

Die gleiche Sprache suchen

Assessment von Atemnot

Methode: Gruppenarbeit

Zeit: 45 Minuten

Fallbeispiel

Frau A. ist eine 53-jährige Patientin mit einem Adenokarzinom der Lunge rechts, malignem Perikarderguss und beidseitigen Pleuraergüssen. Sie hat vier Zyklen Chemotherapie erhalten und wurde nun wegen zunehmender Reduzierung des Allgemeinzustandes und Zunahme von Atemnot auf die Palliativstation aufgenommen.

Situation

Sie werden vom aufgeregten Ehemann der Patientin in das Zimmer gerufen: „Meine Frau bekommt so schlecht Luft!“ Der Fernseher läuft laut. Das Fenster ist geschlossen. Die Patientin sitzt auf der Bettkante, Atemfrequenz 24 Züge pro Minute, das Gesicht ist leicht livide verfärbt. Die Atmung ist brodelnd, ein inspiratorischer Stridor ist zu hören. Frau A. wirkt in dieser Situation eher ruhig und schaut Sie fragend an.

Bilden Sie Vierergruppen.

Beantworten Sie bitte folgende Fragen:

- Welche Parameter können Sie bei dieser Patientin erfassen?
- Welche Methoden und Messinstrumente stehen dazu zur Verfügung?
- Was würden Sie dokumentieren?
- Gehört die Erfassung des Symptoms Atemnot zu den regelmäßigen Routinen in Ihrer Einrichtung?
- Ist in den Dokumentationsformularen Ihrer Einrichtung Platz für Freitextangaben (z.B. Patientenbeobachtung, Angaben zu Angehörigen etc.) vorgesehen?

Lernziele

- Die Teilnehmer wissen, dass nur der Patient selbst die Schwere des Symptoms Atemnot bewerten kann.
- Die Teilnehmer kennen die Grundlagen der Krankenbeobachtung in Bezug auf Patienten mit Atemnot.

Impulse

In der Kommunikation im Team und im Gespräch mit dem Patienten merken wir nicht selten, dass wir unterschiedliche Dinge meinen und wahrnehmen, wenn wir Atemnot beschreiben. Oft werden auffällige Atemtypen von den Beobachtenden als Atemnot des Patienten interpretiert, die dieser selbst jedoch nicht als belastend empfindet.

Atemnot ist das subjektive Gefühl, nicht genügend Luft zu bekommen.

Das heißt: Entscheidend für eine Beurteilung des Symptoms Atemnot aus palliativmedizinischer Sicht ist die subjektive Wahrnehmung des Patienten!

Messen von Parametern wie Respirationsrate, Sauerstoffsättigung oder arterieller Blutgase geben keine Auskunft über den Grad der subjektiven Belastung für den Patienten.

Pflegerische Beobachtung und Dokumentation

- Atemfrequenz und/oder –tiefe
- Atemgeräusche (Stridor, pfeifend, brodelnd, ziehend, schnarchend)
- Beobachtung des Gesichtsausdrucks
- Beobachtung der Hautfarbe
- Beobachtung der Bewusstseinslage
- Wirkung des Gesamteindrucks

Selbstbewertung des Symptoms durch den Patienten

Bitte kreuzen Sie an, wie stark heute Ihre Beschwerden sind.

Luftnot keine leichte mittlere starke

Quelle RADBRUCH et. al 2000

Literatur

AULBERT E., ZECH D.: Lehrbuch der Palliativmedizin. Schattauer Stuttgart, New York, 2000, 600

BAUSEWEIN C., REMI C., TWYGCROSS R., WILCOCK A.: Arzneimitteltherapie in der Palliativmedizin. Urban & Fischer, München, Jena, 2005

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin: Leitlinien Palliativpflege.
(http://www.dgpalliativmedizin.de/ag-pf_leitlinienl.html)

ROLLING FERELL B., COYLE N.: Textbook of Palliative Nursing.
Oxford University Press, New York 2001, 164

EISELE U., WOLF E., BAUSEWEIN C., ALBRECHT E.: Atemnot bei Schwerstkranken und Sterbenden.
Reihe Palliativmedizin/Palliativpflege Broschüre. Hrsg.: Christophorus Hospiz Verein e.V, München

RADBRUCH L. et al.: MIDOS – Validierung eines minimalen Dokumentationssystems für die Palliativmedizin.
Schmerz 2000; 14: 231–239.