

Hilfe! Mein Kind hat Fieber

Fieberaufklärung bei Eltern

Julia Grugel

NDS HF Notfallpflege

Kurs F20

Kantonsspital Winterthur, Notfall für Kinder und Jugendliche

Datum: 29.11.2021

Zusammenfassung

Täglich kommen besorgte Eltern auf die pädiatrischen Notfallstation, weil ihr Kind beispielsweise zum ersten Mal Fieber hat oder das Fieber noch nie so hoch war wie zum jetzigen Zeitpunkt oder die Temperatur liess sich gar nicht oder nur kurz senken. Das Fieber eine der wichtigsten Immunreaktionen des menschlichen Körpers ist wissen die wenigsten und sind schnell in Aufruhr versetzt, wenn die Körpertemperatur ihres Kindes über 40°C steigt.

In diesem Kontext heisst es sogar je höher das Fieber ist, desto besser. Denn durch eine höhere Körpertemperatur wird das Wachstum von Viren und auch einigen Bakterienarten gehemmt.

Im schnelllebigen Notfallalltag ist es daher trotz der kurzen Aufenthaltsdauer der Kinder und dessen Eltern unsere Aufgabe als Expertinnen und Experten Notfallpflege, diese so ausführlich und kompetent wie möglich zu beraten. Wir müssen die Eltern aufklären, was ein fieberndes Kind braucht und ab wann es auf jeden Fall notwendig ist einen Arzt aufzusuchen.

In meiner Diplomarbeit habe ich mich ausführlich mit dem Thema Fieber auseinandergesetzt und wollte einen Weg finden, um eine adäquate Patienten- und Familienedukation in den Notfallalltag zu integrieren. Hierbei beziehe ich mich vor allem auf den Schwerpunkt des Beratungsprozesses.

Genderneutralität

Ich werde in meiner Diplomarbeit aus Gründen der Lesbarkeit jeweils die männliche oder weibliche Form verwenden, wobei jedoch stets beide Geschlechter eingeschlossen sind.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Ausgangslage.....	1
1.2	Fragestellung	1
1.3	Abgrenzung	2
2	Hauptteil.....	2
2.1	Fieber.....	2
2.1.1	Thermoregulation des menschlichen Organismus	2
2.1.2	Pathophysiologische Prozesse bei Fieber	4
2.1.3	Ursachen für Fieber	5
2.1.4	Fiebermessung	5
2.1.5	Fiebersenkung.....	6
2.1.6	Red Flags bei Fieber	7
2.2	Patienten- und Familienedukation	8
2.2.1	Information	8
2.2.2	Anleitung.....	8
2.2.3	Schulung	9
2.2.4	Beratung	9
2.2.5	Der Pflegeprozess in der Notfallpflege.....	11
3	Konsequenzen für die Praxis.....	12
3.1	Beantwortung der Fragestellungen.....	12
3.1.1	Pathophysiologische Prozesse bei Fieber	12
3.1.2	Patienten- und Familienedukation im Praxisalltag	12
3.2	Mein persönliches Fazit.....	14

Literaturverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Anhang

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Zum aktuellen Zeitpunkt absolviere ich eine Weiterbildung zur Expertin Notfallpflege an der höheren Fachschule für Intensiv-, Notfall- und Anästhesiepflege Zürich (Z-INA). Ich arbeite derzeit im Notfallzentrum auf der pädiatrischen Notfallstation des Kantonsspital Winterthur.

«Mein Kind hat 40 °C Fieber, das hat mir grosse Sorgen gemacht. So hoch war es noch nie» oder «Wir haben zu Hause Fieber gemessen und mein Kind hatte 37.5 °C Fieber.» Die Eltern kommen mit ihren Kindern mitten in der Nacht, obwohl das Kind erst seit ein paar Stunden oder einem Tag Fieber hat und sonst in einem sehr guten bis guten Allgemeinzustand ist. Es isst und trinkt normal, ist quietschfidel am Erst-Triagetresen und hat keine weiteren Symptome. Wenn wir sie dann fragen, weshalb sie jetzt in der Nacht zu uns auf den Notfall kommen, dann bekommen wir oft die Antwort, dass sie wegen des Fiebers kommen.

Es gibt auch die Eltern, die immer wieder wegen des Fiebers zu uns kommen. Damit meine ich nicht im Rahmen desselben Infekts, der bereits diagnostiziert wurde, sondern jedes Mal, wenn das Kind seit kurzem Fieber hat. Einige kommen auch trotz Erklärungen mit den Geschwisterkindern in häufigen Abständen auf den pädiatrischen Notfall.

Diese und noch viele ähnliche Szenarien sind Alltag bei uns auf dem Kindernotfall. Viele Eltern sind sehr besorgt und ängstlich, wenn ihr Kind Fieber hat, vor allem wenn es das erste Mal auftritt. Die meisten Eltern wissen gar nicht genau was Fieber eigentlich ist und wann sie zum Arzt müssten oder wann sie auch zu Hause versuchen könnten es in den Griff zu bekommen.

Oft ist es auch der Fall, dass wir den Eltern erklären sie müssten zu Hause das Fieber gar nicht senken und das erste was wir auf dem Notfall machen ist, das Fieber zu senken. Dies sorgt regelmässig für Verwirrung bei den Eltern, da sie trotz der Erklärung nicht verstehen, dass wir dies nur tun, um das Kind fieberfrei, adäquat beurteilen zu können und um beobachten zu können, ob eine begleitende Tachykardie oder Tachypnoe im fieberfreien Zustand weniger oder im besten Fall gar nicht mehr vorhanden ist.

In den letzten Monaten ist es mir wieder deutlich vermehrt aufgefallen, dass wir viele Dienste haben, in denen die Eltern nur wegen des Fiebers zu uns auf den pädiatrischen Notfall kommen und sie sehr besorgt deswegen sind und eine grosse Unwissenheit zum Thema Fieber herrscht.

Ich habe mich deshalb oft gefragt, wie ich in dem stressigen Pflegealltag auf dem Kindernotfall, den Eltern trotzdem eine adäquate und kompetente Aufklärung zum Thema Fieber geben kann.

Mein Ziel mit dieser Diplomarbeit ist es, für mich Strategien und Hilfsmittel zu finden und auch einen Leitfaden bzw. ein Elternmerkblatt zu erstellen, um Eltern den Umgang mit Fieber vertrauter zu machen.

1.2 Fragestellung

- Welche pathophysiologischen Prozesse geschehen im menschlichen Organismus bei Fieber?
- Wie kann ich als Expertin Notfallpflege auf der pädiatrischen Notfallstation am Kantonsspital Winterthur Eltern im Umgang mit Fieber fachlich kompetent beraten?

1.3 Abgrenzung

Im Rahmen meiner Diplomarbeit werde ich mich von folgenden Themen/Sachverhalten abgrenzen:

- Ich werde nicht detailliert auf die Komplikationen des Fiebers eingehen, sondern diese nur nennen und allenfalls, für die Bearbeitung der Diplomarbeit relevante Aspekte genauer erläutern.
- Ich werde nicht auf die Altersgruppen im Kindes- und Schulkind (4 bis 12 Jahre) Alter oder auf Jugendliche (13 bis 18 Jahre) eingehen.
- Ich werde nicht auf die Wirkung einzelner Antipyretika eingehen, sondern allgemein die Wirkung von Antipyretika im menschlichen Organismus erläutern.
- Ich werde nicht auf Fremdsprachlichkeit oder transkulturelle Pflege eingehen, welche die Kommunikation erschweren könnten.
- Ich werde nicht auf Ungewissheit oder Sorge eingehen.
- Ich werde nicht detailliert auf den Fieberkrampf eingehen.
- Ich werde nicht auf die Hyper- oder Hypothermie eingehen.
- Ich werde nicht auf Fiebertypen eingehen.

2 Hauptteil

2.1 Fieber

Fieber ist keine Krankheit. Es ist ein Symptom, das sehr häufig im Kleinkindes- und Kindesalter auftritt. Hierbei handelt es sich um eine im Hypothalamus hervorgerufene Sollwerterhöhung der Körperkerntemperatur auf ≥ 38.5 °C.

Ein physiologischer Anstieg der Körpertemperatur durch körperliche Aktivität des Kindes, eine proteinreiche Ernährung oder auch durch Progesteron bedingt sollte von Fieber unterschieden werden. Die Hyperthermie, d.h. peripherer Überhitzung, welche auftritt, ohne den zentralen Sollwert zu ändern, muss ebenfalls vom Fieber differenziert betrachtet werden. (Papan, Stojanov, 2014, S.3)

2.1.1 Thermoregulation des menschlichen Organismus

«Die Thermoregulation erfolgt in einem Regelkreis mit negativer Rückkopplung.» (Persson, 2019, S. 542)

Die Körperkerntemperatur, d.h. in Kopf und Rumpf, ist in der Regel konstant bei ca. 37°C. In der sogenannten Schale variiert die Temperatur zwischen 27 °C und 36 °C. (Persson, 2019, S. 535)

Im menschlichen Körper sind an vielen Stellen die thermosensorischen Strukturen zu finden. Hände und Füße weisen nur wenig Wärme- und Kältesensoren auf, wohingegen auf der Brust und im Gesicht eine Vielzahl an sogenannter Thermosensoren vorhanden sind. Das Zentrum der inneren Thermosensoren ist im Hypothalamus und im Rückenmark. Untergruppen von Neuronen des vorderen Hypothalamus reagieren auf lokale Temperaturänderungen und lösen bei einer Erwärmung der wärmeempfindlichen Neuronen gewisse Kühlungsmechanismen aus wie z.B. eine Erhöhung der Atemfrequenz. Bei einer sinkenden Körpertemperatur werden kälteempfindliche Neuronen aktiviert und lösen Reaktionen wie Kältezittern aus, um die Erwärmung des Körpers zu gewährleisten. (Persson, 2019, S.540)

Im Hypothalamus erfolgt die Umsetzung der Temperatursignale in sogenannte Steuersignale. Die Neuronen im Hypothalamus sprechen auf die Änderungen der Temperatur an den obengenannten Sensoren an und passen die Körperkerntemperatur durch entsprechende Mechanismen an. (Persson, 2019, S. 541, 542)

2.1.1.1 Wärmebildung und Wärmeabgabe

Der menschliche Organismus hat verschiedene Prozesse entwickelt, um Wärme zu bilden oder diese abzugeben.

Wärmebildung in Ruhe

Nährstoffe werden beim Menschen in Ruhe zu energieärmeren Stoffen abgebaut. Hierbei geht ein grosser Teil als Abwärme verloren. Der Mensch nutzt zusätzlich eine sogenannte Verhaltensthermoregulation. Das heisst so viel wie, wird er beispielsweise Kälte ausgesetzt, sucht er von allein eine wärmere Umgebung auf oder nutzt Kleidung, um sich zu erwärmen.

Ein unwillkürlicher Prozess der Thermoregulation ist das Zittern. Der Muskeltonus nimmt bei einer abnehmenden Umgebungstemperatur zu und geht in eine rhythmische Kontraktion der Muskulatur über, dem sogenannten Kältezittern. Dies hat jedoch nur einen geringen Nutzen im Vergleich zu Tieren beispielsweise, denn mit steigender Intensität des Kältezitterns geht Wärme verloren, da die Blutzufuhr zur Körperoberfläche steigt. (Persson, 2019, S. 542, 543)

Wärmeabgabe über Konvektion und Konduktion

Die gebildete Wärme muss vom Organismus an die Umgebung abgegeben und in Körper verteilt werden.

Konduktion bedeutet, dass über eine Materie die Wärme fortgeleitet wird. Aufgrund dessen lässt sich erklären, weshalb der Körper in kühlem Wasser schnell viel an Wärme verliert. Wasser ist um ein Vielfaches leitfähiger als beispielsweise Luft.

Konvektion bedeutet, dass durch das Fortwehen der vom Organismus gewärmten Luft durch den Wind. Somit wird der Körper gekühlt.

Die Konvektion kann durch Kleidung verringert werden. Durch die Kleidung bilden sich kleine isolierte Lufträume. In diesen findet keine Konvektion statt, womit Kleidung sowohl gegen Kälte aber auch gegen Hitze helfen kann, da die Wärme nur in diesen Lufträumen über Konduktion abgegeben werden kann. (Persson, 2019, S. 543)

Die Blutverteilung wird im menschlichen Organismus folgendermassen geregelt: Die Blutversorgung der Körperteile, welche den Umwelteinflüssen am meisten ausgesetzt sind, erfolgt im Gegenstromprinzip. Arteriell, warmes Blut gelangt, nachdem es am kalten und zurückströmenden venösen Blut vorbeigeflossen ist, die Extremitätenenden, die sogenannten Akren, des Organismus. Das bedeutet, dass Blut in der Peripherie kühler als im Körperkern, denn das venöse Blut, welches am arteriellen Blut zurück fliesst aus den Händen und Füßen, wird durch die Arterien gewärmt, um dann in den Körperkern zurückzufließen. (Persson, 2019, S. 543)

Wärmeabgabe durch Radiation und Evaporation

Mehr als die Hälfte der Wärmeabgabe erfolgt beim bekleideten Menschen durch Radiation. Das bedeutet, dass die Wärme mithilfe von Infrarotstrahlung an die Umgebung abgegeben wird.

Wird jedoch die Temperatur der Körperschale von der Aussentemperatur übertroffen, so erfolgt die Wärmeabgabe über Evaporation, d.h. über Verdunstung.

Schwitzen ist somit die effektivste Möglichkeit des Körpers Wärme abzugeben. Es ist möglich, die produzierte Ruhewärme eines ganzen Tages, mithilfe der Verdunstung von drei Litern Wasser über die Haut, abzugeben.

Schwitzen kann also einen grossen Salz- sowie Wasserverlust für den Organismus bedeuten. Wird dieser Verlust von Wasser nicht adäquat ersetzt, nimmt auch die Sekretion von Schweiß ab und es kann keine Wärme mehr über Evaporation abgegeben werden.

Zusätzlich werden etwa 20 Prozent der Wärme über sogenannte passive Evaporation abgegeben, denn ca. 500-800 ml Wasser diffundieren täglich unmerklich als Wasserdampf durch die Epidermis und werden über die Atemluft durch die Schleimhäute der Atemwege abgegeben. (Persson, 2019, S. 544)

2.1.1.2 Thermoregulation bei Neugeborenen und Säuglingen

Unmittelbar nach der Geburt sind alle autonomen thermoregulatorischen Mechanismen vorhanden, sie allerdings noch nicht effektiv genug. Durch zitter freie Thermogenese im braunen Fettgewebe, kann das Neugeborene Wärme bilden. Das braune Fettgewebe weist eine hohe Anzahl an Mitochondrien auf und ist multilokulär verteilt. Über β_3 -adrenerg Rezeptoren im Sympathikus, wird die Wärmebildung im braunen Fettgewebe gesteuert. Der Sympathikus steigert die Lipolyse und die Thermogeninsynthese wird induziert. In der inneren Mitochondrienmembran sorgen entkoppelnde Proteine in dem braunen Fettgewebe dafür, dass Protonengradienten, welche in der Atmungskette erzeugt wurden, nicht zur ATP-Bildung eingesetzt werden und die erworbene Energie als Wärme freigesetzt wird. Somit kann die Wärmebildung um ein Ein- bis Zwiefaches des Grundumsatzes gesteigert werden. Das beim Erwachsenen bekannte Kältezittern tritt bei Neugeborenen erst bei einer extremen Kältebelastung auf.

Das gut durchblutete braune Fettgewebe ist zwischen den Schulterblättern und in der Axilla zu finden. (Persson, 2019, S. 542, 543)

Das Verhältnis zwischen Körperoberfläche und Volumen ist bei Neugeborenen ungünstig verteilt. Die Körperschale ist schmal und es ist nur ein eher karg angelegtes subkutanes Fettgewebe angelegt.

Bereits ab einer Umgebungstemperatur von unter 40°C kühlen Frühgeborenen, welche vor der 28. Schwangerschaftswoche geboren wurden, ab, da sie aufgrund der physiologischen Begebenheiten thermisch eher schlecht isoliert sind. Das heisst, sie müssen zusätzlich Wärme von aussen, beispielsweise mithilfe eines Aufenthalts im Inkubator, zugeführt bekommen. (Persson, 2019, S.547)

2.1.2 Pathophysiologische Prozesse bei Fieber

Aufgrund von Entzündungsmediatoren sogenannte Pyrogene wird der innere Sollwert bei Fieber pathologisch verändert. (Persson, 2019, S. 548)

Pyrogene können bei infektiösen Entzündungen, bei Infektionen, aber auch bei immunologischen oder malignen Erkrankungen entstehen. Postoperativ, nach Trauma oder Nekrosen oder auch medikamentös bedingt, sowie bei Schädigungen des Gehirns kann Fieber entstehen. (Kullick, 2019, S.280)

Die Pyrogene regen die Makrophagen an, endogene Pyrogene wie beispielsweise Interleukine zu bilden. Aufgrund dieser Mediatoren wird die Bildung von Prostaglandin-E₂ (PGE₂) angeregt, welche Arachidonsäure aus den Phospholipiden an der Zellmembran freisetzen. Aus der Arachidonsäure bilden Zyklooxygenasen PGE₂, welches dann den Sollwert im Hypothalamus verstellt. (Persson, 2019, S. 549)

Dieser Prozess geschieht in drei Phasen:

Im Fieberanstieg wird mithilfe von Vasokonstriktion der Hautgefässe und zusätzlichem Kältezittern die Körpertemperatur erhöht. In dieser Phase treten folgende Begleitsymptome auf: Blässe, kühle Haut und der sog. Schüttelfrost, wobei es sich um besagtes Kältezittern handelt.

In der Fieberhöhe ist der Höhepunkt des Fiebers erreicht.

Im Fieberabfall setzt aufgrund der sehr guten Hautdurchblutung das Schwitzen ein, wodurch der Organismus die Temperatur wieder senkt. (Persson, 2019, S. 548)

2.1.2.1 Symptome bei Fieber

Die Symptome bei Fieber sind abhängig von der Fieberphase, in der sich der Patient befindet, von der Dynamik und der Dauer des Fiebers.

Subjektive Symptome können ein allgemeines Krankheitsgefühl sein, mit Glieder- und Kopfschmerzen sowie Reizempfindlichkeit und wechselndes Wärme- und Kälteempfinden. Es kann zu Appetitlosigkeit, Durst und bei Säuglingen auch zu Trinkverminderung kommen.

Zu den objektiven Symptomen zählen Tachykardie, Tachypnoe, Kältezittern bzw. Schüttelfrost und eine blasse, kühle Haut. (Kullick, 2019, S.281)

2.1.2.2 Fieber bei Neugeborenen

Fieber wird beim Neugeborenen und Säugling im Alter unter drei Monaten ab einer Körpertemperatur von über 38.0 °C definiert.

Im Neugeborenen- und Säuglingsalter kann Fieber eine potenziell lebensgefährliche, aber auch eine harmlose Episode bedeuten.

Aufgrund unvollständig ausgereifter Abwehrprozesse ist es schwierig für den Organismus des Säuglings, einen Infekt physiologisch einzugrenzen. (Nadal, Berner, 2019, S.930)

8-12 % der Fälle machen schwere bakterielle Infektionen für Fieber ohne klare Ursache bei Säuglingen aus (Nadal et al., 2019, S.933)

Da die Gefahr einer unkontrolliert raschen invasiven Ausbreitung von bakteriellen Infektionen herrscht, darf sich nicht allein auf klinische Zeichen verlassen werden, um eine oftmals harmlos von einer lebensgefährlichen Episode zu unterscheiden. Aufgrund des für den Säugling potenziell tödlichen Ausgang ist eine Therapie mit Breitbandantibiotika indiziert. Diese kann oftmals nach dem fehlenden Nachweis von Bakterien nach 48h beendet werden oder muss ggf. bei einem Nachweis von bakteriellen Erregern angepasst werden. (Nadal et al., 2019, S.939)

2.1.3 Ursachen für Fieber

Häufig ist Fieber das Leitsymptom für eine virale oder bakterielle Infektion. Es kann eine Vielzahl verschiedenster Ursachen haben.

Sistiert das Fieber innerhalb weniger Tage bis Wochen, handelt es sich oftmals um einen simplen viralen Infekt. Autoimmunologische, autoinflammatorische sowie metabolische Erkrankungen können sich ebenfalls durch Fieber manifestieren.

Ferner kann Fieber das einleitende Symptom einer onkologischen Grunderkrankung sein. (Paplan et al., 2014, S.5)

Mögliche Ursachen für akutes oder chronisches Fieber sind:

Virusinfektionen durch beispielsweise EBV, Influenza oder Hepatitis und noch viele mehr. Bakterielle Erreger sind zum einen Streptokokken, Staphylokokken, Pneumokokken, Borrelien, etc.

Fieber kann aber auch entstehen durch Pilze, Intoxikationen, Immundefekte und andere Erkrankung wie beispielsweise Purpura Schoenlein-Henoch, das Kawasaki-Syndrom, akutes rheumatisches Fieber und viele mehr. (Papan et al., 2014, S.5)

2.1.4 Fiebermessung

Gemessen werden kann die Körpertemperatur auf verschiedene Arten, hierbei gibt es aber deutliche Unterschiede in der Genauigkeit der Messmethoden und die verschiedenen Werte weichen oft deutlich voneinander ab.

Sublingual- und Rektaltemperatur

Bei einheitlicher Messtiefe ist die rektal gemessene Temperatur am nächsten an der eigentlichen Körperkerntemperatur.

sublingual gemessen liegt die Körpertemperatur etwa 0,2-0,5°C unter der rektal gemessenen. Dies wird durch die Atemluft oder auch durch Nahrungsaufnahmen beeinflusst. (Persson, 2019, S.540)

Axillartemperatur

Ist die Umgebung ausreichend warm, kann die axillar gemessene Temperatur einen guten Ausgangswert für die Kerntemperatur sein. Es kann allerdings bis zu 30 Minuten dauern, bis der Wert aussagekräftig ist, da aufgrund einer Vasokonstriktion während des Fieberanstiegs die Körperschale ausgekühlt wurde. (Persson, 2019, S.540)

Aurikuläre Temperatur

Eine der angenehmsten Messmethoden für den Patienten, ist die Messung im Ohr. Hierbei wird über Infrarotsensoren die Körpertemperatur am Trommelfell gemessen. Dabei ist zu beachten, dass es bereits zu Messfehlern kommen kann, wenn der Infrarotsensor schräggehalten wird beim Messen oder auch dann, wenn der Patient beispielsweise längere Zeit auf dem Ohr gelegen hat, in dem die Temperatur gemessen wird. Es kann bei dieser Messmethode zu Abweichungen von 0.8 °C kommen. (Seiler, Geiser, Berger, 2019)

2.1.5 Fiebersenkung

Bei der Fiebersenkung gilt in erster Linie, auch Kleinkinder mit Fieber, wenn sie wach und orientiert sind, können für sich mit beurteilen, was ihnen guttut. Dies sollte man in der Behandlung auf jeden Fall berücksichtigen.

2.1.5.1 Medikamentöse Massnahmen zur Fiebersenkung

Für die medikamentöse Fiebersenkung kommen Antipyretika zum Einsatz. Die fiebersenkende Eigenschaft ist bei verschiedenen Analgetika eine erwünschte Nebenwirkung. Durch die Antipyretika soll die Hemmung der Prostaglandin-Synthese im Hypothalamus erfolgen. (PharmaWiki, 2021)

Bei Kindern wird auf Medikamente wie Paracetamol oder Ibuprofen zurückgegriffen, wobei Säuglinge unter drei Monaten auf Ibuprofen verzichtet werden sollte.

Auch Medikamente wie Azetylsalizylsäure (ASS) sind für Kinder kontraindiziert, da sie schwere Nebenwirkungen wie das Reye-Syndrom inklusive eines Leberzerfalls, Hirnödeme und die Einschränkung der Thrombozytenfunktion mit sich führen können. (Kullick, 2019, S.286)

Fiebersenkende Medikamente sind jedoch auch die Medikamente, welche die Grunderkrankung bzw. die Ursache des Fiebers bekämpfen, wie unter anderem Antibiotika.

2.1.5.2 Physikalische/nichtmedikamentöse Massnahmen zur Fiebersenkung

Studien haben gezeigt, dass die Wertigkeit von physikalischen Massnahmen bei der Behandlung von Fieber eher als gering einzustufen ist, da sie einen geringen Nutzen gezeigt haben. Jedoch kann zusätzlich zur medikamentösen Therapie eine schnellere Senkung erzielt werden.

Zu solchen physikalischen Massnahmen zählen unter anderem Flüssigkeitszufuhr, durch Entfernen von Bekleidung erlangte Reduktion der Wärmeretention und die Verbesserung der Konvektion und Konduktion, mithilfe von feuchten Umschlägen (sog. Wadenwickel). (Zepp, 2020, S.1528)

Grundlage aller physikalisch Massnahmen ist die Senkung durch Konvektion und Evaporation. (Zepp, 2020, S.1529)

2.1.5.3 Pflegemassnahmen bei Fieber

Im Fieberanstieg leiden die Kinder oft unter Schüttelfrost. In dieser Phase ist darauf zu achten, dass man das Kind gut zudeckt oder warm anzieht, um somit den Organismus zu unterstützen und das Wohlbefinden für das Kind und dessen Eltern zu steigern.

Bei anhaltendem Fieber ist auf eine hinreichende Flüssigkeitszufuhr zu achten. Auf der Notfallstation sollte ebenfalls eine regelmässige Temperatur sowie Kreislaufüberwachung stattfinden, um Therapieerfolge feststellen zu können. In dieser Phase können auch Wadenwickel o.ä. angewendet werden.

Sinkt das Fieber, wird das Kind anfangen zu schwitzen. Das bedeutet, dass nun keine Wärme mehr von aussen zugeführt wird und warme Kleidung oder Decken entfernt werden. Im Verlauf muss nasse Kleidung entfernt werden. Auch hier ist auf eine adäquate Flüssigkeitszufuhr zu achten. (Döbele, Becker, 2016, S.118)

Fiebernde Kinder müssen zusätzlich auf gezielte Symptome wie beispielsweise Durchfall, Exanthem, Vigilanzminderung, Berührungsempfindlichkeit, Meningismus, gewölbte oder eingefallene Fontanellen beobachtet werden. (Kullick, 2019, S.281)

2.1.6 Red Flags bei Fieber

Auch wenn Fieber in der Regel keine Gefahr für ein Kind darstellt, gibt es trotzdem wichtige Symptome, bei denen umgehend ein Arztbesuch indiziert ist. Das Kinderspital Zürich hat auf ihrem Merkblatt für Eltern folgende wichtige Anzeichen zusammengefasst:

Säuglinge, welche unter drei Monaten alt sind und eine Körpertemperatur von über 38.0°C aufweisen, sollten schnellstmöglich klinisch beurteilt werden.

Klagen Kinder mit Fieber über Kopf- und Nackenschmerzen oder haben eine Nackensteifigkeit, also sogenannte Meningismuszeichen, und sind lichtscheu, sollte ebenfalls zeitnahe der Kinder- und Jugendarzt aufgesucht werden.

Bei Symptomen wie unaufhörlichem Erbrechen, Verweigerung von Flüssigkeitsaufnahme, Dyspnoe, Apathie und Lethargie, Exantheme oder Petechien, sowie bei Auftreten eines Fieberkrampfes, ist es wichtig einen Arzt zu konsultieren.

Auch wenn sich der Allgemeinzustand des Kindes trotz einer regelmässigen Gabe von Antipyretika wie Paracetamol alle sechs Stunden nicht verbessert oder das Fieber trotz Medikation länger als zwei Tage anhält, ist es zu empfehlen einen Pädiater aufzusuchen. (Universitäts-Kinderspital Zürich, o.D.)

2.2 Patienten- und Familienedukation

In der Praxis wird bereit auf Anleitung geachtet, jedoch geschieht dies eher nebenbei oder zufällig aus einer bestimmten Situation heraus. Das bewusste Anwenden des Prozesses von Zielsetzung und einem systematischen Vorgehen mit einer Einschätzung und anschließender Reflexion und Evaluation sind oft jedoch nicht vorzufinden. Unter Patienten- und Familienedukation werden international verschiedene Begriffe wie anleiten, informieren, schulen und beraten verstanden. Edukation bedeutet bilden, wobei nicht das Erziehen der Patienten und Angehörigen gemeint ist. Die Familienedukation schliesst vor allem bei Kindern deren Eltern und allenfalls auch Geschwister oder andere nahestehende Personen mit ein. (Kullick, 2019, S.194, 195)

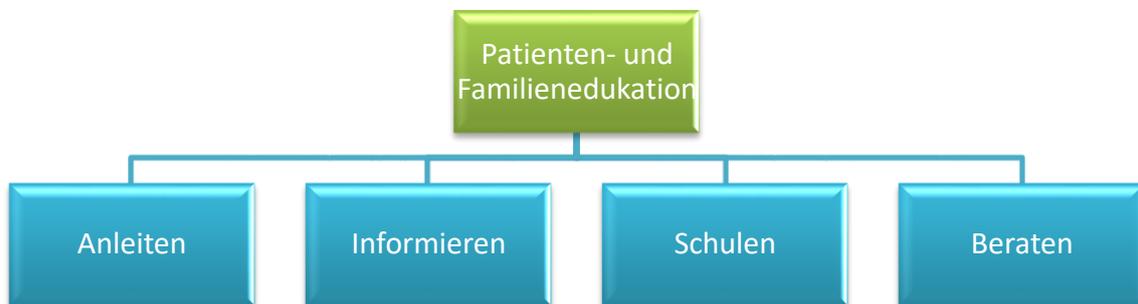


Abbildung 1: Patienten- und Familienedukation

2.2.1 Information

«Information ist die gezielte Weitergabe von Fakten und Kenntnissen über einen bestimmten Sachverhalt.» (Kullick, 2019, S.196)

Eine Information kann mündlich oder schriftlich weitergegeben werden, wobei dies auch das zur Verfügung stellen von Informationsmaterialien in verschiedensten Sprachen, beispielsweise durch Broschüren oder digitale Medien, beinhaltet. (Kullick, 2019, S.196)

2.2.2 Anleitung

Synonyme für Anleitung sind Instruktion, Training oder Unterweisung. Es handelt sich hierbei um die Vermittlung praktischer Fertigkeiten und Handlungsabläufen, mit dem Ziel das Selbstpflegedefizit des Patienten auszugleichen. Auch hier werden bei Kindern vor allem die Eltern angeleitet, je nach kognitivem Stand des Kindes.

Es handelt sich bei einer Anleitung um einen schrittweise verlaufenden, geplanten, zielgerichteten Prozess. Nach einer Einschätzung des Lernbedarfs und gemeinsamer Zielsetzung, erfolgt die Durchführung einer Intervention als Demonstration und in einem nächsten Schritt führt der Anzuleitende unter Beobachtung diese erneut durch, bis er in der Lage ist diese selbstständig auszuführen. Ende des Prozesses besteht aus einer Evaluation und Sicherung der Erkenntnisse in Reflexionsgesprächen. (Kullick, 2019, S.196)

2.2.3 Schulung

«Unter Schulung wird ein zielgerichtetes, geplantes und strukturiertes Vorgehen zur Vermittlung von Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten verstanden. Die Ergebnissicherung ist ein wesentlicher Aspekt.» (Kullick, 2019, S.196)

2.2.3.1 Mikroschulung

Mikroschulungen sind kurze Lerneinheiten, um Wissen oder Fähigkeiten und Fertigkeiten zu vermitteln. Hierbei wird sich auf eine bis zwei Personen konzentriert und die Länge der Schulung sollte 15 bis 30 Minute nicht überschreiten. Diese Mikroschulungen eignet sich für eine Vielzahl an Pflegeinterventionen oder anderer Themen und kann in allen Settings durchgeführt werden.

Der Ablauf einer solchen Schulung sollte wie folgt aussehen:

Es wird das Vorwissen und die Haltung des Patienten gegenüber dem zu Erlernenden ermittelt. Anschliessend werden gemeinsame Richtziele und Feinziele für die Mikroschulung festgelegt. Es wird Wissen ergänzt, Anschauungsmaterial vorgestellt und erklärt und es erfolgt ggf. eine Demonstration der Intervention. Im nächsten Schritt werden Übungen zusammen mit dem Patienten oder dessen Angehörigen durchgeführt und Fragen beantwortet. Abschliessend wird Informationsmaterial ausgehändigt und es findet eine Überprüfung der Lernziele zur Ergebnissicherung statt. Es wird ein gegenseitiges Feedback vom Patienten und der schulenden Person ausgesprochen und alles anschliessend dokumentiert. Dies sorgt für eine Qualitätssicherung, dient als Leistungsnachweis und gewährleistet die Transparenz gegenüber allen Beteiligten. (Abt-Zegelin, 2006, S.62, 63)

2.2.4 Beratung

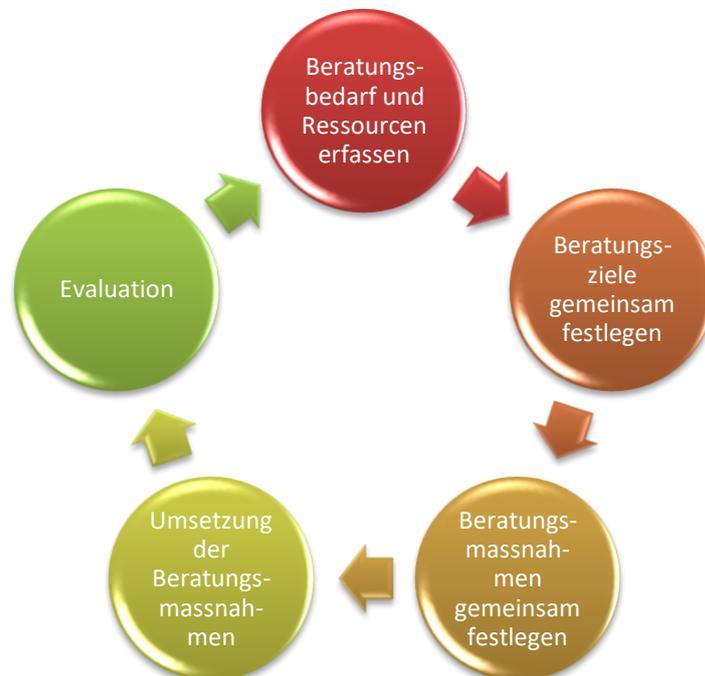


Abbildung 2: Beratungsprozess

Beratungsbedarf und Ressourcen erfassen

Hierbei wird die Ermittlung der Problemstellung verstanden, aus der ein Beratungsbedarf abgeleitet werden kann. Dieser Bedarf kann vonseiten der Patienten aber auch seitens der

Angehörigen geäußert oder durch die Pflegefachperson erkannt werden. (Kullick, 2019, S.199,200)

Beratungsziele gemeinsam festlegen

Das Beratungsziel ist eine wichtige Voraussetzung für die Motivation des Patienten und dessen Angehörigen und wird in einem Dialog vereinbart und festgehalten. (Kullick, 2019, S.200)

Beratungsmassnahmen gemeinsam festlegen

In diesem Schritt werden gemeinsam mögliche realistische Lösungsvarianten entwickelt und anschliessend ein Beratungsplan erstellt. Es werden von der beratenden Person gemeinsam mit dem Ratsuchenden Unterstützungsmassnahmen ausgewählt, welche dabei helfen, die zuvor erfassten Beratungsziele zu erreichen.

Als ein guter Leitfaden für die Planung der Beratung können die 6 W-Fragen «Was?», «Wann?», «Wo?», «Wer?» und «Wie?» dienen. (Kullick, 2019, S.201)

Umsetzung der Beratungsmassnahmen

Es folgt eine schrittweise Umsetzung der im Beratungsplan festgelegten Massnahmen. Die Beratung kann auch die Bereitstellung von Informationen oder die Durchführungen von Anleitungen umfassen. Wichtige Faktoren sind hierbei der Beratungsort, die Beratungsdauer, das geplante methodische Vorgehen und die an der Beratung beteiligten Personen. Die Massnahmen sollen vom Patienten aufbauend selbstständig durchgeführt werden, wobei die beratende Pflegefachperson ihn durch Rückmeldungen, Ermutigungen und aktive gezielte Unterstützung, zur Seite steht. (Kullick, 2019, S.201)

Evaluation

In erster Linie handelt es sich hierbei um die Erfolgskontrolle des Beratungsplans im Hinblick auf die Erreichung der gemeinsam erfassten Beratungsziele. Andererseits wird in diesem Schritt jedoch auch von der beratenden Pflegefachperson ihre Unterstützung und Begleitung im Problemlösungsprozess evaluiert. Es wird nach kleineren Lerneinheiten und am Ende des Prozesses evaluiert. Für die Evaluation können verschiedene Methoden genutzt werden: die Eigen- und Fremdbeurteilung, das Erkennen einer Verhaltensänderung, das Nachfragen, Gespräche, etc. (Kullick, 2019, S.201)

Ziele einer Beratung sind die Beteiligung des Patienten und dessen Angehörigen am Gesundheitsprozess, die Unterstützung zur Bewältigung und Akzeptanz der ganzheitlichen Auswirkungen von Gesundheitsproblemen, Behinderungen oder belastenden Lebenssituationen. Eine Beratung soll die Betroffenen befähigen selbstständige Lösungsansätze zu finden und Entscheidungen zu treffen im Zusammenhang mit der Gesundheit (Kullick, 2019, S.197)

2.2.4.1 Der pädagogisch günstige Moment

Der Patient ist in einem pädagogisch günstigen Moment motiviert und auch bereit für eine Beratung, denn dann ist das Lernen und Beraten am effektivsten.

Um als Pflegefachperson einen solchen Moment zu erfassen, ist es notwendig, dass sie dem Patienten und dessen Angehörigen mit offenen Augen begegnet, da diese pädagogisch günstigen Momente oft verdeckt auftreten.

Oftmals werden Fragen gestaltet oder Andeutungen gemacht und aus einer solchen Situation heraus dann eher ungeplante Beratungen erteilt. Diese sind dann jedoch genauso effektiv, da der Patient oder die Angehörigen zu diesem Zeitpunkt hoch motiviert sind etwas Neues zu erlernen. (Kullick, 2019, S.199)

2.2.4.2 Beratungshindernisse

Es kann von beiden Seiten Hindernisse für eine adäquate Beratung geben, d.h. vonseiten der Pflegefachperson, aber auch seitens des Patienten oder dessen Angehörigen. Diese Hindernisse haben störende Einflüsse auf den Beratungsprozess und können sich auf dessen Erfolg negativ auswirken.

Hindernisse bei Patienten oder Angehörigen können Gefühle wie Angst oder Sorge sein. Aber auch Müdigkeit, Erschöpfung oder gar Depressionen, sowie Schmerzen, Motivationsschwierigkeiten oder fehlende Unterstützung aus dem Umfeld können hinderlich sein. Sprachliche Barrieren, die Beeinträchtigung in der Wahrnehmungs-, Seh- und Hörfähigkeit, kognitive Begrenzungen oder körperliche Einschränkungen sind ebenfalls mögliche Ursachen für eine unmögliche Beratung. Zuletzt könne auch Vorbehalte gegenüber der beratenden Person oder schlechte Erfahrungen durch frühere Beratungen einen negativen Einfluss haben.

Bei Pflegefachpersonen können folgende Hindernisse auftreten:

Es wird der falsche und ungünstige Zeitpunkt für eine Beratung gewählt oder es wird seitens der Pflegefachperson nicht ausreichend auf Einflussfaktoren geachtet wie beispielsweise die Erwartungen und Bedürfnisse des Patienten. Es kann sein, dass die Beratung nicht individuell auf den Patienten und dessen Angehörige angepasst wird, d.h. es wird nicht alters- und adressatengerecht kommuniziert, es wurden keine gemeinsamen Ziele festgelegt oder die Umgebung, in der die Beratung stattfindet, ist nicht lernfördernd. Unverständliche Beratungsinhalte, durch beispielsweise eine zu häufige Verwendung von Fachsprache, eine Überfrachtung mit Informationen oder überflüssige Wiederholungen von Beratungsinhalten durch verschiedenes Personal, aufgrund einer zu ungenauen Absprache im inter- und intraprofessionellen Team, können ein Hindernis darstellen. Zuletzt ist auch der Zeitfaktor ein grosser Einflussfaktor, welcher eine Beratung negativ beeinflussen kann. Zu wenig Zeit für eine Beratung, aber auch eine zu lang gestaltete Beratungsdauer können Beratungshindernisse darstellen. (Kullick, 2019, S.197,198)

2.2.5 Der Pflegeprozess in der Notfallpflege

Der Pflegeprozess beschreibt einen Vorgang auf der Notfallstation von Eintritt bis Austritt der Patienten und dessen Angehörigen, indem die Pflege individuell geplant, angepasst und regelmässig evaluiert wird.

In der Vorlesung zum Thema Pflegeprozess in der Notfallpflege wurde durch P. Emmerich eine Darstellung des Prozesses genauer erläutert. Dieser Prozess ist der nursing assessment process von K. Curtis (2009), welcher folgendermassen dargestellt wird:

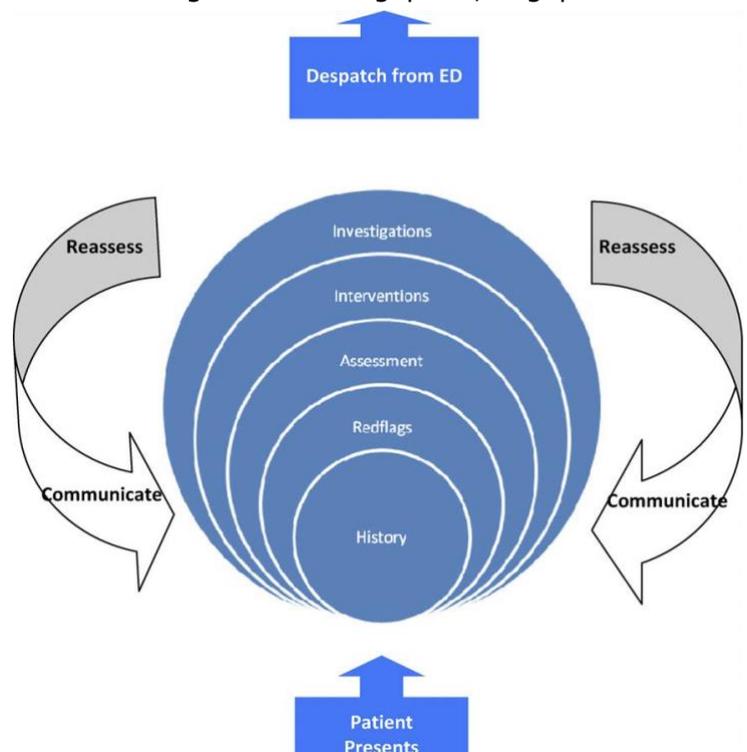


Abbildung 3: nursing assessment process

Das aufgezeigte Modell zeigt den Pflegeprozess von Eintritt des Patienten, bis hin zu dessen Austritt und zeigt verschiedene Schritte, welche dazwischen vonstattengehen.

Die History besagt den Eintrittsgrund und die Vorgeschichte des Patienten und ist die Grundlage für die Erkennung der Bedürfnisse des Patienten.

Die Erhebung der Red Flags dient zur Beurteilung des Schweregrads bzw. der möglichen Bedrohung für den Patienten. Diese Red Flags sind oft auch schon in der History bekannt geworden. Die History und die Red Flags sind ausschlaggebend für den Triageentscheid. Beim Assessment werden mithilfe von klinischen Untersuchungen, Labor- und anderen diagnostischen Daten, Parameter erhoben, aber auch die sozialen und umgebungsgeschichtlich relevanten Daten werden erfasst.

Der nächste Schritt «Interventionen» ist interaktiv und nicht linear, d.h., dass pflegerische Massnahmen jederzeit geändert werden können, aber auch, dass sie in jedem anderen Schritt des Pflegeprozesses auftreten und umgesetzt werden können.

Bei den Investigations handelt es sich um weitere Diagnostikverfahren, welche eine längere Zeit in Anspruch nehmen, die in die Wege geleitet werden. Hier kann es sich beispielsweise um ein das Aufbieten des Sozialdienstes oder Hormonabklärungen oder Ähnliches handeln. (Emmerich, 2020, S.7-13)

Ein Reassessment kann am Ende des Prozesses, aber auch mittendrin erfolgen, wenn Einzelheiten noch nicht erfasst werden konnten.

In jedem einzelnen Schritt sollte mit dem Patienten adressatengerecht kommuniziert werden und auf dessen Bedürfnisse und Fragen eingegangen werden.

3 Konsequenzen für die Praxis

3.1 Beantwortung der Fragestellungen

3.1.1 Pathophysiologische Prozesse bei Fieber

Die Erarbeitung des Fachwissens in meiner Diplomarbeit erfolgte in Form der Literatuarbeit.

«Welche pathophysiologischen Prozesse geschehen im menschlichen Organismus bei Fieber?»

Wie Persson 2019 in der Literatur beschreibt, wird aufgrund von Pyrogenen der Sollwert im Hypothalamus verändert. Diese regen Makrophagen an, um endogene Interleukine zu bilden, woraufhin die Bildung von PGE₂ angeregt wird, welches dann an der Zellmembran Arachidonsäure freisetzt. Aus dieser Arachidonsäure werden durch Zyklooxygenasen das PEG₂ gebildet, welches für die schlussendliche Sollwertverstellung im Hypothalamus verantwortlich ist. Dies ist ein zweiphasiger Prozess unterteilt in den Fieberanstieg und Fieberabfall, wobei sich im Fieberanstieg mithilfe von Vasokonstriktion der Hautgefässe und zusätzlichem Kältezittern, die Körpertemperatur erhöht. Im Fieberabfall schwitzt der Körper aufgrund der Vasodilatation und einer somit guten Hautdurchblutung und der Organismus senkt seine Temperatur mithilfe von Evaporation (S.548, 549)

3.1.2 Patienten- und Familienedukation im Praxisalltag

«Wie kann ich als Expertin Notfallpflege auf der pädiatrischen Notfallstation am Kantonsspital Winterthur Eltern im Umgang mit Fieber fachlich kompetent beraten?»

Es ist täglich bei uns im Praxisalltag zu spüren, dass Fieber bei vielen Eltern grosse Ängste und Sorgen auslösen. Dass Fieber in den meisten Fällen nicht gefährlich ist und dem Körper Unterstützung bietet, wissen die meisten nicht.

Nach der Bearbeitung der Themen für diese Diplomarbeit ist mir bewusst geworden, dass Kullick (2019) in der Literatur recht hat, dass in der Pflegepraxis das Anleiten zwar durchgeführt wird, dies jedoch zufällig und nebenbei geschieht. (S.194)

Wir nehmen uns zwar in gewisser Hinsicht bewusst die Zeit für eine kurze Instruktion, wie in etwa für die Inhalation mit Salbutamol oder auch für die Nasenspülung bei Säuglingen und Kleinkindern oder Ähnliches, aber für Beratungen geschieht dies eher nebenbei und ungefragt. Ich unterhalte mich oft mit Eltern und gebe ihnen Informationen über Fieber ab, jedoch erkundige ich mich vorher nicht ausführlich über deren Vorwissen und Ressourcen, oder bespreche mit ihnen gemeinsame Ziele. Auch weiss ich im Nachhinein nicht wirklich, was alles bei den Eltern an Informationen ankommt oder ob sie diese Beratung überhaupt erhalten möchten und bereit sind die Informationen aufzunehmen. Die meisten Eltern sind jedoch nach einem Gespräch sehr dankbar und sagen mir, dass sie vieles davon nicht wussten.

Trotzdem ist es genau an dieser Stelle wichtig, dass diese Beratung auch im Praxisalltag bewusst und geplant geschieht, da somit meiner Meinung nach viele Sorgen, Ängste und Fragen seitens der Eltern geklärt werden können und sie nicht bei jedem erneuten Infekt oder Auftreten von Fieber auf der Notfallstation eintreten.

Eine Beratung zum Thema Fieber könnte sich fließend in den Alltag bzw. in den Pflegeprozess einbringen lassen.

Bereits bei Eintritt der Eltern mit ihren Kindern beginnt der erste Schritt des Pflegeprozesses, die Erfassung der History. Schon hier lässt sich von der Pflegefachperson (PP), welche das Kind erst beurteilt, erfragen, was den Eltern Sorgen bereitet und es lässt sich bereits hier erkennen, ob sie Vorwissen zum Thema Fieber mitbringen. Somit lässt sich schon hier erstmals der Beratungsbedarf feststellen.

Nachdem das Kind eingeschätzt wurde, die Red Flags bestimmt wurden und der Triageentscheid erfasst wurde, geht die nächste Pflegefachperson zu dem Kind und dessen Eltern in die Koje und führt die Zweittrriage durch, d.h. sie führt das Primary Survey durch und beurteilt das Kind nach ABCDE. Im Secondary Survey erfasst die PP dann weitere Informationen, was im Pflegeprozess dem Assessment ähnelt. Hier lässt sich dann genau erfragen, was die Angehörigen des Kindes oder des Säuglings an Vorwissen und Ressourcen zum Thema Fieber mitbringen und man kann gemeinsam festlegen, wie genau ihr Beratungsbedarf aussieht. Hatte ihr Kind schon einmal Fieber, wenn ja, was haben sie dort getan, um es ggf. zu senken und das Wohlbefinden des Kindes zu fördern? Falls das Kind oder der Säugling zum ersten Mal Fieber hat, lässt sich hier erfragen, ob die Eltern wissen was Fieber ist und was sie zu Hause machen können, wenn ihr Kind febril ist. Welche Haltung haben sie beispielsweise gegenüber Antipyretika und was kennen sie noch an fiebersenkenden Massnahmen?

Im Schritt Assessment lassen sich meiner Meinung nach auch schon die von Kullick (2019) in der Literatur beschriebenen Beratungsziele gemeinsam mit den Eltern besprechen. Was erwarten sie von mir als Expertin Notfallpflege an Informationen und was benötigen sie, um ihr Kind zu Hause versorgen zu können, wenn es ein nächstes Mal Fieber hat?

Während ich dann in den Schritt der Interventionen übergehe, schaue ich zuerst, dass das Kind oder der Säugling überwacht ist und dass ich ihm ggf. adäquate Antipyretika in einer angemessenen Dosierung verabreicht habe, damit diese bereits wirken können und ich gemeinsam mit den Eltern den nächsten Schritt der Beratung beginnen kann.

In der Literatur beschreibt Kullick (2019) die 6 W-Fragen als einen guten Leitfaden, um gemeinsam mit den Eltern die Beratungsmassnahmen festzulegen. (S.201)

Der nächste beschriebene Schritt im Beratungsprozess ist die Umsetzung der Beratungsmassnahmen. Kullick (2019) beschreibt hier die Bereitstellung von Informationen. (S.201) Dies ist in diesem Beispiel meiner Meinung nach die geeignete Variante, um den Eltern das Wissen über das Thema Fieber zu vermitteln. Bevor begonnen wird, wird erst einmal die Dauer der Beratung festgelegt. Die Umsetzung der Beratungsmassnahmen sollte interaktiv verlaufen, d.h. aus Fragen seitens der Eltern und Antworten und Informationen meinerseits bestehen. Es werden dann die wichtigsten Informationen an die Eltern abgegeben. Dazu gehört meiner Meinung nach die Definition

von Fieber, Ursachen für Fieber, Begleitsymptome, welche beim febrilen Kind oder Säugling auftreten können, die angemessene Fiebersenkung und wann diese notwendig sein kann, die adäquate Dosierung von Antipyretika und zuletzt sollten die Red Flags benannt werden, wann es auf jeden Fall notwendig ist einen Arzt aufzusuchen.

Im letzten Schritt der Evaluation befinden wir uns im Pflegeprozess immer noch im Bereich der Intervention, da hier das ganze Beratungsgespräch stattfindet. Ich ermittle die Erreichung der Beratungsziele in diesem Fall, wie Kullick (2019) in der Literatur beschreibt (S.201), durch Nachfragen bei den Eltern, ob sie alle von mir genannten Informationen verstanden haben und lasse die wichtigsten nochmals von ihnen wiederholen, um sicherzustellen, dass sie alle Informationen richtig erfasst haben.

Zuletzt dokumentiere ich den Verlauf des Gespräches mit den wichtigsten Aspekten in der Verlaufskurve des Kindes, um alle inter- und intraprofessionelle Fachpersonen, welche an der Behandlung des Kindes beteiligt sind zu involvieren und um die Transparenz zu gewährleisten.

3.2 Mein persönliches Fazit

Wichtig ist, dass wir die Sorgen und Ängste der Eltern wahrnehmen und ernst nehmen. Wenn wir uns in der Praxis mehr Zeit für eine Beratung nehmen, denke ich, dass man vielen Eltern den Umgang mit Fieber näherbringen kann und sehr viel Ängste verringern kann. Ich kann mir sehr gut vorstellen, dass man den Eltern das Thema Fieber im Rahmen einer kurzen Beratung im schnelllebigen Notfallalltag erläutern kann. So gewinnen sie Sicherheit im Umgang mit Antipyretika und dessen angemessener Dosierung, aber auch in anderen physikalischen fiebersenkenden Massnahmen. Die Eltern lernen die wichtigsten Hinweise und Red Flags, wann sie auf jeden Fall einen Arzt aussuchen sollten und lernen somit wahrscheinlich auch ihr Kind besser einzuschätzen.

Ein Problem, was ich sehe ist, dass die Erst- und Zweittriage der Kinder und Säuglinge von unterschiedlichen Personen durchgeführt wird. Das bedeutet für die Eltern, dass mehrere Personen wiederholt wahrscheinlich die gleichen Fragen stellen und sie somit das Gefühl bekommen, dass wir nicht miteinander kommunizieren oder ihnen nicht aktiv zuhören. Dies kann bei den Eltern dazu führen, dass sie das Vertrauen in uns verlieren.

Es kann auch bedeuten, wenn ggf. bereits bei der Ersttriage begonnen wird der Beratungsbedarf zu erfragen, dass es zu einem Informationsverlust kommt, weil beispielsweise vergessen wird Informationen zu dokumentieren oder die PP, welche das Kind zweit beurteilt die Unterlagen noch gar nicht gelesen hat. Auch ist es möglich, dass von unterschiedlichen Pflegefachpersonen verschiedene Informationen abgegeben werden und diese sich in den Augen der Eltern nicht 1:1 decken, was wiederum auch zu Unsicherheiten und Unklarheiten führen kann.

Schwierig ist es, im Notfallkontext, den von Kullick (2019) pädagogisch richtigen Moment abzapfen, da so viele Einflussfaktoren in der Behandlung auf der Notfallstation mitwirken, welche die Beratung sowohl positiv, aber auch negativ beeinflussen können. In den meisten Fällen gelingt zwar ein schneller Beziehungsaufbau, jedoch sind die Sequenzen auf dem Notfall meiner Meinung nach oft zu kurz, bei niedrigen Triageeinstufungen, um in jeder Situation den pädagogisch richtigen Moment abzapfen, indem die Eltern am motiviertesten sind etwas über Fieber zu lernen. Im stationären Bereich stelle ich mir dies leichter vor, da die Patienten und deren Angehörigen von den Pflegefachpersonen über eine längere Zeit betreut werden und sie somit auch länger beobachten können und einfacher einschätzen können, wann der pädagogisch richtige Moment gekommen ist für eine Beratung.

Kullick (2019) beschreibt in ihrem Kapitel über Patienten- und Familienedukation eine Vielzahl der eben bereits genannten Beratungshindernisse. Ich sehe in diesem Kontext vor allem folgende potenzielle Hindernisse seitens der Patienten und Angehörigen: Gefühle wie Angst oder Sorge, die fehlende Unterstützung aus dem Umfeld, sprachliche Barrieren oder auch Vorbehalte gegenüber der beratenden PP und negative Erfahrungen mit

Beratungsgesprächen. Das schliesst natürlich nicht aus, dass alle anderen genannten Hindernisse nicht auch auftreten könne bei einer Beratung in der Notfallpflege. (S.197) Wie bereits erwähnt kann ein Beratungshindernis seitens der Expertin Notfallpflege oder auch diplomierten PP der falsch gewählte Moment für eine Beratung sein. Es kann durch den oftmals kurzen Aufenthalt auf der Notfallstation dazu führen, dass die PP die Bedürfnisse und Erwartungen der Patienten bzw. in diesem Falle der Eltern nicht zureichend erkennt und achtet und wie Kullick (2019) beschreibt, eine Beratung somit nicht individuell genug gestaltet wird. (S.198) Der grösste Einflussfaktor hier ist jedoch der Zeitfaktor, wie auch Kullick (2019) in der Literatur schreibt, dass sich aufgrund des Zeitmangels in einem strengen Dienst, die Dauer einer Beratung nicht lang genug geplant werden kann. (S.198)

Bei uns im Kantonsspital Winterthur gibt es leider kein Elternmerkblatt zum Thema Fieber, welches wir den Eltern abgeben können für zu Hause. Dies kann meiner Meinung nach meinen Kolleginnen und mir helfen, eine strukturelle Gesprächsführung für eine Beratung zum Thema Fieber zu gestalten und würde somit einen einheitlichen Informationsfluss gewährleisten.

Die Eltern hätten mit einem Merkblatt eine Nachschlagemöglichkeit, welche sie jederzeit wieder lesen können, wenn sie einige Informationen vergessen haben oder auch dann, wenn ihr Kind wieder Fieber hat und sie Unsicherheit verspüren. Hierfür kann man während des Gespräches wesentliche Informationen beispielsweise farblich hervorheben. So kann meiner Meinung nach eine gezielte Patienten- und Familienedukation gewährleistet werden.

Literaturverzeichnis

- Abt-Zegel, A. (Januar 2006). Mikroschulung- Pflegewissen für Patienten und Angehörige, 1. Teil. *Aus-, Fort- und Weiterbildung. Patientenedukation*. Die Schwester Der Pfleger
- Döble, M., Becker, U. (Hrsg.). (2016). *Ambulante Pflege von A bis Z*. Berlin Heidelberg: Springer Verlag
- Emmerich, P. R. (September 2020 Version 1.3). *Der Pflegeprozess in der Notfallpflege. Sinn oder Unsinn?*. Nicht veröffentlichtes Dokument. Z-INA Höhere Fachschule Intensiv-, Notfall- und Anästhesiepflege Zürich
- Hoehl, M., Kullick, P. (Hrsg.). (2019). *Gesundheits- und Kinderkrankenpflege*. (5. Aufl.). Thieme Verlag
- Hoffmann, G., Lentze M., Spranger, J., Zepp, F., Berner, R. (Hrsg.). (2020). *Pädiatrie. Grundlagen und Praxis*. Band 1 (5. Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer Verlag
- Nadal, D., Berner, R., (2019). Monatschrift Kinderheilkunde. *Fieber ohne Fokus beim jungen Säugling*. Springer Medizin Verlag GmbH
- Papan, C., Stojanov, S. Rosenecker, J. (Hrsg.) (2014). *Pädiatrische Differentialdiagnostik*. Berlin Heidelberg: Springer Verlag
- Persson, P. B. (2019). *Physiologie des Menschen*. Berlin Heidelberg: Springer Verlag
- PharmaWiki. Medikamente und Gesundheit. *Antipyretika*. Abgerufen von <https://www.pharmawiki.ch/wiki/index.php?wiki=Antipyretika> (abgerufen am 20.06.2021)
- Seiler, M., Geiser, A., Berger, Ch. (11. Juli 2019). *Notfallmedizin. Das Kind mit Fieber: Wie Messen? Wie Handeln? Wie Beraten?*. Paediatrica Universitäts-Kinderspital Zürich. o.D. Notfall *Elterninformation*. Fieber

Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1, eigene Grafik; Quelle:
Hoehl, M., Kullick, P. (Hrsg.). (2019). *Gesundheits- und Kinderkrankenpflege*. (5. Aufl.). Thieme Verlag
- Abbildung 2, eigene Grafik; Quelle:
Hoehl, M., Kullick, P. (Hrsg.). (2019). *Gesundheits- und Kinderkrankenpflege*. (5. Aufl.). Thieme Verlag
- Abbildung 3; Quelle:
Curtis K., RN, PhD et al. (Juli 2009) *Emergency nursing nursing assessment process – A structured framework for a systematic approach*.

Anhang

Studierender/Studierende

Name: Grugel **Vorname:** Julia

Titel der Diplomarbeit: Hilfe! Mein Kind hat Fieber - Fieberaufklärung bei Eltern

Selbständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass diese Diplom-/ Projektarbeit von mir selbständig erstellt wurde. Das bedeutet, dass ich keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel beigezogen und keine fremden Texte als eigene ausgegeben habe. Alle Textpassagen in der Diplom-/ Projektarbeit, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Datum: **15.08.2021**

Unterschrift:

J. Grugel

Veröffentlichung und Verfügungsrecht

Die Z-INA verpflichtet sich, die Diplom-/ Projektarbeit gemäss den untenstehenden Verfügungen jederzeit vertraulich zu behandeln.

Bitte wählen Sie die Art der vertraulichen Behandlung:

<input checked="" type="checkbox"/>	Veröffentlichung ohne Vorbehalte
<input type="checkbox"/>	Keine Veröffentlichung

Datum: **15.08.2021**

Unterschrift:

J. Grugel

Bei Paararbeit Unterschrift der 2. Autorin/ des Autors: