

# Pflegeforschung

## Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im Februar 2017

### ► Für Euch gelesen

Liebe Kolleginnen und Kollegen der Intensivpflege,

hier unser Februar Newsletter, der sich mit der Hautreinigung unserer kleinsten Patienten, dem Konzept von offenen Besuchszeiten und Fixierungen beschäftigt. Viel Interesse beim Lesen wünschen Peter Nydahl und Susanne Krotsetis

#### Hautpflege bei sehr kleinen und unreifen Frühgeborenen

Aus der Praxis der pädiatrischen Intensivstation kam eine Frage, welche Empfehlungen es zu einer evidenzbasierte Hautpflege in Bezug auf das Waschen/Baden unserer jüngsten Patienten gibt. In der Praxis werden diese Kinder mit sterilem Aqua dest. gewaschen, um die Haut, die noch nicht ausreichenden mit Schutzbarrieren gegen pathogenen Keime ausgestattet ist, zu schützen. Aber gibt bei diesem Vorgehen evtl. auch Nachteile? Leider sind aktuelle, wissenschaftliche Arbeiten, die sich speziell mit dieser Frage in dieser Patientenpopulation beschäftigen, kaum vorhanden. Ein Artikel von Deanne Johnson, welcher als Fortbildungseinheit 2016 in dem Journal: *Advances in Neonatal Care* erschienen ist, konnte ausgemacht werden. Der Inhalt und die Empfehlungen basieren auf Ergebnissen einer Expertenrunde (+ Literaturergebnissen), welche durch eine „Neonatal Skin Integrity Nurse Practitioner“ geleitet wurde. Folgende Empfehlungen zum Waschen von unreifen (22-28 Woche) Frühgeborenen wurden gegeben:

- Benutzung von warmem, sterilen Wasser
- Baden 2x in der Woche oder jeden 4. Tag
- Benutzung von milden pH neutralen Waschzusätzen/-reiniger erst nach der 2. Lebenswoche.

**Kommentar:** *Über schädigende Nebenwirkung durch die Reinigung mit destilliertem/sterilem Wasser wird weder in diesem Artikel noch in älterer Literatur, die sich mit dieser Thematik beschäftigt (Lund et al. 1999), berichtet. Der Mangel an aktuellen und umfassenden Forschungsergebnissen zur Hautpflege in der Gruppe der unreifen Frühgeborenen wird u.a. auch von der Autorin D. Johnson bedauernd festgestellt. (SK).*

Quelle: Johnson, D. E. (2016). Extremely Preterm Infant Skin Care: A Transformation of Practice Aimed to Prevent Harm. *Advances in Neonatal Care*, 16, S26-S32. Lund C., Kuller J., Lane A., Lott JW., Raines D. (1999). Neonatal skin care: the scientific basis for practice. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*; 28 : 241-254.

#### Offene Besuchszeiten auf der Intensivstation – Vorteile für wen?

Ebenfalls aus der Praxis kam der Wunsch, noch einmal nach Belegen über Effekte einer offenen Besuchszeitenregelung auf Intensivstationen zu schauen. Eine Übersicht (Alberto et al. 2013) zeigt ein unterschiedliches Bild darüber, wie die Intensivstationen mit der Besuchszeitenregelung verfahren, wobei Deutschland in der Untersuchung nicht erscheint. Offene Besuchszeiten gibt es zu: 70 % in Schweden, 32 % in den USA, 22 % in UK, 14 % in den Niederlanden, 7 % in Frankreich, 3,3 % in Belgien und 2 % in Italien. Effekte für Angehörige/Patienten: In einer australischen Studie (Mitchell und Aitken 2016) gaben alle befragten Patienten ein positives Feedback bezüglich der ausgeweiteten Besuchszeiten an. Fünfundachtzig Prozent der befragten Angehörigen waren sehr zufrieden mit der offenen Besuchszeitregelung. Interessanter Weise bewegten sich 76 % der Angehörigen weiterhin in den schon bestehenden Besuchszeiträumen von 11-20 Uhr und nur 24 % nahmen die Zeit dazwischen für Besuche wahr. Die Angehörigen gaben in der Umfrage an, Pflege (-prozeduren) als Priorität wahrzunehmen, hinter denen Ihre (zeitlichen) Wünsche zurückstehen sollten. Effekte für Pflegenden: Eine französische Arbeit von Jouot et al. (2015) berichtet über die Wahrnehmung von Pflegenden nach Einführung von offenen Besuchszeiten auf einer Intensivstation eines Traumazentrums nach 9 Monaten und nach 3 Jahren. Alle an der Befragung Beteiligten (72 % der Pflegenden) kannten sowohl das System der festen als auch der offenen Besuchszeiten.

Ergebnis:

Frage:	Nach 9 Monaten	Nach 3 Jahren	p Wert
Hat eine negative Auswirkung auf die Pflegequalität	14%	11%	p= 0,5
Hat eine negative Auswirkung auf Pflegeabläufe	57%	27%	p=0,01
Unterstützt ein verbessertes Verhältnis zu Angehörigen	63%	89%	p=0,02
Würden gerne zu festen Besuchszeiten zurückkehren	23%	2%	p=0,007

**Kommentar:** Die vorgestellten Studien berichten alle über Besorgnisse der Pflegenden hinsichtlich der Einführung von offenen Besuchszeiten. Ein gewisser, sicherlich teamabhängiger, Zeitraum und eine Grundmotivation müssen da sein, damit sich Abläufe und das Team selbst an ein neues System adaptieren können. Ist dies aber gelungen, sind positive Effekte für alle Beteiligten nachgewiesen.

(SK) Quelle: Alberto, G. et al. (2013). Partial liberalization of visiting policies and ICU staff: a before-and-after study. "Intensive care medicine 39.12: 2180-2187. Mitchell, Marion L., und Leanne M. Aitken. (2016). Flexible visiting positively impacted on patients, families and staff in an Australian Intensive Care Unit: A before-after mixed method study. Australian Critical Care. Jouot, T. et al. (2015). Intensive care unit staff will not go back to restricted visiting hours." British journal of anaesthesia. 115.2: 319-320.

## Physische Fixierung von Intensivpatienten

Die Fixierung von Intensivpatienten kann chemisch und/oder physisch erfolgen. Physische Fixierung sind nicht konfliktfrei, da sie zum Einen dem Schutz der Patienten dienen, sie aber zum Anderen auch zu Verletzungen führen oder Patienten in ihrer Beweglichkeit einschränken können. Freeman et al. (2016) aus den England haben 72 Intensivpflegende dazu befragt, wie sie zur physischen Fixierung denken. Im Ergebnis wurde deutlich, dass die meisten befragten Pflegekräfte der Ansicht sind, die Fixierung diene in erster Linie zum Schutz der Patienten, vor allem wenn die Sedierung reduziert wird. Fixierung sei die bessere Alternative zur chemischen Fixierung, allerdings gab es Unsicherheiten über die Anwendung und gesetzliche Bestimmungen. Angehörige würden Fixierungen meistens verstehen. Die Autoren schlussfolgern, dass Pflegende sich in der Rolle sehen, auf die von Ärzten angelegten Zu- und Ableitungen aufzupassen und diese zu sichern. Durch das Entfernen gefährden sich Patienten, was zu Konflikten mit den Ärzten führt. **Kommentar:** die Ergebnisse der Befragung lassen sich mit Einschränkungen sicherlich auch auf deutsche Verhältnisse übertragen. Interessanterweise werden in der Umfrage von Freeman ethische und juristische Aspekte kaum diskutiert (PN)

Quelle: Freeman S, Hallett C, McHugh G. Physical restraint: experiences, attitudes and opinions of adult intensive care unit nurses. Nurs Crit Care. 2016 Mar;21(2):78-87.

## Wirkung von physischen Fixierungen

Perren et al. (2015) aus der Schweiz haben in einer prospektiven Beobachtungsstudie bei 120 gemischten Intensivpatienten in drei Krankenhäusern in 3256 Pflegeschichten untersucht, ob eine physische Fixierung einen Einfluss auf unerwünschte Entfernung von Zu- und Ableitungen hat. Im Ergebnis zeigte sich, dass in 43% der Pflegeschichten Patienten fixiert waren. Unruhe, insuffiziente Sedierung oder Reduzierung der Sedierung waren die häufigsten Gründe, Patienten zu fixieren; hingegen waren Analgetika bei Aufnahme und neuromuskuläre Störungen Faktoren, Patienten eher nicht zu fixieren. In Summe entfernten sich 44 Patienten 86 Zu- und Ableitungen, davon 17 (20%) Leitungen durch agitierte, fixierte Patienten, 40 (46%) Zu- und Ableitungen durch ruhige, nicht fixierte Patienten. Die entfernten Ableitungen waren 47 Magensonden, 12 Endotrachealtuben, 13 periphere Zugänge (arteriell/venös), 9 Drainagen, 5 zentrale Venenwege/Dialysekatheter. In Folge mussten 5 von 12 Patienten re-intubiert werden, 3 benötigen NIV; 46% der anderen Leitungen wurden neu angelegt. Ein Patient starb, allerdings nicht aufgrund der Selbst-Extubation, bei den anderen Patienten wurden keine ernsthaften Konsequenzen beobachtet. Es gab Unterschiede bzgl. der Fixierungsrate zwischen den Krankenhäusern. Die Autoren schlussfolgern, dass Fixierungen an sich sicher sind und zu keinen ernsthaften Schäden führen. **Kommentar:** wache, ruhige Patienten zeigen das höchste Risiko für eine unerwünschte Entfernung von Zu- und Ableitungen und es ist denkbar, dass es sich hierbei um hypoaktiv delirante Patienten handelte. In der Studie wurde ein Delir aber lediglich eingeschätzt, nicht mit einem validen Assessment untersucht. Ein regelmäßiges Delir-Assessment ist bei diesen Patienten daher sehr zu empfehlen (PN).

Quelle: Perren A, Corbella D, Iapichino E et al. Physical restraint in the ICU: does it prevent device removal? Minerva Anestesiol. 2015 Oct;81(10):1086-95.

## In eigener Sache

1. in Kiel findet am 21.2. von 14-15 Uhr 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.
2. Das 7. Intensivpflegesymposium findet in Kiel am 23. März von 14-17 Uhr im Neurozentrum, Konferenzraum B statt.