

## **Pflegesymposium 2005, Kaiserslautern - Abstracts**

Inhalt: .....	1
Abstract zum Vortrag „Rauchfreies Krankenhaus - Eine Vision?“ - .....	2
Alternative Therapiemöglichkeiten beim Prostata-Carcinom.....	3
Umgang mit der Patientenverfügung - Chancen und Fallen für Pflegende .....	4
Die Bedeutung der Strahlentherapie in der Behandlung gut- und bösartiger Erkrankungen.....	5
Pflegerische Aspekte bei bestrahlter Haut .....	6
"Möglichkeiten der Team-Supervision".....	7

Vortrag: "Pflege im Recht – Von Fall zu Fall" siehe Extra-Dokument

## **Abstract zum Vortrag „Rauchfreies Krankenhaus - Eine Vision?“ -**

von: Michael Baron, Urologische Ambulanz

Rauchen, insbesondere am Arbeitsplatz, wird immer wieder heiß diskutiert. Ganz besonders, wenn der Arbeitsplatz ein Krankenhaus ist, in dem Menschen gesund werden wollen und oftmals auch wegen den Folgeerkrankungen des Rauchens behandelt werden. Diese Überlegungen habe ich als Vorbereitung zur Studienarbeit für meine Weiterbildung zur Stationsleitung begonnen.

Das Thema „Rauchen“ gab immer wieder Zündstoff für Diskussionen bei Kolleginnen und Kollegen, daher war das von mir gewählte Thema „Rauchfreies Krankenhaus - Eine Vision?“

Im November 2004 stellte ich bei der Innovationstagung im WKK meine Studienarbeit und Überlegungen vor, die mit großem Interesse und Begeisterung aufgenommen wurden. Zwischenzeitlich hat sich einiges im Krankenhaus und auch in der Öffentlichkeit zum Thema getan. Viele Betriebe sind in den letzten Monaten „rauchfrei“ geworden. Die EU forciert Anti-Raucher-Kampagnen. Auch außerhalb der EU gibt es weitere Rauchverbote. Meinen Vortrag zum Thema „Rauchfreies Krankenhaus“ habe ich überarbeitet und mit „News“ aus der Politik und aus dem Weltgeschehen ergänzt.

# **Alternative Therapiemöglichkeiten beim Prostata-Carcinom**

von: Karl-Heinz Hammerschmidt, Kaiserslautern

Das Prostata-Carcinom ist mittlerweile die häufigste bösartige Erkrankung des Mannes, durch gezielte Maßnahmen der Früherkennung (z.B. PSA-Wert-Bestimmung) werden zunehmend jüngere Patienten und Patienten mit lokal begrenzten Stadien der Erkrankung diagnostiziert.

Sämtliche etablierten Therapieformen (Operation, Strahlentherapie, Hormontherapie, Chemotherapie) weisen belastende Nebenwirkungen auf wie z.B. möglicher Kontinenz- und Potenzverlust. Das Interesse an weniger belastenden Therapieformen ist daher groß, das Angebot an solchen angeblichen Therapiealternativen unüberschaubar- insbesondere im Zeitalter des Internets.

Einige dieser möglichen Therapieformen werden in diesem Beitrag systematisch geordnet, einzelne Therapieansätze und Substanzen werden kritisch untersucht und bewertet, wobei deutliche Unterschiede zwischen Anspruch der Anbieter und biochemischer Wirklichkeit gefunden werden. Insbesondere wird nicht nur die Unwirksamkeit sondern auch die Gefährlichkeit einzelner Methoden und Substanzen dargestellt.

Eine empfehlenswerte Alternative zu den etablierten Methoden gibt es momentan nicht, jedoch bestehen interessante und vielversprechende Ansätze im Bereich der therapiebegleitenden und vorbeugenden Substanzen, wobei hier insbesondere die antioxidativen Substanzen Lycopin, Vitamin E und Selen besprochen werden. Bemerkenswert ist insbesondere der Zusammenhang zwischen antioxidativ- reicher Ernährung (wie z.B. in der asiatischen Kost) und der niedrigen Erkrankungsrate in der asiatischen Bevölkerung. Nach Umstellung der Ernährung auf „westlichen“ Standard, also antioxidativ-arm, steigt das Krebsrisiko auch der asiatischen Bevölkerung stetig an.

Eine allgemeingültige Aussage darüber, wie viel von welchem Antioxidant verabreicht werden muss, um eine möglichst guten Effekt für den einzelnen Patienten zu erreichen, existiert nicht- großangelegte Studien (z.B. SELECT-Studie) werden hier in einiger Zeit genaueren Aufschluss geben.

Die gefundenen Ergebnisse lassen sich auch auf andere Tumorerkrankungen übertragen und sind nicht nur gültig für die Therapiemöglichkeiten des Prostata-Carcinoms.

# Umgang mit der Patientenverfügung - Chancen und Fallen für Pflegende

von: Kraus

Im Umgang mit medizinischen Entscheidungen am Lebensende und mit Patientenverfügungen ist in der derzeitigen gesellschaftspolitischen Diskussion eine gewisse Verunsicherung zu beobachten.

Dies gilt umso mehr, weil wichtige Klarstellungen der ethischen und rechtlichen Rahmenbedingungen durch den Gesetzgeber noch ausstehen.

Derzeit liegen im Bundestag eine Reihe von – allerdings z.T. in ihren Vorstellungen sehr weit auseinander liegende Gesetzgebungsentwürfe vor, von denen einige die Geltung und die Reichweite von Patientenverfügungen gezielt einschränken wollen (d.h. konkret: Der in einer Patientenverfügung geäußerte Wunsch nach Behandlungsabbruch soll nur dann befolgt werden, wenn die Krankheit irreversibel zum Tod führt und wenn die „Basisversorgung“ mit Essen und Trinken nicht unterbrochen wurde“).

(so R. Röspel, Vorsitzender Enquete- Kommission ,vgl. Dt. Bundestag, 2005, Protokoll der Beratung des Zwischenberichts der Enquete-Kommission“ Ethik und Recht in der modernen Medizin“).

Eigene weltanschauliche Vorlieben und unstattliche Vermischungen von Argumentationsebenen drohen jedoch in der derzeitig heißgelaufenen Debatte so sehr in den Vordergrund zu geraten, dass die Aufgabe, um die es eigentlich geht, nämlich die medizinisch und medizinethisch angemessene Behandlung und Begleitung von Patienten (am Lebensende) unter Wahrung ihres verfassungsmäßig garantierten Selbstbestimmungsrechtes, dabei nicht selten zu kurz kommt.

Darüber hinaus wird unter den gegebenen Umständen dem einzelnen Patienten faktisch die Hauptlast der Verantwortung für Unsicherheiten im Zusammenhang mit Entscheidungen am Lebensende aufgebürdet, die nur an anderer Stelle ( durch Schaffung von Rechtsklarheit, durch eine verbesserte Ausbildung der Helfenden und eine breitere palliativmedizinische Versorgung, u.v.m.) zu lösen sind.

Der Vortrag möchte daher einen Beitrag dazu leisten, die Diskussion über den Umgang mit Patientenverfügungen und den rechtlichen Rahmenbedingungen von Behandlungsbegrenzungen zu versachlichen und die Aufmerksamkeit auf die eigentlichen Probleme der Praxis zu lenken.

Dazu ist es nötig, die tatsächlichen rechts- und gesellschaftspolitischen Gestaltungsspielräume im Spannungsfeld zwischen

- ärztlicher und sozialer Fürsorge,
- Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten,
- Schadensvermeidung und Lebensschutz zu untersuchen

Rein rechtliche legitimierte Handlungs- und Entscheidungsmuster müssen dabei um medizinethische Kriterien erweitert werden.

# Die Bedeutung der Strahlentherapie in der Behandlung gut- und bösartiger Erkrankungen

von: Marasas

Die Strahlentherapie ist eines der drei Standbeine in der Behandlung bösartiger Tumore. Als eigenständige Disziplin ist sie ein relativ junges Fach. In früheren Zeiten war sie häufig "Ableger" der Röntgendiagnostik. In den letzten beiden Jahren wurde die Strahlentherapie Gegenstand intensiver Forschung von Medizinern, Biologen und Physikern. So erfuhr diese Behandlungsart eine so rasante Weiterentwicklung wie kaum eine andere medizinische Disziplin.

Durch die Entwicklung moderner Bestrahlungsgeräte (Linearbeschleuniger) wurde die Voraussetzung geschaffen, auch in der Tiefe des Körpers gelegene Tumore zu bestrahlen. Dabei können Nachbarorgane und auch die Hautoberfläche weitgehend geschont werden. Unabdingbar war hierfür die Weiterentwicklung bildgebender Verfahren wie der Computertomographie (CT) und der Kernspintomographie (MRT), die eine exakte Darstellung von Tumor und Organsystemen ermöglichen. Daraus entwickelte sich die dreidimensionale computergestützte Bestrahlungsplanung, die eine hohe Zielgenauigkeit besitzt und damit eine weitgehende Schonung von gesundem Gewebe ermöglicht. So konnten die Wirksamkeit der Strahlentherapie entscheidend verbessert und die Nebenwirkungen reduziert werden.

Neben der Strahlentherapie von außen (perkutan) nahm in den letzten Jahren die Kontakttherapie (Afterloading) stark an Bedeutung zu. Mit dieser Behandlungsart besteht die Möglichkeit Strahlung direkt an oder in den Tumor zu bringen. Da die Reichweite dieser Strahlung gering ist, wird das umgebende Gewebe nahezu nicht belastet.

Im Gegensatz zur medikamentösen Therapie ist die Strahlenbehandlung eine rein lokale Maßnahme, d.h. sie wirkt nur im Bereich des Bestrahlungsvolumens. Dies gilt sowohl für die tumorzerstörende Wirkung als auch für die Nebenwirkungen.

Ausblicke in die Zukunft sind vielversprechend. In Entwicklung sind neue Bestrahlungstechniken und die Nutzung anderer Strahlenarten, durch die die Behandlung noch effektiver wird.

# Pflegerische Aspekte bei bestrahlter Haut

von: Wolfgang Schanz, Lehrer für Pflegeberufe, Pflegeexperte

Die Strahlentherapie ist eine der Säulen in der Tumorbehandlung. Doch nicht nur das Zielgewebe reagiert empfindlich auch ionisierende Strahlen, auch die Haut an Eintritts- und Austrittsstelle der Strahlen ist gefährdet.

Moderne Strahlungstechniken und -schemata haben dazu geführt, dass heute die schweren Hautschäden durch notwendige Strahlentherapie immer seltener auftreten. Das gilt vor allem dann, wenn die Haut **vor Bestrahlungsbeginn** nicht durch chemische oder mechanische Faktoren vorgeschädigt war. Dennoch bleibt die Prophylaxe und Behandlung von strahleninduzierten Hautschäden ein wichtiges Thema.

Leider gibt es nach wie vor sehr unterschiedliche Aussagen von den für die Behandlung verantwortlichen Ärzten, so dass Pflegenden sich kaum oder gar nicht an standardisierten Anordnungen orientieren können.

Die eigens der Pflege vorbehaltenen Maßnahmen ist die gezielte und in regelmäßigen Abständen durchgeführte **Hautbeobachtung und entsprechende Dokumentation**, weil einige Körperregionen auf Grund ihrer Haut- und Gewebestruktur, oder ihrer anatomischen Lokalisation besonders sensibel auf die Strahlen reagieren. Hierzu einige Beispiele von hoher Strahlenempfindlichkeit:

- Hautfalten (sog. Intertrigo-Räume) infolge von Feuchtigkeit und der Reibung (Axilla, Leiste, Gesäßfalte, unter den Brüsten)
- Stellen mit dünner und weicher Haut (Axilla, Leiste)
- Im Vorfeld entzündete oder infizierte Hautpartien oder durch Unfall / chirurgische Eingriffe veränderte Hautareale und mögliche Narbenbildung

Hinzu kommen **Hautschäden fördernde Faktoren**:

- Mechanische Reize durch zu enge / abschnürende Kleidung oder Schmuck
- Chemische Stoffe wie stark parfümierte Seifen und Lotionen, Desinfektionsmittel mit hohem Alkoholgehalt
- Hohes Maß an Sonnenstrahlen (gerade wenn die Bestrahlungszeit in die Sommermonate fällt)

## Pflegerische Maßnahmen

Allgemein kann behauptet werden, dass die Pflege von bestrahlter Haut sich nach dem Ort, der Art und dem Zeitpunkt des Schadens und dem **frühzeitigen Erkennen der Hautveränderung** richtet. Es ist aber an der Zeit, die „alten Rituale“ – wie „solange die Epidermis trocken ist, muss sie trocken behandelt werden, beginnt sie zu nässen, muss sie feucht behandelt werden“ – kritisch zu hinterfragen. Denn das Therapieschema: **initiale Puderbehandlung bis hin zu fett-feuchten Verbänden mit Lotionen/Emulsionen** ist nach meinen bisherigen Literaturrecherchen nicht begründet.

Genauso muss das „wochenlang“ erteilte Waschverbot kritisch beleuchtet werden. Gerade bei ambulant bestrahlten Patienten ist neben einer mündlichen Anleitung zur Selbstpflege eine schriftliche Instruktion für zu Hause unverzichtbar. Hier bewähren sich mehr und mehr die Hinweise auf eine individuelle Reinigung mit **drucklosem Abspülen mit Wasser und vorsichtigem Abtupfen**.

Im Sinne von kooperativer Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Strahlenabteilung bewähren sich für die **Erhaltung der Hautmarkierung** entweder die durchsichtigen, luftdurchlässigen, aber wasserdichten Hautfolien oder schweißbeständige Hautfarbstifte aus der Kosmetik.

Bei schwerwiegenden Schäden sollte entsprechend der **trockenen oder nässenden Desquamation (=Abschuppung)** entschieden werden, welche Pflege- oder Verbandsmaterialien auf die Haut kommen und über Wochen bzw. Monate sollte direkte Sonnenbestrahlung oder andere Noxen vermieden werden.

# "Möglichkeiten der Team-Supervision"

von: Werner

(Stations)-Team-Supervision ist ein Angebot des Tumorzentrums Rheinland-Pfalz, das für onkologische Stationen oder Ambulanzen gedacht ist. Berücksichtigt werden die besonderen Verhältnisse von Stationen oder Ambulanzen mit onkologischen Schwerpunkt.

Das Supervisionskonzept orientiert sich an den Ressourcen des jeweiligen Teams mit dem Schwerpunkt der psychoonkologischen Kompetenzerweiterung. Die Stationsteam-Supervision wird durch einen externen Supervisor durchgeführt. Ein- bis zweimal im Monat für eine Stunde nach der Mittagsübergabe trifft sich das gesamte Stationsteam. Der Ort ist das Stationszimmer. Zum Team gehören die Pflege, die ÄrztInnen, die KrankengymnastInnen sowie, wenn vorhanden, SozialarbeitInnen und PsychologInnen.

Die Arbeitsbeziehungen eines Teams zum Patienten werden angeschaut. Ausdrücklich ist es kein Ort für direkte Selbsterfahrung. Voraussetzung für ein Gelingen ist die Schaffung einer freien, offenen und freundlichen Atmosphäre, in der „froh“ gedacht und gesprochen werden kann. In der Regel kennen alle Teammitglieder den Patienten. Die zunächst ganz individuellen Beziehungserfahrungen werden wie Mosaiksteine zu einem Gesamtbild zusammengetragen. Es ist erstaunlich, wie dies in einer Stunde durch ein mitarbeitendes Team gelingt. Erklärungsversuche werden diskutiert, konkrete Problemlösungen überlegt. Für die Entwicklung der psychoonkologischen Kompetenz der Teilnehmer hat sich die Erläuterung und diagnostische Einordnung von psychischen Begleitsymptomen und Erkrankungen des Patienten als wichtig und motivierend erwiesen. Teamkonflikte und Organisationsentwicklung haben ebenfalls ihren Platz. Sie stehen allerdings nicht im Vordergrund und sollten zum Thema gemacht werden, wenn die Probleme oder Konflikte die Arbeitsfähigkeit des Stationsteams stören.

Es zeigt sich, dass durch die Arbeit an der Beziehung zum Patienten, dem Aufspüren von Wünschen und Bedürfnissen, von Ängsten und Verwirrungen, von Stärken und Ressourcen die Wahrnehmungsfähigkeit, die Sensibilität und die Mitteilungsfähigkeit der Teammitglieder weiterentwickelt wird. Damit verbessert sich die Qualität der persönlichen Betreuung des Patienten und die Arbeitszufriedenheit steigt. Durch die genauere von allen getragene Zusammenschau der Beobachtung am Patienten wird die Problemlösungskompetenz für diagnostische und therapeutische Prozesse erweitert.

Die Bearbeitung von Teamkonflikten, das Eingehen auf die soziale Realität und den institutionellen Kontext dienen zur Entlastung und Stabilisierung der Einzelnen und des Teams und schaffen die Möglichkeiten für erfolgreiche Konfliktbewältigungsstrategien und bilden eine Burnoutprophylaxe.