

Pflegeforschung

Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im Oktober 2016

► Für Euch gelesen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
im Oktober-Newsletter geht es um Burnout, moralische Konflikte, das Hinterfragen täglicher Routinen und nächtliche Extubationen. Es grüßen S. Krotsetis und P. Nydahl

Burnout - call for action

Die Critical Care Society ruft dazu auf, dem Burnout-Syndrom mehr Beachtung zu schenken. Burnout ist ein Syndrom, das arbeitsbezogene Symptome bei Personen aufweist, die vorher keine psychiatrischen Auffälligkeiten aufwiesen. Es handelt sich um einen Zustand emotionaler Erschöpfung, der durch eine Diskrepanz zwischen den idealen Erwartungen und den aktuellen Anforderungen der Arbeit ausgelöst werden kann. Ursache ist ein Zusammenspiel von persönlichen und organisatorischen Faktoren sowie moralischem Stress. Die Häufigkeit bei Intensivpersonal kann zwischen 10-40% liegen. Symptome können u.a. Frustration, Ärger, Angst, Überforderung, Hoffnungslosigkeit, fehlende Empathie, Erschöpfung, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen sein. Präventionsmaßnahmen sind auf organisatorischer Seite Kommunikationstraining, Debriefings nach schwierigen Situationen wie Reanimationen oder ethisch konfliktreichen Verläufen, die Begrenzung von aufeinander folgenden Arbeitstagen, gegenseitiger Respekt oder eine gesündere Arbeitsumgebung. Persönlich können Entspannungstechniken helfen, Zeitmanagement, Reflexion der eigenen Ansprüche und eine gute work-life-balance.

Kommentar: *das Risiko für ein Burnout ist vor allem in Intensivteams sehr hoch und für Betroffene hat es ernsthafte Konsequenzen. Gleichzeitig kann es im Team mitunter sehr schwer fallen, über eigene Grenzen und Schwächen zu sprechen. Ein Gespräch unter Kollegen und der Teamleitung oder die Reflexion der Ansprüche für den Einzelnen bzw. im Team, angepasste Dienstpläne und eine Re-Organisation der Work-Life-Balance können sowohl präventiv wie auch therapeutisch wirksam sein. Es gibt validierte Tests für die Feststellung eines Burnouts, z.B. Maslach Burnout Inventory, und auch zahlreiche Anlaufstellen. Im UKSH ist dies die betriebliche Sozialberatung. (PN)*

Quelle: Moss M, Good VS, Gozal D, et al. An Official Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Healthcare Professionals: A Call for Action. Crit Care Med. 2016 Jul;44(7):1414-21.

Moralischer Disstress

Moralischer Disstress ist der Ärger, Frustration, Schuld und Machtlosigkeit, die Mitarbeiter erfahren, wenn sie nicht in der Lage sind, nach ihren eigenen ethischen Standards zu arbeiten. Henrich et al (2016) aus Kanada haben in mehrere Fokusgruppeninterviews mit Pflegenden, Medizinerinnen und anderen Mitarbeitern zu dem erlebten moralischen Disstress durchgeführt. Im Ergebnis gaben die Befragten an, vor allem dann moralischen Disstress zu erleben, wenn a) sie bei anderen nicht so viel Engagement beobachten, wie es ein Patient nötig hätte, b) bei palliativen Patienten noch zu viel gemacht werden soll, c) schlechte, widersprüchliche Kommunikation auftritt, d) Therapiepläne nicht nachvollziehbar geändert werden, e) eigene Empfehlungen nicht berücksichtigt werden und f) zu wenig Ressourcen vorhanden sind. Es gab leicht unterschiedliche Gewichtungen zwischen den Professionen, aber alle erlebten die eine oder andere Form von moralischem Disstress. **Kommentar:** *die Ergebnisse gelten für die befragten Gruppen und können auf verschiedenen Intensivstationen und bei jedem Einzelnen unterschiedlich ausgeprägt sein, daher scheint es keine pauschalen Lösungen zu geben. Allgemein kann die Reflexion eigener und fremder ethischer Werte aber ein erster Schritt sein, um moralischen Disstress zu vermeiden, z.B. in Teambesprechungen, im Kollegengespräch oder einer Ethikberatung, wie sie am UKSH jetzt eingeführt worden ist. (PN)*

Quelle: Henrich NJ, Dodek PM, Alden L, et al. Causes of moral distress in the intensive care unit: A qualitative study. J Crit Care. 2016 Oct;35:57-62.

Pantoprazol überflüssig?

Gastrointestinale Stressulcera sind eine gefürchtete Komplikation. Zur Prophylaxe werden Protonenhemmer verabreicht, das Bekannteste ist Pantoprazol. Verschiedene Fachgesellschaften empfehlen den Gebrauch von Pantoprazol, obwohl in neueren Studien auch Nebenwirkungen wie eine erhöhte Pneumonierate oder Chlostridieninfektionen nachgewiesen

wurden. Sel Vanderan et al. (2016) aus Australien untersuchten auf einer gemischten Intensivstation in einer prospektiven, randomisierten, verblindeten Studie, ob bei beatmeten, enteral ernährten Patienten die Gabe von Pantoprazol im Vergleich zu einem Placebo Auswirkungen auf das Auftreten von klinisch relevanten gastrointestinalen Blutungen, Pneumonien, Clostridieninfektionen, Hb-Konzentration oder Mortalität haben kann. Im Ergebnis zeigte sich bei 209 Patienten (Pantoprazol: 104, Placebo: 105), dass es keine Unterschiede bezüglich der genannten Outcomeparameter gab. Es traten 9 kleinere gastrointestinale Blutungen auf (Pantoprazol: 3, Placebo: 6, $p=0.5$), die aber klinisch nicht relevant waren und durch die offene Gabe von Pantoprazol behandelt wurden. Die Autoren schlussfolgern, dass Pantoprazol weder Nutzen noch Schaden verursacht und die Verabreichung kritisch evaluiert werden muss. **Kommentar:** *die Studie ist ein interessantes Beispiel für das Hinterfragen von Routinen: nur, weil etwas immer so gemacht wurde, bedeutet es nicht, dass es gut oder sinnvoll wäre. Interessant ist die Beobachtung, dass sich die Empfehlung der Fachgesellschaften nur auf zwei kleinere Studien stützt, deren Evidenz zumindest fragwürdig ist. Weiter haben sich die Bedingungen auf den Intensivstationen verändert (z.B. frühere enterale Ernährung, gleichzeitig Zunahme der Clostridieninfektionen), sodass die Fortführung der ritualisierten Gabe von Pantoprazol fragwürdig wurde. Obwohl die Studie von Sel Vanderan methodisch gut gemacht wurde und z.B. Patienten auch nach Antikoagulation verglichen worden sind, ist es zu früh, um Pantoprazol kategorisch nicht mehr zu verwenden. Es geht vielmehr darum, Nutzen und Risiken bei Patienten abzuwägen und eine individuelle Entscheidung zu treffen (PN).*

Quelle: Sel Vanderan SP, Summers MJ, Finnis ME, et al. Pantoprazole or Placebo for Stress Ulcer Prophylaxis (POP-UP): Randomized Double-Blind Exploratory Study. Crit Care Med. 2016 Oct;44(10):1842-50

Zusammenhänge zwischen nächtlicher Extubation und Outcomes von intensivpflichtigen Patienten

Eine große ($n=97.844$) amerikanische retrospektive (es wird schon in vorhandene Daten geschaut...) Kohortenstudie (Gershengorn et al. 2016) untersuchte die Frage, inwieweit eine in der Nacht durchgeführte Extubation von erwachsenen kritisch Kranken einen Einfluss auf Outcomes wie Mortalität, Länge des Aufenthaltes ITS und Re-Intubation hat. Die Daten von 167 Krankenhäusern aus dem Zeitraum von 2000-2009 wurden einer nationalen Datenbank entnommen. Eine nächtliche Extubation wurde als solche definiert, wenn sie zwischen 19.00-06.59 Uhr stattfand. Von den untersuchten Fällen wurden 20,1% nachts extubiert. Statistische Analysen ergaben, dass eine nächtliche Extubation, verglichen mit einer Extubation während der Tagesstunden, eine erhöhte Mortalität auf der Intensivstation aufzeigte (5,6% vs. 4,6% bei einer Beatmung < 12 Std. und 11,2% vs. 6,1% bei einer Beatmung ≥ 12 Std.). Die Länge des Aufenthaltes auf der ITS war bei nachts extubierten Patienten kürzer (1,1 vs. 1,4 Tage; $p>0,001$), die Länge des Gesamtaufenthaltes war ähnlich (7 [4-12] vs. 7 [3-12] Tage). Patienten, die ≥ 12 Std intubiert und beatmet waren, wurden häufiger re-intubiert (14,6% vs. 12,4%, $p<0,001$) und hatten eine höhere Mortalität auf der ITS (11,2% vs. 11,1%; $p<0,001$) sowie im Krankenhaus (16,0% vs. 11,1%; $p<0,001$). Interessanterweise führt eine von Tischenkel et al. (2016) veröffentlichte Studie (Daten von 2 Campi eines medizinischen Zentrums) zu gegensätzlichen Ergebnissen. In dieser Studie ($n=2240$) wurden 685 Patienten nachts extubiert, von denen nur $n=26$ (3,8%) in den folgenden 24 Std. re-intubiert werden mussten. Auch gab es in der Studie von Tischenkel et al. tendenziell eine niedrigere Mortalität in der Gruppe der nachts extubierten Patienten sowie eine kürze Aufenthaltsdauer (nicht statistisch signifikant). **Kommentar:** *Wie das: 2 Studien mit der gleichen Fragestellung, aber unterschiedlichen Ergebnissen? In diesem gewählten Studiendesign von retrospektiven Daten gibt es keine Informationen, in wie vielen Fällen evtl. eine terminale Extubation in einer palliativen Situation vorlag und eine gewünschte Anwesenheit von Angehörigen in dieser nächtlichen Zeit besser zu realisieren war. Auch Fälle einer ungeplanten (z.B. Eigenextubation) könnte eine Verzerrung (Bias) in der Studie von Gershengorn et al. (2016) sein. Die Studie von Tischenkel et al. (2016) wiederum erfasste nur Daten von 2 Campi eines Zentrums, die mit strikt standardisierten Weaning- und Extubationsprotokollen arbeiteten, während Gershengorn et al. Daten aus 167 Zentren erfasste, von denen der Leser (und auch die Wissenschaftler) nicht weiß, ob es standardisierte Arbeitsabläufe bezüglich des Weanings und der Extubation gab. Weiterhin waren die Mehrzahl der untersuchten Patienten in der Studie von Tischenkel et al. kardiochirurgische Patienten, die, wie in anderen Studien nachgewiesen, von einem Fast-Track Ansatz (u.a. schnelles Weanen und Extubieren) profitierten. Obwohl die Studie von Gershengorn et al. eine große und multizentrische Studie ist, kann sie uns aufgrund der retrospektiven Designs nicht beantworten, warum der Zeitpunkt der Extubation gewählt wurde und welche anderen Umstände es gab (Intensivmediziner/Anästhesist anwesend, Pflegeschlüssel/Quote, Fachpersonal?), die eine Auswirkung auf die oben ermittelten Outcomeparameter haben könnten. Trotzdem schlussfolgern die Wissenschaftler, dass es für einige Patientengruppen möglicherweise negative Auswirkungen einer nächtlichen Extubation gibt, während für andere Gruppen, z.B. aus der Kardiochirurgie, eine zügige Extubation ohne Berücksichtigung der Tages- Nachtzeit von Vorteil sein kann. (SK).*

Quelle: Gershengorn et al. (2016). Associations between overnight Extubation and outcomes in the intensive care unit. JAMA Intern Med. (published online September 2016). Tischenkel et al. (2016). Daytime Versus Nighttime Extubations: A Comparison of Reintubation, Length of Stay, and Mortality. J. Intensive Care Med. 31 (2): 118-126.

In eigener Sache:

- Delirprävention mal von hinten aufgeklärt: Über Twitter kam von D. Juurlik, Toronto eine einprägsame Nachricht, wie wir (und es gilt für das gesamte therapeutische Team) ein Delir aktiv übersehen bzw. fördern können:
 - Halten Sie Gespräche mit dem Patienten auf ein Minimum
 - Ermitteln Sie nicht den kognitiven Status Ihres Patienten
 - Gehen Sie davon aus, dass die kognitive Einschränkung des Patienten schon bestand
 - Sprechen Sie nicht mit dem Pflegepersonal, insbesondere nicht dem Nachtdienst
 - Sprechen Sie auch nicht mit den Angehörigen
 - Wenn der Patient sich zurückzieht (mental), geben Sie ihm eine Antidepressivum
 - Wenn ein Patient rumlärm, geben Sie ihm ein Benzodiazepin
- Delir-Umfrage: zusammen mit dem deutschen Delir-Netzwerk führen wir vom 1.10.-30.10.2016 eine deutschlandweite online-Umfrage zum Delirmanagement in verschiedenen Bereichen durch. Die Umfrage ist auf der Startseite des Delir-Netzwerks zu finden: www.delir-netzwerk.de. Bitte nehmt teil und sendet den link weiter!
- Das 6. kleine Intensivpflegesymposium ist dank der Arbeit der Vortragenden wieder eine sehr interessante und lehrreiche Veranstaltung geworden. Herzlichen Dank an alle!!