

Pflegeforschung

Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im April 2016

► Für Euch gelesen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

hier der April Newsletter. Wie immer, viel Spaß beim Lesen. Wir möchten allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern der A und I Fachweiterbildung, die in diesem Monat ihre mündliche Prüfung haben, alles Gute und toi toi toi wünschen!

Beste Grüße Peter Nydahl und Susanne Krotsetis

Ein Delirassessment für kritisch kranke Kinder im Vorschulalter

Dass ein Delir in der akuten stationären Versorgung eine hohe Anzahl von Neuerkrankungen mit weitreichenden Konsequenzen für die Genesung des Patienten hat, ist mittlerweile hinreichend bekannt. Dies bezieht sich allerdings nicht nur auf den Bereich der Erwachsenenpflege. Auch (sehr) junge Patienten können ein Delir aufgrund der Schwere ihrer Krankheit und dem Einfluss von Medikamenten erleiden. Ein Erfassungsinstrument für die Vorschulaltersgruppe war zwar in der Entwicklung, aber bis jetzt noch nicht abschließend evaluiert. Smith et al. (2016) untersuchten jetzt die Preschool Confusion Assessment Method for the Intensiv Care Unit (psCAM-ICU) in n= 300 kritisch kranken Kinder, davon 43% beatmet, die zwischen 6 Monaten und 5 Jahren alt waren. Ein Delir wurde sowohl mittels des psCAM-ICU als auch durch ein unabhängiges Assessment eines Kinderpsychiaters (Goldstandard) ermittelt. Die Delir-Inzidenz bei Kindern < 2 Jahre betrug 53%! Die Sensitivität (richtig positive Rate eines Tests, d.h. alle Erkrankten werden richtig erfasst) betrug 75%, die Spezifität (richtig-negative Rate eines Tests, d.h. alle nicht Erkrankten werden richtig erfasst) 91%. **Kommentar:** Diese Ergebnisse zeigen die sehr hohe Rate von kritisch kranken Kleinkindern, die auf der Intensivstation ein Delir entwickeln auf und lenken den Fokus auf die frühzeitige Erkennung eines Delirs in allen seinen Formen. Leider steht dieses Assessment momentan nur in einer englischen Version zur Verfügung. Es ist aber anzunehmen, dass Wissenschaftler zügig eine deutsche Version des psCAM-ICU übersetzen und dessen Reliabilität (Zuverlässigkeit des Messverfahrens) evaluieren werden. Sobald dies geschehen ist, werden wir hier darüber berichten. (SK)

Quelle: Smith, H.A.B. et al. (2016) The Preschool Confusion Assessment method for the ICU: Valid and Reliable Delirium Monitoring for Critically Ill Infants and Children. *Pediatric Critical Care*. 44 (3), 592-600.

Shared decision making - Wahrnehmung der Patienten zur individualisierten Pflege

Eine interessante deutsche Querschnittsstudie von Köberich und Kollegen (2016) aus Freiburg beschäftigt sich mit dem Pflegesystem der patientenorientierte Pflege (z.B. PVP) in Bezug auf die Wahrnehmung der Patienten auf eine individualisierte Pflege und deren potentielle Einflussgrößen. Es wurden insgesamt n= 600 Patienten von 20 Stationen an 5 deutschen Zentren befragt und demographische Daten erfasst. Als nachweisbare und korrelierende Einflussgrößen, die mit einer erhöhten Wahrnehmung einer individualisierten Pflege einhergingen, wurden der Grad des Bildungsniveaus der Patienten (ein Bildungsniveau ≤ 9 Jahre), eine höhere Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes, Länge des Aufenthaltes und der Grad/Umfang des shared decision-making (Einbeziehen des Patienten in die Entscheidungen des pflegerischen Prozesses) herausgefunden. Je besser die Patienten ihren Gesundheitszustand einschätzten, je länger der Aufenthalt im KH dauerte und je mehr der Patient in den Pflegeprozess eingebunden wurde, desto positiver wurde ein individualisierter Pflegeprozess wahrgenommen. Alter und Geschlecht konnten in dieser Studie nicht als Einflussgrößen für eine erhöhte Wahrnehmung bezüglich des individualisierten Pflegesystems herausgefunden werden. Die Pflegeübergabe am Bett zeigte in dieser Studie zwar eine positive Tendenz zur einer erhöhten Wahrnehmung der Patienten bezüglich individualisierter Pflege, dies konnte aber nicht mit einer statistischen Signifikanz belegt werden. Die Autoren schlussfolgern, dass Pflegekräfte, aus den oben genannten Größen, vornehmlich das Prinzip des shared decision-making, z.B. im Rahmen von PVP, positiv bestärken und fördern sollten, da dies seitens der Pflege beeinflussbar ist. Diese Prinzipien beinhalten die Kernaussagen der a) Beteiligung des Patienten am Pflegeprozess und das Agieren auf Augenhöhe, b) eine Pflegeplanung basierend auf den individuellen Patientenbedürfnissen, die sowohl c) die physischen wie die mentalen Bedürfnisse des Patienten berücksichtigen.

Kommentar: Diese Studie spiegelt zwar im Querschnitt ein deutsches Bild ab, ist aber nicht im Setting von Intensivstationen und mit kritisch Kranken erhoben worden. Trotzdem ist zu überlegen, ob nicht auch Patienten und deren Angehörige im Intensivpflegebereich von einer erhöhten Einbeziehung in pflegerische Abläufe und Entscheidungen profitieren könnten, bzw. so eine größere Patientenzufriedenheit und eine Verstärkung des Gefühls der Autonomie erzielt werden könnte. Wie auch im peripheren Bereich, ist dies ein Aspekt, der autonom von Pflegenden gesteuert werden kann. (SK)

Quelle: Köberich et al. (2016). Factors influencing hospitalized patients' perception of individualized nursing care: a cross-sectional study. BMC Nursing.15:14.

Rekrutierung und PEEP bei sehr adipösen Patienten

Bei beatmeten Patienten, die einen Body Mass Index (BMI) $> 35 \text{ kg/m}^2$ haben, kann das Körpervolumen die Elastizität, Belüftung und den Gasaustausch der Lunge erheblich verändern und einschränken. Pirrone et al. (2016) evaluierten bei 14 adipösen Patienten (BMI 50 ± 16 Standardabweichung) zwei verschiedene Formen der Rekrutierung und PEEP-Titrierung: a) Erhöhung des PEEPs, bis endexpiratorisch identisch mit ösophagealem Druck, b) Rückwärts-Titrierung des PEEPs von ösophagealem Druck $+ 4 \text{ cmH}_2\text{O}$ in 2er Schritten, bis die Druckdifferenz zwischen Plateaudruck und PEEP am geringsten war. Rekrutierung erfolgte von PEEP=15 cm H₂O in 5er Schritten auf PEEP=30 über 2 Minuten. Zusätzlich wurden Patienten Oberkörperhoch gelagert. Im Ergebnis zeigten beide Verfahren ähnliche Ergebnisse. Der durchschnittliche PEEP betrug $20,7 (\pm 4) \text{ cm H}_2\text{O}$, nach Rekrutierungsmanövern $21,3 (\pm 3,8)$, der Plateaudruck bei 30 (± 4) , der Oxygenierungsindex (pO₂/FiO₂) stieg um 80-90. Die Manöver hatten keinen signifikanten Effekt auf die Hämodynamik. Die Autoren schlussfolgern, dass übliche PEEP-Regulierungen einen schädigen Effekt bei sehr adipösen Patienten haben und diese Patienten aufgrund der anderen Bedingungen der Atemmechanik eine alternative Regulierung benötigen. Rekrutierungsmanöver zeigen keinen wesentlichen, zusätzlichen Effekt, wenn der PEEP wie beschrieben eingestellt wird. Die zusätzliche Positionierung in 300 Oberkörperhochlagerung verringert den benötigten, optimalen PEEP und verbessert die Belüftung. **Kommentar:** die Studie ist aufgrund der geringen Teilnehmeranzahl als Pilotstudie zu verstehen, weist aber auf die Probleme sehr adipöser, bariatrischer Patienten hin. Obwohl das Lungenvolumen ähnlich dem eines gleich großen Menschen ist, sind die Bedingungen gänzlich andere. Mehr Forschung ist nötig, um die optimale Anpassung der Beatmung für sehr adipöse Patienten zu entwickeln (PN).

Quelle: Pirrone M, Fisher D, Chipman D, et al. Recruitment Maneuvers and Positive End-Expiratory Pressure Titration in Morbidly Obese ICU Patients. Crit Care Med. 2016 Feb;44(2):300-7

Konservative Oxygenierung verbessert das Outcome

Sauerstoff ist für den Metabolismus essentiell, zu viel Sauerstoff schädigt aber den Organismus, fördert Entzündungsprozesse und verursacht Lungenschäden. Helmerhorst et al. (2016) aus den Niederlanden überprüften in einer vorher-nachher Studie mit 15.045 Patienten aus drei Krankenhäusern auf medizinischen, chirurgischen und gemischten Intensivstationen die Wirkung einer konservativen Oxygenierung im Hinblick auf die Beatmungs- und Verweildauer und Mortalität. Vorher war die Oxygenierung liberal mit der unteren Grenze von pO₂ $> 75 \text{ mmHg}$ und nach oben offen. Nach der Implementierung einer Leitlinie betrug das angestrebte Ziel pO₂ =55-86 mmHg, bzw. Sauerstoffsättigung SpO₂ 92-95%. Ausnahmen waren bei Patienten mit kardialer oder cerebraler Ischämie oder Anämie mit bis zu pO₂ $\leq 105 \text{ mmHg}$ möglich. Das Projekt wurde in einer ersten Phase mit schriftlichen Empfehlungen und Schulung implementiert, in einer zweiten Phase auch in die elektronische Datenverarbeitung implementiert, inkl. erscheinenden Warnhinweisen, wenn Grenzwerte länger als 30 Minuten über-, bzw. unterschritten wurden. Im Ergebnis nahm der Anteil von Werten, die in den angestrebten Zielwerte lagen, signifikant zu, Hyperoxyämien (pO₂ > 120) nahmen signifikant ab, Hypoxien (pO₂ < 45) blieben gleich. Weiterhin nahmen die Beatmungstage und die Mortalität im Krankenhaus ab. Die Ergebnisse müssen durch prospektive, randomisierte Studien überprüft werden. **Kommentar:** die Grenzwerte für eine adäquate Sauerstoffversorgung werden unterschiedlich berechnet und hängen auch von verschiedenen Faktoren ab (Alter, vorbestehende Lungenerkrankungen, Hb usw), es ist aber unzweifelhaft, dass im klinischen Alltag oftmals unkritisch mit Sauerstoff umgegangen wird, vor allem im Hinblick auf die Nebenwirkungen. (PN)

Quelle: Helmerhorst HJ, Schultz MJ, van der Voort PH, et al. Effectiveness and Clinical Outcomes of a Two-Step Implementation of Conservative Oxygenation Targets in Critically Ill Patients: A Before and After Trial. Crit Care Med. 2016 Mar;44(3):554-63.

Barrieren zum Delir-Screening

Ein Delirmanagement erfordert neben Bildung und geeigneten Assessments eine gute Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen. Trogrlić et al. (2016) haben in den Niederlanden 360 Intensivflegende und -mediziner zu den Barrieren in der Implementierung und Umsetzung des Delirmanagements befragt. Obwohl 83% der Befragten angaben, dass ein Delir

eine ernst zu nehmende Komplikation von Intensivpatienten ist, wurden zahlreiche Barrieren angegeben: Wissensdefizite, niedrige Screeningrate, Misstrauen in die Assessmentinstrumente, die Annahme ein Delir wäre nicht vermeidbar, wenig Kenntnis der Leitlinien, geringe Zufriedenheit mit der ärztlichen Anordnung, schlechte Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzten sowie der Widerstand, das eigene Handeln zu ändern. **Kommentar:** *das Wissen um die Barrieren ist ein erster Schritt, um diese zu verändern und zu überwinden. Die Ergebnisse der Studie helfen also, in eigenen multiprofessionellen Teams Umfragen zu entwickeln, um die wichtigsten Barrieren zu identifizieren und dann in einem nächsten Schritt auch lösen zu können (PN).*

Quelle: Trogrlić Z, Ista E, Ponssen HH, et al. Attitudes, knowledge and practices concerning delirium: a survey among intensive care unit professionals. Nurs Crit Care. 2016 Mar 20.

In eigener Sache: Zu dieser Ausgabe gibt es eine „Beilage“ im PDF.

Gerne möchten wir Ihnen, das Skript mit den Kurzzusammenfassungen der Vorträge des kleinen Intensivpflegesymposiums vom 15. März 2016 am UKSH, Campus Kiel, vorstellen. Es war eine inhaltlich sehr gute Veranstaltung, die bei allen Teilnehmern sehr gut ankam. Das nächste Symposium wird am 21. September in Lübeck stattfinden → „safe the date“.

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

Das kleine Intensivpflegesymposium 15.3.2016 UKSH Campus Kiel

E. Muhl: Futile-Care

Futile bedeutet „vergeblich“ „sinnlos“. Futile Care kann und sollte es in der Intensivmedizin natürlich nicht geben, sie nützt dem Patienten nicht und demotiviert das Team. Warum gibt es sie trotzdem? Und in welchem Umfang wird futile care von Pflegekräften und Ärzten in der Intensivmedizin wahrgenommen und was können wir tun? Die Ergebnisse einer Umfrage hierzu unter Intensivpflegekräften und Intensivmedizinern am UKSH wird vorgestellt und auch einige Antworten, wie vielleicht „futile care“ auf unseren Intensivstation minimiert werden kann.

S. Stark: In-hospital Cardiac Arrest

Bei ca. 5-10% der Krankenhausbehandlungen treten unerwünschte Ereignisse auf, die in bis zu 10% der Fälle in eine Reanimationssituation münden. Innerklinische Kreislaufstillstände gehen mit einer schlechten Prognose einher, selbst wenn sie von medizinischem Fachpersonal beobachtet werden. Eine Optimierung der Überlebenskette kann nicht nur durch qualitativ hochwertige Forschung, sondern auch durch eine effektivere Aus-, Fort- und Weiterbildung des medizinischen Fachpersonals erzielt werden. Die Leitlinien 2015 geben konkrete Hinweise.

Link: <http://www.grc-org.de/>

A. Reiss-Spieth: Expertenempfehlung zur Inhalation

Das freie Durchatmen ist der Wunsch eines jeden von uns. Intensivpatienten sind oft durch ihre Komorbiditäten sehr eingeschränkt. Durch Immobilität, restriktive und obstruktive Lungenerkrankungen kommt es zum Sekretverhalt. Es ist wichtig, Fachpersonal regelmäßig zu schulen, damit Inhalationstechniken immer wieder überprüft werden, und eine korrekte Handhabung, zum Wohl des Patienten, erzielt wird.

www.atemwegs-liga.de

www.pneumologie.de

A. Binder: Leitlinie Analgesie, Sedierung, Delir

Die 2015 aktualisierte Leitlinie „Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin (DAS-Leitlinie 2015)“ empfiehlt ein regelmäßiges (8stdl.) Screening des Bewusstseins (RASS, Ramsey, SAS, VICS, MAAS), Schmerz (NRS, VAS, VRS, BPS, BPS-NI, CPOT, BESD, NCS), Delir (CAM-ICU, ICDSC, NU-Desc, DDS), Angst und Stressempfinden (noch keine validierten Skalen empfohlen).

www.leitlinien.de

P. Nydahl: Delir

Ein Delir ist eine ernstzunehmende, folgenreiche kognitive Komplikation, die bei Intensivpatienten häufig auftreten kann. Empfohlen wird, Patienten täglich 3mal auf ein

Delir hin zu untersuchen, bzw. zu screenen und hiermit eine Screeningrate von über 70% zu erreichen, um eine adäquate Versorgung zu gewährleisten. Empfohlen werden zuerst non-pharmakologische Interventionen, und erst wenn diese nicht ausreichen und/oder ein Patient gestresst wirkt, werden pharmakologische Interventionen empfohlen.

Link: www.delir-netzwerk.de

H. Nebel: Dysphagiemanagement

Schluckstörungen sind häufige Komplikationen bei Langzeitbeatmeten (über 48Std.) in nicht neurologischen Intensivstationen. Hinweise auf eine Dysphagie: lateraler Sekretaustritt, viel abzusaugendes Sekret in der Trachealkanüle/Tubus, im Arbeitskanal, oral. Die orale Belastung und Dekanülement erfordern erst Screening (Wassertest mit blau gefärbtem Wasser) oder Laryngoskopie (FEES) erfolgen.

Das nächste kleine Intensivpflegesymposium

findet am 21.9.2016 in Lübeck statt.

Informationen & Kontakt: Susanne Krotsetis, Pflegeforschung am UKSH: Susanne.Krotsetis@uksh.de

Links:

Pflegeforschung am UKSH:

www.uksh.de/Pflege/Pflegeforschung.html

DGF: www.dgf-online.de

Registrierung Pflegender: www.regbp.de

Akademie: <http://www.uksh.de/akademie/index.html>

