

Pflegeforschung

Newsletter-Intensiv

Für Euch gelesen

Kiel und Lübeck im Juli 2024

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in diesem Newsletter geht es um Mangel an Pflegeressourcen, gastraler Reflux, Erfahrungen von Menschen mit traumatischen Hirnverletzungen und die Belastung von Eltern.

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

Weltweiter Mangel an Pflegeressourcen

Die Anzahl der Pflegefachpersonen hat in den letzten Jahren ständig zugenommen, die Anzahl der Patientinnen und Patienten aber auch, sodass unter dem Strich ein Mangel an Pflegeressourcen besteht. Der weltweite Mangel an Pflegeressourcen resultiert aus einem Mix von Fachkräftemangel, erhöhter Arbeitsbelastung und anderen Faktoren, was zu Problemen im Gesundheitswesen und geringerer Pflegequalität führt. Allerdings ist das Ausmaß in Ländern mit hohem Einkommen im Vergleich zu Ländern mit niedrigem Einkommen unterschiedlich. Eine internationale Perspektive kann helfen, Herausforderungen zu bewältigen und die Sicherheit unserer Patientinnen und Patienten durch die Erhöhung der Sicherheit der Mitarbeitenden zu gewährleisten. Zu diesem Zweck hat die AG Pflegeforschung und -qualität der Vereinigung der Pflegedirektorinnen und -direktoren der Universitätsklinika in Deutschland in 2022 eine online-Konferenz zu diesem Thema durchgeführt. Referierende aus Deutschland, den Philippinen, Polen, Tansania, dem Vereinigten Königreich und den USA stellten ihre nationalen Herausforderungen und Strategien zur Bewältigung dieses Phänomens vor. Die Präsentationen der Konferenz beinhalteten Informationen über die Gesundheitssysteme, vergleichbare Zahlen von Krankenhausbetten, Pflegekräften und die Pflegeausbildung. Die Rednerinnen und Redner berichteten über Herausforderungen wie ein Ungleichgewicht zwischen hoher Vakanzrate bei Pflegekräften und Anforderungen, so stehen pro 1.000 Einwohner in den Philippinen nur 1,0 Krankenhausbetten und 4,9 Pflegefachpersonen (PP) zur Verfügung, in Deutschland sind es 7,8 Betten, bzw. 12,1 PP und in den USA 2,8 Betten und 12 PP; die Ressourcen sind sehr unterschiedlich verteilt. In allen Ländern herrscht ein Ungleichgewicht zwischen offenen Stellen und Bedarf vor, unter anderem durch Kriegs- und Flüchtlingssituationen, hohe Infektionsraten durch HIV, sehr unterschiedliche Ausbildungsmöglichkeiten und -zugänge sowie die Abwanderung von Fachkräften. Die Lösungsvorschläge umfassten allgemein Anreizprojekte wie Magnet-Krankenhäuser, bessere Beschäftigungsmöglichkeiten durch höhere Löhne, Karriereoptionen und verbesserte Ausbildung. Während in den Ländern wie Deutschland, Polen, UK und USA Strategien wie Lohnerhöhungen, flexible Arbeitszeiten, Pool-Nurses, Karriereoptionen, Managementtraining und die Rekrutierung internationaler PP umgesetzt werden, lassen sich in Ländern wie den Philippinen und Tansania andere, teilweise sehr kreative Strategien finden wie kostenlose Transportmöglichkeiten (quasi das Deutschlandticket exklusiv für Pflegende), Pflegefeiertage, Ehrungen, freie Tai Chi Kurse für Pflegende, aber auch (virtuelle) Bildungsmöglichkeiten zur Infektionsprävention, zur psychischen Gesundheit mit Glücksfindung und zur Implementierung von Autonomen Pflegenden, die die Versorgung in ländlichen Gebieten sicher stellen. Das Problem der fehlenden Pflegeressourcen besteht weltweit. Da sich die Probleme durch die Bevölkerungsentwicklung, den Klimawandel, weitere Flüchtlingsströme und andere Faktoren eher weiter verschärfen als entspannen werden, besteht die Notwendigkeit eines kontinuierlichen globalen Austauschs von Herausforderungen und Lösungen unter Pflegemanagerinnen und Managern sowie unter Pflegewissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern zur Bewältigung des Fachkräftemangels. Es gibt viel zu tun und wir können alle voneinander lernen (PN).

Quelle: Nydahl P, Borromeo RC, Carrigan T, Dokken H, Fischer U, Kocks A, Kolbe N, Luboewski J, Przylepa K, Safari SR, Zimmermann M, Franz S, (2024) World views on shortage in nursing resource: Challenges and opportunities. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2024.05.009>

Gastraler Reflux

Bei einigen Intensivpatientinnen und -patienten kann ein gastrales Residualvolumen (GRV) festgestellt werden, der ein Indikator für eine reduzierte Toleranz für eine enterale Ernährung darstellen kann. Vor allem Patientinnen und Patienten mit Opiaten, Katecholaminen und abdominalen Operationen haben ein erhöhtes Risiko für einen erhöhten GRV und enteraler Intoleranz. Aber ab wie viel ml GRV sollte keine Ernährung mehr verabreicht werden, bzw. eine Pause gemacht werden? In verschiedenen Studien wird von Mengen zwischen 75 bis 1.200 ml als Grenzwert berichtet. Die European Society of Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) empfiehlt, die enterale Ernährung zu verzögern, wenn das GRV über 500 ml in 6 Stunden beträgt. Eine aktuelle Cochrane-Übersicht beschrieb eine unklare Beziehung zwischen GRV und klinischen Ergebnissen (z.B. Pneumonie, Erbrechen und Dauer des Krankenhausaufenthalts). In einer Befragung auf 101 Intensivstationen im Vereinigten Königreich wurde deutlich, dass der Grenzwert für eine Ernährungspause zwischen 200 bis 1000 ml lag, mit einer Beobachtungsfrequenz zwischen 2 bis 12-stündlich. Prokinetika wurden bei den meisten Stationen erst gegeben, wenn das GRV hoch war (was immer das dann bedeutet). Für die Hälfte der antwortenden Mitarbeiter war die Volumenmenge ein Kriterium, mit der Ernährung zu pausieren, aber auch hier gab es keine einheitlichen Grenzwerte, und nur ein Viertel der Stationen verfügte über entsprechende Protokolle. Zu frühe Pausen können das Risiko für eine Mangelernährung erhöhen, die Entscheidung ist also nicht einfach. Die Studie zeigt, dass der Umgang mit GRV sehr heterogen ist und auch in Deutschland gibt es zurzeit keine allgemeingültigen Empfehlungen oder Leitlinien nach Insiderinformation ist die ESPEN Leitlinie aber gerade in Überarbeitung und wir können in naher Zukunft mit Empfehlungen rechnen (PN)

Quelle: Jenkins B, Calder CP, Marino LV. Gastric residual volume monitoring practices in UK intensive care units: A web-based survey. *Journal of Intensive Care Society* 2023 (25), 2: 156–163

Erfahrungen von Menschen mit traumatischen Hirnverletzungen im Gesundheitswesen

In der Studie von Hoepner et al. (2023) wurde untersucht, wie Personen mit traumatischen Hirnverletzungen (TBI) ihre Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung über das gesamte Genesungskontinuum hinweg wahrgenommen haben. Es sollte festgestellt werden, ob sich die Wahrnehmungen bei leichten, mittelschweren und schweren Teilnehmern sowie bei akuter, subakuter und chronischer Genesung unterscheiden. Methode: Achtzehn Personen mit Schädel-Hirn-Trauma wurden mit Hilfe der Sydney Psychosocial Reintegration Scale-Second Edition (SPRS-2) und einem halbstrukturierten Interview zu den Wahrnehmungen der Gesundheitsversorgung befragt. Ergebnisse: Die Analysen der -Interviews unterschieden sich je nach Schweregrad, umfassten aber auch Veränderungen von Beziehungen, Identität und sozialem Engagement und Aktivitäten. Die Ergebnisse identifizierten drei Kernthemen in Bezug auf die Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung über alle Schweregrade hinweg, (a) Frustrationen mit den Leistungserbringern, (b) den Mangel an Unterstützung in der chronischen Phase sowie (c) die Tatsache, dass es entscheidend ist, Unterstützung zu finden. Es wurden wesentliche Unterschiede zwischen Personen mit leichter, mittlerer und schwerer Schädel-Hirn-Trauma-Diagnose festgestellt. Dabei waren diejenigen, die eine leichte Schädel-Hirn-Trauma erlitten hatten, mit den erhaltenen Leistungen am unzufriedensten. Die Teilnehmer waren mit der Akutversorgung am zufriedensten und mit der Unterstützung in der chronischen Phase am wenigsten zufrieden. Schlussfolgerungen: Die Wissenschaftler schlussfolgern, dass eine verbesserte Kommunikation, ein verbesserter Zugang zu psychologischer Beratung und Ressourcen wie Gruppen zur Unterstützung des Identitätsausdrucks könnten die Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung verbessern. Kommentar: Die Frage stellt sich, ob schon im Setting von Intensivstationen Informationen zu diesem Thema, z.B. mit ersten weiterführenden unterstützenden Adressen an Patientinnen und Patienten und den Angehörigen erarbeitet und ausgeteilt werden sollten? (SK).

Quelle: Hoepner, J. K., Keegan, L. C. (2023). "I avoid interactions with medical professionals as much as possible now": Health care experiences of individuals with traumatic brain injuries. *American journal of speech-language pathology*, 32(2S), 848–866.

Wie geht es den Eltern?

Pädiatrische kritische Erkrankungen stellen eine erhebliche Belastung für das Kind und seine Familie dar. Da die Sterblichkeitsraten auf der Kinderintensivstation unter 4 % gesunken sind, erlebt ein zunehmender Anteil der Überlebenden langfristige emotionale, soziale und kognitive Beeinträchtigungen, die im Modell des Post-Intensivpflege-Syndroms bei Kindern beschrieben werden. Auch die Eltern von überlebenden Kindern können langfristige psychologische Folgen wie posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Depression und Angstzustände erleben. Ko et al. führten eine systematische Literaturrecherche zu der Frage durch, wie groß das Ausmaß an psychologischen Erkrankungen von Eltern ist, deren Kinder auf Intensivstationen behandelt worden sind. Im Ergebnis konnten 22 Studien verschiedenen Designs mit insgesamt 55.597 Kindern und 97.506 Eltern eingeschlossen werden. Nach 3,

bzw. 6 Monaten nach Aufnahme auf der pädiatrischen Intensivstation wurde bei 35–65 %, bzw. 41–53 % der Eltern psychologische Belastungen festgestellt. Die Rate an PTBS nach 3 bis 9 Monaten lag zwischen 10–48 %, Angst und Depression nach 3 bis 6 Monaten lagen bei 21–42 %, bzw. 6–43 %; weiter gibt es Hinweise auf eine geringere Lebensqualität. Ein erhöhtes Risiko hatten vor allem Mütter, die Eltern von jüngeren Kindern und bei einem längeren Intensivaufenthalt. Weniger als ein Drittel der Betroffenen nahmen in den Untersuchungszeiträumen eine psychologische Beratung in Anspruch. Die Ergebnisse zeigen, dass die psychologische Belastung von kritisch kranken Kindern sehr hoch ist und nicht mit der Verlegung endet. Ähnlich wie im Erwachsenenbereich wird hier vom pediatric Post-Intensive-Care Syndrom Family, bzw. pPICS-Parents gesprochen. Es ist ein Symptomkomplex, über den noch wenig bekannt ist und daher auch nur wenig zur Prävention und Therapie geläufig ist. Es gibt Hinweise, dass das Schreiben von Intensivtagebüchern, frühe Beratungen und Bildungen sowie Nachsorgeprogramme effektiv sein können, um die Belastungen zu senken und die Resilienz der Eltern zu stärken (PN).

Quelle: Ko MSM, Lee WK, Sultana R, et al. Psychological Outcomes in Families of PICU Survivors: A Meta-Analysis. *Pediatrics*. 2024;154(1):e2023064210