

Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im Februar 2018

► Für Euch gelesen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

dieser Newsletter beschäftigt sich mit Pflegeleitlinien, der Einschätzung von Kosten, Suizid, Einsatz von Albumin bei Schwerebrandverletzten und der Lagerungszeit von EKs. Viel Spaß beim Lesen wünschen Euch Peter Nydahl und Susanne Krotsetis.

Entwicklung einer Pflegeleitlinie für Pflegende auf Stroke Units

In Leitlinien zum Schlaganfall kommt der Pflege meist eine organisatorische Aufgabe zu: Pflegende koordinieren verschiedene Professionen und haben die Aufgabe der Überwachung von Patienten nach Schlaganfall. Bjartmarz et al. (2017) war das zu wenig und die Autoren entwickelten eine eigene Pflege-Leitlinie für die Stroke Unit und andere neurologische Stationen. Basierend auf einer systematischen Literaturrecherche und -bewertung wurden in einem Konsensusprozess folgende Maßnahmen als besonders pflegerelevant identifiziert: ATL Training, Mobilität, Schmerzassessment und -behandlung (vor allem Schulter Syndrom), Assessment der Depression, Sturzprävention, Patienten- und Angehörigenschulung sowie Entlassungsmanagement. Die Leitlinie wurde als Broschüre vervielfältigt und Pflegende wurden geschult. Die Autoren konnten anhand einer vorher-nachher Analyse der Dokumentation feststellen, dass die Beschreibung der genannten Maßnahmen sich deutlich verbesserte, differenzierter und nachvollziehbarer wurde. In Fokusgruppeninterviews wurden außerdem hilfreiche und hindernde Faktoren zur Umsetzung diskutiert. Die Autoren schlussfolgern, dass die Entwicklung einer Pflegeleitlinie machbar und erfolgreich war sowie die Pflegequalität verbesserte. **Kommentar:** *die Studie ist ein erfolgreiches Beispiel für die Entwicklung einer Pflegespezifischen „Leitlinie“, die auf Station oder im Bereich Gültigkeit haben kann. Hier zeigt sich, dass Pflegende im interprofessionellen Team spezifische Aufgabenbereiche identifizieren und die Qualität ihrer Arbeit verbessern können. Offen ist, was andere Professionen dazu denken ... (PN).*

Quelle: Bjartmarz I, Jónsdóttir H, Hafsteinsdóttir TB. Implementation and feasibility of the stroke nursing guideline in the care of patients with stroke: a mixed methods study. BMC Nurs. 2017 Dec 1;16:72

Albumin als Volumenersatz bei Verbrennungspatienten in der Initialphase

Von den Kollegen der Verbrennungseinheit kam die Frage, ob es neue Daten zum Einsatz von Albumin in der Initialphase von Patienten mit Verbrennungen gibt. Eljaiek et al. haben 2017 dazu eine Übersichtsarbeit mit statistischer Zusammenfassung (Meta-Analyse) veröffentlicht. Im Fokus dieser Arbeit steht die Frage nach der Mortalitätsrate bei frühzeitiger Gabe von Albumin versus kristalloider Lösungen. Bisherige Forschungsarbeiten geben keine eindeutige Aussage, da es nur wenig methodisch robuste, ausreichend große und randomisiert kontrollierte Studien zu diesem Thema gibt. Eljaiek et al. (2017) konnten 4 Studien mit ausreichender Qualität einschließen. Ergebnisse: Die Forscher konnten keinen signifikanten Vorteil in Bezug auf das Überleben bei Schwerebrandverletzten durch die Gabe von Albumin feststellen. Das Resultat der statistischen Auswertung wird als „neutral“ beschrieben. **Kommentar:** *Leider kann die Frage nicht zufriedenstellend beantwortet werden, da, wie alle Wissenschaftler, die sich mit der Thematik beschäftigt haben, feststellen, dringend mit methodisch gut gemachten Studien geforscht werden muss. Eine Leitlinie zum Thema „Thermische und chemische Verletzungen“ ist in aktuell in Bearbeitung. Die gültige S2k Leitlinie „Thermische Verletzungen im Kindesalter (Verbrennung, Verbrühung), Behandlung“ empfiehlt unter Verweis auf die „fehlende Datenlage“ die Substitution mit Ringer-Acetat als Vollelektrolytlösung in den ersten 24 Std. Nach 24 Stunden kann laut Leitlinie bei stabiler Hämodynamik auch mit kolloidalen Lösungen (Humanalbumin) substituiert werden. Bei einem deutlich nach oben abweichendem Bedarf (Parkland-Schema) an Vollelektrolytlösung kann dies auch früher erwogen werden. Da dies Daten sind, die sich auf die Gruppe der Kinder beziehen, kann das aber nicht automatisch 1:1 auf die Population von erwachsenen Patienten übertragen werden. (SK).*

Quelle: Eljaiek R et al. (2017). Albumin administration for fluid resuscitation in burn patients: A systematic review and meta-analysis. Burns. 43(1), 17-24. Fachgesellschaften, A. D. W. M. (2015). Thermische Verletzungen im Kindesalter (Verbrennung, Verbrühung), Behandlung (30.04. 2015). S2k-Leitlinie, Registernr, 006-128.

Können Pflegende die Kosten für Intensivmedizin einschätzen?

Intensivmedizin und -pflege sind teuer und das Wissen um die Kosten kann dazu beitragen, Kosten zu optimieren. Hernu et al. (2017) aus Frankreich haben auf 60 Intensivstationen die Pflegenden befragt, wie sie die Kosten von 35 häufig verwendeten Produkten, bzw. Leistungen einschätzten, die zusammen ein Volumen von 81 15 € ausmachten. Im Ergebnis nahmen 1306 Pflegende an der Umfrage teil. Lediglich 30 % (n=396) Pflegende schätzten die Kosten innerhalb einer Spannbreite von 50 % der tatsächlichen Kosten korrekt ein. 54 % der Befragten unterschätzten die Kosten, 16 % überschätzten sie. Unterschätzt wurden signifikant die Kosten für Medikamente (-74 %), wenn sie mit Blutprodukten (-15 %), Labortests (-56 %) oder Zu- und Ableitungen (-6 %) verglichen wurden. Der einzige Posten, der überschätzt wurde, war die Bildung (152 %). Es konnte eine Überschätzung von günstigen Produkten, bzw. Leistungen und eine Unterschätzung von teuren Produkten, bzw. Leistungen identifiziert werden. Die Autoren schlussfolgern, dass die Bekanntgabe von tatsächlichen Kosten dazu beitragen kann, die Kosteneffektivität in der Intensivmedizin zu optimieren. **Kommentar:** *in der Studie wurden nur Pflegende befragt, bzw. deren Daten analysiert. Da Mediziner die Produkte, bzw. Leistungen anordnen und Pflegende sie mitunter bestellen, und Pflegende einen maßgeblichen Einfluss auf den Verbrauch haben, ist ein interprofessioneller Ansatz optimal (PN).*

Quelle: Hernu R, Cour M, Argaud L; "Costs in French ICU" Study Group. Are nurses ready to help to improve cost-effectiveness? A multicentric national survey on knowledge of costs among ICU paramedical staff. *Intensive Care Med.* 2017 Dec 26

Effekte von kurzer versus längere Aufbewahrungszeit bei transfundierten EKs auf der Intensivstation

Rygård et al. (2018) widmeten sich in einer systematischen Übersichtsarbeit und Meta-Analyse der Frage, ob es einen Effekt auf die Patienten einer Intensivstation hat, wenn EK`s sofort transfundiert werden oder eine längere Zeit aufbewahrt werden. Rote Blutkörperchen werden bei längerer Lagerung fragiler und eine Hämolyse ereignet sich häufiger. Dies führt zu einem Verlust von Eisen, Kalium und einer ansteigenden Azidose im Konzentrat. Auch die Fähigkeit der roten Blutkörperchen zum Gasaustausch lässt bei längerer Lagerungszeit nach. In diese Arbeit konnten 7 randomisiert kontrollierte Studien mit insgesamt n= 18,283 Intensivpatienten eingeschlossen werden. Ergebnis: Die Wissenschaftler konnten keine Effekte von frisch versus länger gelagerten EK`s bezüglich der Mortalität feststellen. Auch signifikant unerwünschte Nebenwirkungen und oder Infektionseignisse nach Transfusion konnten nicht (signifikant) verzeichnet werden.

Kommentar: *Eine interessante Frage, da ja EKs häufig prophylaktisch bestellt und entsprechend gelagert werden. Zu beachten der Pflegestandard "Transfusion von Blutpräparaten und Gerinnungsprodukten" (einzusehen im Roxtra). (SK).*

Quelle: Rygård, SL et al. (2018). Effects of shorter versus longer storage time of transfused red blood cells in adult ICU patients: a systematic review with meta-analysis and Trial Sequential Analysis. *Intensive care medicine.* 1-14.

Suizid unter Pflegekräften

Menschen begehen Selbstmord und auch Pflegende tun dies, allerdings wird dies kaum diskutiert. Davidson et al. (2018) haben dazu einen detaillierten Beitrag veröffentlicht. Die Suizidrate in den USA liegt bei Lehrern bei 63 pro Jahr, bei Polizisten sind es 108 pro Jahr, bei Ärzten 300-400 pro Jahr. Pflegende werden nicht als separate Profession erfasst, daher liegen keine systematischen Daten vor; es gab Einzeluntersuchungen aus Kalifornien aus 1988 mit 168 Suiziden pro Jahr oder 11 US-Staaten mit 5,2 Suiziden pro Jahr. Weibliche Pflegende zeigen im Vergleich zu anderen weiblichen Berufstätigen ein um 58 % erhöhtes relatives Risiko für einen Suizid. Die Ursachen sind vielfältig: bisherige Übersichtsarbeiten haben die Arbeitsbelastung, den moralischen Druck, persönliche, familiale oder soziale Probleme, Depression, Rauchen, Substanzmittelmissbrauch und den Zugang zu letal wirkenden Medikamenten wie auch das Wissen um deren Dosierung und Verabreichung als Risikofaktoren identifiziert. Präventionsprogramme beinhalten freiwillige Hilfsprogramme, Bildung, Burn-Out Prävention und Behandlung, Beratung und Hilfe durch die Teamleitung sowie Kolleginnen und schlussendlich die eigene, persönliche Reflexion und Verantwortung. **Kommentar:** *Bei den Untersuchungen wurde nicht dargestellt, wie viel der Suizide durch Personen mit letalen Erkrankungen, oder nach schweren Pflegefehlern und dadurch entstehende moralische Konflikte durchgeführt wurden. Es ist insgesamt ein sehr schwieriges Thema, deren beste Prävention die Diskussion in der Öffentlichkeit, im Team und zwischen Kollegen sein könnte. Auch die betriebliche Sozialberatung kann hier sehr hilfreich sein! (PN).*

Quelle: Davidson, J., J. Mendis, A. R. Stuck, G. DeMichele, and S. Zisook. 2018. Nurse suicide: Breaking the silence. *NAM Perspectives.* Discussion Paper, National Academy of Medicine, Washington, DC. <https://nam.edu/nurse-suicide-breaking-the-silence>

Sie haben eine pflegerische Frage? Denken Sie als Mitarbeiter des UKSH an Ihren kostenlosen Zugang für das CNE Fortbildungsprogramm für den Pflege- und Funktionsdienst und der umfangreichen, deutschsprachige Wissensdatenbank des Thieme Verlags. Anmelden > Thema eingeben > Antwort(en) finden... <https://cne.thieme.de/cne-webapp/p/home>