

Schwarzbuch

«Wir können dich zwingen»

Gesundheitspersonal:
Zielscheibe struktureller Gewalt
in Zürcher Spitälern



Rautstrasse 12
8047 Zürich
Tel: 044 461 00 06
e-mail: sekretariat@agpp.ch
www.agpp.ch

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
«Brutale Geschwindigkeit im Arbeitsalltag und Inkompetenz auf Führungsebene»	3
«Es wird in Zukunft noch schlimmer werden»	5
«Aus Zeitgründen eingesparte Pflegehandlungen zahlen sich nicht aus»	7
«Bettenauslastung auf Kosten der Arbeitsbelastung, Fluktuation und Qualität - eine Herausforderung hier zu arbeiten?»	8
«Strukturelle Gewalt als Resultat von Ressourcenverknappung und inkompetenter Führung»	10
«Lohnteilrevision ausgehebelt»	13
«Leitbild und Realität: Personal wird verheizt»	14
«Ich ging, weil ich nicht gleichgültig werden wollte, und keine Hoffnung habe, etwas zu bewegen»	16
«Wie ein Traumberuf zu einem Albtraum mutiert»	19
Anhang: Pflegequalitätsstufen nach Fiechter/Meier (1981)	21

Herausgeberin: Aktion Gsundi Gesundheitspolitik (AGGP)
Zürich, April, 2011

Alle Rechte bei der AGGP und den Autorinnen und Autoren

Zu beziehen:

AGGP, Rautistr. 12, 8047 Zürich

sekretariat@aggp.ch

www.aggp.ch

PCK: 80-21474-1

Solidaritätsbeitrag an das Schwarzbuch: Fr.5.-

Vorwort

In der Regel werden diejenigen Darstellungen des Spitalalltags, welche die breite Öffentlichkeit erreichen, von PolitikerInnen, hohen Beamten oder Mitgliedern der Spitalleitung in eine Form gebracht, die ihre politischen und unternehmerischen Strategien erfüllen. So entsteht ein abgerundetes Bild, das zwar eine hektische, nicht problemfreie, aber eine für alle Beteiligten zum Besten entwickelte Welt präsentiert. Selbst die Wissenschaft ist nur selten in der Lage, den so geschaffenen Schilderungen entzaubernd entgegenzuwirken. In diesem Sinne haben die vorliegenden Berichte Seltenheitswert. Da wird der Berufsalltag des Pflegepersonals in Worte gefasst, welche durch die Erlebnisse, die diesen Alltag ausmachen, hervorgerufen werden.

Die Berichte decken nichts auf, was Stoff für eine Exklusivmeldung abgeben würde, auf den ersten Blick nichts Illegales, nichts Skandalöses, nichts Spezielles, Alltag eben. Selbstverständlich sprechen sie von Blut, von Krisensituationen oder vom Tod, und dennoch bleiben sie wenig spektakulär. Denn das oft schwere Schicksal der Menschen, die dem Pflegepersonal anvertraut werden, belastet den Alltag der Pflegenden nicht wirklich. Das ist Teil ihres professionellen Berufsverständnisses. Im Meistern von schwierigen Situationen zeigt sich ihr Wissen, ihr Können und ihre Erfahrung. Es sind zwar grosse, aber positive Herausforderungen. Belastend für das Pflegepersonal ist das Betriebsleben mit seinen aufgezwungenen Vorgaben, der Sturheit einer nach mehr Flexibilität rufenden Hierarchie, die sich täglich wiederholenden kleinen Ungerechtigkeiten und die missachtende Indifferenz für berufliches Engagement. Die folgenden Berichte sprechen unterschiedliche Dimensionen der Arbeitswelt im Spital an. Drei Aspekte stechen besonders hervor:

- Die Erhöhung des Pflege tempos kommt als erstes zur Sprache. Von «brutaler Geschwindigkeit» ist da die Rede. So zum Beispiel, wenn zwei Stunden nach dem Ableben einer Patientin bereits eine neue, eintretende Patientin im gleichen Zimmer von der gleichen Pflegeperson empfangen werden muss. Nur eine kleine Verschnaufpause wäre schon viel, würde der Pflegeperson, aber auch der eintretenden Patientin, zu gute kommen. Auch der Verzicht auf die Bezugspflege zu Gunsten einer Funktionspflege gehört dazu. Letztere ist mit Fließbandarbeit (Fordismus) im Spital gleichzusetzen. Dies ist eine Rückkehr zum Jahre 0 der Professionalisierung der Pflege und das in einer Zeit, in der einer wissenschaftsinformierten Pflegepraxis angeblich so viel Gewicht beigemessen wird.
- Die Qualität der Betreuungsarbeit ist das zweite wichtige Thema. Wer gute bis sehr gute Arbeit leisten will, wird der «Perfektionitis» getadelt. Der offensichtliche Wille seitens

der Spitalverantwortlichen zum Qualitätsabbau kann perverse Formen annehmen. Besonders dann, wenn im Rahmen eines Qualifikationsgespräches die Mitarbeiterin von ihrer Vorgesetzten dazu aufgefordert wird, schlechter zu arbeiten. «Besser delegieren» heisst in diesem Fall exemplarisch das vereinbarte Ziel. Pfllegt die Mitarbeiterin weiterhin gewissenhaft, erreicht sie dieses nicht. Ihre Qualifikation wird schlechter und damit ist der Grund für einen tieferen Lohn gegeben.

- Definitiv befremdend ist aber das Verhalten der Vorgesetzten, ein Thema, das durchs Band in allen Berichten immer wieder zur Sprache kommt. Jedes zum Ausdruck gebrachte Unbehagen wird als Zeichen der beruflichen Inkompetenz oder des fehlenden Realitätssinnes ausgelegt. «Es wird in Zukunft noch schlimmer» wird die Mitarbeiterin gewarnt oder es heisst unverblümt «Wir können dich zwingen». Burn-outs und Kündigungen geben scheinbar auch keinen Anlass, personalpolitisch über die Bücher zu gehen.

Aber vor allem eines zeigen die Berichte: Unter dem ökonomischen Diktat von Spar- und postulierten DRG-Zwängen breitet sich zunehmend eine institutionelle Gewalt aus, die die Kultur in den Spitälern in einem erschreckenden Ausmass verändert. Das Primat der Ökonomie wird vom oberen Kader verordnet und vom mittleren und unteren Kader mit mehr oder weniger Widerstand umgesetzt. Die Ablehnung von rein ökonomisch begründeten Massnahmen wird als Illoyalität gegenüber der Organisation und deren Zielen interpretiert und gilt damit als Versagen in der Führungsfunktion. Ein Festhalten an professionell und berufsethisch begründeten Qualitätsforderungen wird als antiquiert und nicht zeitgemäss bezeichnet. Damit erfolgt eine sukzessive Gleichschaltung auf allen Führungsebenen. Die Pflegenden am Bett werden zwischen der extrem hohen Arbeitsbelastung, dem Scheitern ihres Versuches, unter diesen Bedingungen weiterhin eine qualitativ angemessene Betreuung zu sichern, und der Ignoranz ihrer Vorgesetzten aufgerieben.

Das Ausmass der Belastungen für das Gesundheitspersonals ist heute derart, dass die AGGP von ihren Mitgliedern nicht nur mündliche - wie bis jetzt üblich - sondern schriftliche Beschreibungen der unhaltbaren Situationen an den Zürcher Spitälern erhalten hat. Die AGGP hat sich für eine Veröffentlichung dieser Texte entschieden, weil die Zürcher Bevölkerung über die gravierende Situation an den Spitälern informiert werden soll. Die AutorInnen der folgenden Berichte sind der AGGP bekannt. Um die AutorInnen zu schützen, wurden die Berichte so verändert, dass keine Rückschlüsse auf ihre Identität gezogen werden können.

AGGP-Redaktion

«Brutale Geschwindigkeit im Arbeitsalltag und Inkompetenz auf Führungsebene»

Ein Alltagsbericht darüber, wie die Führungsebene den Druck weitergibt und sich die strukturelle Gewalt an den Pflegenden entlädt.

«Wir haben seit August eine neue Abteilungsleitung. Seit dann hat sich das Team um etwa 50% ausgewechselt. Viele langjährige Pflegefachleute mit viel Erfahrung sind gegangen, gekommen sind dafür vor allem Pflegefachfrauen direkt nach der Ausbildung oder mit wenig Erfahrung in einem anderen Fachgebiet. Mittlerweile haben wir nur noch sechs Pflegefachpersonen mit mehr als vier Jahren Erfahrung. Das wirkt sich ganz deutlich auf die Qualität der PatientInnen-Edukation (Information, Instruktion) und die allgemeine Qualität inkl. Sicherheitsmassnahmen im Umgang mit Medikamenten aus. Es passieren viele (kleinere) Fehler, welche direkt auf die fehlende Erfahrung und das fehlende Wissen zurückzuführen sind. Das ist eines unserer vielen Probleme und verursacht Ängste und auch Ärger.

Dann haben wir zunehmend nur noch schwerstkranke Menschen bei uns. Als ich vor zwei Jahren begonnen hatte, betreute ich im Frühdienst vielleicht einen Schwerkranken oder eine Sterbende, zwei mit mittlerem Pflegeaufwand, aber einigermassen stabil, und ein meist junger Patient <nur> zur medikamentösen Therapie. Heute betreue ich vier Schwerstkranke und ihre Angehörigen mit dem ganzen Betreuungs- und Begleitungsaufwand. Die meist jungen Frauen und Männer, welche früher in einem guten Allgemeinzustand kamen, laufen mittlerweile alle ambulant! Ergo hat der gesamte Pflegeaufwand und auch die psychische Belastung massiv zugenommen bei gleich bleibendem Stellenschlüssel und chronischer Unterbesetzung durch regelmässige Kündigungen.

«Du musst halt weniger perfektionistisch sein.»

Seit Dezember fehlen bei uns immer wieder mindestens 100 Stellenprozent. Wir sind also seit Dezember <flexibel> und arbeiten einerseits alle mehr Tage als eigentlich angestellt, die uns zwar vielleicht später irgendwann zum Einziehen eingeteilt werden. Andererseits arbeiten wir viel schneller und qualitativ reduzierter, Überzeit wird kritisiert.

Stirbt ein Patient, steht zwei Stunden später schon der nächste Notfall im Zimmer. Diese für mich langsam brutale Geschwindigkeit an Wechseln und neues Einlassen auf Menschen in Krisensituationen, wenn gerade eine intensive Begleitung zu Ende geht, halte ich persönlich nicht mehr aus. Ich mache sehr gerne Sterbebegleitung, brauche aber danach auch ein wenig Freiraum, um zu verschlafen. Das liegt nicht mehr drin, die Betten sind fast immer belegt.

Es brodelt und langsam formiert sich eine Rebellion gegen unsere Leitung. Nachdem wir über den Ausfall einer Kollegin informiert wurden, sagte sie noch so im Nebensatz <jetzt müsst ihr halt flexibel sein>. In diesem Moment konnten wir nicht mehr an uns halten. Viele weinten schon sowieso und das war noch der Hammer obendrauf. Ich habe ihr klar und deutlich gesagt, was ich von solcher Flexibilität halte und was unser Team in den letzten drei bis vier Monaten durchgemacht hat. Zu hören bekam ich dann, ich müsste halt weniger perfektionistisch sein.

Wir hören von unserer Leitung nie ein Lob oder ein Dank. Sie ist immer total im Stress, obwohl sie die Arbeitsplanung und die Überprüfung der Pflege-Leistungserfassung einer Kollegin abgegeben hat.

Die Leitung kann selber keine pflegerischen Leistungen mehr erbringen, da schon lange im Management. Müssen wir einen Patienten reanimieren, kommt sie angerannt und steht nutzlos neben dem Bett, um im Nachhinein dumme Kommentare über den Ablauf oder das Verhalten einzelner Teammitglieder (inkl. Ärzteschaft) abzugeben.

Ich höre von immer wieder vorkommenden Gesprächen, welche unsere Leitung mit einigen (v.a. neuen) Teammitgliedern hat, die diese als erniedrigend und entmutigend beschreiben. Wir haben keine Ahnung, woran wir mit ihr sind.

Die Leitung erlebe ich auch als sehr intransparent. Es geht u.a. das Gerücht um, dass wir umorganisiert werden, aber klare Informationen gibt es nicht. Ich erfahre so <by the way>, dass wir keine Bezugspflege mehr machen, da das Personal fehlt. Eingeteilt werden wir aber trotzdem, wir sollen es einfach nicht so ernst nehmen...

Ich bin letzten Monat zu ihr gegangen und habe meinen ganzen Mut aufgebracht, um sie über meinen Gemütszustand ehrlich zu informieren (und das, obwohl ich keine Ahnung habe, was mit dieser Info dann passieren wird). Sie schien erstaunt zu sein, obwohl sie mich mehrmals die letzte Zeit weinend und/oder äusserst aufgewühlt erlebt hat. Ich solle mir halt Hilfe holen, waren ihre Worte dazu. Ja, darauf bin ich auch schon gekommen.

Die Zusammenarbeit mit den ÄrztInnen hat sich enorm gebessert (ein positiver Punkt). Es machte mittlerweile richtig Freude und wir hatten super Fachdiskussionen.

Das ist alles natürlich meine Sicht, wird jedoch von vielen im Team ähnlich erlebt.

Ich hasse langsam dieses <über den Kopf von allen Betroffenen> bestimmen und kein Mitspracherecht zu haben, als ob nicht wir die Leute sind, die das Ganze dann ausbaden müssen!»

(2010)

«Es wird in Zukunft noch schlimmer werden»

Wie fehlende Anerkennung und fehlender Schutz durch die Vorgesetzten sowie negative Aussichten bezüglich der Arbeitsqualität zum Burnout führen.

«Gemäss meiner langjährigen Erfahrungen an einem Akutspital haben die Erwartungen an die Pflegefachfrauen stetig zugenommen. Dies geht einher mit meiner zunehmenden Unzufriedenheit, weil eine Pflegequalität im Sinne von umfassender Pflege nicht mehr möglich, ja sogar wortwörtlich nicht mehr gefragt, ist. Umfassende Pflege sei nicht mehr möglich, sagte man mir, da es nicht mehr die nötigen Personalressourcen dazu gebe.

In dieser Zeit setzte ich einerseits meine Energie sehr für die PatientInnen ein und andererseits, um die Strukturen zu verbessern. Kurz gesagt: Ich investierte viel Herzblut und Energie, bis es zum Burnout kam. Dieser Umstand ermöglichte mir auch, mal aus einer gewissen Distanz über die Dinge nachzudenken, ich kam zu folgendem Resultat:

Mir fehlten als hart Arbeitende, bisher als sehr gut qualifizierte Fachfrau mit viel Erfahrung vor allem zwei Dinge: Erstens der Schutz von meiner Vorgesetzten und zweitens die Anerkennung.

Schutz zum Beispiel, vor dem ausgenutzt werden, vor dem grenzenlosen Nehmen des Arbeitgebers.

Die Anerkennung vermisste ich nicht im Arbeitsalltag selber, aber zum Beispiel in der MitarbeiterInnenqualifikation. Als meine Quali trotz unveränderter Arbeitsleistung plötzlich von «sehr gut und überdurchschnittlich» auf «gut, zufriedenstellend» sank, war ich sehr enttäuscht. Die Beurteilung stimmte nicht mit meiner Einschätzung, den Rückmeldungen der PatientInnen und KollegInnen überein. Auch die Vorgesetzten auf verschiedenen Stufen konnten mir keine plausible Begründung geben. Die Erklärung war, dass das Beurteilungssystem geändert habe, und die Vorgaben des Kantons und der Spitalleitung einzuhalten seien, gemäss diesen die allermeisten Pflegenden nur noch eine mittelmässige Qualifikation erhalten dürften. Ich sollte nicht so viel Wert auf die Quali legen. Eine Frechheit, wie ich es im Nachhinein empfinde. Ich war aber nicht mehr in der Lage zu kämpfen, fühlte mich so missverstanden. Ich sollte mich damit abfinden und die Vorgaben akzeptieren, dass nicht mehr die gleich gute Pflege wie früher geleistet werden darf.

«Eine mittelmässige Qualifikation bei sehr guter Leistung ist eine Frechheit»

Es geht aber auch um den Schutz der PatientInnen. Es wurde informell im Alltag erwartet, dass wir Pflegenden Vieles selber entscheiden, welches in den Kompetenzbereich des ärztlichen Dienstes fällt, wie Medikamenten-Anpassungen, Überwachungs-Intervalle etc., weil die Ärzte schlicht nicht erreichbar waren oder zu unerfahren

auf dem Gebiet oder zu übermüdet und so die Laborwerte im roten Bereich übersahen oder gar nicht anschauten aus eigener Überforderung. Oft entschieden wir Pflegefachleute selber und erklärten dem Arzt, was er verordnen soll. Ebenso ging es mit instabilen Patienten, die dann oft im letzten Moment in den Schockraum gefahren wurden oder zurück auf die Intensivstation.

Wenn ich auf unterer und oberer Leitungsebene verschiedentlich auf die Missstände hinwies und auf die Unmöglichkeit, diese ohne zusätzliches Personal zu bewältigen, war die Antwort immer: «Wir müssen uns damit abfinden. Es wird in Zukunft noch schlimmer werden. Ab anfangs 2010 müssen wir mit weniger Personal als bisher auskommen.» Meine Reaktion darauf war ihnen zu sagen: «Wenn es noch schlimmer wird, möchte ich nicht mehr dabei sein». Ich merkte, dass zu Vieles nicht mehr stimmte, und kündigte. Während der Kündigungsfrist und mindestens ein halbes Jahr nach dem Weggang hatte ich Albträume. Oft der gleiche Inhalt, nämlich, dass Schichtende ist und ich merke, dass ich in einem bis zwei Zimmern mit PatientInnen noch gar nie drin war, weil ich es nicht schaffte. Klare Zeichen der Überforderung, denke ich heute.

Mir tun alle leid, die noch dort arbeiten, denn ich höre, dass immer noch mehr erwartet wird. Die innerliche Kündigung oder Resignation, Kälte, Abstumpfung bei Vielen ist der Preis dafür. Die Pflegequalität, die wir aufgebaut und für die wir gekämpft haben, geht verloren. Es wird sogar systematisch von «ganz oben» (Pflegedienstleitung) gesagt, dass dies so nicht mehr gewünscht sei.

Bin gespannt, wie sich alles entwickelt. Es gibt auch am neuen Ort Missstände. Ich denke da zum Beispiel an die grosse Lohndiskrepanz. Ich bin 37-jährig und mit viel Erfahrung wieder um eine Klasse tiefer in die Lohnklasse 14 eingereiht worden, dafür ist es etwas weniger stressig. Na ja. Zeit für mich, da ich mich im Frei schneller erholt habe, ist viel wert, denn es geht ja auch um meine Gesundheit.»

(2009/2010)

«Aus Zeitgründen eingesparte Pflegehandlungen zahlen sich nicht aus»

Drei Erfahrungsbeispiele zeigen, dass der Personalmangel in den Spitälern auch auf Kosten der PatientInnen geht.

1. «Während eines Frühdienstes bekam ich zu meinen sechs Patienten noch eine Patientin mit frischem CVI (Cerebro-Vasculäre Insuffizienz: Durchblutungsstörung des Gehirns) und Hemisymptomatik (Halbseitenlähmung, bei frühzeitiger Förderung Chance für Verminderung der Lähmung am grössten). Ich war gerade in einem «Sechstage-Frühdienst-Turnus» und hätte gerne so viel wie möglich frührehabilitative Massnahmen bei dieser Patientin angewendet, z.B. während der Körperpflege, während den Mahlzeiten, einfach während den täglichen Interaktionen. Doch leider hatte ich dafür kaum Zeit, ich konnte der Patientin nicht gerecht werden, die Fortschritte blieben deutlich zurück, und wegen der Arbeit bei meinen anderen Patienten konnte ich nur auf Lagerungsintervalle und Mundpflege achten. Ich fühlte mich wie in der Funktionspflege.¹
2. Ein Patient mit bekanntem Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) sollte neu mit Insulin eingestellt werden. Dabei übernehmen wir die Instruktion und zeigen dem Patienten jeweils ausführlich die korrekte Handhabung und Injektion. Doch bei drei von vier möglichen 17:00 Uhr-Terminen war ich bei zwei anderen Patienten stark eingespannt, ebenso meine anderen Kollegen bei ihren Patienten. Dadurch wurde die Zeit so knapp, dass ich dann die Instruktion nicht mehr machen konnte und die Spritze gleich selber verabreichte. Mir blieb das Gefühl, dass ich einen unsicheren Patienten zurückliess, der weniger schnell selbständig wird und evtl. länger im Spital bleiben muss. Ich selber musste wider besseres Wissen agieren.
3. Ein terminaler Patient (in letzter Lebensphase, Tage und Stunden vor dem Tod) wurde sehr mitfühlend von den Angehörigen betreut. Doch hatten sie von bestimmten Zeichen des Sterbens und verschiedenen Symptomen des sterbenden Menschen keine Ahnung. Sie hätten von mir sehr gerne mehr erfahren, wie sie ihren Vater unterstützen könnten, doch musste ich sie wegen meiner sonstigen Arbeit oft vertrösten und konnte nur während des Lagerns, oder ähnlichen kurzen Verrichtungen, mit ihnen wenige Sachen besprechen. Die Hilflosigkeit in ihren Gesichtern blieb, und damit bei mir das Gefühl, die Angehörigen enttäuscht zu haben.» (2011)

¹ Die Arbeit wird aus Zeitgründen aufgegliedert ähnlich einer Fließbandarbeit. Eine Pflegendende erledigt bei vielen PatientInnen nur gewisse Tätigkeiten, während eine zweite und dritte Arbeitskollegin bei denselben PatientInnen andere Arbeiten verrichten. Eine vorausschauende und umfassende Sichtweise, Erfassung und Beziehungsaufbau sowie die darauf abgestimmten Pflegehandlungen, Instruktionen und Gespräche müssen aus Zeitgründen vernachlässigt werden.

«Bettenauslastung auf Kosten der Arbeitsbelastung, Fluktuation und Qualität – eine Herausforderung hier zu arbeiten?»

Über den prekären Arbeitsalltag bei Personalmangel und hoher Auslastung.

«Die Bettenauslastung ist häufig 90 bis 110 Prozent. Überstunden fallen fast täglich an, speziell im Spätdienst mit Notfalleintritten. Betten werden doppelt belegt, kaum ist ein Austritt, wartet der Eintritt. Verlegungen am Freitag von der Wochenklinik verursachen für den Spätdienst regelmässig Überzeiten. Neu wird auch am Montag operiert, grosse Eingriffe, die AssistentenärztInnen kommen nicht mehr dazu, Ein- und Austritte vorzubereiten, d.h. sie sind abwesend, Arztvisiten finden nur noch am Compi im Spätdienst statt. Gemeinsame Visiten von Pflege und ÄrztInnen beim Patienten gar nicht mehr, auch am Tag nicht. Verlegungen von PatientInnen von Wach- und Intensivstationen erfolgen kurzfristig und früh d.h. in einem instabilen Zustand. Halbprivat und privatversicherte PatientInnen dürfen – unnötigerweise – einige Tage länger bleiben.

«Betten werden doppelt belegt, kaum ist ein Austritt wartet der Eintritt.»

PatientInnen müssen am Morgen austreten, d.h. Austrittsvorbereitung unter Zeitnot. Dieses Bett wird meist am gleichen Tag am Mittag mit Eintritt wieder belegt. Dies bedeutet für uns häufig Belastungsstufe 5-6 (7 wäre Chaos), mit täglicher Überzeit von 1 Stunde.

Wir werden häufiger angefragt, bei Krankheitsausfall und Überbelastung einzuspringen, vor allem Teilzeitangestellte werden angefragt. Häufig werden Pflegenden von anderen Stationen oder vom Temporärbüro angefordert. Natürlich sind diese Pflegenden nicht eingearbeitet und benötigen Unterstützung, was wieder Zeit braucht.

Einstündige Weiterbildungen werden teils noch durchgeführt, verursachen aber Überzeit, weil die Zeit für die versäumte Arbeit danach nachgearbeitet werden muss.

Die Bettendisposition ist in ärztlicher Hand, das heisst, die Pflegedienstleitung hat nichts mitzureden.

«dies bedeutet für uns häufig Belastungsstufe 5-6 (7 wäre Chaos)»

Die Diplomierten kündigen eigentlich seit längerer Zeit immer öfter. Sie wechseln in ein anderes Spital oder an eine Stelle in einem spitalexternen Betrieb. Ob dies wirklich zugenommen hat gegenüber früher, ist nicht deutlich erkennbar.

Die offenen Stellen werden besetzt, wobei noch eine bis zwei ausgeschrieben sind.

Versuche momentan auch, eine andere Stelle im Spital, in dem ich arbeite, zu bekommen, und habe drei Absagen erhalten.

Ich glaube, das Spital kann sich solche Absagen immer noch leisten, da viele junge Leute glauben, es sei eine Herausforderung hier zu arbeiten.»

(2010)

«Strukturelle Gewalt als Resultat von Ressourcenverknappung und inkompetenter Führung»

Eine Gegenüberstellung von Auszügen aus den offiziellen Leitbildern Pflege und einem Bericht aus dem praktischen Pflegealltag aus demselben Spital.

«Qualitätsentwicklung:

Leitbild

Unsere Aufgabe besteht in der Pflege von ambulanten und stationären Patientinnen und Patienten. Die Pflege ist in 5 Funktionen definiert:

1. Unterstützung in und stellvertretende Übernahme von Aktivitäten des täglichen Lebens.
2. Begleitung in Krisensituationen und während des Sterbens.
3. Mitwirkung bei präventiven, diagnostischen und therapeutischen Massnahmen.
4. Mitwirkung an Aktionen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen einerseits sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit andererseits. Beteiligung an Eingliederungs- und Wiedereingliederungsprogrammen.
5. Mitwirkung bei der Verbesserung der Qualität und Wirksamkeit der Pflege und bei der Entwicklung des Berufes. Mitarbeit an Forschungsprojekten im Gesundheitswesen.

Praxis

- Es gibt keine geregelten Fallbesprechungen und wenn, sind diese als Krisenintervention spontan (zum Beispiel sexueller Übergriff eines Pat).
- Es gibt unregelmässig (2x jährlich) Teamsitzungen, wobei keine Traktandenliste vorhanden ist.

Weiterbildung:

Leitbild

Die praktische Aus- und Weiterbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege ist ein zentraler Bestandteil unserer Aufgabe. Dafür benötigen wir ausgebildete Lehrkräfte sowie fachliche und persönliche Fortbildung. Laufendes Lernen erwarten wir von unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Praxis

- Weiterbildung wird oft nicht unterstützt.
- Schriftlich gestellte Anträge für Weiterbildungen werden abgelehnt.
- Die Gründe für die Ablehnung werden mündlich gegeben: Zu kurze Zeit auf der Station, zu wenig Umsetzungsmöglichkeit auf der Abteilung, zu weitgehende Ausbildung.

Pflegequalität:

Leitbild

Ziel unserer Pflege ist das Erreichen, bzw. Erhalten der bestmöglichen, vom Patienten bestimmten Lebensqualität. Wir setzen uns für die Rechte der Patientinnen und Patienten ein und informieren sie über ihre Pflichten.

Wir unterstützen das Gesunde, behandeln das Kranke, begleiten Sterbende und betreuen Angehörige.

Pflege ist Beziehung, für die wir uns Zeit nehmen. Wir garantieren eine sichere Pflege und streben eine angemessene Pflege an (Definition nach Fiechter/Meier, vgl. Anhang).

Praxis

- Eine Diplomierte ist im Tagdienst - seit Einführung der Bezugspflege - für 8-12 (je nach Abteilung) betagte, polymorbide Patientinnen und Patienten (Pat) zuständig. Zur Hilfe hat sie je nach dem 1 Fachangestellte Gesundheit (FaGe) und 1 Pflegeassistentin (PA), oder 2 PA. Im Spätdienst 1 Dipl. für 12 Pat. mit 1 PA oder 1 FaGe. In der Nacht für 24 Pat. 1 Dipl. (plus für 3 Abteilungen zusammen 1 PA oder 1 FaGe).
- Es wurde auf allen Abteilungen (3 Stationen à 24 Betten) strukturelle, auf 2 Abteilungen physische Gewalt beobachtet.

Führung und Zusammenarbeit:

Leitbild

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind das wichtigste Potential des Pflegebereiches. Wir begegnen allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Wertschätzung, Toleranz und Offenheit auch in Konflikt- und Krisensituationen.

Die Führungspersonen sind sich ihrer Vorbildfunktion bewusst. Ihre klare Führung orientiert sich an den Zielsetzungen der Unternehmung, der Situation und an den Mitarbeitenden. Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortungen sind klar geregelt.

Praxis

- Es gibt keine Karriereplanung, auch auf Anfrage nicht.
- Die Führung ist intransparent, sehr autoritär, stark hierarchisch, launisch (kein Gruss am Morgen, überschüssende, harte Kritik).
- In der Ferienplanung, Freizeitplanung gibt es sehr wenig Spielraum, es ist schwierig, Planänderungen vorzunehmen (Wechsel unter gleichgestellten Kolleginnen), da dies als Affront gegen die Stationsleitung gesehen wird.
- Mitarbeiterinnengespräche werden geführt. Es ist jedoch - auch mit besonderen Leistungen - keine Qualifikationsbewertung B möglich. Alle bekommen höchstens ein C.
- Es gibt mehrere Mitarbeitende, die ausgebrannt sind, krank gemeldet. Es gibt keine Erleichterung für Pflegende über 50 Jahre, trotz vielen Dienstjahren, trotz zunehmendem Druck.»

(2011)

«Lohnteilrevision ausgehebelt»

Trotz steigender geistiger Belastung, Verantwortung und Zeitdruck sowie Burnouts und Kündigungen werden Pflegende lohnmassig zu tief eingereicht.

Eine Kollegin arbeitete nach Burnout-Erkrankung 50%-Tagespensum bzw. 50% krankgeschrieben. Ich finde es fahrlässig, dass sie - noch rekonvaleszent - am Wochenende die einzig wirklich Eingearbeitete auf der Abteilung und somit 100% verantwortlich ist und von der Situation gezwungen war, Überzeit zu machen. Sie ist nun wieder ganz ausgefallen und wird wohl nie wieder kommen.

Wir waren für einen Sonntag normal knapp besetzt, aber die Pat. aufwändiger. Anstatt 8,5 Std. arbeitete ich 11 Std. in der Pflege. Überzeit darf aber eigentlich keine gemacht bzw. aufgeschrieben werden. Ich übernahm mehr Pat., da die anderen Diplomierten weniger, aber mega-aufwändige Pat. betreuten. Von 'meinen' Pat. war zum Glück nur ein Pat. sehr komplex, aber die übrigen 6 mit div. Beschwerden und auch schwerkrank. Wir mussten zackig arbeiten, waren mit Pat. relativ kurz angebunden. Die PatientInnen beklagen sich dann bei uns anstatt bei der Politik. Wir haben Abstriche gemacht (bei Mobilisierung, Abfertigung oder teilweise weglassen der Körperpflege, 1 Gewicht nicht kontrolliert, 1 Überwachung nicht wahrgenommen, 1 Verband nicht erneuert, je nach Priorität, etc). Wir arbeiteten konzentriert, kollegial und kürzten unsere unbezahlten Pausen nur wenig. Eine dieser Kolleginnen hat nun auch auf März gekündigt.

«Die PatientInnen beklagen sich dann bei uns anstatt bei der Politik.»

Per 1.7.2010 wurden korrekterweise gemäss Lohnteilrevision viele Pflegefachleute der Abteilung in eine höhere Lohnklasse überführt. Nun werden aber bereits wieder bei Neuanstellungen erfahrene oder sogar sehr erfahrene Pflegefachleute eine Lohnklasse tiefer als vorgesehen angestellt, und somit die Lohnteilrevision zum Teil ausgehebelt.

(2011)

«Leitbild und Realität: Personal wird verheizt»

Das Leitbild eines Akutspitals wird verglichen mit Erfahrungen aus dem Pflegealltag.

Leitbild für den Pflegedienst (eines Akut-Spitals) Unsere Werte und Ziele

1. Die Pflege von Patientinnen und Patienten ist die zentrale Aufgabe des Pflegedienstes.
2. Professionelle Pflege ist eine Wissenschaft und eine Kunst. Sie wird im Rahmen berufsethischer Grundsätze ausgeführt.
3. Unsere Pflegequalität ist gut.
4. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind das wichtigste Potential des Pflegedienstes.
5. Die Organisation der direkten Pflege und die Struktur des Pflegedienstes tragen bei zur Sicherung der Pflegequalität und der Arbeitszufriedenheit.
6. Pflege ist eine eigenständige Aufgabe innerhalb des Gesamtauftrages des Spitals.

(Anmerkung AGGP: Dieses Pflege-Leitbild ist seit längerem abgesetzt. Zur Zeit gelten die Werte «vorbildlich, engagiert, respektvoll».)

«Was macht mich krank?»

Das Leitbild vom Pflegedienst stimmt mit der Realität immer weniger überein! Laut Leitbild vom Pflegedienst streben wir eine gute Pflegequalität an. In der Realität wird uns aber kommuniziert, dass das Ziel eine *sichere* Pflege sei. Leider ist die Pflege aufgrund von Personalkürzungen oftmals nicht einmal mehr *sicher*, geschweige denn *gut*. Es wurden anfangs 2010 (theoretisch überzogene) Pflegefachstellen nicht mehr besetzt, die Anzahl der Pflegeassistenz-Mitarbeitenden reduziert und Praktikumsstellen ganz gestrichen. Pflegefachleute im Mutterschaftsurlaub (hoher Frauenanteil) oder monatelange Krankheitsausfälle werden nicht ersetzt.

Leute werden <verheizt>. Nach einem sehr stabilen Team und grosser Arbeitszufriedenheit und dementsprechend hoher Pflegequalität sind nach den Sparmassnahmen von 2010 auf unserer Abteilung zwei Pfleger (ca. 15%) innerhalb weniger Monate mit Burnout ausgefallen. Uns wird gesagt, dass wir in der Pflege Abstriche machen und lernen müssen, uns zu distanzieren, dies sei die Realität der Sparmassnahmen. Wie und wo Abstriche machen, wenn das Arbeitspensum nur schon wegen des ärztlich verordneten Bereichs ständig zunimmt, wenn die Komplexität der Situation jeder PatientIn zugenommen hat? Trotzdem müssen die Pflegenden mehr PatientInnen in gleicher Zeit

betreuen, da Personal abgebaut wurde. Schlussendlich leiden nebst dem Personal vor allem auch die PatientInnen darunter, weil aufgrund Arbeitsüberbelastung und Überarbeitung (Konzentrationsmangel) die Sicherheit oftmals nicht mehr gewährleistet ist. Zudem bekommt der Patient nur noch ein Minimum an Pflege, was die Genesung nicht unterstützt, und somit auch die Kosten nicht reduziert.

Das Personal muss so eng geplant werden, dass wir wegen Ausfällen phasenweise wöchentlich telefonisch angefragt werden, ob wir einspringen könnten; aber mehr Personal wird nicht eingestellt. Auch wurden im letzten Sommer In-den-Ferien-Weilende angerufen mit der Durchsage «Du musst kommen, wir können dich zwingen.» Unter dem herrschenden Arbeitsdruck ist mittlerweile jedoch kaum mehr jemand bereit, aus dem Frei und schon gar nicht aus den Ferien einzuspringen. Es wird auch gedroht, dass wir - wenn nötig - Doppelschicht arbeiten müssen (z.B. 07.00 bis 23.00 Uhr oder 14.00 bis nächsten Morgen 07.00 Uhr).

«Leider ist die Pflege aufgrund von Personalkürzungen oftmals nicht mehr <sicher>.»

Aber Betten dürfen aus Kostengründen auf keinen Fall mehr gesperrt werden. Lieber eine *gefährliche* Pflege in Kauf nehmen, indem «im Notfall» nur eine, anstatt zwei Pflegefachfrauen im Spätdienst die Abteilung mit hochkomplexen PatientInnen betreut, wovon z.B. zwei PatientInnen bluten, 2-3 PatientInnen nach invasiven Untersuchungen/Eingriffen überwacht und betreut werden müssen und mehrere bettlägerig sind.

Die PatientInnen müssen in Kauf nehmen, dass wir auf viele Bedürfnisse (vor allem im Spätdienst) nicht mehr eingehen können wie z.B. Mobilisation vor der Mahlzeit, Essen eingeben, Zähne putzen und allgemeine Abendtoilette, regelmässiges Lagern (zunehmende Dekubiti), Mobilisation auf das WC (zu unserer Entlastung werden Blasenkateter möglichst lange belassen), ungeduldigere Kommunikation etc, etc...

Ich finde es auch schlimm, dass am «günstigen» Personal gespart wird wie z.B. bei den PflegeassistentInnen/-HelferInnen. Sie trauen sich nicht, sich zu wehren, da sie leicht ersetzbar sind. Ihre Löhne werden gedrückt. Die PflegeassistentInnen sind gestresst, erschöpft, demotiviert und traurig über die fehlende Wertschätzung und Anerkennung. Sie machen deshalb oftmals nur noch das Minimum. Und wegen ihrer hohen Arbeitsbelastung können sie nicht mehr auf die Patientenglocke gehen. Dies und Getränke verteilen und Abfallsäcke leeren, übernimmt nun gezwungenermassen auch wieder das diplomierte Personal, oder diese Arbeit ist halt einfach nicht gemacht. Wir bekommen aus Spargründen nicht mal mehr PraktikantInnen.

Eine Kollegin wird eine Lohnklasse tiefer eingereiht, da sie ihr Arbeitspensum um 20% reduziert, dies obwohl sie pro anwesende Zeit mindestens gleich viel leisten muss wie bisher.»

(2010)

«Ich ging, weil ich nicht gleichgültig werden wollte, und keine Hoffnung habe, etwas zu bewegen»

Wie der Pflegeberuf sich aufgrund von Personalmangel und schlechter Führung vom Wunschberuf zum Albtraum entwickelte - in nur drei Jahren.

«Im Erstberuf bin ich KV-Angestellte. Vor der Ausbildung zur Pflegefachfrau führte ich das Sekretariat einer kantonalen Schule. Ich arbeitete in einem kleinen Team mit angenehmen Arbeitsbedingungen, wie ruhiges Büro, anerkennende Umgangsart, guter Lohn (2003: Fr. 6'241.-- bei 100%), flexible Präsenzzeiten, überschaubare, erfüllbare Aufgaben. Ich bin allein versorgende Mutter. Meine berufliche Entwicklung war mir immer sehr wichtig. So habe ich mich ständig weitergebildet. Und doch versprach ich mir von den Perspektiven, die ich als Sekretärin zur Wahl hatte (Buchhaltung, IT Support, Personalwesen, Sozialversicherung, Werbung) zwar eine monetäre Verbesserung, jedoch weniger eine inhaltliche Herausforderung.

In der Pflege hingegen, da sah ich einen vielfältigen anspruchsvollen und verantwortungsvollen Beruf sowie Perspektiven - vor allem auch in Verbindung mit meinem Erstberuf. Ich wollte Menschen professionell helfen. Mit 40 Jahren, als alle meine drei Kinder mit einer Tagesstruktur <versorgt> waren, habe ich mich also entschlossen, Pflegefachfrau zu werden. Meine Motivation und Freude, dieses Ziel zu erreichen, halfen mir über manche Schwierigkeiten hinweg, die das Lernen als <Spätberufene> so mit sich bringt. Nach vier Jahren endlich hatte ich mein Diplom im Sack und begann sofort mit der Arbeit in einem Spital.

«Die nächste Herausforderung war die tiefe Pflegequalität»

Ich freute mich sehr, endlich wieder selbstverantwortlich zu arbeiten, richtig zu einem Team zu gehören und wieder einen vollen Lohn (2008: Fr.6'200.-- bei 100%) zu beziehen. Die ersten Schwierigkeiten ergaben sich dadurch, dass eine 100% Anstellung von mir erwartet wurde. Ich hatte doch immer noch meine zwar nicht mehr so kleinen, aber doch Kinder zu Hause, einen Haushalt. Nach acht Monaten <durfte> ich auf 80% reduzieren. Auch die Ferienplanung war von Anfang an eine Herausforderung. Leider konnte auf meine Ferienwünsche keine Rücksicht mehr genommen werden (ein Frauenteam, fast alle mit Kindern und ebenfalls auf Schulferien angewiesen). Überhaupt die ganze Planung meines Familienfrau- und Lohnerwerb-salltags wurde sehr schwierig mit den dauernd wechselnden Diensten, auch an Wochenenden und in der Nacht.

Die nächste Herausforderung war die angetroffene tiefe Pflegequalität im Alltag. Klar will die Theorie immer mehr als in der Praxis möglich. Irgendwie muss man damit einen Umgang finden und den

richtigen Ton, im Team, mit den Vorgesetzten, mit den Pflegehilfen. Ich bin ein offener Mensch, sprach offen über meinen Kulturschock mit meinen Kolleginnen. Dort stiess ich zum Teil sogar auf offene Ohren, spürte aber auch deutlich, dass diese daran gewöhnt sind. Sie kennen nichts anderes, es war schon immer so. Und obwohl sie mir durchaus Recht gaben, war ganz klar, dass das zur hiesigen Kultur gehört, und ich damit einen Umgang finden musste. Ich wollte einen Umgang damit finden, war auch dankbar, die Erfahrung am Bett zu machen, zumal ich die direkte Pflege der PatientInnen über alles schätze. Im Team spürte ich eine Akzeptanz.

Aber ich spürte auch den Druck, immer mehr in der gleichen Zeit tun zu müssen. Woher die Zeit nehmen, Gespräche vorzubereiten, den Pflegeprozess sorgfältig zu reflektieren und auszuwerten? Vielleicht sollte ich mich besser qualifizieren, dachte ich. Lernen, wie Qualität und Professionalität im Alltag umgesetzt werden können. Natürlich wollte ich mich beruflich weiterentwickeln. So stellte ich schon bald den ersten schriftlichen Weiterbildungsantrag. Dieser wurde abgelehnt, zwei weitere ebenfalls. Im Moment kein Bedarf, ich könne es später wieder versuchen. Auch körperlich war es streng, 6-8 meist betagte, mehrfach kranke Menschen waren mir zugeteilt. Die Gänge rauf und runter, Körperpflege, aufstehen helfen, lagern - nicht immer konnte ich warten, bis jemand zur Stelle war, mir zu helfen, im Spätdienst und in der Nacht sowieso nicht. Ich war nach der Arbeit oft <erledigt>, brauchte (zu) lange, bis ich mich erholte.

«Mehrere Male erfuhr ich von Aggression und Machtübergriffen gegen PatientInnen.»

Es belastete mich zunehmend die körperliche Schwerarbeit, die Schichtarbeit aber auch die unprofessionelle Führung. Unter der Woche frei zu haben, hat auch seine Vorteile und schlimmstenfalls - wenn kurzfristig eine Einladung fürs Wochenende kam - konnte ich meistens mit einer Kollegin tauschen. Dann ging es nur noch darum, wer sagt es der Chefin? Sie mochte es nicht, wenn wir Dienste abtauschten. Ich tat es trotzdem. Der Nachtdienst war das Schwierigste für mich, resp. danach wieder den Rhythmus zu finden (wie schön war es doch MO-FR, 8-17h, gleitend).

Während der Ausbildung hatte ich Verständnis dafür, kontrolliert zu werden, kein vollwertiges Teammitglied zu sein, dass meine Meinung wenig zählt, ich besser nicht zu viel sage, ich war ja in der Hierarchie ganz unten. Jetzt aber als diplomierte Pflegefachfrau, alleinerziehende Mutter dreier Kinder, Mitte 40, kam es mir unendlich vor, einen Arbeitsplan ohne wenn und aber und eine launische autoritäre Führung anzunehmen, wozu soll das gut sein?

Und so begann ich, meine jetzige Situation als Pflegefachfrau mit der im Büro zu vergleichen: der Lohn, die Bedingungen, die Belas-

tungen. Ich verglich meine Löhne: kein grosser Unterschied. Gut, als Pflegefachfrau hatte ich noch kaum Erfahrung, die Erziehung wurde mir mit 6 Jahren angerechnet, die Erfahrung auf dem Büro nicht. Plötzlich erinnerte ich mich an die Umgangskultur im Team, mit den Vorgesetzten, den Kunden in meinem Erstberuf. Der Umgang im Büro war wohlwollend, wertschätzend, aner kennend. Überhaupt hatten wir Raum und Zeit, um viel mehr Informelles und Formelles regelmässig zu besprechen. Wir hatten Zeit für gemeinsames z'Nüni, Mittagessen und z'Vieri, regelmässig jede 2. Woche Teamsitzung. Jetzt aber - wenn ich nicht ständig Gas gab oder etwas Unvorhergesehenes geschah (was häufig vorkam), Pech, dann gab es eben kein Frühstück/z'Nüni, denn dann habe ich falsch geplant, falsche Prioritäten gesetzt, zu lange <rungemacht>, ebenso mit dem Mittagessen. Wenn ich mit meiner Arbeit bis zu einer bestimmten Zeit nicht fertig war, ging dies von meiner Ruhe- und Essenszeit ab. Von der Leitung wurde ich (die anderen auch) für Kritik ins Büro gerufen, Anerkennung für besondere Leistungen gab es keine.

Am schwierigsten aber war es, allmählich zu sehen, wie verschiedene meiner Kolleginnen jegliche Freude am Beruf verloren haben. Wie gleichgültig sie im Umgang mit den PatientInnen, mit Neuerungen, mit Qualität umgingen. Wie sie sich durch die Gänge schlepten (mit Schmerzen in den eigenen Gliedern und schlechter Laune). Mehrmals erfuhr ich von PatientInnen, von Studierenden und durch eigene Beobachtung von Aggression und Machtübergriffen gegen PatientInnen. Menschen, die krank und hilflos sind, verdienen Würde! Auch das sprach ich an - im Team - und merkte, dass andere die gleichen Erfahrungen gemacht haben. Auch bei der Stationsleitung sprach ich es an. Ich müsse dies der betreffenden Person selber sagen. In dieser Situation wurde mir klar, dass ich gehen muss. Und ich ging.

«Wenn ich nicht ständig Gas gab, ging es an meiner Ruhe- und Essenszeit ab.»

In ein anderes Spital, dort traf ich Ähnliches an, und so verliess ich meinen neuen Beruf ganz. Nach nur 3 Jahren hatte ich keine Hoffnung mehr, etwas bewegen zu können, weil die Strukturen (Verhältnisse) zu schwierig sind, grundsätzliche Veränderungen angesagt wären. Bessere Arbeitsbedingungen und mehr Lohn für die, die Tag und Nacht für andere da sind, bessere professionelle Pflegequalität für die uns Anvertrauten - statt weniger.»

(2010/2011)

«Wie ein Traumberuf zu einem Albtraum mutiert»

Pflegepersonen äussern ihre Sorge darüber, dass sie gezwungen sind «gefährliche Pflege» (vgl. Tabelle im Anhang) zu leisten.

«In den letzten Jahren und vor allem Monaten nahm unsere Belastung ein oft unerträgliches Mass an. Viele Stunden Überzeit lassen sich nicht vermeiden und schon gar nicht kompensieren. Vor allem Spät- und Nachtdienstleistende können nur selten die ihnen zustehende Essenspause richtig wahrnehmen.

Es ist nicht die viele Arbeit, die wir scheuen, sondern uns bereitet Sorge, dass momentan oftmals «gefährliche Pflege» geleistet werden muss, und wir somit eben die Patientensicherheit nicht mehr gewährleisten können. Gefährliche Pflege bedeutet, dass wir keine Zeit haben, Prioritäten zu setzen. Teilweise verlieren wir den Überblick, als Nachtwache z.B. haben wir oft nicht mehr Zeit, regelmässig alle PatientInnen zu sehen; wir sind ständig am Reagieren statt am Agieren. So kann es sein, dass ein Patient stürzt, weil wir keine Zeit für eine gezielte Erfassung der Sturzgefahr gehabt haben, geschweige denn um Massnahmen zur Prävention zu ergreifen.

«Muss denn tatsächlich ein schlimmer Fehler passieren, damit wir ernst genommen werden?»

Jedes Team kann Beispiele liefern von Fehlern, die in der letzten Zeit passiert sind: Medikamente werden vertauscht, Blutproben falsch beschriftet, Verordnungen falsch übertragen, ärztliche Anweisungen gehen unter und Vieles mehr. Auf wichtige Gespräche mit PatientInnen z.B. bei einer einschneidenden Neudiagnose muss verzichtet werden mangels Zeitressourcen. Auch mit Aggressionen von PatientInnen im Delir sind wir vermehrt konfrontiert. Dies führen wir ebenfalls auf unseren Zeitdruck zurück, so dass wir manchmal einen Delirbeginn verpassen, weil nicht eingearbeitetes - da temporäres - Personal im Zimmer ist oder weil wir keine Zeit für beruhigende und entschärfende Massnahmen haben.

Einerseits erlernen wir immer mehr Fähigkeiten, um die PatientInnen professionell versorgen und betreuen zu können. Wir lernen, Assessments zu erheben und Massnahmen zu ergreifen, doch die Realität lässt die Umsetzung gar nicht zu, weil uns die Zeit dazu fehlt. Die PatientInnen werden aufgrund der modernen Medizin je länger je älter. Dies bedeutet aber auch gleichzeitig, sie werden polymorbider, wohlstandsbedingte und psychische Krankheiten erhalten als zusätzliche Diagnosen immer mehr an Bedeutung.

Viele Aufgaben neben der direkten Pflege am Patientenbett können nicht mehr oder nur minimalistisch berücksichtigt werden: Ausbildung von Studierenden und Lernenden, Einführung von neuen Mitarbeitern, PatientInnendokumentation, Pflegefachgespräche und

diverse andere Pflichten haben in letzter Zeit nicht oder nur stark eingeschränkt wahrgenommen werden können. Für die MitarbeiterInnengespräche, die vorgeschrieben sind, ist keine Zeit. Die Unzufriedenheit steigt, einerseits, weil die eigenen Erwartungen nicht erfüllt werden können und andererseits, weil dieses ständige Arbeiten unter diesen Bedingungen auslaugt und erschöpft – und somit Boden schafft für Fehler, die hätten vermieden werden können und sollen und welche die PatientInnensicherheit gefährden.

Wir fragen uns: Muss denn tatsächlich ein schlimmer Fehler mit grossen Konsequenzen passieren, damit wir ernst genommen werden? Steht die Kostenfrage über der Sicherheitsfrage?

Für uns steht hinter jedem Tun ein Menschenleben und die Menschenwürde. Wird tatsächlich in Kauf genommen aufgrund der sich zuspitzenden finanziellen Situation, als Folge einer bürgerlichen Politik, diese Menschenleben leichtfertig aufs Spiel zu setzen? Und falls grosse Fehler passieren, wer trägt die Verantwortung dafür?

Uns ist es ein grosses Anliegen, dass unser Beruf wieder zu einem Traumberuf wird und nicht zu einem Albtraum mutiert. Wir wollen ohne Angst, dass uns ein gravierender Fehler passieren könnte, zur Arbeit kommen können.»

(2011)

Anhang: Pflegerqualitätsstufen nach Fiechter/Meier (1981)

Stufe 3	Stufe 2	Stufe 1	Stufe 0
optimale Pflege	angemessene Pflege	sichere Pflege (Routinepflege)	gefährliche Pflege
Berücksichtigung von Lebensgewohnheiten			
Persönliche Gewohnheiten werden berücksichtigt, soweit Krankheit und Zustand (Befinden) des Patienten dies zulassen.	Persönliche Gewohnheiten werden, soweit Patient/Angehörige dies klar zum Ausdruck gebracht haben, möglichst berücksichtigt.	Persönliche Gewohnheiten werden nur berücksichtigt, sofern sie die Routine nicht stören.	Persönliche Gewohnheiten werden nicht berücksichtigt.
Erhaltung und Förderung der Selbständigkeit			
Patient/ Angehörige erhalten die auf sie abgestimmte Beratung und Hilfe, welche die Selbständigkeit fördern, das Selbstvertrauen beziehungsweise das Vertrauen in die Pflege und die Behandlung stärken.	Patient/Angehörige erhalten die ihre Selbständigkeit fördernde Beratung und Hilfe, nach denen sie fragen. Das Vertrauen in die Pflege und die Behandlung ist ungestört.	Patient/Angehörige erhalten auf ihre Fragen, welche für sie zur Erhaltung oder Förderung der Selbständigkeit wichtig sind, stereotype Antworten. Das Vertrauen ist gefährdet.	Patienten/Angehörige erhalten auf ihre Fragen, welche für sie zur Erhaltung oder Förderung der Selbständigkeit wichtig sind, ausweichende oder keine Auskünfte. Das Vertrauen in Pflege und Behandlung ist gestört.
Hilfe zur Anpassung an veränderte Bedingungen			
Muss ein Patient durch seine Krankheit ganz oder teilweise seine Gewohnheiten aufgeben, erhält er im Prozess der Umstellung/Anpassung soviel Hilfe, dass er neue für ihn sinnvolle Lebensmöglichkeiten ausschöpfen, neue Gewohnheiten aufbauen kann. Schwester und Patient/Angehörige suchen gemeinsam. Der Patient fühlt sich voll akzeptiert, integriert, frei, selbständig.	Muss ein Patient durch seine Krankheit ganz oder teilweise seine Gewohnheiten aufgeben, erhält er auf Krankheit und Zustand abgestimmte Unterstützung, Hilfe und Beratung im Prozess der Umstellung/Anpassung an die neue Lebenssituation. Der Patient fühlt sich akzeptiert, eventuell abhängig.	Muss ein Patient durch seine Krankheit ganz oder teilweise seine Gewohnheiten aufgeben, wird entsprechend den Stationsgewohnheiten und -möglichkeiten routinemässige Hilfe und Unterstützung geleistet. Der Patient fühlt sich abhängig und unter Umständen dem Personal gegenüber als Belastung.	Muss ein Patient durch seine Krankheit ganz oder teilweise seine Gewohnheiten aufgeben, wird nicht erkannt, dass er Hilfe und Unterstützung im Prozess der Umstellung braucht. Der Patient fühlt sich vernachlässigt. Er erleidet unter Umständen physischen/psychischen Schaden.

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Pflegequalitätsstufen nach Fiechter/Meier (1981)

Stufe 3	Stufe 2	Stufe 1	Stufe 0
optimale Pflege	angemessene Pflege	sichere Pflege (Routinepflege)	gefährliche Pflege
Aufrechterhaltung und Förderung der Beziehung nach aussen			
Einerseits wird die Aufrechterhaltung der menschlichen Beziehung nach aussen gefördert, andererseits wird das Bedürfnis nach Ruhe und Stille respektiert.	Die Aufrechterhaltung der menschlichen Beziehungen nach aussen wird ermöglicht und dem Bedürfnis nach Ruhe und Stille wird Rechnung getragen, sofern darum gebeten wird.	Die Aufrechterhaltung der menschlichen Beziehungen nach aussen wird durch Spitalregelungen beschränkt. Das Pflegepersonal hält sich strikt an die Vorschriften.	Die Aufrechterhaltung der menschlichen Beziehungen nach aussen wird durch negative Verhaltensweisen des Pflegepersonals und/oder durch stark einschränkende Spitalregelungen erschwert/verunmöglicht.
Hilfe zum Verständnis von Krankheit, Diagnostik, Therapie und Pflege			
Patient/ Angehörige erhalten eine ihrem Verständnis angepasste Information beziehungsweise Erklärung über Art, Intensität und Zweck der Pflege.	Patient/Angehörige erhalten Information beziehungsweise Erklärung über Art, Intensität und Zweck der Pflege, sofern sie danach fragen.	Patient/Angehörige erhalten stereotype Auskunft über die Pflege, wenn sie danach fragen.	Patienten/Angehörige erhalten keine oder unsachliche Informationen über die Pflege.
Planung der Pflege			
Patienten/ Angehörigen werden bei Zielsetzung, Planung und Beurteilung der Pflege miteinbezogen.	Das Pflegepersonal plant und beurteilt die Pflege.	Die Pflege wird nach Schema ausgeführt.	Die Pflege wird nicht geplant.