

## Pflegeforschung

# Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im März 2022

### ► Für Euch gelesen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

In diesem Newsletter geht es um das Miterleben von Reanimationen, Delir bei Schlaganfall, die effektivste Körperposition, um eine VAP zu vermeiden, die aktuelle S3 Leitlinie zur Sauerstofftherapie, Zahnbürsten und Euer Feedback! Falls Ihr Fragen zu speziellen Themen habt, die Euch „bewegen“, schreibt uns gerne an. Bleibt gesund - Susanne Krotsetis und Peter Nydahl.

#### Reanimation beobachten

Mitunter müssen Patient:innen eine Reanimation von anderen Patient:innen miterleben, z.B. im selben Zimmer. Fiorelli et al. (2022) interviewten 16 Patient:innen in neun Krankenhäusern auf Intensiv- wie auf allgemeinen Stationen in England zu ihrem Erleben. Im Ergebnis konnten drei Kategorien identifiziert werden. A) Stress: Das Miterleben einer Reanimation macht Stress und wird nicht durch ein Zuziehen von Vorhängen verhindert. Die Patient:innen fühlten sich der Reanimation ausgesetzt, ohne sich dem entziehen zu können, aber hinterher durch die Beobachtung der schnellen Reaktionsfähigkeit des Teams beruhigt und sicher. „Du kannst nirgendwo hingehen, um aus dem Weg zu gehen“, „Ich werde es niemals vergessen“, „Es war eine schwierige Situation, aber ich dachte mir: die werden alles tun, um mich am Leben zu erhalten, und das gab mir Zuversicht“; B) Emotionen: Die Beobachtung einer Reanimation löste bei einigen starke Emotionen aus, andere Patient:innen lenkten sich ab: „Du fühlst Dich so hilflos, ich meine es ist eine normale Sache zu helfen, aber Du kannst es nicht“, „Ich habe mich nie mit ihr unterhalten, und so hat es mich nicht betroffen gemacht“. Alle Patient:innen akzeptierten das Versterben als möglichen Ausgang einer Reanimation; C) Informationen: die meisten Patient:innen wünschten sich Informationen über die Reanimation und deren Ausgang, aber das wurde nicht immer vermittelt. „Wenn jemand vom Team gekommen wäre und uns informiert hätte, das wäre sehr gut gewesen“, andererseits gab es auch Patient:innen, die keine Informationen wünschten „Die haben genug zu tun, für mich war das kein Problem“. Die Autor:innen schlussfolgern, dass eine Reanimation von Mitpatient:innen immer beobachtet wird und diese spätestens hinterher informiert werden sollten und auch ein weiterführendes Gespräch angeboten werden sollte.

Quelle: Fiori M, Latour JM, Endacott R, Cutello CA, Coombs M. What the curtains do not shield: A phenomenological exploration of patient-witnessed resuscitation in hospital. Part 1: patients' experiences. J Adv Nurs. 2022 Feb 12

#### Delir und Schlaganfall

Von der Stroke Unit in Kiel kam der Wunsch, das Delir-Management bei Patient:innen mit Schlaganfall zu verbessern. Herausgekommen ist ein multizentrisches Qualitätsverbesserungsprojekt, bei dem Pflegendе, Mediziner:innen und Therapeut:innen mitgearbeitet haben. Das Projekt wurde in verschiedene Phasen strukturiert:

a) Schulungsphase in Delir-Assessment, b) Vorher-Messung über 4 Wochen, wie oft und wie sehr Patient:innen delirant wurden, c) Schulungsphase zum Delir-Management, d) Wiederholung der Messung als nachher-Messung. Das Delir-Management beinhaltete tägliches Delir-Screening mit der Nu-DESC durch Pflegendе, bei positivem Befund eine Validierung durch die Mediziner:innen, danach gemeinsame Diskussion der möglichen Ursachen und entsprechende Maßnahmenbündel, z.B. bei Infektion als Ursache ein Hygienebündel mit Blutkulturen & Abstrichen, Fiebersenkung ab 37.50 Celsius, ggf. Wechsel der Zu- und Ableitungen usw. Präventive und therapeutische Maßnahmen erster Wahl sind pflege-/therapeutische Maßnahmen wie Re-Orientierung, Erklärung eines Delirs und seiner Symptome, Mobilisierung, das Angebot von Seh-/Hör-/Mobilitätshilfen und andere (erweiterte Besuchszeiten fiel wegen Covid leider aus); Maßnahmen zweiter Wahl waren medikamentöse Behandlung je nach Symptomen. Im Ergebnis konnte das Delir-Management auf 6 Stroke Units mit knapp 500 Patient:innen implementiert werden.

Ein interprofessionelles Delirmanagement ist machbar und bei den meisten PatientInnen trotz ihrer neurologischen Erkrankung umsetzbar. Die Einführung des Delirmanagements führte wie erwartet nicht zu weniger Delirien. Patient:innen in der nachher-Phase hatten ein nicht so schweres Delir, aber der Unterschied war nicht signifikant. Dies kann unter anderem an der starken Pflege gelegen haben. Wir haben herausgefunden, dass bereits in der vorher-Phase 9 von 10 Patient:innen Delir-präventive und -therapeutische Maßnahmen erhalten haben. Zugenommen haben dennoch die Rate an Mobilisierungen, die Beschreibungen von Symptomen oder die Bereitstellung von Seh- und Hörhilfen. Nur jede/r zweite Patient:in benötigte Medikamente gegen Delirsymptome! Delirante Patient:innen hatten im Vergleich zu nicht deliranten Patient:innen schwerere Schlaganfälle, waren stärker betroffen und zeigten

weniger Fortschritte in der Rehabilitation. Delirante Patient:innen sind auch mit Delir-Management eine hoch vulnerable Gruppe, die einer besonderen Betreuung bedürfen.

Quelle: Nydahl, P., Baumgarte, F., Berg, D., Bergjan, M., Borzikowsky, C., Franke, C., Green, D., Hannig, A., Hansen, H. C., Hauss, A., Hansen, U., Istel, R., Krämer, N., Krause, K., Lohrmann, R., Mohammadzadeh-Vazifeh, M., Osterbrink, J., Palm, F., Petersen, T., Schöller, B., ... Margraf, N. G. (2022). Delirium on stroke units: a prospective, multicentric quality-improvement project. *Journal of Neurology*, 10.1007/s00415-022-11000-6

## Welche Körperpositionierung unterstützt die Vorbeugung einer beatmungsassoziierten Pneumonie bei kritisch kranken Patienten?

Die Erkenntnisse über die beste Körperposition zur Verhinderung einer beatmungsassoziierten Pneumonie (VAP) sind unklar. Ziel der Studie von Pozuelo-Carrascosa et al. (2022) war es herauszufinden, welche Körperposition am besten geeignet ist, um einer VAP vorzubeugen, die Verweildauer auf der Intensivstation und im Krankenhaus zu verkürzen und die Sterblichkeit bei Patient:innen, die mechanisch beatmet werden, zu verringern. Es wurde eine Übersichtsarbeit erstellt, in der Arbeiten eingeschlossen wurden, die intubierte und invasiv beatmete Patient:innen untersuchten. Bei den untersuchten Interventionen handelte es sich um verschiedene Körperpositionen (z. B. Seitenlage, Bauchlage, Halbliegeposition) und unterschiedliche Lagerungsgrade bei mechanisch beatmeten Patient:innen. Ergebnisse: Die halb liegende Position (definiert als aufrechte Haltung des Kopfes und des Rumpfes in einem  $\geq 30^\circ$  Winkel) zeigte im Vergleich zur (flachen) Rückenlage eine Risikoreduktion der VAP-Inzidenz bzw. der Mortalität. In dieser Arbeit wurden als beste Positionierungsoption die halb liegende Position zur Verringerung der VAP-Inzidenz (71,4 %), der Krankenhausverweildauer (68,9 %) und der Dauer der mechanischen Beatmung (67,6 %) identifiziert. Die Bauchlage stellte sich in dieser Übersichtsarbeit als wirksamste Position zur Verringerung des Mortalitätsrisikos (89,3 %) und der Verweildauer (59,3 %) auf der Intensivstation heraus, zeigte aber keine Wirkung auf die VAP-Inzidenz. **Kommentar:** *Interessante Ergebnisse der Arbeit von Pozuelo-Carrascosa et al. (2022). Allerdings gilt es außer der Prävention einer VAP auch andere Aspekte, wie z.B. Lagerungsintervalle bei einem Dekubitusrisiko, individuelle Wünsche der Patient:innen, in der pflegerischen Arbeit zu beachten (SK).*

Quelle: Pozuelo-Carrascosa, D.P., Cobo-Cuenca, A.I., Carmona-Torres, J.M. et al. (2022). Body position for preventing ventilator-associated pneumonia for critically ill patients: a systematic review and network meta-analysis. *J. intensive care* 10, 9. Stürze auf Intensivstation

## S3 Leitlinie: Sauerstoff in der Akuttherapie beim Erwachsenen

Sauerstoff ist ein Arzneimittel, was als solches auch in seiner Anwendung und Lauf/Flowrate angeordnet werden muss. Häufig unterliegt das Sauerstoffmanagement in der Praxis im ersten Schritt den Pflegenden. Wissen über die Relevanz einer Hypoxämie und die Risiken einer Hyperoxämie vermittelt die 2021 erschienene S3 Leitlinie: „Sauerstoff in der Akuttherapie beim Erwachsenen“, die auf den Ergebnissen zahlreicher, aktueller randomisiert kontrollierter Studien basiert. Die Leitlinie enthält 34 evidenzbasierte Empfehlungen zu Indikation, Verordnung, Überwachung und Abbruch der Sauerstofftherapie in der Akutversorgung. Hypoxämie und Hyperoxämie sollten aufgrund der erhöhten Sterblichkeit vermieden werden. Die Leitlinie empfiehlt Zielbereiche der Sauerstoffsättigung für die Sauerstoff-Akuttherapie. Weiterhin bietet die Leitlinie einen Überblick über verfügbare Sauerstoffzufuhrsysteme und enthält Empfehlungen für deren Auswahl, basierend auf Patientensicherheit und -komfort. Wie alle Leitlinien kann die Lang- aber auch die Kurzfassungen frei heruntergeladen und gelesen werden (SK).

Online: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/020-021.html>

## Die Hygienenotiz: Zahnbürsten bei Beatmeten

Zähneputzen bei beatmeten Intensivpatient:innen wird eindeutig empfohlen. Aber wie oft können Zahnbürsten wieder verwendet werden? Bei der Untersuchung von 36 Zahnbürsten, die auf 6 Intensivstationen in Thailand zweimal täglich zum Zähne putzen bei 36 beatmeten Patient:innen verwendet und danach unter laufendem Wasser abgespült worden sind, zeigten sich 97% der Zahnbürsten kontaminiert, darunter *K. pneumoniae*, *A. baumannii*, *P. aeruginosa*, *E. coli*, *E. cloacae*, *S. aureus* und andere; die Besiedelung trat unabhängig von der Benutzungsdauer (1-67 Tage) auf.

**Kommentar:** *Wir lernen spätestens jetzt: Zahnbürsten sind auf Intensivstation Einmalmaterial (PN).*

Quelle: Unahalekhaka A, Butpan P, Wongsan R, Phunpae P, Preechasuth K. Contamination of antimicrobial-resistant bacteria on toothbrushes used with mechanically ventilated patients: A cross sectional study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2022 Feb;68:103120

## Gefällt Dir der Newsletter?

Wir schreiben und versenden gerne die Newsletter, um alle Kolleg:innen mit neuen Informationen und Evidenz zu versorgen, aber wir erhalten relativ wenig Feedback. Darum möchten wir Dich bis zum 23. März bitten, den Newsletter zu bewerten und vielleicht Kommentare zu geben. Die Abfrage ist anonym und erfolgt über Mentimeter. Link: einfach auf [www.menti.com](http://www.menti.com) und den Code 47 47 98 4 eingeben oder den QR Code scannen. Danke!

