

Pflegeforschung

Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im März 2019

► Für Euch gelesen

Liebe Kollegen und Kolleginnen,

anbei der aktuelle Newsletter mit Themen über Betreuungsqualität, Pneumonieprävention, sowie dem Delirscreening bei Kindern. Viel Spaß beim Lesen wünschen Susanne Krotsetis und Peter Nydahl

Wache, beatmete Patienten betreuen

Wenn Patienten wach und beatmet sind, stellen sie andere Ansprüche und Herausforderungen an die Pflege als tiefer sedierte Patienten. Mortensen et al. (2019) aus Dänemark haben hierzu 5 Paare von kompetenten Pflegenden (2-3 Jahre Erfahrung) und Pflegeexperten (>8 Jahre Erfahrung) interviewt. Im Ergebnis konnten vier Dimensionen kategorisiert werden: a) Frustration managen: eine leichtere oder gar keine Sedierung erhöht die Unsicherheit bei Pflegenden, mit Patienten umzugehen und eindeutig kommunizieren zu können und führt mitunter zur Frustration; b) Dialog aufbauen: eine beidseitige, gleichwertige Kommunikation mit beatmeten Patienten ist nur eingeschränkt möglich und braucht viel Geduld, c) Realität verhandeln: vor allem bei deliranten, wachen, beatmeten Patienten ist es schwer, sie davon zu überzeugen, dass sie im Krankenhaus behandelt werden und ein Kopfnicken ist nicht immer als ein eindeutiges Verstehen zu interpretieren; d) Unwohlsein verbessern: nicht-sedierte Patienten können eher ihr Unwohlsein zeigen und benötigen dadurch mehr die Gegenwart einer Pflegekraft am Bett. Interessant scheint zu sein, dass die Experten eher Schwierigkeiten mit wachen, beatmeten Patienten hatten, weil sie noch die Phase der tiefer sedierten Patienten kannten und umdenken mussten. Die kompetenten Pflegenden kannten nur die wachen Patienten und waren diese gewohnt. Gleichzeitig schienen kompetente Pflegenden sorgloser zu sein („der Patient ist in seiner Welt und da kann ich ihn nicht erreichen“), Experten hatten höhere ethische Ansprüche („die Situation ist schwer für sie und schwer für mich als Pflegenden“). Die Autoren schlussfolgern, dass die Versorgung wacher, beatmeter Patienten ausreichend Personal sowie Wissen und Erfahrung benötigt, und dabei die Vorerfahrungen berücksichtigt werden müssen. **Kommentar:** *Das Unwohlsein der wachen Patienten für uns Pflegenden eher wahrnehmbar als bei tief sedierten Patienten, bei denen wir annehmen, dass es nicht da wäre, was ein Trugschluss ist. Wir wissen heute, dass wache Patienten nicht mehr leiden als tief sedierte Patienten, denn wenn sie später auf Schmerzen, Depressionen oder Posttraumatische Belastungsstörungen untersucht werden, zeigen sie ähnliche Werte wie tief sedierte Patienten, aber sie können schneller geweant und rehabilitiert werden. Es kann daher schwierig sein, sich auf wache beatmete Patienten umzustellen. Früher wurden Patienten tief sediert, heute sind sie wacher und kommunizieren eindeutiger und sind ggf. auch anstrengender, weil Bedürfnisse nicht immer sofort erkannt werden können und langjährig erfahrene Pflegenden müssen dies ggferst lernen (PN).*

Quelle: Mortensen CB, Kjær MN, Egerod I. Caring for non-sedated mechanically ventilated patients in ICU: A qualitative study comparing perspectives of expert and competent nurses. *Intensive Crit Care Nurs.* 2019 Feb 5.

Ventilator assoziierte Pneumonien vermeiden

Die Ventilatorassoziierte Pneumonie (VAP) gehört zu den häufig nosokomial erworbenen Infektionen, die zu einer verlängerten Beatmungs- und Verweildauer und erhöhten Mortalität führt. Sousa et al. (2019) aus Portugal haben ein Maßnahmenbündel zur Prävention von VAP auf drei Intensivstationen eingeführt und über mehrere Monate vor, während und nach der Einführung die Veränderungen bei beatmeten, endotracheal intubierten und tracheostomierten Patienten gemessen. Das eingeführte Maßnahmenbündel enthält 8 Interventionen:

- a) Vermeidung von maschineller Beatmung wenn möglich,
- b) tägliche Überprüfung der Sedierung und Reduzierung auf ein Minimum,
- c) täglicher Weaningversuch und/oder Diskussion der Extubation,
- d) Wechsel des Beatmungsgeschläuchs nur bei sichtbaren Verschmutzungen,
- e) Oberkörperhochlagerung bei 300-450,

- f) Frühmobilisierung,
- g) Cuffdruck zwischen 20-30 cm H₂O,
- h) Mundpflege mit Chlorhexidin (CHX) 0,12 % oder 0,2 %, Absaugung der Sekrete und Mundspülung mit 15 ml CHX, 2-4/tgl.

Untersucht wurde die Wirkung des Bündels auf erwachsene Patienten mit einer Beatmungsdauer > 48 Std.. Im Ergebnis konnten 828 Patienten eingeschlossen werden. Die Umsetzungsrate betrug während und nach der Einführung 95 %, bzw. 99 %. Die VAP-Rate sank während und nach der Einführung um 21 %, auf 2 Intensivstationen war dies signifikant. Die Implementierung des Maßnahmenbündels führte auch zu einer reduzierten Verweildauer, was aber auch an Umstrukturierungsmaßnahmen lag. Die Autoren schlussfolgern, dass die Umsetzung eines Evidenzbasierten Maßnahmenbündels die Qualität der Intensivversorgung nachhaltig verbessern kann. **Kommentar:** *Ventilatorassoziierte Pneumonien sind eine ernsthafte Komplikation, die vermeidbar ist. Auch, wenn immer noch nicht bewiesen ist, wie oft und womit die Mundpflege bei beatmeten Intensivpatienten generell durchgeführt werden sollte, scheint eine regelmäßige, mit desinfizierender Lösung durchgeführte Mundpflege in Verbindung mit anderen Maßnahmen die VAP-Rate reduzieren zu können. Ebenso können Maßnahmen, die die Beatmungs- und damit Intubationsdauer reduzieren, sehr effektiv sein. Diese Maßnahmenbündel sind Teamarbeit (PN).*

Quelle: Sousa AS, Ferrito C, Paiva JA. Application of a ventilator associated pneumonia prevention guideline and outcomes: A quasi-experimental study. *Intensive & Critical Care Nursing* 51 (2019) 50–56

Delirscreening bei Kindern – Evaluation der deutschen Version des Cornell Assessment of Pediatric Delirium (CAPD)

Dass es auf Intensivstationen mit erwachsenen Patienten eine hohe Inzidenz von Delir gibt, ist bekannt. Auch die negative Auswirkung eines Delirs auf die kognitive, physische und mentale Gesundheit dieser Patienten ist in vielen Studien untersucht und belegt worden. Wie sieht es aber bei den jungen und jüngsten Patienten aus? In der Praxis gibt es kaum etablierte Instrumente, die in der Kinderintensivmedizin und -pflege regelhaft eingesetzt werden. Überwiegend wird ein Delir bei Kindern durch die subjektiv klinische Einschätzung der Mitarbeiter festgestellt. Aber wie zuverlässig ist das? Eine Forschergruppe aus Heidelberg (Dill et al. 2016) untersuchte in einer prospektiven Studie in n=93 Kindern [0-17 Jahre] die aus dem Englischen übersetzte Version des Cornell Assessment of Pediatric Delirium (CAPD). Der CAPD besteht aus acht Fragen zum Verhalten der Kinder, mit denen die Kriterien des Delirs erfasst werden. Die acht Items werden unter Einbeziehung des Zeitpunkts des Erfassens und der Häufigkeitsangabe - nie, selten, manchmal, oft, immer - (0-4 Punkte) beantwortet. Bei einem Score von ≥ 9 Punkten liegt ein Delir vor. In der Studie von Dill et al. wurde ab dem Zeitpunkt des Erwachens der Patienten (ab RASS - 3) über 5 Tage jeweils morgens und abends ein CAPD-Score durch die Forscher sowie die klinische Einschätzung der Pflegekraft erhoben. Ergebnisse: n=61 Patienten (65,5%) waren Delir positiv, bei 33,5 dieser Patienten zeigten sich Symptome eines schweren Delirs, bei der anderen Hälfte (32,2%) bestand über 24 Stunden ein leichteres Delir. Die größten Abweichungen zwischen der klinischen Einschätzung der Pflegekraft und dem (positiven) Ergebnis des CAPD zeigte sich bei Kindern mit mildem Delir, Kindern auf der Normalstation und neurologisch beeinträchtigten Kindern. Zusammenfassend zeigte sich in dieser Studie, dass bei fast 2/3 der untersuchten postoperativen pädiatrischen Intensivpatienten ein Delir auftrat. **Kommentar:** *Die Forschergruppe beschreibt die deutsche Version des CAPD als ein nach entsprechender Schulung auch für kritisch kranke Kinder leicht anzuwendendes Instrument, um ein Delir überhaupt und frühzeitig zu erkennen. Der Artikel von Dill et al. (2016), indem das Instrument abgebildet ist, kann frei heruntergeladen werden. Vielleicht kann dies ein Anstoß sein, sich auch bei den jungen Patienten vermehrt mit dem Thema Delir auseinanderzusetzen. (SK).*

Quelle: Dill ML. et al. (2016). Erfassung eines Delirs bei pädiatrischen Intensivpatienten. *Monatsschrift Kinderheilkunde*. 164.4: 308-317. (online: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00112-016-0051-9>)

Die hygienische Notiz am Schluss: nach Abstrichen von 50 Mobiltelefonen von Intensivmitarbeitern wurde ermittelt, dass alle Smartphones mit Keimen besiedelt waren, jedes 5. mit MRSA Bakterien; es gab keine Unterschiede in der Besiedelung, ob die Abstriche zu Beginn oder am Ende der Schicht genommen worden sind. Beobachtungsstudie von Galazzi (2019) <https://bit.ly/2TdmHoj>