

Um was es wirklich geht

**„Umsorgendes Wissen“ im Langzeitbereich, am Beispiel des
Pflegeprozesses und Pflegediagnosen**

Peter Müller
Herrengässli 8
3532 Zäziwil
muellercadegg@bluewin.ch
07. Januar 2018

Standortleiter und Leiter Pflege und Betreuung dahlia Zollbrück, Verein dahlia im oberen
Emmental

Inhalt

Inhalt.....	2
Zusammenfassung.....	3
Einleitung	4
Ausgangslage und Vorgehen	5
Einige Gedanken zu Beginn	6
Der Pflegeprozess.....	8
Die Pflegeplanung	9
Wann eine Pflegeplanung gelesen wird – der Stellenwert des Erzählens.....	9
Miteinander Lernen	10
Die Verantwortung der Führung	13
Das Thema Pflegediagnosen	15
Unsere Umsetzung	16
Ergebnisse auf Ebene Mitarbeitende.....	17
Bewohnerspezifische Ergebnisse.....	18
Befragung der Mitarbeitenden	19
Erkenntnisse	21
Abschluss.....	22
Bestätigung des eigenständigen Verfassens der Arbeit.....	23
Literaturangaben	24
Anhang.....	25

Zusammenfassung

Ich beschreibe die Einführung von Pflegediagnosen im Langzeitbereich auf eine etwas andere Art. Ich würdige dabei das umsorgende Erfahrungswissen von Pflegepersonen unabhängig ihrer Ausbildung und zeige auf, wie durch Gespräche Geschichten entstehen, aus denen dann Pflegediagnosen formuliert werden. Dabei begründe ich meine Kritik an der herkömmlichen Umsetzung. Wir konzentrieren uns auf wenige wesentliche Pflegediagnosen als Hauptmerkmal der betreffenden Person und verfassen als Ergänzung eine aussagekräftige, individuelle Pflegeplanung.

Ich erkläre die Begriffe Pflegeprozess, Pflegeplanung und Pflegediagnosen. Anhand des Konzeptes Storytelling, eine Methode, die beschreibt, wie Wissen in Organisationen durch Gespräche, Geschichten und Zuhören weitergegeben kann, zeige ich den Stellenwert des Sprechens und Erzählens im Arbeitsalltag auf. Dann schildere ich die Disziplinen einer Lernenden Organisation nach Peter M. Senge. Unsere Umsetzung der Pflegediagnosen beschreibe ich an den wesentlichen Inhalten dieser beiden Konzepte. So zeige ich auf, wie eine beständige Weiterentwicklung im Arbeitsalltag und ein gemeinsames Lernen möglich ist. Dabei hebe ich auch den Stellenwert der Führung hervor, damit solche Prozesse gelingen.

Ich schildere anhand Beispielen, wie unsere Pflegediagnosen zustande gekommen sind und beschreibe die eindrückliche Wirkung der Ergebnisse. Dann habe ich auch die Mitarbeitenden über unseren Prozess befragt und schildere deren positiven Rückmeldungen.

Einleitung

Ich bin Standortleiter und Leiter Pflege und Betreuung einer kleinen Pflegeinstitution im oberen Emmental. Ich schreibe in dieser Arbeit über den Pflegeprozess und die etwas andere Einführung von Pflegediagnosen im Langzeitbereich. Dabei lege ich den Fokus auf Geschichten und Gespräche im Pflegeteam und den Wert eines umsorgenden Wissens von Pflegepersonen unabhängig ihrer Ausbildung. Ich schildere die positive Auswirkung unserer Umsetzung auf das Befinden und die Arbeitsmoral im Team, sowie die Betreuungsqualität der Bewohnerinnen und Bewohner. Nebenbei beschreibe ich den Stellenwert der Führung, damit solche Prozesse gelingen.

Eine frühere, seither stark überarbeitete Fassung dieser Arbeit habe ich im März 2017 für den Pflegepreis des Kantons Bern eingereicht, ohne „Erfolg“. Jedoch erachte ich als Erfolg nicht den Gewinn eines Preises, sondern die Möglichkeit der Verbreitung meiner Gedanken, was ich somit „ohne Ambitionen“, für den Esther Klein-Tarolli Preis für interaktive Pflege wiederum tue. Wobei ich den Begriff „interaktiv“ durchaus pragmatisch interpretiere, indem wir uns beständig gegenseitig im Team austauschen und ergänzen, hin zu einem optimalen Resultat – nicht nur im beschriebenen Prozess der Pflegediagnosen – und so beständig voneinander Lernen und uns weiter entwickeln. In meinem Alter brauche ich keine Preise mehr zu gewinnen. Als ich auf die Ausschreibung des Esther Klein – Tarolli Preises stiess, habe ich gelegentlich weiter an meinem Text gearbeitet, ohne dass ich mir sicher war, die Arbeit dann auch einzureichen. Ja, beständig kamen mir Zweifel auf. Soll, darf ich diese Arbeit einreichen, wenn in der Ausschreibung der Bezug zur alltäglichen Pflegepraxis und der Interaktion mit Patienten, sprich Bewohner im Fokus steht? Zudem bin ich ein eher praktisch veranlagter Mensch. Kinästhetics liegt mir mehr als theoretische Pflegekonzepte. Im Alltag fabrizieren wir schon mal Rollstuhlkissen, damit diese unseren Ansprüchen an Bewegungsmöglichkeiten der Bewohner genügen. Oder wir fördern die Beweglichkeit der Bewohner im Rollstuhl, indem wir sie zu den Mahlzeiten auf einen normalen Stuhl setzen. So bewegen sie zusätzlich sechs Mal pro Tag umfangreich ihren Körper. Über solche Themen hätte ich doch schreiben können. Ich meine jedoch, dass ich durchaus auch ein praktisches Thema bearbeite. In der Interaktion unter den Mitarbeitenden hin zu den Bewohner zur Erfassung und Planung des Pflege- und Betreuungsbedarfes.

Ich habe in diese Seiten einiges aus meinem „Rucksack“ der vergangenen Jahre verpackt. Worte und Texte, die mir wichtig sind und mich in meinem Sein und in meiner Arbeit leiten. Inhalte und Haltungen, die sich über eine lange Zeit entwickelt haben, so wie auch diese Arbeit über das Jahr 2017 hinweg entstanden ist. Mit den Worten der von mir verehrten Lhasa de Sela: „Man muss es geschehen lassen. Ich lerne langsam, dass es schlecht ist, etwas vorantreiben zu wollen. Früher habe ich immer gedacht, ich muss. Und mich selber unter Druck gesetzt. Ich begreife langsam, was das Ganze erschwert. Das Erschwerende ist nicht das Tun, das Erschwerende ist der Druck. Wenn du den Druck von dir wegnimmst und die Dinge einfach geschehen lässt, dann gibt dies Raum für Kreativität. Sehr viele Menschen meinen, wenn sie sich antreiben, dann macht sie das kreativ. Falsch. Das zu lernen, da bin ich gerade mitten dabei“ (Lhasa de Sela, Online – Interview).

Im Pflegebereich weiss man grundsätzlich um die beständig hohe Arbeitsauslastung. Ja, ich nenne es bewusst Auslastung und nenne es nicht Belastung. Im Wissen, das dem oft auch so ist, leider. Ziel wäre doch, eine Arbeitszeit zur Verfügung zu haben, die ausgelastet und nicht belastet wäre. Diese so nicht als Last, als „Druck“, immer noch mehr leisten zu müssen, zu empfinden. Oder beständig der Menge an Arbeit nicht gerecht zu werden. Damit sich dadurch kreative Momente ergeben, um in einem guten Arbeitsklima zum Beispiel Prozesse wie den Einsatz von Pflegediagnosen zweckmässig umzusetzen. Ich habe das Thema Pflegediagnosen gewählt, weil mich die bisherige Umsetzung sehr irritiert und ich an diesem Beispiel aufzeigen kann, dass es in einer Langzeitinstitution hin zu einer tatsächlich würdevollen Betreuung von Bewohnern alle Mitarbeitenden braucht, egal welcher Funktionsstufe sie angehören.

Ausgangslage und Vorgehen

Ich sehe mich im Pflegealltag mit vielen Konzepten, Standards und Richtlinien konfrontiert. Viele Themen, die entwickelt werden und umgesetzt werden sollten. Oft bin ich froh, auf evidenzbasierte Handlungsmöglichkeiten zurückgreifen zu können. Manchmal jedoch wird es mir schwindlig ob der Fülle an Themen. Dann verspüre ich eine Irritation, fühle ich einen Widerstand, nicht immer alles berücksichtigen zu müssen, was gerade als wichtig und scheinbar notwendig angeboten oder als Auflage vorgegeben wird. In der herkömmlichen Umsetzung von Pflegediagnosen im Langzeitbereich frage ich mich, ob man sich eines tatsächlichen Nutzens wirklich bewusst ist. Von der Kritik ausgenommen eine mögliche akute Eintrittsphase in die Langzeitinstitution. Da können Pflegediagnosen hilfreich sein, um diese Phase kompetent bewältigen zu können. Ich kritisiere das generelle grundsätzliche Überstülpen aller Bewohner mit umfangreichen Pflegediagnosen. Das Pflegekader ist vielleicht schon stolz, dieses so gerühmte Instrument eingeführt zu haben, die Pflegenden bemühen sich redlich, die Effektivität lässt zu wünschen übrig. Ich beschreibe eine Möglichkeit, den Pflegeprozess, insbesondere die Arbeit mit Pflegediagnosen, welche einen Teil des Pflegeprozesses darstellen, durch das gesamte Pflegeteam zu gestalten.

Gerade in der Langzeitpflege sollte sich nicht immer alles um den Pflegeprozess drehen. Der Mensch darf auch mal „prozess- und ziellos“ und so doch einigermaßen zufrieden sein. Einfach „sich sein“, ohne beständige Evaluation, dem Bestimmen von neuen Zielen und Interventionen. Defizite sind meist schon da, aber vielleicht auch mal gut im Griff und bekannt. Es braucht schlicht und einfach eine gesunde Balance zwischen agieren und auch mal innehalten können im Pflegeprozess. Ein beständiges natürliches „Gespür“ für das Wesentliche. In der Langzeitpflege sind die offensichtlichen Defizite oft dieselben, auch die dazu entsprechenden Pflegediagnosen, wenn sie erhoben werden wie sie gedacht wären. Auch wenn die benötigte Unterstützung bei der Mobilisation nicht als Herausforderung im Zentrum steht, wird dazu in der Pflegeplanung die Pflegediagnose „beeinträchtigte körperliche Mobilität“ mit Ziel und Interventionen aufgeführt. Konsequenterweise müsste dies dann auch bei der Mobilisation, dem Waschen und Kleiden, dem Toilettengang sowie der Einnahme des Essens so abgebildet werden. Wo bleibt jedoch der Platz für eine genaue Beschreibung zum Beispiel einer Mobilisation, oder von persönlichen Details, die doch auch wichtig wären? Um sich mit der Einführung von Pflegediagnosen zu schmücken und dies dann dennoch möglichst „effizient“ umzusetzen, definiert man in der Langzeitpflege gerne eine bestimmte Auswahl an Pflegediagnosen, die dann zur Anwendung kommen soll. Meist dann dieselben bei einem grossen Teil der Bewohner. Diese Standardisierung führt zur Reduktion der Individualität. Wir fassen mit unserer eigenen Umsetzung die „Bilder“ der Bewohner, die sich durch Gespräche zu Geschichten ergeben haben, kurz zusammengefasst in Worte. Wir konzentrieren uns auf wenige wesentliche Pflegediagnosen als Hauptmerkmal dieser Person und verfassen als Ergänzung eine übersichtliche, aussagekräftige, individuelle Pflegeplanung.

Die Pflegediagnosen ergeben auf dem Papier lediglich einige wenige Worte. Viel wichtiger ist dabei der Weg, den wir dazu bewältigt und die Haltungen, die wir darin entwickelt haben. Das Wissen, das die beteiligten Mitarbeitenden über die jeweilige Bewohnersituation in ihre Pflgetätigkeit mittragen. Dazu brauchte es, um es mit den Worten von Lhasa de Sela zu sagen, ein Arbeitsklima ohne einen zu starken Druck. Um so die vorhandene Kreativität freisetzen zu können.

Ich beschreibe den Wert des Gesprächs als zentrales Element einer Beziehungsgestaltung. Gespräche werden zu Geschichten, die weiter erzählt werden. Es entsteht so eine Kultur des Miteinanders, ein persönlicher, dennoch professioneller Rahmen, der Entwicklung und Lernen zulässt. Eine Kultur, die lebt, wenn sie von der Führung aktiv mitgestaltet und getragen wird. Das Sprechen über die Bewohner ergibt ein Bild, das uns hilft, zentrale Pflegeschwerpunkte zu erkennen, oder schlicht die Person als die, wie sie sich präsentiert, zu verstehen. Der Philosoph Emmanuel LeVings schreibt: „einem Menschen begegnen heisst, von einem Rätsel wach gehalten werden“ (Gronemeyer, Heller, 2014, S. 276).

Wenn ich das Wohlergehen und die Geborgenheit der Bewohner ins Zentrum stelle, dann beachte ich diese Werte selbstverständlich auch bei den Mitarbeitenden. Es sind ja die Mitarbeitenden, welche die Haltung des Hauses, die von eben diesen Werten geprägt ist, im direkten Kontakt mit den Bewohner umsetzen. Arbeiten in einem stimmigen Rahmen bedeutet dann die Möglichkeit, zu lernen und sich weiter zu entwickeln. Lernen gelingt nebst dem Besuch von Aus- und Weiterbildungen durch die wertschätzende Zusammenarbeit im Team. Dazu orientiere ich mich an den Ausführungen des Systemtheoretikers Peter M. Senge, welcher mit seinem Buch „Die fünfte Disziplin“ die Theorie der Lernenden Organisation prägte. Um den Wert des Gesprächs, und auch die erforderliche Haltung der Führung aufzuzeigen, orientiere ich mich am Konzept „Storytelling“, eine Methode, die beschreibt, wie Wissen in Organisationen durch Gespräche, Geschichten und Zuhören weitergegeben werden kann. Wissen, das durch Einfühlungsvermögen, Lebenserfahrung sowie einem Arbeitsklima entsteht, das Lernen und Entwicklung begünstigt. Von zentraler Bedeutung dabei sind Gespräche im Team. Ein kurzer Austausch nach dem Rapport, an der Teamsitzung, oder auch „zwischen Tür und Angel“. Erzähltes über Bewohnersituationen, aber auch zu Themen der Zusammenarbeit. Wissen um Schönes und um Belastendes. Wissen auch um Lösungen und Bewältigungsstrategien. So wird gemeinsam Wissen entwickelt. Ich beschreibe die Begriffe Pflegeprozess, Pflegeplanung und Pflegediagnosen. Dann unsere Umsetzung, schildere einige Beispiele, befrage das Pflegeteam über ihre Erkenntnisse aus unserem Prozess und reflektiere diesen abschliessend. Ich grenze mich hier für meinen Text klar von spezialisierten Pflege- und Betreuungsangeboten ab, die andere Schwerpunkte benötigen. Mein Fokus ist die „normale“, dabei stets immer auch herausfordernde Langzeitpflegeinstitution.

Einige Gedanken zu Beginn

„Sorgen ist das Streben nach einem guten Leben, dem Bewahren von Würde und der Ermöglichung von Achtung angesichts von Leid – durch helfenden Beistand, Verständnis, Anteilnahme, Solidarität. Sorge zu erfahren bedeutet nicht nur für hilfsbedürftige Menschen eine Möglichkeit, Würde zu bewahren und Achtung vor dem eigenen Leben zu erfahren, sondern auch einen „Gewinn“ für die helfenden Personen. Diese können in der Sorge für andere gleichsam moralisch, menschlich wachsen“ (Gronemeyer, Heller, 2014, S. 255).

Der Theologe und Soziologe Reimer Gronemeyer hat sich umfassend mit den Themen Alter, Demenz und Sterben auseinandergesetzt. Seine einleitenden Worte habe ich gewählt, weil das „sich Sorgen“ für mich zentral ist. Wie ich mit anderen Menschen umgehe und wie ich ebenso wünsche, dass mit mir umgegangen wird. Wenn wir wollen, dass unsere Mitarbeitenden den Bewohner gegenüber Sorge tragen, dann müssen wir zu den Mitarbeitenden ebenso Sorge tragen. Sich bewusst sein was hilft und was belastet, eine Balance finden zwischen Bewahren und Verändern. Ein gutes Mass finden, wenn wir Veränderungen planen oder etwas Neues einführen. Und durch ein sorgfältiges Vorgehen den Mitarbeitenden dennoch auch Entwicklung und Lernpotential zutrauen. Als Mensch, Familie, Gesellschaft und auch als Organisation entwickeln wir uns beständig weiter. Durch Beziehung und Interaktion. Menschen sprechen, erzählen und tauschen ihre Ansichten aus. Sie hören zu, sind neugierig, bekunden Interesse und entwickeln sich aneinander gemeinsam weiter. Peter M. Senge schreibt dazu, dass „lernende Organisationen möglich sind, weil wir alle tief in unserem Innern ein intuitives Lernbedürfnis haben“ (Senge 2003, S. 12).

Im Zitat von Gronemeyer wird auch der Begriff der Würde aufgegriffen. Weil diese in meinem Text beständig Thema ist, bilde ich hier eine kurze für mich stimmige Definition ab. Es ist ein Ausschnitt aus der Dokumentation zum Thema „Würde und Autonomie im Alter“ vom Theologen, Ethiker und Gerontologen Heinz Rügger, herausgegeben von Curaviva Schweiz: „Im klassischen Sinn bezeichnet Menschenwürde einen absoluten Wert, der jedem menschlichen Wesen eigen ist und allen Menschen gleichermaßen zukommt – völlig unabhängig von irgendwelchen Faktoren wie Gesundheit oder Krankheit, Reichtum oder Armut, Fähigkeiten, Lebensqualität, äusseren Lebensumständen oder vollbrachten Taten. Einfach weil sie Menschen sind, haben alle Mitglieder der menschlichen Gemeinschaft eine unverlierbare Würde und einen sich daraus ergebenden

Anspruch auf Achtung. Es handelt sich also um eine vorgegebene und deshalb unantastbare Würde, die an keine Bedingungen geknüpft ist, sondern unbedingt gilt. Man braucht sie sich nicht erst zu erringen. Man kann sie auch nie verlieren. Sie kann zwar von anderen Menschen missachtet oder verletzt werden: in der Pflege etwa durch Missachtung der Intimsphäre, durch gewalttätige Übergriffe, durch Nichtrespektierung des Willens oder durch Respektlosigkeit im Umgang mit Pflegebedürftigen. Aber auch verletzte Würde bleibt Würde, die ihrem Träger und ihrer Trägerin ein bleibendes Anrecht auf Achtung als Mensch verleiht“ (Rüegger H. 2013).

So wie Gronemeyer in seinem Zitat den Gewinn der Sorge nicht nur für die Umsorgten, sondern auch für die Sorgenden selbst sieht, regt auch der Mediziner und Psychiater Klaus Dörner an, „die Würde des Menschen nicht immer nur, wie bisher üblich, von den Kranken und Schwachen, sondern auch von den Gesunden her zu denken; denn die Schwachen und Kranken zu schützen ist die Würde der Gesunden“ (Dörner, 2007, S.18). Also verhalten wir uns unwürdig, wenn wir die Kranken und Schwachen nicht schützen, uns nicht um sie „sorgen“. Ich halte diese Umkehrung für Wesentlich. Jedoch verlieren wir gemäss der aufgeführten Definition der Würde auch in einem „unwürdigen“ Verhalten unsererseits unsere eigene Würde nicht. Aber es ist in solchen Momenten etwas nicht stimmig in uns, in unserer Haltung. „Helfen kann nur, wer Hilfe nicht prioritär als ein Machen und Tun begreift, sondern als eine Daseinsform, eine Haltung der Präsenz, als wahrnehmende Wachsamkeit. Helfen ist in diesem Sinne zunächst keine Technik und Instrumentensicherheit, sondern vor allem auch ein Dranbleiben und Ansprechbarsein, ein Erreichbar sein, ein haltendes Aushalten“ (Gronemeyer, Heller, 2014, S. 288). Sind innerhalb der Hierarchien in unseren Organisationen nicht auch die jeweils untergebenen Mitarbeitenden die „Schwachen“, oder zumindest die Schwächeren? Somit ist es gemäss der Definition von Dörner auch der Ausdruck der Würde seitens der Führung, die Mitarbeitenden im direkten Einflussbereich zu „beschützen“, oder anders ausgedrückt, sie ernst zu nehmen in ihrem Befinden und ihren Anliegen und ihnen nicht zu schaden.

Bereits meine Diplomarbeit in der Ausbildung zum diplomierten Krankenpfleger AKP habe ich zum Thema „Zusammenarbeit im Team – das Arbeitsklima“ verfasst. Ich schilderte darin, „wie ich durch ein gutes Team mitgerissen wurde und so auch schwerste Stresssituationen bewältigen konnte.“ Jedoch auch, „dass ich durch Spannungen im Team bis fast zur Arbeitsunfähigkeit gehemmt wurde“. In der Abschlussarbeit der Höheren Fachschule für Krankenpflege Stufe 1 erarbeitete ich einige Jahre später mit dem Pflegeteam Leitgedanken für eine medizinische Akutabteilung und hielt fest: „damit nicht ein Papier entsteht, das in der Schublade verschwindet, ist es unerlässlich, dass die Pflegenden, die der Pflege ihre Form und Gestalt geben, dieses Papier von Grund auf erarbeiten“. Dass also etwas, das eine Wirkung in die Tiefe haben sollte, nicht „von oben“ diktiert werden darf. Ich lernte, „nicht nur zusammenzuarbeiten, sondern etwas zusammen zu erarbeiten“. In einem Nachdiplomstudium Management wurde ich erstmals mit den Theorien der Gewaltfreien Kommunikation, der Lernenden Organisation und dabei insbesondere mit dem Dialog konfrontiert. Ich verfasste dabei eine Diplomarbeit mit dem Titel: „Worte sind Fenster oder Mauern – Möglichkeiten des Dialoges und der Gewaltfreien Kommunikation im Pflegekader“. Ich war nun also „im Kader angelangt“, beschrieb detailliert den gelungenen oder auch misslungenen Austausch auf dieser Ebene. Dazwischen widmete ich mich immer auch durchaus „praktischen“ Themen, zum Beispiel der Positionsveränderung anstelle schematischer Lagerungen.

Ich versuche, mich in meinem Denken und Handeln an der Vorstellung eines „gesunden Menschenverstandes“ zu orientieren. Dazu wäge ich mit Bedacht die Einführung von Konzepten, Standards, Erfassungs- oder Einschätzungsinstrumenten ab. Was ist wirklich notwendig, was „nice to have“. Das Befinden der Bewohner wird doch existentiell geprägt durch die Art und Weise, wie die Mitarbeitenden ihre Worte wählen und ihre Hände einsetzen. „Während Menschen am Lebensende vor allem Zuwendung und Zeit brauchen, entziehen offenbar die neuen Instrumente den Menschen gerade diese wichtigsten Elemente der Begleitung am Lebensende“ (Gronemeyer, Heller, 2014, S. 65). Ich erlaube mir die Frage, ob immer alles konsequent evidenzbasiert sein muss, genormt durch Standards und Konzepte, hier noch ein Sturzprotokoll, da eine

Risikoeinschätzung. „Jenseits der Routine sind es die kleinen Dinge die zählen, das Lächeln, die Aufmunterung, die sorgende Berührung, die Bedeutung für andere“ (Gronemeyer, Heller, 2014, S. 250).

Dem gemeinsamen Denkprozess im Team über vielleicht auch banale, lustige oder traurige Situationen messe ich einen hohen Stellenwert bei. Wenn wir unter uns Mitarbeitenden über uns sprechen, sorgen wir uns um uns. Wenn wir über unsere Bewohner sprechen, sorgen wir uns um sie. So leben unsere Bewohner beinahe etwas familiär „mit uns“, mit ihren Defiziten, wo sie unsere Unterstützung benötigen und ihrer Autonomie wo wir sie vielleicht weniger wahrnehmen. Sie besitzen ihre Würde, ihre ureigene individuelle Situation, mal herausfordernder, mal unscheinbarer. Dieses Wissen ist wichtig für unsere Pflege und Betreuung, oft wichtiger als die offensichtlicheren Defizite. Vom Psychologen und Soziologen Josef Winiker, der mich als Dozent im Nachdiplomstudium mit seinen Inhalten zu Gewaltfreier Kommunikation, Lernende Organisation und Dialog massgeblich prägte, fand ich einen von mir in den Unterlagen notierten Satz aus dem Unterricht, der schlicht und einfach stimmig passt: „In den Erzählungen spinnen wir den Zeitfaden unseres Lebens und weben an unserem Zuhause“.

“Um was es wirklich geht“.

Der Pflegeprozess

Erstmals wurde der Pflegeprozess 1955 in Amerika erwähnt. Im deutschsprachigen Raum definierten Fiechter und Meier in den achtziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts die bekannten sechs Schritte. Zuerst erfolgt die Datensammlung, das sogenannte Assessment. Dann die Benennung des Problems, des Defizites, oder eben der Pflegediagnose. Daraus werden Ziele formuliert und Interventionen abgeleitet. Nach der Ausführung der Pflege folgt am Schluss die Evaluation und gegebenenfalls erneut ein Assessment. Womit der Regelkreis von vorne beginnt. Gemäss den Autoren des umfangreichen Fachbuches „Pflegediagnosen und Massnahmen“ ist der Pflegeprozess „ein logischer, klientenzentrierter, zielgerichteter, universell anwendbarer und systematischer Denk- und Handlungsansatz, den Pflegenden während ihrer Arbeit nutzen. Im Rahmen dieses Prozesses werden aktuelle und potentielle Gesundheitsprobleme, Entwicklungspotentiale und Ressourcen eingeschätzt, diagnostiziert sowie gezielte Interventionen geplant, ausgeführt und bewertet, um Ressourcen und Möglichkeiten zur Förderung der Gesundheit zu nutzen, zu entwickeln und aktuelle und potentielle Gesundheitsprobleme und Krisen zu lösen, zu lindern oder Menschen bei deren Bewältigung zu unterstützen“ (Doenges, Moorhouse, Murr, 2014, S. 77). Ich gebe zu, dass mich diese Definition doch schon etwas überfordert. Die Autoren schreiben weiter: „als Grundlage jeder Pflegemassnahme ist der Pflegeprozess auch die Essenz der Pflege“ (Doenges, Moorhouse, Murr, 2014, S. 27). Dem erlaube ich jedoch entgegenzusetzen: Die „Essenz“ der Pflege ist jener Teil des Pflegeprozesses, in dem die geplante Pflgetätigkeit ausgeführt wird. Dort, wo Mensch auf Mensch trifft. Die „Kunst“ der Pflege, ausgeführt von Menschen, empfangen von Menschen.

Ich arbeite regelmässig in der direkten Pflege mit. So erfasse ich die Befindlichkeit der Mitarbeitenden und mit ihnen Probleme und Herausforderungen bei den Bewohnern. Gemeinsam steuern wir den Pflegeprozess. Wenn ich den Puls der Mitarbeitenden in der Zusammenarbeit fühle, auch selber über zum Beispiel von mir eingeführte Neuerungen stolpere, weiss ich, wie das Team „tickt“. Spüre, mit welcher emphatischer Haltung die Mitarbeitenden auf die Bewohner zugehen, den Pflegeprozess vorantreiben, oder auch mal innehalten. So wird das Leitbild umgesetzt und nicht auf der Homepage oder in der Schublade verwahrt.

Die Pflegeplanung

Es gibt standardisierte und individuelle Pflegeplanungen. Mit einer standardisierten Pflegeplanung erfahren die Pflegenden, wo die zu betreuende Person primäre Unterstützung benötigt. Dabei eher unvollständig, was diese mit ihren Ressourcen dazu beiträgt und was als „Mödeli“ hier wichtig wäre zu wissen. Mir widerstrebt dieses standardisierte Setzen eines Kreuzes bei der geplanten Tätigkeit. Der Mensch ist doch ein komplexes Individuum mit vielseitigen Ausprägungen und sollte nicht einfach auf einige Kreuze reduziert werden. Pflegenden, die sich nur am Standardisierten orientieren, laufen Gefahr, das Individuelle auszublenden. Ich erlaube mir die leise Kritik, dass so das Individuelle auf die ebenso individuelle Wahrnehmung und Ausführung der jeweiligen Pflegeperson reduziert wird. Mal mehr, mal weniger, je nach Fähigkeit, Lust und Laune. Das „Normale“, „Kleine“ und „Unscheinbare“ bleibt so vielleicht im Verborgenen. Doch: es sind ja nicht nur Probleme, welche den Alltag der Bewohner prägen. Die meiste Zeit leben diese doch hoffentlich scheinbar problemlos, zufrieden. Und ihr einziger Wunsch wäre vielleicht lediglich, dass ihre Würde respektiert, ihre Wünsche und Gewohnheiten individuell berücksichtigt werden.

Wir formulieren für alle Bewohner eine ausführliche individuelle Pflegeplanung. So erfassen wir nebst dem defizitorientierten scheinbar Wesentlichen auch die sonst nur beifällig Beachtung findenden „Mödeli“ und Gewohnheiten. Die geliebte Gesichtscreme, das Parfum, eine Halskette, eine individuelle Frisur oder eine gewohnte „Scheube“. Das Peret, die Brille in der Hemdtasche, das Sackmesser, welches nicht fehlen darf, Lieblingsmusik, Schmuck, die Zigarette nach dem Essen. Spezielles beim Essen, oder eine geeignete Schlafposition. Jede Pflegeperson, die über ein nützliches Teil stösst, notiert es. Nach und nach ergibt sich ein vollständigeres Puzzle. Und wenn mal ein Puzzleteil nicht passen will, gibt dies Anlass zu einer fruchtbaren Diskussion, ein Gespräch im Team. Wir arbeiten mit einer Pflegedokumentation auf Papier, und sind sehr effizient. Die Pflegeplanung wird am Computer geschrieben und ausgedruckt. Die Evaluation findet auch am Computer statt. Dabei wird die evaluierte Fassung als alte Version abgespeichert, um so einen Verlauf darzustellen und die aktualisierte Version wiederum ausgedruckt. Selbstverständlich habe ich mich auch mit diversen Ausführungen von elektronischen Pflegedokumentationen befasst, der Darstellung des Pflegeprozesses darin, auch mit der Integration von NANDA I und habe da so einige Zweifel. Auch wir werden eine elektronische Pflegedokumentation einführen und ich bin gespannt, wie wir unseren Prozess darin abbilden werden.

Wann eine Pflegeplanung gelesen wird – der Stellenwert des Erzählens

Jedoch – und nun ein scheinbarer Widerspruch - orientiert sich bei uns eher selten eine Pflegeperson regelmässig an der Pflegeplanung. Die Langzeitpflege ist ausserordentlich spannend, täglich ist man mit neuen Herausforderungen konfrontiert. Aber es ist schlicht und einfach Wesentliches und Alltägliches auch mal bekannt, und Spezielles immer auch rasch mündlich weitervermittelt. Es ist und „wäre“ dokumentiert, kann auf die Pflegeplanung verwiesen werden. Ein „Nachschlagedokument“ bei Unsicherheiten. Als Orientierung über die Gesamtsituation, in einer speziellen Konstellation, oder wenn jemand „einspringt“. Nach längerer Abwesenheit, für eine Lernbegleitung, mal wenn Zeit zum Nachschlagen besteht, und bei einer Hospitalisation für die möglichst optimale Weiterführung der Pflege. Wichtiges ist dokumentiert auch für eine spätere Phase, wenn die Bewohner dies selber nicht mehr ausdrücken können. Wir praktizieren bewusst kein standardisiertes Einlesen, rapportieren mündlich und tauschen uns auch sonst meist sprechend und zuhörend aus. Die Autorinnen und Autoren des Konzeptes Storytelling schreiben dazu: „der Mensch ist ein erzählendes Wesen: dass er erzählt und dass von ihm erzählt wird, macht ihn erst zum Menschen. Das Erzählen, unsere Geschichten und unsere Geschichte sind Ausdruck unserer Identität, unseres Bewusstseins, unserer Beziehung zur Welt und zu anderen. Ebenso wie der Mensch ein erzählendes Wesen ist, so ist auch die Menschheit ein erzählendes Wesen: ein riesiger Organismus, der sich erzählt und sich erzählend und zuhörend die Welt erschliesst. Erzählend gestalten wir die Realität, und unsere Erzählungen geben Auskunft darüber, wie wir die Dinge in Beziehung setzen, welche Verbindungen wir für wichtig erachten, wie unser Bild der Situation, der Wirklichkeit aussieht“ (Frenzel, Müller, Sottung, 2004, S. 6).

Es sind Geschichten, die in Erinnerung bleiben oder verblassen. Bilder, die unsere Beziehung mit den Bewohner prägen. Wir reifen und lernen voneinander, nehmen Anteil und optimieren dabei beständig unsere Pflege und Betreuung, sowie gleichzeitig auch unsere Teamkultur. Weil, es gibt doch immer auch wichtige Geschichten über unsere Teamprozesse. Wenn mal eine Grippewelle durchs Haus zieht und es eine besondere Anstrengung erfordert. Eine Person, die krankheitshalber ausfällt und das Pensum mit reduzierter Besetzung zu bewältigen ist. Das sind so Momentaufnahmen, die im Augenblick hohen Stress auslösen, auch mal sehr erschöpfen, auf die man dann später jedoch positiv zurückblickt im Wissen, dass man gemeinsam Erfolgreiches bewältigt hat. Jedoch nur, wenn die Teamkultur stimmt und die Führung dies würdigt, unterstützt und mithilft. Dies sind dann Geschichten, die weiter und weiter erzählt und auch später noch aufgegriffen werden.

Ich spreche lieber etwas an, als dass ich mich auf schriftliche Leitlinien und Arbeitsanweisungen abstütze. Erst im mündlichen Austausch kann ich benennen, was mir wirklich wichtig ist, oder was in der entsprechenden Situation speziell zu beachten sei. Erst dann kann ich erkennen, ob und wie der Inhalt, oder meine Priorität verstanden wurde. Sei dies im Gespräch mit Mitarbeitenden im Arbeitsprozess, oder mit dem gesamten Team, zum Beispiel anlässlich einer Teamsitzung. Es gibt dieses berühmte Zitat von Antoine de Saint-Exupery, das in seiner Einfachheit das Wesentliche bestechend auf den Punkt bringt: „Wenn du ein Schiff bauen willst, fang nicht an, Holz zusammenzutragen, Bretter zu schneiden und Arbeit zu verteilen, sondern wecke in den Männern die Sehnsucht nach dem grossen, weiten Meer“ (Senge 2003, S.48). Und diese Sehnsucht entfaltet die grösste Wirksamkeit, wenn sie durch Beschreibungen und Geschichten bildlich dargestellt wird. So schaffen Geschichten „Vertrautheit und Vertrauen und stellen somit das Tor zu Neuem dar“ (Frenzel, Müller, Sottung, 2004, S. 8). Auch werden Geschichten „wesentlich schneller verstanden, besser behalten und leichter weitergegeben als abstrakte Erklärungen und beschreibende Informationen“ (Frenzel, Müller, Sottung, 2004, S. 9). Auch ich zähle mich zu jenen Menschen, welche bei abstrakten Darstellungen rasch mal abschalten. Gerne halte ich es mit dem geschätzten Blaise Cendrars: „Die Poesie ist auf der Strasse. Sie geht Arm in Arm mit dem Lachen. Sie führt es zur Quelle, geht mit ihm in die Bistros an der Strassenecke einen trinken, wo das Lachen der einfachen Leute von Herzen kommt, und von ihren Lippen fliesst eine wunderbare Sprache (Cendrars, 1999, S.20).

„Menschen, die eine Gemeinschaft bilden, teilen die gleiche Geschichte – und Menschen, die die gleiche Geschichte teilen, bilden eine Community“ (Frenzel, Müller, Sottung, 2004, S.11). Eine Community ist eine „Gemeinschaft, Gruppe von Menschen, die ein gemeinsames Ziel verfolgen, gemeinsame Interessen pflegen, sich gemeinsamen Wertvorstellungen verpflichtet fühlen“ (duden.de/rechtschreibung/community). Es wird übrigens bei uns nicht einfach beständig viel gesprochen, sondern meist intensiv gearbeitet. Das eine schliesst, mit einem gesunden Menschenverstand betrachtet, das andere nicht aus.

Miteinander Lernen

Wenn wir uns im Pflgeteam zusammensetzen, dann entwickeln wir uns mit jedem gesprochenen Wort beständig weiter. Unser Wissensstand wird breiter und unsere Handlungsoptionen gezielter. Wir entwickeln uns als Organisation, indem wir voneinander lernen. Um dies aufzuzeigen, habe ich die Idee der Lernenden Organisation aufgenommen. Eine Lernende Organisation wird von Peter M. Senge mit insgesamt fünf Disziplinen beschrieben. Jene des Systemdenkens, der Entwicklung der eigenen Fähigkeiten, Mentaler Modelle, einer gemeinsamen Vision sowie dem Teamlernen.

Dabei steht das Systemdenken für die grundsätzliche Vernetzung. Sich immer bewusst sein, dass wenn ich etwas in Bewegung versetzte, immer daraus Folgebewegungen entstehen. Durch jede einzelne Handlung die wir begehen, jeden Befehl den wir erteilen oder Entscheidung die wir treffen. Wenn ich am einen Ende eines Systems etwas bewege, dann sollte ich mir bewusst sein, dass am anderen Ende dadurch auch etwas in Bewegung gerät. Das mag logisch klingen. Jedoch: desto komplexer ein System ist, umso mehr „Enden“ sind es, die auch bewegt werden und umso unüber-

sichtlicher sind die ausgelösten Reaktionen. Ein Stuhl aus Holz ist zum Beispiel ein recht einfaches System. Ich kann dessen Bewegung nachvollziehen, wenn ich ihn verrücke. Ich erfasse auch rasch, dass er vier Beine hat und ich mich darauf setzen kann. Ein Bürostuhl aus diversen Materialien und mehreren möglichen Funktionalitäten ist da schon komplexer. Diesen Gedanken kann man weiterspinnen, über das doch schon recht komplexe System zum Beispiel einer Kaffeemaschine, eines Autos, sowie eines Computers bis hin zum sehr autonom funktionierenden System Mensch. Eine Familie, eine Gemeinde oder eine Organisation sind alle äusserst komplexe Systeme. Sie enthalten die unterschiedlichsten Subsysteme, welche wiederum mit anderen Systemen vernetzt sind. Unsere Mitarbeitende sind in das System unserer Institution eingebunden. Sie haben jedoch auch Familie, Hobbies oder gesellschaftliche Aufgaben und sind so auch mit diesen Systemen verbunden. Unsere Institution ist als System an und für sich schon sehr komplex, schon nur durch die verschiedenen Bereiche und Berufsgruppen, zudem auch durch die individuellen Vernetzungen der Bewohner. Dann sind wir auch ausserhalb der Institution wiederum vielfältig vernetzt. Und es sind diese komplexen Systeme, die uns in der heutigen Zeit herausfordern. Das Systemdenken hilft mir, zu erkennen, dass die Mitarbeitenden, wenn sie zur Arbeit kommen, durchaus auch andere Beeinflussungen im Augenblick mittragen und dass diese sich auf die aktuelle Situation mehr oder weniger auswirken. Es hilft mir, mich dem einfach bewusst zu sein, ohne dass daraus zwingend Handlungen erfolgen müssen. Aber auch eine durchaus praktische Tätigkeit wie zum Beispiel eine Mobilisation, kann unter dem Aspekt des Systemdenkens betrachtet werden. Was alles beeinflusst diese im Augenblick?

Das systemorientierte Denken hilft, sich den Beziehungen zwischen den einzelnen Elementen bewusst zu sein. Mal auch eine Auslegeordnung zu machen um die Übersicht zu behalten. Dabei hilft das Instrument der „Helicopter View“, das heisst, eine Situation aus der „Helikoptersicht“ zu betrachten. Genügend weit oben, damit das Ganze gut überblickt werden kann, jedoch nicht zu weit, um die Zusammenhänge noch erfassen zu können. Wenn ich mich zu weit oben befinde, gerate ich in Gefahr, den Boden nicht mehr zu sehen, das Wesentliche aus den Augen zu verlieren. Bin ich zu stark im Detail verfangen, verliere ich die Übersicht. Ein Arbeitstag im Pflorgeteam mit all diesen komplexen Systemen, eine geballte Ladung an positiver, oder auch negativer Energie. Diese Energie zu einer faszinierenden Kraft zu bündeln ist Aufgabe und Herausforderung der Führung.

Die Disziplin der Entwicklung der eigenen Fähigkeiten zeigt auf, dass wir einerseits ein Ziel, eine Vision vor Augen haben, uns jedoch immer auch in einer gegenwärtigen Realität befinden. Zwischen diesen beiden Polen bewegen wir uns in unserem Tun. Senge nennt dies eine kreative Spannung, die uns motiviert und antreibt. Oder etwas anders ausgedrückt: die Vision vor Augen sich der jeweiligen Position zwischen Realität und Vision bewusst zu sein. Gelingt dies, so entsteht diese kreative Spannung, die Entwicklung und Lernen ermöglicht. Gelingt dies nicht, nimmt die Spannung ab bis zum Stillstand. Diese Spannung beständig aufrecht zu halten ist somit die Herausforderung. Ich stelle mir dabei ein Saiteninstrument vor. Wenn ich eine Saite aufziehe, erzeuge ich eine Spannung. Wenn die Saite dann gut klingt, ist die Spannung kreativ, kann daraus etwas entstehen, in diesem Fall eine schöne Musik. Klingt der Ton falsch, dann stimmt die Spannung nicht, der kreative Faktor geht verloren. Wenn wir dann nichts tun, ist bald Stillstand. Stimmen wir die Saite auf einen guten Ton, dann befinden wir uns in der kreativen Spannung. Die Spannung ist zudem nicht primär nur dann stimmig, wenn der Ton „stimmt“, sondern auch im Prozess, der zu einem guten Ton führt, also dem Prozess, in dem ich das Instrument stimme. Wenn wir die Mitarbeitenden mit unserer Zielorientiertheit überfordern, die Saite überspannen, dann kann diese auch reissen. Das ist schade, weil das Aufziehen einer neuen Saite mehr Zeit und Anstrengung benötigt, Verletzungen hinterlässt, als wenn ich sie sorgfältig auf einen guten Klang gestimmt hätte. Manchmal brauche ich, um den „richtigen“ Klang zu treffen, ein Zweifeln, ein „finden nach dem richtigen Bauchgefühl“:

„Er ist schnell und denkt in klaren Bildern. Ich bin langsam und denke in gebrochenen Bildern. Sein Vertrauen in seine klaren Bilder macht ihn dumm. Mein Misstrauen gegenüber meinen gebrochenen Bildern macht mich klug. Er glaubt an die Bedeutsamkeit seiner Bilder, da er ihnen

vertraut. Ich stelle die Bedeutsamkeit meiner Bilder in Frage, da ich ihnen misstrauere. Da er an ihre Bedeutsamkeit glaubt, glaubt er an ihre Realität. Da ich ihre Bedeutsamkeit in Frage stelle, stelle ich ihre Realität in Frage. Wenn die Realität ihn widerlegt, zweifelt er an seinen Sinnen. Wenn die Realität mich widerlegt, gebe ich meinen Sinnen Recht. Er lebt weiter in seinen klaren Bildern, schnell und dumm. Ich lebe weiter in meinen gebrochenen Bildern, langsam und klug. Er in neuer Verwirrung seines Verständnisses. Ich in neuem Verständnis meiner Verwirrung“ (Graves).

Die Disziplin der mentalen Modelle ist eine Sammlung von Verhaltensmustern. Zum Beispiel, wenn wir Wahrnehmungen verallgemeinern, indem wir das (oft zu rasche) Denken nicht hinterfragen. Wir erachten dann etwas als Tatsache, ohne dies genau geprüft zu haben. Mir ist wichtig, eine Situation nicht zu interpretieren, bis ich deren Sachverhalt kenne. Oft sind dies zum Beispiel sehr kleine Elemente in Teamprozessen, die sich jedoch summieren können bis zur Stigmatisierung einer Person. Dazu fügt sich auch passend der erste von vier Schritten des Konzeptes der Gewaltfreien Kommunikation nach Marshall Rosenberg ein. In diesem ersten Schritt geht es darum, zu beobachten ohne zu urteilen, Bewertungen zu vermeiden. „Für die meisten von uns ist es schwierig, Menschen und deren Verhalten in einer Weise zu beobachten, die frei ist von Verurteilung, Kritik oder anderen Formen der Analyse“ (Rosenberg, 2005, S. 48). Die vier Schritte der Gewaltfreien Kommunikation führen uns dahin, dass wir zur Befriedigung unseres in diesem Augenblick unerfüllten Wunsches eine klare, positiv formulierte Bitte äussern, was wir von der anderen Person wollen. „Es geht nicht darum, was sie denken oder wie sie sich fühlen soll, nicht, wie sie sein soll. Sondern es geht um ganz konkrete Handlungen, um die ich sie bitte.“ (Rosenberg 2004, S. 15). Weitere von Senge beschriebene mentale Modelle sind, dass ich abwäge was ich ausspreche oder lieber dazu schweige. Und dass ich mir darüber bewusst bin, was ich tun könnte und dem, was ich dann tatsächlich umsetze.

Die gemeinsame Vision ist eine weitere Disziplin der Lernenden Organisation. Dazu genügt nicht, über eine Vision und ein Leitbild zu verfügen. „Lernende Organisationen zeichnen sich nicht durch wunderschöne freischwebende Visionen aus, sondern durch die unablässige Bereitschaft, „das“ „was ist“, im Licht der Vision zu untersuchen“ (Senge, 2003, S.276).

Als letzte Disziplin führt Senge das Team–Lernen an. Eine zentrale Aussage darin ist, dass mehrere Personen über mehr Wissen verfügen als eine einzelne Person. Dies ist auch eine Grundhaltung in unserem Prozess mit den Pflegediagnosen. Jedes Teammitglied „ist sich der anderen bewusst und kann sich darauf verlassen, dass alle sich gegenseitig in ihrem Handeln ergänzen“ (Senge, 2003, S. 288). „Jede Handlung dient dem einzigen Zweck, mit Freude zum eigenen Wohlergehen und zum Wohlergehen anderer beizutragen“ (Rosenberg, 2006, S. 17). Diese beiden Aussagen prägen insbesondere auch beständig unseren Arbeitsalltag. Gut spürbar an einem gelungenen Morgen in der Pflege. Wenn einfach alles stimmt und wir zufrieden und pünktlich in die verdiente Pause gehen können. Wir uns unsere Herausforderungen spiegeln, einander helfen oder Hilfe anfordern. So lernen und entwickeln wir uns. Ein zentrales Element des Team–Lernens ist der Dialog. Eine Gesprächsform, bei der nicht der persönliche, sondern kollektive Gewinn im Vordergrund steht. Wenn wir uns über unsere Bewohner austauschen, dann ist dies gemäss dem Quantenphysiker und Dialogbegründer David Bohm ein „Fliesen von Sinn“ (Hartkemeyer, 2005, S. 32). Nicht die einzelne Aussage ist wichtig, sondern das Ergebnis, das wir so erreichen. Dieses „Fliesen von Sinn“ erachte ich als zentral. Es trägt mehrere unterschiedliche Aspekte in sich. Der Sinn dieses gemeinsamen Treffens, die Sinnhaftigkeit der einzelnen Aussagen, sowie dieser fast nicht fassbare Aspekt des fließenden Sinnes als Umschreibung von beinahe etwas Höherem, das sich gerade ereignet. Einfach dann, wenn es schlicht stimmig ist. Der Religionsphilosoph Martin Buber bezeichnet den Dialog „als echtes Zusammentreffen von Menschen, die sich einander in Wahrheit zugewandt haben, sich rückhaltlos äussern und von Scheinewollen frei sind“ (Hartkemeyer, 2005, S. 34). Das bedeutet, nicht als Wissender, sondern als Lernender aufzutreten. Gerade Führungspersonen meinen oft, die Wahrheit für sich in Anspruch nehmen zu dürfen. Jedoch „letztlich kann ich nie wissen, wie die Welt aus anderer Perspektive, aus dem Blickwinkel meines Gegenübers aussieht und aufgrund welcher Erfahrungen und Erwartungen, Annahmen und Bedürfnissen die oder der andere die Welt

interpretiert“ (Hartkemeyer, 2005, S. 39). Der Dialog lehrt weiter, „eine Position einzunehmen, anstatt von der Position eingenommen zu werden“ (Senge, 2003, S.301). Weiter sollen wir mit einer Grundhaltung des Respekts „die andere Person in ihrer Andersartigkeit als legitim und gleichwertig anzuerkennen, ihre Sicht der Welt als ebenso sinnvoll und berechtigt zu verstehen wie die eigene“ (Hartkemeyer, 2005, S. 40).

Wenn ich eine Bewohnersituation so schildere wie ich es meine, muss meine Arbeitskollegin dies nicht auch so sehen. Es resultiert daraus ein fruchtbarer Dialog und ermöglicht eine gemeinsame Entwicklung. Ein weiterer Aspekt ist, dass ich „von dem rede, was mir wirklich wichtig ist, was mich wesentlich angeht. Ich rede nicht nur, um mich bemerkbar zu machen und vor allem nicht um zu scheinen“ (Hartkemeyer, Freeman Dhority, 2001, S. 80). Manchmal brauche ich schlicht und einfach nichts zu sagen, weil alles gesagt ist. Es ist dabei wichtig, dass ich mit meiner nonverbalen Haltung zeige, dass ich dennoch im Prozess dabei bin.

„Auf guarani bedeutet „ne e“, „Wort“, aber auch „Seele“. Die Guarani – Indianer glauben, wer das Wort belügt oder es verschwendet, übt Verrat an der Seele“ (Galeano, 1997, S. 32).

Ein Element des Dialoges ist die Verlangsamung. Damit ist gemeint, dass so ein „gemeinsamer Denkprozess ermöglicht wird“ (Hartkemeyer, 2005, S. 46), alle „kommen mit“, können ihr Votum aussprechen, den Gedanken beenden und werden nicht unterbrochen. Oft wollen wir zu rasch von Thema zu Thema wechseln und verpassen so die Chance, dass ein noch optimaleres Resultat möglich gewesen wäre. Der Dialog, oft auch in die Nähe der Esoterik geschoben und belächelt, ist eigentlich in seiner Konsequenz sehr klar. „Wer daran gewöhnt ist, seine Meinung aufgrund seiner Position durchzusetzen, muss dieses Vorrecht im Dialog aufgeben. Wer daran gewöhnt ist, seine Meinung aufgrund seiner Position in der Unternehmenshierarchie zurückzuhalten, muss die Sicherheit dieses Verstecks aufgeben“ (Senge, 2003, S.299). Unsere Teamgespräche finden nicht gezielt nach den Dialogregeln statt. Aber es ist bezeichnend, wie Rücksicht genommen wird. Das letzte Element des Dialogs ist das Zuhören, in der Literatur umfassend beschrieben. Wem gelingt es jedoch tatsächlich, nicht beim Votum des vorher Sprechenden bereits die eigene nächste Argumentation gedanklich zurecht zu legen? Der Psychologe Thomas Gordon definierte aktives Zuhören so, „dass ich jederzeit den Sinn dessen, was mein Gegenüber gesagt hat, wiedergeben kann, dass ich verstehe, worauf es ihm ankommt, was ihm wirklich wichtig ist, dass ich ein Gespür und Wertschätzung für die Persönlichkeit des anderen entwickle, so wie der andere für mich“ (Mouret, 2017, S. 22).

Der Schriftsteller Sten Nadolny beschreibt in seinem Buch „Die Entdeckung der Langsamkeit“ die folgenden Szene seines Protagonisten John Franklin: „Als Zuhörer war John inzwischen gern gesehen, gerade weil er fragte, wenn er etwas nicht verstanden hatte. Sogar Tom hatte gesagt: Wenn du etwas nicht verstanden hast, muss es richtig sein. John hatte überlegt, wie das gemeint war, und geantwortet: Ich verstehe jedenfalls nichts zu früh“ (Nadolny, 2004, S. 38).

Wer kennt nicht die Fähigkeit des Zuhörens von Momo im gleichnamigen Buch von Michael Ende: „Er ging hin und erzählte alles der kleinen Momo, dann wurde ihm, noch während er redete, auf geheimnisvolle Weise klar, dass er sich gründlich irrte, dass es ihn, genauso wie er war, unter allen Menschen nur ein einziges Mal gab und dass er deshalb auf seine besondere Weise für die Welt wichtig war“ (Ende 1973, S. 15).

Die Verantwortung der Führung

Die Autoren des Konzeptes Storytelling legen dar, wie die Kraft von Geschichten für das Management nutzbar wird. Dazu beschreiben sie das Harun-al-Raschid - Prinzip. Dieser weise Kalif von Bagdad ist bekannt aus den Erzählungen aus 1001 Nacht. Insbesondere, und so knüpfe ich an das vorhergehende Kapitel an, sei der Kalif ein guter Zuhörer gewesen. Er hatte „die Gewohnheit, nachts verkleidet durch die Stadt zu gehen und den Leuten einfach zuzuhören. Auf diese Weise war der damals mächtigste Mann des Morgenlandes ungewöhnlich gut im Bilde über

das alltägliche Leben der Menschen in Bagdad. Anfangs verliess er den Palast auf der Suche nach Zerstreuung. Doch bald ging er hinaus, um zu lernen. Er lernte die Menschen kennen, er lernte, was ihnen wichtig war, wie es ihnen erging – vermittelt zwar durch Geschichten, aber dabei doch viel unmittelbarer und lebendiger als durch das was seine Berater ihm berichten konnten“ (Frenzel, Müller, Sottong, 2004, S. 14).

Ich denke nicht, dass wir uns heute verkleidet durch unsere Organisation begeben müssen, um Wesentliches zu hören. Jedoch reicht der Weg vom Personaleingang bis zum Büro, eventuell mal der Abstecher in die Cafeteria, nicht aus.

Die vier Regeln des Harun al-Raschid lauten:

- „Unerhörtes hört man nur, wenn man sich zurücknimmt.
- Unerhörtes hört man nur, wenn man offen ist für das, was kommt.
- Das ganze Bild entsteht aus vielen kleinen Details.
- Man muss nicht weise sein, um zuzuhören. Aber man wird weise, wenn man es tut.“ (Frenzel, Müller, Sottong, 2004, S. 16).

Die Praxis des Harun al-Raschid nennt man modern auch „Management by wandering around“ (Doppler, Lauterburg, 2005, S. 64). Wenn wir uns mit offenen Sinnen durch den Betrieb bewegen, erahnen wir die vorhandenen Beziehungen,erspüren, wo etwas funktioniert und erkennen, wo ein Nachsetzen nötig ist. „Man muss hinabsteigen, darauf zugehen, eine Nahaufnahme machen. Schauen. Aus der Nähe beschauen. Das Menschliche entdecken“ (Cendrars, 1990, S. 13).

Sich dieser Beziehungen bewusst zu sein bedeutet doch eigentlich nichts anderes, als sich um seine Mitarbeitenden zu Sorgen. Viele Menschen „sind darauf angewiesen, im Arbeitsfeld ein emotionales Zuhause zu finden, um sich mit dem Unternehmen identifizieren und ihre volle Leistungsfähigkeit entfalten zu können. Manch einer, der sich darüber beklagt, Arbeitskräfte würden heute nur noch „jobben“, sollte zunächst einmal scharf hingucken, wie es um die Qualität der menschlichen Beziehungen in seinem Versorgungsbereich bestellt ist. Dieser Teil der Führungsaufgabe stellt allerdings spezifische Anforderungen: Freude am Kontakt mit Menschen, Gespür für die emotionale Lage anderer, aber auch eine gewisse Ruhe und etwas Zeit“ (Doppler, Lauterburg, 2005, S. 39). Mit einem „normalen Umgang auf Augenhöhe“ erreichen wir, dass die Mitarbeitenden sich mit dem Unternehmen identifizieren. Sie bringen ihre ureigenen logischen Begabungen und Fähigkeiten engagiert in den Arbeitsalltag ein. Sie entfalten ihre volle Leistungsfähigkeit und gehen mit einer selbstverständlichen empathischen Haltung mit den Bewohner um.

Ja, noch so viele Konzepte, Modelle und Papiere können nicht verhindern, dass Bewohner auf eine fast unerträglich scheinende Art und Weise abhängig von einzelnen Pflegepersonen sind. Man stelle sich eine Bewohnerin vor, welche über keine eigene Bewegungsmöglichkeiten mehr verfügt und auch nicht mehr sprechen kann. Wie erwartet sie jeden Morgen die tägliche Grundpflege, die Mobilisation und die Einnahme des Frühstücks, sollte sie mit einer bestimmten Person schlechte Erfahrungen gemacht haben. Wenn die Bewohnerin gegen Morgen wach ist, ist der erste Gedanke eventuell jener, welche Pflegeperson zu ihr kommen würde. Angst prägt diese Bewohnerin über 24 Stunden, und das täglich. „In jedem Moment haben wir das Potential, dem Leben zu dienen oder Leben zu zerstören. Ich finde es wichtig, uns immer wieder der Macht unserer Worte, unserer Handlungen bewusst zu werden und uns die Frage zu stellen: Wie nutzen wir eigentlich all diesen Reichtum?“ (Rosenberg, 2004, S. 36).

Ich glaube sehr, ein gutes Team um mich zu wissen. Mitarbeitende, welche gerne arbeiten und diese Freude mit einem entsprechenden Umgang mit den Bewohnerinnen und Bewohner in die Praxis umsetzen. Aber auch ich kann nicht sicher sein, dass dies immer so bleibt. Ich kann nur beständig aufmerksam sein, mich nicht hinter Büroarbeit „verbergen“. Nur wenn es den Mitarbeitenden gut geht, sie einen Sinn in ihrer Tätigkeit erkennen, kommen sie gerne zur Arbeit und können diese Freude im Team und mit den Bewohner teilen. Die weiter oben bereits zitierten

Organisationsberater Klaus Doppler und Christoph Lauterburg befassen sich in ihrem Buch „Change Management“ umfangreich mit dem beständigen Wandel einer Unternehmung, der Verantwortung der Führung und daraus abgeleitet, was die Mitarbeitenden in solchen Prozessen benötigen. „Wenn man Menschen fragt, wie sie es empfunden haben, als Teil eines grossartigen Teams zu agieren, dann fällt als erstes auf, dass von Sinnhaftigkeit gesprochen wird. Sie hatten ein Gefühl von Verbundenheit, von Kreativität“ (Doppler, Lauterburg, 2005, S. 48). Der Arzt und Biologe Joachim Bauer beschreibt das Vorhandensein einer neurobiologischen Basis von Empathie als eine Voraussetzung der Menschheit für die Fähigkeit zu lieben. „Das meiste, was wir im Alltag tun, ist direkt oder indirekt dadurch motiviert, dass wir wichtige Beziehungen zu anderen Menschen gewinnen oder erhalten wollen. Was uns am Leben erhält, sind die eher geringen, unspektakulären Dosierungen sozialer Anerkennung oder Zuwendung“ (Bauer, 2007, S. 39).

Die Motivation von Mitarbeitenden kann zum Beispiel mit einer Begrenzung von Freiwünschen zur Erstellung eines Arbeitsplanes, oder auch schriftlichen Erscheinungsbildern bestens negativ beeinflusst werden. Wenn es da Schwierigkeiten geben sollte, - ja da wäre doch wieder einfach die Führung gefragt. „Andere mit Vertrauen zu behandeln, kann vertrauensvolle Verhaltensweisen begünstigen. Misstrauen und negative Vorannahmen können andererseits dazu führen, dass sie genau das auslösen, was sie unterstellen“ (Bauer, 2007, S. 10). Klaus Doppler und Christof Lauterburg zitieren in ihrem Buch „Change Management“ den Sozialwissenschaftler Niklas Luhmann, der über den Wert des Vertrauens schreibt: „Wer misstraut, braucht mehr Informationen und verengt zugleich die Informationen auf die zu stützen er sich getraut. Er wird von weniger Informationen stärker abhängig“. Doppler und Lauterburg führen weiter aus: „wo Vertrauen fehlt, verfängt man sich in einem – im wahrsten Sinn des Wortes – heillosen Gestrüpp von Vorschriften, Regelungen und Kontrollmechanismen. Misstrauensorganisation ist die richtige Bezeichnung dafür. Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser. Wer danach handelt, ist von vornherein gar nicht mehr dazu in der Lage, vertrauensvolle Arbeitsbeziehungen aufzubauen“. Doppler und Lauterburg beenden diese Ausführung damit, dass es doch „nichts Effizienteres gibt als auf Offenheit und Vertrauen beruhende Zusammenarbeit“ (Doppler, Lauterburg, 2005, S. 121).

Es kontrollieren auch die Krankenkassen und stützen ihre Controllings auf Pflegeberichtseinträge ab, welche von Pflegepersonen verfasst werden, die über wunderbare einfühlsame Kompetenzen verfügen, jedoch nicht über ein Schreibtalent. Als Controlling einer Pfl egetätigkeit beiwohnen? Doch wohl nicht. Was mich dabei traurig stimmt ist, dass es sich bei diesen Personen ausnahmslos um Pflegefachpersonen handelt, die sich von der praktischen Pfl egetätigkeit „am Bett“ abgewendet haben.

Das Thema Pflegediagnosen

Pflegediagnosen sollen eine „informative, übersichtliche, anschauliche, individuelle Kurzbeschreibung oder Charakterisierung der Pflegesituation ergeben. Die Liste aller Pflegediagnosen eines Klienten soll den gesamten Bedarf der Pflege umschreiben“. Dabei soll „der banale, wenig problematische Bedarf an Hilfe bei einzelnen Alltagsaktivitäten“ auch dazu gehören“ (Doenges, Moorhouse, Murr, 2014, S. 85). Da wie bereits erwähnt fast alle Bewohner ein Selbstpflegedefizit in der Körperpflege, im sich Kleiden, beim Essen und Trinken, der Toilettenbenutzung haben, oft eine beeinträchtigte körperliche Mobilität, Obstipation, eine zu geringe Trinkmenge und eine Sturzgefahr, wird die Liste lang, sehr lang. Die Pflegeplanung würde noch weniger gelesen werden und würde sich von Bewohner zu Bewohner sehr ähneln. Oftmals wiederholen sich dieselben Diagnosen, Einflussfaktoren, Symptome und Ziele. Ja, auch die Interventionen wären dieselben, wenn „eben“ die „Mödeli“ fehlen. Die Autoren widersprechen sich im selben Fachbuch, wenn sie schreiben, dass „beim Planen der Pflege sich die Frage stellt, welche Probleme in die Pflegeplanung übernommen werden, ohne dass zu umfangreiche, unpraktische und komplizierte Pläne entstehen.“ Man müsse „lernen, Prioritäten zu setzen“ (Doenges, Moorhouse, Murr, 2014, S. 93). Das haben wir dann in unserer Umsetzung „wörtlich genommen.“

Es gibt Aktuelle-, Risiko-, Syndrom- und Gesundheitsförderungs-Pflegediagnosen. Auch gibt es unterschiedliche Klassifikationen von Pflegediagnosen. Am Bekanntesten dabei ist jene der NANDA International, zusammengestellt von Doenges, Moorhouse, Murr, herausgegeben für den deutschsprachigen Raum von Müller Staub, Georg und Abderhalden im Buch „Pflegediagnosen und Massnahmen“. Als NANDA wird die North American Nursing Diagnosis Association bezeichnet. Das Ziel von NANDA ist es, „eine verbindliche Terminologie und eine internationale Taxonomie (Klassifikation) für Pflegediagnosen zu schaffen. Pflegediagnosen sollen dabei nicht von medizinischen Diagnosen, Organsystemen oder pflegerischen Handlungen ausgehen, sondern von Leidenszuständen, die beim Menschen auftreten und die durch Pflege angegangen werden können“ (Doenges, Moorhouse, Murr, 2014, S. 11). Ein leiser Widerspruch? Gemäss diesem Zitat müsste jene pflegerische Handlung, welche ein tatsächliches Defizit, jedoch nicht ein Leidenszustand darstellt, nicht mit einer Pflegediagnose in der Pflegeplanung beschrieben werden.

Eine Pflegediagnose enthält eine Definition und wird im PES - Format dargestellt. P = Problem, E = Einflussfaktoren, S = Symptome, oder bestimmende Merkmale. Neu wird auch das Format PESR verwendet, dabei steht das R für die Ressourcen.

Unsere Umsetzung

Wir erarbeiteten im gemeinsamen Teamgespräch für alle Bewohner zuerst mindestens eine für sie spezifisch zutreffende „übergeordnete“ Pflegediagnose. Dazu setzten wir uns im Team in Kleingruppen zusammen. Sprechend, erzählend und zuhörend. Pro Bewohnerin, Bewohner ungefähr 45 bis 60 Minuten. Hätte ich oder eine andere sich dazu berufen fühlende Person etwas alleine formuliert, dann würde dies eventuell schon gut klingen. Jedoch erst im Austausch, in der Spiegelung der eigenen Gedanken, im Reifen mit den Aussagen anderer würden wir doch zur „Essenz“ gelangen, und die teilnehmenden Personen selber an den anderen Dialoganteilen und am Gesamtergebnis reifen. „Erzählend können wir auch das wiedergeben, was wir abstrakt noch gar nicht formulieren können. Wenn wir etwas intuitiv erfasst haben, wenn wir eine Wahrheit, einen Zusammenhang, eine Bedeutung ahnen, aber noch nicht genau definieren können, dann können wir meist durch ein Beispiel, eine Anekdote, eine Geschichte vermitteln, was wir meinen“ (Frenzel, Müller, Sottong, 2003, S. 7). Wir orientierten uns an den NANDA – Fachbüchern, jedoch machten wir keinen Unterschied bezüglich aktuellen-, Risiko-, Syndrom- und Gesundheitsförderungs - Pflegediagnosen. Im Gespräch notierten wir diverse Stichworte, zeichneten diese dann mit einem Mindmap auf, um so Schwerpunkte, Vernetzungen und Zusammenhänge zu erkennen. So eruierten wir eine mögliche Ausrichtung. Dazu suchten wir dann in den Fachbüchern geeignete Pflegediagnosen, besprachen die darauf hindeutenden Einflussfaktoren und Merkmale. Wurde der Titel der Pflegediagnose gesetzt, notierten wir die explizit zutreffenden Einflussfaktoren und Merkmale, formulierten Ziele, hielten Ressourcen fest und definierten die Interventionen.

Eine Pflegediagnose erfassen wir erst einige Zeit nach dem Eintritt, wenn die erzählten Worte zu ersten Geschichten wurden. Wo angebracht, setzen wir jeweils durchaus auch der Situation entsprechend Pflegediagnosen im herkömmlichen Sinn. Dort, wo wir der Ansicht sind, dass das Thema in der individuellen Pflegeplanung zu wenig zum Vorschein kommt, weil es nicht alltäglich ist. Weil ein Pflegeschwerpunkt prägnant hervorgehoben werden sollte. Dies wiederum im gegenseitigen Austausch, an Standortbestimmungen oder Teamsitzungen. Zum Beispiel führten wir bei einer Bewohnerin, die infolge Demenz nicht mehr richtig kaut und schluckt, stark an Gewicht abnimmt, das Essen und Trinken jedoch nicht grundsätzlich verweigert, ein Rundtischgespräch mit Angehörigen und Arzt durch. Es wurden dabei klare Handlungsgrundlagen ausgearbeitet. Daraufhin ordneten wir der Bewohnerin die Pflegediagnosen „Mangelernährung“ sowie „Selbstversorgungsdefizit Essen und Trinken“ zu. Diese Pflegediagnosen würden genau betrachtet noch für mehrere Bewohner zutreffen. In dieser Situation ist dieses Thema von übergeordneter Bedeutung. Eine weitere Bewohnerin litt infolge eines sehr aussergewöhnlichen und nicht vollständig diagnostizierten Ereignisses im Rückenmarksbereich an einer Teillähmung der Arme und Beine. Zunehmend konnte sie wieder selber Essen und auch Gehen. Eine gewisse Einschränkung blieb. Als sie an einer Gürtelrose

erkrankte, fiel uns auf, dass sie absolut keine Schmerzen empfand, auch nicht über den geringsten Juckreiz klagte. Im Gespräch mit dem Hausarzt vermuteten wir dann eine Einschränkung der Schmerzempfindung infolge des ursprünglichen Ereignisses und ordneten ihr die Pflegediagnose „Gefahr einer Hautschädigung“ zu. Ich wiederhole mich, wenn ich anmerke, dass der überwiegende Teil unserer Bewohner diese Pflegediagnose zugeordnet haben könnte, die notwendigen Interventionen dabei jedoch optimaler in der individuellen Pflegeplanung beschrieben sind. Bei der betreffenden Bewohnerin jedoch ordneten wir diese Pflegediagnose zu, um so speziell darauf aufmerksam zu machen. Weil: Interventionen würden nur dann zum Tragen kommen, wenn spezielle Symptome wie zum Beispiel Fieber, eine akute Verschlechterung des Allgemeinzustandes usw. auftreten würden. Aktuell darf sie gerne, wie sie es wünscht, die ganze Nacht bewegungslos auf dem Rücken liegen.

Ergebnisse auf Ebene Mitarbeitende

Die Tatsache, dass wir uns noch Jahre nach dem Versterben einer Person an Geschichten erinnern, bestätigt die Wichtigkeit dieser Bilder. Das Erzählen und Bewahren von Geschichten fördert die Gemeinsamkeit, den Zusammenhalt. Es sind nicht nur Geschichten von Bewohner, sondern es sind unsere gemeinsamen Geschichten mit ihnen.

Ich bin mir der vernetzten Systeme von mir, meiner privaten Situation, meines Arbeitsfeldes sowie auch der Systeme der Personen, mit denen ich, ob privat oder beruflich in Beziehung bin, bewusst. Das Instrument der Helicopter view gebrauche ich oft. Rasch einen Schritt zurücktreten und dabei die Verlangsamung nutzen. Ich sage dem „positiv zweifeln“. Ich definiere das Zweifeln für mich nicht negativ, im Sinne von „verzweifeln“, sondern im Sinne, mit Bedacht ein Thema „abwägen“. Es hat oft mit einem „Bauchgefühl“ zu tun, das stimmen muss. Wichtig ist für mich sehr die kreative Spannung zwischen Vision und Realität. Indem ich den Mitarbeitenden nahe bin und mir deren Realität bewusst bin, versuche ich, das Ziel, die Vision vor Augen den Boden nicht aus den Augen zu verlieren, daraus die geeigneten Massnahmen zu treffen, damit eine kreative Spannung entsteht und so Lernen und Entwickeln möglich ist.

Bei der Erarbeitung der Pflegediagnosen waren alle Mitarbeitenden mit einem grossen Engagement dabei. Auch haben wir einander konsequent zugehört. Wir haben auch unsere Lernenden in diesen Prozess miteinbezogen. Gerade sie sind doch grundsätzlich in Handlungen mit Bewohnern tätig. Wir praktizieren einen sehr kollegialen Umgang mit den Lernenden, grenzen uns bewusst nicht ab. Oft bin ich sehr berührt, wenn ich beobachte, mit welcher natürlichen Gabe und Empathie junge Menschen mit den hochbetagten Bewohner umgehen. Dabei bin ich mir unserer beständigen Vorbildhaltung sehr bewusst. Sie lernen, indem sie uns beobachten und, sei es eine Verrichtung oder der Umgang untereinander, dies dann direkt in ihren Pflegehandlungen umsetzen. Ich bin ein besseres Vorbild, wenn ich mit den Lernenden einen korrekten und kollegialen Umgang pflege, als wenn ich, wohl wieder als Führungsschwäche zu bezeichnen, eine Abgrenzung notwendig hätte. Kürzlich hörte ich am Rande ein Gespräch einer Lernenden mit einer Bewohnerin mit. Dabei sagte die Lernende, sie sei halt erst siebzehn Jahre alt. Ich weiss den Zusammenhang nicht mehr, aber es war die Art und Weise, wie sie es sagte, die mich sehr berührte.

Ich orientiere mich sehr an den vier Regeln des Harud al-Raschid. Das Management by walking around setzte ich um. Selbstverständlich weiss ich, dass ich nicht alles höre. Es gibt weiterhin „Unerhörtes“ und dass muss schlicht und einfach so sein. Ich weiss auch, dass man in meiner Anwesenheit nicht über alles spricht und dass man eventuell anders spricht. Das mag schon sein und ist so. Jedoch kann ich mit einer grossen Wahrscheinlichkeit davon ausgehen, dass durch meine Haltung als Führungsperson keine negativen Stimmen über mich im Raum stehen. Es gibt so eigentlich nichts, was im Verborgenen noch bleiben müsste, ausser Kleinigkeiten, mit denen man nicht gerade zum „Chef“ gehen will, oder auch mal über ihn lästern kann. Ich weiss, dass ich auch sehr viel Vertrauen gebe. Ich gebe viel Vertrauen, weil ich in die Haltung der Mitarbeitenden vertraue. Ich lasse auch mal etwas geschehen, auch wenn ich noch eine Optimierung hätte

anregen können. Auch muss ich nicht immer alles sehen, hören und lesen. Wenn ich mich nahe an den Menschen bewege, dann würde ich Schwieriges schon erfahren oder erspüren. Nur wer sich zu weit weg vom eigentlichen Geschäft befindet, die Fühlung verloren hat, so sich „sich verlierend“ an Kontrollmechanismen zu halten versucht, muss jede Idee genehmigen, jedes Dokument sehen, jeden Beschluss mitentscheiden. Weiter versuche ich, Situationen zu beobachten und wahrzunehmen, ohne zu urteilen, Bewertungen zu vermeiden, Wahrnehmungen nicht zu verallgemeinern. Hier treffen die Disziplinen der Lernenden Organisation auf das Konzept der Gewaltfreien Kommunikation von Marshall Rosenberg. Sein Konzept habe ich in meiner Arbeit nur gestreift. Seine zentrale Botschaft, nach dem jeder Mensch, auch mit nicht nachvollziehbaren Handlungen oder Aussagen, primär nach der Erfüllung seiner Bedürfnisse strebt, überzeugt mich sehr. Unangenehme und unangemessene Reaktionen sind schlicht unterfüllte Bedürfnisse. Mit diesem Bewusstsein kann ich schwieriges Verhalten besser einordnen und mit der Frage, was wohl die unerfüllten Bedürfnisse sein könnten, dem daraus entstehenden Verhalten besser begegnen und die geeigneten Massnahmen treffen.

Bewohnerspezifische Ergebnisse

Wir erkannten, dass eine debile Frau darunter leidet, sich in der Öffentlichkeit zu präsentieren, weil sie Angst hat, sich schlecht darzustellen, sich lächerlich zu machen. Wir ordneten ihr die Pflegediagnose „Furcht“ zu. Beim Gemüse rüsten und Wäsche falten ist sie immer voller Inbrunst dabei, das kann sie perfekt. Für das „Bewegungsturnen“ führt die adipöse Frau stets Ausreden an, Knieschmerzen und Anderes, so dass bei uns der Eindruck entstand, sie wolle sich aus Bequemlichkeit davor drücken. Wahrscheinlich war sie schlicht und einfach unsicher, hatte Angst, sich schlecht zu präsentieren und taten wir ihr Unrecht. Als einer der Einflussfaktoren ordneten wir „mangelndes Vertrauen in eine neue Umgebung“ zu. Symptome waren „Aussagen über Besorgnis“, Vermeidungsverhalten“ und „Muskelanspannung“. Eine Mitarbeitende erzählte, dass sie öfters einen ernsten Gesichtsausdruck beobachte. Eine andere Mitarbeitende ergänzte, ihr falle auf, wie sie oft mit den Händen „nestle“ oder angespannt dasitzen würde. Im Gespräch wurden wir uns bewusst, dass dies dann zu beobachten ist, wenn die Situation für die Bewohnerin unklar ist. Als Ziel definierten wir „Sicherheit bezüglich der momentanen Situation“, als Ressource, dass sie „Freude zeigen kann über „Lob“, und „Dankbarkeit“ und als Intervention „Unterstützung in der Selbstbestimmung“. Wichtig also ist bei ihr der Umstand, dass wir dies bisher nie aus dem Blickwinkel der Furcht, dem sich lächerlich machen betrachtet hatten, die Bewohnerin zukünftig nicht drängen, stets motivieren, ein Nein jedoch auch akzeptieren. Und dass sich dies auch in unserem Sprechen über diese Bewohnerin widerspiegelt.

Bei einer weiteren Bewohnerin stellten wir die Pflegediagnose „Unterbrochene Familienprozesse“. Sie musste wegen Krankheit von einer Stunde auf die andere das Haus verlassen und verlor knapp ein Jahr später auch noch den Ehemann. Als Symptome erfassten wir unter anderen „Gleichgültigkeit“ und „sich Fügen“. Letzteres machte uns sehr betroffen, erkannten wir, dass die Frau sich nicht bei ihren Kindern dafür einsetzt, dass sie bei der Hausräumung beteiligt wird, dass sie womöglich noch ein letztes Mal ins Haus gehen könnte. Als Ziel formulierten wir, „dass sie sich selber sein darf, sie ihre Gefühle leben und äussern kann, auch Trauergefühle.“

Einer Frau mit Demenz sprachen wir die Pflegediagnose „Chronische Verwirrtheit“ zu. Als Symptome erkannten wir die veränderte Reaktion auf Reize, beeinträchtigte Sozialkontakte, nebst fortschreitender kognitiver Beeinträchtigung und der Unfähigkeit, eine Wahl oder Entscheidung zu treffen. Das Ziel ist, dass sie sicher ist und keinen Schaden erleidet. Als Ressource hielten wir fest, dass sie sich äussert, Hilfe annehmen kann und über Beweglichkeit verfügt. Als Interventionen erachteten wir daraus: Türe offen halten, nicht alleine sitzen lassen, Anleiten zur Körperpflege und zum Essen, sowie immer mit ihr zu Fuss gehen und den Rollstuhl nur bei grosser Müdigkeit einsetzen. Die letzten beiden bewegungsspezifischen Interventionen formulierten wir, weil wir erkannten, dass Bewegung ihr deutlich bemerkbar Orientierung über ihre „ureigene“ körperlichen Fähigkeiten gibt und so Sicherheit vermittelt.

Einer Bewohnerin mit derselben Pflegediagnose „Chronische Verwirrtheit“ aufgrund Demenz formulierten wir auch dasselbe Ziel „Ist sicher und erleidet keinen Schaden“. Als Merkmal stellten wir fest, dass sie agitierte oder ängstliche Verhaltensweisen sowie Wahnideen zeigt. Als Intervention hielten wir fest, dass wir „für eine ruhige Atmosphäre sorgen“ und „Rückzugsmöglichkeiten bieten“. Weil sie als Ressource einen „Sinn für Schönes“ hat, führten wir als Intervention auch auf, dass wir „Genussmöglichkeiten anbieten“ (Hilfe beim Schmuck auswählen, lackierte Fingernägel, Musik, Malen).

Bei einer sehr selbständigen Bewohnerin (bei welcher in einer standardisierten Pflegeplanung nur stehen würde, dass sie Hilfe beim Anziehen der Stützstrümpfe benötigt) führte uns die Diskussion wiederum auf die Pflegediagnose „Furcht“. Als Einflussfaktoren definierten wir unter anderem „Mangelndes Vertrauen in die Umgebung“, dies nicht als Anklage gegen uns, sondern weil sie ihr Gesundheitsverhalten äusserst ängstlich verfolgt und sofort sehr verunsichert ist, wenn sie leicht erkältet, oder der Blutdruck etwas zu hoch ist. Als Merkmal „äussert sie Besorgnis“, als Interventionen definierten wir „aktives Zuhören gegenüber den Sorgen“, „erörtern der Befürchtungen“, „einräumen von Gelegenheiten für Fragen“ sowie „angemessen informieren“, „erklären von Zusammenhängen“. Das bedeutet für uns zum Beispiel, dass wir aufzeigen, warum mit dem Aufsuchen des Hausarztes noch abgewartet werden kann. Dies jedoch ernst nehmen und nachfragen.

Einem Bewohner ordneten wir die Pflegediagnose „Angst“ zu, als Einflussfaktoren „Veränderungen der Rollenfunktion“, „Stress“ und „Bedrohung des Selbstkonzeptes“. Dies weil er, nicht zuletzt als ehemaliger Patron einer selber gegründeten Firma, versucht, „die Fäden stets in den Fingern zu behalten“. Als Merkmale erkannten wir ein stetes „Umherblicken“, „Mustern“, „eine erhöhte Vorsichtigkeit“ und auch eine „Neigung, andere zu beschuldigen“, wenn etwas nicht mehr stimmt, er zum Beispiel etwas verlegt hat. Als Interventionen formulierten wir, dass wir ihm „seine Verhaltensweisen zugestehen“, „eine Struktur bieten“, und „seine Entscheidungen erfragen und respektieren“. Uns schlicht und einfach dessen bewusst sind.

Ein anderer Bewohner mit derselben Pflegediagnose, geistig fit, jedoch auf körperlich umfangreiche Unterstützung angewiesen, zeigte dies durch ein stetes „besorgt sein“, „ängstlich“, „nervös“, „ruhelos“, „selbstfokussiert“, mit „angespannten Gesichtszügen“ und mit „Übelkeit“ reagierend.

Eine sehr herausfordernde Bewohnerin mit der Pflegediagnose „gestörte Denkprozesse“, als Einflussfaktor eine „Demenz“, zeigt dies durch „Konfabulation“, und „Kognitive Dissonanz“. Nebst dem sehr umfangreichen Sprachfluss reagiert sie äusserst aggressiv, wenn sie sich angegriffen fühlt. Und dieses Gefühl hat sie, sobald sie von uns meint zu erkennen, sie habe etwas falsch gemacht, zum Beispiel den Toilettengang nicht unter Kontrolle. Als Interventionen legten wir fest, dass wir „eine angenehme und ruhige Atmosphäre wahren“, „provokative Stimuli vermeiden“, „bei Körperkontakt umsichtig vorgehen“ und insbesondere „Tätigkeiten so ausführen, dass sie diese als selbstbestimmt erkennt“.

Das sind kurz skizziert acht Bewohnersituationen mit den zugeordneten Pflegediagnosen. Eine unendliche Vielfalt an unterschiedlichem, würdevollem Leben meine ich da zu verspüren.

Befragung der Mitarbeitenden

Ich habe die Mitarbeitenden über ihr Erleben unseres Prozesses befragt, weiter über ihre Einschätzung des Stellenwerts von Gesprächen im Team über Bewohner, sowie Gespräche über die Arbeitssituation. Abschliessend stellte ich noch Fragen zu unserer Pflegeplanung.

Welchen Eindruck hatten die Mitarbeitenden von der Sequenz, an der sie teilnahmen?

Die Mitarbeitenden empfanden es als tief gehende Gespräche, einen guten Austausch, wertschätzend für Bewohner, sowie Mitarbeitende. Es waren aktive Sequenzen, wo wir uns als

Team bewusst Zeit genommen hätten. Der Anlass fördere das gegenseitige Verständnis, nicht nur bewohnerspezifisch, auch zwischen Mitarbeitenden. Es sei eindrücklich und lehrreich, was wir herausgefunden hätten, die Zeit sei sehr schnell vergangen. Es sei spannend gewesen, interessant, jedoch auch anspruchsvoll. Es war ein positiver, interessanter Austausch über die Bewohner. Es habe Freude gemacht, ein „Teil vom Ganzen“ zu sein.

Was blieb speziell in Erinnerung?

Der Umfang der Pflegediagnosen im Buch machte Eindruck, wie diese mit Einflussfaktoren und Symptomen verknüpft werden. „Ein dickes Buch....“ Die guten Gespräche und der Austausch untereinander wurden speziell erwähnt. Auch, dass einander zugehört wurde. Mehrere Personen waren beeindruckt, wie oft die Pflegediagnose Angst zum Zuge kam. Als speziell wurde auch erwähnt, dass alle Bewohner gleich wichtig gewesen seien, es wurde bei allen gleichberechtigt nach der geeigneten Pflegediagnose gesucht. Speziell in Erinnerung blieb die Tatsache, mal Zeit zu haben, um in aller Ruhe über unsere Bewohnerinnen und Bewohner nachzudenken. Jede Bewohnerin, jeder Bewohner sei ein Individuum. Mit unterschiedlichen Charakteren, Ressourcen und Krankheiten. Das mache unsere Arbeit vielseitig und interessant. Es habe viele unterschiedliche Beiträge von den Mitarbeitenden gegeben, die später dann dennoch zu ähnlichen Pflegediagnosen geführt hätten.

Welcher Nutzen dieses Prozesses wird für die tägliche Arbeit, für unsere Pflege und Betreuung als Team gesehen?

Es wurde geäußert, dass dadurch die Qualität noch mehr gesteigert werden könne. Die Bewohner, nicht nur „Schwierige“, würden noch besser verstanden, wir würden ihnen gerechter begegnen. Der Blickwinkel auf Bewohner habe sich positiv stark verändert. Wir würden Hintergründe verstehen und unsere Pflege daraus abgeleitet anpassen. Es resultiere eine individuelle und kreative Pflege, eine Pflege nicht nach Schema. Eine speziell auf jede Person zugeschnittene Pflege. Dieser Prozess ver helfe zu mehr Verständnis für die Bewohner. Es könne individueller und besser auf sie eingegangen und reagiert werden. Die Persönlichkeit der Bewohner würde noch mehr unterstützt. Bewohner würden aus verschiedenen Sichtweisen betrachtet und Verhaltensweisen anders wahrgenommen.

Wie wurde das Gesprächsverhalten an diesen Nachmittagen im Team erlebt? Konnten sich alle einbringen?

Es wurde geäußert, dass sich alle beteiligt hätten, man habe einander sehr gut zuhört, es sei „ausgeglichen“ gewesen. Das Klima sei respektvoll gewesen, niemand habe dominiert. Einzelne hätten vielleicht weniger gesagt – jedoch nicht aus mangelndem Interesse, sondern der ungewohnten Thematik wegen. Alle hatten die Möglichkeit, sich einzubringen. Vorschläge oder Anregungen seien angehört und diskutiert worden. Es wurde als sehr angenehm erlebt. Alle schienen sehr interessiert und motiviert. Es habe auch kein „Hierarchiegehabe“ geherrscht. Wo verschiedene Sichtweisen waren, wurde dies nicht „gewertet“, sondern sei eine gemeinsame Lösung gesucht worden.

Was ist die Meinung zu Gesprächen über Bewohner im Team, an Teamsitzungen, Rapporten, Standorten oder auch sonst zwischendurch? Ist dies sinnvoll oder unnötig, zu viel oder zu wenig und warum?

Diese Gespräche werden als sehr wichtig erachtet. Wenn eine Pflegeperson erzähle, warum sie dies oder jenes tue, dann würden sofort alle zuhören, weil alle versuchen, am selben Strick zu ziehen. Wenn Schwierigkeiten entstehen, könnten diese diskutiert und nach Lösungen gesucht werden. Durch den gemeinsamen Austausch können wir mit mehr Wissen und Erfahrung die Bewohner besser verstehen. Diese Gespräche würden meistens achtsam und respektvoll geführt. Wenn Achtung und Würde beibehalten werde, sei es Seelenhygiene. Manchmal müsse man aufpassen, wo man spricht, zum Beispiel in der Cafeteria, um die Privatsphäre der Bewohner nicht zu verletzen. Durch Gespräche über Bewohner werde einiges über ihr Wesen, ihr Verhalten erfahren. Man lerne sie so besser kennen. Es führe zu einem besseren Verständnis, auch über das Team. Unterschiedliche Erfahrungen würde jedes vom Team weiterbringen. Es sei wichtig, in

einem ständigen Austausch zu sein, da sich die Bewohner sehr schnell verändern können. Es sei wertvoll, damit man sich besser in die einzelne Bewohnerin, den einzelnen Bewohner hineinversetzen könne. Bei Unsicherheiten würden die Gespräche zu Klärung und Verständnis führen. Oft werde dann konkret miteinander gesprochen, wenn man bei einer Bewohnerin, einem Bewohner Mühe hat. Dieser Austausch sei dann notwendig.

Oft spricht man ja auch untereinander, wie es so geht, was gut läuft, was stresst, wie es einem halt einfach geht. Wie wird dies beurteilt?

Auch diese Gespräche werden als sehr wichtig erachtet. Diverses könne so besser verarbeitet werden. „Stolpersteine“ würden besser erkannt und die Stimmung im Team sei transparenter. Es wird befunden, dass dies zur Stressbewältigung dienen kann. Stresssituationen würden entspannter wahrgenommen. Der Arbeitsplatz wirke so persönlicher als wenn man nicht miteinander spricht. Es wird als wichtig und notwendig erachtet, „im geschützten Rahmen“ miteinander zu sprechen. Es sei sinnvoll und nötig, zu der eigenen Meinung noch eine andere Sichtweise zu hören. Es sei gut, wenn man Erfahrungen austauschen könne. Das wirke stressabbauend. Man erfahre, dass es anderen ähnlich ergeht oder man erhalte nützliche Tipps. Diese Gespräche seien auch wichtig, weil man so ein Interesse am Anderen zeige und so auch erkennen könne, wenn es einer Person nicht so gut geht. Verschiedene Erfahrungen und unterschiedliche Ansichten würden Betriebsblindheit verhindern, Erfahrungen uns kreativ halten. Es würde dadurch ein Verständnis untereinander entstehen, wenn es jemandem nicht gut geht. Es sei ein wichtiger Teil der Arbeit, so ab und zu einen Tip zu erhalten sowie einfach den Austausch einer anderen Ansicht.

Wie wird unsere Pflegeplanung beurteilt. Was ist gut, was weniger?

Die Pflegeplanung wird als sehr ausführlich und übersichtlich befunden. Es stehe alles darin, was man brauche. Man würde dadurch die Bewohner noch besser kennen lernen. Es sei gut, wenn dauernd, auch von Hand, etwas angepasst werde. Somit könne man davon ausgehen, dass die Planung aktuell sei. Im Alltag habe man jedoch nicht viel Zeit zum Lesen. Sie sei klar und „gut verständlich“. Sie gebe die Schwerpunkte der Pflege gut wieder.

Wann und warum wird die Pflegeplanung verwendet?

Die Pflegeplanung könne dann helfen, wenn man schon längere Zeit nicht mehr bei einer Bewohnerin, einem Bewohner zur Pflege eingeteilt gewesen sei. Auch bei Unklarheiten oder Unsicherheiten werde diese konsultiert. Für die Gestaltung von Lernbegleitungen könne die Pflegeplanung gut gebraucht werden. Auch wenn sich Bewohner nicht mehr selber äussern können, ist die Pflegeplanung hilfreich. Weiter wurde befunden, dass damit den Bewohner die bestmögliche Pflege erbracht werden kann. Die Pflegeplanung sei sehr hilfreich, um die Bewohner besser zu verstehen.

Erkenntnisse

Für die Bestimmung einer Pflegediagnose benötigten wir mal mehr, mal weniger Zeit. Meistens wussten wir, unsere Bewohner „vor Augen“, recht rasch, in welche Richtung wir die stimmige Pflegediagnose suchen müssten. Die definitive Festlegung jedoch war eine Herausforderung. Grundsätzlich gab die Arbeit mit den Pflegediagnosen Raum für engagierte Diskussionen über Bewohnersituationen. Wir suchten, was aus unserem Blickwinkel die Bewohner herausfordert und prägt. Mal war es auch sehr lustig, mal traurig, jedoch immer sehr engagiert und motiviert. Zu absolut allen Bewohnern fanden wir mindestens eine zentral wichtige, unsere Pflege und Betreuung prägende Pflegediagnose. Daraus leiteten wir Ziele sowie Interventionen ab. Immer konnten wir einen Nutzen für unsere Pflege erkennen und oft sahen wir die Bewohner in einem „anderen Licht“. Mal bestätigend, mal freudig, mal trauriger.

Wir konnten überall eine spezielle, mal logischere, mal originellere, aber auch bedrückende Wirklichkeit in Worte fassen. Bedrückend dort, wo es um Frucht und Angst ging. Dabei haben wir immer auch Ziele und Interventionen definiert, welche als übergeordnete Leitgedanken oder klare

Handlungsschwerpunkte für unsere Pflege und Betreuung angesehen werden können. Die Pflegediagnose gemeinsam mit der individuellen Pflegeplanung ergibt ein übersichtliches Bild über die Bewohner. Von den Mitarbeitenden wurden die Sequenzen durchwegs als sehr positiv empfunden. Auch die gewonnenen Erkenntnisse wurden als eindrucklich beurteilt. Alle konnten sich äussern und hörten einander zu. Im Team im Arbeitsalltag, zum Beispiel an Rapporten über Bewohner zu sprechen, sich aber auch über den allgemeinen Pflegealltag zu unterhalten, erachten alle Mitarbeitende als sehr wichtig. So wird am „selben Strick gezogen“.

Verschiedentlich habe ich den Begriff Würde aufgegriffen und auch eine Definition aufgeführt. Mit unserer Art der Pflegediagnosen erfassen wir kleine Ausdrucksweisen, wie sich die Würde zeigt, oder wo sie speziell verletzlich ist, zum Beispiel durch Angst.

Abschluss

Ich habe in dieser Arbeit aufgezeigt, wie das Instrument der Pflegediagnosen auch auf eine andere als herkömmliche Art umgesetzt werden kann. Dabei habe ich mir erlaubt zu kritisieren, wie in der Langzeitpflege oft zu schematisch mit dem Thema Pflegediagnosen umgegangen wird. Ich habe alles Standardisierte kritisch betrachtet, weil dies einerseits die Phantasie in ein Korsett zwingt und die Pflegenden den Fokus zu stark auf Defizite richten lässt. Ich habe dann die doch so natürliche Veranlagung von uns allen näher betrachtet – das Sprechen miteinander. Reden miteinander über etwas, das bewegt. Was bewegt ist in Bewegung und kann geformt werden. „Worte sind Fenster oder sie sind Mauern“ (Bryson, 2004, S. 84).

„Man findet keine zwei Lichter, die gleich sind. Da gibt es grosse Lichter und kleine Lichter und Lichter in allen Farben. Da sind Leute mit einem ruhigen Licht, das kein Windstoss zum Flackern bringt, und solche mit Lichtern, die wie verrückt Funken sprühen. Lichter gibt es, alberne Lichter, die weder scheinen noch wärmen; aber andere bringen das Leben mit solcher Inbrunst zum Glühen, dass man sie gar nicht ansehen kann, ohne ständig mit der Wimper zu zucken, und wer ihnen zu nahe kommt, fängt Feuer“ (Galeano, 1991, S. 7).

Es ist die Herausforderung der Führung, die Faszination der Unterschiedlichkeit der Menschen, ob Bewohner oder Mitarbeitende, nicht zu unterschätzen und dieser Tatsache den entsprechenden Raum zuzumessen. Arbeitsbedingungen – und dazu ist die Führung zuständig – prägen die Art und Weise und die Haltung, wie die vorhandenen Instrumente – egal welche schlussendlich gewählt werden - verwendet und umgesetzt werden.

„Um was es wirklich geht“

Bestätigung des eigenständigen Verfassens der Arbeit

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit eigenständig ohne unerlaubte fremde Hilfe angefertigt habe und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt wurden.

Peter Müller, Zäziwil, 07.Januar 2018

Literaturangaben

- Bauer J (2007) Prinzip Menschlichkeit. Warum wir von Natur aus kooperieren, Hoffmann und Campe Verlag, 4. Auflage
- Bryson K (2004) Sei nicht nett, sei echt!, Junfermann Verlag
- Cendrars B (1999) Am Mikrofon, Lenos Verlag
- Cendrars B (1990) John Paul Jones, Lenos Verlag
- Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC (2014) Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen, Hans Huber Verlag, 5. Auflage
- Doppler K, Lauterburg Ch (2005) Change Management. Den Unternehmenswandel gestalten, Campus Verlag, 11. Auflage
- Dörner K (2012) Leben und Sterben, wo ich hingehöre, Paranus Verlag, 7. Auflage
- Ende M (1973) Momo, Thienemann
- Frenzel F, Müller M Sottong H (2004) Storytelling. Das Harun-al-Raschid-Prinzip. Die Kraft des Erzählens fürs Unternehmen nutzen, Carl Hanser Verlag
- Galeano E (1991) Das Buch der Umarmungen, Peter Hammer Verlag
- Galeano E (1997) Wandelnde Worte. Von Träumen, Maismenschen und Erzengeln. München, Limes
- Graves
- Gronemeyer R (2013) Das 4. Lebensalter. Demenz ist keine Krankheit. Pattloch Verlag
- Gronemeyer R, Heller A (2014) In Ruhe sterben. Was wir uns wünschen und was die moderne Medizin nicht leisten kann, Pattloch Verlag
- Hartkemeyer M und JF, Dhority LF (2001) Miteinander Denken. Das Geheimnis des Dialogs, Klett-Cotta
- Hartkemeyer JF und M (2005) Die Kunst des Dialogs. Kreative Kommunikation entdecken. Erfahrungen, Anregungen, Übungen, Klett-Cotta
- Lhasa de Sela Online – Interview, <http://www.jazzdimensions.de/interviews/2004/lhasa.html> (10.02.1014)
- Mouret S (2017) Seminarunterlagen Konfliktgespräche führen
- Nadolny S (2004) Die Entdeckung der Langsamkeit. München, Piper, (38. Auflage)
- Rosenberg MB (2004) Konflikte lösen durch Gewaltfreie Kommunikation, Verlag Herder, 5. Auflage
- Rosenberg MB (2005) Gewaltfreie Kommunikation, eine Sprache des Lebens, Junfermann, 6. Auflage
- Rügger H. (2013). Würde und Autonomie im Alter, Curaviva Schweiz, Fachbereich Alter
- Senge PM (2003) Die fünfte Disziplin, Klett-Cotta, 9. Auflage
- Stefan, Allmer, Schalek, Eberl, Hansmann, Jedelsky, Pandzic, Tomacej, Vencour (2013) POP Praxisorientierte Pflegediagnostik, Springer, 2. Auflage
- <http://www.duden.de> (Februar 2017)

Anhang

Beispiel einer Pflegeplanung mit Pflegediagnose

Pflegediagnose: Angst

Definition: Unbestimmtes Gefühl des Unbehagens oder der Bedrohung, das von einer autonomen Reaktion begleitet wird (häufig unbestimmte oder dem Individuum unbekannt Quelle); eine Besorgnis, die durch die vorweggenommene Gefahr hervorgerufen wird.

Einflussfaktoren	Symptome / Merkmale	Ziel	Ressourcen	Interventionen / Massnahmen
Veränderung der Rollenfunktion und des Rollenstatus durch den Eintritt in unsere Institution	Umherblicken, Mustern, Unsicherheit	Er macht einen entspannten Eindruck	Er kann sich äussern	Wir gestehen ihm seine Verhaltensweisen zu
Stress, das Tagesgeschehen „im Griff“ zu haben, vermutlich auch in seiner Rolle als Patron der selber gegründeten Firma	Erhöhte Vorsichtigkeit	Er kann selbstbestimmt seine Prioritäten bestimmen	Er ist entscheidungsfähig	Wir bieten ihm eine für ihn stimmige Struktur (Zeitpunkt des Aufstehens, Rollstuhl für Flexibilität obwohl er doch in Begleitung gehen könnte etc.)
Bedrohung des Selbstkonzeptes (z.B. „Mödelis“)	Neigung, andere zu beschuldigen, wenn etwas nicht so ist, wie es sollte	Er erfährt Sicherheit	Er ist mobil	Wir informieren ihn konsequent und korrekt über den Tagesablauf, über Wesentliches, über Abweichungen vom Üblichen.
			Er nimmt an angebotenen Aktivitäten teil	Wir erfragen und respektieren seine Entscheidungen

Thema	Situation, Ausgangslage	Eigene Fähigkeiten, Ressourcen, Bewältigungsstrategien	Unterstützungsbedarf, Hilfsmittel, Zeitlicher Rahmen, Wünsche, Gewohnheiten, Besonderheiten
Körperpflege (Pflegeprodukte, Deo, Parfum, äth. Öle, Wassertemperatur, Rasur, Intimpflege)	Wünscht gerne früh aufzustehen, sich zu waschen, damit er dann rechtzeitig beim Frühstück ist.	Ist jedoch verständig, wenn es mal etwas später wird.	Intimtoilette im Bett. Wechsel vom langen auf kurzen Urinsack. Oberkörper am Lavabo mit Unterstützung und Vorbereitung einer Pflegeperson. Rasur selbständig, Nachkontrolle durch Pflege, ist gerne gut rasiert. Hat Aftershave.
Duschen, Baden (morgens, abends,	1x pro Woche am Dienstag Morgen	Duscht nicht so gerne, hatte dies früher auch nie getan, auch	Fragen ob er duschen möchte. Benötigt Unterstützung einer Pflegeperson zum sich einzurichten und

Procedere)		nicht gebadet. Hat mehrmals Dusche abgelehnt, was wir jeweils akzeptiert haben.	Handreichungen. Anheben, Waschen und Abtrocknen der Füsse und Beine durch Pflege. Wenn er nicht duschen will, am späteren Nachmittag Fussbad anbieten.
Hautpflege, Fusspflege, Nagelpflege (Pedicure eigene oder vom Haus, Pflegeprodukte, äth. Öle, Nagellack)	Sehr trockene, gereizte Haut am Rücken, Schulterblatt, Oberarme und der Füsse und Beine.		2x tägl. Hautpflege mit grünem Romulsinprodukt.
Mundpflege, Zahnpflege (Zahnprothese, Reinigung, belassen in der Nacht?)	Eigene Zähne	Belässt diese in der Nacht im Mund	Reinigung abends durch Bewohner
Kleiden (am Tag, in der Nacht, Mödeli, z.B. Scheube, Peret etc.)	An Sonn- und Feiertagen „Bekleidung“ = Hose und Kittel)	Auswahl selber. Sehr wichtig ist ihm sein Tschäppeli. Das Sackmesser und das Portemonnaie in der Hosentasche, die Brille in der Hemdtasche mit einem kleinen zusammengefalteten Tüechli	Oben mit z. Teil erheblicher Unterstützung (strengt sich sehr an, wenn Kleidungsstücke klemmen), unten durch eine Pflegeperson. Kompressionsstrümpfe anziehen durch Pflege. Dabei Vorsicht schmerzendes Hühnerauge Fuss links kleine Zehe Aussenseite = Kompressionsstrumpf leicht zurücklegen.
Ausscheidung, Toilettenhilfe (DK, Einlagen, Nachtstuhl)	DK Ch 16, letzter Wechsel 6.7.17, nächster Wechsel Dezember 17	Kann für den Stuhlgang aus Rollstuhl selber auf die Toilette, jedoch ist die Reinigung durch ihn ungenügend und sind die Hände verschmutzt	Nachts langer, tags kurzer Urinsack, mit Netz am Bein befestigt. Reinigung nach Stuhlgang und Kleider richten durch Pflegeperson. Immer am Morgen daran erinnern, dass er nach dem Stuhlgang klingeln soll.
Bewegung im Bett, Positionsunterstützung (Gewohnte Position, Positionsunterstützung, kinästhetische Unterstützung)	Hat Möglichkeiten der Eigenbewegung, weiss oft jedoch nicht, wie diese einsetzen.	Kann sich Mithilfe des von ihm selber gewünschten Bettseitenschutzes leicht drehen	Beim Hinaufrutschen benötigt er Unterstützung einer Pflegeperson. Jedoch ist dies nur unwesentlich nötig, wenn er genügend weit oben zum Abliegen positioniert ist. Wenn Unterstützung dann Stützen der Beine. Jedoch auch sonst benötigt er Unterstützung beim gerade in die Mitte rutschen und dem Positionieren der Beine. Jeweils 1 Pflegeperson
Mobilisation (Hilfsmittel,	Hat zu wenig Kraft, um an den Bettrand	Kann den Vorgang gut nachvollziehen, hilft sehr mit.	Ziehen am rechten Arm und gleichzeitig Stützen des Oberkörpers beim Aufstehen. Er stützt sich dabei mit

Gewohnheiten, kinästhetische Unterstützung, Procedere in der Cafeteria)	zu sitzen		seinem linken Ellenbogen und Hand ab und dreht dann die Beine selber aus dem Bett. Am Bettrand Zeit lassen, das Gleichgewicht zu finden, worauf ihm die Schuhe angezogen werden können, er dann durch das Stützen der Pflege am Ellenbogen und Druck auf das Knie am Rollator aufsteht und einige Schritte läuft.
Fortbewegen (Hilfsmittel, Rollstuhl, Rollator, Gehtraining)	Grundsätzlich im Rollstuhl selbstbewegt, nur in Begleitung der Pflege mit Rollator wegen Sturzgefahr.	Ist gerne selbständig, insbesondere zum Aufbrechen nach dem Essen retour ins Zimmer. Wünscht deshalb unbedingt den Rollstuhl.	Nach der Körperpflege mit dem Rollator in die Cafeteria begleiten (= Gehtraining). Ihm dort in den Rollstuhl helfen, damit er ab dann wieder selbständig ist. Er bewegt sich im Rollstuhl selber, ohne Fusstützen. Diese sind im Zimmer für externe Ausflüge.
Hören, Sehen, Atmen (Hörgerät > Handling, Brille, Atemunterstützung, Inhalation, Lesefähigkeit, Zeitschriften, Bücher, TV, Musik, Vorlieben, Abneigungen, geliebte / unangenehme Düfte)	Hätte Hörgeräte bds. Tendenz zu rascher Bronchitis	Will nur das rechte Hörgerät, kann es auch selber montieren Hat Lesebrille Kann Inhalation nach dem richten selbständig ausführen	Gelegentlich Hilfe durch Pflege je nach Fingerfertigkeit. Augentropfen durch Pflege verabreicht nach Plan. Inhalation 3x tägl. nach Plan. Richten durch Pflege.
Ernährung, Hilfe beim Essen (Gewohnheiten, Vorlieben, Geschmack, Abneigungen, Hilfsmittel, Eingeben)	Keine Abneigungen	Selbständig	Beim Frühstücksbuffet fragen was er möchte. Hat gerne eine Flasche Mineral im Zimmer, am Morgen immer einen Becher einfüllen.
Schlaf (Gewohnheiten, Zeitpunkt des zu Bett Gehens)	Kann bei geringster Licht-quelle nicht schlafen	Will früh aufstehen. Geht um ca. 20 Uhr ins Bett.	Bettseitenschutz oben auf eigenen Wunsch. Auch im Vorraum Licht löschen. Fenster zu.
Tagesstruktur Gewohnheiten, Zeitung, TV, Aktivierung)		Gestaltet dies selbständig	Hört gerne Radio. Freut sich auf jedes Gespräch. Gestaltet seinen Tag gut selbständig. Spaltet gerne Holzspäne und hilft rege auch beim Rüsten.
Sicherheits-gefühl (Was hilft, was ängstigt, freiheitseinschränkende	Siehe Pflegediagnose.		Wenn im Bett Bettseitenschutz oben auf eigenen Wunsch.

Massnahmen)			
Medikamenteneinnahme (Richten, Verteilen, Einnahme, Besonderes)			Richten, Kontrollieren und Bereitstellen durch die Pflegeperson. Nimmt sie dann selber ein.
Psychische Situation, Belastung (Bewältigungsstrategien, was trägt zu Wohlbefinden bei)	Zeigte sich nach dem Tod seiner Frau lange sehr zurückgezogen und eher depressiv.	Mit beschriebenen Aktivitäten konnte er eine Tagesstruktur gestalten.	Siehe auch Pflegediagnose
Kommunikation, Berührung, Kognitive Fähigkeiten (Vorlieben, Abneigungen, Besonderheiten)	Scheint in seinen Aussagen manchmal etwas verwirrt.	Wird von allen sehr geschätzt. Tritt allen Personen grundsätzlich sehr herzlich gegenüber.	Kann sich verbal gut ausdrücken. Benötigt in speziellen Situationen Anleitung und Unterstützung
Wundbehandlungen	Hühnerauge Fuss links kleine Zehe Aussenseite, stark schmerzhaft		Monatlich Kontrolle und Behandlung durch Podologin.