

## Pflegeforschung

# Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im Oktober 2018

### ► Für Euch gelesen

Liebe Kollegen und Kolleginnen,

anbei der aktuelle Newsletter mit Themen über die Dauer eines Bauchlagerungsintervalls, Einfluss von Musik auf kritisch Kranke, Mobilisierung in der Pädiatrie und Intensivtagebücher.

Viel Spaß beim Lesen wünschen Susanne Krotsetis und Peter Nydahl.

#### Dauer des Bauchlagerungsintervalls

Ziel der supportiven Therapie der Bauchlage bei Patienten mit einem mittleren bis schweren ARDS ist maßgeblich die Verbesserung des pulmonalen Gasaustausches. Aus der Praxis kam die Frage, inwieweit die Dauer eines Bauchlagerungsintervalls (von 135° oder < 180°) vorgegeben bzw. der (positive) Effekt zwischen der Dauer und dem Outcome wissenschaftlich belegt ist. Die nationale S2e Leitlinie zur Lagerungstherapie (Bein et al. 2015) empfiehlt, dass ein Intervall von 16 Stunden angestrebt werden sollte. Diese Empfehlung wird mit einem Evidenzgrad von 2b und einem Empfehlungsgrad von B ausgesprochen. Das heißt, dass die Studien, die dieser Empfehlung zugrunde liegen, zwar Kohorten- und randomisiert kontrollierte Studien sind, aber mit eingeschränkter Methodik (also Qualität der durchgeführten Studien). Deshalb ergibt sich daraus auch eine „abgeschwächte“ Empfehlung. Die amerikanischen Leitlinien von 2017 (Fan et al.) empfehlen mit einem starkem Empfehlungsgrad eine Intervallzeit von größer 12 Stunden. Eine große internationale 1 Tages Prävalenzstudie (= alle interessierenden Daten werden zu einem Zeitpunkt einmalig erhoben) von n=141 Intensivstationen in 20 Ländern (Guerin et al. 2018) zeigte, dass in der klinischen Praxis das Bauchlagerungsintervall im Durchschnitt 18 (16 - 23) Stunden betrug.

**Kommentar:** *leider gibt es noch nicht genügend große und methodisch einwandfreie Studien, die einen starken Empfehlungsgrad über die exakte Dauer des Lagerungsintervalls zulassen. Aus den oben vorgestellten nationalen und internationalen Leitlinien geht hervor, dass (sofern nichts dagegen spricht) die Bauchlage > 12 Stunden durchgeführt werden sollte. (SK)*

Quellen: Bein T. et al. (2015). S2e-Leitlinie: Lagerungstherapie und Frühmobilisation zur Prophylaxe oder Therapie von pulmonalen Funktionsstörungen (Revision 2015). *Anästh Intensivmed* 56: 428-458. Fan E. et al. (2017). An official American Thoracic Society/European Society of Intensive Care Medicine/Society of Critical Care Medicine clinical practice guideline: mechanical ventilation in adult patients with acute respiratory distress syndrome. *American journal of respiratory and critical care medicine* 195.9 : 1253-1263. Guerin C. et al. (2018). A prospective international observational prevalence study on prone positioning of ARDS patients: the APRONET (ARDS Prone Position Network) study. *Intensive care medicine*. 44.1 : 22-37.

#### Musik als adjuvante Therapie bei kritisch Kranken

Musiktherapie (MT) wird von der amerikanischen Gesellschaft der Musiktherapie als Einsatz von Musik und oder deren Elementen (Geräusch, Rhythmus, Tempo, Harmonien) definiert, um individuelle Ziele in der therapeutischen Arbeit zu erreichen. Im klinischen Bereich wird die Musiktherapie durch ausgebildete Musiktherapeuten bereits in der Onkologie oder im peri-operativen Setting eingesetzt. Im Gegensatz dazu kann die patientenorientierte Musikintervention (PDMI) auch von Pflegenden, idealerweise nach einem kurzen Training, angewendet werden. Messika et al. (2018) berichten über den Einsatz von MT und PDMI im Bereich der Intensivpflege. In einer randomisierten Studie konnten Chlan et al. (2013) zeigen, dass PDMI bei beatmeten Patienten in einer Reduktion von Angst, Sorge sowie einem geringeren Bedarf an sedierenden Medikamenten im Vergleich zur Pflege ohne Musikinterventionen resultierte. Allerdings wird von Messika et al. bemängelt, dass diese Studie eine Reihe von methodischen Mängeln aufweist. Die Herangehensweise von PDMI unterscheidet sich in den dazu ausgeführten Studien stark. So variierte die Dauer der Intervention von 20-60 Minuten oder dem Abspielen vom Patienten selbst ausgewählter (oder bevorzugter) Musik oder vom Team eingesetzte Entspannungsmusik. Messika et al. weisen darauf hin, um ein bestmögliches Ziel – also Entspannung für den Patient - zu erreichen, dass Pflegenden um den Musikgeschmack und Wünsche (z.B. Dauer der Musikintervention) des Patienten wissen sollten. Studien, die mehr Einblick über den Einfluss von Musik auf Delir, Schlafförderung, Reduktion von Unruhezuständen auf der Intensivstation oder posttraumatische Belastungsstörungen nach dem Aufenthalt geben, werden aktuell durchgeführt. **Kommentar:** *wenn Pflegenden wissen ob und welche Musik ein Patient hören mag, sollte der Einsatz von Musik in individueller Absprache und mit Unterstützung der Angehörigen (Mitbringen von MP3 /CD Player und Musik) unterstützt werden. (SK)*

Quelle: Messika J., Kalfon P., Ricard JD. (2018). Adjuvant therapies in critical care: music therapy. Intensive care medicine. 1-3. Chlan L. et al. (2013). Effects of patient-directed music intervention on anxiety and sedative exposure in critically ill patients receiving mechanical ventilatory support: a randomized clinical trial. Jama. 309.22. 2335-2344.

## Annahmen von Mitarbeitern zur Mobilisierung in der Pädiatrie

Frühmobilisierung hat zwar zahlreiche Vorteile, die Barrieren zur Umsetzung wurden im pädiatrischen Bereich bislang kaum untersucht. Joyce et al. (2018) aus den USA haben 71 Mitarbeiter zu ihren Sorgen und Annahmen bzgl. der Mobilisierung von kritisch kranken Kindern befragt. Im Ergebnis war die größte Sorge/Barriere der Frühmobilisierung ein versehentliches Entfernen des Tubus oder Zentralen Venenwegs. Befragte Mitarbeiter zeigten sich in der Mobilisierung von älteren Kindern, die beatmet waren, signifikant wohler als bei jüngeren Kindern: nur 31 % (n=21) gaben an, es wäre sicher, eine 0-9 Monate junges, beatmetes Kind aus dem Bett zu mobilisieren, während sich bei >8 jährigen, beatmeten Kindern 88 % (n=61) sicher waren. Stellenbesetzung und Zeitdruck wurden auch hier als Barrieren zur Umsetzung der Mobilisierung genannt. Die Autoren schlussfolgern, dass es vor der Implementierung der Mobilisierung wichtig ist, die jeweiligen Barrieren zu kennen, damit geeignete Strategien zur Überwindung gewählt werden können. Die Sorge um die jüngsten Patienten ist hier eine völlig neue Barriere, die natürlich ernst genommen werden muss. Entsprechende Protokolle können helfen, die Barrieren zu überwinden. So haben Betters et al. (2017) aus den USA 73 Kinder insgesamt 130mal mobilisiert. Es kam zu 2 Sättigungsabfällen und einer versehentlichen Entfernung einer Ernährungssonde. **Kommentar:** *Kein Kind musste aufgrund einer Mobilisierung länger beatmet werden, zusätzliche Medikamente oder Infusionen erhalten, länger auf Intensivstation oder im Krankenhaus bleiben. Die Autoren schlussfolgern, dass Frühmobilisierung auch im pädiatrischen Bereich sicher und machbar ist, wenn ein interprofessionelles Protokoll entwickelt und implementiert wird (PN).*

Quellen: Joyce CL, Taibe C, Sobin B, Spadaro M, Gutwirth B, Elgin L, Silver G, Greenwald BM, Traube C. Provider Beliefs Regarding Early Mobilization in the Pediatric Intensive Care Unit. J Pediatr Nurs. 2018 Jan - Feb;38:15-19; Betters KA, Hebbbar KB, Farthing D, Griego B, Easley T, Turman H, Perrino L, Sparacino S, deAlmeida ML. Development and implementation of an early mobility program for mechanically ventilated pediatric patients. J Crit Care. 2017 Oct;41:303-308.

## Die Perspektive von Patienten zu Intensivtagebüchern

Die Implementierung von Intensivtagebüchern kann eine Herausforderung darstellen, selbst wenn Tagebücher den Patienten helfen, mit diesen umzugehen. Levine et al. (2018) aus Boston in den USA führten eine Nachsorgestudie durch und erforschten die Erfahrungen von 13 Intensivpatienten, für die Tagebücher geschrieben wurden. Die Studie umfasste drei Phasen: a) Schreiben eines Tagebuchs, während sich der Patient auf der kardiologischen Intensivstation befand, b) Besuch des Patienten eine Woche nach Entlassung von der Station, c) Telefoninterview nach zwei Monaten. Die Autoren analysierten die Interviews der Patienten und fanden vier Hauptthemen: 1) das Tagebuch brachte Erinnerungen und reale Ereignisse zusammen: das Tagebuch „füllte die Lücken dessen, was ich wusste und was ich nicht wusste und was ich erlebte.“ (Zitat eines Patienten), 2) das Tagebuch beinhaltete Erfahrungen von Familien: „Ich kann es immer nehmen und lesen, um zu sehen, was die Leute dachten und was los war. Das Tagebuch ist ein wunderbares Geschenk. „, 3) die Genesung war emotional und diese Gefühle beeinflussten den Zeitpunkt, an dem das Tagebuch gelesen werden konnte: „Nachdem ich das Tagebuch gelesen hatte, konnte ich diese Träume hinter mir lassen“, und 4) weitere Einträge von Betreuern wäre hilfreich: „Ich hatte 2 Krankenschwestern, die in das Tagebuch geschrieben haben. Ich fand das toll und sehr liebevoll“. Die meisten Patienten konnten ihre Tagebücher erst später als nach einer Woche lesen, oft aufgrund von kognitiven Problemen; dennoch schätzten Patienten und Familien das Tagebuch. **Kommentar:** *die Implementierung von Tagebüchern ist nicht immer einfach, und einige Kolleginnen am UKSH schreiben mit Erfolg Tagebücher für Intensivpatienten. Die Rückmeldungen sind viel versprechend. Hilfen gibt es auf [www.intensivtagebuch.de](http://www.intensivtagebuch.de) oder bei PN.*

Quelle: Levine SA, Reilly KM, Nedder MM, Avery KR. The Patient's Perspective of the Intensive Care Unit Diary in the Cardiac Intensive Care Unit. Crit Care Nurse. 2018 Aug;38(4):28-36