Entwicklung der Notfallpflege zu einer eigenständigen Disziplin

Selbst alltägliche Notfallsituationen verlangen vertieftes Fachwissen

Die Notfallpflege hat sich in den letzten Jahren etabliert und zu einer selbständigen Disziplin entwickelt. Am Beispiel eines Patienten mit Verdacht auf Stroke lässt sich zeigen, wie wichtig die Ersteinschätzung und die Triage sind. Im interprofessionellen Team müssen Notfallpflegefachpersonen auf sich rasch verändernde Situationen reagieren können.

Text: Therese Blättler-Remund/ Fotos: Fotolia, Notfallpflege Schweiz

In den Anfängen der Notfallpflege wurden die Patienten¹ mit chirurgischen, traumatischen oder orthopädischen Problemen häufig in sogenannten Ambulanzen, in Notfallzimmern, durch Pflegefachpersonen der Operationsabteilungen, behandelt. Die Patienten mit medizinischen Problemen wurden in der Regel auf Überwachungseinheiten betreut.

Vor Jahren konnten zahlreiche schweizerische Notfallzentren Um- und Neubauten realisieren. Diese werden seither interdisziplinär mit eigenen Notfall-

teams geführt. Mit der wachsenden Eigenständigkeit stieg der Bedarf an spezialisierten Pflegefachpersonen. Die erste hausinterne Notfallausbildung wurde im Kanton Zürich vor über 48 Jahren angeboten. Mittlerweile wird der Nachdiplomstudiengang höhere Fachschule Notfallpflege (NDS HF NF) in den verschiedenen Landesteilen von zehn Bildungsanbietern durchgeführt. Die Grundlage des NDS HF NF ist der Rahmenlehrplan (OdaSanté, 2009). Der erfolgreiche Abschluss führt zum eidgenössisch anerkannten Titel diplo-

mierte Expertin, diplomierter Experte Notfallpflege NDS HF, analog der Intensiv- oder Anästhesiepflege.

Ersteinschätzung und Triage

Eine der grössten Herausforderungen in der Notfallpflege ist die Ersteinschätzung und Priorisierung von Patienten aller Altersklassen. Diese sogenannte Triage wird in der Regel eigenständig von Pflegefachpersonen oder als Teamtriage zusammen mit einem Arzt durchgeführt. Anschliessend beginnen Notfallpflegefachpersonen aufgrund von



Symptomen, ohne gesicherte Diagnose, die Behandlungen. Sie müssen jederzeit auf rasch sich verändernde Krankheitsverläufe vorbereitet sein und entsprechend reagieren können. Um eine sichere, qualitativ hochstehende Pflege zu gewährleisten, sind vertieftes pflegerisch-medizinisches Fachwissen sowie



Notfallpflegefachpersonen müssen jederzeit auf sich rasch verändernde Krankheitsverläufe vorbereitet sein.



ausgesprochene kommunikative und organisatorische Fähigkeiten erforderlich. Das fundierte medizinisch-technische Wissen ist ebenso zentral wie die Unterstützung von Patienten und Angehörigen in Krisensituationen.

Patient mit Verdacht auf Stroke

Um Einblick in eine alltägliche Notfallsituation zu vermitteln, wird die Behandlung eines Patienten mit Verdacht auf Stroke beschrieben. Stroke ist die dritthäufigste Todesursache in der westlichen Welt und die zweithäufigste Ursache einer Demenz (Rothwell et al., 2005). Patienten und ihre Angehörigen kennen häufig die typischen Zeichen eines Strokes wie einseitige Hemiplegie, Aphasie, Fazialisparese usw. Sie suchen einen Hausarzt auf, begeben sich selber direkt in Spitalbehandlung oder avisieren den Rettungsdienst.

Aufgrund des medizinischen Fortschrittes hat sich die Prognose von Patienten mit Stroke in den letzten Jahren sehr stark verbessert. Ein Patient, der die Symptome eines Strokes aufweist, wird als sehr dringlicher Notfall der Triagekategorie 1 eingeschätzt und darf unter keinen Umständen warten, weil dies die Prognose verschlechtert. Er braucht eine sichere, unverzügliche und ressourcenintensive Behandlung. Damit dies möglich ist, müssen die Notfallpflegefachpersonen, das Ärzteteam und die Mitarbeitenden der Radiologie speziell geschult sein und Hand in Hand zusammenarbeiten. Dadurch konnte die «Door to needle time» in den letzten Jahren kontinuierlich gesenkt werden und lag 2011 bei 17 Minuten (Meretoja et al., 2013).

Hirninfarkt oder Hirnblutung

Die Gründe eines Strokes sind in 85 % der Fälle ein Hirninfarkt und in 15 % der Fälle eine Hirnblutung. Die Ursachen sind intrakranielle oder extrakranielle Stenosen, extrakranielle Gefässverschlüsse, Aortenplaques, kardiale Embolien usw (Schulz, 2011). Nebst den typischen Symptomen treten aber auch unspezifischere Symptome wie Gesichtsfeldausfälle, Schwindel, Doppelbilder, Synkopen auf, die man nicht übersehen darf.

Das Hauptziel der Behandlung ist die rasche Auflösung des Thrombus in der verschlossenen Hirnarterie und eine rasche Wiederherstellung der Perfusion der Penumbra, dem Bereich der unmittelbar an die Nekrosezone angrenzt. Damit kann das Ausmass des Hirninfarktes in Grenzen gehalten werden, denn «time is brain». Wenn eine Hirnblutung der Grund des Strokes ist, ist häufig eine neurochirurgische Intervention notwendig.

Autorin

Therese Blättler-Remund,

Advanced Practice Nurse (APN), Felix Platter-Spital, Basel. therese.blaettler-remund@ notfallpflege.ch «NOTFALLPFLEGE SCHWEIZ»

Der Berufsverband

Zur Professionalisierung der Notfallpflege hat der vor 25 Jahren gegründete Berufsverband «Notfallpflege Schweiz», vormals «Schweizerische Interessengemeinschaft Notfallpflege SIN», Grundlegendes beigetragen. 1992 wurde das erste Berufsbild der «Fachschwester/des Fachpflegers in Notfallpflege» publiziert. Der Fachverband hat sich über Jahre für die eidgenössische Anerkennung der Notfallausbildung eingesetzt. Seit 2008 ist die Notfallpflege Schweiz eine ordentliche Interessengemeinschaft, heute Fachverband, des SBK. An der Delegiertenversammlung 2017 wurde die Möglichkeit geschaffen, assoziierte Mitglieder, d.h. Notfallpflege Schweiz-Mitglieder ohne SBK-Mitgliedschaft, offiziell aufzunehmen. Die Notfallpflege Schweiz konnte so weitere Mitglieder für den eigenen Berufsverband und den SBK gewinnen. Im Vorstand der Notfallpflege Schweiz sind Notfallpflegefachpersonen aus der Bildung, dem Management, der Pflegewissenschaft, der Psychiatrie und der Pädiatrie vertreten. Die Vorstandsmitglieder aus der Pädiatrie sind in der Fachgesellschaft Pediatric Emergency Medicine Switzerland (PEMS) vertreten. Die Notfallpflege Schweiz ist international vernetzt und Mitglied der European Society for Emergency Nursing (EUSEN). Notfallpflege Schweiz organisiert je-

weils im Frühjahr einen Kongress zu aktuellen praxisbezogenen Themen der Notfallpflege. Im Herbst wird ein Symposium durchgeführt, das häufig einem spezifischen Thema wie etwa Aggressionsmanagement gewidmet ist. Die primäre Aufgabe der Notfallpflege Schweiz ist, die Interessen der Mitalieder zu vertreten und sich weiter zu professionalisieren (siehe Box S. 24). Kommissionen wie Marketing und Kommunikation, Kongressorganisation unterstützen die Arbeit des Vorstandes. Mit den Pflegedienstleitungen, den Ausbildnerinnen in der Praxis, den Bildungsanbietern NDS NF, den Pflegeexpertinnen und verwandten Fachgesellschaften gibt es einen regelmässigen Austausch.

Informationen: www.notfallpflege.ch



MITGLIED IM BERUFSVERBAND

Zahlreiche Vorteile

Ende 2017 zählte der Fachverband «Notfallpflege Schweiz» 770 Mitglieder. Im ersten Jahr nach Abschluss des NDS NF ist die Mitgliedschaft gratis. Notfallpflege Schweiz-Mitglieder haben zahlreiche Vorteile:

- Ermässigungen an nationalen und internationalen Kongressen und Symposien der SIN und weiteren Berufsverbänden
- Rechtschutzversicherung
- Zugang zu e-log
- Geschützter Bereich mit Handouts von Referenten der Weiterbildungsveranstaltungen
- Interessenvertretung im schweizerischen Berufsverband SBK
- Interessenvertretung im europäischen Verband der Notfallpflegefachpersonen EUSEN.

Im interprofessionellen Team

Nach der Triagierung wird der Patient von einem interprofessionellen Team betreut. Die Notfallpflegefachpersonen entkleiden und monitorisieren den Patienten und erledigen die Blutentnahmen. Sie legen zwei venöse Katheter, einerseits für die Kontrastmittelgabe während der radiologischen Untersuchung und ansererseits für die medikamentösen Therapien. Sie schreiben ein EKG, überwachen die Bewusstseinslage mittels Glasgow Coma Scale und Pupillenkontrolle engmaschig und überwachen die Vitalzeichen. Ein Blutdruck bis 180 mmHg Systole wird toleriert, weil die Hirnperfusion dadurch besser ist. Es ist wichtig, dass der Patient möglichst flach liegt. Der Kopf wird maximal 30 Grad hochgelagert, um eine optimale Hirnperfusion sicher zu stellen. Gleichzeitig erheben die Ärzte einen raschen, symptom-orientierten, fokussierten Neurostatus mittels der National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) (Jung et al., 2016).

Die Diagnose wird durch eine Computertomographie (CT) oder Magnetresonanz (MR) gesichert. Durch eine effektive Zusammenarbeit im interpro-

fessionellen Behandlungsteam wird erreicht, dass der Befund des Patienten bereits nach etwa 30 Minuten vorliegt. In Zentrumsspitälern begleitet die Notfallpflegefachperson den Patienten in die Bildgebung, um die kontinuierliche Überwachung des Patienten zu gewährleisten. Sie kann, wenn aufgrund der radiologischen Befunde indiziert, bereits in der Radiologie mit der Thrombolyse mit dem Medikament Actilyse® i.v. starten (Jung et al., 2016). Die medikamentöse Thrombolyse kann bis spätestens viereinhalb Stunden nach Symptombeginn durchgeführt werden. Wenn das Zeitfenster überschritten ist, kann in Zentrumsspitälern eine endovaskuläre Thrombektomie bis 12 Stunden nach Beginn der Symptome durchgeführt werden. Die Nachbetreuung erfolgt idealerweise auf einer Stroke Unit. In Regionalspitäler werden Diagnostik und Therapie in der Regel gemäss Empfehlungen der Neurologen in Zentrumsspitälern eingeleitet (Siebel, Berger, & Kägi, 2015).

Das Behandlungsteam ist trotz des Zeitdrucks bemüht, den Patienten mit Empathie und Zuwendung zu betreuen. Angehörige können ihr Familienmitglied begleiten und unterstützen. Sie sind beispielsweise eine wichtige Ressource zur Erhebung der Anamnese, wenn ein Patient unter einer Aphasie leidet.

Stroke im Kindesalter

Kinder können in jedem Alter mit einer Inzidenz von 3 bis 5 pro 100 000 Fällen pro Jahr einen Stroke erleiden (deVeber, 2002). Die Ursachen sind in zwei Drittel der Fälle arteriell ischämische Geschehen und in einem Drittel handelt es sich um ein hämorrhagisches Ereignis.

Die Gründe sind unter anderem Infekte, Entzündungen, rheumatologische oder kardiale Erkrankungen. Die Ursachen eines hämorrhagischen Strokes können nebst einem traumatologischen Geschehen vaskuläre Malformationen sein.

Ein erhöhtes Risiko haben Kinder, die an einer onkologischen Erkrankung leiden und mit Chemotherapie oder Bestrahlung behandelt werden, an einer Thrombophilie erkrankt sind oder eine genetische Prädisposition für Thrombosen aufweisen (Steinlin&Wehrli, 2009). Die typischen Symptome sind in 80 % der Fälle eine akute Hemiparese, nebst Dysphasie, Faszialisparese, heftige Kopfschmerzen, Bewusstseinsstörungen oder Krampfanfälle. Unspezifische Symptome können Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Schluckbeschwerden und Verhaltensauffälligkeiten sein.

Der diagnostische Goldstandard ist wie bei Erwachsenen das MR (Steinlin et al., 2016). Das CT ist geeignet, um eine Blutung auszuschliessen. Die Therapieempfehlungen basieren auf Stu-

6

Patienten mit Stroke brauchen sichere, unverzügliche und ressourcenintensive Behandlung.



dienresultaten aus der Erwachsenen Medizin. Die notwendigen Medikamente werden gewichtsadaptiert verabreicht.

Die Überwachung eines Kindes mit Stroke ist vergleichbar mit der Überwachung nach einem Schädelhirntrauma. Häufig fehlt aufgrund des Geschehens die intakte zerebrale Autoregulation des Blutdruckes. Der Blutdruck wird nur vorsichtig gesenkt. Falls das Kind unter Krämpfen leidet, die üblicherweise erst im Verlauf auftreten, werden diese rasch und aggressiv behandelt. Bei einer cerebralen Blutung ist möglicherweise ein neurochirurgischer Eingriff indiziert.

Zusammenarbeit mit den Eltern

Die Betreuung und Zusammenarbeit mit den Eltern nimmt in der Pädiatrie einen sehr hohen Stellenwert ein, vor allem wenn die Familie mit der schweren Diagnose eines kindlichen Strokes konfrontiert ist. Leider erholen sich nur rund die Hälfte der betroffenen Kinder vollständig (Pavlovic et al., 2006). Speziell ausgebildete und erfahrene Pflegefachpersonen an der Triage in Kindernotfallzentren, Eltern und zuständige Ärzte sind gefordert, die Symptome eines Strokes zu erkennen

(Braun, Kappelle, Kirkham, & Deveber, 2006). Nur bei ca. einem Drittel der betroffenen Kinder wird ein Stroke innerhalb der viereinhalb Stunden-Grenze diagnostiziert. Eine hemiplegische Migräne oder eine Dissektion der Carotis sind schwierig von einem Stroke abzugrenzen (Steinlin & Wehrli, 2009). Zu Missinterpretationen der Symptome kann es auch im Zusammenhang mit einer Commotio cerebri oder mit einem Schwächezustand nach einer durchgemachten Infektionskrankheit kommen.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit, wird entweder die männliche oder die weibliche Form verwendet. Angesprochen sind jeweils beide Geschlechter.



Das Literaturverzeichnis ist in der digitalen Ausgabe (www.sbk-asi.ch/app) verfügbar oder erhältlich bei: therese.blaettler-remund@notfallpflege.ch

INSERATE

