

## Pflegeforschung

## Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im September 2023

## ▶ Für Euch gelesen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in diesem Newsletter geht es um die aktuelle Leitlinie zum Post-Intensiv-Syndrom, um die Mundpflege bei oral intubierten Patient:innen, Infektionsrisiken durch Kinderbesuche und zur unterstützten Kommunikation! Falls Ihr Fragen zu speziellen Themen habt, die Euch „bewegen“, schreibt uns gerne an. Bleibt gesund – Susanne Krotsetis und Peter Nydahl.

**Leitlinie zur multimodalen Rehabilitation von Patienten mit Post-Intensiv-Syndrom**

Patient:innen der Intensivstation leiden häufig während und über den Aufenthalt hinaus unter verschiedenen Beeinträchtigungen ihres physischen, kognitiven und psychischen Gesundheitszustands, die als Post-Intensiv-Syndrom (PICS) bezeichnet werden. Eine multidisziplinäre und -professionelle Arbeitsgruppe aus 15 Fachleuten des Gesundheitswesens, unter anderem auch mit Dr. Peter Nydahl vom Campus Kiel, haben eine multidisziplinäre und -professionelle Leitlinie für die rehabilitative Therapie des PICS zu entwickelt. Nach Sichtung und Beurteilung der methodischen Güte der wissenschaftlichen Arbeiten, ergaben sich 12 Empfehlungen, 4 Therapieoptionen und 1 Stellungnahme zur Prävention und oder Behandlung der PICS. **Die 5 Hauptempfehlungen der Expert:innen:**

- 1.) Die körperliche Gesundheit und die motorischen Funktionen können durch frühzeitige Mobilisierung, Physiotherapie, zusätzliches Ergometertraining und neuromuskuläre Stimulation verbessert werden.
- 2.) Vor Beginn der oralen Ernährung sollte durch einen standardisierten Schlucktest das Risiko von Dysphagie und Aspiration ausgeschlossen werden.
- 3.) Die psychische Gesundheit kann durch die Einbeziehung von Angehörigen in die Pflege, das Führen von Tagebüchern auf der Intensivstation und psychologische Betreuung verbessert werden.
- 4.) Die kognitive Gesundheit kann durch die Vorbeugung von Delir, eine frühzeitige multimodale Behandlung von Delir und/oder ein Aufmerksamkeitstraining verbessert werden.
- 5.) Das Gesundheitspersonal muss sensibilisiert und geschult werden, um PICS zu erkennen. Fazit der Autor:innen: Eine Voraussetzung für die Behandlung der PICS sind regelmäßige und wiederholte Beurteilungen der körperlichen, kognitiven und psychischen Gesundheit von Patient:innen, bei denen ein Risiko für ein PICS besteht, oder die ein PICS haben.

**Kommentar:** Am UKSH haben wir die Voraussetzungen, um PICS wie eingeführte Assessments und SOPs (z.B. zu Delir) mit nicht-pharmakologischen Konzepten im Intensivbereich entgegenzuwirken. Sollten Sie für sich oder in ihrem Team das Gefühl haben, Ihnen fehlen noch Informationen/Hintergrundwissen zu einzelnen Aspekten der genannten Punkte, wenden Sie sich gerne an uns (P. Nydahl, S. Krotsetis); wir unterstützen die Teams gerne. (SK)

Quelle: Renner, C., Jeitziner, MM., Albert, M. et al. Guideline on multimodal rehabilitation for patients with post-intensive care syndrome. Crit Care 27, 301 (2023). <https://doi.org/10.1186/s13054-023-04569-5>

**Mundpflege bei oral intubierten Patient:innen**

Einen praxisnahen Handlungsalgorithmus zur Mundpflege bei oral intubierten Patient:innen haben Kollegen und Kolleginnen aus der Pflegewissenschaft und Praxis vom Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, Bad Oeynhausen, der Charité und der Universität zu Köln erarbeitet. Pflegeziele wie auch benötigte Materialien oder auch das Thema der Komplikationen sind kurz und übersichtlich dargestellt. Zum Thema, ob Chlorhexidin zur Mundspülung verwendet werden soll oder nicht verweisen die Autor:innen auf die heterogene, also uneinheitlich, Studienlage. Die Empfehlung lautet „ggf. klinikintern in Standard Operating Procedure (SOP) festgelegte alternative Lösungen, wie z. B. Povidon-Iod, sowie Einsatzdauer derselben einsetzen“ (Krüger et al. 2023, S. 124). **Kommentar:** Auch dieser Artikel ist über Google Scholar in deutscher Sprache frei abrufbar. Ein Flowdiagramm beschreibt nachvollziehbar die einzelnen (Entscheidungs-)Schritte eines evidenzbasierten Pfades der Mundpflege. Sehr empfehlenswert. (SK)

Quelle: Krüger, L., Hauß, A., Oldag, A., Ritter, S., Schulz, T., Vogt, S., Wefer, F. (2023). Handlungsalgorithmus: Mundpflege bei oraler Intubation. Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin, 118(2), 122-124.

**Infektionsrisiken durch Kinder als Besuchende?**

Die Frage nach dem Besuch von minderjährigen Kindern in Intensivstationen, Intermediate Care Stationen und Notaufnahmen wird aktuell in Bezug auf psychosoziale und hygienische Gesichtspunkte kontrovers diskutiert. Aus psychosozialer Perspektive überwiegen in der Regel die Vorteile gegenüber den Risiken. Kinder können so eine Verbindung

zu den Patient:innen herstellen und die Situation besser nachvollziehen. Die Patient:innen wiederum können in der vertrauten Anwesenheit ihrer Familie Trost finden, und Kinder können durch den Besuch die Gesamtsituation besser verstehen. In manchen Fällen kann der Besuch auch die wichtige Möglichkeit bieten, sich von Sterbenden zu verabschieden, die ihnen wichtig sind. Problematisch ist, dass der Besuch von minderjährigen Kindern in Deutschland sehr heterogen gehandhabt wird. In einer Übersichtsarbeit haben nun Pflegewissenschaftler, Krankenhaushygieniker, Mediziner, Psychologen und andere die Literatur gesichtet und auf der Basis der vorliegenden Evidenz allgemeine Empfehlungen formuliert. Hinsichtlich der Hygiene ist der Besuch von Kindern auf Intensiv- und Intermediate-Care-Stationen grundsätzlich grundsätzlich möglichst, vorausgesetzt, dass Kinder die allgemeinen Grundregeln der Hygiene beachten und entsprechend ihrem Alter angeleitet werden. Bei leichten Anzeichen von Infektionen kann das Tragen eines passenden Mund-Nasen-Schutzes dazu beitragen, das Infektionsrisiko zu minimieren. Unter Berücksichtigung individueller Risiken sind Besuche auch bei den meisten immunsupprimierten Patient:innen sowie bei Früh- und Neugeborenen mit noch nicht voll entwickeltem Immunsystem aus hygienischer Sicht vertretbar. Ein Besuch sollte hingegen verschoben werden bei deutlichen Anzeichen einer übertragbaren Infektion oder offenen Wunden bei den Besuchenden (Kinder wie Erwachsene) oder wenn die Eltern mit der Situation überfordert oder erheblich verängstigt wirken. Bei dem Kinderbesuch von Patient:innen, die eine isolierpflichtige Erkrankung haben, welche für die Mitarbeiter:innen eine persönliche Schutzausrüstung (PSA) erfordert (offene Tuberkulose, Clostridioides difficile Infektion, Multiresistente gramnegative Erreger (z.B. 4MRGN) usw.), kann für Besuchende (auch Kinder) eine für die jeweilige Anatomie passende Schutzkleidung erwogen werden, ggf. können Eltern auch einen für das Kind passenden Mund-Nasenschutz mitbringen. Bei Patient:innen der Risikogruppe 2 oder 3 (z.B. Organtransplantation!) sollte ein orientierendes, klinisches Screening auf Symptome von Infektionskrankheiten des besuchenden Kindes erwogen werden. Alternativ können auch Videobesuche erwogen werden!

## Die Hauptpunkte sind

- Die Besuchsregelungen für Kinder bei intensivpflichtigen Patient:innen sind uneinheitlich, und es gibt weit verbreitete Bedenken hinsichtlich psychosozialer und infektionspräventiver Risiken.
- Der Besuch von Kindern auf Intensivstationen bringt in psychosozialer Hinsicht mehr Vorteile als Nachteile mit sich.
- Kinder sollten gefragt werden, ob sie eine Person auf der Intensivstation besuchen möchten, wobei die endgültige Entscheidung und Verantwortung bei den Eltern liegt, die entsprechend informiert werden sollten.
- Der Besuch von Kindern ist nicht mit einem erhöhten Infektionsrisiko verbunden.
- Grundsätzlich gelten für Kinder dieselben Hygieneregeln wie für Erwachsene, erfordern jedoch altersgerechte Unterstützung und Anleitung.

Einheitliche Empfehlungen können den Mitarbeitenden in den Kliniken dabei helfen, den Besuch von Kindern auf Intensivstationen als Teil einer familienzentrierten Versorgung zu integrieren. Bei der Überlegung von möglichen Maßnahmen ist zu berücksichtigen, dass sie weder Besucher noch das Behandlungsteam vor unüberwindliche Herausforderungen stellen sollten, noch einfach aufgrund einer nicht reflektierten, willkürlich festgelegten Tradition durchgeführt werden sollten. In den meisten Fällen sollte der Besuch von Kindern und anderen Angehörigen in Erwägung gezogen werden und unter Berücksichtigung sowie Minimierung der infektiologischen Risiken zu einem etablierten Standard auf den Stationen werden. (PN).

Quelle: Nydahl P, Kaltwasser A, Bonsignore M, Brinkmann A, Dubb R, Hermes C, Kinne V, Kipp F, Krüger L, Müller-Wolff T, Nachtigall I, Schäfer A, Brauchle M, Deffner T. Kinderbesuche auf Intensivstationen: was ist aus Perspektive der Krankenhaushygiene zu beachten? Krankenhaushygiene Up2Date 2023 (3): im Druck.

## Unterstützte Kommunikation

Viele Patient:innen im Intensivbereich erleben während des Aufenthaltes eine Einschränkung in ihren Kommunikationsmöglichkeiten und dadurch ein verringertes Wohlbefinden und erhöhte Abhängigkeit. Kuruppu et al (2023) haben in einer systematischen Literaturrecherche untersucht, welche Möglichkeiten es zur unterstützten Kommunikation für Intensivpatient:innen gibt. Insgesamt wurden 23 Studien (19 Primärstudien und vier Übersichtsarbeiten) in die Untersuchung einbezogen. Hilfsmittel zur unterstützten Kommunikation können sein: Schreibtafeln, Buchstabentafeln, Symboltafeln, Symbolkarten, Programme für Tablet/Smartphone (z.B. Vidatalk, Patient Communicator, Speak for Myself), Geräte/Apps mit Augen- oder Gestensteuerung (Vocable.app) und/oder Sprachausgabe (z.B. DynaMyte, ICU-COM), Electrolarynx und andere (selbst an EEG-gesteuerter Kommunikation wir zurzeit gearbeitet).

Die Ergebnisse zeigten fünf wesentliche Aspekte auf:

- 1.) Mitarbeitende, Patient:innen und Familien sollten an den Hilfsmitteln zur unterstützten und alternativen Kommunikation mitgestalten können.
- 2.) Der Schulungsbedarf von Patient:innen und Mitarbeitenden in Bezug auf Hilfsmittel zur unterstützten und alternativen Kommunikation sollte berücksichtigt und angepasst werden.
- 3.) Die Umsetzung validierter Algorithmen zur Kommunikationsbewertung ist zur Auswahl passender Hilfsmittel sinnvoll.
- 4.) Die verschiedenen Kommunikationsmethoden und -ansätze sollten in die Umgebung der Intensivstation angepasst und integriert werden können (Stichwort: freies WLAN).

5.) Mitarbeitende, Patient:innen und Familien sollten die erforderliche technische Kompetenz für hochtechnologische Hilfsmittel zur unterstützenden und alternativen Kommunikation erwerben können. Es können sowohl einfache als auch hochtechnologische Kommunikationshilfen bei beatmeten Patient:innen auf Intensivstationen eingesetzt werden.

Es besteht jedoch ein Bedarf an einer systematischen Bewertung der Kommunikationsbedürfnisse und an der Implementierung von Kommunikationsmaßnahmen, um sinnvolle patientenzentrierte klinische Ergebnisse zu fördern (PN).

Quelle: Kuruppu NR, Chaboyer W, Abayadeera A, Ranse K. Augmentative and alternative communication tools for mechanically ventilated patients in intensive care units: A scoping review. *Aust Crit Care.* 2023 Feb 9;S1036-7314(22)00255-7; viele Hilfen gibt es übrigens auch hier: [https://tjfbg.padlet.org/c\\_werning/barrierefreie-kommunikation-mit-kommunikationseingeschr-nkte-hkldi27c5hmfo7m1](https://tjfbg.padlet.org/c_werning/barrierefreie-kommunikation-mit-kommunikationseingeschr-nkte-hkldi27c5hmfo7m1)

