

Umfrage: „Wie viel Tod verträgt das Team?“

Befragung der Palliativstationen in Deutschland zu Belastungsfaktoren, Belastungssymptomen und Schutzfaktoren im Umgang mit dem Tod

M. Müller*, D. Pfister, Jaspers, B.

Zusammenfassung:

Hintergrund. Die Arbeit in Palliativstationen gilt als belastend. Für den deutschsprachigen Raum liegen nur wenige Untersuchungen der spezifischen Arbeitsbedingungen vor. In dieser Studie werden Belastungsfaktoren, Belastungssymptome sowie Schutzfaktoren im Umgang mit dem Tod erfasst. Außerdem wurde nach der kritischen Zahl der Todesfälle, der Sterbeabfolge und der Zukunftsaussicht gefragt.

Stichprobe und Methode. 873 Mitarbeiter aus 95 deutschen Palliativstationen nahmen an dieser bisher größten explorativen Umfrage teil. Mithilfe von Datenreduktionsverfahren konnten grundlegende Faktoren und Cluster identifiziert werden. Varianzanalysen zeigten Unterschiede zwischen den Berufsgruppen auf.

Ergebnisse. Es zeigte sich, dass ein nicht erfüllter Anspruch der Palliativmedizin der am stärksten belastende Faktor im Umgang mit dem Tod ist. Außerdem fühlen sich die Teilnehmer durch die Beziehung zum Patienten und die Häufung von Todesfällen belastet. Ein Team reagiert meist mit Überredseligkeit auf den Tod. Danach folgen Reizbarkeit und Spannungen zwischen den Berufsgruppen. Als wichtigste Schutzfaktoren stellten sich Team, Humor und Privatleben heraus. Die kritische Zahl der Todesfälle liegt bei 4.4 pro Woche. Je stärker ein Team durch Rückzug auf den Tod reagiert und durch Stress belastet ist, desto niedriger liegt die kritische Zahl der Todesfälle. Aufeinander folgende Todesfälle werden als signifikant belastender empfunden als verteilte Todesfälle. Wenn der Anspruch der Palliativmedizin nicht erfüllt ist, sind die Zukunftsaussichten des Teams bedeutend schlechter. Je länger die Befragten im Palliativbereich arbeiten, desto mehr fühlen sie sich durch den nicht erfüllten Anspruch der Palliativmedizin belastet.

Schlussfolgerung. Es zeigen sich Bereiche für spezifische Interventionen in der Palliativpflege. Eine genaue Definition der Ansprüche der Palliativmedizin, eine Stärkung der Teamkommunikation sowie eine generelle Entlastung der Arbeitskräfte wären wünschenswert.

Schlüsselwörter

Palliativstation, Evaluation, Stress, Burnout

Abstract:

Background. Work in palliative care units is a burden for the carers. In Germany only a few studies evaluated specific conditions of work. In this study burden factors, burden symptoms and protective factors relating to death were measured. The critical amount and the chronology of deaths as well as the prospect of the staff members were evaluated.

Sample and Methods. 873 members of palliative care teams working in 95 German hospitals took part in this explorative evaluation. Basic factors and clusters could be identified with the aid of methods of data reduction. Analysis of variance showed differences between occupational groups.

Results. Results showed that not reached objectives of palliative care are the central burden factor. In addition, participants feel burdened with the relationship with the patient and the accumulation of deaths. In the majority of cases a team reacts with being loquacious, followed by crankiness and tension between the occupational groups. Most vital protective factors are team, humor and private life. The critical amount of deaths averages 4.4 per week. A team reacting with retreat in confrontation with death and a team burdened with stress indicated a lower critical amount of deaths. Deaths in succession were rated as worse in comparison to evenly distributed deaths. If the objectives of palliative care are not reached, the prospect concerning the team gets worse. Participants who have worked for a longer time in a palliative care unit feel burdened stronger with the not reached objectives of palliative medicine.

Conclusion. Areas for specific interventions could be identified. An exact definition of the declared objectives of palliative medicine, support of team communication and a general relief of the carers would be desirable.

Keywords

Palliative care, evaluation, stress, burn out

* Kontakt: rheinland@alpha-nrw.de

Einleitung:

Die Bedeutung der Palliativmedizin in Deutschland nimmt seit dem Beginn der Hospizbewegung Ende der 1960er Jahren zu. Ihr Ziel ist das Erreichen einer möglichst hohen Lebensqualität von unheilbar Kranken nicht nur durch lindern des physischen Symptoms sondern auch unter Einbezug sozialer, emotionaler und spiritueller Bedürfnisse des Patienten [25]. Diese komplexen Ansprüche der Palliativmedizin können nur durch ein interdisziplinäres Team erreicht werden. Seit dem Beginn der Hospizbewegung hat das Bewusstsein um die Belastungen der Pflegenden stetig zugenommen: „... it is important that research not only focuses on the wellbeing of the patients and their informal carers, but also on the wellbeing of professional caregivers“ (S. 94) [24]. Es wurde angenommen, dass der ständige Kontakt mit unheilbar Kranken und dem Tod zu besonders schweren Belastungen führt [23]. Aber entgegen dieser vor allem in der Anfangszeit der Palliativmedizin vorherrschenden intuitiven Annahme sind Mitarbeiter in Hospizen relativ gering durch Burnout belastet [17, 23]. Die Belastung ist niedriger als bei Mitarbeitern anderer Teilbereiche, wie zum Beispiel Intensivstationen [11] und der Onkologie [3]. Es ist möglich, dass dies durch die starke Unterstützung der Pflegenden erreicht wurde, die durch die Hospizbewegung von Anfang an erkannt wurde [12]. Aber auch Selektionseffekte bei der Wahl der Arbeitsstelle könnten eine Rolle spielen. Ramirez und Kollegen [18] gehen davon aus, dass die Belastungen, die mit Tod und Sterben zusammenhängen, durch positive Erfahrung in diesem Bereich, wie zum Beispiel erfolgreiche Symptomkontrolle und gute Beziehungen zum Patienten kompensiert werden.

Die relativ geringe Belastung von Mitarbeitern in Palliativstationen soll nicht zu einem Abbruch der Bemühungen in diesem Bereich führen. Eine Evaluation der palliativspezifischen Belastungsfaktoren und auch Schutzfaktoren ist wichtig, um die Mitarbeiter weiterhin vor Stress und einem möglichen Burnout als Folge zu schützen und die Unterstützung der Pflegekräfte zu optimieren. Es konnte gezeigt werden, dass die Qualität der Pflege bei steigender Belastung des Pflgeteams abnimmt [9], was die Bedeutung der optimalen Unterstützung der Pflegekräfte und der Erforschung dieses Bereichs unterstreicht.

Vachon [23] fasste in einem Review die wichtigsten Belastungsfaktoren zusammen. Einige Studien legen nahe, dass die größten Stressoren aus dem Arbeitsumfeld kommen, danach folgen Faktoren in Bezug auf die berufliche Rolle und erst dann Belastungen im Bereich Patienten und Angehörige [16, 21, 23, 24]. Zu Stressoren aus dem Arbeitsumfeld gehört mangelnde Unterstützung durch das Team [26] sowie zwischen den Berufsgruppen und eine fehlende Unterstützung durch die Krankenhaus-Administration [16, 21]. Zum Bereich der beruflichen Rolle gehören Faktoren wie eine unklare Definition der Ziele der Arbeit und der Aufgaben der einzelnen Mitglieder [13]. Im Bereich Patient und Angehörige stellte sich eine enge Beziehung zum Patienten und zu Angehörigen als möglicher Stressor dar [22].

Die Ergebnisse aus dem angloamerikanischen Raum können aufgrund der Unterschiedlichkeit der Pflegesysteme nicht ohne empirische Prüfung auf deutsche Palliativstationen übertragen werden. Für den deutschsprachigen Bereich liegen allerdings kaum Studien vor, die sich dieser Thematik widmen. Schröder, Bänsch und Schröder [20] verglichen die organisatorischen Bedingungen von Palliativstationen und Hospizen in Deutschland. In der hier vorliegenden Studie sollen nicht nur organisatorische Faktoren, sondern auch die bereits in anderen Studien identifizierten Faktoren für Palliativstationen in Deutschland geprüft werden. Besonderes Augenmerk sollen auf spezifische Faktoren des Palliativbereichs gelegt werden, da diese in vorherigen Studien oftmals nicht beachtet wurden und nur allgemeine Messinstrumente für Stress in der Pflege verwendet wurden, die spezifische Belastungen des Palliativbereichs außer Acht lassen [7]. Um zielgenaue Interventionen zu durchzuführen ist jedoch das Wissen über palliativspezifische Belastungsfaktoren relevant. Hierzu gehört vor allem der Anspruch der Palliativmedizin als potentieller Stressfaktor. Es konnte gezeigt werden, dass eine Diskrepanz zwischen Ideal und Realität der Pflege ein großer Belastungsfaktor ist [5, 13, 16]. Auch die Beziehung zu Patienten und Angehörigen soll im Fokus liegen. Zusätzlich soll die Art, wie ein Team auf den Tod reagiert und mögliche Schutzfaktoren untersucht werden. Bisher nicht erforscht ist die Zahl der Toten, die eine kritische Überlastung des Teams zur Folge hätte. Außerdem soll geprüft werden, ob die Abfolge der erlebten Todesfälle die Belastung beeinflusst.

Methodik:

Eine nicht veröffentlichte Vorstudie an vier Palliativstationen aus dem Jahr 2006 lieferte die Grundlage für die Konstruktion der Items unseres Fragebogens. Eine Fokusgruppe modifizierte die Items daraufhin noch einmal. Da es wenige andere Befragungen dieser Art gibt, hat die Umfrage einen explorativen Charakter. Der Fragebogen besteht aus zehn Fragen und einer Möglichkeit zur freien Äußerung. Zuerst werden Belastungsfaktoren der Arbeit auf der Palliativstation abgefragt. Danach folgen eine Einschätzung der durch das Team gezeigten Belastungssymptome und eine Beurteilung von Schutzfaktoren. Für die Items dieser ersten drei Fragen wurde eine vierstufige Skala konstruiert. Es wird außerdem nach einer für das Team kritischen Todeshäufigkeit und nach der Verteilung der Todesfälle gefragt. Nach einer Erfassung der absoluten Todeszahl pro Jahr folgt eine Einschätzung der Zukunft des Teams. Am Schluss werden Berufsgruppe, Alter und Geschlecht erfasst (siehe Anhang). Der Fragebogen wurde auf zwei DIN A4-Seiten beschränkt, damit die Bearbeitung nicht zu viel Zeit in Anspruch nimmt. Die Umfrage wurde zwischen Dezember 2007 und April 2008 durchgeführt. Die Fragebögen wurden im Dezember 2007 per Post an die Stationen versendet. Im März erhielten die Stationen einen Reminder per Email.

Zur statistischen Auswertung wurden neben deskriptiven Verfahren Varianzanalysen berechnet, um Unterschiede zwischen den Berufsgruppen gegen den Zufall zu testen. Außerdem wurden mit diesem Verfahren Einflüsse auf die Variablen kritische Todeszahl, Zukunftsaussichten und Auswirkungen der Arbeitsdauer im Palliativbereich überprüft. Als Post Hoc-Test wurde der LSD-Test verwendet. Ein Chi-Quadrat-Test wurde angewendet um die Gleichverteilung der Angaben für die Sterbeabfolge zu prüfen. Das Signifikanzniveau für alle Tests wurde auf $p=0.05$ festgelegt. Als Datenreduktionsverfahren wurde eine Principal Components Faktorenanalyse mit Varimax-Rotation verwendet. Items wurden gemäß ihrer Faktorladung zu Kompositmaßen zusammengefasst. Faktoren mit einem Eigenwert größer als 1 wurden ausgewählt. Außerdem wurden Two-Step-Clusteranalysen durchgeführt. Die Umfrage war anonym und die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Stichprobe

Alle im „Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin Deutschland“ [19] aufgelisteten Palliativstationen ($n=158$) erhielten unseren Fragebogen per Post. Von 95 (60%) Stationen bekamen wir ausgefüllte Fragebögen zurück. Insgesamt nahmen 873 Personen, die auf Palliativstationen arbeiten, an der Studie teil. Die 63 Stationen, die keine Bögen zurückgeschickt haben wurden telefonisch kontaktiert, um nach den Gründen für die Nicht-Teilnahme zu fragen. Meist wurde eine zu hohe Arbeitsbelastung als Ursache genannt.

Die Verteilung auf die einzelnen Berufe brachte folgendes Ergebnis: 652 Pflegende, 99 Ärzte, 20 Sozialarbeiter, 19 Physiotherapeuten, 18 Seelsorger, 45 Personen mit einem anderen Beruf (z.B. Psychologen) nahmen an der Studie teil. 20 Personen machten keine Angaben über ihren Beruf (siehe Tabelle 1). Die durchschnittliche Arbeitsdauer der Befragten auf einer Palliativstation beträgt 6.1 Jahre. Der Anteil weiblicher Teilnehmer lag bei 78.6%.

Berufsgruppen in % ($n=873$)

	Prozent
Pflege	74.7
Arzt	11.3
Sozialarbeiter	2.3
Physiotherapeut	2.2
Seelsorger	2.1
Andere	5.2
keine Angabe	2.3

Tabelle 1

Ergebnisse

Belastungsfaktoren im Umgang mit dem Tod

Der am stärksten belastende Faktor für die Teilnehmer ist der nicht erfüllte Anspruch der Palliativmedizin. Eine sehr starke Belastung durch diesen Faktor gaben 13.5% der Teilnehmer an. Stark belastet fühlen sich 37.5%. Auf die Nachfrage, welcher Anspruch der Palliativmedizin als besonders belastend empfunden wird, wenn er nicht erfüllt ist, wurden folgende Aussagen gemacht: Psychosozial (22.5%), medizinisch (21.1%), Zeit-/Personalmangel (20.6%), spirituell (16%), pflegerisch (11.7%), und Symptomkontrolle (8.1%).

Als zweitwichtigster Faktor wird die Beziehung zum Patienten genannt: 8.6% fühlen sich sehr stark und 38.6% fühlen sich stark durch die Beziehung zum Patienten belastet. Auf die offene Nachfrage, nach der Art der Beziehung gaben die Versuchsteilnehmer meist „Nähe“ (23.9%) an. Danach folgen „junge Patienten“ (7.5%), „Ähnlichkeit“ (5%) und „Patienten mit jungen Kindern“ (3.1%). Auch „Antipathie“ wurde genannt (1.5%).

Abbildung 1 zeigt die verschiedenen Belastungsfaktoren. Die Häufung von Todesfällen folgt auf Rang 3. Belastungen von Kollegen taucht als vierter Faktor auf. Insgesamt 32,5% der Befragten fühlt sich durch Belastungen von Kollegen stark oder sehr stark belastet. Eine Erläuterung der Namen der abgekürzten Variablen finden Sie im Anhang.

Anteile stark und sehr stark belasteter Teilnehmer in %:

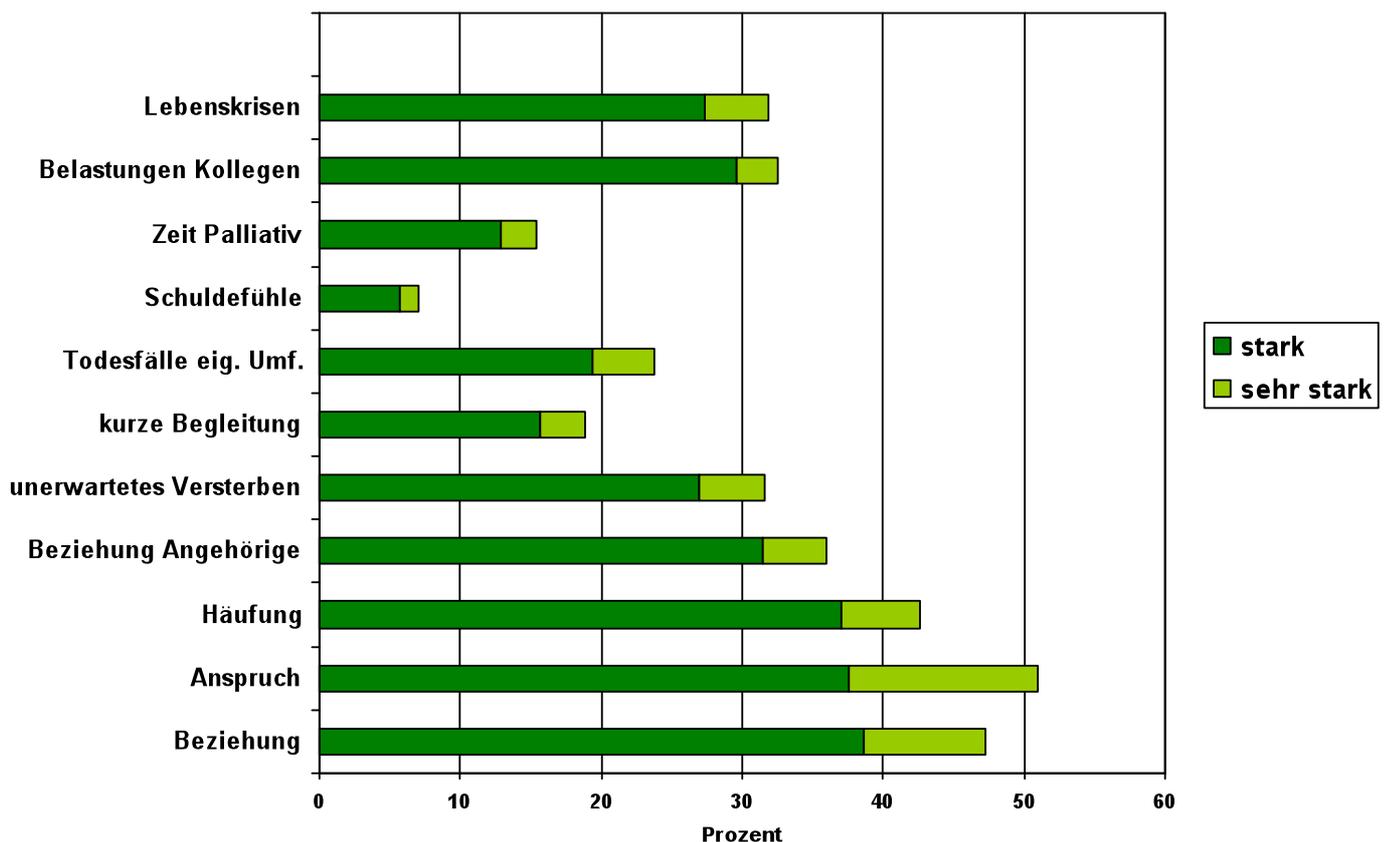


Abbildung 1

Ein Datenreduktionsverfahren (Faktorenanalyse) konnte drei globale Faktoren herausstellen: Den Beziehungsfaktor (Belastung durch: Beziehung zu Patient und Angehörigen), den Verantwortungsfaktor (Anspruch der Palliativmedizin, Schuldgefühle, Belastungen von Kollegen und Lebenskrisen) und den Stressfaktor, der durch die Häufung von Todesfällen, dem unerwarteten Versterben, eine kurze Begleitdauer, der Zeitdauer der eigenen Arbeit und Todesfälle im eigenen Umfeld zusammengesetzt ist. Diese drei Faktoren klären über 50% der Varianz in den Daten auf. Es wurden Mittelwerte der aus den Faktoren resultierenden Kompositmaßen errechnet: Beziehung: 2.4, Verantwortung: 2.1, Stress: 2.1 (1 = gar nicht belastend, 4 = sehr stark belastend). In Tabelle 2 sind die Faktoren dargestellt.

Eine Clusteranalyse zeigte drei Cluster auf. Eine schwer (34.5%) eine leicht (37.9%) und eine gar nicht (27.6%) belastete Gruppe.

Im Folgenden werden die verschiedenen Berufsgruppen miteinander verglichen. Eine Varianzanalyse mit einem LSD Post Hoc-Test zeigt, dass Ärzte sich signifikant stärker durch den mittels Datenreduktionsverfahren gewonnenen Verantwortungsfaktor belastet fühlen als alle anderen Berufsgruppen (außer Sozialarbeiter): $F(5,730)=3.77, p=.002, \eta^2=.025$. Eine Betrachtung der einzelnen Variablen zeigt folgendes Bild: Ärzte fühlen sich stärker durch Schuldgefühle belastet als alle anderen Berufsgruppen ($F(5,830)=9.66, p<.001, \eta^2=.055$). Außerdem zeigt der LSD Test, dass Ärzte sich stärker durch eigene Lebenskrisen und eine Häufung der Todesfälle belastet fühlen als Pflegende. Seelsorger empfinden den nicht erfüllten Anspruch der Palliativmedizin als nicht so belastend wie andere Berufsgruppen. Sie fühlen sich jedoch stärker durch eine Häufung der Todesfälle belastet.

Frauen fühlen sich durch den Stressfaktor stärker belastet ($F(1,763)=17.64, p<.001, \eta^2=.023$). Auf der Ebene der Variablen zeigt sich, dass Frauen außer denen im Stressfaktor zusammen gefassten Variablen auch die Beziehung zum Patienten ($F(1,809)=4.0, p=.046, \eta^2=.005$) als belastender erleben.

Hier kann es sich aber auch um geschlechtsstereotype Erwünschtheitseffekte handeln. Das heißt, dass sozial erwünschte Antworten gegeben werden, die den gesellschaftlichen Geschlechtsschemata entsprechen.

Rotierte Komponentenmatrix der Belastungsfaktoren

	Komponente		
	Stress	Verantwortung	Beziehung
Beziehung	.091	.235	.824
Anspruch	-.115	.644	.196
Häufung	.587	.084	.361
Beziehung Angehörige	.264	.145	.761
Unerwartetes Verst.	.566	-.091	.327
Kurze Begleitung	.732	.053	-.029
Todesfälle eig. Umf.	.451	.207	.234
Schuldgefühle	.086	.576	.205
Zeit Palliativ	.619	.299	.013
Belastungen Kollegen	.236	.712	-.084
Lebenskrisen	.217	.651	.129

Tabelle 2

Belastungssymptome

Am häufigsten nannten die Befragten das Symptom Überredseligkeit als Reaktion ihres Teams auf den Tod. Danach folgen Reizbarkeit, Spannung zwischen den Berufsgruppen und Rückzug (siehe Abbildung 2).

Ein Anteil von 38% der Befragten gab an, dass ihr Team stark oder sehr stark mit Überredseligkeit auf den Tod reagiert. Weitere 28.6% gaben an durch Reizbarkeit und 23.7% durch Spannungen zwischen den Berufsgruppen stark oder sehr stark belastet zu sein.

Eine Faktorenanalyse konnte drei zu Grunde liegende Faktoren finden, mit denen das Team auf den Tod reagiert. Es gibt den Rückzugsfaktor (zeigt vor allem folgende Symptome: Sprachlosigkeit, Rückzug, Ablehnung von Ritualen) den Ablehnungsfaktor (Zynismus, Verweigerung Neuaufnahmen, kein Einlassen auf neue Patienten, keine Unterstützungsangebote annehmen) und den Streitfaktor (Streit, Reizbarkeit, Vorwürfe, Spannung zwischen den Berufsgruppen). Die Mittelwerte der aus den Faktoren resultierenden Kompositmaße betragen: Rückzug: 2.1, Stress: 1.8, Ablehnung: 1.5 (1 = gar kein Auftreten, 4 = sehr starkes Auftreten). In Tabelle 3 sind die Faktoren dargestellt.

Eine Clusteranalyse zeigt zwei Teilnehmergruppen auf. Eine Gruppe, die angibt, dass das Team keine Symptome zeigt (55.6%) und eine, die sehr starke Symptome erkennt (44.4%).

Bei Ärzten liegt der Streitfaktor höher als bei Pflegenden, Sozialarbeitern und Physiotherapeuten (ANOVA: $F(5,818)=4.36, p=.001, \eta^2=.026$). Sie schätzen das Auftreten von denen durch diesen Faktor repräsentierten Belastungssymptomen als häufiger ein.

Männer schätzen das Auftreten des Ablehnungsfaktors als häufiger ein ($F(1,792)=8.41$, $p=.004$, $\eta^2=.01$). Bei einer Betrachtung der einzelnen Variablen zeigt sich, dass Männer außer denen im Ablehnungsfaktor zusammen gefassten Variablen auch Streit ($F(1,842)=9.63$, $p=.002$, $\eta^2=.011$) und Vorwürfe ($F(1,842)=13.41$, $p<.001$, $\eta^2=.016$) als häufiger vorkommend einschätzen.

Anteile stark und sehr stark gezeigter Symptome in %

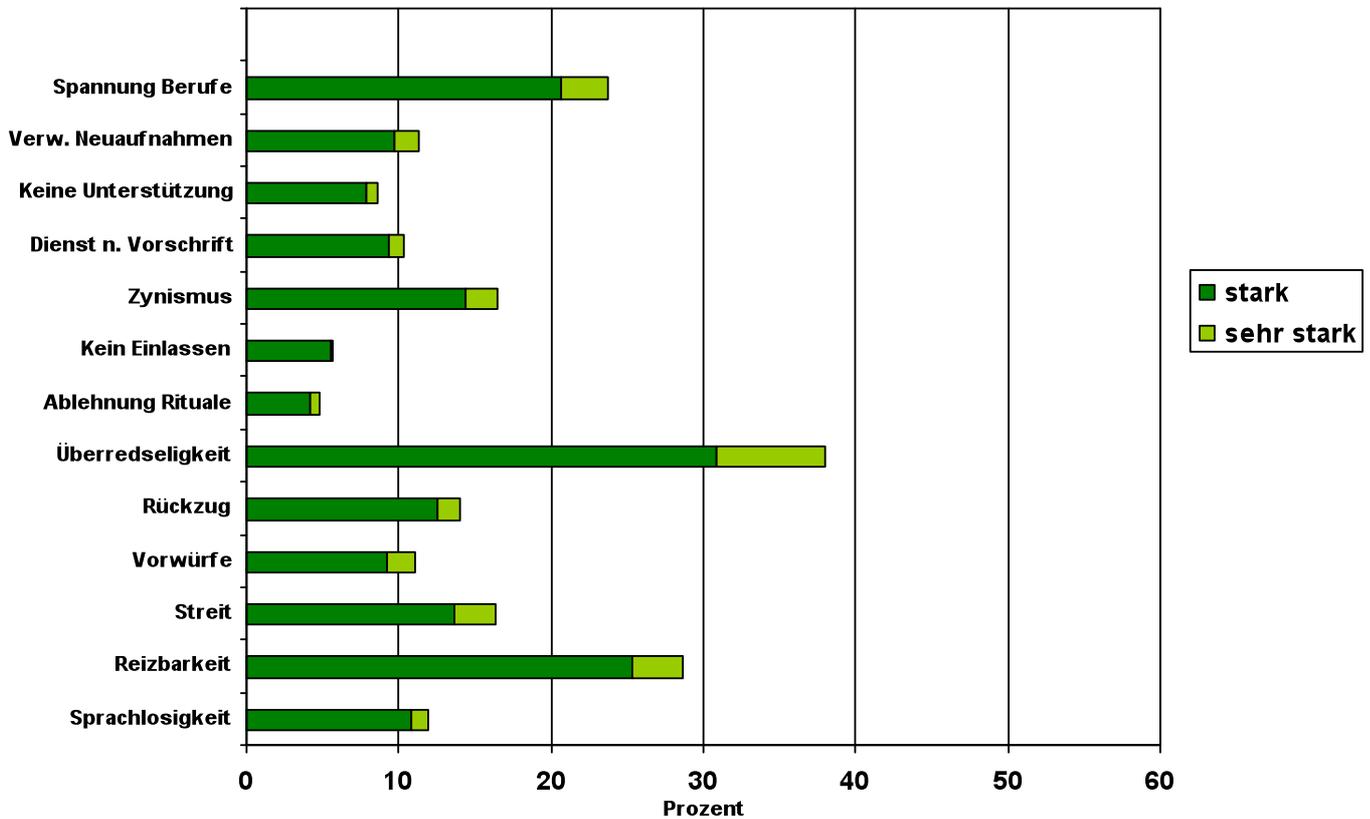


Abbildung 2

Rotierte Komponentenmatrix der Belastungssymptome

	Komponente		
	Streit	Ablehnung	Rückzug
Sprachlosigkeit	.097	-.031	.803
Reizbarkeit	.806	.114	.274
Streit	.841	.191	.181
Vorwürfe	.738	.202	.279
Rückzug	.335	.141	.631
Überredseligkeit	.385	.305	-.096
Ablehnung Rituale	.207	.415	.452
Kein Einlassen	.072	.715	.262
Zynismus	.281	.635	-.026
Dienst n. Vorschrift	.078	.481	.418
Keine Unterstützung	.185	.508	.412
Verw. Neuaufnahmen	.286	.642	-.020
Spannung Berufe	.570	.403	.204

Tabelle 3

Hilfe im Umgang mit dem Tod: Schutzfaktoren

Die mit der Frage „Wie wichtig sind Ihnen Faktoren, die Ihrem Team helfen, mit dem Tod umzugehen“ erfassten Items werden als Schutzfaktoren bezeichnet.

Der bedeutendste Schutzfaktor, der den Teilnehmern beim Umgang mit dem Tod hilft, ist das Team (96% der Befragten gaben an, dass das Team ihnen stark oder sehr stark hilft). Es kann sich hier auch um sozial erwünschte Antworten handeln. Humor wurde von 90% als wichtig oder sehr wichtig betrachtet. Danach folgt das Privatleben (siehe Abbildung 3). In der Kategorie „Sonstiges“ wurde nochmals betont, dass die Kommunikation im Team ein wichtiger Schutzfaktor ist.

Eine Faktorenanalyse ergibt drei grundlegende Schutzfaktoren, die 56% der Varianz aufklären. Der Bearbeitungsfaktor (Schutzfaktoren: Rituale, Supervision und Glaube), den Privatfaktor (Familie, Privatleben) und einen emotionalen Faktor (Humor, Mitgefühl und Ablenkung und Team). Die Mittelwerte der aus den Faktoren resultierenden Kompositmaße betragen: Privat: 3.4, Emotional: 3.1, Bearbeitung: 3.1 (1 = unwichtiger Schutzfaktor, 4 = sehr wichtiger Schutzfaktor). In Tabelle 4 sind die Faktoren dargestellt.

Eine Clusteranalyse zeigt, dass die Teilnehmer in zwei Gruppen aufgeteilt werden können. Eine Gruppe gibt an, dass die Schutzfaktoren ihnen sehr wichtig sind (56.2%). Die zweite Gruppe beurteilt die Schutzfaktoren als eher unwichtig (43.8%).

Varianzanalysen mit Post Hoc LSD-Test zeigten, dass Pflegende den faktorenanalytisch gewonnenen emotionalen Faktor als wichtiger beurteilen als Ärzte ($F(5,829)=4.84, p<.001, \eta^2=.028$). Frauen bewerten ebenfalls den emotionalen Faktor als wichtiger ($F(1,840)=14.74, p<.001, \eta^2=.017$). Die Analyse der einzelnen Variablen führte zu folgendem Ergebnis: Ärzte empfinden Supervision ($F(5,833)=4.79, p<.001, \eta^2=.028$) als hilfreicher im Vergleich zu den Pflegenden. Diese beurteilten hingegen die Faktoren Ablenkung ($F(5,841)=9.54, p<.001, \eta^2=.054$) und Humor ($F(5,841)=4.78, p<.001, \eta^2=.028$) als wichtiger.

Anteile wichtiger und sehr wichtiger Schutzfaktoren in%

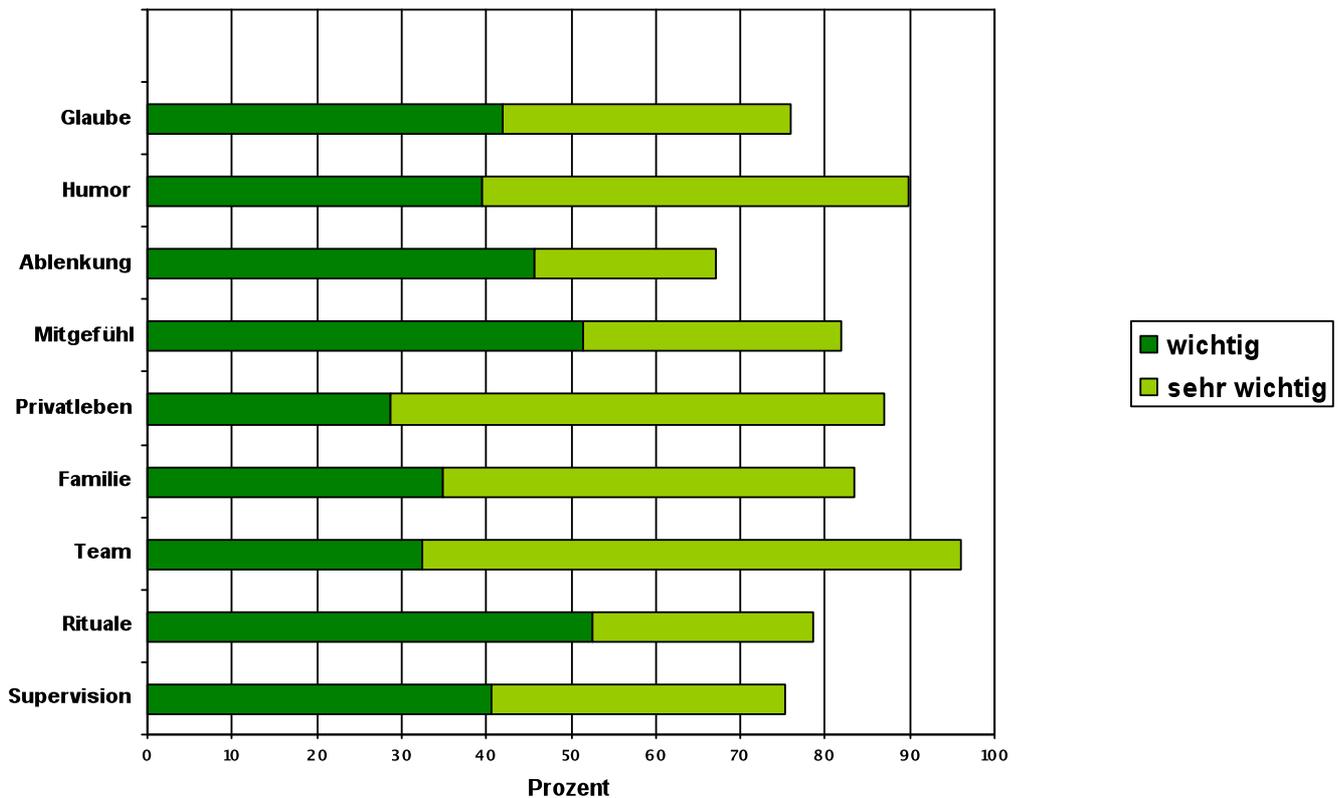


Abbildung 3

Rotierte Komponentenmatrix der Schutzfaktoren

	emotionaler Faktor	Komponente	
		Privat	Verarbeitung
Supervision	.005	-.037	.803
Rituale	.296	.059	.722
Team	.473	.056	.407
Familie	.210	.856	.006
Privatleben	.248	.850	.081
Mitgefühl	.521	.159	.266
Ablenkung	.772	.064	-.175
Humor	.627	.238	.085
Glaube	-.181	.374	.478

Tabelle 4

Kritische Anzahl an Todesfällen

Die Befragten gaben eine mittlere Anzahl von 4.4 Todesfällen pro Woche an, die eine kritische Überlastung des Teams zur Folge hätte. Die Standardabweichung liegt bei 2.4. Männer gaben einen Durchschnittswert von 4.8 und Frauen einen Wert von 4.3 an. Männer geben also an, 0.5 Tote pro Woche mehr als Frauen zu ertragen. Tabelle 5 zeigt die kritische Todeszahl für die einzelnen Berufsgruppen. Für Pflegende liegt diese um über .5 höher als für Ärzte.

Mittelwerte der kritischen Todeszahl nach Berufsgruppen

Beruf	Mittelwert	Standardabweichung
Pflege	4.52	2.4
Arzt	3.98	2.2
Sozialarbeit	3.06	1.6
Seelsorge	4.59	2.8
Physiotherapie	5.11	4.0
Andere	3.87	2.2
Gesamt	4.40	2.4

Tabelle 5

Wenn man den Einfluss der zu Grunde liegenden Faktoren auf die kritische Todeszahl untersucht, werden der Stressfaktor, der verschiedene Belastungsfaktoren beinhaltet ($F(21,642)=2.78, p<.001, \eta^2=.083$) und der Rückzugsfaktor, der verschiedene Belastungssymptome umfasst ($F(21,677)=1.74, p=.021, \eta^2=.051$) signifikant. Nun folgen Analysen der einzelnen Belastungs-Variablen: Für Teilnehmer, die sich durch die Zeitdauer im Bereich Palliative Care belastet fühlen, liegt die kritische Todeszahl niedriger ($F(21,694)=1.95, p=.007, \eta^2=.058$). Bei einer Belastung durch den Faktor kurze Begleitungsdauer zeigt sich das gleiche Bild ($F(21,695)=1.87, p=.011, \eta^2=.053$). Auch der Belastungsfaktor unerwartetes Versterben wurde signifikant ($F(21,694)=1.64, p=.036, \eta^2=.047$). Erwartungsgemäß gaben Teilnehmer, die sich durch die Häufung von Todesfällen belastet fühlen auch eine geringere kritische Todeszahl an ($F(21,694)=2.45, p<.001, \eta^2=.069$). Im Folgenden werden die einzelnen Variablen der Belastungssymptome analysiert: In einem Team, in welchem sehr stark mit Sprachlosigkeit auf den Tod reagiert wird, liegt die kritische Zahl der Todesfälle nur bei 2 (die acht Teilnehmer, die angaben, dass ihr Team sehr stark mit Sprachlosigkeit auf den Tod reagiert, kommen nicht aus dem selben Team). Je sprachloser ein Team ist, desto niedriger ist die kritische Zahl der Toten (siehe Tabelle 6). Dieser Zusammenhang wird in einer Varianzanalyse signifikant ($F(21,700)=2.38, p=.001, \eta^2=.067$). Wenn in einem Team mit Dienst nach Vorschrift auf den Tod reagiert wird, liegt auch dort die kritische Todeszahl signifikant niedriger ($F(20,687)=1.67, p=.033, \eta^2=.047$). Ein Zusammenhang zwischen Arbeitsdauer auf der Palliativstation und der kritischen Todeszahl konnte nicht gefunden werden.

Mittelwerte der kritischen Todeszahl je nach Sprachlosigkeit

Sprachlosigkeit	Mittelwert der kritischen Todeszahl	Standardabweichung
gar nicht	4.63	2.3
leicht	4.36	2.5
stark	3.83	2.1
sehr stark	2.00	.9
Gesamt	4.39	2.4

Tabelle 6

Sterbeabfolge

Ein Chi-Quadrat-Test zeigte, dass aufeinander folgende Todesfälle als signifikant belastender empfunden werden als verteilte Todesfälle (bei gleicher Anzahl der Fälle, $\chi^2(1)=4.84$, $p=.03$, $w=.162$). In den freien Äußerungen wurde oftmals erwähnt, dass die Qualität des Sterbens ausschlaggebend für die Belastung sei (Anzahl der Nennungen: 25).

Zukunftsprognose

Die Zukunftsprognose wurde durch die Frage „Wie lange, schätzen Sie, kann ihr Team, wie es jetzt besteht, diese Arbeit noch machen?“ erfasst.

Einfluss der Belastungsfaktoren

Die faktorenanalytisch gewonnenen Variablen Verantwortung ($F(4,719)=14.55$, $p<.001$, $\eta^2=.075$) und Stress ($F(4,742)=3.21$, $p=.013$, $\eta^2=.017$) zeigten in einer Varianzanalyse einen signifikanten Effekt. Von den einzelnen Variablen hat der Belastungsfaktor Anspruch der Palliativmedizin den größten Einfluss auf die Einschätzung der Zukunft (siehe Tabelle 7). Wenn der nicht erfüllte Anspruch als belastend empfunden wird, wird die Zukunftsprognose düsterer (ANOVA: ($F(4,759)=10.60$, $p<.001$, $\eta^2=.05$). Danach folgt die Belastung durch Kollegen ($F(4,814)=8.39$, $p<.001$, $\eta^2=.04$) die Zeitdauer der Arbeit im Palliativbereich ($F(4)=6.03$, $p<.001$, $\eta^2=.03$), Häufung von Todesfällen ($F(4,781)=4.78$, $p=.001$, $\eta^2=.023$), Schuldgefühle ($F(4,13)=4.7$, $p=.001$, $\eta^2=.02$) und Lebenskrisen ($F(4,803)=3.78$, $p=.005$, $\eta^2=.019$). Diese Variablen haben alle signifikanten Einfluss auf die Zukunftsprognose. Auffällig ist, dass die Beziehung zum Patienten hier keinen Einfluss hat.

Mittelwerte der Zukunftsaussicht je nach Belastung durch den Faktor Anspruch

Belastung durch nicht erfüllten Anspruch der Palliativmedizin	Mittelwert Zukunftsaussicht (1 = schlecht, 4 = sehr gut)
gar nicht	3.4
leicht	3.2
stark	3.1
sehr stark	2.9
Gesamt	3.2

Tabelle 7

Einfluss der Belastungssymptome

Eine Varianzanalyse mit den zu Grunde liegenden Faktoren Streit ($F(4,806)=15.60$, $p<.001$, $\eta^2=.072$), Rückzug ($F(4,790)=11.7$, $p<.001$, $\eta^2=.056$) und Ablehnung ($F(4,773)=10.0$, $p<.001$, $\eta^2=.049$) zeigte deren signifikanten negativen Einfluss auf die Zukunftsprognose. Die einzelnen Variablen Streit (siehe Tabelle 8) und Vorwürfe haben den größten Zusammenhang mit der Zukunftsprognose. Eine Varianzanalyse zeigte

signifikante Effekte (Streit ($F(4,818)=13.72, p<.001, \eta^2=.063$), Vorwürfe ($F(4,818)=13.26, p<.001, \eta^2=.06$). Danach folgen Reizbarkeit ($F(4,823)=10.72, p<.001, \eta^2=.05$) und Spannungen zwischen den Berufsgruppen ($F(4,821)=10.03, p<.001, \eta^2=.047$). Diese Ergebnisse sind hochsignifikant. Alle anderen Belastungssymptome trüben die Zukunftsaussichten ebenfalls signifikant (außer: kein Einlassen).

Mittelwerte der Zukunftsaussicht je nach Wahrnehmung von Streit

Wahrnehmung von Streit	Mittelwert Zukunftsaussicht 1 = schlecht, 4 = sehr gut)
gar nicht	3.3
leicht	3.1
stark	2.9
sehr stark	2.8
Gesamt	3.2

Tabelle 8

Einfluss der Schutzfaktoren

Wenn das Team als wichtiger Schutzfaktor wahrgenommen wird, schätzen die Befragten die Zukunftsfähigkeit des Teams auch besser ein (ANOVA: $F(4,827)=3.04, p=.02, \eta^2=.01$).

Einfluss der kritischen Todesfälle

Wenn die kritische Anzahl der Todesfälle als gering angegeben wird, dann ist die Zukunftsaussicht überzufällig häufig düsterer. Personen, die angaben, dass das Team nur noch einige Wochen zusammenarbeiten könne, nannten eine wesentlich niedrigere kritische Todeszahl als Personen, die die Teamzukunft positiver einschätzten (ANOVA: $F(4,710)=4.79, p=.001, \eta^2=.026$).

Arbeitsdauer im Palliativbereich

Rechnet man eine Varianzanalyse mit den zu Grunde liegenden Faktoren als abhängigen Variablen und der Arbeitsdauer im Palliativbereich als Faktor, so wird der Verantwortungsfaktor signifikant ($F(65,661)=1.63, p=.002, \eta^2=.14$). Länger im Palliativbereich tätige fühlen sich stärker durch den Verantwortungsfaktor belastet. Außerdem werden die drei globalen Belastungssymptomfaktoren Streit ($F(65,747)=2.41, p<.001, \eta^2=.17$), Ablehnung ($F(65,715)=1.88, p<.001, \eta^2=.15$) und Rückzug ($F(65,731)=1.68, p=.001, \eta^2=.13$) signifikant. Langjährige Mitarbeiter schätzen das Vorkommen dieser Faktoren als häufiger ein.

Eine Betrachtung der einzelnen Variablen liefert folgendes Ergebnis: Je länger Patienten im Palliativbereich arbeiten, desto stärker fühlen sie sich durch den nicht erfüllten Anspruch der Palliativmedizin belastet (ANOVA: $F(66,702)=1.32, p=.049, \eta^2=.11$). Außerdem werden von langjährigen Mitarbeitern Belastungen von Kollegen als negativer empfunden ($F(67,754)=1.59, p=.003, \eta^2=.12$).

Länger auf Station arbeitende Personen schätzen alle Belastungssymptome, mit denen das Team auf Tod reagiert, als wesentlich stärker ein (nur Überredseligkeit nicht). Der stärkste Effekt der Arbeitsdauer zeigte sich bei den Symptomen Streit ($F(66,759)=2.27, p<.001, \eta^2=.16$), Reizbarkeit ($F(66,763)=2.03, p<.001, \eta^2=.15$) und Spannung zwischen den Berufsgruppen ($F(66,762)=1.99, p<.001, \eta^2=.14$).

Freie Äußerungen

In den freien Äußerungen erwähnten die Befragten, dass die Arbeit trotz aller Belastungen eine „erfüllende“ Tätigkeit ist (Anzahl der Nennungen: 9). Das Team als wichtige Rahmenbedingung wurde hier nochmals hervorgehoben (17). Außerdem wurde häufig betont, dass nicht die Quantität des Sterbens (Frage 4), sondern die Qualität, also die Art des Sterbens, von Wichtigkeit ist (25). Oftmals wurde ein Personalmangel kritisiert, der es verhindert dem Patienten gerecht zu werden (20). Einige Teilnehmer wiesen auf eine zu geringe Wertschätzung ihrer Arbeit durch die Krankenhausleitung hin (6).

Diskussion

Die Umfrage hat mit einer Teilnehmerzahl von 873 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auf deutschen Palliativstationen eine stabile Basis. Als stärkste Belastung gaben die Befragten den nicht erfüllten Anspruch der Palliativmedizin an. Über 50% der Teilnehmer fühlen sich stark oder sehr stark durch diesen Faktor belastet. Dies könnte man als Anlass nehmen, den Anspruch in den Teams kritisch zu betrachten, zu konkretisieren und somit vielleicht unrealistisch hohe Ansprüche zu senken. Außerdem empfanden die Befragten die Beziehung zu den Patienten als Belastungsfaktor. Belastend sind durch Nähe geprägte Beziehungen, Beziehungen zu jungen Patienten und eine große Ähnlichkeit mit dem Patienten. Diese Ergebnisse nennen auch Alexander und Ritchie [1]. Es ist nicht ungewöhnlich für Pflegende, sich mit Patienten zu identifizieren, die Ähnlichkeiten mit Ihnen haben [14]. Keidel [6] warnte bereits davor, dass eine Identifikation mit Patienten zu Schuld- und Ohnmachtsgefühlen sowie Burnout führen kann. Die Beziehung zum Patienten kann also sowohl ein Belastungsfaktor als auch ein Schutzfaktor zu sein, wie es Ramirez und Kollegen [18] postulieren. Interessant ist, dass Ärzte sich stärker durch Schuldgefühle und auch eigene Lebenskrisen belastet fühlen als Pflegende. Als grundlegende Faktoren der Belastung konnten der Beziehungs-, der Verantwortungs- und der Stressfaktor identifiziert werden. Im Unterschied zu bisherigen Ergebnissen, bei denen meist Organisationsmerkmale im Vordergrund standen „the stress that currently exists in palliative care is due in large measure to organizational issues“ (S. 109) [22], zeigt sich hier der Anspruch der Palliativmedizin als bedeutendster Belastungsfaktor. Auch die Beziehung zum Patienten scheint in ihrer Wichtigkeit unterschätzt zu sein.

Meist reagiert ein Team, das durch Tod belastet wird mit Überredseligkeit. Dies zeigte sich auch bei Ärzten in Großbritannien [15]. Danach folgen Reizbarkeit, Spannung zwischen den Berufsgruppen und Rückzug. Die Spannung zwischen Berufsgruppen nannte bereits Vachon [22] als bedeutendes Belastungssymptom. Hier könnte eine Verbesserung der Team-Kommunikation durch Weiterbildungen oder Supervision und eine klare Definition der Rollen Verbesserungen bewirken. Regelmäßige Teamtreffen wurden in Barstows Arbeit [2] als wichtig bewertet. Es stellten sich drei globale Belastungssymptome heraus: Rückzug, Ablehnung und Streit.

Der beste Schutzfaktor gegen die Belastung durch den Tod ist das Team. Über 90% gaben an, dass das Team ein wichtiger oder sehr wichtiger Schutzfaktor ist. Yancicks Studie [26] zeigte, dass eine mangelnde Unterstützung des Teams auch einen maßgeblichen Belastungsfaktor im Hospiz darstellen kann. Auch in der vorliegenden Studie waren Belastungen von Kollegen auf Rang vier der Belastungsfaktoren. Das Team kann also einen starken Belastungsfaktor sowie einen überaus wichtigen Schutzfaktor darstellen, der bedeutender als die Unterstützung durch Angehörige ist, da es berufsspezifische Probleme besser verstehen kann [1]. Ein stabiles Team mit guter Kommunikation sollte deshalb sicherlich ein hochrangiges Ziel bei der Arbeit auf der Palliativstation sein. Danach folgen die Schutzfaktoren Humor und Privatleben. Als grundlegende Faktoren konnten Bearbeitungs-, Privat- und ein emotionaler Faktor erkannt werden. Ärzte empfinden Supervision hilfreicher als Pflegende. Dies stimmt mit einer Studie aus japanischen Palliativstationen überein [10].

Die kritische Anzahl der Todesfälle lag im Schnitt bei 4.3 pro Woche. Äußerst interessant ist, dass bei einem stärker mit Sprachlosigkeit auf den Tod reagierenden Team die kritische Zahl der Todesfälle niedriger liegt. Ein sprachloses Team scheint also wenig Tod zu verkraften. Dies unterstreicht die Wichtigkeit einer guten Kommunikation im Team. Außerdem sinkt die Zahl der kritischen Todesfälle rapide ab, wenn die Zeitdauer im Bereich Palliative Care, eine kurze Begleitungsdauer oder unerwartetes Versterben belastend ist. Auch wenn das Team mit Dienst nach Vorschrift auf den Tod reagiert, liegt die kritische Todeszahl niedriger. Die faktorenanalytisch gewonnene Variable Stress hat den stärksten negativen Zusammenhang mit der kritischen Todeszahl.

Aufeinander folgende Todesfälle werden als signifikant belastender empfunden als verteilte Todesfälle (bei gleicher Anzahl der Fälle). Viele Teilnehmer betonten in den freien Äußerungen, dass die Qualität des Sterbens relevanter für die empfundene Belastung sei als die reine Quantität der Todesfälle.

Welche Variablen wirken sich auf die Zukunftsaussichten der Befragten bezüglich des Teams aus? Wenn der Anspruch der Palliativmedizin nicht erfüllt ist, sind sie bedeutend schlechter. Danach folgt als zweitwichtigster Faktor die Belastung durch Kollegen. Wenn ein Team mit Streit, Vorwürfen und Rückzug auf den Tod reagiert, so schätzen seine Mitglieder die Zukunft des Teams auch als schlechter ein. Wenn als

wichtiger Schutzfaktor das Team angegeben wird, sind die Zukunftsaussichten besser. Bei schlechten Zukunftsaussichten findet man auch die geringste Anzahl der kritischen Todesfälle. Den größten negativen Zusammenhang gibt es mit der faktorenanalytisch gewonnenen Variable Verantwortung. Danach folgen die erzeugten Belastungsfaktoren Streit, Rückzug und Ablehnung. Dies unterstreicht nochmals, dass die Klärung der Ansprüche der Palliativmedizin und ein funktionierendes Team von großer Bedeutung für die Palliativarbeit sind.

Je länger die Befragten im Palliativbereich arbeiten, desto mehr fühlen sie sich durch den nicht erfüllten Anspruch der Palliativmedizin. Bram und Katz [3] beobachteten eine höhere Belastung durch eine Diskrepanz zwischen Ideal und Realität der Pflegesituation bei älteren Pflegenden in Hospizen. Eine mögliche Erklärung liefern Farber und Kollegen [4]. Sie berichten in einer qualitativen Studie, dass jüngere Mitarbeiter eher auf technische Aspekte der Arbeit Wert legen, wohingegen ältere Mitarbeiter ehrliche und offene therapeutische Beziehungen zu den Patienten anstreben, was den hohen Anspruch an die Pflege widerspiegelt. Auch die empfundene Belastung durch Kollegen nimmt mit längerer Arbeitszeit zu.

Schlussendlich bleibt noch anzumerken, dass in den freien Äußerungen oftmals erwähnt wurde, dass die Arbeit auf der Palliativstation zwar sehr anstrengend ist, aber der Beruf als sehr wertvoll und erfüllend angesehen wird. Dies ist ein Ergebnis, das häufig in Forschungsarbeiten genannt wird [18, 23].

Die Umfrage ist selbstverständlich mit denen für Fragebogen-Studien typischen Problemen behaftet: Aufgrund der freiwilligen Teilnahme ist mit Selektionseffekten zu rechnen. Außerdem sind sozial erwünschte Antworttendenzen nicht auszuschließen. Allerdings sind diese bei der anonymisierten Form der Befragung unwahrscheinlicher als bei einem persönlichen Interview. Bei den erhobenen Belastungsfaktoren handelt es sich um das subjektive Belastungsempfinden, welches nicht mit objektiven, beobachtbaren Situationen zusammenhängen muss. Stresstheorien gehen jedoch davon aus, dass die subjektiv wahrgenommene Belastung die physische, emotionale und soziale Gesundheit besser vorhersagt [8].

Die Stichprobe unterliegt natürlich wie bei allen Umfragen gewissen Einschränkungen. Allerdings nahmen Palliativstationen aus allen Postleitzahlengebieten an der Umfrage teil. Deswegen ist davon auszugehen, dass die Arbeit auf den Palliativstationen hinreichend genau beschrieben wird.

Es bleiben auch noch viele Fragen offen. In weiteren Studien sollte mehr auf Einflussfaktoren, die in Zusammenhang zum Umgang mit dem Tod stehen, die aber außerhalb des Teams liegen, eingegangen werden. Dies könnten zum Beispiel spezifische Persönlichkeitsfaktoren sein. Auch könnte man die Daten mit anderen Krankenhausbereichen, wie beispielsweise onkologischen Stationen aber auch mit Hospizen, vergleichen. Bram und Katz [3] lieferten deskriptive Daten, die auf eine verringerte Belastung durch den Anspruch der Palliativmedizin in Hospizen hinweisen. Außerdem sollte ein weithin akzeptiertes Messinstrument zur spezifischen Messung von Belastungen von Mitarbeitern auf Palliativstationen entwickelt werden, um zielgerichtete Unterstützungen anbieten zu können, [7]. Eine Längsschnittstudie würde Fragen zum Ablauf der Stressentwicklung und der Kausalität beantworten.

Fazit für die Praxis

Mit einer Klärung des Anspruchs der Palliativmedizin können Belastungen verhindert werden. Dies beinhaltet eine genaue Definition der Arbeitsziele und der Aufgaben des einzelnen Mitarbeiters im gesamten Team. Außerdem sollte die Beziehung zum Patienten in der Supervision oder in Fortbildungen zum Thema gemacht werden, um diesen großen Belastungsfaktor zu dämpfen. Die Teamkommunikation sollte gezielt gefördert werden, um es als wichtigsten Schutzfaktor wirksam zu erhalten. Weiterhin zu beachten sind ökonomische Faktoren, die zu einer Häufung der pro Mitarbeiter erlebten Todesfälle führen,

Literatur:

1. Alexander DA, Ritchie E (1990) „Stressors“ and difficulties in dealing with the terminal patient. *J Palliat Care* 6:28-33.
2. Barstow J (1980) Stress variance in hospice nursing. *Nurs Outlook* 28:751-54.
3. Bram PJ, Katz LF (1989) Study of burnout in nurses working in hospice and hospital oncology settings. *Oncology Nurse Forum* 16:550-60.
4. Farber SJ, Egnew TR, Herman-Bertsch JL, Taylor TR, Guldin GE (2003) Issues in end-life care: patient, caregiver, and clinician perceptions. *J Palliat Med* 6(1):19-31.
5. Hopkinson JB, Hallett CE, Luker KA (2005) Everyday death: how do nurses cope with caring for dying people in hospital? *International Journal of Nursing Studies* 42:125-33.
6. Keidel GC (2002) Burnout and compassion fatigue among hospice caregivers. *Am J Hosp Pallat Care* 19(3):200-5.
7. Kinsella G (1998) A review of measurement of caregiver and family burden in palliative care. *J Palliat Care* 14:37-45.
8. Lazarus RS, Folkman S (1984) *Stress, appraisal and coping*. Springer: New York.
9. Leiter MP, Harvie P, Frizzel C (1998) The correspondence of patient satisfaction and nurse burn out. *Soc Science* 47:1611-17.
10. Maeyama E, Kawa M, Miyashita M, Ozawa T, Futami N, Nakagami Y, Sugishita C, Kazuma K (2003) Multiprofessional team approach in palliative care units in Japan. *Support Care Cancer* 11:509-15.
11. Mallett K, Price JH, Jurs SG, Slenker S. (1991) Relationships among burnout, death anxiety and social support in hospice and critical care nurses. *Psychol Rep* 68:1347-59.
12. Masterson-Allen S, Mor V, Laliberte L, Monteiro L (1985) Staff burnout in an hospice setting. *Hosp J* 1:1-15.
13. McWilliam CL, Burdock J, Wamsley J (1993) The challenging experience of palliative care support-team nursing. *Oncology Nursing Forum* 20:770-85.
14. Meier DE, et al. (2001) The inner life of physicians and care of the seriously ill. *JAMA* 286 (23):3007-14.
15. Moores TS, Castle KL, Shaw KL Stockton, M. R. & Bennet, M. I. (2007) „Memorable patient deaths“: reactions of hospital doctors and their need for support. *Medical Education* 41:942-46.
16. Munley A (1985) Sources of hospice staff stress and how to cope with it. *Nurs Clin North Am* 20:343-55.
17. Payne N (2001) Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *J of Advanced Nursing* 33(3):396-405.
18. Ramirez A, Addington-Hall J, Richards M (1998) ABC of palliative care: the carers. *BMJ* 316:208-11.
19. Sabatowski R, Radbruch R, Nauck F, Roß J, Zernikow, B (Hrsg.) (2006) *Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin Deutschland 2006/2007* (Das Buch kann unentgeltlich bei der Geschäftsstelle der DGP angefordert werden.)
20. Schröder C, Bänsch A, Schröder H (2004) Work and health conditions of nursing staff in palliative care and hospices in Germany. *Psycho-Social-Medicine* 1:Doc08.
21. Vachon MLS (1987) *Occupational stress in the care of the critically ill, the dying and bereaved*. Hemisphere: New York.
22. Vachon, MLS (1988) Battle fatigue in hospice/palliative care. In Gilmore A, Gilmore S (Hrsg.), *A safer death* (149-160). Plenum: New York.
23. Vachon, MLS (1995) Staff stress in hospice/palliative care: a review. *Palliat Medicine* 9:91-121.
24. Van Staa AL, Visser A, van der Zouwe N (2000). Caring for caregivers: experiences and evaluation of interventions for a palliative care team. *Patient Education and Counseling* 41:93-105.
25. World Health Organization (1990) *Cancer, pain and palliative care*, Geneva: WHO.
26. Yancick R (1984) Sources of work stress for hospice staff. *J Psychosocial Oncology* 2:21-31.

Anhang:

Abgekürzte Namen der Variablen:

Abkürzung	Bedeutung
Beziehung	Beziehung zum Patienten
Anspruch	Anspruch der Palliativmedizin
Häufung	Häufung von Todesfällen
Beziehung Angehörige	Beziehung zu Angehörigen
Unerwartetes Verst.	Unerwartetes Versterben
Kurze Begleitung	Kurze Begleitungsdauer
Todesfälle eig. Umf.	Todesfälle im eigenen Umfeld
Schuldgefühle	Eigene Schuldgefühle
Zeit Palliativ	Zeitdauer der Arbeit im Palliative Care
Belastungen Kollegen	Belastungen von Kollegen
Ablehnung Rituale	Ablehnung sonst üblicher Rituale
Kein Einlassen	Kein Einlassen auf neue Patienten
Dienst n. Vorschrift	Dienst nach Vorschrift
Keine Unterstützung	Keine Unterstützungsangebote annehmen
Verw. Neuaufnahmen	Verweigerung von Neuaufnahmen
Spannung Berufe	Spannung zwischen den Berufsgruppen



Wie viel Tod verträgt das Team?

1. Wie stark fühlen Sie sich durch folgende Faktoren belastet?				
	gar nicht	leicht	stark	sehr stark
Besondere Beziehung zum Patienten Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anspruch der Palliativmedizin nicht erfüllt (medizinisch, pflegerisch, psychosozial spirituell) Welcher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufung von Todesfällen in einer Zeiteinheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besondere Beziehung zu Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unerwartetes Versterben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurze Begleitungsdauer (weniger als 3 Tage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erinnerungen an Todesfälle im eigenen Umfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schuldgefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitdauer der eigenen Arbeit im Bereich Palliative Care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belastungen von Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebenskrisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Welche Symptome zeigt Ihr Team, wenn es durch Tod belastet wird?				
	gar nicht	leicht	stark	sehr stark
Sprachlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrte Streitigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorwürfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückzug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über-Redseligkeit (alles besprechen müssen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ablehnung sonst üblicher Rituale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein Einlassen auf andere oder neue Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zynismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dienst nach Vorschrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Unterstützungsangebote annehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verweigerung von Neuaufnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Spannungen zwischen den Berufsgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wie wichtig sind Ihnen Faktoren, die Ihrem Team helfen, mit dem Tod umzugehen?				
	unwichtig	weniger wichtig	wichtig	sehr wichtig
Supervision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rituale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privatleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ablenkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weltanschauung / Glaube	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Falls es eine kritische Zahl von Todesfällen gäbe, die eine Überlastung eines Palliativteams zur Folge hätte, wie viele Sterbefälle pro Woche, schätzen Sie, hält ein Team aus?

_____ Patienten / Woche

5. Welche Abfolge von Todesfällen in einer Woche würden Sie als belastender empfinden?
 X = Tag ohne Todesfall T = Tag mit Todesfall

XXTTTTX XTXTXTX

6. Schätzen Sie ein, wie viele Tote hat Ihr Team in den letzten 12 Monaten erlebt?

_____ Patienten

7. Wie lange, schätzen Sie, kann Ihr Team, so wie es jetzt besteht, diese Arbeit noch machen?

einige Wochen einige Monate einige Jahre viele Jahre

8. Berufsgruppe

Pflege Arzt / Ärztin Sozialarbeit Seelsorge Physiotherapie Andere

9. Geschlecht

weiblich männlich

10. Wie lange sind Sie in der Palliativarbeit tätig?

_____ Jahre

11. Freie Äußerungen

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!