

Alte Frauen sagen was sie wollen

Erwartungen und Befürchtungen alter Frauen
an das diplomierte Pflegepersonal

Diplomarbeit von
Zaugg Brigitte

Nachdiplomstudium Alter:
Lebensgestaltung 50+

Referent: Prof. Dr. Kalbermatten Urs

Mai 2005

Inhaltsverzeichnis

Alte Frauen sagen.....	0
was sie wollen	0
1. Einleitung.....	4
1.1. <i>Hintergrundwissen zum Thema</i>	4
1.1.1. Der persönliche Bezug zum Thema	4
1.1.2. Gesellschaftliche Veränderungen	4
1.1.3. Bildungspolitische Veränderungen	5
1.1.4. Gesundheitspolitische Veränderungen.....	6
1.2. <i>Zielsetzungen der Arbeit</i>	7
2. Theoretischer Hintergrund	7
2.1. <i>Definitionen</i>	7
2.1.1. Einleitung	7
2.1.2. Was ist Pflege?	8
2.1.3. Kurzer geschichtlicher Rückblick auf die Geschichte der Krankenpflege in der Schweiz	8
2.1.4. Die wissenschaftliche Entwicklung der Pflege im Ausland	9
2.1.5. Welche Gedanken, Theorien, Konzepte liegen den verschiedenen Pflege-theorien zu Grunde?	10
2.1.6. Was wird unter Pflege verstanden?.....	11
2.1.7. Die neusten Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften zur Behandlung und Betreuung ältere pflegebedürftiger Menschen	13
2.1.8. Die Entwicklung von Pflegesystemen und deren Auswirkung auf die Einflussnahme der Patientinnen	14
2.2. <i>Eigene Definition von Pflege</i>	15
2.2.1. Mein persönliches Verständnis von Gesundheits- und Krankenpflege.....	15
2.2.2. Das persönliche Pflegeverständnis im Vergleich zur pflege-theoretischen.....	16
2.2.3. Zusammenfassung	17
2.3. <i>Was ist Gesundheit und was beeinflusst sie?</i>	18
2.3.1. Einleitung	18
2.3.2. Der Begriff Gesundheit aus Sicht der WHO und seine Entwicklung	18
2.3.3. Was ist Gesundheit aus der Sicht der Pflege?	18
2.3.4. Stellenwert der Gesundheit in pflege-theoretischen Überlegungen	19
2.3.5. Einflussfaktoren, welche die Gesundheit beeinflussen	19
2.3.6. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen	21
2.3.7. Zusammenfassung	21
2.4. <i>Wie gesund fühlen sich die Schweizerinnen, respektive wie gesund sind sie?</i>	21
2.4.1. Einleitung	21
2.4.2. Gesundheitseinschätzung alter Menschen in der Schweiz	22
2.4.3. Einschätzung des psychischen Wohlbefindens	23
2.4.4. Körperliche Beschwerden	23
2.5. <i>Das Systemtheoretische Modell der vier Lebensbereiche</i>	23
2.6. <i>Begriffsdefinitionen</i>	26
2.6.1. Definition von Erwartungen	26
2.6.2. Definition von Befürchtungen	26
2.6.3. Was ist Lebensgestaltung?	27
2.7. <i>Erwartungen an die professionelle Altenpflege; Eine repräsentative Studie</i>	28
2.7.1. Einleitung	28
2.7.2. Ergebnisse	28
2.8. <i>Marketing im Bereich der Altenpflege</i>	29
2.8.1. Einleitung	29
2.8.2. Was erwarten „reife“ Kunden?.....	29

2.8.3. Was heisst dies nun für das Verhalten älteren Kundinnen gegenüber?.....	30
3. Fragestellungen.....	31
4. Vorgehen.....	31
4.1. Methodisches Vorgehen	31
4.2. Methodenwahl	31
4.3. Die Untersuchungsgruppe	32
4.4. Die Voruntersuchungen	33
4.5. Durchführung der Datenerhebung	33
4.5.1. Einleitung	33
4.5.2. Durchführungsorte	33
4.5.3. Dauer der Interviews.....	34
4.5.4. Nutzung des Datenmaterials.....	34
4.5.5. Dokumentation des Materials	34
4.6. Die Erhebung der Daten.....	34
4.7. Die Inhaltsanalyse	35
5. Ergebnisse und Kommentare.....	35
5.1. Allgemeines zur Präsentation der Ergebnisse	35
5.2. Ergebnisse und Kategorisierung zur ersten Fragestellung: „Welche Faktoren beeinflussen Ihre Gesundheit positiv?“	36
5.2.1. Dimensionen mit den entsprechenden Kategorien und Ankerbeispielen:.....	36
5.2.2. Gesamtergebnisse	37
5.2.3. Darstellung der Daten:	38
5.3. Ergebnisse und Kategorisierung zur zweiten Fragestellung: „Wie würden Sie den Pflegeberuf beschreiben, respektive was verstehen Sie unter „Pflege“?	43
5.3.1. Dimensionen mit den entsprechenden Kategorien und Ankerbeispielen:.....	43
5.3.2. Gesamtergebnisse	45
5.3.3. Darstellung der Daten:	45
5.4. Ergebnisse und Kategorisierung zur dritten Fragestellung: „Was erwarten Sie von einer diplomierten Pflegefachperson, wenn Sie sich in einem Akutspital aufhalten müssten“?	51
5.4.1. Dimensionen mit den entsprechenden Kategorien und Ankerbeispielen:.....	51
5.4.2. Gesamtergebnisse	53
5.4.3. Darstellung der Daten:	54
5.5. Ergebnisse und Kategorisierung zur vierten Fragestellung: „Was für Befürchtungen haben Sie im Bezug auf die Dienstleistungen der Pflegenden im Akutspital“?	59
5.5.1. Dimensionen mit den entsprechenden Kategorien und Ankerbeispielen:.....	59
5.5.2. Gesamtergebnisse	60
5.5.3. Darstellung der Daten:	60
5.6. Ergebnisse und Kategorisierung zur fünften Fragestellung: „Was müssten die diplomierten Pflegefachfrauen unternehmen, dass Sie im Fall eines Heimeintritts ihr Leben am Besten gestalten könnten“?.....	66
5.6.1. Dimensionen mit den entsprechenden Kategorien und Ankerbeispielen:.....	66
5.6.2. Gesamtergebnisse	68
5.6.3. Darstellung der Daten:	69
5.7. Ergebnisse und Kategorisierung zur sechsten Fragestellung: „Was für Befürchtungen hätten Sie im Bezug auf die Pflegeleistungen in einem Heim“?	73
5.7.1. Dimensionen mit den entsprechenden Kategorien und Ankerbeispielen:.....	73
5.7.2. Gesamtergebnisse	75
5.7.3. Darstellung der Daten:	76

5.8. Ergebnisse und Kategorisierung zur siebten Fragestellung: „Was denken Sie, was müssen die zukünftigen Pflegepersonen aus Ihrer Sicht in der Schule unbedingt lernen in den Bereichen:	81
- Wissen; d.h. was müssen sie wissen?	81
- manuelle Fähigkeiten; d.h. was müssen sie machen können?.....	81
- soziale Fähigkeiten; d.h. wie müssen sie sich verhalten können“?	81
5.8.1. Dimensionen mit den entsprechenden Kategorien und Ankerbeispielen:.....	81
5.8.2. Gesamtergebnisse	83
5.8.3. Darstellung der Daten:	84
6. Zusammenfassung der Ergebnisse.....	89
6.1. Beantwortung der Fragen	89
6.1.1. Einleitung	89
6.1.2. Zusammenfassung der Ergebnisse zum Modell der Lebensbereiche.....	89
6.2. Was beeinflusst die Gesundheit der älteren Frauen positiv?.....	89
6.3. Was verstehen ältere Frauen unter Pflege?.....	89
6.4. Wo gibt es Übereinstimmungen, wo Diskrepanzen zwischen der Literatur und den erhobenen Daten aus den Interviews?.....	90
6.5. Welche Erwartungen an das Pflegepersonal, haben älter Frauen in einer Phase, in welcher sie im Akutspital, Altersheim oder zu Hause leben? Welche Befürchtungen haben sie in Bezug auf eine Situation, in der sie Pflegeleistungen benötigen?	90
7. Konsequenzen	92
7.1. Einleitung	92
7.2. Allgemeine Konsequenzen.....	92
7.3. Konsequenzen für die Pflegeausbildung.....	95
8 . Zusammenfassung	97
9. Literaturverzeichnis	98
10. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	102
11. Verdankung und Selbständigkeitserklärung.....	106

1. Einleitung

1.1. Hintergrundwissen zum Thema

1.1.1. Der persönliche Bezug zum Thema

Für mich beinhaltet eine Auseinandersetzung mit dem Thema Alter immer auch gesellschaftspolitische Anteile. Im Weiteren gehe ich davon aus, dass Veränderungen immer in einem Gesamtkontext gesehen werden müssen. Das gilt insbesondere für Fragen, welche sich mit dem Gesundheitswesen befassen. So ist es für mich zwangsläufig, dass ich mich sowohl als Fachfrau für Gerontologie wie auch als Ausbilderin im Gesundheitswesen mit dem gesellschaftlichen Umfeld befassen muss, vor allem dann wenn es darum geht, irgend welche Veränderungen oder Neuerungen aufzuzeigen und einzuführen. Ich gehe davon aus, dass sich das gesamte Gesundheitswesen - und damit meine ich sämtliche Bereiche, wie etwa die verschiedenen Ausbildungen, Angebote im pflegerischen, therapeutischen und medizinischen Bereich - zu wenig mit den Bedürfnissen und Anliegen der älteren Menschen befasst. Die ganze Thematik wird in der aktuellen Lage praktisch nur unter einem ökonomischen Aspekt betrachtet; das aktuellste Beispiel ist die laufende Auseinandersetzung um die 5. Krankenversicherungsrevision. Dabei kommen menschliche, ethische und soziale Aspekte zu kurz. Ich möchte in der Folge aufzeigen, in welchen gesellschaftlichen Kontext ich meine Arbeit stellen möchte.

1.1.2. Gesellschaftliche Veränderungen

Wie eine Vergleichsstudie des Dichter Instituts zeigt, veränderte sich in den vergangenen 10 Jahren das Verhalten der 50 – 80 jährigen Menschen in der Schweiz so, dass die Anzahl der so genannten „Trend-Setter“ und „Trend-Jumper,“ d.h. der älteren Menschen, welche ihren Alltag aktiv gestalten, zunimmt (s. Dichter, 2000). Im Weiteren gibt es zahllose Beispiele, die bestätigen, dass viele der älteren Menschen in unzähligen gesellschaftlichen Bereichen aktiv sind, z.B. in der Nutzung des Senioren Web (s. www.senioren-web.ch), in Organisationen wie dem Adlatusverein (<http://www.adlatus.ch/ueberuns.html>) oder in unterschiedlichsten Bereichen der Freiwilligenarbeit, welche der Gesellschaft zugute kommen (s. Höpflinger & Stuckelberger, 1999). Diese und unzählige weitere Beispiele weisen darauf hin, dass die älteren Menschen nicht auf die Rolle der Nutzniesser und Kostenverursacher reduziert werden dürfen. Verschiedene Studien, die innerhalb des Nationalfondsprojekts 32 durchgeführt wurden, zeigen auf, dass sich die älteren Menschen überwiegend gesundheitlich gut fühlen und klare Vorstellungen über die Gestaltung ihres Alters besitzen (s. Stuckelberger & Höpflinger, 1999).

In den nächsten Jahren werden die so genannten Babyboomer ins Segment der älteren Menschen eintreten. Dies bedeutet, dass sich die Bevölkerungszusammensetzung verändern wird (siehe Abbildung 1).

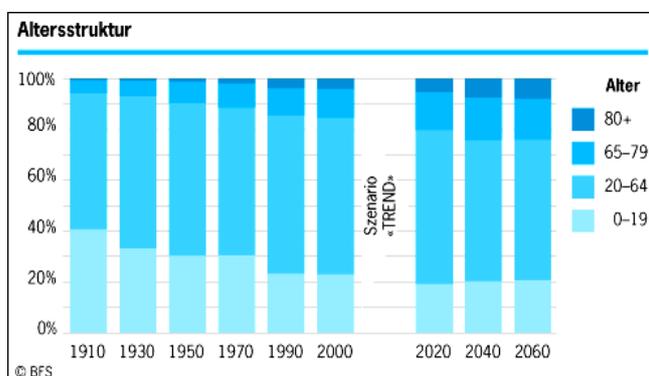


Abb. 1: Altersstrukturen in der Schweiz

Diese zukünftige Generation wird vermehrt gewohnt sein, sich für ihre individuellen Rechte zu wehren als die heutigen alten Menschen, da sie unter veränderten Entwicklungsbedingungen wie etwa die 68iger Erfahrung gross geworden ist. Ergebnisse einer aktuellen Studien des Gottlieb Duttweiler Institut äussert sich folgendermassen (<http://www.gdi.ch/index.php?id=508>), (...) „die Aussichten sind gut. Denn die neuen Senioren sind nicht nur in der Mehrheit, sie sind auch selbstbewusst, fit, aktiv, wohlhabend, egoistisch, kauffreudig und fühlen sich so gut wie noch nie.“ Dies könnte für das Gesundheitswesen heissen, dass es sich vermehrt nach den Bedürfnissen der zukünftigen älteren Menschen, respektive Kundinnen wird richten müssen, da sich die „neuen Alten“ weniger den Vorstellungen der Politikerinnen und der Institutionen anpassen werden. Wie ist es aber heute? Wie weit werden die Wünsche, Erwartungen, Bedürfnisse sowie die Befürchtungen und Ängste der älteren Menschen im Gesundheitswesen erhoben, erkannt und umgesetzt? Man geht davon aus, dass alte Menschen in der Regel kaum dazu bewegt werden können, dass sie Forderungen betreffend der Qualität in den Heimen formulieren; dazu gehört auch, dass Heimbewohnerinnen Ansprüche betreffend ihrer Lebensqualität tendenziell wenig konkret äussern (s. Gebert & Kneubühler, 2001). Die eben gestellte Frage ist sowohl für die Langzeitbetreuung wie die Akutspitäler relevant, da die Mehrheit der in den Akutinstitutionen behandelten Menschen über 40 Jahre alt ist. „37% der behandelten Menschen sind im Alter zwischen 40 und 69 und 26,9% sind 70jährige Menschen und älter“

(s. Bundesamt für Statistik 2004 S. 615).

Im Zeitalter von Kundenorientiertheit und Qualitätsmanagement müssen die Bedürfnisse und Erwartungen dieser Personengruppen betreffend Pflege und Betreuung ganz gezielt erfasst und umgesetzt werden.

1.1.3. Bildungspolitische Veränderungen

Am 1.1.2000 wurden auch die Gesundheitsberufe in die Obhut des Bundes gegeben und seit dem 1.1.2004 ist das neue Berufsbildungsgesetz in Kraft. Das heisst, die Gesundheitsberufe sind nun dem Bundesamt für Bildung und Technologie (BBT) unterstellt. Dies bedeutet, dass die Gesundheits- und Pflegeberufe total neu strukturiert werden. Es entstehen neue Ausbildungen, deren konkrete Aufgabenbereiche noch nicht klar definiert sind. Eine weitere Auswirkung ist, die Herausforderung für alle Pflegeausbildungen neue Lehrpläne erstellen zu müssen. In der vorliegenden Arbeit werde ich mich auf die Ausbildung der Tertiärstufe konzentrieren, da in Zukunft die Diplomausbildung zur Diplomierten Pflegefachfrau auf dieser Ebene stattfinden wird. Bei den Ausbildungen im Sekundärbereich handelt es sich um eine Gesundheitsausbildung, bei der die Pflege nur einer von vier Bereichen (Medizinaltechnik, Administration und Logistik, Lebensumfeld und Alltagsgestaltung, Betreuung und Pflege) ist. Die Hauptverantwortung für die Pflege von Patientinnen werden demzufolge nach wie vor die diplomierten Pflegepersonen tragen.

Im Weiteren bedeutet dies für die Zukunft, dass es in den Heimen und Spitälern zu einer neuen Aufgabenverteilung unter den verschiedenen Berufsgruppen kommen wird. Die Berufsgruppe der Pflege muss sich somit klarer überlegen, was ihre eigentlichen Kernaufgaben sind und wie sie diese in der Grundausbildung vermittelt. Dabei sollte sich innerhalb der Pflege der Gedanken der „Kundenorientiertheit“ vermehrt durchsetzen, indem man die Erwartungen der betroffenen Menschen vermehrt erfasst, insbesondere diejenigen der älteren Menschen und dies in allen Bereichen, und nicht primär auf die Erstklassabteilung des Akutspital beschränkt. Die seit einigen Jahren deutlich zunehmende Akademisierung der Pflege hat einen grossen Einfluss auf die Grundausbildungen: das

theoretische Berufsverständnis verändert sich, die Ausbildungsinhalte müssen evidenzbasiert sein, d.h. sie müssen den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechen, sie müssen Erfahrungswissen einbeziehen und die Erwartungen und Bedürfnisse der Patientinnen und Heimbewohnerinnen müssen beigezogen werden. Damit dies geschehen kann, müssen die Bedürfnisse und Erwartungen respektive Befürchtungen systematisch erhoben werden.

1.1.4. Gesundheitspolitische Veränderungen

Die Finanzierung des Gesundheitswesens hat sich in den vergangenen Jahren stark verändert. Die Angebotsmenge ist unter anderem durch die stetige Entwicklung von Medizin und Pflege gestiegen. Dies sind nur zwei von zahlreichen weiteren Aspekten, die dazu geführt haben, dass der Spardruck auf das Gesundheitswesen massiv gestiegen ist. Die Folge davon ist, dass die Spitalaufenthalte sich in den vergangenen 20 Jahren um mehr als 10 Tage verkürzt haben (s. www.obsan.ch); dies bedeutet, dass das Spital oft zu einem Zeitpunkt verlassen werden muss, zu dem die Rehabilitationsphase noch nicht abgeschlossen ist. Für alte Menschen kann dies zu äusserst problematischen Situationen führen, da Heilungsprozesse und Rehabilitation im Alter in der Regel länger dauern. Im Weiteren wird zunehmend intensiver über die Möglichkeiten von Rationalisierung und Rationierung diskutiert. Dabei wird im Zusammenhang mit der Rationierung auch immer wieder das Kriterium des kalendarischen Alters erwähnt; d.h. der Jahrgang eines Menschen soll darüber entscheiden, ob eine an sich sinnvolle Dienstleistung; sei es im Bereich Pflege, Medizin oder Therapie, durchgeführt wird oder nicht.

Des Weiteren wird darüber nachgedacht, wie die Finanzierung der Langzeitbetreuung in Zukunft gestaltet werden muss und welche Betreuungsangebote die öffentliche Hand anbieten will (Alterspolitik im Kanton Bern 2003). In diese Entscheidung gehört unter anderem die aktuelle Diskussion über die 5. Krankenversicherungsrevision. Darüber hinaus wird auch im Gesundheitswesen immer öfter von Qualitätssicherung und -förderung respektive von Verbesserung der Kundinnenzufriedenheit gesprochen. Dies zeigt sich an der Vielfalt an unterschiedlichen Qualitätsmessungsinstrumenten und Qualitäts-Zertifikaten. In verschiedenen Qualitätserfassungsinstrumenten für die Langzeitpflege werden einzelne Kriterien aufgeführt, welche klar darauf hinweisen, dass die Erwartungen und Bedürfnisse der älteren Menschen aktiv aufgenommen werden müssen (s. Heuer, 2000).

Eine weitere Veränderung der letzten Jahre ist die Tatsache, dass sich das Gesundheitswesen immer mehr zu einem freien Markt entwickelt: „Eines der Leitprinzipien der freien Marktwirtschaft ist, dass die Art, Menge und Qualität der Produkte u.a. über das Nachfrageverhalten und Einkommen der Haushalte reguliert wurde und durch Veränderungen des selben in bestimmte Richtungen gesteuert werden kann. Die Anbieter müssen sich nach den Präferenzen der Konsumentinnen richten, wie sie in der Nachfrage zu Ausdruck kommen.“ (s. Von Reibnitz, 2001). Dies ist aber insbesondere im Langzeitpflegebereich sehr von der ökonomischen Situation des pflegebedürftigen Menschen abhängig. In der Langzeitbetreuung kommt der freien Markt nur bei einer kleinen Gruppe der älteren Menschen zum Tragen.

In der Akutbetreuung entsprechen diese Vorstellungen z.T.. der Realität, aber auch da orientieren sich die Betriebe vor allem an den Personen im mittleren Lebensalter und ihren Erwartungen. Zu Fragen der Ökonomie äussert sich Von Reibnitz (2001, S. 265) wie folgt: „Förderung der Konsumenten- und Patientensouveränität kann zu einer Nachfrage-reduzierung nach Gesundheitsleistungen beitragen. Vorausgesetzt hierfür ist eine stärkere Umorientierung auf die Versicherten und Patienten. Damit diese mehr Selbstverantwortung für Gesundheit und Krankheit übernehmen.“

In dieser Arbeit werden die Erwartungen und Befürchtungen der 50–60 Jährigen und 70 jährigen und älteren Frauen erfasst und dies aus folgenden Gründen:

- Die über 65 jährigen teilen sich in der Schweiz folgendermassen auf:
450 854 Männer zu 658 312 Frauen
- 60% der über 65-jährigen sind Frauen
- Frauen als Patientinnen sind weniger untersucht als Männer
- Da die Männer eine kürzere Lebenserwartung haben, bleiben in den ältesten Gruppen fast nur Frauen übrig
- Ab dem 75 Altersjahr gibt es mehr Patientinnen als Patienten

(s. Ackermann, 2005)

1.2. Zielsetzungen der Arbeit

Im folgenden Kapitel werden die Zielsetzungen der Arbeit dargelegt.

- Faktoren, die von den älteren Frauen, welche die Untersuchungsgruppe bilden, als gesundheitsfördernd genannt wurden, mit solchen aus der Literatur vergleichen und allfällige Unterschiede aufzeigen.
- Herausfinden, ob die von den älteren Frauen genannten gesundheitsfördernden Faktoren sich in den Erwartungen an das Pflegepersonal widerspiegeln.
- Die Vorstellungen, welche die älteren Frauen von der professionellen Pflege haben, mit den Ergebnissen aus der Literatur und dem Verständnis der Autorin vergleichen.
- Erwartungen und Befürchtungen von älteren Frauen im Bezug auf die Dienstleistungen des diplomierten Pflegepersonals erfassen.
- Die Ergebnisse der Untersuchungsgruppe der 50–60 jährigen Frauen mit den Gruppen der 70jährigen und älteren Frauen vergleichen und allfällige Konsequenzen ableiten.
- Aus den Ergebnissen Konsequenzen für die theoretische Ausbildung des zukünftigen diplomierten Pflegepersonals ableiten.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1. Definitionen

2.1.1. Einleitung

In diesem Teil der Arbeit geht es um theoretische Hintergründe, auf deren Basis die Ergebnisse der Interviews analysiert werden. Es soll aufgezeigt werden, welche Erkenntnisse bereits vorhanden sind und wie Fachpersonen und Organisationen ihre Aufgaben, respektive ihre Ziele definieren, respektive zu welchen Ergebnissen die Wissenschaft kommt. Diese Inhalte sollen dazu dienen, um zu überprüfen, ob die Vorstellungen, respektive das Verständnis von Pflege und gesundheitsfördernden Faktoren der älteren Frauen mit dem Pflegeverständnis der Pflegefachpersonen und Organisationen sowie den Forschungsergebnissen übereinstimmen.

Bei der Auswahl der theoretischen Hintergründe stellte ich mir die Frage, welche Begriffe definiert werden müssen, so dass von einem möglichst gleichen Verständnis ausgegangen werden kann, welches später einen Vergleich der Daten ermöglicht. Eine weitere Frage war auch, welche Theorien helfen können, die Daten zu erklären und zu kategorisieren und

anschliessend die Ableitung von allfälligen Konsequenzen betreffend der Ausbildungsinhalte zu ermöglichen.

2.1.2. Was ist Pflege?

Wenn es um die Frage geht, welche Erwartungen ältere Frauen in einer Phase von Abhängigkeit an das Pflegepersonal haben, muss zuerst geklärt werden, was Pflege überhaupt ist. Zwar hat jeder Mensch irgendeine Vorstellung, was für ihn Pflege ist, aber es wird kaum darüber gesprochen. In den unterschiedlichen Fachkreisen (Pflege, Medizin, Politik) ist dies ein kontrovers diskutiertes Thema. Die Vorstellungen und das Verständnis von Pflege haben sich in den vergangenen Jahrzehnten bei einem Teil der Berufsangehörigen stark entwickelt und verändert. Dabei spielte die Akademisierung der Pflege eine wichtige Rolle; sie beeinflusste das Berufsverständnis und vor allem auch die Berufsausbildung. Es wurde deutlich, dass das Grundverständnis einer Pflgetheorie auf sehr unterschiedlichen theoretischen Überlegungen basieren kann, was dann auch Auswirkungen auf die konkreten Pflegeangebote hat. Deshalb wird in diesem Kapitel eine kurze Übersicht betreffend der Entwicklung der Berufskrankenpflege beschrieben. Wie weit sich das Verständnis auch ausserhalb der Berufsgruppe verändert hat, kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht gesagt werden. Einen Hinweis dazu werden jedoch die Daten der Umfragen geben.

Diese Darstellung soll eine Grundlage bilden, damit in einem nächsten Schritt die Vorstellungen der älteren Menschen und der Pflegepersonen bezüglich der Pflege verglichen werden können.

2.1.3. Kurzer geschichtlicher Rückblick auf die Geschichte der Krankenpflege in der Schweiz

Die sozialen, politischen und gesellschaftlichen Umwälzungen im 19. Jahrhundert bilden den Rahmen für die Entstehung der Berufskrankenpflege in der Schweiz.

Bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts gab es weder ausgebildetes Krankenpflegepersonal noch eigentliche Krankenhäuser. Die Kranken der Oberschicht liessen sich vorwiegend zu Hause pflegen und betreuen. In den bestehenden Anstalten, den so genannten Hospizen oder „Siechenhäusern“ waren die Armen, Älteren oder sonstige, aus der Gesellschaft ausgestossenen „Kranke“ untergebracht. Diese wurden von so genannten Wärtern und Wärterinnen betreut. Diese hatten innerhalb der Gesellschaft einen sehr tiefen sozialen Status. Daneben gab es in der katholischen Schweiz verschiedenste religiöse Gemeinschaften, die sich der Betreuung dieser Personengruppen annahmen. Die ersten so genannten Schwesternschaften, welche sich ausschliesslich der Krankenpflege widmeten, wurden in der Schweiz Mitte des 19. Jahrhunderts gegründet. Sie entstammten sowohl katholischen wie protestantischen Kreisen. Sie betrachteten ihre pflegerische Tätigkeit als einen Dienst an Gott. Dies ist auch der Ursprung der Berufsbezeichnung Krankenschwester.

Die gesellschaftlichen Veränderungen in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts mit der Industrialisierung und der Entwicklung der Medizin stellten neue Anforderungen an die Pflege. Im Jahr 1910 wurde der Schweizerische Krankenpflegebund (SKB) durch eine Ärztin und einen Arzt gegründet. Dieser Bund hatte zum Ziel, die berufliche Krankenpflege zu fördern und gleichzeitig auch sicherzustellen, dass sich der Pflegeberuf im Interesse der Ärzteschaft entwickelte. Die Statuten von 1910 enthielten gemäss Fritschi (1990, S. 102) folgende Zielsetzungen: „Die Einführung eines Krankenpflegeexamens und die Fernhaltung moralisch minderwertiger Elemente vom Pflegeberuf. Einen zweckmässigen Ausgleich von Angebot und Nachfrage im Pflegeberuf durch

Stellenvermittlungsbüros, die auf gemeinnützigen Grundlagen...betrieben, eine Besserung der Anstellungsverhältnisse des gut ausgebildeten Pflegepersonals gewährleisten.“ Bis 1948 durfte nur männliches Pflegepersonal dem SKB beitreten. Die vorwiegend in der Psychiatrie tätigen Männer organisierten sich im Verband des Personals öffentlicher Dienste (VPOD) 1899, und 1901 gründete das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) die ersten Krankenpflegeschulen der Schweiz.

Zwischen 1925 und 1965 fanden verschiedene Reformen statt, welche die Ausbildung immer stärker strukturierten und differenziertere Vorgaben machten. In der Reform von 1966 wurden zum ersten Mal von der Medizin unabhängige Inhalte in die Ausbildung aufgenommen, z.B. Prävention und Rehabilitation aus der Sicht der Pflege; im Weiteren fanden Gedanken zur Eigenständigkeit und Ganzheitlichkeit der Pflege Einzug. 1991 fand die nächste grosse Reform statt, welche die Aufgaben und Tätigkeitsbereiche der Pflege aufgeteilt in 5 Funktionen darlegte. Im letzten Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts griffen die Entwicklungen in den umgebenden Ländern, geprägt durch die pflegetheoretischen Erkenntnisse der angelsächsischen Länder, langsam auch auf die Schweiz über: an der Universität Basel wird 2000 ein Lehrstuhl für Pflege geschaffen; Pflgetheorien werden zum Inhalt der Ausbildung und haben konkrete Auswirkungen auf den Praxisalltag; pflegerisches Handeln basiert zunehmend auf spezifischen Modellen und Theorien.

2.1.4. Die wissenschaftliche Entwicklung der Pflege im Ausland

Wieso braucht es Pflgetheorien?

Theorien helfen, die Praxis genauer zu beschreiben, zu erklären, Entwicklungen vorauszusehen zu kontrollieren und somit Phänomene genauer zu erfassen. Wissen und Handeln kann besser systematisiert werden. Theorien bilden die Grundlagen für die Professionalisierung eines Berufstandes und haben eine wichtige Aufgabe im Bezug auf die Autonomie einer Profession. Theoretische Auseinandersetzungen fördern das analytische Denken. Zentrale Fragestellungen werden formuliert, in der Theorie beantwortet und für die Praxis zugänglich gemacht. Die pflegetheoretische Auseinandersetzung begann bereits um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert mit den Schriften von Florence Nightingale. Sie formulierte in ihren Schriften, was sie unter Pflege verstand, beispielsweise den Zusammenhang zwischen Umgebung und Pflege, oder die Möglichkeit, Einfluss auf die natürliche Heilung zu nehmen. Diese „Urgedanken“ der professionellen Pflege verloren allerdings im Verlauf des 20. Jahrhunderts sowohl in der Ausbildung wie in der Praxis an Bedeutung: das biomedizinische Modell, von der Medizin abgeleitet, prägte in den folgenden Jahrzehnten die Ausbildung und den Alltag der Pflege in vielen Ländern.

In den 30iger Jahren war Virginia Henderson eine der ersten Pflgetheoretikerinnen, welche eine eigenständige und von anderen Wissenschaften unabhängige Pflgetheorie entwickelte; sie stiess aber während langen Jahren immer wieder auf Widerstand. Ihr Modell fand in den ersten Jahrzehnten vorwiegend Einzug in Lehre und Forschung, aber kaum in die Pflegepraxis. Ein wichtiger Entwicklungsschritt war 1955 die Gründung der Zeitschrift „Nursing Research“; sie hatte das Ziel, über pflegerelevante, wissenschaftliche Forschung zu berichten.

Der folgende geschichtliche Ablauf zeigt auf, dass die Pflege im vergangenen Jahrhundert mehrere Schritte hin zu einem eigenständigen Wissenschaftsfachgebiet machen musste (s. Schaeffer 1997).

1. Die Praxisphase:

Die Entwicklung der Pflege als Beruf durch die Pionierinnen, welche formulieren, was sie unter Pflege verstehen.

2. Die Ausbildungsphase:

Die Phase, in der es darum geht, die Ausbildung zu verfestigen und professionalisieren. Die Lehrerinnen werden umfassender ausgebildet und beginnen, für den Beruf und die Ausbildung relevante Fragen zu stellen.

3. Die Forschungsphase:

In der Phase 2 und 3 stellen sich die Pflgetheoretikerinnen vor allem die Frage nach dem Wesen der Inhalte, welche in der Ausbildung auf allen Stufen vermittelt werden müssen. Da wird auch deutlich, dass die Pflege ein eigenständiger Bereich ist und eigene relevante Fragen stellt.

4. Die Theoriephase:

Hier findet die Bildung von Pflgetheorien statt, welche Antwort auf die gestellten Fragen gibt, und zwar aus pflegerischer Sicht.

In den frühen 80er Jahren setzte eine Phase der Verfeinerung und Erweiterung der Theorien ein. Dieser Prozess hat in den angelsächsischen Ländern über die Jahrtausendwende hinweg angehalten.

Weidner (1995, S. 82) stellte sich die Frage, welchen Einfluss Pflegemodelle auf die Professionalisierung der Pflege haben könnten dabei bezieht er sich auf Gruendinger (1985): „Gruendinger untersuchte die Frage, ob die Pflegemodelle einen Beitrag zur Professionalisierung der Pflege darstellen können. Anhand theoretischer Analysen gängiger Professionsmerkmale, wie Prestige, Autonomie und ethischer Kodexe aus pflegerischer Perspektive, kommt sie zu dem Ergebnis, dass die Pflegemodelle einen positiven Einfluss auf die Statusentwicklung der „nursing Profession“ haben.“

2.1.5. Welche Gedanken, Theorien, Konzepte liegen den verschiedenen Pflgetheorien zu Grunde?

Auf welchen theoretischen Grundlagen basieren die verschiedenen Pflgetheorien? Diese Frage widmete sich Marriner-Tomey (1992). Sie zeigt auf, dass alle Theoretikerinnen davon ausgehen, dass Pflege „Beziehung“ ist, d.h. Pflege findet immer im Kontext einer sozialen Interaktion statt, darin werden aber unterschiedliche Schwerpunkte und Aspekte gewichtet.

Kunst und Wissenschaft der humanistischen Krankenpflege

Bereits Nightingale, aber auch spätere Theoretikerinnen wie Henderson, Leininger, Orem, Henderson oder Benner (1999) bauten ihre Theorien auf einem humanistischen Verständnis von Pflege auf; d.h. sie gehen davon aus, dass Pflege ein Vorgang ist, der sich zwischen menschlichen Wesen abspielt und dass sich der Mensch nicht nur von Trieben und Reizen leiten lässt, sondern dass der Mensch stets nach Selbstverwirklichung und Freiheit strebt

(s. Michel, 2001). Dabei wird aber Pflege mehr als nur eine einseitige Beziehung zwischen Objekt und Subjekt angesehen, sondern als eine verantwortungsvolle gegenseitige Beziehung. Die weitere Entwicklung der Theorien entwickelte sich dann in unterschiedliche Richtungen; so baute beispielsweise Orem (1999) ihr Modell auf den Gedanken der Selbsthilfe und des Selbsthilfedefizits auf, während Leininger (1999) vor allem den Aspekt der kulturellen Einflüsse und Unterschiede im Bezug auf die Pflege beachtete.

Die Theorie von Henderson (1999) basiert auf der Prämisse, dass der Mensch vierzehn Grundbedürfnisse aufweist (z.B. Atmen, Bewegung, Kommunikation, Sinnfindung, Lernen etc.); die Aufgabe der Pflege ist es, den Patienten darin zu unterstützen, was seine Gesundheit fördert oder ihm hilft, diese wieder zu erlangen, respektive einen friedlichen Tod zu ermöglichen. Um die Gesundheit des Patienten zu erhalten oder wieder zu

erlangen, braucht es gemäss Henderson (1999) eine interdisziplinäre Zusammenarbeit. Auch Roper (1999) baute ihr Modell auf den Lebensaktivitäten auf, sie ging aber zusätzlich davon aus, dass diese Lebensaktivitäten auch immer von Faktoren aus dem Sozialen, Psychischen, Körperlichen und der Umwelt beeinflusst werden. Roper (1999) betont folgerichtig, dass es eine wichtige Rolle spielt, in welchem Bereich der Lebensspanne sich ein Mensch befindet.

Zwischenmenschliche Beziehungen

Peplau, Orlando, Erikson (1999) und andere sprechen in ihren Theorien vor allem den zwischenmenschlichen Aspekt an.

Peplau weist darauf hin, dass es von zentraler Bedeutung ist, dass die Pflegeperson ihr eigenes Verhalten versteht, damit sie den Patienten gezielter darin unterstützen kann, Verhalten bei sich selber zu erkennen. Erikson (1999) betonten dagegen, dass das Gelingen von Pflege davon abhängt, in welchem Ausmass die Pflegeperson ein Verständnis für die Welt der Pflegeempfängerin entwickeln kann.

Die Verknüpfung von verschiedenen Systemen innerhalb eines Modells

Roy, King, Neumann (1999) und weitere Pflege-theoretikerinnen bauten ihre Theorien auf der Verknüpfung verschiedener Systeme auf. Roy sagt unter anderem dass der Mensch die Umwelt stets nach Stimuli überprüft, um sich den neuen Gegebenheiten anpassen zu können. Die Aufgabe der Pflege ist es, den Menschen in diesem Prozess zu unterstützen.

2.1.6. Was wird unter Pflege verstanden?

In diesem Kapitel geht es darum, aufzuzeigen, wie einzelne Pflege-theoretikerinnen und Pflegeorganisationen Pflege und ihre Absichten respektive Ziele beschreiben. Eine der einflussreichsten und bis heute gültigen Definitionen formulierte Florence Nightingale (1858, zit.n. Meleis, 1999 S. 200): „ Sie definiert Pflege als Sorge für die persönliche Gesundheit des Individuums, die das Individuum in den bestmöglichen Zustand bringt, damit die Natur an ihm wirken kann.“ Diese Definition ist, obwohl schon alt, noch heute gültig.

Definition gemäss Juchli (1985, zit.n. Brandenburg & Dorschner, 2003 S. 37).

„Krankenpflege ist in meinen Augen ein Beruf, der ganz stark geprägt ist vom Polaritätsprinzip. Er ist sowohl wissenschaftlich, rational-analytisch, zeitorientiert, selbstbestimmend und eigenständig, als auch intuitiv, ganzheitlich, nach Synthese suchend, zeitunabhängig, umgebungsbestimmt und damit auch abhängig.“

Definition gemäss Käppeli (1993, zit.n. Brandenburg & Dorschner, 2003 S. 37-38).

„Pflege ist ein zum Mensch hin orientierter Beruf, der sich mit allen menschlichen Bedürfnissen und Problemen befasst, welche mit Gesundheit, Krisensituationen und Krankheit zu tun haben. Pflege bemüht sich, Gesundheit zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen, indem sie Individuen und Gruppen hilft, ihr Gesundheitsbewusstsein zu fördern, Verantwortung für eine gesunde Lebensweise und Umgebung zu übernehmen und eigene Ressourcen zu entwickeln... „,

Eine weitere Definition, von Meleis formuliert (1999, S. 201), lautet: “(...) Meleis und Trangenstein (1994) definieren Pflege als Auseinandersetzung mit dem Prozess und der Erfahrung von Menschen, die sich in einem Statusübergang befinden. Deshalb wird Pflege als „Hilfe“ bei Transitionen zur Steigerung des Gefühls von Wohlbefinden“ definiert.“

Eine weitere wichtige Definition stammt vom International Council of Nurses (ICN). Diese formulierte Henderson (1966, zit.n. Meleis, 1999, S. 200). „Henderson legt eine Definition vor, die die einzigartige Rolle von Pflege betont, und unterstreicht zugleich die Rolle des Patienten bei der Selbstversorgung. Wenn Patienten aufgrund von Gesundheitsproblemen nicht imstande sind, für sich selbst zu sorgen, bekommen sie von Pflegekräften die Pflege und Betreuung, die sie benötigen. Der Patient übernimmt die Selbstversorgung, wenn er

dazu wieder imstande ist. Es wird von Pflegekräften nicht erwartet, dass sie etwas für Patienten tun, was diese selbst tun können.“

Die American Nurses Association (ANA) definiert 1980 die Pflege gemäss Meleis (1999) als eine Diagnose und Behandlung von menschlichen Reaktionen, welche auf aktuellen oder potentiellen Gesundheitsproblemen basieren. Später wurde die Definition noch dahin ergänzt, dass die Pflege zur Betreuung und Versorgung von kranken und gesunden Menschen verpflichtet ist und dies sowohl dem Individuum, Gruppen oder der Gemeinschaft gegenüber.

Im Rahmenlehrplan des BBT wird Pflege wie folgt beschrieben:

(s. Schweizerisches Rotes Kreuz, 2003)

„1. Pflege leistet, im Rahmen der geltenden Gesetzgebung im Auftrag der Allgemeinheit bzw. der Klientinnen / Patienten, einen zentralen Beitrag zur Gesundheitserhaltung und Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.

2. Pflege richtet sich an Einzelpersonen, Familiensysteme oder Gruppen in unterschiedlichen physischem und / oder psychischem Zustand und aus verschiedenen sozio - kulturellen Umfeldern.

3. Die Pflege orientiert sich an einem analytischen und systematischen Vorgehen. Das Vorgehen nimmt Bezug zu anerkannten Referenzklassifikationen, zurzeit NURSINGdata.

Der Prozess des klinischen Verfahrens beinhaltet:

- Pflegeanamnese (Beobachten, Fakten sammeln)
- Pflegediagnose (Probleme und Ressourcen identifizieren, Ziele festlegen)
- Pflegeintervention (Pflege planen und durchführen)
- Pflegeergebnisse (Wirksamkeit der Interventionen überprüfen)

4. Kompetentes pflegerisches Handeln basiert auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, namentlich der Pflegewissenschaft, sowie auf ethischen Grundsätzen.

5. Voraussetzung für die Ausübung von Pflege ist die intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit mit allen beteiligten Fachpersonen.“

Das Verständnis von Pflege an der Berufsschule für Pflege Bern wird im Leitbild folgendermassen definiert:

„1. Pflege leistet, im Rahmen der geltenden Gesetzgebung und im Auftrag der Allgemeinheit bzw. der Klientinnen / Patientinnen, einen zentralen Beitrag zur Gesundheitsförderung, Gesundheitserhaltung und Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.

2. Pflege findet in Zusammenarbeit mit Einzelpersonen, Familiensystemen oder Gruppen in unterschiedlichem und / oder psychischem Zustand und aus verschiedenen sozio – kulturellen Umfeldern statt.

3. Die Pflege orientiert sich an einem analytischen und systematischen Vorgehen und am kontextuellen Erfassen von Situationen. Das Vorgehen nimmt Bezug zu anerkannten Referenzklassifikationen (NURSINGdata).
4. Der Prozess des Problemlösungsverfahrens beinhaltet:
 - Pflegeanamnese (Beobachten, Fakten sammeln)
 - Pflege diagnose (Probleme und Ressourcen identifizieren, Ziele festlegen)
 - Pflegeinterventionen (Pflege planen und durchführen)
 - Pflegeergebnisse (Wirksamkeit der Interventionen überprüfen)
5. Kompetentes, pflegerisches Handeln basiert auf wissenschaftlichen Erkenntnissen (evidenzbasiert), namentlich der Pflegewissenschaft, der Natur-, Sozial- und Geisteswissenschaften, auf Erfahrungswissen, sowie auf ethischen Grundsätzen.
6. Voraussetzung für die Ausübung von Pflege ist intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit mit allen beteiligten Fachpersonen.“

2.1.7. Die neusten Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften zur Behandlung und Betreuung ältere pflegebedürftiger Menschen

Die neuesten Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) richten sich an das Pflegepersonal, an Ärztinnen und Therapeutinnen, aber auch an die Pflege anbietenden Organisationen sowie an die Ausbildungs- und Weiterbildungsinstitutionen und die politischen Behörden. Auch wenn sie keine gesetzliche Grundlage sind, haben sie doch ihre Gültigkeit, so wurden sie z.B. in die Standesordnung der FMH aufgenommen. Diese Richtlinien haben für die Pflege einen wichtigen Stellenwert, ist es doch das umfassendste und differenzierteste Papier, das es als Richtschnur für die Betreuung alter und pflegebedürftiger Menschen gibt; das heisst, dieses Papier muss bei allfälligen Klagen oder Problemen beigezogen werden. Die Richtlinien wurden von einer Expertinnengruppe aus den verschiedensten Fachkreisen entwickelt. Dazu gehörte auch die Vertreterin der Vereinigung aktiver Senioren- und Selbsthilfe-Organisationen der Schweiz (VASO), welche die Interessen der älteren Menschen vertrat. Im Weiteren wurde die Vernehmlassung sehr breit angelegt, was viele ältere Menschen dazu veranlasste, an der Vernehmlassung teilzunehmen und sich mehrheitlich positiv zu den Richtlinien zu äussern.

Der Inhalt dieser Richtlinien, vor allem aber ihre Umsetzung im Alltag, hat einen hohen Stellenwert: das Richtlinienpapier eine der wenigen interdisziplinären und für verschiedenste Anspruchsgruppen geltende Vorgabe.

Gemäss den Äusserungen des Präsidenten der SAMW hat die aktuelle gesundheitspolitische Situation (Kostendruck, Fallpauschalen, Vorurteile dem Alter gegenüber etc.) den Druck auf die Behandlung und Betreuung von älteren Menschen erhöht. Heute könne man nicht mehr von einer Überbehandlung der älteren Menschen sprechen, sondern die Realität entspreche eher einer Unterbehandlung, d.h. dass notwendige Massnahmen nicht mehr in allen Fällen gewährleistet sind.

Die neuen Richtlinien nehmen viele zentrale Themen des Alters auf, wie Autonomie, Entscheidungsprozess, Behandlung und Betreuung bei psychischen, physischen, geistigen und sozialen Einschränkungen, Eintritt in eine Langzeitinstitution, Suizid, Sterbebegleitung und Tod etc.

Die SAMW formuliert deutlich, dass das Alter kein Kriterium sein dürfe, um einem Menschen sinnvolle pflegerische, medizinische oder therapeutische Massnahmen vorzuenthalten.

Es seien Rahmenbedingungen zu schaffen, welche den älteren Menschen erlauben, trotz Abhängigkeiten ein möglichst selbst bestimmtes Leben zu führen. Dies ist in den

Richtlinien folgendermassen formuliert (SAMW 2004 S. 3) „ Der normative Anspruch auf Respektierung der Menschenwürde und Autonomie gilt uneingeschränkt für alle Menschen. Er ist unteilbar und soll die Menschen vor Instrumentalisierung schützen. Das Recht materialisiert diesen Grundanspruch des Menschen auf Würde und Autonomie als das Recht „auf Respektierung der Menschenwürde,“ auf „Schutz der Persönlichkeit“ und auf „Selbstbestimmung.“ Eingeschränkte Autonomiefähigkeiten, welche mit zunehmendem Alter häufiger werden und das Gleichgewicht zwischen den abhängigen und unabhängigen Seiten eines Menschen stören, heben den Anspruch auf Respektierung seiner Würde und Autonomie nicht auf.“

Es wird klar formuliert, dass auch der pflegebedürftige Mensch ein Recht auf Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation hat. Auch in einer akuten Situation muss ein alter pflegebedürftiger Mensch adäquat behandelt werden. Dies wird folgendermassen formuliert (SAMW 2004 S. 6): „Pflegebedürftige ältere Menschen werden bei akuter Erkrankung auf Notfallstationen oder in Akutspitalabteilungen, aber auch in Langzeitinstitutionen oft suboptimal behandelt. Es ist ärztliche, pflegerische und therapeutische Aufgabe, sicherzustellen, dass pflegebedürftige ältere Menschen Zugang zu einer adäquaten Abklärung und Akutbehandlung haben. Dabei ist auch im Akutspital die durch die Pflegebedürftigkeit bedingte spezifische Betreuung (z.B. bei Demenzkranken) zu gewährleisten.“ Bei der Betreuung Sterbender wird verlangt, dass das Konzept der Palliativen Betreuung zum Tragen kommt und somit die belastenden Themen eines sterbenden Menschen aktiv angegangen werden.

Ein weiterer Punkt, auf den umfassend eingegangen wird, ist die Frage, wie Entscheide zustande kommen. Dabei werden die Interdisziplinarität und ein Vorgehen nach den Regeln des Entscheidungsprozesses stark betont; der alte Mensch selber wird jedoch eher in einer passiven Rolle beschrieben. Im Weiteren werden Fragen rund um die Thematik „urteilsfähig – urteilsunfähig“ differenziert dargelegt. Es kommt klar zum Ausdruck, dass man solche Situationen bereits in einer Phase der Urteilsfähigkeit ansprechen muss, um die Aufgaben einer allfälligen Vertretung klären zu können.

Beim Thema Suizid und Beihilfe zum Selbstmord wird auf mögliche Probleme und Schwierigkeiten hingewiesen und klar aufgezeigt, wie umfassend und seriös diese Fragen abgeklärt werden müssen. Das Gleiche gilt für freiheitsbeschränkende Massnahmen und allfällige Misshandlungen oder Vernachlässigungen.

Die Richtlinien geben Empfehlungen an die Institutionen der Langzeitpflege ab, welche die Aspekte des Eintritts, des Beschwerderechtes, des Schutzes der Persönlichkeitsrechte und des Sterbens, sowie Suizidfragen thematisieren. Zudem werden auch die Bereiche der Qualitätserfassung und Überprüfung sowie der Anspruch auf qualifiziertes Personal klar dargelegt.

(s. http://www.samw.ch/content/Richtlinien/d_RL_AeMiA_2004.pdf)

2.1.8. Die Entwicklung von Pflegesystemen und deren Auswirkung auf die Einflussnahme der Patientinnen

Diese Diskussion begann in den 1970er-Jahren mit der Kritik an der vorherrschenden Funktionspflege, einer Pflege, die sich vorrangig an den Bedürfnissen der Betriebe und kaum an denen der Patientinnen orientierte und somit den Pflegeverständnissen, welche die Pflegeetheoretikerinnen formulierten, nur in Ansätzen gerecht wurde. In den folgenden Jahren hielt die genannte Zimmer- Gruppen- oder Bezugspflege immer mehr Einzug in die Gesundheitsinstitutionen. In den letzten Jahren fand das so genannte Primary Nursing System auch in der Langzeitpflege Anklang. Diese Form von Pflege ermöglicht der Patientin oder Bewohnerin mehr Einflussnahme auf ihre Betreuung, da sie eine Bezugsperson hat, welche dafür verantwortlich ist, dass ihre Erwartungen, Bedürfnisse und

Anliegen erfasst werden und sie möglichst umgesetzt werden; dies muss aber nicht nur durch die Pflege gewährleistet werden, sondern hat interdisziplinär stattzufinden. Im Weiteren ermöglichte diese Form von Pflege ein breiteres Verständnis von Pflege, in dem auch psycho-soziale Aspekte vermehrt Beachtung fanden. Gerade diese Errungenschaften der vergangenen Jahrzehnte sind in der aktuellen gesundheitspolitischen Situation leider gefährdet. Dies formuliert Von Reibnitz (2001, S. 50) folgendermassen: „Nicht unerwähnt bleiben sollte allerdings, dass in Folge des Kostendrucks derzeit die Spielräume für Innovationen der Pflege enger werden, da sich eine Renaissance der Funktionspflege abzuzeichnen beginnt, wie sie unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten betrachtet effizienter zu sein scheint. Hier deutet sich ein grundsätzliches Problem an: beobachtbar ist, dass Patientenorientierung und ökonomische Erfordernisse oft über kurz oder lang in ein Spannungsverhältnis geraten, das allzu leicht zu Ungunsten von Patientenorientierung ausfällt. Nichts desto trotz geht es darum, die Pflege so zu organisieren und gestalten, dass die Patientin ihren Status als Objekt ablegen kann und als Subjekt wahrgenommen wird, und ihr dadurch auch die entsprechende Einflussnahme ermöglicht wird. Die Patientin muss in dem Behandlungs- und Betreuungssystem eine tragende Rolle spielen.“ Dazu äussert sich Schaeffer (2001, S. 55 und 59) folgendermassen: „So wird in der Pflege über Bedarfsgerechtigkeit hinaus auch Bedürfnisorientierung und somit die Einbeziehung subjektiver Wünsche und Präferenzen propagiert. Die Umsetzung dessen ist – das sei nicht unterschlagen – frei lich nicht einfach, denn über Patientenbedürfnisse liegen bislang wenige Daten und Studien vor. Hier gilt es also eine Forschungslücke zu füllen, um dieser Weiterentwicklung die notwendige Schubkraft zu verleihen. Wie wir in einer Studie über die Versorgung letal erkrankter Patienten feststellen konnten, folgen Patienten in der Regel anderen Relevanzkriterien und Prioritäten als seitens der Versorgung unterstellt und vorausgesetzt.“

2.2. Eigene Definition von Pflege

2.2.1. Mein persönliches Verständnis von Gesundheits- und Krankenpflege

Aus meiner Sicht ist Pflege immer nur in einem Gesamtkontext zu sehen, da sowohl die Pflege als Beruf, aber auch das Handeln der Pflegenden stets von verschiedenen Faktoren mitbestimmt werden. Die zentralen Einflussfaktoren sind identisch mit den so genannten Metaparadigmen (Menschenbild, Umwelt, Gesund- und Krankheit, Pflege). Dieser Aspekt wurde im Literaturteil nicht miteinbezogen, da dies den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde; die Metaparadigmen sind aber fester Bestandteil aller Pflege-theorien.

Mein persönliches Pflegeverständnis

Pflege heisst für mich, dass man als Pflegende die Aufgabe hat, den Menschen in allen Lebensbereichen (physisch, sozial, psychisch, geistig, spirituell und umweltbezogen) zu unterstützen, in welchen er nicht mehr selbstständig aktiv sein kann. Die Unterstützung kann zwischen vollständiger Übernahme und kleinster Hilfestellung variieren. Das Motto sollte aber lauten: „Mache nie etwas, was der pflegebedürftige Mensch selber kann.“ D.h. das Erhalten, Integrieren und Fördern von Ressourcen, und zwar in allen Lebensbereichen, muss stets beachtet werden. Pflege darf nicht dazu führen, dass der zu pflegende Mensch seine Selbstverantwortung aufgibt. Konkret heisst das beispielsweise, dass die diplomierte Pflegeperson mit einer Patientin die Planung des Spitalaustritts bespricht, und dort Unterstützung und Informationen liefert, wo es die Patientin braucht; den Rest macht die Patientin selbstständig.

Die Pflege kann sich an einzelne Personen richten, aber auch an eine zusammengehörende Gruppe wie etwa eine Familie, oder an grössere Gruppen mit gleichen oder ähnlichen Fragestellungen oder Problemen. Pflege erfordert, dass in allen Situationen kommuniziert werden muss. Damit meine ich nicht alleine die Fähigkeit zu verbaler Kommunikation,

sondern ein breites Spektrum an Fähigkeiten und Techniken, Mitteilungen unterschiedlichster Art wahrzunehmen und zu interpretieren, respektive sich der Situation angepasst mitteilen zu können. Jede Pflegehandlung, gleichgültig welcher Art und bei was für einem Menschen sie stattfindet, d.h. unabhängig von seiner Herkunft, seinem geistigen und körperlichen Zustand und seiner Ausdrucksmöglichkeiten, findet in einer sozialen Interaktion statt. Pflege heisst, einen Menschen in den verschiedensten Phasen des Lebens, in Krankheit, in Krisen und im Sterben zu begleiten. Gerade die Sterbebegleitung verlangt von den Pflegenden ein Höchstmass an Kompetenzen in allen Bereichen. Bei all diesen Faktoren muss die Pflege aktiv ein Umfeld gestalten, welches dem betroffenen Menschen eine Auseinandersetzung mit seiner Situation ermöglicht. Unter Gestaltung verstehe ich nicht, für alles alleine zuständig zu sein, sondern das Wissen und die Fähigkeiten, die Koordination und somit auch einen Teil der Verantwortung übernehmen zu können. Konkret heisst das die Interdisziplinarität zu unterstützen, zu fördern und zu organisieren, das soziale Umfeld des Menschen zu erfassen, beizuziehen, als Ressource zu nutzen und wenn erwünscht mitzubegleiten, dies geschieht immer in Absprache mit den Beteiligten. Es gehört aber auch zu den Aufgaben der Pflege, Grenzen des Machbaren aufzuzeigen und mitzuhelfen nach Alternativen zu suchen.

Pflege ist für mich aber vor allem auch eine stetige Auseinandersetzung mit den verschiedensten Werten und Normen; ohne diese Reflexionsarbeit ist eine interdisziplinäre, personenbezogene, ressourcenbezogene und auf den Grundsätzen des Humanismus aufgebaute Pflege nicht möglich. Pflegen stellt hohe Anforderungen an das Wissen, an die Umsetzbarkeit dieses Wissen, an manuell-technische Fertigkeiten und an die Wahrnehmung und Einschätzung von unterschiedlichsten Situationen (Notfallsituationen, schleichende Veränderungen, unterschiedlichste Umfelder etc.). Neues Wissen muss immer wieder in das bereits vorhandene Wissen integriert werden. Diese Anforderungen ziehen sich durch alle Tätigkeiten hindurch und müssen immer wieder auf neue Situationen übertragen werden. Eine Pflegeperson muss den Sinn und Zweck von therapeutischen und diagnostischen Intervention kennen und dem betroffenen Menschen erläutern können. Sie muss sie korrekt durchführen können und die allfällig nötigen Folgehandlungen (Wirkung, Nebenwirkungen etc.) aus zuführen wissen. Das Gleiche gilt für präventive und rehabilitative Situationen. Eine Pflegeperson muss immer auch die gesunden Anteile eines Menschen beachten und in ihr Handeln einbeziehen. Es ist nie jemand „nur“ krank. Pflegerisches Handeln sollte deshalb immer auch gesundheitsfördernde Anteile beinhalten: Der betroffene Mensch sollte immer mitbestimmen können.

Die heutige Situation im Gesundheitswesen erfordert von einer Pflegeperson, dass sie sich berufs- und gesellschaftspolitisches Wissen und Kompetenzen aneignet, ein klares Verständnis ihrer Rolle als Fachperson hat und sich gegenüber berufsfremden Tätigkeiten abgrenzen kann und sich mit ihren Aufgaben als Pflegefachperson immer wieder auseinandersetzt. Sie muss auch in gesellschaftlichen und ökonomischen Zusammenhängen denken können. Sie muss in der Lage sein, sich neues Wissen aus verschiedenen anderen Fachbereichen selbstständig anzueignen und in den Berufsalltag zu transferieren. Zusammenfassend heisst dies: Pflege ist für mich nicht irgendeine isolierte Tätigkeit innerhalb des Gesundheitswesens. Der Pflege kommt eine zentrale Rolle betreffend Koordination und Überblick zu. Das Spektrum ihres Aufgabenfeldes ist folglich sehr breit: es kann vom Ausführen einer Einzelhandlung bis zur Mitgestaltung sämtlicher Lebensbereiche einer pflegebedürftigen Person reichen.

Je nach Tätigkeitsgebiet der Pflegeperson ist die Gewichtung der einzelnen Anforderungen zwangsläufig sehr unterschiedlich.

2.2.2. Das persönliche Pflegeverständnis im Vergleich zur pflegetheoretischen

Literatur

Ich finde in den oben erläuterten Grundsatzüberlegungen aus den Pflege-theorien (s. Kapitel 3.1.1. bis 3.1.10) keine Äusserungen, die meinen persönlichen Vorstellungen von Pflege widersprechen würden. Jedoch gibt es einige Bereiche, die aus meiner Sicht fehlen. So wird das Thema Sterben und Sterbebegleitung nur einmal explizit erwähnt. Nach meiner Meinung ist Sterben mehr als eine Transition, wie sie Meleis (1999) erwähnt; demzufolge stellt sie für Pflegende eine grosse Herausforderung dar. Auch kommt zu wenig zum Ausdruck, dass die Pflege eine wichtige Drehscheibenfunktion besitzt; eine zentrale Aufgabe liegt ja im logistischen Bereich: d.h. zu koordinieren und organisieren und zwar nicht nur der eigenen Arbeit, sondern vernetzt mit allen Personen und Diensten, welche in die Betreuung der Patientin involviert sind. Dies ist eine zentrale Aufgabe von Pflegepersonen innerhalb der verschiedensten Organisationen inne hat, sei dies in der Langzeit- oder der Akutpflege.

Die Äusserungen in der Literatur beziehen sich zu dem vor allem auf die Akutpflege, da in keiner Definition direkte Aussagen zu den Aufgaben im Bereich von Lebens- und Alltagsgestaltung gemacht werden. Gerade im Langzeitbereich kommt der Pflege in diesem Bereich eine zentrale Rolle zu, sei dies zum Beispiel im psychosozialen oder geistigen Bereich situationsspezifische Angebote an zu bieten. Es erstaunt mich aber nicht, dass dies so ist, da ich die Behauptung aufstelle, dass gerade in diesen Alltagsbereichen ein grosses Defizit an Angeboten besteht.

Was ich des Weiteren in der Literatur vermisse, ist die Nennung von berufs- und gesellschaftspolitischen Aufgaben. Für mich ist klar, dass ein Beruf, dessen Arbeit zu einem grossen Teil darin besteht, von der Gesellschaft übertragene Aufgaben auszuführen, in diesem Bereich auch entsprechende Fähigkeiten und Kompetenzen besitzen muss. Aus meiner Sicht braucht es gerade in der heutigen Zeit, welche vom Primat der Ökonomie geprägt ist, die Fähigkeit, ganz bewusst auch in diesen Dimensionen denken zu können.

Bei einer reinen Funktionspflege (s. Kapitel 3.1.7.) ist mein Verständnis von Pflege nicht umsetzbar. Im Gegensatz dazu steht das Primary Nursing - System, welches viele meiner Vorstellungen als Voraussetzung integriert.

Die Inhalte der SAMW Richtlinie haben für mich höchste Priorität. Es ist von zentraler Wichtigkeit, dass es diese Richtlinien gibt. Die grosse Frage aber ist - und das ist gleichzeitig auch ihre Schwäche - wie werden sie in die Realität umgesetzt? Ein Nichteinhalten der Richtlinien hat nämlich kaum Konsequenzen. Ausserdem sehe ich ihre Umsetzung aufgrund der aktuellen gesundheitspolitischen Strömungen und den ökonomischen Anforderungen, als kaum realisierbar.

2.2.3. Zusammenfassung

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Pflege eine höchst komplexe Aufgabe ist. Bei praktisch allen Definitionen spielen das Erhalten und die Förderung der Gesundheit eine Rolle. Was auffällt, ist dass das Thema Sterben, Tod und Sterbebegleitung in diesen Pflegeverständnissen nur einmal explizit genannt wird. Daneben wird in praktisch allen Definitionen aufgezeigt, dass die Pflege von den verschiedensten Faktoren beeinflusst wird und dass sie sich stets mit der aktuellen und individuellen Situation des zu pflegenden Menschen auseinander setzen muss. Es wird auch ersichtlich, dass die Thematik Defizite und Ressourcen als ein Kontinuum angesehen wird; das heisst, ein Mensch hat nie nur Defizite, es gibt immer auch mehr oder weniger sichtbare Ressourcen. Pflegen bedeutet also nicht immer einfach „übernehmen,“ sondern es müssen klar strukturierte Vorgehensweisen, welche durch wissenschaftliche Kenntnisse beeinflusst sind, eingehalten werden. Die Pflege findet überdies stets in einem Umfeld von Gesellschaft und Umwelt, aber auch interdisziplinär statt. Um den heutigen Ansprüchen in allen Bereichen gerecht zu

werden, braucht es ein Grundlagewissen in der Pflege selber aber auch in anderen Bereichen wie der Psychologie, Soziologie, Politik etc.. Um die Ansprüche erfüllen zu können, welche die einzelnen Pflegefachbereiche stellen, benötigen die Pflegefachpersonen spezifisches Wissen und Fertigkeiten in diesen Gebieten wie etwa in den Bereichen Gerontologie, Geriatrie, Psychiatrie, Kinderkrankenpflege, chronisch kranke Menschen etc.

2.3. Was ist Gesundheit und was beeinflusst sie?

2.3.1. Einleitung

Im folgenden Kapitel geht es um die Frage, was eigentlich Gesundheit ist. Es wird dargelegt, was die WHO (World Health Organization) und verschiedene Vertreterinnen der Pflege unter dem Begriff verstehen. Wie im vorangegangenen Kapitel sichtbar wurde, ist das Erhalten und Fördern von Gesundheit eine zentrale Aufgabe der Pflege, das heisst, dieser Begriff muss zuerst definiert werden, wenn man sich mit den Aufgaben der Pflege befassen will. Im Weiteren geht es darum, darzulegen, welche Faktoren die Gesundheit beeinflussen. Dies ist notwendig, damit die Äusserungen der älteren Menschen überhaupt analysiert und verglichen und anschliessend allfällige Konsequenzen abgeleitet werden können.

2.3.2. Der Begriff Gesundheit aus Sicht der WHO und seine Entwicklung

Die Versuche, den Begriff Gesundheit zu definieren, sind zahlreich und dauern bereits seit Jahrzehnten an. Eine zentrale Bedeutung kam der WHO Definition von 1946 zu: „Gesundheit ist der Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen.“ (Hartmann & Müller, 2003, S. 6). Dies war die erste Definition, welche Gesundheit nicht nur durch die Abwesenheit von Krankheit definierte, sondern bereits einen umfassenden Gesundheitsbegriff auf der Grundlage eines bio-psycho-sozialen Modells aufbaute; was im Gegensatz zum heutigen Verständnis noch fehlte, ist die Umwelt. Diese Definition blieb bis in die 70er Jahre ein theoretisches Konstrukt, bis 1978 in der „Alma Ata Deklaration“ auch Prävention, Gesundheitsförderung sowie allgemeine politische Einflussfaktoren zum Thema wurden. Dabei wurden auch das Nord- Südgefälle mit der ungerechten Verteilung der Gesundheitsressourcen registriert. 1986 fand in Ottawa die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung statt; sie wurde mit der so genannten Ottawa Charta abgeschlossen, welche nochmals eine klare Abkehr von einem nur biomedizinisch geprägten Verständnis von Gesundheit formulierte. In der Ottawa Charta wird aufgezeigt, dass die Entstehung von Krankheit viel mehr ist als eine „biologische Störung,“ dass Arbeits- und Wohnbedingungen, aber auch die Umweltbelastung sowie die ökonomische Situation einer Gesellschaft zentrale Einflussfaktoren sind und dass Prävention und Gesundheitsförderung auch in diesen Bereichen ansetzen müssen. Sie wies auch darauf hin, dass es nie darum gehen kann, eine Gesellschaft mit ausschliesslich gesunden Menschen zu erreichen, sondern dass es um eine gerechte Verteilung der Ressourcen für Gesundheit geht. „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes, körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen, sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können.“ (WHO, 1993, zit.n. Brieskorn 2004 S. 22).

2.3.3. Was ist Gesundheit aus der Sicht der Pflege?

In Marriner (1992, S. 121) ist das Gesundheitsverständnis von Florence Nightingale folgendermassen umschrieben: „Nightingale definierte Gesundheit als Wohlbefinden und grösstmögliche Anwendung all unserer Kräfte. Ausserdem sieht sie Krankheit als reparativen Prozess, den die Natur aufgrund des Bedürfnisses nach Zuwendung eingerichtet hat. Nightingale stellt sich die Gesundheit als etwas vor, das man durch die Verhinderung von Krankheit über ökologische Gesundheitsfaktoren aufrechterhält. Sie nennt dies „Gesundheitspflege“ und unterschied es genau von Krankenpflege; das war die Pflege des kranken Patienten, so dass er überleben konnte oder wenigstens besser bis zu seinem Tod leben konnte.“

2.3.4. Stellenwert der Gesundheit in pflegetheoretischen Überlegungen

Die Wichtigkeit der Gesundheit wurde innerhalb der Pflegewissenschaft immer wieder hervorgehoben, sei dies als Ziel, ein Konstrukt, eine Theorie, ein Konzept etc. . Aber auch im täglichen Handeln des Pflegepersonals spielt der Aspekt der Gesundheit eine zentrale Rolle beispielsweise beim Mobilisieren von verschiedensten Ressourcen der Patientin oder der Heimbewohnerin. Unter den Pflgetheoretikerinnen wurde immer wieder diskutiert, welche Konzepte für die Ausübung der Pflege eine zentrale Rollen spielten; dazu gehörte auch das Konzept Gesundheit.

Meleis (1999, S. 183 – 184) formulierte dies folgendermassen: „ Als zentral für die Domäne Pflege wurden folgende Konzepte identifiziert: Pflegeklient, Statusübergänge, Interaktion, Pflegeprozess, Umwelt, Pflgetherapeutik und Gesundheit.“

2.3.5. Einflussfaktoren, welche die Gesundheit beeinflussen

Grundsätzlich können die Einflussfaktoren in 2 Bereiche aufgeteilt werden: in belastende und in protektive Faktoren. Die einen orientieren sich am Pathogenese-, die anderen am Salutogenesemodell. Im Weiteren kann in personale Faktoren wie Copingfähigkeiten Selbstwertgefühl, Optimismus etc., sowie in externe Faktoren wie Umwelt, ökonomische Ressourcen, Beziehungen etc. unterteilt werden. Diese unterschiedlichen Faktoren beeinflussen sich gegenseitig und entscheiden über Belastung und Bewältigung (s. Salutogenesemodell). Dabei ist zu beachten, dass die Faktoren, welche die Gesundheit einer Person beeinflussen, äusserst individuell sind und dass verschiedenste Aspekte wie; Alter, Geschlecht, Sozialkontext, Bildung, soziale Integration, etc. beachtet werden müssen.

Stress:

Es ist heute unbestritten, dass Distress direkte negative Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden haben kann (abhängig von kompensierenden Ressourcen) und gleichzeitig die Krankheitsanfälligkeit fördert. Bei der Beurteilung der Auswirkungen stehen vor allem die belastungsreduzierenden Faktoren, die Bewältigungsfaktoren sowie die Verhaltensstrategien eines Individuums im Zentrum. Die Stressforschung setzt sich sowohl mit akuten wie auch langdauernden Stressformen und mit ihren Auswirkungen auf die Gesundheit auseinander.

Soziale Merkmale (Geschlecht, Schicht, Berufsstatus, Einkommens- und Bildungsniveau): All diese Faktoren beeinflussen die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten, sind aber zum Teil noch zu wenig genau erklärbar. So schätzen beispielsweise Frauen ihre subjektive Gesundheit schlechter ein als die Männer, haben aber eine längere

Lebenserwartung. Auch kann ein Zusammenhang zwischen Bildung und subjektiver Gesundheitseinschätzung festgestellt werden, d.h. je besser die Bildung, desto höher die Gesundheitseinschätzung. Im Weiteren haben mangelnde materielle und finanzielle Ressourcen öfters eine erhöhte Belastung durch Umwelttoxinen, Unfallrisiken, schlechtere Arbeits- und Umweltbedingungen zur Folge, was wiederum zu psychosozialen Belastungen und somit zu Gesundheitsbeeinträchtigungen führen kann. Zudem hängt die Möglichkeit psychosoziale, kurative und präventive Angebote zu nutzen auch vom sozialen Status ab.

Körperliche Faktoren:

Dazu gehört zum Beispiel Übergewicht. Übergewicht kann für verschiedene Krankheiten ein erhöhtes Risiko bewirken. Ein Blick in die Gesundheitsbefragung von 1993 zeigt, dass 50% der betagten Männer und 38% der betagten Frauen übergewichtig sind. Andere körperliche Belastungen, die bereits in jüngeren Jahren auftraten, wie etwa zu hoher Blutdruck, haben im Alter ebenfalls einen schlechteren Gesundheitszustand zur Folge.

Soziale Ressourcen und Belastungen:

Gerade im Umgang mit Belastungen und Stress wird sozialen Beziehungen ein hoher Stellenwert beigemessen. Gleichzeitig können sie aber auch belastende Formen annehmen (z.B. Beziehungsprobleme, Verluste) oder beim Fehlen von Beziehungen zu negativen Auswirkungen wie Einsamkeit führen.

Materielle Ressourcen:

Die Armutsstudien der letzten Jahre zeigen deutlich, dass zwischen der Gesundheitseinschätzung der älteren Menschen und ihrem Einkommen ein klarer Zusammenhang besteht. Er zeigt sich darin, dass es in den untersten Einkommensklassen signifikant mehr ältere Menschen gibt, die ihren Gesundheitszustand als nicht gut einschätzen. Ein weiteres Faktum ist, dass das Einkommen auch einen Einfluss auf die Lebenserwartung hat.

Psychische und geistige Einflussfaktoren:

Die subjektive Einschätzung der Gedächtnisleistung ist vor allem bei den jungen Älteren (65 – 74-jährig) ein wichtiger Faktor für den Grad des psychischen Wohlbefindens; seine Bedeutung als beeinflussender Faktor nimmt dann aber mit zunehmendem Alter ab. Was dagegen mit zunehmendem Alter an Bedeutung gewinnt, ist das eigene Kontrollvermögen über Gesundheit und Krankheit, sowie der Wunsch, mit seiner Vergangenheit im Einklang zu sein. In diesem Zusammenhang ist die Rhythmisierung des Tagesablaufs wichtig; dies gibt den älteren Menschen ein Gefühl von Sicherheit und Einflussnahmemöglichkeiten.

Personale Ressourcen:

Bei den Ressourcen, welche in der Person selber liegen, zeigt sich deutlich, dass Optimismus, eine hohe Selbstwirksamkeit, innere Kontrollüberzeugung und stabiler Selbstwert die Gesundheit positiv beeinflussen.

Umwelt:

Die Umwelt (Raum, Luft, Temperatur etc.) als Einflussfaktor wird in der Regel nur aus einem belastenden Blickwinkel betrachtet, d.h. im Bereich von Lärm, Verkehrsabgasen etc. Die positiven Auswirkungen von Natur und Umwelt auf die Gesundheit wurden lange nicht untersucht. Die neuesten Angaben weisen klar darauf hin, dass die Natur im Prozess des Gesundbleibens respektive -werdens eine wichtige Rolle spielt. Dies sieht Ruhe (2003 S. 25) folgendermassen: „In neuesten wissenschaftlichen Forschungen hat man erst jüngst wieder stärker erkannt, wie sehr der Mensch die natürlichen Reize von Licht und Luft,

Kälte und Wärme, Ruhe und Bewegung und ein ausgewogenes Gesundheitsverhalten gerade in der technischen Zivilisation unsere Zeit braucht, um gesund zu bleiben, beziehungsweise wieder gesund zu werden.“ Aber auch auf Phänomene wie Stress, überstarke Emotionalität, geistige Erschöpfung, Aggression und Gewalt hat die Natur positive Auswirkungen (s. Ruhe, 2003).

Arbeitsleben:

Vor allem bei Berufen mit niedrigen Qualifikationen bringt die Arbeit ein erhebliches gesundheitliches Risiko mit (Berufskrankheiten, Unfälle etc.). Aber auch Nacht- und Schichtarbeit kann gesundheitliche Folgen haben (s. Bärswyl, 2000; Höpflinger & Stuckelberger, 1999; Hartmann, 2003; Deutsches Zentrum für Altersfragen, 2001; Abelin u.a., 1998).

2.3.6. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

Verhalten und Lebensstil beeinflussen die Gesundheit in entscheidendem Ausmass. Dabei wird deutlich, dass Männer für gesundheitsschädigendes Verhalten anfälliger sind. Dies zeigt sich beispielsweise in einem erhöhten Tabak- und Alkoholkonsum. Frauen achten vermehrt auf die Ernährung, benötigen aber mehr Medikamente. Dafür betätigen sich die Männer vermehrt körperlich (s. Spuhler, 2002). Leventhal und Keller (1985, zit. n. Perrig 1997 S. 60) zeigten auf, „ (...) dass ältere Menschen mehr gesundheitsfördernde Aktivitäten und mehr stressvermeidende, emotionsregulierende Verhaltensweise aufweisen als jüngere Erwachsene.“

2.3.7. Zusammenfassung

Gesundheit und Krankheit stehen in einem Kontinuum. Ein Mensch ist nie nur krank oder nur gesund. Gesundheit wird durch unzählige Faktoren beeinflusst. Im Zentrum steht nicht der Gesundheitszustand, welcher durch Fachpersonen festgestellt wird, sondern die Einschätzung, welche ein Mensch für sich selber in Bezug auf seine Gesundheit macht. Der Lebensstil und das Verhalten jeder Person sind eine zentrale Variable, welche die Gesundheit beeinflusst. Auch die Arbeit und der soziale Status eines Menschen beeinflussen den Gesundheitszustand einer Person erheblich.

2.4. Wie gesund fühlen sich die Schweizerinnen, respektive wie gesund sind sie?

2.4.1. Einleitung

Diese Fragestellung zeigt auf, dass man zwischen dem subjektiven Gesundheitszustand (Selbsteinschätzung) und dem objektiven Gesundheitszustand (von einer medizinischen Fachperson vorgenommenen) unterscheiden muss.

Es kann absolut sein, dass jemand auf Grund seines subjektiven Empfindens sich als gesund einstuft, obwohl er objektiv gesehen, d.h. gemessen an verschiedenen medizinischen Parametern, mehrere gesundheitliche Einschränkungen aufweist. Verschiedene Längsschnittstudien haben aufgezeigt, dass das Erheben des subjektiven Gesundheitszustandes sich als aussagekräftiger erweist als die objektiven Daten. So hat eine amerikanische Studie ergeben, dass Personen, die ihren subjektiven Gesundheitszustand als schlecht einstufen, ein höheres Mortalitätsrisiko aufwiesen (Männer 5mal, Frauen 3mal so hoch) als Personen mit einer positiven Selbsteinschätzung. Im Weiteren ist eine verminderte Gesundheit auch ein Hinweis, dass in späteren Jahren eine vermehrte Einschränkung der Funktionsfähigkeit eintreten dürfte. Die Diskrepanz zwischen objektiver und subjektiver Einschätzung verstärkt sich mit zunehmendem Alter:

die Selbsteinschätzung fällt in den späteren Lebensjahren ganz allgemeiner negativer aus (s. Hartmann & Müller, 2003). Dies verdeutlicht die folgende Grafik:

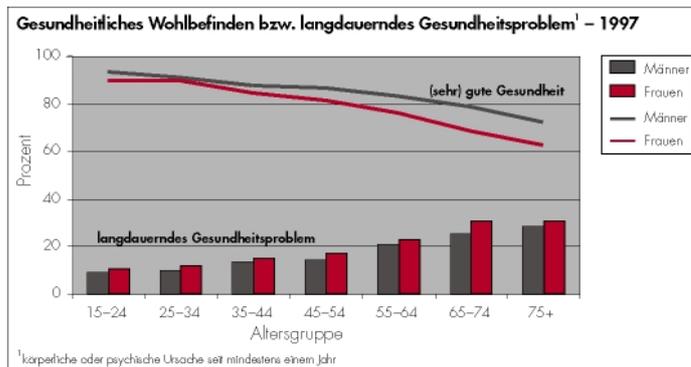


Abb. 2: Gesundheitliches Wohlbefinden und langandauernde Gesundheitsprobleme nach Geschlecht 1997

2.4.2. Gesundheitseinschätzung alter Menschen in der Schweiz

In diesem Kapitel geht es um die Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB), die 1992/93 durch das Bundesamt für Statistik durchgeführt wurde. Die Angaben der älteren Menschen wurden anschliessend in einer Nachfolgestudie speziell aufgearbeitet. Dabei wurden folgende Variablen verwendet: Alter, Lebenssituation (alleine oder nicht alleine lebend), Bildungsniveau, Sprachregion, Stadt-Land. Es wurden 3 Altersgruppen gebildet: 65-74 jährige, 75-84 jährige und über 85 jährige.

Mögliche Einschränkungen betreffend dieser Datenerhebung:

Die Befragung wurde aufgrund des Zufälligkeitsprinzips und telefonisch durchgeführt, d.h. Personen in Alters- und Pflegeheimen ohne eigenen Telefonanschluss wurden nicht erfasst. 30% der kontaktierten Personen lehnten eine Teilnahme ab. Ob dies vor allem zurückgezogen lebende ältere Personen waren oder nicht, kann nicht genau gesagt werden; offen bleibt auch, ob überdurchschnittlich viele ältere Frauen mit gesundheitlichen Problemen daran teilnahmen. Im Weiteren kann auch nicht genau gesagt werden, wie zuverlässig die Angaben sind und ob der so genannte Erwünschbarkeitseffekt eine Rolle spielte. Dies sind Aspekte, welche bei der Interpretation der Daten beachtet werden müssen.

Der Begriff Gesundheit wurde von Abelin u.a. (1998 S. 31) für die Untersuchung folgendermassen definiert: „Der Gesundheitszustand der Bevölkerung ist eine multidimensionale Einheit, die durch die subjektive Befindlichkeit (selbsteingeschätzte Gesundheit), das psychische Wohlbefinden, die Morbidität (chronische Krankheiten, akute Beschwerden, Unfälle) und die beschränkte Tätigkeit als Folge von Krankheit oder Unfällen bestimmt ist. Störungen durch Umwelteinflüsse z.B. am Arbeitsplatz oder am Wohnort können den Gesundheitszustand ebenfalls stark beeinflussen.“

Psychisches Wohlbefinden wurde mit Hilfe der folgenden Kategorien, Häufigkeit von Niedergeschlagenheit, Ausgeglichenheit, Nervosität und Optimismus - und mittels eines einfachen Indexes mit den Ausprägungen gut, mittel, schlecht definiert.

Gesundheitseinschätzung

Tabelle 1: Gesundheitseinschätzung nach Alter

Alterskategorie	Prozente	Einschätzung
65-84 jährige	71%	Gut bis sehr gut

85+	62%	Gut bis sehr gut
65-84 jährige	6,6 %	Schlecht bis sehr schlecht
85+	8,2 %	Schlecht bis sehr schlecht

Die Männer fühlen sich generell besser als die Frauen, und dies in allen Altersgruppen und Sprachregionen und bei unterschiedlichen Ausbildungen. Je höher die Ausbildung, umso besser die Einschätzung des Gesundheitszustandes.

2.4.3. Einschätzung des psychischen Wohlbefindens

Tabelle 2: Einschätzung des Wohlbefindens nach Alter

Alterskategorie	Prozente	Einschätzung
Betagte Menschen	55%	Gut
Gesamtbevölkerung	44%	Gut
Betagte Menschen	22%	Schlecht
Gesamtbevölkerung	30%	Schlecht

Die Ergebnisse bedeuten, dass die älteren Menschen ihr psychisches Wohlbefinden besser einstufen als die Gesamtbevölkerung. Vergleicht man die subjektiv eingestufte Gesundheit und das Wohlbefinden, dann stellt man fest, dass mit steigendem Alter die Gesundheit schlechter wird, das psychische Wohlbefinden aber besser.

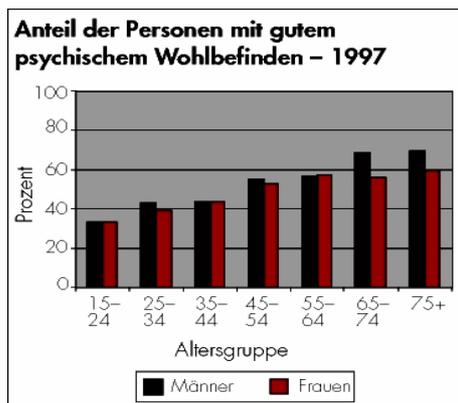


Abb. 3: Psychisches Befinden nach Geschlecht 1997

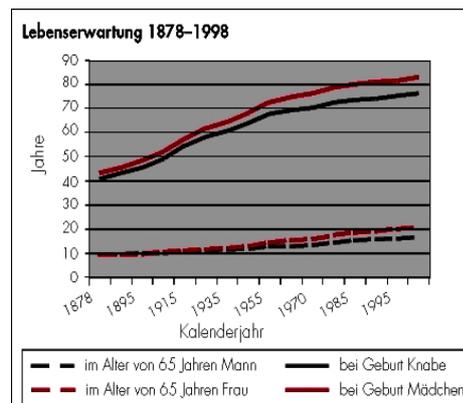


Abb. 4: Lebenserwartung nach Geschlechtern

Beim Thema Lebenserwartung(s. Abb.4) zeigt sich ein geschlechtsspezifischer Widerspruch: Männer schätzen ihre subjektive Gesundheit und das psychische Wohlergehen besser ein, haben aber die kürzere Lebenserwartung als die Frauen.

2.4.4. Körperliche Beschwerden

Männer geben deutlich weniger körperliche Beschwerden an als die Frauen. Mit Ausnahme der Kopfschmerzen nehmen die Beschwerden im Alter zu, ausser bei den Männern zwischen 65 – 79 Jahren.

In den letzten 4 Wochen vor der Befragung waren 13.8% der älteren Menschen nur mit Einschränkungen leistungsfähig, 8,3 arbeitsunfähig und 4.6% bettlägerig. Die Einschränkungen dauerten bei den Männern länger als bei den Frauen (s. Perrig, 1997).

2.5. Das Systemtheoretische Modell der vier Lebensbereiche

Sowohl bei den Definitionen was Pflege ist, wie auch bei den Beschreibungen von Gesundheit, zeigte sich deutlich, dass es nie nur um körperliche Aspekte geht, sondern dass der Mensch immer in seiner Ganzheit, und dazu gehört auch die Umwelt, betroffen, respektive beteiligt ist. Dies bedeutet: wenn es um die Pflege der Gesundheit geht, muss in jedem Fall eine umfassende Analyse erstellt werden, die neben einer Problemanalyse auch eine Ressourcenanalyse beinhaltet. Die körperlichen und materiellen Faktoren sind verhältnismässig einfach zu erheben und zu analysieren, die geistig-spirituellen Faktoren und auch die Umweltfaktoren werden, da schwieriger zu erfassen, oft vernachlässigt. Es gibt deshalb innerhalb der Pflege und Betreuung Philosophien, welche gerade diese Ausgewogenheit fordern und fördern, so beispielsweise die Hospiz- respektive Palliativphilosophie; allerdings fokussiert sie sich stark auf die Phase des Sterbens. Das Beachten dieser Ganzheitlichkeit spielt auch in der Gesundheitserhaltung bei älteren Menschen eine wichtige Rolle, da sich die Gewichtung der Ressourcen im Alter verändern kann. Dieser Forderung nach Ganzheitlichkeit entspricht das systemische Modell der Lebensbereiche (s. Kalbermatten, 2002); es betont zudem die Wichtigkeit der Zeitperspektive. Dieser zeitliche Aspekt des Modells kann unter anderem helfen, die Frage zu klären, ob sich die Erwartung an das diplomierte Pflegepersonal im Verlauf der Lebensspanne ändert. Die Metaebene des Modells gibt unter anderem Antwort auf die Frage, ob es innerhalb der 4 untersuchten Personengruppen Unterschiede gibt; so haben beispielsweise ältere Frauen, die keine Dienstleistungen von Pflegenden benötigen, andere Erwartungen als diejenigen, die sich aktuell in einer Institution aufhalten. Die Ergebnisse der Interviews werden mit diesen drei Elementen (vier Lebensbereichen, Zeitperspektive und die Metaebene) des Modells kategorisiert und analysiert.

Das Modell der vier Lebensbereiche (s. Abb.5) basiert auf den Grundlagen eines systemischen Ansatzes. Es geht davon aus, dass das Handeln eines Menschen von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird, wie etwa von Persönlichkeitsfaktoren (Motivation, Einstellung, Ziele, etc.), von Umweltfaktoren, gesellschaftlichen und sozialen Bedingungen, von psychischen und geistigen sowie allgemeinen Lebensbedingungen, etc.. Dies bedeutet, dass menschliches Handeln eine Wechselbeziehung zwischen dem Menschen und seiner Umwelt darstellt, d.h. der Mensch und die Umwelt oder das Materielle und das Soziale etc. stehen nicht nur nebeneinander, sondern sie bilden zusammen ein Ganzes, welches wechselseitig von einander abhängig ist und sich immerfort gegenseitig beeinflusst und somit ein Ganzes bildet. Daraus resultiert für den Menschen die Anforderung oder Motivation zum Handeln. Der Anspruch etwas zu verändern oder zu erhalten, kommt nicht nur von aussen, sondern der Mensch erstellt selber aktive Handlungspläne. Das heisst, dass menschliches Handeln im Spannungsfeld zwischen dem System Mensch und dem System Umwelt passiert. Im Lebensbereichmodell wird dies wie folgt dargestellt:

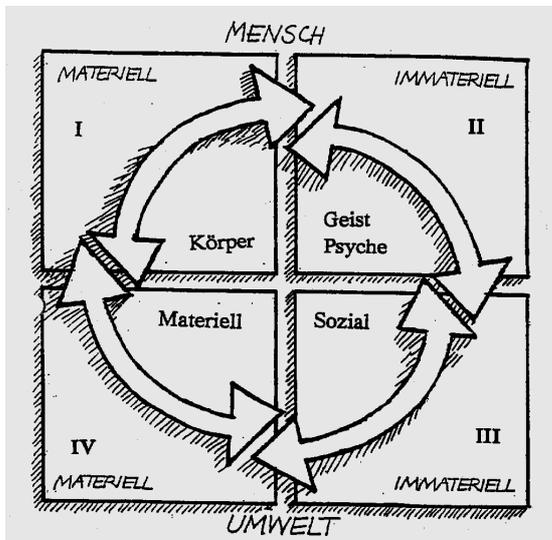


Abb. 5: Die Lebensbereiche

- Lebensbereich I: Die körperlich / biologischen Phänomene, d.h. wie wir die anatomisch/ physiologischen Funktionen des Körpers wahrnehmen.
- Lebensbereich II: Da zeigen sich die psychisch/geistigen Funktionen des Lebens wie, Lernen, Wahrnehmung, Gefühle, Einstellungen, Urteilsfähigkeit etc.
- Lebensbereich III: Hier geht es um die zwischenmenschlichen Beziehungen, die sozio-kulturellen Phänomene, gesellschaftliche Gegebenheiten, kulturelle Entwicklungen etc.
- Lebensbereich IV: Die materiellen Phänomene wie die naturgegebenen Bedingungen, die vom Menschen gestaltete Umwelt, das Ökonomische etc.

Die Bereiche I und II bilden mit Körper, Geist und Psyche das System Mensch, diese zwei Bereiche können getrennt oder auch als sich beeinflussende Einheit betrachtet werden z.B. wenn es um eine Wahrnehmung und deren Verarbeitung geht.

III und IV repräsentieren mit den sozio-kulturellen Phänomenen, dem Mitmenschen und dem Materielle das System Umwelt. Alle Bereiche werden gleichzeitig durch die anderen beeinflusst, was durch die wechselseitigen Pfeile symbolisiert wird.

Die senkrechte Trennlinie trennt das Modell in eine rechte und linke Hälfte. Die linke Seite stellt durch die Aspekte des Körperlichen und Materiellen die physisch manifeste oder materielle Seite dar. Die rechte Seite dagegen verkörpert mit dem Geistigen-Psychischen und Sozialen die immaterielle Seite.

Gleichzeitig weist das Modell aber auch eine Metaebene auf, welche es erlaubt, die jeweilige Fragestellung aus verschiedenen Perspektiven zu bearbeiten (s. Abb.6).

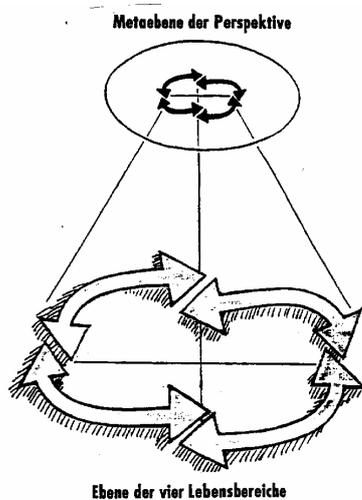


Abb. 6: Die Metaebene

Die Metaebene kann demnach helfen, eine Situation aus verschiedenen Perspektiven zu analysieren: eine Person kann ihre eigene Situation strukturiert betrachten; es können aber auch grössere Konstrukte (z.B. Dienstleistungsangebote) oder die Situation anderen Menschen analysiert werden.

Im Weiteren muss auch immer die Zeitperspektive mitbetrachtet werden. Da menschliches Handeln ja immer ein Prozess ist, hat jede Handlung eine Zeitachse, d.h. eine Situation kann vom Blickwinkel der Gegenwart, der Vergangenheit oder der Zukunft her angeschaut werden (s. Kalbermatten, 2003).

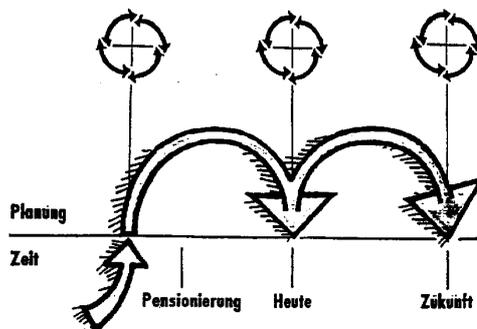


Abb. 7: Die Zeitperspektive

2.6. Begriffsdefinitionen

2.6.1. Definition von Erwartungen

Michel und Novak (2001 S.122) definieren den Begriff Erwartungen folgendermassen:

„Die „Vorwegnahme“ zukünftiger Ereignisse, die auf Erfahrungen beruhen, bewirken Erwartungsspannungen und Gefühle, wie Hoffnung auf Erfolg und Furcht vor Misserfolg, Angst oder Freude, die sich auf das Verhalten auswirken und die Erreichbarkeit des Zieles (z.B. Vollbringen einer Leistung) oder das Eintreten zukünftiger Ereignisse stark beeinflussen können.“

Bei den Interviews wurde der Begriff Erwartung vor allem auf das Verhalten, die Tätigkeit, das Wissen und die Persönlichkeit der Pflegenden bezogen und nicht auf die befragten Personen.

2.6.2. Definition von Befürchtungen

Mit den Fragestellungen betreffend den Befürchtungen sollte in Erfahrung gebracht werden, ob Frauen in Bezug auf die Pflegeleistungen befürchtet haben, dass bei einem Spital- oder Heimaufenthalt irgendwelche negative Ereignisse eintreffen könnten, welche ihren Handlungsspielraum, ihr Wohlbefinden, ihre Gesundheit etc. negativ beeinflussen könnten.

2.6.3. Was ist Lebensgestaltung?

Bei den Fragen betreffend den Erwartungen an das Pflegepersonal ging es darum, herauszufinden was die Frauen von den Pflegenden wünschen, damit sie ihren Alltag optimal gestalten können. Den Begriff Lebensgestaltung definiere ich in dem Sinn, dass sich die Pflege nicht nur an den Bedürfnissen und dem Pflegebedarf der Bewohnerinnen orientiert, sondern dass die beteiligten Frauen aktiv in die Betreuung und in die Gestaltung des Alltages einbezogen werden. Dörner (1994, zit.n. Mamerow, 2003 S.97) formuliert dies folgendermassen: „Jedem Menschen zu ermöglichen, sein Leben so normal und uneingeschränkt führen zu lassen, wie es Menschen ohne Einschränkungen realisieren können. Jeder behinderte Mensch ist demnach „aus seiner besonderen Lage aus seinem unterschiedlichen Sein heraus zu verstehen und zu fördern.“ Dies bedingt, dass die alltägliche und von ihnen mitbestimmte Lebens- und Verhaltensweise als Norm angesehen wird; dies bedingt auch, dass sich die Pflege an den Arbeitsabläufen und am Lebensrhythmus der Bewohnerinnen orientiert (s. Mamerow, 2003). Dies entspricht wiederum dem Normalisierungsgrundsatz, der davon ausgeht, dass psychischkranke, alte und behinderte Menschen immer noch die gleichen Bedürfnisse und Ansprüche wie gesunde Menschen haben, auch wenn sie in anderen Lebenssituationen oder Umfeldern leben. Dies sah Nirje (1969, zit.n. Gebert & Kneubühler, 2004) folgendermassen. „ Das Normalisierungsprinzip besagt, dass richtig handelt, wer allen Menschen mit intellektuellen oder anderen Schäden oder Fähigkeitsstörungen jene Muster und Bedingungen des täglichen Lebens verfügbar macht, die den regulären Umständen und Lebensweisen in der Betreffenden Gemeinschaft und Kultur so nahe wie möglich kommen oder effektiv gleich wie diese sind.“

Auch Böhm geht in seinem Pflegemodell, welches er primär für die Betreuung von dementen Menschen entwickelte, das aber durchaus auch Gültigkeit für die allgemeine Betreuung alter Menschen hat, von einer aktiven Mitgestaltung des alten Menschen aus. Er sagt, dass die Altenpflege primär eine seelische, emotionale und ressourcenorientierte Betreuung und nicht eine rein somatische sei. Böhm formuliert dies folgendermassen (2001, S.19) „ Ich betrachte die menschliche Energie der Seele („Elan vital“) als Ursprung des Lebendigen und damit unsere Motivationen. Die Grund- und Behandlungspflege ist somit für mich erst in zweite Linie wichtig. Ich denke, dass ein Mensch,

- der kein Motiv mehr zum Leben hat,
- dem kein „Elan vital“ mehr zur Verfügung steht,
- auch keine Lust mehr hat, seine Beine zu bewegen, - wozu auch?

Er wird sich aus Mangel an „Elan vital“ eben

- nicht mehr waschen,
- keine frischen Unterhosen anziehen,
- nicht aus dem Bett heraus wollen, - wozu auch?“

Damit diese „Elan vital“ erhalten bleiben kann, ist es von zentraler Bedeutung, dass der alte Mensch eine zentrale Mitsprache hat, bei der Gestaltung seines Alltagslebens hat, und dass er sich nicht primär in einer passiven Rolle befindet. Böhm schreibt dazu (2001, S. 23) sagt dazu: „(...) „ der Mensch lebt nicht vom Brot alleine,“ wie selbst den Autoren der Bibel schon bekannt war! Er lebt aus seiner Seele, aus seinen Antrieben, aus seinem „Elan

vital“ - oder er vegetiert nur mehr dahin!“ Damit diese Lebensenergie erhalten oder wieder aktiviert werden kann, ist eine aktive Mitgestaltung des Alltags ganz zentral.

2.7. Erwartungen an die professionelle Altenpflege; Eine repräsentative Studie

2.7.1. Einleitung

Im Jahr 2004 wurde in Deutschland eine repräsentative Studie zu folgenden Fragestellungen durchgeführt:

- Erwartungen an die Altenpflege in Deutschland
- Informationsstand und Informationsqualität betreffend der Langzeitpflege
- Einstellung der Befragten zur Altenpflege
- Geplante und getätigte Vorsorge

Dies ist die erste repräsentative, randomisierte Studie, welche im deutschsprachigen Gebiet zu diesen Fragestellungen durchgeführt wurde. Die Stichprobe umfasste 1000 Personen und wurde so angelegt, dass sie als Längsschnittstudie weitergeführt werden kann. Es wurden zwei Personengruppen untersucht, 50-64jährigen und über 65jährige; der Mittelwert des Alters beträgt 65,2 Jahre. Es wurden 45% männliche und 55% weibliche Personen befragt. 35% der Befragten hatten in ihrer Familie oder dem Bekanntenkreis jemanden, der pflegebedürftig war.

2.7.2. Ergebnisse

Hier wird auf einige Ergebnisse hingewiesen, welche einen Bezug zu der vorliegenden Arbeit aufweisen.

Einige ausgewählte Fragestellungen:

„Was verbinden Sie mit dem Begriff Altenpflegeheim?“ Es ergaben sich folgende Oberbegriffe und Zahlen:

Alte Menschen in einem Haus	24%
(regelmässige) Pflege	20%
Aufgabe der Selbständigkeit	18%
Abschiebeplatz, Endstation	12%
Rundum-Service	12%
Notwendigkeit, wenn niemand mehr hilft	6%
(Menschen-) unwürdig	3%

Assoziationen zu Begriffen wie z.B. Lebensqualität oder Zuhause oder Sicherheit werden nicht genannt.

Eine weitere Frage, die untersucht wurde, bezieht sich auf das Image der Altenpflege:

„Welches Bild haben Sie ganz allgemein von der Altenpflege in Deutschland?“ Dazu wurden den Befragten Aussagen genannt die sie mit 3 Werten beurteilen konnten (trifft zu; zum Teil; trifft nicht zu). Es ergab sich folgende Antworten:

Altenpflege ist zu teuer	68%
Die Pfleger haben zu wenig Zeit	66%
Die Pflegebedürftigen werden oft mit	
Medikamenten ruhig gestellt	33%
Die Heime sind professionell organisiert	33%
In den Heimen wird man gut versorgt	16%
Die Pflegebedürftigen werden	
respektvoll behandelt	14%

Auf die Frage, ob sie sich vorstellen könnten, einmal in ein Altenpflegeheim umzuziehen antworteten, von den 50-64jährigen 65% mit nein, bei den ab 65jährigen 68% mit nein.

Die Personen, welche sich vorstellen können, in einem Altenpflegeheim zu leben, wurden gefragt, wie wichtig sie die folgenden Leistungen fänden; die Prozente beziehen sich auf die die Äusserungen „sehr wichtig“. Einige Beispiele:

Privater Bereich zum Zurückziehen	70%
Genügend Personal	73%
Pflege	69%
Selbstbestimmtes Leben	61%
Personal soll Zeit haben für ein Gespräch	57%
Eigene Planung des Tagesablaufs	52%
Service wie im Hotel	15%
Deutschsprachige Pflegekräfte	36%

Aspekte, welche die individuelle Mit- und Selbstbestimmung unterstützen, werden als wichtig eingestuft. Bei der Differenzierung nach Altersgruppen zeigt sich, dass sie bei den Jüngeren noch ausgeprägter sind.

2.8. Marketing im Bereich der Altenpflege

2.8.1. Einleitung

Beim näheren Betrachten von Prospekten über Alterseinrichtungen und Spitexangeboten, vor allem in den nicht subventionierten Bereichen, fällt öfters auf, dass von Kunden / Kundinnen oder Gästen etc. gesprochen wird. Es stellt sich nun die Frage, ob das Dienstleistungsangebot „Pflege“ mit den allgemeinen Erwartungen, welche an einen Anbieter irgendeines Produkts gestellt werden, verglichen werden kann: gibt es Parallelen zwischen den Ergebnissen, welche die Marketingforschung durch Untersuchungen im Marktsegment der ältern Kundinnen erhalten hat und den Erwartungen an das Pflegepersonal? Oder anders gesagt: entspricht das Angebot der Pflege den Ansprüchen der Konsumwelt, respektive lassen sich die Erwartungen der alten Frauen an die Pflege mit den Erwartungen, welche Kundinnen allgemein an eine Dienstleistung haben, vergleichen?

2.8.2. Was erwarten „reife“ Kunden?

Meyer – Hentschel befasst sich seit Jahren mit dieser Frage. Sie beschäftigt sich innerhalb eines sehr breiten Spektrums, sei dies im Bereich von Dienstleistung, Produkten, Freizeit etc., mit den Erwartungen der über 50 jährigen. Sie kam zu folgenden Ergebnissen (2004, S. 21):

Folgendes ist älteren Menschen grundsätzlich wichtig.

- „Unabhängigkeit und Selbständigkeit bis ins hohe Alter
- Sicherheit
- Gesundheit und Fitness
- Sozialkontakte: Familien (Enkel), Freunde Haustiere
- Entwicklung der Persönlichkeit: noch reifer und klüger werden

Und das schätzen ältere Menschen als Kunden:

- Hohe Qualität
- Möglichst selbstständig handeln können
- Als kompetente Kunden wahrgenommen werden
- Vertrauensverhältnis zum Dienstleister
- Hoher Komfort
- Sich sicher fühlen

... Sie wollen reife Leistungen – d.h. perfekte Produkte und Dienstleistungen - auf den Markt gebracht mit einem reifen Marketing, das ihnen das Gefühl gibt, ernst genommen zu

werden“! Qualifizierte Markforschungsinstitute sind zum Ergebnis gekommen, dass die älteren Mensch zu der schwierigsten Zielgruppe gehören, wenn es darum geht, ihre Wünsche, Bedürfnisse und Probleme zu erfassen. Trotzdem lassen sich aus den oben formulierten Wünschen einige Punkte ableiten.

2.8.3. Was heisst dies nun für das Verhalten älteren Kundinnen gegenüber?

Für die älteren Personen ist die Freundlichkeit des Personals ein ganz zentrales Kriterium, wenn es um die Beurteilung einer Dienstleistung geht. Oftmals ist die Freundlichkeit sogar wichtiger als die Fachkompetenz. Eine weiterer wichtiger Punkt, der branchenübergreifend formuliert wird, ist die Übersichtlichkeit in Bezug auf das Angebot. Von grosser Wichtigkeit ist auch das Erkennen von unausgesprochenen Wünschen. Diese Wünsche beziehen sich oft darauf, dass man das Verhalten, aber auch die Umgebung den körperlichen Veränderungen des Alters anpasst (s. Meyer – Hentschel 2004).

Im Weiteren gibt Meyer – Hentschel (2004 S. 55) 10 Tipps für das „60plus – Marketing:“

1. „Ältere Menschen können auf eine lange Einkaufs- und Konsumerfahrung zurückblicken, sie sind als Kunden Profis. Behandeln Sie sie als solche.
2. Einfühlungsvermögen ist wichtig, um 60 plus–Kunden ihre kleinen Handicaps vergessen zu lassen. Berücksichtigen Sie Seh- und Hörvermögen, nachlassende Fingerfertigkeiten usw.
3. Profitieren Sie von der Lupenfunktion älterer Kunden: Wo diese auf Probleme stossen, haben jüngere Kunden häufig auch Schwierigkeiten.
4. Lassen Sie sich vom „dominance“-Gedanken leiten: Je selbständiger sich 60plus-Kunden in Läden bewegen können, je einfacher sie mit Produkten zurechtkommen, desto grösser ist ihre Kaufbereitschaft.
5. Orientierungsfreundlichkeit und Service heisst die Erfolgsformel für den Handel.
6. Sind Ihre Verpackungen wirklich kundenfreundlich? Berücksichtigen Sie: Ein Drittel der älteren Kunden meidet ein Produkt, wenn sie mit der Verpackung Probleme hat.
7. Für 60plus–Kunden ist Nutzen wichtiger als Prestige. Denken Sie daran bei der Entwicklung von Werbekonzepten
8. Glorifizieren Sie nicht „ das schöne Leben im Ruhestand.“ Ihre Kunden wissen, dass es auch anders sein kann.
9. Freundlichkeit, Geduld und Wissen um veränderte Fähigkeiten ältere Kunden sind für Verkäufer mindestens so wichtig wie Fachkompetenz.
10. 60plus-Marketing bietet hohe Ertragschancen: die Älteren haben erheblich mehr Geld zur Verfügung als die vielumworbene Kids.“

Es stellt sich nun die Frage, ob einige dieser Punkte sich auch bei den Erwartungen an die Dienstleistung Pflege finden lassen.

3. Fragestellungen

Welches sind die Erwartungen und Befürchtungen von älteren Frauen an das diplomierte Pflegepersonal:

1. Wie werden die Begriffe Pflege und Gesundheit in der Literatur definiert?
2. Was versteht die Autorin unter Gesundheit und in welchem Verhältnis steht ihre Definitionen zu den Definitionen in der Literatur?
3. Was beeinflusst die Gesundheit der älteren Frauen positiv?
4. Was verstehen ältere Frauen unter „Pflege“?
5. Wo gibt es Übereinstimmungen, wo Diskrepanzen zwischen der Literatur und den erhobenen Daten aus den Interviews?
6. Welche Erwartungen, an das diplomierte Pflegepersonal, haben ältere Frauen in einer Phase, in welcher sie im Akutspital, Altersheim oder zu Hause leben? Welche Befürchtungen haben sie in Bezug auf eine Situation, in der sie Pflegeleistungen benötigen?
7. Sind die Erwartungen je nach Lebenssituation und Lebensphase unterschiedlich?
8. Welche Schwerpunkte lassen sich für die theoretische Ausbildung des diplomierten Pflegepersonals ableiten?

4. Vorgehen

4.1. Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird aufgezeigt, wie die Ziele bearbeitet wurden und mit welchen Methoden die Fragestellungen beantwortet werden.

Als Erstes wird die Wahl der Methoden dargelegt und in der Folge wird die angewendete Methode kurz beschrieben. Im Weiteren wird die Untersuchungsgruppe dargestellt sowie deren Bildung und die Auswahl der Untersuchungspersonen begründet. Es wird kurz dargelegt, wie die Datenerhebung vorgenommen wurde.

Als nächstes wird Bezug auf die Auswertung des Untersuchungsmaterials genommen.

4.2. Methodenwahl

Die Erfassung der Daten fand mit halbstrukturierten Interviews statt. Das Datenmaterial wurde mittels einer Inhaltsanalyse schrittweise und methodisch analysiert. Im Zentrum der Analyse steht eine theoriegeleitete, am vorhandenen Datenmaterial entwickelte Kategorisierung.

Qualitativer Forschungsansatz

Da im Zentrum der qualitativen Forschung immer das Subjekt, sprich der Mensch steht, (s. Mayring, 1999), wurde für diese Untersuchung ein qualitativer Ansatz gewählt. Mayer (2003, S.65) formuliert dies folgendermassen. „Hier wird der Mensch ganzheitlich betrachtet. Man geht davon aus, dass Menschen komplexe Wesen sind, die sich durch ihren persönlichen Ausdruck voneinander unterscheiden. ...Wahrheit ist das, was vom Einzelnen wahrgenommen und was den Forscherinnen mitgeteilt wird.“ Qualitative Forschung beinhaltet ein induktives Vorgehen, da immer die subjektive Sichtweise des Individuums im Vordergrund steht. Das Ziel ist es, die Phänomene des menschlichen Lebens umfassend zu erfahren und zu verstehen (s. Mayer, 2003).

Die Untersuchungen sollten möglichst nicht in Laborsituationen durchgeführt werden, sondern in einer dem Alltag möglichst ähnlichen Situation. Die aus der Datenanalyse erhaltenen Ergebnisse werden interpretiert und anschliessend einem Verallgemeinerungsprozess unterzogen (s. Mayring, 1999).

Halb standardisierte qualitative Interviews

Der Ablauf der Interviews wird durch einen Interviewleitfaden (siehe Anhang) vorgegeben. Der Ablauf der Fragen sowie weiterführende oder Verständnisfragen können frei gewählt werden. Qualitative Interviews sind mündliche und persönliche Befragungen.

4.3. Die Untersuchungsgruppe

Damit die Fragestellungen und Zielsetzungen beantwortet werden konnten, brauchte es vier unterschiedliche Gruppen von Frauen, mit welchen ein Interview durchgeführt werden konnte. Die Interviews wurden ausschliesslich mit Frauen gemacht. Die Gründe dazu waren: Es kann davon ausgegangen werden, dass es bei den zu beantwortenden Fragestellungen Geschlechterunterschiede gibt, wie man z.B. auch bei der Thematik Gesundheit sehen kann (siehe Kapitel 2.4). Dies würde heissen, dass die Auswertung geschlechtsspezifisch gemacht werden müsste. Um diesen Aspekt aber aussagekräftig beachten zu können, ist die Untersuchungsgruppe zu klein. Im Weiteren ist es so, dass im Alter Frauen vermehrt Gebrauch von Pflegeleistungen machen, so ist z.B. der Anteil von Frauen in Pflegeheimen deutlich grösser als der der Männer: bei den 80jährigen und älteren Männer beträgt der Anteil 13,1% und bei den Frauen 23,8% (s. Höpflinger & Stuckelberg, 1999)

Für die Untersuchung werden 4 Gruppen von Frauen gebildet:

- a) Frauen, welche zwischen 50 und 60 Jahre alt sind und keine Pflegeleistungen benötigen.
- b) Frauen, welche über 70 Jahre alt sind und sich aktuell in folgender Lebenssituation befinden: leben zu Hause ohne irgendwelche pflegerischen Unterstützung
- c) Frauen, welche über 70 Jahre alt sind und sich aktuell in folgender Lebenssituation befinden: leben in einem Altersheim mit wenig bis keiner pflegerischen Unterstützung.
- d) Frauen, welche über 70 Jahre alt sind und sich aktuell in folgender Lebenssituation befinden: leben aktuell in einem Akutspital und brauchen pflegerische Unterstützung.

Voraussetzungen:

- Alle Frauen mussten die deutsche Sprache gut verstehen.
- Sie mussten sich ohne Probleme mündlich ausdrücken können.
- Es durfte keine Beeinträchtigung des Gehörs vorhanden sein.
- Es durften keine kognitiven Einschränkungen vorhanden sein.
- Der momentane Gesundheitszustand musste stabil sein, d.h. es durften keine grossen gesundheitlichen Belastungen oder ein hoher Grad von Verunsicherung oder Unklarheit betreffend des Gesundheitszustandes vorliegen.

Die Auswahl der Frauen fand folgendermassen statt.

- a) Die 50 – 60jährigen stammten zum Teil aus dem Umfeld der Autorin oder sie wurden nach Angaben von Drittpersonen eruiert. Diese Frauen wurden von den Bekannten angefragt, ob ihre Adresse an die Autorin weitergegeben werde dürfe. Die genauen Informationen erhielten sie dann durch die Autorin.
- b) Die über 70jährigen, zu Hause lebenden Frauen stammen ebenfalls entweder aus dem Bekanntenkreis der Autorin oder wurden durch Angaben von Drittpersonen rekrutiert. Die Frauen wurden von den Bekannten angefragt, ob ihre Adresse an die Autorin weiter- gegeben werde dürfe. Die genauen Informationen erhielten sie dann durch die Autorin.

- c) Bei den über 70jährigen, im Altersheim lebenden Frauen wurden durch die Heimleitung respektive Pflegedienstleitung gemäss den Vorgaben ausgewählt. Diese Frauen wurden durch die Leitungspersonen angefragt, ob ihre Adresse an die Autorin weitergegeben werde dürfe. Die genauen Informationen erhielten sie dann durch die Autorin. Die Interviews fanden in zwei Heimen gleicher Grösse statt. Beide Institutionen bieten sowohl Altersheim- wie auch Pflegeheimplätze an. Eines der Heime liegt in einer eher ländlichen Gegend das andere in einer städtischen Vorortsgemeinde.
- d) Die über 70jährigen, aktuell in einem Akutspital lebenden Frauen wurden durch eine Person aus der Pflegeleitung an zufällig festgelegten Tagen gemäss den Vorgaben ausgewählt. Die Frauen wurden durch die Leitungspersonen angefragt, ob ihre Adresse an die Autorin weitergegeben werde dürfe. Die genauen Informationen erhielten sie dann durch die Autorin.

Die 50 – 60 jährigen waren zwischen 50 und 60 Jahren alt. Sie waren alle in unterschiedlichen Berufen tätig und gleichzeitig Hausfrau und z.T.. Mutter.

Eine Frau hatte noch keine Erfahrung mit Pflegepersonal gemacht; alle anderen hatte schon direkte Erfahrungen mit der Pflege. Diese liegen aber zum Teil schon mehrere Jahre zurück. Eine Minderheit hatte in den vergangenen 5 Jahren direkte Erfahrungen mit der Pflege.

Das Alter der über 70jährigen variierte zwischen 70 und 87 Jahren. Die Mehrheit von ihnen hatte einen Beruf erlernt und waren dann im Verlauf ihres Lebens vorwiegend Hausfrau und Mutter; einige waren ihr Leben lang berufstätig. Die Mehrheit hatte in den vergangenen 5 Jahren Erfahrungen mit einem Aufenthalt in einem Akutspital gemacht.

4.4. Die Voruntersuchungen

Bevor mit der Arbeit begonnen wurde, hatte die Autorin mit mehreren Institutionen Kontakt aufgenommen und abgeklärt, ob allfällige Befragungen überhaupt möglich seien. Unter den Bedingungen, dass die ethischen Kriterien zu Forschungsarbeit eingehalten werden und die Fragen vorgängig eingesehen werden können, waren alle Betriebe für eine Mitarbeit bereit.

Nach dem Erstellen des Fragebogens wurde mit allen 4 Personengruppen ein Testinterview durchgeführt. Die Auswertung ergab, dass noch kleine Anpassungen, im Bereich der Formulierung vorgenommen werden mussten. Ein erneuter Testlauf zeigte, dass die Fragen den erwarteten Zweck erfüllten.

4.5. Durchführung der Datenerhebung

4.5.1. Einleitung

Alle die sich zur Verfügung stellenden Personen wurden vor Interviewbeginn von der Autorin betreffend ihrer Mitarbeit gefragt. Sie wurden nochmals über Freiwilligkeit, Anonymität und die Möglichkeit Fragen nicht zu beantworten, informiert (siehe Anhang). Alle Frauen erklärten sich danach bereit in das Gespräch einzusteigen.

4.5.2. Durchführungsorte

Die Interviews wurden je nach Wunsch der Frauen in ihren Wohnungen, Zimmern oder an einem Ort, der Ungestörtheit garantierte, durchgeführt.

4.5.3. Dauer der Interviews

Es wurde keine Zeitbeschränkung für die Gespräche festgelegt. Sie dauerten zwischen 30 Minuten und 2 ½ Stunden. Es gab bei allen vier Personengruppen sowohl kürzere wie auch längere Gespräche.

4.5.4. Nutzung des Datenmaterials

In drei Fällen konnten nicht alle Fragen gestellt werden: bei zwei Interviews ermüdeten die Frauen so stark, dass die Autorin es nicht verantworten konnte, die Gespräche fortzusetzen. In einer Situation gab die befragte Person nicht Antwort auf die gestellten Fragen, sondern erzählte grundsätzlich von ihren Erfahrungen.

4.5.5. Dokumentation des Materials

Während des Gesprächs wurden handschriftliche Notizen gemacht. Wenn die Befragten die Einwilligung für den Gebrauch des Tonbandgeräts gaben, erfolgten die Notizen stichwortartig. In 10 Situationen konnte das Tonband nicht benutzt werden. In diesen Fällen wurden ausführlichere Notizen gemacht. Nach jedem Gespräch wurde mit den schriftlichen und wenn vorhanden mit den Tonbandaufzeichnungen ein selektives Gesprächsprotokoll verfasst.

4.6. Die Erhebung der Daten

Für die Gespräche wurde ein halbstrukturierter Interviewleitfaden entwickelt (siehe unten und Anhang). Die Fragestellungen wurden von den Zielsetzungen und Fragestellungen abgeleitet. Beim Aufbau des Fragebogens wurde darauf geachtet, dass mit einer offenen und alltagsbezogenen Frage begonnen wurde. Bei globalen Fragen oder Fragen die nicht zuzuordnen waren stellte die Autorin Zusatz- oder Nachfragen.

Inhalt der Fragen:

Es folgen die Fragen an die 50 – 60 jährigen und über 70 jährigen zu Hause lebenden Frauen. Die Fragen für die Frauen welche in einer Langzeit- oder Akutinstitution leben wurden der aktuellen Situation angepasst (s. Anhang).

- Haben Sie in ihrem Leben bereits Dienstleistungen der Pflege in Anspruch genommen? In welchem Rahmen?
- Welche Faktoren beeinflussen Ihre Gesundheit positiv?
- Wie würden Sie den Pflegeberuf beschreiben, respektive was verstehen Sie unter „Pflege“?
- Was erwarten Sie von einer diplomierten Pflegefachfrau, wenn Sie sich in einem Akutspital aufhalten müssten?
- Was für Befürchtungen haben Sie im Bezug auf die Dienstleistungen der Pflegenden?

Überleitung zum Thema Heim: „*Sie müssen für sich selber entscheiden, ob Sie sich die nächste Antwort überlegen wollen. Es geht dabei um hypothetische Fragen.*“

- Was müsste die diplomierte Pflegefachfrau unternehmen, dass Sie im Fall eines Heimeintritts Ihr Leben optimal gestalten könnten?
- Was für Befürchtungen hätten Sie im Bezug auf die Pflegeleistungen in einem Heim?
- Was denken Sie was müssen die zukünftigen diplomierten Pflegepersonen aus ihrer Sicht in der Schule unbedingt lernen in den Bereichen:

- Wissen; d.h. was müssen sie wissen?
- Manuelle Fähigkeiten; d.h. was müssen sie machen können?
- Soziale Fähigkeiten; d.h. wie müssen sie sich verhalten können?

4.7. Die Inhaltsanalyse

Das Grundlagenmaterial wurde gemäss dem selektiven Protokoll festgehalten, d.h. es wurden alle Äusserungen, die zu den folgenden Punkten gemacht wurden, festgehalten:

Grobinhalt aus Theorien und Fragestellungen

- Erfassen von Aussagen, die Faktoren nennen und beschreiben, welche die Gesundheit der Frauen positiv beeinflussen.
- Erfassen von Aussagen, die beschreiben, was die Frauen unter Pflege verstehen, respektive was für sie die Aufgaben der Pflege sind.
- Erfassen von Aussagen, die Erwartungen gegenüber dem diplomierten Pflegepersonal im Akutspital enthalten.
- Erfassen von Aussagen, die Befürchtungen gegenüber dem diplomierten Pflegepersonal im Akutspital enthalten.
- Erfassen von Aussagen, die Erwartungen gegenüber dem diplomierten Pflegepersonal im Heim enthalten.
- Erfassen von Aussagen, die Befürchtungen gegenüber dem diplomierten Pflegepersonal im Heim enthalten.
- Erfassen von Äusserungen, welche manuelle und soziale Fähigkeiten, kognitives Wissen, soziales Verhalten und berufsübergreifendes Wissen verlangen.

Zu jedem Grobinhalt wurden konkrete Beispiele formuliert, so dass eindeutig festgelegt war, welche Inhalte zu protokollieren waren.

Anschliessend wurden die Dimensionen gemäss dem Modell der Lebensbereiche (s. Kapitel 3.4) festgelegt, definiert und mit Ankerbeispielen umschrieben. In einem nächsten Schritt wurde das Datenmaterial innerhalb der 4 Dimensionen in die verschiedenen Kategorien aufgeteilt. Pro Dimension (körperlich, geistig-psychisch, sozial, materiell und weitere Dimensionen) ergaben sich zwischen 4 und 8 Kategorien, die je nach Fragestellung und Dimension unterschiedlich ausfielen. Nach einer ersten Kategorisierung fand eine zweite Prüfung der Kategorienbildung statt (s. Mayring, 1999 und Kalbermatten, 2002).

5. Ergebnisse und Kommentare

5.1. Allgemeines zur Präsentation der Ergebnisse

Die Daten werden in der Reihenfolge der Fragen präsentiert. Die Kategorienbildung war der erste Schritt der Inhaltsanalyse. Die Dimensionen sind vom systemtheoretischen Modell der 4 Lebensbereiche vorgegeben (s. Kapitel 3.5). Die Dimension „Materielles“ wird in der Analyse Dimension „Umwelt“ genannt.

5.2. Ergebnisse und Kategorisierung zur ersten Fragestellung: „Welche Faktoren beeinflussen Ihre Gesundheit positiv?“

5.2.1. Dimensionen mit den entsprechenden Kategorien und Ankerbeispielen:

Körperliche Dimension

Kategorien:

1. Körperliche Bewegung:

Sport; Rückengymnastik; Bewegung, körperliche Arbeit z.B. im Garten; versuche Sport zu treiben; mich bewegen.

2. Genug Schlaf:

Genügend Schlaf.

3. Ernährung:

Auf gesundes Essen schauen; auf meine Essgewohnheiten aufmerksam sein; gesunde und regelmässige Ernährung; viel Wasser trinken; gesund essen; gut, gesund, schön und geschmackvoll essen.

4. Entspannung:

Ins Thermalbad gehen; Massage.

5. Unterstützung der Atmung:

Atemgymnastik; inhalieren.

6. Medikamente:

Medikamenteneinnahme.

Psychisch/geistige Dimension

Kategorien:

1. Geistige Herausforderung:

Lesen; Gedächtnistraining; Familienchronik schreiben; denken.

2. Haltung der älteren Frau.:

Mich immer wieder positiv polen, d.h. einstellen; Widerstandsressourcen und Kohärenzsinn nach Antonowsky fördern und erhalten; nie mit dem Schicksal hadern.

3. Kulturelle Tätigkeiten:

Musik hören; auf dem Sofa sitzen; ein Buch lesen und Musik hören; alles was schön ist.

4. Verhalten der älteren Frau:

Über den Markt bummeln; in der Stadt bummeln gehen; nicht zu viele Suchtmittel; gesund leben; mein Humor; mich für meine Sachen wehren; innere Zufriedenheit.

5. Tätigkeiten ausführen:

Einen guten Job haben; Kassiererin sein; Blumenschmuck anfertigen; alle Tage eine Aufgabe haben.

6. Bewältigungsstrategie der älteren Frau:

Habe schon viele happige Dinge erlebt.

7. Religiöse Aspekte:

In die Predigt gehen und beten.

Soziale Dimension

1. Soziale Kontakte:

Soziales Umfeld; gute Beziehungen; Kontakte; mit anderen Frauen spielen; singen in der Gruppe; an den Stamm gehen; Trachtengruppe; Jassrunde; Wanderferien, da ist man nie alleine.

2. Wohnform:

Die Siedlung.

3. Familie:

Grosskinder sind ein Jungbrunnen; die Familie.

4. Soziale Aufgaben haben:

Einer blinden Frau helfen.

5. Kontakte über das Tier:

Mit dem Hund draussen spazieren und Leuten begegnen.

6. Selbständigkeit der älteren Frau:

Selbständig bleiben.

7. Unterhaltung:

Gute Unterhaltung.

Dimension Umwelt

Kategorien:

1. Natur:

Draussen sein und die Sonne fühlen; an der Nordsee sein; Bewegung in der Natur; in der Natur sein.

2. Tiere:

Die Katze streicheln; mit dem Hund spazieren gehen.

3. Anpassung an negative Umgebungsfaktoren:

Umweltbelastung.

4. Die Umgebung gestalten:

Schön wohnen; mein Zimmer in Ordnung halten; der Garten.

5.2.2. Gesamtergebnisse

Gesamthaft über alle 4 Personengruppen gesehen steht die Dimension Körper an erster Stelle (s. Abb. 8). Am meisten Äusserungen gab es zu folgenden Kategorien:

- körperliche Bewegung
- gesunde Ernährung

An zweiter Stelle folgen gemeinsam die geistig/psychischen und sozialen Dimensionen.

Bei der geistig/psychischen Dimension stehen folgende Kategorien im Vordergrund:

- eigenes Verhalten der alten Frauen
- Haltung der älteren Frauen
- kulturelle Tätigkeiten

Bei der sozialen Dimension sind vor allem die nachstehenden Kategorien wichtig:

- soziale Kontakte
- die Familie

An letzter Stelle folgt die Dimension Umwelt. Dabei steht vor allem die Kategorie Natur im Zentrum (s. Tabelle 3).

5.2.3. Darstellung der Daten:

Tabelle 3: Anzahl genannter Kategorien

Personengruppe Frage 1 / Gesundheitsförderung

Person	Dimension körperlich								Dimension psych./geistig.								Dimension sozial								Dimension Umwelt												
	Kategorien								Kategorien								Kategorien								Kategorien												
	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8					
1.Gr. 50-jährige																																					
1	1		3									1	1				3													1							
2	3	1	2			1			1	1	1							1	1											1		1					
3	1	1									1	1	3				1															1					
4	1	1		1	1	1							1																	1							
5	2		1	3									1				1																				
6	1	1	1																																		
7	1		1														1																				
Zwischentotal	8	5	6	3	2	3	0	0	2	3	3	5	2	0	0	0	5	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	2	0	0	0	0	0	
2.Gr. 70+ zu Hause																																					
1	1																3	1											1								
2																	1												1		1						
3	5										2						1																				
4	1								1								2												2								
5											2						1	1														4					
6	5																2	1											1								
7	1										1						3				1								1								
Zwischentotal	5	0	1	2	1	0	0	0	0	7	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	3	2	0	2	0	0	0	0									
3.Gr. 70+ Altersheim																																					
1			1	1							1	2																	1								
2			1								1	1					1	1											1								
3											1	1	1	1	1		2																				
4	1								1								2																				
5	1											1																	3		1						
6	2		2									1	2							1																	
7	1					1			1			2																									
8												1																	1								
Zwischentotal	4	0	3	1	0	1	0	0	2	2	5	5	1	0	2	0	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0	4	0	0	1	0	0	0	0			
4.Gr. 70+ Spital																																					
1	2								1	1													1														
2									1																												
3																																					
4	2																3						1														
5																	1	1					1														
6	2																1	1																			
7									1	2							2																				
Zwischentotal	3	0	3	1	1	0	0	0	0	4	0	2	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0									

Graphische Darstellung der Daten:

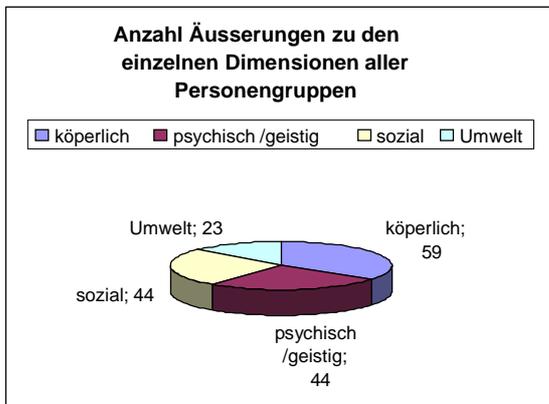


Abb. 8: Anzahl von Äusserungen zu den einzelnen Dimensionen aller Personengruppen

Gesamthaft wurden 170 Äusserungen gemacht.

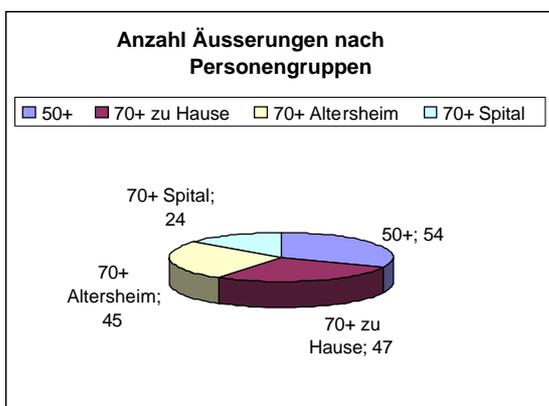


Abb. 9: Anzahl von Äusserungen nach Personengruppen

Die Personengruppe 50+ erbrachte am meisten Nennungen, gefolgt von den 70+ zu Hause, den 70+ im Altersheim, und den 70+ im Spital.

Ergebnisse nach Personengruppen

Personengruppe der 50+

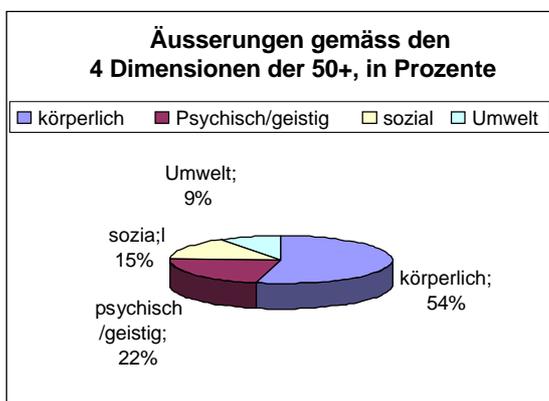


Abb. 10: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 50+, in Prozente

An erster Stelle steht die körperliche Dimension mit über 50% der Aussagen, gefolgt von der psychisch/geistigen Dimension und der sozialen Dimension; an letzter Stelle folgt die Dimension Umwelt.

Die Gruppe der 70+ aller drei Personengruppen (Altersheim, Spital, zu Hause) ergab folgendes Ergebnis:

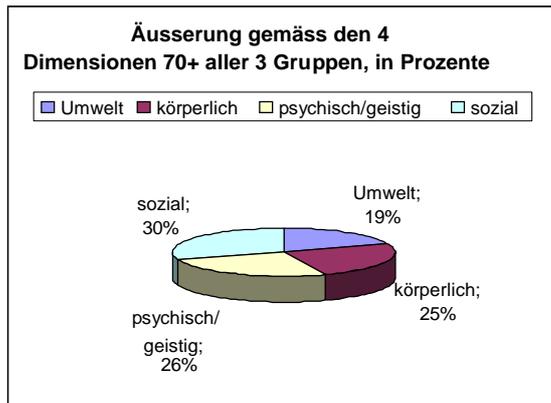


Abb. 11 : Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ aller 3 Gruppen, in Prozenten

An erster Stelle steht die Dimension Soziales, gefolgt von der psychisch/geistigen und der körperlichen Dimension und an letzter Stelle die Dimension Umwelt.

Die Gruppe 70+ nach Personengruppen aufgeteilt ergibt folgende Resultate:

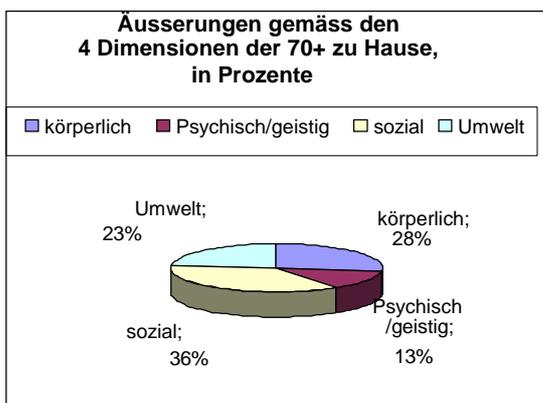


Abb. 12: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ zu Hause, in Prozente

An erster Stelle steht die Dimension Soziales, gefolgt von der körperlichen Dimension, der Dimension Umwelt, und an letzter Stelle die psychisch /geistigen Dimension.

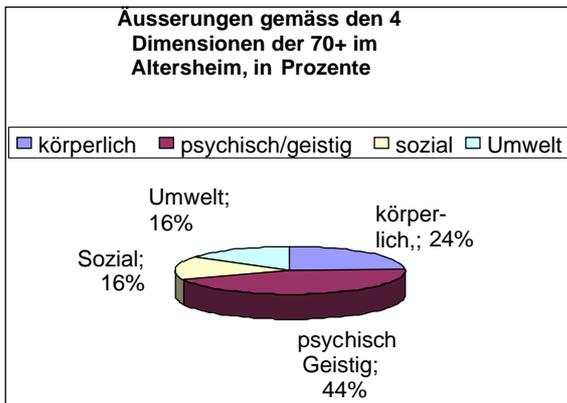


Abb. 13: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ im Altersheim, in Prozente

An erster Stelle steht die psychisch/geistige Dimension, gefolgt von der körperlichen Dimension; für die soziale Dimension und Umwelt Dimension ergeben sich die gleichen Prozentzahlen.

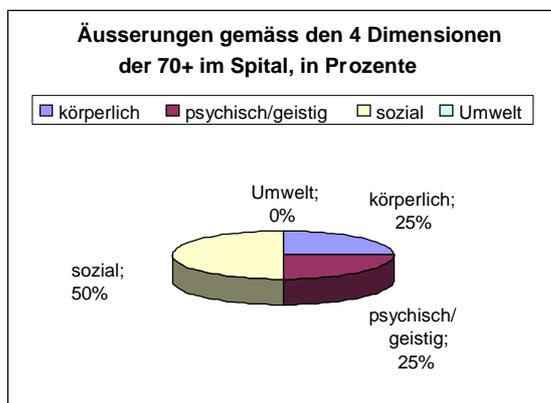


Abb. 14: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ im Spital, in Prozente

An erster Stelle steht die soziale Dimension, gefolgt von der körperlichen und psychisch/geistigen Dimension; an letzter Stelle folgt die Dimension Umwelt.

Zusammenfassung der Ergebnisse der ersten Frage

Die älteren Frauen nannten ein breites Spektrum an Faktoren welche ihre Gesundheit positiv beeinflussen (gesamthaft 24 Kategorien). Die einzelnen Dimensionen und Kategorien werden unterschiedlich gewichtet. Dabei machen die 50+ die meisten Äusserungen, am wenigsten wurden von den Frauen 70+ im Spital gemacht. Dies nicht nur bezogen auf die Gesamtnennungen, sondern auch auf die Anzahl genannter Kategorien, d.h. bei der Diversität der unterschiedlichen Einflussfaktoren; die 70+ im Spital benannten gesundheitsfördernde Faktoren aus 8 Kategorien, im Vergleich zu den Frauen im Altersheim, welche Äusserungen aus 15 Kategorien machten (s. Tabelle 3).

Bei den 50+ Frauen sind körperliche Faktoren am Wichtigsten; dies im Gegensatz zu den 70+ für die die sozialen und psychisch/geistigen Faktoren an erster und zweiter Stelle stehen. Bei der Betrachtung der einzelnen Gruppen der 70+ erhält auch das Körperliche einen hohen Stellenwert.

Bei den Frauen zu Hause und denen im Spital scheinen die sozialen Faktoren einen grossen Einfluss auf die Gesundheit zu haben im Gegensatz zu den Frauen im Altersheim, wo diese Dimension am Wenigsten genannt wurde und dafür die psychisch/geistige Dimension im Zentrum steht. Die Umwelt spielt bei den 70+ eine wichtigere Rolle; bei den Frauen zu

Hause und denen im Spital lebenden Frauen machte sie je 23 % aus, im Gegensatz zu den 50+, bei denen sie am wenigsten Prozente erhielt. Gesamthaft gesehen sind klare Unterschiede zwischen den Personengruppen ersichtlich, auch innerhalb der Gruppen 70+.

Verbindung zur Theorie

Die Äusserungen der älteren Frauen widerspiegeln sich in der Gesundheitsdefinition der WHO. Im Weiteren zeigt sich, dass die Natur, je nach Personengruppe, eine gewisse Rolle spielt. Dies stimmt wiederum mit den Erkenntnissen von Ruhe überein, welche den Einfluss der Umwelt als gesundheitsfördernden Faktor aufzeigt. Erstaunlich ist, dass im Bereich des Materiellen, vor allem bei den Frauen die aktuell in einer Institution leben, der ganze Bereich der Infrastruktur nicht erwähnt wurde. Im Weiteren wurden keine ökonomischen Faktoren genannt, obwohl man aus der Theorie weiss, dass die ökonomischen Möglichkeiten Einfluss auf die Gesundheit haben. Die Äusserungen der Frauen lassen sich in allen Lebensbereichen ansiedeln, d.h. sie gehen von einem bio-psycho-sozialen Denken aus, in welchem auch die Umwelt eine gewisse Rolle spielt. Die Erkenntnis aus der nationalen Gesundheitsstudie, dass der geistige Aspekt bei der Beurteilung des Wohlbefindens eine wichtige Rolle spielt, widerspiegelt sich auch in den Ergebnissen dieser Arbeit: in der geistig/psychisch Dimension werden viele Nennungen, in unterschiedlichen Kategorien, gemacht. Vor allem bei den Frauen im Altersheim ist dies ein ganz zentraler Punkt. Dazu gibt es verschiedene mögliche Erklärungen: Die Frauen wollen ihre geistigen Fähigkeiten erhalten und trainieren, damit sie möglichst selbstständig bleiben; sie werden im Heimalltag öfters mit Menschen konfrontiert, die in diesem Bereich Schwierigkeiten haben; sie möchten ihre psychischen und geistigen Fähigkeiten erhalten und weiterentwickeln etc.. Auseinandersetzung mit religiösen Fragen wurde als beeinflussender Faktor nur selten erwähnt. Im Weiteren zeigt sich aber deutlich, dass das Soziale ein wichtiges gesundheitsbeeinflussendes Element ist, was ja aus der Forschung hinlänglich bekannt ist. In einer Studie der Caritas wird dies folgendermassen beschrieben (2004, S. 163): „Soziale Vernetzung und soziale Unterstützung sind bedeutsame Faktoren zur Erhaltung von Gesundheit und zur Überwindung von Krankheit.“ Was in diesem Zusammenhang erstaunt, ist das Ergebnis aus dem Altersheim (s. Abb. 13). Eine Erklärung dafür könnte sein, dass die sozialen Aspekte in den psychisch/geistigen gemachten Äusserung zwar mit eingeschlossen sind, aber nur beiläufig wahrgenommen werden.

Erstaunlich ist, dass bei den 70+ nur ein Viertel der Äusserungen der Dimension Körper zugeordnet werden. Dies zeigt auf, wie umfassend Prävention und Gesundheitsförderung angelegt werden sollten und widerspricht damit teilweise unserem Versicherungssystem, welches seine Finanzierungen praktisch ausschliesslich auf die körperliche Dimension ausrichtet. Der grosse Anteil der Dimension Körper bei den 50+ hat verschiedene Hintergründe. Einer davon könnte sein, dass körperliche Gesundheit für Frauen in diesem Alterssegment ganz zentral ist, damit sie ihren Alltag bewältigen können. Wenn man die einzelnen genannten Kategorien (s. 5.1.1) betrachtet, erkennt man mehrere der im Kapitel 2.3.4 aufgeführten Einflussfaktoren, so z.B. körperliche Faktoren, soziale Einflussfaktoren, eigene Copingstrategien etc.. Wenn man die Ergebnisse in das Modell der 4 Lebensbereiche (s. Kapitel 3.5) einfügt, zeigt sich folgende Gewichtung der Systeme:

(Die Zahlen bezeichnen die Gewichtung der Dimensionen das heisst; Nummer 1 wurde am meisten genannt Nummer die 4 am wenigsten).

Tabelle 4: Modell der Lebensbereiche, aufgeteilt nach Mensch und Umwelt

Personengruppen	System Mensch		System Umwelt	
	Körper	Geist / Psyche	Materielles	Soziales
50+	1	2	4	3
70+ zu Hause	3	4	2	1
70+ im AH	2	1	3,5	3,5
70+ im Spital	2,5	2,5	4	1
Total	8	8,5	13,5	8,5

Es zeigt sich, dass die Gruppen 50+, 70+ im Altersheim und Spital zu ähnlichen Einschätzungen kommen; dabei steht bei allen drei Gruppen das System Mensch in Zentrum, das heisst, die Gesunderhaltung ihres Körpers ist sehr zentral. Dies könnte sein, weil für sie eine gute körperliche Verfassung in ihrer aktuellen Situation von besondere Wichtigkeit ist, damit sie ihren Alltag meistern oder wieder gesund werden können; somit steht das Soziale weniger im Zentrum, ausser bei den Frauen im Spital. Bei den Frauen zu Hause spielt dagegen das Soziale eine bedeutsame Rolle; der Grund könnte sei, dass das Aufrechterhalten von sozialen Kontakten Sicherheit vermittelt und eine wichtige Grundlage ist, um ihre aktuelle Wohnform erhalten zu können, oder dass sie die Beziehungen bewusst gestalten und erleben, weil in dieser Lebensphase durch das Wegsterben von Freunden viele Beziehungen zu Ende gehen.

Tabelle 5. Modell der Lebensbereiche, aufgeteilt nach Materielles und Immaterielles

Personengruppen	System Materielles		System Immateriell	
	Körper	Materielles	Geist / Psyche	Soziales
50+	1	4	2	3
70+ zu Hause	3	2	4	1
70+ im AH	2	3	1	3
70+ im Spital	2	4	2	1
Total	8	13	9	8

Bei den Personengruppen 50+, 70+ zu Hause und Altersheim erscheine beide Systeme - mit einer kleine Abweichung bei der Gruppe im Altersheim - praktisch als gleichwertig; dies sagt aus, dass die Faktoren, welche die Gesundheit der Frauen unterstützen, sowohl aus materiellen Aspekten bestehen wie auch aus immateriellen. Bei den Frauen im Spital ist der immaterielle Anteil grösser, obwohl vor allem das Körperliche, wohl bedingt aus ihrer aktuellen Situation, wichtig ist.

5.3. Ergebnisse und Kategorisierung zur zweiten Fragestellung: „Wie würden Sie den Pflegeberuf beschreiben, respektive was verstehen Sie unter „Pflege“?“

5.3.1. Dimensionen mit den entsprechenden Kategorien und Ankerbeispielen:

Körperliche Dimension

Kategorien:

1. Unterstützung in den Lebensaktivitäten:

Patienten pflegen können; Umgang mit dem Körper; unterstützen in den täglichen körperlichen Tätigkeiten; Menschen pflegen; sie müssen alles machen, auch unangenehme Dinge wie mit Urin und Stuhl; dass das Essen schön und adäquat serviert wird.

2. Verhalten des Pflegepersonals:

Viele Handlungen korrekt ausführen können, auch unangenehme.

3. Anforderungen an das Pflegepersonal:

Harte Arbeit; braucht gute Gesundheit; Verschwiegenheit; ein sehr strenger Beruf; 100% zu arbeiten würden sie gar nicht aushalten.

4. Massnahmen im Bereich der Behandlungspflege:

Sie müssen Verbände machen; all die Dinge wie Spritzen und Verbände sauber und korrekt machen.

5. Hygiene:

Hygienisch arbeiten.

Psychisch/geistige Dimension

1. Anforderungen an das Pflegepersonal:

Es braucht einiges; belastbare Persönlichkeiten; es gibt sehr vieles, womit sie fertig werden müssen; Umgang mit der Psyche; ausserordentlich breit gefächerte Aufgaben; hat viel mit Professionalität zu tun; sie müssen gut mit Apparaten umgehen können; sie müssen sich schnell von einer auf eine andere Situation einstellen können; sie müssen informiert sein; müssen fachkompetent sein; mich unterstützen können, wenn es mir nicht mehr gut geht; erfassen, wenn es mir schlecht geht oder wenn ich traurig bin; Leiden erträglicher mache; Tagesstruktur geben.

2. Wissen des Pflegepersonals:

Es gibt sehr gute Weiterbildungen; sie müssen viel über Medikamente wissen; Wissen über den Körper und die Seele; Wissen über die Pflege, auch altes Wissen, z.B. Wickel; sie müssen viel wissen und erklären können.

3. Eigenschaften der Pflegenden:

Dies ist ein dienender Beruf; sie müssen wach sein; müssen flexibel sein; sie müssen ihre Arbeit ernst nehmen; Verschwiegenheit.

4. Helfen:

Den Patienten einen Rat geben; ist in der Person drinnen; etwas, wo man mit Leib und Seele dabei ist.

5. Psychische Betreuung der Patientinnen:

Den Patienten auf die Operation vorbereiten und danach betreuen.

6. Verhalten des Pflegepersonals:

Auf die Wünsche der Leute eingehen; müssen die Alten ernst nehmen.

7. Verhalten der Pat.:

Ertragen, dass die Patientinnen ihre schlechte Laune am Pflegepersonal auslassen.

Soziale Dimension

Kategorien:

1. Arbeit mit Menschen:

Umgang mit Menschen; viele Beziehungen; umsorgen hat viel mit dem Begriff Krankenschwester zu tun; viele Kontakte; Interesse am Menschen; sie haben es mit vielen Menschen zu tun; sie müssen mit allen Menschen auskommen; müssen viel Gehässigkeit über sich ergehen lassen.

2. Nähe und Distanz:

Man kommt anderen Menschen sehr nahe; dies kann mit Ekelgefühlen verbunden sein.

3. Teamarbeit:

Braucht Teamarbeit; gerne im Team arbeiten auch mit anderen Berufsgruppen.

4. Anerkennung:

Ist bewundernswert; ein sehr schöner Beruf; habe ein sehr positives Bild.

5. Verhalten des Pflegepersonals:

Sie müssen ihre Arbeit transparent machen; Zuwendung geben; die Patienten müssen sich aufgehoben fühlen; den Patienten helfen selbständig zu werden; Zuverlässigkeit; Pünktlichkeit; die Männer sind bei den Schwestern besser gestellt als die Frauen.

6. Kommunikation:

Gut und gerne kommunizieren; mit den Patienten reden.

7. Kontaktfähigkeit des Pflegepersonals:

Sich auf unterschiedliche Menschen einlassen können und sich mit ihnen auseinandersetzen.

8. Wechselnde Personalsituation:

Ein Beruf mit sehr viel Wechsel; hier sind dies vor allem Jüngere in der Insel war dies anders; immer wieder andere Leute; viel Wechsel; wenig Kontinuität.

Dimension Umwelt

Kategorien:

1. Zeitbudget des Pflegepersonals:

Immer mehr Arbeit; es ist niemals eine Pflegeperson zu viel da; zu wenig Zeit für die Patientinnen; ist heute ein Problem.

2. Administrative Aufgaben des Pflegepersonals:

Sie müssen viel schreiben.

3. Technische Aufgaben des Pflegepersonals:

Sie haben viel mit Technik zu tun.

4. Organisatorische Aspekte des Berufs:

Auch am Wochenende arbeiten.

5. Organisatorische Fähigkeiten des Pflegepersonals:

Müssen fürs Management kompetent sein; müssen sehr viel organisieren; brauchen die Fähigkeit etwas managen zu können.

6. Berufsbezeichnung:

Bezeichnung Schwester wäre nach wie vor wichtig.

7. Merkmale des Berufs:

Hektisch; technisch; administrativ geprägt; zwischen Akutpflege und dem Heim ein ganz anderes Bild; die Berufskleide; das Spital.

5.3.2. Gesamtergebnisse

Gesamthaft über alle 4 Personengruppen betrachtet steht die soziale Dimension mit 40 Nennungen an erster Stelle (s. Abb. 15). Die meisten Äusserungen ergaben sich zu folgenden Kategorien:

Verhalten des Pflegepersonals:

- Arbeit mit Menschen
- Anerkennung des Berufs

An zweiter Stelle steht die psychisch/geistige Dimension mit den Kategorien:

- Anforderungen an das Pflegepersonal
- Wissen des Pflegepersonals
- Verhalten des Pflegepersonals

An dritter Stelle die körperliche Dimension mit den Kategorien:

- Unterstützung in den Lebensaktivitäten
- Anforderung an das Pflegepersonal

An letzter Stelle folgt, die Dimension Umwelt, mit der Kategorie:

- Zeitbudget des Pflegepersonals (s. Tabelle 6)

5.3.3. Darstellung der Daten:

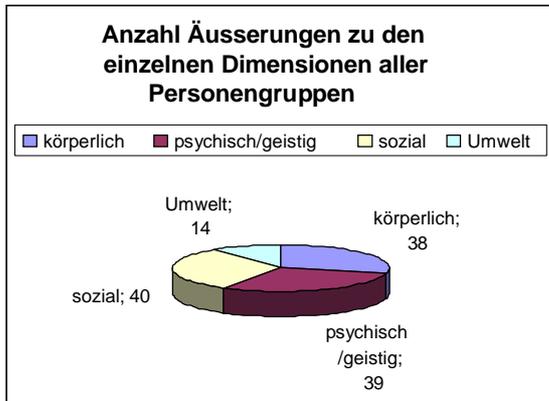


Abb. 15: Anzahl von Äusserungen zu den einzelnen Dimensionen aller Personengruppen

Gesamthaft wurden 131 Äusserungen gemacht.

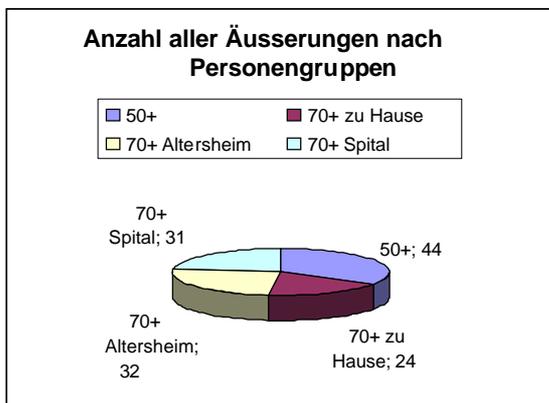


Abb. 16: Anzahl aller Äusserungen nach Personengruppen

Aus der Personengruppe 50+ folgten die meisten Nennungen, gefolgt von den 70+ im Altersheim und im Spital; an letzter Stelle stehen die 70+ zu Hause.

Ergebnisse nach Personengruppen

Personengruppe 50+

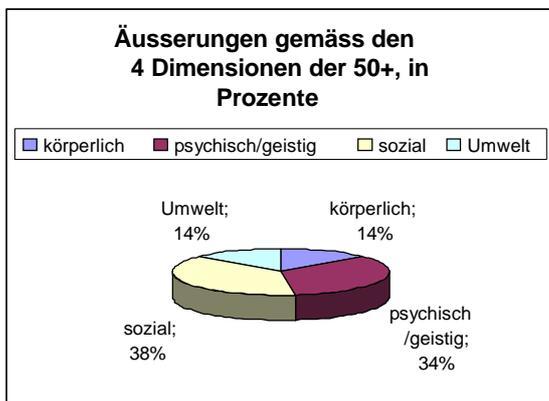


Abb. 17: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 50+, in Prozente

An erster Stelle steht die Dimension Soziales, gefolgt von der psychisch/geistigen und der körperlichen Dimension; an letzter Stelle steht die Umwelt.

Die Gruppe der 70+ aller drei Personengruppen ergab folgendes Ergebnis:

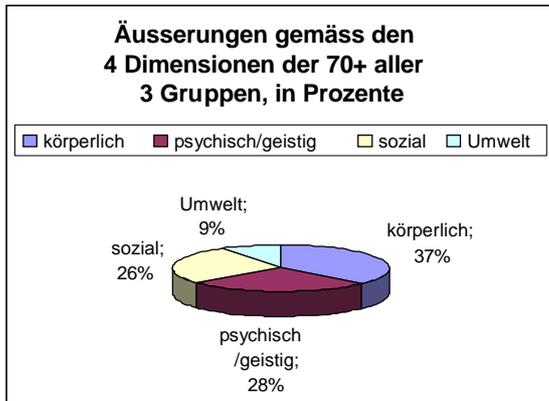


Abb. 18: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ aller 3 Gruppen, in Prozente

An erster Stelle steht die körperliche Dimension, gefolgt von der psychisch/geistigen Dimension und der sozialen Dimension; an letzter Stelle folgt die Umwelt.

Die Gruppe 70+ nach Personengruppen aufgeteilt ergibt folgendes Bild:

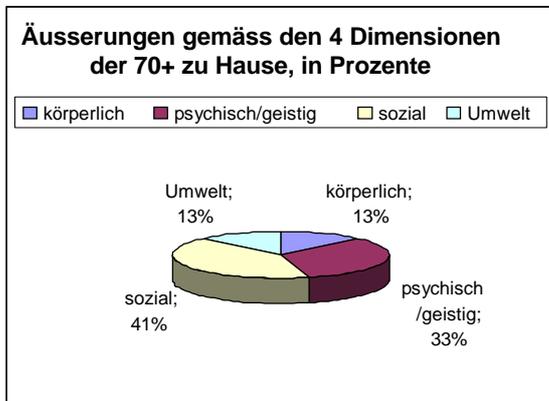


Abb. 19 : Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ zu Hause, in Prozente

An erster Stelle steht die soziale Dimension, gefolgt von der psychisch/geistigen Dimension und der körperlichen Dimension; an letzter Stelle steht die Umwelt.

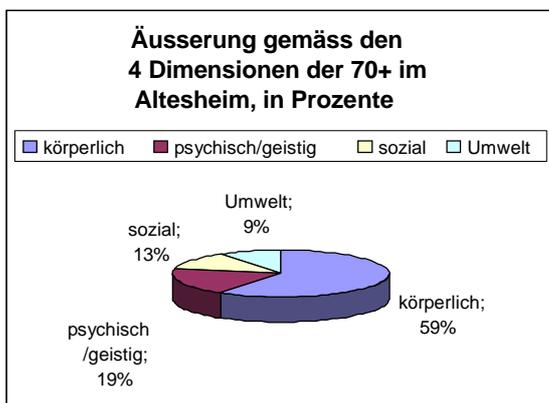


Abb. 20: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ im Altersheim, in Prozente

An erster Stelle steht die körperliche Dimension, gefolgt von der psychisch/geistigen und der sozialen Dimension; an letzter Stelle folgt die Umwelt.

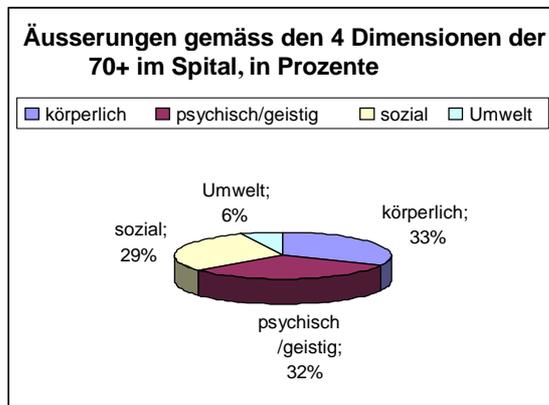


Abb. 21. Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ im Spital, in Prozenten

An erster Stelle steht die körperliche Dimension gefolgt von der psychisch/geistigen und der sozialen Dimension; an letzter Stelle folgt die Dimension Umwelt.

Zusammenfassung der Ergebnisse der zweiten Frage

Die Vorstellungen über den Pflegeberuf lassen sich in 27 Kategorien unterteilen; dies zeigt auf, dass die Frauen ein breit gefächertes Bild über die Aufgaben des Pflegeberufs haben. Betreffend der Anzahl Äusserungen liegen die drei Dimensionen Soziales (40), Psychisch /Geistiges (39) und Körperliches (38) nahe beisammen, was auf ein ganzheitliches Pflegeverständnis hinweist. Die Umwelt folgt an letzter Stelle mit 14 Äusserungen. Die Frauen 50+ machen am meisten Äusserungen (44), gefolgt von den Frauen 70+ im Altersheim (32), im Spital (31) und den Frauen zu Hause (24).

Gesamthaft gesehen gehen die Frauen davon aus, dass die Arbeit mit Menschen etwas Zentrales ist und dass das Verhalten des Pflegepersonals eine wichtige Rolle spielt. Dabei ist ein umfassendes Wissen, aus ihrer Sicht, bedeutungsvoll. Sie sehen den Pflegeberuf als etwas Positives. Im körperlichen Bereich stehen die Unterstützung in den Lebensaktivitäten im Zentrum, sowie die körperlichen Anforderungen ans Pflegepersonal. Dies zeigt, dass die Frauen sich den Pflegeberuf als etwas sehr Umfassendes vorstellen, d.h. die Bereiche Soziales, Psychisch/Geistiges werden als genauso wichtig wie der Bereich des Körperlichen eingestuft.

Gesamthaft gesehen sind klare Unterschiede zwischen den Personengruppen ersichtlich, d.h. die Frauen 50+ und 70+ zu Hause gewichten die Dimensionen unter sich ähnlich; das Selbe gilt auch für die Frauen 70+ im Altersheim und Spital. Bei fehlendem direktem Kontakt mit den Pflegenden kommt der soziale Aspekt vor der psychisch/geistigen Dimension; wenn aktueller Kontakt zu Pflegenden besteht, ist es zu erst die körperliche Dimension dann das Psychisch/Geistige und schliesslich das Soziale.

Verbindung zur Theorie und Kommentar

Es gibt verschiedene Berührungspunkten zwischen den Aussagen der Befragten und den Pflege-theorien, so z.B. die Polaritäten, welche von Frau Juchli (1992) genannt werden. Ähnliches zeigt sich auch betreffend der Definition von Frau Käppeli (1992), welche die Zusammenarbeit mit den Menschen als zentral nennt. Auch zur Definition der Berufsschule für Pflege Bern lassen sich Parallelen feststellen, so beispielsweise die Wichtigkeit der Kommunikation, das breite und aktuelle Wissen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Ähnlich der Mehrzahl der Pflege-theorien stellen auch die älteren Frauen die zwischenmenschlichen Aspekte und Fähigkeiten ins Zentrum der Pflege. So sagte Erikson (1992), dass das Gelingen der Pflege u.a. davon abhängt, in welchem Ausmass die

Pflegeperson Verständnis für die Welt der Pflegeempfängerin entwickeln könne (s. Kapitel 3.1.5.).

Dieses Verständnis widerspiegelt sich auch in den Äusserungen der Frauen, vor allem in den sozialen und psychisch/geistigen Dimensionen.

Die Äusserungen zeigen des Weiteren, dass das Verhalten der Pflegenden und die Anforderungen an das Pflegepersonal klarer formuliert werden können als die benötigten manuell - praktischen Fähigkeiten: der Grund dürfte sein, dass sich die Frauen die personellen Kompetenzen besser vorstellen können als die fachlichen.

Bezogen auf das Modell der 4 Lebensbereiche (s. Kapitel 3.5) zeigt sich folgende Gewichtung der Systeme:

Tabelle 7: Modell der Lebensbereiche aufgeteilt nach Mensch und Umwelt

Personengruppen	System Mensch		System Umwelt	
	Körper	Geist / Psyche	Materielles	Soziales
50+	3	2	4	1
70+ zu Hause	3	2	4	1
70+ im AH	1	2	4	3
70+ im Spital	1	2	4	3
Total	8	8	16	8

Die Frauen 50+ und die 70+ zu Hause bewerten beide Systeme gleichwertig. Die Frauen 70+ im Altersheim und Spital geben dem System Mensch mehr Gewicht. Dies weist darauf hin, dass die aktuelle Lebenssituation die Gewichtung der verschiedenen Systeme beeinflusst.

Tabelle 8: Modell der Lebensbereiche aufgeteilt, nach Materielles und Immaterielles

Personengruppen	System Materielles		System Immaterielles	
	Körper	Materielles	Geist / Psyche	Soziales
50+	3	4	2	1
70+ zu Hause	3	4	2	1
70+ im AH	1	4	2	3
70+ im Spital	1	4	2	3
Total	8	16	8	8

Wenn man die zweite Achse des Modells betrachtet, ergeben sich andere Aussagen. Die 50+ und 70+ zu Hause gewichten das System Materielles weniger als das System des Immateriellen; die 70+ welche sich aktuell in einer Institution befinden, gewichten beide Bereiche gleich. Diese Ergebnisse bestätigen, dass der direkte Kontakt mit der Pflege das Bild über den Pflegeberuf beeinflusst und zwar dahin gehend, dass das Körperliche im Verhältnis zum Sozialen mehr Gewicht bekommt. Über die psychisch/geistigen Aufgaben herrschen ähnliche Vorstellungen, vor allem in den Kategorien Anforderungen, Wissen und Verhalten des Pflegepersonals (s. Tabelle 6 und Kapitel 5.5.2).

5.4. Ergebnisse und Kategorisierung zur dritten Fragestellung: „Was erwarten Sie von einer diplomierten Pflegefachperson, wenn Sie sich in einem Akutspital aufhalten müssten“?

5.4.1. Dimensionen mit den entsprechenden Kategorien und Ankerbeispielen:

Körperliche Dimension

Kategorien:

1. Unterstützung in den Lebensaktivitäten:

Beim Anziehen helfen; beim Schlafen und Liegen unterstützen; dass sie mich gut pflegen; dass sie mir helfen auf die Toilette zu gehen.

2. Unterstützen bei körperlichen Beschwerden:

Übelkeit.

3. Gesundheitsförderung:

Dass sie mir gesundheitsfördernde Massnahmen aufzeigen.

4. Hilfestellungen für den Alltag:

Dass sie mir Tricks für den Alltag zeigen.

5. Handlungskompetenz des Pflegepersonals:

Sie müssen all die Dinge wie Spritzen und Verbände sauber und korrekt machen; sie müssen gewisse haushälterische Fähigkeiten haben; dass sie sorgfältig arbeiten; dass sie das Handwerk verstehen.

6. Selbständigkeit der Patientinnen:

Dass sie mich das lassen mache, was ich selber kann.

Psychisch/geistige Dimension

Kategorien:

1. Information durch das Pflegepersonal:

Ich möchte immer wissen, warum man etwas macht oder nicht macht und nicht einfach sagen, so ist es; das A und O wäre eine klare Information; kompetent Auskunft geben können; dass sie sagen, warum etwas so ist; dass sie Auskunft geben können und erklären, warum etwas so ist; dass sie etwas erklären können, gut informieren.

2. Verhalten des Pflegepersonals:

Wenn z.B. eine schlechte Nachricht übermittelt wird, sich Zeit nehmen und mit mir schauen, was nun aktuell ist; ein offenes Ohr haben = Psychische Betreuung; Verständnis für meine Situation haben; dass sie mir auch im psychischen helfen; dass sie Äusserungen ernst nehmen und erklären; dass sie eine positive Atmosphäre verbreiten; dass ich im wahrsten Sinn gepflegt werde; dass sie mir helfen, selbständig zu bleiben; dass ich keine Nummer bin.

3. Wissen:

Wissen, was sie tun; breites Wissen über Gesundheit; Krankheitsbilder > aktuelles und fundiertes Wissen; ein grosser Teil der Menschen ist von ihnen abhängig, dies muss ihnen bewusst sein; dass sie Bescheid wissen; dass sie das, was sie wissen müssen, auch wissen;

4. Handlungskompetenz des Pflegepersonals:

Sie müssen Lebensraum gestalten können > wohnen und leben ermöglichen können; sie müssen die Fähigkeit und Bereitschaft haben, sich zu reflektieren; müssen keine Übermensen sein; Fehler dürfen sein; dass sie fachlich kompetent sind; dass sie mit den Medikamenten gut schauen; sie müssen Lebensraum gestalten können.

5. Verhalten der Patienten:

Bedürfnisse dürfen angemeldet werden; kommt auch auf die Haltung der Patienten an; man muss lernen, das Schicksal zu akzeptieren.

6. Eigenschaften des Pflegepersonals:

Dass sie aufgestellt sind; es ist sehr wichtig, dass sie aufgestellt und freundlich sind; dass sie lieb und freundlich sind; aufgestellt und fröhlich sein; aufmerksam sein; dass sie nett zu mir sind; dass man ihnen vertrauen kann; dass sie eine gewisse Reife haben.

7. Einstellung der Pflegenden:

Dass sie eine gute Einstellung zum Beruf haben; dass sie mir wirklich helfen wollen; sie müssen die Bereitschaft haben, sich zu reflektieren.

Soziale Dimension

Kategorien:

1. Verhalten des Pflegepersonals:

Mich ernst nehmen; mich als Individuum ernst nehmen und nicht nach Schema betreuen; Intimsphäre wahren, z.B. das Nachttischli gehört mir; Gewohnheiten und Bedürfnisse ernst nehmen; zuverlässig sein; wenn man sagt, ich werden kommen, dann auch wirklich kommen; dass sie auf die Patienten eingehen; dass ich umsorgt werde; sie müssen offen und bereit sein für Fragen.

2. Kommunikationsfähigkeit des Pflegepersonals:

Sie müssen kommunizieren und Gespräche führen können; dass sie eine Frage nach der anderen stellen und nicht drei, vier miteinander.

3. Eigenschaften des Pflegepersonals:

Sie dürfen den Menschen nicht als ein Atom sehen, sondern als Teil eines Systems; zuverlässig sein.

4. Teamarbeit:

Nach der Ausbildung ein Team führen können.

5. Zeitbudget des Pflegepersonals:

*Dass sie Zeit haben für **mich**; dass sie mehr Zeit für **mich** haben; dass sie die Patienten nicht hetzen; dass sie Zeit für ein Gespräch haben.*

6. Ansprüche der Pat.:

Dass ich eine Bezugsperson habe; wissen, wer für mich zuständig und verantwortlich ist, die Sonderwünsche koordinieren; Kontinuität in der Betreuung; mitreden können; dass ich läuten darf; dass sie mir Kontakte ermöglichen; dass ich eine Ansprechperson habe.

7. Selbständigkeit der Patientinnen:

Was ich selber machen kann, will ich auch selber machen dürfen; dass ich selber entscheiden kann; dass sie mir helfen, selbständig zu bleiben oder wieder zu werden.

8. Verhalten der Patienten:

Man muss selber auch etwas beitragen und dankbar sein; im Spital muss man persönliche Gefühle und Erwartungen grundsätzlich zurückstellen.

Dimension Umwelt

Kategorien:

1. Zeitbudget des Pflegepersonals:

(Erwartungen gegen über dem Aspekt Zeit allgemein formuliert).

Dass sie Zeit haben; dass sie sich Zeit nehmen, um etwas zu erklären, da ja der Arzt nie Zeit hat; dass sie Zeit hätten; dass sie Zeit haben für die Patienten; Zeit, um mit Patienten zu sprechen >braucht weniger Medikamente; dass sie merken wo das Problem liegt.

2. Organisieren:

Sie müssen fürs Management kompetent sein.

3. Gestaltung des Umfelds:

Dass sie immer alles an den gleichen Ort legen; dass sie Ordnung halten.

5.4.2. Gesamtergebnisse

Gesamthaft über alle 4 Personengruppen gesehen steht die psychisch/geistige Dimension klar an erster Stelle (s. Abb. 22). Am meisten Äusserungen ergaben sich zu folgenden Kategorien:

- Eigenschaften des Pflegepersonals
- Information durch das Pflegepersonal
- Verhalten des Pflegepersonals
- Wissen des Pflegepersonals

An zweiter Stelle, steht die soziale Dimension mit den Kategorien:

- Verhalten des Pflegepersonals
- Eigenschaften des Pflegepersonals
- Zeitressourcen des Pflegepersonals für die eigene Person

An dritter Stelle steht die körperliche Dimension mit der Kategorie:

- Helfen in den Lebensaktivitäten

An letzter Stelle folgt die Dimension Umwelt mit der Kategorie:

- Zeitbudget des Pflegepersonals (s. Tabelle 9).

Graphische Darstellung der Daten:



Abb. 22: Anzahl von Äusserungen zu den einzelnen Dimensionen aller Personengruppen

Gesamthaft wurden 178 Nennungen gemacht.

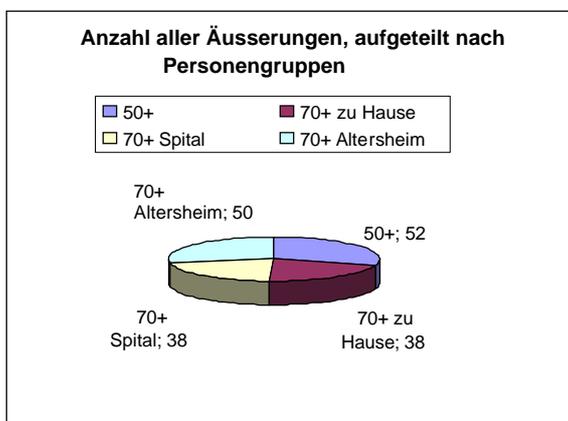


Abb. 23: Übersicht aller Äusserungen aufgeteilt nach Personengruppen

Die Personengruppe der 50+ machte am meisten Nennungen, gefolgt von den 70+ im Altersheim und gemeinsam den 70+ zu Hause und im Spital.

Ergebnisse nach Personengruppen

Personengruppe 50+

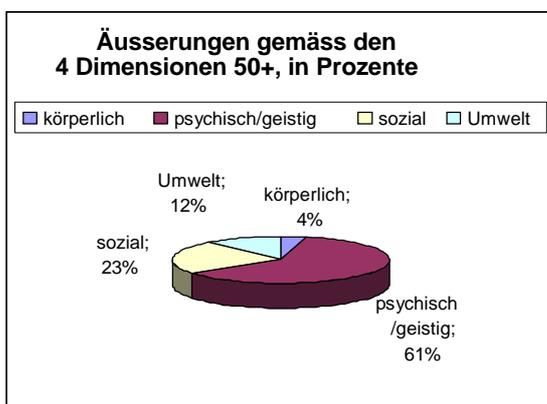


Abb. 24: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 50+, in Prozente

An erster Stelle steht die psychisch/geistige Dimension mit über 60% gefolgt von der sozialen und der Umwelt Dimension an letzter Stelle folgt die körperliche Dimension.

Aus der Gruppe der 70+ aller drei Personengruppen ergab sich folgendes Ergebnis:

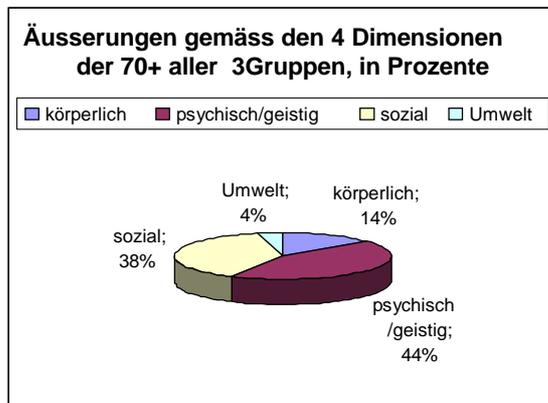


Abb. 25: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ aller 3 Gruppen, in Prozente

An erster Stelle steht die psychisch/geistige Dimension, gefolgt von der sozialen und der körperlichen Dimension; an letzter Stelle folgt die Dimension Umwelt.

Die Gruppe 70+ nach Personengruppen aufgeteilt ergibt folgendes Ergebnis:

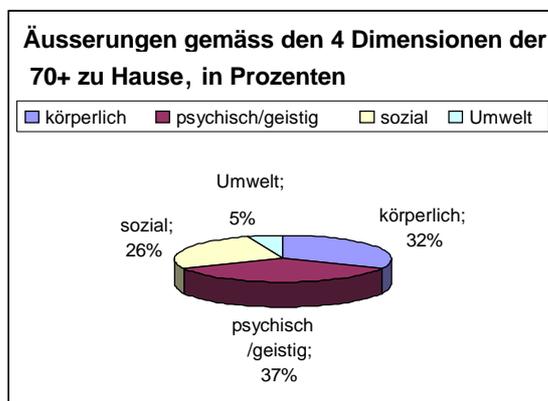


Abb. 26: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ zu Hause, in Prozente

An erster Stelle steht die psychisch/geistige Dimension, gefolgt von der körperlichen und der sozialen Dimension; die Dimension Umwelt folgt an letzter Stelle.

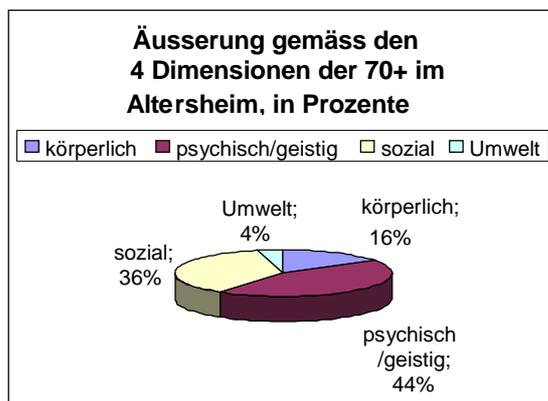


Abb. 27: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ im Altersheim, in Prozente

An erster Stelle steht die psychisch/geistige Dimension, gefolgt von der sozialen und der körperlichen Dimension; an letzter Stelle folgt die Dimension Umwelt.

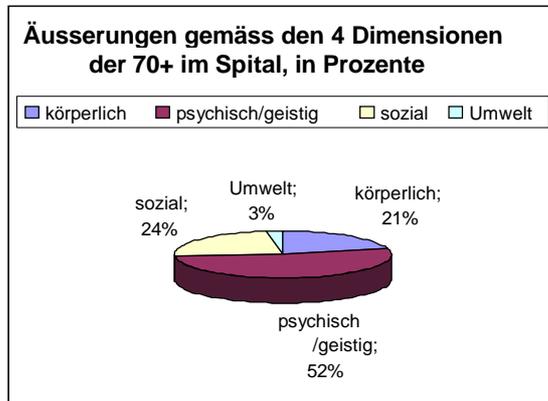


Abb. 28: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ im Spital, in Prozente

An erster Stelle steht die psychisch/geistige Dimension, mit über 50%, gefolgt von der sozialen und der körperlichen Dimension; an letzter Stelle folgt die Dimension Umwelt.

Zusammenfassung der dritten Frage

Die Äusserungen zu den Erwartungen im Akutspital umfassen ein überaus breites Spektrum an Erwartungen, es wurden 25 Kategorien genannt. Die psychisch/geistige Dimension steht klar an erster Stelle, die soziale Dimension mehrheitlich an zweiter Stelle, die Umwelt an vierter. Die 50+ Frauen und die Frauen im Altersheim machten praktisch gleich viele Äusserungen (52/50), ebenfalls gleich viele Äusserungen kamen von den Frauen zu Hause und im Spital (38). Bei der psychisch/geistigen Dimension, welche bei allen Personengruppen an erster Stelle steht, erscheinen vor allem das Verhalten und die Eigenschaften des Pflegepersonals als zentral. Dabei sind den Frauen neben vielem Anderem, die folgenden Aspekte wichtig: Freundlichkeit, Verständnis haben, gute Einstellung zu Beruf haben und vor allem eine gute Information. Auch bei der sozialen Dimension das Verhalten des Pflegepersonals im Vordergrund: ernst genommen und als Individuum gesehen werden; aber auch der Bereich der Selbständigkeit wird genannt. Bei der Kategorie Wissen wurden 8 Äusserungen (9%) von gesamthaft 88 gemacht; dieses Wissen wurde, wie zu erwarten, eher global formuliert. Die körperliche Dimension wird unterschiedlich eingeschätzt; bei den Frauen 50+ steht sie mit 4% an letzter Stelle, bei den 70+ ergibt sich eine Spannbreite von 16% - 32%. Ein einheitlicheres Bild zeigt sich bei den psychisch/geistigen und sozialen Dimension. Gesamthaft ergibt sich bezogen auf die Erwartungen im Akutspital ein in manchen Bereichen einheitliches, in der Gewichtung aber unterschiedliches Bild.

Verbindung zur Theorie und Kommentar

In den von den Frauen genannten Kategorien werden verschiedene Aspekte (Information, ganzheitliches Betrachten einer Person, Mitsprache) aufgenommen, welche auch in den Richtlinien der SAMW (s. Kapitel 2.1.7) als zentrale Forderungen genannt werden. Dies ist ein Hinweis, dass sich beim Entwickeln von neuen Standards, Richtlinien und Ähnlichem der Einbezug der alten Menschen, wie es bei der Formulierung der SAMW Richtlinien gemacht wurde, durchaus lohnen würde. Weitere Parallelen zeigen sich zu den Inhalten des Primary Nursing Systems, insbesondere im Bereich der sozialen und psychisch/geistigen Aspekte. Ein Beispiel dafür ist die Erwartung, eine Bezugsperson zu haben, welche eine gewisse Kontinuität ermöglicht, aber auch Aufgaben wie Koordination und Information übernimmt. Die Frauen 70+ im Spital und zu Hause nennen deutlich weniger Erwartungen als die beiden anderen Personengruppen. Bei den Frauen im Spital könnten gewisse Ängste

dafür verantwortlich sein, nämlich dass ihre Äusserungen zu den Pflegenden gelangen könnten. Da sie aktuell in einem deutlichen Abhängigkeitsverhältnis zu den Pflegenden stehen, dürfte dies ihre Meinungsäusserung beeinflusst haben. Bei den Frauen zu Hause könnte das Ergebnis ein Zeichen dafür sein, dass sie sich im Alltag vermehrt mit ihrer Gesundheit befassen (s. Kapitel 5.1.1) und weniger intensiv mit den Gedanken an einen Spitalaufenthalt. Wenn man die Erwartungen mit den Ergebnissen aus der Marketingforschung vergleicht, zeigen sich zahlreiche Parallelen: Wichtigkeit der Selbständigkeit, Sicherheit, Sozialkontakte, als für sich kompetente Person wahrgenommen werden und vor allem auch die Bedeutung der Freundlichkeit des Personals. Die hohe Anzahl der Nennungen bei 50+ könnte einen Zusammenhang mit der Erwartungshaltung dieser Generation haben. Die Marketingforschung zeigt auf, dass die Generation der heutigen 50+ klare Erwartungen und Ansprüche an die Qualität eines Produkts respektiv an dessen Vertreter haben. Dies könnten Hinweise dazu sein, dass sich diese Erwartungen auch auf ein Betreuungs- und Pflegeangebot übertragen lassen (s. Kapitel 2.7.).

Wenn man das Modell der 4 Lebensbereiche (s. Kapitel 3.5) mit einbezieht, zeigt sich folgende Gewichtung nach den Systemen:

Tabelle 10: Modell der Lebensbereiche aufgeteilt nach Mensch und Umwelt

Personengruppen	System Mensch		System Umwelt	
	Körper	Geist / Psyche	Materielles	Soziales
50+	4	1	3	2
70+ zu Hause	2	1	4	3
70+ im AH	3	1	4	2
70+ im Spital	3	1	4	2
Total	12	4	15	9

Bei allen drei Gruppen der 70+ spielt das System Mensch eine grössere Rolle als das System Umwelt und als zentral eingestuft werden die Erwartungen in der psychisch/geistigen Dimension. Die genannten Kategorien beziehen sich auf Bereiche wie informiert sein, ganzheitlich und als Individuen erfasst werden etc. - alles Faktoren, welche Sicherheit vermitteln; das kann in einer Situation, wie etwa ein Spitalaufenthalt, welcher durch viele Unsicherheiten geprägt ist, eine wichtige Rolle spielen. Die Nennungen im körperlichen Bereich sind weniger differenziert und weniger häufig als die Nennungen im psychisch/geistigen Bereich. Gründe dafür könnten sein, dass die einzelnen konkreten Hilfestellungen nicht präzise vorstellbar sind und es Fachwissen braucht, um bestimmte Erwartungen überhaupt formulieren zu können. Ein ähnliches Phänomen liess sich bereits bei den Erwartungen in Bezug auf das konkrete Wissen feststellen.

Bei der Gruppe der Frauen 50+ sind die Erwartungen bezüglich der Systeme ausgeglichen.

Tabelle 11: Modell der Lebensbereiche aufgeteilt nach Materielles und Immaterielles

Personengruppen	System Materielles		System Immaterielles	
	Körper	Materielles	Geist / Psyche	Sozial
50+	4	3	1	2
70+ zu Hause	2	4	1	3
70+ im AH	3	4	1	2
70+ im Spital	3	4	1	2
Total	12	15	4	9

Die zweite Achse des Modells zeigt auf, dass das immaterielle System bei allen vier Personengruppen mehr gewichtet wird, das heisst, die Erwartungen beziehen sich vermehrt auf die psychisch/geistigen Dimension und sozialen.

5.5. Ergebnisse und Kategorisierung zur vierten Fragestellung: „Was für Befürchtungen haben Sie im Bezug auf die Dienstleistungen der Pflegenden im Akutspital“?

5.5.1. Dimensionen mit den entsprechenden Kategorien und Ankerbeispielen:

Körperliche Dimension:

1. Unterstützung in den Lebensaktivitäten:

Dass die Pflege nicht gut und korrekt ist; dass sie mich nicht gut pflegen; dass man mich bei der Übelkeit zu wenig unterstützt.

2. Verhalten des Pflegepersonals:

Dass sie nicht sorgfältig arbeiten; dass man Dinge macht, die ich nicht will; z.B. lebensverlängernde Massnahmen.

3. Fachkompetenz des Pflegepersonals:

Inkompetentes Pflegepersonal; dass sie Fehler machen.

Psychisch/geistige Dimension

Kategorien:

1. Verhalten des Pflegepersonals:

Dass sie meine Gewohnheiten nicht beachten; dass die Pflegende ein „Reibeisen“ ist.

2. Fachkompetenz des Pflegepersonals:

Nicht immer kompetentes Personal; dass sie Fehler machen, z.B. falsche Medikamente; inkompetentes Personal; dass sie mir nicht genug Schmerzmittel geben.

3. Haltung der Patientin:

Wenn es sein müsste, wäre ich mit dem zufrieden was es gibt; man muss vieles akzeptieren.

4. Freiheitseinschränkende Massnahmen:

Dass man mich anbindet.

5. Ängste der Patientinnen:

Angst vor dem Neuen.

6. Eigenschaften des Pflegepersonals:

Dass ich es mit unfreundlichen Pflegenden zu tun habe; dass man ihnen nicht vertrauen kann.

Soziale Dimension

Kategorien:

1. Verhalten des Pflegepersonals:

Dass meine Wünsche und Bedürfnisse nicht wahrgenommen werden; in die Hände eines Drachens geraten; Pflegende die andere herumkommandieren; wenn man Hemmungen und Schamgefühle hat, aber diese von den Pflegenden nicht ernst genommen werden; Menschen die diesen Beruf unreflektiert machen; dass sie mich wieder vergessen; dass ich vom Personal „drangsaliert“ werde; dass ich gehetzt werde.

2. Zeitbudget des Pflegepersonals:

Dass ich lange warten müsste; wenn man ein Problem hat; weil etwas dazwischen gekommen ist, z.B. ein Notfall; Stress des Personals > dass ich mich nicht getraue etwas zu verlangen > sie ist aber meine Begleiterin, was also lösen meine Forderungen bei ihr aus > bekomme ich dies „zurückbezahlt“?

3. Haltung des Pflegepersonals:

Kein Interesse und Herzblut haben; Missbrauch meiner Abhängigkeit > dass ich mich nicht wehren kann > sie machen mit mir was sie wollen.

4. Sprachkompetenz des Pflegepersonals:

Personen, die meine Sprache nicht sprechen.

5. Eigenschaften des Pflegepersonals:

Freche Personen; launisches Personal; laute Personen; nach Rauch riechende Personen, dass sie mir gegenüber nicht genügend Respekt haben; dass die Pflegenden zu jung sind, dies ist einem peinlich.

6. Selbständigkeit der Patientinnen:

Darf nicht machen, was ich selber kann; dass sie mich abhängig machen; dass ich meine Selbständigkeit verlieren würde.

7. Geschlecht des Pflegepersonals:

Dass mich ein Mann pflegt; dass ein Mann bei mir die Intimpflege oder sonstige intime Handlungen machen würde.

8. Erleben der Patientin:

Ausgeliefert sein, vor allem auf der allgemeinen Abteilung.

Dimension Umwelt

Kategorien:

1. Zeitbudget des Pflegepersonals:

Meine Bedürfnisse werden nicht erfüllt > Stellenpläne und so; dass das Personal gestresst ist und dass sie dann unfreundlich sind; zuwenig Personal; die grosse Hektik; dass sie zu wenig Zeit haben.

2. Gestalten der Umgebung:

Dass sie unordentlich sind, z.B. mit den Kleidern; dass sie unordentlich sind.

5.5.2. Gesamtergebnisse

Gesamthaft über alle 4 Personengruppen gesehen steht die soziale Dimension, knapp vor der psychisch/geistigen, an erster Stelle (s. Abb.29). Am meisten Äusserungen gab es zu folgenden Kategorien:

- Verhalten des Pflegepersonals und Zeitbudget des Pflegepersonals
- Eigenschaften des Pflegepersonals.
- Zeitbudget des Pflegepersonals (individuell gesehen)

An zweiter Stelle steht das Psychisch/geistige, mit den Kategorien:

- Verhalten des Pflegepersonals
- Eigenschaften des Pflegepersonals
- Haltung der Patientin

An dritter Stelle steht die Umwelt, mit der Kategorie:

- Zeitbudget des Pflegepersonals (in einem weiteren Rahmen gesehen).

An vierter Stelle steht das Körperliche, mit den Kategorien:

- Helfen in den Lebensaktivitäten
- Fachkompetenz des Pflegepersonals (s. Tabelle 12)

5.5.3. Darstellung der Daten:

Tabelle 12: Anzahl genannter Kategorien

Personengruppe Frage 4 / Befürchtungen Akutspital

Person	Dimension körperlich								Dimension psych./geistig								Dimension sozial								Dimension Umwelt												
	Kategorien								Kategorien								Kategorien								Kategorien												
	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8					
1.Gr. 50-jährige																																					
1																																					
2																																					
3										1								1																			
4									1								1	1	1																		
5									1					1			2					3															
6																																					
7																																					
Zwischentotal	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	1	0	0	2	1	1	1	1	0	1	0	2	0											
2.Gr. 70+ zu Hause																																					
1	1											1																									
2																																					
3																																					
4		1																																			
5												2																									
6																																					
7																																					
Zwischentotal	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0																
3.Gr. 70+ Altersheim																																					
1	1										1		1											1													
2											1																										
3			1																																		
4																								1													
5									1	1							1	1																			
6									1								1						1	1													
7			1														1																				
8									1																												
Zwischentotal	1	0	2	0	0	0	0	0	3	1	2	0	1	2	0	0	3	1	0	0	1	2	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0					
4.Gr. 70+ Spital																																					
1																																					
2														1																							
3																																					
4													1																								
5	1								1								1																				
6	1																																				
7																																					
Zwischentotal	2	0	1	0	0	0	1	2	0	0	4	0	4	0																							

Graphische Darstellung der Daten:

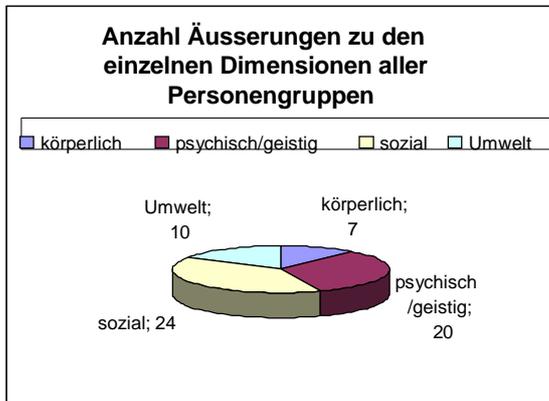


Abb. 29: Anzahl von Äusserungen zu den einzelnen Dimensionen aller Personengruppen

Gesamthaft wurden 61 Äusserungen gemacht

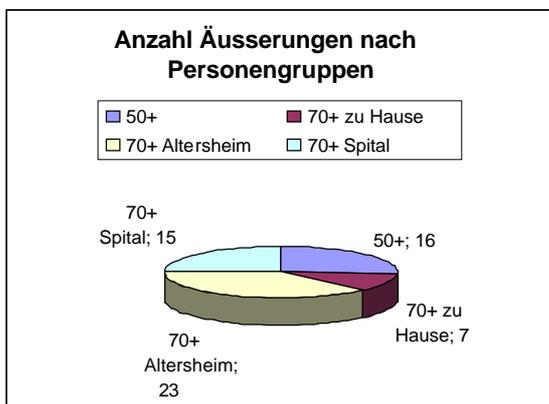


Abb. 30: Anzahl aller Äusserungen nach Personengruppen

Die Personengruppe 70+ im Altersheim machte am meisten Nennungen, gefolgt von den 50+ und den 70+ im Spital; am wenigsten Nennungen ergaben sich von den 70+ zu Hause.

Ergebnisse nach Personengruppen

Personengruppe 50+

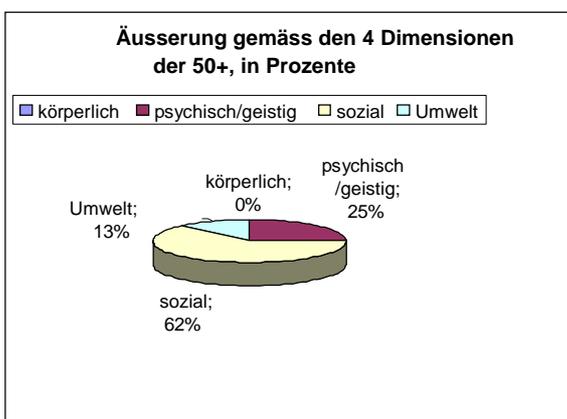


Abb. 31: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 50+, in Prozente

An erster Stelle steht die soziale Dimension, gefolgt von der psychisch/geistigen und der Dimension Umwelt; an letzter Stelle folgt das Körperliche.

Bei der Kategorie der 70+ in allen drei Personengruppen ergab sich folgendes Ergebnis:

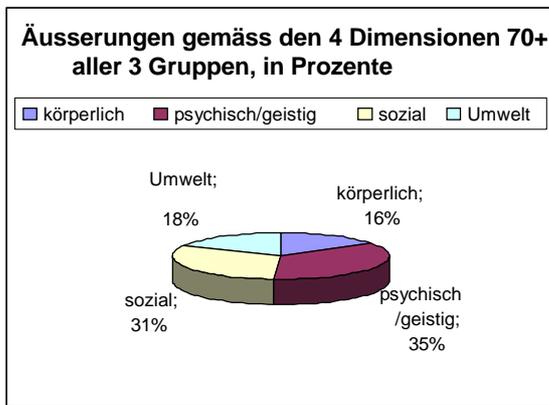


Abb. 32: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ aller 3 Gruppen, in Prozente

An erster Stelle steht die psychisch/geistige Dimension, gefolgt von der sozialen Dimension und der Umwelt; an letzter Stelle folgt das Körperliche.

Die Aussagen der Gruppe 70+, aufgeteilt nach Personengruppen, führen zum folgenden Ergebnis:

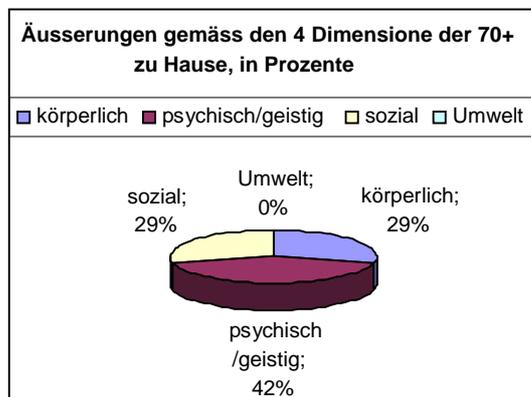


Abb. 33: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ zu Hause, in Prozente

An erster Stelle steht die psychisch/geistig Dimension, gefolgt von der sozialen und körperlichen Dimension; die Umwelt erhielt keine Nennungen.

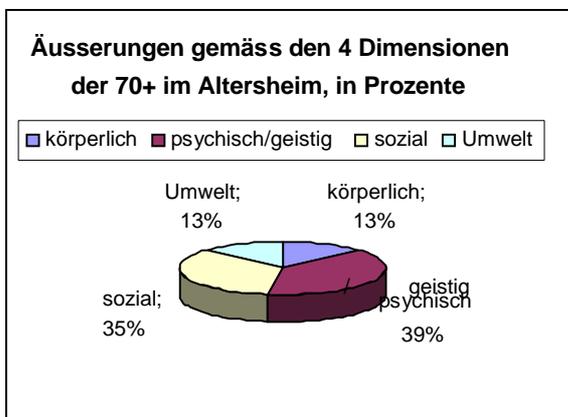


Abb. 34: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen 70+ im Altersheim, in Prozente

An erster Stelle steht die psychisch/geistig Dimension, die soziale Dimension folgt an zweiter Stelle; die Dimensionen des Körperlichen und der Umwelt stehen an letzter Stelle.

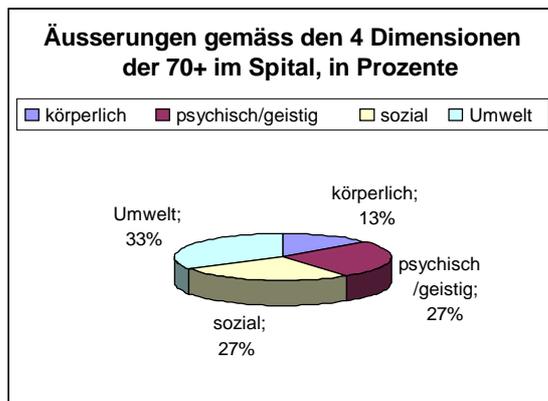


Abb. 35: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen 70+ im Spital, in Prozente

An erster Stelle steht die Dimension Umwelt, gefolgt von der psychisch/geistigen und der sozialen Dimension; an letzter Stelle folgt die körperliche Dimension.

Zusammenfassung der vierten Frage

Am meisten Äusserungen machten die Frauen im Altersheim (23), gefolgt von den 50+ (16), den Frauen im Spital (15) und den 70+ zu Hause (7). Auch bei der Anzahl unterschiedlichen Kategorien - gesamt haft wurden 19 genannt - stehen die 70+ im Altersheim an erster Stelle (14); am wenigsten Kategorien (6) nannten die 70+ zu Hause und im Spital (s. Tabelle 12). Als zentrale Kategorie ergeben sich Befürchtungen wegen zu knappen Zeitbudgets des Personals: bei 14 von insgesamt 61 Äusserungen (22%) ist der Aspekt „zu wenig Zeit“ des Pflegepersonals ein Thema, sei dies auf die eigene Person bezogen oder als allgemeine Befürchtung. Bei den 70+ im Spital ist dies die grösste Befürchtung. Weitere Kategorien sind, im Bereich der psychisch/geistigen Dimension, das Verhalten und die Eigenschaften des Pflegepersonals. In der sozialen Dimension erscheinen wiederum Verhalten und Eigenschaften des Pflegepersonals, aber auch die Angst vor dem Verlust der Selbständigkeit. Bei den 50+ steht die soziale Dimension mit mehr als 50% an erster Stelle, bei den 70+ im Altersheim und zu Hause steht das Psychisch/Geistige vor dem Sozialen. Ausser bei den 70+ im Spital steht die Umwelt an 3. oder 4. Stelle. Das Körperliche findet sich ausser bei den 70+ zu Hause stets an 3. und 4. Stelle, dabei sind fehlende Unterstützung in den Lebensaktivitäten und eine mangelnde Fachkompetenz die grösste Befürchtung.

Verbindung zur Theorie und Kommentar

Die geäusserten Befürchtungen betreffen in einem grossen Masse die Beziehungsebene zwischen den Frauen und den Pflegenden. Beispiele sind das Nichtbeachten der Individualität oder von Hemmungen und Schamgefühlen; was ebenfalls befürchtet wird, sind problematische Eigenschaften und negatives Verhalten der Pflegenden. Diese Punkte bestätigen, dass die von einzelnen Pflege-theoretikerinnen gemachten Aussagen tatsächlich in hohem Ausmass zutreffen. So betont beispielsweise Peplau (1992), dass das Verstehen der Patientin von grosser Wichtigkeit ist, dabei aber auch das Verhalten der Pflegenden eine ganz zentrale Rolle spielt. Das gleiche gilt für das der Patientin in ihrer spezifischen Situation entgegengebrachte Verständnis. Aber auch die Theorie von Roper (1992) wird bestätigt, indem deutlich wird, dass die Unterstützung in den Lebensaktivitäten stets von psychisch/geistigen, sozialen und umweltbedingten Faktoren beeinflusst wird (s. Kapitel 2.1.5). Auch die Aussage von Käppeli (1992), dass die Pflege ein zum Menschen hin gewendeter Beruf ist (s. Kapitel 2.1.6), wird bestätigt.

Gesamthaft gesehen werden 2/3 weniger Befürchtungen als Erwartungen geäussert. Daraus kann man schliessen, dass die Frauen wissen, was sie möchten, dass sie aber davon ausgehen, dass diese Erwartungen auch erfüllt werden könnten und sie somit nicht als Befürchtungen genannt werden müssen. Dass die Frauen im Altersheim am meisten Befürchtungen haben, kann damit zusammen hängen: wenn gewisse Erwartungen im Spital nicht erfüllt werden, z.B. im Bereich der Selbständigkeit, ist die Gefahr gross, dass dies direkte Auswirkungen auf die Lebenssituation haben kann, im Extremfall ein Übertritt in eine Pflegeabteilung. Bei den 70+ im Spital und zu Hause könnte die Begründung gleich sein wie auf Seite 48 beschrieben wird.

Betrachtet man die Gewichtung nach dem Model der Lebensbereiche, ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 13: Modell der Lebensbereiche aufgeteilt nach Mensch und Umwelt

Personengruppen	System Mensch		System Umwelt	
	Körper	Geist / Psyche	Materielles	Soziales
50+	4	2	3	1
70+ zu Hause	2	1	4	2
70+ im AH	3	1	3	2
70+ im Spital	4	2	1	2
Total	13	6	11	7

Bei den Frauen 50+ und 70+ im Spital steht das System Umwelt im Zentrum. Ein Grund dafür kann die grosse Bedeutung von Sozialkontakten sein; bei den 50+ ist es ein breites Spektrum von Erwartungen im Bereich von kompetenten Verhalten der Pflegenden, d.h. sie befürchten dass in diesem Bereich ihre Erwartungen nicht erfüllt werden. Bei den 70+ im Spital ist es klar der Faktor zu wenig Zeit, dies könnte heissen, dass Zeitdruck und zu wenig Zeit von Seite der Pflegenden massive und direkte Auswirkungen auf die Situation der Patientinnen hat, dahinter könnten auch Ängste stehen z.B. die Selbständigkeit zu verlieren. Die 70+ zu Hausen äussern sehr wenige Befürchtungen, der Grund dazu kann die gemachte Begründung von Kapitel 5.1.3. sein oder dass sie mit der im Moment erlebter Situation zu frieden sind. Die 70+ im Altersheim äussern viele Befürchtung vor allem im psychisch /geistige und sozialen Bereich. Eine Begründung könnte sein, dass beim Eintreten der genannten Befürchtungen wie beispielsweise; unangebrachtem Verhalten der Pflegenden oder zu wenig oder nicht fachgerechte Behandlung, eine gewisse Verunsicherung auftreten könnte, und dass diese gravierende Auswirkungen haben könnte. Oder dass sie in ihrer momentanen Lebenssituation gewisse Erfahrungen machen, welche das Entstehen dieser Befürchtungen fördert.

Tabelle 14: Modell der Lebensbereiche aufgeteilt nach Materielles und Immaterielles

Personengruppen	System Materielles		System Immaterielles	
	Körper	Materielles	Geist / Psyche	Soziales
50+	4	3	2	1
70+ zu Hause	2	4	1	2
70+ im AH	3,5	3,5	1	2
70+ im Spital	4	1	2,5	2,5
Total	13,5	11,5	6,5	7,5

Bei dieser Einteilung ergibt sich ein klares Bild: alle vier Personengruppen weisen mehr Befürchtungen im immateriellen System auf. Auch da zeigt sich wieder, wie zentral der zwischenmenschliche Bereich ist (s. oben).

5.6. Ergebnisse und Kategorisierung zur fünften Fragestellung: „Was müssten die diplomierten Pflegefachfrauen unternehmen, dass Sie im Fall eines Heimeintritts ihr Leben am Besten gestalten könnten“?

5.6.1. Dimensionen mit den entsprechenden Kategorien und Ankerbeispielen:

Körperliche Dimension

Kategorien:

1. Selbständigkeit der Patienten:

Dass ich die Medikamente selber nehmen kann.

2. Unterstützung in den Lebensaktivitäten:

Dass sie Ideen haben, wie ich mir den Alltag erleichtern kann, z.B. Strümpfe anziehen; dass sie mir eine sorgfältige und gründliche Körperpflege machen; dass sie schnell kommen, wenn ich aufs Wc muss; so dass es reicht; dass sie mit mir einen Spaziergang machen.

3. Arbeitsqualität des Pflegepersonals:

Dass sie gründlich und sorgfältig arbeiten; dass sie sorgfältig arbeiten, dass die Körperpflege durch jemanden gemacht wird, der es auch wirklich kann.

4. Verhalten des Pflegepersonals:

Dass sie mir die Pflege geben, die ich brauche; ich möchte nicht, dass das Körperliche so zentral ist.

5. Geschlecht des Pflegepersonals:

Körperpflege durch gleichgeschlechtliche Person.

Psychisch geistige Dimension

Kategorien:

1. Verhalten des Pflegepersonals:

Dass man meine Patientenverfügung ernst nimmt und umsetzt, auch wenn ich mich nicht mehr dafür einsetzen kann; auf das Thema Sterben und Tod eingehen> meine geäußerten Wünsche im Bezug aufs Sterben ernst nehmen; mich in den Dingen unterstützen, die ich gerne habe; dass das Psychosoziale gleich gewichtet wird wie das Körperliche; dass auch geistige Auseinandersetzungen möglich sind; individuelle Betreuung; Aufmerksamkeit; dass man meine Individualität beachtet.

2. Informationskompetenz des Pflegepersonals:

Gute Informationen haben, wenn etwas ganz wichtig ist; dass sie ganz gut informieren; dass man mir sagt, jetzt machen wir dies.

3. Fachkompetenz des Pflegepersonals:

Dass sie fachlich eine gute Ausbildung haben; den Tagesablauf gestalten können; biographische Aspekte mit einbeziehen; Fachkompetentes Personal; dass sie mir einen individuellen Tagesablauf ermöglichen; dass sie mir helfen, den Alltag zu gestalten; dass sie mir etwas zu tun geben.

4. Eigenschaften des Pflegepersonals:

Freundlichkeit ist sehr wichtig; positive Ausstrahlung; humorvoll sein; eine wahrnehmende, sensible Personen sein.

5. Die Haltung des Pflegepersonals:

Dass ich ernst genommen werde; dass meine Wünsche und Bedürfnisse ernst genommen werden obwohl ich alt und pflegebedürftig bin; dass ich ernst genommen werde; Wertschätzung dem alten Menschen gegenüber; mich ernst nehmen als eine Person die bis jetzt ihr Leben gemeistert hat und nicht „verbibapälä“, „oh wie herzig,“ etc..

6. Kommunikation des Pflegepersonals:

In einem normalen Ton mit mir sprechen und nicht so „büsälä und miaü“; sie müssen wissen, ob man in einer bestimmten Situation nun reden soll oder ob es besser ist zu schweigen; dass sie mit mir reden, aber auch nicht zu viel; angepasste Kommunikation mit allen Beteiligten.

7. Sprachkompetenz des Pflegepersonals:

Dass sie meine Sprache sprechen können > dass das ausländische Personal die Sprache lernt.

8. Religiöse Bedürfnisse der Patientinnen:

Mit jemandem beten dürfen.

Soziale Dimension

Kategorien:

1. Eigenschaften des Pflegepersonals:

Dass sie pünktlich sind; dass sie sympathisch sind; dass sie ein gewisses Alter haben; nicht zu junge Pflegenden; dass sie aufgestellt sind; dass sie mir aus Überzeugung helfen und nicht weil es ein Muss ist; dass mich jemand Älteres duscht und wäscht; dass sie ehrlich sind und zugeben, wenn etwas nicht gut lief; dass sie Geduld haben.

2. Selbständigkeit der Bewohnerinnen :

Dass sie mir helfen, selbständig zu bleiben oder mich fördern; soviel wie möglich selber machen können; dass ich so leben kann, wie ich es gerne habe, z.B. auch mit den Kleidern; dass man selber etwas machen kann; dass ich mitbestimmen kann; dass ich noch selber etwas bestimmen kann, z.B. über das Essen oder meinen Tagesablauf etc..

3. Verhalten des Pflegepersonals:

Dass ich als Frau B. wahrgenommen werde und nicht als eine Nummer; dass man mich nicht zwingt, etwas zu tun, was ich nicht will; dass sie mir ein Kompliment machen wenn ich beim Coiffeur war; dass sie nicht immer „davon müssen“; dass sie mir Kontakte ermöglichen; meine Ansprechperson soll mir bekannt sein; dass sie meine Lebenserfahrung mit einbeziehen.

4. Information durch das Pflegepersonal:

Dass ich gut informiert bin; dass man der Situation entsprechend informiert wird; dass sie mich über die Medikamente informieren; wissen, wer für mich zuständig ist; wissen an wen ich mich wenden kann.

5. Zeitbudget des Pflegepersonals:

Einmal 5 Minuten haben, um mit mir zu sprechen; dass sie für mich mehr Zeit haben; dass ich nicht dauernd warten muss; im Heim hätten sie für mich nicht so viel Zeit.

6. Verhalten der Bewohnerinnen:

Man muss reden miteinander; man muss sagen was man will.

7. Forderungen der Bewohnerinnen:

Da bin ich daheim; da will ich mitreden; dass man meine Privatsphäre respektiert; möchte nicht in einem Pflegeheim sein, sondern in einer in Pflegewohnung, in welcher ich das Personen selber anstellte, und bezahlt und ich somit ein handelndes Subjekt bleibe und nicht ein Objekt werde.

8. Wissen des Pflegepersonals:

Dass sie meine Sprache sprechen; dass sie die gleiche Sprache sprechen.

Dimension Umwelt

Kategorien:

1. Tiere:

Dass ich meine Katze mitnehmen kann.

2. Verfügbarkeit des Pflegepersonals:

Im Heim müssen sie nicht immer da sein aber, jederzeit abrufbereit; konstantes Personal.

3. Natur:

Hinaus können; dass ich trotz allem hinausgehen kann; dass sie mit mir draussen spazieren gehen; dass sie mit mir aus dem Heim heraus gehen.

4. Umgebungsgestaltung:

Einen regelmässigen Betrieb, nicht zu viel Unruhe; dass sie Ordnung halten; dass sie meine Blumen pflegen.

5. Aufgaben haben:

Dass ich die Tier versorgen kann; dass ich in der Küche helfen kann.

6. Forderungen der Heimbewohnerinnen:

Will Zeiträume, wo ich nicht gestört werde.

7. Kontakte:

Dass sie mit mir ins Cafe gehen.

5.6.2. Gesamtergebnisse

Gesamthaft über alle vier Personengruppen gesehen steht die psychisch/geistige Dimension an erster Stelle (s. Abb. 36). Dabei ergaben sich Äusserungen zu den Kategorien:

- Verhalten des Pflegepersonals
- Eigenschaften des Pflegepersonals
- Fachkompetenz des Pflegepersonals

An zweiter Stelle folgt die soziale Dimension, dabei ergaben sich Äusserungen zu den Kategorien:

- Verhalten des Pflegepersonals
- Selbständigkeit der Bewohnerinnen
- Forderungen der Bewohnerinnen

An dritter Stelle steht die Dimension Umwelt. Dabei ergaben sich Äusserungen zu den Kategorien:

- Die Natur
- Aufgaben haben
- Tiere und Umgebungsgestaltung

An vierter Stelle folgt die körperliche Dimension. Dabei ergaben sich Äusserungen zu den Kategorien:

- Arbeitsqualität des Pflegepersonals
- Unterstützung in den Lebensaktivitäten (s. Tabelle 15).

5.6.3. Darstellung der Daten:

Tabelle 15: Anzahl genannter Kategorien

Personengruppe Frage 5 / Erwartungen ans Heim

Person	Dimension körperlich								Dimension psych./geistig								Dimension sozial								Dimension Umwelt															
	Kategorien								Kategorien								Kategorien								Kategorien															
	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8								
1.Gr. 50-jährige																																								
1									2		2		2	2	1				2	1	1										1									
2									2		1	2	1						1																					
3			1								2	1	2				1														1									
4																			2				1	1																
5									1								2													1										
6														1			1	6												1										
7									1		1		1																											
Zwischentotal	0	1	1	1	0	0	0	0	4	1	4	2	4	1	1	0	1	2	4	1	1	0	1	1	1	1	2	0	0	0	0	0								
2.Gr. 70+ zu Hause																																								
1																																								
2									3			2					1	1	1			2			2	2														
3			1																2																				1	
4												2							1																					
5				1																																				
6			1						3					1																										
7									1								2	1		1		1																		
Zwischentotal	0	1	2	0	0	0	0	0	3	0	0	2	0	1	0	0	0	2	4	1	1	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0							
3.Gr. 70+ Altersheim																																								
1	1																		2																					
2																	1	1		1																				
3										1										1																				
4									2	2	1	1							1																					
5											1						1		1	1							2								2		2			
6		1	1						1			1					1		2				1																1	
7		1	1															1	1				1																	
8																						2																		
Zwischentotal	1	2	2	0	0	0	0	0	2	2	2	2	0	0	0	1	2	3	5	2	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0								
4.Gr. 70+ Spital																																								
1									1			1							3								1	1				1								
2									1			3		1																										
3																																								
4																		1	3																		4			
5									1	2	1	1																												
6									1									1																						
7			1																																					
Zwischentotal	0	0	1	0	0	0	0	0	4	1	1	3	0	1	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	0	1	0								

Graphische Darstellung der Daten:

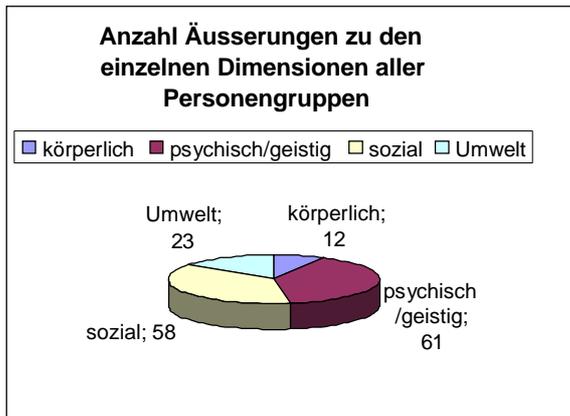


Abb. 36: Anzahl Äusserungen zu den einzelnen Dimensionen aller Personengruppen

Gesamthaft wurden 154 Äusserungen gemacht.

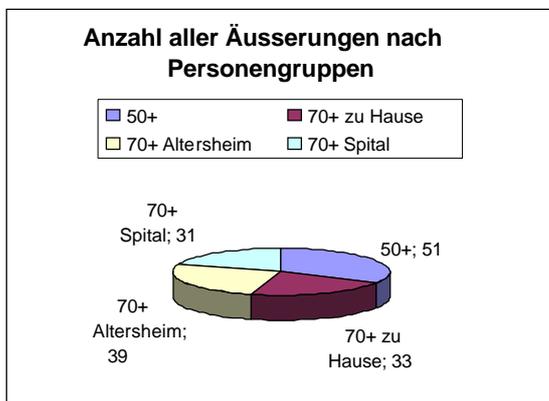


Abb. 37: Anzahl aller Äusserungen nach Personengruppen

Die Personengruppe der 50+ machte am meisten Nennungen, gefolgt von den 70+ im Altersheim und den 70+ zu Hause und im Spital.

Ergebnisse nach Personengruppen

Personengruppe der 50+

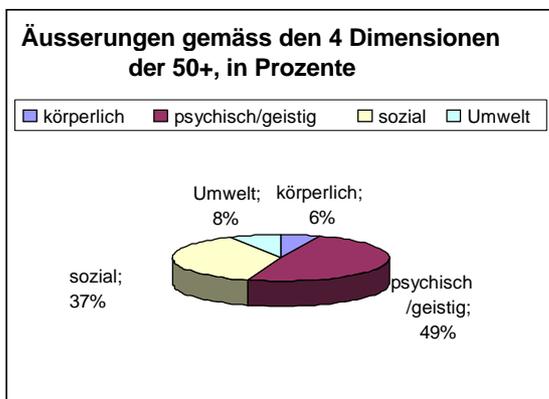


Abb. 38: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 50+, in Prozente

An erster Stelle steht die psychisch/geistige Dimension, gefolgt von der sozialen Dimension der Umwelt und der körperlichen Dimension.

Die Gruppe der 70+ aller drei Personengruppen ergab folgendes Ergebnis:

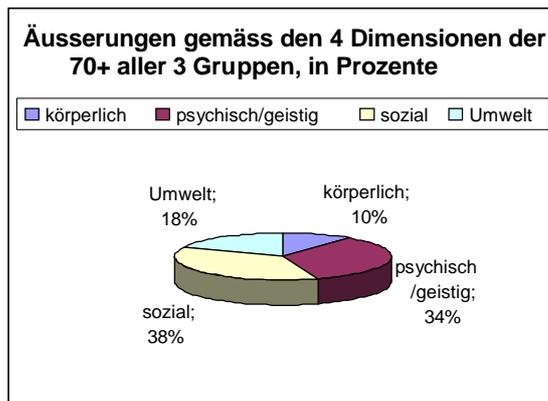


Abb. 39: Äusserung gemäss den 4 Dimensionen der 70+ aller 3 Gruppen, in Prozente

Die Gruppe 70+ nach Personengruppen aufgeteilt ergibt folgendes:

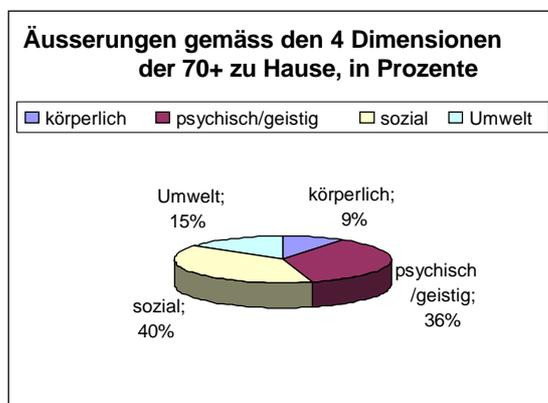


Abb. 40: Äusserung gemäss den 4 Dimensionen der 70+ zu Hause, in Prozente

An erster Stelle steht die Dimension soziales, gefolgt von der psychisch/geistigen Dimension und der Umwelt; an letzter Stelle folgt die Dimension Körperliches.

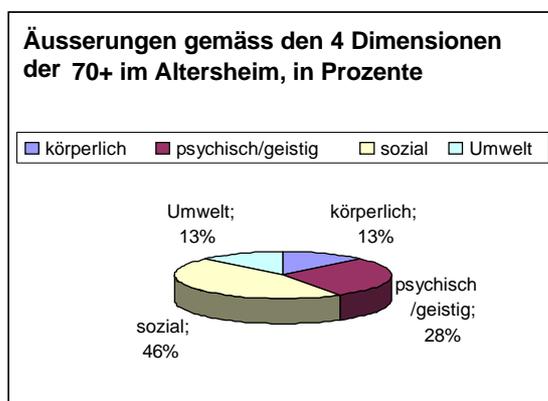


Abb. 41: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ im Altersheim, in Prozente

An erster Stelle steht die soziale Dimension, gefolgt von der psychisch/geistigen Dimension; die körperliche Dimension und die Umwelt weisen gleich viele Prozente auf.

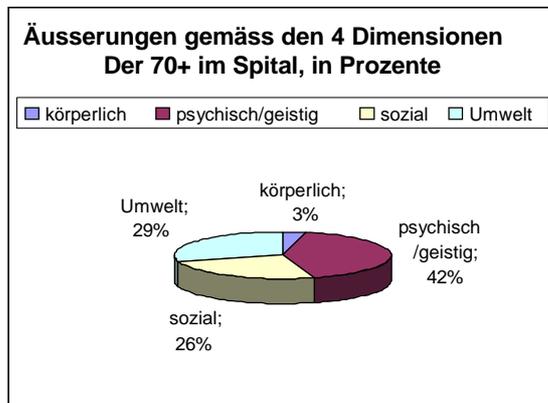


Abb. 42: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ im Spital, in Prozente

An erster Stelle steht die psychisch/geistige Dimension, gefolgt von der Dimension Umwelt und der sozialen Dimension; an letzter Stelle folgt die körperliche Dimension.

Zusammenfassung der fünften Frage

Am meisten Äusserungen wurden von den 50+ gemacht (51), gefolgt von den 70+ im Altersheim (39), den 70+ zu Hause (33) und den 70+ im Spital (31). Es wurden Erwartungen aus 27 Kategorien genannt. Als zentrale Kategorien zeigen sich: in der sozialen Dimension das Verhalten des Pflegepersonals (29) und die Selbständigkeit der Bewohnerinnen, in der psychisch/geistigen Dimension das Verhalten des Pflegepersonals (21) und die Eigenschaften des Pflegepersonals (15). Da vor allem die Erwartung von einer „älteren“ Pflegeperson gepflegt zu werden. Die psychisch/geistigen und sozialen Dimensionen wechseln sich auf den Plätzen eins und zwei ab, ausser bei den 70+ im Spital, wo die soziale Dimension an dritter Stelle steht. Die körperliche Dimension weist immer am wenigsten Nennungen auf.

Verbindung zur Theorie und Kommentar

In den von den Frauen genannten Kategorien werden wiederum verschiedene Aspekte formuliert (Information, Individualität, Mitsprache, Beachten von Patientenverfügungen), welche auch in den Richtlinien der SAMW (s. Kapitel 2.1.7) als wichtige Punkte auftauchen. Auch zu den Pflgetheorien zeigen sich Verbindungen; so lassen sich mit der immer wieder genannten Erwartung nach Wahrung der Selbständigkeit Bezüge zum Modell von Orem (1992) herstellen, welches davon ausgeht, dass man nur dort unterstützen soll, wo Defizite bestehen. Auch die ICN nimmt in ihrem Pflegeverständnis diesen Aspekt auf. Bei der Fachkompetenz der Pflegenden werden Erwartungen im Bereich von Alltagsgestaltung und Beschäftigung geäussert. Diesen Aspekt nehmen sowohl Roper (1992) wie auch Henderson (1992) auf, indem sie Lebensaktivitäten zu diesem Aufgabenbereich formulieren (s. 2.1.5. und 2.1.6.). Die Erwartungen der Frauen entsprechen in vielen Bereichen den Äusserungen vom Böhm (s. Kapitell 3.6.3), sei dies im Bereich der Einflussnahme bei der Lebensgestaltung oder bei der Gewichtung der Dimensionen. Wenn er sich auf die Bibel bezieht und sagt, dass der Mensch nicht vom Brot alleine lebe, wird dies durch die Äusserungen der Frauen bestätigt. Im Weiteren kann man auch bei diesem Punkt die gleichen Verbindungen zum Marketing und der Bezugspflege aufzeigen wie im Kapitel 5.1.3. Auch zum Kapitel 2.7. lassen sich Verbindungen herstellen.

So zum Beispiel die Erwartung nach genügend Personal, welches auch für ein Gespräch Zeit hat, die Erwartung den Tagesablauf selber planen zu können, oder die Erwartung nach Pflegepersonal, welches die eigene Sprache spricht.

Wenn man das Modell der 4 Lebensbereiche (s. Kapitel 3.5) mit einbezieht, zeigt sich folgende Gewichtung nach Systemen:

Tabelle 16: Modell der Lebensbereiche aufgeteilt nach Mensch und Umwelt

Personengruppen	System Mensch		System Umwelt	
	Körper	Geist / Psyche	Materielles	Soziales
50+	4	1	3	2
70+ zu Hause	4	2	3	1
70+ im AH	3,5	2	3,5	1
70+ im Spital	4	1	2	3
Total	15,5	6	11,5	7

Die Systeme Mensch und Umwelt unterschieden sich nur sehr wenig. Bei den 50+ und den 70+ im Spital sind sie ausgeglichen, bei den zwei anderen Gruppen gibt es eine minimale Differenz zu Gunsten des Systems Umwelt.

Tabelle 17: Modell der Lebensbereiche aufgeteilt nach Materielles und Immaterielles

Personengruppen	System Materielles		System Immaterielles	
	Körper	Materielles	Geist / Psyche	Sozial
50+	3	4	1	2
70+ zu Hause	4	3	2	1
70+ im AH	3,5	3,5	2	1
70+ im Spital	4	2	1	3
Total	14,5	12,5	6	7

Das System Immaterielles wird eindeutig mehr gewichtet, das Psychisch/geistige und Soziale wechseln sich, mit einer Ausnahme, in der ersten und zweiten Position ab. Die Frauen im Spital stellen das Materielle an die zweite Stelle, weil die Kategorien Umgebungsgestaltung und Aufgaben habe vermehrt gewichtet werden. Als Grundlage der Pflege werden die zwischenmenschlichen Aspekte betrachtet, die körperlichen Aspekte scheinen zweitrangig zu sein. Dies wird auch von einer Aussage direkt unterstützt. "Ich möchte nicht, dass das Körperliche so zentral ist." (s. S. 55 Kapitel 5.1.5.)

5.7. Ergebnisse und Kategorisierung zur sechsten Fragestellung: „Was für Befürchtungen hätten Sie im Bezug auf die Pflegeleistungen in einem Heim“?

5.7.1. Dimensionen mit den entsprechenden Kategorien und Ankerbeispielen:

Körperliche Dimension

Kategorien:

1. Verhalten des Pflegepersonals:

Dass sie nicht auf meine Persönlichkeit eingehen; dass sie mir nichts gegen die Schmerzen geben; dass ich Medikamente bekomme, die mich dämpfen; dass man mir gegen meinen Willen Medikamente gibt; dass sie nicht auf die Schmerzen eingehen würden; dass sie die Schmerzen nicht ernst nehmen.

2. Fachkompetenz des Personals:

Dass man mir nicht helfen kann und dass ich erstickte;

3. Unterstützung in den Lebensaktivitäten:

Dass man nicht mit mir aufs WC geht, und ich in die Einlagen machen muss; dass ich eines Tages „zitterig“ bin (Parkinson) und vor dem Essen sitze > kann nicht mehr selber essen

> es hilft mir niemand > ich kann es nicht > nach einer Stunden nimmt man das Essen weg
> „Frau X hat keinen Hunger“; dass sie mir ganz schnell Pampers anziehen.

Psychisch geistige Dimension

Kategorien:

1. Haltung des Pflegepersonals:

Dass ich würdelos und achtungslos behandelt werde; dass ich nicht ernst genommen und irgendwo platziert werde zum Essen.

2. Ängste der Heimbewohnerinnen:

Keinen geistig anregenden Partner mehr zu haben; dass man nichts mehr zu tun hat; aufgrund von Erfahrungen sind Heime nur schrecklich, die Alten werden bevormundet, z.B. auf dem WC gepflegt, es gibt aber auch gute Heime.

3. Kommunikationsmöglichkeiten der Bewohnerinnen.:

Niemanden mehr zu haben, mit dem ich adäquate Gespräche führen kann oder allgemein einen Gesprächspartner.

4. Verhalten der Heimbewohnerinnen:

Dass ich aktiv genug bleiben kann, um mich zu wehren; habe schon so viel erlebt, bin zu allem bereit; Aufenthalt im Heim kein Problem, habe schon so viel hinein gesehen; wenn es soweit ist, ist es keine Frage; ich könnte mich darein schicken; gehe erst ins Heim, wenn ich froh bin, dass jemand schaut; man muss sich einfügen; man muss dankbar sein, dass man da sein darf und dass jemand schaut.

5. Qualifikation des Pflegepersonals:

Personal, das nicht weiss, wie man mit alten, kranken Menschen umgeht.

6. Sprachkompetenz des Pflegepersonals:

Dass sie meine Sprache sprechen; dass sie meine Sprache nicht können; dass man überfordert wird, z.B. 4-5 Dinge auf einmal gesagt werden und ich verstehe nur eines.

7. Verluste aus Sicht der Heimbewohnerinnen:

Man hat alles verloren.

Soziale Dimension

Kategorien:

1. Organisatorische Aspekte des Pflegepersonals:

Dass sie immer „davon gehen“; dass immer alle davon müssen; dass ich nicht weiss, an wen ich mich wenden kann; dass ich immer so lange warten muss.

2. Geschlecht des Pflegepersonals:

Dass ich von einem Mann gepflegt werde.

3. Zeitbudget des Pflegepersonals:

Dass das Personal zu stark beansprucht wird; dass sie immer schnell und „hurtig“ machen müssen; dass sie immer weniger Zeit haben, nicht ein mal mehr fürs Essen; weniger Pflegenden; noch weniger Zeit; man liegt bis um 9.00 im Bett und niemand kommt; dass sie immer noch mehr pressieren; dass sie keine Zeit haben, um mit mir aufs WC zu gehen und sagen: „Machen Sie einfach in die Windeln“.

4. Alter des Pflegepersonals:

Dass ich von einer 16 jährigen gepflegt werde; dass ich von Jungen gepflegt werde, die nach Rauch stinken; dass mich jemand ganz Junges pflegt.

5. Verhalten des Pflegepersonals:

Dass sie mich immer so lange warten lassen; dass man „angesungen“ wir; dass sie mir sagen, was recht ist; dass sie alles neu und anders machen; dass man weiss, was für mich gut ist; dass man mich zu etwas animieren will was ich gar nicht will > Aktivierung und dort Kartoffelstempel machen müssen; wenn ich altersmüde bin und man findet, Frau X

muss noch dieses und jenes machen > animieren; Frauen, die es gut meinen und gut machen wollen, aber neben mir vorbei arbeiten > dass sie schauen, dass das Körperliche erfüllt ist und das Andere kommt zu kurz; sich nach der Pflege richten müssen; dass sie einfach etwas mit mir machen; unzuverlässiges Personal, z.B. dass ich meine Medikamente nicht bekomme.

6. Selbständigkeit der Heimbewohnerinnen:

Dass ich nichts mehr alleine machen kann; dass man mir alles macht; dass man mir macht, was ich noch selber kann.

7. Beziehungsmöglichkeiten der Heimbewohnerinnen:

Dass ich niemanden zum Reden habe.

8. Ängste der Heimbewohnerinnen:

Von jemandem gepflegt werden, der mir nicht entspricht; nicht mehr mitbestimmen können; man müsste es sagen, wenn etwas nicht gut ist, weiss aber nicht ob man solche Sachen sagen darf, ich würde es mit den anderen Insassen besprechen; dass ich dem Personal einfach ausgeliefert bin; eingeschränkt sein; die Freiheit verlieren; dass ich nach einem Schema behandelt werde; dass man mit mir über meinen Kopf hinweg verfährt; dass ich abgeschoben werde; dass alles verboten ist.

Dimension Umwelt

Kategorien:

1. Unerwünschte Beschäftigung aus der Sicht der Heimbewohnerinnen:

Dass ich in die Ergotherapie muss und Kartoffelstempel machen oder rüsten muss.

2. Zeitbudget des Pflegepersonals:

Dass sie keine Zeit haben; dass sie zu wenig Zeit haben; zu wenig Personal.

3. Umgebungsgestaltung:

Dass die Atmosphäre wie im Spital ist.

5.7.2. Gesamtergebnisse

Gesamthaft über alle 4 Personengruppen gesehen steht die soziale Dimension an erster Stelle (s. Abb. 43). Am meisten Äusserungen gab es dabei zu folgenden Kategorien:

- Verhalten des Pflegepersonals
- Ängste der Heimbewohnerinnen
- Selbständigkeit der Heimbewohnerinnen
- Organisatorische Aspekte des Pflegepersonals

An zweiter Stelle steht die Dimension Umwelt, mit den Kategorien:

- Zeitbudget des Pflegepersonals
- Umgebungsgestaltung

An dritter Stelle steht die Dimension psychisch/geistige, mit den Kategorien:

- Haltung des Pflegepersonals
- Ängste der Heimbewohnerinnen

An letzter Stelle steht die körperliche Dimension, mit den Kategorien:

- Verhalten des Pflegepersonals
- Unterstützung in den Lebensaktivitäten (s. Tabelle 18)

5.7.3. Darstellung der Daten:

Tabelle 18: Anzahl genannter Kategorien

Personengruppe Frage 6 / Befürchtungen im Heim

Person	Dimension körperlich								Dimension psych./geistig								Dimension sozial								Dimension Umwelt															
	Kategorien								Kategorien								Kategorien								Kategorien															
	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8								
1.Gr. 50-jährige																																								
1			1									1									4	1																		
2			1						1	2											1								1											
3																	1												2											
4																													1											
5									1		1																													
6																					1								1	1										
7	1		1						1												1							2												
Zwischentotal	1	0	3	0	0	0	0	0	3	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	4	1	0	2	1	2	1	0	0	0	0	0								
2.Gr. 70+ zu Hause																																								
1	1																												2											
2																								1																
3									1															1																
4									2			1										1																		
5																						1	1																	
6																																								
7	1																																							
Zwischentotal	2	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0														
3.Gr. 70+ Altersheim																																								
1																		1																						
2														1				1																						
3																		1			1	1																		
4																					2	1																		
5	1	1															2	1			1																			
6									1																															
7			1																																					
8																																								
Zwischentotal	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	3	1	1	1	3	1	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0								
4.Gr. 70+ Spital																																								
1																					1																			
2																					1																			
3																								1																
4																								1																
5																						1																		
6																																								
7															1																									
Zwischentotal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1	0	3	0	1	1	0	0	0	0	0								

Graphische Darstellung der Daten:

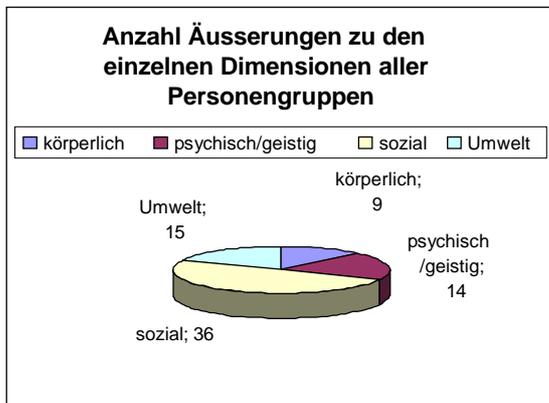


Abb. 43: Anzahl Äusserungen zu den einzelnen Dimensionen aller Personengruppen

Gesamthaft wurden 72 Äusserungen gemacht

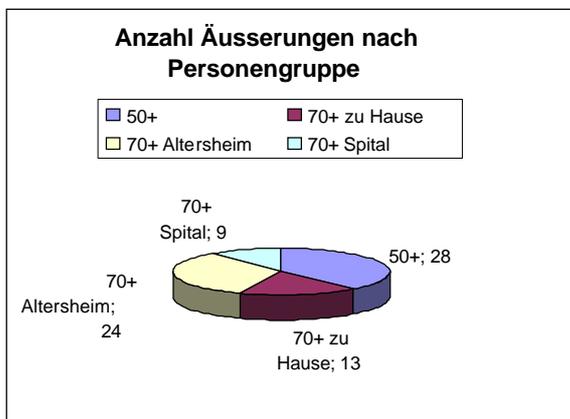


Abb. 44: Anzahl Äusserungen nach Personengruppen

Die Personengruppe der 50+ machte am meisten Nennungen, gefolgt von den 70+ im Altersheim und zu Hause; am wenigsten Nennungen machten die 70+ im Spital.

Ergebnisse nach Personengruppen

Personengruppe der 50+

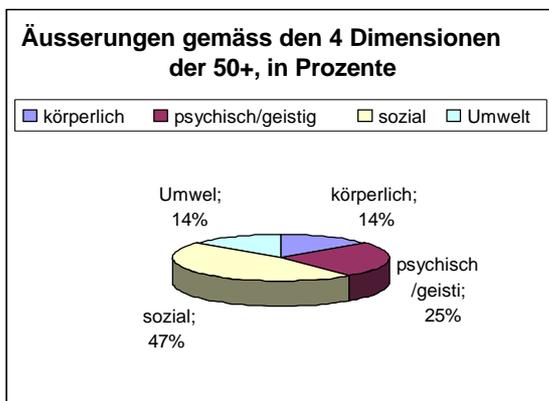


Abb. 45: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 50+, in Prozente

An erster Stelle steht die soziale Dimension, gefolgt von der psychisch/geistigen Dimension; die Dimensionen Umwelt und Körperliches weisen gleich viele Nennungen auf.

Die Gruppe der 70+ aller drei Personengruppen ergab folgendes Ergebnis:

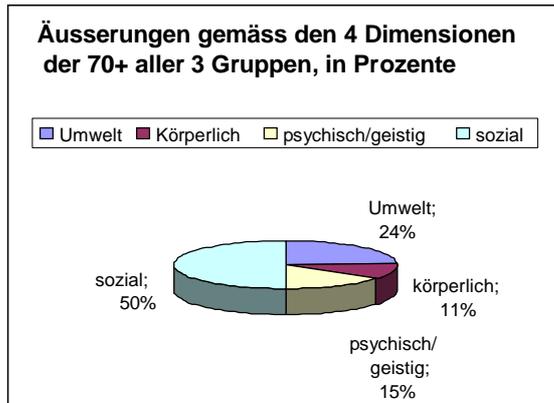


Abb. 46: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ aller 3 Gruppen, in Prozente

An erster Stelle steht die Dimension Soziales gefolgt von der Umwelt, der psychisch /geistigen Dimension und an letzter Stelle die Dimension des Körperlichen.

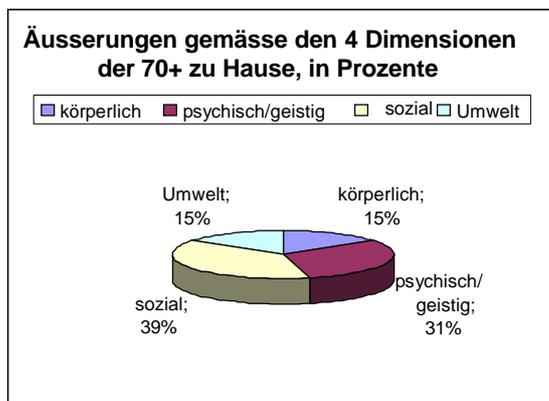


Abb. 47: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ zu Hause, in Prozente

An erster Stelle steht die soziale Dimension, gefolgt von der psychisch/geistigen Dimension und an letzter Stelle die Dimensionen Umwelt und Körperliches.

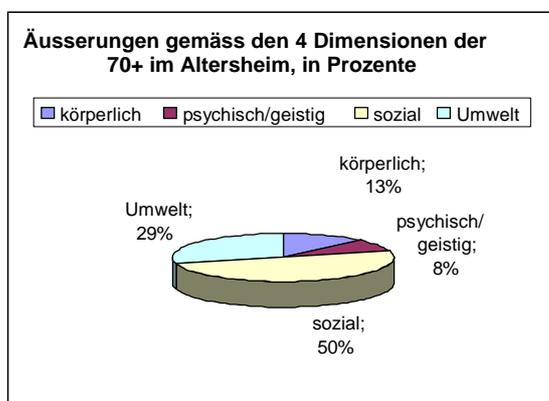


Abb. 48: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ im Altersheim, in Prozente

An erster Stelle steht die soziale Dimension, gefolgt von der Dimension Umwelt und der körperlichen Dimension und an letzter Stelle die psychisch/geistige Dimension.

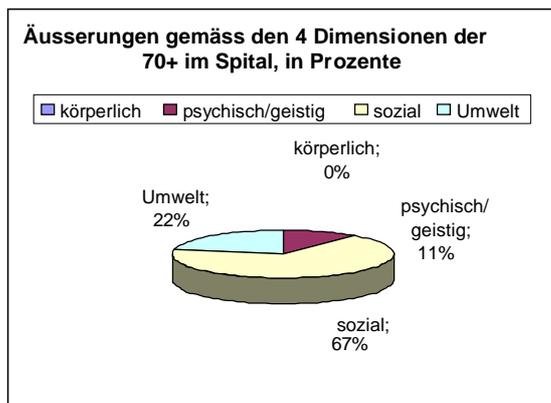


Abb. 49: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ im Spital, in Prozente

An erster Stelle steht die Dimension Soziales, gefolgt von der Umwelt und dem Psychisch/Geistigen; das Körperliche hat keine Nennungen.

Zusammenfassung der sechsten Frage

Die am meisten Äusserungen stammen von den Frauen 50+ (28); sie rangieren damit vor den 70+ im Altersheim (24), den Frauen zu Hause (13) und den 70+ im Spital (9). Auch bei der Vielfalt genannten Kategorien ergibt sich eine ähnliche Aussage: gesamthaft wurden 20 unterschiedliche Kategorien genannt, davon stammen 13 von den 50+ 11 von den 70+ im Altersheim, und je 7 von den 70+ im Spital und zu Hause (s. Tabelle 21). Als zentrale Kategorien ergaben sich: das Verhalten des Pflegepersonals, Ängste der Heimbewohnerinnen, Haltung des Pflegepersonals und wiederum das Zeitbudget des Pflegepersonals, dies vor allem bei den Frauen im Altersheim. Auffallend sind die wenigen Nennungen in der Dimension Körperliches; so nannten die 70+ im Spital gar keine Befürchtungen und die 70+ zu Hause nur gerade zwei.

Verbindung zur Theorie und Kommentar

Ein grosser Teil der Befürchtungen bezieht sich auf die sozialen Kontakte mit den Pflegenden und deren Verhalten. Eine beträchtliche Anzahl der Nennungen lässt sich direkt mit den Richtlinien der SAMW in Verbindung bringen (s. Kapitel 2.1.7), so z.B. die Befürchtungen vor dem Verlust von: Eigenständigkeit, Mitbestimmung in Entscheidungsprozessen, Individualität, Freiheit. Aber auch im therapeutischen Bereich existieren Befürchtungen, so etwa im Umgang mit Medikamenten oder Schmerzen.

Die in diesem Kapitel vorgestellten Äusserungen weisen einmal mehr Verbindungen zu den Pflgetheorien auf. Sie zeigen auf, wie zentral die Beziehungsebene ist, aber auch die Wichtigkeit der Selbständigkeit und die Bedeutung des Einbezugs von Ressourcen wird deutlich. Der Aspekt, dass zu wenig Zeit vorhanden ist, kommt ebenfalls zum Tragen. Bei den körperlichen Befürchtungen werden die Gründen nicht ersichtlich, man kann aber davon ausgehen, dass eine Mischung von Haltung, Verhalten und Zeitbudget dafür verantwortlich sein könnte. Im Weiteren gibt es auch Bezüge zur Monitor Studie (Kapitel 2.7.); die Bilder über die Altenpflege, respektive die Assoziationen welche die befragten Personen äusserten, sagen auch zum Thema Befürchtungen etwas aus, so etwa dass die Pflegenden zu wenig Zeit haben, dass die Bewohnerinnen mit Medikamenten ruhig gestellt werden; erwähnt wird auch die Angst vor einer Aufgabe der Selbständigkeit und das Gefühl des Abgeschobenseins.

Gesamthaft werden weniger Befürchtungen (50%) als Erwartungen geäußert. Daraus kann man schliessen, dass die Frauen wissen, was sie möchten, dass sie aber davon ausgehen, dass ein Teil dieser Erwartungen auch erfüllt werden kann und dass sie somit nicht als Befürchtungen genannt werden müssen. Weitere Begründungen siehe Kapitel 5.1.4. Betrachtet man die Ergebnisse nach dem Modell der Lebensbereiche, ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 19: Modell der Lebensbereiche aufgeteilt nach Mensch und Umwelt

Personengruppen	System Mensch		System Umwelt	
	Körper	Geist / Psyche	Materielles	Soziales
50+	3,5	2	3,5	1
70+ zu Hause	3,5	2	3,5	1
70+ im AH	3	4	2	1
70+ im Spital	4	3	2	1
Total	14	11	11	4

Alle vier Gruppen gewichten das System Umwelt stärker, vor allem die soziale Dimension steht immer an erster Stelle. Die Frauen 50+ und die 70+ zu Hause gewichten genau gleich. Die 70+ im Altersheim und Spital unterscheiden sich in ihrer Beurteilung nur leicht. Das bestätigt wiederum die zentrale Rolle welche das Soziale spielt. Im Weiteren ist auch der Faktor Zeit wiederum von grosser Bedeutung, vor allem für die in einer Institution lebenden Frauen. Dies könnte mit den bereits genannten Gründe zusammen hängen (s. Kapitel 5.1.4.) Das Körperliche spielt wiederum die geringste Rolle.

Tabelle 20: Modell der Lebensbereiche aufgeteilt nach Materielles und Immaterielles

Personengruppen	System Materielles		System Immaterielles	
	Körper	Materielles	Geist / Psyche	Sozial
50+	3	3,5	2	1
70+ zu Hause	3	3,5	2	1
70+ im AH	3	2	4	1
70+ im Spital	4	2	3	1
Total	13	11	11	4

Das System Immaterielles wird eindeutig mehr gewichtet, alle vier Personengruppen nennen das Soziale an erster Stelle. Die 50+ und die 70+ zu Hause platzieren die psychisch/geistige Dimension an zweiter, die 70+ im Altersheim aber erst an vierter Stelle; für sie steht das Materielle im Vordergrund, was wiederum auf die Wichtigkeit der Zeitfrage hinweist. Dieses Ergebnis unterstreicht erneut die Bedeutsamkeit der Aspekte, welche im Primary Nursing, in der Theorie der Alltagsgestaltung nach Böhm, im Marketing der 50+ aber auch in der Pflegeliteratur eine Rolle spielen.

5.8. Ergebnisse und Kategorisierung zur siebten Fragestellung: „Was denken Sie, was müssen die zukünftigen Pflegepersonen aus Ihrer Sicht in der Schule unbedingt lernen in den Bereichen:

- *Wissen; d.h. was müssen sie wissen?*
- *manuelle Fähigkeiten; d.h. was müssen sie machen können?*
- *soziale Fähigkeiten; d.h. wie müssen sie sich verhalten können“?*

5.8.1. Dimensionen mit den entsprechenden Kategorien und Ankerbeispielen:

Körperliche Dimension

Kategorien:

1. Arbeitsqualität des Pflegepersonals:

Sorgfältig handeln; pflegen können; die Pflege sicher und feinfühlig machen; sie müssen lernen, fein und sorgfältig zu arbeiten; sie müssen eine Hand fürs Pflegen haben; sie müssen gute Hände zum Berühren haben; dass sie lernen fein zu arbeiten; dass sie sorgfältig arbeiten; dass sie fein arbeiten.

2. Handlungskompetenz des Pflegepersonals:

Einreibungen machen können; Massieren können; hauswirtschaftliche Fähigkeiten; bei den Fertigkeiten Sicherheit vermitteln können; ihr Handwerk kennen und beherrschen; dass sie richtig pflegen können; sie müssen lernen, auch unangenehme Dinge zu tun.

3. Unterstützung in den Aktivitäten des täglichen Lebens:

Körperpflege; man kann alles lernen, wenn man nicht zwei linke Hände hat und dies vor allem in der Praxis, z.B. das Waschen von jemandem, das kann man einfach lernen.

4. Massnahmen im Bereich der Behandlungspflege:

Blutentnahmen; Spritzen; Infusionen; Medikamente; lernen, mit den Apparaten richtig umzugehen; ergotherapeutische Fähigkeiten, z.B. zeigen, wie man sich einhändig anziehen kann; all die notwendigen Handlungen.

Soziale Dimension

Kategorien:

1. Eigenschaften des Pflegepersonals:

Dass sie Geduld haben; sie müssen offen sein und lernen auf die Menschen einzugehen; sie müssen den Menschen zuhören können; dass sie Geduld haben; dass sie ein „Gschpüri“ entwickeln; gute Einstellung zum Mensch haben.

2. Verhalten des Pflegepersonals:

Dass sie hilfsbereit sind und nicht einfach daneben stehen und schauen wie man „knorzet“; dass sie sehen, wann und wo man helfen muss; sie müssen wissen, was Anstand ist; sie müssen anderen Menschen gegenüber sensibel sein; dass sie die Pat. nicht anschreien; dass sie individuell mit den Menschen umgehen können; sie müssen den Menschen ins Zentrum stellen; das Grundinteresse am Menschen muss gefördert werden.

3. Zeitbudget des Pflegepersonals:

Dass sie sich Zeit nehmen.

4. Informationskompetenz des Pflegepersonals:

Dass sie mich gut informieren können; sie müssen erklären können, warum sie etwas machen.

5. Soziale Kompetenz des Pflegepersonals:

Dass sie auf einen Menschen zugehen und ihr Verhalten anpassen können; einen sorgfältigen Umgang mit dem Berühren haben, ich liebe es nicht, wenn man mich „obä inä nimmt“; offen auf Menschen zugehen können; sie müssen wissen, wie man Kontakt aufnimmt; sie müssen lernen, auf andere Menschen zugehen zu können > die Bedürfnisse sehen > darauf eingehen können, dies sind alles Grundvoraussetzungen, z.B. ein

„Mäuschen“ kann nicht auf andere eingehen > dies ist schwierig zu lernen; Kontaktfreudigkeit; allgemeiner Umgang mit Menschen.

6. Fähigkeiten des Pflegepersonals:

Sie müssen mit den Menschen reden können; sie müssen lernen mit Menschen zu reden; die Grundfähigkeit zu kommunizieren;; sich mit dem eigenen Selbstkonzept auseinandersetzen; eigene Rechten und Pflichten wahrnehmen können; die Verantwortung für ihr Handeln übernehmen können; sie müssen organisieren können; sie müssen lernen Bereitschaft signalisieren zu können; sich in die Situation der Patientin versetzen können; sich mit einer Gruppe und einem Team auseinander setzen; sich in einen Betrieb, egal ob Schule oder Praxis, einfügen können.

7. Alter des Pflegepersonals:

Gewisse Reife und Alter mitbringen; mindestens 18 Jahre alt sein, 16 jährige sind zu jung.

Psychisch/geistige Dimension

Kategorien:

1. Haltung des Pflegepersonals:

Sie müssen sich bewusst sein, dass die Menschen ihnen ausgeliefert sind; sie müssen mit ihrem Beruf zufrieden sein; das Wichtigste ist, dass sie helfen wollen; es darf ihnen nicht zuwider sein; sie müssen Talent mitbringen, welches man weiterentwickeln kann; es braucht Begeisterung für den Beruf; den Menschen als Individuum sehen; Gesundheitsförderung bei sich selber, aber auch bei den anderen.

2. Verhalten des Pflegepersonals:

Sie müssen feinfühlig sein; sie müssen aufmerksam sein; sie müssen beachten, dass jeder Mensch anders ist; sie müssen auf das Individuum eingehen können; es „stinkt“ einem manchmal ein wenig, sie müssen lernen, mit dem umzugehen, > darf nie am Pat. ausgetragen werden > sie müssen lernen, mit dem eigenen Frust umzugehen; sie müssen lernen, sich zusammen nehmen zu können; sie müssen lernen, mit Konflikten und Schwierigkeiten umgehen zu können.

3. Fähigkeiten des Pflegepersonals:

Sie müssen sich in die Patienten hinein fühlen können; dass sie ein Herz haben; sie müssen viel Liebe mitbringen; sie müssen vorausblicken können; sie müssen lernen, Leid anzuschauen und zu ertragen; Alltagsgestaltung muss der Institution angepasst werden können.

4. Wissen des Pflegepersonals:

Sie müssen viel Hintergrundwissen haben; sie müssen sich immer weiterbilden weil es immer neue Erkenntnisse gibt; sie müssen wissen wie sie Dingen, die sie nicht schaffen können, ausweichen können; Menschenkenntnisse entwickeln; sie müssen viel über die Medikamente und ihre Auswirkungen wissen; medizinisches Wissen über die Krankheiten; sie müssen lernen zu begründen, warum man etwas so machen soll und nicht anderes, einfach zu sagen so ist es richtig, reicht nicht; sich mit der Biographie der einzelnen Menschen auseinandersetzen können; sich selber informieren können, z.B. mit Literatur; Informationen selber holen und vertiefen können; lehren und lernen können; selber reflektieren können; Handlung selber reflektieren und wenn nötig anpassen können; Wissen aus der

Ethik; Wissen über gesundheits- und berufspolitische Gebiete; die Muttersprache inklusive Dialekt der Bewohnerinnen beherrschen; genügend intellektuelle Fähigkeiten mitbringen um einer 4 jährigen Ausbildung überhaupt gewachsen zu sein und dann auch spezielles Wissen, um aus den verschiedensten Gebieten zu lernen; auch medizinisches Wissen; Wissen über Medikamente inkl. Nebenwirkungen; technisches Wissen über Apparate; physiotherapeutisches Wissen, z.B. wie kann ich mich bewegen; Wissen über Krankheiten

und Krankheitsbilder > müssen wissen wie solche Menschen pflegen; medizinisches und pflegerisches Fachwissen, welches dem neuesten Forschungsstand entspricht, z.B. über Alzheimer; etwas über Gerontologie und die Lebenswelt von alten Menschen lernen; dass sie unsere Sprache können; dass sie Deutsch verstehen; sie müssen lernen, dass die Individualität etwas ganz Zentrales ist.

5. Information durch das Pflegepersonal:

Sie müssen Massnahmen begründen können und Vorschläge machen; sie müssen den Patienten gut aufklären können; sie müssen wissen und erklären können, warum etwas so ist; Auskunft über Krankheiten geben können; Patienten über die Technik informieren können;

lernen Zusammenhänge aufzuzeigen; was für Auswirkungen hat eine Krankheit.

6. Kommunikative Fähigkeiten des Pflegepersonals:

Sie müssen lernen mit Menschen zu reden, ohne ihnen immer gleich Ratschläge zu geben oder abzulenken „ es ist doch nicht so schlimm“ etc.; dass sie etwas erklären können; sich verbal ausdrücken können > Anliegen, auch berufspolitische, formulieren können > Anliegen vertreten können, sich auch schriftlich ausdrücken können um Öffentlichkeitsarbeit machen zu können.

Dimension Umwelt

Kategorien:

1. Zeitbudget:

Zeit haben um zu zuhören.

2. Fähigkeiten des Pflegepersonals:

Gesellschaftliche Zusammenhänge aufzeigen können; auf das Positive des Berufs aufmerksam machen, um neue Pflegenden zu gewinnen.

3. Gestaltung der Umgebung:

Ruhige Atmosphäre schaffen, dass sie Ordnung halten.

4. Materielle Werte:

Diesen Beruf nicht lernen wegen dem Lohn oder weil man einen Arzt heiraten will.

5.8.2. Gesamtergebnisse

Gesamthaft über alle vier Personengruppen gesehen steht die psychisch/geistige Dimension an erster Stelle (s. Abb: 50). Dabei gibt es vor allem Äusserungen zu den Kategorien:

- Wissen des Pflegepersonals
- Haltung des Pflegepersonals
- Eigenschaften des Pflegepersonals
- Fähigkeiten des Pflegepersonals

An zweiter Stelle folgt die soziale Dimension, dabei gibt es Äusserungen zu den Kategorien:

- Fähigkeiten des Pflegepersonals
- Soziale Kompetenzen des Pflegepersonals
- Verhalten des Pflegepersonals

An dritter Stelle steht die körperliche Dimension, dabei gibt es Äusserungen zu den Kategorien:

- Handlungskompetenz des Pflegepersonals
- Arbeitsqualität des Pflegepersonals
- Unterstützung in den Aktivitäten des täglichen Lebens

An vierter Stelle folgt die Dimension Umwelt, dabei gibt es Äusserungen zu den Kategorien:

Graphische Darstellung der Daten:

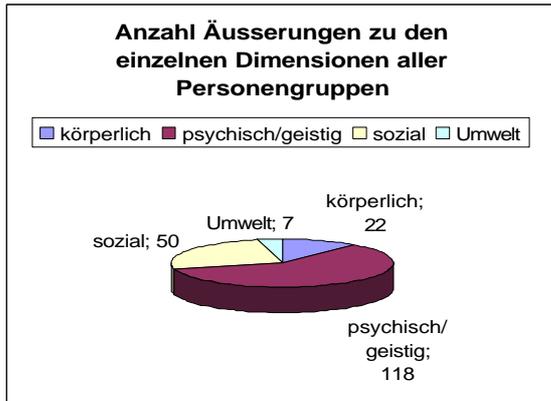


Abb. 50: Anzahl Äusserungen zu den einzelnen Dimensionen aller Personengruppen

Gesamthaft wurden 197 Äusserungen gemacht.

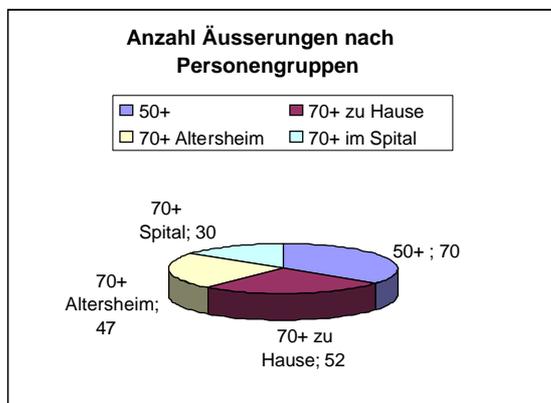


Abb. 51: Anzahl Äusserungen nach Personengruppen

Die Personengruppe der 50+ machte am meisten Nennungen, gefolgt von den 70+ zu Hause und im Altersheim; am wenigsten Nennungen machten die 70+ im Spital.

Ergebnisse nach Personengruppen

Personengruppe der 50+

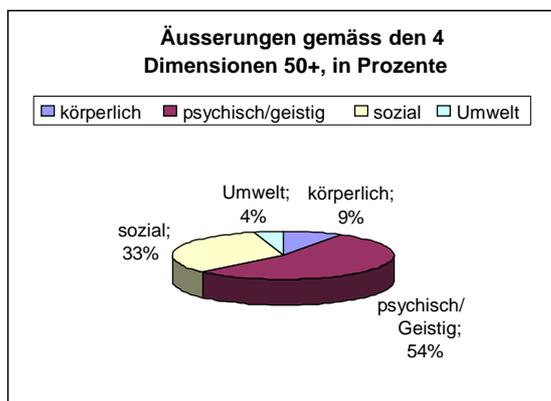


Abb. 52: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen 50+, in Prozente

An erster Stelle steht die psychisch/geistige Dimension, gefolgt von der sozialen und der körperlichen Dimension an letzter Stelle steht die Dimension Umwelt.

Die Gruppe der 70+ aller drei Personengruppen ergab folgendes Ergebnis:

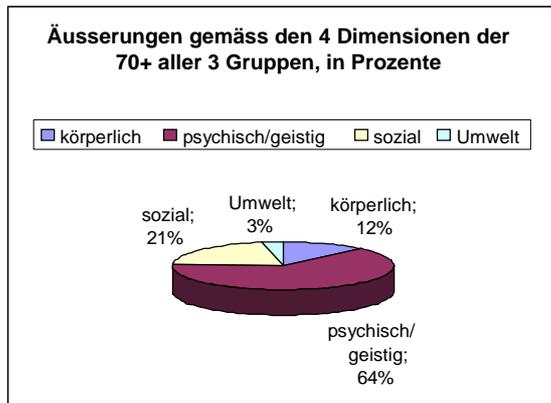


Abb. 53: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ aller 3 Gruppen, in Prozente

An erster Stelle steht die psychisch/geistige Dimension, gefolgt von der sozialen und körperlichen Dimension; an letzter Stelle liegt die Dimension Umwelt.

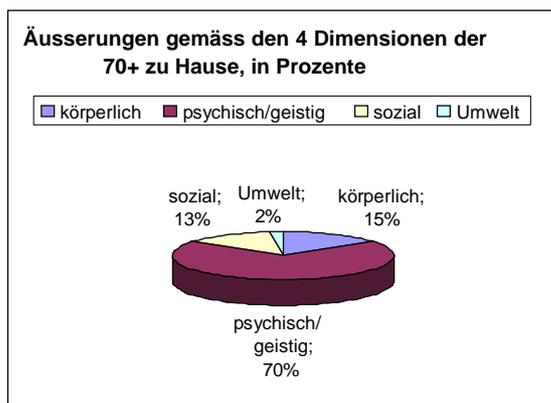


Abb. 54: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ zu Hause, in Prozente

An erster Stelle steht die psychisch/geistige Dimension, gefolgt von der körperlichen und der sozialen Dimension; an letzter Stelle steht die Dimension Umwelt.

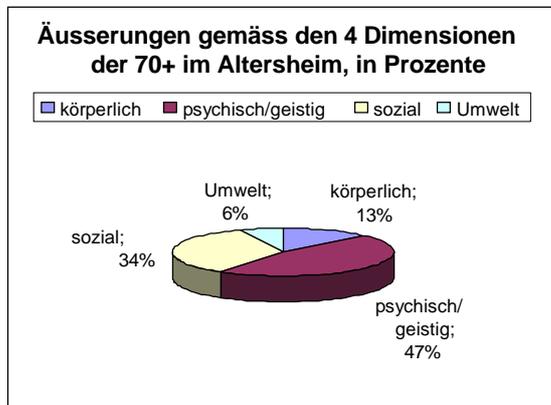


Abb. 55: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ im Altersheim, in Prozente

An erster Stelle steht die psychisch/geistige Dimension, gefolgt von der sozialen und der körperlichen Dimension; an letzter Stelle steht die Dimension Umwelt.

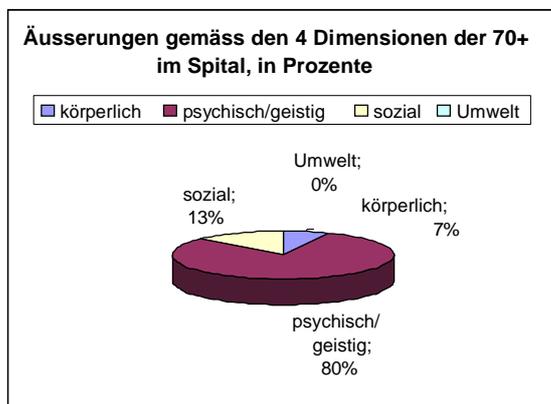


Abb. 56: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ im Spital, in Prozente

An erster Stelle steht die psychisch/geistige Dimension gefolgt von der sozialen und der körperlichen Dimension; die Dimension Umwelt erhielt keine Nennungen.

Zusammenfassung der siebten Frage

Es wurden Befürchtungen aus 23 Kategorien genannt. In der Anzahl der Kategorien gibt es keine grossen Unterschiede: die 50+ machten Äusserungen zu 16 unterschiedlichen Kategorien, die 70+ zu Hause zu 14 und die 70+ zu Hause und im Altersheim zu je 12 Kategorien (s. Tabelle 22). Die höchste Anzahl Nennungen betrifft die Kategorie Wissen (36), die Kategorien Eigenschaften des Pflegepersonals (21) und Haltung des Pflegepersonals (25) erhielten zusammen 46 Nennungen. Im Weiteren fallen zwei Kategorien aus der sozialen Dimension durch hohe Nennungen auf: soziale Kompetenz (15) und Fähigkeiten des Personals (14). Die psychisch/geistige Dimension hat bei allen Personengruppen am meisten Gewicht. Bei den 70+ zu Hause liegt das Körperliche an 2. Stelle, bei den drei anderen Gruppen ist es das Soziale, wobei dessen Gewichtung unterschiedlich hoch ausfällt, zwischen 13% und 34%. An 3.Stelle, mit einer Ausnahme, folgt das Körperliche. Dabei ist vor allem die Handlungskompetenz (9) und die Arbeitsqualität (6) des Pflegepersonals gewünscht. Die Umwelt liegt bei allen Gruppen an 4. Stelle. Dabei wird, unter anderem, wiederum die Forderung nach genügend Zeitressourcen gestellt. Bei den Ergebnissen der Frage sieben kann man Verbindungen zu den Fragestellungen betreffend den Erwartungen an das Pflegepersonal im Spital und Heim herstellen d.h. zu den Fragen vier und sechs. Bei den Erwartungen ans Pflegepersonal im Heim wurden Erwartungen formuliert, wie zum Beispiel das Thema

Sterben und Tod, die Fähigkeit Alltag und Lebensraum gestalten zu können, diese Aspekte wurden bei den Anforderungen an die Ausbildung nicht wieder aufgenommen.

Verbindung zur Theorie und Kommentar

Von den Pflegenden wird ein ausgesprochen breites Wissen erwartet, sei dies aus den Bereichen Pflegefachwissen, Medikamentenlehre, Physiologie und Pathophysiologie, sei es aus den psychologischen und sozialen Bereichen, z. B. wissen wie man etwas verständlich begründet, wie man sich Wissen über eine Biographie aneignet etc.. Auch übergeordnetes Wissen aus den Bereichen Gesellschaft, Sprachkompetenz und Lernen wird erwartet. Diese Äusserungen zeigen, dass die Erwartungen verschiedensten Lebensbereichen entstammen. Daraus lässt sich schliessen, dass die Vorstellungen der Frauen auf einem umfassenden und humanistischen Menschenbild basieren, wie das in zahlreichen Pflege-theorien postuliert wird (s. Kapitel 2.1.5. und 2.1.6.). Weitere Verbindungen lassen sich zu den im Kapitel 2.1.6. vorgestellten Pflegeverständnissen des BBT und der Berufsschule für Pflege herstellen, insbesondere zum Thema Vernetzung der verschiedenen Fachgebieten (Pflegewissenschaft, Natur-, Sozial- und Geisteswissenschaften) und zum Anforderungsprofil an die Pflegenden.

35% der Äusserungen werden von den 50+ gemacht, an zweiter Stelle folgen die 70+ im Altersheim; deutlich weniger Äusserungen ergaben sich von den 70+ im Spital und zu Hause. Dies könnte darauf hinweisen, dass die 50+ und 70+ höhere Anforderungen an die Ausbildung des zukünftigen Pflegepersonals stellen. Bei den 50+ weil sich die Ansprüche, welche sich im alltäglichen Konsumverhalten zeigen, auch auf die Pflege übertragen und bei den 70+ im Altersheim, weil sie sich auf Grund ihrer aktuellen Lebenssituation intensiver mit der Erfahrung Pflegeempfängerin zu sein auseinandersetzen mussten und somit höhere und differenziertere Ansprüche haben als die zwei anderen Gruppen.

Betrachtet man die Ergebnisse nach dem Modell der Lebensbereiche, ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 22: Modell der Lebensbereiche aufgeteilt nach Mensch und Umwelt

Personengruppen	System Mensch		System Umwelt	
	Körper	Geist / Psyche	Materielles	Soziales
50+	3	1	4	2
70+ zu Hause	2	1	4	3
70+ im AH	3	1	4	2
70+ im Spital	3	1	4	2
Total	11	4	16	9

Es ergibt sich ein einheitliches Bild, in dem alle vier Gruppen das System Mensch stärker gewichten. Dabei steht das Psychisch/Geistige klar im Zentrum. Im System Umwelt dominiert die Dimension des Sozialen. Es lassen sich ferner Parallelen zum Aspekt Gesundheit feststellen (s. Kapitel 2.3.4.); sie zeigen, dass die Einflüsse auf die Gesundheit vielfältig sind; daraus kann man schliessen, dass pflegerischen Handlungen und Haltungen alle 4 Dimensionen umfassen müssen, um eine umfassende Betreuung gewährleisten zu können.

Tabelle 23: Modell der Lebensbereiche aufgeteilt nach Materielles und Immaterielles

Personengruppen	System Materielles		System Immaterielles	
	Körper	Materielles	Geist / Psyche	Soziales
50+	3	4	1	2
70+ zu Hause	2	4	1	3
70+ im AH	3	4	1	2
70+ im Spital	3	4	1	2
Total	11	16	4	9

Das System Immaterielles wird eindeutig mehr gewichtet; alle vier Personengruppen nennen das Psychisch/geistige an erster Stelle. Dies zeigt auf, dass sowohl Fach-, Sozial- und Selbstkompetenz einen hohen Stellenwert haben. Daraus ist zu schliessen, dass neben dem nötigen Fachwissen auch die Haltung und das Verhalten der Studierenden in der Ausbildung eine entsprechende Beachtung finden müssen.

6. Zusammenfassung der Ergebnisse

6.1. Beantwortung der Fragen

6.1.1. Einleitung

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse zu den Fragestellungen und dem Modell der Lebensbereiche zusammenfassend dargestellt und miteinander in Verbindung gebracht.

6.1.2. Zusammenfassung der Ergebnisse zum Modell der Lebensbereiche

Das System Mensch wird bei der 6 und 7 Frage mehr gewichtet als das System Umwelt. Bei der Frage 5 (Erwartungen ans Heim) zeigt sich, dass die Erwartungen in der psychisch-geistigen Dimension hoch sind, diejenige in der körperlichen Dimension aber am wenigsten gewichtet werden.

Beim System Materielles/Immaterielles wird das Immaterielle bei allen Fragen deutlich priorisiert. Das heisst, dass die Bereiche Körper und Materielles weniger Bedeutung haben.

6.2. Was beeinflusst die Gesundheit der älteren Frauen positiv?

Die Faktoren, welche die Gesundheit der Frauen positiv beeinflussen, sind vielfältig und in allen vier Dimensionen des Modells der Lebensbereiche zu finden (s. Kapitel 5.1.1.). Dabei gibt es deutliche Unterschiede zwischen den 50+ und den 70+, aber auch innerhalb der drei Personengruppen der 70+ ergeben sich unterschiedliche Gewichtungen.

Existieren Gemeinsamkeiten zwischen den gesundheitsfördernden Faktoren, welche die Frauen für sich selber sehen (Frage 3) und den Erwartungen an das Pflegepersonal (Frage 6)? Bei den genannten Aspekten im Bezug zum Akutspital zeigen sich 2 Parallelen: nicht mit dem Schicksal hadern (respektive das Schicksal akzeptieren) und der Themenkomplex Kontakte haben und ermöglichen.

Bei den Erwartungen an das Personal im Heim gibt es fünf Gemeinsamkeiten: wiederum der Aspekt Zeit und Kontakte, dann die Bereiche Tiere, hinaus gehen können, das Umfeld gestalten können sowie eine Tätigkeit ausführen können.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die älteren Frauen die Aspekte die sie für sich als gesundheitsfördernd sehen von dem Pflegepersonal nur bedingt gefordert werden.

6.3. Was verstehen ältere Frauen unter Pflege?

Die Frauen benannten zahlreiche Aufgabenbereiche der Pflege (Grundpflege, Behandlungspflege, Teamarbeit, Organisatorisches, Problemkreis Zeitbudget, Hygiene, Fachwissen, Kommunikation etc.). Bei den handlungsorientierten Bereichen sind die Vorstellungen weniger differenziert als bei den sozialen Tätigkeiten und beim Anforderungsprofil in Bezug auf das Verhalten und die Eigenschaften des Pflegepersonals. Lassen sich zwischen den Berufsvorstellungen der Frauen (Frage 4) und den Anforderungen an die theoretische Ausbildung (Frage 8) Verbindungen herstellen? Zur Frage, was zukünftige Pflegende lernen müssen, erfolgten mehr Aussagen (197) als zur Frage, wie die Aufgaben der Pflegenden zu beschreiben seien (131). Auch die Gewichtung der Dimensionen ist unterschiedlich und dies sowohl bei den 50+ und den 70+. Gesamthaft gesehen erscheint der immaterielle Bereich wichtiger als der materielle; das heisst, die Befragten sehen den Pflegeberuf vor allem unter dem Aspekt der psychisch/geistigen und sozialen Dimension.

6.4. Wo gibt es Übereinstimmungen, wo Diskrepanzen zwischen der Literatur und den erhobenen Daten aus den Interviews?

Die Mehrzahl der von den Frauen genannten Vorstellungen betreffend der Pflege (Frage 4) lassen sich mit Äusserungen aus der Literatur in Verbindung bringen. Was von den Frauen nicht angesprochen wird, sind die unterschiedlichen Aufgabenfelder der Pflege, wie zum Beispiel die Pflege von Einzelpersonen, Familien oder Gruppen, die sich in verschiedenen Gesundheitszuständen befinden (psychisch und physisch). Auch das analytische und systematische Vorgehen, welches in den Pflegeverständnissen des BBT und der Berufsschule als berufsdefinierend genannt wird, kommt bei den Äusserungen der Frauen nicht zum Tragen.

6.5. Welche Erwartungen an das Pflegepersonal, haben älter Frauen in einer Phase, in welcher sie im Akutspital, Altersheim oder zu Hause leben? Welche Befürchtungen haben sie in Bezug auf eine Situation, in der sie Pflegeleistungen benötigen?

Erwartungen:

Zwischen den Erwartungen an Heim und Spital (Frage 6) bestehen einige Unterschiede, so wurden in Bezug auf das Spital mehr Nennungen (177) gemacht als zum Heim (154). Eine grosse Mehrheit der Erwartungen der beiden Gruppen (80% und 77%) betrifft die psychisch/geistige und soziale Dimension. Dabei stehen vor allem das Verhalten und die Eigenschaften der Pflegenden im Zentrum. Bei den Erwartungen an das Spital machten die 50+ und die 70+ im Altersheim am meisten Äusserungen; bei den Erwartungen an das Heim sind es die 50+. Zwischen den drei Gruppen 70+ gibt es nur kleine Unterschiede. Dabei fällt auf, dass die Frauen 70+ im Spital zu den zwei Fragestellungen etwa gleich viele Erwartungen äussern, die Frauen 70+ im Altersheim aber betreffend dem Spital markant mehr als gegenüber dem Heim. Die Gewichtung der Dimensionen ist bei den Personengruppen 50+ und 70+ mit einer Ausnahme gleich und dies bei beiden Institutionen.

Zentrale Unterschiede sind bei den Kategorien respektive bei deren Inhalt festzustellen. Inhalte, die nur für die Heime geäussert wurden:

Im Bezug auf die körperliche Dimension erwarten die Frauen, dass die Körperpflege von einer gleichgeschlechtlichen Person durchgeführt wird.

In der psychisch/geistigen Dimension werden bezüglich der Fachkompetenz vor allem Erwartungen in den Bereichen Tagesgestaltung und Individualität geäussert. In der Kategorie Haltung des Pflegepersonals geht es um das Ernstnehmen und die

Wertschätzung dem alten Menschen gegen über. Bei der Kommunikation erwarten sie, dass man normal mit ihnen kommuniziert und dass die Pflegenden die Sprache der Patientinnen beherrschen.

In der sozialen Dimension geht es vor allem um Forderungen der Heimbewohnerinnen wie Mitsprache, Privatsphäre, Kontinuität und Wohnform.

Bei der Dimension Umwelt werden folgende Kategorien genannt: Tiere, Natur, Aufgaben haben und Kontakte nach Aussen. Zusammenfassend zeigt sich, dass sich die Erwartungen gegenüber der Institutionsform sowohl inhaltlich als auch anzahlmässig unterscheiden.

Die hohe Anzahl der Nennungen widerspricht teilweise der Aussage von Gebert & Kneubühler (s. Kapitel 1.1.2.), dass alte Leute in der Regel nicht dafür gewonnen werden können, Forderungen betreffend der Qualität der Heime und Ansprüche betreffend ihrer Lebensqualität zu formulieren: die alten Frauen können sehr wohl formulieren, was sie erwarten, es stellt sich jedoch die Frage, ob sie diese Erwartungen auch einfordern.

Befürchtungen:

Zwischen den Befürchtungen an Heim und Spital gibt es einige Unterschiede, so wurden betreffend dem Heim (72 Nennungen) mehr Befürchtungen geäussert als dem Spital gegenüber (61 Nennungen). Bei beiden Gruppen betraf eine grosse Mehrheit (87% und 72%) der Erwartungen die Dimensionen des Psychisch/Geistigen und des Sozialen. Bei den Befürchtungen betreffend dem Spital machten die 70+ im Altersheim am meisten Äusserungen, gefolgt von den 50+ und den 70+ im Spital. Bezogen auf das Heim sind es die 50+ und die 70+ im Altersheim; die 70+ zu Hause und im Spital folgen mit deutlich weniger Nennungen. Die Frauen 70+ im Spital äussern mehr Befürchtungen gegenüber dem Spital als gegenüber dem Heim.

Zentrale Unterschiede gibt es bei den Kategorien Inhalte, die nur in Bezug auf das Heim geäussert wurden:

In der Dimension Körperliches gibt es keine Unterschiede.

In der psychisch/geistigen Dimension wird bezüglich der Haltung des Pflegepersonals befürchtet, dass die Heimbewohnerin würdelos behandelt und nicht ernst genommen würden. In der Kategorie Ängste wurden zur Heimsituation bedeutend mehr Äusserungen gemacht. Beim Aspekt Kommunikation besteht die Befürchtung, keinen adäquaten Gesprächspartner zu haben. Beim Verhalten der Heimbewohnerinnen geht es um Themen wie sich wehren, für alles bereit sein und sich in die Situation schicken. Auch da wird wieder die Forderung nach der Sprachkompetenz des Pflegepersonals gestellt.

In der sozialen Dimension taucht in der Kategorie Organisatorisches die Befürchtung auf, dass es immer wieder lange Wartezeiten geben könnte. Die Befürchtung, dass die Pflegenden sehr jung sind, wird im Bezug auf das Heim häufiger genannt als im Bezug zum Spital.

Zum Thema Selbständigkeit gibt es Befürchtungen in die Richtung, dass man das, was man eigentlich noch selber könnte, nicht selber machen darf. Betreffend Beziehungen wird die Befürchtung geäussert, dass man niemanden zum Reden hat. Die geäusserten Ängste sind insgesamt überaus vielfältig, vom Verlust der Mitbestimmung und Freiheit über das Ausgeliefertsein bis hin zum Abgeschobenwerden.

In der Dimension Umwelt beziehen sich die Befürchtungen auf die Kategorie unerwünschte Tätigkeiten - beispielsweise in der Ergotherapie oder Küche Dinge tun zu müssen, die man gar nicht will.

6.6. Sind die Erwartungen je nach Lebenssituation und Lebensphase unterschiedlich?

Diese Frage kann man ganz generell mit ja beantworten. Je nach aktueller Lebenssituation d.h. ob man zu Hause, im Spital oder im Altersheim lebt sind die Ergebnisse

unterschiedlich. Was die Menge der Äusserungen angeht, machen die Frauen im Altersheim gesamthaft gesehen mehr Äusserungen als die zwei anderen Personengruppen der 70+. Dabei äussern sich die Frauen zu Hause öfters als die Frauen im Spital, es gibt aber je nach Fragestellung Ausnahmen, so etwa betreffend den Befürchtungen im Spital: zu diesem Punkt machen die Frauen im Spital mehr Äusserungen als die Frauen zu Hause. Ein ähnliches Bild zeigt sich im Bezug auf die Inhalte der Äusserungen (Kategorien). Auch da stammen die meisten Nennungen von den Frauen im Altersheim, gefolgt von den 70+ zu Hause und im Spital, dabei ist der Unterschied zwischen den zwei letzteren Gruppen nicht sehr gross. Auch bei der Gewichtung der verschiedenen Dimensionen gibt es Unterschiede (s. Kapitel 5). Grosse Unterschiede sind bei den gesundheitsfördernden Massnahmen oder bei den Befürchtungen gegenüber der Pflege im Altersheim festzustellen (s. Kapitel 5).

Unterschiede gibt es auch zwischen den zwei Altersgruppen 50+ und 70+: die 50+ machen stets mehr Äusserungen, mit der einzigen Ausnahme bei Frage 4. Bei den Kategorien zeigen sich ähnliche Ergebnisse. Ausser bei den Fragen 4 und 5 nannten die 50+ jeweils am meisten Kategorien. Betreffend der Gewichtung der Dimensionen ergibt sich bei den Fragen 5 und 7 dieselben Reihenfolge bei, allen anderen Fragestellungen sind sie unterschiedlich. Auch innerhalb der Kategorien gibt es Unterschiede, so steht z.B. bei den gesundheitsfördernden Massnahmen bei den 50+ das Körperliche im Zentrum, im Gegensatz zum Sozialen bei den 70+. Auch bei den Erwartungen und Befürchtungen ans Pflegepersonal im Akutspital sind unterschiedliche Äusserungen festzustellen.

7. Konsequenzen

7.1. Einleitung

Bei den Konsequenzen geht es um die Beantwortung der 8 Fragestellungen. Die Konsequenzen werden in zwei Teilen dargelegt. Im ersten Teil geht es um allgemeine Konsequenzen, die aus den Ergebnissen abgeleitet werden können und beim zweiten Teil um Konsequenzen welche sich auf die Pflegeausbildung beziehen.

7.2. Allgemeine Konsequenzen

Gegenwärtig herrscht immer noch die aus dem Paternalismus entstandene Meinung vor, dass primär die Fachleute wissen, was für einen älteren Menschen gut ist und was er braucht. Hier sollte endgültig ein Paradigmawechsel hin zu einem Partizipationsmodell stattfinden. Dadurch würden die vorhandenen Potenziale, die Hilfe zur Selbsthilfe und die Partizipation der alten Menschen ins Zentrum gestellt. Das Vorhandensein dieser Fähigkeiten zeigt sich in den Ergebnissen dieser Arbeit deutlich. Der gesellschaftliche und institutionelle Einbezug der alten Menschen muss ausgebaut werden, sei dies auf der Ebene der Gesundheitsförderung oder der Prävention, wo die älteren Frauen sehr wohl sagen können, was für sie gesundheitsfördernd ist; dies gilt insbesondere für die Frauen im Altersheim. Es kommt klar zum Ausdruck, dass bezüglich der Institutionen der psychisch/geistigen Dimension ein hoher gesundheitsfördernder Stellenwert zukommt, was sich in dem Betreuungsschwerpunkten und Angeboten der Institutionen widerspiegeln muss. Wenn die Frauen zu Hause leben, spielt das Soziale eine zentrale Rolle; dass heisst, dieser Aspekt muss bei Bedarf unterstützt werden, dem widerspricht allerdings die Finanzierung der Spitexleistungen. Die Bezahlung für Verbandwechsel oder für das Verabreichen von Medikamenten ist unproblematisch; Hilfestellungen im Bereich von geistigen und sozialen Defiziten oder Bedürfnissen jedoch werden nur teilweise oder gar nicht abgegolten, respektive sind in Frage gestellt (s. Krankenpflege 12, 2002). Diese Praxis muss angepasst werden, was sich längerfristig positiv auf den Gesundheitszustand auswirken wird und somit auch auf die Gesundheitskosten. Bei der Finanzierung von

Pflegeleistungen muss zudem eine bessere Verteilung zwischen den körperlichen und psychosozialen Dienstleistungen vorgenommen werden.

Die hohe Anzahl und die Differenziertheit der Äusserungen der Frauen im Altersheim belegt, dass auch die alten Frauen, welche in einer Institution leben, klare Vorstellungen über Angebot und Qualität haben. Dies bedeutet, dass sie in Qualitätserhebungen direkt integriert werden müssen. Das ist auch deshalb zwingend, weil zahlreiche Untersuchungen darauf hinweisen, dass Qualitätseinstufungen markante Unterschiede aufweisen, je nachdem ob sie durch das Personal oder durch die Heimbewohnerinnen vorgenommen werden (s. Gebert & Kneubühler, 2004). Bevor die Qualität korrekt erhoben werden kann, braucht es also auch für die Langzeitpflege noch mehr und klarer formulierte Qualitätsstandards und Evaluationsinstrumente. Im Weiteren ist der Einbezug der direkt Betroffenen ein zentraler Aspekt des Marketings und unterstützt die Auffassung, dass die Heime eigentlich für deren Bewohnerinnen da sind und nicht umgekehrt. Dabei muss es zu dem nicht nur um die Kundenzufriedenheit gehen sondern auch um eine Beurteilung der Lebensqualität im Heim (s. Gebert & Kneubühler, 2004). Hier stellt sich jedoch die Frage, ob Heimbewohnerinnen überhaupt als Kundinnen betrachtet werden dürfen. Gebert & Kneubühler formulieren dies folgendermassen (2004, S. 345): „Die Kundenperspektive ist dann angebracht, wenn das Verhalten von Menschen und die Interaktion zwischen Menschen der Logik des Marktes gehorcht und somit das Verhältnis zwischen Anbieter und Nachfrager primär ökonomischen Regeln unterliegt. Das setzt nach den üblichen marktwirtschaftlichen Vorstellungen Konkurrenz, Markt-Transparenz und Informiertheit über den Markt sowie Entscheidungsfreiheit voraus. ... Sie erwarten zu Recht eine Vielzahl von „Produkten“ – Elemente, insbesondere aber auch Sinnstiftung, Berücksichtigung der Menschenwürde, Autonomie – existentielle Bedürfnisse, die letztlich nicht unter den Begriff „Produkt“ fallen können.“ Diese Perspektive gilt vorwiegend für den Langzeitbereich, im Akutbereich treffen die Marketingkriterien in gewissen Situationen, wie beispielsweise bei einem Wahleingriff, eher zu.

Aufgrund der geäusserten Befürchtungen, die teilweise von grosser Tragweite sind und auf unwürdige Betreuung hinweisen, und den klaren Erwartungen aller der befragten Personengruppen, müsste in allen Institutionen ein Bewohnerinnen- oder Heimrat obligatorisch sein, welcher über weit reichende Kompetenzen verfügen sollte. Die Erwartungen der Frauen widerspiegeln zudem in vielen Bereichen die wesentlichen Erkenntnisse und Theorien aus den Pflege- und Sozialwissenschaften (Primary Nursing, Gerontologisches Fachwissen, Ressourcenorientierung, ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit, Empowerment etc.). Damit diese Erkenntnisse im Pflegealltag, gleichgültig ob in Langzeit- oder Akutpflege, zum Tragen kommen können, braucht es in allen Betrieben direkt in die Pflege integrierte Personen, die über das erforderliche neue Wissen verfügen und dazu ausgebildet sind, dies auch weitergeben zu können. Das heisst, dass gemäss Benner (1994) im Personal einer Institution Pflegenden aus allen 5 Kompetenzstufen vertreten sein müssen. Ob die neue Heimverordnung des Kantons Bern diese Vorgaben realisierbar machen wird ist indessen fraglich. Bei der Überprüfung von Auflagen, welche in der Heimverordnung formuliert sind und erreicht sein müssen, damit eine Betriebsbewilligung erteilt respektive verlängert wird, müssen die Heimbewohnerinnen aktiv einbezogen werden. Die Erwartungen gegenüber der Pflege im Heim machen deutlich, dass es Personal mit gerontologischen Fachwissen braucht und dies auf allen Ebenen. Will man beispielsweise dem Normalitätsprinzip gerecht werden (S. Kapitel 3.6.3.), verlangt dies von den verschiedensten Fach- und Führungsleuten (Köchin, Therapiefachleute, Heimleitung, Pflegedienstleitung etc.) ein spezifisches gerontologisches und geriatrisches Fachwissen. Die Frauen erwarten, dass sie im Heim eine menschenwürdige Existenz leben können und nicht primär auf der körperlichen Ebene

gepflegt werden. Der hohe Stellenwert der psychisch/geistigen und sozialen Dimension zeigt auf, dass es auch um vor allem in diesen Bereichen Angebote, Unterstützung und Freiräume braucht. Im Weiteren wird Personal benötigt, welches in diesen Bereichen, das heisst in der Sozial- und Selbstkompetenz, die erforderlichen Fähigkeiten und spezifisches Wissen mitbringt, da ja gerade in den Bereichen Haltung, Verhalten und Eigenschaften der Pflegenden viele Erwartungen respektive, Befürchtungen geäussert wurden. Diese Forderung gilt auch für die Pflege im Akutspital. Dies erfordert verschiedene Berufe in die Betreuung zu integriert; dabei kommt der Pflege die Aufgabe zu die Übersicht zu wahren und die unterschiedlichen Assessments, Therapien etc. zu koordinieren und dabei die betroffene Person immer wieder ins Zentrum zu stellen und laufend zu informieren. Deshalb sind die Sozial- und Kommunikationskompetenz im Spital ganz besonders gefordert. Die Befragungsergebnisse weisen darauf hin, dass vor allem die Frauen im Akutspital, speziell unterstützt werden müssen, damit sie sich umfassend äussern könne. Für die Praxis kann dies heissen, dass gerade bei älteren Frauen gezielt darauf geachtet werden muss, dass ihnen eine kommunikationsfreundliche Umgebung geboten wird, wenn es darum geht, dass sie ihre Erwartungen äussern, aber auch ihre Ressourcen und Fähigkeiten einsetzen können. Dies kann dann so aussehen, dass man ihnen nicht einfach sagt: „Sie müssen sich melden, wenn sie etwas brauchen,“ sondern dass man ihnen aufzeigt, in welchen Situationen sie sich melden müssen oder dürfen. Im Weiteren kann das Vorhandensein einer Bezugsperson, die Frauen positiv unterstützen, sich zu äussern. Aus der Erwartung, dass das Pflegepersonal die Sprache der Frauen versteht, lässt sich die Forderung ableiten, dass nichtdeutschsprachige Personen, die deutsche Sprache erlernen müssen, bevor sie in direkten Kontakt mit den Patientinnen oder Heimbewohnerinnen treten. Die Erwartung, dass intime Handlungen von einer gleichgeschlechtlichen Person durchgeführt werden, wird öfters genannt. Dies bedingt, dass diese Erwartung bei Frauen, welchen dieses Bedürfnis äussern, auch beachtet wird, ansonsten kann dies zu groben Verletzungen der sexuellen Integrität führen.

Die Erwartung, dass das Pflegepersonal ein „gewisses“ Alter haben und nicht mehr ganz so jung sein sollten, muss in Zukunft vermehrt beachtet werden, da aufgrund der neuen Ausbildung, der Fachangestellten Gesundheit, welche bereits mit 16 Jahren begonnen werden kann, noch mehr sehr junge Menschen in der direkten Pflege tätig sein werden. Die Ergebnisse zeigen auf, dass die Erwartungen an das Pflegepersonal höchst anspruchsvoll und komplex sind. Damit der Betreuung der gesellschaftliche Wert und die notwendigen Ressourcen gegeben werden können, muss das Images der Langzeitpflege unbedingt verbessert werden. Die Monitor Umfrage zeigt deutlich auf, dass das Bild der Alterspflegeheime in der Öffentlichkeit noch sehr viele negative Aspekte aufweist. Damit sind alle betroffenen Berufsleute bis hin in die Kader und Trägerschaften der Institutionen, primär aber auch die Ausbildungsstätten und die Berufsverbände gefordert. Innerhalb des diplomierten Pflegepersonals braucht es mehr gegenseitige Achtung und Respekt betreffend der geleisteten Arbeit in den unterschiedlichen Aufgabenbereichen. Insbesondere den politischen Gremien muss immer wieder deutlich gemacht werden, dass es in der Betreuung von alten Menschen um eine höchst komplexe und anspruchsvolle Arbeit geht, die genau so viel kompetentes Personal und eine ebenso leistungsfähige Infrastruktur benötigt wie ein Spital. Sonst wird es nicht möglich sein, den Erwartungen der Frauen Folge zu leisten. Der Unterschied bei den Befragungsergebnissen zwischen den 50+ und den 70+ lässt darauf schliessen, dass die zukünftigen alten Frauen, welche das Dienstleistungsangebot Pflege in Anspruch nehmen werden, vermehrte Ansprüche an die Qualität der Pflege (direkte Pflege, Verhalten der Pflegenden ect.) aber auch an die Mitsprache haben werden. Auch die Monitor - Umfrage bestätigt diese Tendenz. Camenzind & Zwicker (1998) untersucht in ihrer Arbeit zum Thema Lebenssinn auch den

Aspekt Zeitmangel; sie machten folgende Äusserungen (1998, S. 174): „Aktive Massnahmen gegen Stressgefühle und Stressatmosphäre. Ein unbegründetes Stressgefühl kann sich rasch, oft unkontrolliert und unbegründet entwickeln. Eine solche Stressausstrahlung kann ansteckend wirken. Folgen können sein: Nur noch für die offensichtlich dringenden Aufgaben Zeit zu finden (nur noch fürs Körperliche). Die Bewohner melden in einer Stressatmosphäre ihre Bedürfnisse nicht mehr an. Nicht selten entstehen aus nicht erfüllten Bedürfnissen Defizitgefühle und ein diffuses „Nichtwohlfühlen.“ Solche Gefühle können sich bei den Bewohnern in psychosomatischen Störungen auswirken und den Begleitpersonen am Ende viel mehr Zeit kosten. Deshalb ist es wichtig, eine Atmosphäre zu schaffen, in der die Bewohner ihre Bedürfnisse rechtzeitig anmelden. Eingeplante Massnahmen fordern weniger Zeitaufwand als Überraschungen.“ Dieses Phänomen kann sich auch in der Akutpflege zeigen und verlangt demzufolge ähnliche Massnahmen.

7.3. Konsequenzen für die Pflegeausbildung

Die Äusserungen der Frauen zeigen deutlich, dass es allgemeine Grundkompetenzen wie Kommunikation, Informationen geben, Unterstützung in den Lebensaktivitäten etc. gibt, welche sie von den Pflegenden erwarten und die demzufolge in der Ausbildung vermittelt werden müssen. Es wird aber auch deutlich, dass sie vom Pflegepersonal in der Langzeitpflege, zusätzliche Fähigkeiten erwarten. Dies macht deutlich, wie wichtig es ist, dass es innerhalb der neuen Pflegeausbildung neben der Vermittlung des Grundlagewissens auch die Möglichkeit geben wird, Schwerpunkte zu setzen: es muss also unbedingt ein Modul geschaffen werden, welches spezifisches „Langzeitpflegewissen“ vermittelt und wo auch das geforderte Verhalten und die notwendige Haltung trainiert und überprüft werden. Eine „Auslagerung“ der Langzeitpflege aus den Pflegeausbildungen scheint mir verheerend, denn die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen deutlich, dass viele Erwartungen auf Grundlagen basieren, die für den gesamten Pflegebereich relevant sind. Die Pflegenden in einer Langzeitinstitution brauchen selbstverständlich medizinisches Grundlagewissen ebenso wie in Akutinstitutionen; so ist etwa ein umfassender und korrekter Umgang mit Schmerzen oder einer Inkontinenz nur möglich mit einem breit abgestützten Grundlagewissen. Themen wie Einflussnehmen auf Entscheidungsprozesse oder Förderung und Erhaltung von Handlungskompetenzen sind in allen Gebieten zentral. So wird heute in Akutspitälern nach wie vor über die Zukunft alter Menschen entschieden, ohne dass sie direkt miteinbezogen werden; gerade in solchen Situationen ist spezifisches Fachwissen und situationsadäquates Handeln gefordert. Gleichzeitig zeigen die Erwartungen gegenüber dem Heim, dass eine Betreuung in allen Lebensbereichen erwartet wird. Dies bedeutet, dass neue Inhalte und Themen entwickelt und vermittelt werden müssen. So muss in Zukunft der aktiven Lebensgestaltung ein hoher Stellenwert beigemessen werden. Im Weiteren müssen Themen wie das Ermöglichen, Herstellen und Unterhalten von sozialen Beziehungen unbedingt aufgenommen werden. Die Pflegenden müssen sich auch mit den psychischen und geistigen Ansprüchen und Möglichkeiten der alten Menschen auseinandersetzen und die Institutionen sind gefordert, in diesem Bereich Möglichkeiten und Angebote zu schaffen. Gleichzeitig ist es für die Lebensqualität eines Menschen im Heim genauso wichtig, dass die Pflegenden ein akutes Geschehen erkennen und entsprechend handeln können. Auf der anderen Seite brauchen Pflegende im Akutbereich unbedingt ein erweitertes gerontologisches und geriatrisches Wissen, welches auf die Akutpflege ausgerichtet ist, da in den Akutspitälern die Anzahl alter Menschen sehr hoch ist und in der nächsten Zeit noch zunehmen wird. Zahlreiche Komplikationen und für die alten Menschen belastende Situationen könnten damit aufgefangen oder verhindert werden. Die hohen Erwartungen an die Sozial- und Selbstkompetenz der Pflegenden sowie

der Wunsch nach Selbst- und Mitbestimmungen der alten Menschen, bestätigt, dass die Verlagerung der Schwerpunkte, welche in den letzten Jahren in den Pflegeausbildungen stattfanden, ein Schritt in die richtige Richtung war. Was bis jetzt aber eindeutig zu wenig gelungen ist, ist die Verknüpfung zwischen den klassischen Pflege- und Grundlagenthemen auf der einen und den psychosozialen Themen auf der anderen Seite. In diesem Bereich braucht es unbedingt neue Ansätze. Zum Üben und Bewerten der spezifischen Fähigkeiten muss vermehrt von Situationen ausgegangen werden, in denen das verschiedenste Wissen, aber auch Fähigkeiten im psychosozialen Bereich angewendet reflektiert und schlussendlich auch beurteilt werden können. Beispiele wären Fallgeschichten und Fallbeispiele. Diese Trainingsmöglichkeiten müssen aus dem Tätigkeitsbereich stammen, in dem die Lernenden aktuell tätig sind. Aus den Erwartungen und Befürchtungen lässt sich zudem ableiten, dass der Selbstreflexion der Pflegenden ein höherer Stellenwert zugemessen werden muss: Wie wirkt mein Auftreten, mein Verhalten, meine Kommunikation etc. bei den anderen Menschen? Halte ich mich an gesellschaftliche Normen wie beispielsweise grüssen oder danken? Dies sind praxisbezogene Fragen, die auch beim Lernen in der Praxis thematisiert und reflektiert werden müssen. Die Vermittlung des spezifischen Fachwissens für die Langzeitpflege darf nicht auf die Diplomausbildung beschränkt bleiben, sondern muss auf allen Stufen bis hinauf in die universitäre Ausbildung ihren festen Stellenwert haben. Auch innerhalb der Pflegeforschung müssen sich diese Themen etablieren. Dabei ist es wichtig, dass sich die Forschung nicht primär mit körperlich orientierten Fragestellungen befassen soll, sondern dass auch Themen aus dem psycho-sozialen Bereich wissenschaftlich aufgearbeitet und überprüft werden. Von Watson (1996) welcher sich intensiv mit dem Thema der menschlichen Zuwendung in der Pflege befasst, stammt Äusserung (1996, S. 28): „Das Individuum gilt als Person, die es an sich und für sich selbst wert ist, Zuwendung zu erfahren, respektiert, genährt, verstanden und unterstützt zu werden. Jedes Individuum gilt in einem allgemeinen philosophischen Sinne als voll funktionsfähiges, integrales Selbst, das mehr und anders ist als bloss die Summe seiner Teile.“ Damit dies möglich wird, verlangt er dass nach neuen Entwicklungen in der Pflegewissenschaft gesucht wird. Er betont zudem, dass die herkömmlichen medizinischen und naturwissenschaftlichen Erklärungsmuster für die Beschreibung und Erklärung pflegerischer Phänomene alleine nicht ausreichen. Gerade zum jetzigen Zeitpunkt wo der Trend vorherrscht, möglichst viele Ausbildungs- und Pflegeinhalte mit einer hohen wissenschaftlich abgestützten Evidenz zu unterrichten, dürfen die Forderungen von Watson nicht vernachlässigt werden.

8. Zusammenfassung

Die Grundgedanken dieser Arbeit liegen im Spannungsfeld zwischen dem Primat der Ökonomie, welches im Gesundheits- und Heimwesen allgegenwärtig ist, und den neueren Erkenntnissen aus der Pflegeforschung, der Gerontologie und den aktuellen Daten zu gesellschaftlichen Veränderungen. Diese sagen unter anderem aus, dass bei Menschen jeglichen Alters in einer Phase von Pflegebedürftigkeit und Krankheit die Selbst- und Mitbestimmung unbedingt erhalten bleiben muss. Die Arbeit befasst sich mit der Frage welche Erwartungen und Befürchtungen 50-60-jährige, 70-jährige und ältere Frauen an das diplomierte Pflegepersonal im Heim und Spital haben. Im Weiteren beschreibt sie die Vorstellungen dieser Frauen über den Pflegeberuf; in einem dritten Aspekt geht die Arbeit der Frage nach, was die Frauen für sich als gesundheitsförderndes Handeln erleben.

Der Theorieteil befasst sich mit der Frage, wie Pflgeetheoretikerinnen sowie verschiedene Lehrpläne und Organisationen Pflege und deren Schwerpunkte sehen. Es wird beschrieben, welche Art von Pflege und Betreuung die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaft für alte Menschen in den unterschiedlichen Institutionen fordert. Es werden aber auch themenspezifische Begriffe wie etwa Lebensgestaltung definiert und die Bedingungen zu ihrer Umsetzung beschrieben. Im Weiteren geht es um die Frage, ob es zwischen den Grundlagen des Marketings und den Ansprüchen an die Betreuung von alten Menschen Parallelen gibt.

Die Daten für diese Arbeit wurden mittels 32 qualitativer, halbstrukturierter Interviews mit Frauen zwischen 50 und 60 Jahren und mit 70-jährigen und älteren Frauen erhoben. Die Altersgruppe der 70+ teilte sich in drei Gruppen auf; je sieben Frauen, die zu Hause lebten oder sich aktuell im Spital aufhielten und acht Frauen aus zwei Altersheimen. Die Auswertung erfolgte gemäss einer Inhaltsanalyse. Die daraus entstandenen Kategorien wurden mit Ankerbeispielen beschrieben und dem Modell der vier Lebensbereiche (körperlich, psychisch/geistig, sozial und Umwelt) zugeteilt.

Die Ergebnisse zeigen auf, dass die Frauen ein vielfältiges Bild vom Pflegeberuf haben und sich zu der Frage was zukünftige Pflegefachleute lernen sollten, klar äussern können. Die Frauen formulieren des Weiteren konkrete Erwartungen und Befürchtungen und zwar bezogen auf die Pflege im Heim wie auch im Spital. Die gemachten Äusserungen beziehen sich mehrheitlich auf das Verhalten, die Haltung und die Eigenschaften der Pflegenden. Wenn es um das direkte Handwerk geht, wird dies häufig eher summarisch formuliert. Quantitativ gesehen werden im Vergleich zu den Erwartungen markant weniger Befürchtungen geäussert (2/3 Erwartungen gegenüber 1/3 Befürchtungen). Die geäusserten Befürchtungen sind allerdings teilweise sehr tiefgreifend und stimmen nachdenklich. Die Ergebnisse machen deutlich, dass sowohl die Lebensphase wie auch der aktuelle Aufenthaltsort Faktoren sind, welche die Äusserungen der Frauen beeinflussen. So machen die Frauen, welche im Altersheim leben, mehr und auch differenziertere Aussagen als die Frauen, die zu Hause leben oder sich aktuell im Spital aufhalten. Auch die Gewichtung der verschiedenen Lebensbereiche ist von Gruppe zu Gruppe unterschiedlich. Die 50-60jährigen Frauen machen bedeutend mehr und differenziertere Äusserungen als die 70+. Die Ergebnisse zeigen, dass die Frauen in den Altersheimen vor allem vermehrt in die Lebensgestaltung, in die Qualitätsentwicklung und in die Überprüfung der Pflege integriert werden müssten und die Frauen im Akutspital vor allem gute Informationen und Aufklärung brauchen. Eine zentrale Erkenntnis aus der Theorie, dass der körperliche Bereich nur ein Teil eines Ganzen ist, muss in der Ausbildung noch vermehrt zum Tragen kommen. Dabei müssen die Aspekte Haltung, Verhalten und Reflexion eine grössere Gewichtung erhalten. Dazu kommt, dass es je nach Einsatzgebiet der Lernenden situationsspezifische Vorbereitungsmodule braucht, um zentrale Anforderungen ausführlich lernen, üben reflektieren und überprüfen zu können.

9. Literaturverzeichnis

- Abelin, T. & Beer, V. (Hrsg.) (1998). Gesundheit der Betagten in der Schweiz. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.
- Ackermann – Liebrich, U. (2005). Das Gesundheitswesen ist weiblich. Bern: Unveröffentlichtes, Manuskript Ausbildungszentrum Insel.
- Altenpflege-Monitor (2004). Erwartungen an die professionelle Altenpflege. Hannover: Vincentz Network.
- Benner, P. (1994). Stufen zur Pflegekompetenz. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Bischoff, C. (1984). Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit, 19. und 20. Jahrhundert. Frankfurt, New-York: Campus.
- Bischoff-Wanner, C. (2002). Empathie in der Pflege. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Böhm, E. (2001). Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm. Wien, München, Bern: Wilhelm Maudrich.
- Brandenburg, H. & Dorschner, S. (Hrsg.) (2003). Pflegewissenschaft 1. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Brieskorn, M. (2004). Gesundheitsförderung in der Pflege. Stuttgart: Kohlhammer.
- Böhm, E. (2001). Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm. Wien, München, Bern: Wilhelm Maudrich.
- Bundesamt für Statistik (2004). Statistisches Jahrbuch der Schweiz 2004. Zürich: NZZ Verlag.
- Camenzind, J. & Zwicker, E. (1998). Lebenssinn im Alter. Bern: Edition Soziothek.
- Caritas (2004). 2005 Sozialmanach . Luzern: Caritas Verlag.
- Dättwyler, B. & Läderach, U. (1987). Professionalisierung der Krankenpflege. Basel: Recom.
- Dichter, E. (2000). Älter werden in der heutigen Gesellschaft. Zürich: Institut für Motiv- und Marketingforschung.
- Fritschi, A. (1990). Schwesterntum. Zürich: Chronos.
- Froschauer, U. & Lueger, M. (2003). Das qualitative Interview. Wien: Facultas.
- Gebert, A. (2003). Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen. Bern: Huber.

- Gebert, A. & Kneubühler, H. (2001). Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen. Bern: Huber.
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2004). Alterspolitik im Kanton Bern. Bern.
- Gutzwiller, O. & Jeanneret, O. (Hrsg.) (1999). Sozial- und Präventivmedizin Public Health. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Hartmann, U. & Müller, C. (2003). Gesundheit im Alter. Zürich: Philosophische Fakultät der Universität Zürich.
- Herriger, N. (2002). Empowerment in der Sozialen Arbeit. Stuttgart, Berlin, Köln: W. Kohlhammer.
- Heuer, A. (2000). Entwicklung eines Messinstrumentes für Pflegequalität in einer kleinen Institution der Betagtenpflege. Maastricht: University of Limburg.
- Höpflinger, F. & Stuckelberger, A. (1999). Demographische Alterung und individuelles Altern. Zürich: Seismo.
- Kalbermatten, U. (2002). Einführung in die Inhaltsanalyse. Unterrichtsunterlagen NDS Lebensgestaltung 50+. Bern: Berner Fachhochschule.
- Kalbermatten, U. (2002). Das Modell der Lebensbereiche. Unterrichtsunterlagen NDS Lebensgestaltung 50+. Bern: Berner Fachhochschule.
- Kalbermatten, U. (1998). Alter; Perspektiven einer aktiven Lebensgestaltung, theoretisches Modell der Lebensbereiche. Schweizerisches Rotes Kreuz.
- Kalbermatten, U. (1998). Alter; Perspektiven einer aktiven Lebensgestaltung, soziale Beziehungen im Alter. Schweizerisches Rotes Kreuz.
- Knuf, A. & Seiber, U. (2001). Selbstbefähigung fördern. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Krankenpflege (2002). Einsatz für ambulante psychiatrische Krankenpflege. Krankenpflege 12, Seite 35.
- Kruse, A. (2004). Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz . Unterlagen NDS Lebensgestaltung 50+. Bern: Berner Fachhochschule.
- Leitbild des Ausbildungszentrums Insel, Berufsschule für Pflege Bern (2004).
- Mamerow, R. (2003). Projekte mit alten Menschen. München, Jena: Urban & Fischer.
- Manthey, M. (2003). Primary Nursing. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Marriner-Tomey, A. (1992). Pflge-theoretikerinnen und ihr Werk. Basel: Recom.

- Mayer, H. (2003). Pflegeforschung. Wien: Facultas.
- Mayring, P. (1999). Einführung in die qualitative Sozialforschung. München: Beltz.
- Meier, D. (1995). Lebensqualität im Alter. Bern, Berlin, Frankfurt a.M. Peter Lang.
- Meleis, A. (1999). Pflegetheorien; Gegenstand, Entwicklung und Perspektive des theoretischen Denkens in der Pflege. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Meyer-Hentschel, H. & Meyer-Hentschel, G. (2004). Seniorenmarketing. Göttingen: BusinessVillage.
- Michel, C. & Novak, F. (2001). Kleines Psychologisches Wörterbuch. Freiburg, Basel, Wien: Herder Spektrum.
- Nocera, S. (1997). Alter und Gesundheit; neue Ergebnisse mit Hilfe von Längsschnittdaten. Winterthur: Schellenberg.
- Paterson, J.G. (1999). Humanistische Pflege. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Perrig-Chiello, P. (1997). Wohlbefinden im Alter. Weinheim und München: Juventa.
- Ruhe, H. (2003). Natürlich gesund! Die Wirkung von Naturerleben auf die Gesundheit der Menschen. Nürtingen: Fachhochschule Nürtingen, Hochschule für Wirtschaft, Landwirtschaft und Landespflege.
- Schaeffer, D. et. al. (1997). Pflegetheorien. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Schweizerisches Rotes Kreuz (2003). Rahmenlehrplan; Bildungsgang zur dipl. Pflegefachfrau / zum dipl. Pflegefachmann auf Tertiärstufe, Höhere Fachschule.
- Spuhler, T. (2002). Die Gesundheit oder die Krankheit fördern? UNI PRESS, 04, S. 9 – 12.
- Von Reinitz, Ch. & Schnabel, P.E. (Hrsg.) (2001). Der mündige Patient. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Watson, J. (1996). Pflege: Wissenschaft und menschliche Zuwendung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Weidner, F. (1995). Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Weitkunat, R. & Haisch, J. (Hrsg.) (2002). Public Health und Gesundheitspsychologie. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

<http://www.adlatus.ch/ueberuns.html>

<http://www.gdi.ch/index.php?id=508>

www.obsan.ch

http://www.samw.ch/content/Richtlinien/d_RL_AeMiA_2004.pdf

<http://www.seniorweb.ch/>

http://www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber01/du0101.htm#Graphik

10. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1. Altersstrukturen in der Schweiz

Abb. 2: Gesundheitliches Wohlbefinden und langandauernde Gesundheitsprobleme nach Geschlecht 1997

Abb. 3: Psychisches Befinden nach Geschlecht

Abb. 4: Lebenserwartung nach Geschlechtern

Abb. 5: Die Lebensbereiche

Abb. 6: Die Metaebene

Abb. 7: Die Zeitperspektive

Abb. 8: Anzahl von Äusserungen zu den einzelnen Dimensionen aller Personengruppen

Abb. 9: Anzahl von Äusserungen nach Personengruppen

Abb. 10: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 50+, in Prozente

Abb. 11 : Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ aller 3 Gruppen, in Prozenten

Abb. 12: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ zu Hause, in Prozente

Abb. 13: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ im Altersheim, in Prozente

Abb. 14: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ im Spital, in Prozente

Abb. 15: Anzahl von Äusserungen zu den einzelnen Dimensionen aller Personengruppen

Abb. 16: Anzahl aller Äusserungen nach Personengruppen

Abb. 17: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 50+, in Prozente

Abb. 18: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ aller 3 Gruppen, in Prozente

Abb. 19 : Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ zu Hause, in Prozente

Abb. 20: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ im Altersheim, in Prozente

Abb. 21. Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ im Spital, in Prozenten

Abb. 22: Anzahl von Äusserungen zu den einzelnen Dimensionen aller Personengruppen

Abb. 23: Übersicht aller Äusserungen aufgeteilt nach Personengruppen

- Abb.24: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 50+, in Prozente
- Abb. 25: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ aller 3 Gruppen, in Prozente
- Abb. 26: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ zu Hause, in Prozente
- Abb. 27: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ im Altersheim, in Prozente
- Abb. 28: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ im Spital, in Prozente
- Abb. 29: Anzahl von Äusserungen zu den einzelnen Dimensionen aller Personengruppen
- Abb. 30: Anzahl aller Äusserungen nach Personengruppen
- Abb. 31: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 50+, in Prozente
- Abb. 32: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ aller 3 Gruppen, in Prozente
- Abb. 33: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ zu Hause, in Prozente
- Abb. 34: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen 70+ im Altersheim, in Prozente
- Abb. 35: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen 70+ im Spital, in Prozente
- Abb. 36: Anzahl Äusserungen zu den einzelnen Dimensionen aller Personengruppen
- Abb. 37: Anzahl aller Äusserungen nach Personengruppen
- Abb. 38: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 50+, in Prozente
- Abb. 39: Äusserung gemäss den 4 Dimensionen der 70+ aller 3 Gruppen, in Prozente
- Abb. 40: Äusserung gemäss den 4 Dimensionen der 70+ zu Hause, in Prozente
- Abb. 41: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ im Altersheim, in Prozente
- Abb. 42: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ im Spital, in Prozente
- Abb. 43: Anzahl Äusserungen zu den einzelnen Dimensionen aller Personengruppen
- Abb. 44: Anzahl Äusserungen nach Personengruppen
- Abb. 45: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 50+, in Prozente
- Abb. 46: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ aller 3 Gruppen, in Prozente
- Abb. 47: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ zu Hause, in Prozente
- Abb. 48: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ im Altersheim, in Prozente

Abb. 49: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ im Spital, in Prozente

Abb. 50: Anzahl Äusserungen zu den einzelnen Dimensionen aller Personengruppen

Abb. 51: Anzahl Äusserungen nach Personengruppen

Abb. 52: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen 50+, in Prozente

Abb. 53: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ aller 3 Gruppen, in Prozente

Abb. 54: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ zu Hause, in Prozente

Abb. 55: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ im Altersheim, in Prozente

Abb. 56: Äusserungen gemäss den 4 Dimensionen der 70+ im Spital, in Prozente

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gesundheitseinschätzung nach Alter

Tabelle 2: Einschätzung des Wohlbefindens nach Alter

Tabelle 3: Anzahl genannter Kategorien

Tabelle 4: Modell der Lebensbereiche, aufgeteilt nach Mensch und Umwelt

Tabelle 5: Modell der Lebensbereiche, aufgeteilt nach Materielles und Immaterielles

Tabelle 6: Anzahl genannter Kategorien

Tabelle 7: Modell der Lebensbereiche aufgeteilt nach Mensch und Umwelt

Tabelle 8: Modell der Lebensbereiche aufgeteilt, nach Materielles und Immaterielles

Tabelle 9: Anzahl genannte Kategorien

Tabelle 10: Modell der Lebensbereiche aufgeteilt nach Mensch und Umwelt

Tabelle 11: Modell der Lebensbereiche aufgeteilt nach Materielles und Immaterielles

Tabelle 12: Anzahl genannter Kategorien

Tabelle 13: Modell der Lebensbereiche aufgeteilt nach Mensch und Umwelt

Tabelle 14: Modell der Lebensbereiche aufgeteilt nach Materielles und Immaterielles

Tabelle 15: Anzahl genannter Kategorien

Tabelle 16: Modell der Lebensbereiche aufgeteilt nach Mensch und Umwelt

Tabelle 17: Modell der Lebensbereiche aufgeteilt nach Materielles und Immaterielles

Tabelle 18: Anzahl genannter Kategorien

Tabelle 19: Modell der Lebensbereiche aufgeteilt nach Mensch und Umwelt

Tabelle 20: Modell der Lebensbereiche aufgeteilt nach Materielles und Immaterielles

Tabelle 21: Anzahl genannter Kategorien

Tabelle 22: Modell der Lebensbereiche aufgeteilt nach Mensch und Umwelt

Tabelle 23: Modell der Lebensbereiche aufgeteilt nach Materielles und Immaterielles

11. Verdankung und Selbständigkeitserklärung

Danke

Ich möchte mich bei den 32 Frauen, ganz herzlich bedanken, welche bereit waren mit mir ein Gespräch zu führen und somit diese Arbeit überhaupt möglich machten. Ihre Offenheit, Differenziertheit und Ausführlichkeit hat mich sehr beeindruckt!

Leben

Bedeutet Veränderung

Zeit

Hinterlässt Spuren

Alter

Erzählt Geschichten

Selbständigkeitserklärung

Ich bestätige hiermit, die vorliegende Arbeit ohne unerlaubte Hilfe erfasst zu haben.
Sämtliche Textstellen, die nicht von mir stammen, sind als Zitate gekennzeichnet und mit dem Hinweis auf ihre Herkunft versehen.
Die verwendeten Quellen sind im Literaturverzeichnis aufgeführt.

Bern, 1.Mai 2005

Brigitte Zaugg

12. Anhang

Begleitbrief für Interviewteilnehmerinnen

Interviewfragen an die Teilnehmerinnen

Zeitungsartikel

Brief an die Teilnehmerinnen

Bern im September 2004

Teilnahme an einer Umfrage zum Thema: Erwartungen von ältern Frauen an das diplomierte Pflegepersonal

Sehr geehrt Damen

Während meinem Nachdiplomstudium an der Fachhochschule Bern schreibe ich eine Arbeit zum Thema „Erwartungen von älteren Frauen an das zukünftige diplomierte Pflegepersonal“. Das Ziel der Arbeit ist, bei der Entwicklung des neuen Lehrplans an der Berufsschule für Pflege Bern auch die Sichtweisen und Anliegen der älteren Menschen einfließen lassen zu können.

In diesem Zusammenhang würde ich gerne ein Gespräch mit Ihnen führen. Das Gespräch dauert ca. 20 – 30 Min..

Dabei bestimmen Sie selber was Sie mitteilen und wie ausführlich Sie die Fragen beantworten. Sie haben auch während dem Gespräch jederzeit die Möglichkeit, einzelne Fragen nicht zu beantworten oder das Gespräch jederzeit abzubrechen. Alle Antworten werden absolut vertraulich behandelt, so dass keinerlei Rückführungen auf Ihre Person möglich sein werden. Sie können selber bestimmen, wo Sie das Gespräch durchführen möchten, ob in ihrem Zimmer, im Restaurant oder wenn es möglich ist, in einem Raum auf der Abteilung.

Natürlich ist die Teilnahme an dieser Umfrage absolut freiwillig. Eine Nichtteilnahme an dem Gespräch hat für Sie selbstverständlich keinerlei Auswirkungen.

Es würde mich sehr freuen und wäre mir äusserst dienlich, wenn ich mit Ihnen ein kurzes Gespräch führen dürfte.

Besten Dank für Ihre Bemühungen

Freundliche Grüsse

Brigitte Zaugg

Ich, Frauerkläre, dass ich freiwillig an der Beantwortung der Fragen zu den Anliegen und Erwartungen ältere Frauen an das zukünftige diplomierte Pflegepersonal teilnehme. Ich wurde über das Gespräch informiert und weiss, dass ich das Gespräch jederzeit, ohne Begründung, abbrechen kann und dass alle Daten vertraulich behandelt werden.

Ort, Datum, Unterschrift

Fragen an die Interviewteilnehmerinnen

Fragen an die 50 – 60 jährigen Frauen

Haben Sie in ihrem Leben bereits Dienstleistungen der Pflege in Anspruch genommen? In welchem Rahmen?

Welche für Faktoren beeinflussen ihre Gesundheit positiv?

Wie würden Sie den Pflegeberuf beschreiben respektive was verstehen Sie unter „Pflege“?

Was erwarten Sie von einer diplomierten Pflegefachfrau, wenn Sie sich in einem Akutspital aufhalten müssten?

Was für Befürchtungen haben Sie im Bezug auf die Dienstleistungen der Pflegenden?

Überleitung zum Thema Heim. „Sie müssen für sich selber entscheiden ob sie sich die nächste Antwort überlegen wollen. Es geht dabei wirklich nur um hypothetische Fragen.

Was müssten die diplomierten Pflegefachpersonen unternehmen, dass Sie im Fall eines Heimeintritts ihr Leben am Besten gestalten könnten?

Was für Befürchtungen hätten Sie im Bezug auf die Pflegeleistungen in einem Heim?

Was denken Sie was müssen die zukünftigen Pflegefachpersonen, aus ihrer Sicht in der Schule unbedingt lernen in den Bereichen:

Wissen, das heisst was müssen sie wissen?

Mauelle Fähigkeiten, was müssen sie machen können?

Soziale Fähigkeiten, wie müssen sie sich verhalten können?

Fragen an die 70jährigen und mehr Frauen im Akutspital

Was für Faktoren beeinflusst ihre Gesundheit positiv?

Wie würden Sie den Pflegeberuf beschreiben respektive was verstehen Sie unter „Pflege“?

Was erwarten Sie von den diplomierten Pflegefachpersonen, die Sie im Moment betreuen?

Hatten Sie vor dem Spitaleintritt Befürchtungen im Bezug auf die Dienstleistungen der Pflegenden?

Überleitung zum Thema Heim. „Sie müssen für sich selber entscheiden ob sie sich in der momentanen Situation diese Frage überlegen wollen. Es geht dabei wirklich nur um hypothetische Fragen.

Was müssten die diplomierten Pflegefachpersonen unternehmen, dass Sie im Falle eines Heimeintritts ihr Leben am Besten gestalten könnten?

Was für Befürchtungen hätten Sie im Bezug auf die Pflegeleistungen in einem Heim?

Was denken Sie was müssen die zukünftigen Pflegepersonen, aus ihrer Sicht in der Schule unbedingt lernen in den Bereichen:

Wissen, das heisst was müssen sie wissen?

Mauelle Fähigkeiten, was müssen sie machen können?

Soziale Fähigkeiten, wie müssen sie sich verhalten können?

Fragen an die 70 jährigen und mehr Frauen die zu Hause leben

Haben Sie in ihrem Leben bereits Dienstleistungen der Pflege in Anspruch genommen? In welchem Rahmen?

Was für Faktoren beeinflusst ihre Gesundheit positiv?

Wie würden Sie den Pflegeberuf beschreiben respektive was verstehen Sie unter „Pflege“?

Was erwarten Sie von einer diplomierten Pflegefachperson, wenn Sie sich in einem Akutspital aufhalten müssten?

Was für Befürchtungen haben Sie im Bezug auf die Dienstleistungen der Pflegenden?

Überleitung zum Thema Heim. „Sie müssen für sich selber entscheiden ob sie sich die nächste Antwort überlegen wollen. Es geht dabei wirklich nur um hypothetische Fragen.

Was müssten die diplomierten Pflegefachpersonen unternehmen, dass Sie im Fall eines Heimeintritts ihr Leben am Besten gestalten könnten?

Was für Befürchtungen hätten Sie im Bezug auf die Pflegeleistungen in einem Heim?

Was denken Sie was müssen die zukünftigen Pflegefachpersonen, aus ihrer Sicht in der Schule unbedingt lernen in den Bereichen:

Wissen, das heisst was müssen sie wissen?

Mauelle Fähigkeiten, was müssen sie machen können?

Soziale Fähigkeiten, wie müssen sie sich verhalten können?

Fragen an die 70jährigen und mehr Frauen im Altersheim

Was für Faktoren beeinflusst ihre Gesundheit positiv?

Wie würden Sie den Pflegeberuf beschreiben respektive was verstehen Sie unter „Pflege“?

Was erwarten Sie von einer diplomierten Pflegefachperson, wenn Sie sich in einem Akutspital aufhalten müssten?

Was für Befürchtungen hätten Sie im Bezug auf die Dienstleistungen der Pflegenden?

Was erwarten Sie von den diplomierten Pflegefachpersonen in ihrer momentanen Lebenssituation?

Haben Sie im Bezug auf die Pflegeleistungen, in der Zukunft irgendwelche Befürchtungen?

Was denken Sie was müssen die zukünftigen Pflegefachpersonen, aus ihrer Sicht in der Schule unbedingt lernen in den Bereichen:

Wissen, das heisst was müssen sie wissen?

Manuelle Fähigkeiten, was müssen sie machen können?

Soziale Fähigkeiten, wie müssen sie sich verhalten können?

Zeitungsartikel

Artikel für die Presse

Alte Frauen wollen vermehrt mitbestimmen

„Alte Frauen können ihre Meinungen nicht gut äussern.“ Eine Meinung, die häufig geäussert wird. Aber trifft sie auch zu?

Alte Frauen sagen, was sie wollen. Eine qualitative Studie mit diesem Titel, ergab unerwartete und zukunftsweisende Ergebnisse. Alte und hochaltrige Frauen können sehr gut sagen, was sie in einer Situation von Pflegeabhängigkeit vom Pflegepersonal erwarten und befürchten.

Die Studie wurde mit 50 – 60-jährigen und über 70-jährigen Frauen durchgeführt. Die Teilnehmerinnen wurden nach ihren Erwartungen und Befürchtungen in Bezug auf das Pflegepersonal in Akutspitälern und Langzeiteinrichtungen gefragt. Die Ergebnisse widersprechen den oft eher negativ gefärbten Alltagsmeinungen.

Die Daten wurden mittels 32 Interviews erhoben.

Die Ergebnisse der Befragung wurden nach Personengruppen ausgewertet und nach dem Modell der 4 Lebensbereiche kategorisiert. Dieses Modell umfasst, unter anderem vier Hauptbereiche: das Körperliche, das Psychisch / Geistige, das Soziale und die Umwelt; das heisst, es handelt sich um ein ganzheitliches Modell welches das Alltagsleben der Betroffenen umfassend widerspiegeln kann. Mit Hilfe dieses Modells kann differenziert aufgezeigt werden, in welchen Lebensbereichen die Frauen ihre Erwartungen gegenüber dem Pflegepersonal und der Pflege ansiedeln. Sowohl die Menge der gemachten Aussagen, die Differenziertheit der Äusserungen wie auch die Gewichtung der 4 Lebensbereiche, fiel je nach Personengruppe unterschiedlich aus.

Zukünftige alte Frauen werden höhere Erwartungen haben

Die zukünftigen alten Frauen werden sehr wahrscheinlich erweiterte Erwartungen an die Pflege haben. Die Kategorie der 50 – 60-jährigen machte bei fast allen Fragestellungen am meisten Äusserungen. Im Weiteren sind ihre Erwartungen und Befürchtungen auch qualitativ umfassender als diejenigen der 70-jährigen und älteren Frauen.

Ein Eintritt ins Altersheim kann zu mehr Kompetenz führen

Bei den 3 Gruppen der 70jährigen und Älteren ergaben sich folgenden Hauptergebnisse: Die Gruppe der 70+ im Altersheim erwies sich am Differenziertesten, d.h. sie nannte am meisten Erwartungen und Befürchtungen, zudem waren diese auch am Vielfältigsten. Sie erwartet beispielsweise, dass das Pflegepersonal fachkompetent ist und dies nicht nur im Bereich von Fachwissen, sondern auch in Bezug auf ihre Persönlichkeit und ihr zwischenmenschliches Verhalten. Die Frauen wollen als Individuum wahrgenommen und behandelt werden. Dabei zeigte sich deutlich, dass nicht primär das Körperliche im Zentrum steht, sondern dass alle Lebensbereiche (Körper, Psyche/Geist, das Soziale und die Umwelt) ihren Stellenwert haben. Bei den Befürchtungen steht der Faktor, dass das Pflegepersonal zu wenig Zeit hat, im Vordergrund, aber auch der Verlust von Unabhängigkeit und Selbständigkeit wird befürchtet. Inhaltlich unterscheiden sich die Erwartungen und Befürchtungen zwischen den 3 Gruppen der 70-jährigen und Älteren nicht gross. Vergleicht man aber die Aussagen der Frauen im Altersheim mit den Aussagen der Frauen zu Hause, lässt sich davon ableiten, dass der Altersheimseintritt die Frauen zu „Expertinnen“ betreffend Betreuungs- und Pflegefragen macht und sie dies auch sehr wohl mitteilen können.

Dies zeigt sich vor allem in der Anzahl der Nennungen und deren Differenziertheit. Die Gruppe der 70+ im Akutspital äusserte sich durchschnittlich am Wenigsten, sei dies bezogen auf die Anzahl als auch auf die Vielfältigkeit.

Der Körper ist nicht das Wichtigste

Bei der Gewichtung der Lebensbereiche durch alle Personengruppen, fällt auf, dass die Bereiche des Psychisch/Geistigen und des Sozialen höher gewichtet werden als die des Körperlichen. Dies zeigt sich in Äusserungen wie: „Ich will laufend und verständlich informiert werden; ich erwarte, dass die Pflegenden Verständnis für meine Situation haben und sich in mich hinein fühlen können; mir ist es wichtig, dass die Pflegenden aufmerksam sind und meine Sprache sprechen; dass sie ein umfassendes Fachwissen haben.“ Eine weitere Erwartung ist, dass die Frauen sich wünschensweise erwarten, dass sie in ihrer Selbständigkeit unterstützt und gefördert werden, oder, dass sie befürchten, dass ihre Gewohnheiten nicht beachtet werden; dass die Pflegenden ihre Arbeit unreflektiert machen und dass sie die Abhängigkeit der Patientinnen missbrauchen könnten. Daraus lässt sich ableiten, dass die älteren und alten Frauen vor allem in den Bereichen Wissen und Selbst- und Sozialkompetenz hohe Erwartungen an das Pflegepersonal stellen und dies sowohl im Heim wie im Spital.

Die Pflege macht vieles zur Zufriedenheit der älteren Frauen

In der gesamten Befragung wurden bedeutend weniger Befürchtungen als Erwartungen genannt (1/3 Befürchtungen zu 2/3 Erwartungen). Im Zentrum der Befürchtungen steht inkompetentes Pflegepersonal, inkompetent vor allem in den Bereichen Verhalten, Haltung und Wissen. Es werden aber auch Befürchtungen betreffend dem Alter und dem Geschlecht des Pflegepersonals genannt; so wünschen sich die alten Frauen beispielsweise dass intime Pflegehandlungen von einer Frau ausgeführt werden. Beim Aspekt Umwelt erscheint das Thema Zeit als zentral: eine grosse Anzahl der Frauen befürchten, dass das Pflegepersonal zu wenig Zeit für eine gute Pflege hat.

Die Erwartungen sind überaus vielfältig und lassen sich in die unterschiedlichsten Bereiche einteilen:

- Unterstützung in den Lebensaktivitäten
- Gestaltung des Umfelds
- Verständnis für kulturelle Unterschiede
- Zeitbudget des Pflegepersonals
- Teamarbeit
- Kommunikationsfähigkeit des Pflegepersonals
- Einstellung der Pflegenden
- Eigenschaften des Pflegepersonals
- Verhalten der Patientinnen
- Handlungskompetenz des Pflegepersonals
- Wissen
- Verhalten des Pflegepersonals
- Information durch das Pflegepersonal
- Selbständigkeit der Patientinnen
- Handlungskompetenz des Pflegepersonals
- Hilfestellungen für den Alltag
- Gesundheitsförderung
- Unterstützung bei körperlichen Beschwerden.

Das Pflegepersonal muss umfassend und kompetent ausgebildet werden

Eine umfassende und professionelle Pflege ist nicht etwas, das den weiblichen Mitgliedern unserer Gesellschaft einfach in die Wiege gelegt wird, sondern Pflege ist ein äusserst anspruchsvoller und vielfältiger Beruf, der hohe Anforderungen an die Berufsleute stellt. Neben einer breiten und fundierten Pflegeausbildung wird es unbedingt zusätzliches Wissen

zum Thema Alter und im Speziellen für die Langzeitpflege benötigt. In der Langzeitpflege braucht es genauso Fachpersonal wie es beispielsweise für eine Notfallstation selbstverständlich ist. Dieses Fachpersonal kann sehr wohl aus verschiedenen Berufsgruppen bestehen. Das diplomierte Pflegepersonal hat dann aber die Aufgabe, das Ganze zu koordinieren und ist dafür verantwortlich, dass die alten Menschen eine direkte Ansprechperson haben. Damit eine Pflegende diesen Erwartungen gerecht werden kann, muss sie gut ausgebildet sein und die Sprache der alten Menschen verstehen und auch sprechen können. Alte Frauen im Akutspital müssen darin unterstützt werden, dass sie ihre Erwartungen und Befürchtungen, welche die direkte Pflege angehen, auch äussern können. Der Eintritt in ein Akutspital scheint bei alten Frauen eher ein zurückhaltendes Verhalten auszulösen; dies ist ein Faktor, welcher von den Pflegenden unbedingt beachtet werden muss.

Die alten Frauen wollen und können vermehrt mitbestimmen, auch in den Heimen

Die alten Menschen müssen mehr in Entscheidungsprozesse eingebunden werden. So sollte die kantonale Heimverordnung verlangen, dass jedes Heim einen Heimrat mit weit reichenden Kompetenzen hat, damit die alten Menschen bei Qualitätsentwicklungen und Überprüfungen eine aktive Mitsprache und Mitbestimmung wahrnehmen können. Gesellschaftliche Themen wie wohnen und leben im Alter müssen mit den Alten zusammen geplant und umgesetzt werden. Leider herrscht in unserer Gesellschaft noch all zu oft die Haltung, dass alle anderen Personen wissen was für Alte gut ist, ausser die alten Menschen selber. Gerade den in Heimen lebenden Menschen wird oft nicht zugetraut, dass sie sehr wohl aktiv ihr Leben gestalten können und dies auch wollen. Es stellt sich allerdings die Frage, ob sie sich auch genügend für ihre Erwartungen einsetzen und wehren oder ob sie aufgrund von mangelnder Unterstützung relativ früh resignieren.

Fazit

Die aktuelle Lebenssituation von alten Frauen hat direkte Auswirkungen auf ihre Erwartungs- und Befürchtungshaltung. Ein Eintritt ins Altersheim hat im Bereich der erwarteten respektive befürchteten Pflegeleistung einen klärenden Effekt, d.h. persönliches Wissen und persönliche Bedürfnisse werden vermehrt und umfassender geäussert. Eine Pflege, die den Ansprüchen von älter werdenden und alten Frauen gerecht werden will braucht umfassend ausgebildetes Pflegepersonal, welches hohe Fähigkeiten an Selbst- und Sozialkompetenz mitbringt.