

Pflegeforschung

Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im Oktober 2021

► Für Euch gelesen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in diesem Newsletter geht es um Wirkung von Architektur, Mundpflege bei Schlaganfallpatient:innen, Familienfreundliche Versorgung, NIV Beatmung mit einem Helm und ein Positionspapier der DIVI. Falls Ihr Fragen zu speziellen Themen habt, die Euch „bewegen“, schreibt uns gerne an. Bleibt gesund – Susanne Krotsetis und Peter Nydahl.

Welche Wirkung hat das Design einer Intensivstation auf Patient:innen, Familien und Mitarbeiter:innen?

Die Architektur eines Krankenhauses sollte so gestaltet sein, dass sie die Prozesse im Krankenhaus und damit auch die Heilung von Patient:innen unterstützt. Dies sollte auch für Intensivstationen gelten. Saha et al (2021) haben hierzu eine systematische Literatursuche in sieben Datenbanken durchgeführt und 18.577 Titel gefunden, von denen 44 eingeschlossen werden konnten. Die 44 Studien untersuchten die Wirkung der Architektur von Intensivstationen auf Patient:innen, Familien und Mitarbeiter:innen. Untersucht wurden unter anderem die Beleuchtung, Einzel- vs. Mehrbettzimmer sowie familienfreundliche Designs. Insgesamt wurden 63 verschiedene Parameter überprüft. Intensivstationen mit großen Fenstern, bzw. natürlichem/circadianem Licht zeigen bei Patient:innen nur geringe Effekte auf Verweildauer oder Mortalität, senken aber bei Mitarbeiter:innen deren Ausfallrate. Einzel- vs. Mehrbettzimmer verbessern bei Patient:innen die Delirrate, haben aber keinen Einfluss auf Verweildauer oder Mortalität; bei Familien steigt in Einzelzimmern die Zufriedenheit; bei Mitarbeiter:innen wächst hingegen die Arbeitsbelastung und -stress, sie senken das Wohlbefinden und erfordern andere Arbeitssysteme. Die Sichtbarkeit der Patient:innen durch z.B. Innenfenster, Videoüberwachung oder „smart glass“ könnte einen Einfluss auf die Mortalität haben, aber hierzu sind mehr Studien erforderlich. Weitere Aspekte wie Lärm und dessen Reduktion zeigten nur begrenzte Wirksamkeit auf die großen Parameter wie Mortalität, Verweildauer und andere. Die Autor:innen schlussfolgern, dass Patient:innen, Familien und Mitarbeiter:innen frühzeitig in die Planung von Intensivstationen eingebunden werden sollten, um negative Effekte zu vermeiden. **Kommentar:** *Eine gestaltete Umwelt wirkt auf die Menschen, die sich darin befinden; die Effekte sind aber bei Intensivpatient:innen meist so gering, dass sie sich kaum wissenschaftlich nachweisen lassen, denn bei jemandem, der eine schwere Sepsis hat, beatmet ist und hochdosiert Katecholamine verabreicht bekommt, wird ein blaues oder rotes Licht kaum einen Unterschied machen, ebenso wenig werden große Fenster oder eine circadiane Lichtanpassung die Überlebenschancen deutlich verbessern. Architektur kann aber indirekte Effekte haben und die Motivation und Aufmerksamkeit verstärken. Wichtiger können die Überwachung, die Sichtbarkeit und die Zugriffsmöglichkeiten sein und auch der Personalschlüssel und die Kompetenzen des Personals sein. (PN).*

Quelle: Saha, S., Noble, H., Xyrichis, A., Hadfield, D., Best, T., Hopkins, P., & Rose, L. (2021). Mapping the impact of ICU design on patients, families and the ICU team: A scoping review. *Journal of critical care*, 67, 3–13.

Mundpflege bei Patient:innen mit einem Schlaganfall: Ergebnisse einer Umfrage aus Großbritannien und Australien

Mundpflege ist für eine optimale Mundgesundheit unerlässlich und umfasst Aktivitäten wie gesundes Essen, Trinken und Zähneputzen. Körperliche und kognitive Einschränkungen, vermindertes Bewusstsein und andere Komorbiditäten erhöhen das Risiko einer schlechten Mundgesundheit nach einem Schlaganfall und machen es für die Betroffenen häufig schwierig, die Mundpflege selbstständig durchzuführen. Bangee et al (2021) untersuchten in einer Umfrage in britischen und australischen Krankenhäusern, die stationäre Akut- oder Rehabilitationspflege nach einem Schlaganfall anbieten. Ergebnisse: Von 336 verschickten Fragebögen gingen 86 % ausgefüllte Fragebögen aus Großbritannien und 74 % aus Australien ein. Insgesamt gaben 52 % der britischen und 30 % der australischen Krankenhäuser an, über ein allgemeines Mundpflegeprotokoll zu verfügen, wobei 53 % der britischen und nur 13 % der australischen Krankenhäuser angaben, Instrumente zur Bewertung der Mundpflege zu verwenden. In 73 % der britischen und 57 % der australischen Krankenhäuser wurde die Mundpflege bei der Aufnahme beurteilt. In 55 % der britischen und 30 % der australischen Krankenhäuser hatten die Pflegenden im letzten Jahr eine Schulung zur Mundpflege erhalten. 63 % der britischen und 53 % der australischen Befragten berichteten über eine unzureichende Schulung und Ausbildung von Pflegenden vor der Einweisung in die Mundpflege. Schlussfolgerung der Autor:innen: Die Praxis der Mundpflege in der Schlaganfallversorgung in den befragten Krankenhäusern weist große Unterschiede auf. Eine qualitativ hochwertige Pflege, deren Bestandteil eine gute und evidenzbasierte Mundpflege ist und somit die Ergebnisse für die Patient:innen könnten verbessert werden, indem mehr Schulungen für die Pflegenden durchgeführt, eine individuelle Beurteilung der Mundhö-

le bei der Aufnahme vorgenommen und standardisierte Beurteilungsinstrumente und Protokolle verwendet würden.

Kommentar: *Es stellt sich die Frage, wie es in der eigenen Praxis (nicht nur im Bereich der Stroke Units) aussieht. Welchen Stellenwert hat Mundpflege im Bereich? Werden die oben genannten Punkte erfüllt? Gibt es Bedarfe für ein standardisiertes Maßnahmenbündel und Schulungen bei den Pflegenden? (SK).*

Quelle: Bangee, M., Martinez-Garduno, C.M., Brady, M.C. et al. (2021). Oral care practices in stroke: findings from the UK and Australia. BMC Nurs 20, 169.

Familienfreundliche Intensivstation

Familien werden heutzutage als wichtiger Bestandteil der Intensivtherapie angesehen, vgl. das sog. abcdef-Maßnahmenbündel, wobei „f“ für Familienfreundliche Versorgung steht. Doch wie sieht es auf den Stationen aus? Eine Forschungsgruppe um Maria Brauchle ist der Frage nachgegangen, in welchem Umfang eine familienfreundliche Versorgung im Intensivbereich in Deutschland, Luxemburg, Österreich und Schweiz angeboten wird. Hierzu wurden vor Covid-19 alle 1.943 Intensivstationen in den deutschsprachigen Ländern per E-Mail angeschrieben, inkl. pädiatrischer, gemischter und Erwachsenen-Intensivstationen. Im Ergebnis haben 385 ITS geantwortet, davon 39 % (n=151) in Deutschland und 73 % (n=280) im Erwachsenenbereich. 42 % der antwortenden ITS bieten offene Besuchszeiten an, hiervon signifikant mehr in der Pädiatrie: 79,2 % vs Erwachsenenbereich: 21,3 %, $p < 0.001$, ebenso signifikant mehr in Deutschland (50 %) vs Österreich (27 %) vs Schweiz (29 %), $p < 0.001$. 68 % der ITS sind offen für Kinder als Besucher, d.h. es können Kinder ab 0 Jahren zu Besuch, mit signifikanten Unterschieden zwischen Pädiatrie: 90 % vs Erwachsenen ITS: 62 %, $p < 0.001$. Bei Stationen mit Restriktionen ist die untere mediane Altersgrenze 12 (mittlere 50%: 7.2-14) Jahre. Familienfreundliche Interventionen, die in vollem Umfang umgesetzt wurden, waren vor allem: 43 % der ITS integrieren Angehörige in die Pflege, 26 % schreiben Tagebücher, 21 % bieten strukturierte Gespräche mit Angehörigen an, 13 % gestatten die Gegenwart von Angehörigen während Reanimationen, 12 % erlauben die Gegenwart von Angehörigen bei Visiten. Einschränkung muss erwähnt werden, dass eine Teilnahme durch besonders familienfreundliche Stationen wahrscheinlich ist und die Daten daher nicht repräsentativ sein können. **Kommentar:** *Die Umfrage hat einen weltweiten Survey wiederholt und die Antworten waren hier größtenteils ähnlich. Neu dabei sind die Fragen nach Kindern als Besucher. Im pädiatrischen Bereich sind Besuche durch Kinder (dann: Geschwister) weitaus häufig anzutreffen, oftmals – aber nicht immer – nach Vorlage eines Attests vom Kinderarzt:in; im Erwachsenenbereich ist dies seltener. Die größten Barrieren sind hierfür Bedenken der Mitarbeiter:innen und wenig Wissen. Die Evidenz ist nicht eindeutig: Kinder können traumatisiert werden, weil sie auf die Station dürfen, sie können aber auch traumatisiert werden, weil sie nicht besuchen dürfen (Literatur: www.icu-kids.de). Aus psychologischer Sicht ist eine individuelle Entscheidung empfehlenswert, bei der zuerst die Patient:in, dann das Kind gefragt werden. Wenn beide einverstanden sind, kann ein Besuch abgesprochen werden. Diese Besuche sollten dann vor- und nachbereitet werden (Letzteres gilt für die Besuche durch Erwachsene genauso). Die Ergebnisse des Survey sind interessant und hinterfragen die gängige Praxis: Wie sieht es bei uns aus? Wie könnte es bei uns aussehen? (PN)*

Quelle: M. Brauchle, P. Nydahl, G. Pregartner, M. Hoffmann, M-M. Jeitziner, Practice of Family-centred Care in Intensive Care Units before the COVID-19-Pandemic: a cross-sectional analysis in German-speaking countries, Intensive & Critical Care Nursing (2021), doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103139>.

Die Verwendung von Kopfhelmen zur nichtinvasiven Beatmungsunterstützung: eine umfassende Übersicht über technische Aspekte und klinische Ergebnisse

In den letzten 20 Jahren wurden einschlägige Erkenntnisse zum Gebrauch von sogenannten Helmen zur nichtinvasiven Beatmungsunterstützung (NIV) als auch als nichtinvasive Überdruckbeatmung (NPPV), wobei letztere die Inspiration aktiv unterstützt, veröffentlicht, und mehrere Studien laufen noch, vor allem in der Population der Covid Erkrankten. Der Helm, bestehend aus einer durchsichtigen Haube und einem weichen Kragen, umschließt während der Anwendung von NIV/NPPV den Kopf des Patienten vollständig. Coppadoro et al. (2021) untersuchten in einer Übersichtsarbeit die technischen Aspekte der Kopfhelme und die Verbesserung der Synchronität zwischen Patient:innen und dem Beatmungsgerät. Es können verschiedene technische Lösungen angewandt werden (Free-Flow-CPAP vs. NPPV mit mechanischem Beatmungsgerät); hierbei liegen keine Daten vor, die belegen, ob eine der beiden Techniken überlegen ist. **Schlussfolgerung der Autor:innen:** Zusammenfassend lässt sich sagen, wie in mehreren Meta-Analysen beschrieben, dass die Helmtherapie sicher und wirksam zur NIV bei hypoxämischem Atemversagen eingesetzt werden kann, dabei die Oxygenierung verbessert und möglicherweise zu besseren patientenorientierten Ergebnissen als andere NIV Methoden führt. **Kommentar:** *Interessant, dass die NIV Anwendung im Jahre 2021 wieder aufgegriffen und untersucht wird. Weitere wissenschaftliche Erkenntnisse von möglichen, auch patientenindividuellen Vorteilen, bleiben sicherlich abzuwarten, bevor „der Helm“ (evtl. wieder) Einzug in die Intensivtherapie hält. (SK).*

Quelle: Coppadoro, A., Zago, E., Pavan, F., Foti, G., Bellani, G. (2021). The use of head helmets to deliver noninvasive ventilatory support: a comprehensive review of technical aspects and clinical findings. Critical Care, 25(1), 1-11.

Positionspapier: Angehörigenbesuche während Pandemien

Die Sektionen Ethik und Psychologische Versorgungsstrukturen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) haben ein Positionspapier zur Regelung von Angehörigenbesuchen in Krankenhäusern während Pandemien herausgegeben, in dem die Wichtigkeit der Angehörigen für die Patient:innen, aber auch das behandelnde Team herausgestellt wird. Einschränkungen von Besuchen sollten regelmäßig auf das aktuelle Infektionsrisiko abgestimmt werden. Sobald der Grund für Beschränkungen wegfällt, z.B. auch Impfungen oder hinreichend sicherer Ausschluss einer Infektion durch eine Testmethode, sind diese entsprechend unverzüglich wieder zu evaluieren. **Kommentar:** *Es ist unklar, ob durch die Besuchsregelungen mehr Nutzen als Schaden angerichtet worden ist. Die nächste Pandemie kommt bestimmt und dann sollten entsprechende Regelungen vorhanden sein. Das Positionspapier kann dazu dienen, bestehende Regelungen zu reflektieren und zu modifizieren (PN).*

Quelle: Deffner T, Hierundar A, Knochel K, Urs U, Neitzke G, Nydahl P, Rogge A. Positionspapier zur Regelung von Angehörigenbesuchen in Krankenhäusern während Pandemien. DIVI, <https://www.divi.de/aktuelle-meldungen-intensivmedizin/angehoerigenbesuche-im-krankenhaus-in-der-pandemie-neues-positionspapier-gibt-orientierung> 27.9.2021