

### ***Krebskrankenpflege, berührend, bewegend, begleitend, belastend.***

#### **Burkhard Lebert**

Der Titel des 10. Krebskrankenpflegesymposiums „Krebskrankenpflege, berührend, bewegend, begleitend, belastend“ stellt sowohl den betroffenen Menschen in seinem Erleben mit der Diagnose „Krebs“ und mit seinem Umfeld, als auch die betreuende Pflegekraft mit ihren pflegerischen Aufgaben in den Mittelpunkt. Es werden bewußt die Themen angesprochen, die diese Pflege anstrengend und gleichzeitig auch anspruchsvoll machen. Psychosoziale und affektive Themen der Pflege Krebskranker stehen bei dieser Veranstaltung vor den medizinischen- und pflegetechnischen.

Der berührende Aspekt der Krebskrankenpflege ist gleichzusetzen mit dem Kontakt und der Kommunikation. Über die Berührung findet ein wesentlicher Anteil von Kommunikation zwischen dem Kranken und der Pflegekraft statt. Viele Gefühle, Ängste und Sorgen können sehr schwer in Worte gefaßt werden und lassen sich mit einem Körperkontakt ausdrücken. Der Tastsinn steht hier stellvertretend für viele andere Sinne, die zum Austausch ihre Anwendung finden. Gleichzeitig bedeutet das Berühren aber auch einen ausgewogenen Pol zwischen Nähe und Distanz zu finden.

Bewegung sagt etwas aus über das Fortentwickeln und das Leben. Alles was lebt bewegt sich, was sich nicht bewegt ist tot. Übertragbar auf einzelne Organe, die Gedanken, den Menschen, die Pflege oder auch die Inhalte der Pflege die sich in den letzten Jahren enorm verändert haben.

Begleitung sagt etwas aus über das Gemeinsame. Nicht nur ein Mensch geht diesen Weg, bewegt sich in eine Richtung, sondern er wird begleitet, egal wohin der Weg geht.

Belastungen bringt die Erkrankung Krebs in vielfältiger Weise mit sich. Diese Belastungen stellen sowohl das körperliche -, seelisch-geistige - und soziale Gefüge des betroffenen Menschen auf die Probe. Dies gilt allerdings wohlgermerkt nicht nur für die zu Pflegenden, sondern auch für die Pflegenden, wengleich in einer anderen Ausprägung und Konsequenz.

### **GELEITWORT**

Das Fortbildungssymposium für Krebskrankenpflege findet zum zehnten Mal in Heidelberg statt und begleitet die Entwicklung des nunmehr seit 1991 staatlich anerkannten Fachweiterbildungskurses „Pflege und Betreuung des Tumorpatienten und schwerst-chronisch Kranken“. Das Tumorzentrum Heidelberg/Mannheim darf sich als Triebfeder für diesen, aus den Anforderungen der modernen Pflege von Tumorpatienten entstandenen Weiterbildungskurses betrachten und bietet mit seinen Strukturen günstige Voraussetzungen für die Entwicklung und Etablierung einer fachgerechten Weiterbildung des onkologischen Pflegepersonals.

Im Mittelpunkt des Programms für dieses Symposium stehen psychosoziale Aspekte und Belange der Pflege. Aber auch organisatorische und pflegetechnische Gesichtspunkte werden behandelt. Der Tumorschmerz wird aus unterschiedlichen Gesichtspunkten betrachtet. Mit diesem interessanten Programm wird das 10. Fortbildungssymposium für Krebskrankenpflege die onkologische Krankenpflege erneut bereichern.

Prof. Dr. Dr. M. Wannemacher

Sprecher des Lenkungsausschusses

des Tumorzentrums Heidelberg/Mannheim

## ReferentInnen

<i>Appelhoff, B.</i>	Krankenschwester	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg Onkologie
<i>Benz, U.</i>	Krankenschwester	Med. Poliklinik der Universität Heidelberg Hämatologie/Onkologie
<i>Bock, I.</i>	Lehrerin f. Pflegeberufe	Klinikum der Universität Heidelberg Krankenpflegeschule
<i>Decker-Baumann, Ch.</i>	Dr.oec. troph.	Klinikum der Universität Heidelberg Onkologie
<i>Deckers, B.</i>	Krankenpfleger	Filderklinik Filderstadt
<i>Doll, A.</i>	Fachkrankenpfleger 1)	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg Onkologie
<i>Eisenhardt, H.</i>	Krankenschwester	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg Onkologie
<i>Fackler, A.-L.</i>	Krankenschwester	Hospiz Luise Heidelberg
<i>Heilmann-Wagner, E.</i>	Lehrerin f. Pflegeberufe Kursleiterin für Basale Stimulation	Krankenhaus Hetzel Stift Neustadt Krankenpflegeschule
<i>Hornburg, E.</i>	Fachkrankenschwester 2)	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg Psychosoziale Nachsorgeeinrichtung
<i>Kirchner, E.</i>	Krankenschwester Trainerin für Kinästhetik in der Pflege	Klinikum der Universität Ulm Hämatologie/Onkologie
<i>Kopp, B.</i>	Krankenschwester	Med. Poliklinik der Universität Heidelberg Hämatologie/Onkologie
<i>Krcmar, C. R.</i>	R.N., M.N., Fachschwester für Onkologie	Klinikum der Universität Tübingen Interdisziplinäres Tumorzentrum
<i>Lebert, B.</i>	Lehrer f. Pflegeberufe	Klinikum der Universität Heidelberg Fachweiterbildung „Pflege des Tumor- patienten und schwerst-chronisch Kranken
<i>Lehnert, Th.</i>	Priv.-Doz. Dr. med.	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg Onkologie
<i>Lutz, C.</i>	Fachkrankenschwester 1) 2)	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg Onkologie
<i>Lüdeke, E.</i>	Ergotherapeutin	Bethanien Krankenhaus in Heidelberg
<i>Metzmacher, M.,</i>	Theologe, Dipl. Psych.	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg Psychosoziale Nachsorgeeinrichtung

## 10. Fortbildungssymposium für Krebskrankenpflege

---

<i>Pache, A.</i>	Fachkrankenschwester 1)	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg Onkologie
<i>Reck, B.</i>	Fachkrankenschwester 1)	Med. Poliklinik der Universität Heidelberg Hämatologie/Onkologie
<i>Reck, F.</i>	Dipl. Soz. Päd. BA	Fachklinik Wittichen
<i>Reinhard-Polk, B.</i>	Krankenschwester, Dipl. Soz. Päd. (FH)	Frauenklinik der Universität Heidelberg Onkologie
<i>Schanz, W.</i>	Lehrer f. Krankenpflege	Klinikum der Universität Freiburg Fachweiterbildung „Pflege des Tumorpatienten und schwerst-chronisch Kranken
<i>Schulte, W.</i>	Lehrer f. Pflegeberufe	Klinikum der Universität Heidelberg Krankenpflegeschule
<i>Schwarz, R.</i>	Priv. Doz., Dr. med.	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg Psychosoziale Nachsorgeeinrichtung
<i>Schweitzer, J.</i>	Priv. Doz., Dr.rer.soz.	Abteilung für Psychotherapie und Med. Psychol. der Universität Heidelberg
<i>Seemann, H.</i>	Dipl. Psych.	Abteilung für Psychotherapie und Med. Psychol. der Universität Heidelberg
<i>Sensmeyer, A.</i>	Krankenschwester	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg Onkologie
<i>Washington, P.</i>	Dr. med.	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg Anästhesie
<i>Wechsung, P.</i>	Soz. arb. grad.	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg Psychosoziale Nachsorgeeinrichtung
<i>Wittner-Maier, Ch.</i>	Leiterin des Pflegedienstes	Chirurgische und Anästhesiologische Universitätsklinik Heidelberg
<i>Zettl, S.</i>	Dipl. Psych., Dipl. Biol.	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg Psychosoziale Nachsorgeeinrichtung
<i>Zoeller, J.</i>	Priv. Doz. Dr. Dr. med.	Universitätsklinik für Mund-Kiefer- Gesichts-Chirurgie Heidelberg

---

1) Fachkrankenschwester/pfleger zur Pflege von Tumorpatienten und schwerst-chronisch Kranken

2) Fachkrankenschwester/pfleger für Enterostomapflege und Inkontinenz

## **Die Pflege von Tumorpatienten macht mich ...**

**Birgit Appelhoff**

Dieser Vortrag ist als persönlicher Erfahrungsbericht zu sehen.

Die Pflege von Tumorpatienten macht mich wütend, weil vor allem die Chirurgie häufig als Ersatzteillager gesehen wird. Dieses wird von den Hausärzten durch mangelnde Aufklärung der Patienten unterstützt. Wütend werde ich durch unzureichende Schmerztherapie der Hausärzte. Außerdem läßt sich unser Berufsalltag häufig nicht mit unserem Anspruch nach ganzheitlicher Pflege in Einklang bringen.

Die Pflege von Tumorpatienten macht mich hilflos, da Parallelen zum eigenen Freundeskreis und zur Familie nicht ausbleiben können. Unsere Hilflosigkeit ist vergleichbar mit dem Mythos des Sisyphos, da die Patienten sehr oft mit Rezidiven wiederkommen.

Die Pflege von Tumorpatienten macht mich dankbar, weil ich durch die Arbeit für mein Leben neue Prioritäten gefunden habe. Dankbar macht mich auch die Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen, da es uns ermöglicht, dem Anspruch einer ganzheitlichen Versorgung des Patienten näher zu kommen.

Um längerfristig in der Krebskrankenpflege arbeiten zu können, bedarf es eines gesunden Ausgleichs im Privatleben.

### **Die Bedeutung des sozialen Umfeldes des Patienten für den Pflegealltag**

**Bettina Reck**

Die Diagnose einer Krebserkrankung bedeutet für die meisten Betroffenen einen gravierenden Einschnitt in die bisherige Lebensführung. Sie verbinden mit der Diagnose einen langen Leidensweg, es stellt sich aber auch Ungewißheit in bezug auf existentielle Lebensfragen ein, sei es die finanzielle Situation durch den möglichen Verlust des Arbeitsplatzes, die Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit, die Frage nach der sinnvollen Gestaltung des verbleibenden Lebens oder die Sorge um die Zukunft der Familienangehörigen.

Menschen, die sich in einer schweren Lebenskrise befinden, sind angesichts ihrer Hilfs- und Orientierungslosigkeit sehr empfänglich gegenüber Hilfestellungen durch ihre Mitmenschen. Hierbei engt sich der Kreis der Bezugspersonen sehr schnell ein, viele Freunde und Bekannte ziehen sich zurück. Das scheint v.a. dann einzutreten, wenn der Betroffene sehr offen über seine Erkrankung und seine Ängste spricht.

Aus meinem eigenen Berufsalltag weiß ich, daß die Bezugspersonen eines an Krebs erkrankten Menschen häufig aus dem Kreis der engsten Angehörigen und Freunden stammen. Die Qualität der Beziehungen und der geleisteten sozialen Unterstützung hat entscheidenden Einfluß auf das Krankheitserleben eines Patienten: die Sicherheit, daß bei Bedarf wichtige Bezugspersonen zur Verfügung stehen, kann den Patienten emotional stark entlasten. Auch bei der Krankheitsverarbeitung ist der Austausch mit persönlichen Ansprechpartnern sehr wichtig. Eine hohe familiäre/soziale Unterstützung können Menschen in Krisensituationen vor vermeidenden Bewältigungsstrategien wie Rauchen, Trinken oder Medikamenteneinnahme schützen.

Andererseits können sich besonders schwierige Situationen dann ergeben, wenn Konflikte, die vor dem Krankheitsbeginn schon bestanden, nun wieder akut werden und Angehörige jetzt versuchen, diese in ihrem Sinne zu entscheiden.

Die mitbetroffenen Angehörigen müssen hierbei lernen, Verständnis für die Situation des Erkrankten zu entwickeln und mit ihren Kräften hauszuhalten, da eine Krebserkrankung meist von längerer Dauer ist und mit vielen z.T. belastenden Therapien oder Krankheitsrückschlägen einhergeht.

## **Brückenpflege - Überleitung von der Klinik nach Hause**

**Adelheid Kumler und Hildegund Dahlhaus**

Seit dem 01. Oktober 1994 besteht am Universitätsklinikum und der Thoraxklinik in Heidelberg die Einrichtung der Brückenpflege. Das Heidelberger Brückenpflegeteam besteht aus drei Krankenpflegekräften ( A. Kumler, S. Giesel, H. Dahlhaus ) die die *Brücke* zwischen Klinik und zu Hause bilden . Ziel ist es, die Versorgung des schwerstkranken Tumorpatienten in seinem gewohnten Umfeld zu gewährleisten und somit einen dem der Klinik vergleichbaren Versorgungsstandard zu schaffen. Die vorzeitige Entlassung in den häuslichen Bereich und die Optimierung der Versorgung zu Hause kann für ihn eine Verbesserung seiner Lebensqualität bedeuten.

Auch nach der Entlassung des Patienten stehen die Brückenpflegekräfte mit dem Kranken und allen an der Betreuung Mitwirkenden telefonisch und im Rahmen von Hausbesuchen regelmäßig in Verbindung. Durch diese Kontinuität können frühzeitig Versorgungslücken erkannt werden, und somit kann dem Patienten eine Wiedereinweisung in die Klinik erspart bleiben.

Anhand von Fallbeispielen wird die praktische Arbeit der Brückenpflege näher erläutert.

### **Appetitlosigkeit und Tumorkachexie**

**Christiane Decker-Baumann**

Tumorkachexie ist eine häufige Begleiterscheinung maligner Erkrankungen. Sie wird beschrieben als ein Zustand der körperlichen Schwäche, der Anorexie und des progredienten Gewichtsverlustes. Die Kachexie ist heterogenen Ursprungs: Neben einem erhöhten Nährstoffbedarf kommt es zur Minderung der spontanen Nahrungsaufnahme infolge von Appetitlosigkeit und vorzeitigem Sättigungsgefühl. Die manifeste Tumorkachexie verschlechtert die Prognose, das Ansprechen auf die Chemotherapie und erhöht die postoperative Mortalität von Tumorpatienten (Selberg 1991).

Studien, die das psychische Befinden onkologischer Patienten analysierten, deuten auf eine enge Beziehung zwischen Ernährungsverhalten und psychosozialen Wohlbefinden hin. So gehören Appetit und die Fähigkeit zu essen zu den Hauptfaktoren, welche die subjektive Befindlichkeit des Tumorpatienten beeinflussen (Lanham 1988).

Der oralen Ernährung als supportive Therapiemaßnahme wurde jedoch nur wenig Bedeutung beigemessen, so dass entsprechend wenige Studien zu ihrem Stellenwert für die Therapie der Mangelernährung durchgeführt worden sind. Im Gegensatz dazu wurden Indikationen, Techniken und therapeutische Möglichkeiten der künstlichen Ernährung (enteral/parenteral) umfassend charakterisiert und untersucht (Ollenschläger 1992). Es ist jedoch gerade in der Onkologie angebracht, dem durch Erkrankung und Therapie stark belasteten Patienten, möglichst lange eine künstliche Ernährung zu ersparen und zu versuchen, über die Ernährung per os das subjektive Wohlbefinden aber auch den Ernährungsstatus positiv zu beeinflussen.

Lanham RJ, Digiannantonio AF: Quality of life of cancer patients. *Oncol* 1988; 45:1-7

Selberg O, Weimann A, Müller JM: Genese der Tumorkachexie. In: Schauder P (Hrsg.): Ernährung und Tumorerkrankungen. Basel, Karger, 1991, pp 198- 212

Ollenschläger G: Ernährungstherapie des Tumorpatienten. Stuttgart, New York, Thieme, 1992

## **Die Bedeutung der Sinnespflege bei der Begleitung von Krebspatienten am Beispiel des Hörens**

**Bernhard Deckers**

### Gliederung:

1. Was ist Wissenschaft? Was ist der Mensch?  
Ist die Krebskrankheit ein biochemischer Unfall, Zufall?
2. Was bedeutet Krankheit für den Menschen? In welche Auseinandersetzung gerät der Mensch durch die verschiedenen Krankheitsneigungen (Allergien, Entzündungen, Degeneration und Sklerose, Krebs) ?
3. Was ist das Charakteristische der Krebskrankheit? Welchen Phänomenen begegnen wir in dieser Krankheit?
4. Was erleben wir in der Sinnestätigkeit?  
Welche Sinnesqualitäten gibt es?
5. Die verschiedenen Dimensionen des Hörens
6. Erlebnisse mit Krebspatienten
7. Ausklang: Vom Krankenhaus als "Fabrik" zu einem Krankenhaus, in dem Kunst, Religion und

Wissenschaft am kranken Menschen arbeiten

### **Müdigkeits- und Erschöpfungssyndrom**

**Axel Doll**

Eine Reihe von belastenden Symptomen, wie Übelkeit und Erbrechen, Dyspnoe, Schmerz und Erschöpfung, die KrebspatientInnen entwickeln als Folge ihrer Erkrankung und/oder Therapie, haben einen signifikanten Einfluß auf die Lebensqualität der PatientInnen.

Müdigkeit wird von PatientInnen als das häufigste Symptom einer Krebserkrankung und als belastendste Nebenwirkung einer Krebsbehandlung angegeben und beeinträchtigt das Wohlbefinden der PatientInnen, ihre Möglichkeiten mit dem Krankheitsgeschehen fertig zu werden, ihre Fähigkeiten zur Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens und nicht zuletzt das Fortsetzen von Therapien.

Im Rahmen der Verbesserung des Supportive Care - der therapiebegleitenden Betreuung - wird es deshalb wichtig, uns mit dem subjektiven Phänomen „Erschöpfung“ auseinanderzusetzen.

Das „Integrierte Müdigkeitsmodell“ von Piper bietet die Möglichkeit die Multikausalität der Einflußfaktoren verstehen zu lernen und hilft die multidimensionalen Auswirkungen im physischen, kognitiven und emotionalen Bereich zu erfassen.

Mit diesem Verständnis wird es uns möglich den PatientInnen begleitend und beratend zur Seite zu stehen. Während an anderen Stellen die pharmakologische Unterstützung zur Symptomlinderung zum Tragen kommt, stehen bei dem Erschöpfungssyndrom die pflegerischen Interventionen wesentlich im Vordergrund. Durch Beratung, Aufklärung und Anleitung können PatientInnen und Angehörige selbst gemeinsam Bewältigungsstrategien entwickeln, die das Ausmaß der Belastung durch Müdigkeit lindern können.

## **Die pflegerische Übergabe am Krankenbett**

**Hanne Eisenhardt**

Die Idee, die bisher praktizierte Übergabe zu verändern erwuchs aus dem Bedürfnis vieler MitarbeiterInnen (MA) der Station 8A, bisherige Strukturen, Inhalte und Rahmenbedingungen, mit denen wir immer wieder zu kämpfen hatten, zu überdenken-überarbeiten und ggf. umzukonzipieren.

Hierbei ging es uns in erster Linie um die Übergabe in der Mittagszeit zwischen Früh- und Spätschicht die trotz erkenntnisreicher Reflexionen nur zwischendurch befriedigend hinsichtlich Zeit, Effizienz der Informationen Disziplin und Konzentration verlief

So entschieden wir uns im Rahmen der Qualitätssicherung für das Thema "Die Übergabe am Bett".

Ziel dieser Qualitätssicherung ist das Erreichen und Sichern einer bedarfsgerechten, patientenorientierten Pflege und Versorgung anhand meßbarer Kriterien.

Nach einer längeren Zeit der theoretischen Ausarbeitung begann eine spannende Zeit in der Praxis für uns. Nach anfänglichen Hochs und Tiefs entstand ein für alle akzeptabler Weg.

Die Ergebniskriterien konnten weitgehend positiv bezüglich der Patientenorientierung und der MA-Zufriedenheit bewertet werden.

Auch wenn vereinzelt PatientInnen beim Betreten des Zimmers mit den Worten: "oh nein nicht schon wieder die Übergabe"... unter der Bettdecke verschwanden oder andere PatientInnen hin und wieder aufgeweckt wurden, findet diese Art der Übergabe von Seiten der PatientInnen motivierenden Anklang.

Durch das Miteinbeziehen der PatientInnen in die Übergabe bekommen diese das Gefühl, stärker an ihrem Heilungsprozeß beteiligt zu sein.

Für uns als Team hat sich die Übergabe u.a. insofern verbessert, daß wir bereits zu Dienstbeginn mit den PatientInnen in Kontakt kommen und außerdem ausführliche und umständliche Beschreibungen wegfallen. So entstand bei der gemeinsamen Erarbeitung und Umsetzung der "Übergabe am Bett" das Gefühl, etwas positiv verändert zu haben.

## **Leben bis zuletzt - am Beispiel eines stationären Hospiz**

**Anna Lioba Fackler**

Das Hospiz Louise in Heidelberg mit 5 Plätzen hat sich zur Aufgabe gestellt, unheilbar erkrankte Menschen in der letzten Phase ihres Lebensweges zu begleiten. Die "Gäste" erhalten eine ganzheitliche, individuelle ärztliche und pflegerische Betreuung und Fürsorge.

Aufnahme finden Menschen mit einer tödlichen Erkrankung im Finalstadium. Ihre je eigenen körperlichen, psycho-sozialen und geistig-geistlichen Bedürfnisse werden wahrgenommen und geeignete Maßnahmen ergriffen. Angehörige und Freunde - die Nächsten eines todkranken Menschen - gehören mit in die Hausgemeinschaft und werden ihrerseits begleitet.

Ziel der Hospizarbeit ist: das Sterben als wichtigen Lebensabschnitt verstehen zu lernen, und für den Sterbenden die bestmögliche Lebensqualität zu erreichen.

## **„Nüchtern halt ich des net aus !“ oder Die Flucht in die Sucht**

### **Fritz Reck**

Das Referat fragt zunächst nach der Genese süchtigen Verhaltens und betrachtet dabei vor allem

- die persönliche psychische Disposition und
- die suchtbegünstigenden Bedingungen und Anforderungen der Lebens- und

Arbeitsumwelt.

Dabei wird gezeigt, daß der Mensch sich teilweise in seiner psychischen Disposition auf die Erfordernisse der von ihm erfahrenen Umwelt einstellt, (sich innerlich auf eine Situation einstellt) als auch sich seine Umgebung nach seinen jeweiligen psychischen Gegebenheiten auswählt (Depressive hören kein Techno). Hierbei wird ein Gleichgewicht zwischen Befindlichkeit und Umgebung angestrebt.

In einem zweiten Schritt wird nun die Möglichkeit untersucht, die eigene psychische Befindlichkeit durch Benützung psychoaktiver und psychomimetischer Stimulantien (stofflicher und nichtstofflicher Art) den empfundenen Erfordernissen der empfundenen Umwelt sowie den eigenen persönlichen Bedürfnissen (Selbstbild) entsprechend zu beeinflussen (Warum nehmen Manager, und solche, die sich dafür halten, eher Kokain als Rohypnol).

Als Drittes wird das Arbeitsfeld „Pflegebereich in der onkologischen Versorgung“ auf seine spezifischen Stimuli wie Arbeitsbedingungen, explizite und implizite Rollenerwartungen und andere bereichstypische psychische Belastungen untersucht. Dies erhellt den Hintergrund für die spezifische Ausprägung und den erschreckend großen Umfang der Abhängigkeitssymptomatiken bei Angehörigen der medizinischen Versorgungsberufe.

Als letzter Punkt sollen noch einige Möglichkeiten für die erhöhte Wahrnehmungsbereitschaft gegenüber der eigenen Situation und der eigenen Suchtprädisposition aufgezeigt, sowie einige Anregungen für mögliche, einer Suchtentwicklung entgegenwirkende Verhaltensweisen gegeben werden. Ergänzend möchte ich kurz über Hilfsangebote für Menschen, die sich bereits in einem Suchtprozeß befinden, (bzw. deren Mitarbeiter/innen und Angehörige), informieren.

### **Berührungen unter dem Aspekt der basalen Stimulation**

**Elke Heilmann-Wagner**

Körperkontakt ist nicht selbstverständlich, es stellt sich häufig als ein großes Problem für Patient und Personal im Krankenhaus dar. Es gehen zwar fast alle medizinischen, diagnostischen und pflegerischen Handlungen mit Berührung einher, doch sind diese fast ausschließlich flüchtig und diffus. Der Patient wird in die Handlungen häufig nicht mit einbezogen.

Auch pflegerische Handlungen sind oft von dieser Qualität. Um so wichtiger sind pflege-therapeutische Maßnahmen, die den Patienten erreichen und ihm eine angenehme und orientierende Körpererfahrung geben.

Dies nun hat sich die Basale Stimulation unter anderem zur Aufgabe gemacht. Basale Stimulation ist ein Konzept zur Förderung wahrnehmungsbeeinträchtigter Menschen. In den 70er Jahren hat Prof. A. Fröhlich dieses Konzept für schwer- und mehrfach behinderte Kinder entwickelt. In den 80er Jahren hat Fr. C. Bienstein das Konzept auf die Pflege übertragen und es gewinnt dort zunehmend an Gewicht und Interesse.

Insbesondere bei Intensivpatienten, bei desorientierten, somnolenten Patienten, bei Patienten in besonderen Krisensituationen (Unfall, OP, Krebs), Patienten mit Hemiplegie, Patienten mit der Alzheimer Krankheit und bei Patienten im Appalischen Syndrom kann durch Basale Stimulation eine Stabilisierung der psychoemotionalen Befindlichkeit und insgesamt eine verbesserte Koordination und Wachheit der Wahrnehmung erreicht werden. Die Beobachtung, Individualität der Person, Kommunikation und Wahrnehmung spielen dabei eine zentrale Rolle.

Die Basale Stimulation orientiert sich an den normalen embryonalen Entwicklungsstufen. Über somatische, vestibuläre und vibratorische Anregungen wird eine Beziehung zum Patienten aufgenommen. Pflegenden in der Krebskrankenpflege stellt sich in dieser Hinsicht eine besondere Aufgabe. Sie betreuen die Patienten häufig über einen längeren Zeitraum, deshalb sind hier individuelle Zielsetzungen mit stetiger Anpassung an die sich verändernde Situation von großer Bedeutung.

Auf der Grundlage der biographischen Anamnese des Patienten, kann in Abstimmung mit den anderen Therapiebereichen ein hohes Maß an patientenorientierter Betreuung erreicht werden. Gerade für Pflegenden, die sich viel mit dem Körper des Patienten befassen, bietet sich eine Chance, über die Pflege in Kontakt mit dem Patienten zu treten, ihm zu helfen ein Körperselbstbild zu entwickeln und Beziehung zu seiner Umwelt aufzubauen.

### **Berührungen aus dem Blickwinkel der Kinästhetik**

**Eva Kirchner**

Kinästhetik ist ein Handlungskonzept für menschliche Bewegung. Grundlage aller menschlichen Funktionen ist die Bewegung. Dies bedeutet, daß je nach täglicher Situation wir in Bezug auf Bewegung einem ständigem Anpassungs - Lernprozeß ausgesetzt sind. Das Handlungskonzept Kinästhetik in der Pflege unterstützt, fördert mit seinen kinästhetischen Aspekten diesen Prozeß.

Pflegepersonal lernt in den Kursen Kinästhetik in der Pflege die eigene Bewegungsfähigkeit zu erweitern. Dies fördert die Eigenaktivität für Bewegung beim Patienten, vorhandene Bewegungsressourcen beim Patienten werden unterstützt und gefördert. Es erleichtert in Bezug auf Heben und Tragen, Lagerungen, Mobilisierung, Sterbebegleitung die tägliche Interaktion beim Patienten. Die 6 Konzepte der Kinästhetik können in der Krebskrankenpflege vielseitig eingesetzt werden.

Nehmen wir das Beispiel Schmerzen, Schmerzen beeinflussen Vitalfunktionen wie Atmung, Puls und Blutdruck, aber auch die Fortbewegung im Liegen und im Gehen. Die Muskelspannung im Körper ist erhöht, jede Bewegung erzeugt Schmerzen, Streß und Angst. Das Wissen wie bei Schmerzen Bewegung gestaltet werden kann ist von hoher Bedeutung für den Patienten und auch das Pflegepersonal. Die Bewegung bei Schmerz kann über Berührung so gestaltet werden, daß die Anstrengung minimiert wird. Dazu benutzen wir die einzelnen Körperteile und die dazugehörenden Bewegungsebenen um die durch Schmerz eingeschränkte Bewegungsfähigkeit des Patienten zu unterstützen. Die verschiedenen Bewegungsmöglichkeiten in Bezug auf die Richtung der Bewegung, der Gestaltung der Zeit für Bewegung kann somit weitestgehend schmerzfrei gestaltet werden. Die Möglichkeit über bestimmte Lagerungen Schmerzen zu beeinflussen ist unter Anwendung der kinästhetischen Konzepte möglich. Die Umlagerungen werden gezielt in kleinen, langsamen Bewegungsinteraktionen gestaltet. Die Unterstützung der einzelnen Körperteile mit Tüchern, Kissen hat zum Ziel, daß keine unnötige zusätzliche Muskelspannung auftritt und trotzdem kleinste Bewegungen des Patienten möglich sind. Die Gestaltung der Umgebung für die Bewegung spielt bei Schmerzen eine zentrale Rolle.

Kinästhetik in der Pflege unterstützt Gesundheitsprozeß beim Pflegepersonal, aber und dies ist nicht zu unterschätzen beim Patienten. Die Unterstützung für die noch vorhandenen Bewegungsressourcen beim Patienten hat auf seine Lebensqualität einen unterstützenden Einfluß. Ebenso können Angehörige in diesen Prozess aktiv miteinbezogen werden.

### **Bedeutung der Pflegeforschung in der Praxis**

#### **Carol Kremer**

Die Pflegeforschung hat unmittelbare Auswirkungen auf die Praxis der Pflege und ist für die Weiterentwicklung der Pflege und ihres Berufsbildes unverzichtbar. Wissenschaftlich gesehen, befindet sich die Pflegeforschung jedoch noch am Anfang ihrer Entwicklung.

Die Pflegeforschung hilft - basierend auf überprüfbaren Grundlagen - festzustellen, ob bestimmte Pflegehandlungen wissenschaftlich bestätigt werden können, oder ob Veränderungen zur Effektivitätssteigerung angezeigt sind. Weiterhin kann durch Forschung in der Pflege das pflegerische Wissen vermehrt werden, notwendige Theorien weiterentwickelt und überprüft werden, unbekannte Faktoren identifiziert werden und neue Beziehungen zwischen bekannten Tatsachen und neuen Einflußgrößen aufgezeigt werden.

Pflegeforschung in der Onkologie sollte sich auf die Auswirkungen der Krankheit und ihrer Behandlung auf den Patienten und seine Angehörigen konzentrieren sowie die Effektivität der Pflegehandlung bei der Linderung von Beschwerden bestimmen. Weiterhin sollen Themen wie z.B. die Lernbedürfnisse des Pflegepersonals sowie strukturelle Rahmenbedingungen in der onkologischen Pflegepraxis erforscht werden.

Obwohl der Wert der Pflegeforschung unbestritten ist, trifft die Umsetzung der Forschungsergebnisse in der Praxis auf Hindernisse. Forschungsergebnisse werden vom Pflegepersonal nicht benutzt, weil diese Ergebnisse nicht bekannt sind. Eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Forschenden und Praktizierenden in der Pflege kann diese Situation verbessern.

## **Ressourcenorientierte Pflege - ein Umdenkungsprozess in der Krebskrankenpflege**

**Burkhard Lebert**

Krebs stellt sich häufig als eine chronische Erkrankung dar. An Krebs erkrankte Menschen sind dabei großen körperlichen und psychosozialen Belastungen ausgesetzt. Die Ausrichtung der pflegerischen Hilfestellung sind die Probleme der Betroffenen. Sehr häufig können diese Probleme nicht gelöst werden und Verhaltensänderungen können eine kleine Hilfe für diese Menschen sein, um mit den Problemen zu leben. Diese Betreuungsaufgabe ist auch für die Pflegenden sehr belastend.

In diesem Referat soll es um einen Wandel in der Krankenpflege gehen. Die Orientierung weg von den Problemen und Defiziten hin zu den Gesundheitsressourcen. Eine Hilfe zur Selbsthilfe um Betroffene ihrer Energie- und Kraftquellen wieder bewußt zu machen. Dies ist allerdings nicht einem Verleugnen gleichzusetzen, sondern einer Unterstützung zur Bewältigung der Krankheit und um die verbleibende Lebenszeit mit mehr Lebensqualität zu füllen.

Im einzelnen wird im Referat auf folgendes eingegangen:

- Was ist unter Ressourcen in der Pflege zu verstehen?
- Welche Bedeutung haben diese bei der Pflege von Krebskranken?
- Wie können diese bei der Pflege Krebskranker integriert werden und welche Aussagen machen Pflege-theorien dazu?
- Welche Voraussetzungen sind für eine ressourcenorientierte Pflege notwendig?

Letztendlich gilt es aber auch um unsere eigenen Ressourcen, die Ressourcen der Pflegenden.

### **Aromen in der Pflege**

#### **Edeltraud Lüdeke**

Das Referat vermittelt einen Einblick, was ätherische Öle oder Essenzen (Aromen) sind und wie sie (aufgrund ihrer unterschiedlichen Inhaltsstoffe) auf uns wirken.

Mit jedem Atemzug nehmen wir Duftinformationen auf, die unser Wohl- und Mißempfinden, unsere Stimmung beeinflussen (verändere ich die Atmosphäre eines Raumes positiv, beeinflusse ich die eigene Stimmung und trage zu mehr Wohlbefinden bei, was zugleich die Selbstheilungskräfte verstärkt). Da die Aromen sowohl auf körperlicher wie auf seelischer Ebene wirken, können sie eine unterstützende Ergänzung zur ganzheitlichen Pflege darstellen.

Verschiedene, in ihrem Charakter und Wirkweise unterschiedliche Aromen werden vorgestellt (z.B. Lavendel, Rose, Zitrone etc.).

Auf praktische Anwendungsmöglichkeiten wie Massage, Inhalation, Duftlampe etc. wird eingegangen. Beispiele aus der Praxis ergänzen den Überblick über die vielseitigen Anwendungsmöglichkeiten der ätherischen Öle nicht nur für den Kranken, sondern auch für das Pflegepersonal.

### **Beutel kleben ist nicht alles....**

**Claudia Lutz**

Die Anlage eines Stomas ist eine einschneidende körperliche, psychische und soziale Veränderung im Leben eines Menschen. Sie / er erlebt diese allerdings nicht isoliert für sich allein, sondern zusammen mit Angehörigen, Ärzten, Pflegenden, aber auch seiner sozialen Umwelt im weitesten Sinne. Sie alle erleben die Stomaanlage als Belastungssituation. Fokussiert werden soll hier jedoch auf die Interaktion Pflegende und Patient vor dem Hintergrund der Frage, welche pflegerischen Strategien erleichtern dem Patient die Eingewöhnung an das Leben mit dem Stoma. Soweit für die Beantwortung zweckdienlich werden hierzu Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung an der Chir. Univ. Klinik Heidelberg herangezogen.

Trotz der Vielschichtigkeit der Problematik lassen sich einige Punkte als allgemein gültig herauskristallisieren. Stichpunktartig werden zunächst die Konflikte der Pflegenden mit dem Stomapatienten betrachtet. Es sind dies erstens die Verunsicherung durch eigene Ängste. Zweitens eigener hoher Erwartungsdruck in bezug auf die Hilfestellung für den Patienten und drittens Unklarheit über den Wert der eigenen Arbeit im therapeutischen Team. Als gravierend negativer Einfluß in der Beziehung zum Patienten macht sich die Unsicherheit über dessen Erwartungen an den Pflegenden bemerkbar.

Betrachtet man im Gegenzug die Seite des Patienten, so steht im Vordergrund die belastende Ausnahmesituation in seinem Leben, einmal durch die Erkrankung selbst, zum anderen durch die Stomaanlage und die daraus resultierende Stigmatisierung. Sie / er ist auf Hilfe von außen angewiesen, sowohl in der rein praktischen Versorgung als auch in psycho-sozialer Hinsicht. Beides wird zunächst hauptsächlich an die Pflege delegiert, die anderen sozialen Gruppen spielen dabei erst eine nachgeordnete Rolle.

Jeder Patient entwickelt dabei individuelle Strategien im Umgang mit der neuen Situation, deren Bandbreite von der Verweigerung bis zum Kult um die Stomaakzeptanz reichen kann.

Sucht man nun nach einem gemeinsamen Ansatz für Patient und Pflegende, so muß man erkennen, daß der Dreh- und Angelpunkt bei der praktischen Versorgung des Stomas liegt. Für die Pflegenden, weil darin ihre primäre ureigenste Aufgabe liegt, und für den Patienten, weil ihm ohne funktionierende Versorgung des Stomas die Basis fehlt, um sich der Bewältigung seiner psycho-sozialen Fragen zu widmen.

Als Fazit kann also gezogen werden, Beutelkleben ist nicht alles, aber der grundlegendste, wichtigste und allererste Schritt. Ohne diesen ist es allen Beteiligten, Patient, Pflegenden, aber auch Ärzten und Angehörigen unmöglich, weitere Schritte zur Bewältigung der neuen Lebenssituation zu gehen.

## **Mit - geteiltes Leid ist halbes Leid. Pflegende als Begleiter auf dem Weg zur Schmerzfreiheit**

**Annette Pache**

Der schwerpunktliche Inhalt meines Referates stellt die Aufgaben von Pflegenden in der Schmerztherapie dar.

Einführend mit einem Zitat von Stefan Zweig versuche ich das Phänomen Mitleid zu definieren und stelle die Frage zur Aktualität in der professionellen Krankenpflege.

Mit Bezug auf den Pflegeprozess mache ich deutlich, in welcher veränderten Position heute Pflegende und Patienten stehen, welche Voraussetzungen und Aufgaben wesentlich sind, neben der ärztlichen Therapie hilfreich und begleitend zum Ziel "Schmerzfreiheit" zu gelangen.

Unerwähnt bleibt dabei allerdings nicht die noch immer unbefriedigende Situation von Schmerzpatienten, unbegründete Ängste von Patienten und Betreuern und die oftmals vorherrschende Hilflosigkeit der Helfer.

## **Notwendigkeit der persönlichen Begleitung während einer ambulanten Chemotherapie**

### **Barbara Reinhard-Polk**

Da Angebot der ambulanten Chemotherapie ist für viele PatientINNen eine positive Alternative zum sonst üblichen stationären Ablauf

Das Ambiente einer Ambulanz / Tagesklinik kann ein anderes sein, da die PatientINNen nicht wie auf einer Station unbedingt im Bett liegen müssen und in den Rhythmus des stationären Geschehens eingebunden sind mit all seinen zusätzlichen Belastungen und Anforderungen.

Durch den weitgehenden Wegfall pflegerischer Tätigkeiten bleibt in einer Ambulanz viel mehr Raum und Zeit, sich den PatientINNen in ihrer ganz spezifischen Individualität zuzuwenden. Die eigene Offenheit in der Wahrnehmung der Befindlichkeit der PatientINNen ist dabei ein wichtiger Faktor. Durch die Möglichkeit einer längerfristigen Begleitung ( z. B. 6 Zyklen einer adjuvanten Therapie) kann ein intensiver Kontakt entstehen, der auch das soziale oder familiäre Umfeld mit einschließt, da die PatientINNen oft von Familienangehörigen oder Freunden begleitet werden.

PatientINNen kommen in unterschiedlichen Phasen ihrer Erkrankung zu einer ambulanten chemotherapeutischen Behandlung. Oft schon vor einer Operation ( neoadjuvant - um Tumorreduktion zu erreichen ), viele nach der Erstdiagnose zur adjuvanten Therapie oder zu einer palliativen Behandlung, wenn es zu Rezidiven oder zur Metastasierung gekommen ist. Entsprechend unterschiedlich zeigt sich hier auch die Begleitung, da das Potential "Hoffnung auf Gesundheit", sich je nach persönlicher Betroffenheit immer wieder neu definieren muß. Zu der schon erwähnten Offenheit den PatientINNen gegenüber gehört für mich auch der ehrliche Umgang mit der Wahrheitsfindung, der sich ganz an den Bedürfnissen der PatientINNen orientieren muß. Das kann oft sehr schwierig sein und eine Gradwanderung bedeuten, weil nicht immer klar ist, welche wirklichen Informationen die PatientINNen haben und was an aufklärenden Gesprächen gelaufen ist. Hilfreich ist für mich hier immer , ganz konkret nach den Gefühlen der PatientINNen zu fragen, um von da aus das Gespräch besser anzugehen.

### **Ute Benz**

In unserer Klinik steht eine großzügige helle Abteilung mit individueller Betreuung zur Verfügung. 25-30 Patienten werden in mehreren Räumen nach Terminabsprache mit Chemotherapie und Blutprodukten behandelt.

Den Patienten stehen 3 Schwestern 1-2 Ärzte und eine Hausgehilfin zur Seite. Jeder versucht dem Patienten die Zeit der Behandlung so bequem und angenehm wie möglich zu gestalten.

Die Patienten können Essen und Getränke erhalten, sie haben Sicht -und Sprechkontakt zu den Schwestern und Ärzten, werden überwacht und beraten. Sie haben Zuhörer und Ansprechpartner bei Problemen, Fragen werden beantwortet, werden getröstet, erhalten bei Bedarf Hilfen bei allen Aktivitäten, Erfahrungen werden weitergegeben, Kontakt zu anderen Patienten hergestellt. Ihre An- und Heimfahrt wird ggf. organisiert. Durch die Tagesstation bleiben sie trotzdem selbständig und im Kontakt mit ihrer Umwelt.

Die meisten Patienten kennt man über einen langen Zeitraum und darf auch an erfreulichen Befunden, Begebenheiten wie Hochzeiten Babys Urlaubsfotos usw. teilhaben.

Dies erfreut die Begleitenden und gibt Kraft für die nächsten Patienten.

## Widersprüchlichkeiten der Mundpflegestandards - Was nun?

### Wolfgang Schanz

Seit etlichen Jahren ist für Pflegende in der Onkologie die Mundpflege als prophylaktische und therapeutische Maßnahme bei Chemo-/Strahleninduzierter Mukositis nach wie vor Thema Nr. 1. Unzählige Mundpflegestandards sind entwickelt und umgesetzt worden.

Sicherlich sind die Erhöhung der Dosis an Zytostatika oder Bestrahlung mit Grund dafür, daß die bleibenden Reaktionen auf der Mundschleimhaut bestehen bzw. noch zugenommen haben. Aber sind es nicht auch Widersprüchlichkeiten in den verschiedenen Standards zur Mundpflege, die den Erfolg schmälern:

- ★ Wer hat je untersucht, ob die Anzahl der täglichen Mundinspektionen bei 2, 3 oder 4 liegen soll?
- ★ Widersprechen unsere „fachfraulichen/-männischen“ Beobachtungen oft nicht dem Befinden der PatientInnen?
- ★ Decken sich die Beobachtungen von Pflegenden der Frühschicht mit denen der Spätschicht, d.h. die einen beschreiben eine Mukositis Grad 1, die anderen Grad 2?
- ★ Warum wird einmal mit Salbeitee, das andere Mal mit Kamillentee oder Betaisadonna gespült, wohlgemerkt bei gleichem Mundschleimhautbefund?
- ★ Hebt die Anwendung eines Antimykotikums die Effektivität eines kurz zuvor angewendeten lokalen Analgetikums nicht auf?

Ziel des Vortrages ist es, anhand von...

- ★ objektiven, meßbaren Kriterien zur gleichen Gradeinteilung zu kommen
- ★ Regeln zur eindeutigen Dokumentation (u.a. Begriffe, die von den Pflegenden gleich verstanden werden, leserliche Schrift)
- ★ Kommunikation mit Mediziner, Pharmakologen über gleiche Aussagen zu Mundtherapeutika

...Pflegenden Mut zu machen, „Farbe“ zu bekennen und dadurch Widersprüchlichkeiten im pflegerischen Handeln zu reduzieren bzw. aufzuheben.

## **Einstellungen von Krebskranken zur Schmerzbehandlung**

**Hanne Seemann**

Das Gelingen der Schmerzbehandlung ist bei allen Patienten mit chronischen Schmerzen abhängig von der Mitarbeit des Patienten. Dies ist bei Menschen mit einer Krebserkrankung ein besonderes Problem, da sie über ihre Schmerzen sehr oft erst zu sprechen beginnen, wenn diese schon schlimm geworden und nicht mehr auszuhalten sind. Wenn der Arzt dann mit einer Schmerzbehandlung beginnt, weiß er oft nicht, daß die Schmerzen schon eine längere Entwicklung hinter sich haben und gewissermaßen davonglökkieren, während er mit der Schmerzbehandlung hinterherhinkt. Dieses Mißverhältnis hängt u.a. damit zusammen, daß Krebskranke Vorbehalte gegenüber starken Schmerzmitteln, besonders gegen Opioide haben. Sie fürchten, ihren Körper mit Schmerzmitteln zu schädigen, abhängig oder süchtig zu werden und haben Angst vor Nebenwirkungen. Sie möchten die Kontrolle über die Schmerzen nicht verlieren, da sie vermuten, daß das Fortschreiten der Erkrankung an der Schmerzentwicklung abzulesen sei. Dieser Wunsch ist verständlich, da die Krebserkrankung in vielen Hinsichten von Kontrollverlust geprägt ist.

Pflegepersonen, die mit den Patienten meist gut im Gespräch sind, sollten solche Vorbehalte kennen und zur Sprache bringen. Gerade weil sich im Schmerz auch viel anderes Leid ausdrückt, wird der Schmerz sehr oft aus der Kommunikation ausgeschlossen. Den solchermaßen verdrängten Schmerz gemeinsam im Gespräch anzuschauen, kann erhebliche Besserung der Schmerzen und der Depressivität hervorbringen. Im Vortrag werden zu diesem Thema einige Forschungsergebnisse berichtet.

### **Krebs zehrt an Nähe**

**Alrun Sensmeyer**

In allen pflegerischen onkologischen Disziplinen bzw. in der Pflege überhaupt ist eine Betreuung ohne NÄHE zum Anderen kaum denkbar. Damit ist sowohl der „body-to-body“ Kontakt gemeint als auch die empathische Nähe im Gespräch.

Löst die Thematik „Berührung in der Pflege“ grundsätzlich Unbehagen aus oder ist die helfende Hand nicht vielmehr ein Markenzeichen der Pflegeberufe, ein Statussymbol, das eher überzeugt als das Fieberthermometer, ein Stethoskop, beides Arbeitsinstrumente, die eine direkte Berührung mit den zu Pflegenden während des Messens ausschließen können? Anhand einzelner Beispiele werden folgende Problembereiche erörtert:

- Welches Gewicht hat die Last des Mitfühlens?
- Welche Erwartungshaltung der zu Pflegenden fordert uns heraus, wann löst sie Widerspruch aus?
- Welche Auswirkungen kann die Diagnose Krebs auf die erfahrbare Nähe in der Pflegebeziehung haben?
- Wo und warum geht uns die Nähe zum Patienten unter die Haut, wann setzt sie Grenzen und stößt ab?

Unsere gestaltete Pflegebeziehung verlangt ein Gleichgewicht zwischen Sympathie und Zuwendung, Überwindung und Ablehnung, Helfersyndrom und Dienstleistungsprofessionalität.

## Moderne Schmerztherapie bei Krebskranken

**Dr. med. P. Washington**

Weltweit sterben jährlich etwa 5 bis 6 Millionen Menschen an den Folgen eines Tumorleidens, ca. 9 Millionen neue Tumorerkrankungen pro Jahr nach WHO Statistik. Die Inzidenz der Neuerkrankungen liegt in Deutschland bei etwa 340.000 Patienten im Jahr. Das damit am häufigsten vergesellschaftete Symptom ist der Schmerz. 50 bis 80% dieser Patienten in den Industrieländern leiden bis zum Ende ihres Lebens unter nicht ausreichend behandelten Schmerzen, obwohl Strategien zur Schmerztherapie entwickelt wurden.

Es sollte ein therapeutisches und ethisches Gebot sein, diese auch anzuwenden. Die Beurteilung und Diagnostik der Schmerzursache, Schmerzcharakteristik und Schmerzintensität steht an erster Stelle; dabei sind auch dringend psychologische, soziale und religiöse Aspekte mit einzubeziehen.

Eine Vielzahl von Schmerzsyndromen akuter und chronischer Art sind uns bekannt. Es hat sich die Differenzierung in den tumorbedingten (> 80 %), therapiebedingten (15 - 20 %), tumorassoziierten (10 %) und den tumorunabhängigen (10 %) Schmerz bewährt. Bereits 1953 hat der amerikanische Schmerztherapeut Bonica Ursachen von Karzinomschmerzen ausführlich beschrieben.

Unser Ziel ist

1. Das Überleben zu verlängern
2. Optimierung der Lebensqualität
3. Erhaltung der Funktionstüchtigkeit.

Nach der Schmerzdiagnostik folgt die mögliche Therapie. Die medikamentöse Behandlung ist die tragende Säule der Tumorschmerztherapie und bei 70 - 90 % der Patienten eine effektive Methode, gleich in welchem Tumorstadium. Gleichzeitig muß selbstverständlich eine Kausaltherapie, sei es durch chirurgische oder strahlentherapeutische Maßnahmen oder durch systemische Chemo- oder Hormontherapie, diskutiert werden. Grundregeln für die medikamentöse Therapie chronischer Schmerzen sind: wenn möglich oral Applikationen, regelmäßige Einnahmen nach festem Zeitschema, individuelle Dosierung, beachten des WHO - Stufenplans, Gabe der Medikamente nach dem Prinzip der Antizipation. Schmerzfreiheit oder besser Reduktion kann durch eine Reihe von Maßnahmen erreicht werden. Die Behandlung muß auf die Bedürfnisse eines jeden zugeschnitten werden wie beispielsweise erzielt durch die Pharmakotherapie, anästhesiologische Verfahren, neurochirurgische Interventionen und psychologische Schmerzbewältigungsstrategien.

### **Lasten im Team verteilen**

**Christiane Wittner-Maier**

Die Mitarbeiter in der Pflege haben in der Regel sehr hohe Erwartungen an ihr Team (Teamideale).

Um über Funktion und Wirkungsweise guter Teams zu sprechen, ist zunächst zu klären, was wir unter Team, unter dem Begriff „soziale Gruppe“ und unter dem Begriff Planelinheit verstehen. Darüber hinaus werde ich aus Studien der letzten Jahre zu Belastungen im Pflegedienst Stellung nehmen. Stichwörter hierfür sind, neben der wichtigen Last in psychischer Hinsicht, Rollenkonflikte, Arbeitsbelastungen, Belastungen durch Beziehungen (Konflikte) und nicht zuletzt Belastungen durch die Organisation.

Teambildung ist keine statische Angelegenheit sondern ein Prozeß und diese typischen Phasen der Teamentwicklung werden dargestellt, auch Einfluß und Bedeutung des Vorgesetzten und des Betriebes.

Teamarbeit bietet Vorteile, allerdings sind für gute Teamarbeit hohe Anforderungen an das einzelne Teammitglied und an die Führung zu stellen. Nur Teams, die sich in einer stabilen Leistungsphase befinden, sind in der Lage, Lasten zu teilen, zu tragen und vielleicht auch zu verteilen.