



Fachweiterbildung „Pflege krebskranker, chronisch-kranker Menschen“

Einführung des Oral Assessment Guide nach Eilers auf einer radiologischen Station

Kurs 2005/ 2007

Vorgelegt von Bopp, Anja

am 10.03.2007

Inhaltsverzeichnis:

1. Einleitung	S.2
2. Methodik	
2.1 Auffinden eines evidenz-basierten Instruments zur Erfassung und Beurteilung von Mukositiden und die Begründung der Notwendigkeit eines Assessment	S.4
2.2 Implementierung des „Oral Assessment Guide“ (OAG) in den klinischen Alltag und Auswahl der Probanden	S.6
3. Ergebnis	
3.1 Auswertungen der Nutzbarkeit des OAG zur Verlaufskontrolle im klinischen Alltag	S.9
3.2 Auswertungen der Ergebnisse von Pflegepersonal im Vergleich zum Patienten	S.11
3.3 Ausgewählte Falldarstellungen	
3.3.1 Sicht der Patienten	S.13
3.3.2 Sicht der Pflege	S.16
4. Schlussfolgerung	S.19
5. Literaturangaben	S.22
Anhang 1: Richtlinien für die Bestrahlung im Kopf/Halsbereich	S.24
Anhang 2: Assessmentinstrument zur Erfassung und Beurteilung des oralen Zustands	S.25
Anhang 3: Auswertung der Einzelbögen und Skalen	S.26
Erklärung	S.28

1. Einleitung:

Diese Hausarbeit entstand im Rahmen der Fachweiterbildung „Pflege des krebserkrankten, chronisch-kranken Menschen“ am Universitätsklinikum Heidelberg.

Tagtäglich beschäftigt man sich in Krankenhäusern mit den unterschiedlichen Nebenwirkungen, die eine Tumorthherapie mit sich bringt.

So wird zum Beispiel versucht, Übelkeit oder Schmerz durch supportive Maßnahmen innerhalb verschiedener Therapieprotokolle zu vermeiden oder zu verringern.

Bei der Behandlung der Mukositis / Stomatitis fehlt es aber noch an effektiven Interventionen, die einer evidenz-basierten Evaluation standhalten, obwohl sie bei 70-90% der Patienten mit Radio- oder Chemotherapie auftritt (NCI, 2004). Daher ist es umso erstaunlicher, dass dieses Thema noch weitgehend vernachlässigend behandelt wird. Weder in der Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger/in, noch in onkologischen Pflegefachbüchern wird dezidiert auf die Erfassung und Beschreibung der Mukositis und deren Behandlung im klinischen Alltag, meist aus Mangel an akzeptierten Strategien, eingegangen.

Auf den radiologischen Stationen am Universitätsklinikum Heidelberg gestaltet sich die Lage nicht anders. Mukositis ist zwar ein pflegerisches Thema, aber meist erst, wenn sie existiert.

Präventiv werden Mundspüllösungen verschiedenster Art ausgegeben, die auf keinem Standard basieren. Bei bestehenden Mundschleimhautveränderungen wird je nach Erfahrung der jeweiligen Pflegekraft interveniert. Dies führt zu unreflektierten Schmerzmittelgaben, Änderungen der Spüllösungen oder Ernährungsanpassung „aus dem Bauch heraus“.

„In Wirklichkeit ist orale Mukositis oft Gegenstand von Meinungsverschiedenheiten mit oberflächlichen Ratschlägen und subjektiven Schlussfolgerungen“ (Onkologiepflege Schweiz, 2005). Dabei zählt die Mundpflege zu den grundlegenden pflegerischen Aufgaben.

Häufigkeit, Schwere und Dauer einer oralen Mukositis haben Einfluss auf die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme (Miaskowski, 1990), den Allgemeinzustand, die Kommunikation (Eilers, 2003) und die Lebensqualität. Nicht selten kommt es zu Unterbrechungen oder Abbruch der Therapie (Dörr et al., 1997), was wiederum Auswirkungen auf die Überlebenszeit hat und eine Erhöhung der Therapiekosten durch verlängerten Krankenhausaufenthalt nach sich ziehen kann.

Wie also lässt sich dieser Zustand verbessern?

Um die Folgen der Mukositis bzw. deren Ausbreitung verringern oder hinauszögern zu können, bedarf es zuerst der Erhebung der einzelnen Stadien, um zum richtigen Zeitpunkt geeignete Maßnahmen ergreifen zu können, die der Mukositis entgegenwirken und es den Patienten erleichtern, die Therapie besser durchzustehen.

Aus diesem Grund ist das Ziel dieser Arbeit die Einführung eines Assessmentinstruments zur Beurteilung der Mundschleimhaut bei Patienten mit Bestrahlung im Kopf / Halsbereich auf den radiologischen Stationen am Universitätsklinikum Heidelberg, die Überprüfung der Nutzbarkeit und die Darstellung des Mukositisverlaufs im Zuge der Bestrahlung.

Aufgrund der Ergebnisse könnte so ein evidenz-basierter Standard entwickelt werden, um Mundschleimhautveränderungen frühzeitig zu erkennen und daraufhin gezielt zu intervenieren.

Anmerkung: Die Begriffe Stomatitis (Entzündung der Mundschleimhaut) und Mukositis (Entzündung der Schleimhaut) werden meist synonym verwendet und bezeichnen die durch Chemotherapie und/ oder Radiotherapie hervorgerufenen Nebenwirkungen an der Mundschleimhaut. Im Folgenden wird einheitlich der Begriff Mukositis verwendet.



Quelle: Im Focus Onkologie 3/2001

Quelle: Data on file, Amgen

2. Methodik:

2.1 Auffinden eines evidenz-basierten Instruments zur Erfassung und Beurteilung von Mukosiden und die Begründung der Notwendigkeit eines Assessment

Um Mukositis frühzeitig zu erkennen, bedarf es der Schulung des Pflegepersonals im korrekten Inspizieren und Beurteilen der Mundhöhle. Dazu benötigt man ein verlässliches und überprüftes Messinstrument.

Bei der Suche im Internet stößt man auf Artikel aus England und den USA, die schon seit vielen Jahrzehnten mit so genannten „*Assessmentscales*“ arbeiten. Eine Literaturrecherche in den Datenbanken Medline, Pubmed und der Cochrane Library unter den Suchbegriffen „*mucositis, assessment, instrument* und *oral*“ und die Untersuchung der in den Publikationen enthaltenen Literaturangaben weißt auf, dass Ginsberg bereits 1961 ein Assessment zur Beurteilung des Mundes entwickelt hat. Assessment bedeutet nach Georg und Frowein (2001) „*die Sammlung und Interpretation von klinischen Informationen oder die Bewertung des Gesundheitszustandes durch ein Mitglied eines Gesundheitsberufes*“.

Im Weiteren auch gleichbedeutend mit den Begriffen Skala oder Instrument.

Zurzeit gibt es circa 40 verschiedene Methoden zur Erfassung von Schleimhautveränderungen, nur wenige sind validiert. Im deutschsprachigen Raum veröffentlichte, so weit bekannt, nur die „*Onkologiepflege Schweiz*“ empirisch überprüfte Richtlinien zum Umgang mit Mukositis, resultierend aus englischsprachigen Studien und den Leitlinien der MASCC (Mucositis guidelines 2005). Gottschalck überprüfte in seiner Artikelserie in die „*Pflege*“ die bestehenden Assessmentinstrumente auf ihre Validität (es muss messen, was es zu messen vorgibt), Reliabilität (es muss verlässlich sein) und Praktikabilität (es muss einfach anwendbar sein bei geringem Zeitbedarf und unter Tolerierung seitens des Patienten) und ermittelte die Evidenzstärke nach Cooke. Demnach besteht hinsichtlich der zu bewertenden Kriterien keine Übereinstimmung unter den Autoren, aber alle sind sich einig, dass die Anwendung eines Assessment eine auf den Befund abgestimmte pflegerische Entscheidung ermöglicht und durch frühzeitiges Erkennen und Einschreiten Komplikationen verhindern soll (Kenny, 1990). Ein Assessment ist ein wichtiges Instrument der Forschung und gibt dem Praktiker Unterstützung und Sicherheit.

Es vereinfacht und präzisiert die Dokumentation (Fitch, Munro, Glass, 1999) und diagnostiziert den Bedarf an Pflegehandlungen. Wird ein Assessmentinstrument kontinuierlich verwendet, können subjektive Einschätzungen objektiviert werden und Entscheidungen werden überprüfbar (Gottschalck, 2003). Es ist ein erster wichtiger Schritt zur Planung effektiver Mundpflege (Beck, 1979; Eilers, 1988). Umso erstaunlicher ist es, dass weniger als 5% der Pflegekräfte ein Assessment nutzen (Gottschalck et al., 2003). Studien zeigen, dass die Implementierung von Assessmentinstrumenten und die Patientenedukation den oralen Status verbessern, die Mukositis reduzieren und die Heilung unterstützen können (Beck, 1979; Graham et al., 1993; Feber, 1995; Dodd, 1996). Probleme können frühzeitig identifiziert und definiert werden.

Die MASCC befürwortet in ihren Leitlinien sogar ausdrücklich die Nutzung von Skalen.

Das zum jetzigen Zeitpunkt bestgeprüfte Erfassungsinstrument scheint der von Eilers 1988 entwickelte „*Oral Assessment Guide*“ (OAG) zu sein.

Der OAG wurde in zahlreichen Arbeiten verwendet, als gut überprüfbares Instrument empfohlen und kann der Evidenzstärke 2/3 nach Cooke zugeordnet werden (Andersson et al., 1999; Dodd et al., 1996; Eilers et al., 1988; Feber, 1995; McGuire et al., 1998; Sonis, 1999).

„*Eine gewisse Subjektivität liegt in der Punktevergabe, aber im Verlauf gibt die steigende bzw. sinkende Punktzahl Auskunft über die Pflegewirkung*“ (Hehemann, 1997) und das Ausmaß einer Mukositis wird sichtbar. Entscheidend für die korrekte Handhabung ist die Schulung der Pflege im Umgang mit dem OAG. Denn je besser die Einweisung, desto genauer fällt die Bewertung aus.

Der OAG umfasst acht Kategorien. Jede Kategorie lässt sich von eins bis drei bewerten. Insgesamt besteht die Skala aus 24 Items und kann angekreuzt werden (siehe Anhang).

Diese Recherchen waren der Anlass zur Einführung des „*Oral Assessment Guide*“ in übersetzter Form auf den radiologischen Stationen am Universitätsklinikum Heidelberg im Sinne einer Pilotuntersuchung.

Das Einverständnis zur Untersuchung wurde auf ärztlicher und pflegerischer Ebene eingeholt.

2.2 Implementierung des OAG in den klinischen Alltag und die Auswahl der Probanden

In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass eine genaue Instruktion in den Gebrauch eines Assessmentinstruments zu dessen Nutzung unerlässlich ist (Andersson, 1999; Adams, 1996). Nur so kann eine hohe Übereinstimmung der Messergebnisse verschiedener Untersucher erreicht werden.

Diese Einweisung geschah Mitte November 2006.

Die Untersuchung wurde auf den radiologischen Stationen am Universitätsklinikum Heidelberg durchgeführt. Das Thema Mukositis war allgemein bekannt, doch niemand hatte von auf Evidenz basierten Messinstrumenten oder Assessmentscales gehört. Nach einer allgemeinen Einführung in die Grundlagen der Mukositis erhielten jeweils fünf examinierte Pflegekräfte einer Station einen Ordner mit erstellten Richtlinien, basierend auf den Leitlinien der MASCC, den OAG in mehrfacher Ausführung, ein Blatt für Anmerkungen (siehe Anhang), Lampe sowie Spatel und wurden in die genaue Inspektion der Mundhöhle und den Umgang mit dem OAG eingewiesen. Sie wurden angehalten, jeweils eine separate Skala pro Patient zu führen und ihn ein Mal in ihrer Schicht anhand des OAG an den vorgegebenen Bestrahlungstagen zu beurteilen. Dies sollte ohne Absprache mit dem Patienten selbst oder einer anderen Pflegeperson geschehen.

Da nicht jede Pflegekraft an allen Bewertungstagen in der Klinik sein würde, wurden sie gebeten, möglichst alle in Frage kommenden Patienten an ihren Arbeitstagen einzuschätzen, um so die Kontinuität der Untersuchung zu gewährleisten. Des Weiteren war es so möglich, an jedem vorgegebenen Tag eine spezifische Punktzahl zum Vergleich mit dem Patienten zu gewinnen. Durch das Bemessen des Bogens auf insgesamt 14 Bestrahlungstage sollte es möglich sein, trotz eventueller Lücken in der Dokumentation, den Verlauf der Mukositis erfassen zu können (siehe Anhang). Dies erschien als ein zusätzlich wichtiger Aspekt, den es zu überprüfen galt, denn bislang war die Zunahme der Mukositissymptomatik unter Bestrahlung nur auf Erfahrungswerte der Pflege zurückzuführen. Die Untersuchung bezog sich nur auf Patienten mit Bestrahlung im Kopf / Halsbereich, die (laut NCI) ein hohes Risiko hatten, eine Mukositis zu entwickeln.

Der Grund für die aktive Mitarbeit des Patienten an dieser Untersuchung ergab sich aus der Fragestellung, ob sich Selbst- und Fremdeinschätzung decken oder ob sich Unterschiede in der Punktevergabe aufweisen lassen.

Zudem lieferte eine Studie von Coleman (1995) Belege dafür, dass die Einbeziehung des Patienten in die Mundpflege die Erkrankungsrate senken und seine Compliance fördern könnte. Dies sollte genauer untersucht werden. Daher erhielten stationäre Patienten mit Bestrahlung im Kopf / Halsbereich am Aufnahmetag einen Ordner in der Ausführung wie oben beschrieben und eine Einführung in die selbständige Inspektion ihrer Mundhöhle. Die Untersuchung begann am 1.12.2006 und war auf einen Zeitraum von zwei Monaten begrenzt. Die Suche nach geeigneten Patienten gestaltete sich aufwendiger und schwieriger als erwartet. Im definierten Zeitraum galt es Personen zu finden, die bestimmten Anforderungen entsprachen.

Einschlusskriterien waren: Bestrahlung im Kopf / Halsbereich,

Befähigung, Deutsch zu sprechen und zu verstehen,

Stationärer Aufenthalt für den gesamten Zeitraum der Therapie,

Compliance zur Mitarbeit an der Untersuchung,

Fähigkeit, den OAG eigenständig zu führen

und sich selbst zu beurteilen.

Es stellte sich heraus, dass ein Großteil der Patienten, die den Einschlusskriterien entsprachen, ihre Therapie ambulant wahrnahmen. Dementsprechend stand kurze Zeit die Überlegung im Raum, diese Gruppe miteinzubeziehen, um die Anzahl der zu untersuchenden Personen zu erhöhen. Jedoch beruhte diese Arbeit einerseits auf der Idee, eine Skala zur Erfassung von Mukosiden *auf Station* einzuführen und sie auf ihre Nutzbarkeit in der Praxis zu überprüfen. Zum anderen ging es vornehmlich um die Frage, ob sich Eigen- und Fremdeinschätzung decken bzw. ob, wie es Larsson et al. (1996) beschreibt, sich die Mitarbeit des Patienten motivierend auf die Förderung und Erhaltung der Fähigkeit zur Selbstpflege auswirkt.

Aus diesem Grund wurde an der ursprünglichen Planung festgehalten.

Die Suche nach geeigneten Probanden auf Station zeigte auf, dass viele Patienten aufgrund ihrer Erkrankung nicht in der Lage waren, Selbstpflege kompetent auszuüben. Sie benötigten die Unterstützung der Pflegenden in vielen Aktivitäten des täglichen Lebens z.B. allein schon im Richten der Mundspüllösungen oder bedurften der kontinuierlichen Aufforderung zur Mundpflege. Manche waren aufgrund von Seh- oder Koordinationsstörungen im Zuge ihrer Krankheit auf Hilfe angewiesen und nicht in der Lage, ein Assessment eigenständig zu führen.

Im festgelegten Zeitfenster fanden sich letztlich sieben stationäre Patienten, die die oben genannten Kriterien zu Anfang erfüllten. Diese wurden auf einer radiologischen Station am Universitätsklinikum Heidelberg behandelt. Auf den anderen zwei Stationen waren potentielle Kandidaten entweder nur kurze Zeit stationär oder aber nicht in der Lage, den OAG selbständig zu führen.

Die zu untersuchende Gruppe bestand aus sechs Männern und einer Frau im Alter von 49 bis 75 Jahren und einem mittleren Alter von 63,5 Jahren. Alle Probanden waren an Tumoren im Kopf / Halsbereich erkrankt und wurden im Schnitt sechs Wochen mit einer Gesamtdosis von 60- 70 Gray bestrahlt.

Drei Patienten hatten einen Pharynx- oder Zungengrund-Ca. Sie erhielten zusätzlich Chemotherapie und mussten aus diesem Grund stationär aufgenommen werden.

Vier Patienten mit Hirntumoren (Chordom, Adenom) waren aufgrund der Entfernung zum Heimatort sechs Wochen auf Station geplant und in der Lage, den OAG zu verstehen und an der Untersuchung teilzunehmen. Zwei von ihnen entschieden sich allerdings nach sieben Tagen für eine ambulante Weiterführung der Therapie, kamen aber zweimal pro Woche zur Einschätzung durch das Pflegepersonal auf Station, so dass sie weiter in die Untersuchung miteinbezogen werden konnten.

Ein Teilnehmer musste in der vierten Woche wieder aufgenommen werden, da er nicht mehr essen und trinken konnte. Er erhielt vorübergehend parenterale Ernährung und schließlich eine PEG zur Versorgung zu Hause nach Abschluss der Therapie. Die weibliche Probandin konnte ab der 23. Bestrahlung aufgrund Fatigue, massiver Schmerzen und Übelkeit keine selbständige Untersuchung mehr vornehmen und brach die Eigenbeobachtung ab.

So gestaltete sich die Einbeziehung der Patienten von Anfang an nicht eben einfach.

3. Ergebnis

Im folgenden Kapitel wird anhand der gesammelten Daten geprüft, wie gut sich das Instrument zur Verlaufskontrolle von Mukosiden im klinischen Alltag eignete als auch vergleichend erfasst, wie pflegerisches Personal und Patienten selbst die einzelnen Kategorien im Verlauf eingestuft haben. Aus Sicht der Patienten und der Pflege wird an ausgewählten Beispielen beschrieben, wie und ob eine konsequente Nutzung des OAG die Selbstpflege und Compliance des Patienten und die Auseinandersetzung mit dem Thema Mukositis gefördert oder beeinflusst haben.

Die Datenerhebung resultiert aus der Analyse der ausgegebenen Bögen.

An der Untersuchung nahmen sieben Patienten und fünf Pflegekräfte teil.

Jeder Patientenbogen wurde für sich ausgewertet und zudem wurden Durchschnittswerte der jeweiligen Kategorien ermittelt. Der Skalenverlauf der Pflegekräfte entstand aus der Übertragung der Einzelergebnisse auf einen gemeinsamen Bogen pro Patient. Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, alle Teilnehmer untereinander zu vergleichen und jede Kategorie und jedes Item zu beschreiben. Aus diesem Grund wird der Verlauf der Mukositis an Durchschnittswerten aufgezeigt und im Vergleich der beiden Gruppen auf die Ergebnisse eingegangen, die sowohl Unterschiede als auch Übereinstimmungen in der Bewertung durch Patient und Pflege beleuchten. Die ausführliche Angabe aller Werte befindet sich im Anhang.

Zur Erklärung: Gemäß dem OAG ist bis zu acht Punkten keine Mukositis vorhanden.

Ab neun Punkten handelt es sich um mäßige, ab 17 Punkten um schwere Mukositis.

3.1 Auswertung der Nutzbarkeit des OAG zur Verlaufskontrolle im klinischen Alltag

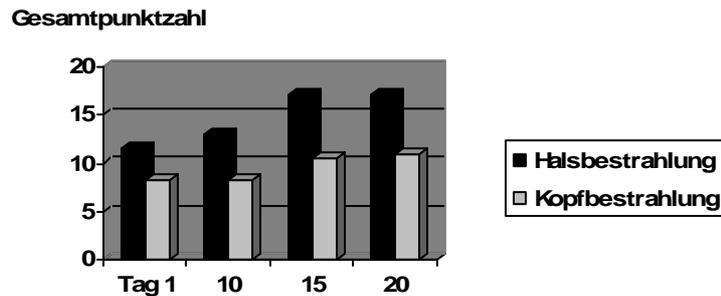
Schon am ersten Tag waren Unterschiede in der Punktevergabe durch die Patienten zu verzeichnen. Knapp die Hälfte der Probanden gab bereits zu Anfang der Therapie einen Wert über acht an, d.h. mäßige Mukositis. Wie sich zeigte, wurden diese einheitlich im Halsbereich bestrahlt. Ihre Punktzahl nahm im Verlauf der Bestrahlung deutlich zu und überschritt 16 Punkte, was das klinische Bild bestätigte. Patienten, die im Kopfbereich bestrahlt wurden, starteten mit einem Wert von acht und überschritten im Verlauf die 16 Punkte nicht.

Die Resultate stimmten mit denen der Pflege überein.

Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass die Lokalisation des Tumors und somit das Bestrahlungsfeld für den Schweregrad der Mukositis mitverantwortlich waren.

Ferner erhielt die Gruppe, die im Halsbereich bestrahlt wurde, Chemotherapie, was den Verlauf zusätzlich beeinflusst haben könnte.

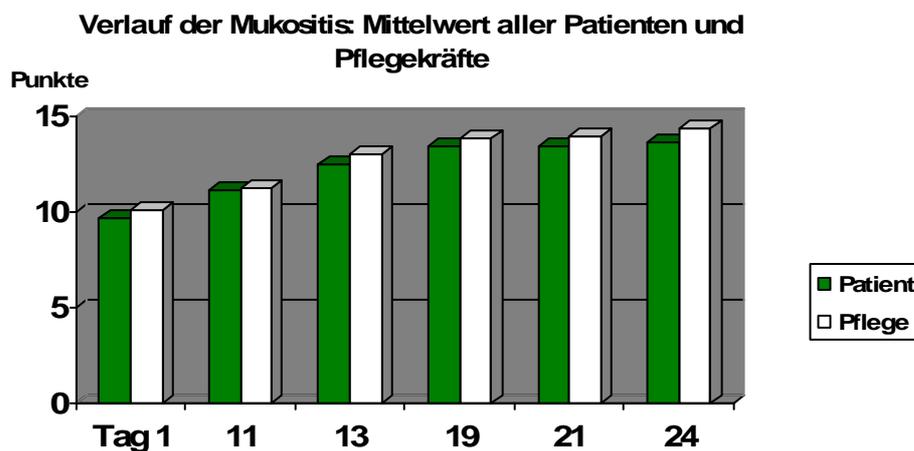
Hier eine graphische Darstellung der Durchschnittswerte von Patienten mit Bestrahlung im Halsbereich im Vergleich zu Patienten mit Bestrahlung im Kopfbereich:



Wie die Auswertungen sowohl der Patienten als auch des Pflegepersonals zeigten, war in 100% der Fälle ein deutlicher Anstieg im Verlauf der Mukositis zu verzeichnen. Das Ergebnis untermauert die auf Erfahrung basierende Meinung, dass Mundschleimhautveränderungen unter der Bestrahlung zunehmen. Zudem stellte sich dar, dass die Punktzahl und somit die Mukositis meist bis Mitte der Bestrahlung (13.-15.Tag) bis zu einem bestimmten Wert zunahm und im weiteren Verlauf stagnierte. Die Gesamtpunktzahl beider Gruppen stieg im Schnitt um vier Punkte an. Die Pflegekräfte wiesen im Vergleich zu den Patienten eine Differenz von ein bis zwei Punkten auf. Fast immer bewertete die Pflege einzelne Kategorien mit höherer Punktzahl (siehe 3.2).

Auch innerhalb der Patientengruppe ließen sich Unterschiede feststellen.

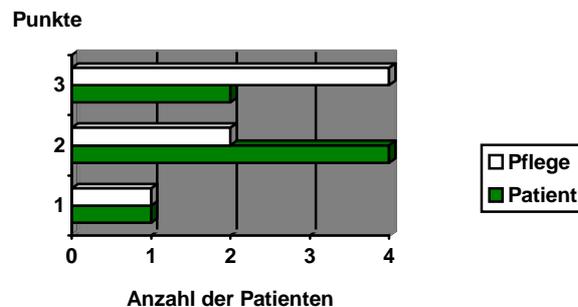
Auf diese wird im folgenden Abschnitt näher eingegangen.



3.2 Auswertungen der Ergebnisse von Pflegepersonal im Vergleich zum Patienten

Bezogen auf die einzelnen Kategorien hat sich gezeigt, dass die Beurteilung der *Schleimhaut* im Verlauf der Bestrahlung sowohl bei den Patienten als auch den Pflegenden die größte Veränderung durchlaufen hat. Diese Kategorie wurde bei mehr als der Hälfte der Patienten gegen Ende der Therapie mit zwei oder drei Punkten bewertet, wobei drei Punkte nur von Patienten mit Bestrahlung im Halsbereich vergeben wurden. Die Pflegekräfte schätzten die Veränderungen sogar noch gravierender ein und vergaben häufiger höhere Wertungen.

Vermutlich basiert das Ergebnis auf der Tatsache, dass die Schleimhaut gut zu inspizieren und bekanntermaßen höchst strahlensensibel ist. Nahezu jeder Patient hatte Beschwerden, die sich auf sein Allgemeinbefinden auswirkten. Aus diesem Grund ist die *Schleimhaut* für die Bewertung der Mukositis von großer Relevanz.



Die Kategorie *Schlucken* wurde von Pflege und Patient gleichermaßen eingestuft. Hier stellte sich dar, dass über die Hälfte der Patienten ab Mitte der Therapie zunehmend Beschwerden hatten und sich mit zwei oder drei Punkten einschätzten. Die Patienten mit Halstumoren konnten einheitlich nicht mehr schlucken. Die Beurteilung durch das Pflegepersonal resultierte meist aus der Beobachtung der Patienten und deren Befragung.

Ebenfalls wurde die Kategorie *Stimme* von beiden Gruppen annähernd identisch beurteilt. Auch in diesem Fall erreichten die Patienten mit Halstumoren gegen Ende der Therapie drei Punkte. Sowohl *Stimme* als auch *Schlucken* wurden in den Items klar definiert und waren vermutlich aus diesem Grunde einfacher einzustufen.

In den Kategorien *Zunge* und *Zahnfleisch* waren die gravierendsten Unterschiede zu verzeichnen. Nach Aussage der Befragten hätte es damit zusammenhängen können, dass die einzelnen Items unklar definiert waren. In der Kategorie *Zunge* tauchte ein Begriff wie „scheint“ auf, der doppelt gedeutet werden konnte oder Adjektive wie „rissig“ oder „belegt“ wurde leicht mit den physiologischen Begebenheiten der Zunge verwechselt.

Dies könnte die Erklärung dafür sein, dass sich über die Hälfte der Patienten im Verlauf auf zwei oder drei gestuft haben, die Pflege aber über bessere anatomische Kenntnisse verfügte, differenzierter beobachtete und infolgedessen weniger Punkte vergab.

Die Kategorie *Zahnfleisch* hingegen wurde von einem Großteil der Patienten mit eins beurteilt, während die Pflegenden über die Hälfte der Patienten mit höherer Punktzahl bewerteten. Es ist gut möglich, dass die Patienten das Zahnfleisch von Schleimhaut nicht unterscheiden konnten, da der Übergang fließend ist und Zahnfleisch und Schleimhaut physiologisch aus gleichartigem Epithel bestehen. Denkbar wäre auch, dass durch die natürliche Farbe eine eventuelle Rötung schwer zu erkennen war.

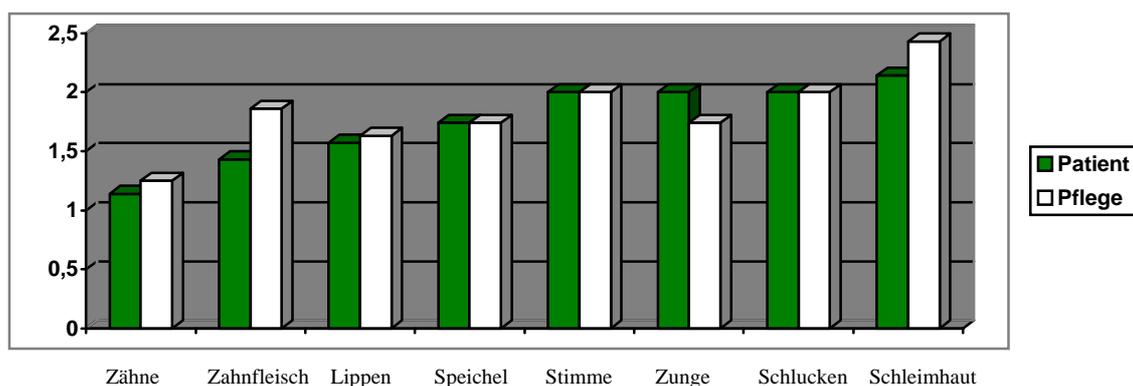
Klare Beweise konnten jedoch nicht erbracht werden.

Die Kategorien *Speichel* und *Lippen* wurden im Schnitt nahezu identisch von Pflege und Patienten beurteilt. Über die Hälfte der Probanden vergaben ab Mitte der Bestrahlung zwei Punkte, die übrigen stellten keine Veränderungen fest. Auch hier waren die Items klar definiert. Durch vermehrte Flüssigkeitszufuhr und Lippenpflege konnten diese Symptome gelindert werden.

Insgesamt gesehen waren in der Kategorie *Zähne* die geringsten Veränderungen zu verzeichnen. Die Patienten bewerteten sich vorwiegend im Verlauf mit einem Punkt, die Pflegenden meist etwas höher. Diese Kategorie scheint für den Verlauf einer Mukositis nicht von großer Wichtigkeit gewesen zu sein bzw. stellte keinen ernstern Einflussfaktor dar.

Die Auswertung lässt vermuten, dass es sowohl wichtige als auch unbedeutende Kategorien für die Beurteilung einer Mukositis zu geben scheint. Im nun folgenden Abschnitt sollen diese nüchternen Zahlen mit persönlichen Meinungen erläutert werden.

Durchschnittswerte der einzelnen Kategorien : Patienten im Vergleich zur Pflege



3.3 Ausgewählte Falldarstellungen

3.3.1 Die Sicht der Patienten

Die Patienten wurden im offenen Gespräch interviewt.

Schwerpunkte waren Fragen nach dem subjektiven Empfinden bezogen auf den eigenständigen Umgang mit dem Assessmentinstrument, der Beurteilung der Nützlichkeit und Schwierigkeiten in der Handhabung. Die Ergebnisse wurden teils auf Papier festgehalten, teils auf Tonband aufgenommen und anschließend in Form gebracht.

Zu Anfang gab es immer wieder Verständnisfragen hinsichtlich der zu bewertenden Kriterien, vor allem mussten die anatomischen Gegebenheiten ausführlich erklärt werden.

Die eigenständige Untersuchung des Mundes war neu und bedurfte der genauen Anleitung.

Die Beurteilung von acht Kategorien und 24 Items empfanden alle Probanden eingangs ungewohnt, teils kompliziert. Sie implementierten den OAG dessen ungeachtet rasch in ihren Alltag auf Station und führten ihn kontinuierlich und gewissenhaft. Nur ein Patient verstand trotz Aufklärung einige Details nicht, z.B. die Notwendigkeit der Prothesenentfernung beim Spülen und bedurfte der andauernden Schulung. Auffallend war aber die bereitwillige und umfassende Beschäftigung mit dem Thema Mukositis. Die Probanden sprachen Fragen bzgl. der Untersuchung von sich aus an und Probleme wurden besprochen. Durch die Führung des OAG wurden die Patienten auf verschiedene Aspekte der Mukositis aufmerksam gemacht. Sie schienen motiviert, die Mundpflege zu intensivieren. Mundspüllösungen wurden im Schnitt alle vier Tage verlangt, was den Schluss zulässt, dass die Patienten regelmäßig spülten. Die Teilnehmer gaben an, sie fühlten sich mitverantwortlich für den Zustand ihrer Mundhöhle und die Wichtigkeit der Mundpflege wurde ihnen im Laufe der Untersuchung erst richtig bewusst. Herr B.: *“ Ich hätte zu Hause nicht so oft den Mund gespült, weil ich den Sinn nicht verstanden hätte. Durch die Untersuchung wurde ich genau informiert und habe die Bedeutung der Mundpflege erkannt und verstanden. Die tägliche Auseinandersetzung mit der Skala empfinde ich als eine Art Beschäftigungstherapie, die Mundpflege gibt mir etwas zu tun, um auf meinen Zustand Einfluss zu nehmen.“*

Nach der Frage, wie sie den OAG beurteilen, gaben alle Patienten an, dass sie die Schleimhautveränderungen am meisten beeinträchtigten, da diese in direktem Zusammenhang mit grundlegenden Lebensgewohnheiten standen und ein Gefühl des Krankseins vermittelten.

Ihres Erachtens wurden auch andere wichtige Symptome nicht abgefragt. Dabei handelte es sich um Beschwerden wie Mundtrockenheit, Schmerzen oder Appetitlosigkeit. Aber vor allem klagten sie einstimmig über psychische Faktoren wie depressive Verstimmung und Müdigkeit. Erscheinungen, auf die keiner der Befragten vorbereitet worden war.

Herr H.: „ *Die Skala mag den objektiven Ansprüchen Rechnung tragen, aber nach meiner Ansicht sind nur drei oder vier Kategorien relevant. Mich beeinträchtigt zutiefst, dass meine Stimme verloren geht und ich aufgrund der Schluckbeschwerden, ausgelöst durch die Entzündungen der Schleimhaut, nicht mehr essen kann. Dieser Umstand deprimiert mich, denn der Verlust der normalen Körperfunktionen ist sehr einschneidend.*“

Die seelischen Symptome standen zwar nicht in direktem Zusammenhang mit der Mukositis, aber sie nahmen starken Einfluss auf die Bereitschaft und den Willen der Patienten, weiter mitzuarbeiten und nicht aufzugeben. Die genannten Erscheinungen wurden auch in den Studien von Rose-Ped et al. (2002) und Borbasi (2002) beschrieben und zeigen die gewaltigen Auswirkungen, die Mukositis mit sich zieht. Laut den Teilnehmern sollte es gelten, diese Nöte zu vermeiden oder zu verringern und eine größere Rolle spielen als Ablagerungen oder geschwollenes Zahnfleisch.

Herr D.: „ *Ich finde, Zähne sind nicht so wichtig zur Beurteilung von Schleimhautveränderungen. Die kann ich einfach putzen. Mir fällt es schwer, auf weiche Nahrung angewiesen zu sein und nicht schön essen gehen zu können oder mal ein Bier zu trinken.*“

Wie erwähnt konnte eine Patientin aufgrund von Übelkeit, Schmerzen und massiver Müdigkeit den OAG nicht mehr selbständig weiterführen, wollte zeitweise die Therapie abbrechen bzw. „*am liebsten nicht mehr leben*“ und war dementsprechend ängstlich. Hier konnte sowohl durch ausreichende Schmerztherapie und Antiemese als auch durch lange Gespräche und Begleitung des Pflegepersonals erreicht werden, dass sie diese schwere Zeit durchstand. Die Symptome konnten zwar nicht vollständig behoben werden, besserten sich aber durch Supportivmaßnahmen gegen Ende der Radiochemotherapie. Die Mehrzahl der Probanden gab an, dass sie die Gespräche als sehr hilfreich empfand, diese Zeit durchzustehen und war der Meinung, dass die Unterstützung und die Anwesenheit der Pflege sehr wertvoll gewesen seien.

Diese Beispiele zeigten, wie stark sich die Mukositis auf das psychische Wohlbefinden auswirkte und wie sehr dies einer genauen Beobachtung und Intervention bedurfte.

Die Richtlinien gaben allen Befragten einen nützlichen Überblick, auf was sie zu achten hatten und rückten die Bedeutsamkeit der Mundpflege ins Bewusstsein. Im Gespräch berichteten die Patienten gehäuft, dass sie die schriftliche Information als sehr wertvoll empfanden. Das Papier befand sich stets in greifbarer Nähe und konnte jederzeit zur Reflektion genutzt werden.

Herr B.: „*Mir gefielen besonders die Richtlinien. Nach der mündlichen Aufklärung verliert sich eine Menge an Information. Hier kann man in Ruhe noch mal nachlesen und weitere Fragen noch später stellen.*“

Allerdings hatte die verbale Anleitung und Beratung den höchsten Stellenwert.

Laut Aussage aller Patienten machte die Pflege nützliche Vorschläge und nahm die Bedürfnisse der Patienten (Borbasi, 2002) und ihre Wahrnehmung in Bezug auf Mundschleimhautveränderungen ernst. Die Pflegenden wurden von den untersuchten Personen als diejenigen angesehen, die Probleme erkannten, an diese erinnerten, Sicherheit vermittelten und Lösungswege anboten. Im Rahmen der Untersuchung stellte sich heraus, dass eine Skala und Informationen zur Mundpflege die Auseinandersetzung mit dem Thema Mukositis und die Kommunikation mit dem Patienten begünstigt haben. Die Integration des Patienten förderte die Compliance, auch wenn nicht, wie Coleman (1995) es beschreibt, die Erkrankungsrate gesenkt werden konnte.

Die intensive Miteinbeziehung des Patienten wirkte sich in großem Maße auf die Klärung von Schleimhautbeschwerden aus. Insgesamt gesehen waren aber die meisten Teilnehmer auf Hilfe und Unterstützung angewiesen und wollten auf diese auch nicht zugunsten der Selbstpflege verzichten. Sie waren froh, wenn sie sich nicht nur selbst einstufen sollten, sondern ihr oraler Status auch von der Pflege erfasst wurde. Es wurde deutlich, dass Patienten nur Laien sind, die professionellen Berufsgruppen in hohem Maße vertrauen.

Denn die Pflegenden galten bei jedem Patienten als Experten für die Beurteilung und Bekämpfung jeglicher Nebenwirkungen, die eine Therapie mit sich bringt.

Es gäbe noch mehr Aussagen, die man hätte dokumentieren können, aber die bedeutsamsten Fakten wurden im Rahmen dieser Hausarbeit beschrieben.

3.3.2 Die Sicht der Pflege

Die Pflegekräfte der Radiologie wurden bzgl. der Handhabung des OAG und eventueller Schwierigkeiten im Umgang mit diesem Instrument befragt und sollten dessen Nutzen beurteilen. Hierzu bezogen sie schriftlich und mündlich Stellung.

Durch die Nutzung anderer Skalen zur Beurteilung von z.B. Schmerz oder Übelkeit waren die Pflegenden im Umgang mit Assessmentinstrumenten geübt. Laut Aussage der Befragten war der OAG leicht in den Arbeitsalltag zu integrieren und einfach in der Anwendung. Die Kategorien waren meist verständlich beschrieben. Es erforderte im Schnitt zwei Minuten zur Begutachtung der Mundhöhle und zur Dokumentation. Lampe und Spatel wurden ständige Begleiter. Die Skala lenkte die Aufmerksamkeit leichter auf verschiedene Teilaspekte der Mukositis wie etwa Lippen, Speichel oder auch Zahnfleisch. Dies führte zu einer gründlicheren Inspektion und zu mehr Sorgfalt und Disziplin in der kontinuierlichen Dokumentation. So wurde beispielsweise darauf geachtet, den Patienten ohne Zahnprothesen zu beurteilen.

Frau T.: „ Patienten sagen oft, sie haben gerade die Prothese eingesetzt, wenn man in den Mund schauen will. Dann kontrolliert man schon mal so. Das Assessment ließ mich konsequent sein und ich habe gezielt darauf geachtet, dass die Prothesen bei der Kontrolle draußen bleiben, da sich gezeigt hat, dass gerade unter der Prothese Schleimhautprobleme auftreten können.“

Im Laufe der Untersuchung kamen aber auch Schwächen des OAG ans Licht.

Die Bewertung des OAG an Bestragungstagen wurde als unpraktisch angesehen, da das Pflegepersonal stets nachzählen oder nachfragen musste, um den korrekten Tag zu erfassen. Dies könnte man durch die Angabe des Datums vereinfachen. Der Aufbau des OAG wurde zudem als nicht differenziert genug angesehen. Die Pflegenden beanstandeten, dass Schleimhautveränderungen wie Ulcus, Soor oder Erosionen nicht genau erfasst werden konnten. Ebenfalls gab es keine Möglichkeit, diese Abweichungen mit präziser Angabe der Lokalisation korrekt zu dokumentieren. So wurde das Blatt für Anmerkungen dafür genutzt.

Frau T.: „ Ich würde mir wünschen, genauer beschreiben zu können, wo Rötungen etc. sind, um einen Vergleich zu haben. Ich konnte zwar die Veränderungen beurteilen, aber meine Kollegen hätten diese aufgrund mangelnder Dokumentation nicht ersehen können.“

Ferner gab es Aussagen zur Gewichtung der einzelnen Punkte.

Die Pflegenden bemängelten, dass z.B. das Item „Zahnstein“ genauso hoch bewertet wurde wie „entzündete Schleimhäute“ oder „blutendes Zahnfleisch“. Sie waren zudem der Auffassung, dass „trockene Lippen“ nicht dieselbe Punktzahl wert seien wie „schmerzhaftes Schlucken“, da dies doch erfahrungsgemäß die Lebensqualität des Patienten in höherem Maße beeinflusst. Ferner stellten die Pflegekräfte häufig die Frage, ob „entzündete Lippen“ (drei Punkte) für eine Mukositis gleichermaßen relevant wären wie „Schwierigkeiten oder Schmerzen beim Sprechen“.

Frau B.: „*Das gesamte Punktesystem ist in sich unstimmig. Die Bewertung der einzelnen Kategorien scheint nicht realistisch. Zudem startet der OAG erst mit einer Punktzahl von acht. Ab neun hat man per Definition „mäßige Mukositis“. Das heißt bei lokalem Zahnstein oder einer tiefen Stimme. Daran mache ich keine Mukositis fest. Auch wäre es psychologisch sinnvoller, eine Skala mit null zu beginnen. Vor allem, wenn man die Patienten mit einbeziehen möchte.*“

Weiterhin wurde Raum für patientenrelevante Beschwerden wie Geschmacksverlust, Appetitlosigkeit, Schmerzen oder Übelkeit gewünscht. Trotz dieser subjektiven Unzulänglichkeiten wurde der OAG als „*absolut nützlich, wenn auch verbesserungswürdig*“ bezeichnet.

Frau T.: „*Die Untersuchung gab Anlass für einen Austausch mit dem Patienten. Es wurde etwa darüber gesprochen, wie schlimm es sei, nicht schlucken zu können und basierend auf diesem Einstieg in eine Unterhaltung kam man auf andere Probleme zu sprechen. So diente die Skala als Gesprächsansatz.*“

Die Analyse zeigte, dass Maßnahmen bewusster und gezielter ergriffen wurden. Der Ansatz einer professionellen Pflege auf diesem Gebiet wurde sichtbar. Dies offenbarte sich in der Motivation der Beteiligten, den OAG differenziert zu betrachten und eine Rückmeldung zu geben. Des Weiteren gaben die Pflegekräfte an, dass sie das Gefühl hatten, dazu zu lernen und begründet zu handeln.

Frau K.: „*Der OAG ist sicher noch ausbaufähig. Wenn er in überarbeiteter Form in der Kurve und ein eingeführte Instrument für alle ist, trifft man keine Entscheidungen mehr aus dem Bauch heraus und der Patient erhält frühzeitig gezielte Hilfe und nicht erst, wenn er klagt.*“

Zum persönlichen Motivationsschub und dem Wunsch nach Steigerung der Pflegequalität gesellte sich ein spannender Aspekt, der die Nützlichkeit des OAG sichtbar machte. Die Pflegekräfte konnten den Verlauf der Mukositis und die Veränderungen in der Punktzahl bewusst miterleben bzw. trugen mit ihrer Unterstützung zur Entwicklung der Untersuchung bei. Die Entstehung der Mundschleimhautveränderungen konnte so direkt verfolgt werden. Ferner wurden Überlegungen zu wirtschaftlichen Folgen thematisiert. Beispielsweise kam die Frage auf, ob man durch ein Assessment und gezielte Pflegemaßnahmen Kosten senken könnte. Es wurde überlegt, wie sinnvoll es wäre, unterschiedliche Maßnahmen für unterschiedliche Stadien der Mukositis zu entwickeln. Daraufhin entstand eine Diskussion, in der sich herausstellte, dass der Wunsch nach mehr Schulung in Bezug auf die Interpretation und Einteilung von Schleimhautveränderungen deutlich bestand.

Die schriftlichen Informationen (Richtlinien) fanden auch unter dem Pflegepersonal großen Anklang. Sie boten eine weitere Möglichkeit, den Patienten aufzuklären und ihn zunächst mit seinen Gedanken alleine zu lassen. Zu einem späteren Zeitpunkt wurde dann noch einmal Kontakt aufgenommen, der Wissensstand eruiert und auf Fragen eingegangen.

Diese Empfehlungen unterstrichen bzw. ergänzten die mündliche Aufklärung.

Frau T.: „*Ich betone gerne, dass das Mundspülen eine Möglichkeit des Patienten ist, an der Therapie mitzuarbeiten. Die Richtlinien geben der Aussage Gewicht.*“

Die wichtigsten Ansichten sind hiermit beschrieben worden und es hat sich gezeigt, dass die Auseinandersetzung mit dem OAG viele interessante Aspekte ans Licht gebracht hat, die sonst nicht thematisiert worden wären.

4. Schlussfolgerung:

Diese Hausarbeit beschäftigte sich mit der Einführung eines evidenz-basierten Instruments, der Begründung seiner Notwendigkeit, der Überprüfung seiner Nutzbarkeit am Beispiel der Einschätzung durch den Patienten im Vergleich zum Pflegepersonal und seiner Eignung zur Verlaufskontrolle.

Die durch die Untersuchung fast schon erzwungene Auseinandersetzung mit dem Thema Mukositis hat gezeigt, dass es noch Aufklärung zu betreiben gilt und eine adäquate Ausbildung einen Grundstein legen sollte. Nur so wird das Bewusstsein geschult, dass Mukositisprobleme bei Patienten mit Bestrahlung im Kopf / Halsbereich bestehen, unter der Therapie ansteigen und der Intervention bedürfen. Die Pflegenden müssen die Notwendigkeit einer Inspektion erkennen und auch über mögliche ökonomische und klinische Folgen Bescheid wissen (Brown, C.G.; Yoder, L.H., 2002). Dass dies noch ein weiter Weg ist, zeigen Studien bis heute auf, die immer noch, selbst in den Vereinigten Staaten, über ein mangelndes Interesse im Bezug auf Mukositis berichten (McGuire, 2006). Mukositis wird zum Teil noch ignoriert und Leitlinien wie die der MASCC machen wenig Sinn, so lange sie nicht allgemein bekannt sind und in die Praxis umgesetzt werden.

Auch wenn die gesammelten Ergebnisse nicht den Anspruch erheben können, repräsentativ zu sein, so ist diese Arbeit ein Versuch auf Möglichkeiten aufmerksam zu machen, die es offenkundig gibt und den Blick über den Horizont hinaus schweifen zu lassen.

Es ist bewiesen, dass die korrekte Erfassung und Beurteilung der Mundhöhle wichtigster Teil der Mundpflege ist (Onkologiepflege Schweiz, 2005), um den Mund sauber, feucht und frei von Infektionen zu halten. Ziel eines jeden Pflegenden muss die möglichst lange Gesunderhaltung des onkologischen Patienten und die Verringerung der Nebenwirkung bzw. Vermeidung von Komplikationen unter Therapie sein. Dies erreicht man in jedem Fall durch Information und Anleitung der Patienten und frühzeitig geplante und gezielte Maßnahmen, die unentbehrlich für die Erhaltung der Lebensqualität und weiterer Therapien sind. Aufgezeigt werden konnte, dass die Implementierung des OAG die Aufmerksamkeit sowohl der Pflege als auch der ausgewählten Patientengruppe in Bezug auf die Problematik der Mukositis geschult hat. Der OAG ist ein wissenschaftlich begründetes Instrument, auf dessen Basis man einen Standard entwickeln kann und so die Möglichkeit hat, Pflege auf seine Wirkung zu überprüfen.

Subjektive Empfindungen der Patienten konnten durch geschultes Personal in ihrer Intensität erstaunlich präzise und reproduzierbar erfasst werden. D.h. die Einschätzungen der Pflegenden untereinander und im Vergleich zu den Patienten waren annähernd identisch.

Der Verlauf, d.h. die Ausbreitung der Mukositis unter Bestrahlung, konnte anhand des OAG sichtbar gemacht werden und wurde somit belegt. Bedeutsam ist hierbei die Kontinuität der Skalenführung.

Die schriftlichen Richtlinien zur Aufklärung über die Bedeutung guter Mundpflege unterstützten die verbale Anleitung. Die ausgeprägte Fokussierung auf das Thema Mundschleimhaut zeigte den Patienten, dass ihre Beschwerden ernst genommen wurden und sie nicht einfach aushalten musste. Durch die erhöhte Kommunikation wurden psychische Belastungen erst sichtbar, die die Patienten vielleicht sonst nicht thematisiert hätten. Die Anwesenheit des Pflegepersonals und Supportivmaßnahmen erleichterten die Zeit während der Therapie. Die Pflegenden spielen eine Schlüsselrolle in der Förderung des Patienten. Infolgedessen ist es essentiell, dass sie die Bedeutung evidenz-basierter Pflege kennen. Gründliche Inspektion, die Dokumentation des Verlaufs sowie Richtlinien können zu einem insgesamt schonenderen Verlauf der Therapie für den Patienten führen.

Des Weiteren hat sich herausgestellt, dass die stationären Patienten zum Großteil nicht geeignet sind, ein Selbstassessment zu führen wie Dodd (Cancer Practice, 1996) es beschreibt, sondern meist auf die Unterstützung der Pflege angewiesen sind. Nur ein kleiner Prozentsatz kam für diese Untersuchung aufgrund der Einschlusskriterien in Frage.

Anhand der Führung der Skala durch die ausgewählten Patienten scheint der OAG zu komplex und unstimmig, einzelne Punkte sind unklar definiert. Einige beschriebene Faktoren spielen für den Patienten nur eine untergeordnete Rolle wie z.B. Zahnstein. Er hat viel mehr mit Symptomen wie Müdigkeit, Schmerz, Appetitlosigkeit bzw. Schluckstörungen und depressiver Verstimmung zu kämpfen. Diese Erscheinungen beeinträchtigen maßgeblich die Lebensqualität. Man sollte erwägen, diese subjektiven Faktoren zusätzlich in das Assessment miteinzubeziehen, denn sie liefern wertvolle ergänzende Informationen, wenn es um den Menschen geht. Diese Ergebnisse stimmen mit denen der Pflegenden überein.

Es wäre den Versuch wert, den OAG auf die wichtigsten Punkte zu kürzen und dafür Punkte wie Schmerz oder Soor mitaufzunehmen, denn ein Assessment sollte einfach und realistisch sein, um von den Patienten umgesetzt werden zu können (Brown, 2002). Daraufhin könnte man einem weiteren Probelauf mit dem Pflegepersonal starten und den OAG auf radiologische Patienten anpassen. Dies bedarf der Mitarbeit aller Beteiligten. Eine weitere Untersuchung auf Station ist obligat, eine Schulung unerlässlich, denn tägliches Assessment

ist der erste Schritt zur Prävention und Behandlung (Eilers, 2004) und sollte im Zuge der Qualifizierung der Pflege unentbehrlich sein.

Die Mukositis in wenigen Worten zu beurteilen ist auch deshalb so diffizil, da sie in ihrer Zusammensetzung viel komplexer ist als Übelkeit oder Schmerz, die mit einer Skala von eins bis zehn subjektiv abgefragt werden. D.h. Mukositis ist nicht allein eine Entzündung der Schleimhaut, sondern zieht Folgen wie Übelkeit und Schmerz nach sich, wie die Auswertungen der Patientenbögen ergaben. Diese Nebenwirkungen zu therapieren ist möglich, die Mukositis hingegen noch nicht.

Noch ein persönliches Wort zum Schluss:

Diese Hausarbeit resultierte aus der Vorbereitung eines Unterrichts, den jeder Kursteilnehmer zu halten hatte. Im Zuge dessen wurden wir in der Fachweiterbildung im Umgang mit Grundlagen der Pflegeforschung und der Literaturbeschaffung geschult. Dies ermöglichte mir eine fundierte Auseinandersetzung mit wissenschaftlichen Texten und machte mich erst auf das Thema Mukositis aufmerksam. Daraus entstand die Idee, einen evidenz-basierten Standard auf Station zu implementieren, um Pflege zu begründen. Die Einführung des OAG entstammte gesicherten Studien, die das Assessment als belegt beschrieben. Auch wenn sich gezeigt hat, dass der OAG in seiner ursprünglichen Form nicht für ein Selbstassessment des stationären radiologischen Patienten geeignet ist, so stellte sich dennoch heraus, wie wichtig die genauere Betrachtung, die regelmäßige Inspektion und Beurteilung der Mukositis ist.

Derzeit gibt es noch keine standardisierten und forschungsbasierten Maßnahmen für die Prophylaxe und Therapie (Worthington, Clarkson, 2002; Rubenstein, 2004). Die Forschungsergebnisse sind mager. Dennoch muss sich die Pflege das neueste Wissen über Erfassungs- und Beurteilungsmöglichkeiten aneignen, um Strategien für einen Pflegeplan zu entwerfen und einheitliche Richtlinien fundiert begründen zu können und nicht nach Gutdünken zu handeln. Die Einbeziehung der Patienten in die Mundpflege und ihre Anleitung ist von großer Wichtigkeit und wird als indirekte Methode angesehen (Hehemann, 1997). Ziel ist und bleibt die eigenständige Durchführung der Mundpflege.

Dieses Thema gestaltete sich so umfangreich und spannend, dass es sich weiterhin lohnt, auf dem neuesten Stand zu bleiben und die Entwicklungen in diesem Gebiet zu verfolgen.

Schaffen wir ein einheitliches Instrument zur Beurteilung von Mukositiden, können wir einen reflektierten und evidenz-basierten Standard entwickeln, nach dem wir unsere Patienten behandeln.

5. Literaturangaben

- ADAMS, R. (1996): Qualified nurses lack adequate knowledge related to oral health, resulting in inadequate oral care of patients on medical wards. IN: *Journal of Advanced Nursing* 24, S.552-560.
- ANDERSSON, P.; PERSSON, L., HALLBERG, I.R. et al. (1999): Testing an oral assessment guide during Chemotherapy treatment in a Swedish care setting: a pilot study. IN: *Journal of Clinical Nursing* 8(2), S.150-158.
- BECK, S. (1979): Impact of a systemic oral care protocol on stomatitis after chemotherapy. IN: *Cancer Nurse* 2, S.185-99.
- BELLM, L.A.; ROSE-PED, A.M. et al. (2002): Complications of Radiation Therapy for Head and Neck Cancers: The Patients Perspective. IN: *Cancer Nursing* 25(6), S.461-467.
- BORBASI, S. et al. (2002): more than a sore mouth: Patients Experience of oral mucositis. IN: *Oncology Nursing Forum* 29(7), S.1051-1057. Download von ebn.bmj.com am 1.1.2007
- BROWN, C.; YODER, L. (2002): Stomatitis: An Overview. IN: *American Journal of Nursing* 16(4), S.20-23.
- COLEMAN, S. (1995): An overview of oral complications of adult patients with malignant haematological conditions who have undergone radiotherapy or chemotherapy. IN: *Journal of Advanced Nursing* 22, S.1085-1091.
- COOKE, I.E. (1996): Finding the Evidence. In: Cooke, I.E., Sackett, D.L. (eds): *International Practice and Research*. Vol.10/ No.4, Balliere, London.
- DODD, M.J.; LARSON, P.J.; DIBBLE, S.L. et al. (1996): Randomized clinical trial of chlorhexidine versus placebo for prevention of oral mucositis in patients receiving chemotherapy. IN: *Oncology Nursing Forum* 123(6), S.921-927.
- DODD, M.J.; FACIONE, N.; DIBBLE, S.L. et al. (1996): Comparise of methods to determine the prevalence and nature of oral mucositis. IN: *Cancer Practice* 4(6), S.312-318.
- DÖRR, W.; DÖLLING-JOCHEM, I.; BAUMANN, M. et al.(1997): Therapeutische Beeinflussung der radiogenen oralen Mukositis. IN: *Strahlentherapie und Onkologie* 173(4), S.183-192.
- EILERS, J.; BERGER, A.M.; PETERSEN, M.C. (1988): Development, testing and application of the oral assessment guide. IN: *Oncology Nursing Forum* 15(3), S.325-330.
- EILERS, J. (2003): When the mouth tells us more than it says. The impact of mucositis on quality of life. IN: *Oncology Supportive Care, Quarterly*, Vol.1, S.31-43.
- EILERS, J. (2004): Nursing Interventions and supportive care for the Prevention and Treatment of oral mucositis associated with Cancer Therapy. IN: *Oncology Nursing Forum* 31(4), S.13-23.
- EILERS, J.; EPSTEIN, J.B. et al. (2004): Assessment and Measurement of oral mucositis. IN: *Seminars in Oncology Nursing*, 20(1), S.22-29.
- FEBER, T. (1995): Mouth care for patients receiving oral irradiation. IN: *Professional Nurse* 10(10), S.666-670.
- FEBER, T. (1996): Management of mucositis in oral irradiation. IN: *Clinical Oncology* 8(2), S.106-111.
- FITCH, J.A.; MUNRO, C.L.; GLASS, C.A. et al. (1999): Oral care in the adult intensive care unit. IN: *American Journal of Critical Care* 8(5), S.314-318.
- GEORG, J., FROWEIN, M.(2001): IN: *Pflegelexikon*, Huber, Bern.
- GILLAM, J.L.; GILLAM, David G. (2006): The assessment and implementation of mouth care in palliative care: a review. IN: *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* 1226(1), S.33-37.

- GINSBERG, M. (1961): A study of oral hygiene nursing care.
IN: The American Journal of Nursing 61(10), S.67-69.
- GOTTSCHALCK, T.; DASSEN, T., ZIMMER, S. (2004): Empfehlungen für eine Evidenz-basierte Mundpflege bei Patienten in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen. IN: Pflege 17, 2004, S.78-91.
- GOTTSCHALCK, T.; DASSEN, T. (2003): Welche Entscheidungsbefugnisse besitzen Pflegende bei der Mundpflege? Ergebnisse einer Befragung in deutschen Gesundheitseinrichtungen. IN: Pflege 16(2), S.83-89.
- GOTTSCHALCK, T.; DASSEN, T. (2002): Welche Mittel werden zur Behandlung von Mundproblemen in der Literatur beschrieben?- Eine Analyse von deutsch- und englischsprachigen Veröffentlichungen zwischen 1990 und 2001. IN: Pflege 15(3), S.137-145.
- GOTTSCHALCK, T.; DASSEN, T., ZIMMER, S. (2003): Assessment-Instrumente zur pflegerischen Beurteilung des Mundes- Ein Literatur-Review. IN: Pflege 16, 2003, S.273-282.
- GRAHAM, K.; PECURARO, D.A.; VENTURA, M. (1993): Reducing the incidence of stomatitis using a quality assessment and improvement approach. IN: Cancer Nursing 16(2), S.117-122.
- HEALS, D. (1993): A key of wellbeing: Oral hygiene in patients with advanced cancer.
IN: Professional Nurse 8(6), S.391-398.
- HEHEMANN, H. (1997): Was ist Mundpflege bei onkologischen Patienten? IN: Pflege 10(4), S.199-205.
- KENNY, S.A. (1990): Effect of two oral care protocols on the incidence of stomatitis in haematology patients.
IN: Cancer Nursing 13, S.345-353.
- LARSON, P.J.; MIASKOWSKI, C. et al. (1998): The PRO-SELF Mouth Aware program:
An effective approach for reducing chemotherapy-induced mucositis. IN: Cancer Nursing 21(4), S.263-68.
- MULTINATIONAL ASSOCIATION OF SUPPORTIVE CARE IN CANCER (2005):
Perspectives and clinical practice guidelines, <http://www.mascc.org/content/338.html>, gelesen am 10.01.2007.
- McGUIRE, D.B.; YEAGER, K.A.; DUDLEY, W.N. et al. (1998): Acute oral pain and mucositis in bone marrow transplant and leukaemia patients: data from a pilot study. IN: Cancer Nursing 21(6), S.385-393.
- McGUIRE, D.B. et al. (2006): The role of basic oral care and good clinical practice principles in the management of oral mucositis. IN: Support Care Cancer 14, 2006, S. 541-547.
- MEDLINE plus Health Information (2001): Oral Hygiene.
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001957.htm>, gelesen am 02.12.2006.
- MIASKOWSKI, C. (1990): Management of mucositis during therapy.
IN: National Cancer Institute, Monographs, No.9, S.95-98.
- NATIONAL CANCER INSTITUTE, USA (2005): Oral complication of chemotherapy and head/neck radiation.
<http://www.cancer.gov/cancer>, gelesen am 02.12.2006.
- ONKOLOGIEPFLEGE SCHWEIZ (2005): Orale Mukositis bei Patienten mit einer Tumorthapie unter Leitung von Irene Bachmann-Mettler, Zürich.
- RUBENSTEIN, E.; PETERSON, D.E. et al. (2004): Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of cancer therapy-induced oral and gastrointestinal mucositis. IN: Cancer 100(9), S.2026-2046.
- SONIS, S.T. (2004): Perspectives on cancer therapy induced mucosal injury. IN: Cancer 100(9), S.1995-2025
- SONIS, S.T.; EILERS, J.P.; EPSTEIN, J.B. et al (1999): Validation of a new scoring system for the assessment of clinical trial research of oral mucositis induced by radiation or chemotherapy.
IN: Cancer 85(10), S.2103-2113.
- WORTHINGTON, H.V.; CLARKSON, J.E. et al. (2004): Interventions for treating oral mucositis for patients with cancer receiving treatment. In: Cochrane Database Syst. Rev.2, CD 001973.

Richtlinien für die Bestrahlung im Kopf/Halsbereich

Während der Bestrahlung kann es zu entzündlichen Veränderungen der Mundschleimhaut kommen.

Um diese frühzeitig zu erkennen, werden Sie im Umgang mit einer Skala geschult, die den Zustand ihrer Mundschleimhaut erfasst und beurteilt.

Inspizieren Sie Ihren Mund täglich mit Lampe und Spatel, indem Sie einen Spiegel zu Hilfe nehmen!

Beurteilen Sie Ihre Lippen, Zähne, Zahnfleisch, Zunge und Wangeninnenseiten nach Aussehen, Ihrem Speichelfluss und Ihr Vermögen zu Sprechen und zu Schlucken (nach Anleitung).

Vermeiden Sie Infektionen durch:

2-3x täglich Zahnpflege mit einer weichen Zahnbürste und fluoridhaltiger Zahnpasta nach den Mahlzeiten

Mundspüllösung nach dem Zähneputzen benutzen

Prothesen nach den Mahlzeiten reinigen und Zahnfleisch auf Druckstellen kontrollieren

Lippenpflege

Bei Entzündungen der Mundschleimhaut je nach Verträglichkeit auf 6-8x täglich erhöhen

Halten Sie ihre Mundschleimhaut feucht durch:

Ausreichende Flüssigkeitszufuhr von mindestens 2 Litern pro Tag

Kauen von z.B. zuckerfreiem Kaugummi , Eiswürfeln oder Brotrinde

Massage der Speicheldrüsen

Vermeiden Sie mechanische oder chemische Verletzungen durch:

Verzicht auf Alkohol und Nikotin

Verzicht auf saure, harte, stark gewürzte, salzige und zu heiße Kost

Bevorzugung von weicher, ggf. pürierter Nahrung wie z.B. Kartoffelbrei oder Eis

Sollten Sie Veränderungen bemerken wie z.B. Schmerzen, offene Stellen, weiße Beläge, Schluckstörungen, Rötungen, Mundtrockenheit oder Blutungen melden Sie sich bitte umgehend!

Erfassung und Beurteilung des oralen Zustandes

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Tag der Bestrahlung:	3	5	7	9	11	13	15	17	19	21	23	25	27	29
-----------------------------	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Stimme

1=normal														
2=tief oder rau														
3=Schwierigkeiten beim Sprechen/Sprechen schmerzhaft														

Schlucken

1=normal														
2=schmerzhaft														
3=Schlucken nicht möglich														

Lippen

1=glatt, rosa, feucht														
2=trocken oder rissig														
3=entzündet oder blutend														

Zunge

1=rosa, feucht, Papillen erkennbar														
2=belegt, scheint schimmrig mit/ohne Rötung														
3=Blasen vorhanden oder rissig														

Speichel

1=wässrig														
2=verdickt oder zäh														
3=fehlt														

Schleimhaut

1=rosa und feucht														
2=gerötet oder belegt														
3=Entzündung mit/ohne Blutung														

Zahnfleisch

1=rosa und straff														
2=geschwollen mit/ohne Rötung														
3=spontane Blutung														

Zähne/Zahnprothesen

1=sauber, keine Ablagerung														
2=Zahnstein oder Ablagerungen lokal														
3=Zahnstein o. Ablagerung														

Gesamtpunktzahl

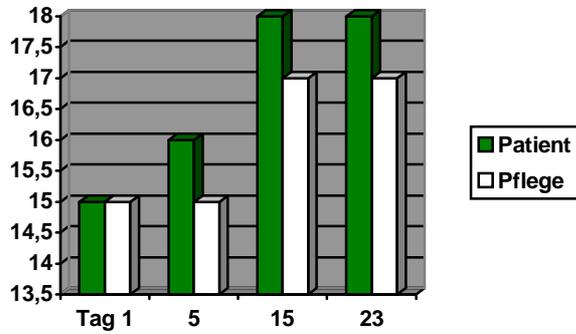
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

The Oral Assessment Guide (OAG) (Eilers et al 1988,2003)

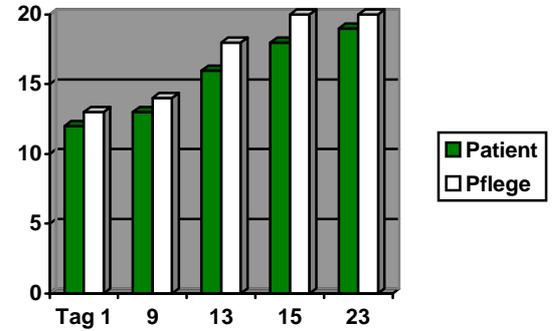
Auswertung der Einzelbögen und Skalen:

Verlauf der Mukositis: Patient im Vergleich zur Pflege

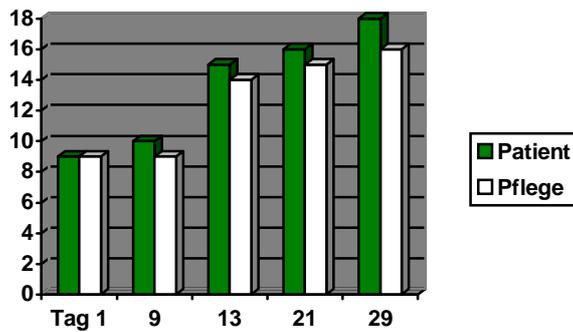
Fr. W.: Zungengrund-Ca, Chemotherapie



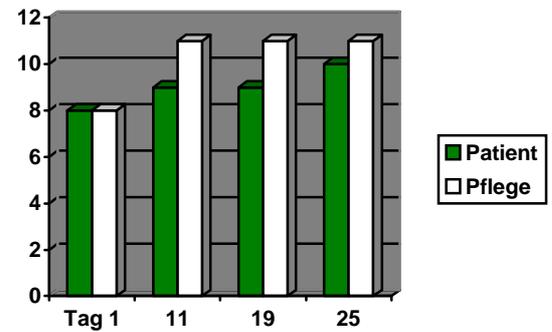
Hr. B.: Epipharynx-Ca, Chemotherapie



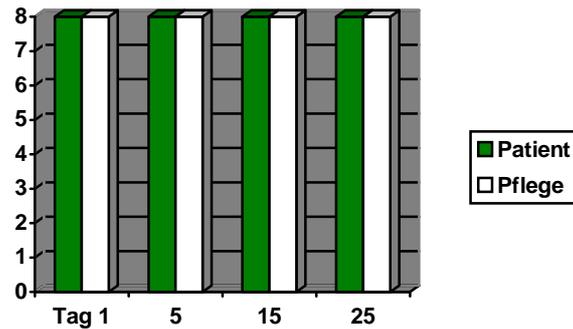
Hr. H.: Hypopharynx-Ca, Chemotherapie



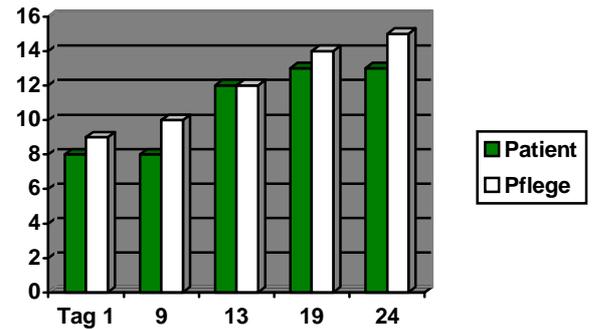
Hr. S.: undiff. Ca temporo-basal, CHT



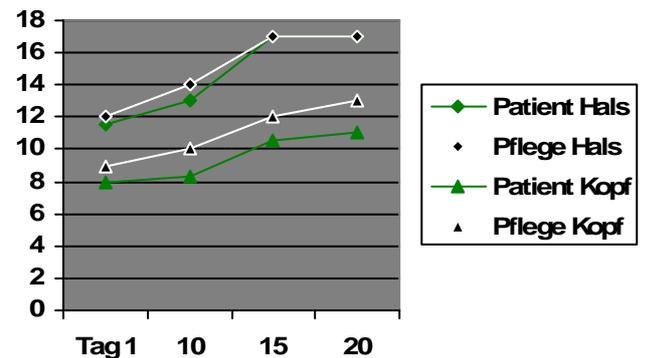
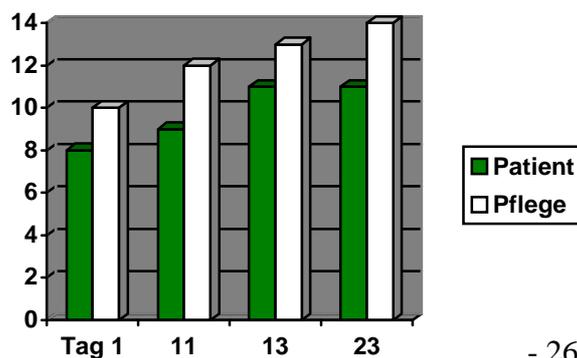
Hr. J.: Hypophysenadenom-Rezidiv



Hr. D.: ACC der Schädelbasis

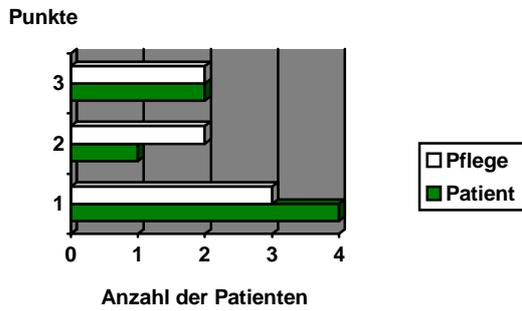


Hr. C.: Hirnstammchordom

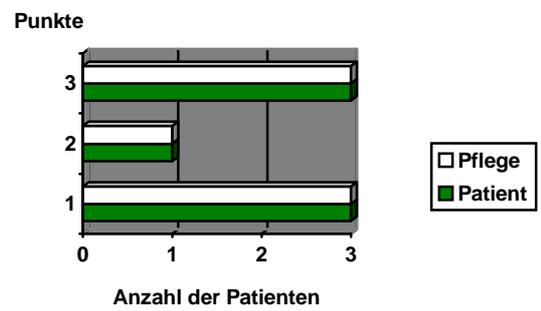


Punktevergabe in den einzelnen Kategorien: Patient im Vergleich zur Pflege

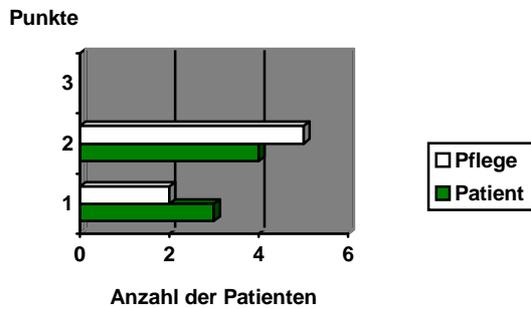
Stimme:



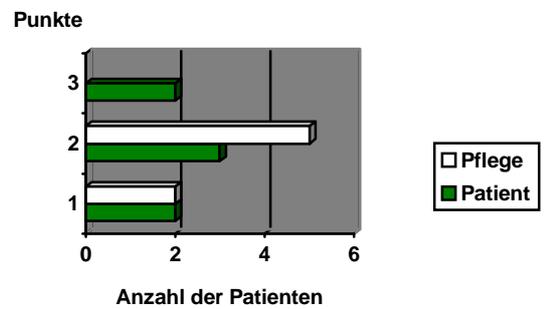
Schlucken:



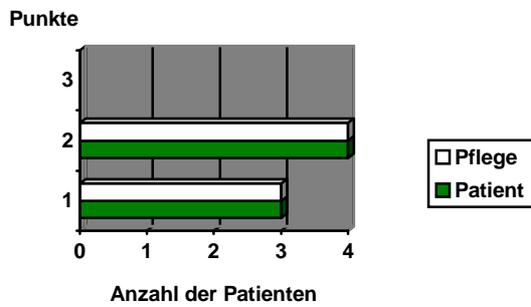
Lippen:



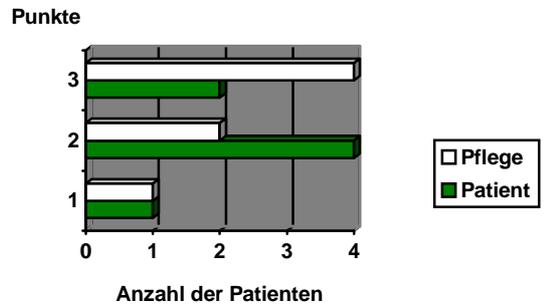
Zunge:



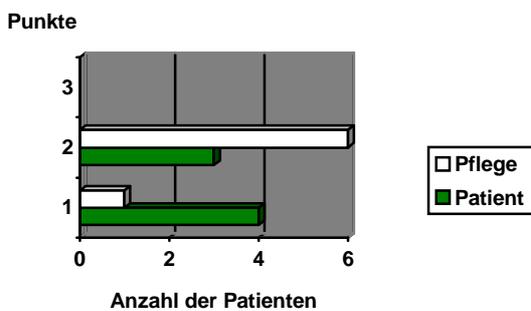
Speichel:



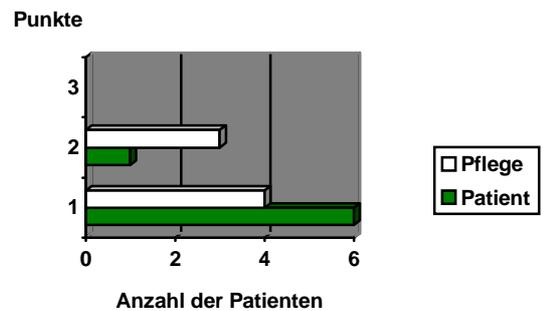
Schleimhaut:



Zahnfleisch:



Zähne:



Erklärung:

„Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe Dritter verfasst, keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwandt und die Stellen, die anderen Werken im Wortlaut oder im Sinn nach entnommen sind, mit Quellenangaben kenntlich gemacht habe.“

Heidelberg, den 22.03.2007

Unterschrift des Verfassers