

Fachweiterbildung
zur Pflege und Betreuung des Tumorpatienten
und schwerst-chronisch Kranken

Nachqualifizierungsseminar
im Rahmen der DKG-Empfehlung
"Pflege in der Onkologie"
§ 23 Abs. 6 Nr. 2

Hausarbeit

zum Thema:

*Belastungen des Pflegepersonals
auf einer chirurgisch-onkologischen Station*

bearbeitet von:

Silke Auer
Stationsleitung

Juni 2000

Inhaltsverzeichnis:

I. Vorwort	S. 3
II. Definition des Begriffes "Belastung"	S. 4
III. Belastungen des Pflegepersonals allgemein	S. 4
1. durch das Berufsbild bzw. das Image der Krankenschwester/des Krankenpflegers	S. 4
2. durch die Arbeitszeiten bzw. Mehrarbeit und Überstunden	S. 5
3. durch die körperliche Belastung	S. 5
4. durch die administrativen Tätigkeiten	S. 6
5. durch die institutionellen Rahmenbedingungen	S. 6
a. der Klinik	S. 6
b. der Station	S. 7
IV. Belastungen des Pflegepersonals auf chirurgisch-onkologischen Stationen	S. 8
1. die psycho-soziale Belastung	S. 8
2. die präoperative Diagnostik, den Aufklärungsprozess und die OP-Vorbereitung	S. 13
3. die postoperative Situation, den weiteren Aufklärungsprozess, die adjuvanten Therapien	S. 15
4. die Betreuung der Angehörigen	S. 19
5. die Anforderungen an die Fachkompetenz	S. 21
6. der Klinikalltag "Chirurgie"	S. 22
V. Anforderungen an die Stationsleitung	S. 24
1. in Bezug auf die Mitarbeiterauswahl bzw. Mitarbeiterführung	S. 24
2. in Bezug auf die Kooperation bzw. Kommunikation mit anderen Berufsgruppen	S. 25
3. in Bezug auf die eigenen Ressourcen	S. 26
VI. Schlußwort	S. 27
VII. Literaturverzeichnis	S. 28

I. Vorwort

Die Erstellung einer Hausarbeit ist der Arbeitsauftrag im Rahmen des Nachqualifizierungsseminar "Pflege in der Onkologie" nach DKG-Empfehlungen, für Pflegepersonal mit 10-jähriger Berufserfahrung in der onkologischen Pflege. Ich sehe dies zum einen als eine persönliche Herausforderung, neben meiner Arbeit und meiner Position als Stationsleitung einer onkologischen Station, zum anderen als Chance sich intensiv mit einem Thema auseinander zu setzen, wozu man im Arbeitsalltag eigentlich kaum Zeit findet.

Mein Thema ergab sich aus vielen Gesprächen und Diskussionen in den letzten Wochen und Monaten hinsichtlich der Auswirkungen im Gesundheitswesen durch die Sparmaßnahmen. Konkret meine ich damit, daß immer mehr Personal eingespart wird, während der Versorgungsauftrag durch die Weiterentwicklung in der medizinischen Forschung immer größer wird. Genau hier geht nämlich die Schere immer weiter auf. Es wurde mir aber auch klar, daß viel darüber geredet und geklagt wird, ohne das etwas konkretes dagegen unternommen wurde. Keiner hat es je in Frage gestellt, daß Pflegepersonal auf onkologischen Stationen stark belastet ist, im Gegenteil, jeder weiß es und versteht das. Hat sich aber jemals etwas an der Situation geändert ? Wurde dies bei den Einsparungen der Personalkosten berücksichtigt ?

Nach meinen Informationen nicht. Natürlich kann man jetzt auch argumentieren, daß andere Fachbereiche andere Belastungsschwerpunkte haben, was sicherlich auch richtig ist. Die Frage ist aber: Für welche Belastungsschwerpunkte brauche ich welches Personal, mit welcher Qualifikation, und in welcher Quantität ?

Da man sich in solchen Diskussionen aber meistens nur auf mündliche Aussagen berufen kann, sah ich dies jetzt als eine gute Gelegenheit mich mit dieser Thematik in meiner Hausarbeit intensiver auseinanderzusetzen. Ich hoffe daß es mir dadurch gelingt die Belastungen und die Auswirkungen etwas transparenter zu machen, und sie in Zukunft besser den anderen Fachbereichen gegenüberstellen zu können. Vor allem liegt mir auch sehr viel daran aufzuzeigen, wie wichtig es für den Patienten ist, in dieser persönlichen Lebenskrise, hervorgerufen durch die Diagnose "Krebs", von qualifiziertem, verständnisvollem und freundlichem Pflegepersonal betreut zu werden. Möchten Sie sich in der Situation von frustriertem, schlechtgelauntem, unfreundlichem Pflegepersonal betreuen lassen, daß zu Dienstbeginn auf die Uhr schaut und hofft er möge bald vorüber sein ? Ich glaube nicht, denn wer denkt schon darüber nach, daß er morgen in diesem Bett liegen und das selbe Schicksal erleiden kann?

Ich denke daß es wichtig ist, daß wir unsere Leistungen auch transparent machen und sie nicht immer als eine Selbstverständlichkeit hinstellen, denn ich möchte hier auch einmal klarstellen, daß die beste OP nicht zum Erfolg führen kann, wenn es durch mangelnde Pflegequalität und Fachkompetenz zu Komplikationen kommt.

II. Definition des Begriffes " Belastung"

Der Begriff " Belastung" ist von seiner Wortbedeutung her nicht eindeutig. Er teilt sich zum einen in objektive Belastungen und zum anderen in subjektive Belastungen.

Die objektiven Belastungen, oder auch äußeren Belastungen, sind die sogenannten Stressoren.

Die subjektiven Belastungen, oder auch inneren Belastungen, sind die individuellen bzw. personenabhängigen Belastungen, und beziehen sich auf das individuelle Stressgeschehen.

Man könnte auch sagen es ist die Differenzierung zwischen "Einwirkung" und "Auswirkung".

(Ullrich,A. S.13)

Worin aber liegt nun die Belastung des Pflegepersonals auf onkologischen Stationen?

Wie geht man damit um? Wie hält man das aus?

Braucht man gewisse Voraussetzungen oder Qualifikationen?

Diese und mit Sicherheit noch viele andere Fragen tauchen in diesem Zusammenhang immer wieder auf, und damit möchte ich mich nun im weiteren etwas intensiver auseinandersetzen. An dieser Stelle möchte ich nochmals darauf hinweisen, daß ich mich schwerpunktmäßig auf die chirurgische Onkologie beschränken möchte. Es gibt sicher einige Fakten die auf alle onkologischen Bereiche, wie z.B.. Hämatologie, Radiologie, etc. übertragbar sind. Dennoch können einzelne Belastungsschwerpunkte qualitativ unterschiedlich gelagert sein.

III. Belastungen des Pflegepersonals allgemein

Zunächst möchte ich kurz die Belastungen darstellen, die alleine das Beruf Krankenschwester bzw. des Krankenpflegers mit sich bringt, ohne dabei Bezug auf das Fachgebiet der Onkologie zu nehmen.

Diesen Belastungen ist Pflegepersonal mehr oder minder immer ausgesetzt, wobei deren Auswirkungen unterschiedlich empfunden werden (siehe auch "Definition").

Diese Belastungen entstehen:

1. durch das Berufsbild bzw. das Image der Krankenschwester / des Krankenpflegers

Wie fast alle Berufe im sozialen Bereich, birgt natürlich auch der Pflegeberuf schon eine gewisse Grundbelastung in sich.

So wird z.B. erwartet, daß das Pflegepersonal stets hilfsbereit, verständnisvoll, fürsorglich und engagiert ist. Es soll auf den Patienten eingehen, seine Ängste und Sorgen verstehen, immer Zeit für den Patienten haben, und immer freundlich und höflich sein, auch wenn der Patient seinen Ärger, seine Wut und seinen Zorn an ihm ausläßt.

Aber es soll auch kompetent sein, und die Fragen des Patienten beantworten können.

Ebenso spielen Kommunikations- und Kooperationsbereitschaft, wie auch Flexibilität eine wichtige Rolle in diesem Beruf.

An dieser Stelle möchte ich einmal die Frage aufwerfen, wo denn hinter der "Krankenschwester" eigentlich der Mensch als solcher bleibt, der auch Sorgen, Ängste und Gefühle hat. Nicht selten kommen wir dadurch in eine Konfliktsituation.

Erwartet man dies nicht alles mit einer Selbstverständlichkeit? Ist uns dies eigentlich überhaupt so bewußt?

2. durch die Arbeitszeiten, Mehrarbeit und Überstunden

Da die Kliniken einen Versorgungsauftrag über 24h / 7 Tage die Woche zu leisten haben, ergeben sich daraus natürlich mehrere unterschiedliche Arbeitszeitmodelle. Hierbei handelt es sich in der Regel aber um Schichtdienst, d.h. Früh-, Spät-, und Nachtdienst. Ausnahmen stellen hier fast nur die diagnostischen Bereiche, die aber wiederum ihre Rufbereitschaftsdienste haben, dar.

Weiterhin gibt es allerdings auch noch viel Pflegepersonal im Dauernachtdienst, meistens bedingt durch einen Haushalt mit schulpflichtigen Kindern.

Langfristig gesundheitliche Schäden, sowie Befindlichkeitsstörungen sind dann vielfach die Folgen einer dauerhaften Störung des Tag- / Nachtrhythmus.

Wichtig zu erwähnen sind aber auch die Wochenend- und Feiertagsdienste, sowie lange Dienstzeiten und Überstunden, was wiederum sozialen Auswirkungen für das Pflegepersonal hat (Einschränkung der sozialen Kontakte, schlecht planbare Freizeit etc.). Dieser Belastungsfaktor sollte nicht unterschätzt werden.

3. körperliche Belastung

Auch dies ist eine Grundbelastung des Pflegeberufes. Hierzu zählen das schwere Heben und Tragen, was hauptsächlich zu Beschwerden des Bewegungsapparates führt, sowie die vegetativen Störungen z.B.. Nervosität, Magenbeschwerden, Schlafstörungen, Kreislaufprobleme etc. .

Ebenso muß an dieser Stelle auch der Umgang mit gesundheitsgefährdeten Stoffen, wie z.B.. Reinigungs- und Desinfektionsmittel, hochgiftige Medikamente wie z.B.. Chemotherapeutika, Antibiotika, etc. , genannt werden.

Nicht zu vergessen sind hier natürlich auch die Strahlenbelastung, sowie die Gefahr einer Infektion (z.B. Hepatitis), die unter Umständen sogar zur Berufsunfähigkeit führen kann.

4. administrativen Tätigkeiten.

Sie stellen eine immer wieder auch zeitaufwendige und nervenaufreibende Belastung dar.

Wenn wir uns den Stations-bzw. Tagesablauf einer Station einmal näher betrachten, so wird uns schnell bewußt, daß wir doch auch sehr viel Zeit damit verbringen. Es müssen Termine vereinbart werden, Patienten zur Diagnostik oder in den OP begleitet, bzw. von dort abgeholt werden. Vor allem müssen sie auch koordiniert und auf die Belastungsgrenzen der Patienten und deren Befindlichkeit abgestimmt werden.

Weiterhin sind wir dafür verantwortlich, daß das benötigte Material (Wäsche, Verbandsmaterial, Medikamente, etc.) und die Verpflegung (Mahlzeiten) regelmäßig und rechtzeitig für die Patienten bestellt werden.

Viel Zeit wird aber auch für die Dokumentation der durchgeführten oder geplanten Pflege und therapeutischer Behandlung in Anspruch genommen, die im EDV- Zeitalter (bedingt durch die vielen verschiedenen Programme) nicht unbedingt schneller geht.

Aber auch die Kooperation und Kommunikation mit anderen Berufsgruppen ist für den Stationsablauf enorm wichtig.

Wir müssen uns nicht wundern, woher das Gefühl der Unzufriedenheit kommt, wenn wir uns den ganzen Vormittag hauptsächlich mit diesen administrativen Tätigkeiten beschäftigen müssen, und für den Patienten relativ wenig Zeit hatten.

5. durch die institutionellen Rahmenbedingungen,

die ich im weiteren nochmals in zwei Bereiche unterteilt habe.

a. der Klinik

Damit meine ich zum einen

* die Größe der Klinik (z.B. Kreiskrankenhaus, Universitätsklinik etc.) , zum anderen

* die Strukturen innerhalb der Klinik (Hierarchie, Anzahl der verschiedenen Fachbereiche, die Größe der Stationen, der Personalschlüssel etc.).

Auch die institutionellen Rahmenbedingungen der Klinik stellen eine Belastung dar, mit der wir täglich konfrontiert werden.

Dies heißt bei uns z.B.. daß es durchaus sein kann, daß auf den allgemeinchirurgischen oder traumatologischen Stationen Patienten auf dem Flur liegen müssen, da alle Betten belegt sind, während es auf den urologischen Stationen noch freie Betten gibt.

Dies liegt einfach auch daran, daß an einer Uniklinik jeder Fachbereich seinen eigenen Chefarzt hat, im Gegensatz zu einem Kreiskrankenhaus.

Da wir als Uniklinik Aufnahmepflicht rund um die Uhr haben, egal ob es freie Betten gibt oder nicht, kann es durchaus sein das es zu relativ kurzfristigen Verlegungen innerhalb des Hauses kommen kann, z.B.. vom Aufwachraum, von der Ambulanz oder der Intensivstation, egal zu welcher Tageszeit. Für das Pflegepersonal bedeutet dies, daß der eigentliche Stationsablauf in kürzester Zeit auf die neue Situation angepaßt werden muß. Die Schwester oder der Pfleger muß also hier sehr flexibel sein.

b. der Station

In diesem Bereich liegen sicher mit die meisten Stressoren, da dies ja der eigentliche Arbeitsplatz ist. Er bietet aber auch die Möglichkeit einige (wenn auch nicht alle) belastende Faktoren zu reduzieren. Dies hängt viel von der Kreativität, der Motivation und dem Engagement des Pflegepersonals der Station ab. Zu den belastenden Faktoren der Station zähle ich unter anderem:

- Die Räumlichkeiten der Station, Stehen genügend Arbeitsräume zur Verfügung bzw. sind diese groß genug?
- Die Größe der Patientenzimmer (Ein-, Zwei-, oder Mehrbettzimmer)
- Haben die Arbeits- und Aufenthaltsräume Tageslicht oder Neonlicht
- Die Einrichtung bzw. Innenausstattung
- Der Stationsablauf bzw. die Organisation
- Die Dienstplan- und Urlaubsplangestaltung (werden Wünsche der Mitarbeiter im Dienstplan berücksichtigt, werden regelmäßig Teambesprechungen durchgeführt, gibt es eine Urlaubsbesprechung, gibt es Schichtleitungen etc.)
- Sind andere Berufsgruppen (z.B. Krankengymnasten, Ärzte, Reinigungsdienst, Seelsorge, Stomatherapeut, Sozialarbeiter etc.) integriert?
- Wie gut ist die Kooperation- und Kommunikation?
- Wo liegt der Schwerpunkt der Station (Pflegephilosophie) und ist der auch transparent?

An dieser Stelle möchte ich nun den ersten Teil, -Belastungen allgemein-, abschließen und mich mit meinem Schwerpunktthema: „Belastungen des Pflegepersonals auf einer chirurgisch-onkologischen Station" auseinandersetzen. Sie fragen sich jetzt vielleicht warum ich mich hier auf die chirurgische Onkologie beschränke, denn onkologisches Pflegepersonal ist doch sicher auch in den anderen Fachbereichen belastet. Das kann ich auch nur bestätigen. Mir wurde aber, nachdem ich begonnen hatte mich mit diesem Thema auseinanderzusetzen, und mich mit Kollegen aus anderen Fachbereichen darüber zu unterhalten, schnell klar, daß die einzelnen Belastungsschwerpunkte doch sehr unterschiedlich gelagert sind. Um hier allen gerecht werden zu können, müßte ich den Rahmen dieser Hausarbeit sprengen und wahrscheinlich ein Buch schreiben. Sicherlich wird sich aber das ein oder andere auch mit den anderen Fachbereichen decken bzw. überschneiden, so daß man dies auch für andere Bereiche übertragen kann.

IV. Belastungen des Pflegepersonals auf chirurgisch-onkologischen Stationen

Zunächst einmal möchte ich hier auf die

1. psycho-soziale Belastung

im Allgemeinen eingehen. In unserer Gesellschaft haftet der Diagnose „Krebs“ nach wie vor das Stigma eines Todesurteils an, und die Konfrontation mit dem Thema „Tod“ wird tabuisiert. Diese Stigmatisierung trifft vor allem nicht nur die betroffenen Patienten, sondern auch das Pflegepersonal und die Ärzte, die in den Kliniken überwiegend oder ausschließlich mit Tumorpatienten arbeiten.

Die Angst vor dieser Krankheit ist mit Sicherheit einer der Hauptgründe der Tabuisierung, und trägt dazu bei, das die Patienten, ihre Familie und häufig auch das Klinikpersonal eine innere und äußere Isolation erfahren. (Ratsak, G. S. 14) Wir erkennen dies z.B. an folgenden Aussagen:

„Wie kann man das nur aushalten, Tag für Tag dieses Elend und Leid mit anzusehen“? „Ich würde mich umbringen, wenn ich so eine Krankheit bekommen würde“. „Dort kann doch kein normaler Mensch längere Zeit arbeiten, wenn er tagtäglich an jedem Patientenbett dem Tod ins Auge sieht“.

Für die Pflegenden in der Onkologie ist es enorm wichtig, sich damit auseinander zu setzen, wie die Öffentlichkeit mit dem Thema „Krebs“ umgeht und wie sich dies auf den Patienten niederschlägt. Nicht selten sieht sich onkologisches Pflegepersonal, die ausschließlich mit Tumorpatienten arbeiten, mit dem leicht distanzierten Interesse ihrer Berufskollegen konfrontiert. (Ratsak, G. S. 15)

Dies läßt z.B. folgende Aussage deutlich werden:

„Um Gottes Willen, da arbeitest du“?

Darin wird die Bewunderung und das Entsetzen gleichermaßen ausgedrückt. Das Fachgebiet der Onkologie nimmt in der ärztlichen sowie auch in der pflegerischen Betreuung seit jeher eine Sonderstellung ein. Dies liegt daran, daß die potentiell tödliche Krankheit deshalb so bedrohlich ist, weil die naturwissenschaftliche Forschung auf die Fragen nach den Ursachen und Behandlungsmethoden nur sehr unbefriedigende Antworten gibt. Einfacher ist dies z.B. auf dem Gebiet der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, da dort die Pathophysiologie selbst für den Laien ansatzweise zu durchschauen ist. (Ullrich, A., S.4)

Des weiteren haben fast alle Krebspatienten negative Erlebnisse mit dieser Krankheit, entweder in der eigenen Familie oder im Bekanntenkreis. Die Angst vor Leid, Siechtum, Verlust des Selbstbildes und des Selbstwertgefühles, sowie die Angst vor dem Tod prägt die psychische Situation des Patienten.

Trotz guter Behandlungsmöglichkeiten und -ergebnisse bleibt die Angst vor Rezidiven und Metastasen, und die Tatsache einer unsicheren Prognose.

Damit wird auch das Pflegepersonal konfrontiert.

Dies hat zur Folge, daß Pflegendе dabei quasi aus ihrer professionellen Rolle heraustreten, und sich in der Rolle als Mensch wieder findet.

Hier wird ihnen ihr eigenes Menschsein, ihre eigene Verletzbarkeit sowie die Grenzen des Helfens gegenwärtig. (Die Schwester / Der Pfleger 6/99)

Sie müssen spüren und lernen damit umzugehen, da ständig verdrängte und abgewehrte Ängste unzufrieden machen und zu psychosomatischen Störungen führen können.

Der Balanceakt zwischen Nähe und Distanz sollte bei der Pflege von Tumorpatienten immer ausgeglichen sein, da die Pflege auch immer ein Beziehungsprozess zwischen Pflegepersonal und Patient ist. Wenn dies nicht gelingt, und die Schwester oder der Pfleger nicht nur mitfühlt, sondern auch mitleidet, und sich nicht genügend ihren eigenen Ansprüchen gegenüber der Erwartungshaltung des Patienten abgrenzen kann, kann das Burn-out-Syndrom (das Ausbrennen) die Folge sein. Auch bei den Pflegenden werden tiefsitzende Ängste geweckt, die unbewußt unangenehme Gefühle auslösen. Werden diese nicht wahrgenommen und somit auch nicht zugelassen, führen sie zwangsläufig zu Abwehrmechanismen, d.h. der Patientenkontakt wird vermieden, und somit ihr Zustand verleugnet.

Hierzu ein Beispiel:

Auf unsere Station wurde eine 32-jährige Frau aufgenommen. Sie hatte einen 18 Monate alten Sohn und war verheiratet.

Diagnose: Unklarer Tumor paravaginal, v.a. Infiltration in das Rektum, sowie in die Blase.

Die Patientin wurde für eine Beckenexenteration mit Sigmastomaanlage und ggf. Ileumconduit aufgeklärt, falls sich dieser Verdacht bestätigt.

Welche Auswirkungen dies für die Patientin hätte, war eigentlich klar, und es machte uns alle sehr betroffen. Vor allem brauchte die Patientin jetzt auch sehr viel Zuwendung, da sie eine schwerwiegende Entscheidung zu treffen hatte, die ihr keiner abnehmen konnte. Sie hatte sehr viel Gesprächsbedarf, viele Fragen, und war natürlich auch sehr verzweifelt. Eine noch relativ junge Kollegin war mit dieser Situation, die sie so daß erste Mal erlebte, überfordert. Sie vermied das Zimmer wo immer sie konnte. Wenn es dort klingelte, hatte sie plötzlich noch etwas wichtiges zu erledigen, oder war aus anderen vorgeschobenen Gründen unpässlich. Wenn Kollegen sich über diese Situation und ihre Betroffenheit unterhielten, verließ sie wenn möglich den Raum. Vor allem fand sie es erschreckend, wie realistisch die Patientin damit umging. In einem Gespräch mit ihr erzählte sie mir dann, daß sie sich bisher noch nie so intensiv damit auseinandergesetzt hatte, was es für einen

Menschen überhaupt bedeuten kann, an Krebs zu erkranken, da die Patienten bisher immer älter waren.

Mir dieser Patientin konnte sie sich jedoch gut identifizieren, und dadurch wurde ihr erstmals auch die Hilflosigkeit der Pflege in manchen Situationen bewußt, und die Angst als Schwester "versagt" zu haben.

Es hätte auch gut sein können daß diese Kollegin versucht hätte die Patientin zu trösten, indem sie ihr sagt:

"Das ist bestimmt nicht so schlimm, das wird schon wieder. Es wir nichts so heiß gegessen, wie's gekocht wird."

Auch diese Reaktion hat es schon gegeben. Damit hätte sie die Situation allerdings verleugnet. Steht nämlich das Betreuungsteam selbst auf der Seite der Verleugnung, bedeutet das für den Patienten, daß die Wahrheit, die er selbst schon ahnt so schlimm sein muß, daß sie keiner aussprechen kann, und seine schlimmsten Befürchtungen wohl zutreffen.

Es schafft mit Sicherheit keine Distanz, sondern eher eine Gemeinsamkeit, eigene Ängste auch Patienten gegenüber zu äußern, denn die Patienten sind sensibel dafür ob ihnen jemand authentisch begegnet oder nicht. Diese Ehrlichkeit wird als Mitmenschlichkeit und nicht als Schwäche der Pflegenden empfunden.

Beeinflußt werden Pflegekräfte aber auch durch die Ziele unserer Leistungsgesellschaft.

Die Hilflosigkeit bei unheilbaren Krankheiten wird teilweise als Mißerfolg ihrer Pflege gedeutet, und als Frustration erlebt.

Dies betrifft auch den Patienten, der sich nun auch Sorgen um seinen Arbeitsplatz macht und Angst vor Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit hat.

Zu unserer Identität gehören nun einmal Arbeit und Leistung, die in dieser Situation bedroht ist, ebenso wie das Selbstwertgefühl. Nicht zu vergessen daß der Patient dadurch auch finanzielle Einbußen oder Schwierigkeiten in Kauf nehmen muß. Durch eine lange Krankheit können Pläne, finanzielle Verpflichtungen etc., die in der Regel in gesunden Zeiten gemacht werden, viele Sorgen bereiten. Vor allem dann, wenn das Krankengeld geringer als das Einkommen ist, und dadurch die Mietbelastung zu hoch wird, oder die Hobbys der Kinder nicht mehr finanziert werden können. Dies kann den Patienten wütend und ratlos machen, zu Selbstwertverlusten und zum Statusverlust führen, da sie weder vorhersehbar sind, noch kann jemand dafür verantwortlich gemacht werden. Hinzu kommen noch Ängste hinsichtlich des Vitalitäts- und Mobilitätsverlustes, z.B.. durch drastischen Gewichtsabnahme (bis hin zur Kachexie) während der Behandlung. Des weiteren die Auseinandersetzung mit dem evtl. möglichen Verlust von Organen oder Körperteilen, und den dadurch bedingten Einschränkungen.

Ich denke da an Patienten mit einem Stoma, nach einer Ablatio mammae, nach Gastrektomie oder Amputation einer Extremität etc. , deren eigenes Körperbild und ihr weiteres Leben dadurch sehr stark verändert wird, und ebenso das der Familie.

Den meisten Patienten sieht man ihre Krankheit auch (noch) nicht an, im Gegenteil, sie sehen eigentlich sehr vital aus und fühlen sich auch so.

Ein häufiger Ausspruch ist hier auch oft:

" Sehen sie mich an, sehe ich krank aus? Ich stehe eigentlich in der Blüte meines Lebens, und jetzt kommt da der Arzt und eröffnet mir daß ich höchstwahrscheinlich Krebs habe. Das ist unbegreiflich und unverständlich für mich."

Auch die Sorgen um die Familie lassen den Patienten nicht zur Ruhe kommen. Sie stellen sich dann oft Fragen wie z.B.. :

*"Wie soll mein(e) Mann (Frau) alleine zurecht kommen ? Wer sorgt jetzt für die Kinder ?
Wie sollen wir jetzt unsere Schulden bezahlen ?*

Mit all diesen Sorgen und Ängste werden natürlich auch die Pflegenden konfrontiert, deren Aufgabe es hier ist den Patienten ernst zu nehmen, ihm zuzuhören und ihm ggf. Hilfe anzubieten z.B.. durch einen Sozialarbeiter, Psychologen, Seelsorger etc., wobei klar ist daß sie nicht alle Probleme lösen können. Im Gegenteil, oftmals ist dies auch nur " ein Tropfen auf den heißen Stein".

Die Angst vor der Pflegebedürftigkeit bzw. Abhängigkeit von anderen durch die Erkrankung stellt für den Patienten verständlicherweise ein weiteres Problem da. Es kann zu extremen Selbstzweifeln und Autonomieverlusten führen.

Dies wird dann in Aussagen wie:

"Was bin ich denn noch wert, nur eine Last für meine Familie. Das ist doch kein Leben mehr."

deutlich.

Hier erfordert es sehr viel Einfühlungsvermögen von den Pflegenden, mit dem Patienten auch über sehr intime Probleme zu sprechen und vor allem auch diskret damit umzugehen. Den Patienten kostet es meistens doch sehr viel Überwindung den Themenbereich der Sexualität und Partnerschaft anzusprechen, schon gar nicht beim Arzt, es sei den dieser spricht es an.

Selbst in der Partnerschaft können hier Konflikte entstehen, wenn jeder seine Ängste und Sorgen für sich behält, weil keiner den anderen belasten will.

Erfahrene Pflegende erkennen diese Situation oft an den unterschiedlichsten Verhaltensweisen und Äußerungen (z.B. wird der Partner mit dem Stoma nicht konfrontiert etc.). Wichtig ist es hier, daß die Pflegenden versuchen zwischen Patient, Angehörigen und Arzt zu vermitteln, Hilfestellung anzubieten, jedoch nicht das Problem zu lösen, denn damit nimmt man dem Patienten seine Selbständigkeit und macht ihn nur noch abhängiger.

Dies ist oft eine schmale Grad Wanderung und führt nicht immer zum Ziel, was sich viele Pflegendе als versagen ankreiden. Genau das ist aber falsch, denn manchmal müssen sie es auch akzeptieren daß der Patient das Angebot nicht wahrnehmen möchte.

Als besonders belastend wird dies in der Betreuung Sterbender erlebt. Nicht alle Patienten sind in der Sterbephase soweit, daß sie ihre Krankheit akzeptieren können.

Einige sind noch immer bzw. Wieder in der Phase der Verleumdung, des nicht-wahr-haben-wollen, oder auch der Wut und Enttäuschung.

Hier werden auch Pflegendе ganz klar mit den Grenzen der Medizin konfrontiert und auch mit der eigenen Hilflosigkeit. Eine gute Sterbebegleitung kann hier tatsächlich nur der leisten der sich selbst mit dem eigenen Sterben und dem Tod auseinandergesetzt hat.

Zu spüren, zu erkennen und zu erleben was der Sterbende braucht, ist mit einer der größten Herausforderungen in der Pflege.

Mehr als nur einmal habe ich selbst erlebt, wieviel Unruhe Pflegendе verursachen können, und wie verzweifelt sie versuchen möglichst schnell das Zimmer wieder verlassen zu können, wenn sie mit dieser Situation überfordert sind. Da werden dann die Stühle zurecht gerückt, der Tisch abgewischt, an den Infusionen gedreht etc. weil es der Pflegenden nicht möglich war, sich einfach ans Bett zu setzen und die Hand des Patienten zu halten, ohne große Worte.

Diese letzte Wegstrecke, auf der man den Patienten begleitet ist immer die schwerste, vor allem wenn er über einen längeren Behandlungszeitraum auf der Station lag.

Man darf nicht vergessen, daß die permanente Betreuung von schwerkranken Tumorpatienten auch beim Pflegepersonal Unsicherheit, Traurigkeit, Zorn, Hilflosigkeit und Depressionen auslösen kann.

Ich denke daß es deutlich geworden ist, welch hohen Stellenwert die psychosoziale Betreuung für den Patienten hat. Der einfühlsame Umgang mit Krebspatienten ist eine wichtige und schwierige Aufgabe, bzw. emotionale Schwerstarbeit, dessen sich das Pflegepersonal bewußt sein muß.

Im Weiteren möchte ich nun auf die psychische Belastung speziell in der chirurgischen Onkologie eingehen, die geprägt ist durch

2. die präoperative Diagnostik, den präoperativen Aufklärungsprozess und die OP-Vorbereitung.

Die präoperative Zeit ist für den Patienten oft wie eine Berg-und Talfahrt. Er schwebt einerseits in der Hoffnung, daß alles ein Irrtum bzw. ganz harmlos ist, andererseits in der Angst das man ihm vielleicht gar nicht mehr helfen kann.

Hinzu kommt noch, daß der Patient in dieser Situation seine geschützte Umgebung und Intimsphäre verliert, und sich somit auch anderen Gesetzen unterwerfen muß. In den meisten Fällen muß nun aber noch die vom Hausarzt bereits gestellte Verdachtsdiagnose durch weitere diagnostischen Maßnahmen gesichert werden. Dies erfordert von den Patienten sehr viel Geduld, da dies unter Umständen sehr langwierig sein kann, abhängig von der Verdachtsdiagnose, und den noch benötigten Untersuchungen, die evtl. sogar nur im Rahmen einer medizinischen Studie notwendig sind.

Es ist enorm wichtig mit dem Patienten über den Sinn und Zweck der Untersuchungen zu sprechen, und ihn vor allem rechtzeitig davon in Kenntnis zu setzen, so daß Unsicherheiten oder Unklarheiten ausgeräumt werden können, sowie ihn auch über das Ergebnis zu informieren. Dies ist eine der wichtigsten Voraussetzungen um ein Vertrauensverhältnis mit dem Patienten aufbauen zu können.

Die Pflegekraft ist bereits hier schon die wichtigste Bezugsperson, denn der Arzt legt seinen Schwerpunkt auf die möglichst genaue Diagnostik und Therapie, während sie die Aufmerksamkeit auf die Ängste und Sorgen des Patienten lenkt, da sie auch den längeren und intensiveren Kontakt zum Patienten hat.

Daraus ergibt es sich auch, daß sie eine „Dolmetscherfunktion“ erfüllt, denn in den meisten Fällen hat der Patient nicht alles verstanden, was bei der Visite besprochen wurde, und traut sich auch nicht nachzufragen.

Spricht man den Patienten darauf an bzw. ermutigt ihn zum Nachfragen, so hört man oft folgende Aussage:

„Ach wissen sie Schwester, die Ärzte haben doch so wenig Zeit, die müssen doch in den OP oder haben noch wichtigeres zu tun.“

Hintergrund ist aber oft auch, daß der Patient mit seiner momentanen Situation überfordert ist, weil ihn die Ereignisse einfach überrollen ohne das er überhaupt Zeit hatte darüber nachzudenken.

Dies äußert sich auch des öfteren dadurch, daß der Patient sehr verärgert reagiert, wenn Untersuchungen wiederholt werden müssen oder sich die Termine verschieben.

Vielen sitzt aber auch eine große Angst im Nacken, die sich in folgenden Aussagen widerspiegelt:

„Ich kann nicht verstehen warum jetzt nochmals die Untersuchungen gemacht werden müssen, wo ich doch schon alle Befunde mitgebracht habe. Mein Hausarzt hat mir gesagt, das „Ding“ muß schnellstens entfernt werden, wenn die Ärzte noch lange warten, dann brauchen sie gar nichts mehr machen.“

„Jetzt kann ich schon seit mehreren Wochen nur noch flüssige Kost zu mir nehmen, und selbst das fällt mir schwer, wenn das so weitergeht bin ich verhungert bis ich operiert werden kann. Von den Flaschen (parenteralen Ernährung) kann doch kein Mensch leben.“

„Die sollen nicht so viel Theater mit den Untersuchungen machen. Wenn sie den Bauch aufschneiden werden sie sehen was los ist. In der Zeit wo ich auf die ganzen Untersuchungen warte wird der Tumor auch nicht kleiner, und zum Schluß können sie dann vielleicht gar nichts mehr machen.“

Hinzu kommt dann noch vor jeder weiteren Untersuchung die Angst, daß noch etwas anderes festgestellt wird, z.B.. ein weiterer Tumor oder Metastasen, und somit eine Operation gar nicht mehr möglich wäre.

Für den Patienten bedeutet dies aber auch permanente Konfrontation mit seiner Erkrankung, sowie die der Mitpatienten. Einerseits kann sich dies positiv auswirken, nämlich dann wenn die Mitpatienten ein positive Einstellung bzw. einen unkomplizierten Verlauf haben, andererseits kann dies auch seine eigenen Ängste verstärken.

Des weiteren strömen noch sehr viele Informationen auf den Patienten ein, z.B.. durch die Krankengymnasten, die ihn zur Atemtherapie, sowie zur postoperativen Mobilisation anleiten, durch die Pflege die den Patienten hinsichtlich der OP-Vorbereitung (Kostabbau, Abführmaßnahmen, Ablauf am OP-Tag etc.) informiert.

Schließlich und endlich kommt dann noch die OP- Aufklärung des Chirurgen und die des Anästhesisten. Hier wird dem Patienten auch bewußt, daß er, wenn er seine Einverständnis unterschrieben hat, sich auf die fachliche Kompetenz und das „Know-how“ der Ärzte verlassen muß, die nun über sein weiteres Schicksal während der OP entscheiden. Nachdem nun die Diagnostik und die OP-Vorbereitungen, sowie die Aufklärung vollständig ist, kann sich die psychische Situation für den Patienten aber nochmals durch immer wieder verschobene OP-Termine sehr verschlechtern. Diese Probleme treten dann auf, wenn es keine freien Intensivbetten gibt, einige Notfalloperationen eingeschoben werden müssen oder der Operateur nicht zur Verfügung steht. Dies ist aber auch sehr schwierig zu vermitteln, und für die Pflegenden sowie auch für die Ärzte eine schwierige Situation, da man den Patienten nur vertrösten kann.

Dadurch kann beim Patienten natürlich die Vertrauensbasis extrem belastet werden, und es können auch Aussagen wie:

„Wenn sie mich nicht mehr operieren können, dann sollen sie es mir doch sagen. „Ich bin wahrscheinlich kein interessanter Fall, deshalb schieben sie mich hinaus.“

Ich glaube ,es ist deutlich geworden, wie belastend schon alleine die präoperative Situation für den Patienten ist.

Die Pflege ist hier auch oft der „Blitzableiter“ für den Patienten. Deshalb ist es auch sehr wichtig dies nicht als persönliche Kritik anzusehen, sondern auf den Patienten einzugehen, und eine Vermittlerrolle einzunehmen um z.B.. Mißverständnisse zu klären. Je besser wir die Ängste und Sorgen des Patienten kennen und uns damit auseinandersetzen, je leichter wird die Zusammenarbeit mit dem Patienten, denn wir können uns dann besser aufeinander einstellen und der Patient fühlt sich sicherer und geborgener. Es sind zum Teil so viele Faktoren die hier den Patienten beeinflussen, daß es eigentlich klar ist daß er hier z. T. die Hilfe der Pflegepersonals braucht um diese alle einordnen zu können.

Die Erfahrung hat mir gezeigt, daß es sich am Vortag der Operation als sehr sinnvoll erweist mit dem Patienten nochmals in aller Ruhe den Ablauf, sowie seine offenen Fragen und seine Wünsche zu besprechen. Die psychische Verfassung des Patienten vor der OP ist oftmals bezeichnend für den postoperativen Verlauf, der eine weitere Belastung darstellt, nämlich

3. durch die postoperative Situation, den weiteren Aufklärungsprozeß, und die evtl. adjuvanten Therapien

Sie nimmt einen nicht unerheblichen Einfluß auf die weitere Pflege.

Die Anzahl der palliativen Eingriffe ist trotz fortschrittlicher Medizin noch sehr hoch, und am schwersten zu verarbeiten, vor allem dann, wenn man weiß welche Konsequenzen dies für den Patienten hat.

Aber auch die kurative Situation bedeutet noch lange nicht, daß für den Patienten die Welt wieder himmelblau ist. Oftmals ist sogar das Gegenteil der Fall.

Ich denke da z.B.. an die Patienten nach einer Rektumextirpation, die nun ein Stoma haben. Wie oft bricht für diese Patienten erst postoperativ die Welt zusammen, nämlich dann wenn sich die schlimmsten Befürchtungen doch bewahrheitet haben, und die stille Hoffnung auf ganz viel Glück (daß es z.B.. nicht zur endständige sondern vorübergehenden Stomaanlage kommt) wie eine Seifenblase geplatzt ist. Immer wieder erleben wir folgende post-operative Situation (hier am Beispiel der Rektumextirpation):

Die Patientin wird vom Arzt über den intraoperativen Befund aufgeklärt:

" Der Tumor lies sich gut entfernen, er hatte noch keine Nachbarorgane mit befallen, und ist auch noch nicht durch die Darmwand gebrochen. Da er aber doch sehr tief saß, mußten wir den Schließmuskel mit entfernen, damit wir auf der sicheren Seite sind. Aber dafür sind sie jetzt komplett Tumor frei, darüber sollten sie sich freuen, denn es hätte auch anders sein können."

Als die Ärzte aus dem Zimmer waren, fing die die Patientin an heftig zu weinen und sagte:

"Was nützt es mir jetzt keinen Tumor mehr zu haben. Mein Leben hat er ohnehin schon zerstört. Mit dem Beutel auf dem Bauch ist man doch kein normaler Mensch mehr, wer will den mit so jemandem noch zu Tun haben? Glauben sie mein Mann findet mich so noch attraktiv? Damit komme ich nie zurecht, ganz egal was man mir erzählt."

Auch bei den palliativen OP`s erleben wir die unterschiedlichsten Situationen. Ich denke da z.B.. an folgende Situationen:

Ein Patient mit einem Ösophagus-Ca wird präoperativ über die OP, sowie den postoperativen Intensivaufenthalt aufgeklärt. Da sich intraoperativ ein inoperabler Befund darstellte, kam der Patient nach der explorativen Laparotomie wieder auf die Station. Wie hilflos fühlen wir uns dann den verbalen und nonverbalen Fragen des Patienten ausgeliefert.

Am schlimmsten ist es aber dann, wenn der Patient uns in der Situation sagt:

"Anscheinend ist die OP viel besser gelaufen als erwartet, sonst wäre ich ja jetzt auf der Intensivstation."

Andererseits gibt es aber auch Patienten die selbst einer palliativen OP noch etwas positives abgewinnen können. Als Beispiel möchte ich hier einen Patienten mit einem bereits metastasierendes Magen-Ca nennen, bei dem der Chirurg noch eine Gastroenterostomie durchführte, um so die Passage wieder herzustellen. Obwohl der Patient wußte, daß sein Tumor nicht entfernt werden konnte, war er froh, daß er wenigstens wieder etwas essen konnte, wenn es auch nur für einen begrenzte Zeit.

Ich denke es wurde deutlich mit welch unterschiedlichen Reaktionen und Situationen das Pflegepersonal auch postoperativ konfrontiert wird.

Es ist mit Sicherheit keine Seltenheit, daß der Patient seine Enttäuschung, seine Wut und Aggression am Pflegepersonal ausläßt, indem er sich z.B. über den zu heißen Tee, die offene Tür, das

vergessene Wasser beschwert, oder aber darüber daß er zu lange warten muß bis die Schwester Zeit hat um mit ihm aufzustehen, weil sie gerade noch einen anderen Patienten versorgen muß.

Je besser wir also uns präoperativ bereits mit der Situation des Patienten auseinandergesetzt haben, je verständlicher ist seine Reaktion und je besser können wir dann auf ihn eingehen. Dies erfordert aber auch sehr viel Flexibilität und Einfühlungsvermögen, vor allem aber auch eine offene Kommunikation mit dem Patienten, denn er merkt uns unsere "Betroffenheit" gerade bei den palliativen Operationen und inoperablen Tumoren schnell an. Oftmals stellt er auch an uns die Frage:

"Hat denn eine Bestrahlung oder eine Chemotherapie überhaupt noch Sinn? Was würden Sie denn an meiner Stelle machen?"

Vorsicht: keiner der Pflegenden kann eine Entscheidung für den Patient treffen! Aber wir können ihm helfen bzw. darin unterstützen herauszufinden was für ihn selbst wichtig ist. Hier kann durchaus auch eine Konfliktsituation für die Pflegenden entstehen, nämlich dann wenn sie der Meinung sind bzw. die Erfahrung gemacht haben daß die angebotene adjuvante Therapie eigentlich nur die Lebensqualität verschlechtert (massive Übelkeit und Erbrechen unter Chemotherapie, weitere lange Klinikaufenthalte, zunehmender körperliche Zerfall etc.). Wichtig ist die Differenzierung der eigenen Meinung und des Wunsch des Patienten, der in dieser Situation meistens zu jedem Strohhalm greift der im geboten wird.

Wer kann von sich denn tatsächlich behaupten auf eine adjuvante Therapie zu verzichten, wenn er selbst noch nie in dieser Situation war.

Ich für meinen Teil kann auch nach langjähriger Onkologieerfahrung nicht definitiv sagen, wann ich welche Therapie unter welchen Bedingungen machen würde.

Es übersteigt oftmals auch die Vorstellungskraft des Patienten, warum man den Tumor nicht entfernen konnte, und wie komplex sich ein Tumorwachstum verhalten kann.

Hier wird dem Patienten meistens auch erstmals bewußt, daß er mit dieser Krankheit in Zukunft leben muß. Er sieht sich hier als Geisel seiner Krankheit, die von nun an sein weiteres Leben bestimmt, wann er in die Klinik muß, wann bzw. ob er in Urlaub fahren kann, was er essen kann, welche körperlichen Belastungen er aushält, ob er berufstätig bleiben kann etc. .

Dies ist zwar auch bei den kurativen OP´s der Fall, tritt aber da mehr in den Hintergrund, da hier die akute Bedrohung erst einmal beseitigt ist, und der Patient Entlastung erfährt.

Oftmals entlädt sich hier auch die gesamte Anspannung der präoperativen Zeit, z.B. in folgenden Aussagen:

" Hätte man mich nicht so lange warten lassen, dann wäre es jetzt vielleicht nicht zu spät gewesen."

" Ich werde nur noch einmal zu meinem Hausarzt gehen und das ist mit Sicherheit das letzte Mal. Der wird mich nicht so schnell vergessen dafür Sorge ich. Seit 6 Monaten schiebt er meine Appetitlosigkeit, Müdigkeit und Kraftlosigkeit auf den beruflichen Streß und meine Psyche. Hätte der mich richtig untersucht und ernst genommen, dann wäre der Tumor bestimmt nicht so groß geworden."

" Die ganzen Untersuchungen waren doch für die Katz`, das war doch nur aus Forschungszwecken, aber dann haben Todkranke wenigstens noch ein Verwendungszweck, nämlich als "Versuchskaninchen".

Man kann sich glaube ich vorstellen wie groß die Enttäuschung ist, und wie groß das Mißtrauen. Oftmals fragen die Patienten aber auch gar nichts und liegen stumm leidend in ihrem Bett. Hier benötigen die Pflegenden oft sehr viel Fingerspitzengefühl um zu erkennen warum sich der Patient so verhält.

Ist es die Angst vor der Wahrheit? Hat er sich schon aufgegeben? Kann er sich mit seiner Situation noch nicht auseinander setzen, braucht er noch etwas Zeit um alle seine Gedanken erst einmal zu sortieren? Oder ist er einfach durch die Operation noch so geschwächt das er noch gar nicht aufnahmefähig ist?

Machmal ist das "stumme Leiden" für das Pflegepersonal allerdings um ein vielfaches schwerer zu ertragen, als die Rolle des "Sündenbockes" einzunehmen.

Es gilt herauszufinden in welchem Zustand sich der Patient befindet und zwar ohne ihn zu verletzen oder zu entmündigen, wobei aber auch die Gefahr besteht, daß das Pflegepersonal vielleicht Verhaltensweisen vom Patienten falsch interpretiert und ihm so unrecht tut.

Deshalb ist es auch wichtig, daß Aussagen die der Patient macht und die nicht eindeutig sind hinterfragt und nicht interpretiert werden, was leider doch sehr häufig vorkommt und zwangsläufig zu Kommunikationsstörungen führt.

Ebenso wichtig ist es aber auch dem Patienten weder falsche Hoffnungen zu machen, noch diese ihm zu nehmen. Denn Hoffnung ist nicht gleichbedeutend mit gesund werden, Hoffnung ist etwas sehr individuelles und kann für den einen Patienten heißen keine Schmerzen zu haben, während es für den anderen heißen kann z.B.. die Geburt des Enkelkinds noch erleben zu dürfen.

All dies erfahren Pflegende aber nur wenn sie bereit sind sich auf den Patienten einzulassen, ihm zuzuhören und ihn in seiner Selbständigkeit zu unterstützen.

Auch hier ist es wichtig daß das Pflegepersonal in den Aufklärungsprozess mit eingebunden wird und auch darauf besteht, denn nur dann kann der Patient bei der Verarbeitung und Auseinandersetzung unterstützt werden.

Meines Erachtens sollte dies eigentlich selbstverständlich sein. Ich weiß aber, das auch in der heutigen Zeit das Pflegepersonal noch darum kämpft.

Wer aber ist denn hinterher für den Patienten da um seine Fragen zu beantworten? Der Arzt sagt zwar jedem Patienten er stünde jederzeit für weitere Fragen zur Verfügung, aber die Wirklichkeit sieht anders aus.

Wenn der Patient nachts nicht schlafen kann, weil im so viele Fragen, Sorgen, Ängste etc. durch den Kopf gehen, wird sich mit Sicherheit kein Arzt bereit erklären aufzustehen oder auf Station zu kommen um mit dem Patienten zu reden.

Wer ist denn dann der Ansprechpartner, wer vermittelt denn weitere Gespräche, natürlich die Pflegenden. Wie sollen sie dies aber bitte schön sinnvoll tun, wenn sie noch nicht einmal den Inhalt des Gespräches kennen? Wie sollen sie Mißverständnisse klären? Und wie soll man dem Patienten erklären, daß der Arzt jetzt keine Zeit hat, wo er doch zugesichert hat, daß er jederzeit zur Verfügung steht?

Diese Situationen sind sicher jeder Schwester und jedem Pfleger vertraut, so daß hier auch jeder nachvollziehen kann wie unbefriedigend dies ist, und wie schnell sich dies auch auf das Arbeitsklima auswirken kann.

Für das Pflegepersonal ist es enorm wichtig, daß es sich in dieser Situation nicht für die Krankheit bzw. die Situation des Patienten verantwortlich macht, sondern ihm die Möglichkeiten der Unterstützung anbietet und aufzeigt.

Wie schon bereits des öfteren erwähnt, verändert oder belastet eine Tumorerkrankung nicht nur den Patienten selbst, sondern auch die Angehörigen, womit ich bei einem weiteren Schwerpunkt meiner Hausarbeit wäre, nämlich

4. die Betreuung der Angehörigen

Sie ist eigentlich heutzutage in der onkologischen Pflege gar nicht mehr wegzudenken, denn die Familie bzw. die familiäre Situation spielt im Verlauf einer Tumorerkrankung eine Wichtige Rolle. Einerseits kann sie für den Patienten eine wichtig, wenn nicht sogar die wichtigste Stütze überhaupt sein. Andererseits kann sie für den Patienten auch eine sehr große Belastung sein. Machmal auch beides zu gleich. Für die Familie ist eine Tumorerkrankung meistens noch schwerer zu ertragen als für den Patienten selbst, da sie sich so hilflos und ohnmächtig vorkommen, aber doch nicht einfach da stehen und zusehen können. Sie sind oftmals ebenso verzweifelt, zornig, ängstlich und überfordert.

Oftmals hat das Pflegepersonal auch den Eindruck, der Patient wurde von den Angehörigen entmündigt. Anhand eines Beispielles möchte ich Ihnen diese Situation einmal schildern:

Beim Aufnahmegespräch, bei dem die Frau auch anwesend ist, richte ich folgende Frage an den Patienten:

"Haben Sie momentan irgend welche Beschwerden?"

Daraufhin antwortet die Frau:

"Mein Mann kann kaum noch etwas essen."

Ich richte die nächste Frage an den Patienten:

"Wie äußern sich denn diese Beschwerden?"

Wiederrum antwortet mir die Frau:

"Sobald er zuviel ißt, z.B. mehr als ein Brötchen, muß er alles wieder erbrechen. Am besten Sie machen ihm dann einen heißen Kamillentee, dann beruhigt sich der Magen wieder."

Der Patient hatte noch kein Wort gesagt. Diese Situation kennt jeder, allerdings sollte man dies nie vorschnell ver- oder beurteilen, denn jedes Paar hat seine eigene Art miteinander umzugehen. Solange dies für beide o.k. ist, stellt dies kein Problem dar, höchstens für uns. Was aber sehr viel schlimmer ist, wenn die Familie nicht über die Krankheit spricht. Dies geschieht leider immer noch zu oft, weil keiner den anderen belasten will. Oftmals haben die Angehörigen den Anspruch an sich, daß sie stark, optimistisch, verständnisvoll und geduldig bleiben müssen. Dem Betroffenen ja nicht zeigen wie hilflos man sich selbst fühlt. Dabei wird aber leider vergessen, daß der Patient meistens genauso denkt, und so trägt jeder sein Päckchen, das immer größer wird, für sich.

In der Betreuung von Tumorpatienten ist es deshalb sehr wichtig die Angehörigen mit einzubeziehen, und auch für sie ein offenes Ohr und Verständnis zu haben. Die meisten haben nämlich niemanden mit dem sie über ihre Sorgen und Ängste reden können. Auch sie werden mit dem Thema " Sterben und Tod" konfrontiert, sie müssen sich bewußt damit auseinandersetzen, daß sie ihren Partner verlieren können. Meistens gibt es auch noch einige Dinge zu klären, über die bislang nie geredet wurde (z.B. Erbangelegenheiten, finanzielle Belastungen, Zukunftspläne, anstehende Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit etc.).

Hier sollten Pflegende versuchen die Situation beider Seiten zu erfassen, und auch den Kontakt zu einem Psychologen und Sozialarbeiter zu vermitteln. Für sie ist es nämlich auch eine enorme Belastung zwischen zwei Stühlen zu sitzen, oder mitzubekommen mit wieviel Anstrengung beide Seiten versuchen dieses Thema zu meiden. Es gibt durchaus auch Situationen, in denen die Unterstützung einfach auch nicht gewünscht wird.

Dies sollten die Pflegenden dann auch versuchen zu respektieren, bei allen Schwierigkeiten die sie damit haben. Hier brauchen sie dann auch die Unterstützung des Psychologen, damit sie damit umgehen lernen.

Generell finde ich es einfach sehr wichtig den Angehörigen die Gesprächsbereitschaft zu vermitteln, sowie sie auf unsere Beobachtungen hinsichtlich ihres Befindens anzusprechen, und ihre Reaktion abzuwarten. Es ist sicher kein persönliches Versagen der Schwester oder des Pflegers, im Gegenteil, es ist dann ihre Stärke.

Meinen Erfahrungen nach kommen die Angehörigen oft auch zu einem späteren Zeitpunkt auf das Angebot zurück, nämlich dann, wenn sie nicht mehr das Gefühl oder die Angst haben, daß sie gekränkt oder verletzt werden könnten, und sich davor schützen müssen. Erst dann haben sie auch erkannt, worum es uns in der Pflege geht. Ein weiteres Belastungspotential des Pflegepersonals in der chirurgischen Onkologie entsteht auch durch

5. die Anforderung an die Fachkompetenz.

In den letzten zwanzig Jahren hat sich besonders in der Behandlung onkologischer Erkrankungen sehr viel weiterentwickelt. Für viele Tumorerkrankungen bringt dies sicher eine verbesserte Prognose, aber auch eine Reihe von Veränderungen mit sich, die auch Konsequenzen für die Pflegenden haben. Es gibt inzwischen neue Kombinationstherapien, die Entwicklung von Immun- und Gentherapien, die in ihrer Bedeutung bei der Krebstherapie sicher an Bedeutung zunehmen. Dennoch wird die onkologische Chirurgie ihren wichtigen Stellenwert behaupten, da auch sie Fortschritte und Neuentwicklungen aufzuweisen hat. In der Behandlung solider maligner Tumoren ist der chirurgische Eingriff nach wie vor die Methode der Wahl.

Das Pflegepersonal muß die pflegetechnischen Verfahren ebenso beherrschen, wie die psychosoziale Betreuung um dem Patienten die Sicherheit vermitteln zu können.

Steht die Entscheidung über einen operativen Eingriff an, so ist das Alter längst nicht mehr das alleinige Kriterium, eine wichtigere Rolle als bisher spielen auch die körperliche, mentale und soziale Verfassung eine Rolle. Daraus ergibt sich zwangsläufig, daß immer mehr ältere Tumorpatienten operiert werden. Dies liegt zum einen sicher auch an den Fortschritten auf dem Gebiet der Anästhesie, zum anderen aber auch an der Einstellung, daß eine aggressive chirurgische Intervention gegenüber einer abwartenden Haltung vorzuziehen ist. Das entscheidendste Merkmal der neueren Entwicklungen auf dem Gebiet der chirurgischen Verfahren ist jedoch der Rückgang der postoperativen Mortalität. Dies ist die wesentliche Ursache des insgesamt zu beobachtenden Anstiegs der Überlebensraten, wobei der Unterschied zwischen den Komplikationsraten und Erfolgsraten immer noch sehr hoch ist. Aus diesem Grund wird die postoperative Überwachung und Betreuung auch immer komplexer und anstrengender, und erfordert

professionelles und kompetentes Pflegepersonal, das die postoperativen Komplikationen auch sofort erfassen, ihr Wissen und ihre Erfahrung auch in die praktische Tätigkeit umsetzen kann. Gerade durch die verlängerte Überlebenszeit entstehen für den Patienten und seine Angehörigen zahlreiche psychosozialen Probleme, z.B. bleibende Störungen im Körperschema, die vor allem das Selbstbild und das Selbstwertgefühl betreffen, unsichere Zukunftsperspektive, Statusverlust verknüpft mit finanziellen Problemen, etc. Auch die postoperative Phase der Erholung wird durch die immer größer werdenden Eingriffe, durch die Komplikationen die evtl. auch einen erneuten operativen Eingriff erfordern deutlich länger und führt dadurch zu einer starken physischen und psychischen Belastung des Patienten.

Hier sollte das Pflegepersonal in der Lage sein die Patienten in ihrer Autonomie und ihrer Fähigkeit der Krankheitsbewältigung zu stärken, um so zu verhindern daß der Patient durch Angst und depressive Verstimmung seine Selbstkontrolle verliert.

Ein weiterer nicht zu unterschätzender Belastungsfaktor entsteht durch

6. den Klinikalltag „Chirurgie“

der natürlich die zuvor angeführten Belastungen enorm beeinflussen kann.

Dies fängt oftmals schon mit dem Aufnahmetag an, der sich durch viele notfallmäßige Aufnahmen, verschobene OP-Termine, lange Liegedauer durch postoperative Komplikationen durchaus bis zu vier Wochen und mehr hinauszögern kann.

Durch fehlende Diagnostik, schwierige Terminierung derselbigen sowie sich verschiebende OP-Termine belasten den Patienten schon in der prä-operativen Phase enorm, so daß man sich gut vorstellen kann wie die psychische Verfassung des Patienten ist, die die Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal und Patient nicht gerade positiv beeinflußt. Des weiteren muß das Pflegepersonal sehr flexibel in der Arbeitsablaufplanung sein, die sich durch die Op's, Verlegungen von Aufwachraum und Intensiv, notfallmäßige Aufnahmen aus der Ambulanz, nicht zeitlich festgelegte planbare Visiten (sind abhängig vom OP-Programm) sowie akute Notfälle durch postoperative Komplikationen und die dadurch notwendig werdende Diagnostik rasch ändert.

Dies erfordert sehr viel Kreativität, Improvisations- und Organisationstalent, sowie eine gute Kooperation und Kommunikation sowohl mit den Patienten als auch mit den anderen Berufsgruppen, um dennoch das anfallende Arbeitspensum erledigen und die Patienten versorgen zu können.

Nicht selten entsteht hier bei den Pflegenden das Gefühl der Fließbandarbeit, und nicht der individuellen Betreuung der Patienten, was durchaus zu viel Frustration führen kann, wenn das Pflegepersonal sich diesem Belastungspotential nicht bewußt ist. Dies ist auch eines der Hauptmerkmale der chirurgischen

Onkologie, da auch der Operateur meist nur seinen Eingriff sieht und nicht so sehr auf den Menschen als solches eingeht. Dies stellt durchaus ein hohes Konfliktpotential da, da die Pflege hier oft zwischen zwei Stühlen sitzt. Zum einen ist es natürlich immer im Interesse des Patienten, daß er so schnell wie möglich operiert wird, zum anderen kann es für das Pflegepersonal zu einem sehr hohen Arbeitsanfall in relativ kurzer Zeit kommen, wenn sehr viel große Eingriffe durchgeführt werden. Diese benötigen dann natürlich auch eine entsprechende Überwachung und sehr viel Unterstützung, vor allem dann, wenn sich die Patienten auch noch in einem sehr reduzierten Allgemeinzustand befinden.

Hier spielt vor allem die Angst der Überforderung eine große Rolle, durch die evtl. ein Patient gefährdet werden könnte, aber auch die Tatsache das man in solchen Zeiten keine Zeit hat den Patienten auch psychosozial gut zu betreuen. Es ist immer wieder schwierig dies den Ärzten zu verdeutlichen, die keine Vorstellung haben, wieviel Zeit man schon alleine für die Grundpflege eines postoperativen Patienten benötigt. Ich denke es ist als Pflegende sehr wichtig sich dieser Situation bewußt zu sein, womit ich nicht sagen will daß bestimmte Probleme sich durch andere Organisationsformen nicht verbessern lassen würden, nur haben die Pflegende meistens nur wenig Einfluß darauf.

An dieser Stelle möchte ich nun mein Schwerpunktthema beenden, das wie sie sicher bemerkt haben ein unerschöpfliches Quelle ist. Ich hoffe es ist mir gelungen ihnen darzulegen mit wie vielen belastenden Faktoren sich onkologisches Pflegepersonal, hier hauptsächlich auf den chirurgischen Bereich bezogen, täglich auseinandersetzen muß, und wieviel Zeit und Energie schon alleine die Organisation in Anspruch nimmt, wobei die eigentliche Hauptarbeit ja erst am Patientenbett stattfindet. Ebenso deutlich wurde hoffentlich auch, daß onkologische Pflege etwas sehr individuelles ist und immer bleiben wird. Wer das bezweifelt, sollte sich einfach mal vorstellen ob er mit der Diagnose „Krebs“so einfach zurecht käme, oder ob nicht auch er froh wäre, wenn er von fachkompetentem und verständnisvollem Pflegepersonal betreut und unterstützt würde. Da ich nun seit mehreren Jahren die Leitungsposition auf einer chirurgisch-onkologischen Station begleitet, ist es mir auch wichtig noch kurz auf die

V. Anforderungen an die Stationsleitung

eingehen. Denn sie trägt mit die Hauptverantwortung für eine qualitativ gute Patientenversorgung, sowie für ein gutes Arbeitsklima indem die Mitarbeiter trotz der zuvor dargelegten belastenden Faktoren engagiert und motiviert arbeiten können.

1. Mitarbeiterauswahl bzw. Mitarbeiterführung

Die Stationsleitung sollte bei der Auswahl der Mitarbeiter, soweit sie dies beeinflussen kann, gezielt darauf achten, welches Interesse der Bewerber an der Onkologie hat, welche fachliche Qualifikation vorhanden ist, welche Pflegephilosophie er verfolgt bzw. wo er den Schwerpunkt seiner Pflege legt, und welche Erwartungen er hat.

Dies ist eine entscheidende Grundlage und Voraussetzung für eine qualitativ gute Pflege, sowie ein gutes Arbeitsklima.. Dies sollte mit dem Anforderungsprofil der Station übereinstimmen. Es macht keinen Sinn Mitarbeiter hier einzusetzen, die z.B.. überhaupt kein Interesse an Onkologie haben, nur damit eine offene Stelle besetzt ist.

Ebenso unsinnig ist es jemanden einzustellen, der keine konkrete Vorstellung hat, und sich nur deshalb beworben hat, weil er gehört hat, daß es eine gute Station ist.

Wichtig ist hier auch das Persönliche Erscheinungsbild, denn auch Sympathie und Antipathie spielen hier eine große Rolle. Wenn mir der Bewerber von vornherein aus welchen Gründen auch immer unsympathisch ist, kann er sich noch so sehr ins Zeug legen, er wird meinen Anforderungen nie gerecht werden. Dies wäre auch eine denkbar ungünstige Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit.

Damit möchte ich jedoch nicht sagen, daß sich das Team nicht aus unterschiedlichen Persönlichkeiten zusammensetzen sollte, im Gegenteil, denn dadurch ergänzt sich erst ein Team, da jeder unterschiedliche Stärken und Schwächen hat. Diese gilt es auch in der Mitarbeiterführung zu respektieren, um so die Mitarbeiter zu fordern und zu fördern.

Des weiteren erscheint es mir auch als sehr wichtig ihnen Offenheit, Vertrauen und Wertschätzung entgegen zu bringen.

Es ist sehr wichtig, daß im Team eine ehrliche und offene Atmosphäre herrscht. Kollegen sollten sich gegenseitig akzeptieren und respektieren, sowie sich offen über eigene Schwierigkeiten und Befindlichkeiten austauschen können, und das Recht haben sich "auszuklinken" wenn sie ihre emotionale Grenzen spüren.

Eine Stationsleitung sollte hier nicht den Fehler machen, die Grenzen der Mitarbeiter zu ignorieren oder zu bagatellisieren, sondern sie zuzulassen. Ansonsten wird der Schuß nach hinten losgehen, was heißt, das der Mitarbeiter sich, sein Engagement und seine Motivation frustriert und enttäuscht

zurückzieht. Dies wiederum hat zur Folge daß sich dadurch auch das Arbeitsklima verschlechtern wird, da die anderen Kollegen dies mit kompensieren müssen.

Regelmäßige Teamsitzungen und Mitarbeitergespräche, sowie Teamsupervisionen können entscheidend dazu beitragen solche Situationen zu vermeiden, wobei klar sein muß, daß sie nicht nur oder erst dann angewendet werden sollten wenn sich ein Problem entwickelt hat, sondern damit es erst gar nicht entsteht.

Hieraus wird aber auch ersichtlich, wie wichtig Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowohl im fachspezifischen Bereich, wie auch in der Psycho-Onkologie, sind.

Dies sollte den Mitarbeitern auch angeboten und ermöglicht werden, damit sie zum einen ihr Fachwissen erweitern können, wie auch für sich selbst Bewältigungsstrategien und Kompensationsmechanismen kennenlernen, aber vor allem sich auch mit anderen Kollegen austauschen können.

2. Kommunikation und Kooperation zu anderen Berufsgruppen

Die Kommunikation und Kooperation zu anderen Berufsgruppen sollte von der Leitung vorgelebt, gefördert und gefordert werden, denn auch hier gibt es natürlich

Konfliktpotentiale, die die Arbeit der Pflegenden sehr negativ beeinflussen und stören können.

Hierzu ein Beispiel:

Während der Haupturlaubszeit werden gleichzeitig noch mehrere Mitarbeiter krank. In dieser Zeit liegen aber auch viele Patienten mit postoperativen Komplikationen, die eine intensive Pflege benötigen auf Station und es stehen noch weitere große Eingriffe an.

Hier ist es sehr wichtig, daß die Leitung rechtzeitig die Pflegedienstleitung, sowie den zuständigen Oberarzt über diese Problematik dieser Situation unterrichtet, und man gemeinsam versucht eine Lösung zu finden. Dies könnte dann so aussehen, daß die Pflegedienstleitung sich um weiteres Pflegepersonal (z.B. von anderen Stationen, oder Klinikhilfsdienste etc.) bemüht, der Oberarzt seine OP-Planung etwas ändert bzw. anpaßt, und das Pfllegeteam sich überlegt, durch welche Organisatorische Veränderungen sich das Arbeitspensum besser verändern läßt (z.B. Dienstplanänderung) und welche Prioritäten das Pfllegeteam sich setzt.

Es hängt meistens sehr viel davon ab, wie schnell die Belastung bzw. Überforderung des Personals erkannt und nach Lösungen gesucht wird, um diese Situation etwas zu entschärfen. Je früher dies geschieht, je mehr Ressourcen haben die Mitarbeiter noch und je kooperativer sind sie, da sie sich dann auch ernst genommen fühlen. Dies ist gerade in Zeiten knapper Personalressourcen besonders wichtig. Dies heißt für die Leitung aber auch, daß sie sich einerseits den Frust und Ärger der Mitarbeiter anhören, und andererseits die häufig emotionsgeladenen Situationen relativieren kann.

Vor allem aber daß sie die Leistung, das Engagement und die Motivation der Mitarbeiter, gerade in solchen extremen Zeiten, auch anerkennt und nicht als selbstverständlich erachtet.

Womit ich auch schon zu meinem letzten Punkt komme nämlich

3. den eigenen Ressourcen der Stationsleitung.

Ich habe oben erwähnt, daß es wichtig ist die Leistung der Mitarbeiter zu honorieren und zu schätzen da es die Arbeitszufriedenheit unterstützt. Wie ist das bei der Stationsleitung ? Wer motiviert sie ? Diese Frage kann ich hier nur für mich persönlich beantworten, denn ich bin der Meinung je höher die Position, je weniger die Anerkennung von der übergeordneten Ebene, da die Leistung die erbracht wird immer selbstverständlicher wird. Dies merkt man auch daran, daß oftmals nur noch die Fehler bzw. die nicht erbrachte Leistung bemerkt wird.

Ich bin der Meinung, daß sich die Leitungen die Motivation und Energie für ihre Arbeit wieder von der Basis holen, dies kann ich für mich auf jeden Fall behaupten.

Hier erhalte ich die meiste Bestätigung , indem meine Mitarbeiter gerne arbeiten, Spaß haben (dies ist gerade in der Onkologie wichtig), zufrieden sind, und fachkompetente, professionelle Pflege leisten, deren Niveau nicht nur durch mich vorgegeben, sondern auch von den Mitarbeitern gefordert wird.

Dies wirkt sich dann natürlich auch auf das Arbeitsklima aus, und somit auch auf die Krankheitsausfälle, die in einem schlechten Arbeitsklima deutlich höher sind. Vor allem kann das Team die arbeitsintensiven, und somit stressbeladenen Zeiten deutlich besser kompensieren.

Eine weitere Motivation sehe ich aber auch in den Rückmeldung der Patienten und der Angehörigen, die sich positiv über die Pflege und Betreuung äußern, denn sie sind diejenigen die davon profitieren sollen.

Aber auch die Anerkennung und Wertschätzung im ärztlichen Bereich trägt mit dazu bei, sich auch weiterhin für das bisherige Pflegeniveau im Interesse aller Beteiligten einzusetzen.

Auch wenn man als Stationsleitung manchmal das Gefühl hat, gegen Windmühlen zu kämpfen, gibt einem die Tatsache, ein engagiertes, motiviertes Pflgeteam zu haben, bzw. halten zu können immer wieder die Kraft, sich für die individuelle und professionelle Pflege von Tumorpatienten einzusetzen.

Generell ist es aber für eine Stationsleitung, wie auch für alle Mitarbeiter wichtig, ein ausgeglichenes Privatleben und ausreichend Freizeit zu haben, um so immer wieder auch neue Energie tanken zu können.

VI. Schlußwort

Diese Hausarbeit war, wie in meiner Einleitung schon erwähnt, tatsächlich eine Herausforderung an mich, denn sie mußte in einem begrenzten Zeitraum erstellt werden, und dies neben meiner täglichen Arbeit auf Station. Dennoch habe ich es nicht bereut, da es für mich doch sehr wichtig war, mich mit dieser Thematik auseinanderzusetzen. Vor allem ist mir auch klar geworden, daß die Belastungsfaktoren von außen eine sehr große Rolle spielen, denn hier gäbe es durchaus auch Möglichkeiten etwas zu ändern, nicht aber bei den Diagnosen, Krankheitsbildern, und Patienten. Ich hoffe auch, daß ich hier darstellen konnte welchen Stellenwert die Pflege in der Betreuung onkologischer Patienten hat, und das sich dies nicht einfach so in Geldsummen umrechnen läßt, denn es geht hier um den Menschen als Ganzes und nicht nur um die Tumorerkrankung als solches. Nachdem ich mich nun ausführlich mit den Belastungen in der onkologischen Pflege auseinandergesetzt habe, muß ich mich natürlich auch selbst fragen, wie ich dies schon seit über zehn Jahren aushalte, bzw. was mich immer noch an der onkologischen Pflege fasziniert. Dies zu beantworten fällt mir zum Glück auch nicht schwer, was mir zeigt, daß das Positive immer noch überwiegt. Zum einen kann ich durch die Pflege und Betreuung der Patienten viel über mich selbst erfahren und habe dadurch auch gelernt mich mit dem Thema "Sterben und Tod" auseinanderzusetzen. Dadurch konnte ich sehr viel für mich gewinnen, denn ich habe gelernt manche Dinge viel bewußter wahrzunehmen, und andere Prioritäten zu setzen.

Vor allem lerne ich auch immer wieder an Lebenserfahrung dazu. Andererseits fordert der medizinische Fortschritt und die sich permanent veränderten Therapieformen eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Fachkompetenz. Dadurch entsteht automatisch auch eine Dynamik in der Pflege, die diesem Fortschritt angepaßt werden muß und somit auch eine Herausforderung an diese stellt. Dies wiederum fördert auch meine Kreativität und Motivation, sowie die der Kollegen, denn der Spruch: *"Das haben wir schon immer so gemacht, und daran wird sich auch nichts ändern."* ist hier absolut fehl am Platz, und in keinster Weise zu vertreten.

Da ich fachlich auf dem aktuellen Stand bleiben muß, um so die geforderte Pflege gewährleisten zu können, laufe ich auch nicht in Gefahr, in eine gewissen Routine zu verfallen, die sich wiederum negativ auf die Mitarbeiter auswirken würde, denn auch sie möchten sich ja weiterentwickeln. Dennoch habe auch ich manchmal das Gefühl, gegen Windmühlen zu kämpfen. Gerade dann, wenn es um Einsparungen beim Pflegepersonal geht, die immer zu Lasten des Patienten gehen, und die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter sowie deren Motivation deutlich beeinflussen. Was würde wohl geschehen wenn eines Morgens keine Schwester und kein Pfleger zum Dienst kämen? Vielleicht sollte man darüber einmal nachdenken, denn dann würde man schnell merken welchen hohen Stellenwert sie tatsächlich hat.

VII. Literaturverzeichnis

DIE SCHWESTER; DER PFLEGER ; Fachzeitschrift für Pflegeberufe ; Ausgabe 6/99

MUTHNY, FRITZ A. ; HAAG, GUNTHER : Onkologie im psychosozialen Kontext

ONCOLOGY NURSES HEUTE ; Pflegefachzeitschrift der EONS; Ausgabe 3/99 u. 4/99

OVERLANDER, GABRIELE : Die Last des Mitfühlens

RATSAK, GERDA ; SCHIEBEL-PIEST, BETTINA : Psychoonkologie für Krankenpflegeberufe

SCHLAG, PETER; SENSMEYER ALRUN : Krankenpflege in der chirurgischen Onkologie

ULLRICH, ANDREAS : Krebsstation; Belastungen der Helfer