

# Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im Januar 2016

## ► Für Euch gelesen

Liebe Kolleginnen und Kollegen, viel Spaß beim Lesen unseres Januar-Newsletters.  
Einen guten Start ins neue Jahr wünschen: S. Krotsetis und P. Nydahl

### Täglicher Bettwäschewechsel notwendig, empfohlen oder abhängig von der zuständigen Pflegekraft?

Aus der Praxis kam die Frage: wie evident es ist, die gesamte Bettwäsche der PatientInnen auf einer Intensivstation täglich zu wechseln? Ja  Nein  Vielleicht  ? In der S1 Leitlinie des Arbeitskreises „Krankenhaus- & Praxishygiene“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) von 2010 wird empfohlen: „Bei Patienten ohne bekannte Kolonisation oder Infektion mit Problemerregern erfolgt ein Wechsel von Bettwäsche, Kopfkissen und Bettdeckenkernen nur bei sichtbarer Verschmutzung. Ein täglicher Wechsel der Bettwäsche ist bei Patienten mit bekannter kritischer Kolonisation oder Infektion erforderlich und ist bei immunsupprimierten Patienten (z.B. Intensivtherapiepatienten, hochdosierter Chemotherapie) zu empfehlen. Kopfkissen werden bei Besiedlung oder Infektion des/der PatientIn mit multiresistenten Erregern mit einem Encasing versehen, das einmal täglich und zusätzlich bei Verunreinigung wischdesinfiziert wird, oder das gesamte Kopfkissen wird täglich der Aufbereitung zugeführt. Analog wird das Matratzenencasing täglich wischdesinfiziert.“ (HygMed 2010;35[7/8], S. 268ff). Weiterhin wird in der Leitlinie als erforderliche desinfizierende Reinigung die tägliche Wischdesinfektion der Bettenbügel sowie der integrierten Bettgitter und der Bedienkonsole der elektronischen Betten empfohlen. Diese Leitlinie war bis 06/2015 gültig und ist gerade in Überarbeitung. **Kommentar:** *irgendwie ist es wieder nicht ganz klar. Jede/n PatientIn auf der ITS als HochrisikopatientInnen einzuschätzen, allein durch die Tatsache, dass er oder sie auf einer Intensivstation aufgenommen wurde, wäre sicherlich weder aus arbeitsbelastungs- noch aus ökonomischen Gründen bezüglich dieser Frage gerechtfertigt. Geben uns aber vital- oder labortechnische Parameter oder medikamentöse Therapien einen Hinweis darauf, sollte ein täglicher gesamter Wäschewechsel erfolgen (SK).*

Quelle: Arbeitskreis „Krankenhaus- & Praxishygiene“ der AWMF. (2010). HygMed.35 [7/8], S. 268ff online: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/029-0231\\_S1\\_Hygienische\\_Aufbereitung\\_von\\_Patientenbetten\\_2010-abgelaufen.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/029-0231_S1_Hygienische_Aufbereitung_von_Patientenbetten_2010-abgelaufen.pdf)

### Frühe versus späte Tracheotomie bei kritisch Kranken

Dieser immer wieder gestellten Frage widmeten sich Hosokawa et al. (2015) in einer systematischen Übersichtsarbeit (SR) mit anschließender Metaanalyse (= statistische Zusammenfassung der Ergebnisse von Primärstudien). Untersucht wurden n = 12 Studien mit insgesamt n = 2,689 PatientInnen. Es wurden Ergebnisse wie: Ventilationsdauer, Aufenthaltsdauer auf der ITS, Dauer der Sedierung und Mortalität untersucht. Verglichen wurden die Ergebnisse von 7 Studien mit sehr frühen Tracheotomien innerhalb von 4 Tagen, 5 Studien mit frühen Tracheotomien innerhalb von 10 Tagen und 10 Studien von mit späten Tracheotomien nach 10 Tagen. Eine frühe Tracheotomie wurde mit signifikant mehr ventilationsfreien Tagen (2.12 (0.94, 3.30), p <0.01), einem kürzeren Aufenthalt auf der ITS (5.14 (-9.99, -0.28), p = 0.04), einer kürzeren Dauer der Sedierung (5.07 (-10.03, -0.10), p <0.05) und einer verkürzten Mortalitätsrate (OR 0.83 (0.69-0.99), p = 0.04) im Vergleich zu einer späten Tracheotomie assoziiert. **Kommentar:** *das letzte Mal haben wir dieses Thema im Newsletter 06-2013 mit einem SR von Wang et al. aus dem Jahre 2011 vorgestellt. In dem SR von Wang waren die Ergebnisse im Sinne einer Favorisierung der frühen Tracheotomie noch nicht signifikant, wie in der oben vorgestellten Arbeit. Obwohl auch die Studie von Hosokawa et al. (2015) Studien ab 2002 einschließt, sind 7 neue Arbeiten 2011- 2014 dabei, welche einen nicht unerheblichen Einfluss (auch im Sinne von angepassten Analgosedierungs-, Beatmungs- und Weaningmanagement) auf diese neuen Resultate haben. Interessant wäre in einer Primärarbeit, die dieses Thema behandelt, auch mal das Empfinden, Stresslevel, Delirrate und die Schlafqualität von den betroffenen PatientInnen zu untersuchen. (SK).*

Quelle: Hosokawa K et al. (2015). Timing of tracheotomy in ICU patients: a systematic review of randomized controlled trials. Critical Care (2015) 19:424.

## Subglottische Absaugung fraglich effektiv

Mit einer subglottischen Absaugung können Sekrete, die sich oberhalb des Cuffs bei endotrachealen Tuben, bzw. Trachealkanülen ansammeln, abgesaugt werden. Dadurch müsste sich die Rate an Ventilator-assoziierten Pneumonien senken lassen. Caroff et al. (2015) haben zu dieser Fragestellung eine systematische Literaturrecherche und Meta-Analyse durchgeführt. Im Ergebnis konnten 17 Studien mit 3.369 erwachsenen, beatmeten IntensivpatientInnen eingeschlossen werden. Das Vorhandensein einer subglottischen Absaugung war zwar mit einer geringeren Pneumonierate assoziiert (Risikoreduktion: 0.58), es gab aber keine signifikanten Unterschiede in der Beatmungsdauer, Verweildauer auf der Intensivstation oder im Krankenhaus oder auch der Mortalität. Die Autoren erklären, dass subglottische Absaugungen vor allem frühe Pneumonien vermeiden helfen, die aber wenig Einfluss auf die Beatmungsdauer haben, weiter wurden unterschiedliche Kriterien für Pneumonien in den Studien zugrunde gelegt. Schlußendlich gehört zur Vermeidung der Pneumonien mehr dazu als nur eine subglottische Absaugung, z.B. Händehygiene usw. Die Autoren schlussfolgern, dass mehr Forschung notwendig sei. **Kommentar:** *der Schlußfolgerung stimmen wir zu (PN).*

Quelle: Subglottic Secretion Drainage and Objective Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis

## Vorübergehender Umzug einer Intensivstation mit erhöhter Mortalität verbunden?

Umbaumaßnahmen in einem Krankenhaus können dazu führen, dass Intensivstationen vorübergehend in andere Räumlichkeiten umziehen müssen. Flaatten (2005) aus Norwegen ging der Frage nach, ob sich ein vorübergehender 8-monatiger Umzug einer interdisziplinären 10-Betten-Intensivstation auf das Outcome der PatientInnen im Vergleich zu einem 12-Monatszeitraum vorher und hinterher auswirken könnte. Im Ergebnis unterschieden sich die Kennzahlen Aufnahmen, Aufnahmediagnosen, Krankheitschwere, Alter, Geschlecht während der drei Phasen vorher/während/nachher nicht, allerdings stieg die Intensivmortalität von 6.5 % vorher auf 19.3 % während und stieg in der danach-Phase auf 20.5 %, ähnlich auch die Mortalität dieser Patienten im Krankenhaus. Die Wiederaufnahmerate von verlegten PatientInnen verkürzte sich ebenfalls. Der Autor empfiehlt, Umzüge gut vorzubereiten und hierbei auch veränderte Materialverfügbarkeit, Stationsgrößen und Laufwege zu berücksichtigen und in allen Phasen entsprechende Kennzahlen zu sammeln. **Kommentar:** *die Arbeit hat methodische Schwächen, z.B. stieg die gefühlte Delirrate während des Umzugs an, es wurde aber nicht systematisch Delir erfasst usw. Weiterhin fehlen einige statistische Berechnungen, dennoch weist die Studie auf mögliche Probleme hin. Eine gute, interprofessionelle und -disziplinäre Planung ist zu empfehlen. (PN)*

Quelle: Flaatten, A. Effects of a major structural change to the intensive care unit on the quality and outcome after intensive care. Qual Saf Health Care. 2005 Aug;14(4):270-2.

## Bedenken von MitarbeiterInnen vor dem Umzug einer Intensivstation

Passend zu der oberen Arbeit sind Lin et al. (2015) aus Australien der Frage nachgegangen, wie die MitarbeiterInnen (MA: Ärzte, Pflegende u.a.) einer Intensivstation über einen Umzug in eine neugebaute Intensivstation denken. Hierzu wurden 12 Gruppeninterviews mit 55 MA durchgeführt und analysiert. Im Ergebnis konnten drei zentrale Themen identifiziert werden, die die MA beschäftigen. 1. Den Plan verstehen: Informationen wurden hierarchisch weitergegeben, es konnte nicht nachgefragt werden, Sorgen und Ängste entstanden. MA wünschten sich regelmäßige Meetings vor Ort, bei denen sie nachfragen und sich informieren können. 2. Sich auf Unsicherheiten vorbereiten: MA kritisierten, dass der Umzug zwar logistisch, aber nicht psychologisch geplant worden sei und äußerten Sicherheitsbedenken für Patienten und sich selbst. 3. Sich im Prozess engagieren: MA waren in dem Konflikt, sich selbstverantwortlich engagieren zu wollen, gleichzeitig aber auch passiv auf Informationen durch das Management zu warten. Die Verantwortungen und Rollen sollten klar definiert und kommuniziert werden. Die Autoren schlussfolgern, dass eine transparente Veränderungsstrategie und eine effektive Kommunikation essentiell sind. Sorgen und Ängste der MitarbeiterInnen müssen wahrgenommen und berücksichtigt werden. Ebenso müssen bereits im Vorfeld die Arbeitsprozesse, Pflegemodelle und das Management der Patientensicherheit in der neuen Umgebung entwickelt werden. **Kommentar:** *Natürlich sind qualitative Studien nur eingeschränkt verallgemeinbar und auf andere Bedingungen übertragbar, dennoch gibt diese Studie interessante Hinweise. Die in der Studie geäußerten Sicherheitsbedenken basierten u.a. auch auf einer neuen Zimmeraufteilung, in der nicht mehr so viele Patienten wie vorher gleichzeitig beobachtet werden konnten, d.h. dass eine andere Patientenanzahl reflektiert werden musste. Hervorzuheben ist, dass ein Umzug nicht nur eine gute Logistik, sondern auch ein Verständnis für die psychosozialen Prozesse benötigte. Zuständigkeiten, Rollenverständnisse, Pflegeprozesse und Pflegemodelle können ebenso beeinflusst und frühzeitig geplant und kommuniziert werden. Die geplanten Umzüge der Intensivstationen am UKSH werden von den Pflegedienstleitungen in Zusammenarbeit mit den Teams geplant und umgesetzt werden, v.a. Ideen und Vorstellungen diskutiert und umgesetzt sowie Verantwortungs- und Aufgabenbereiche abgesprochen. Die Zusammenarbeit mit allen Berufsgruppen ist dabei Grundvoraussetzung. (PN)*

Quelle: Lin FF, Foster M, Chaboyer W, Marshall A. Relocating an intensive care unit: An exploratory qualitative study. Aust Crit Care. 2015 Oct 22.

**Fragen und Anmerkungen:** Lübeck: Susanne.Krotsetis@uksh.de, Kiel: Peter.Nydahl@uksh.de

[www.uksh.de/Pflege/Pflegeforschung](http://www.uksh.de/Pflege/Pflegeforschung)