

Pflegeforschung

Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im Mai 2018

► Für Euch gelesen

Liebe Kollegen und Kolleginnen,

in diesem Mai-Newsletter geht es um die Ernährung, das Teamverständnis, Besuch von Kindern und Mobilisierung. Viel Spaß beim Lesen wünschen Susanne Krotsetis und Peter Nydahl.

Einfluss einer mediterranen Ernährungsform auf Patienten mit einem akuten Myokardinfarkt

Eine Diät kann nicht nur insbesondere vor den Sommermonaten dazu beitragen, die gewünschte „Strandfigur“ zu bekommen, neben der Gewichtsreduktion gibt es Annahmen, dass bestimmte Diäten, bzw. Ernährungsformen auch eine gesundheitsfördernde Wirkung haben. Die Mittelmeer-Diät z.B. zeichnet sich durch die Aufnahme hoher Anteile von Vitaminen, Mineralstoffen und ungesättigten Fettsäuren (z.B. Olivenöl) aus. Es gibt Hinweise auf eine protektive Wirkung dieser Kost, die über den Schutz der Gefäße hinausgeht. Diese Hinweise basieren auf Forschungsergebnisse aus den 50er-Jahren, bei denen Daten aus den USA und europäischen Ländern verglichen wurden und deutliche Unterschiede der Blutcholesterolverte und der Mortalität an koronaren Herzkrankheiten (KHK) auffielen. Ein Posterabstrakt (Scarano et al. 2018) stellt die Effekte einer mediterranen Ernährungsform nach dem Ereignis eines ersten akuten Myokardinfarktes dar. In dieser Studie wurden n=533 europäische Patienten spätestens 6 Stunden nach dem Auftreten der ersten Symptome nach einem ST-Hebungsinfarkt (STEMI) zu ihrer Ernährungsweise mittels des Mediterranean Diet Score (FAMI MD Score) befragt, welcher insbesondere die Befolgung einer mediterranen Ernährungsstiles beurteilt. Weiterhin wurden Blutproben für CRP, CK und den Interleukin 6 Wert entnommen. Ergebnis: Patienten mit einem höheren FAMI Score hatten signifikant niedrigere CRP Werte ($p=0,0013$). Interleukin und der FAMI Score korrelierten nicht. Der CK Spitzenwert (Hinweis auf das Ausmaß einer Myokardschädigung) korrelierte ebenfalls nicht mit dem FAMI Score, aber wurde maßgeblich durch eine hohe Zufuhr von Obst und Gemüse positiv beeinflusst ($p=0,0357$). Ein hoher FAMI Score wurde weiterhin mit einer effektiveren Myokardreperfusion nach Thrombolyse oder einer perkutanen transluminalen coronaren Angioplastie (PTCA) assoziiert. Es gab keinen Zusammenhang mit der mediterranen Ernährungsform und der Krankenhaus- oder 180 Tage Prognose. **Kommentar:** Was hat das mit der Versorgung von STEMI Patienten auf den Intensivstationen zu tun? Primär nichts... sekundär könn(t)en wir aus diesen Ergebnissen mitnehmen, unseren Patienten Ernährungshinweise für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt mitzugeben. (SK).

Quelle: Scarano P. et al. (2018). Impact of the Mediterranean diet on patients with a first acute myocardial infarction. Journal of the American College of Cardiology. 71(11), A87.

Was macht ein Intensivteam aus?

Die Arbeit auf einer Intensivstation kann nur durch ein Team mit unterschiedlichen Professionen geleistet werden, dennoch stellt sich die Frage, was ein Team eigentlich ausmacht und definieren würde. Donovan et al. (2018) aus den USA haben nach einer Literaturrecherche ein interprofessioneller Team definiert: ein interprofessionelles Team besteht aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die a) sich überschneidende Expertisen haben und b) die einzigartigen Beiträge anderer Teammitglieder wertschätzen, und c) die Partner sind, die ein gemeinsames Ziel verfolgen. **Kommentar:** Wenn sich Expertisen überschneiden, bedeutet dies, dass es keine Profession gibt, der eine bestimmte Tätigkeiten ausschließlich zugeordnet werden kann, z.B. kann die Einstellung der Beatmung von Mediziner, Pflegenden und/oder Atmungstherapeuten vorgenommen werden. Gleichzeitig kann aber nicht jeder alles machen und eine gegenseitige Wertschätzung für die Arbeit des anderen ist grundlegend wichtig. Dies klappt eben am besten, wenn alle ein gemeinsames Ziel verfolgen und an einem Strang ziehen. Pflegende sind dabei ambivalent. Auf der einen Seite sind die originären Aufgaben nicht klar definiert (was ist Pflege eigentlich - nicht?), auf der anderen Seite übernehmen sie viele Aufgaben und spielen in der Teamstruktur eine Schlüsselrolle, da sie neben ihrer Fachexpertise eine wichtige Aufgabe in der Kommunikation und Koordination übernehmen. Und zusätzlich fällt die Kommunikation auf gleicher Ebene dennoch schwerfallen. Also: miteinander reden, einander wertschätzen und über gemeinsame Ziele sprechen! Oder im Team hinterfragen: Warum schaffen wir es nicht, miteinander zu kommunizieren? (PN)

Quelle: Donovan AL, Aldrich JM, Gross AK, et al. Interprofessional Care and Teamwork in the ICU. Crit Care Med. 2018 Mar 7.

Kinder als Besucher auf den Intensivstationen

Immer wieder wird das therapeutische Team vor die Frage gestellt, ob Kinder als Besucher auf den Intensivstationen erlaubt sind. Besonders bei Kindern unter 14 Jahren wird das potentielle Risiko der Übertragung von Kinder-Infektionskrankheiten ins Feld geführt. Reuß et al. (2017) beschäftigten sich im Rahmen einer Bachelor Arbeit mit diesem Thema und es entstand unter anderem ein Artikel mit dem Titel „Heute war ich bei Papa“ (Reuß et al 2017). Reuß beleuchtet das Thema basierend auf pflegewissenschaftlichen Ergebnissen aus verschiedenen Aspekten. Unter der Voraussetzung, dass die Kinder emotional begleitet werden, kann der Besuch helfen Wirklichkeit und Fantasie, „Was ist mit Papa oder Mama?“, abzugrenzen und dies besser zu verstehen und zu verarbeiten. Dabei wird auf die wichtige Rolle der Pflegenden in dieser Begleitung hingewiesen. Sie können (und sollten) Fragen beantworten und in einfachen Worten Dinge wie z.B. Geräte, Ab-Zuleitungen erklären. Aber auch auf die evtl. emotionale Belastung des Kranken wird hingewiesen. Möchte er/sie den Besuch? Kann damit umgegangen werden oder stellt es in diesem Moment eine (zu) große Belastung dar? Diese Fragen sollten vorab geklärt werden. Reuß weist in ihrem Artikel auch auf die zu schaffenden Umgebungsfaktoren hin. Zum Ersten auf den ausreichenden Zeitrahmen der Pflegenden, um als Expert*in der Situation und Umgebung der Intensivstation das Kind zu begleiten. Materialien, die einen Kinderbesuch vor- und nachbereiten können, sollten ebenfalls vorrätig sein. Zum Thema der Übertragung von Infektionskrankheiten gibt Reuß eine Studie an, in der das beschriebene Infektionsrisiko beider Gruppen als nicht bestätigt dargestellt wird. Konsens dieses kurzen Abschnittes des Artikels ist, dass gesunden Kindern nach Möglichkeit der Besuch bei nicht isolationspflichtigen Patienten erlaubt werden sollte. **Kommentar:** Dieser Artikel ist sehr lesenswert und für UKSH MitarbeiterInnen frei im e-ref zugänglich. Natürlich sollte das Thema im gesamttherapeutischen Team besprochen und im Konsens aller umgesetzt werden. Aber vielleicht kann der Artikel einen Anstoß geben, dieses Thema stationsintern zu reflektieren? Um Kindern den Besuch und das Verstehen einer Intensivstation zu erleichtern, steht unter; https://www.mri.tum.de/sites/mri.tum.de/files/seiten/malbuch_kinder_intensivstation.pdf eine Broschüre des Klinikums rechts der Isar zur Verfügung, welche frei heruntergeladen und ausgedruckt werden kann. (SK).

Quelle: Reuß, Y., Walter, C., Ortner, N., & Ewers, A. (2017). Heute war ich bei Papa. JuKiP-Ihr Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, 6(06), 245-251.

Frühmobilisierung mit vasoaktiven Medikamenten?

Die Frühmobilisierung von Intensivpatienten fördert deren körperliche Funktionen, Orientierung und Wohlbefinden. Fraglich ist hierbei, ob Intensivpatienten, die vasoaktive Medikamente zur Kreislaufunterstützung erhalten, durch Frühmobilisierung nicht überfordert oder sogar gefährdet werden könnten. Hierzu haben Rebel et al. (2018) aus Australien eine retrospektive Beobachtungsstudie durchgeführt und die Daten von 119 gemischten Patienten ausgewertet, die vasoaktive Medikamente erhielten (Katecholamine: Noradrenalin, Vasopressin, Metaraminol; Inotrope: Dobutamin, Adrenalin, Levosimendan, Milrinone). Im Ergebnis zeigte sich, dass 60% (n=72) der Patienten mobilisiert worden sind, davon 31 % passiv in die Thekla, 51 % bis ins Stehen und aktiv in den Stuhl setzen, und 18% mit Hilfe gegangen sind. Hierbei ist eine geringe (Noradrenalin: <15 µg/min, 31 % der Patienten) und moderate (Noradrenalin: 15-30 µg/min, 51 % der Pat.) Dosierung mit einer höheren Wahrscheinlichkeit verbunden, mobilisiert zu werden. Bei hohen Dosen (Noradrenalin: >30µg/min, in 9,4 % der Pat.) wird nur wenig und in geringen Levels mobilisiert. Bei insgesamt 195 Mobilisierungen traten 14 (7,2 %) unerwünschte Ereignisse der Hypotension auf, die durch eine Erhöhung der Katecholamine ausgeglichen werden konnten. Interessanter Weise haben Pflegende die Patienten häufiger als Physiotherapeuten mobilisiert, Physiotherapeuten haben dafür in höhere Levels mobilisiert. 28 % der Mobilisierungen fanden unter Beatmung statt, 10% mit laufenden Nierersatzverfahren. **Kommentar:** die Studie zeigt, dass vasoaktive Medikamente keine Kontraindikationen für eine Mobilisierung sind. Wichtig ist dabei, dass Sicherheitskriterien vorhanden sind und Patienten stufenweise unter Kontrolle der Vitalparameter mobilisiert werden. (PN).

Quelle: Rebel A, Marzano V, Green M et al. Mobilisation is feasible in intensive care patients receiving vasoactive therapy: An observational study. Australian Critical Care 2018.