mensch nach seinem äußeren Erscheinen, nach seinem Verhalten, nach seinen Äußerungen, also nach seiner Vitalität beurteilt wird, dann wird nicht von seinem kalendarischen Alter, sondern von seinem biologischen oder von seinem Leistungsalter gesprochen.

Juchli beschreibt weiterhin, dass das kalendarische und biologische Alter durchaus auseinander klaffen können. So spricht sie von jung gebliebenen Alten und von alten Jungen.

3.4.4 Der alte Mensch und seine Bedürfnisse

Speziell über die alltäglichen Bedürfnisse des alten Menschen sind in der gängigen Literatur keine Hinweise zu finden. Auch Juchli (1997) beschreibt diese nicht näher. Wenn Juchli von den Grundbedürfnisse des Menschen spricht, dann meint sie damit die Aktivitäten des Lebens (ATL), die sie 12 Stufen zuordnet. Juchli orientiert sich dabei an der Bedürfnispyramide von Abraham A. Maslow.

Die 12 Stufen im Einzelnen:

Wach sein und schlafen:

Anpassung an den 24- Stunden- Rhythmus im Gleichgewicht von Wachen und Schlafen

Sich bewegen:

Aufrechterhaltung des Tonusgleichgewichtes von Bewegung und Statik

Sich waschen und kleiden:

Verantwortung und Unabhängigkeit für die persönliche Pflege und das Ankleiden

Essen und Trinken:

Aufrechterhaltung von genügender Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

Ausscheiden:

Regulierung des Ausscheidungsvorgangs sowie die Kontrolle der Ausscheidung.

Körpertemperatur regulieren:

Erhaltung der Wärme-Kälte-Regulation

Atmen:

Aufrechterhaltung des Lebens durch normale Atmung

Sich sicher fühlen und verhalten:

Verhüten von Risiken, Gefahren und Schäden - Sorge für die Lebenswelt

Raum und Zeit gestalten – arbeiten und spielen:

Aufrechterhaltung des Gleichgewichts zwischen Aktivität und Passivität, zwischen Arbeit und Muße, Beziehung zur Umwelt

Kommunizieren:

Gleichgewicht zwischen Individualität und Sozialität, sich ausdrücken können

Kind, Frau, Mann sein:

Aufrechterhaltung der menschlichen Fortpflanzung und des Gleichgewichts zwischen männlichen und weiblichen Lebenszügen

Sinn finden im Werden, Sein, Vergehen:

Bewältigung von Lebens- und Entwicklungsprozessen, Bezug zu Religion und Ethik, zu Lebensfragen und Sterben (S. 49)

3.4.5 Die Grundbedürfnisse des Menschen nach Abraham A. Maslow

Der Amerikaner Abraham A. Maslow (1908, zitiert nach Juchli, 1997) war Psychologe und lebte von 1908 bis 1970.

Maslow forschte in Richtung humanistische Psychologie und ordnete die menschlichen Bedürfnisse in einer hierarchischen Stufenfolge, die als Maslow'sche Bedürfnispyramide bekannt ist.

Maslow beschreibt, dass jeder Mensch (und das gilt auch für den alten Menschen) nach der Befriedigung seiner Bedürfnisse und nach einer positiven Veränderung der gegenwärtigen Situation strebt. Sobald ein Mensch ein Ziel erreicht hat, schiebt sich ein neues Bedürfnis in den Vordergrund und er wird bemüht sein, dieses Ziel auch zu erreichen.

Bedürfnisse weisen immer darauf hin, dass irgendwo ein Mangel besteht, ein Bedürfnis nach etwas ganz bestimmtem. Dieser Mangel aktiviert den Menschen, gibt ihm ein Motiv, diesen Mangelzustand zu beseitigen. Die Motivanalyse ergibt, welche psycho-physischen Beweggründe für das konkrete Verhalten einer Person verantwortlich sind.

Das Motiv liegt in der Person selbst, muss aber für Außenstehende nicht nachvollziehbar sein. Es spiegelt die Persönlichkeit, die Individualität des Einzelnen wider.

- Zu unterscheiden sind primäre und sekundäre Bedürfnisse:
 - ⇒ Primäre Bedürfnisse sind biologischen Ursprungs wie z.B. Schlaf, Hunger, Durst, Sexualität
 - ⇒ Sekundäre Bedürfnisse haben einen psychischen bzw. sozialen Ursprung und werden im Laufe der Entwicklung im Umgang mit anderen Menschen erlernt. Als Beispiel wäre die soziale Anerkennung, die Selbstverwirklichung, die Sicherheit und die Geborgenheit zu nennen.
- Die 5 Stufen der Bedürfnispyramide nach Maslow (1908, zitiert nach Juchli, 1997):
 - ⇒ Physiologische Bedürfnisse
wie z.B. Atmung, Temperatur, Schlaf, Hunger, Durst
 - ⇒ Bedürfnis nach Sicherheit
wie z.B. Schutz des Körpers und der Emotionen
 - ⇒ Bedürfnis nach Zugehörigkeit und Liebe

wie z.B. Zuneigung und Liebe, Zugehörigkeit, Akzeptanz, Familie und Freundschaft

⇒ Bedürfnis nach Wertschätzung

wie z.B. Dominanz, Status und Prestige, Verantwortung, Unabhängigkeit

⇒ Bedürfnis nach Selbstaktualisierung

wie z.B. Weitsicht, klarer Verstand, Spontaneität und Kreativität, gesellschaftliche Unabhängigkeit (S. 51)

3.4.6 Der alte Mensch und seine Defizite

Juchli (1997) bemerkt zu diesem Themenbereich, dass grundsätzlich unterschieden werden muss zwischen körperlichen Krankheiten im Alter, psychischen Krankheiten im Alter und der Unselbstständigkeit alter Menschen bei der Erledigung der Alltagsverrichtungen in Folge kurz- oder längerfristig auftretender mentaler Beeinträchtigung.

- Die nach Juchli wohl häufigsten in der Praxis auftretende Probleme und deren Auswirkungen auf das Befinden des alten Menschen sind zu finden bei:
 - ⇒ Der Beeinträchtigung der Sinnesorgane, z.B.: Altersschwerhörigkeit, Verlust der Sehschärfe
 - ⇒ Der Bedürfnisverschiebung und Verkümmern der Geschmacksorgane, z.B. zu ungenügender Flüssigkeitszufuhr und/ oder zu unkontrollierter Zucker- und Salzaufnahme
 - ⇒ Der Abnahme der Reaktionsfähigkeit auf die Sinneswahrnehmung und sensitiven Einflüsse
 - ⇒ Der zunehmenden Schwerfälligkeit des Bewegungsapparates, z.B. häufiges Stolpern und Stürzen kann zu Verletzungen und Frakturen führen
 - ⇒ Der Erschwerung oder der Behinderung von Bewegungsabläufen, z.B. ältere Menschen haben oft Mühe beim Beugen, beim Hinlegen, beim Sich Strecken oder beim Kopf Heben
 - ⇒ Der Berührungssensibilität, z.B. reagieren ältere Menschen auf Berührungen empfindlicher bis überempfindlicher, auch die Schmerzschwelle und die damit empfundene Schmerzwahrnehmung kann sich nach oben oder nach unten verschieben
 - ⇒ Dem Verlust des normalen Schlaf-wach-Rhythmus, z.B. bei älteren Menschen kann die Abnahme des Schlafbedürfnisses Grund zur Ermüdungserscheinung und Passivität sein
 - ⇒ Schlechtsitzende Zahnprothesen, was die gesunde Ernährungsaufnahme und auch das Selbstwertgefühl beeinträchtigt
 - ⇒ Der Neigung zu Atembeschwerden, z.B. kann dies Ermüdung und Schwindelgefühle, Ohnmachten und plötzliche Schwächeanfälle bewirken

- ⇒ Überreizung der Haut und der Schleimhäute, z.B. kann der alternde Organismus chemische Stoffe nicht mehr schnell genug abbauen und ausscheiden (S. 595)

3.4.7 Definition der Pflegediagnose Akute Verwirrtheit

Unter „Akute Verwirrtheit“ versteht NANDA (Doenges, Moorhouse & Geissler-Murr, 2003 S. 845): „Das plötzliche Auftreten von umfassenden, wechselnden Veränderungen und Störungen der Aufmerksamkeit, im Denkvermögen, in der psychomotorischen Aktivität, im Bewusstseinsgrad und/ oder im Schlaf/Wachzyklus.“

3.4.8 Die akute Verwirrung beim alten Menschen

Eine akute Verwirrung kann im Alter relativ häufig auftreten. Sie beginnt plötzlich und kann über Tage andauern, eventuell auch über Wochen. Die Ursachen einer akuten Verwirrung können durch körperliche Defizite ausgelöst werden z.B. durch Flüssigkeitsmangel (Dehydrierung), unerwünschte Medikamentenwirkungen und/ oder durch äußere Einflüsse wie Aufregungen, Wohnungswechsel, Heimeinweisung oder Spitaleintritt etc..

- Die Symptome der akuten Verwirrung, sind je nach Schweregrad, mehr oder weniger ausgeprägt (Juchli, 1997):
 - ⇒ Desorientierung (zeitlich, örtlich, personal, situativ)
 - ⇒ Verlust des Kurzzeitgedächtnisses
 - ⇒ rasche Stimmungswechsel, Gefühlslabilität
 - ⇒ eingeschränkte Konzentration und Aufmerksamkeit
 - ⇒ Störung der Urteilsfähigkeit und Entscheidungsfindung
 - ⇒ Schläfrigkeit im Wechsel mit Unruhe
 - ⇒ Verwahrlosung im Bereich der ATL
 - ⇒ Veränderung der Beziehungsfähigkeit
 - ⇒ Patient scheint „benebelt“ zu sein
 - ⇒ Zeichen von Angst und Misstrauen
 - ⇒ abnorme visuelle und/ oder akustische Wahrnehmungen (Halluzinationen)
 - ⇒ Abnorme Gedankengänge (Wahnvorstellungen)
 - ⇒ Nichterkennen vertrauter Personen
 - ⇒ Bekannte Handlungsabläufe können nicht mehr ausgeführt werden (S. 605)

Wie bereits erwähnt, tritt die akute Verwirrtheit mit ihrer unterschiedlichen Wirkungsdauer im Alter relativ häufig auf, ist aber oft reversibel.

3.5 Der alte Mensch im Akutspital

3.5.1 Einleitung

Zu diesem Themenbereich sind in der gängigen Literatur kaum Angaben zu finden. Dies ist umso erstaunlicher, als es doch -wie bereits oben dargestellt- auf Grund der demographischen Forschungsergebnisse zum allgemeinen Wissensstand gehört, dass die Lebenserwartung des Menschen kontinuierlich ansteigt und damit die Anzahl alter Menschen größer wird.

Daraus resultierend wird die Erfahrung gemacht, dass die Anzahl alter Menschen, die ins Akutspital und damit auch auf den Notfall eintreten, stetig zunimmt und das Fachpersonal sich mit den Bedürfnissen und Defiziten alter Menschen ständig und zunehmend konfrontiert sieht.

Literatur zur Thematik des fachspezifisch geriatrisch zu betreuenden Menschen und zur Beschreibung der an Alzheimer leidenden Personen lässt sich hinreichend finden. Diese Themenschwerpunkte machen jedoch nicht das Anliegen der vorliegenden Arbeit aus und werden folglich an dieser Stelle nicht erörtert.

3.5.2 Der alte Mensch im Spital

Juchli (1997) erläutert in ihrer Literatur, dass nicht das Alter des Patienten als Krankheit zu sehen ist, sondern dass vielmehr das zunehmende Alter des Patienten die Krankheitsbereitschaft erhöht.

Einerseits erwirbt sich der Mensch im Laufe seines Lebens eine größere Immunität gegenüber Infektionen; andererseits nimmt die Zahl der chronischen Krankheiten zu.

- Folgende Krankheiten treten im Alter besonders häufig auf:
 - ⇒ Krankheiten des Kreislaufsystems (z.B. Bluthochdruck)
 - ⇒ Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (z.B. Arthritis, Arthrose)
 - ⇒ Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes mellitus)
 - ⇒ Krankheiten der Atemwegsorgane (z.B. chronische Bronchitis) (S. 594)

Es ist nach Juchli (1997) von großer Wichtigkeit anzumerken, dass die Patienten mit dem Einweisungsgrund Pflegenotstand oft an mehreren Krankheiten gleichzeitig leiden. Die Heilung dieser meist chronisch bedingten Erkrankungen ist im klassischen Sinne häufig nicht möglich. Sie können den Patienten erheblich behindern und wirken sich dann sowohl physisch sowie psychisch und auch sozial nachteilig auf die Lebenssituation des alten Menschen aus.

Die Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen, wird durch den normalen Abbau körperlicher Fähigkeiten eingeschränkt. Veränderte Denkleistungen wie z.B. die akute Verwirrtheit können diese Einschränkung erheblich verstärken.

3.5.3 Die Situation des alten Menschen im Akutspital

Nach Rettke (2003) stellt das Alter keine Krankheit dar, sondern ist als ein ebenbürtiger Abschnitt im natürlichen Lebensprozess zu betrachten. Wie jede Lebensphase, so hat auch die Zeitspanne des Alters ihre eigenen Lebensbedingungen. Dazu gehört die Wahrscheinlichkeit zunehmender Hilfsbedürftigkeit.

Rettke meint, wenn ein alter Mensch die im Alltag unabdingbaren Handlungen nicht mehr alleine ausführen kann und seine Lebensführung ohne Fremdhilfe nicht mehr zu gewährleisten ist, wird er wohl oder übel die Unterstützung und Hilfe anderer Personen in Anspruch nehmen müssen.

Wenn die benötigte Hilfe in das Spannungsfeld Gesundheit/ Krankheit hineinragt, braucht es zur Abhilfe zunächst vermehrt professioneller Hilfe in Form der häuslichen Pflege. Erst bei einer akut gravierenden Veränderung im Gesundheitszustand wird eine Aufnahme in das Akutspital erforderlich.

Der Gesundheits-/ Krankheitszustand alter Menschen weist in der Regel bestimmte Merkmale auf. Auch wenn üblicherweise eine Hauptdiagnose den Einweisungsgrund ins Akutspital darstellt, leiden ältere und hochbetagte Menschen oft an mehreren Krankheiten gleichzeitig. Eine umfassende Heilung der vorbestehenden Krankheiten im klassischen Sinn ist, so Rettke, meist nicht möglich.

Ein solches Krankheitsbündel kann den betroffenen alten Menschen erheblich behindern und wirkt sich als Folgebeeinträchtigung sowohl psychisch als auch sozial nachteilig auf seine Lebenssituation aus, zumal die Fähigkeit des Patienten, für sich selber zu sorgen, ohnehin durch den normalen Abbau körperlicher und geistiger Fähigkeiten eingeschränkt ist. Zur sachorientierten und sachgerechten Einschätzung des je individuellen Pflegebedarfs (d.h. das Maß und die Güte professioneller Unterstützung mit den Mitteln der Pflege im Einzelfall bestimmen und umsetzen) muss jede Pflegende fundiert wissen, welchen Bedingungen und Rahmenbedingungen ihr Patient ausgesetzt ist.

Aus diesem Grunde muss die Pflegende nicht nur die medizinische Diagnose genau kennen, sondern sie muss auch Informationen darüber besitzen, was es für den je konkreten Patienten bedeutet, krank zu sein und welche Auswirkungen seine aktuelle Situation auf seinen Lebensalltag hat. Zur Erreichung dieses Zieles muss sie systematisch vorgehen und mit dem betagten Patienten gezielt Kontakt aufnehmen. Zur differenzierten Beurteilung der Situation eines Patienten sind umfassende Informationen von Patienten und Angehörigen und/ oder von anderen Personen unverzichtbar. Diese hat die Pflegende einzuholen.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Leben älterer Menschen von einem eigenen Lebensrhythmus geprägt ist und dass er auf Fragen in der neuen Umgebung des Spitals anders eingeht als das im Normalfall geschehen würde.

Der Rhythmus und die Arbeitsstruktur eines Akutspitals steht in aller Regel im Widerspruch zum Lebensrhythmus alter Menschen. Die Pflegende muss es als Herausforderung annehmen wollen, diesen Widerspruch zu Gunsten eines individuellen, bedürfnisgerechten Zeitmanagements zu lösen. Die Sorgfaltspflicht gegenüber Patienten, insbesondere auch gegenüber dem alten Patienten gebietet es, mangelnder Informationsverarbeitung bzw. Informationsdefiziten, Stress und Desorientierung vorzubeugen.

Als weitere Herausforderung für qualifizierte Pflegefachkräfte muss die Aneignung, Bereitstellung und Anwendung angemessener Werkzeuge zur Gestaltung einer zielorientierten und von Menschenwürde gekennzeichneten Kommunikation mit betagten Patienten sein.

Zu diesen Werkzeugen zählt unter anderem ein fundiertes Fachwissen sowie hinreichend Empathie zur Erfassung der aktuellen psycho-sozialen Situation des anvertrauten Patienten. Nur so ist es möglich, durch individuell ausgerichtetes Fallmanagement den Bedürfnissen des einzelnen Patienten umfassend und in würdiger Weise gerecht zu werden.

Rettke bringt zum Ausdruck, dass sich mit der beruflichen Herausforderung, Patienten im Einzelfall verstehen zu müssen, alle im direkten Kontakt mit dem Patienten stehenden Berufsgruppen im Akutspital konfrontiert sehen. Darin sind auch die medizinischen und pflegerischen Fachkräfte impliziert.

Diese Herausforderung stellt sich für die Pflege in ganz besonderer Weise, weil ihr Handlungsmaßstab ohnehin auch das Alltagsleben der betroffenen Patienten sein muss.

Das individuelle Kennenlernen des einzelnen Patienten stellt somit den Schlüssel zum konkreten Fallverstehen dar. Dies gilt für die Pflege alter Menschen in ganz besonderem Ausmaß.

Die Gesundheitsversorgung im Akutspital ist nicht als geradliniger Prozess anzusehen. Auch die alten Patienten mit ihren teils sehr komplexen gesundheitlichen Situationen sind davon nicht ausgenommen. Die Pflege im Akutspital muss dem Anspruch eines rehabilitativen Ansatzes gerecht werden, will sie betagte Patienten befähigen, ihren Alltag so selbstständig wie möglich wieder aufzunehmen oder weiterzuführen. Dies gilt, wenn auch letztlich in eingeschränkter Weise für jene alten Menschen, die als so genannter Pflegenotstand dem Akutspital zugewiesen werden.

Rettke vertritt die Auffassung, dass sich die Akutspitäler zur Zeit noch nicht in hinreichender Weise auf die besonderen Herausforderungen einer hinreichenden pflegerischen Betreuung alter und hochbetagter Menschen mit ihren spezifischen Bedürfnissen einstellen können. Die Lösung dieses Problems sieht er auf dem Hintergrund der zunehmenden Einweisungen alter Menschen in das Akutspital als vordringlich an.

3.6 Patientendokumentation

3.6.1 Patientendokumentation. Sicherung interprofessioneller Kommunikation im Krankenhaus

Klapper, Lecher, Schaeffer und Koch (2001), sind im Rahmen einer Untersuchung am Institut für Pflegewissenschaften der Universität Bielefeld gemeinsam der Frage nachgegangen, inwieweit an ausgewählten Krankenhäusern die Sicherung eines erfolgreichen Krankenhausaufenthaltes durch ein zielgerichtetes Erheben, Fixieren und Kommunizieren patientenbezogener Informationen gewährleistet wird.

Die Verfasser stellen grundsätzlich fest, dass eine gut strukturierte Patientendokumentation folgenden drei Zielen zuträglich sein muss:

1. Der haftungsrechtlichen Anforderung an die medizinische und pflegerische Versorgung
2. Der Funktion als Leistungsnachweis
3. Als Organisationsinstrument zur Sicherstellung einer hochwertigen und kontinuierlichen medizinischen und pflegerischen Versorgung

In ihrem Untersuchungsergebnis kommen die Verfasser zu der Schlussfolgerung, dass an den in die Untersuchung einbezogenen Krankenhäusern den Anforderungen

einer vertretbaren und der Qualitätssicherung dienenden Patientendokumentation nicht in dem erforderlichen Umfang und mit der notwendigen Gründlichkeit Rechnung getragen wird. Sie schätzen die vorgefundenen Dokumentationssysteme als eine Organisationsform ein, mit denen eher unprofessionelle „Stille-Post-Effekte“ erzielt werden, anstatt eine gut funktionierende kooperative Patientenversorgung zu erreichen.

Die Verfasser warnen vor dem Informationsverlust bei unzureichender Dokumentation. Sie bestätigen, dass Pflegende selbstkritisch die Dokumentation der Pflegeprozesse als nicht ausreichend empfinden und dadurch nicht vertretbare Informationslücken zu Ungunsten des Patienten entstehen.

Nach Auffassung der Verfasser lösen die von ihnen vorgefundenen Dokumentationssysteme das Anliegen eines inner- und interprofessionellen Informationsflusses nicht oder nur sehr unzureichend.

Sie fordern die Gestaltung eines unbürokratischen, effizienten und dennoch nicht zeitfressenden Dokumentationssystems. Der Praxisbezug ist dabei besonders zu berücksichtigen. Das Anfertigen fachgerechter Pflegeüberleitungen zur Durchführung einer adäquaten und bruchfreien Weiterversorgung von den Aufnahmedokumentation an bis hin zur Entlassdokumentation muss zentrales Anliegen eines funktionierenden Spitalmanagements sein.

4 Methodisches Vorgehen

4.1 Datenerhebung

Zur Beschaffung der für die vorliegende Arbeit erforderlichen Daten hatte ich die Durchführung von Beobachtungen und halbstrukturierten Interviews ins Auge gefasst. Es sollten Mitarbeiterinnen beobachtet und interviewt werden, die allesamt auf dem Notfall Dienst tun. Bei allen Angefragten handelte es sich ausnahmslos um qualifizierte Pflegefachkräfte.

Bevor ich mit der Datenerhebung mittels Interviews und Beobachtungen beginnen konnte, musste ich zunächst die Leitung des Bereiches Pflege sowie die Leitung der Notfallstation über die vorgesehenen Maßnahmen in Kenntnis setzen und für die Durchführung um Erlaubnis bitten. Ich erläuterte meine Absicht sowie die Intention meiner Abschlussarbeit. Die gewünschte Zusage wurde mit unterstützenden und motivierenden Hinweisen erteilt.

Die Durchführung der Beobachtungen hatte ich für drei verschiedene Tage innerhalb des Zeitraumes von zwei Wochen geplant.

Ich wollte eine sogenannte nicht teilnehmende Beobachtung anhand eines von mir zusammengestellten Kriterienkatalogs bei der Aufnahme eines Patienten (alter, teilweise verwirrter Mensch) organisieren. Dadurch erhoffte ich feststellen zu können, auf welche Art und Weise die Pflegefachkraft ihre Einschätzung der aktuellen Situation des Patienten vornimmt und wie sie daraus ihre Pflegeinterventionen entwickelt und diese auch realisiert. Die drei Pflegenden, die sich für die Beobachtungsdurchführung bereit erklärt hatten, wurden von mir vorab mündlich interviewt. Leider waren die vorgesehenen Beobachtungen an den drei geplanten Tagen nicht durchführbar, da in diesem Zeitraum keine alten, teilweise verwirrten Patienten mit dem Einweisungsgrund Pflegenotstand eingeliefert wurden. Auch weitere kurzfristig geplante Beobachtungstage ermöglichten keine sinnvollen Beobachtungen. Aus zeitlichen und organisatorischen Gründen musste ich letztlich auf die Beobachtungen verzichten.

Die Interviews ließen sich jedoch wie geplant durchführen.

4.1.1 Interviewpartner

Ich habe drei qualifizierte Pflegefachkräfte der Notfallstation als Interviewpartner ausgewählt, die alle schon länger auf der Notfallstation arbeiten. Alle drei verstehen die deutsche Sprache und können einen Sachverhalt adäquat ausdrücken.

4.1.2 Interviewart

Als Interviewfragen (siehe Anhang) habe ich halbstrukturierte Fragen formuliert, die aus der Fragestellung und Zielvorstellung meiner Abschlussarbeit hervorgegangen sind. Halbstrukturierte Fragen sind offene Fragen, die der Interviewpartner nach eigener subjektiver Interpretation und Wahrnehmung beantworten kann. Ihm bleibt hinreichend Spielraum, seine ganz individuellen Erfahrungen in der Antwort zu präsentieren. Die Interviewfragen wurden vorab gemeinsam mit einer Kollegin getestet und auf ihre Verständlichkeit erprobt.

4.1.3 Umgebung

Die Durchführung der Interviews erfolgte in einem geschlossenen, störungsfreien Raum auf der Notfallstation.

Zu dem Zeitpunkt der Interviews lag auf der Notfallstation kein allzu großer Arbeitsaufwand an. Die Atmosphäre war daher von Ruhe gekennzeichnet.

4.1.4 Ethische Aspekte

Die zu interviewenden Pflegefachkräfte hatten sich freiwillig für mein Vorhaben zur Verfügung gestellt und wurden von mir zwei Tage vor dem Interviewtermin umfassend über die Durchführungsmodalitäten mündlich informiert.

Ich erklärte meinen Kolleginnen Sinn und Zweck des Interviews und erläuterte ihnen, dass sie das Interview jederzeit abbrechen können. Das Gespräch wurde auf Tonband aufgezeichnet. Nach der Datenverarbeitung wurden die besprochenen Bänder wieder gelöscht.

Darüber hinaus fanden bei der Durchführung des Interviewvorhabens die folgenden „Ethischen Grundsätze des SBK“ Berücksichtigung:

„Achtung der Würde der Person, das heißt:

- ⇒ Autonomie (Freiwilligkeit, Informationen)
- ⇒ Wahrhaftigkeit (Glaubwürdigkeit)
- ⇒ Verlässlichkeit (Einhaltung von Abmachungen oder Versprechen)
- ⇒ Vertraulichkeit (Anonymität)
- ⇒ Gutes tun/ nicht schaden (Abwägen zwischen Nutzen und Risiken)
- ⇒ Prinzip der Gerechtigkeit“ (Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger, 2000, S. 5).

4.1.5 Persönliches Erleben

Da ich meine Kolleginnen schon längere Zeit kenne und mit ihnen in vertrauter Weise zusammen arbeite, hielt sich meine eigene Nervosität in Grenzen.

Meine Mitarbeiterinnen machten einen ruhigen, konzentrierten und sicheren Eindruck auf mich. Ich hatte das Empfinden, dass sie mir offen und frei über ihre Erfahrungen und Wahrnehmungen berichteten.

4.2 Datenanalyse

Die drei Interviews habe ich nach der Tonbandaufzeichnung wortwörtlich in Schriftform ins Hochdeutsche übertragen. Daraus ergaben sich jeweils zwei Seiten Textmaterial. Anschließend wurden die Antworten wiederholt durchgelesen, inhaltlich nach Sachzusammenhängen gebündelt und zusammengefasst. Bei diesem Arbeitsschritt habe ich bewusst darauf geachtet, dass das Wesentliche, nämlich die Kernaussage zu dem vorab bestimmten Themenbereich deutlich wird. Aus diesem Textmaterial konnte ich vier Kategorien erstellen. Sie ergaben sich aus der Bündelung inhaltlich deckungsgleicher oder annähernd vergleichbarer Interviewantworten der Befragten. Zusätzlich konnte ich eine fünfte Kategorie gewinnen, die sich ebenfalls aus den Daten der Interviews ergab. Diese fünf Kategorien gilt es im Anschluss zu präsentieren und zu diskutieren.

5 Präsentation und Diskussion der Ergebnisse

5.1 Kategorien aus der Datenanalyse

Aus der Datenanalyse ergeben sich folgende fünf Kategorien:

- Selbstpflegedefizit/ Abhängigenpflegedefizit
- Pflegerische Urteilsbildung
- Pflegeinterventionen
- Dokumentation
- Organisation

5.2 Beschreibung und Diskussion der Ergebnisse aus den Interviews

Für die Beschreibung und Diskussion der Interviewergebnisse habe ich folgende Vorgehensweise gewählt:

Zunächst werde ich die gewonnenen Interviewdaten gemäß der daraus resultierenden und oben aufgeführten fünf Kategorien in je kurzer Zusammenfassung auflisten. Anschließend folgt das Inbezugsetzen der Daten zu der im Abschnitt 3 erarbeiteten Literatur. Der Literaturbezug orientiert sich an der Theorie von Dorothea Orem sowie den Aussagen von Juliane Juchli, Horst Rettke und Bernadette Kappeler. Abrundend folgt jeweils ein Bezugsetzen der beschriebenen Literatur zu meinen eigenen beruflichen Erfahrungen.

5.2.1 Selbstpflegedefizit/ Abhängigenpflegedefizit

Interviewdaten der Pflegenden

Patienten, die als Pflegenotstand eingewiesen werden, weisen in der Regel immer ein kurzfristiges oder längerfristiges Selbstpflegedefizit auf. Diese Patienten befinden sich oft in einem desolaten bis verwehrlosten Zustand und sind auf mehr oder weniger umfangreiche fremde Hilfe angewiesen. Es ist ihnen häufig nicht mehr möglich, ihre normale Körperpflege selbst auszuführen. In vielen Fällen fühlen sich auch die Angehörigen nicht mehr in der Lage, die erforderliche Unterstützung und Zuwendung zu bieten. Häufig sind sie mit der notwendigen Hilfestellung überfordert. Das Selbstpflegedefizit hat bei Pflegenotstandspatienten ein Abhängigenpflegedefizit zur Konsequenz. Patienten mit der beschriebenen Lebenssituation leben meist alleine und finden in ihrer unmittelbaren Umgebung keinerlei oder nur unzureichende Unterstützung zur Bewältigung ihrer Alltagsbedürfnisse.

Die oben aufgeführten Feststellungen resultieren u.a. aus folgenden Interviewangaben:

„...ist für mich eine Person, die nicht mehr fähig ist, sich selber zu pflegen und die für sich selber nicht mehr zuhause schauen kann.“

„...ist für mich ein Patient, der in einem desolaten Zustand ist und nicht mehr alleine zuhause sein kann.“

„Dass die normale Körperpflege für den Patienten selber nicht mehr machbar ist und auch für die Angehörigen,...wenn das Tägliche, die eigene Körperpflege, die Medikamenteneinnahme, wenn dies der Patient nicht mehr selber zuverlässig verrichten kann.“

Theoretischer Bezug

Orem weist darauf hin, dass sich das Selbstpflegedefizit auf die Wechselwirkung zwischen dem situativen Selbstpflegebedarf und der Selbstpflegefähigkeit bezieht. Übersteigt der Selbstpflegebedarf die jeweilige Selbstpflegekompetenz, dann liegt ein Selbstpflegedefizit vor. Dies beschreibt immer, in welchen Selbstpflegebereichen der Patient nicht alleine zurecht kommt (betrifft auch den alten, zum Teil verwirrten Menschen) und wo genau der Mangel bei der Selbstpflegefähigkeit liegt. Das Selbstpflegedefizit kann zeitlich begrenzt oder auch dauerhaft geartet sein. Bei einem dauerhaften Selbstpflegedefizit ist eine fortdauernde Hilfestellung erforderlich. Orem berichtet weiter, dass Erwachsene für sich selbst sorgen können, jedoch Kinder und unmündige oder sozial abhängige Erwachsene (also auch der alte und teilweise verwirrte Mensch) zur Bewältigung ihrer Selbstpflege unterschiedliche Hilfe benötigen. Diese Hilfe, die von Angehörigen oder anderen Bezugspersonen gewährleistet werden kann, bezeichnet Orem als Abhängigenpflege.

Juchli bemerkt zu diesem Themenbereich, dass grundsätzlich unterscheiden werden muss zwischen körperlichen Krankheiten im Alter, psychischen Erkrankungen im Alter und der Unselbstständigkeit alter Menschen bei der Erledigung der Alltagsverrichtungen in Folge kurz- oder längerfristig auftretender mentaler Beeinträchtigungen. Rettke meint, wenn ein alter Mensch die im Alltag unabdingbaren Handlungen nicht mehr alleine ausführen kann und seine Lebensführung ohne Fremdhilfe nicht mehr zu gewährleisten ist, wird er wohl oder übel die Unterstützung und Hilfe anderer Personen in Anspruch nehmen müssen. Wenn die benötigte Hilfe in das Spannungsfeld Gesundheit/ Krankheit hineinragt, braucht es zur Abhilfe zunächst vermehrt professioneller Hilfe, z.B. in Form von Spitex oder die Einweisung in das Akutspital wird erforderlich.

Bezug zur eigenen Erfahrung

Die Merkmale des Selbstpflegedefizits lassen sich bei den Patienten auf der Notfallstation ganz besonders an der mangelnden Körperhygiene und der Verwahrlosung erkennen. Solche Patienten weisen negative Hygiene- und Körperversorgungsmerkmale auf, weil die individuelle Selbstpflegekompetenz nicht mehr aus eigener Kraft und auch nicht mehr mittels Fremdhilfe im häuslichen Bereich gewährleistet werden kann.

Darüber hinaus bleibt festzuhalten, dass es für mich als Pflegende in Übereinstimmung mit den Forderungen Orems, Juchlis und Rettkes von besonderer Bedeutung bleiben muss, wahrzunehmen, in welchem Kompetenzbereich der Patient seine Selbstpflegefähigkeiten verloren hat und in welchem sie noch vorhanden und entwicklungsfähig sind.

Bei gebotennem sorgfältigem Umgang mit dem Patienten kann ich als Pflegende bereits auf der Notfallstation die entsprechenden Feststellungen im Bereich der ATL treffen.

5.2.2 Pflegerische Urteilsbildung

Interviewdaten der Pflegenden

Um ein genaues Patientenbild zu erhalten, ist eine exakte Situationseinschätzung bei Eintritt der Patienten auf die Notfallstation dringend geboten. Dabei spielen der erste Eindruck und die eigenen sorgfältigen Beobachtungen eine große Rolle. Von besonderer Bedeutung sind ebenso die jeweiligen Informationen der Patienten sowie die Auskünfte der Angehörigen. Die Aussagen der Patienten und der Angehörigen sind besonders für die je individuelle Verlaufsgeschichte des Patienten sehr aussagekräftig und für den weiteren sachgerechten Umgang mit dem anvertrauten Menschen nicht zu unterschätzen. Wer sich nicht hinreichend um die Erhellung der jeweiligen Patientensituation mit Hilfe einer gründlichen Informationssammlung bemüht, wird mit seiner Pflegereaktion im Bereich der Subjektivität verbleiben und nicht sachgerecht erfassen, warum der anvertraute Patient als Pflegenotstand zugewiesen wurde.

Der Schwerpunkt der Datensammlung liegt in der Erfassung des Ist-Zustand des Patienten und bezieht sich auf die körperlichen Aktivitäten, die geistigen Aktivitäten, die sozialen Aktivitäten, die Wünsche, Erwartungen, Hoffnungen, Ängste, Befürchtungen, Sorgen und die Gewohnheiten des Patienten.

Der beschriebene Sachverhalt ergibt sich aus den nachfolgend aufgeführten Interviewdaten:

„Ja der erste Eindruck ist sicher prägend, ich schaue ihn mir an und dann kann ich mir schon einmal ein Bild machen, wie schlimm die Situation ist.“

„Viele sind ja auch nicht freiwillig da, also viele müssen kommen, weil es die Umgebung so will und nicht weil sie es selber wollen.“

„Ich schaue den Patienten zunächst an, wie kommt er daher,...hat er verdreckte Kleider an, ist er ansprechbar, ist er nicht ansprechbar.“

„Ich verlasse mich schon neben meinen eigenen Beobachtungen auf die Mitteilungen von den Angehörigen oder dem Patienten.“

„Als erstes schaue ich den Patienten an,...in welchem Zustand er ist, auch von der hygienischen Seite,...danach leite ich ab und stelle mir vor, wie er gelebt haben müsste in der letzten Zeit. Dann versuche ich das Gespräch, soweit man das noch kann.“

„Also ich suche immer das Gespräch von den Angehörigen, und das ist für mich sehr wichtig, dass ich es auch begreifen kann, warum der Patient unter Pflegenotstand läuft.“

Theoretischer Bezug

Rettke (2003) beschreibt, dass zur differenzierten Beurteilung der Situation eines Patienten umfassende Informationen von Patienten und Angehörigen und/ oder von anderen Personen unverzichtbar sind. Diese hat die Pflegende einzuholen. Dabei ist

zu berücksichtigen, dass das Leben älterer Patienten von einem je eigenen Lebensrhythmus geprägt ist und dass er auf Fragen in der neuen Umgebung des Spitals (gilt besonders für die Notfallstation) anders eingeht als das im Normalfall geschehen würde. Eine adäquate Patientenbetreuung ist nur auf dem Hintergrund einer genauen Kenntnis der aktuellen Lebenssituation des Patienten möglich. Juchli stellt ebenfalls fest, dass es im Falle der Einweisung eines alten Menschen in das Spital daran zu denken gilt, dass dieser Mensch als Patient zwar Hilfe, u.U. sogar sehr umfangreiche Hilfe braucht, aber ihm (fast) immer auch ein bestimmter Anteil an Selbstständigkeit bleibt und dieser auch erhalten werden muss. Dies setzt für die Pflegenden und deren angemessenes pflegerisches Handeln eine umfassende und gründliche Situationseinschätzung voraus.

Nach Juchli und Rettke ist es also dringend geboten, soviel Informationen wie möglich zu erhalten, um der Patientensituation wirklich gerecht werden zu können. Die Informationssammlung sollte konkret auf die Auskünfte des Patienten, auf die Informationen der Angehörigen und/ oder des zuweisenden Arztes bezogen sein. Angehörige und zuweisende Ärzte kennen den Patienten und sind in der Lage, realitätsbezogene Hinweise zu geben (bezüglich Lebensgewohnheiten, Befinden, Rehabilitationserwartungen und Zielen).

Bezug zur eigenen Erfahrung

Bei Patienten, die als Pflegenotstand auf die Notfallstation eingewiesen werden, ist es von besonderer Bedeutung, dass ich als Pflegende bemüht bin, wie von Rettke und Juchli gefordert, z.B. durch das Aufnahmegespräch, eine gute pflegerische Beziehung auf dem Hintergrund eines hinreichenden Informationsrepertoires aufzubauen.

Meine eigenen Erfahrungen belegen mir immer wieder, wie wichtig es ist, so viele Informationen wie möglich zusammen zu tragen. Nur auf diese Weise kann ich der Situation des Patienten als altem und teilweise verwirrtem Menschen mit seinem individuellen Lebensrhythmus gerecht werden. Dieser musste unter Umständen schon geraume Zeit mit bestimmten, für ihn nicht mehr zu lösenden Problemen leben, entwickelte u.U. abnorme psycho-soziale Verhaltensmuster oder er wurde als chronisch kranker Mensch mit verschiedenen Defiziten konfrontiert und musste mit diesen mehr oder weniger zurecht kommen. Auch habe ich die Erfahrung gemacht, dass das Einbeziehen der Angehörigen und deren Informationen für eine effiziente Betreuung der Patienten eminent wichtig, ja unverzichtbar ist.

5.2.3 Pflegeinterventionen

Interviewdaten der Pflegenden

Für die Pflegenden stehen die medizinische Verordnungen und Maßnahmen bei den Patienten, die als Pflegenotstand eingewiesen werden, zunächst nicht an erster Stelle. Der Wunsch nach einer vertrauensbildenden pflegerischen Beziehung und das Wohlempfinden des Patienten hat für die Pflegende erste Priorität.

Der Patient soll sich, wenn er sich auch nur relativ kurze Zeit auf der Notfallstation befindet, in diesem kurz bemessenen Zeitraum dennoch wohl fühlen und sich bequem einrichten können. Aus den Interviews wird auch deutlich, dass für die Pflegende das Gespräch ein wichtiges Element für den Aufbau der sachgerechten pflegerischen Beziehung und der daraus abgeleiteten Pflegeinterventionen ist.

Hier einige Aussagen aus den entsprechenden Interviewteilen:

„Nicht, dass ich ihm eine Ganzwäsche mache oder so, aber wenn er ganz stark verschmutzt ist, wenn er eingenässt ist oder so, dann behebe ich das. Wichtig ist, dass er sich wohl fühlt und vor allen Dingen, dass er schön warm hat, das ist für mich der erste Schritt bevor ich die medizinische Seite in Angriff nehme.“

„Also, ich bin oft nicht einverstanden mit den medizinischen Verordnungen, gemessen am Zustand des Patienten, denn oft wenn die Patienten vernachlässigt sind, dann ist mein erstes Bedürfnis Sauberkeit, ein Bad oder Waschen oder so.“

„Bei Pflegenotständen ist mir ganz wichtig, mit viel Geduld und nicht mit ruckartigen Bewegungen, sondern mit ein bisschen Liebe und Zuwendung den Patienten zu behandeln. Sie sollen es bequem haben und sich wohl fühlen.“

„Also es gibt schon Patienten, mit denen muss man besonders ein Gespräch führen, weil sie oft nicht einsehen, warum sie überhaupt ins Spital gebracht worden sind, ...hier ist es sehr wichtig, dass man an der Seite des Patienten steht und ihm versucht zu erklären, dass es doch besser ist, wenn er einige Tage im Spital bleibt und man nach einer Lösung suchen kann, ... solche Gespräche führe ich viel mit Pflegenotständen.“

Theoretischer Bezug

Die oben aufgeführten Interviewfeststellungen finden sich ausnahmslos wieder in Orem's theoretischer Darstellung, dass hilfebedürftige Patienten immer das Bedürfnis nach dem Angebot der zwei nachfolgend aufgeführten helfenden Handlungen haben:

1. Handlungen, die die eigenständige Pflege helfend unterstützen.
2. Handlungen, die eine fehlende Selbstpflegekompetenz kompensieren oder überwinden.

Im Rahmen der Literaturbearbeitung wurde bereits auf die oben aufgeführten fünf helfenden Methoden eingehend hingewiesen.

Für die Pflegefachkraft auf der Notfallstation bedeutet dies, dass sie die verschiedenen helfenden Methoden zielorientiert auf die je individuelle Situation und Bedürfnisse des Patienten ausrichten muss, um das menschenwürdige Ziel „Wohlbefinden“ auch zu erreichen. Juchli, sieht die Realisierung der Pflegeinterventionen in der Unterstützung der ATL. Sie meint, je besser der Ist-Zustand des alten Menschen bzw. der Abhängigkeitsgrad im Bereich der ATL erfasst und in der Pflege berücksichtigt wird, um so intensiver können rehabilitative bzw. fördernde Pflegeintervention erreicht werden, Pflegeinterventionen, die Pflegende und alten, erkrankten Menschen befriedigt und die eine höchstmögliche Lebensqualität und Menschenwürde gewährleisten.

Bezug zur eigenen Erfahrung

Ich habe in meiner langjährigen Berufserfahrung im Umgang mit betagten Menschen festgestellt, dass diese an uns Pflegenden keine allzu großen Ansprüche stellen. Ich konnte immer wieder erfahren, dass die meisten Patienten vor Eintritt in das Spital in ihrer häuslichen Umgebung isoliert waren, bedingt durch ihre größtenteils sehr eingeschränkte Lebensführung. Von Selbständigkeit konnte in solchen Fällen keineswegs mehr die Rede sein.

Die meisten Patienten leben alleine, da der Partner nicht mehr da ist und die nächsten Angehörigen nicht in derselben Wohngemeinschaft leben. Gerade diese Patienten sind für eine wertschätzende Haltung und für ein offenes Ohr äußerst dankbar. Auch die Anwendung der nonverbalen Kommunikation in Form von Berührungen, gerade bei verwirrten Patienten, spielt eine große Rolle und sollte von uns Pflegenden, wo immer erforderlich, auch angewandt werden. Das so wichtige Wohlbefinden des Patienten vom ersten Augenblick des Spitalaufenthaltes an, setzt auch nach

Orem und Juchli eine bewusste und gezielt organisierte verbale und nonverbale Kommunikation voraus. Nur auf diese Weise, so meine Erfahrung, lässt sich die Betreuung des alten, teils verwirrten Menschen erfolgversprechend und vor allem aber menschenwürdig gestalten.

5.2.4 Dokumentation

Interviewdaten der Pflegenden

Was die Beobachtungen und Einschätzungen der Pflegenden betrifft, so wird fast in allen Fällen nicht schriftlich dokumentiert. Verschriftlicht werden nur die medizinischen Verordnungen und die sich daraus ergebenden Maßnahmen.

Die Pflegenden dokumentieren in der Regel, soweit es das existierende Aufnahmeblatt zulässt, nur in minimaler Form ihre Pflegeinterventionen. Das Aufnahmeblatt beinhaltet mehr oder weniger nur die schriftliche Administration. Aus den Interviews geht auch hervor, dass der Zeitfaktor für die Pflegenden eine große Rolle spielt und die schriftliche Dokumentation der eigenen pflegerischen Beurteilung oftmals gar nicht möglich ist. Generell werden, wenn überhaupt, die eigenen Empfindungen, Einschätzungen, Beobachtungen und Wahrnehmungen der Pflegenden an die Weiterbetreuenden mündlich weitergegeben.

Dazu hier einige wesentliche Interviewantworten:

„Eigentlich rudimentär, fast gar nicht, ich dokumentiere eigentlich schriftlich nie, ich meine damit die Informationen der Angehörigen und Begleitungen und der Patienten, dokumentiere ich nicht,...alle meine Pflegeinterventionen, wie z.B. warme Decke geben und zu Trinken geben, oder die bequeme Lagerung, habe ich noch nie dokumentiert.“

„Was meine Empfindungen und meine Einschätzungen betrifft, die kann man nicht so genau auf unserem Blatt definieren, es gibt auch kein Platz dafür und wird nicht erwartet, das ist einfach der mündliche Rapport an die Weiterbetreuende, den ich dann so geben kann wie ich möchte.“

„Auch spielt es eine Rolle, ob ich Zeit gehabt habe sie zu erfassen, wenn ich keine Zeit gehabt habe gibt es nur wenig zu sagen.“

„Das Dokumentiere ich nicht schriftlich, das gebe ich mündlich weiter.“

Theoretischer Bezug

Juchli fordert eine andere als die in den Interviewantworten sichtbar gewordene Dokumentationspraxis.

Juchli meint, dass sich die Ziele und Maßnahmen der Pflege in erster Linie an der Selbstpflegekompetenz orientieren müssen. Die Pflegenden sollten die noch vorhandenen Ressourcen des alten Menschen, und seien sie noch so gering, erkennen und beachten. Um sie zu entdecken, müssen Pflegenden sich im bewussten Wahrnehmen üben. Die tägliche Pflege bietet die beste Gelegenheit, mehr über die Patienten zu erfahren. Im Bereich aller ATL können sowohl Bedürfnisse und Defizite wie Wünsche, Interessen und Neigungen entdeckt werden. Die Beobachtungen sind exakt zu protokollieren, damit sie einer individuellen Pflegeplanung nutzbar gemacht werden können. So weit zu Juchli.

Klapper et al. weisen darauf hin, dass ein erfolgreicher Spitalaufenthalt u.a. unabdingbar abhängig ist von dem sachbezogenen Erheben, Fixieren und Kommunizieren aller auf den Patienten bezogenen Informationen. Da die Dokumentationssysteme der Krankenhäuser häufig Qualitätsmerkmalen nicht hinreichend stand halten, ist die Bereitstellung entsprechend professioneller Dokumentationsformen im Interesse einer lückenlosen Erstellung und Erhaltung aller auf den Patienten bezogenen Informationen unerlässlich. Stille-Post-Effekte sind zu vermeiden.

Bezug zur eigenen Erfahrung

In meiner langjährigen Berufspraxis auf der Notfallstation habe ich die Erfahrung gemacht, dass eine sorgfältige und gewissenhafte Patientendokumentation von großer Bedeutung ist. Gerade medizinische Verordnungen und Pflegeinterventionen sollten so präzise wie möglich dokumentiert sein. Dies gewährleistet eine optimale Patientenbehandlung und verhindert allzu ungenaue subjektive Reaktionsweisen.

Darüber hinaus sind die eigenen Beobachtungen und Einschätzungen für eine effiziente Betreuung des Patienten von vehementer Wichtigkeit und sollten, wenn möglich, bei der Dokumentation unbedingt berücksichtigt werden (Juchli, 1997).

Leider ist das sorgfältige Dokumentieren durch die meist hektische Arbeit auf dem Notfall allzu oft nicht realisierbar.

5.2.5 Organisation

Der Eintritt von Pflegenotstandspatienten auf die Notfallstation bringt die Pflegenden oft in eine Gewissens- und Konfliktsituation. Die oft strenge und stressige Arbeitsweise des Notfalls lassen den Aufbau der erforderlichen und angemessenen pflegerischen Beziehung zu dem Patienten sowie die erforderliche Informationssammlung nur unzulänglich zu. Oft muss sehr schnell gearbeitet werden und die vom Zuwendungsbedarf erforderliche Zeit für den alten, bisweilen auch desorientierten Patienten kann nur in unzureichender und unbefriedigender Weise bereit gestellt werden.

Die oft unruhige und angespannte Atmosphäre auf der Notfallstation ist dem alten Menschen und seinen Bedürfnissen nicht zuträglich und gestaltet sich bisweilen nicht sehr menschenwürdig.

„....Pflegenotstände gehören für mich nicht auf die Notfallstation, das ist ein Problem, ein organisatorisches Problem sicher in allen Spitälern, weil es für die Abteilungen zu arbeitsintensiv ist.“

„...ich finde es eigentlich nicht Patientenfreundlich Pflegenotstände ohne schwerwiegende medizinische Indikationen auf der Notfallstation aufzunehmen.“

„...ich frage mich oft, wenn wir es hektisch auf dem Notfall haben, ob die Pflegenotstände wirklich über den Notfall aufgenommen werden müssen. Ich frage mich, ob es nicht für diese Patienten eine Überforderung ist, denn ein Pflegenotstand ist ein Zustand der meistens nicht von jetzt auf nachher kommt, es zeichnet sich langsam ab.“

Theoretischer Bezug

Zu dieser Kategorie lassen sich in der bearbeiteten Literatur von Dorothea Orem, Liliane Juchli und Horst Rettke, keine Diskussionspunkte finden.

Bezug zur eigenen Erfahrung

Aus meiner Erfahrung weiß ich, dass der alte und betagte Mensch ein ganz anderes Maß an Bedürfnissen hat, als der noch jüngere akut erkrankte Patient. Da der alte Mensch mit seinen chronischen Krankheiten zu leben gelernt hat, stehen die für ihn daraus resultierenden Defizite nicht im Vordergrund. Pflegeinterventionen in Form der Zuwendung gleich welcher Art (verbal, nonverbal, gezielter Körperkontakt u.a.m.) sind für ihn von weit größerer Bedeutung. Schon gar, wenn der Patient u.U. als Sterbender zugewiesen wurde. Deshalb frage ich mich oft, ob für Pflegenotstandspatienten bei ihrem Eintritt in das Akutspital die direkte Aufnahme auf die Notfallstation die richtige, dem Patienten angemessene Organisationsform darstellt. Eine menschenwürdige und individuelle Betreuung dieser alten Menschen ist auf der Notfallstation aus organisatorischen und straff angelegten Zeitgründen oft nicht umsetzbar. Veränderungen von Organisationsstrukturen könnten hier angebracht sein.

6 Schlussfolgerung

6.1 Folgerung für die Berufspraxis

Nach den vorausgegangenen Ausführungen lässt sich festhalten, dass für die Pflegenden der Notfallstation und deren Berufspraxis tägliche Erfahrung ist, dass alle Patienten, die als so genannter Pflegenotstand eingewiesen werden, ein kurzfristiges oder auch längerfristiges Selbstpflegedefizit aufweisen. Dieses Selbstpflegedefizit zeigt sich meist nicht vorrangig in akut medizinischen Problemen, sondern bezieht sich eher auf die häuslichen und sozialen Komponenten. Patienten, die als Pflegenotstand auf die Notfallstation eintreffen, sind oft nicht mehr in der Lage, ihre Selbstfürsorge eigenverantwortlich auszuführen. So gelingt es ihnen meist nicht mehr selbst, ihre körperliche Hygiene in hinreichendem Umfang selbst durchzuführen. Sie sind häufig inkontinent und nicht mehr fähig, selbständig auf die Toilette zu gehen.

Ich als Pflegende auf der Notfallstation werde oft beim Ausziehen der Patienten mit diesem Problemfeld konfrontiert. Man kann sagen, dass diese Patienten auch häufig in einem verwahrlosten Zustand sind. In zahlreichen Fällen sehen sich, wenn vorhanden, auch die Familienangehörigen oder Bezugspersonen nicht mehr in der Lage, die Patienten in ihrer Selbstfürsorge zu unterstützen.

Als Pflegende auf der Notfallstation werde ich täglich mit älteren und betagten Menschen konfrontiert, die als akut krank auf die Notfallstation kommen und hospitalisiert werden müssen. Dies kann z.B. wegen einem plötzlichen Schlaganfall oder auch wegen einer durch Stolpersturz bedingten Schenkelhalsfraktur notwendig sein. Diese Patienten werden oft, nachdem sie medizinisch versorgt und rehabilitiert sind, nach kurzer Zeit wieder nachhause entlassen und kommen dann, wenn sie ihre Selbstfürsorge trotz der Unterstützung von Spitex und Angehörigen nicht ausüben können, wieder als so genannter Pflegenotstand in das Spital zurück. Dieser Wiedereintritt hat nicht selten zur Folge, dass mit dem Patienten über einen Übertritt in ein Pflegeheim gesprochen werden muss.

Wie Orem feststellt, sollte die Aufgabe der Pflegenden sein, dass sie individuell und gezielt auf die Selbstpflegedefizite des alten zum Teil verwirrten und desorientierten Patienten eingeht und dementsprechende pflegerische Maßnahmen einleitet. Dies setzt eine genaue Einschätzung der aktuellen Situation des Patienten voraus, um den individuellen Pflegebedarf des alten und teilweise auch verwirrten Menschen mit der gebotenen Verantwortlichkeit bestimmen zu können.

Dafür muss die Pflegende bereits bei der Aufnahme in der Notfallstation so viele Informationen wie möglich zusammentragen, um der Situation des Patienten mit seinem eigenen Lebensrhythmus, mit seiner individuellen Befindlichkeit gerecht zu werden. Diese Informationen sollten so ausführlich und genau wie möglich dokumentiert und an die weiterbetreuende Pflegende weitergegeben werden, um eine effiziente und kontinuierliche Weiterbetreuung des Patienten zu ermöglichen. Auf diese Weise können unnötige und bisweilen dem Patienten nicht zuträgliche Informationslücken vermieden werden (vergl. Klapper et al.).

Die oben getroffenen Feststellungen finden sich in den Antworten der durchgeführten Interviews wieder und werden durch die bearbeitete Literatur gestützt.

Ich möchte hier anmerken, dass mich die Resultate der Interviews bei der methodischen Datenerhebung nicht überrascht haben. Viele der Antworten waren in ihrer inhaltlichen Kernaussage so geartet, wie von mir auf Grund meiner beruflichen Erfahrung vorab erwartet.

Sehr erstaunt hat mich jedoch, dass die Pflegenden offenbar unterschätzen, wie wichtig gerade ihre pflegerische Einschätzung, ihre eingeleiteten Pflegeinterventionen und ihre erhaltenen Informationen für die Weiterbetreuung der Patienten sind. Was die Pflegekraft im Aufnahmegespräch erfährt und was für die effiziente Weiterbetreuung des Patienten von besonderer Bedeutung ist, geht leider verloren, da der schriftlichen Dokumentation keine große Bedeutung beigemessen wird. In der gleichen Weise gehen viele der sachgerechten Patienteneinschätzungen und auch die getroffenen und realisierten Pflegeinterventionen verloren, denn rapportiert wird in der Regel nur mündlich und auch das bisweilen nur auf die Schiene. Ich bin mir bewusst, dass dies ein strukturelles Problem dieser Notfallstation ist, allerdings auch in anderen Spitälern und Kliniken infolge eines unzureichenden Organisationssystems der patientenbezogenen Informationen zu finden ist. Sicherlich spielt dabei der Zeitfaktor im Rahmen der oft stressigen und schnellen Arbeitsweise auf der Notfallstation eine große Rolle. Der allerdings leicht daraus entstehende Stille-Post-Effekt (Klapper et al., 2001) entspricht nicht den Anforderungen hochwertiger Pflegeinterventionen und Betreuungsstrukturen.

Ich halte es im Rahmen meiner Arbeit für erforderlich, auf diesen Sachverhalt hinzuweisen. Die darin liegende Problematik darf im Interesse einer kontinuierlichen Patientenversorgung nicht übersehen werden. Für den Patienten geleistete Arbeit geht auf solche Weise leider verloren, wird zudem nicht honoriert und die patientenbezogenen Informationen bleiben oder werden lückenhaft.

Wie Rettke (2003) beschreibt, hat der alte Mensch seinen eigenen Lebensrhythmus, auf den es besonders zu achten gilt. Die Arbeitsweise der Notfallstation steht in aller Regel im Widerspruch zum Lebensrhythmus des Patienten. Rettke stellt mit Recht fest, dass die Pflegenden ein entsprechend fundiertes Fachwissen haben sollte, um die Situation des alten Menschen zu erkennen, zu verstehen und letzten Endes qualifiziert zu beurteilen, damit dem Patient genau die Pflege zukommt, die er in seiner besonderen Situation als Pflegenotstand mit seinem ganz persönlichen Lebenshintergrund benötigt.

6.1.1 Zusammenfassend lässt sich festhalten:

Die Pflege des alten Menschen ist oft sehr komplex und bedarf des Unterscheidenskönnens der jeweiligen individuellen Einzelsituationen. Das gilt besonders bei den Patienten, der als Pflegenotstand auf die Notfallstation eingewiesen wird. Es ist für den betagten Menschen von besonderer Bedeutung, dass die Pflegenden ihn vom ersten Augenblick seines Spitaleintritts an bewusst mit seinem gesamten Zuwendungsbedarf wahrnimmt und eine hochwertige pflegerische Beziehung aufbaut. Dabei spielen sicherlich die nonverbale und verbale Kommunikation und eine menschenwürdige Zuwendung auf der Notfallstation eine herausragende Rolle. Um dem anvertrauten alten Menschen das Gefühl des Wohlbefindens zu geben, braucht es von Seiten der Pflegenden ein besonderes Maß an Empathie und wertschätzender Haltung. Auch die Beziehungsgestaltung zu den Angehörigen des Patienten sollte die Pflegenden bei der Patientenaufnahme mit einbeziehen. Die patientenbezogenen Informationen werden nicht hinreichend dokumentiert und das führt zu einem bisweilen lückenhaften Informationsfluss.

6.2 Konkrete Umsetzungsmöglichkeiten auf der Notfallstation

Wie schon erwähnt spielt der Faktor Zeit sicherlich auf der Notfallstation eine sehr große Rolle. Dennoch denke ich, dass es den Pflegenden möglich sein sollte, in ihrem kurz bemessenen Zeitrahmen, eine hohen Ansprüchen genügende pflegerische Beziehung zu dem Patienten aufzubauen.

Dies beinhaltet für mich z.B.:

6.2.1 Das Aufnahmegespräch

Das Aufnahmegespräch bietet die Möglichkeit, Vertrauen zu dem Patienten und dessen Angehörigen oder Bezugspersonen aufzubauen. Wenn der Patient Vertrauen zu der Pflegenden gefasst hat, kann er sich eher mit seiner aktuellen Situation befassen und sich auch ruhiger auf die ihm bevorstehenden Interventionen einlassen. Es ist daran zu denken, dass die Einweisung für den Patienten und dessen Angehörigen, womöglich einschneidende Lebensveränderungen mit sich bringt. Oftmals ist je nach Situation für den Patienten eine Rückkehr in seine häusliche Umgebung nicht mehr möglich. Für ihn bedeutet es in vielen Fällen mit einem neuen Lebensabschnitt konfrontiert zu werden. Dies erfordert von den Pflegenden ein besonders sensibles Einfühlvermögen bei der Betreuung dieser Patienten.

6.2.2 Die Förderung des Wohlbefindens

Was die Förderung des Wohlbefindens des Patienten anbelangt, denke ich u.a. an die im Literaturteil dargestellten fünf helfenden Methoden nach Orem (vgl. Seite 11). Für uns Pflegenden auf der Notfallstation bedeutet dies, dass wir die verschiedenen helfenden Methoden zielorientiert und auf die jeweilige Situation und die Bedürfnisse des Patienten ausrichten. Dazu braucht es bisweilen nur Kleinigkeiten an pflegerischen Maßnahmen. Ich denke dabei z.B. daran, den Patienten bei Bedarf direkt in ein bequemes Bett zu lagern, genügend Lagerungskissen anzubieten, etwas zu trinken geben, warme Decken reichen, versuchen für den Patienten eine ruhige Atmosphäre zu schaffen, die Intimsphäre des Patienten wahren.

Die individuellen, u.U. altersbedingten Deprivationen (Schwerhörigkeit, Sehschwäche usw.) sind gebührend im Auge zu behalten und zu berücksichtigen.

Auch spielt hier die nonverbale Kommunikation in Form von zielorientierter Berührung eine große Rolle und sollte für das Wohlbefinden des Patienten auch angewendet werden.

6.2.3 Die Dokumentation von Informationen, Pflegebedarf und Pflegeinterventionen

Ich bin mir bewusst, dass die Forderung nach der Dokumentation aller patientenbezogenen Informationen gerade auf dem Notfall einen sehr hohen Anspruch darstellt und zur Zeit auf der Notfallstation, auf der ich arbeite, aus strukturellen und organisatorischen Gründen in der Schriftform nicht möglich ist. Es macht aber sicherlich Sinn, darüber nachzudenken, ob die derzeit übliche mündliche Weitergabe der Patientendaten in absehbarer Zukunft stichwortartig als kurze Pflegeanamnese auf dem

bereits vorhandenen Aufnahmeblatt dokumentiert und weitergegeben werden kann.

Es bleibt auch zu überlegen, ob nicht eine speziell zusammengestellte Projektgruppe sich der Erarbeitung eines hochwertigen Dokumentationssystems annimmt. Für die effiziente Weiterbetreuung des Patienten an allen personal- und sachbezogenen Schnittstellen hätte dies sicher eine große Bedeutung.

6.3 Meine Rolle als HöFa 1 Pflegefachfrau

Durch das systematische Erarbeiten dieser Abschlussarbeit wurde mir bewusst, wie sensibel und individuell sich gerade die Betreuung des alten betagten Menschen auf der Notfallstation gestaltet.

Ich konnte durch die Bearbeitung der Literatur mein Fachwissen über den alten Menschen erheblich vertiefen und kann dieses nun vermehrt in meinem Berufsalltag nutzen und einsetzen.

Als HöFa 1 Pflegefachfrau kann ich mein neu erworbenes Fachwissen bei Bedarf meinen Arbeitskollegen als Ressource weitergeben und bei auftretenden Problemen im Umgang mit diesen Patienten und deren Angehörigen behilflich sein. Die Ausbildung zur HöFa 1 Pflegefachfrau hat mir ermöglicht, meine fachlichen, methodischen, persönlichen und sozialen Kompetenzen zu erweitern und zu vertiefen. Dieses neu erworbene Wissen kann ich nun bei der Mitarbeit in verschiedenen Arbeitsprojekten des Spitals mit einbringen.

Mein eigenes Verhalten soll bei der täglich anfallenden Arbeit für meine Arbeitskollegen motivierend und hilfreich sein. Ich kann nun als HöFa 1 Pflegefachfrau vermehrt und mit größerer Sicherheit Verantwortung tragen und in gewissem Grade auch Vorbildfunktion übernehmen.

Als HöFa 1 Pflegefachfrau möchte ich mich verstärkt mit der beschriebenen Problematik der mangelnden Dokumentation befassen und mit den Kollegen versuchen, einen gemeinsamen Lösungsweg zur Erarbeitung eines optimalen und einer hochwertigen Pflege dienlichen Dokumentationssystems finden.

Auch die Notwendigkeit der Aufnahme von alten, teils verwirrten „Pflegetandspatienten“ auf die Notfallstation gilt es mit anderen zu bedenken.

Die gewonnenen Erkenntnisse, die ich bei der Erstellung dieser Arbeit gewinnen konnte, möchte ich meinen Kolleginnen und Vorgesetzten nach Abschluss der HöFa 1 Ausbildung in geeigneter Weise vorstellen.

7 Persönliche Stellungnahme

7.1 Kritische Stellungnahme zum Lernprozess

Der Auftrag zur Erarbeitung dieser Abschlussarbeit gestaltete sich für mich zu einer großen persönlichen Herausforderung. Das bezog sich nicht in erster Linie auf das Finden eines pflegerelevanten Themas, sondern meint eher die Art und Weise, in der das Thema zu bearbeiten war.

Zunächst hatte ich große Mühe und Zweifel, ob es für mein ausgewähltes pflegerelevantes Thema überhaupt geeignete und aussagekräftige Literatur gibt. Wie schon im Literaturteil beschrieben, konnte ich trotz intensiver Suche für mein Arbeitsthema keine notfallspezifisch relevante Literatur ausfindig machen. Die sich auf den Notfallbereich beziehende bedeutsame Literatur ist vornehmlich auf die Bedingungen der Akutmedizin ausgerichtet. Wie erwartet, brauchte die Recherche nach der themenbezogenen Literatur viel Zeitaufwand und Geduld. Auch das für mein Arbeitsvorhaben notwendige Suchen und Auswählen geeigneter und relevanter theoretischer Darstellungen war für mich, weil ungeübt, nicht immer ohne Schwierigkeiten zu bewältigen, die Fülle schien bisweilen zu erdrücken. Doch nachdem ich letztlich die für mein Arbeitsvorhaben wesentliche Literatur sinnvoll unter dem Gesichtspunkt der ausgewählten Thematik eingrenzen konnte, fiel es mir dann doch relativ leicht, diese zu studieren und die für mich und mein Vorhaben wesentlichen Aussagen ausfindig zu machen, sie zu analysieren, aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten und die gefundenen Schwerpunkte aufeinander zu beziehen.

Die Theorie von Orem sowie die Aussagen von Juchli, Rettke und Klapper miteinander zu vergleichen gestaltete sich durchaus spannend. Es war für mich interessant, die Deckungsgleichheit in den Aussagen der verschiedenen Autoren zu entdecken.

Neuland betrat ich auch mit der Durchführung von Interviews mit halbstrukturierten Fragen, die im Rahmen der methodischen Datenerhebung eingesetzt wurden. Die anschließende Datenanalyse bereitete mir einiges Kopfzerbrechen und bisweilen ergriffen mich Ansätze von Orientierungslosigkeit, da das Erstellen der jeweils notfallbezogenen Kategorien sich für mich nicht auf Anhieb als sehr einfach erwies. Die Zuordnung der Kernaussagen aus den Interviews zu den theoretischen Kategorien empfand ich immer dann als nicht einfach, wenn sich einzelne Interviewaussagen mehreren Kategorien zuordnen ließen. Alles in allem gestaltete sich die Erstellung meiner Arbeit zu einem nicht immer als leicht empfundenen Lernprozess. Obwohl mich mein Thema von Anfang an sehr interessierte, weil ich mich aus ganz persönlichem Berufsinteresse schon lange vor Beginn der HöFa 1 mit den Fragen einer sachgerechten pflegerischen Betreuung alter und pflegebedürftiger Menschen auf dem Notfall beschäftigte, hatte ich dennoch zeitweilig immer wieder Zweifel, ob das Thema wirklich zu realisieren und sinnmachend zu bearbeiten wäre und letztlich den vorgegebenen Beurteilungskriterien auch Stand halten würde. Doch während des Schreibens und bei der auseinandersetzen Beschäftigung mit der Literatur, hatte ich in der Praxis immer wieder die Gelegenheit, meine neuen Erkenntnisse zu bestätigen, zu überprüfen. Das gab mir immer wieder neuen Mut. Durch das Erstellen dieser Arbeit habe ich notwendigerweise lernen müssen was es heißt, sich sinnvoll zu organisieren und ein gutes Zeitmanagement zu betreiben. Damit meine ich das Erstellen und Einhalten eines realitätsbezogenen Zeitplanes und das Setzen von erforderlichen Prioritäten. Bei all meinen Aktivitäten im Rahmen der Anfertigung meiner

Arbeit musste ich erkennen und auch akzeptieren, dass immer wieder Geduld vonnöten ist und dass ich die Kunst, geduldige Arbeitsstrukturen zu betreiben, noch etwas entwickeln muss.

7.2 Zielüberprüfung

Nach selbstkritischer Betrachtung meiner Arbeitsergebnisse gelangte ich zu der Überzeugung, dass es mir durchaus gelungen ist, die gesetzten Zielvorstellungen zu erreichen. Ich verspüre, dass mein langjähriges Routineverhalten aufgeweicht wurde und ich im Umgang gerade mit den alten, betagten, auf Hilfe und Zuwendung angewiesenen Menschen sensibler geworden bin.

Ich wollte mit meinen Ausführungen aufzeigen, wie Pflegende der Notfallstation bei der Erfassung der aktuellen Situation des Patienten vorgehen und welchen Stellenwert sie den Informationen der Patienten und deren Angehörigen beimessen. Dies zu verdeutlichen und darzustellen war anhand der Interviews mit den Pflegenden gut realisierbar.

Aus den Aussagen der interviewten Kolleginnen geht eindeutig hervor, dass die Informationen der Patienten und deren Angehörigen für sie im Rahmen der Patienteneinschätzung und der zu entwickelnden Pflegeinterventionen von zentraler Bedeutung sind.

In den gegebenen Antworten wird auch deutlich, was die jeweilige Pflegende unter dem Begriff Pflegenotstand versteht und welche Empfindungen sie mit diesem Begriff und all den daraus resultierenden Sachzusammenhängen verbindet. Diese Empfindungen und Einschätzungen der Pflegenden sind trotz vieler Gemeinsamkeiten durchaus subjektiv zu werten und beschreiben sicherlich nur einen kleinen, aber gut dargestellten Ausschnitt der Praxis auf der Notfallstation.

Eines meiner weiteren Ziele war auf die Bearbeitung und Definition von themenspezifischer Literatur ausgerichtet. Ich denke, auch hier ist es mir durch den Hinweis auf die jeweiligen Theorien gelungen, erforderliche und praktikable Pflegeinterventionen für die Notfallstation aufzuzeigen und Umsetzungsmöglichkeiten für die Praxis anzubieten.

Durch die Bearbeitung der Literatur begann ich meine Rolle als Pflegende bewusster zu hinterfragen und konnte schon zum Zeitpunkt der Literaturbearbeitung erkennen, dass mir die Abschlussarbeit im Umgang mit dem alten, hochbetagten und mit einem Selbstpflegedefizit lebenden Menschen neue Sichtweisen für meine Berufspraxis eröffnen würde.

Ein weiteres, wie ich finde wichtiges Ziel war es, die besondere Bedeutung der verschriftlichten Dokumentation von patientenbezogenen Informationen, des festgestellten Pflegebedarfs sowie der eingeleiteten Pflegeinterventionen für eine effiziente und pflegerisch wertvolle Betreuung des Patienten hervorzuheben. Hier hatte ich mir erhofft, in der bearbeiteten Literatur wichtige theoretische Ansatzpunkte zu finden. Außer den durchaus interessanten Untersuchungsergebnissen von Bernadotte Klapper et al. war leider keine Darstellung von Relevanz aufzufinden.

Trotzdem war es mir möglich aufzuzeigen, wie bedeutend und wichtig für den Patienten und auch für die weiterbetreuenden Pflegenden die Organisation eines durchdachten schriftlichen Dokumentationssystems wäre.

7.3 Persönliche Schlussgedanken

Zum Zeitpunkt meiner Entscheidung, mich auf die Ausbildung zur HöFa 1 Pflegefachfrau einzulassen, hatte ich noch keine klaren Vorstellungen von dem, was mich insgesamt an neuen Anforderungen, an neuen Erfahrungen und auch an neuen beruflichen Auswirkungen erwarteten würde. Der Gedanke, eine Abschlussarbeit zu schreiben, war zu Beginn der Ausbildung durch die ohnehin vielen ungewohnten Eindrücke und Lernerfahrungen nicht präsent.

Jetzt, nach Beendigung der Arbeit vermag ich festzustellen, dass die gesamte HöFa 1 Ausbildung und insbesondere das Anfertigen der Abschlussarbeit für mich in meiner langjährigen beruflichen Laufbahn die bisher größte und auch wirkungsvollste Herausforderung darstellte.

Der Gesamtrahmen der Arbeit wurde für mich zu einem bemerkenswert tiefgehenden Lernprozess. Diese Feststellung bezieht sich nicht nur auf mein berufliches Handeln, sondern hat mir auch für mein ganz persönliches Leben eine Horizonterweiterung ermöglicht.

Ich muss anmerken, dass mir der erforderliche Arbeitsaufwand neben meiner alltäglich zu leistenden Arbeit auf der Notfallstation viel an Energie abverlangt hat. Trotz des zu bewerkstellenden mühevollen Energieeinsatzes wurde mir aber auch sehr viel gegeben. Interessante Freundschaften und Gemeinsamkeiten mit den Schulkolleginnen taten sich auf; das alles entwickelte sich zu einer ganz persönlichen Bereicherung.

Ich wünsche mir nach Beendigung dieser Arbeit und nach Beendigung der HöFa 1 Ausbildung, dass ich alle meine neuen Erfahrungen und auch mein neues Wissen meinen Kollegen weitergeben kann.

Den gewonnenen Erfahrungs- und Wissensschatz gilt es zu bewahren. Vor allem aber möchte ich diesen Schatz dem alten hochbetagten Menschen weiter verschenken können.

Literaturverzeichnis

Bücher

Anderson, K. A., Anderson, A. D. & Villwock, U. (2002). Springer Lexikon Pflege von A-Z. (2. überarbeitete und aktualisierte Auflage). Heidelberg: Springer

Dennis, C. M. (1997). Dorothea Orem Selbstpflege- und Selbstpflagedefizit-Theorie. (U. Villwock, Übers.). (1. Aufl.). (Original erschienen 1997: Self-Care Deficit Theory). Bern: Hans Huber

Doenges, M. E., Moorhouse, M. F. & Geissler Murr, A. C. (2002). Pflegediagnosen und Maßnahmen. (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Bern: Hans Huber

Fawcett, J. (1998). Konzeptuelle Modelle der Pflege im Überblick. (I. Erckenbrecht, Übers.). (2., überarbeitete Auflage). (Original erschienen 1995: Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing). Bern: Hans Huber

Hesse, H. (1994). Lebenszeiten. (Edition von Siegfried Unseld). Frankfurt: Insel

Käppeli, S. (Hrsg.) (2002). Pflegekonzepte Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld. Band 2. Bern: Hans Huber

Rettke, H. (2003). Der alte Mensch im Akutspital – eine Herausforderung für die Pflege?. In E. Carigiet und D. Grob (Hrsg.). Der alte Mensch im Spital – Altersmedizin im Brennpunkt. Zürich: Gesundheits- und Umweltdepartement

Juchli, L. (1997). Pflege Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege. (Unter Mitarbeit von Elisabeth Müggler und Marie-Louise Dudli). (8. überarbeitete Auflage). Stuttgart: Thieme

Artikel

Botschafter, P. & Moers, M. (1991). Pflegemodell in der Praxis. Die Schwester Der Pfleger 30. Jahrgang 8.91,701- 707.

Bildungszentrum für Gesundheitsberufe Solothurn (1989). -Wichtige Aspekte aus dem Pflegemodell von Dorothea Orem-. BZG Solothurn,1-13.

Aggleton, P. & Chalmers H. (1989). Orems Modell der Selbstfürsorge. (S. Philbert-Hasucha, Übers.). Deutsche Krankenpflegezeitschrift 5,19-22.

Klapper, B., Lechner, S., Schaeffer, D. & Koch, U. (2001). Patientendokumentation. Sicherung interprofessioneller Kommunikation im Krankenhaus. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Abteilung für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,387-393.

Broschüren

Schweizer Berufsverband der Krankenschwester und Krankenpfleger (2002).
Pflegende und Forschung: Ethische Grundsätze. [Broschüre] Bern: SBK

Anhang

Interviewleitfaden:

1. Was verstehst Du unter Pflegenotstand?
2. Wie schätzt Du die Situation des Patienten ein, bzw. wie gehst Du vor, wenn der Patient als Pflegenotstand auf dem Notfall eintrifft? Wie verschaffst Du Dir ein genaues Bild?
3. Welchen Stellenwert haben die Informationen des Patienten und der Angehörige für Deine Einschätzung der Situation (Pflegebedarf) und für Dein weiteres Vorgehen?
4. Welche Pfleginterventionen sind für Dich wichtig, welche haben für Dich Priorität? Wie siehst Du sie im Vergleich zu den medizinischen Verordnungen?
5. Wie dokumentierst Du alle erhaltenen Informationen, den festgestellten Pflegebedarf sowie alle eingeleiteten Pflegeinterventionen?
6. Wie gibst Du diese Informationen weiter?
7. Gibt es noch irgendwelche Dinge, die Du mir zu diesem Thema sagen möchtest?