

Stimmungsbild einer Pflegeperson in der Geriatrie

Als Verstärkung „Grätzelbetreuung“

Frau P. absolvierte 1980 das Diplom der psychiatrischen Krankenpflege in Wien. Während ihrer beruflichen Tätigkeit machte sie eine Fortbildung in Validation bei Naomi Feil sowie in Psychoonkologie und absolvierte die Sonderausbildung in Onkologie-Pflege und den Grundkurs in Kinästhetik.

Die Ausbildung für das Diplom der psychiatrischen Krankenpflege streifte die Pflege von geriatrischen Patienten mit dem Krankheitsbild von Demenz, M. Alzheimer, Insult oder neurologischen Erkrankungen.

Frau P. war dann fast 3 Jahre an der Gerontopsychiatrie am PKH Baumgartner Höhe beschäftigt. Hier erfuhr sie, wie wichtig es ist, einen „Zugang“ zum Patienten zu finden, Biografiearbeit wurde erst entwickelt. Durch einige persönliche Schlüsselerlebnisse angeregt beschäftigt sie sich laufend mit diesem Thema.

Ab 1984 war Frau P. in Karenz, sie hat 2 Söhne.

Seit 1987 arbeitet sie in der Hauskrankenpflege, Aufgabengebiet ist die pflegerische Versorgung von Klienten, z.B. Verbandwechsel, Insulinverabreichung, Unterstützung und Anleitung bei Stomaverorgung und anderes. Die Anordnung, was bei wem gemacht werden soll, erhält sie vom Praktischen Arzt, Facharzt und Krankenhaus.

Die Frage, warum sie in der Geriatrie und speziell in der Hauskrankenpflege tätig ist, beantwortet sie wie folgt: In der Wohnung des Klienten und seiner persönlichen sozialen Umgebung ist eine ganzheitliche Sicht besser möglich als etwa im Krankenhaus. Die Betreuung erfolgt über einen langen Zeitraum, der Klient fühlt sich in seiner Wohnung „sicher“. Einen Zugang zum Klienten findet sie auch über Biografiearbeit und Validation.

Besonders gut gefällt ihr der ganzheitliche Ansatz, die Interaktionsarbeit, sie kann das soziale Umfeld des Klienten miteinbeziehen,

die Möglichkeit der Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe geben. Er wird angeleitet und dabei unterstützt, wieder für sich selbst zuständig zu sein, was eine Steigerung der Lebensqualität bedeutet.

Bedrückend sind oft die Rahmenbedingungen und die politischen Aussagen. Der Gedanke, wie es sein wird, wenn ich selbst alt bin – ist dann Pflege noch für jeden „leistbar“ im Sinne der Finanzierbarkeit?

Die Pflege wird von der Gesellschaft, von der Organisation, manchmal auch von der betreuten Person unterbewertet, vieles wird nicht als Arbeit gesehen, wie Beziehungsarbeit, aber gerade Beziehung macht erst eine Annahme von Information und Beratung möglich. Eine Imagekampagne sollte die Interaktionsarbeit als Leistung sichtbar machen und die interdisziplinäre Arbeit mit anderen Gesundheitsberufen aufzeigen. Die Aufwertung des Berufsstandes in der Gesellschaft wäre wichtig, aber auch den Menschen in seiner Gesamtheit zu sehen und das „Sein“ zuzulassen. Selbstbestimmung und Akzeptanz sind Frau P. ein großes Anliegen.

Wenn sie etwas in der Geriatrie-Pflege und -Betreuung verändern könnte, dann wäre es die Verstärkung der Grätzeltbetreuung (Grätzelt: umschriebenes kleines Gebiet innerhalb eines Stadtbezirkes). Die regelmäßige Anwesenheit der Gesundheits- und Krankenschwester in Pensionistenklubs oder anderen Treffpunkten des Grätzels könnte gesundheitsfördernd wirken, um einzuschreiten, bevor noch „etwas passiert“.

Ein Wunsch wäre auch, dass die im Krankenhaus tätigen Pflegepersonen ein Praktikum in der Hauskrankenpflege machen können bzw. eine Pflegeperson der Hauskrankenpflege im Krankenhaus ein Praktikum absolviert.

Auch eine bessere Vorbereitung auf die Entlassung aus dem Krankenhaus und ein persönliches Kennenlernen von Betreuern und betreuter Person schon vor der Entlassung wären wünschenswert.