

Palliative Pflege bei chronischer Herzinsuffizienz



Kolloquiumsarbeit im Rahmen des Basiskurses Palliative Care für Pflegendes des Herz – Jesu Krankenhauses Münster – Hiltrup und der Fachhochschule Münster

Erstellt von Stefanie Beckmann 24. April 2009

Palliative Pflege bei chronischer Herzinsuffizienz

Inhaltsverzeichnis:

1. Entscheidung für das Thema::

- 1.1. Kurze Vorstellung des Arbeitsbereichs
- 1.2. Ein Beispiel
- 1.3. Bezug zur täglichen Berufspraxis
- 1.4. Ziel der Arbeit

2. Erarbeitung der Präsentation:

- 2.1. Vorbereitung
- 2.2. Durchführung
- 2.3. Ergebnis

3. Fazit:

- 3.1. Zusammenfassung und Evaluation
- 3.2. Ausblick

4. Literaturverzeichnis

1. Entscheidung für das Thema:

1.1 Mein Arbeitsbereich:

Ich arbeite seit 3 Jahren als Gesundheits- und Krankenpflegerin auf einer internistischen Station mit den Schwerpunkten Kardiologie, Nephrologie und Pulmonologie.

Meine Kollegen und ich betreuen bei unserer täglichen Arbeit eine Vielzahl von Patienten, die meist langjährig an einer oder mehreren chronischen Erkrankungen verschiedener Organsysteme leiden und deshalb häufig auch mehrfach im Jahr stationär behandelt werden müssen.

1.2 Warum ich mich für das Thema palliative Pflege bei chronischer Herzinsuffizienz entschieden habe möchte ich anhand des folgenden Szenarios erklären:

Ein (alltägliches) Beispiel:

Ein Patient kommt mit stärkster Dyspnoe, Zyanose und Angst bei Verdacht auf akute kardiale Dekompensation mit dem Rettungswagen ins Krankenhaus. Seine Situation ist lebensbedrohlich. In der Anamnese ergibt sich, dass er seit Jahren an einer koronaren Dreifäß- Erkrankung leidet. Er hat bereits mehrere Stentings und eine Bypass-OP hinter sich. Des Weiteren besteht eine höhergradige chronische Herzinsuffizienz, eine COPD und eine chronische Niereninsuffizienz.

Wo fängt man an?

Wenn ein solcher Patient ins Krankenhaus kommt wird er zunächst in der zentralen Ambulanz unseres Hauses aufgenommen.

Er wird vom zuständigen Dienstarzt körperlich untersucht, wenn möglich, zu Vorerkrankungen und subjektiv empfundenen Beschwerden befragt.

Der Arzt ordnet dann weitere Untersuchungen an. Meist Labor, EKG und Röntgen-Thorax für den Anfang. Der Patient bekommt eine Sauerstoffmaske und wird an den Monitor angeschlossen.

Gleichzeitig muss direkt etwas gegen die akute Luftnot getan werden, wobei die Vorgehensweise von der Ursache abhängt.

Wahrscheinlich ist die akute Dyspnoe durch ein Lungenödem aufgrund der vermuteten Dekompensation verursacht, möglich wäre aber auch eine Infektexacerbation der COPD als Ursache.

Beim Lungenödem würde der Patient direkt intravenös Diuretika erhalten um die Flüssigkeit im Lungengewebe auszuschwemmen, was ihm in der Akutphase Linderung bringt. Häufig wird dann zu Bilanzierungszwecken ein Dauerkatheter gelegt.

Vielleicht weiß man zu diesem Zeitpunkt aber noch nicht sicher woher das Lungenödem kommt.

Hat der Patient eventuell seine Medikamente nicht eingenommen oder einnehmen können? Oder haben die Nieren plötzlich nicht mehr richtig gearbeitet?

Oder leidet der Patient durch eine zusätzliche Pneumonie an Dyspnoe? Hat er eine Bronchusspastik die mit Inhalation behandelt werden kann? Oder hat er Angina Pectoris Beschwerden, die man mit Nitraten behandeln würde? Muss an eine Koronarangiographie gedacht werden?

Wenn der Patient sich in der Ambulanz stabilisiert hat und akut (noch?) nicht intensivpflichtig ist, ruft die dort zuständige Pflegekraft mich an und teilt mir mit, dass ich ihn auf die Station holen kann: Mit Bett und Sauerstoff, selbstverständlich. Ich hoffe dann, dass der Patient aktuell so stabil ist, dass er in Ruhe keine Beschwerden hat und ich Zeit habe mich um weitere Anordnungen zu kümmern.

Ich stelle mich bei ihm vor, versuche ihm zu vermitteln, dass wir in Ruhe weiter schauen woher seine Beschwerden gekommen sind, wir die Ursache zu behandeln versuchen und er sich jederzeit bei uns melden kann. Ich nehme die Unterlagen mit den weiteren Anordnungen an mich und versuche diese auszuführen und zu koordinieren.

Wie viel der Patient über seine Erkrankungen weiß, was er von mir und von seiner Behandlung erwartet, was er sich erhofft und wovor er Angst hat, weiß ich bis dahin nicht.

Fest steht (nur):

Die akut aufgetretene Dekompensation der Herzinsuffizienz kann verschiedene Ursachen haben, die differentialdiagnostisch abklärt werden müssen. Eine chronische HI kann man lange Zeit durch medikamentöse Therapie so gut behandeln, dass der Patient seinen Alltag ohne größere Einschränkungen bewältigen kann. Wenn nun jedoch plötzlich auch ein Nierenversagen hinzukommt führt dies zu einer Flüssigkeitsretention und das von vornherein instabile System kippt. Das Herz kann die Mengen an Flüssigkeit nicht mehr transportieren.

1.3. Bezug zur Praxis:

Dieses Beispiel verdeutlicht meiner Meinung nach gut wie vielschichtig und lebensbedrohlich das Krankheitsbild der chronischen Herzinsuffizienz, allein schon von rein körperlicher Seite, ist.

Die Auseinandersetzung mit den subjektiven Empfindungen, Ängsten und Sorgen des Patienten ist in der Notfallsituation leider nebensächlich.

Erstmal zählt Stabilisierung um (fast) jeden Preis. Das behandelnde Team will sein Leiden, in diesem Moment die akute Luftnot, lindern.

In der Fachliteratur wird zwischen verschiedenen Formen der Herzinsuffizienz unterschieden. Die Ausprägung der Herzinsuffizienz ist immer davon abhängig welche Symptome in welcher Gewichtung auftreten und welche pathophysiologischen Mechanismen ihr zu Grunde liegen.

Die akute Form kann zum Beispiel im Rahmen eines Verkehrsunfalls mit Thoraxtrauma auftreten, wenn es zu einer Einblutung in das Perikard mit Perikardtampnade kommt: Der Muskel kann sich nicht mehr ausdehnen und somit gelangt kein Blut mehr in den Kreislauf. Die akute Insuffizienz beruht auf einem akuten Ereignis und kann reversibel behoben werden.

Anders ist es bei der chronischen Herzinsuffizienz:

Es handelt sich hierbei um eine progrediente Erkrankung mit rezidivierenden Exazerbationen, die die Lebenserwartung der Patienten limitiert. Sie geht in ihrem Verlauf meist mit gehäuften Krankenhausaufenthalten einher und ist eine der kostenintensivsten internistischen Erkrankungen überhaupt. 40% der Patienten versterben im ersten Jahr nach der Diagnosestellung, jeder Vierte davon verstirbt am plötzlichen Herztod (Vgl. Bausewein 2005).

Statistische Daten (Vgl. Pressemitteilung des statistischen Bundesamts Nr.095 vom 06.03.2008):

„Im Jahr 2006 wurden insgesamt 17 Millionen Patientinnen und Patienten im Krankenhaus vollstationär behandelt. Krankheitsbedingt war die Herzinsuffizienz mit 317 000 Fällen der häufigste Grund für einen stationären Krankenhausaufenthalt. An zweiter Stelle liegt die Herzerkrankung Angina pectoris (301 000). [...]

Bei den Männern war der häufigste Grund für einen vollstationären Krankenhausaufenthalt psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (223 000 Fälle), gefolgt von Angina pectoris (187 000). Die Herzinsuffizienz war die dritthäufigste Diagnose bei Männern (147 000). Bei Frauen war die Herzinsuffizienz (170 000 Fälle) die häufigste Ursache für einen Krankenhausaufenthalt.“

Die Herzinsuffizienz betrifft hauptsächlich Menschen im fortgeschrittenen Lebensalter, die an einer Vielzahl von Komorbiditäten leiden.

Die medikamentöse Therapie, die darauf ausgerichtet ist quälende Symptome zu lindern, führt nicht zu einer Heilung der Erkrankung.

Hinzu kommt, dass die Beschwerden, die die chronische Herzinsuffizienz verursacht, denen von Patienten mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen sehr ähnlich sind. Die Patienten und Angehörigen sind immer wieder mit existentiellen Fragestellungen konfrontiert.

Wenn also feststeht, dass keine Heilung mehr möglich ist, benötigen Patienten mit einer höhergradigen chronischen Herzinsuffizienz eine palliative Versorgung, die auf eine Verbesserung der Lebensqualität durch frühzeitige Identifikation, das Assessment und eine „aggressive“ Behandlung quälender und angstauslösender Symptome ausgerichtet ist (Vgl. Hemani, S. in Journal of Hospice and Palliative Nursing 2008).

Die Patienten und Angehörigen sind neben einer optimalen, beschützenden Pflege und medizinischen Versorgung auf eine umfassende psychologische und spirituelle Begleitung angewiesen. Ebenso spielt die Prävention von Exazerbationen, auch und vor allem im fortgeschrittenen Stadium, eine große Rolle.

Invasive Diagnostik und Therapie gehen mit supportiver palliativer Versorgung einher.

1.4. Ziel meiner Arbeit:

Ich habe es mir zum Ziel gesetzt eine Schulung für Pflegekräfte in meinem Arbeitsbereich zu erstellen, die die wichtigsten Aspekte der Krankheitsentstehung und Diagnostik aufzeigt, einen Einblick in die medikamentöse Therapie liefert und Informationen zu den wichtigsten pflegerischen Aspekten enthält.

Des Weiteren werden wichtige Aspekte zur Gesprächsführung und zur Notwendigkeit einer palliativen Versorgung genannt.

2. Erarbeitung der Präsentation:

Im Hauptteil möchte ich näher auf die Vorgehensweise bei der Erstellung der Präsentation eingehen

2.1. Vorbereitung:

Die Entscheidung für das Thema chronische Herzinsuffizienz wurde bereits in 1.2. anhand eines Beispiels erläutert.

Literaturrecherche und Auswahl:

Zunächst habe ich mein Wissen bezüglich Definition, Ursachen, Diagnostik und Therapie aktualisiert und gebündelt. Dann folgte die Recherche statistischer Daten und Lektüre von Fachartikeln unter dem besonderen Gesichtspunkt der palliativen Versorgung im Internet.

Im deutschsprachigen Raum bin ich auf einen Text von Dr. Claudia Bausewein gestoßen in dem sie genau die Defizite und Schwierigkeiten der Versorgung definiert mit denen sich Pflegende, Ärzte und andere Berufsgruppen nicht nur in meinem Arbeitsbereich täglich auseinandersetzen müssen.

Fachartikel aus dem angloamerikanischen Raum enthielten dahingegen bereits konkrete Lösungsvorschläge für Fragestellungen im Rahmen der palliativen Versorgung.

Jedoch fiel auch hier auf, dass Patienten mit terminaler Herzinsuffizienz deutlich seltener die Versorgung erhalten, die notwendig ist, als z. B. Patienten mit Krebs im Endstadium (Vgl. Goodlin, S. Salt Lake City USA 2005: 49 % der Patienten im Hospiz leiden an einer Krebserkrankung, 11% an einer terminalen Herzinsuffizienz).

Außerdem habe ich nach Unterlagen zur Patientenedukation gesucht. Die gefundenen Informationsbroschüren (z.B. die der TKK) richten sich jedoch hauptsächlich an Patienten richten, die noch selbständig sind.

Es geht in erster Linie um eine Aufklärung bezüglich diagnostischer Verfahren, medikamentöser Therapie und Prävention von Folgeschäden. Die Patienten lernen auf Warnsignale ihres Körpers zu achten und wann eine Arztbesuch notwendig ist. Die Broschüren sind gut verständlich aufgebaut und sollen die Compliance des Patienten für seine Therapie fördern.

Der Aspekt einer Auseinandersetzung mit existentiellen Fragestellungen fehlte hier allerdings.

Anders stellt es sich auf der Webseite der European Society of Cardiology dar. Hier werden die Patienten, meiner Meinung nach, sehr einfühlsam mit Fragen zu Entscheidungen am Lebensende konfrontiert. Nachteil ist aber das vor allem ältere Patienten keine Möglichkeit haben das Internet zu nutzen.

Die Begleitung der Patienten, wenn es um existentielle Fragestellungen geht, gehört in professionelle Hände. Der Patient muss sich auf ein Team von Pflegekräften,

Ärzten und Mitarbeitern aus anderen Berufsgruppen verlassen können, das ihn und seine Angehörigen über längere Zeit begleitet.

2.2. und 2.3. Durchführung und Ergebnis:

Die Präsentation enthält das gebündelte Wissen aus den verschiedenen Fachartikeln und Büchern, die mir zur Verfügung standen. Die Präsentation ist in drei Hauptteile gegliedert, diese sollen hier kurz vorgestellt werden:

Inhaltsübersicht:

❖ 1. Medizinischer Teil:

- *Definition, Formen, Folgen, Stadieneinteilung*
- *Diagnostik*
- *Besonderheiten*
- *Beschwerden*
- *Fakten*
- *Notwendigkeit einer palliativen Versorgung*
- *Medikamentöse Therapie*
- *Invasive Therapieverfahren*

Der erste Teil enthält eine sehr detaillierte Auflistung der medikamentösen Therapieverfahren, auf diese soll bei der Präsentation nur bei konkreten Fragen näher eingegangen werden. Die wichtigsten Medikamente werden kurz benannt, Besonderheiten können von den Zuhörern im Hand – Out nachgelesen werden.

❖ 2. Pflegerischer Teil:

- *Körperliche Symptome*
- *Psychische Störungen*
- *Terminale Phase*
- *Schwierigkeiten*

Hier werden die wichtigsten Symptome mit entsprechenden Anregungen für die pflegerische Versorgung dargestellt. Allgemein gilt, dass Professionelle sich darüber im Klaren sein müssen wie eng körperliche und psychische Symptome miteinander verknüpft sind und wie sehr sie den Patienten bei seinen täglichen Aktivitäten beeinträchtigen.

Die Zuhörer sollen im Anschluss in der Lage sein dem Patienten die Entstehung seiner Symptome und Möglichkeiten zur Kontrolle und Prävention zu erklären um ihm und seinen Angehörigen, vor allem in der terminalen Phase, optimal zur Seite stehen zu können.

Der Punkt „*Schwierigkeiten*“ liefert den Übergang zum 3. Teil:

❖ 3. Verbesserungsvorschläge:

- *Hilfen und Anregungen zur Gesprächsführung*
- *Umgang mit existentiellen Fragestellungen*
- *Fragen und Anregungen zur Unterbringung*

Unter dem letzten Gliederungspunkt werden Aspekte wie Ehrlichkeit am Patientenbett und Entscheidungen am Lebensende behandelt. Dem Zuhörer werden Anregungen für eine Verbesserung der Kommunikation mit Patienten und Angehörigen gegeben. Professionelle sollen lernen wie die Einbindung des Patienten in Entscheidungen für seine Versorgung durch frühzeitige Information über das letztendlich Unvermeidbare verbessert werden kann.

Zusätzlich wird ein Verweis auf die Internetseite der Europäischen Society of Cardiology gegeben, so dass die Zuhörer am Ende der Präsentation die Möglichkeit haben sich diese anzusehen, und zu überlegen welche dort genannten Tools und Informationen davon für den stationären Bereich bzw. für die Pflegeüberleitung praktikabel sind.

3. Schlussteil:

3.1. Zusammenfassung und Evaluation:

Wie in der Einleitung schon deutlich wird wusste ich eigentlich von Anfang an, dass ich meine Arbeit über das Thema Palliative Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz schreiben wollte. Mir war nur nicht klar in welcher Form.

Nach umfassender Recherche und Diskussion mit Arbeitskollegen habe ich mich für eine Art „Fortbildungsveranstaltung“ entschieden und zunächst begonnen die Präsentation zu erstellen.

Ich habe mich bewusst gegen den Entwurf einer Patienteninformationsbroschüre entschieden, da ich der Meinung bin, dass erst einmal wir als Professionelle in unserem Bereich besser für den Umgang mit diesen Patienten geschult sein sollten.

Was nützt dem Patienten eine noch so gut gemeinte Broschüre wenn er den Fachkräften keine gezielten Fragen stellen kann weil diese ein Informationsdefizit haben

Ich habe lange überlegt, ob ich einige Informationen zu den Medikamenten kürzen sollte, mich jedoch dagegen entschieden, da die medikamentöse Therapie, neben einer umfassenden Pflege, den Patienten bis zum Lebensende begleitet und unersetzlich ist.

Wie bereits erwähnt erhalten die Zuhörer die detaillierten Informationen mit dem Hand – Out, so dass die Präsentation nicht zu theoretisch und langweilig wird.

3.2. Ausblick:

Die fertige Präsentation habe ich meiner Stationsleitung und der Stationsärztin zur Ansicht gegeben. Nach Abschluss meiner Weiterbildung werde ich den Vortrag probeweise für interessierte Mitarbeiter meiner Station halten, im Anschluss und nach Rücksprache mit der Pflegedienstleitung dann vielleicht auch für Mitarbeiter anderer internistischer Stationen.

Für die Zukunft habe ich mir vorgenommen auf Basis der Ergebnisse dieser Arbeit einen Pflegestandard für die Pflege von Patienten mit Herzinsuffizienz für unser Haus zu erstellen.

4. Literaturverzeichnis:

1. Hemani, S., Letizia M.: Providing Palliative Care in End-stage Heart Failure. Journal of Hospice and Palliative Nursing. 2008;10(2):100-105 ©2008 Lippincott Williams and Wilkins Posted 05/30/2008 <http://www.medscape.com/viewarticle/573871> (Stand 03/2009)
2. Goodlin, S. J.: Palliative Care for End-stage Heart Failure. Current Heart Failure Reports 2005, 2:155-160 Current Science Inc. ISSN 1546-9530 Copyright © 2005 by Current Science Inc.
3. Bausewein, C.: Palliativmedizin für Nicht-Tumorpatienten. Klinikarzt 2005; 34 (1+2):19-23
4. Bausewein, C.: Serie Palliativmedizin: Finale Betreuung nicht nur für Krebspatienten. Deutsches Ärzteblatt 2007; 104 (42): A-2850/ B-2516/ C-2442 POLITIK <http://aerzteblatt.de/v4/archiv/artikeldruck.asp?id=57282> (Stand 03/2009)
5. Hense et al.: Fact Sheet Herzinsuffizienz. Teilprojekt 4 (Epidemiologie) des Kompetenznetzes Herzinsuffizienz (Stand Juli 2008)
6. Mc Pherson, M. L.: Palliative Care and Appropriate Medication Use in End-stage Heart Failure. Medscape Nurses. 2007; ©2007 Medscape Posted 05/09/2007 <http://www.medscape.com/viewarticle/556035> (Stand 03/2009)
7. Traue, D. C., Ross J. R.: Palliative Care in non-malignant diseases 2005. Journal Of The Royal Society Of Medicine Volume 98:503-506, 11/2005
8. Grady, K. L. et al.: Team Management of Patients with Heart Failure. AHA Scientific Statement © 2000 American Heart Association, Inc., (Circulation. 2000;102:2443)
9. Herzinsuffizienz: Eine Information für Patienten und Angehörige, © TKK Hamburg, nexus GmbH Odenthal, ISBN 3-933779-03-0 “. Auflage 2001, Hrsg. Techniker Krankenkasse, Hauptverwaltung, Hamburg. Unter wissenschaftlicher Beratung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und basierend auf deren ärztlichen Therapieempfehlungen
10. Brunner-La-Rocca H. P., Desalmand D.: Update Herzinsuffizienz 2007. Schweiz Med Forum 2007;7:413-418
11. Weigl, G.: Palliativmedizin im Management der Herzinsuffizienz. Wiener Medizinische Wochenschrift (2008) 158/23-24: 739-744 © Springer Verlag, Österreich (10/28/2008)
12. Ward, C.: The Need for Palliative Care in the Management of Heart Failure. Heart (GB) 2002;87:294-298
13. Menche, N., Klare T. (Hrsg.) Pflege Konkret Innere Medizin 3.Auflage 11/2000:233-239 Urban und Fischer
14. <http://www.heartfailurematters.org> (Stand 03/2009)