

# Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im Juli 2019

## ► Für Euch gelesen

Liebe Kollegen und Kolleginnen,

in diesem Juli-Newsletter geht es um Erfahrung von Angehörigen bezüglich der Informationen über das Thema „Delir“, die Anwesenheit von Angehörigen während Prozeduren, über die körperlichen Auswirkungen manueller Fixierungen und Relaxierung im ARDS. Viel Spaß beim Lesen wünschen Susanne Krotsetis und Peter Nydahl

### **Macht sich das therapeutische Team Sorgen um das Delirium?**

#### **Die Erfahrung von Angehörigen und Delirium auf der Intensivstation: Eine qualitative Interviewstudie**

Auf der Intensivstation ist die Häufigkeit von Delirium hoch. Die Einbeziehung von Angehörigen ist ein anerkannter Teil des Umgangs mit deliranten Patienten, aber es fehlt das Wissen über die Perspektiven der Angehörigen. Wie empfinden sie, dass ihnen das Delirium erklärt und nahegebracht wird? Eine dänische Forschergruppe (Bohart et al. 2019) untersuchte mittels einer Interviewstudie (n = 11) die Erfahrungen von Angehörigen von kritisch Kranken einer Intensivstation, die während der Aufnahme auf der Intensivstation im Delirium waren. Ergebnisse: Es ergaben sich drei Kategorien: „Delirium ist nicht das Hauptanliegen“, „Kommunikation mit Angehörigen im Gesundheitswesen ist entscheidend“ und „Delirium wirkt sich auf Angehörige aus“. Die Angehörigen hatten keine Ahnung vom Delirium. Symptome des Deliriums wurden als natürliche Folge einer kritischen Erkrankung betrachtet und schienen für das therapeutische Team ein sekundäres Problem zu sein. Die Mitarbeiter sprachen nicht über Delirium, aber seitens der betroffenen Angehörigen waren Informationen (dringend) erwünscht. Das Delirium und seine Manifestation wurden von den Angehörigen auf verschiedene Weise erlebt und auf unterschiedliche Weise damit umgegangen („... darüber mit dem zuständigen Teammitgliedern zu sprechen erleichtert“). Die Ergebnisse geben einen neuen Einblick in die Deliriumserfahrung der Angehörigen auf der Intensivstation. Verwandte benötigen mehr Informationen, um das Delirium besser zu verstehen. Die zukünftige Forschung sollte zum Wohle von Patient und Verwandten das Potenzial untersuchen, Angehörigen zu helfen mit Delirium umzugehen. Kommentar: *Auch wenn qualitative Studien einen sehr speziellen Einblick in ein Setting geben (in diesem Fall eine dänische Intensivstation), kann man davon ausgehen, dass auch in der eigenen Praxis möglicherweise zu wenig Informationen über das Delir und Gesprächsangebote (bedingt durch Zeit- Personalmangel, aber häufig auch durch fehlendes eigenes Wissen) angeboten werden. Bitte fordern Sie gerne zur Unterstützung ihrer Arbeit den Flyer „Delir auf der Intensivstation“ (bei der Pflegeforschung UKSH) an. (SK):*

Quelle: Bohart, S., Møller, A. M., & Herling, S. F. (2019). Do health care professionals worry about delirium? Relatives' experience of delirium in the intensive care unit: A qualitative interview study. *Intensive and Critical Care Nursing*.

### **Präsenz von Familien**

Mitunter stellt sich die Frage, ob Angehörige bei unangenehmen Maßnahmen nicht dabei sein könnten, um Patienten zu trösten und um eher zu verstehen, was wir eigentlich machen. Dagegen steht das Argument, dass Angehörige damit evtl. überfordert sein könnten und wir als Mitarbeiter uns dann auch noch um die Angehörigen kümmern müssten. Jakab et al. (2019) aus Kanada haben Angehörige von Intensivpatienten mittels Fragebogen direkt dazu befragt. Maßnahmen wurden definiert als Intubation, Herzdruckmassage, Anlage von peripheren oder zentralen Venenwegen und die Insertion von Magen-, Thorax- oder Rektalsonden. Der Fragebogen beinhaltete Fragen nach den Maßnahmen, die der Patient hatte, ob die Angehörigen gewünscht hätten, dabei gewesen zu sein und wie ihre Erfahrungen waren. Weiter wurden die Angehörigen nach einem Monat nochmals dazu befragt und der Einfluss auf die Entstehung einer möglichen Posttraumatischen Belastungsstörung gemessen. Im Ergebnis konnten 79 Angehörige von 72 Patienten befragt werden. Mehr als 90 % der Patienten hatten mindestens eine dieser Maßnahmen. 30 % der Angehörigen waren bei mindestens einer Maßnahme anwesend. Ca. jeder 5. Angehörige hätte es vorgezogen, anwesend zu sein, auch bei einer Herzdruckmassage oder Sondenanlage. Tatsächlich wurden während des Intensivaufenthaltes ca. 10 % der Angehörigen gefragt, ob sie während einer Prozedur bleiben wollten, 25 % wurden aus dem Zimmer gebeten und 5-10 % der Angehörigen baten selbst, dabei bleiben zu dürfen. Die tatsächliche Anwesenheit der Angehörigen während der Maßnahmen hatte keinen nachweisbaren Einfluss auf die Ent-

wicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung. **Kommentar:** die Studie ist in Übereinstimmung mit anderen Studien zur Gegenwart von Angehörigen während invasiver Maßnahmen, nach denen die Zufriedenheit der Angehörigen höher sowie das Risiko für eine Posttraumatische Belastungsstörung geringer ist, wenn die Angehörigen bei den genannten Maßnahmen dabei sein dürfen. Die Studie aus Kanada ist allerdings auch in Übereinstimmung mit anderen Studien, die zeigt, dass die meisten Angehörigen während Prozeduren hinaus gebeten werden. Die Möglichkeit, eine Prozedur mit zu verfolgen und ggf. erklärt zu bekommen, verbessert das Verstehen der Angehörigen. Menschen, die Situationen verstehen, selbst wenn sie unangenehm sind, können besser mit ihren Gefühlen umgehen als Menschen, die die Situation nicht verstehen. Das Risiko für Posttraumatische Belastungsstörungen wird dadurch geringer. Wichtig ist hierbei zu berücksichtigen, dass Angehörige nicht pauschalisiert werden dürfen; es ist nicht jeder gleich und es will nicht jeder alles beobachten. Sie können also wie auch der Patient gefragt werden, ob sie dabei sein möchten und sollten dann entsprechende Informationen erhalten - wie beim Delir (s.o.) (PN).

Quelle: Jakab M, Day AZ, Kraguljac A, Brown M, Mehta S. Family Presence in the Adult ICU During Bedside Procedures. J Intensive Care Med. 2019 Jul;34(7):587-593

## Die Wirkung von manueller Fixierung auf neurovaskuläre Komplikationen

Manuelle Fixierungen werden im Setting einer Intensivstation vorgenommen, um eine Eigen- und/oder Fremdgefährdung des Patienten zu verhindern. Abgesehen von zu beachtenden rechtlichen Grundlagen sowie einer ständigen Reflexion, ob und in welchem Umfang eine solche (angeordnete!) Fixierung durchzuführen ist, stellt sich auch die Frage nach physischen und psychologischen Auswirkungen einer Fixierung auf den Patienten. Ertuğrul und Özden (2019) untersuchten mögliche neurovaskuläre Komplikationen und deren Häufigkeit, die durch eine manuelle Fixierung bei Intensivpatienten auftreten können. Dafür wurde eine prospektive Beobachtungsstudie durchgeführt. An dieser Studie nahmen insgesamt 90 Patienten aus der anästhesiologischen- und inneren Intensivstation teil. Die Patienten wurden 4 Tage lang im Abstand von 24 h mit den folgenden Instrumenten untersucht: Individuelle Merkmalsformen, Richmond Agitation-Sedation-Skala (RASS), Verhaltensschmerzskala und Komplikationsdiagnosetagebuch. Ergebnisse: Rötungen ( $p < 0,001$ ), Ödeme ( $p < 0,001$ ) und Farbveränderungen der betroffenen Stellen ( $p < 0,001$ ) nahmen zu, während die Impulskraft ( $p < 0,001$ ) an körperlich zurückgehaltenen Stellen am Arm vom 1. auf den 4. Tag zurückging. Die Rötung zeigte sich bei Patienten unabhängig von dem verwendeten Material. Obwohl es einen statistisch signifikanten Unterschied bezüglich der erfassten Bewegung, zwischen den Fixierungen mit einer Mullbinde oder einer festen Manschette ( $p = 0,006$ ;  $p = 0,003$ ) sowie entstandenen Ödemen ( $p < 0,001$ ;  $p < 0,001$ ) gab, waren diese Komplikationen bei Patienten mit einer weichen Fixierung (Schaumband) ( $p > 0,05$ ) nicht signifikant unterschiedlich. Nach der logistischen Regressionsanalyse waren Materialtyp, Position der Extremität, Abstand zwischen körperlicher Fesselung und Extremität, Alter, RASS und Schmerz unabhängige Risikofaktoren für neurovaskuläre Komplikationen. Schlussfolgerungen der Autoren: Die Dauer der körperlichen Fixierung erhöht die neurovaskulären Komplikationen. In dieser Studie überprüften die Pflegenden das gefesselte Handgelenk sowie den peripheren Kreislauf (Durchblutung, Hautverfärbung, Beweglichkeit der äußeren Extremitäten) nicht regelmäßig. Die Autoren empfehlen für ihr untersuchtes Setting (Türkei) die Einführung von Trainingsprogrammen und Standards. **Kommentar:** Wie immer kann und sollte man aus Studienergebnissen, die in den meisten Fällen in anderen Settings erhoben wurden, lernen. Wie häufig überprüfen und dokumentieren wir Hautstatus, Durchblutungsverhältnisse und Beweglichkeit von manuell fixierten Körperteilen? (SK).

Quelle: Ertuğrul, B., & Özden, D. (2019). The effect of physical restraint on neurovascular complications in intensive care units. Australian Critical Care.

## Relaxierung im ARDS

Mitunter werden Patienten mit ARDS in der Frühphase relaxiert, um die Lungen besser beatmen und die Muskulatur schonen zu können. Unklar war bislang, ob dies tatsächlich zu einem besseren Überleben bei beatmeten Patienten mit ARDS führt. In den USA wurde deshalb in einer multizentrischen Studie untersucht, ob bei Patienten mit moderatem bis schweren ARDS ( $pO_2/FiO_2 < 150$  mmHg) eine frühe Relaxierung über 48 Std. im Verbindung mit einer tiefen Sedierung im Vergleich zu keiner Relaxierung mit leichter Sedierung einen Einfluss auf die 90-Tage-Mortalität hat. Beide Gruppen erhielten die gleiche Beatmungsstrategie. Im Ergebnis konnten 1.006 Patienten (Intervention 501, Kontrolle 505 Patienten) eingeschlossen werden. Innerhalb von 90 Tagen starben 42,5% in der Interventions- und 42,8% der Kontrollgruppe, de facto ohne Unterschied. Patienten in der Interventionsgruppe zeigten allerdings erheblich mehr kardiovaskuläre und neuromuskuläre Nebenwirkungen und hatten weniger Physiotherapien. Die Autoren schlussfolgern, dass die Relaxierung bei moderatem bis schweren ARDS keine Vorteile zeigt. **Kommentar:** dem ist nichts hinzuzufügen.

Quelle: National Heart, Lung, and Blood Institute PETAL Clinical Trials Network, Moss M, Huang DT, Brower RG, et al. Early Neuromuscular Blockade in the Acute Respiratory Distress Syndrome. N Engl J Med. 2019 May 23;380(21):1997-2008

Und in eigener Sache: wir haben bislang 130(!) 1-Minutenfortbildungen erstellt, die zur freien Nutzung bereit stehen:  
[www.uksh.de/Pflege/Pflegeforschung/1\\_Minuten\\_Fortbildung](http://www.uksh.de/Pflege/Pflegeforschung/1_Minuten_Fortbildung)