

Pflegeforschung

Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im Mai 2019

► Für Euch gelesen

Liebe Kollegen und Kolleginnen,

anbei der aktuelle Newsletter mit Themen über Schlaf, Aufnahme auf der ITS, Fiebersenkung und unsere im Dienst absolvierte Laufstrecke. Viel Spaß beim Lesen wünschen Susanne Krotsetis und Peter Nydahl

Schlaf? Schlaf!

Wir wissen, dass die Bedingungen für einen ausreichenden und erholsamen Schlaf auf Intensivstationen nicht immer gegeben sind, wie aber erleben Intensivpatienten ihren Schlaf? Mattiussi et al. (2019) haben eine systematische Literaturrecherche und Meta-Synthese zum Erleben von Schlaf von Intensivpatienten durchgeführt. Sie konnten 7 Studien mit insgesamt 109 Patienten identifizieren. In der Synthese konnten 12 Codes in drei Kategorien ermittelt werden: a) komplexe Interaktion mit der Umwelt, die den Schlaf beeinflusst, z.B. Pflegeaktivitäten, verstörende Geräusche, akzeptable Geräusche, Orientierung in Zeit und Raum, b) intensive Gefühle erleben, z.B. Ängste, Sorgen, Einsamkeit, Unfähigkeit zu sprechen oder sich zu bewegen und c) angemessene Versorgung, z.B. Schmerzen, sich sicher, bzw. unsicher fühlen. Die Autoren schlussfolgern, dass Schlaf ein komplexes Phänomen ist und viele der genannten Faktoren identifizier- und beeinflussbar sind. **Kommentar:** *in den letzten Jahren sind einige Studien zur Lärmbelästigung auf Intensivstationen erschienen, die belegt haben, dass der Lärm auf Intensivstation das Ausmaß von Straßenlärm haben kann und es kaum Unterschiede zwischen Tag und Nacht gibt. Die Reduzierung von Lärm ist zweifelsohne eine gute Sache, kann aber nur bedingten Einfluss auf die Schlafqualität haben. Die Meta-Synthese von Mattiussi zeigt, dass es neben Lärm viele andere Gründe für Schlafstörungen geben kann, z.B. Sorgen um die Familie oder die eigene Gesundheit, Schmerzen oder Pflegeinterventionen. In Deutschland hat jeder dritte bis vierte Patient vorbestehende Schlafstörungen, die natürlich auch auf der Intensivstation auftreten, daher ist das Problem Schlafstörungen auf Intensivstation multifaktoriell. Eine einfache Strategie kann daher sein, Patienten zu fragen: „wie schlafen Sie zu hause?“ „Wie schlafen Sie hier auf der Intensivstation?“, „Können wir etwas tun, um Ihnen den Schlaf zu erleichtern?“ (PN)*

Quelle: Mattiussi E, Danielis M, Venuti L, Vidoni M, Palese A. Sleep deprivation determinants as perceived by intensive care unit patients: Findings from a systematic review, meta-summary and meta-synthesis. *Intensive Crit Care Nurs.* 2019 Mar 26.

Dazu passend: Schlaf evaluieren

Schlafqualität ist ein subjektives Gefühl und lässt sich nicht objektiv messen. Der Goldstandard zur Messung der subjektiven Schlafqualität ist der Richards Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ), der in fünf Dimensionen die Schlafqualität abfragt und durch Patienten bewerten lässt (der RCSQ wurde übrigens von Susanne Krotsetis ins Deutsche übersetzt und liegt vor). Rood et al. (2019) aus den Niederlanden haben bei 194 Intensivpatienten in 19 Intensivstationen den RCSQ getestet und die Übereinstimmung mit einer numerischen Skala 0-10 (10= bestmöglicher Schlaf) getestet. Im Ergebnis gaben 53 % der Patienten an, einen ausreichenden Schlaf gehabt zu haben. Beide Skalen stimmten sehr gut überein ($R=0,88$, $p<0,01$). Ein cut-off Wert für einen guten Schlaf war bei Werten ≥ 6 zu finden. **Kommentar:** *Hiermit gibt es - wie bei Schmerz - die Möglichkeit, Patienten zu ihrem Schlaf direkt zu befragen und dies zu dokumentieren. Sollte eigentlich Standard werden, (und mit einem Augenzwinkern) vielleicht auch beim Personal ... (PN)*

Quelle: Rood P, Frenzel T, Verhage R, Bonn M, van der Hoeven H, Pickkers P, van den Boogaard M. Development and daily use of a numeric rating score to assess sleep quality in ICU patients. *J Crit Care.* 2019 Apr 6;52:68-74

Infaufter Tumor und auf Intensiv aufnehmen?

Die Frage stellt sich mitunter: warum werden Patienten mit Tumorerkrankungen und Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen (DNR) auf Intensivstation aufgenommen und dort behandelt? Praca et al. (2019) aus Brasilien haben untersucht, wie viele Patienten mit Tumorerkrankungen und DNR bis zu 6 und 12 Monaten nach einer Aufnahme auf einer Intensivstation überleben und wie viele eine erneute Krebstherapie aufnehmen. Im Ergebnis haben ein gutes Drittel der auf Intensivstation aufgenommenen Patienten mit Tumorerkrankung und DNR die Intensivtherapie überlebt (507 von 1369 Patienten) und konnten von der Intensivstation verlegt werden. Von diesen 507 Patienten starben 80 % im Krankenhaus, vor allem, wenn

sie auf der Intensivstation ein Delir oder ein Nierenversagen hatten. Es überlebten 3,6% dieser Patienten bis zu 6 Monaten und 0,6% bis zu 12 Monaten. Patienten, die eine Krebstherapie wiederaufnahmen oder ein erneutes Mal auf Intensivstation aufgenommen wurden, konnten signifikant länger leben. Anders ausgedrückt: ein Fünftel der Intensivpatienten mit Krebserkrankungen und DNR konnte aus dem Krankenhaus entlassen werden. **Kommentar:** *die Studie liefert Argumente für und wider der Intensivtherapie von Patienten mit Tumorerkrankungen, selbst bei wiederholter Aufnahme auf die Intensivstation. Eine schwere Pneumonie kann eine Komplikation der Behandlung sein, ist aber prinzipiell reversibel und muss nicht zur Ablehnung einer Intensivbehandlung führen. Bei 20% der Patienten führte die Aufnahme zu einer verlängerten Lebenszeit. Ob die Intensivbehandlung auch Leiden erleichterte oder verlängerte, wurde hier nicht untersucht, ebenso wenig wie Lebensqualität. Dennoch sollten Patienten über die Risiken und Chancen im Sinne des Shared Decision Makings rechtzeitig aufgeklärt werden (PN).*

Quelle: Praça APA, Nassar AP Jr, Caruso P. Outcomes of Cancer Patients Discharged From ICU After a Decision to Forgo Life-Sustaining Therapies. Crit Care Med. 2019 Mar 19.

Fiebersenkung beim kritisch Kranken - immer?

Ein sehr interessanter Artikel von W. Druml (2019) beschäftigt sich mit der Frage, ob Fieber beim Intensivpatienten immer therapiert werden sollte. Druml zieht zu dieser Diskussion 3 systematische Übersichtsanalysen und Meta-Analysen heran. In einer australischen Studie von 2018 (Dallimore J. et al; Crit Care Resusc. 2018; 20:150) konnte nachgewiesen werden, dass sowohl physikalische (im Schnitt -1,59°C) als auch pharmakologische (im Schnitt -0,62°C) Maßnahmen das Fieber senken konnten, allerdings ohne Einfluss auf die Mortalität. Zu ähnlichen Ergebnissen kam ebenfalls die Arbeit von Drewry et al. (Crit Care Med; 2017; 45:806). Auch hier gab es durch Fiebersenkung (im Schnitt -0,38°C) keine nachweisbaren Effekte. Die Anzahl von Infektionen und die Dauer zur Schockbeherrschung wurde ebenfalls nicht beeinflusst. Eine Unterteilung in Patientengruppen (Art der Erkrankung) und Subgruppen (Beatmung, Höhe des Fieber, APACHE Score, etc.) in der Arbeit von Young et al. (Intensive Care Med 2019; 45:468) zeigte gleichermaßen keine signifikanten Unterschiede. Druml schlussfolgert, dass trotz dieser vorliegenden Erkenntnisse ein Temperaturmanagement häufig „...meist automatisch, oft schon durch das Pflegepersonal...“ vorgenommen wird. Weiterhin weist der Autor darauf hin, dass nach Studienlage eine Hypothermie bei Patienten mit Fieber nicht erreicht werden sollte, da dies mit schwerwiegenden Nachteilen und einer verminderten Überlebensrate verbunden ist. Also sollte dann nie eine Therapie/Maßnahme zur Fiebersenkung eingeleitet werden? Druml verneint dies. Da die untersuchten Patienten in den Studien sehr unterschiedlich (Alter, Krankheitsbilder, Komorbiditäten) sind, lässt die Studienlage kein eindeutiges JA oder NEIN zur Behandlung zu. Vielmehr muss auf den individuellen Kontext des Patienten geschaut werden (Sauerstoffangebot/-verbrauch, steigende Dosis von Katecholaminen, Verlauf des Laktats, neurologische Situation sowie die individuelle Befindlichkeit). Allerdings wird in dem Artikel hervorgehoben, dass ein hyperthermes Syndrom ein medizinischer Notfall und als solcher zu behandeln ist. Auch zur Art der Fiebersenkung (pharmakologisch-physikalisch) können noch keine allgemeingültigen Aussagen gemacht werden. Es gibt allerdings Hinweise, dass bei einem infektiösen Fieber mit physikalischen Maßnahmen gearbeitet werden soll. Weiterhin gibt Druml in diesem Artikel 8 aus persönlicher Erfahrung + Ergebnissen der aktuellen Evidenz gewonnen Do's und Dont's des Temperaturmanagements an. **Kommentar:** *Sehr lohnenswert, sich auch in unserer pflegerischen Arbeit damit auseinander zu setzen, ob wir sofort und immer anfangen sollten, bei jedem Patienten physikalische Maßnahmen zur Fiebersenkung anzuwenden. In dem Artikel wird darauf hingewiesen, dass Fieber „...gerade bei Infektionen ein effektiver, entwicklungsgeschichtlich hoch-konservierter Mechanismus der Infektionsbekämpfung ist, der durch eine aktive Temperatursenkung behindert wird.“ Ein multiprofessionell abgesprochenes und individuell zielgerichtetes Management ist wünschenswert. Neurokritisch Kranke sind wegen schädigender Wirkung von Fieber im frühem Stadium gesondert zu betrachten. (SK).P.S. Wer den Artikel gerne im Volltext zur Ansicht haben möchte, kann sich bei mir melden.*

Quelle: Druml. W. (2019). Fiebersenkung beim Intensivpatienten: Und täglich grüßt das Murmeltier. INTENSIV-News. Forum für Intensiv- und Notfallmedizin. 23:2

In Kürze: Wieviel Strecke legen wir im Dienst zurück?

KollegInnen einer Intensivstation in Wien haben mal gemessen, wieviel wir im Durchschnitt an Strecke im Dienst zurücklegen. In dieser Untersuchung waren es im Tagedienst mindestens 6,4 und maximal 15 km, im Nachtdienst mindesten 4,7 und maximal 12,9 km. Faktoren für „viele Schritte“ waren: Transporte, Exitus, Angehörigenbetreuung, Betreuung von Patienten, die am weitesten vom Stützpunkt entfernt waren, „Ausflug“ mit den Patienten (z.B. in den Garten), sehr stressiger Nachtdienst (Transporte, instabile Patienten) und Akutaufnahmen. Bei einem Gesamtdurchschnitt von 8,8 km im Tagedienst wurden 625 kcal verbraucht. **Kommentar:** *Schade, dass es kein Miles & More Programm für uns gibt 😊 (SK).*

Quelle: Laktis I. und Redl E. (2019). Gehen ist gesund: Wieviel gehen wir an der Intensivstation im Dienst? INTENSIV-News. Forum für Intensiv- und Notfallmedizin. 23:2