



Foto: Masterfile

Gesprächssituationen in der direkten Pflege weisen viele Besonderheiten auf: Sie sind oft ungeplant, können an ungewöhnlichen Orten oder „unterwegs“ stattfinden. Doch trotz ihrer hohen Bedeutung werden Gespräche in der Pflege noch immer unterbewertet. Deshalb ist es so wichtig, dieses „stumme“ Feld aus der Versenkung zu holen – es klar zu benennen und auch wissenschaftlich zu untersuchen.

Jede Pflegehandlung ist durch Interaktion gekennzeichnet: Immer treten (mindestens) zwei Personen miteinander in Verbindung. Die für Pflege typische stellvertretende Übernahme von Alltagsaktivitäten bedarf der Verständigung und Aushandlung. Alles soll so geschehen, wie es der Person wichtig ist, wie sie es selbst gemacht hätte.

Und doch: Die interaktive Seite der Pflege führt offiziell ein Schattendasein. Die begleitende Interaktion wird als „Schwatz“ herabgewürdigt, die Pflegenden selbst empfinden Gespräche nicht als „richtige Arbeit“. Kollegen, die hier Zeit investieren, werden oft denunziert.

Dabei machen Gespräche mit Patienten und Angehörigen real einen großen Teil der Pflegearbeit aus. Wahrscheinlich ist genau dies der „stumme“ Anteil der Pflege, der sich in der Dokumentation und in Erfassungssystemen nicht abbildet.

Dabei bleibt den Pflegenden in der Praxis nichts anders übrig als zu kommunizieren: Sie sind präsent und zuständig, sie werden gefordert, niemand kann „sich in Luft auflösen“. Dass die Gespräche in unterschiedlicher Qualität verlaufen, ist ohne Zweifel.

Fragen Sie Ihre Krankenschwester (statt Ihren Arzt oder Apotheker)

Langfristige Pflegebedürftigkeit und Krankenhausaufnahmen sind Sondersituationen für Menschen. Sie fühlen sich bedroht und abhängig, haben Angst, machen sich Sorgen und müssen auf vieles verzichten. Existenzielle Fragen drängen sich auf. Die ersten und häufigsten Ansprechpartner sind die Pflegenden – sie leisten den Löwenanteil der niederschweligen psychosozialen Begleitung in vielen Settings des Gesundheitssystems.

Pflegende sind die Ersten, die besorgten oder aufgebracht Patienten und Angehörigen begegnen, sie sind die Ersten, die versuchen, schlechte Botschaften zu mildern. In einem Projekt in einem Brustzentrum konnte gezeigt werden, dass jedes Arztgespräch ein Gespräch mit den Pflegenden nach sich zog.

Manche Bereiche sind dabei besonders kritisch: die Intensivstationen, die Onkologie, die Dialyse – in der Akutversorgung sind dort kaum Psychologen vor Ort tätig. Dringend nötig wären Unterstützungen der Klienten/Angehörigen und der beruflich Pflegenden in manchen Situationen der stationären Alten- und der häuslichen Pflege. Geriatrie/Gerontopsychiatrie und Rehabilitationskliniken sind meistens besser interdisziplinär

besetzt, die Anforderungen der Begleitung in schwierigen Lebenssituationen kann so auf mehrere Schultern verteilt werden. Hier soll nicht eine Lanze für die Psychologisierung gebrochen werden, wichtig ist aber klarzustellen, dass kranke Menschen ihre Bedürfnisse artikulieren wollen und dies auch tun.

Häufiger als dem Arzt klagen sie gegenüber den Pflegenden. Nähe, Beziehung, Hilfebedarf bei vielen, auch intimen, täglichen Aktivitäten bewirken eine ganz spezifische Atmosphäre, die ungewöhnlich zwischen sich eigentlich fremden Erwachsenen ist.

In früheren Jahren galten beruflich Pflegende als stille Dienerinnen des Arztes, immer flink und sichtbar „handwerk“lich beschäftigt. In den letzten Jahrzehnten hat Pflegebedürftigkeit zugenommen, und es ist klar geworden, dass Pflegebedürftigkeit etwas anderes als Krankheit ist. Noch fehlt eine Theorie der interaktiven Seite von beruflicher Pflegearbeit. Stattdessen werden in der Pflegebildung umfangreiche Konzepte anderer Felder (z. B. der Psychotherapie) vorgestellt und normative Vorschläge wie „Stellen Sie offene Fragen“ gemacht.

Schwerkranken fehlt oft die Energie für längere Antworten. Es fehlt auch an Daten aus der Pflegepraxis: welche Gespräche werden überhaupt geführt, von wem, wie lange dauern sie, um welche Inhalte geht es, wie ist die Qualität zu beurteilen, welche Grundlagen und Bildungskonzepte wären nötig? Wer sollte solche Studien finanzieren? Bis heute erschöpft sich die Auseinandersetzung in diesem Feld in Einzelarbeiten engagierter Studierender. Vor etlichen Jahren wurde aus dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke ein Forschungsantrag, zusammen mit Sprachwissenschaftlerinnen, auf den Weg gebracht – eine Finanzierung konnte trotz vieler Anstrengungen nicht erreicht werden. Medizinnahe Stiftungen drängten auf Fokussierung von

aphasischen Patienten, andere mögliche Förderer wunderten sich, dass Pflegende überhaupt mit den Patienten sprechen – das „Informationsmonopol“ läge ja schließlich beim Arzt.

Offiziell gehören Gespräche nicht zum Handlungsrepertoire

Die NEXT-Studie ergab im internationalen Vergleich eine deutliche Unzufriedenheit bei den deutschen Krankenschwestern/-pflegern. Dies mag auch damit zusammenhängen, dass hierzulande die Zeit für die Patienten immer weiter gekürzt wird und Pflege im Laufschrift erledigt werden muss – dadurch brennen Pflegende aus und verlassen den Beruf.

Die begleitende Interaktion wird als „Schwatz“ herabgewürdigt, die Pflegenden selbst empfinden Gespräche nicht als „richtige Arbeit“

Die Arbeitsbedingungen entsprechen nicht den beruflichen Auffassungen, ethischen Verpflichtungen und Ausbildungskonzepten. Die Auswirkungen auf das Wohlbefinden und auch die Sicherheit der Patienten sind noch gar nicht untersucht. Zwar spielt die (interprofessionelle) Kommunikation in der eher medizinorientierten Diskussion um Patientensicherheit eine Rolle. Studien über die Folgen mangelhafter Kommunikation zwischen Pflegenden und Patienten und ihre Auswirkungen auf das Outcome liegen jedoch nicht vor. Dadurch, dass dieses weite und stumme Feld überhaupt nicht benannt und untersucht wird, kann es auch nicht einer politischen Diskussion zugeführt werden.

Interaktionen in der Pflege umfassen ein großes Spektrum: Pflegende trösten, informieren, helfen bei der Suche nach Sinn, sie unterstützen Hoffnung, schlichten Konflikte, verbreiten

Ablenkung und Humor, sie beraten und schulen. Ein großer Teil dieser Interaktionen dient der Gefühlsarbeit, der Stabilisierung und der Identitätserhaltung, der Wiedergutmachung und anderer Kategorien. Zunächst von Soziologen als „emotional work“ beschrieben (Strauss, Fagerhaug), haben auch Arbeitspsychologen diesen wichtigen Teil von Pflegearbeit immer wieder bestätigt.

Inhalte und Anlässe von Gesprächen sind unendlich

Pflegende führen Alltagsgespräche mit Patienten, die sich um Sportereignisse, das Wetter, aktuelle Geschehnisse und Befindlichkeiten drehen – diese Alltagsgespräche sind äußerst wichtig für die Kranken. In vielen Fällen sind Pflegende einfach still dabei – eventuell gibt es nichts zu sagen, sie halten die Hand und unterstützen emotional. Eher zu definieren sind Aktivitäten wie die Pflegeanamnese, Information, Schulung und Beratungsgespräche. Beratungen „vorgesaltet“ sind empathische Gespräche. Einfühlende, kurze Interaktionen, die sich auf aktuelle Problemlagen beziehen, sind außerordentlich häufig. Betroffene finden Trost, weil ihnen jemand zuhört, dabei kann auch eine Erleichterung oder Lösung vorbereitet werden. Der Übergang zu Beratungsgesprächen ist dabei fließend.

Die vielen kleinen Gespräche in der Pflege sind nicht weniger wert als andere („richtige“) Beratungen

Auch einzelne Gespräche können selbstverständlich Beratungen sein und alle Merkmale einer „guten Beratung“ aufweisen. Seit vielen Jahren werden Pflegenden verschiedene Beratungs- und Therapiestrategien eingeimpft: Dazu gehören sowohl die klassischen, oft gegensätzlich beschriebenen Konzepte (z. B. Psychoanalyse, Verhaltensorien-

tierung, hypnosystemische Konzepte oder humanistische Ansätze), als auch jede Menge spezifischer Konzepte mit Eigenenamen und kleinen graduellen Unterschieden.

Unterschlagen wird oft, dass die von Rogers beschriebenen Variablen als „beraterische Grundhaltung“ gelten können: Echtheit, Wertschätzung und einfühlerndes Verstehen sollten jede Begleitungssituation eröffnen. Die meisten Beratungsansätze gehen von einem definierten Setting aus, man terminiert mehrere Treffen, sitzt sich gegenüber und der Berater verfolgt eine bestimmte Strategie. Das mag es in der Pflege auch geben, etwa bei Sprechstunden von Pflegeexperten oder in speziellen Beratungsstellen.

Für die Mehrheit der Beratungsgespräche in der Pflege trifft das jedoch nicht zu.

Die eigene Domäne untermauern

Es ist an der Zeit, dass die Pflegeberufe sich auf ihre eigenen Spezialitäten besinnen und diese theoretisch fundieren, anstatt stets zu versuchen, sich an die Konzepte anderer Bereiche anzupassen.

Die überwiegende Mehrheit der empathischen Interaktionen und auch der Beratungsgespräche in der Pflege erfolgt ungeplant, ad hoc, im Anlass oft handlungsbegleitend, während anderer Tätigkeiten. Bisher wurde immer wieder vermittelt, dass dies keine richtigen Beratungen seien, gemessen an den Beratungsettings anderer Berufe. In Leistungserfassungskonzepten der Pflege spielen diese Gespräche leider bis heute keine Rolle – obwohl sie oft besonders wertvoll und auch zeitaufwendig sind. In einmaligen Gesprächen laufen viele Elemente gleichzeitig ab, die Herstellung einer gemeinsamen Basis, die Diagnostik, die Intervention und die Evaluation. Die Grundlagen der Beratung sind sicher in allen Disziplinen gleich, in der tatsächlichen Anwendung muss das

aber von den einzelnen Berufen/Bereichen selbst geklärt werden: Die Beratung beim Optiker ist anders als die Schuldnerberatung, Ehe- und Familienberatung unterliegt anderen Gegebenheiten als die Drogenberatung, Sozialarbeiter brauchen andere Konzepte als Zahnärzte usw.

Meines Erachtens ist die Unterbewertung der Beratungen und sonstigen Interaktionen in der Pflege falsch! Man wird das Setting in der pflegerischen Versorgung nicht ändern können. Klienten melden situativ ihren Bedarf an, sie suchen sich ihre Gesprächspartner aus (oft sind es mehrere) – dies spricht eigentlich für einen hohen Autonomie- und Empowerment-Faktor auf der Seite der Ratsuchenden. Gerade die Handlungsbegleitung scheint für Klienten einen niederschweligen Zugang zu bedeuten, die Nähe zu den Pflegenden legt Anfragen nahe. Grundlage der Interaktion ist die bereits vorhandene Beziehung, nicht eine bestimmte zielorientierte Methodik – für einzelne Gespräche sollte deshalb keine bestimmte Strategie verfolgt werden. Pflegende haben hier viele Vorteile gegenüber anderen Settings: Sie müssen nicht erst mühsam eine gemeinsame Situationsdefinition herstellen. Sie werden direkt angefragt, sie genießen also Vertrauen.

Handlungsbegleitung ist kein Mangel, sondern eine Chance

Einige Voraussetzungen sind zu postulieren: Insgesamt müssen die Ausbildung und die Praxis in diesem Feld qualifiziert werden. Pflegende sind auf beraterische Grundhaltungen zu trainieren, ohne dass sie auf einen bestimmten übergreifenden Beratungsansatz verpflichtet werden. Besser scheint es mir, dass Pflegende mit vielerlei „Werkzeugen“ umgehen und die beruflichen Besonderheiten argumentieren können. Die gesamte Interaktionsarbeit muss benannt und dokumentiert werden, sie sollte in Standards, Überprü-

fungs- und Zertifizierungsvorhaben eine Rolle spielen, der Aufwand und die Ergebnisse sollten untersucht werden. Beratungsgespräche sollten auch als Angebot geführt werden und nicht nur in Not von den Patienten angefordert werden. Pflegende brauchen in ihrem Selbstbewusstsein nicht hinter anderen Beratungsberufen zurückzustecken – immer vorausgesetzt, dass sie gelernt haben, den Klienten in den Mittelpunkt zu stellen. Dazu kann gehören, die aktuelle sonstige Pflegehandlung zu unterbrechen, sich der anderen Person ungeteilt zuzuwenden – dazu kann auch gehören, nach einiger Zeit, Stunden oder Tage, nach „Erfolg“ zu fragen, eine Rückmeldung einzufordern.

Eine Herausforderung ist es, die aktuelle Situation zu gestalten, für Ruhe zu sorgen, eventuell einen anderen Raum aufzusuchen oder einen etwas späteren Zeitpunkt in Aussicht zu stellen. Die vielen kleinen Gespräche in der Pflege sind nicht weniger wert als andere („richtige“) Beratungen.

Gute Beratung hat auch nichts mit dem Zeitaufwand zu tun, manchmal können wenige Minuten Wunder wirken. Als Qualitätskriterium erfolgreicher Beratung gilt nur die Zufriedenheit des Klienten. Es kommt also auf die situative und gegenseitige Passung an. In der psychologischen Beratungs- und Therapiepraxis muss zwar aus Abrechnungsgründen eine bestimmte Methode verfolgt werden, Psychologen arbeiten real aber mit einem gemischten „Instrumentarium“, das zu ihnen als Person passt.

Gesprächssituationen in der direkten Pflege weisen viele Besonderheiten auf: Sie sind oft ungeplant, können an ungewöhnlichen Orten oder „unterwegs“ stattfinden. Pflegende erhalten selten Supervision, manchmal werden mehrere Pflegende angefragt, ohne dass untereinander davon gewusst wird.

Lust auf Studium?

Masterstudiengang
www.uni-wh.de/pflege

In lockerer Folge sollen in den nächsten Ausgaben der Zeitschrift typische Gespräche aus der Pflege vorgestellt werden – diese werden aus psychologischer Sicht kommentiert.

Information:

Der zweite Teil des Artikels „Hoffnung – Energiequelle in schwierigen Zeiten“ von Dr. Angelika Abt-Zegelin wird in der Mai-Ausgabe 2009 erscheinen.

Literatur:

folgt

Anschrift der Verfasserin:

Dr. Angelika Abt-Zegelin
Institut für Pflegewissenschaft
Universität Witten/Herdecke
Stockumer Straße 10-12, 58453 Witten
E-Mail: angelika.zegelin@uni-wh.de

