

„Gutes tun und es gut tun“ – Herausforderungen der Pflege im 21. Jahrhundert
Interdisziplinäres Dysphagie-
management bei Insultpatienten

DGKS Alexandra Colditz, BScN

Dipl. Logopädin Teresa Peer

Dysphagie

- ca. 65 % aller Schlaganfallpatienten

Daniels et al. (2011)

- 34% sterben im ersten Monat an einer Aspirationspneumonie
- angegebene Inzidenz abhängig von der Intensität der Diagnostik:
 - gelegentliches Screening 37-45 %
 - rein-klinische Diagnostik 51-55 %
 - systematische, auch apparative Diagnostik 64-78 %

Martino et al. (2005)

Schritt für Schritt



2000



400

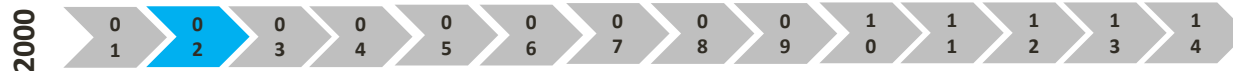
JAHRE
1614–2014



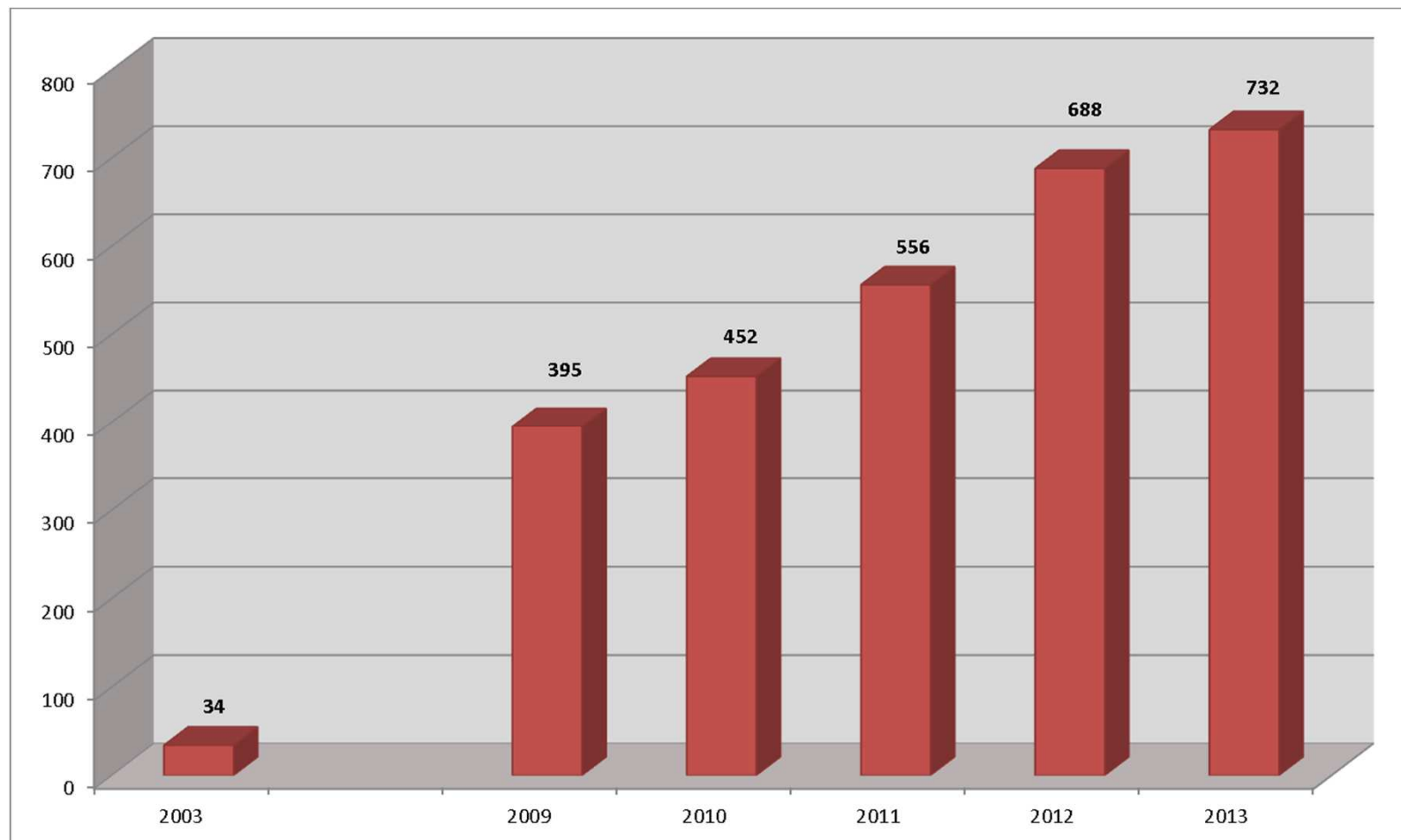
BARMHERZIGE BRÜDER
KRANKENHAUS WIEN

2002

- Eröffnung der Neurologie im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien
- Stroke Unit: 4 Betten



Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien



2003-2009

- regelmäßige hausinterne Schulungen zum Thema Dysphagie für unser Pflegepersonal durch die Logopädie

2000



2003-2009

- regelmäßige hausinterne Schulungen zum Thema Dysphagie für unser Pflegepersonal durch die Logopädie
- dadurch gesteigertes Problembewusstsein

2003
34 SV

X 10

2009
395 SV

2000



400

JAHRE
1614-2014



BARMHERZIGE BRÜDER
KRANKENHAUS WIEN

2011

- Pflege-Symposium
- DL Michaela Trapl stellt den „Gugging Swallowing Screen“ (GUSS) vor
 - für die Pflege entwickelt
 - zum Screening von Insulpatienten
 - rasch durchführbar

2000



Der GUSS

- Screening-Methode
- Limitationen
 - Patienten mit Apraxie, Demenz, Kanüle
 - Non-compliant Patienten
 - Stille Aspiration
- Training und Erfahrung
 - Einschätzung der Stimmqualität
 - Zeitpunkt der Schluckreflextriggerung
 - Boluskontrolle
- Basis für weiterführende Diagnostik

Der GUSS

1. Voruntersuchung		2. Direkter Schluckversuch (Material: Aqua bi, flacher Teelöffel, Eindickungsmittel, Brot)			
Vigilanz		Reihenfolge:			
Husten und		1 → BREIIG*			
Speichel S		2 → FLÜSSIG**			
• Schl		3 → FEST ***			
• Dro					
• Stim					
2. Direkt		SCHLUCKART:			
Reihenfolge:		<ul style="list-style-type: none"> • Schlucken nicht möglich • Verzögerter Schluckakt (> 2 sec.) (Festes > 10 sec.) • Schlucken erfolgreich 			
SCHLUCK		0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Schl • Ver (> 2 s) • Schl 		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
HUSTEN (unwillkürlich):		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
(vor, während oder nach dem Schlucken - für 3 Minuten später)					
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein 		0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
DROOLING:					
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein 		0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
STIMMÄNDERUNG:					
(Vor und nach dem Schluckakt auf die Stimme hören - Patient soll „O“ sprechen)					
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein 		0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
SUMME:		(5)	(5)	(5)	
		1-4 = Weitere Untersuchungen*	1-4 = Weitere Untersuchungen*	1-4 = Weitere Untersuchungen*	
		5 = Fortsetzung Flüssig	5 = Fortsetzung Fest	5 = NORMAL	
SUMME: (indirekter und direkter Schluckversuch)		(20)			

2012

- Ausbau der Neurologie und Eröffnung der neuen Schlaganfallstation mit 7 Stroke Unit-Betten

2000



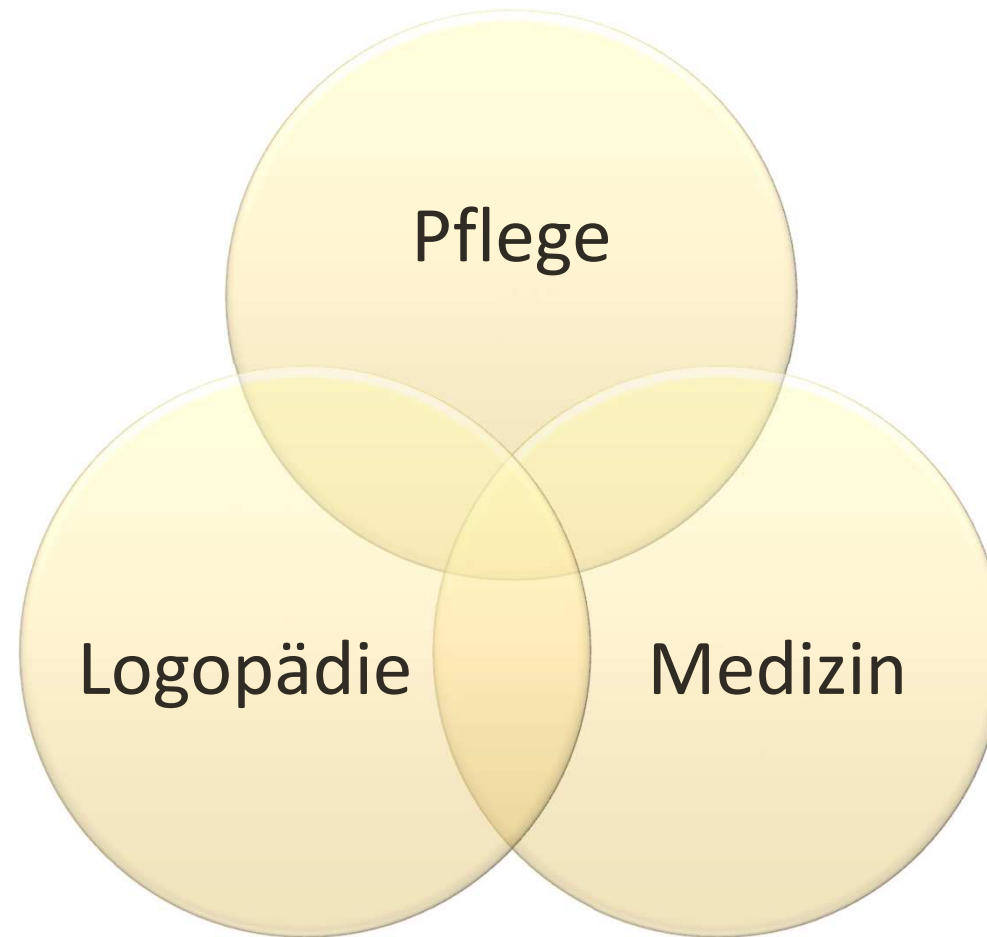
2012-2014

- GUSS-Studie an den Krankenhäusern der Barmherzigen Brüder in Wien und Linz durch DGKS Alexandra Colditz, BScN

2000



Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit



Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit

- Engmaschige Kontrollen
- Hochwertige Versorgung auch am Wochenende
- Optimierte Angehörigenberatung
- Fachlicher Austausch
- Umsetzung der adaptierenden Verfahren

Evaluation des GUSS

- Studie im Rahmen des Masterstudium Pflegewissenschaft
- Warum Dysphagie?
- Warum GUSS?
- Praxisnahe Forschung

Problemdarstellung

- ca. 24.000 Insulte/Jahr in Österreich
Österreichische Schlaganfallgesellschaft (2014)
- Dysphagie nach Insult eine der häufigsten Komplikationen
- Dysphagiepatienten weisen 3x so hohes Pneumonierisiko auf
- Bei ausgeprägter Dysphagie und Aspiration ist Pneumonierisiko 11x so hoch

Martino et al. (2005)

Problemdarstellung (2)

- Fehlende Kontinuität der Einschätzung (Wochenende, Feiertage) bei Abwesenheit der Logopäden
- Längere Nüchternzeiten oder kurzzeitige enterale Ernährung über nasogastrale Sonde für Patienten

Bours et al. (2009)

- Aspirationspneumonierate durch Screening in ersten 2 Wochen von 5,4% auf 2,4%

Hinchey et al. (2005)

Problemdarstellung (3)

- Fehlende Werte zur
 - Interrater-Reliabilität des GUSS bei Pflegepersonen
 - Praktikabilität

Ziel der Arbeit

- Klarheit über Beobachterübereinstimmung und Interrater-Reliabilität des GUSS
- Praktikabilität Daten des GUSS

Forschungsfragen

- *Wie hoch sind die Beurteilerübereinstimmung und Beurteiler-Interrater-Reliabilität der Werte des GUSS bei Pflegepersonen und Logopäden?*
- *Wie verhalten sich die Beurteilerübereinstimmung und Beurteiler-Interrater-Reliabilität der Werte des GUSS von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und Logopäden zueinander?*
- *Wie praktikabel halten Pflegepersonen und Logopäden den GUSS?*

Design: Quantitative deskriptive Validierungsstudie

Stichprobe: n= 51 Insultpatienten

Setting: 2 Stroke Units

Rater: 15 Pflegepersonen & 6 Logopäden paarweise
unabhängige Einschätzung

Nebengütekriterium: Praktikabilität mittels Fragebogen

Erste Ergebnisse

Beobachterübereinstimmung und Cohens Kappa - Logopädie und Pflege

Logopädie

Wert	PÜ*	Kappa	p
<i>indirekter Schluckversuch</i>			
Vigilanz	100	a	a
Husten	96,9	0,65	< ,001
Speichel - Schlucken	93,8	-0,03	,855
Speichel - Drooling	93,8	-0,03	,855
Speichel - Stimmänderung	96,9	0,65	< ,001
<i>direkter Schluckversuch</i>			
Schluckakt - breiig	100	1,00	< ,001
Husten - breiig	100	a	a
Drooling - breiig	100	a	a
Stimmänderung - breiig	100	1,00	< ,001
Schluckakt - flüssig	100	a	a
Husten - flüssig	89,7	-0,05	0,782
Drooling - flüssig	100	a	a
Stimmänderung - flüssig	96,6	1,00	< ,001
Schluckakt - fest	92,3	0,31	< ,002
Husten - fest	100	a	a
Drooling - fest	96,2	a	a
Stimmänderung - fest	100	a	a

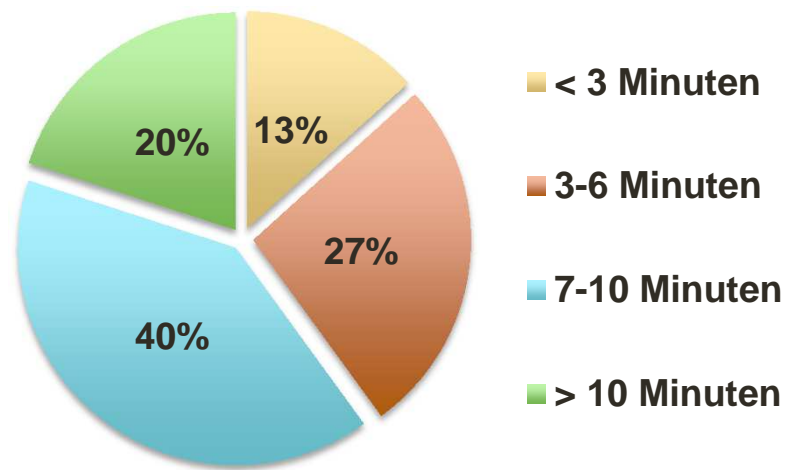
Pflege

Wert	PU*	Kappa	p
<i>indirekter Schluckversuch</i>			
Vigilanz	100	a	a
Husten	100	1,00	< ,001
Speichel - Schlucken	93,8	0,63	< ,001
Speichel - Drooling	100	a	a
Speichel- Stimmänderung	96,7	a	a
<i>direkter Schluckversuch</i>			
Schluckakt - breiig	96,4	a	a
Husten - breiig	100	a	a
Drooling - breiig	100	a	a
Stimmänderung - breiig	100	a	a
Schluckakt - flüssig	100	a	a
Husten - flüssig	92,6	0,65	< ,003
Drooling - flüssig	96,3	a	a
Stimmänderung - flüssig	100	a	a
Schluckakt - fest	95,8	1,00	< ,001
Husten - fest	95,8	0,65	< ,001
Drooling - fest	100	a	a
Stimmänderung - fest	100	a	a

Erste Ergebnisse (2)

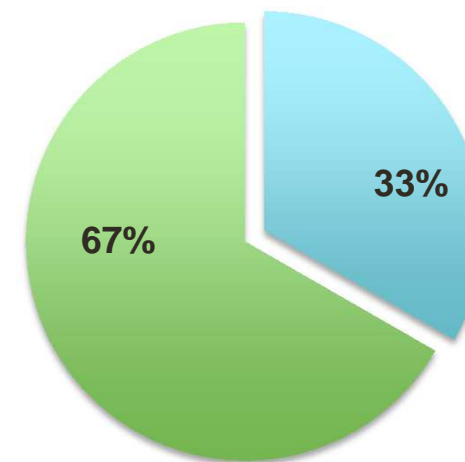
GUSS Zeitaufwand

GUSS Zeitaufwand Pflegerpersonen (n=15)



MW: 2,67 (SD: +/- 0,976)

GUSS Zeitaufwand Logopäden (n=6)

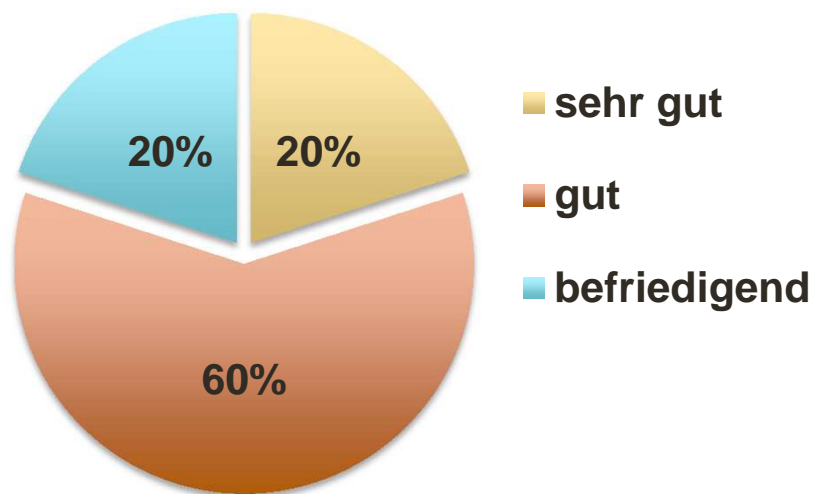


MW: 3,67 (SD: +/- 0,516)

Erste Ergebnisse (3)

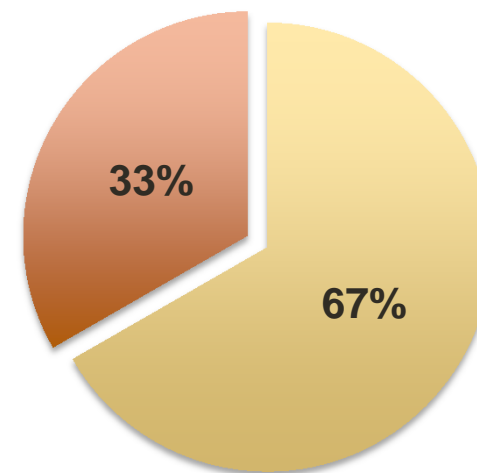
GUSS Gesamtnote

**Gesamtnote GUSS
Pflegerpersonen (n=15)**



MW: 2,00 (SD: +/- 0,655)

**Gesamtnote GUSS
Logopäden (n=6)**



MW: 1,33 (SD: +/- 0,516)



Zusammenfassung der derzeitigen Ergebnisse

- Absolute Beobachterübereinstimmung bei Logopäden und Pflegepersonen 90-100%
- Beurteiler-Interrater-Reliabilität:
 - Logopädie: sehr hohe bis sehr geringe Übereinstimmung ($\kappa = -0,03$ bis $\kappa = 1,00$)
 - Pflege: beachtliche bis vollkommene Übereinstimmung ($\kappa = 0,63$ bis $\kappa = 1,00$)
- Praktikabilität: Gesamtnote zufriedenstellende Werte (Median Logopädie 1,00 vs. Pflege 2,00)

Diskussion

- Einsatz eines standardisierten Aspirationsscreenings in Pflegepraxis bei allen akuten Insultpatienten erforderlich

Warnecke & Dziewas (2013)

- Entsprechende Schulung der Pflegepersonen
- Logopädische Abklärung bei Unsicherheiten und Score von 0-19

Limitation

- Unterschiede bei Datenerhebung → Auswirkungen auf Stichprobe
- Patienten mit Apraxie ausgeschlossen
- Viele Patienten mit gutem Outcome eingeschätzt

Schlussfolgerung

- Anwendung des GUSS gegeben
- theoretische und praktische Schulung von Pflegepersonen erforderlich
- stabile Einschätzung des Aspirations screenings möglich
- Pflegepersonen schätzen die Aspirationsgefahr mit GUSS ebenso gut ein wie Logopäden
- GUSS praktikabel



DANKE

für Ihre Aufmerksamkeit