

## Pflegeforschung für die Allgemeine Pflege

# Newsletter

Kiel und Lübeck im März 2016

### ► Für Euch gelesen

Liebe Kolleginnen und Kollegen, hier der 1. Newsletter 2016 für die allgemeine Pflege in diesem Jahr. Viel Spaß beim Lesen.

#### Generation Y in der Pflege

Jede Generation - Baby-Boomer (1946-1964), Generation X (1965-1980), Generation Y (1981-2000) - hat eigene Werte und Sichtweisen bzgl. der Arbeit. Für Pflegende gilt dies genauso. Problematisch kann es werden, wenn Personen unterschiedlicher Generationen zusammenarbeiten, bzw. gemanagt werden. Jamieson et al. (2015) aus Neuseeland untersuchten in einer online-Befragung Pflegende der Generation Y, definiert als die Jahrgänge 1981-1986. In der Studie wurden quantitative und qualitative Methoden gemischt, Teilnehmer konnten auch Freitextantworten geben. Insgesamt nahmen 358 Pflegende teil, von denen die meisten weniger als ein Jahr Berufserfahrung hatten. Auf die Frage, welche eine Sache sie in der Pflege ändern würden, antworteten 55% mit „Veränderung der Arbeitsbedingungen“. Hierzu zählten in Reihenfolge Schichtarbeit, Personalbesetzung, persönliche Förderung, Anzahl Patienten zu Pflegenden, Ausstattung, Arbeitsbelastung und Dokumentation. Neben den Arbeitsbedingungen wurden auch mehr Gehalt, mehr Anerkennung & weniger Mobbing sowie Beziehung zum Vorgesetzten genannt. Pflegende der Generation Y sehen es als gute Pflege, wenn die Bedürfnisse der Patienten erfüllt werden. Sie sind aber auch flexibler als frühere Generationen. Freizeitgestaltung und soziale Beziehungen außerhalb des Berufs haben einen hohen Stellenwert, der mit dem Schichtdienst konkurrieren kann. Gleichzeitig sind sie offen und bereit, sich weiter zu bilden. Wenn Pflegende der Generation Y wahrnehmen, schlechte Arbeitsbedingungen zu haben, sich von ihren Vorgesetzten in Fort- und Weiterbildung nicht unterstützt zu fühlen, Spannungen im Team sind oder der Dienstplan ein Privatleben nicht möglich macht, wechseln sie den Arbeitgeber oder den Beruf. Angesichts des Mangels an Pflegekräften sollte alles getan werden, um junge Pflegende zu halten. **Kommentar:** Die Studie ist aus Neuseeland und nur eingeschränkt übertragbar. Dennoch zeigt sie mögliche Strategien auf, die ggf. auch hier in Deutschland wirksam sein können. Die Kolleginnen und Kollegen zu fragen, gehört dabei sicherlich zu den effektivsten Wegen, v.a. wenn unterschiedliche Generationen beteiligt sind (PN).

Quelle: Jamieson I, Kirk R, Wright S, Andrew C. Generation Y New Zealand Registered Nurses' views about nursing work: a survey of motivation and maintenance factors. Nursing Open, 2015: 49-61.

#### Mobilität im Krankenhaus

Viele Patienten, die im Krankenhaus aufgenommen werden, haben die Haltung, sich ins Bett legen zu müssen. In den letzten Jahren hat sich gezeigt, dass Bettlägerigkeit erhebliche Nachteile hat und gegenteilig Mobilität Gesundheit erhält. Ziel ist, die Mobilität von Patienten auch im Krankenhaus zu erhalten und zu fördern. Prof. Zegelin sagt dazu, dass es viele Möglichkeiten gäbe, die Mobilität im Krankenhaus zu fördern, indem sie a) bereits bei Aufnahme darum gebeten werden, sich viel zu bewegen; b) sich ihre Tabletten am Stützpunkt selbst abholen; c) mit ihren Angehörigen zu einer „Bewegungszeit“ über den Flur oder durch das Krankenhaus gehen; d) sich ihr Essen am Stützpunkt selbst abholen, oder dieses im Tagesraum serviert wird; e) Klinikspaziergänge gemacht werden und andere. Die Stiftung Pflege hat in Zusammenarbeit mit der Universität Witten/Herdecke ein Poster entwickelt, das in allen Bereichen in Fluren, Aufenthaltsräumen usw. aufgehängt werden kann. Das Poster wird über den Pflege e.V. vertrieben und kostet 4,00 Euro zzgl. 2,00 Euro Versand. Info: Info@stiftung-pflege.de (PN)

## Gründe für Arbeitszufriedenheit oder Burn-out bei Pflegekräften der Hämodialyse

Hayes und Kollegen (2015) untersuchten mittels eines gemischten Studiendesigns, bestehend aus einer online Umfrage (n= 417) mit Abfrage von demographischen Daten, Arbeitszufriedenheits-Index (IWS), Nursing Stress Scale (NSS) etc. quantitativ und semi-strukturierten, offenen Interviews (n=8) qualitative Gründe, die eine Arbeitszufriedenheit unterstützen, bzw. die für die Entwicklung eines Burn-out wegweisend sein können. Diese Studie konzentrierte sich auf die spezielle Gruppe von Pflegekräften in Dialyseeinheiten in Akutkrankenhäusern sowie Praxen, da diese häufig Patienten über mehrere Jahre begleiten und somit anderen „Stressfaktoren“ ausgesetzt sind. Die Auswertung ergab, dass Faktoren, die eine Arbeitszufriedenheit fördern wie: „eine enge, fast familiäre Bindung an die Patienten, das Gefühl durch handwerkliche Fähigkeiten (z. B. Katheternadel setzen), den Patienten gut zu begleiten, ein offenes Ohr und Zeit für die Bedürfnisse der Patienten zu haben“, häufig auch genau die Faktoren sind, die als belastend oder frustrierend empfunden werden, wenn z. B. eine Situation als „zu dicht“ oder Pflegeprozesse aus Zeit- oder Personalmangel nicht zufriedenstellend ausgeführt werden können. Als förderlich für eine gute Arbeitsatmosphäre wurden Faktoren wie: „ein Team, welches sich in Belastungssituation (physisch wie psychisch) zur Seite steht, einen individuell gestalteten Dienstplan und ein ausreichender Personalschlüssel“ genannt. **Kommentar:** *Obwohl sich diese Studie auf Pflegenden der Hämodialyse bezieht, können sicherlich einige Ergebnisse auch in andere Arbeitsbereiche übertragen werden. Eine gute, offene Arbeitsatmosphäre des Teams, in der Raum für Gespräche, z.B. wie eine bestimmte Arbeitssituation bewältigt wurde oder über den Verlust eines Patienten, den man lange betreut hat, und in der nicht nur Fehler/Defizite diskutiert werden, ist für viele Mitarbeiter sehr wichtig (dies ergab auch eine Umfrage unter Intensivpflegenden am UKSH und 2 weiteren Krankenhäusern). Einen Dienstplan, indem auch individuelle Wünsche von Mitarbeitern berücksichtigt werden, ist sicherlich ebenfalls von Vorteil. Vor dem Problem der wenigen Zeit- und häufig auch Personalressourcen stehen viele und immer mehr Pflegenden weltweit. Hier steht sicherlich die berufspolitische Forderung eines verbindlichen Personalschlüssels im Vordergrund. (SK).*

Quelle: Hayes, B. et al. (2015). Haemodialysis work environment contributors to job satisfaction and stress: a sequential mixed methods study. BMC Nursing, 14:58

## Implementation eines Qualitätssicherungssystems bezüglich der Verbesserung des post- operativen Schmerzes

Die Erfassung und das Management von Schmerz ist immer wieder Thema in der Forschung und in unserer Praxis. Untersuchungen in den USA aus dem Jahre 2003 ergaben, dass 80 % der befragten Patienten nach einer OP über Schmerz klagten. In den Niederlanden (Umfrage aus dem Jahre 2008) gaben 40 % einen moderaten Schmerz nach der OP an und Zahlen aus Deutschland aus dem Jahre 2010 ergaben einen Zentralwert von 4 an; bei der Einschätzung des Schmerzes auf einer numerischen Skala (NRS) mit 0= kein Schmerz bis zu 10= schwerste vorzustellbare Schmerzen. Daraus kann geschlossen werden, dass international wie national noch zu keinem zufriedenstellenden Schmerzmanagement in den meisten Akutkrankenhäusern gefunden wurde. Eine deutsche Studie (Usichenko et al.) aus dem Jahre 2013 stellt ein Qualitätssicherungskonzept in einer Vorher-Nachher Studie vor. Erfasst wurden neben den demographischen Daten Ergebnisse wie Schmerzintensität, Nebenwirkungen von Analgetika, empfundene Lebensqualität und Patientenzufriedenheit gemessen. Nach der Einführung von Schmerzprotokollen und Managementpfaden gaben 25-30 % der befragten Patienten an, weniger Schmerz zu haben als die Befragten vor der Einführung der Standards (p= 0.0001). Übelkeit wurde von 40% der Patienten versus (vs.) 17 %, Erbrechen 25 % vs. 11 % und Müdigkeit von 76 % vs. 30 % angegeben. Die empfundene Lebensqualität sowie die Patientenzufriedenheit stieg ebenfalls signifikant (p=0.001) nach der Einführung der Protokolle und standardisierten Behandlungspfade an. **Kommentar:** *Wir sollten uns diese Daten zu Herzen nehmen und uns fragen, wie es unserer Praxis läuft. Überwachen wir regelmäßig alle 8 Stunden, wie es empfohlen wird, den Schmerz? Benutzen wir ein valides Schmerzassessment, welches für unsere Patienten geeignet ist, auch für demente Patienten? Dokumentieren wir Schmerzintensität und die darauffolgende Intervention? Wie gut ist das Team mit der Anwendung und dem Umgang mit geeigneten Assessments geschult? Sind die Rollen im Schmerzmanagement klar definiert (wann macht wer was)? In dieser Studie gab der Behandlungspfad klar vor: keine Intervention bei einem Schmerzlevel < 3 auf der NRS, Intervention durch die Pflege nach einem standardisierten Plan bei NRS > 4, Intervention durch den Arzt bei NRS > 7, bei bestehenden Schmerzen Konsil des Akutschmerzdienstes. Ich bin sicher, wenn wir all dies hinterfragen, können auch wir in kleinen Schritten ein Schmerzmanagement optimieren. (SK)*

Quelle: Usichenko, T.I. et al. (2013). Implementation of the quality management system improves postoperative pain treatment: a prospective pre-/post-interventional questionnaire study. British journal of anaesthesia, 110(1), 87-95.

**In eigener Sache:** Wie immer die Bitte, senden sie uns Ideen oder Fragen „Was ich schon immer mal wissen wollte“ Was sagt die Wissenschaft eigentlich zum Thema xx?“ zu. Wir kümmern uns gerne darum und beantworten ihre Fragen im nächsten Newsletter. Peter.Nydahl@uksh.de (Campus Kiel) und Susanne.Krotsetis@uksh.de (Campus Lübeck)

Mit besten Grüßen Susanne Krotsetis und Peter Nydahl