

Pflegeforschung für die Allgemeine Pflege

Newsletter

Kiel und Lübeck im März 2017

► Für Euch gelesen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
anbei ein Newsletter zu den Themen Delir, Alkoholentzug, ungeplante Verlegungen auf die Intensivstation und den therapeutischen Einsatz von Cannabis. Viel Spaß und Information beim Lesen. Mit den besten Grüßen Peter Nydahl und Susanne Krotsetis.

Ungeplante Verlegung auf die Intensivstation

Wenn sich stationäre Patienten in ihrem Verlauf verschlechtern, müssen sie mitunter ungeplant und als Notfall auf die Intensivstation verlegt werden. Van Galen et al. (2016) aus den Niederlanden haben anhand von 49 stationären Patienten mit ungeplanten Intensivaufnahmen untersucht, welche Gründe dafür ursächlich waren. Im Ergebnis wurde deutlich, dass in 46% der Fälle die Patienten vor der Aufnahme nicht ausreichend beobachtet wurden, 45% waren krankheitsbedingte Faktoren, 7% waren patientenbedingt und 3% lagen an der Organisation. Die Autoren schlussfolgern, dass sich durch eine verbesserte Beobachtung von kritischen Patienten deren notfallmäßigen Verlegungen teilweise vermeiden ließen. **Kommentar:** *Es können nicht ständig alle Patienten engmaschig überwacht werden. Die Autoren empfehlen sogenannte Early Warning Scores, Frühwarnscores, die in England eine weite Verbreitung gefunden haben. Frühwarnscores ermöglichen ab einem bestimmten Punktwert eine Heraufsetzung der Überwachungsfrequenz und auch die Identifikation kritischer Werte, ab denen der zuständige Arzt oder auch die Intensivstation umgehend informiert werden müssen (siehe Beispiel). Somit können kritische Patienten besser überwacht werden und etwaige Notfallverlegungen eher vermieden werden. Die Implementierung solcher Scores bedarf der interprofessionellen Absprache und ggf. Anpassung an weitere Patientengruppen (PN).*

Quelle: van Galen LS, Struik PW, Driesen B et al. Delayed Recognition of Deterioration of Patients in General Wards Is Mostly Caused by Human Related Monitoring Failures: A Root Cause Analysis of Unplanned ICU Admissions. PLoS One. 2016 Aug 18;11(8):e0161393.

Parameter/Punkte	3	2	1	0	1	2	3
Atemfrequenz	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
Sauerstoffsättigung*	≤91	92-93	94-95	≥96			
Mit O2-Gabe		Ja		Nein			
Temperatur	≤35		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	
Syst. Blutdruck	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
Herzfrequenz	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Bewusstsein**				wach			gestört
Summe							

Auswertung

Summe 0 = min 12stündlich kontrollieren

Summe 1-4 = min 4-6 stündlich kontrollieren, ex. Pflegekraft informieren, die über weitere Evaluation entscheidet (Erhöhung der Überwachung, ggf. weitere Maßnahmen)

Summe ≥5 oder 3 in einer Kategorie = min. 1stündlich kontrollieren, Arzt informieren, kont. Überwachung ermöglichen (IMC)

Summe ≥7 = kontinuierliche Überwachung, sofort Arzt informieren, Verlegung auf Intensivstation erwägen

Ein einziger Wert in Kategorie 3 erfordert die umgehende Evaluation

Schulung von Angehörigen bei Delir der Patienten

Ein Delir ist eine plötzlich auftretende hirnorganische Veränderung, die viele Angehörige überrascht und verunsichert, gleichzeitig stellen Angehörige eine wichtige Bezugsperson für den deliranten Patienten dar und können ein Delir auch lindern. Informationen und Schulungen der Angehörigen könnten daher einen Einfluss auf a) Angehörige und b) Patienten zeigen. Um diese Frage genauer zu untersuchen, führten Carbone et al. (2015) eine systematische Literaturrecherche in verschiedenen Datenbanken durch. Die Autoren konnten 30 Studien bzgl. Angehörige und 7 Studien zu Patienten identifizieren. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Informationen über ein Delir den Angehörigen hilft, besser mit der Situation zurecht zu kommen und sie sich dadurch weniger gestresst fühlen. Eine aktive Einbindung von Angehörigen schien in einigen, aber nicht allen Studien auch eine Wirkung auf Patienten gehabt zu haben, bei denen sich ein Delir nicht so häufig entwickelt oder lange gedauert hat. Kurze, persönliche Gespräche, Informationsflyer oder auch die wiederholte verbale Orientierung der Patienten durch die Angehörigen können sinnvolle Strategien sein. **Kommentar:** *Der Effekt der Einbindung von Angehörigen ist immer noch nicht ganz geklärt. Sicherlich können auch nicht alle Angehörigen die verantwortungsvolle Aufgabe der Re-Orientierung und Betreuung von deliranten Patienten übernehmen. Tendenziell scheint es sinnvoll und sehr hilfreich zu sein, wenn Angehörige entsprechende Informationen und Beratung erhalten. Als Tipp: auf der website der Pflegeforschung am UKSH gibt es hierzu hilfreiche Unterlagen: <http://www.uksh.de/Pflege/Pflegeforschung.html>*

Quelle: Carbone MK, Gugliucci MR. Delirium and the Family Caregiver: The Need for Evidence-based Education Interventions. *Gerontologist*. 2015 Jun;55(3):345-52. doi: 10.1093/geront/gnu035.

Alkoholentzug

Ein ungeplanter Alkoholentzug kann bei stationären Patienten zu zahlreichen Herausforderungen und Komplikationen führen. Sutton & Jutel (2016) haben hierzu eine Übersichtsarbeit veröffentlicht. Ein Alkoholentzugssyndrom ist häufig durch Tremor, Angst, Schwitzen, Tachykardie und Schlafstörungen gekennzeichnet. Bei moderaten bis schweren Verläufen treten auch Fieber, Halluzinationen, Wahrnehmungsstörungen und Krampfanfälle auf. Diese Symptome sind zu evaluieren, da sie auch bei anderen Erkrankungen auftreten können. Die meisten Symptome treten 2-5 Tage nach dem letzten Alkoholkonsum auf. Wenn ein Alkoholentzug nicht rechtzeitig erkannt wird, können Herz- und Atemversagen, Arrhythmien, Dehydratation, Elektrolytverschiebungen und Multiorganversagen die Folge sein. Der frühen Identifikation des Alkoholentzugs kommt daher eine maßgebliche Rolle zu, u.a. können Patienten nach früheren Alkoholentzügen, Delirium Tremens oder Krampfanfällen gefragt werden. Die Alkoholentzugsskala nach Wetterling ist neben anderen ein hilfreiches Assessment, um die Entwicklung des Alkoholentzugssyndroms festzustellen und zu dokumentieren, wenn sie frühzeitig eingesetzt wird. Bei milden Ausprägungen können Chlordiazepoxid und Diazepam eingesetzt werden, bei moderaten oder schweren Verläufen Diazepam, Lorazepam oder Alprazolam, ggf. sind auch eine tiefe Sedierung und Beatmung auf der Intensivstation notwendig. **Kommentar:** *Ein Alkoholentzugsmanagement ist am effektivsten, wenn a) Entzugsskalen frühzeitig und regelmäßig eingesetzt werden, b) Patienten informiert und zur Mitarbeit motiviert werden, c) Medikamente auf ärztliche Anordnung eingesetzt werden. Die Alkoholentzugsskala ist auf www.uksh.de/Pflege/Pflegeforschung.html zu finden. Prost! (PN).*

Quelle: Sutton LJ, Jutel A. Alcohol Withdrawal Syndrome in Critically Ill Patients: Identification, Assessment, and Management. *Crit Care Nurse*. 2016 Feb;36(1):28-38

Cannabis in der palliativen Versorgung – eine systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse

Der Bundestag verabschiedete Anfang diesen Jahres einstimmig eine Gesetzesnovelle zum medizinischen Einsatz von Cannabis. Ab März können Ärzte schwerkranken Patienten Cannabis verschreiben, wenn andere Therapien aussichtslos sind. Der Eigenanbau von Cannabis bleibt aber weiterhin verboten. Es ist zu erwarten, dass Cannabis zukünftig vermehrt bei chronischen Erkrankungen und in der Palliativmedizin evtl. auch in der stationären Versorgung eingesetzt wird. Aber was genau kann in der Gruppe von palliativen Patienten mit der Verabreichung von Cannabis erreicht werden? Mücke et al. (2016) schauten sich in einer systematischen Übersichtsarbeit und Metaanalyse (= statistisches Verfahren Ergebnisse aus der Primärforschung zusammenzufassen und zu präsentieren) Effekte auf schwerstkranken Patienten in der Palliativmedizin an. Es wurden aufgrund sehr hoher Gütekriterien bezüglich des Einschlusses in die Übersichtsarbeit insgesamt 9 randomisiert kontrollierte Studien (= Probanden werden nach dem Zufallsprinzip in eine Interventions (Studien-) und in eine Kontrollgruppe zugeteilt) mit insgesamt n = 1561 Teilnehmer aus den Bereichen der Tumorerkrankungen, HIV und Alzheimer begutachtet. Bei Tumorpatienten war die Gabe von Cannabis versus eines Placebopräparates hinsichtlich

einer ≥ 30 %igen Schmerzreduktion, Kalorienaufnahme und Reduktion von Schlafstörungen nicht (statistisch) signifikant überlegen. Bei der HIV-Therapie ergaben sich für Gewichts und Appetitsteigerung ($p=0,001$; $p=0,02$) signifikante Verbesserungen unter der Cannabistherapie, nicht jedoch für Übelkeit und Erbrechen oder gesundheitsbedingter Lebensqualität. Weiterhin wurde das Auftreten von Schwindel sowie psychiatrischen Erkrankungen (z. B. Halluzinationen oder Psychosen) ausgewertet. Bei den Tumorpatienten bestand kein signifikanter Unterschied zwischen der Therapie mit Cannabis oder Placebo. Bei HIV-Patienten hingegen traten psychiatrische Erkrankungen signifikant häufiger unter Cannabis als unter der Placebothherapie auf. Im Vergleich von pflanzlichem Cannabis mit synthetischen Cannabinoiden, die in einer Studie untersucht wurden, konnten keine Unterschiede festgestellt werden. **Kommentar:** *Was sagen uns diese Ergebnisse jetzt? Der Schritt, die Therapie mit Cannabis für schwerstkranken Menschen zu legalisieren, ist getan. Wir brauchen aber sehr viel mehr robuste Studien in den verschiedenen Patientengruppen (Onkologie, Neurologie, Palliativ), um Aussagen zu den nachweisbaren Wirkungen, Nebenwirkungen und zu der von den Patienten empfundene Lebensqualität zu machen. Eventuell wird sich auch ein Universitätsklinikum wie das UKSH zukünftig an solchen Forschungsvorhaben beteiligen und auch Pflegende werden dann wünschenswerter Weise ihre Beobachtungen miteinbringen können. (SK).*

Quelle: Mücke, M., et al. (2016). Cannabinoide in der palliativen Versorgung. Der Schmerz. 30.1: 25-36.

In eigener Sache: Bitte liebe Kolleginnen und Kollegen ... sendet uns Fragen, Wünsche, Anregungen bezüglich eurer pflegerischen Arbeit zu, die wir dann versuchen wissenschaftlich zu beantworten.

Mit besten Grüßen Susanne Krotsetis und Peter Nydahl