



SBK-Tagung Baustelle Pflege: Aufbau oder Abbau?

6. November 2005

Die Pflege zwischen ökonomischen Zwängen und Berufsethik: Welche Fragen stellen sich dem Berufsverband?

Barbara Dätwyler

Liebe Kolleginnen und Kollegen, verehrte Anwesende

Willy Oggier hat Recht: die Pflege sieht sich unausweichlich harten ökonomischen Rahmenbedingungen gegenüber gestellt. Gewohntes und Bewährtes macht Ungewohntem und noch nicht Bewährtem Platz - ob uns das gefällt oder nicht.

Manuela Eicher hat mit dem Fokus der Pflegewissenschaft die Szenarien ihres Vorredners bewertet. Sie hat auch Recht.

Dies festgestellt, - was sollen wir tun? Den Zustand laut beklagen, weil man dagegen nichts tut?

Mr sött öppis mache. Mini Dame und Herre, „mr“, das sy mir! Das isch Öie Bruefsverband. – Zurück zur Hochsprache, aber manchmal ist Berndeutsch eben deutlicher.

Wenn wir, die Pflegenden, die Entwicklungen im Gesundheitswesen mitsteuern wollen, müssen wir handeln.

Und wenn wir, die Pflegenden, als Erste mitbestimmen wollen, wie unser Beruf in der Zukunft sich entwickeln soll, müssen wir auch handeln.

I.

Zitat: (...) Dort war ich alleine diplomierte Schwester mit 80 Patienten. Das andere waren Hilfsschwwestern, die sehr lieb waren aber die ich nicht für etwas Schwierigeres einsetzen konnte. Und dadurch - ich hatte dann jeweils schon frei, aber ich musste einfach oben bleiben, wenn etwas passiert wäre... Und dann sagte ich nach sieben Jahren, jetzt kann ich nicht mehr, jetzt kann ich also nicht mehr. Ich war so müde, dass ich einfach nicht mehr konnte¹.

Zitat: Und noch einmal etwas Dunkles war in einem Kantonsspital einfach damals auch die Begleitung der Sterbenden. (...) So hatte man für die Einzelzimmer, wo Schwerstkranke, Sterbende, Alkoholiker im Delirium Tremens lagen, wirklich kaum mehr Zeit. Ich weiss, dass wir manchmal bei Sterbenden, die dann endlich zum Tod kamen, sagten, mein Gott, Gott sei Dank ist er gestorben - einfach weil man sie nicht begleitete. Wir kannten sie nicht als Sterbende. Sie starb als Frau xy, ohne dass wir etwas von ihrem Leben gewusst hätten und wie es ihr persönlich im Sterben ging.

Zitat zum Einsatz der Schülerinnen: (...) das war eine Männerabteilung, es ging bis zu 24 Patienten, die ich alleine hatte. Chirurgische und medizinische. Wir hatten Lungenentzündungen... ich hatte einfach das Gefühl, ich könne nicht recht zu ihnen schauen. Im Separat hatte ich einen schwerkranken Lungenentzündungspatienten, bei dem man wirklich auf das Schlimmste gefasst sein musste. Aber ich hatte nie Zeit... der war immer in Schweiss gebadet, man hatte damals ja noch nicht die Medikamente, die man heute hat. Und dann dachte ich, wenn dieser Mann stirbt, bist du schuld, du kannst nicht richtig zu ihm schauen. Ich war einfach wirklich bei vielen Dingen fast am Ende.

Ökonomischer Druck und Ressourcenknappheit sind in der Pflege nichts Neues. Die Pflegenden arbeiteten von der Berufsgründung an bis in die 1970er Jahre unter harten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen: zu wenig ausgebildetes Personal, Materialknappheit, wenig Freizeit, tiefer Lohn. Die Schülerinnen wurden bereits im zweiten Ausbildungsjahr als volle Arbeitskräfte eingesetzt, nicht selten mit erheblichem Risiko für die Patientinnen und Patienten. Die Interviews, aus denen die Zitate stammen, beschreiben die Zeit zwischen 1945 und 1970. Wir erkennen unsere Situation und unsere Probleme wieder.

¹ Die Quellenangaben zu den Zitaten befinden sich im Anhang
Barbara Dätwyler

Zitat: (...) Und zum Beispiel, als ich die Ausbildung machte, da machten noch die Ärzte die Blutentnahmen und die Ärzte massen den Blutdruck, das machte keine Schwester. Das kam dann erst später, so in den 50er Jahren delegierten sie dann das.

Zitat: Wir hatten dann eine Vereinigung, die Schulschwestern von Zürich. (...) Wir machten das privat und wir machten auch Zusammenkünfte, vereinheitlichten. Von uns ging dann auch das Einheitsbett aus, von der Schulschwesterngruppe Zürich. - Einige unter Ihnen werden sich genau an dieses Einheitsbett erinnern, an die Handgriffe, den Rhythmus und die Varianten dieser zweimaltäglichen Arbeit. - Zitat Fortsetzung: Heute ist das vielleicht nicht mehr so wichtig, aber damals war das wichtig. (...) Man hatte aber keine richtige Weiterbildung damals - die wir jetzt dringend gebraucht hätten, denn wir mussten ja aufbauen.

Zitat: (...) Und ich arbeitete als Lernschwester in einem Spital, wo noch funktionelle Pflege war. Das war für mein Leben später gut, ich fand es schrecklich langweilig und dachte nie später. Nie! (...). Ich musste vielleicht an einem Morgen bei unseren 15 Patienten, die wir auf unserer Abteilung hatten (...) musste ich vielleicht 15 oder 20 intramuskuläre oder subkutane Spritzen machen. Ich machte aber an jenem Morgen kein einziges Bett, wusste nicht, was der Patient den Schwestern beim Betten erzählte. Ich ging einfach rein und raus - funktionell.

Die Berufsentwicklung der Pflege ist von Beginn an gekennzeichnet durch Differenzierung von Funktionen und Aufgaben. Neue Bereiche wurden integriert, zum Beispiel medizinisch-technische Aufgaben. Es fanden auch Abspaltungen statt, zum Beispiel die Physiotherapie oder der Bereich der Ernährung. Beide Fachbereiche stellten bei der Berufsgründung elementare Funktionen der Berufspflege dar. Neue Organisationsformen, wie zum Beispiel Schichtbetrieb, Teilzeitarbeit, Gruppenpflege, aber auch unterschiedliche Qualifikationsniveaus entwickelten sich aus der Pflege selbst heraus in der Folge von medizinisch-technischen Entwicklungen, von Zeitdruck und Personalmangel.

Dieser Beruf², Sie, Anwesende, wissen von Grund auf, wie sich sowohl Ressourcenknappheit als auch ständige Reformen und Reorganisationen im praktischen Alltag auswirken.

Wir müssen unterscheiden zwischen der Zeit der Mittelknappheit bis 1970 und derjenigen der Hochkonjunktur in den 1970er und 1980er Jahren, und der von Spar-Zwang und instabilen Strukturen geprägten Gegenwart. In der Hochkonjunktur fehlten nicht primär die Mittel, sondern die Zeit und das Personal: „...denn wir mussten ja aufbauen“ - wie oben zitiert.

² Die Begriffe Profession und Beruf werden heute synonym gebraucht.
Barbara Dätwyler

Halten wir damit drei Punkte fest:

Erstens: wir Pflegenden sind erfahren im Umgang mit knappen Ressourcen, Reorganisationen und ethischen Konflikten.

Zweitens: unser Beruf wird auch die aktuellen Hürden nehmen.

Drittens: der Pflegeberuf wird immer eine Baustelle sein.

II.

Für die Pflege ist das wirtschaftliche Haushalten, die Ökonomie, also nicht neu.

Neu sind übergeordnete Veränderungen der politischen und ökonomischen Verhältnisse, von welchen alle Professionen betroffen sind. Für die Pflege heisst das: die Betriebsführung, wird heute meist von Ökonomen wahrgenommen, nach der Vorgabe von Politikern. Früher führten Fachleute der Medizin die Spitäler. Der Bäckermeister war selbst Bäcker.

Ich will die Bedeutung dieser Entwicklung ausführen. Dabei geht es nicht darum, die Uhr zurückzustellen, z.B. Ärzte als Spitaldirektoren zurück zu wünschen.

Zur Definition eines Berufes gehören nicht nur Fachkompetenz und Zuständigkeit, sondern auch ein ethischer Codex. Er soll dafür sorgen, dass der Beruf im Sinne des Gemeinwohls und zu Gunsten des Kunden, Klienten, Patienten ausgeführt wird. Dazu sind die Berufsangehörigen verpflichtet, dafür erhalten sie ihren Lohn.

Wenn wegen der äusseren Umstände ein Beruf nicht nach den Regeln der Kunst ausgeübt werden kann, leiden die Kunden, Klienten, oder in unserem Fall eben die Patientinnen und Patienten.

Im Zuge von ökonomischen Krisen, Deregulierung, Kürzungen der öffentlichen Gelder, der Stellenetats, Flexibilisierung des Arbeitsmarktes, Privatisierung von öffentlichen Diensten und wechselnden Moden in der Betriebswissenschaft traten seit den 1990er Jahren neue Managementformen in den Vordergrund. **Führung und die eigentliche professionelle Produktion wurden getrennt. Moderne Manager sind oft branchenfremd und wenig standortfest.**

Charakteristisch für dieses neue Managertum ist die ‚Umhierarchisierung‘ der Betriebsstrukturen und das Primat des Ökonomischen. Die Professionen sehen sich – nun dem Management untergeordnet – nach allen Restrukturierungen oft nicht mehr in der Lage ihre professionellen Grundsätze umzusetzen und damit state-of-the-art Leistung zu garantieren. Damit entsteht ein ethisches Vakuum, welches einerseits die Klientel trifft und andererseits viele Professionelle belastet.

Das ist, wo wir heute in manchen Bereichen und in manchen Betrieben stehen, das gilt auch für die Pflege.

Eine Zwischenbemerkung zum Begriff der Ökonomisierung: wir müssen unterscheiden können. Unter Ökonomisierung verstehen wir eine ökonomisch gestaltete Leistungserbringung, welche alle Komponenten einer nachhaltigen Qualität umfasst. Eine Ökonomie von kurzfristiger Gewinn- und Nutzenorientierung lehnen wir als ethisch nicht vertretbar ab. Auch grosse Unternehmen der Industrie beginnen heute zu begreifen: Neben der Verantwortung für die Ertragskraft steht heute gleichwertig diejenige für die Ressourcen und für die Umwelt.

Was ist zu folgern? **„Die Professionen müssen heute die Überwachung und Bewertung ihrer Kompetenz selber verantworten, in der gleichen Weise, wie sie früher die Ausbildung und Lizenzierung der Berufsleute überwacht haben“³** (Evetts 2001).

In der Berufssoziologie hat sich im Zuge dieser Entwicklung jene Theorie bestätigt, welche die Professionen als drittes und notwendiges Element (third logic) des Zusammenspiels von Staat und Ökonomie definiert. Staat, Ökonomie und Professionen tarieren das notwendige und machbare Mass an Professionalismus gemeinsam aus (Dingwall 1996; Dingwall and Allen 2001; Freidson 2001).

Die Professionen können künftig nicht mehr in politisch neutraler Unabhängigkeit bzw. in Standespolitik verharren, sondern müssen gegenüber Staat und Ökonomie zu ihrer Verantwortlichkeit stehen. Schlechte Medizin muss von den Medizinerinnen verantwortet werden, schlechte Pflege von den Pflegenden, schlechtes Brot von den Bäckern.

Das ist eine politische Herausforderung. Zeitgeschichtlich und übergeordnet: Sie und wir werden diese Aufgabe nicht ablehnen, aber auch nicht allein auf unsere Schultern laden. Wir wollen unser Feuer nicht ausgehen lassen: to burn out ist das letzte, was die Pflege weiter bringen kann.

III.

Vielmehr müssen wir entschieden auf die Pflegeethik zurückgreifen und als Stimme der Profession, als ‚dritte Logik‘, Ökonomie und Staat entgegenhalten.

Dies ist dann möglich, wenn die Pflegenden in der Praxis pflegeethisch argumentieren können. Die Voraussetzung dafür ist ein fundiertes pflegfach- und pflegeethisches Wissen.

³ ‚In general, then, reclaiming and reinterpreting the concept of professionalism entails the professions themselves leading the way in the monitoring and assessment of professional competences and performance, and in demonstrating accountability, in the same ways in which in their different formations and histories they have monitored initial education, training and licensing.’

Wir verfügen in Form des ICN-Ethikkodex für Pflegende (ICN 1999) und der Broschüre des SBK ‚Ethik in der Pflegepraxis‘(SBK 2003) über ausgezeichnete Grundlagen. Die Pflegeethik wird in drei Kategorien eingeteilt: erstens, die ethischen Prinzipien als Orientierung in der Entscheidung zur moralisch verantwortbaren Handlung. Zweitens, die Tugenden als die Haltung hinter der Handlung. Und drittens, die Grundwerte als den Umgang mit den ethischen Prinzipien. Die Broschüren sind so gestaltet, dass sie täglich zur Hand genommen werden können. Man muss üben damit. Und rein bleibt niemand in ethischen Konflikten – man muss abwägen und kann sich täuschen.

Die Pflegenden sind täglich mit ethischen Fragen konfrontiert. Man kann nicht pflegen, wie man sollte, wie man es gelernt hat und wie man es als richtig erachtet – so wird die Grundproblematik häufig beschrieben. Es geht z.B. um das Mass der Mobilisation von Heimbewohnerinnen und -bewohnern, um Toilettentraining versus den Gebrauch von Windeln, um Sondenernährung versus Essen und Trinken, um einen funktionalen Umgang versus Beziehung usw. Es geht auch um Unterschiede: z.B. privat und allgemein versicherte Patienten, unterschiedliche Ansprüche und Bedürfnisse.

Gerechtigkeit und Gleichheit müssen unterschieden werden. Das ist im Grunde die Kernaufgabe, welche sich für die Pflege aus den beiden vorgingen Referaten ergibt. „Eine auf die blosse Einhaltung von Normen und Regeln ausgerichtete Ethik verwandelt sich zunehmend in eine ständige Reflexion darüber, wie man sich tagtäglich verhält, wie man pflegt, wie man Fragen von Gesundheit, Krankheit, Leben und Tod gegenübersteht“ (Ethik 2003, 5).

Ein Beispiel aus der Arbeit des SBK in der Auseinandersetzung um die neue Kantonale Heimverordnung: Der SBK vertritt klar die Meinung, dass Akut- und Langzeitpflege bezüglich Anforderungen gleichwertig sind und die grossen Unterschiede im Qualifikationsschlüssel fachlich nicht vertretbar sind. In den Gesprächen mit den Arbeitgeberverbänden und dem Kanton zeigte sich, dass wir unsere Forderung nach zwei Dritteln diplomiertem Pflegepersonal bei weitem nicht durchsetzen konnten. Wir mussten uns entscheiden, ob wir die Verhandlungen abbrechen und damit die Definition vollständig der anderen Seite überlassen wollten oder ob wir uns auf eine viel tiefere Quote einlassen und damit das Gespräch für die Zukunft offen lassen. Wir haben uns - mit Zähneknirschen und Schuldgefühlen - für das Zweite entschieden: 20% Diplomierte, allerdings als Minimum – der Vorschlag war noch tiefer gewesen. Im Weiteren erstellten wir eine verbindliche Tabelle über die Berufsbezeichnungen und jeweilige Zuordnung zur Sekundar- bzw. Tertiärstufe, welche akzeptiert und verabschiedet wurde. Damit gelten in Langzeitpflegeinstitutionen in Zukunft

z.B. Pflegeassistentinnen nicht mehr als Diplomierte. Wir beurteilten dies als ebenso wichtig wie die eigentliche Quote.

Das ist die Aufgabe des Berufsverbandes: die Profession einschliesslich der ethischen Konzepte politisch zu vertreten. Beispielsweise in der Alterspolitik, aber auch in der Bildungspolitik und in der laufenden Debatte über die Pflegefinanzierung. Wir sind intensiv an der Arbeit. Wir debattieren in politischen Gremien, wir bilden uns unsere Meinung und beziehen unsere Position in Netzwerken und Arbeitsgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern aus allen Bereichen, wir beraten, wir vermitteln Stellen und Expertenwissen, wir bieten Weiterbildung an, wir publizieren ... aber es genügt noch lange nicht. Wir müssen viel enger zusammenarbeiten, viel geschlossener unsere Positionen vertreten und verteidigen. Wir müssen uns über die Zusammenhänge von Geld und Geist, Ökonomie und Pflege viel bewusster werden, im Pflegealltag, im Unterricht, im Forschen – hier ganz besonders. Wir, das sind wir alle.

Ich bin einverstanden mit meinen Vorrednern: wir brauchen mehr Daten, Kennzahlen, Analysen, weil wir genau belegen müssen, wenn und warum wir nicht nach den Regeln der Kunst pflegen können. Wir müssen genau sagen können, was es dafür braucht. Wir müssen weit denken, Modelle entwickeln oder übernehmen, ausprobieren, auswerten, aber ohne dabei Körper, Seele und Geist unserer Profession aus dem Blick zu verlieren. Denn die Pflege muss nicht neu erfunden werden!

An einem letzten Beispiel will ich nochmals illustrieren, dass und wie sich der Pflegeberuf mit den Problemen, wie sie vom Ökonomen und von der Pflegewissenschaftlerin ausgeführt worden sind, auseinandersetzt. Dass er dabei für die Mitspieler aus Politik und Betriebswirtschaft nicht pflegeleicht, sondern oft widerständig ist, spricht für den Beruf, insofern er auf seinen Grundwerten beharrt. Dass es vielleicht zu langsam geht – darüber werden wir diskutieren können.

Fachangestellte Gesundheit: es war und ist angemessen dieser Neuschöpfung von Bildungsdesignern skeptisch zu begegnen, insofern die Pflege über einen breiten und nachhaltigen Erfahrungshintergrund mit Unterschichtungskonzepten verfügt. Der Schaden in der Langzeitpflege ist bis heute gross. Dagegen hat uns das Ausmass an Unverständnis, Desinteresse, bisweilen Respektlosigkeit der einschlägigen politischen Kreise gegenüber den Anliegen und Befürchtungen dieser doch bestandenen Profession ernüchtert.

Die Profession hat die Herausforderung dennoch angenommen. Von Anfang an wurden Projekte und Versuchsanlagen erarbeitet. Wir erhalten an der heutigen Tagung Beispiele dafür. Aber es gab Streit innerhalb der Profession. Kolleginnen und Kollegen, diese Dinge

müssen zu Streit führen, sie sind Streitbar und wir müssen streiten können – nach den ethischen Regeln des Streitens.

Der SBK hat von Anfang an auf allen Ebenen sehr intensiv am Projekt Fachangestellte Gesundheit mitgearbeitet. Unsere Position ist klar: Wenn die Fachangestellte Gesundheit in der Pflege arbeitet, müssen genug diplomierte Pflegefachfrauen und –männer vorhanden sein, damit alle Beteiligten entsprechend ihrer Kompetenzen arbeiten können. Die Fachangestellte Pflege ist weder eine ‚kleine‘ Krankenschwester noch ersetzt sie eine ‚grosse‘. Es zeichnet sich ab, dass die Diplomierten vermehrt delegieren lernen müssen und damit, dass unsere spezifische Kultur des Gleichseinwollens reflektiert und neu gestaltet werden muss – auch hier ohne die zugrunde liegenden Werte zu gefährden, denn eine der grossen Stärken der Pflegeprofession ist das Arbeiten in Gruppen, Teamwork als Einmaleins.

Fassen wir zusammen: Die Pflege ist gut auf dem Weg. Es bleibt viel zu tun. Wissenschaftliche Grundlagen müssen erarbeitet werden. Berufsethisch unterlegte politische Positionen müssen definiert werden. Die politische Macht muss grösser werden.

Und wie oben gesagt: wir werden die Hürden gemeinsam nehmen und uns daran auch freuen können, hoffe ich.

IV:

Fazit: Die Pflege steht nicht zwischen ökonomischen Zwängen und ethischen Grundregeln. Die Pflege ist Teil der ökonomischen Rahmenbedingungen und verpflichtet mittels ethischer Argumentation und politischer Durchsetzungskraft zusammen mit dem Staat und der Ökonomie den Platz im Gesundheitswesen zu erlangen, der es ihr erlaubt allen Patientinnen und Patienten eine angemessene professionelle Pflege zu vermitteln.

Schliesslich: die Pflege wird immer eine Baustelle sein.

Ich danke.

Literatur

Dätwyler, B., M. Meier, et al. (1999). Erlebte Geschichte der Pflege zwischen 1930 und 1970 in der Schweiz: ein Beitrag zur historischen Pflegeforschung. Bern, Direktion Pflege, Medizinisch-technische und Medizinisch-therapeutische Bereiche, Inselspital.

Dingwall, R. (1996). Professions and Social Order in a Global Society. ISA Working Group 02 Conference, Nottingham.

Dingwall, R. and D. Allen (2001). "The implications of healthcare reforms for the profession of nursing." Nurs Inq 8(2): 64-74.

Evetts, J. (2001). Professionalization and Professionalism: explaining professional performing initiatives. Professional performance, Zurich.

Freidson, E. (2001). Professionalism : the third logic. Cambridge, Polity.

ICN (1999). ICN-Ethikkodex für Pflegende. Genève, International Council of Nurses.

SBK (2003). Ethik in der Pflegepraxis, SBK-ASI Bern.

Anhang

Zitate aus Erlebte Geschichte der Pflege zwischen 1930 und 1970 in der Schweiz: ein Beitrag zur historischen Pflegeforschung (Dätwyler, Meier et al. 1999)

Knappe Ressourcen

Essen/Zeit

0501 80 (...) Ich habe mir sogar einen Luxus angeeignet. Wissen Sie was das ist? Am Sonntag Morgen nehme ich zwei Vollkornkipfeli vom Migros. (Aussage von 1990)

0603 18 Die Arbeitsverhältnisse waren also miserabel, wir mussten auch das Zimmer teilen, ich teilte es mit der zweiten Operationsschwester.

19 Und das Essen... die Zeit war ganz knapp bemessen zum Essen, die Oberschwester dirigierte uns und wir mussten ein Strickzeug mitnehmen, wer fertig war mit dem knappen Essen musste das Strickzeug rausnehmen und mit Stricken beginnen und punkt halb 1 Uhr stand sie auf und hob die Tafel auf.

Material

0602 20 Sie hatten auch zuwenig Material, Krankenmobilien. Zum Beispiel hatten sie zu wenig Bettschüsseln für die Patienten. Und die, die sie hatten waren ganz alt und abgeschlagen. Und dann hatten die Schwestern einmal genug von diesen abgeschlagenen Emailschüsseln. Und dann ging eine - die Aare geht ja durch Olten - und ging auf die Brücke von der Aare und warf die Schüsseln alle rein, und die schwammen davon. Und sie wollte einfach neue Schüsseln. Nun ist aber weiter unten auch eine Bücke über dieser Aare und dort ging zufälligerweise gerade der Verwalter von diesem Spital drüber. Und der sah die Schüsseln anschwimmen kommen. Und das gab natürlich Krach. (lacht)

Personal: Qualifikation/Qualifikationsschlüssel/Ethik

0207 37 (...) und sagte, eben, die Psychiatrie eröffne eine Aussenstation in Hälstein hinten, im Waltenburgertal, ob ich nicht dort die Oberschwester übernehmen wolle. Ich hatte eigentlich gar kein Begriff davon, was das einmal sein würde. Ich sagte im jugendlichen Übermut ja. Und das machten wir dann, dort war ich dann sieben Jahre lang, bis ich keine Nerven mehr hatte. Dort war ich alleine diplomierte Schwester mir 80 Patienten. Das andere

waren Hilfsschwestern, die sehr lieb waren aber die ich nicht für etwas Schwierigeres einsetzen konnte. Und dadurch - ich hatte dann jeweils schon frei, aber ich musste einfach oben bleiben, wenn etwas passiert wäre... Und dann sagte ich nach sieben Jahren, jetzt kann ich nicht mehr, jetzt kann ich also nicht mehr. Ich war so müde, dass ich einfach nicht mehr konnte. Der Chef begriff das. Jetzt ist ja dort oben schon lange zu.

0503 73 Und noch einmal etwas Dunkles war in einem Kantonsspital einfach damals auch die Begleitung der Sterbenden. Sie starben ja relativ schneller, man ersetzte viel weniger den Wasserverlust und man hat es auch persönlich - auch mit religiösen Schwestern - man hat nur, vielleicht indem man ihnen das Krankenöl oder so gab oder dass der Pfarrer kam und mit ihnen betete, das Los erleichtert. Aber gute Begleitung und Angehörigenbegleitung gab es damals nicht. Sowieso nicht Angehörigenbegleitung. (I: Die hätten es auch nötig gehabt...)

0503 83 So hatte man für die Einzelzimmer, wo Schwerstkranke, Sterbende, Alkoholiker im Delirium Tremens lagen, wirklich kaum mehr Zeit hatte. Ich weiss, dass wir manchmal bei Sterbenden, die dann endlich zum Tod kamen, sagten, mein Gott, Gott sei Dank ist er gestorben - einfach weil man sie nicht begleitete. Wir kannten sie nicht als Sterbende. Sie starb als Frau xy, ohne dass wir etwas von ihrem Leben gewusst hätten und wie es ihr persönlich im Sterben ging.

0204 43 (I: Von den Arbeitszeiten her, änderte sich da etwas gegenüber den Arbeitszeiten während der Ausbildung?) Das Rote Kreuz redete immer mehr drein. Und wir Schwestern hatten das gar nicht so gern, weil wir einfach dann wenig Zeit hatten für die Patienten. Und wir wehrten uns, dass man erst um halb 7 Uhr mit der Arbeit beginnen dürfe, wir mogeten eben so viel noch rein, weil wir diesen Walterli, den wollten wir einfach gut besorgt haben und nicht einfach mit der Uhr arbeiten.

Einsatz der Schülerinnen

0306 20 Darum war es dann so schwierig, dem (Ausbildung, BD) immer Rechnung zu tragen, solange die Schülerinnen so Arbeitskraft sein mussten, wie sie es waren. (I: Sie haben Ihren Schülerinnenstatus erlebt als Arbeitskraft?) Ja. Ja, ja. Ausgesprochen. (I: Und viel geputzt?) Ja, viel putzen. WC putzen, ich sang jeweils, bis sie sagen kamen, das dürfe man nicht. So ein wenig Schubert-Lieder, oder Schumann oder so. Ich war unglücklicherweise im alten Lindenhof gerade beim Eingang mit dem WC. Und darum ging

das nicht. Aber ich fand jeweils, so ein wenig etwas für das Gemüt sollte ich doch haben bei dieser Arbeit.

0305 5 Aber ich lernte viel dort. Es war also schon auf der Nachtwache, aber nachher musste ich neben der Nachtwache noch im Operationssaal instrumentieren lernen. Am Morgen von 8 bis 10 Uhr, noch anschliessend an den nächtlichen Einsatz. Und am Abend musste man um 7 Uhr wieder antreten. Also es war eine sehr strenge Nacht, man war alleine für das Spital und man rannte einfach herum, musste die Kinder alle ansetzen und für alle Nottfälle sorgen, Schwerkranke hatten wir. Aber es ging dann auf jeden Fall noch. Obwohl ich nachher auf die Abteilung kam, das war eine Männerabteilung, es ging bis zu 24 Patienten, die ich alleine hatte.

6 (I: Chirurgische?) Ja, und medizinische. Wir hatten Lungenentzündungen... ich hatte einfach das Gefühl, ich könne nicht recht zu ihnen schauen. Im Separat hatte ich einen schwerkranken Lungenentzündungspatienten, bei dem man wirklich auf das Schlimmste gefasst sein musste. Aber ich hatte nie Zeit... der war immer in Schweiß gebadet, man hatte damals ja noch nicht die Medikamente, die man heute hat. Und dann dachte ich, wenn dieser Mann stirbt, bist du schuld, du kannst nicht richtig zu ihm schauen. Ich war einfach wirklich bei vielen Dingen fast am Ende. Und dann kam einmal Hilfe vom Lindenhof, sie hatten einfach zu viele Patienten und forderten dann noch jemanden an, den sie dann noch auf meine Abteilung gaben. Und von da an fand ich dann den Rank wieder besser. Aber es ging schon sehr drunter und drüber.

Organisation/Pflegesysteme/Funktionen

0101 76 ...Und zum Beispiel, als ich die Ausbildung machte, da machten noch die Ärzte die Blutentnahmen und die Ärzte massen den Blutdruck, das machte keine Schwester. Das kam dann erst später, so in den 50er Jahren delegierten sie dann das. (I: Schaute man dann das als Fortschritt an damals?) Ja, ja. Das schaute man schon als Fortschritt an, ja, ja, wenn man das selber machen durfte.

0204 48 Waren das dann Direkttransfusionen, also von Mensch zu Mensch oder hatte man da auch schon Blutflaschen?) Nein, nein, Überhaupt nicht, das kannte man gar nicht. Das hatte man Blutspender, irgendjemanden bot man auf. Wen, vielleicht den Bruder oder die Schwester oder vielleicht den Pfleger. Oder also Pfleger hatten wir nicht, aber der Gärtner oder irgendjemand. Denen nahm man das ab und steckte es. Und dann schüttelten sie natürlich und hatten dies und jenes.

50 Und einmal weiss ich sogar, da war auch etwas, ein alter Mann mit einer Hüftkopprothese und der musste dann Blut haben und hatte keinen Spender und nichts. Ich hatte die gleiche Gruppe, ich ging in den OPS, sie nahmen mir das Blut ab, ich ging mit dem Blut runter und steckte es ihm und liess es rein, ohne Probe und ohne etwas. Aber er ertrug es gut. (lacht) Solches kam vor, das kommt heute nicht mehr vor.

0502 71 Die Schwester hatte Recht. Ich drängte darauf, dass man von allem Anfang an Gruppenpflege einführt. Es war damals noch nicht so verbreitet in der Schweiz, aber ich wusste, das musste kommen. Jede Gruppe hat sich untereinander abgelöst. Also "eins" war zuviel, anstatt drei hatte es für 17 Patienten vier. Zwei Diplomierten und die Schülerin und eine Schwesternhilfe. Da hatte man immer eine Diplomierten oder jemand anderes frei. Man musste nicht so lange nacheinander arbeiten. Eine Diplomierten wusste immer Bescheid über alle Patienten. (I: Ihr hattet 17 Patienten?) Ja, das war eine schöne Gruppe. Sobald dann die Schicht kam... (unverständlich)

0503 41 Wir hatten dann eine Vereinigung, die Schulschwestern von Zürich. Und wir hatten dort zum Beispiel bei einem sehr guten Arzt, der damals irgendwie fand, was sein musste, hatten wir so genannte Krankenbeobachtung - die Lehrerinnen. Wir machten das privat und wir machten auch Zusammenkünfte, vereinheitlichten. Von uns ging dann auch das Einheitsbett aus, von der Schulschwestergruppe Zürich.

42 Heute ist das vielleicht nicht mehr so wichtig, aber damals war das wichtig. Und dort erhielt ich sehr viele - wie soll ich sagen - Impulse. Man hatte aber keine richtige Weiterbildung damals - die wir jetzt dringend gebraucht hätten, denn wir mussten ja aufbauen.

56 Man machte das vielleicht nachher etwas zu stark und pflegte zu stark nach dem Krankheitsbild und nicht nach dem Ganzheitsbild vom Patienten. Aber damals war das eben nicht vorhanden und das war der Weg. Die Organisation der Pflege hatte schon von der Oberschwester her eine bestimmte Ordnung, aber sie war wieder total abhängig von den damaligen Abteilungsschwestern. Die Abteilungen waren kleiner. Und ich arbeitete als Lernschwester in einem Spital, wo noch funktionelle Pflege war. Das war für mein Leben später gut, ich fand es schrecklich langweilig und dachte nie später. Nie! Und ich fand es auch vom Überblick her für eine Schülerin ganz schlecht. Ich musste vielleicht an einem Morgen bei unseren 15 Patienten, die wir auf unserer Abteilung hatten - damals machte man sehr viele Spritzen, noch lange, noch manches Jahr - musste ich vielleicht 15 oder 20 intramuskuläre oder subkutane Spritzen machen. Ich machte aber an jenem Morgen kein

einziges Bett, wusste nicht, was der Patient den Schwestern beim Betten erzählte. Ich ging einfach rein und raus - funktionell.