

## Pflegeforschung

# Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im November 2022

### ► Für Euch gelesen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in diesem Newsletter geht es um Intensivtagebücher, unerledigte Pflege, Sauerstoffgabe und die Humanisierung in der Intensivpflege.

Viel Spaß beim Lesen wünschen Susanne Krotsetis und Peter Nydahl

#### Tagebücher und Pflege

In einer Übersichtsarbeit werden Tagebücher vorgestellt. Der Beitrag enthält den Hintergrund, einen Überblick über die Studienlage und die Ergebnisse aktueller Meta-Analysen und Meta-Synthesen. Tagebücher haben bei Patient:innen einen positiven Einfluss auf die Entwicklung eines PTBS, die Effekte auf Angst und Depression zeigen einen Trend; bei Angehörigen konnte diese Effekte nicht nachgewiesen werden. In Meta-Synthesen (die Zusammenfassung qualitativer Arbeiten) konnten positive Erfahrungen mit dem Tagebuch wie ein besseres Verstehen des Erlebten, Verstehen des Genesungsprozesses, Kohärenz von Alpträumen, Bedeutung der Anwesenheit von Familie sowie eine Humanisierung von Gesundheitsfachkräften belegt werden. Die Intensivtagebücher werden von den meisten Pflegefachpersonen als unterstützend für die Patient:innen und deren Angehörigen eingeordnet. Auch die Vorteile im Hinblick auf die Kommunikation mit und durch Tagebücher werden beschrieben. Pflegenden in der Praxis erleben das Schreiben eines Tagebuchs heterogen, viele beschreiben es als eine Verbesserung der Pflegequalität mit Vorteilen für Patient:innen und Angehörige, einige erleben das Schreiben als herausfordernd. Insgesamt ist das Interesse an dem Thema groß, gepaart mit der Einstellung, dass das Schreiben eines Intensivtagebuchs für niemanden ein „Muss“ sein sollte, sondern ein einladendes Angebot an alle ist (SK & PN)

Quelle: Krotsetis, S., Deffner, T.M. & Nydahl, P. Das Intensivtagebuch – ein kommunikativer Brückenschlag. Med Klin Intensivmed Notfmed (2022).

#### MissedCare – geplante, aber nicht erledigte Pflegemaßnahmen als Qualitätsindikator

Unerledigte Pflegemaßnahmen (UPM) sind alle erforderlichen Pflgetätigkeiten, die teilweise oder als Ganzes unterlassen worden sind. Es gibt einen nachgewiesenen Zusammenhang zwischen einer Zunahme an UPM und dem unerwünschten Outcome bei Patient:innen (Wahrnehmung geringerer Pflegequalität, mehr Harnwegsentzündungen, Decubitus, nosokomiale Infektionen und Mortalität) und bei Pflegenden (geringere Arbeitszufriedenheit, Burnout, Absicht zu kündigen). Beeinflussende Faktoren für höhere UPM sind unter anderem das schlechtere Verhältnis von Pflegenden zu Patient:innen oder auch der höheren Qualifikation der Pflegefachpersonen: je höher die Qualifikation, desto eher werden UPM registriert. In Schweden wurde nun an einem Universitätskrankenhaus mithilfe des MISS-CARE Surveys die Rate an UPM vor und während der Pandemie erfasst. Der MISSCARE Survey enthält neben Fragen zur Krankenhausstruktur insgesamt 41 Fragen zu den Aspekten und Folgen der UPM. Zentral sind die Fragen: „wie nehmen Sie die Qualität der Pflege auf der Station wahr?“ und „Wie nehmen Sie die Sicherheit der Patient:innen auf der Station wahr?“ (Antwortmöglichkeiten „sehr gut“, „gut“, „neutral“, „schlecht“, „sehr schlecht“). Im Ergebnis zeigte sich, dass auch in Schweden UPM vorkommen. Die häufigsten unterlassenen Pflgetätigkeiten waren Mobilisierung aus dem Bett, Drehen alle 2 Std. oder Nahrung anreichen solange das Essen noch warm ist. Während der Pandemie wurden vor allem Mundpflege als signifikant öfter auftretendes UPM angegeben; bei allen UM wurde Mangel an Pflegepersonal als Grund angegeben. Von den befragten Pflegekräften waren der Meinung, in 50 % der Dienste über ausreichend Personal zu verfügen, 68 % eine gute Pflegequalität zu liefern und 41 % eine Patientensicherheit gewährleisten zu können; 30 % erwogen, den Arbeitsplatz zu wechseln. **Kommentar:** MissCare ist ein mittlerweile anerkanntes und in vielen Ländern eingesetztes Instrument, um Pflegequalität und auch Mitarbeiterzufriedenheit zu erfassen. Obwohl die Ergebnisse auf den ersten Blick unangenehm erscheinen können, weil bekannt gegeben wird, was alles nicht geschafft wurde, geben sie wertvolle Hinweise auf die reale Belastung und Qualität. In Zeiten von globalem Personalmangel scheint es ein angemessenes Instrument zu sein. (PN).

Quelle: Falk Missed nursing care in the critical care unit, before and during the COVID-19 pandemic: A comparative cross-sectional study.

## Sauerstoffgabe

Es ist unklar, wieviel Sauerstoff beatmete Intensivpatient:innen erhalten sollten. In einer randomisierten Studie in einer Notaufnahme und medizinischen Intensivstation mit 2.541 gemischten, beatmeten Intensivpatient:innen erhielten Patient:innen in drei Gruppen soviel Sauerstoff, dass die Sauerstoffsättigung bei a) geringen 88–92 %, b) bei mittleren 92–96 % oder c) bei hohen 96–100 % lagen. Im Ergebnis gab es keine signifikanten Unterschiede in der Mortalität oder der Beatmungsdauer; auch sonstige unerwünschte Ereignisse waren ähnlich. Eine erhöhte Sauerstoffgabe verbesserte nicht die Mortalität oder Beatmungstage. Mehr Sauerstoff verbesserte nicht die Mortalität, weniger Sauerstoff erhöhte sie aber auch nicht. Ein geringerer Sauerstoffbedarf kann das Weaning erleichtern und eher zu Spontanatmungsversuchen und Extubation führen; wenn also gar nicht so hohe  $O_2$ -Ziele gesetzt werden, könnte auch früher extubiert werden. Dies war nicht das Ziel der Studie und könnte in zukünftigen Studien genauer untersucht werden. Weiter ist zu berücksichtigen, dass es sich bei dieser Studie um medizinische Patient:innen handelte, nicht chirurgische oder neurologische, bei denen ein zu hoher  $pO_2$  eher nachteilig ist. (PN).

Quelle: Semler MW, et al. Oxygen-Saturation Targets for Critically Ill Adults Receiving Mechanical Ventilation. N Engl J Med. 2022. PMID: 36278971

## Humanisierung der Intensivpflege: Eine Übersichtsarbeit

Eine skandinavische Forscherinnengruppe hat sich mit der Frage beschäftigt inwieweit das Thema einer humanisierten Intensivstation in wissenschaftlichen Arbeiten beschrieben ist. Hintergrund: Patient:innen auf der Intensivstation können Unbehagen, Kontrollverlust und surreale Erfahrungen erleben. Dies hat zu wichtigen Debatten darüber geführt, wie die Intensivstationen humanisiert werden können und ob eine Humanisierung überhaupt notwendig ist. Methode: Veröffentlichte Studien zwischen 1999 und 2020 wurden in den Datenbanken von CINAHL, Embase, PubMed und Scopus identifiziert und, nach Sichtung, 68 Arbeiten anhand der Einschlusskriterien in die Übersichtsarbeit aufgenommen. Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Autorinnen: Humanisierende Pflege wurde als ganzheitliche Pflege, als generelle Haltung der Pflegefachpersonen gegenüber Patient:innen und Angehörigen und als organisatorisches Ideal, das alle Bereiche des Gesundheitssystems umfasst, definiert. Technologie wurde als integraler Bestandteil der Intensivpflege angesehen, der mit der Pflege der Patient:innen als ganze und autonome Person in Einklang gebracht werden muss. Es gab geografische Unterschiede, und die große Anzahl von Studien aus Spanien und Brasilien spiegelt das wachsende Interesse an der Humanisierung der Intensivpflege in diesen Ländern wider. *Zusammenfassend schlussfolgern die Autorinnen, dass ein ganzheitlicherer Ansatz mit einer stärkeren Betonung des einzelnen Patienten und Patientin, der Angehörigen und des sozialen Umfelds die Grundlage für die Humanisierung der Intensivpflege ist, was sich auch in den Einstellungen der Pflegefachpersonen und anderer medizinischer Fachkräfte widerspiegelt. Die Anforderungen an die Beherrschung der Technik können die Aufmerksamkeit des Pflegepersonals für Patient:innen und Angehörige dominieren; daher erfordert eine humanisierte Intensivpflege eine ganzheitliche Einstellung des Gesundheitspersonals und der Organisationen gegenüber Patient:innen und Angehörigen. Dies bedeutet, dass die lebensrettende Wirkung der Technologie mit einer stärkeren Betonung des einzelnen Patienten und der einzelnen Patientin und der Achtung der Menschenwürde in Einklang gebracht werden muss.* (SK)

Quelle: Kvande, M. E., Angel, S., & Højager Nielsen, A. (2022). Humanizing intensive care: A scoping review (HumanIC). Nursing ethics, 29(2), 498-510.