



Der verantwortliche Spitex-Pflegefachmann, der Hausarzt und die Angehörigen entscheiden gemeinsam im Interesse der Patientin.

Klinisches Assessment für die Pflegepraxis – Teil 4

Verbleib in der häuslichen Umgebung ermöglichen

Patienten und Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen wünschen häufig, möglichst lange in der vertrauten häuslichen Umgebung zu bleiben. Die Linderung von Symptomen und das Erhalten bestmöglicher Lebensqualität stellen hohe Anforderungen an betreuende Pflegefachpersonen. Am Beispiel einer palliativen Versorgungssituation wird aufgezeigt, wie Clinical Assessment praktisch angewendet wird.

Text: Andrea Zweifel, Hansruedi Stoll, Patrick Jermann, Elke Steudter / **Fotos:** Werner Krüper

Maria Schneider ist 71 Jahre alt. Seit ihrer Scheidung vor knapp 30 Jahren wohnt sie in einer Zweizimmerwohnung. Der Kontakt zu ihrem Ex-Ehemann ist freundschaftlich und regelmäßig. Da er in der näheren Umgebung wohnt, treffen sie sich ab und zu. Zudem pflegt Frau Schneider einen guten Kontakt zu ihrer Schwester und einer Freundin aus Schultagen, die beide in derselben Stadt wohnen. Eigene Kinder

hat sie keine, jedoch nimmt sie immer gerne Anteil am Leben der Kinder in ihrem Wohnblock.

Seit vor drei Monaten ein fortgeschrittenes nichtkleinzelliges Bronchuskarzinom im rechten oberen Lungenlappen festgestellt wurde, schauen ihre Schwester sowie ihre Freundin mehrmals täglich nach ihr. Sie ermöglichen damit Frau Schneider den Wunsch, in ihrer Wohnung zu bleiben. Eine Belastungs-

dyspnoe und Schmerzen im rechten Oberschenkel, als Folge von Knochenmetastasen, machen Frau Schneider zu schaffen. Aufgrund der Prognose entschied man gemeinsam, palliativ zu behandeln. Die Linderung der Symptome und das Verbleiben im häuslichen Umfeld sind die angestrebten Ziele. Die Spitex unterstützt sie dazu seit den letzten Wochen täglich im Bereich Pflege und Hauswirtschaft.

Der Bedarf an Unterstützung nimmt kontinuierlich zu. Inzwischen sind die Schwester oder die Freundin fast rund um die Uhr bei Frau Schneider. Um die zunehmende Atemnot zu lindern, hat der Hausarzt 5 mg Morphium subkutan alle vier Stunden verordnet. Zudem erhält Frau Schneider 3 Liter Sauerstoff/Minute über eine Sauerstoffbrille mittels eines Sauerstoffkonzentrators. Die Spitex ist für die Verabreichung der subkutanen Injektionen und zur pflegerischen Unterstützung alle vier Stunden vor Ort, ausser für eine Morphium-Pause um 2 Uhr in der Nacht. Für Fragen oder Probleme ist die Spitex rund um die Uhr telefonisch erreichbar. Frau Schneider kann sich mit leichter Unterstützung noch in ihrem Zimmer bewegen. Da sie auch an einer, durch die akute Erkrankung zunehmenden, Verwirrtheit leidet, sind die Bezugspersonen von Frau Schneider wichtige Partner für die Spitex, um eine optimale Pflege zu ermöglichen. Zusätzlich hat Frau Schneider einen Diabetes mellitus Typ 2, der mit oralen Antidiabetika behandelt wird, und einen partiellen Darmverschluss (Bridenileus) aufgrund einer früheren Bauchoperation (Appendektomie).

Sicht des Pflegenden

Marcel Frei, Pflegefachmann BScN, betreut Frau Schneider seit ihrem Eintritt in die Spitexpflege. Als Bezugspflegeperson plant er die Pflege im engen Austausch mit dem Hausarzt, der Onkologin und dem privaten Unterstützungssystem von Frau Schneider. Marcel Frei hat in den letzten Wochen und Monaten die abnehmenden Kräfte und die Zunahme der Symptome von Luftnot und Schmerzen bei Frau Schneider erfasst und begleitet.

Er beobachtet zudem eine zunehmende Antriebslosigkeit. Der Ernährungszustand ist noch zufriedenstellend, verschlechtert sich jedoch zunehmend und auch die Mobilität lässt stetig nach. Frau Schneider hält sich überwiegend in ihrem Bett auf. Sie verlässt es meist nur noch, wenn sie die angrenzende Toilette benutzen muss. Mit einer Verlängerung des Sauerstoffschlauchs und einer Gehhilfe schafft sie dies noch meist alleine, aber es kostet sie viel Kraft.

Als Marcel Frei an diesem Morgen bei Frau Schneider eintrifft, findet er sie im Bett sitzend vor, die Augen halb geschlossenen und mühsam atmend. Die Patientin wirkt angespannt und ängstlich und hält kaum Augenkontakt.

Symptomfokussierte Anamnese

Marcel Frei erhebt eine fokussierte Anamnese. Er beginnt mit einer offenen allgemeinen Frage zu dem Befinden. Frau Schneider äussert, dass sie zu wenig Luft bekomme und die Schulter schmerze. Um diese Hauptbeschwerden weiter zu differenzieren und unter Berücksichtigung der Atemnot von Frau Schneider entscheidet sich der Pflegefachmann die nun folgenden Fragen als geschlossene Fragen zu formulieren, die nur wenige Worte oder ein «Ja» oder «Nein» als Antwort erfordern. Er erfragt auf diese Weise die Intensität, den Beginn und zeitlichen Verlauf sowie verstärkende oder mildernde Faktoren der Beschwerden. Bezüglich der Schulterschmerzen lässt er sich zudem die genaue Lokalisation und die Art des Schmerzes beschreiben. Auf diese Weise sammelt Marcel Frei die folgenden Informationen:

Die Schulterschmerzen begannen in den frühen Morgenstunden unter dem rechten Schulterblatt. Sie sind gut lokalisierbar, strahlen nicht aus, werden als «dumpf» beschrieben und weisen auf der Schmerzskala NRS eine Stärke von 6 von 10 auf (0 keine, 10 maximal vorstellbare Schmerzen). Die Atemnot begann sich ebenfalls zu diesem Zeitpunkt akut zu verstärken und wird nun mit einem Wert von 7 von 10 angegeben (0 keine, 10 maximal vorstellbare Atemnot).

Weitere begleitende Beschwerden, wie z. B. Fieber, werden verneint. Aufgrund des Gesprächs stellt der Pflegefachmann fest, dass Frau Schneider zu diesem Zeitpunkt zu ihrer Person, ihrem Aufenthaltsort und der Tageszeit orientiert ist. Sie erkennt Marcel Frei wieder.



Serie zur Theorie-Praxis-Verankerung Clinical Assessment

Teil 1: Mehr Handlungskompetenz in der Praxis

Teil 2: Praxisbeispiel Bewohnerin mit Atemnot im Heim

Teil 3: Praxisbeispiel Angehörige mit depressiven Symptomen in der Spitex

Teil 4: Praxisbeispiel Patientin mit Tumorerkrankung in der Spitex

Teil 5: Praxisbeispiel Patient mit Bauchschmerzen im Spital

Teil 6: Praxisbeispiel Bewohner mit eingeschränkter Mobilität im Heim

Teil 7: Ende der Serie, kritische Reflektion und Ausblick

Er befragt im Anschluss die anwesende Schwester der Patientin zu ihren Beobachtungen. Sie fügt an, dass sie die Patientin unterstützt habe, eine aufrechte Position im Bett einzunehmen. Das hätte für kurze Zeit Linderung verschafft, aber nun wirke ihre Schwester recht ängstlich und unruhig und sie sei sehr froh, dass nun jemand von der Spitex hier sei, um zu helfen.

Körperliche Untersuchung

Als nächstes führt Herr Frei eine körperliche Untersuchung (vgl. Füessli & Middeke, 2010) durch:

Vitalzeichenkontrolle: Blutdruck 130/ 82 mmHg im Bett sitzend am rechten Arm; Puls 88/min., regelmässig. Atemfrequenz 26/min., regelmässig, Temperatur 36,8 Grad C (im Ohr gemessen), Sauerstoffsättigung 91% bei 3 Litern Sauerstoff/min. Puls und Blutdruck sind leicht erhöht. Die Sauerstoffsättigung lag vorher im Schnitt bei 94% in Ruhe, bei gleicher Sauerstoffmenge.

Der Pflegefachmann beurteilt als nächstes die Hautfarbe, vor allem der Lippen, der Zunge und der Finger. Die Haut ist blass mit einem leichten gräulichen Unterton. Dies stellt jedoch keine Veränderung zu den letzten Tagen dar. Er stellt keine deutlichen Anzeichen einer peripheren oder zentralen Zyanose fest. Er inspiert und palpiert die Bewegungen des Brustkorbs, welche bei jedem Atem-

Autorinnen und Autoren

Andrea Zweifel, Dipl.-Pflegepädagogin (Univ.), Dozentin Berner Fachhochschule, andrea.zweifel@bfh.ch

Hansruedi Stoll, MNS, Clinical Nurse Specialist Onkologiepflege, hansruedi.stoll@usb.ch

Patrick Jermann, MSc, Clinic Nurse Specialist Onkologiepflege, Studiengangleitung MAS in Oncological Care Kalaidos Fachhochschule, patrick.jermann@kalaidos-fh.ch

Elke Steudter, Diplom Berufspädagogin Pflegewissenschaft, Kalaidos Fachhochschule Gesundheit, Zürich elke.steudter@kalaidos-fh.ch

zug auf beiden Seiten gleich stark ausgeprägt sind. Die Atemhilfsmuskulatur wird eingesetzt, was sich an den auf dem Bett aufgestützten Armen und der hervortretenden Halsmuskulatur zeigt. Der perkutorische Klopfeschall ist in allen sechs Lungenfeldern sonor und weist keine Dämpfung auf, was auf einen Erguss hindeuten könnte. Die früher bei Auskultation verringerten Atemgeräusche im rechten Ober- und Mittellappenfeld fehlen nun gänzlich. Da auch ein Bridenileus bekannt ist und ein erhöhter Druck im Abdomen die Atmung beeinträchtigen kann, untersucht Marcel Frei auch das Abdomen. Bei Auskultation finden sich im Oberbauch hochgestellte Darmgeräusche, im Unterbauch dagegen hypoaktive Darmgeräusche, was ein unveränderter Befund zu vorhergehenden Assessments darstellt und mit dem Bridenileus vereinbar ist. Bei Palpation ist

Spitex über die Möglichkeit einer Einweisung ins Spital zur Bestrahlung zu informieren. Für den Nachmittag wird ein Termin vereinbart, an dem der Hausarzt bei Frau Schneider vorbeikommen wird, um ihren Zustand einzuschätzen und das weitere Vorgehen mit den Beteiligten konkret zu besprechen und zu planen. In der Zwischenzeit nimmt der Hausarzt telefonisch mit der betreuenden Onkologin Kontakt auf, um auch mit ihr die weitere Behandlung zu besprechen.

Vorgehen des Pflegenden

Marcel Frei verabreicht die verordnete Dosis Morphin. Er beobachtet, dass die Atmung von Frau Schneider zunehmend ruhiger wird. Die Atemfrequenz sinkt auf 12/Minute. Die Schmerzen werden nun als gut aushaltbar angegeben (NRS: 2 von 10) und Frau Schneider bleibt trotz Müdigkeit gut weckbar. In der Zwi-

– für oder gegen eine Bestrahlung mit Spitaleinweisung – überfordert. Denn die Krebserkrankung, die zunehmende Verwirrtheit sowie die regelmässigen Morphingaben fordern ihren Tribut.

Marcel Frei vergewissert sich, dass der Zustand von Frau Scheider nach der Morphin-Gabe weiterhin stabil ist, ehe er für einige Zeit die Wohnung verlässt. Die Angehörigen haben in der Zwischenzeit die Möglichkeit, über die Situation nachzudenken. Zur vereinbarten Zeit kehrt er zum weiteren Gespräch in die Wohnung von Frau Schneider zurück.

Gemeinsame Entscheidung

In der Zwischenzeit ist der Hausarzt eingetroffen und in seiner Anwesenheit werden die verschiedenen Optionen mit allen Beteiligten besprochen. Nach Absprache mit der Onkologin kann der Hausarzt Folgendes berichten: Der Beginn der Bestrahlung ist laut Spital erst in fünf Tagen möglich, jedoch sei eine sofortige Spitaleinweisung auf einer allgemeinen Station möglich. Gemeinsam wird das weitere Vorgehen wie folgt entschieden: Zur Verbesserung der Atemsituation soll eine palliative Bestrahlung durchgeführt werden. Bis dahin möchte man es aber Frau Schneider ermöglichen, in ihrer vertrauten Umgebung zu bleiben.

Die medikamentöse Symptomlinderung wird in der Zwischenzeit Priorität erhalten, auch wenn dies eine mögliche Lebensverkürzung und Zustandsverschlechterung bedeuten kann. Die Schmerztherapie wird umgestellt von subkutanen Injektionen auf eine transdermale Dauermedikation. Morphin oral in Reserve dient der Anpassung der Opiatdosierung an den Zustand der Patientin. Marcel Frei und andere Pflegenden werden für die betreuende Schwester und Freundin während der Opiatumstellung eine zusätzliche zweistündliche telefonische Unterstützung anbieten. Für die weitere detaillierte Planung der Behandlungsstrategie wird ein onkologisch erfahrener Pflegefachmann MSc des Spitexteams hinzugezogen, der mit Marcel Frei, dem Hausarzt und der Onkologin die weiteren konkreten Massnahmen plant, um Frau Schneider trotz zunehmender Atemnot und Schmerzen zu unterstützen.

Pflegeplanung und Reflexion

Das systematische und strukturierte Vorgehen im Clinical Assessment ermöglicht dem Pflegefachmann BScN, sich ein Bild

«Das ruhige strukturierte Handeln und Vorgehen kommuniziert nonverbal eine Sicherheit, die sich positiv auf die Angst der Patientin und der Angehörigen auswirkt.»

das Abdomen weich, es finden sich keine Druckschmerzhaftigkeit, Abwehrspannung oder Resistenzen. Es gibt keine Hinweise auf eine Urinretention durch die verabreichten Opiate.

Herr Frei stellt folgende Pflegediagnosen:

- Unwirksamer Atemvorgang (Doenges et al., 2013).

- Akute Schmerzen (Doenges et al., 2013).

Er kontaktiert daraufhin den Hausarzt telefonisch und rapportiert diesem die Situation und die erhobenen Befunde.

Sicht des Hausarztes

Der Hausarzt deutet die Schmerzen als tumorbedingt und die zunehmende Atemnot als Ausdruck eines stenosierenden, sich durch den Tumor verengenden, Bronchus. Für eine sofortige Linderung der Atemnot und Schmerzen verordnet er 20 mg Morphin intravenös. Als längerfristige Lösung – um die Atemsituation zu verbessern und ein Ersticken zu verhindern – sieht er die Notwendigkeit einer Bestrahlung.

Er bittet Marcel Frei, die Patientin, die Angehörigen sowie die Pflegenden der

zwischenzeit treffen zu der sich bereits vor Ort befindlichen Schwester auch der Ex-Ehemann und die Freundin von Frau Schneider ein.

Marcel Frei erklärt ihnen die vom Hausarzt vorgeschlagene Bestrahlung mit Hospitalisation und die sich daraus ergebende zeitweiligen Verbesserung der Atemsituation für die Patientin. Er spricht auch den Wunsch von Frau Schneider an, im vertrauten Umfeld bleiben zu wollen und wie eine Ortsveränderung für Personen mit Verwirrtheit als belastend empfunden werden kann. Er weist auf die Möglichkeit der Symptomlinderung unter Beibehaltung der gewohnten Umgebung hin. Dies würde jedoch eine Inkaufnahme einer Lebensverkürzung und eine intensivierete Betreuung durch die Spitex bedeuten. Da die Schwester und Freundin von Frau Schneider ebenfalls sehr an der Betreuung beteiligt sind, spricht er diese beiden auch konkret auf mögliche Gefühle einer Überforderung oder Überlastung mit der ambulanten Pflegesituation an. Frau Schneider selbst ist mit der Entscheidung



Der Unterstützungsbedarf für die Patientin nimmt kontinuierlich zu.

über die komplexe Situation von Frau Schneider zu machen und diese individuell zu erfassen. Da Frau Schneider durch ihre Luftnot nicht viel sprechen kann und durch ihre zunehmende Verwirrtheit eingeschränkt ist, sind die bei der körperlichen Untersuchung erhobenen objektiven Daten besonders hilfreich, um die Situation einzuschätzen. Der Pflegefachmann grenzt physiologische von nicht physiologischen Befunden ab. Er vergleicht diese mit den Ergebnissen früherer Untersuchungen, um Veränderungen im Gesundheitszustand zu erkennen.

Das Wissen um die Zusammenhänge der Pathophysiologie der Erkrankung und ihren möglichen Komplikationen mit den Befunden der körperlichen Untersuchung hilft ihm, die Dringlichkeit der Situation einzuschätzen. Das Ergebnis seines Assessments kann er dem Arzt telefonisch in Fachsprache rapportieren, so dass dieser ein differenziertes Bild erhält. Damit kann die akute Situation zügig angegangen werden. Der Arzt initiiert telefonisch durch Marcel Frei eine Behandlung, bevor er die Möglichkeit hat, sich persönlich vor Ort einen Eindruck zu verschaffen.

Der Pflegefachmann ist sich bewusst über die die Gefahr der Entgleisung von Dyspnoe und Schmerzen während der Umstellung der Opiatdosierung bei einer Patientin mit Verwirrheitszuständen. Bei einer unkontrollierten Zunahme von Schmerzen und Luftnot besteht bei Frau Schneider die Gefahr der Entwicklung von Angst (Pflegediagnose Angst, Doenges et al. 2013). Um die Phase der Umstellung gut zu begleiten und zu evaluieren, plant er die regelmässige Beurteilung des Zustands von Frau Schneider mittels Clinical Assessments ein. Zudem greift er bei der Pflegeplanung auf die Unterstützung einer im Clinical Assessment und in der onkologischen Pflege erfahrenen Pflegeperson MSc zurück.

Entscheidungskonflikt

Als weiteres Pflegeproblem identifiziert Marcel Frei die Unklarheit über den Willen von Frau Schneider bezüglich der weiteren Behandlung. Er stellt die folgende Pflegediagnose: Entscheidungskonflikt (Doenges et al., 2013), bedingt durch den eingeschränkten kognitiven, emotionalen und funktionalen Status, angezeigt durch Aussagen der Überforderung und verringertem Blickkontakt. Das Clinical Assessment hilft ihm, die Auswirkungen

der Krankheit und ihrer Behandlung auf den Alltag von Frau Schneider einzuschätzen. Er erklärt den Angehörigen die Auswirkungen einer Bestrahlung wie auch der Nicht-Bestrahlung auf die Patientin und die Bedeutung der gewohnten Umgebung für Frau Schneider.

Er bedenkt dabei auch eine mögliche Überlastung der Bezugspersonen und spricht diese an. Der bisherige Umgang der Pflegenden mit den wiederkehrenden Symptomen Schmerz und Atemnot und die jeweils zügige Behandlung in Zusammenarbeit mit den Ärzten gibt den Angehörigen die Zuversicht, trotz Zustandsverschlechterung die weitere Behandlung bis zur Bestrahlung im vertrauten Umfeld zu belassen.

Folgerungen für die Praxis

Das Clinical Assessment befähigt Marcel Frei in seiner Rolle als Experte in der Pflege, eine individuelle patientenorientierte Bewältigung der Situation im Sinne der Patientin zu erreichen. Das Clinical Assessment gibt ihm Sicherheit in der Einschätzung der komplexen Situation, in der Erkennung der Pflegeprobleme und der Auswahl und Planung von geeigneten Massnahmen. Diese Sicherheit kann Marcel Frei in seiner Rolle als Kommunikator nutzen und beim weiteren Ausbauen vertrauensvoller Beziehungen mit der Patientin und den Angehörigen einfließen

lassen. Das ruhige strukturierte Handeln und Vorgehen kommuniziert nonverbal eine Sicherheit, die sich positiv auf die Angst der Patientin und der Angehörigen auswirkt. Das Clinical Assessment fördert eine effektive Kommunikation mit dem Hausarzt. Durch das Weitergeben von Ergebnissen des Clinical Assessments in Fachsprache an den Hausarzt kann dieser die Situation besser einschätzen und darauf reagieren, auch wenn er nicht persönlich vor Ort ist. Der Pflegefachmann führt in der Rolle des Teamworkers ein kollegiales Gespräch mit allen Beteiligten und unterstützt mit dem Wissen des Clinical Assessments alle Beteiligten im Prozess der Entscheidungsfindung. In seiner Rolle als Health Advocate ermöglichte ihm das Clinical Assessment, die Interessen von Frau Schneider besser wahrzunehmen und zu vertreten. ■

Literatur

Doenges M.E., Moorhouse M.F. & Murr A.C. (2013). Pflegediagnosen und Pflegemassnahmen. 4. Auflage, Bern: Huber Verlag.

Füessl H.S. & Middeke M. (2010). Anamnese und Klinische Untersuchung. 4. Auflage, Stuttgart: Thieme Verlag.

Rektorenkonferenz der Fachhochschulen (KFH) (2009). Projekt Abschlusskompetenzen Gesundheitsberufe FH. Abgerufen am 30.7.2013 unter: http://www.kfh.ch/uploads/dkfh/doku/2_KFH_Projekt_Abschlusskompetenzen_in_FH_Gesundheitsberufe_Anhang.pdf

«Die Linderung von Symptomen und das Erhalten bestmöglicher Lebensqualität für Frau Schneider stehen an erster Stelle.»