

Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im Juni 2016

► Für Euch gelesen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

hier der Frühsommer Newsletter mit einer Vielzahl unterschiedlichen Themen. Viel Spaß und Information beim Lesen.

Tablets erleichtern die Kommunikation

Plötzlich nicht mehr sprechen zu können, stellt eine erhebliche Herausforderung für beatmete Intensivpatienten und dann auch für das betreuende Personal dar. Rodriguez et al (2016) aus den USA haben zur Erleichterung der Kommunikation mit beatmeten Intensivpatienten einen handelsüblichen Tablet-Computer mit entsprechender Software entwickelt, die vorgefertigte Symbole, eine gängige Tastatur sowie Eingaben per Stift oder Finger ermöglichte. Alle Eingaben konnten elektronisch vorgelesen werden, ein Notfallknopf „ich benötige Hilfe“ war ebenfalls enthalten. Die Autoren untersuchten die Wirkung des Tablets im Hinblick auf die Zufriedenheit mit der Kommunikation. Patienten der Kontrollgruppe erhielten Papier und Stifte sowie eine Klingel, Patienten der Interventionsgruppe das Tablet. Im Ergebnis konnten 63 Patienten in der Kontroll- und 52 Patienten in der Interventionsgruppe eingeschlossen werden. Patienten, die das Tablet benutzten, gaben weniger Schwierigkeiten und Frustration in der Kommunikation an als Patienten in der Kontrollgruppe. Dennoch stellten die Autoren fest, dass das Tablet nur in 25 % der Kommunikationen genutzt wurde: die meisten Fragen konnten problemlos mit Mimik und Gestik beantwortet werden. **Kommentar:** *Tablets oder auch Smartphones sind als Hilfsmittel für die Kommunikation von beatmeten Patienten sicherlich sinnvoll. Es lässt sich allerdings nicht pauschalisieren, dass diese Tools für alle Patienten in allen Situationen hilfreich wären, die meisten Alltagsfragen und -bedürfnisse können in direkter Kommunikation geklärt werden. Weitere Forschung sollte untersuchen, in welchen Situationen Tablets tatsächlich hilfreich sind, z.B. bei Aufklärungsgesprächen, Entscheidungen am Lebensende u.a. (PN).*

Quelle: Rodriguez CS, Rowe M, Thomas L, Shuster J, Koeppl B, Cairns P. Enhancing the Communication of Suddenly Speechless Critical Care Patients. Am J Crit Care. 2016 May;25(3):e40-7.

Meinungen von Angehörigen, Ärzten und Pflegenden zu offenen Besuchszeiten

Offene Besuchszeiten für Angehörige von Intensivpatienten gelten als wichtiges Element patientenzentrierter Pflege. Riley et al. (2016) aus den USA planteten auf 5 Intensivstationen mit bislang restriktiven Besuchszeiten, die 4 x 30 Minuten mit maximal 2 Personen vorgaben, die Einführung von offenen Besuchszeiten und haben hierzu Angehörige, Ärzte und Pflegenden in Gruppeninterviews zu ihren Ansichten interviewt. Im Ergebnis zeigte sich, dass die drei Gruppen ein unterschiedliches Rollenverständnis hatten: Angehörige verstehen sich als Helfer und Schützer, sie können beruhigen und für den Patienten sprechen. Ärzte sehen offene Besuchszeiten als unmöglich an, da ihre Aufgabe zuerst die Patientenversorgung sei. Pflegenden haben ähnliche Ansichten, verorten die Angehörigen aber auch als zugehörig und wichtig für den Patienten. Ärzte und Pflegenden sehen es aber als möglich an, Angehörige in Ausnahmen zusätzliche Besuche zu gestatten. Die Autoren schlussfolgern, dass umfassende Veränderungen notwendig seien, um offene Besuchszeiten für alle zufriedenstellend einführen zu können. **Kommentar:** *es ist sinnvoll, vor einer Veränderung die jeweiligen Barrieren zu identifizieren, um entsprechende Strategien entwickeln zu können. Die Erwartung, die Bedürfnisse von Angehörigen müssten jederzeit und unmittelbar erfüllt werden, stellt eine allgemeine Befürchtung dar, entspricht aber nur selten dem Rollenverständnis der Angehörigen. Die Lösungsstrategie besteht wie so oft in der Kommunikation (PN).*

Quelle: Riley BH, White J, Graham S, Alexandrov A. Traditional/restrictive vs patient-centered intensive care unit visitation: perceptions of patients' family members, physicians, and nurses. Am J Crit Care. 2014 Jul;23(4):316-24

Wasserschlucktest zur Feststellung einer Schluckstörung

Schluckstörung nach Extubationen sind häufig anzutreffen und können zu erhöhter Aspiration, Pneumonie und Mortalität führen. Um Schluckstörungen feststellen zu können, werden unterschiedliche bettseitige Tests empfohlen, unter anderem der Wasserschlucktest (WST). Nach dem Schlucken von a) jeweils wenig Wasser löffelweise (1-5 ml), oder b) zunehmender Menge von Wasser oder c) 50-100 ml Wasser im Glas zügig trinken, reagieren Patienten mit Schluckstörungen mit Husten und/oder belegter Stimme. Brodsky et al. (2016) haben zu dem WST eine systematische Literaturrecherche in verschiedenen Datenbanken sowie eine Meta-Analyse durchgeführt. Eingeschlossen wurden Studien, die den WST im Vergleich mit apparativen, bettseitigen Verfahren verglichen. Im Ergebnis konnten 22 Studien mit 4617 Patienten eingeschlossen werden. Empfohlen wird, sowohl auf Husten wie auch die belegte Stimme zu achten; eine Schluckstö-

rung kann am ehesten ausgeschlossen werden, wenn kein Husten und keine belegte Stimme beobachtet werden können. Einzelne Schlucke können am ehesten Schluckstörungen ausschließen, das zügige Schlucken größerer Mengen hingegen kann am ehesten Schluckstörungen feststellen. Offen bleibt der Umgang mit Patienten, die eine stille Aspiration aufweisen, da der WST bei diesen Patienten falsch negativ sein kann. Bei diesen Patienten muss eine apparative Testung vorgenommen werden. **Kommentar:** *Dysphagien werden häufig übersehen und der Wasserschlucktest stellt ein einfaches, wenn auch nicht 100%iges Verfahren zur Überprüfung dar. Bei wiederholtem Husten oder belegt klingender Stimme sollten in jedem Fall der Wasserschlucktest oder weitere Verfahren zur Anwendung kommen (PN).*

Quelle: Brodsky MB, Suiter DM, González-Fernández M, Michtalik HJ, Frymark TB, Venediktov R, Schooling T. Screening accuracy for aspiration using bedside water swallow tests: A systematic review and meta-analysis. *Chest*. 2016 Apr 18. pii: S0012-3692(16)48546-6.

Sollten alle Pflegekräfte anleiten – should all nurses be mentors?

Aus der Praxis kam die Frage, ob eine Pflegekraft dazu verpflichtet werden kann, neue Mitarbeiter (Schüler, Praktikanten) „mitzunehmen“, bzw. inwieweit Anleitung zu unserem Berufsbild gehört. Das Deutsche Krankenpflegegesetz formuliert als ein Ausbildungsziel „... Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit...“. Die Definition der Pflege des International Council of Nurses (ICN 2002) deklariert „... Management von Gesundheitssystemen sowie Bildung sind ebenfalls zentrale Aufgaben der Pflege“. In einem Positionspapier des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) zum internationalen Tag der Pflegenden 2016 wird die Grundlage einer positiven Arbeitsumgebung (PPE) folgendermaßen beschrieben: „... Supervision und Praxisanleitung sind weitere Elemente einer PPE.“ Das heißt offiziell bezieht sich a) Beratung und Anleitung laut Krankenpflegegesetz in der Hauptsache auf Patienten und deren Angehörigen, b) zum Berufsbild der Pflegenden gehört die Entwicklung von Bildungsangeboten (ICN) ohne einen expliziten Hinweis auf die praktische Ausbildung und c) Supervision bildet eine der Grundlagen für eine positive Arbeitsumgebung (DBfK). Aber sollen das „alle“ machen, oder „nur“ spezialisierte Pflegenden? Gibt es Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Vorgehensweisen? Eine qualitative (Interviews) Studie des King`s College London aus dem Jahre 2012 (Robinson et al. 2012) griff diese Frage auf. Es wurden n= 37 erfahrene Pflegenden befragt, die in Lehrkrankenhäusern tätig waren. In der Zusammenfassung konnten die Wissenschaftler feststellen: Es gab unterschiedliche Standpunkte, ob die Supervision der praktischen Ausbildung Teil unseres Berufsverständnisses sein sollte und wie die Qualität (fachlich und pädagogisch) von Anleitern gesichert und erfasst werden muss. Personalberechnungen müssten Ressourcen für „Extrazeiten“ generieren, damit Anleitungssituationen machbar sind. Praxisanleiter kann/sollte ein „Karrieremodell“ sein und sich evtl. (laut Interviews) auch monetär widerspiegeln (-> Vorschlag einer Nutzen-Kostenanalyse der Autoren). **Kommentar:** *auch in Großbritannien wird versucht der Herausforderung der praktischen Ausbildung in der klinischen Praxis zu begegnen. Das Modell von spezialisierten und somit motivierten sowie übergeordneten Praxisanleitern scheint sinnvoll und auch von der Basis der Pflegenden unterstützt. Was leider bleibt hinsichtlich der Situation des Fachpflegemangels ist sicherlich der Wunsch von Extrazeiten für Mentoren. (SK)*

Quellen: Robinson, S. et al. (2012). Sustaining and managing the delivery of student nurse mentorship: roles, resources, standards and debates. National Nursing Research Unit. King`s College London. International Council of Nurses (2002) Definition of Nursing. Available at: www.icn.ch/who-we-are/icndefinition-of-nursing/. DBfK (2016). https://www.dbfk.de/media/docs/download/Internationales/Int-Tag-der-Pflegenden-2016_Handbuch-deutsch.pdf

Up-Date von Citrat versus Heparin Antikoagulation bei kontinuierlicher Nierenersatztherapie bei kritisch Kranken

Eine systematische Übersichtsarbeit mit anschließender Meta-Analyse (= Zusammenfassung von verschiedenen Untersuchungen zu einer wissenschaftlichen Forschungsfrage) untersuchte die Frage nach Effektivität und Gefahren einer Citrat- vs. Heparin-Antikoagulation bei kontinuierlicher Nierenersatztherapie (Liu et al. 2016). Es wurden n= 14 randomisiert kontrollierte Studien mit insgesamt n=1134 Filtrationszyklen eingeschlossen. Die zusammenfassenden Analysen zeigten keinen Unterschied der Mortalität in der Citrat- vs. der Heparingruppe. Die Filterlaufzeit mit Citrat war signifikant höher in der CVVH Gruppe (p < 0,01), allerdings nicht bei angewandter CVVHDF (Hämodiafiltration). Es konnte ein verringertes Risiko von Blutungsneigung (p < 0,01) sowie von Heparin-induzierter Thrombozytopenie (p = 0,02) in der Citratgruppe festgestellt werden. Es gab signifikant (p < 0,01) mehr Episoden von Hypokalzämien in Citratgruppe. Aufgrund der gepoolten (zusammengefassten) Ergebnisse der einzelnen Studien empfehlen die Forscher die Citratantikoagulation bei CVVH Filtern als erste Wahl. **Kommentar:** *Citratantikoagulation war noch vor nicht allzu langer Zeit aufgrund der Gefahr der Hypokalzämie bei unzureichendem Monitoring der Blutwerte gefürchtet. In der Praxis wie auch in der aktuellen Studienlage überwiegen die Vorteile. Das Monitoring der Filter wird durch Einhaltung entsprechender und in der Praxis machbarer Protokolle gewährleistet. (SK)*

Quelle: Liu, C. et al. (2016). Regional citrate versus heparin anticoagulation for continuous renal replacement therapy in critically ill patients: a meta-analysis with trial sequential analysis of randomized controlled trials. *Critical Care*. 20:144

In eigener Sache:

- EbN-Kurs 5. -9.9.2016 in Lübeck: http://www.uksh.de/pflegeforschung/EbN/EbN_+Kurse-p-50.html
- Konferenz Frühmobilisierung 16.9.2016 in Kassel: www.kit-kassel.de
- Das 6. kleine Intensivpflegesymposium in Lübeck: 21.9.2016

Wir freuen uns über Ihre Anregungen und Kommentare: Susanne.Krotsetis@uksh.de Peter.Nydahl@uksh.de