



# Interprofessioneller Gesundheitskongress



Springer Medizin



# Pflegegesteuerte Analgosedierung auf der KIK-ITS 1

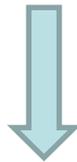
Anja Richter, Sabine Zado

# Gliederung

1. Situation vor Einführung der pflegegesteuerten Analgosedierung
2. Ziele der pflegegesteuerten Analgosedierung
3. Voraussetzungen
4. Protokolle für bestimmte Patientengruppen
5. Medikamente
6. Vorgehen und Beispiel am Protokoll
7. Checkbox bei Unruhe
8. Positive Umsetzung
9. Was hat sich verändert? Erfahrungen

# 1. Situation vor Einführung der pflegegesteuerten Analgosedierung

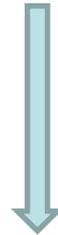
- kein einheitliches Vorgehen
- viele unterschiedliche Medikamente
- zu niedrig dosierte Mehrfachkombinationen, deshalb oft eher unzureichend sedierte Patienten
- Frust und Unzufriedenheit bei Pflege und Ärzten



2018 Umfrage unter Ärzten und Schwestern mit Hilfe eines Fragebogens ergab hier eindeutig Handlungsbedarf

## 2. Ziele

- Analgesie und Sedierung aller Patientengruppen optimieren, durch Vermeidung von zu tief sedierten oder zu wachen, leidenden Patienten
- Delir- und Schmerzmanagement verbessern



**Arbeitsgruppe bestehend  
aus 2 Ärzten und 2  
Pflegekräften**

### 3. Voraussetzung

genaue Einschätzung von

- Analgesie
- Sedierungstiefe
- Entzug oder Delirs



**validierte Scores**

- Comfort B + NISS + NRS + SOS PD Score
- FLACC Score bei kognitiv beeinträchtigte Patienten

## 4. Entwicklung von Protokollen für spezifische Patientengruppen

- intubierte Patienten unterteilt in 3 Altersgruppen
  - 37 SSW bis 3 Monate
  - 3 Monate bis 2 Jahre
  - Über 2 Jahre
- hämodynamisch instabile Patienten mit hohem Katecholaminbedarf oder schwere Schädelhirntraumata jeden Alters
- postoperative , intubierte Patienten und ARDS
- Patienten an der NIV

## 5. Medikamente

- Morphin  < 2 Jahre
- Fentanyl  > 2 Jahre
- Midazolam
- Esketamin
- Dexmedetomidin
- Clonidin

## Zusätzliche Medikamente

- Propofol i.v. Einzelgaben vor Interventionen  
(1-2mg/kg KG)  
→ max. 10 mg/kg KG pro Schicht
- Melatonin p.o. Abends
- Quetiapin p.o. bei positivem Delirscreening
- in Ausnahmefällen Chloralhydrat, Phenobarbital

## 6. Vorgehen

- Auswahl des Protokolls nach Patientengruppe
- Richten der Medikamente, Einstellung der Perfusoren (nach kg KG)
- Start lt. Protokoll
- Engmaschige Erhebung und Dokumentation der Scores

Ziel: Comfort B Score 11 bis 17 , bei SHT 9 bis 12

Ziel: NISS 2

Ziel: NAS < 4

- Anpassung der Analgosedierung lt. Protokoll (Reduktion oder Erhöhung)



## Reduktion

- bei niedrigem Score lt. Protokoll reduzieren und max. 1x/Schicht
- bei weniger als 1 Stundenbolus in 8h

## Erhöhung

- stufenweise, mit 3. Opioidstundenbolus innerhalb 8h
- Opioidbolus max. 6 Gaben / 8h

**CAVE !** Stundenboli anderer laufender Sedativa nur mit Beginn und bei Steigerung der Laufrate

**Akutsituation**  $\longrightarrow$  Propofol + Stundenbolus

- primäre Entscheidung für Gabe eines Stundenbolus, für Reduktion oder Erhöhung durch die Pflege
- Evaluation im Team zur Visite





## 7. Checkbox bei Unruhe

- Optimierung der Umgebung
  - minimieren von Irritationen wie Licht und Lärm (Ohrstöpsel, Schlafmasken)
- Optimierung von Beatmung und Sekretmanagement
- Bündeln notwendiger Interventionen am Patienten
- Behandlung von Nebenwirkungen wie Juckreiz, Harnverhalt und Obstipation

- Optimierung des Komfort
  - Eltern am Bett, Lagerung, frische Windel...
- Ausschluss bzw. Therapie eines Delir





## 8. positive Umsetzung der pflegegesteuerten Analgosedierung

- regelmäßige Schulung von Pflegepersonal und Ärzten zur korrekten Durchführung der verwendeten Scores
- umfangreiche Einweisung Aller in die korrekte Einstellung der Perfusoren von ml/h in  $\mu\text{g}/\text{kgKG}/\text{h}$
- häufige Umfragen im gesamten Team
- Umsetzung und regelmäßige Optimierung nach Erfahrungen

## 9. Was hat sich verändert?

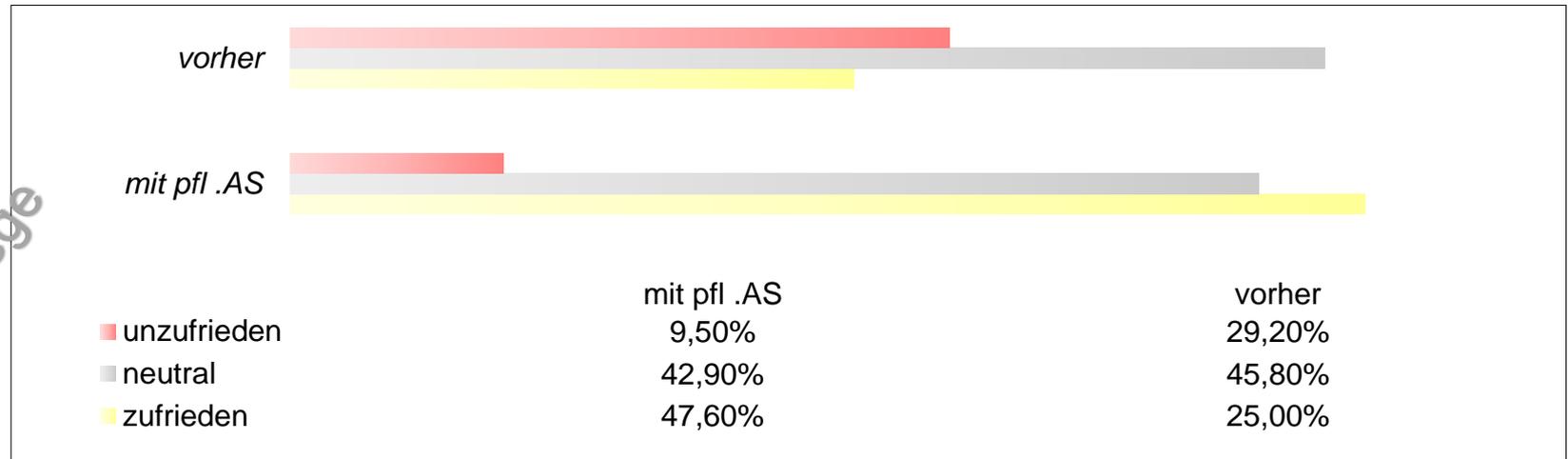
- eine Auswertung erfolgte im Vergleich des Fragebogens unter der Pflege und des ärztlichen Personals vor Beginn der pflegegesteuerten Analgosedierung und 16 Monate danach
- 12 Fragen
  - 6 Fragen davon haben sich wiederholt und wurden in der Auswertung gegenübergestellt
  - 6 Fragen entstanden nach Durchführung der pflegegesteuerten Analgosedierung



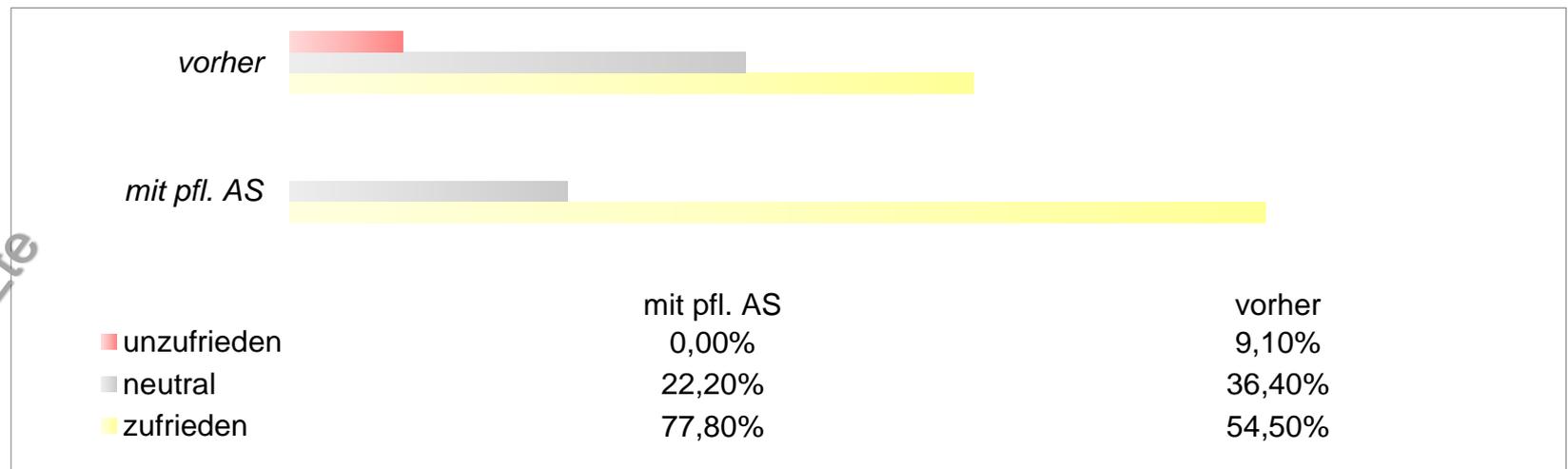


## ❖ Zufriedenheit mit der Analgosedierung

Pflege



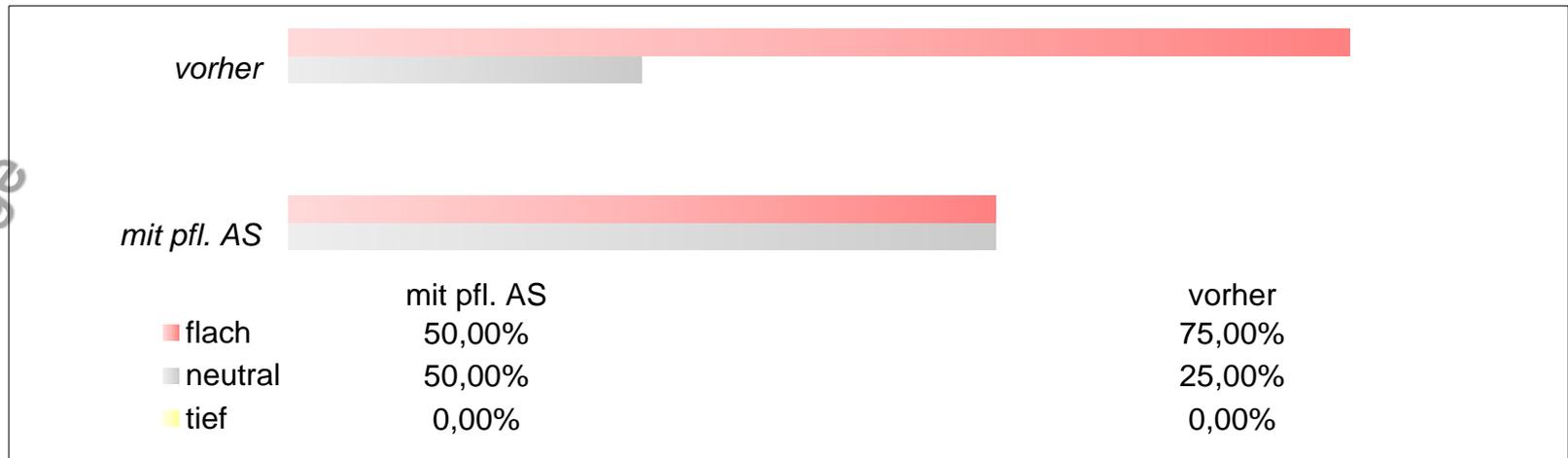
Ärzte



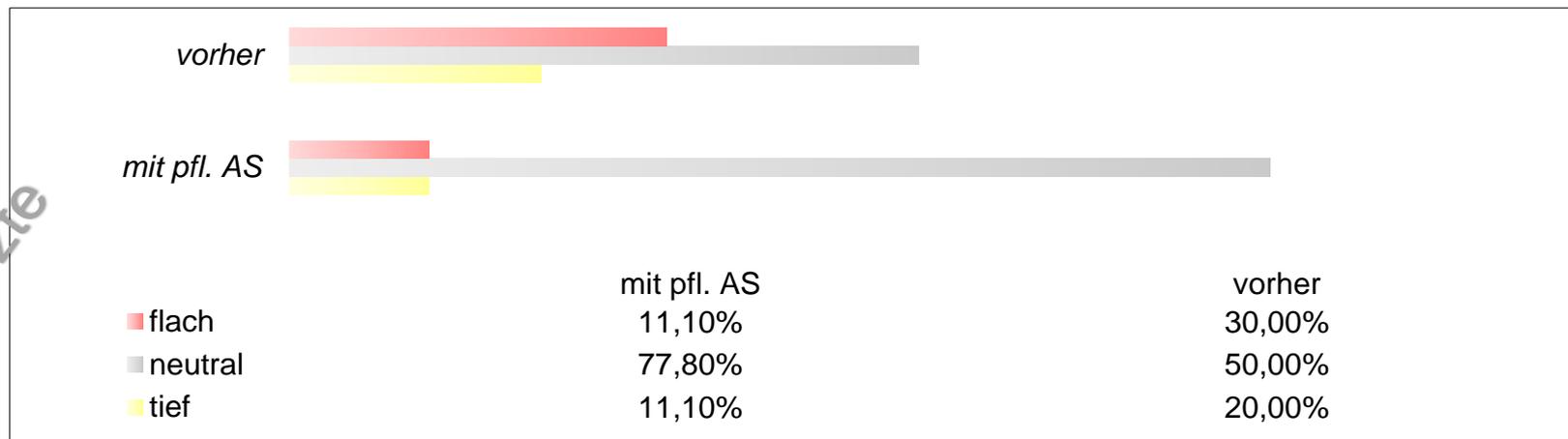


## ❖ Durchschnittliche Sedierungstiefe der beatmeten Patienten

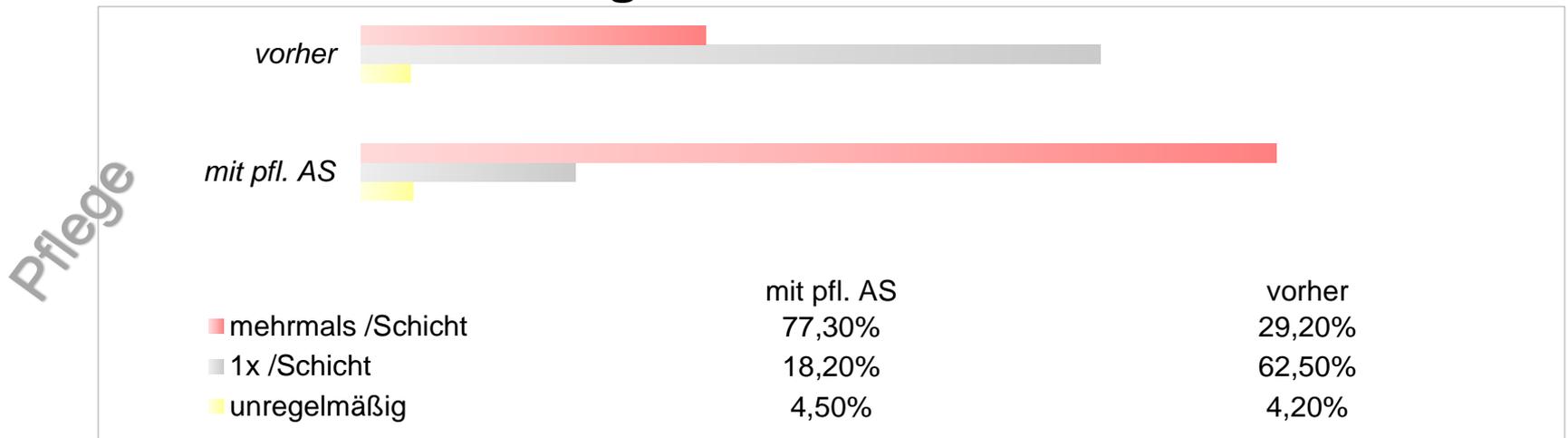
Pflege



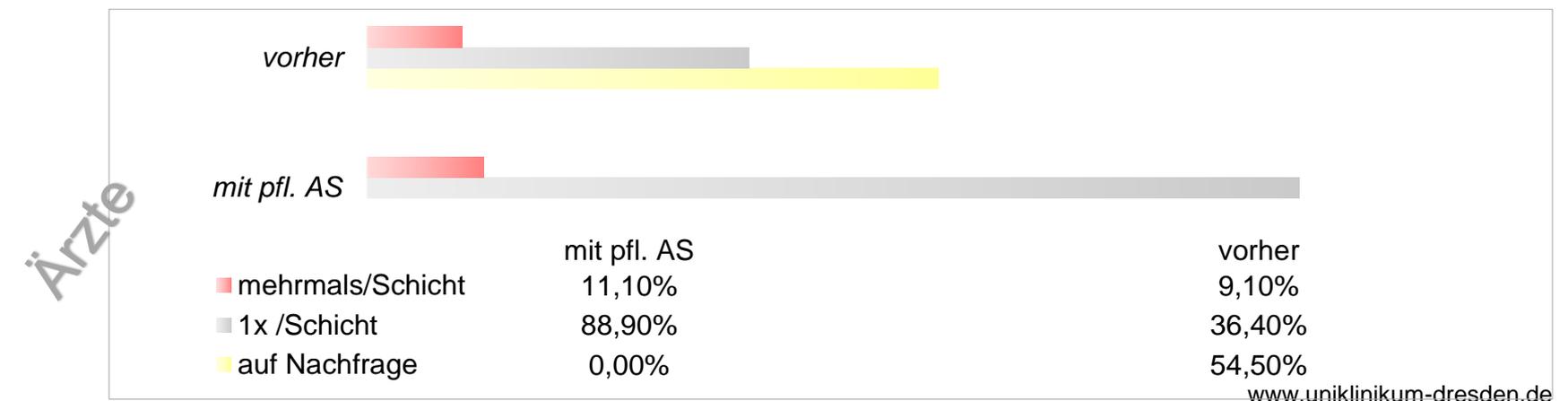
Ärzte



## ❖ Wie regelmäßig führen sie in ihrer Schicht einen Score zur Patientenbeobachtung durch?

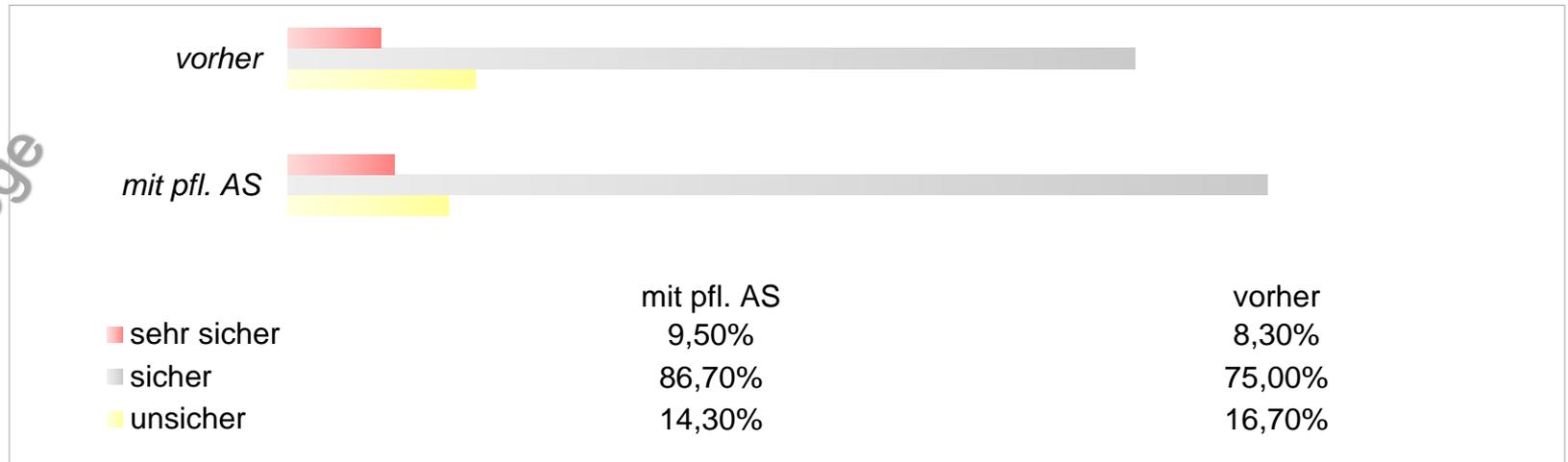


## ❖ Wie häufig schauen sie auf die Scores der Pflege?

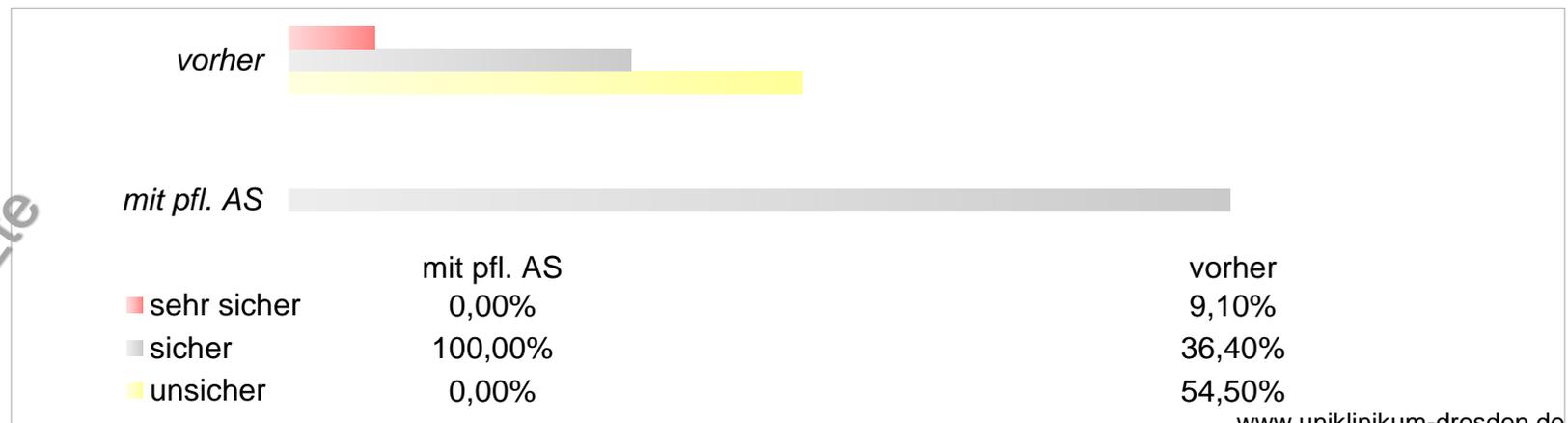


## ❖ Fühlen Sie sich sicher im Umgang mit der Erhebung der Scores?

Pflege

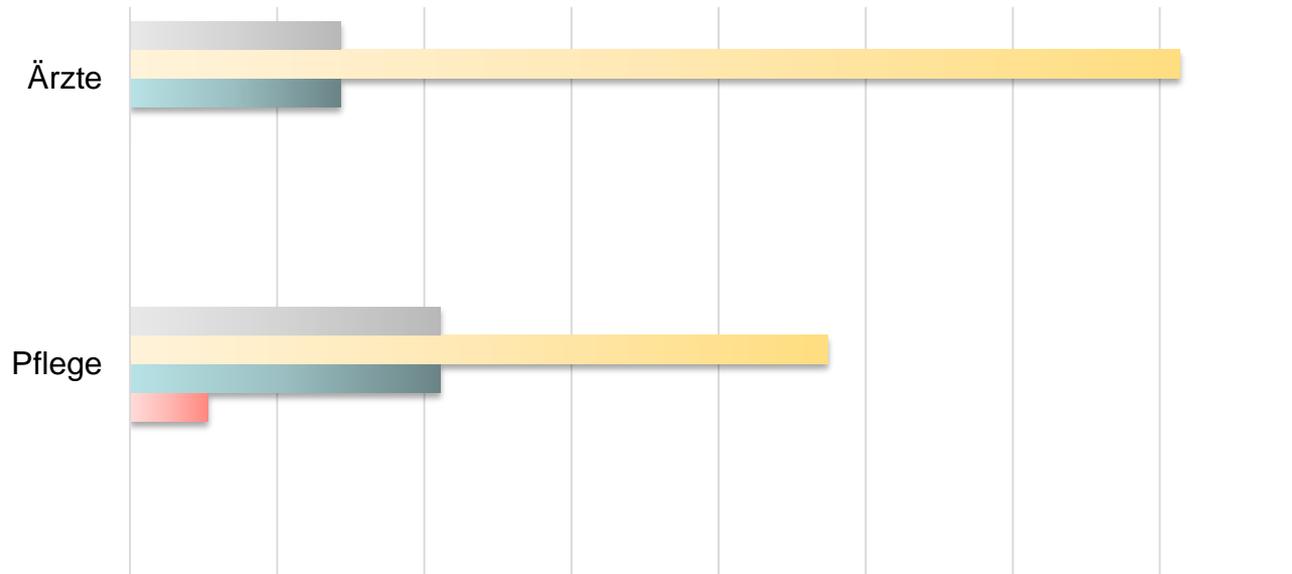


Ärzte





## ❖ Hat sich die Sedierungssituation unter der pflegegesteuerten Analgosedierung geändert?



	Pflege	Ärzte
■ viel besser	21,10%	14,30%
■ etwas besser	47,40%	71,40%
■ unverändert	21,10%	14,30%
■ etwas schlechter	5,30%	0,00%

# 10. Zusammenfassung

- deutliche Verbesserung der Analgosedierung für den Patienten erreicht
- einheitliches verständliches Schema aufgebaut aus einem festen Medikamentenpool und standardisierten Scoremanagement
- selbstständiges Vorbereiten und Arbeiten, damit Zeitersparnis
- schnelleres Reagieren auf akute Wach- und Schmerzreaktionen des Patienten

## bessere Zufriedenheit

Vertrauen

der kleinen Patienten

Angehörige, Personal



während der Therapie und weitblickend auf Folgebehandlungen

# Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit !



## **Prof. Dr. Sebastian Brenner**

Bereichsleiter Pädiatrische Intensivstation

[www.sebastian.brenner@uniklinikum-dresden.de](mailto:www.sebastian.brenner@uniklinikum-dresden.de)



## **KKS Anja Richter**

Fachkinderkrankenschwester für neonatologische  
und pädiatrische Intensivmedizin

[www.anja.richter3@uniklinikum-dresden.de](mailto:www.anja.richter3@uniklinikum-dresden.de)



## **KKS Sabine Zado**

Fachkinderkrankenschwester für Anästhesie/  
Intensivmedizin und Pädiatrie

[www.sabine.zado@uniklinikum-dresden.de](mailto:www.sabine.zado@uniklinikum-dresden.de)