

Was Pflegeforschung den PatientInnen bringt



Agnes Glaus

Betreuungsprobleme von spezifischen Patientengruppen sollen die Pflegeforschung bestimmen, nicht intellektuelle Pflege-theorien. Die Pflegewissenschaft soll dabei nicht «Miniärzte», sondern «Maxipfleger» hervorbringen. Überlegungen zum Nutzen der Pflegeforschung.¹

Agnes Glaus

Während sich immer noch einige mit der Frage nach dem Sinn der Pflegewissenschaft schwer tun, entspringen heute dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel reihenweise Pflegewissenschaftlerinnen mit Master- oder gar Doktorats-Abschluss. Auch Fachhochschulen bieten Studiengänge für Pflegende an und haben so den Anschluss an das europäische Bildungssystem gefunden. Zugegeben, die Schweiz ist mit dieser Entwicklung fast das Schlusslicht in Europa – aber es darf nun auch in unserem Land eine zunehmend evidenzbasierte Pflege und mehr Pflegeforschung erwartet werden. Die Frage nach dem Nutzen dieser Pflegeforschung scheint in dieser Situation etwas dreist. Zudem wird die Pflege in der Schweiz von den umliegenden Ländern als fortschrittlich und gut eingeschätzt. Was kann daran durch Pflegeforschung noch verbessert werden?

¹ Der Text ist eine verkürzte Version des Referats, das Agnes Glaus anlässlich der Eröffnung des Fachbereichs Gesundheit der Fachhochschule St. Gallen am 19. September 2006 gehalten hat.

Erwartungen der PatientInnen

Eine Befragung von zehn onkologischen, ambulanten, mit dem Gesundheitssystem gut vertrauten Schweizer Patientinnen und Patienten hat gezeigt, dass ihnen der Begriff Pflegeforschung unbekannt ist. Die Antworten brachten jedoch wertvolle Anregungen zu Tage: Pflegeforschung könnte die Gesundheitsversorgung und deren Qualität in Pflegeheimen und in der spitalexternen Pflege verbessern, oder sie könnte allgemein Methoden entwickeln, um die Pflege zu voranzubringen [1].

Etwas konkreter werden die Wünsche in einer Untersuchung an tausend über 50-jährigen Personen aus Deutschland formuliert: 43 Prozent der Befragten möchten bei Pflegebedürftigkeit zu Hause gepflegt werden. Nur 13 Prozent möchten sich im Heim pflegen lassen, wobei ein selbstbestimmtes Leben, genügend Deutsch sprechendes Personal und konstante ärztliche Betreuung zuoberst auf der Wunschliste stehen [2]. Wird Pflegeforschung solchen Erwartungen und Bedürfnissen je nur annähernd entsprechen können – oder sind diese nicht eher direkt an die politischen Behörden zu richten? Die Genfer Philosophin Jeanne Hersch sagte, dass Wissenschaft nicht als Wissenschaft, sondern nur unter der Berücksichtigung der Bedürfnisse der Gesellschaft sinnreich sei. Die Pflege beschäftigt sich mehrheitlich mit zutiefst menschlichen Bedürfnissen, was die Pflegeforschung äusserst gesellschaftsrelevant macht.

Pflegeforschung – woher – wohin?

Für nicht Eingeweihte ist schwierig zu erfassen, was Pflegeforschung bewirken kann.

Pflege war früher für (fast) alles verantwortlich und zugleich für (fast) nichts zuständig. Sie hat noch heute meist eine mittragende, vernetzende Rolle und ist selten Allein- oder Hauptakteurin. Ihr Gebiet umfasst mehrere Elemente der Natur- und Geisteswissenschaften – was Zugang zu den angrenzenden Disziplinen verlangt, aber auch hohe Anforderungen an die anzuwendenden Wissenschaftsmethoden stellt. Dies schafft eine anspruchsvolle Ausgangslage. Hinzu kommen alte, forschungsfeindliche Klischees: Filmszenen von Pflegenden mit kurzen Röcken und schwarzen Strümpfen [3]; die Pflegenden als Hilfe des Arztes [4], ein Bild für die weibliche Pflege und die männliche Wissenschaft (Medizin); und vor allem der dienende Engel aus der christlich-jüdischen Ethik Agape und Caritas, ein bis ins jetzige Zeitalter lebendiges Leitbild. Heute stolpern viele Pflegenden, welche für die Professionalisierung der Pflege kämpfen, gerade über dieses Dienen. Die aufkeimende Pflegewissenschaft währenddessen hat erkannt, dass «Caring», die Sorge um Menschen, dem Dienst an Kranken und Angehörigen inhärent ist und bleibt. Die Pflege wird als eine professionelle Dienstleistung verstanden, welche durch Fachpersonen erbracht wird, die sich an der Wissenschaft orientieren. Diese repräsentieren nicht etwa «Mini-ärzte», sondern eher «Maxipflegende». Diese Pflegenden versuchen, die scheinbar entgegengesetzten Pole Caring und Science als vereinbare Konzepte voranzubringen.

Pflege: Caring und Science

Florence Nightingale betonte die moralische Basis des Pflegeberufs, wurde aber bald von amerikanischen WissenschaftlerInnen überholt, bei denen die Wissenschaft die moralische Basis dominierte [5]. Moderne Pflege-theoretikerInnen haben jedoch nun Modelle gezeichnet, welche Caring und Science zusammenführen. Roach [6] zum Beispiel nennt in ihrer Pflegephilosophie nebst der vertrauensvollen Beziehung, der moralischen Pflicht, dem Engagement und dem Mitleiden auch die Kompetenz, die aus dem Wissen kommt. Papst Benedikt XVI. (Zitat 2006) meint es auch in diesen Tagen noch so: «Kompetenz allein genügt nicht. Menschen brauchen die Zuwendung des Herzens.»

Damit steht fest, dass eine elitäre, rationale Pflege-Agenda auch einen gefährlichen Lauf nehmen könnte. Die Kluft zwischen Theorie und Praxis ist heute ein gefürchtetes Phänomen. So scheint es überfällig, dass PflegewissenschaftlerInnen bei inakzeptablen Praktiken eingreifen können. Zum Beispiel, wenn verwirrte PatientInnen morgens um fünf Uhr geweckt werden. Aktuell wird auch befürchtet, dass sich die TheoretikerInnen von den Pflegenden am Krankenbett entfremden. Weil sich mancherorts durch Pflege-mangel, veränderte Ausbildungsformen und vieles mehr ein Kollaps der traditionellen Pflege abzeichnet, gilt es, diejenigen jungen, engagierten Pflegenden zu fördern, die nicht forschen, sondern pflegen wollen. Pflegenden werden immer kostbarer: ihr Durchschnittsalter in der Schweiz liegt bei 45 Jahren, und sie sind teilweise unzufrieden, fast so wie Pflegenden in den USA, England und Neuseeland [7]. Dies führt zu der brisanten Tatsache, dass Pflege in den reichen Ländern durch Pflegenden aus armen Ländern geleistet wird – man spricht mittlerweile vom internationalen Pflegehandel.

Nicht zu vergessen ist der zukünftige Mehrbedarf an Pflege, weil es mehr chronisch kranke und ältere Menschen gibt, Mehrfacherkrankungen zunehmen und auch neurologische Erkrankungen wie Alzheimer oder Parkinson häufiger auftreten. Heilung (Kuration) kann dabei nicht das Primat sein – Pflege wird sich, in Forschung und Praxis, mit den Mühseligkeiten des Lebens auseinanderzusetzen haben. Pflegenden werden zunehmend empathische Zeugen schmerzhafter Prozesse sein. Das verlangt ein neues «therapeutisches Bündnis» [8] – basierend auf dem «Prinzip des Nichtverlassens» – einem Kernkonzept der palliativen Betreuung im Kontext der Pflege chronischkranker Menschen.

Es besteht also ein grosser Bedarf an Pflegeforschung: Sie generiert eine wirksame, evidenzbasierte Pflege, welche den Bedürfnissen der Gesellschaft gerecht wird. Sie sorgt dafür, dass die Pflege für junge Menschen als Beruf attraktiv bleibt. Und sie überdenkt die Rolle der Pflege in Spitälern und Heimen angesichts des zunehmenden Pflegebedarfs.

Patientenforschung

Pflege beschäftigt sich schon heute zunehmend damit, wie Krankheits- und Therapiefolgen erlebt und bewältigt werden, wie die Lebensqualität und die Gesundheitsvorsorge gefördert werden können. Sich nach Schicksalsschlägen wieder aufzurappeln, neue Ziele zu erkennen, sich zu rehabilitieren – das ist wohl der Kern dessen, was Stryker [9] als «adaptation of the whole being to a new life»² bezeichnet hat. Dieses Kerngeschäft der Pflege passt in alle Fachgebiete. Dabei ist evident, dass Pflegende sich kaum auf der grünen Wiese betätigen, sondern als Mitglieder in interdisziplinären Teams arbeiten sollten. Anstelle intellektueller Pflege-theorie-Forschung können relevante Betreuungsprobleme von spezifischen Patientengruppen in den Vordergrund treten – denn auch bei den PflegeforscherInnen ist die Omnipotenz vorbei. Sie werden hoffentlich zunehmend auch interdisziplinäre Projekte selber leiten und dabei auch ignorierte, vernachlässigte Gebiete einnehmen. Wer sich des Wissens bemächtigt, wird auch Besitzer dieses Wissens [10] – unabhängig von der Profession. Gute Möglichkeiten dafür sind die Sturzprophylaxe, der Umgang mit Aggressionen, Fatigue oder Programme für spezifische Patientengruppen. Etwas selbstkritisch sei die Frage erlaubt, ob dies nun Patientenforschung oder Pflegeforschung genannt werden soll.

Was verspricht die Zukunft?

Der Pflegeforschung öffnen sich neue Gebiete. Proteomics³ and Genomics⁴ prägen die Zukunft, besonders auch in der Onkologie. Das bedeutet neue diagnostische und therapeutische Wege. Angesichts der nahezu unbezahlbar gewordenen Therapiekosten wird die Prävention zwanghaft bedeutender. Pflege ist prädisponiert, der Pathogenese⁵ die

Konzepte der Salutogenese⁶ zur Seite zu stellen. So sind PflegeforscherInnen international zunehmend involviert in der Primär- und Sekundärprävention. Wenn es gelingen kann, zum Beispiel durch Früherfassung eines bösartigen Brustkrebses, invasive Therapien zu umgehen und unermessliches Leid zu verhüten, so liegt das im Kern des ursprünglichsten Pflegeverständnisses – und im Interesse der Betroffenen und der mittelbeschränkten Gesellschaft.

Ob in Prävention, Palliation oder Kuration – Pflegeforschung hat heute und zukünftig viele, den PatientInnen voraussehbar nützliche, wenn nicht dringliche Aufgaben zu erfüllen. Zum einen geht es um die wirksame, evidenzbasierte Pflege, die nach heutigem Verständnis die Kombination von Science und Caring voraussetzt. Andererseits geht es darum, den Pflegeberuf zu erhalten und damit junge, engagierte Pflegende zu fördern. Dies formt die Grundlage, um auf die zukünftigen Bedürfnisse der Gesellschaft reagieren zu können.

Autorin:

Dr. Agnes Glaus PhD, MSc, RN

Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Pflegeexpertin
Tumorzentrum ZeTuP St. Gallen und Chur
Tumordiagnostik, Behandlung und Prävention
Rorschacher Strasse 150
9006 St. Gallen
aglaus@sg.zetup.ch

Literatur:

1. Glaus 2006, unveröffentlicht.
2. Vincentz 2006: www.vincentz.net/altenpflegemonitor
3. Campbell A, Nursing, nurturing and sexism. In: Campbell A, Moderated love: a theology of professional care. London, SPCK, 1984.
4. Kitson A, Does nursing have a future? *BMJ*, 1996, 313, 1647–51.
5. Rafferty AM, Political leadership in nursing in health care reform. London: Harkness Fellowship, 1995.
6. Roach S, 1983, The human mode of being, implications for nursing personnel. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 946–961.
7. Aiken LH, Hospital nursing staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *Jama* 2002, 288 (16), 1987–93.
8. Käppeli S, 2006, Das therapeutische Bündnis in Medizin und Pflege – wie lange noch? *Schweiz Ärztezeitung* 2006 (26): 1221–1225.
9. Stryker RP, Rehabilitative aspects of acute and chronic nursing care, 2nd edition, Philadelphia, Saunders, 1977.
10. Ingram R, Why does nursing need theory? *Journal of Advanced Nursing*, 1991, 16, 350–353.

2 Zu Deutsch: Die Anpassung des Menschen an eine neue Lebenssituation.

3 Proteomics: In den Eiweissbestandteilen der Zelle (Proteom) des Menschen werden molekularbiologische Funktionen und Eigenschaften erkannt, welche auf Veranlagungen für gewisse Krankheiten schliessen lassen.

4 Genomics: In den Genen einer Person werden Veranlagungen für gewisse Krankheiten gesucht.

5 Pathogenese: Entstehung und Entwicklung einer Krankheit, defizitorientiert.

6 Salutogenese: Entstehung und Erhaltung von Gesundheit, ressourcenorientiert.