

Pflegeforschung

Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im Oktober 2023

► Für Euch gelesen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in diesem Oktober-Newsletter geht es um die Einarbeitung auf der Intensivstation, Virtuelle Realität, Empfehlungen zu Kindern als Besuchende, Pflegeprioritäten bei Langzeitpatient:innen und Kochsalzinstillation vor dem endotrachealen Absaugen? Falls Ihr Fragen zu speziellen Themen habt, die Euch „bewegen“, schreibt uns gerne an. Bleibt gesund – Susanne Krotsetis und Peter Nydahl.

Umfrage zur Einarbeitung junger Fachkräfte auf der Intensivstation

Eine Arbeitsgruppe der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) hat in einer anonymen, bundesweiten Onlineumfrage die Situation des Ankommens in der Intensivmedizin berufsgruppenübergreifend erfasst, um die aktuelle Einarbeitungspraxis in Deutschland bewerten zu können. Weiterhin wurde die allgemeine, aktuelle berufliche Zufriedenheit von intensivmedizinisch Tätigen abgefragt. Es nahmen an der Umfrage 370 Ärzt:innen (67%) und 184 Pflegefachpersonen (33%) teil. Neunundfünfzig Prozent der Pflegenden gaben an, dass ein schriftliches Einarbeitungskonzept vorlag, im Gegensatz dazu war das bei 27% der Ärzt:innen der Fall. Pflegefachpersonen gaben im Durchschnitt 30 Tage als Einarbeitungszeit an, Ärzt:innen hingegen nur 7 Tage. Ein Drittel der Pflegefachpersonen stimmte der Aussage zu, ausreichend durch die Einarbeitung auf die intensivmedizinische Tätigkeit vorbereitet worden zu sein. Im ärztlichen Bereich fühlten sich nur 17% der Teilnehmenden ausreichend durch die Einarbeitung vorbereitet. Mehr als 42% der Befragten konnten sich vorstellen, über einen Zeitraum von mehr als 3 Jahre in der Intensivmedizin tätig zu sein. **Fazit der Autorinnen:** Die DIVI-Strukturrempfehlungen zur „Ausstattung und Struktur von Intensivstationen“ aus dem Jahr 2022 empfiehlt für die Einarbeitung einen zeitlichen Umfang von 3 Monaten, um Prozesse und Abläufe vor einem eigenverantwortlichen Einsatz auf der Intensivstation erlernen zu können. Hier von weichen die Ergebnisse der Umfrage weit ab. Es gilt für die nachhaltige Sicherung der Versorgungssicherheit und -qualität intensivmedizinischer Patient:innen in Deutschland, strukturierte Einarbeitungskonzepte mit ausreichendem Umfang und Inhalt bundesweit und verbindlich zu etablieren. Nichtsdestotrotz geben junge Fachkräfte an, dass sie mit ihrer Tätigkeit sowie ihrem Lernerfolg im intensivmedizinischen Kontext grundsätzlich zufrieden sind und generell eine berufliche Perspektive in diesem Bereich sehen. (SK)

Quelle: Josuttis, D., Regner, F., Deffner, T., Freund, D., Freund, F., Cornelius, C., Deininger, M. M. (2023). Einarbeitung junger Fachkräfte auf der Intensivstation. Medizinische Klinik-Intensivmedizin und Notfallmedizin, 1-7.

Virtuelle Realität

Virtuelle Realität (VR) und erweiterte Realität (AR) sind sich rasch entwickelnde Technologien, die eine breite Palette von Anwendungen bieten und es den Nutzer:innen ermöglichen, digital erstellte Inhalte sowohl im physischen als auch im virtuellen Raum zu erleben. Wie VR und AR in der Intensivmedizin eingesetzt werden können, untersuchten Kanschik et al (2023) in einer systematischen Übersichtsarbeit. Hier suchten die Autor:innen systematisch in der Pub-Med bis März 2023 alle Publikationen, die sich mit Anwendungen von VR und AR bei pädiatrischen und erwachsenen Intensivpatient:innen sowie als Unterstützung für Mitarbeitende beschäftigten. Nach Sichtung der Literatur wurden insgesamt 59 Studien eingeschlossen. Es ist erwähnenswert, dass eine beträchtliche Anzahl von Veröffentlichungen aus Fallberichten, Studienplänen oder dem Fehlen einer Kontrollgruppe besteht. Darüber hinaus sind die Studiendesigns selten vergleichbar. Es wurden jedoch verschiedene Anwendungsfälle für VR und AR erforscht. Allgemein können VR und AR in vier Bereichen eingesetzt werden: a) zur Entspannung für Patient:innen und Mitarbeitende, b) zur Rehabilitation bei Patient:innen, c) zur Unterstützung von Mitarbeitenden bei Interventionen, d) zur Lehre und zum Simulationstraining. So können VR und AR Mitarbeitende bei der Ausbildung, Planung und Durchführung schwieriger Verfahren wie der Reanimation, vaskulärer Punktionen, endotrachealer Intubation oder perkutaner dilativer Tracheostomie unterstützen. Patient:innen könnten von VR während invasiver Eingriffe und ihres Aufenthalts auf der Intensivstation profitieren, da es Stress oder Schmerzen lindern kann. Darüber hinaus ermöglichen VR und AR den Kontakt zu Angehörigen und können Patient:innen auch bei ihren Rehabilitationsprogrammen unterstützen. Sowohl VR als auch AR bieten vielfältige Möglichkeiten zur Verbesserung der aktuellen Versorgung. Es kann angenommen werden, dass VR und AR sich weiterentwickeln und ihre Anwendung im Gesundheitswesen zunehmen wird. Die Autor:innen schreiben: „VR und AR sind keine Science Fiction mehr. Der Gebrauch wird zunehmen. Dabei dürfen die Technologien uns nicht von den Patient:innen ablenken. VR und AR werden eingesetzt, um die Therapien zu ergänzen

und zu vervollständigen, aber nicht, um die Beziehung zu Patient:innen zu ersetzen“. Ein sehr guter Hinweis, den wir bei aller Technologiebegeisterung beherzigen sollten. **Kommentar:** *zurzeit unterstützen wir unseren Kollegen Marcos Paulo Santos da Cunha bei seiner genialen Idee zu einer Pilotstudie mit VR-Brille bei deliranten Patient:innen zur Förderung des Wohlbefindens und der Delirlinderung. Wir werden berichten (PN).*

Quelle: Kanschik D, Bruno RR, Wolff G, Kelm M, Jung C. Virtual and augmented reality in intensive care medicine: a systematic review. *Ann Intensive Care.* 2023 Sep 11;13(1):81

Empfehlungen für den Einbezug von Kindern als Angehörige und Besuchende auf Intensivstationen, pädiatrischen Intensivstationen, IMC-Stationen und in Notaufnahmen

Ein ausgezeichnetes Positionspapier ist von der ICU Kids Study Group, unter Federführung von M. Brauchle, T. Deffner und P. Nydahl, herausgebracht worden. Ausgezeichnet wurden die Empfehlungen von der der European Society of Intensive Care Medicine als „Paper of the year“ in der Rubrik Nurses and Allied Healthcare Professionals und sie sind im Volltext auch auf der Seite des DIVI zu finden. Allerherzlichen Glückwunsch an alle Beteiligten! Die Empfehlungen der interprofessionellen Arbeitsgruppe aus Deutschland, Österreich und der Schweiz umfasst folgende Punkte:

1. Empfehlung: Das interprofessionelle Team plant und kommuniziert als Tagesziel den Besuch von Kindern. Bei Bedarf wird rechtzeitig eine psychosoziale Begleitung angefordert.
2. Empfehlung: Eltern werden in Gesprächen vorbereitet und in ihren Fähigkeiten gestärkt.
3. Empfehlung: Die Kommunikation mit Kindern erfolgt altersgerecht und berücksichtigt deren kognitive und emotionale Entwicklung sowie ihren Wissensdurst. Dabei können Hilfsmittel wie Broschüren, Malhefte, Videos usw. verwendet werden.
4. Empfehlung: Kinderbesuche werden sorgfältig vorbereitet, begleitet und nachbereitet. Hierbei kann ein Algorithmus als Leitfaden dienen.
5. Empfehlung: Es steht Kindern und Eltern psychosoziale Unterstützung zur Verfügung, beispielsweise durch Psychologen und Seelsorger. Bei Bedarf können weitere Fachkräfte einbezogen werden, und die Kostenübernahme sollte geklärt werden.
6. Empfehlung: In palliativen Situationen werden Kinder offen begleitet, wobei sie ihre eigenen Vorstellungen und Gedanken zum Thema Sterben einbringen können. Wenn möglich, werden Palliativdienste und qualifiziertes Personal hinzugezogen.
7. Empfehlung: In wenig planbaren Notfallsituationen, wie in der Notaufnahme, wird eine kindgerechte Begleitung ad hoc von qualifiziertem Personal vorbereitet, begleitet und nachbereitet.
8. Empfehlung: Die Implementierung von Kinderbesuchen erfordert auch eine aktive Führung. Das interprofessionelle Management sensibilisiert für die Bedeutung dieses Themas, motiviert und begleitet den Implementierungsprozess behutsam.
9. Empfehlung: Das Qualitäts- und Risikomanagement wird einbezogen, und entsprechende Dokumente wie Algorithmen, Standard Operating Procedures und Evaluationsberichte werden bereitgestellt.
10. Empfehlung: Die Planung, Durchführung und Nachbereitung von Kinderbesuchen sowie Angehörigengesprächen werden transparent dokumentiert.

Kommentar: *Im September Newsletter hatten wir schon einen Beitrag zu hygienischen Aspekten bei Kindern als Besuchende im Intensivbereich herausgebracht. Wir würden uns sehr freuen, wenn Euch/Ihnen der Beitrag und das aktuelle Positionspapier dazu anregen, die Besucherstrategien in der Praxis vor allem in Hinsicht auf Kinder gemeinsam im Team zu reflektieren und vielleicht Neuerungen anzustoßen. (SK)*

Quelle: DIVI (2023) (Online) DIVI - Kinder als Angehörige und Besuchende auf Intensivstationen, pädiatrischen Intensivstationen, IMC-Stationen und in Notaufnahmen – Kurzversion (27.10.2022) (abgerufen 10.10.2023).

Pflegepriorität bei Langzeitpatient:innen

Nach ca. einer Woche werden Patient:innen oftmals nicht mehr wegen ihrer Aufnahmediagnose behandelt, sondern wegen anderer Erkrankungen und Komplikationen. Während in den ersten Tagen die Pathologie, Organprotektion und schnelles und effektives Behandeln im Vordergrund stehen, entwickelt sich die Situation nach einer Woche zu einer fragilen Stabilität. Die Prioritäten in der Pflege ändern sich. Allum et al (2023) aus dem Vereinigten Königreich haben 24 Mitarbeitende von Intensivstationen befragt, was die Pflegeprioritäten in der Versorgung von Langzeitpatient:innen sind. Nach der Analyse konnte ein Schwerpunkt sowie sechs zentrale Themen identifiziert werden. Der Schwerpunkt der Pflege liegt auf der Steigerung der Patientenautonomie durch Optimierung der Kommunikation und Beteiligung an Entscheidungsprozessen, der Einbeziehung der Familie sowie der Kontinuität des Personals und der Pflegepläne. Die sechs Themenbereiche enthalten:

1. Kommunikationsverbesserung (sowohl der Etablierung einer effektiven Kommunikationsmethode für Patient:innen als auch der Kommunikation des Personals mit Patient:innen und der Familie)
2. Kontinuität des Personals
3. Kontinuität der Pflegepläne

4. Personalisierung der Umgebung

5. Personalisierung der Abläufe

6. flexible Besuchsregelung für die Familie

Diese Prioritäten wurden als vielschichtige Auswirkung auf das Wohlbefinden von Patient:innen und Familien wahrgenommen, beispielsweise half der Familienbesuch dem emotionalen Wohlbefinden von Patient:innen und Familien, und die Kommunikation des Personals mit der Familie; und die Etablierung einer effektiven Kommunikationsmethode für Patient:innen reduzierte ihre Ängste, förderte ihre Beteiligung an ihrer Pflege und ermöglichte es dem Personal, sie effizienter in Visiten einzubeziehen. **Kommentar:** ca. 20% der Intensivpatient:innen entwickeln eine sogenannte chronische kritische Krankheit; diese Patient:innen bedürfen einer anderen Versorgung und intensiven Rehabilitation und stellen andere Herausforderungen dar (PN)

Quelle: Allum L, Terblanche E, Pattison N, Connolly B, Rose L. Clinician views on actionable processes of care for prolonged stay intensive care patients and families: A descriptive qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2023 Oct 4;80:103535

Kochsalzinstillation vor dem endotrachealen Absaugen?

Mitunter wird immer wieder diskutiert, ob Kochsalzinstillationen vor dem endotrachealen Absaugen Vorteile für beatmete Patient:innen hätte, weil dann mehr Sekret gelöst und abgesaugt und dadurch ggf. auch Atelektasen behandelt werden könnten. Chang et al. (2023) haben dazu eine systematische Literaturrecherche in sechs verschiedenen Datenbanken und Meta-Analysen durchgeführt. Im Ergebnis konnten 16 Studien moderater Qualität mit 991 Patient:innen eingeschlossen werden, davon 13 RCT. Die Installation von 5–10 ml Kochsalzlösung (NaCl 0,9%) vor der endotrachealen Absaugung wurde mit einer nicht signifikanten Abnahme der Sauerstoffsättigung, einer verlängerten Zeit bis zur Wiederherstellung der Sauerstoffsättigung auf den Ausgangswert, einem verringerten arteriellen pH-Wert, einer erhöhten Herzfrequenz, einem erhöhten systolischen Blutdruck, aber auch einer nicht signifikant erhöhten Sekretmenge und einer nicht signifikanten reduzierten Inzidenz von beatmungsassoziierten Lungenentzündungen in Verbindung gebracht. Meta-Analysen zeigten einen signifikanten Unterschied in der Herzfrequenz fünf Minuten nach der Absaugung, aber keine signifikanten Unterschiede in der Sauerstoffsättigung zwei und fünf Minuten nach der Absaugung. Im Mittelwert verbleiben 80% des Installats in der Lunge. Kurzum: das Prozedere hat kaum Vorteile, aber Nachteile. Die Autor:innen schlussfolgern, dass die Installation von Kochsalzlösungen vor dem endotrachealen Absaugen mit mehr Nachteilen als Vorteilen verbunden ist und raten deswegen davon ab.

Quelle: Chang SJ, Kim E, Kwon YO, Im H, Park K, Kim J, Jeong D, Kim D, Park JH. Benefits and harms of normal saline instillation before endotracheal suctioning in mechanically ventilated adult patients in intensive care units: A systematic literature review and meta-analysis. *Intensive Crit Care Nurs.* 2023 Oct;78:103477.