

Pflegeforschung

Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im Dezember 2023

▶ Für Euch gelesen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in diesem Dezember-Newsletter geht es um Palliative Care, Symptombewertungen durch Patient:innen, den Praxischock von Anfänger:innen und um die Wirksamkeit einer Beere sowie einen leckeren, gesunden und weihnachtlichen Smoothie. Wir wünschen euch, euren Familien und Liebsten frohe Feiertage und ein gesundes und friedliches 2024! Bleibt gesund – Susanne Krotsetis und Peter Nydahl.

Palliative Care in der Intensivmedizin- und pflege

Den Stand, Vorteile und mögliche nächste Schritte in der Integration von Palliativer Care in der Intensivmedizin und -pflege haben Neukirchen et al. (2023) in einem Artikel (frei Verfügbar) dargestellt. Sie beschreiben, dass ca. 14-20 % der Intensivpatient:innen von einer palliativmedizinischen Beratung und dem therapeutisch-pflegerischen Konzept profitieren könnten. Ein wichtiger Schritt scheint die Anerkennung der Tatsache zu sein, dass Palliativmedizin mehr ist als Pflege am Lebensende. Auch wenn die Forschung keinen „richtigen Weg“ für die Palliativversorgung auf der Intensivstation aufgezeigt hat, gibt es laut Neukirchen und Kolleg:innen drei gängige Strategien zur Integration der Palliativversorgung in die Intensivpflege: das integrative, das konsultative und das gemischte Modell. Während die beiden Letztgenannten nur von multiprofessionellen Fachleuten umgesetzt werden können, erfordert das erstgenannte Modell geschulte Intensivmediziner:innen und Intensivpflegende, die sich im Rahmen ihrer täglichen Routine mit den Erfordernissen der Palliativpflege befassen. Somit kann die Palliativpflege auf zwei Ebenen in die Intensivmedizin und -pflege integriert werden: als Generalist:innen (von Gesundheitsfachpersonen, die in ihrem Bereich Palliativpatient:innen betreuen, für die die Palliativpflege aber nicht den Schwerpunkt ihrer klinischen Arbeit darstellt und als Spezialist:innen, also von speziell für die Palliativpflege ausgebildeten Fachkräften. Wie auch in anderen medizinischen Spezialgebieten bieten Palliativmediziner:innen und Fachpflegenden mit speziellen Kenntnissen in Palliative Care diese notwendigen Kompetenzen für die Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden. Diese sollten allen Intensivpflegeteams, ggf. in Form von möglichen Konsilen, zur Verfügung stehen. Die Vorteile des Palliative Care Konzeptes für Patient:innen sind: eine Verbesserung hinsichtlich der Symptomkontrolle, Lebensqualität und multiprofessioneller Versorgung, einer patientenzentrierten Entscheidungsfindung und erweiterter Pflegeplanung, einer patientenzentrierten Kommunikation, einer verstärkten Inanspruchnahme von ethischer Beratung, der Prävention des Post-Intensivpflege-Syndroms, einer verkürzten Aufenthaltsdauer auf der Intensivstation ohne Verkürzung der Lebenszeit und einer weniger invasiven Intensivpflege. Für die Angehörige ergeben sich laut Neukirchen et al. eine verbesserte Zufriedenheit mit der Behandlung und Kommunikation sowie eine Verringerung des Post-Intensivpflege-Syndroms der Familie. Auch in den Teams selbst konnte eine Verringerung des moralischen Drucks sowie ein letztendlich einen nachhaltigeren Umgang mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen nachgewiesen werden. (SK)

Quelle: Neukirchen, M., Metaxa, V. & Schaefer, M.S. Palliative care in intensive care. *Intensive Care Med* (2023). <https://doi.org/10.1007/s00134-023-07260-z>. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Was sind die wichtigsten Bedürfnisse von Intensivpatient:innen?

Es ist üblich und allgemein empfohlen, Patient:innen regelmäßig auf Wachheit, Agitation, Schmerz und Delir zu untersuchen. Aber sind das die Symptome, die aus Sicht der Patient:innen am wichtigsten sind? Saltnes-Lillegård et al (2023) aus Norwegen befragten in einer multizentrischen Studie insgesamt 353 Patient:innen mit einer Verweildauer >24h und Beatmung und/oder pharmakologischer Kreislaufunterstützung zu ihren Symptomen. Ein Symptomfragebogen (Patient Symptom Survey) wurde verwendet, um die Häufigkeit, Intensität und Belastung von Schmerzen, Durst, Ängstlichkeit, Müdigkeit und Atemnot zu erfassen. Patient:innen wurden zu ihren Symptomen an Tag 1 (=Aufnahmetag, bzw. erster voller Tag) sowie an jedem Tag in der ersten Woche mit dem Patient Symptom Survey befragt, sofern sie sich daran erinnern konnten. Insgesamt konnten 195 Patient:innen ihre Symptome am ersten Tag angeben: 66 % hatten Durst, 64 % Müdigkeit, 36 % Schmerz, 32 % Atemnot, und 24 % Angst. In der ersten Woche waren die Symptome bei 353 Patient:innen nur geringfügig anders: 64 % hatten Durst, 64 % Müdigkeit, 36 % Schmerz, 36 % Atemnot, und 25 % Angst. Die Intensität auf einer Skala von 0=kein Symptom bis 10=maximale Intensität lag im Mittelwert bei Durst bei 6,1, Müdigkeit 5,8, Schmerz 5, Atemnot 5,6, und Angst 5,9 (wir erinnern uns: der allgemeine Cut-Off Wert, ab dem Interventionen erforderlich sind, liegt bei >3,0, d.h. alle Symptome erforderten Interventionen). Der Stress, der durch die Symptome ausgelöst worden ist, war am höchsten bei Angst 5,2, Schmerz 5,1, Durst 5,0, Atemnot 4,9 und Müdig-

Pflegeforschung

keit 3,4. Einflussfaktoren waren u.a. das Alter, Beatmung, Sepsis, Geschlecht oder Familienbesuche. Obwohl es eine multizentrische Studie war, können stationsinterne Standards, z.B. wie oft diese Symptome erfragt und ab wann sie behandelt werden, einen Einfluss auf die Ergebnisse gehabt haben. Es wird deutlich, dass die Symptome von Schmerzen, Durst, Ängstlichkeit, Müdigkeit und Atemnot in ihrer Häufigkeit, Intensität und Belastung regelmäßig mit von uns erfasst werden sollten (PN).

Quelle: Saltnes-Lillegård C, Rustøen T, Beitland S, Puntillo K, Hagen M, Lerdal A, Hofsø K. Self-reported symptoms experienced by intensive care unit patients: a prospective observational multicenter study. *Intensive Care Med.* 2023 Nov;49(11):1370-1382

Auf der Intensivstation anfangen: Realitätsschock und die Auswirkungen auf unzureichende Pflege

Mitunter erleiden neue Intensivpflegefachpersonen nach ihrer Ausbildung einen Realitätsschock. In einer Querschnittsstudie auf den Philippinen wurde das Niveau der Betreuungsfähigkeit von frisch ausgebildeten Intensivpflegefachpersonen im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen Realitätsschock und unzureichend durchgeführten Pflegetätigkeiten untersucht (Labraque, 2024). Der Realitätsschock kann dazu führen, dass sich Einsteiger überfordert fühlen, was ihre Fähigkeit zur emotionalen Verbindung mit den Patient:innen und zur Bereitstellung fürsorglicher Pflege beeinträchtigen kann, insbesondere aufgrund praktischer Herausforderungen und Dynamik des Intensivsettings.

286 neue Pflegefachpersonen mit weniger als zwei Jahren Berufserfahrung wurden mittels dreier Fragebögen befragt. Es zeigte sich, dass neue Pflegefachpersonen einen moderaten Realitätsschock erleben. Zusätzlich konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen diesem und einer steigenden Anzahl unzureichender Ausführung von Pflegetätigkeiten ermittelt werden. Entscheidend ist damit die Rolle der Fürsorgefähigkeit verbunden. Die Herausforderungen, denen neue Pflegefachpersonen auf der Intensivstation begegnen, können mit Stress und Überforderung einhergehen, was zu einer Ablenkung von den Bedürfnissen der Patient:innen führen und somit zu gesteigerter Arbeitsunzufriedenheit, geringerem Engagement und reduzierter Pflegeaktivität führen kann.

Für eine nachhaltige Integration neuer Teammitglieder ist es von besonderer Bedeutung, das Arbeitspensum schrittweise zu steigern, um einen reibungslosen Einstieg zu gewährleisten und den Schock gering zu halten. Zusätzlich sind Austauschmöglichkeiten wichtig, um Unterschiede zwischen Theorie und Praxis sowie mögliche Bedenken und belastende Situationen zu besprechen.

Quelle: Labraque L. J. (2024). Reality shock in newly graduated critical care nurses and its association with missed nursing care: The mediating role of caring ability. *Intensive & critical care nursing*, 80, 103554. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103554>

Verfasst von Ella Peschel, GKP und BSc, die übrigens im Januar in Lübeck auf einer Intensivstation anfangen wird. Ella, wir heißen Dich willkommen und wir wünschen Dir einen weniger als moderaten Praxisschock!

Zu Weihnachten - die gesunde Beere

Dass die Moosbeere, auch unter der englischen Bezeichnung Cranberry bekannt, gesund sein soll, ist unter anderem aus der Werbung hinlänglich bekannt. So soll die vitaminreiche Beere vor allem Harnwegsinfekte positiv beeinflussen. Dies Hypothese bestätigt eine aktualisierte Meta-Analyse zu Cranberry Produkten bezüglich des Effektes auf das Risiko von Harnwegsinfekten. Dort heißt es im Abstrakt: „Cranberry-Produkte – einschließlich Saft oder Kapseln – verringerten das Risiko symptomatischer, bestätigter Harnwegsinfektionen (UTIs) in mehreren Gruppen, so die in der Cochrane Database of Systematic Reviews veröffentlichten Ergebnisse. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass der Verzehr von Cranberry-Produkten das Risiko von Harnwegsinfektionen bei Kindern um 54 %, bei Menschen, die nach einem medizinischen Eingriff wie einer Strahlenbehandlung bei Blasen- oder Prostatakrebs anfällig für Harnwegsinfektionen sind, um 53 % und bei Frauen mit einer Vorgeschichte von wiederkehrenden Harnwegsinfektionen um 26 % verringert. Ältere Menschen, die in Alten- oder Pflegeheimen leben, schwangere Frauen und Erwachsene, die Probleme mit der Blasenentleerung haben, profitieren jedoch möglicherweise nicht von den Produkten (Harris 2023).“ (SK)

Quellen: Williams G, Stothart CI, Hahn D, Stephens JH, Craig JC, Hodson EM. Cranberries for preventing urinary tract infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2023, Issue 11. Art. No.: CD001321. DOI: 10.1002/14651858.CD001321.pub7. Harris, E. (2023). Updated Meta-analysis: Cranberry Products Reduced UTIRisk. *JAMA*, 329(20), 1730-1730.

Deshalb bleibt gesund mit Cranberrys (und anderen leckeren Früchten) – ein weihnachtliches Smoothie Rezept:

- 100 g Cranberrys
 - 2 Orangen oder wahlweise 2–3 Mandarinen
 - 1 Banane
 - 4 Datteln
 - 200 ml Kokosmilch oder Hafermilch
 - 1 TL Zimt
 - 1–2 TL Honig
- Alles im Mixer pürieren. Fertig. Genießen & frohe Weihnachtszeit



Ella, Susanne und Peter