

Pflegeforschung

Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im März 2024

► Für Euch gelesen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in diesem Newsletter geht es um den KI-generierte Intensivtagebücher, Gewalt gegen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Dexdor zur Unterstützung von Schlaf und Reduzierung von Delir, um das Thema der freiheitsentziehenden Maßnahmen und den Welt-Delir-Tag am 13 März.

Falls Ihr Fragen zu speziellen Themen habt, die Euch „bewegen“, schreibt uns gerne an. Bleibt gesund –
Susanne Krotsetis und Peter Nydahl.

KI-generierte Intensivtagebücher?

Den folgenden Beitrag hat Ella Peschel verfasst, Pflegefachfrau mit BScN aus Lübeck, die während eines Praktikums bei uns ein sehr interessantes Projekt entworfen hat. Intensivtagebücher zeigen in der Pflegeforschung eine große Bedeutung als pflegerische Intervention zur Vorbeugung psychischer Folgestörungen bei Überlebenden der Intensivstation. Unterschiedliche Faktoren wie begrenzte zeitliche und personelle Ressourcen beeinflussen jedoch die Umsetzung dieser Intervention in der Praxis. Angesichts der zunehmenden Verbreitung von künstlicher Intelligenz stellt sich die Frage, ob empathische und personalisierte Tagebucheinträge durch den Einsatz von KI-gestützten Programmen wie ChatGPT erstellt werden könnten. Aus einem gewöhnlichen Eintrag in der medizinischen und pflegerischen Dokumentation („Pat. ist c/p stabil, war im CT“) kann durch entsprechende Befehle bei ChatGPT einen individualisierten Eintrag für ein Intensivtagebuch formuliert werden („Lieber Herr Mustermann, dies ist sicherlich eine schwere Zeit für Sie. Heute waren Sie im CT und ...“). Ein hypothetisches Studienprotokoll von Peschel, Krotsetis, Seidlein und Nydahl (2024) macht diese Idee greifbar und zeigt, dass sie bereits umsetzbar ist. Doch wie stehen wir dazu, wenn eine randomisierte kontrollierte Studie einen besseren Effekt auf psychische Folgestörungen durch KI-generierte Tagebucheinträge im Vergleich zu handgeschriebenen Einträgen zeigt? In ethischer Hinsicht könnten KI-generierte Tagebücher Auswirkungen auf die einzigartige Beziehung zwischen Pflegepersonal und Patientinnen und Patienten haben, indem sie zwar Einflussfaktoren überwinden, aber auch Risiken für Datenverzerrung und den Verlust emotionaler Beteiligung seitens des Pflegepersonals bergen. Dennoch könnte diese Technologie die Lücke zwischen den zu überwindenden Herausforderungen und dem Wunsch nach Umsetzung der Intervention schließen, vorausgesetzt, es erfolgt eine transparente Berichterstattung über die Anwendung von KI im Prozess. Datenschutzrechtlich sind nationale internationale Vorschriften zu beachten, insbesondere da hoch sensible Daten verarbeitet werden. Die langfristigen Auswirkungen auf die Pflegeethik und menschliche Natur sind aufgrund der Aktualität des Themas noch unklar. Anm.: Ella, wir sind sehr stolz auf diese Leistung und auch die Publikation! ICCN ist das zurzeit beste Intensivpflegejournal weltweit!

Quelle: Peschel E, Krotsetis S, Seidlein AH, Nydahl P. [Opening Pandora's box by generating ICU diaries through artificial intelligence: A hypothetical study protocol](#). Intensive Crit Care Nurs. 2024 Feb 22;82:103661 Verfasst von Ella Peschel

Gewalt gegen Mitarbeitende im Intensivbereich

Fast jede und jeder von uns hat im Rahmen der Arbeit auf Intensivstationen Gewalt erlebt. Gewalt kann körperlich und/oder auch psychisch erfahren werden, auch sexualisierte Gewalt kommt vor. Doch wie häufig? Berger et al (2024) haben eine systematische Literaturanalyse durchgeführt, um die Häufigkeit, Risikofaktoren, Konsequenzen und Prävention von Gewalt gegenüber medizinischem Personal auf Intensivstationen zu bewerten. Die Autorinnen und Autoren suchten in verschiedenen Datenbanken wie PubMed, Scopus, Google Scholar, EMBASE, Cochrane und Web of Science nach Studien zur Gewalt gegenüber medizinischem Personal auf Erwachsenen-Intensivstationen. Risikofaktoren, Patientenmerkmale und Auswirkungen auf das medizinische Personal wurden gesammelt. Die Studienqualität, Bias und Evidenzniveau wurden mit etablierten Werkzeugen bewertet. Im Ergebnis wurden 75 Studien mit 139.533 (!) medizinischen Fachkräften aus 32 Ländern eingeschlossen. Die durchschnittliche Häufigkeit von Gewalt betrug insgesamt 51 % (IQR 37–75 %). Bis zu 97 % der medizinischen Fachkräfte erlebten verbale Gewalt, und bis zu 82 % waren Opfer physischer Gewalt. Die Meta-Analyse der Häufigkeit ergab eine durchschnittliche Häufigkeit von 31 % (95 % CI 22–41 %) für physische Gewalt, 57 % für verbale Gewalt (95 % CI 48–66 %) und 12 % für sexuelle Gewalt (95 % CI 4–23 %). Patientinnen und Patienten waren die häufigsten Täter (Median 56 %), gefolgt von Besuchern (Median 22 %). Zu berücksichtigen ist, dass in den Studien z.T. Unterschiedliche Frequenzen von Gewalt abgefragt worden sind (Gewalterfahrung im letzten Monat/Jahr/Berufsleben). Risikofaktoren für Gewalterfahrungen waren ein junges Alter, weniger Berufserfahrung und die Tätigkeit als Pflegefachfrau/-mann (unabhängig vom Geschlecht). Patienten, die

gewalttätiges Verhalten zeigten, waren oft männlich, älter und durch Drogen körperlich beeinträchtigt. Gewalt wurde in bis zu 80 % der Fälle nicht gemeldet und war mit höheren Burnout-Raten, erhöhter Angst und einer höheren Absicht zur Fluktuation verbunden. Insgesamt war das Evidenzniveau gering. Interventionen zur Reduzierung von Gewalt sind Risikobewertungsinstrument für aggressives Verhalten, Null-Toleranz-Politik und Besucherinformation, erhöhte Patientensicherheitskultur, Deeskalationstraining, verbesserte Sicherheitsmaßnahmen (Sicherheitspersonal, geschlossene Einheiten), mögliche restriktive Interventionen und pharmakologische Sedierung. Arbeitsplatzgewalt ist häufig und wird auf Intensivstationen eher selten berichtet, mit potenziell schwerwiegenden Folgen für medizinisches Personal, was eine erhöhte Aufmerksamkeit, Screening und präventive Maßnahmen erfordert. Die potenziellen Risikofaktoren für Gewalt sollten weiter untersucht werden. Am UKSH gibt es die Möglichkeit einen Meldebogen für gewalttätige Übergriffe auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Intranet auszufüllen und neben dem Aufzeigen des Ereignisses auch ggf. Unterstützung zu bekommen (PN)

Quelle: Berger S, Grzonka P, Frei AI, Hunziker S, Baumann SM, Amacher SA, Gebhard CE, Sutter R. [Violence against healthcare professionals in intensive care units: a systematic review and meta-analysis of frequency, risk factors, interventions, and preventive measures](#). Crit Care. 2024 Feb 26;28(1):61

Vorbeugung von postoperativem Delirium durch Dexmedetomidin bei elektiven herzchirurgischen Patienten

Eine französische multizentrische Studie (Huet et al. 2024) beschäftigte sich mit der Frage, ob eine Infusion mit Dexmedetomidin (200 µg) zur Nacht im Vergleich zu einem Placebo (0,9 % NaCl) gegeben, um ein den Schlaf post-operativ zu fördern und die Häufigkeit von Delirien nach herzchirurgischen Eingriffen zu verringern. Methode: Im Zeitraum von 2019–2022 konnten n= 331 Patientinnen und Patienten, die sich einer elektiven herzchirurgischen OP unterzogen, in die Studie eingeschlossen werden. Die Verteilung in die Gruppen erfolgte nach dem Zufallsprinzip; es wurden n= 165 Teilnehmende in die Dexmedetomidine und 166 Teilnehmende in die Placebo Gruppe zugeteilt. Die Infusion mit Dexmedetomidin oder dem entsprechenden Placebo wurde in der Nacht nach der Operation zwischen 20 Uhr und 8 Uhr morgens begonnen und jede Nacht verabreicht, solange die Patientin oder der Patient auf der Intensivstation lag, oder für maximal 7 Tage. Primäres Ergebnis war das Auftreten eines postoperativen Delirs (PoD) innerhalb von 7 Tagen nach der Operation. Ergebnisse: Das Auftreten eines post-operativen Delirs unterschied sich nicht signifikant zwischen den beiden Gruppen (12,6 % vs. 12,4 %, p = 0,97). Bei den mit Dexmedetomidin behandelten Patientinnen und Patienten traten allerdings signifikant mehr hypotensive Ereignisse auf (7,3 % vs. 0,6 %; p < 0,01). Nach 3 Monaten waren die funktionellen Ergebnisse (erfragt mit dem Short-form 36, Cognitive failure questionnaire, PCL-5) zwischen den beiden Gruppen vergleichbar. Schlussfolgerung der Autorinnen und Autoren: Bei Patientinnen und Patienten, die sich von einem elektiven herzchirurgischen Eingriff erholen, führte eine nächtliche Infusion mit Dexmedetomidin nicht zu einer Verringerung des postoperativen Delirs. (SK)

Quelle: Huet, O., Gargadennec, T., Oilleau, JF. et al. Prevention of post-operative delirium using an overnight infusion of dexmedetomidine in patients undergoing cardiac surgery: a pragmatic, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Crit Care 28, 64 (2024). <https://doi.org/10.1186/s13054-024-04842-1>

Hot topic - Freiheitsentziehende Maßnahmen

Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) und deren Procedere bzw. deren Vermeidung beschäftigen Pflegenden in vielerlei Hinsicht. Zum einen gelten strenge gesetzliche Rahmenbedingung (§ 1831 BGB). So müssen FEM bei Gericht beantragt werden, grundsätzlich ist die Anwendung einer FEM ohne richterliche Genehmigung strafbar. Eine FEM ist nur genehmigungsfähig, wenn eine erhebliche und konkrete gesundheitliche Gefahr für eine rechtlich betreute Person nicht anders abgewendet werden kann. Sie darf nur vorübergehend und in geeigneter und verhältnismäßiger Weise angewendet werden. Alternativen müssen sorgfältig geprüft und abgewogen werden. Ausschließlich im Notfall sind FEM ohne Genehmigungsverfahren einmalig und kurzfristig erlaubt. Aber auch dann gilt: Es dürfen nur angemessene Mittel angewendet werden, die zur Abwehr einer akuten Gefahr für die betreute Person unbedingt erforderlich sind (ZQP). Lao et al. (2023) kamen in ihrer Arbeit zu dem Ergebnis, dass die Anwendung von FEM primär vom Sicherheitsaspekt für die Patientinnen und Patienten begründet ist. Dabei kann es für die Pflegenden durchaus zu einer moralischen Belastungssituation kommen, welche, laut Lao et al., dann aber überwiegend rationalisiert wird. Berger et al. (2023) führten eine Übersichtsarbeit zur Frage nach unerwünschten Ereignissen durch FEM durch. Zu denen in den 24 analysierten Artikeln beschriebenen unerwünschten Ereignissen im Zusammenhang mit der Anwendung körperlicher FEM gehörten Hautverletzungen, neurofunktionelle Beeinträchtigungen und eine höhere Rate an posttraumatischen Belastungsstörungen. Ein anschließendes Delir war die am häufigsten berichtete unerwünschte Nebenwirkung. Es wurden in keinem der Artikel alternative Maßnahmen zur körperlichen Fixierung erörtert und nur eine Studie berichtete über ein standardisiertes Protokoll für den Einsatz von Fixierungen. Obwohl in der Literatur über einen Zusammenhang zwischen körperlicher Fixierung und unerwünschten Ereignissen (einschließlich neurofunktioneller Beeinträchtigungen) berichtet wurde, schlussfolgern die Autorinnen und Autoren, dass die verfügbare Evidenz begrenzt ist. Eine kanadische Studie (Alostaz et al. 2024) befragte Mitarbeitende einer Intensivstation zu deren Sichtweise bezüglich der Praktiken und Strategien zur Minimierung körperlicher Zwangsmaßnahmen. Die Teilnehmenden beschrieben 1) eine risikoscheue Kultur, in der die prophylaktische Anwendung von FEM bei intubierten Patienten eingesetzt wurde, um eine ungeplante Extubation zu verhindern und so eine Schuldzuweisung durch Kollegen zu vermeiden. 2) Das Fehlen

von Führungsqualitäten und die fehlende Einbindung des interprofessionellen Teams führten dazu, dass die Pflegenden als Hauptentscheidungsträger für die Anwendung und Aufhebung von Zwangsmaßnahmen angesehen wurden. 3) Unzureichende Überwachung/Reflexion der Fixierungspraktiken sowie 4) den mangelnden Zugang zu Fixierungsalternativen. 5) Das Unvermögen, strukturelle (Umgebungs-) Faktoren zu kontrollieren/zu ändern, die zu Delir und Agitation der Patientinnen und Patienten beitragen, erhöhten den Einsatz von FEM noch weiter. Zu den Empfehlungen der Befragten zur Minimierung des Einsatzes von Zwangsmitteln gehörten die Einsetzung einer Pflegefachperson, die die Zusammenarbeit zwischen dem Leitungsteam fördert, die Verfügbarkeit von Alternativen zu Zwangsmitteln und die Anleitung zu Situationen, in denen Zwangsmittel angewendet und entfernt werden unterstützt. **Kommentar:** Weltweit stellt das Thema von FEM therapeutische Teams sowie professionell Pflegenden vor größte Herausforderungen, in denen sich möglicherweise viele „allein gelassen“ fühlen. Ein großes Manko sind die wenigen und nicht für alle Pflegesettings gültigen Konzepte oder Interventionen, die als Ergebnisse aus methodisch gut gemachten Studien zu nicht pharmakologischen Maßnahmenbündeln in unterschiedlichen Versorgungssettings (Intensiv, akut Stationäre-, Langzeit-, ambulante, häusliche, palliativ Pflege untersucht wurden. Das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Universitätsmedizin Halle entwickelt aktuell (2021-2024) in der randomisiert kontrollierten Studie „PROTECT“ ein evidenzbasiertes Konzept für das Weglassen von FEM und den Einsatz von alternativen Strategien in der akut stationären Pflege- wir können sehr gespannt auf die Ergebnisse sein und hoffen, dass sich die untersuchten Maßnahmen auch in den Intensivbereich übertragen lassen können (.und das sollten wir dann auch untersuchen 😊).(SK)

Quellen: Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). Gewaltprävention in der Pflege. Online: [Prävention von freiheitsentziehenden Maßnahmen \(FEM\) - Stiftung ZQP](#) (abgerufen 06.03.2024). Lao, Y., Chen, X., Zhang, Y., Shen, L., Wu, F., & Gong, X. (2023). Critical care nurses' experiences of physical restraint in intensive care units: A qualitative systematic review and metasynthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 32(9-10), 2239-2251. Berger, S., Grzonka, P., Amacher, S. A., Hunziker, S., Frei, A. I., & Sutter, R. (2023). Adverse events related to physical restraint use in intensive care units: A review of the literature. *Journal of Intensive Medicine*. Alostaz, Z., Rose, L., Mehta, S., Johnston, L., & Dale, C. (2023). Physical restraint practices in an adult intensive care unit: a prospective observational study. *Journal of Clinical Nursing*, 32(7-8), 1163-1172.

Welt-Delir-Tag am 15. März

Am 13. März wird weltweit der Weltdelirtag begangen, um die Aufmerksamkeit auf eine oft übersehene, aber ernsthafte medizinische Herausforderung zu lenken: das Delir. Ein Delir ist eine vorübergehende Störung des Gehirns, die durch schwere Krankheit, Entzündungen oder andere Faktoren ausgelöst werden kann und zu Verwirrung, Desorientierung und Konzentrationsproblemen führt. Diese Zustände können zu weiteren Komplikationen wie Stürzen, Verletzungen und geistigen Einschränkungen führen. Das Motto des diesjährigen Delirtages ist Humanizing Delirium Care. Der Ansatz von Humanizing Critical Care ist ein multidimensionales Konzept, das die individuellen Gefühle, Werte und Lebenserfahrungen der Patient:innen berücksichtigt. Die Person steht dabei im Mittelpunkt jeder Bemühung, wird in physischen, mentalen und spirituellen Bedürfnissen betreut und dazu ermutigt, eine aktive Rolle einzunehmen. Humanizing Delirium Care ist ein personenzentriertes Delirmanagement, mit einfühlsamen und emphatischen Mitarbeitenden, die Personen im Delir begleiten. Eine kurze, open-access Publikation zu dem Konzept ist hier zu lesen

Anlässlich des Weltdelirtags veranstalten wir am 13.3. um 16:00-17:00 ein Webinar, um Informationen über das Delir zu verbreiten und das Bewusstsein dafür zu schärfen. Schwerpunkt ist die Implementierung des Delirmanagements und die Überwindung von Barrieren in der Praxis. Die Registrierung ist unter folgendem Link möglich: <https://us-06web.zoom.us/join/91728168000>

Außerdem stehen Flyer und Poster zum Download unter folgendem Link zur Verfügung: <https://www.uksh.de/Pflege/Unsere+Pflegerinnen/Pflegewissenschaften/Delir.html> Weitere Informationen und auch verschiedene Webinare sind hier gelistet: www.deliriumday.com

