

Pflegeforschung

Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im Juli 2020

► Für Euch gelesen

Liebe Kolleginnen und Kollegen.

In diesem Newsletter geht es um die End-of-Life Praxis auf Intensivstationen, die Erfahrung neuer Mitarbeiterinnen, dem Erfragen der Bedürfnisse von kritisch Kranken, präfnale Verlegungen nach Hause und VAC-Therapien. Falls Ihr Fragen zu speziellen Themen habt, die Euch „bewegen“, schreibt uns gerne an. Bleibt gesund – Susanne Krotsetis und Peter Nydahl.

Änderungen in der End-of-Life Praxis in der europäischen Intensivmedizin von 1999 bis 2016 – die ETHICUS-2 Studie

Entscheidungen über das Lebensende treten täglich auf Intensivstationen auf der ganzen Welt auf. Die Studie von Sprung et al. (2019) untersuchte die Veränderungen in der End-of-Life-Praxis in europäischen Intensivstationen mittels einer prospektive Beobachtungsstudie von 22 Europäische Intensivstationen, die zuvor in der Ethicus-1-Studie (1999-2000) berücksichtigt wurden. Während eines selbst gewählten kontinuierlichen 6-monatigen Zeitraums auf jeder Intensivstation wurden aufeinander folgende Patienten, die zwischen September 2015 und Oktober 2016 starben oder eine Einschränkung der lebenserhaltenden Therapie hatten, eingeschlossen. Der Beobachtungszeitraum war bis zum Tod oder bis 2 Monate nach der ersten Entscheidung zur Einschränkung der Behandlung der Patienten. Die End-of-Life Entscheidungen wurden in 5 Kategorien eingeteilt: Vorenthaltung der lebensverlängernden Therapie, Entzug der lebensverlängernden Therapie, aktive Verkürzung des Sterbeprozesses, fehlgeschlagene kardiopulmonale Reanimation und Hirntod unterteilt. Die primäre Frage war, ob die Patienten irgendwelche Behandlungseinschränkungen erhielten (Zurückhalten oder Zurückziehen der lebensverlängernden Therapie oder Verkürzung des Sterbeprozesses). Ergebnis: Insgesamt wurden die Therapieentscheidungen von n= 13.625 Patienten untersucht. Von diesen Patienten, die während des Studienzeitraums 2015–2016 auf den teilnehmenden Intensivstationen aufgenommen wurden, starben 1.785 (13,1 %) oder hatten Einschränkungen bezüglich der lebensverlängernden Therapien. Im Vergleich zu den Patienten in der Kohorte 1999-2000 (n = 2.807) waren die Patienten in der Kohorte 2015–2016 signifikant älter (Medianalter 70 Jahre, $P < .001$), der Anteil der weiblichen Patienten war ähnlich hoch (39,6 % vs 38,7 %). In der Kohorte 2015–2016 traten deutlich mehr Behandlungseinschränkungen auf als in der Kohorte 1999-2000. Schlussfolgerungen der Autoren: Diese Ergebnisse deuten auf eine Verschiebung der End-of-Life-Praktiken auf europäischen Intensivstationen hin, aber die Studie ist insofern begrenzt, als sie Patienten ausschließt, die einen Krankenhausaufenthalt auf der Intensivstation ohne Behandlungseinschränkungen überlebt haben. **Kommentar:** *die Praxis zeigt - es gibt im Vergleich zu früher mehr komplexe (multimorbide) und auch hochbetagte Patienten auf den Intensivstationen. Gleichzeitig sind die therapeutischen Möglichkeiten gesteigert und auch Patientenrechte durch den Gesetzgeber (in D) gestärkt worden. Meiner subjektiven Erfahrung nach erleben Pflegenden vermehrt ethische Dilemmas oder Konflikte in der Patientenbetreuung. Umso wünschenswerter, wenn die obigen Ergebnisse der Studie von Sprung et al. (2019) als Zeichen eines interdisziplinären Dialoges und als ein Baustein in Therapieentscheidungen im Sinne (mutmaßlich oder festgelegt) der Patienten gewertet werden könnte. Bedauerlicherweise wird in dieser Studie ein gemeinsamer Konsens mit der Pflege und oder anderen beteiligten Berufsgruppen nicht erwähnt oder auch eingefordert. (SK).*

Quelle: Sprung, C. L., Ricou, B., Hartog, C. S., Maia, P., Mentzelopoulos, S. D., Weiss, M., Baras, M. (2019). Changes in end-of-life practices in European intensive care units from 1999 to 2016. *Jama*, 322(17), 1692-1704.

Erfahrungen neuer Mitarbeiterinnen

Es werden neue Mitarbeiterinnen eingestellt und einige fangen auf Intensivstationen an. Welche Erfahrungen machen sie dabei? Elias & Day (2020) haben zu dieser Frage eine systematische Literaturrecherche durchgeführt und Arbeiten eingeschlossen, die die Erfahrungen mit Mitarbeiterinnen mit bis zu 2 Jahren Berufserfahrung untersuchten. Im Ergebnis konnten 8 qualitative Studien moderater bis guter Qualität eingeschlossen werden. Die Ergebnisse wurden thematisch analysiert und synthetisiert. Es wurden 5 Themen identifiziert: a) Intensiv-Vorbereitung: ein längeres Training vor dem ersten Arbeiten auf der Intensivstation erhöht die Bereitschaft, auf der Intensivstation arbeiten zu können, ebenso ein erstes Mitlaufen als zusätzliche Kraft; b) ein emotionales Spektrum: die Gefühle, die Mitarbeiterinnen in der ersten Phase erleben, können von Aufregung bis zum Adrenalinrausch gehen, aber auch Furcht beinhalten, selbständig und ohne Mentor arbeiten zu können oder Fehler zu machen; c) die Entwicklung von Beziehungen ist für viele ungewohnt bis schwierig: man weiß nicht, was sedierte oder komatöse Menschen wahrnehmen und wie mit ihnen zu reden

ist, Familien sind in Extremsituationen und reden anders, Mentoren können einen über- oder unterschätzen und es ist hilfreich, mit anderen Berufsanfängerinnen Erfahrungen auszutauschen; d) Der Weg zur Selbstzufriedenheit: Mitarbeiterinnen äußerten, dass kritisches Denken und Reflektieren ihnen geholfen hat, einen eigenen, besonderen patientenorientierter Stil zu entwickeln, der sie zufrieden macht; und e) dem Engagement auf der Intensivstation: für viele neue Mitarbeiterinnen ist die Intensivstation der einzig richtige Platz, um gut pflegen zu können, eine Karriere zu beginnen oder sich selbst zu verwirklichen. **Kommentar:** *die Synthese fasst die Erfahrungen zahlreicher Berufsanfängerinnen im Intensivbereich aus verschiedenen Ländern, unterschiedlichen Gesundheitssystemen und Einarbeitungskonzepten zusammen. Die Erfahrungen sind damit sehr allgemein und können im Einzelfall abweichen. Am UKSH werden bereits viele unterstützende Maßnahmen umgesetzt, was aber noch ergänzt werden könnte, ist vielleicht ein regelmäßiges, begleitetes Reflexionstreffen für neue Kolleginnen auf Intensivstation? (PN).*

Quelle: Elias, C. E., & Day, T. (2020). Experiences of Newly Qualified Nurses in Critical Care: A qualitative systematic review. *Journal of the Intensive Care Society*. <https://doi.org/10.1177/1751143720926794>

„Was ist für Sie heute wichtig“? Verstehen, was für Patienten in der Intensivpflege wichtig ist

Eine explorative Studie/Projekt zur Qualitätssicherung und -verbesserung in der Intensivpflege haben Kolleg*innen (Connelly et al 2019) in Schottland auf einer universitären 20 Betten Intensivstation durchgeführt. Ziel dieser Untersuchung war zu verstehen, was Patienten auf täglicher Basis innerhalb der Intensivpflegeumgebung wichtig ist, deren individuelle Ziele zu verstehen und herauszufinden, was die Patienten brauchen, um ihre Erfahrungen zu verbessern. Methodik: Während jeder täglichen Stationsrunde/-visite (1x tgl.) wurden die Patienten gefragt: „Was ist Ihnen – für Sie heute wichtig?“ Die daraus resultierenden Ergebnisse wurden in das Blatt „Tägliche Ziele“ oder in den Pflegehinweisen eingetragen, welches für jeden Patienten auf dieser Intensivstation verwendet wird. Mit Hilfe der Rahmenanalyse wurden vorherrschende Themen aus den dokumentierten Patientenaussagen extrahiert. Ergebnisse: Insgesamt wurden n= 196 einzelne Patienten mit 592 Patientenaussagen in diese Analyse einbezogen. Es wurden vier große Themenbereiche generiert: I) medizinische Ergebnisse und Informationen, II) das Umfeld der Intensivpflege, III) die persönliche Pflege sowie IV) Familie und Pflegepersonal. Schlussfolgerung der Autoren: Die Analyse der Daten aus diesem Projekt zur Qualitätsverbesserung hat gezeigt, dass durch eine einfache Frage im Rahmen einer Visite auf der Station die Pflege verbessert und personalisiert werden kann und die langfristigen Ergebnisse und das Erleben des Patienten im Intensivbereich potenziell verbessert werden können. Es ist weitere Forschung erforderlich, um zu verstehen, welches die optimalen Methoden zur Umsetzung dieser Forderungen sind. Relevanz für die klinische Praxis aus Sicht der Autoren: Aus diesem Qualitätsverbesserungsprojekt ergaben sich zwei Hauptempfehlungen aus der Praxis: 1) Die tägliche Frage an die Patienten „Was ist Ihnen – für Sie heute wichtig?“ kann dazu beitragen, die Humanisierung der Intensivpflegeumgebung zu unterstützen, und 2) der Besuch und Zugang von Familien muss mit den Patienten besprochen werden, um sicherzustellen, dass dies ihren Bedürfnissen entspricht. **Kommentar:** *eine wirklich gutes Beispiel, um zu zeigen, dass es nicht immer ganz große (und dann häufig teure und aufwendige) Studiendesigns braucht, um ein Projekt zur Qualitätsverbesserung anzustoßen. Die simple Frage an Patienten, welche diese physisch/mental beantworten können, „was ist Ihnen – für Sie heute wichtig?“, kann im folgenden Bemühen dieses Bedürfnis zu erfüllen oder zumindest wahrzunehmen, ausschlaggebend sein. Die in dem Artikel aufgeführten Beispiele sind meist mit „Bordmitteln“ zu erfüllende Dinge (z.B. Fußball Spiele schauen, mit einem Seelsorger sprechen, die Familie sehen, keine (weniger) Schmerzen haben...). Das therapeutische Team hat diese Bedürfnisse sicher generell im Blick, aber vermutlich nicht jeden Tag und für den individuellen Patienten. Das Beispiel die Antwort in das Feld der interdisziplinär festgelegten „Ziele für die nächsten 24 Std.“ einzutragen, ist auch für unsere Praxis vorstellbar (SK).*

Quelle: Connelly, C., Jarvie, L., Daniel, M., Monachello, E., Quasim, T., Dunn, L., McPeake, J. (2019). Understanding what matters to patients in critical care: An exploratory evaluation. *Nursing in Critical Care*.

Nach Hause zum Sterben?

Viele Patienten, die im Krankenhaus sterben, sterben auf Intensivstationen und meistens, nachdem in Übereinstimmung mit dem Willen der Patienten die Behandlung limitiert worden ist. Wenn Patienten gefragt werden, wo sie sterben möchten, so wird selten die Intensivstation angegeben. Morton et al. (2018) befragten im Vereinigten Königreich Mitarbeiter von pädiatrischen Intensivstationen, wie ihre Erfahrungen damit waren, Kinder von der Intensivstation nach Hause zu entlassen, damit sie dort sterben konnten. Als Methodik nutzten die Autoren eine elektronische Umfrage. Im Ergebnis nahmen 191 Mitarbeiter von pädiatrischen und neonatologischen Intensivstationen teil. Die meisten hatten eine positive Haltung gegenüber der Entlassung zum Sterben nach Hause, 70% (n=135) waren schon mal in einer entsprechenden Situation involviert, die Hälfte der Befragten waren in den letzten drei Jahren an einer Begleitung von ein bis zwei dieser Kinder beteiligt. Es gab signifikante Unterschiede zwischen denjenigen Befragten, die mit der Situation Erfahrungen gemacht hatten und sie positiver bewerteten als bei Befragten ohne Erfahrung. Nicht jede Diskussion über einen möglichen Transfer führt auch zu dessen Umsetzung. Kriterien für die Machbarkeit (Stabilität, geringe kardiovaskuläre Unterstützung) halfen bei der Entscheidung. Als Barrieren in der Umsetzung wurden nicht so sehr Beatmungs- oder Katecholaminbedarfe gesehen, sondern eher die Unvorhersehbarkeit der Dauer von der Therapieeinstellung bis zum Sterben, die fragliche Unterstützung vor Ort, mögliche Konflikte in der Familie und das Vertrauen in das Team, mit der Situation umgehen zu können. **Kommentar:** *ein Transfer zum Sterben nach Hause ist eine außergewöhnliche Situation, die nach entsprechender Diskussion durchaus Vorteile und Sinn haben kann. Es kann das Abschiednehmen erleichtern und ggf. bei der Trauerverarbeitung helfen. Untersuchungen über die psychosoziale Wirkung*

bei den Hinterbliebenen sind nicht bekannt. Dennoch stellt so ein Transfer ein Intensivteam vor Herausforderungen, denn neben versicherungstechnischen Fragen endet die Begleitung ja nicht mit der Autofahrt, sondern geht für ungewisse Zeit zu Hause weiter, ein „Feierabend“ ist schlecht planbar. Dadurch fehlen Ressourcen auf der Intensivstation. Eine Kooperation mit ambulanten Palliativdiensten ist evtl. möglich. Die Umfrage aus England hat gezeigt, dass ein Transfer zum Sterben nach Hause zwar eine Ausnahmesituation ist, die aber planbar und machbar ist. Ob sie auch im Erwachsenenbereich umsetzbar wäre, ist zu überlegen. (PN).

Quelle: Morton KE, Richardson A, Coombs MA, Darlington AE. Transferring critically ill babies and children home to die from intensive care. Nurs Crit Care. 2019;24(4):222-228. doi:10.1111/nicc.12410

Ist der Vorteil von Unterdrucktherapien zur Wundheilung eigentlich belegt?

Unterdrucktherapien wie sog. VAC-Schwämme werden oftmals zur Wundheilung eingesetzt. Fraglich ist, ob bei Patienten mit abdominellen Wunden eine Unterdrucktherapie im Vergleich zu konventionellen Verbänden Vorteile für die Wundheilung hat. Seidel et al (2020) haben in einer randomisierten, verblindeten Multizenterstudie in Deutschland, Belgien und den Niederlanden insgesamt 539 Patienten nach abdominellen Operationen und offenen postoperativen Wunden untersucht: Patienten der Interventionsgruppe (n=256) erhielten eine Unterdrucktherapie mit VAC-Schwamm, Patienten der Kontrollgruppe einen Verband nach lokalen Standards (Hydrocolloid, Alginate usw). Primärer Outcomeparameter war die Zeit bis zum Wundschluss innerhalb von 42 Tagen, sekundäre Parameter waren die Rate an geschlossenen Wunden, Lebensqualität usw. Im Ergebnis war die Zeit bis zum Wundverschluss in der Interventions- vs. Kontrollgruppe signifikant kürzer (36,1 vs 39,1 Tage, $p < 0,001$). Die Rate an geschlossenen Wunden innerhalb von 42 Tagen betrug 35,9 % vs 21,5 %, $p < 0,001$. In der Interventionsgruppe gab es mehr unerwünschte Ereignisse wie Mazerationen, Infektionen, Blutungen usw. (33 % vs 30 %), die in der Beobachtungszeit wieder verschwanden. Lebensqualität, Zufriedenheit und Schmerz waren in beiden Gruppen annähernd gleich. **Kommentar:** die Studie ist methodisch gut gemacht, die Verblindung ein weiteres Qualitätsmerkmal, allerdings wurde die Studie von dem Hersteller der VAC-Pumpen finanziert und zT auch mitgestaltet; auf die Analyse und den Bericht hatte der Hersteller aber keinen Einfluss. Die Studie zeigt zum einen, dass die Unterdrucktherapie Vorteile gegenüber üblichen Verbandsmethoden hat. Sie zeigt aber auch, dass die Wunden innerhalb von sechs Wochen nur bei dem dritten mit VAC-Therapie und jedem fünften Patienten mit konventioneller Therapie geschlossen sind und dafür werden im Mittelwert 36 bis 39 Tage verbraucht. Sekundäre Wundheilung am Bauch kann also langwierig sein und Patienten beeinflussen: die Werte der Lebensqualität unterschieden sich nicht in den Gruppen, waren aber geringer im Vergleich zur Gesamtbevölkerung, was mehr als verständlich ist. (PN).

Quelle: Seidel D, Diedrich S, Herrle F, et al. Negative Pressure Wound Therapy vs Conventional Wound Treatment in Subcutaneous Abdominal Wound Healing Impairment: The SAWHI Randomized Clinical Trial [published online ahead of print, 2020 Apr 15] [published correction appears in doi: 10.1001/jamasurg.2020.2086]. JAMA Surg. 2020;155(6):469-478. doi:10.1001/jamasurg.2020.0414