

# Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im April 2018

## ► Für Euch gelesen

Liebe Kollegen und Kolleginnen,

anbei der April Newsletter mit den Themen der Tracheotomie auf der Intensivstation und dem Sprechen mit subglottischer Absaugung. Außerdem stellt Björn Hussels (stellv. Teamleitung Station 12a1/12a2 und 42 IMC und wissenschaftlicher Mitarbeiter im Projekt „ACTIVATE“) in dieser Ausgabe einen Artikel zum Thema „Angehörigengespräche auf der Intensivstation“ vor - herzlichen Dank. Wir immer wünschen wir Ihnen viel Spaß beim Lesen des Newsletters und freuen uns über Anregungen und Themenwünsche. Peter Nydahl und Susanne Krotsetis.

### Tracheotomie auf der Intensivstation - Leitlinien von einem französischen Expertenpanel

Ein Expertenteam (Trouillet et al. 2018), welches sich aus Mitgliedern den französischen Intensiv-, Notfallmedizin-, Anästhesie- und HNO-Gesellschaften zusammensetzte, führte eine systematische Literaturrecherche zum Thema Tracheotomie auf der Intensivstation durch. Fünf Felder wurden identifiziert: a) Indikationen und Kontraindikationen, b) Tracheotomietechniken, c) Modalitäten einer Tracheotomie auf der Intensivstation, d) Management von Patienten, bei denen eine Tracheotomie durchgeführt wird und e) Dekanülierung. Es konnten auf Basis der gesichteten Literatur 8 formale Leitlinien, 10 Expertenempfehlung und 3 Behandlungsprotokolle erstellt werden. Bei den Leitlinien konnten 2 mit einem sehr hohen Evidenz-Konsensgrad (Grad 1+/-) und 6 mit einem niedrigeren Evidenz-Konsensgrad (Grad 2+/-) innerhalb der Expertengruppe ausgesprochen werden. Ergebnisse: Eine Tracheotomie auf der Intensivstation sollte nicht vor dem 4 Tag der mechanischen Beatmung durchgeführt werden ( Grad 1+/hoher Konsens); 2) Eine perkutane Tracheotomietechnik ist der Standard bei Intensivpatienten (Grad 1+/ hoher Konsens); 3) Die perkutane Dilatationstracheotomie sollte vermutlich als die Standardmethode bei intensivpflichtigen Patienten bevorzugt werden (Grad 2+/hoher Konsens); 4) Eine fieberoptische Bronchoskopie sollte vermutlich vor und während der perkutanen Tracheotomie angewandt werden (Grad 2+/hoher Konsens) ; 5) Ein Larynx-tubus sollte vermutlich nicht während der perkutanen Tracheotomie auf der Intensivstation verwendet werden (Grad 2-/hoher Konsens); 6) Die perkutane Tracheotomie sollte vermutlich Ultraschall gesteuert durchgeführt werden (Grad 2+/hoher Konsens) ; 7) Der Cuff der Trachealkanüle soll vermutlich entblockt werden, wenn der Patient spontan atmet (Grad 2+/hoher Konsens); 8) Eine pharyngolaryngeale Untersuchung sollte vermutlich nach der Dekanülierung durchgeführt werden (Grad 2+/hoher Konsens). **Kommentar:** Diese Leitlinien und Empfehlungen sind von einem französischen Expertenteam auf Basis internationaler Forschungsergebnisse erstellt worden und somit nicht „per se“ automatisch für deutsche Intensivpatienten gültig. Trotzdem sind sie interessant und wichtig zu lesen und evtl. gemeinsam im therapeutischen Team zu reflektieren. Dieser Artikel ist in englischer Sprache frei verfügbar (open access) und die hinter jeder Empfehlung vorgestellten Begründungen erläutern den wissenschaftlichen Hintergrund. Sehr empfehlenswert zu lesen. (SK).

Quelle: Truillet JL. et al. (2018). Tracheotomy in the intensive care unit: guidelines from a french panel. Annals of Intensive Care. 8:37. (open access).

### Das Angehörigengespräch in der Intensivmedizin

In dem Artikel von Hartog (et al. 2018) wird die Bedeutung der Angehörigengespräche näher betrachtet. Die Belastung und der Stress der Angehörigen auf einer Erwachsenenintensivstation (ITS) können zu erheblichen gesundheitlichen Überforderungen bei den Angehörigen führen. In der Folge kann es zu einem sog. „Intensivstationssyndrom der Angehörigen“ („family intensive care unit syndrome“) oder einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) kommen. Weiterhin werden Ängste, Depressionen und ein kognitives Abstumpfen bei den Angehörigen beschrieben. Spätfolgen werden als Post-Intensivstations-Syndrom der Angehörigen („post-intensive care syndrome-family“, PICSF) bezeichnet. Um diesen entgegenzuwirken, wurde „das Konzept der angehörigenzentrierten Versorgung („family centered care“) entwickelt. Die psychische Belastung der Angehörigen konnte in einer Studie von Davidson et al. (2017) durch die Einführung einer strukturierten Gesprächstechnik nach 3 Monaten signifikant gesenkt werden. Als eine mögliche Gesprächstechnik wird die sog. VALUE-Technik vorgestellt. Diese beinhaltet 5 Felder, die wie folgt bezeichnet werden:

1. VALUE: Respekt und Wertschätzung – Respektvoller Umgang mit stets korrekter Ansprache, höflicher Wortwahl, professionellen Manieren
2. ACKNOWLEDGE: Akzeptieren und Zulassen – Emotionale Reaktionen der Angehörigen nicht persönlich nehmen, sondern selbstverständlich akzeptieren und zulassen
3. LISTEN: Zuhören - Die Zufriedenheit der Angehörigen steigt mit ihrem Redeanteil
4. UNDERSTAND: Patient als Menschen verstehen – Fragen zur Person und Persönlichkeit des Patienten stellen, um sich ein besseres Bild von ihm machen zu können
5. ELICIT: Erfragen – Nachfragen, ob es nach etwas gibt, ob noch weitere offene Fragen oder Bedürfnisse bestehen“

Die durchschnittliche Zeit wurde mit 16 Minuten pro Patient ermittelt. Hartog (et al.) empfehlen einmal wöchentlich ein strukturiertes Angehörigengespräch, in ruhiger Atmosphäre und in Anwesenheit der zuständigen Pflegefachkraft, zu führen. Weiter wird empfohlen, dass jede Intensivstation einen individuellen Gesprächsleitfaden erstellen soll. **Kommentar:** *Angehörigengespräche sollten nicht im Patientenzimmer oder auf dem Flur „nebenbei“ erfolgen! Wie wichtig ein wöchentliches, strukturiertes, ruhiges und offenes (und dokumentiertes) Gespräch mit Angehörigen ist, wird in dem Artikel von Hartog (et. al) sehr klar zum Ausdruck gebracht. Zeit- und Personalmangel, sowie eine Arbeitsverdichtung sind die Gegenspieler, die es dabei zu bewältigen gilt (BH).*

Quelle: C. S. Hartog, S. Jöbges, O. Kumpf, U. Janssens (2018): Angehörigengespräch in der Intensivmedizin, Springer, <https://doi.org/10.1007/s00063-018-0417-y>. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC et al (2017) Guidelines for familycentered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. Crit Care Med 45:103–128. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002169>

## Sprechen mit subglottischer Absaugung

Bei Patienten, die mit einer Trachealkanüle mit subglottischer Absaugung versorgt werden, kann über die subglottische Absaugung Sekret abgesaugt werden, das sich oberhalb des Cuffs abgesammelt hat. Dadurch kann eine stille Aspiration und ggf. konsekutive Pneumonie verhindert werden. Problematisch an der Tracheostomie ist allerdings, dass Patienten nicht sprechen können, es sei denn, sie erhalten Sprechventile. In den letzten Jahren sind vermehrt Artikel veröffentlicht worden, die sich mit dem Sprechen über die subglottische Absaugung beschäftigen und McGrath e al. (2018) aus England haben hierzu eine Studie durchgeführt. In den fünf Monaten der Studie wurden 74 Patienten mit Tracheostomien versorgt, von denen 86,5 % (n=64) problemlos entblockt werden konnten oder Kontraindikationen (befolgt keine Aufforderungen, Emphyse, tracheale Stenosen, Gesichtsfrakturen) hatten, 10 Patienten wurden in die Studie eingeschlossen. Die Patienten erhielten nach Information 1-5 l Sauerstoff über die subglottische Absaugung. Im Mittelwert nutzten die Patienten 9x diese Möglichkeit, im Mittelwert 15 Minuten pro Versuch. In 72 % der Versuche hatten Patienten eine hörbare Stimme (Flüstern oder Sprechen), die die Kommunikation wesentlich erleichterte. Es gab auch in 28,5 % der Versuche Nebeneffekte wie Unwohlsein, vermehrte Sekretbildung, Luftlecks oder Abbruch. Die Autoren haben das Sprechen auf jeweils kurze Zeiten beschränkt, da der mögliche Effekt der Austrocknung durch einen zu lange andauernden O<sub>2</sub>-Fluss noch unbekannt ist. **Kommentar:** *gerade langzeitbeatmete, tracheotomierte Patienten bemängeln die fehlende Sprache und eingeschränkte Kommunikation. Das Sprechen über die subglottische Absaugung ist demnach eine elegante Möglichkeit, Patienten das Sprechen zu ermöglichen und sollte im Einzelfall immer erwogen werden. Als Praxistipp: man benötigt einen abgeschnittenen weißen Absaugkatheter, um einen Konnektor für die subglottische Absaugung zu haben. Vor der Konnektion sollte in jedem Fall überprüft werden, ob der Kanal der subglottischen Absaugung aspirabel, bzw. durchgängig ist. Bei Verstopfung, bzw. trachealer Stenose ist das Sprechen kontraindiziert. (PN)*

Quelle: McGrath BA, Wallace S, Wilson M et al. Safety and feasibility of above cuff vocalisation for ventilator-dependant patients with tracheostomies. Journal of Intensive Care Society 2018. In press.