

Pflegeforschung

Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im Mai 2022

► Für Euch gelesen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in diesem Newsletter geht es um die aktuellen ITS Qualitätsindikatoren der DIVI, was heißt und was sind ANP's, Beispiel für eine ANP auf der Intensivstation und Frühmobilisierung in Covid-19 Zeiten. Falls Ihr Fragen zu speziellen Themen habt, die Euch „bewegen“, schreibt uns gerne an. Bleibt gesund - Susanne Krotsetis und Peter Nydahl.

Qualitätsindikatoren für die Intensivversorgung

Die DIVI hat ein Update der Qualitätsfaktoren für die Intensivmedizin herausgegeben. Wir (SK und PN) können an dieser Stelle sagen, dass es für uns eine große Ehre und Vergnügen war, an dem Update der Qualitätsindikatoren als Co-Autor:in mitgearbeitet zu haben. Anhand dieser Indikatoren kann jede Intensivstation evaluieren, wie die Qualität in der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung gewichtet ist. Die Indikatoren haben natürlich unterschiedliche Schwerpunkte und weisen einen hohen Grad von interprofessioneller und interdisziplinärer Zusammenarbeit auf. Alle, Mediziner:innen, Pflegefachpersonen, Therapeut:innen und andere haben Anteil an der Qualität. Die Indikatoren sind:

1. Tägliche multiprofessionelle und interdisziplinäre Visite mit Dokumentation von Tageszielen
2. Management von Sedierung, Analgesie und Delir mit regelmäßigem Screening (3x tgl.)
3. Patientenadaptierte Beatmung (bei schwerem Lungenversagen)
4. Frühzeitige Entwöhnung von einer invasiven Beatmung (Weaning)
5. Überwachung der Maßnahmen zur Infektionsprävention
6. Maßnahmen zum Infektionsmanagement
7. Patientenadaptierte klinische Ernährung
8. Strukturierte Kommunikation mit Patienten und Angehörigen inkl. Tagebücher
9. Frühmobilisation
10. Leitung der Intensivstation mit 24 Std. Präsenz von Intensivmedizier:innen

In der Veröffentlichung lassen sich zu jedem Indikator Berechnungen finden, wie die Qualität gemessen werden kann. Dies ist zum einen hilfreich, um die eigene Qualität zu bestimmen, aber auch, um in Qualitätsverbesserungsprojekten eine Veränderung vorher vs. nachher belegen zu können. Die Indikatoren eignen sich somit auch zum Peer-Review zwischen verschiedenen Stationen und sollten in jedem Team bekannt sein und angewendet werden. Das Dokument mit den Indikatoren der DIVI ist online frei verfügbar (SK & PN):

Quelle: Kumpf et al (2022) Peer review Qualitätsindikatoren Intensivmedizin. <https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/peer-review/220310-qualitaetsindikatoren-intensivmedizin-divi-peer-review.pdf>

Was sind eigentlich ANPs?

Die Bezeichnung ANP kommt aus dem Amerikanischen und bedeutet „Advanced Nursing Practice“. Es gibt hier auch APN (Advanced Practice Nursing). Im klinischen Bereich wird dies auch oft als Clinical Nurse Specialist (CNS), im niedergelassenen Bereich als Nurse Practitioner (NP, Pflegende mit eigener Praxis) bezeichnet. ANPs sind Pflegekräfte mit erweiterten Kompetenzen, die auf bestimmten, mit einem Anteil ihrer Stelle, Stationen für die Pflegequalität- und prozesse zuständig sind. Allgemein zeichnen sich ANPs durch verschiedene Qualifikationen aus: a) akademischer Abschluss auf mindestens Masterniveau; b) langjährige pflegerische Expertise in dem jeweiligen Bereich; c) Kompetenz für komplexe Entscheidungen; d) Kompetenzen für die erweiterte, eigenständige Pflegepraxis mit Kompetenzen in klinischer Versorgung, Projekt- und Personalmanagement. ANP können verschiedene Rollen haben, so sind ANPs im Intensivbereich in Irland oder den Niederlanden zentral registriert, sie können Medikamente und Behandlungen anordnen und autonom handeln; in anderen europäischen Ländern dürfen sie dies teilweise, in Deutschland nichts davon. Dennoch sind ANPs für Deutschland sehr attraktiv, denn sie könnten ein interessantes Berufsbild für Pflegende mit akademischem Abschluss darstellen: sie könnten als zweite, gleichberechtigte Leitung die Verantwortung für die Pflegequalität auf Station übernehmen; Teambildungsmaßnahmen durchführen; im Rahmen des Pflegeweiterentwick-

lungsgesetzes eigenverantwortlich für bestimmte Patient:innengruppen Versorgungspfade entwickeln; für komplexe Fälle Pflegeplanungen entwickeln und evaluieren; Medikamente und Versorgungsmaterialien rezeptieren; Edukation von Patient:innen und Angehörigen übernehmen; Evaluationen durchführen und dem Team rückmelden. Hierfür benötigen sie eine garantierte Dienstplansicherheit (eine Rückorderung ans Bett wegen Personalmangel ist kontraproduktiv), eine entsprechende Weisungsbefugnis gegenüber anderen Mitarbeiter:innen und eine monetäre Vergütung auf Masterniveau E13. Sollten diese Voraussetzungen nicht gegeben sein, könnte bei a) fehlendem Masterniveau (=bestandener Bachelor) eine Supervision durch andere akademisierte Pflegende auf Master- oder Promotionsniveau stattfinden; bei b) fehlender langjähriger Expertise ein Tandem mit erfahrenen Pflegenden gebildet werden. Die ANP sollte für 5 Jahre weiter anteilig in der Praxis mitarbeiten. Es ist zu hoffen, dass die Implementierung von ANPs im klinischen Alltag kein zahnlöses Kätzchen oder reines Aushängeschild wird, sondern zu einer nachweisbaren Verbesserung des Pflegeberufes und der Pflegequalität wird (PN & SK).

Quelle: Endacott R, Scholes J, Jones C, Boulanger C, Egerod I, Blot S, Iliopoulou K, Francois G, Latour J. Development of competencies for advanced nursing practice in intensive care units across Europe: A modified e-Delphi study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2022 Apr 8;103239. Egerod I, Kaldan G, Nordentoft S, Larsen A, Herling SF, Thomsen T, Endacott R; INACTIC-group. Skills, competencies, and policies for advanced practice critical care nursing in Europe: A scoping review. *Nurse Educ Pract.* 2021 Jul;54:103142.

Die/der Clinical Nurse Specialist kann ein entscheidendes Mitglied des Intensivstationsteams sein

Gabbard et al. (2021) beschreiben die Wirkung einer Clinical Nurse Specialist (CNS) im Tätigkeitsfeld einer „Advanced Nursing Practice“ deren möglichen Tätigkeitsbereiche und Kompetenzen im Setting der Intensivpflege. Dies erfolgte auf Basis einer literaturbasierten Arbeit und den Ergebnissen des Austauschs mit Experten:innen der Society of Critical Care Medicine, der American Association of Critical Care Nurses und der National Association of Clinical Nurse Specialists. Das Autor:innenteam kommt zu der Schlussfolgerung, dass der Einsatz einer CNS auf der Intensivstation ein wertvoller Ansatz für Organisationen sein kann, welche das Ziel haben, evidenzbasierte Pflege in eine nachhaltige Praxis zu überführen. Die/der CNS kann dazu beitragen, eine effiziente Behandlung mit verbesserten Ergebnissen für die Patient:innen, zu generieren und effektiv die Bedürfnisse von Kliniker:innen und Organisationen, z.B. Strategien zur Kostenvermeidung, zu optimieren und somit die wirtschaftlichen Anforderungen an das Gesundheitssystem weiter zu senken. Neben der wissenschaftlichen Ausbildung sind die klinischen Kenntnisse und Fachwissen im Spezialgebiet der Intensivpflege die Grundlage der CNS-Praxis. Die Autor:innen geben u.a. folgende Beispiele für Themen und Kompetenzen einer CNS in der Intensivpflege an:

Kompetenz	Praxisbeispiele
Ebene Patient:innen/Angehörige	
<ul style="list-style-type: none"> • Implementiert patientenindividuelle evidenzbasierte erweiterte Pflegemaßnahmen und Interventionen. • Bietet Bildung und Coaching für Patient:innen mit komplexen Bedürfnissen und atypischen Reaktionen. • Bewertet die Auswirkungen der Pflegeinterventionen auf die Patient:innen Outcomes unter Verwendung eines wissenschaftlichen Ansatz. 	<ul style="list-style-type: none"> • Einbeziehung nationaler/internationaler Richtlinien in die Protokolle und Praxis der Intensivstation • Praxis (z.B. Schmerz, Agitation Delir, Mobilisierung, Schlaf, Richtlinien zur Ernährungsunterstützung, Sepsis, Standards für ein gesundes Arbeitsumfeld). • Koordinierung der Patient:innen/Familienaufklärung in Bezug auf Krankheit, Behandlungsplan, Medikation. • Entwicklung, Umsetzung und Bewertung von Standard • Interventionen zur Prävention von im Krankenhaus erworbenen Erkrankungen (z.B. durch Katheter-assoziierte verursachte Blutstrom- und Harnwegsinfektionen, beatmungsassoziierte Ereignisse, im Krankenhaus erworbene Druckverletzungen)
Ebene Pflege/Pflegepraxis	
<ul style="list-style-type: none"> • Führt das Pflegepersonal durch den Prozess der Planung, Umsetzung und Bewertung von Veränderungen unter Berücksichtigung beabsichtigter und unbeabsichtigter Folgen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Leitung von und/oder Teilnahme an interprofessionellen Visiten. Stellt sicher, dass die Empfehlungen in die Patientenversorgung einfließen.
Ebene Organisation/Unternehmen	
<ul style="list-style-type: none"> • Berät sich mit Mitgliedern des Teams um die Bedürfnisse, Präferenzen der Patientengruppe in die Gesundheitsplanung und -versorgung zu integrieren und so die Patient:innenerfahrung innerhalb eines Gesundheitssystem/Bereiches zu optimieren. • Leitet und beteiligt sich an systematischen Initiativen zur Qualitätsverbesserung und Sicherheitsinitiativen auf der Grundlage einer präzisen Identifizierung von Problemen/Ätiologien, einer Lückenanalyse und einer Prozessbewertung. 	<ul style="list-style-type: none"> • Austausch bewährter Praktiken mit anderen Intensivstationen oder Krankenhäusern (z.B. Entwicklung und Implementierung eines gezielten Temperaturmanagementprogramms), Beratung am Krankenbett bei komplexen Patientenbedürfnissen (z.B. Delir, Sedierungsmanagement, klinische Verschlechterung). • Vorsitz und/oder Vertretung der ICU Nursing Practice in Ausschüssen des Gesundheitssystems. • Leitung von Forschungsstudien und Präsentation der Ergebnisse zur Veröffentlichung oder als Podiumspräsentation auf einer nationalen Konferenz.

(SK). Quelle: Gabbard, E. R., Klein, D., Vollman, K., Chamblee, T. B., Soltis, L. M., Zellinger, M. (2021). Clinical nurse specialist: a critical member of the ICU team. *AACN Advanced Critical Care*, 32(4), 413-420.

Frühmobilisierung in Pandemiezeiten

Die Pandemie hat uns alle in der Implementierung des ABCDEF Bundles herausgefordert. Liu et al (2022) haben in einer weltweiten 1-Tages-Prävalenzstudie untersucht, in wie weit das Konzept und Frührehabilitation umgesetzt wurde und ob es Unterschiede zwischen Patient:innen mit vs ohne Covid-Infektionen gab. Im Ergebnis konnten die Daten von 135 Intensivstationen und 1.229 Patient:innen aus 33 Ländern ausgewertet werden. Ca. die Hälfte der Patient:innen erhielten an dem Stichtag eine protokollgestützte Form der Rehabilitation. Bei den Patient:innen ohne Beatmung hatten die mit Covid-Infektion mehr Rehabilitation als die Patient:innen ohne Covid-Infektion (60 % vs 34 %, $p < 0.001$) und sie wurden auch intensiver mobilisiert (meist in den Stand vs Sitzen im Bett). Bei den Patient:innen mit Beatmung war die Mobilisierungsrate aus dem Bett gering (7 % mit Infektion vs 9 % ohne Infektion, $p = 0,564$); zum Vergleich: die Mobilisierungsrate vor der Pandemie liegt bei beatmeten Patient:innen bei 10–20 %. Barrieren gegen die Mobilisierung waren in 3 % Bauchlage, 2 % Relaxierung oder 8 % tiefe Sedierung. Insgesamt wurden Patient:innen tiefer sediert, weniger mobilisiert und erhielten kaum Besuche. Die Autor:innen schreiben: „Die Studie offenbart eine überwältigende Kultur der Immobilisierung auf Intensivstation ... es wird deutlich, dass vorteilhafte Intensivmaßnahmen wie Mobilisierung sehr vulnerabel gegenüber negativen Veränderungen (wie Pandemien) sind“. Die Pandemie hat zu sehr unterschiedlichen Situationen geführt mit teilweise dichter Personaldecke auf Covid-Stationen mit guter Versorgung bei gleichzeitig fehlendem Personal auf Non-Covid-Stationen. Wurde also die kulturelle intensivmedizinische Entwicklung des ABCDEF Ansatzes aufgrund der Infektionsrisiken, Unsicherheiten in der Behandlung, Personalmangel, Belastungsintoleranz der Patient:innen u.v.a.m. um Jahre zurückgeworfen? Es ist an der Zeit, aus den Erfahrungen zu lernen und mit der guten Qualitätsentwicklung weiterzumachen (PN).

Quelle: Liu K, Nakamura K, Kudchadkar SR, Katsukawa H, Nydahl P, Ely EW, Takahashi K, Inoue S, Nishida O. Mobilization and Rehabilitation Practice in ICUs During the COVID-19 Pandemic. *J Intensive Care Med.* 2022 Apr 27;88506662210976