

Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im Februar 2016

► Für Euch gelesen

Liebe Kolleginnen und Kollegen, viel Spaß beim Lesen unseres Februar-Newsletters. S. Krotsetis und P. Nydahl

Musik beim endotrachealen Absaugen reduziert Schmerzen

Endotracheales Absaugen wird von Patienten oft als schmerzhaft erlebt. Yaman und Karabulut (2016) aus der Türkei sind der Frage nachgegangen, ob das Vorspielen von Musik, die ausschließlich 20 Minuten vor, während und nach dem geplanten, endotrachealen Absaugen Patienten vorgespielt wird, einen Einfluss auf das Schmerzerleben, den Bewusstseinsgrad und andere physiologische Parameter der Patienten haben kann. Die Autoren nutzen zur Beantwortung der Frage ein randomisiertes, kontrolliertes Design und schlossen je 33 kardiochirurgische Patienten in die Interventions- (instrumentale Entspannungsmusik) und Kontrollgruppe (keine Musik) ein. Im Ergebnis zeigten sich zu verschiedenen Meßzeitpunkten vorher, während nach nach dem Absaugen keine Unterschiede in den physiologischen Parametern (Blutdruck, SaO₂, HF), aber der beobachtete Schmerz sowie der Bewusstseinsgrad wurden bei der Interventionsgruppe als signifikant niedriger, bzw. tiefer beurteilt. Die Autoren schlußfolgern, dass Musik eine einfache und kostengünstige Intervention ist, um den Schmerz beim Routine-Absaugen von beatmeten Patienten zu lindern. **Kommentar:** Die Autoren geben selbst an, dass die Untersucher nicht verblindet waren, d.h. das Wissen, dass Patienten Musik hören, kann die Einschätzung des Schmerzes und damit die Ergebnisse beeinflusst haben. Weiter konnten die Patienten die Musik nicht selbst auswählen und vor allem dieser Punkt ist kritisch zu sehen. Es wurde Entspannungsmusik vorgespielt, allerdings könnte ein Schmerzreiz gerade während der Entspannung auch kontraproduktiv erlebt werden. Und: die Studie gibt keinen Hinweis, wie vorgegangen werden muss, wenn ungeplant abgesaugt werden muss. Dennoch ist es ein interessanter Ansatz. (PN).

Quelle: Yaman Aktas Y, Karabulut N. The effects of music therapy in endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients. Nurs Crit Care. 2016 Jan;21(1):44-52.

Schmerzprävention auf Intensivstationen

Das Erkennen von Schmerzen durch geeignete Assessments und das leitlinienkonforme Behandeln (siehe S3 Leitlinien Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin 2015) ist immer wieder Thema in der intensivpflegepraxis. Ein schwieriger Punkt ist die beste, evidenzbasierte Herangehensweise bei zu erwartenden schmerzhaften Prozeduren wie z.B. Verbandwechsel, Drainageentfernung oder das Drehen des Patienten. Eine aktuelle pflegewissenschaftliche, spanische Studie (Robleda et al. 2015) untersuchte bei 75 beatmeten Patienten in einer doppelverblindeten, randomisierten Studie die Effekte von Fentanylgabe (1µg/kg/medizinische Patienten, 1.5µg/kg/chirurgische Patienten) versus der Gabe eines Placebos 10 Minuten vor dem Drehen. Die Schmerzintensität wurde mittels der Behavioral Pain Scale (BPS) direkt vor und nach dem Drehen sowie 5, 15 und 30 Minuten nach der Intervention gemessen. Die Interventionsgruppe (Fentanylgabe) zeigte signifikant weniger Schmerzen (p=0.016) als die Kontrollgruppe (Placebogabe). Weiterhin wurden unerwünschte Ereignisse (Hypotension, Atemdepression etc.) aufgezeichnet. Hier kam es zu insgesamt n= 19 nicht schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen (keine statistische Signifikanz) in beiden Gruppen. Diese Studie ist thematisch nahe an einer anderen, pflegewissenschaftlichen experimentellen Pilotstudie (Friesner et al. 2006). Hier wurden bei 40 nicht beatmeten Patienten einer kardiochirurgischen Intensivstation eine a) Entspannungsübung mit tiefer Atmung (5 Minuten vor Entfernung der Drainage) + Opioidgabe (*15-60 Min vor Intervention, abhängig von Art/ Applikationsart und Stärke des verabreichten Medikamentes) versus b) nur Opioidgabe (wie bei Interventionsgruppe) vor dem Entfernen der Mediastinaldrainage untersucht. Patienten in der Interventionsgruppe wurden aufgefordert, auch nach dem Entfernen der Drainage mit der Atemübung fortzufahren, solange sie wollten. Schmerzen wurden mittels der visuellen analog Skala (0-10) direkt vor und nach dem Entfernen der Drainage sowie 15 Minuten nach der Prozedur ermittelt. In dieser Studie ergab sich ein signifikant niedriger Schmerzlevel (p= 0.004) in der Interventionsgruppe. **Kommentar:** Beide Studien untersuchen Effekte von pharmakologischer versus Placebo versus pharmakologischer plus adjuvant nicht - pharmakologischer Unterstützung. Die spanische Studie kann nicht 1:1 in ein deutsches Setting übertragen werden, weil national eher Piritramid als Fentanyl als Bolus Analgesie eingesetzt wird. Aufgrund der Dauer der Studie wurden in der spanischen Studie nicht untersucht, ob kumulative Wirkungen der Opioidgabe sowie Toleranzentwicklung, Gewöhnungs-

effekte oder Abhängigkeit entstanden. Auch die Studie von Friesner et al. (2006) untersuchte diese Effekte nicht. Wichtig an dieser Studie ist aber das positive Outcome für Patienten durch das „Erlernen“ von Selbstmanagementfähigkeiten, gegen den Schmerz etwas aktiv tun zu können (wobei auch diese Zusammenhänge nicht explizit untersucht wurden). Fazit aus beiden Studien ist sicher, dass wir Pflegenden präventiv beim Thema Schmerz agieren und sobald möglich den Patienten aktiv miteinbinden sollten. Das Vermitteln einer Atemtechnik (tiefes Einatmen durch Nase und langsames Ausatmen durch den Mund) mag evtl. einige Minuten Zeit beanspruchen, aber wir geben dem Patienten dadurch die Möglichkeit, selbstbestimmt zu Handeln. Ein Aspekt, der gerade bei intensivpflichtigen Patienten mehr unterstützt werden sollte. (SK)

Quelle: Robleda, G. et al. 2015. Fentanyl as pre-emptive treatment of pain associated with turning mechanically ventilated patients: a randomized controlled feasibility study. *Intensive Care Medicine*. 42: 183-191. Friesner, SA. et al. 2006. Comparison of two pain management strategies during chest tube removal: Relaxation exercise with opioids and opioids alone. *Heart & Lung*. 35 (4): 269-276.

Erleben von Kindern, die als Besucher auf Intensivstationen sind

Die Besuchsregelung von Kindern auf Intensivstationen ist nicht einheitlich geregelt und immer wieder Bestandteil von Diskussionen. Knutsson und Bergboom (2016) aus Schweden haben in einer qualitativen Studie 28 Kinder zwischen 5 und 15 Jahren befragt, wie sie den Besuch eines Familienangehörigen, der sich als Patient auf einer Intensivstation befindet, erlebt haben. Die Interviews wurden hermeneutisch analysiert und zentrale Themen wurden gebildet. Die befragten Kinder gaben als ein Thema an, den Angehörigen immer im Kopf zu haben. Sie wollten wissen, was tatsächlich los ist und dabei sein. Sie hatten das Bedürfnis, sich um den Angehörigen zu kümmern und etwas zu tun. Das zweite Thema war sich überzeugen. Der Besuch wurde als Erleichterung erlebt, sie konnten dem Angehörigen nahe sein, anfassen und da sein. Ein Besuch löste verschiedene Gefühle aus wie Zufriedenheit, Glück, Furcht oder Verzweiflung, wurde aber immer als Erleichterung erlebt. Die Kinder waren auch stolz, wenn sie etwas tun konnten, z.B. die Hand halten oder ein gemaltes Bild zeigen. Die Autoren schlussfolgern, dass ein Besuch den Kindern helfen kann, besser mit der Situation fertig zu werden, sie aber auch eine Begleitung dabei benötigen. **Kommentar:** Die Studie zeigt, dass die Annahme, Kinder zu schützen, indem ihnen der Besuch verweigert wird, hinterfragt werden kann. Kinder machen sich Sorgen und phantasieren manchmal; ein Besuch ermöglicht ihnen, sich ein klares Bild zu machen. Die von den Autoren geforderte Begleitung der Kinder, d.h. die Vor- und Nachbereitung sowie das Erklären der Geräte und Kabel, gilt für alle Altersgruppen, nicht nur für Kinder.

Quelle: Knutsson S, Bergbom I. Children's thoughts and feelings related to visiting critically ill relatives in an adult ICU: A qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2016 Feb;32:33-41.

Die Strategie der Nicht-Sedierung wird nicht als Mehrarbeit von Pflegenden wahrgenommen und spart Geld

Laerkner et al. (2016) aus Dänemark untersuchten Unterschiede des Pflegeaufwands zwischen den Patienten, die nicht sediert wurden und in einem Pflege-Patienten-Schlüssel von 1:1 vs. des Pflegeaufwands von sedierten Patienten mit täglichem Aufwachversuch in einem 1:2-Pflege-Patienten-Schlüssel. Hierzu wurden die Daten von elektronischen Pflegemaßnahmen (Nursing Care Record 11), die subjektive Arbeitsbelastung (1=keine Belastung bis 10=maximale Belastung) und Patientendaten verglichen. Die Daten von 111 Intensivpatienten konnten ausgewertet werden. Im Mittel wurden die nicht sedierten Patienten mit einem RASS von -0,03 bewertet, die sedierten Patienten mit einem RASS von -2. Der erfasste Pflegeaufwand war signifikant höher in der Gruppe der sedierten Patienten mit täglichem Aufwachversuch als bei den nicht-sedierten (wachen) Patienten. Die subjektive Arbeitsbelastung war in beiden Gruppen gleich. Patienten, die nicht sediert wurden, blieben im Durchschnitt 13 Tage auf der Intensivstation (sedierte Patienten: 22 Tage) und 34 Tage im Krankenhaus (sedierte: 58 Tage). Aufgrund der verkürzten Verweildauer kalkulieren die Autoren in diesem Setting durchschnittliche Kosten für einen nicht-sedierten, 1:1 betreuten Patienten von 28.313 Euro vs. 36.099 Euro für einen sedierten Patienten in einer 1:2 Betreuung. Die Autoren waren selbst überrascht über die Ergebnisse und diskutieren mögliche Erklärungen wie eine andere Pflegekultur, eine erhöhte Instabilität von Patienten, die täglich aufwachen und wieder sediert werden, abweichende Verantwortlichkeiten und Aufgaben der Pflegenden, Frühmobilisierung durch Pflegenden und die mögliche Familienpräsenz rund um die Uhr.

Quelle: Laerkner E, Stroem T, Toft P. No-sedation during mechanical ventilation: impact on patient's consciousness, nursing workload and costs. *Nurs Crit Care*. 2016 Jan;21(1):28-35.

In eigener Sache: am Dienstag, 15. März findet von 14 - 17 Uhr das 5. kleine Intensivpflegesymposium in Kiel im Neuzentrum, 4. Stock, Konferenzraum A statt. Eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

Wenn interessante Fragen sind, zu denen wir recherchieren sollen, bitte einfach eine E-Mail senden an: Susanne.Krotsetis@uksh.de oder Peter.Nydahl@uksh.de

www.uksh.de/Pflege/Pflegeforschung