

DGHO Jahrestagung 2019

Symptommanagement



Symptomkontrolle aus pflegerischer Sicht

Axel Volkmann, Dresden

Offenlegung Interessenskonflikte

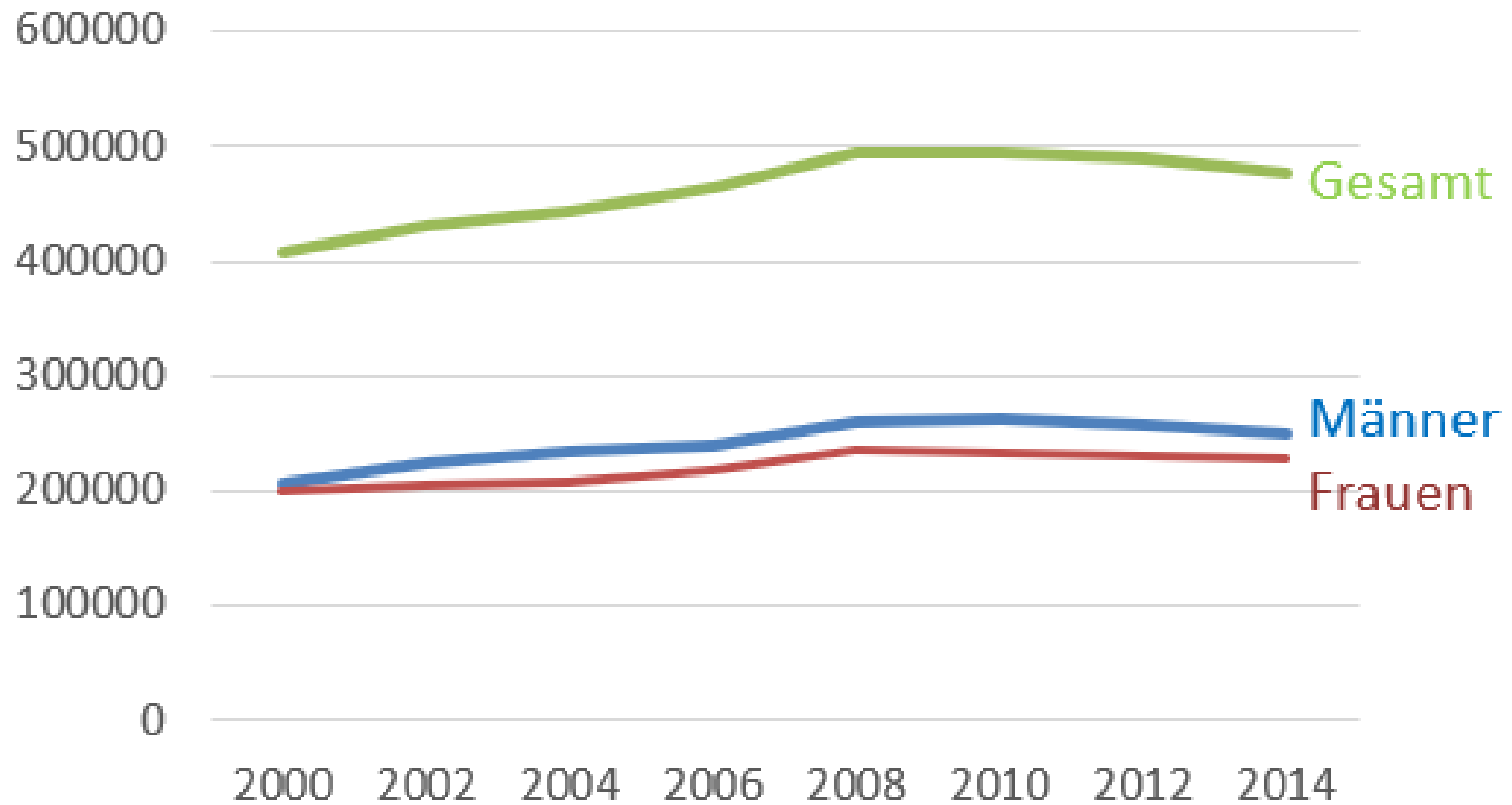


1. Anstellungsverhältnis oder Führungsposition
Fachgesundheits- und Krankenpfleger am UKD
2. Beratungs- bzw. Gutachtertätigkeit
3. Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien oder Fonds
4. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz
5. Honorare
6. Finanzierung wissenschaftlicher Untersuchungen
7. Andere finanzielle Beziehungen
8. Immaterielle Interessenkonflikte

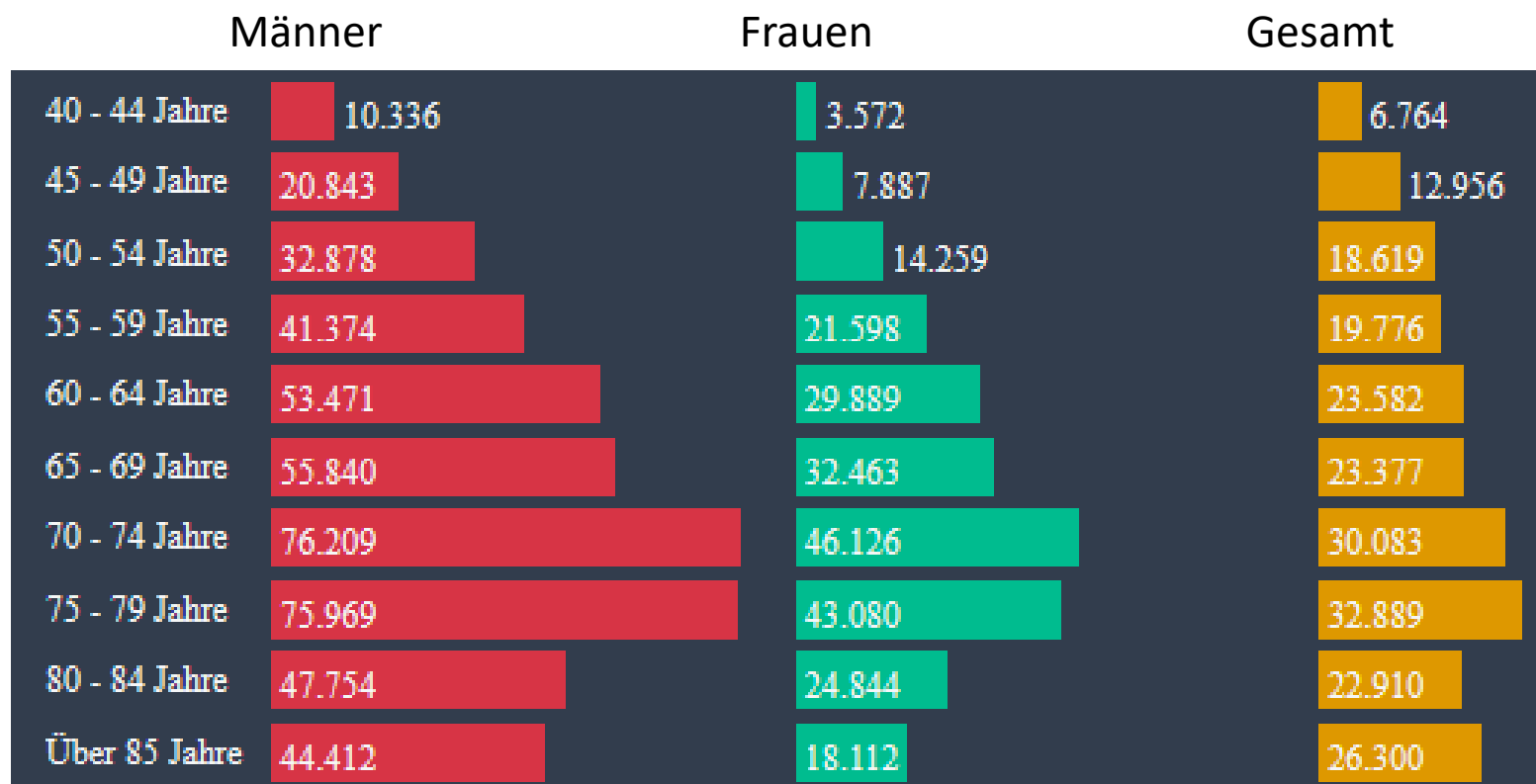
Meine Perspektive

- Palliativstation
- Palliativdienst am Uniklinikum
- Onkologie/ Hämatologie
- Integrativer Trauerbegleiter
- Intensivmedizin (Weaningzentrum)
- Fachweiterbildung Palliativ- und Hospizpflege
- Praxisanleiter

Krebserkrankungen Deutschland



Alter zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose



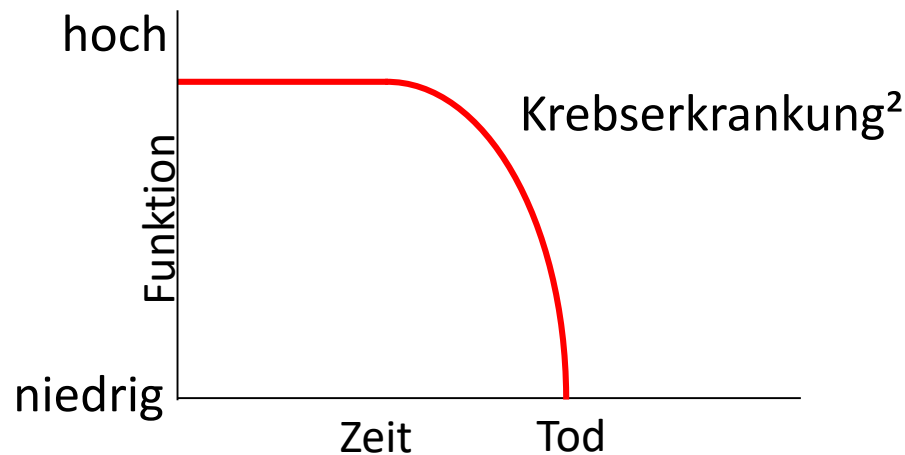
Krebs als zweithäufigste Todesursache

2015 † 925.200 Menschen in Deutschland¹

- 356.616 an Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- 226.337 an Krebserkrankungen:

→ Mehr Männer als Frauen

→ Jede 4. Todesfall = 24.5%



Ständiges Fortschreiten
mit üblicherweise
abgrenzbarer
Terminalphase

Symptomkontrolle?

Ein Fallbeispiel

- ♀ 48 Jahre
- 175 cm, 118kg
- V.a. pleomorphes Rhabdomyosarkom des Uterus
- ED 02.08.2019
- stationäre Aufnahme 06.08.2019
- 1. Zyklus Doxorubicin Mono geplant

Symptomkontrolle?

Ein Fallbeispiel - Anamnese

Hintergrund:

- Aufnahme bei ED pleomorphes Sarkom, palliative Krankheitssituation, Beginn palliative Chemotherapie

Situation:

- Pat. im Bett liegend, wach und voll orientiert.

Eigenanamnese:

- ausgeprägte Schwäche
- Schmerzen in MSH und Speiseröhre
- Inappetenz
- abdominelle Druckschmerzen Unterbauch durch Aszites/Ödeme

Symptomkontrolle?

Ein Fallbeispiel - Anamnese

Ergebnis:

- Immobilität, Schwäche
- Mobilisation nur zur Körperpflege in den Toilettensstuhl durch 2 PP
- Teilw. Inkontinenz aufgrund Ödeme, Immobilität
- bisher 1xtgl. Physiotherapie im Bett
- aktuell ECOG3
- starke Belastung durch Immobilität und Hitzegefühl
- Dysphagie und Schmerzen MSH/Speiseröhre bei HSV-Infektion
- Inappetenz, Würgereiz und Erbrechen
- abdominelle Schmerzen Unterbauch durch Aszites und Tumor
- Dyspnoe aufgrund Aszites
- massive Beinödeme
- Zukunftsängste

Einschätzung des Karnofsky-Index

Grad	ECOG –WHO –Zubrod Performance Status Scale Beschreibung
0	normal, Aktivität ohne Einschränkungen (Karnofsky Index: 100 %)
1	ambulant, kann sich selbst versorgen, Einschränkungen bei anstrengenden körperlichen Aktivitäten, leichte Haus-oder Büroarbeit möglich (Karnofsky Index: 80 –90 %)
2	ambulant, tagsüber mobil in mehr als 50 % der Zeit , kann sich selbst versorgen, nicht arbeitsfähig (Karnofsky Index: 60 –70 %)
3	>50 % der Zeit tagsüber bettlägerig , pflegebedürftig (Karnofsky Index: 40 –50 %)
4	bettlägerig, stationäre Behandlung erforderlich (Karnofsky Index: 10 –30 %)

Einschätzung nach Barthel-Index

	Kriterium
STUHLKONTINENZ	
10	ist stuhlkontinent , ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung
5	ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen / AP-Versorgung
0	ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent
HARNKONTINENZ	
10	ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz / versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)
5	kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems
0	ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent

Studie Steinhäuser et. Al (2000)

Ziel:

- Faktoren identifizieren, die Pat. Angehörigen, Ärzte & Anderen wichtig sind

Design:

- quantitativ, Befragung mittels 5 Punkt-Skala

Teilnehmer:

- 340 schwerkranke Patienten
- 332 Angehörige
- 361 Ärzte
- 429 andere (Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Geistliche, Ehrenamtliche), USA

Studie Steinhäuser et. Al (2000)

Hauptergebnisse:

- Identifikation von 44 Merkmalen, die für Sterbende und deren Lebensqualität bedeutend sind

Attributes	Participants Who Agreed That Attribute Is Very Important at End of Life, %			
	Patients (n = 340)	Bereaved Family Members (n = 332)	Physicians (n = 361)	Other Care Providers (n = 429)
Be kept clean	99	99	99	99
Name a decision maker	98	98	98	99
Have a nurse with whom one feels comfortable	97	98	91	98
Know what to expect about one's physical condition	96	93	88	94
Have someone who will listen	95	98	99	99
Maintain one's dignity	95	98	99	99
Trust one's physician	94	97	99	97
Have financial affairs in order	94	94	91	90
Be free of pain	93	95	99	97
Maintain sense of humor	93	87	79	85
Say goodbye to important people	90	92	95	99
Be free of shortness of breath	90	87	93	87
Be free of anxiety	90	91	90	90
Have physician with whom one can discuss fears	90	91	94	93

Studie Steinhäuser et. Al (2000)

Hauptergebnisse:

- Bedürfnisse, die für Patienten, aber nicht für den Arzt von Bedeutung waren

Attributes	Participants Who Agreed That Attribute Is Very Important at End of Life, %	
	Patients	Physicians
Be mentally aware	92	65
Be at peace with God	89	65
Not be a burden to family	89	58
Be able to help others	88	44
Pray	85	55
Have funeral arrangements planned	82	58
Not be a burden to society	81	44
Feel one's life is complete	80	68

Symptomlinderung

Bewältigung komplexer Medikamentenregime

- Verständnis, welche Medikamente nimmt der Patient wofür
- Welche Probleme, Nebenwirkungen ergeben sich daraus....
- Angst vor Abhängigkeit von Medikamenten
- Applikationsform abstimmen

Symptomlinderung

Bedarfsmedikation

- Symptom gerechte/orientierte Anordnungen von Bedarfsmedikationen (ausreichend)
- Problematik:
Klinikdienst kennt Patienten nicht
- Oft „austesten“
von welcher Medikation Patient gut profitiert
- mehrere Medikamente zu einer Symptomlast anordnen lassen und „austesten“
- Kommunikation
mit Patienten über die Bedarfsmedikation
- Notfallregime bzw. Notfallmedikamente bei Tumorrisiken

Symptomlinderung

Wissensdefizid, Verdrängung

- Gespräch mit Arzt / ÄrztInnen
- Gespräch mit Angehörigen
- Freunden und Bekannten
- Pflegekräften
- oft nur ein Gespräch nie ausreichend
- Es gibt keinen anstrengenden Patient
 - Wie würden Sie als Patient reagieren?
 - Wie wären Sie als Angehörige/er bei einem betroffenen Familienmitglied?

Symptomlinderung

gestörtes Beziehungsgeflecht

- Kommunikation
Patient – Angehörige(r) untereinander
- Umgangsformen
- Geprägte Biographie

Wahrnehmung des sozialen Gefüge

- Ehemann kommt täglich,
reden wenig miteinander
- Ehemann kommt,
geht aber meist nach wenigen Minuten wieder

Symptomlinderung

Schmerz

- etwas Selbstverständliches?
- Dokumentation in der Kurve?
- Schmerzerfassung, was ist sinnvoll?
- Wie nehme ich den Patienten wahr?
 - Körpersprache, Mobilität?, Schmerzangabe
 - Total pain?
- Welche alternativen Möglichkeiten gibt es?
 - Vollbad, Wärme, Ablenkung, Aromatherapie, Gespräche

Symptomlinderung

Obstipation/Durchfall

- Opiode machen immer Obstipation
- Bewegungsmangel/ Immobilität
- Unwohlsein, Leidensdruck, Schmerzen
- Haut-/Schleimhautprobleme im Analbereich
- Ursachenklärung zwecks Symptomlinderung
- Diagnostik, Medikamentös, Massagen, Wärme, Lagerung, Aromapflege

Symptomlinderung

Dyspnoe

- Bedarfsmedikation vorhanden? (akut)
- O2 (nur) bei Hypoxämie
- Ruhe
- Lagerung, Oberkörper hoch!
- Frischluftzufuhr, Handventilator
- Physiotherapie (Akkupressur)
- nicht allein lassen!

Symptomkontrolle?

Ein Fallbeispiel - Verlauf

Stationärer Aufenthalt

- AZ- Stabilisierung nach 4 Wochen stationären Aufenthalt
- Pat konnte wieder selbstständig Essen und Trinken
- ECOG 2-3, Mobil mit Hilfestellung deutlich gebessert
- Schmerzen eingestellt

Verlauf

- Wiederaufnahme zum 2. Zyklus Doxorubicin
- AZ gut, ECOG 2

Aktuell

- Wiederaufnahme 07.10. bei deutlicher AZ-Verschlechterung
- Inappetenz, Zunahme Schmerzen
- ECOG 3
- Vd. Progress



Vielen Dank für Ihr Interesse!

axel.volkmann@uniklinikum-dresden.de