

Pflegeforschung

Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im Dezember 2021

► Für Euch gelesen

Liebe Kolleginnen und Kollegen.

In diesem Newsletter geht es um Schmerzen bei Intensivpflegenden, komplementäre Maßnahmen in der Intensivmedizin- und -pflege, dem Zusammenhang von Pflegebelastung und Wiederaufnahmerate, Erfahrungen von Patient:innen mit der Frühmobilisation sowie dem Auftreten des Decubitus durch Zu-/Ableitungen. Falls Ihr Fragen zu speziellen Themen habt, die Euch „bewegen“, schreibt uns gerne an.

Wir wünschen Euch und euren Familien frohe Feiertage mit hoffentlich vielen Momenten des „Ausruhens und Luft holen“. Bleibt gesund – Susanne Krotsetis und Peter Nydahl.

Schmerzen bei Intensivpflegenden

Intensivpflege ist eine komplexe Arbeit mit kritisch kranken Menschen, die auch körperlich herausfordernd sein kann. Hönl et al. (2021) aus Deutschland haben eine online-Umfrage zu Schmerzen und begleitenden Faktoren bei Intensivpflegenden durchgeführt. Die Autor:innen wollten wissen, wie oft wiederkehrende und chronische Schmerzen auftreten, welche Faktoren damit assoziiert waren und wie die Befragten damit umgehen. Im Ergebnis nahmen 490 Intensivpflegende teil, von denen 432 analysiert werden konnten. Die meisten Teilnehmenden waren zu 83% weiblich, 33% zwischen 30-39 Jahre alt, 32% lebten in Partnerschaften und 62% waren Nichtraucher:innen. Die Meisten hatten in 30% 1-3 Jahre Berufserfahrung, 78% arbeiteten drei Schichten und 58% in Vollzeit. Auf die Frage „Haben Sie momentan Schmerzen?“, antworteten 57% mit ja, wobei 37% wiederkehrende und 19% chronische Schmerzen hatten. Am häufigsten waren in 59% die Lendenwirbelsäule und 44% die Halswirbelsäule betroffen. Ein Fünftel benannte jeweils untere, bzw. obere Extremitäten, Brustkorb, gastrointestinal Bereich. Die Schmerzstärke variierte mit 30% 2-3, 46% 4-5, 21% 6-7, und 3% 8-10. Mehr als die Hälfte der Intensivpflegenden mit Schmerzen nahm dreimal pro Woche Schmerzmedikamente ein, am häufigsten Ibuprofen (82%) und Metamizol (40%), Diclofenac (25%) oder Paracetamol (20%) und andere. Opiate wie Tilidin (7%) oder Tramadol (5%) waren auch vertreten. In einer Subanalyse wurde deutlich, dass männliches Geschlecht eher das Risiko für chronische und wiederkehrende Schmerzen senkte, Schlafprobleme hingegen das Risiko für wiederkehrende Schmerzen verdoppeln. Intensivpflegende mit chronischen und wiederkehrenden Schmerzen zeigten um 50-90% höhere Werte für Depression, Angst und Stress. Die Autor:innen diskutieren die Daten, geben aber auch zu bedenken, dass bei dieser freiwilligen Umfrage vor allem Intensivpflegende mit Schmerzen teilgenommen haben könnten und die Ergebnisse dadurch nur bedingt verallgemeinert werden können; weiterhin wurde die Befragung unter Covid-Bedingungen mit allgemein erhöhtem Stresspegel durchgeführt. **Kommentar:** Laut Autor:innen gibt es kaum Daten bei Intensivpflegenden zu Schmerz, Schmerzmittelverbrauch und assoziierten Faktoren, die Studie wirft daher ein erstes Licht auf ein wichtiges Thema. Es scheint wichtig zu sein, frühzeitig auf körperliche Signale zu hören und entsprechende Hilfen in Anspruch zu nehmen, u.a. auch über den Arbeitgeber. Die starke Beziehung zu Depression, Angst und Stress kann eine Folge von chronischen Schmerzen sein, aber diese auch erst auslösen (Henne-Ei-Problem). Wir sind es in der Intensivmedizin gewohnt, bei allen Problemen, auch seelischen, Medikamente zu geben, aber hier zeigt sich, dass auch psychosoziale Interventionen wie Entspannungstrainings und andere Maßnahmen der Gesundheitsprävention usw. präventive und therapeutische Effekte haben können. Ein Gespräch unter Kolleg:innen vielleicht auch (PN).

Quelle: Hönl, A.K., Jantz, F. & Möckel, L. Schmerzen, Schmerzmitteleinnahme und mentale Gesundheit von Intensivpflegenden in Deutschland. Med Klin Intensivmed Notfmed (2021).

Palliative komplementäre Maßnahmen auf der Intensivstation – alles Voodoo oder sinnvolle Ergänzung der Therapie?

Jörg Riedel, Clinical Pharmacist am Universitären Cancer Center Schleswig-Holstein, mit den Schwerpunkten Onkologie, Palliativ, Ethik und Komplementär-Integrative Medizin, gewann den mit 1500 Euro dotierten Valerius Preis des diesjährigen DIVI Kongresses mit dem besten Fachbeitrag aus den nicht-ärztlichen Berufsgruppen. Riedel untersuchte in seiner Übersichtsarbeit Ergebnisse zu bislang wenig etablierten Integration von komplementären Maßnahmen auf der Intensivstation im palliativmedizinischen Kontext. In der Palliativmedizin- und -pflege sind die Kontrolle und Behandlung physischer Symptome wie Schmerz und Übelkeit sowie die psychische, soziale und spirituelle Unterstützung ein wesentlicher Punkt der Arbeit. Eine frühzeitige Integration palliativer Prinzipien in die Intensivtherapie- und -pflege kann zu einer verbesserten Lebensqualität und Zufriedenheit von Patient:innen und deren Angehörigen beitragen. Evidenzbasierte Daten und methodisch gute klinische Studien für ergänzend komplementäre Therapien wenig

vorhanden und als Forschungsthema noch selten untersucht. Manche halten integrative Maßnahmen wie Kräutertherapie, Akupunktur oder Aromapflege – um nur einige zu nennen – für Unsinn. Für viele Ärzte und Ärztinnen, Pflegende, Patient:innen und Angehörige können sie aber eine sinnvolle Ergänzung zur „Schulmedizin und Pflege“ darstellen. An dieser Stelle weist Riedel ausdrücklich darauf hin, dass die Komplementärmedizin bei ernsthaften Erkrankungen allenfalls eine Ergänzung und Unterstützung sein kann und sollte, nicht jedoch ein Ersatz einer wissenschaftlich fundierten Therapie. Aktuell sind naturheilkundliche Prinzipien wie Ernährungs-, Bewegungs- und Phytotherapie in einigen Bereichen der konventionellen Medizin integriert, vor allem als Add-on in der Symptomkontrolle. Riedel geht in seiner Arbeit auf Themen wie: Schlaf, Delir, Schmerz, Musik- und Aromapflege, - in denen auch unerwünschte Nebenwirkungen beschrieben werden, ein. Auch das Konzept des Snoezelen (beschreibt eine Möglichkeit, alle Sinne anzusprechen, Geräuschen zu lauschen und Farben zu erleben) wird für den Bereich der Intensivmedizin- und pflege vorgestellt. Hier sollten nur Materialien, die der Patient und die Angehörigen wünschen oder die mitgebracht werden, Anwendung finden. Die Möglichkeiten sind, laut Riedel, dabei breit gefächert. Sei es ein Hörbuch zum Einschlafen, der Duft von Lavendel zum Beruhigen oder die Lieblingsmusik zur morgendlichen Mobilisation. Eine weitere Möglichkeit des komplementären Ansatzes bieten Adaptive Healing Rooms; sie sind durch eine attraktive Lichtsteuerung, warme Farbtöne und angenehme Ruhe charakterisiert- etwas, was nicht den Standard auf Intensivstationen widerspiegelt. **Kommentar:** *Herzlichen Glückwunsch an Herrn Jörg Riedel. Aus eigener Erfahrung weiß ich, dass viele Pflegende komplementären, unterstützenden Maßnahmen sehr positiv gegenüberstehen. Jörg Riedel hat mit seiner Arbeit und der Anerkennung der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, diesen integrativen Ansatz in der Intensivmedizin und -pflege Vorschub geleistet, damit dies Thema auch in diesem Teilbereich der Medizin und Pflege bekannter wird. (SK)*

Quelle: Riedel J: Palliative komplementäre Maßnahmen auf der Intensivstation – alles Voodoo oder sinnvolle Ergänzung der Therapie? DIVI 2020; 11: 124–132

Pflegebelastung am Tag der Verlegung ist mit erhöhter Wiederaufnahmerate assoziiert

Bei der Verlegung von Intensivpatient:innen muss vieles vorbereitet, dokumentiert und kommuniziert werden, vor allem muss auf relevante Entwicklungen, Probleme und Risiken hingewiesen werden. Es klingt überzeugend, dass bei einer erhöhten Arbeitsbelastung hierbei eher Fehler gemacht werden. Doch wurde das in der Praxis überprüft? Azevedo et al (2021) aus Brasilien untersuchten bei 187 Intensivpatient:innen, wie hoch die Arbeitsbelastung der Pflegenden am Tag der Verlegung war und ob es einen Zusammenhang mit der Wiederaufnahmerate innerhalb des Krankenhauses gab. Hierzu wurde der Nursing Activities Score NAS verwendet, mit dem die Arbeitsbelastung berechnet wurde. Der NAS basiert auf dem TISS-28 und berechnet pro Tag die Minutenwerte pro Patient:in. Der NAS berechnet in Prozentangaben, wie viele Pflegeminuten durch eine Pflegekraft bewältigt werden können und hat eine Spanne von 0-177%, wobei 100% einer Pflegekraft entspricht. In Brasilien arbeiten Pflegefachkräfte auch mit Pflegehelfern, dadurch besteht ein Pflegefachkraft – Patient:innenverhältnis von 1:6, auf den allgemeinen Stationen 1:20, außerdem gab es in dem Haus ein Early Warning Score-System, bei dem Notfallteams bereits bei drohender Verschlechterung gerufen werden können und Patient:innen bereits vor einer Reanimation auf die Intensivstation geholt werden können. Im Ergebnis zeigte sich bei 187 Patient:innen, dass eine höhere Arbeitsbelastung mit einer höheren Wiederaufnahmerate assoziiert war; 18% der verlegten Patient:innen mussten wieder aufgenommen werden. Die Arbeitsbelastung lag im Mittelwert bei NAS = 60% (mittlere 50%: 51-67%). Bei wieder aufgenommenen Patient:innen war der NAS 64% (56-71%) im Vergleich zu nicht-wieder aufgenommenen Patient:innen (59%; 50-66%), der Unterschied war hoch signifikant. Wenn ein NAS $\geq 60\%$ bestand, wurde jeder vierte Patient:in wieder aufgenommen, lag die NAS hingegen bei $< 60\%$, nur jeder achte Patient:in. Die Autor:innen diskutieren, dass es verschiedene Strategien gibt, die Resultate zu verbessern. Natürlich ist eine bessere Personalbesetzung die effektivste, aber auch schwierigste Methode und nicht immer direkt umzusetzen. Andere Strategien können darin bestehen, die Verlegung dann zu planen, wenn die Arbeitsbelastung niedriger ist; die Verlegung nicht plötzlich zu vollziehen, sondern mit Planungsvorlauf; die Kommunikation mit der nachfolgenden Station zu verbessern und dabei vor allem Probleme zu thematisieren; „outreach-teams“ der Intensivstation zu bilden und die verlegten Patient:innen kurze Zeit später zu visitieren, um den Status beurteilen und drohende Verschlechterungen rechtzeitig erkennen zu können und andere. **Kommentar:** *Gerade wenn es stressig wird, machen wir alle Fehler. Bei Risikopatient:innen ist es aber wichtig, kurz innezuhalten, durchzuatmen und alles zu checken, um sie nicht zwei Tage später wiederzusehen (PN).*

Quelle: Angelina V. Azevedo, Tiago A. Tonietto, Márcio M Boniatti, Nursing workload on the day of discharge from the intensive care unit is associated with readmission, Intensive and Critical Care Nursing, 2021, <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103159>.

Von der Angst zum Angriff: Die Erfahrungen von Patienten mit der Frühmobilisierung auf der Intensivstation. Eine Interviewstudie aus Schweden

Frühzeitige Mobilisierung auf der Intensivstation wird häufig eingesetzt um physische und psychische Komplikationen zu verhindern und hat vielversprechende Ergebnisse gezeigt. Die Wahrnehmung der Frühmobilisation durch die Patient:innen ist jedoch nur wenig untersucht worden. Söderberg et al (2020) befragten n= 19 ehemalige Patient:innen, die auf einer Intensivstation in Schweden behandelt wurden, die aufgezeichneten Interviews wurden mittels einer Inhaltsanalyse ausgewertet. Ergebnisse: Die Analyse ergab drei Kategorien: 1) Konfrontation mit dem Unmöglichen - eine überfordernde Situation; 2) Erfolgreiche Bewältigung des Weges zurück; und 3) Notwendigkeit, engagierte Unterstützer zu haben. Schlussfolgerung der Autor:innen: In dieser Studie wurde von den ehemaligen Patient:innen eine beträchtliche Vielfalt an Erfahrungen, sowohl negative wie auch positive, mit der Frühmobilisation beschrieben. Her-

vorstechende Merkmale waren, dass angenehme Emotionen und große körperliche Anstrengung gleichzeitig auftraten und dass die Interaktion und Zusammenarbeit mit den Betreuer:innen im Vordergrund stand. Die Wiedererlangung der Unabhängigkeit war ein weiteres herausragendes Merkmal, wobei die Frühmobilisation als sehr wichtig für den Genesungsprozess angesehen wurde. Die aufrechte Haltung und das Umhergehen scheinen sowohl für den Körper als auch für den Geist von Vorteil zu sein. Die frühe Mobilisation sollte daher eine der ersten Prioritäten in der Intensivpflege sein, sie sollte mit Respekt und Unterstützung praktiziert werden, wobei die Patient:innen ermutigt und aufgefordert werden sollten, nach Unabhängigkeit zu streben (SK).

Quelle: Söderberg, A., Karlsson, V., Ahlberg, B. M., Johansson, A., Thelandersson, A. (2020). From fear to fight: Patients experiences of early mobilization in intensive care. A qualitative interview study. *Physiotherapy theory and practice*, 1-9.

Decubitus durch Zu- und Ableitungen

Intensivpatient:innen sind meistens verkabelt und haben diverse Zu- und Ableitungen. Bei längerer Liegedauer können diese Leitungen Druckstellen machen und Decubitus bewirken. Wie häufig sind Decubitus durch Zu- und Ableitungen? Dalli et al (2021) aus der Türkei haben bei 172 Intensivpatient:innen mit >24h Aufenthaltsdauer untersucht, wie häufig Decubitus durch Zu- und Ableitungen entstehen. Die Studie fand auf einer universitären, gemischten Intensivstation statt. Alle eingeschlossenen Patient:innen wurden zweimal am Tag auf Decubitus untersucht. Ergebnis: bei 48.8% der PatientInnen traten Decubitus auf, die durch Zu- und Ableitungen entstanden sind. Die häufigsten Decubitus waren Hautläsionen mit Decubitusgrad I bis II, andere waren Schleimhautläsionen ohne Gradeinteilung. Die NIV Maske und endotracheale Tuben führten am häufigsten zu Läsionen (siehe Tabelle)

Zu-/Ableitungen bei 172 Pat.	Anzahl	Davon mit Decubitus	Lokalisation	Davon am häufigsten entstanden an Tag
NIV-Maske	17	100%	Nasenrücken	100% an Tag 1-3
Endotr. Tubus	124	49%	Mund/Lippen	74% an Tag 1-3
O2-Nasenbrille	32	28%	Ohrmuschel	78% an Tag 1-3
Urinkatheter	169	27%	Harnröhre	46% an Tag 4-6
Nasale Ernährungssonde	139	21%	Intranasal	43% an Tag 4-6
O2- Maske	67	19%	Ohren	69% an Tag 1-3
Blutdruckmanschette	73	15%	Oberarm	Je 36% an Tag 1-3 & Tag 4-6
Mech. Fixierungen	88	9%	Hand-/Fußgelenke	62% a Tag 1-3
Trachealkanüle	39	8%	Nacken	67% an Tag 7-9
sO2-Fingerclip	172	8%	Fingerkuppen	29% an Tag 7-9

Patient: innen, die ein besonderes Risiko aufwiesen, waren mittleren Alters (46-64 Jahre) und/oder beatmet. Eine regelmäßige Inspektion der entsprechenden Bereiche wird empfohlen (PN).

Quelle: Öznur Erbay Dalli, Ilkay Ceylan, Nermin Kelebek Girgin, Incidence, characteristics and risk factors of medical device-related pressure injuries: An observational cohort study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2021, <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103180>.