

Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im Januar 2017

► Für Euch gelesen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
im Januar-Newsletter geht es um Schmerz, Lärm, Angehörige, Bauchlage und Bettensperrungen im Intensivbereich. Es grüßen S. Krotsetis und P. Nydahl

Angehörige von Schädelhirntraumatisierten Patienten

Angehörige von Patienten nach Schädelhirntrauma (SHT) erleben oftmals erhebliche Probleme, u.a. Angst, Depression, Posttraumatische Belastungsstörungen. Viele Angehörige verlieren langfristig ihre Arbeit oder geben sie auf, machen Schulden, beginnen Medikamente zu nehmen oder werden selbst krank. Baker et al. (2017) haben eine fokussierte Übersichtsarbeit zu der Frage durchgeführt, welche Interventionen diesen Angehörigen im Intensivbereich und danach helfen können, um entsprechende Probleme zu vermeiden. Von 62 identifizierten Studien untersuchten 51 die Auswirkungen eines SHTs auf die Angehörigen, 11 Studien testeten Interventionen. Grundsätzlich sind eine stabile Familie, die Fähigkeit zur Bewältigung und soziale Unterstützung hilfreich. Wirksam waren vor allem Interventionen, die langfristig die Selbstständigkeit der Patienten verbesserten, wodurch sich die Angehörigen entlastet fühlten. Interventionen, die die Angehörigen direkt meinten, waren u.a. das Training von Bewältigungsstrategien, Selbsthilfegruppen und Beratung durch andere Betroffene, Re-Integration in das Berufsleben, Websites und Telefonberatung.

Kommentar: *Viele der Interventionen wurden erst nach der Entlassung von der Intensivstation begonnen, und es ist immer noch unklar, wann der beste Zeitpunkt ist, um die Angehörigen darauf vorzubereiten, da dies auch vom langfristigen Rehabilitationsverlauf der Patienten abhängig ist. Die Literaturübersicht zeigt, dass Angehörige von SHT Patienten eine sehr gefährdete Gruppe darstellen und frühzeitig Hilfe und Beratung benötigen (PN).*

Quelle: Baker A, Barker S, Sampson A, et al. Caregiver outcomes and interventions: a systematic scoping review of the traumatic brain injury and spinal cord injury literature. Clin Rehabil. 2017 Jan;31(1):45-60.

Wie nehmen Pflegende Lärm wahr?

Auf Intensivstationen kann es laut werden, der Lärm wird aber unterschiedlich wahrgenommen. White et al. (2017) aus den USA haben in einer Pilotstudie morgens und abends Schalldruckmessungen durchgeführt und die Ergebnisse mit der Wahrnehmung von Lärm durch Intensivpflegende verglichen. Insgesamt lag die Lautstärke über der von der WHO empfohlenen Lautstärke. Abends wurden 40 dB empfohlen, der gemessene Schalldruck lag bei 62 dB. Interessanter Weise nahmen Intensivpflegende den Lärm deutlich lauter wahr. Die Autoren schlussfolgern, dass es zwar Interventionen gibt, die den Lärm dämpfen könnten (Ohrstöpsel, geräuschkämpfende Oberflächen etc.), aber nicht die Ursachen behoben werden.

Kommentar: *Pflegende können eine Alarm-Fatigue entwickeln und den Lärm zwar wahrnehmen, aber unternehmen nichts, um ihn zu verhindern. Man wird betriebs-„taub“. Entsprechende Hinweise, um die Aufmerksamkeit zu schulen und eine Veränderung von lärmauslösendem Verhalten sind effektive Mittel, um Ruhe zu verbreiten (PN).*

Quelle: White BL, Zomorodi M. Perceived and actual noise levels in critical care units. Intensive Crit Care Nurs. 2017 Feb;38:18-23

In eigener Sache: Bettensperrungen im Intensivbereich

Pflegepersonalmangel im Intensivbereich kann u.a. durch die Sperrung von Betten ausgeglichen werden. Um herauszufinden, unter welchen Bedingungen und mit welchen Konsequenzen Intensivbetten aufgrund von Pflegepersonalmangel gesperrt werden, wurde eine explorative online-Befragung im Oktober 2016 durchgeführt. Es konnten die Angaben von 358 Teilnehmern ausgewertet werden, bei denen Betten gesperrt worden sind. Nur knapp jede 5. Intensivstation (17,9%) verfügte über eine schriftliche Verfahrensordnung, auf den meisten Intensivstationen (56,6%) wurden Bettensperrungen individuell entschieden. In einem normal besetzten Frühdienst betreuten Pflegekräfte im Mittelwert 2,5 Patienten (Mittlere 50 %: 2-3). Damit eine Bettensperrung in Kraft treten konnte, musste ein Mittelwert von 4,0 (3-4) Patienten pro Pflegekraft erreicht werden, 52% gaben an, dass zusätzlich aufwendige Patienten (ECMO, Delir usw.) versorgt werden müssten. Die Vorteile bestanden lt. Befragter in einer besseren Patientenversorgung, Vermeidung von Risiken und Fehlern und Schutz der Mitarbeiter. Die Nachteile bestanden u.a. in verzögerten Operationen und Untersuchungen, Abweisung

und auch Gefährdung von nicht aufgenommenen Patienten. Wir schlussfolgern, dass Bettensperrungen aufgrund von Pflegepersonal-mangel nicht konfliktfrei sind: sie führen auf der einen Seite zu einer besseren Patientenversorgung und höheren Mitarbeiterzufriedenheit, auf der anderen Seite aber zu längeren Wartezeiten und ggf. zu erheblichen Gesundheitsrisiken nicht aufgenommener Patienten. Implementierte Verfahrensordnungen geben dennoch eine Planungssicherheit. Die vollständigen Ergebnisse und Kommentare der Teilnehmer sind auf www.bettensperrung.de zu finden (PN).

Quelle: Nydahl P, Dubb R, Kaltwasser A (2017). Bettensperrungen im Intensivbereich. Die Schwester Der Pfleger 56 (1): 88-92.

Schmerzeinschätzung bei kritisch kranken Patienten

Eine Observationsstudie von Severgnini et al. (2016) verglich bei n= 101 Patienten und 303 Schmerzerhebungen, die Schmerzerfassungsinstrumente „Behavioral Pain Scale“ (BPS) und das „Critical-Care Pain Observation Tool“ (CPOT), die beide von den deutschen Leitlinien (DAS 2015) hinsichtlich der Erhebung des Schmerzlevels für Patienten empfohlen wird, die sich nicht eigenständig und oder verbal äußern können. Die Wissenschaftler wollten weiterhin wissen, welches die meist eingeschätzten Parameter zur Schmerzerhebung während pflegerischen Maßnahmen sind sowie die BPS und die CPOT Scores mit den Ergebnissen der Visuellen Analog Skala (VAS) vergleichbar sind. Die Schmerzeinschätzung wurde 1 Min. vor pflegerischen Maßnahmen, während und 20 Min. danach erhoben. Die VAS wurde zusätzlich bei wachen Patienten angewandt. Sowohl die BPS als auch die CPOT zeigten eine gute Validität. Die BPS zeigte eine höhere Spezifität [=richtig-negative Rate eines Tests, d.h. die Patienten die keine Schmerzen haben, werden richtig als solche identifiziert] mit 91,7% als die CPOT (70,8%), aber eine niedrigere Sensitivität [=richtig-positiv Rate eines Tests, d.h. die Patienten die Schmerzen haben werden richtig als solche identifiziert] BPS= 62,7%; CPOT=76,5%. Beide Instrumente korrelierten signifikant mit der Selbsteinschätzung des Schmerzes der Patienten mittels der VAS (p<0,0001). Die Kombination beider Instrumente resultierte in einer erhöhten Sensitivität (80,4%). Der Gesichtsausdruck war der Hauptparameter, der von Pflegenden zur Schmerzeinschätzung der Patient während einer pflegerischen Maßnahme beurteilt wurde.

Kommentar: Was bedeutet das nun? Ganz wichtig ist es, den Schmerz mittels einer validierten Skala regelmäßig zu erheben und auch den Verlauf (z.B. nach nicht-pharmakologischen oder pharmakologischen Intervention) zu erfassen & zu dokumentieren. Beobachtende Skalen wie BPS oder CPOT sind dafür auch in Kombination hervorragend geeignet; wenn der Patient sich aber selbst äußern kann, sind die Numerische Rating Skala (0-10) oder die VAS einzusetzen. (SK)

Quelle: Severgnini, P. et al. (2016). Accuracy of Critical Care Pain Observation Tool and Behavioral Pain Scale to assess pain in critically ill conscious and unconscious patients: prospective, observational study. Journal of Intensive Care. 4:68

Warum ist die Bauchlage so unpopulär?

Ein sehr interessanter Beitrag erschien in Critical Care (2016). Dieser Kommentar beschäftigte sich mit den Ergebnissen einer großen multizentrischen (459 Intensivstationen aus 50 Ländern nahmen teil) prospektiven Kohortenstudie von Bellani et al. (2016) bezüglich der Epidemiologie und des Managements von ARDS Patienten. In dieser Studie wurden n= 29.144 Patienten eingeschlossen, von denen n= 2377 ein ARDS in den ersten 48 Stunden entwickelten. Erstaunlicher und auch schockierender Weise wurden weniger als 2/3 der Patienten mit einem Tidalvolumen von 8ml/kg oder weniger beatmet und nur 16,3% wurden in die Bauchlage positioniert. Der Autor des Kommentars zu dieser Studie, Jason Chertoff, stellte die berechnete Frage, warum das so ist. In Gesprächen mit Kollegen wurden erhöhter Arbeits- und Personalaufwand, Unsicherheit über den positiven Effekt der Maßnahme sowie unerwünschte Ereignissen wie: Dekubitus, Extubation oder verrutschen des Tubus als mögliche Gründe für das Nichtdurchführen einer Bauchlage genannt. Der Autor verweist auf eine Studie von Guérin et al. (2013), in der die Bauchlage die 28 Tage Mortalitätsrate hochsignifikant senken konnte sowie auf ein Cochrane Review von Bloomfield et al. aus dem Jahre 2015, in dem keine vermehrten unerwünschten Ereignisse in Bauchlage festgestellt werden konnten.

Kommentar: Wie sieht es bei uns in den Bereichen aus? Wird leitliniengerecht bezüglich eines angestrebten Tidalvolumens und Sedierungsmanagements gearbeitet? Initiieren wir zügig eine Bauchlage, wenn indiziert, wie es in den deutschen Leitlinien zur Lagerungstherapie (2015) empfohlen wird? Sollte dies nicht der Fall sein und es Unsicherheiten oder Fragen geben, auch vom pflegerischen Standpunkt zum Thema Bauchlagerung, bitte gerne bei uns melden, wir vermitteln gerne eine Mittagsfortbildung. (SK)

Quellen: Chertoff, J. (2016). Why is prone positioning so unpopular? Journal of Intensive Care. 4:70. Bellani, G. et al. (2016). Epidemiology, patterns of care, and mortality for patients with acute respiratory distress syndrome in intensive care units in 50 countries. JAMA, 315(8), 788-800. Guérin, C. et al. (2013). Prone positioning in severe acute respiratory distress syndrome. N Engl J Med. 368:2159-68. Bloomfield, R. et al. (2015). Prone position for acute respiratory failure in adults. Cochrane Database Syst Rev. Bein, T. et al. (2015). Kurzversion S2e-Leitlinie-„Lagerungstherapie und Frühmobilisation zur Prophylaxe oder Therapie von pulmonalen Funktionsstörungen“. Der Anaesthetist. 64(8), 596-611.

In eigener Sache 2: in Kiel findet am 21.2. von 14:00-15:00 im Neurozentrum, Konferenzraum B ein Treffen akademisierter Pflegekräfte statt. Kommen können alle, die Interesse am Studium haben, studieren oder studiert haben. Themen sind aktuelle Forschungsprojekte und die Pflegekammer.

In eigener Sache 3: Das 7. Intensivpflegesymposium findet in Kiel am 23. März von 14:00-17:00 Uhr im Neurozentrum, Konferenzraum B statt.