

NACHTS IM

„DAS WAR DAMALS GANZ ANDERS ...“

Prof. Christel Bienstein

Ich erinnere mich noch genau an meine Nachtdienste in den 70er-Jahren, in denen ich mehr als 70 Patienten versorgen musste. Diese lagen zumeist in Drei- und Vierbettzimmern. Nicht selten mussten auch noch Aufgaben wie die Versorgung von Notfallpatienten mit übernommen werden. Die Patienten waren im Durchschnitt mehr als 14 Tage auf der Station, sodass die Chance bestand, in der nächsten Nachtschicht auf bekannte Gesichter zu treffen. Aufgrund der hohen Anzahl der Patienten konnte ich nicht überall gleichzeitig sein. So verstarb ein Patient an Nachblutungen nach einer Operation und wurde erst mehr als zwei Stunden nach Todesertritt von mir entdeckt. Auch war es Usus, dass ganz junge Pflegende oder auch Schüler die Verantwortung für den Nachtdienst übernahmen.



Die schönste Zeit der Nacht war immer die, wenn der Morgen graute und die Vögel zwitscherten. Dann stieg die Energie, die ersten Patienten wurden gewaschen, die Vorbereitungen für geplante Eingriffe getroffen und der Kaffee für den Frühdienst gekocht.

Um zu erfahren, wie sich die Situation im Nachtdienst verändert hat, habe ich 2012 mehrere Nachtdienste in verschiedenen Krankenhäusern begleitet. Ich fand eine völlig veränderte Situation vor: Während wir früher als Höchstmaß der Arbeit Infusionen und Vitalkontrollen sowie das Waschen von Patienten übernahmen, laufen heute in der Nacht Perfusoren mit verschiedensten Medikamenten, Periduraldialysen, Wundmanagement, Insulinapplikationen, Monitoring und vieles mehr. Die Anzahl der Patienten, die gepflegt werden müssen, hat sich deutlich reduziert, die Türen haben zugenommen und damit die Ungewissheit, wie es den einzelnen Menschen hinter den Türen geht. Und hinter jeder Tür befinden sich multimorbide Menschen, die vielfach bereits in eine Pflegestufe eingestuft sind. Die Anzahl der Menschen mit Verwirrungszuständen hat deutlich zugenommen – bis zu 30 Prozent auf konservativen Stationen (Spirig 2009).

Wir müssen davon ausgehen, dass gerade in der Nacht Pflegende sich häufig nicht anders zu helfen wissen, als Patienten zu fixieren. Besonders Patienten, die ihr Bett verlassen wollen und zu stürzen drohen oder die Station verwirrt verlassen möchten, sich Drainagen und Zugänge ziehen, stellen eine zunehmende Herausforderung dar.

KRANKENHAUS

Vergleichsstudie. Während sich viele Akteure Gedanken über die Optimierung und Qualitätsverbesserung in den Krankenhäusern am Tage machen, liegt die nächtliche Versorgung der Patienten im Dunkeln. Eine Vergleichsstudie an der Universität Witten/Herdecke beleuchtet die Situation in Deutschland und macht deutlich: Die nächtliche Versorgung ist ein Hochsicherungsbereich, der unbedingt ins Licht gerückt werden muss.

Von Prof. Christel Bienstein und Prof. Dr. Herbert Mayer

Über 42 Prozent der Zeit, die ein Patient in einem deutschen Krankenhaus verbringt, liegt die Verantwortung für seine sichere Versorgung primär bei den Pflegenden in der Nacht. Während sich am Tag viele Akteure diese Aufgabe teilen, ist nachts zumeist eine Pflegefachperson allein – zusammen mit einem chronischen Schlafdefizit und der Verantwortung für viele multimorbide Patienten.

In einer Wiederholungsstudie wurde die Nacht aus der Sicht der Pflegenden in den Blick genommen. Im Zeitraum von 1986 bis 1989 wurde die erste Studie durchgeführt, von 2010 bis 2013 wurde sie dann mit wenigen Änderungen wiederholt. Hier ergaben sich viele interessante Unterschiede, bezogen auf die Anzahl der Patienten, die versorgt werden mussten, die Belastung der Pflegenden – sowohl physisch als auch psychisch – und vieles andere mehr.

Pflege heute – unter erschwerten Bedingungen

Besonders die deutliche Zunahme multimorbider Patienten stellt die Pflege vor eine große Herausforderung. Zudem sind Kliniken meist nicht auf Demenzerkrankte und nicht auf sterbende Menschen vorbereitet. Dabei versterben heute

noch 50 Prozent der Bundesbürger im Krankenhaus (George et al. 2013). Während immer mehr palliative Stationen eingerichtet werden und auch onkologische Stationen eine gute Sterbebegleitung bieten, erhält das Sterben auf anderen Stationen nur eine geringe Aufmerksamkeit.

Im Jahr 1989 betrug die Verweildauer der Patienten noch 13,7 Tage, bis 2012 wurde diese auf unter 7,5 Tage gesenkt (DeStatis 2012). Operative Maßnahmen haben deutlich zugenommen. Allein 2011 wurden 21 Prozent der deutschen Bevölkerung operiert (Vergleich mit den Niederlanden 7,7 Prozent). Die Anzahl der Pflegenden änderte sich im Vergleich zur Anzahl der Ärzte dramatisch: 1990 stand ein Arzt vier Pflegenden gegenüber, 2013 nur noch 2,2 Pflegenden, in privaten Kliniken sogar oftmals nur 1,75 Pflegenden. Damit werden heute bis spät in den Abend diagnostische Untersuchungen durchgeführt oder vorbereitet.

Inzwischen belegen internationale Studien, dass sowohl Kompetenz als auch Anzahl der Pflegenden auf die Qualität der Patientenversorgung direkten Einfluss nehmen (Aiken et al. 2014, Sermeus et al. 2011). Ist zu wenig qualifiziertes Pflegepersonal in Kliniken vorhanden, steigen Verweildauer, nosokomiale Infektionen, Dekubitus und Stürze, aber auch Mortalität. Allein die letzte Auswertung der Studie von Aiken et al. (2014) belegt, dass das Versterben von bis zu 30 Prozent der Patienten nach operativen Eingriffen mit einem Mangel an qualifizierten und ausreichend vorhandenen Pflegefachpersonen zu tun hat.

Wie hat sich die Nachtarbeit verändert?

Beide Studien erhoben die Bedingungen aus der Sicht der Pflegenden mittels eines Fragebogens, der mehr als 40 Themenkomplexe umfasst und mittels Ankreuzen ausgefüllt werden konnte. Die Fragebögen wurden in Krankenhäusern der Maximal- und Regelversorgung verteilt. Beteiligt waren Krankenhäuser verschiedener Bundesländer.

Schon in der ersten Studie (Bartholomeyczik et al. 1993) wurden die Felder, die zur freien Formulierung zur Verfügung standen, intensiv von den Pflegenden genutzt. Hier gaben die Befragten ihre Erfahrungen, wichtige Situationen und Hinweise handschriftlich weiter. In beiden Studien wurden zur Vertiefung der Daten Interviews mit den Pflegenden geführt. In der ersten Studie fanden diese tagsüber statt, in der zweiten nachts.

Die Größe der Stichprobenerhebung ist vergleichbar. Abbildung 1 stellt wichtige Charakteristika der Befragten von 1988 und 2012 gegenüber.

Es zeigt sich eine deutlich Veränderung bei der Zunahme von Gesundheit- und Krankenpfleger/innen. Die Anzahl der „Dauernachtwachen“ beziehungsweise „Dauernachtarbeiter/innen“ ist gesunken. Das Durchschnittsalter der Pflegenden ist gestiegen, ebenso die Anzahl der Pflegenden, die ledig sind und alleine leben.

Im Vergleich veränderte sich auch die Anzahl der zu versorgenden Patienten. So nahmen die Stationsgrößen deutlich ab, die Übergabezeiten hingegen nahmen zu (Abb. 2).

Stichprobenbeschreibung		
1988		2012
n = 152	Befragte	n = 141
49 %	Innere Medizin	58 %
51 %	Chirurgie	34 %
88 %	Krankenschwester/-Pfleger	99 %
47 %	Dauernachtwache	21 %
32 %	Teilzeitbeschäftigung	25 %
92 %	weiblich	83 %
24 %	40 Jahre oder älter	36 %
41 %	ledig	62 %
22 %	allein lebend	37 %

Abb. 1

Patientenzahlen Dienst-/Übergabezeiten		
1988		2012
	Stationsgröße	
23 %	bis 22 Betten	54 %
26 %	23–30 Betten	29 %
	Nachtdienstdauer	
20 %	< 10 h	62 %
75 %	arbeiten allein	72 %
	Übergabezeit	
	zwischen 16 und 30 Min.	
57 %	abends	64 %
51 %	morgens	63 %
	Übergabezeit	
	(Mittelwert)	
27 min	abends	29 min
20 min	morgens	26 min

Abb. 2

Immer noch arbeiten 72 Prozent der Pflegenden in der Nacht allein. 28 Prozent haben die Nachtarbeit mit einer weiteren Person durchgeführt – vier Pflegenden mit einer Schülerin oder einem Schüler und 24 mit einer weiteren Pflegefachperson. Von den 102 Pflegepersonen, die alleine gewacht hatten, mussten 32 Pflegenden – und damit ein Drittel – ein- oder

mehrmals pro Nacht auf einer anderen Station aushelfen.

Die Stationsgrößen insgesamt nahmen ab. Dabei reichten die Aussagen zur Anzahl der in der Nacht zu betreuenden Patienten von zwei bis 43. Dabei werden auf chirurgischen Stationen im Mittel 23,5 Patienten und damit 5,5 Patienten mehr als auf internistischen Stationen gepflegt.

Auch 2012 nahmen die Dreibettzimmer mit 41 Prozent immer noch den größten Anteil ein, Zweibettzimmer gab es zu 35 Prozent.

1988 wurde der Anteil schwer Pflegebedürftiger – gemessen an der Anzahl der Menschen, die einer Ganzwaschung bedurften – mit 32 Prozent angegeben, 2012 bereits mit 54 Prozent.

Während 1988 bei jeder dritten Befragten „Zusatzbetten“ eingeschoben waren (insgesamt 99 zusätzliche Patienten), verringerte sich dieser Anteil auf 19 zusätzliche Patienten – eingeschoben in Patientenzimmern, Arztzimmer, Bad oder Flur – bei acht Befragten.

In der neuen Studie wurde auch erhoben, wie viele Aufnahmen in der Nacht erfolgten. Hier gaben 24 Prozent der Befragten an, mindestens eine Neuaufnahme pro Nacht bewältigen zu müssen, neun Prozent gaben zwei Neuaufnahmen pro Nacht an. Zusätzlich wurde zehnmal über eine Verlegung in der Nacht auf die Intensivstation berichtet. Immerhin 52 Prozent der Pflegenden berichteten über Arbeitsunterbrechungen in der Nacht, die nicht vorhersehbar waren.

Insgesamt wird eine Verkürzung der Dauer des Nachtdienstes von weniger als zehn Stunden angegeben: Während 1988 nur 20 Prozent weniger als zehn Stunden arbeiteten, sind es 2012 bereits 62 Prozent. Der Dienst beginnt im Durchschnitt um 20.30 oder 21.00 Uhr.

Im Jahr 1988 gab mit 44 Prozent die größte Gruppe an, mehr als sieben Nächte hintereinander zu arbeiten, 2012 sind dies nur noch 30,4 Prozent. Die größte Gruppe umfasst mit 43,5 Prozent 3,5 bis vier Nächte (Angaben zwischen einer Nacht bis zu 18 Nächten hintereinander).

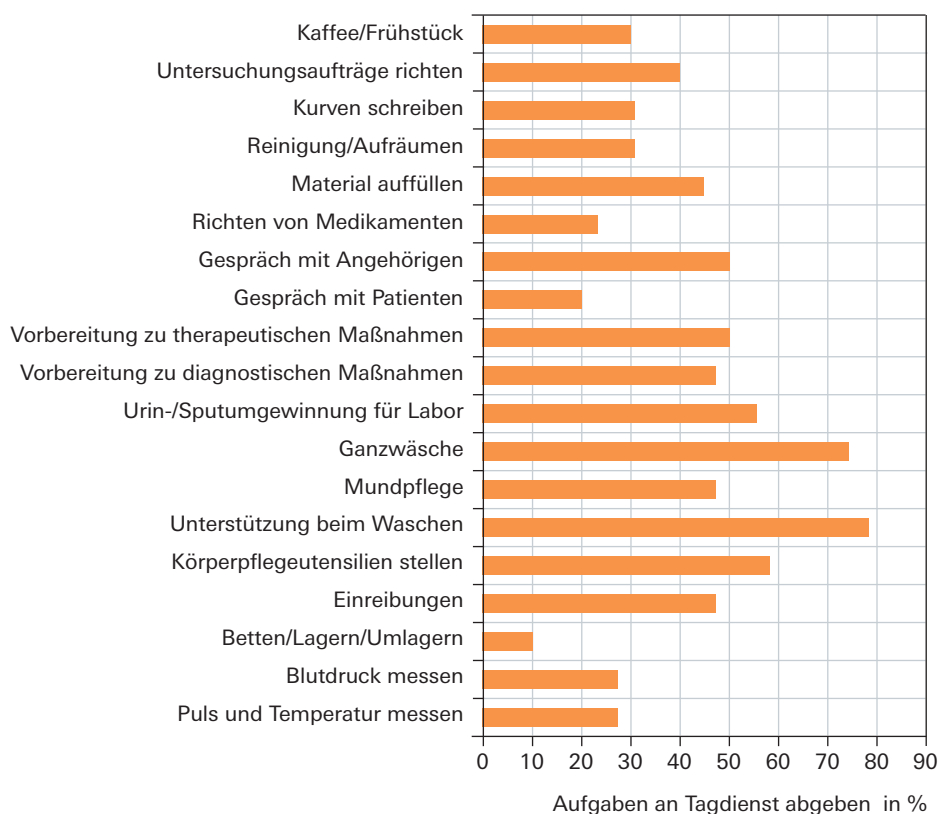


Abb. 3 Welche der folgenden Aufgaben könnte Ihrer Meinung nach komplett auch vom Tagdienst übernommen werden?

Kaum Pausen, weniger Ganzkörperwaschungen

Während in der ersten Studie nicht erhoben wurde, ob Pausen gemacht werden, wurde diese Frage in die zweite Studie aufgenommen. Hier gaben 113 Pflegenden (81 %) an, keine Pause mit einer Vertretung gemacht zu haben. Nur 26 (18 %) konnten überhaupt eine Pause mit einer Vertretung in Anspruch nehmen.

Deutlich wird, dass Ganzkörperwaschungen nicht mehr so häufig vorkommen. 1988 mussten 32 Prozent maximal zwei Patienten und 41 Prozent mehr als vier Patienten ganz waschen. Heute waschen 52 Prozent maximal zwei Patienten und 23 Prozent mehr als vier Patienten.

Auch der Wunsch der Pflegenden, bestimmte Aufgaben in den Tagdienst zu verlegen, wurde erhoben. An erster Stelle wurde hier die „Unterstützung beim Waschen“ (78,4 %) angegeben, dicht gefolgt von der Ganzkörperwäsche (73,6 %) (Abb. 3).

Belastungen im Nachtdienst

Im Vergleich mit den Daten von 1988 nahm die körperliche und nervliche Belastung ab (Abb. 4). Schichtarbeitende fühlen sich höher belastet als Pflegefachpersonen, die nur den Nachtdienst durchführen.

Ein deutlicher Unterschied ergab sich bezogen auf die Belastung durch das Wachbleiben. Während Schichtarbeitende die Belastung in den Kategorien ziemlich stark und sehr stark mit 31 Prozent angaben, betraf es die Pflegenden, die ausschließlich im Nachtdienst arbeiten, nur mit 12,5 Prozent.

Auch weitere Kategorien wurden von Pflegenden, die hauptsächlich im Tagdienst arbeiten, tendenziell als belastender erlebt, zum Beispiel Konzentration und aus der Arbeit herausgerissen werden. Nur eine von sieben Kategorien – das schnelle Arbeiten – empfanden die Pflegenden, die nur in der Nacht arbeiten, tendenziell belastender.

Es gab keine signifikanten Unterschiede in der Dauer des Schlafes vor oder nach einem Nachtdienst. Im Schnitt schliefen beide Gruppen sechs Stunden, wobei diejenigen mit Kindern eine geringere Schlafdauer aufwiesen.

In die zweite Studie wurde ein Fragebogenteil neu aufgenommen. Hier ging es um die Einschätzung der Zusammenarbeit mit den Ärzten in der Nacht. 24 Prozent berichteten, dass sie in der letzten Nacht keinen Arzt rufen mussten, 51 Prozent riefen einen Arzt ein- bis zweimal in der Nacht hinzu. Diejenigen, die keinen Arzt oder ihn nur einmal pro Nacht rufen mussten, waren im Schnitt für 20 Patienten verantwortlich. Diejenigen, die mehrmals in der Nacht einen Arzt zur Hilfe riefen, waren demgegenüber für 25 bis 26 Patienten verantwortlich. 90 Prozent gaben an, dass der Arzt dann hilfreich gewesen wäre.

Diskussion der Ergebnisse

Zwischen der ersten und zweiten Studie zeigen sich deutliche Unterschiede. Während sich die Zahl der nächtlich zu pflegenden Menschen reduziert hat, hat sich der Pflegebedarf deutlich erhöht. Die kürzere Verweildauer erfordert ein rasches Einstellen auf die neuen Patienten. Zunehmend sind mehr Patienten in Zweibettzimmern untergebracht. Das bedeutet, dass bei einem Gang in ein Zimmer weniger Menschen in den Blick genommen werden können. Auch hat sich die Aufgaben-

EMPFEHLUNGEN FÜR DEN NACHTDIENST

Aus der Literatur ergeben sich Hinweise, dass kurze Phasen der Nachtdienste hintereinander erfolgen sollten. Komplexe und konzentrationsfordernde Arbeiten, wie das Richten von Medikamenten sollten nicht die in die „konzentrationsverringerte Zeit“ von 1.00 bis 5.00 Uhr morgens fallen.

Auch werden besonders Empfehlungen für das Management formuliert.

Hierzu gehören:

- Schaffung von Möglichkeiten der Unterstützung
- Ermöglichen von Pausen
- Teilhabe an Fort- und Weiterbildungen
- Entwicklung der Expertise einer „Night-shift clinical nurse specialist“
- Flexible Arbeitszeitmodelle
- Wahrnehmung und Anerkennung der Nachtarbeitenden durch die Leitung
- Gestaltung einer angemessenen und fördernden Arbeitsumgebung, zum Beispiel Lichtverhältnisse
- Einrichtung von Kurzschlafmöglichkeiten
- Meditation vor Dienstbeginn.

Belastung und Zufriedenheit		
1988		2012
Belastung alle		
69 %	Körperlich ziemlich/ stark belastet	55 %
62 %	Nervlich ziemlich/ stark belastet	37 %
Belastung nur Dauernachtwache		
67 %	Körperlich ziemlich/ stark belastet	46 %
63 %	Nervlich ziemlich/ stark belastet	27 %
Belastung nur Schichtrotierende		
70 %	Körperlich ziemlich/ stark belastet	57 %
61 %	Nervlich ziemlich/ stark belastet	42 %

Abb. 4

stellung drastisch erweitert. So werden in der Nacht nicht nur das Positionieren von Patienten, Stellen von Medikamenten, Verabreichen von Infusionen, sondern auch neue Aufgaben übernommen, wie Überwachung des Monitoring, Legen von Zugängen, Katheterwechsel oder spezielle Wundbehandlungen. Auch die Aufgaben der Dokumentation haben sich erweitert.

Auf fast allen Stationen befinden sich inzwischen Menschen, die in der Nacht unruhig reagieren, umfassende Unterstützung bei der Ausscheidung bedürfen, zur Sturzgefährdung neigen und bei vielen alltäglichen körperlichen Funktionen der Unterstützung bedürfen.

Die Praxis hat auf die Zunahme der komplexen Aufgaben reagiert. So ist die Anzahl der zu pflegenden Patienten gesunken und der Anteil der Pflegefachpersonen gestiegen. Pflegenden übernehmen sehr selbstständig vielfältige Aufgaben und bedürfen daher in der Nacht nur selten der ärztlichen Unterstützung. Die Zusammenarbeit mit den Ärzten wird überwiegend als gut bezeichnet, mehrmaliges Anrufen ist nicht notwendig.

Deutlich wird, dass die hauptsächlich am Tag arbeitenden Pflegenden die Nachtarbeit deutlich belastender erleben – körperlich wie nervlich – als Pflegende, die ausschließlich im Nachtdienst tätig sind. Hier zeichnet sich die Gruppe der 22- bis 31-Jährigen als besonders belastet aus. Besonders problematisch ist zudem die Tatsache, dass Pflegende in der Nacht noch zu selten auf eine weitere Person zurückgreifen können, die ihnen bei Bedarf hilft oder eine Pause ermöglicht. Sie sind auf sich allein gestellt und müssen in Krisensituationen eigenständig Entscheidungen treffen.

In Gesprächen wurden von den Pflegenden auch Ängste geäußert. So besteht Angst vor Patienten im alkoholisierten Zustand, Menschen mit herausforderndem Verhalten, die zum Beispiel unbeaufsichtigt die Station verlassen oder sich Zugänge und Drainagen entfernen, aber auch die Angst, dass man selber stürzen oder erkranken könne und die Patienten dann ohne Hilfe seien.

Dabei haben die Anzahl der Pflegenden und deren Kompetenzen (u. a. Bildungsstand) in der Nacht maßgeblichen Einfluss auf die Verweildauer der Patienten, wie Studien zeigen. Auch konnte belegt werden, dass Patienten, die in der Nacht aufgenommen werden, im Vergleich zur Aufnahme am Tag schlechtere Ergebnisse (Outcome) aufweisen. Durch die Nachtschicht wird Müdigkeit begünstigt, besonders in den Zeiten von 1.00 bis 5.00 Uhr. Diese chronische Müdigkeit kann zu einer Zunahme von Fehlerquoten führen.

TAGUNG „DIE NACHT IN DEUTSCHEN KRANKENHÄUSERN“

Am 21. November 2014 findet an der Universität Witten/Herdecke eine eintägige Veranstaltung zum Thema: „Die Nacht in deutschen Krankenhäusern“ statt. Neben der Vorstellung neuer Studienergebnisse, werden Modelle der Nachtdienstgestaltung anderer europäischer Länder vorgestellt. Workshops widmen sich spezifischen Themen der Nacht: Freiheitsentziehende Maßnahmen, Herausforderndes Verhalten, Krisenmanagement, Sterbebegleitung, Hygiene und MRSA, Arbeitszeitmodelle, Verantwortungsübernahme usw. Nähere Infos: www.uni-wh.de/pflege

Fazit: Pflegerische Kompetenz ist entscheidend – gerade nachts

Pflegende in der Nacht übernehmen die Verantwortung für eine große Gruppe zunehmend schwer erkrankter Menschen. Berechnet auf die Zeit ihrer Verantwortungsübernahme beträgt diese 42 Prozent von 24 Stunden, in denen sie primär allein auf sich und ihre Kompetenzen angewiesen sind.

Es bedarf eines völlig neuen Verständnisses der nächtlich pflegerischen Arbeit, der klaren Verantwortungszuordnung mit den passenden Strukturen und eines fördernden Arbeitsumfeldes.

Wir müssen wegkommen von der Annahme, in der Nacht sei die pflegerische Kompetenz nicht so erforderlich wie am Tag. Das Gegenteil ist der Fall. Pflegende in der Nacht müssen über überdurchschnittliche Kompetenzen und Fähigkeiten verfügen, denn sie müssen Risiken alleine erkennen, die richtigen Entscheidungen treffen und gezielte Maßnahmen durchführen. Davon hängt die Gesundheit unserer Patienten ab.

Aiken, L.H. et al. (2014): Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *www.thelancet.com*; <http://dx.doi.org/0.1016/50140-6736> (13), 62631–8

Bartholomeyczik, S.; Dieckhoff, T.; Drerup, E.; Korff, M.; Krohwinkel, M.; Müller, E.; Sowinski, S.; Zegelin, A. (1993): Die Nacht im Krankenhaus aus der Sicht der Pflegenden. Eschborn

George, W.; Dommer, E.; Szymczak, V.R. (Hrsg.) (2013): Sterben im Krankenhaus. Gießen

Sermes, W.; Aiken, L.H.; Van den Heerde, K.; et al. (2011): Nurse forecasting in Europe (RN4Cast): Rationale, design and methodology *BMC Nurse* 10: 6

Weiterführende Literatur:

Becker, DM. (2013): Implementing a night-shift clinical nurse specialist. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice*. 27 (1): 26–30

Beermann, B. (2005): Leitfaden zur Einführung und Gestaltung von Nacht- und Schichtarbeit. Dortmund/Berlin

Clark, S.; Paul, F. (2012): The role of the nurse practitioner within the Hospital at Night service. *British Journal of Nursing*. 21 (19): 1132–1137

Claffey, C. (2006): Nursing in the dark: leadership support for night staff. *Nursing Management*. 37 (5): 41

Costa, G. (2003): Shift work an occupational medicine: an overview *Occupational medicine*. 53 (2): 83–88

De Cordova, PB.; Phibbs, CS.; Stone, PW. (2013): Perceptions and observations of off-shift nursing. *Journal of Nursing Management*. 21 (2): 283–292

Mayes, P.; Schott-Baer, D. (2010): Professional development for night shift nurses. *Journal of Continuing Education in Nursing*. 41 (1): 17

Patrician, PA.; Loan, L.; McCarthy M, et al. (2011): The Association of Shift-Level Nurse Staffing With Adverse Patient Events. *Journal of Nursing Administration*. 41 (2): 64–70

Parish, C. (2005): Nurse-led night shifts 'a success'. *Nursing Standard*. 19 (44): 8–8

Pretto, M., Hasemann, W., Milisen, K., Regazzoni, P., De Geest, S., Spirig, R. (2009): Effects of an interdisciplinary nurse-led delirium intervention program on nursing workload: a quasi experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 46: 804–812. IF: 2.251

Stewart, C.; Snyder, K.; Sullivan, SC. (2010): Journal clubs on the night shift: a staff nurse initiative. *Medsurg Nurse*. 19: 305–306

Rocker, CF. (2012): Fatigue and the nurses' perspective of working the night shift: A quantitative correlational study, University of Phoenix Erfahrungsberichte unter: <http://www.pflegenot2014.de/waschstrasse-nachtschicht/Literatur>

Prof. Christel Bienstein, Leitung Department für Pflegewissenschaft
Universität Witten/Herdecke
Fakultät für Gesundheit, Stockumer Straße 12, 58453 Witten
christel.bienstein@uni-wh.de