Die 1-Minuten-Fortbildung
Pflege von LGBTQIA+ Patient:innen

Auch wenn Menschen kritisch krank werden und z.B. die Behandlung einer Lungenerkrankung oder Sepsis im Vordergrund stehen, haben sie eine Geschichte und auch (sexuelle) Identität. Die personenzentrierte intensivmedizinische Versorgung von **LGBTQIA+ Patient:innen** kann durchaus komplex sein und beginnt mit der Ansprache (sage ich Frau oder Herr Meier zu einer Person?), der Zimmerbelegung oder der Dokumentation …

Die Abkürzung LGBTQIA+ steht für: **l**esbian, **g**ay, **b**isexual, **t**ransgender, **q**ueer/questioning, **i**ntersex, **a**sexual, + für weitere.

Es werden in der **Versorgung von LGBTQIA+ Patient:innen 6 Strategien** empfohlen:

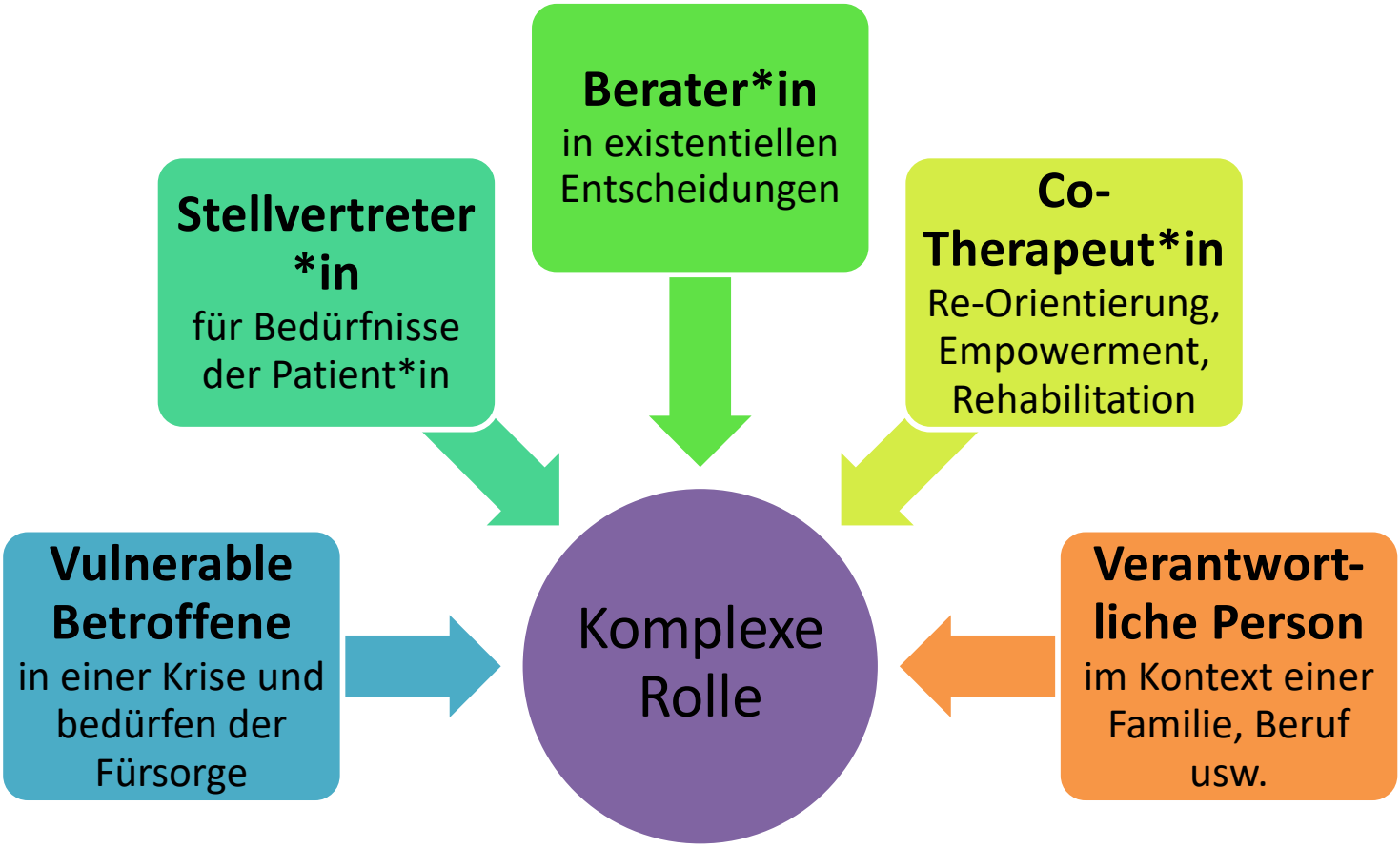
1) **Mach Dich schlau** über LGBTQIA+
2) **Frage** wache, ansprechbare Patient:innen, wie sie angesprochen und berichtet werden möchten (er/sie, sein/ihr)
3) Bitte Dein Krankenhaus, **Formulare** entsprechend anzupassen
4) Nutze **Informationsmaterialien** für LGBTQIA+ Patient:innen
5) Weise auf die **Erklärung zur Nicht-Diskriminierung** Deines Krankenhauses hin oder das Krankenhaus auf das Fehlen einer solchen Erklärung ;-)
6) **Übe** bei LGBTQIA+ Patient:innen den korrekten Gebrauch von Pronomen (ihr/ihm, oder neutrale Neopronomen: dey, hen, em, en, nin, sier, xier)

Healthcare Equality Index: www.hrc.org/hei
Ressourcen: www.kimberly-acquaviva.com/facultyresources

Erstellt durch: Peter Nydahl, April 2022: Quelle: Acqaviva KD (2022) Improving the Critical Care Experience of LGBTQIA+ Patients and Families. Critical Connections 21(1): 12-13

Die 1-Minuten-Fortbildung
Angehörige

Nahe Angehörige, die für PatientInnen eine besondere Bedeutung haben, müssen verschiedene Rollen einnehmen: sie fühlen sich selbst schockiert und verängstigt, sie sind vulnerabel, aber auch StellvertreterInnen, BeraterInnen, Co-TherapeutInnen und verantwortlich für das Leben zu Hause.



Es ist verständlich, dass diese verschiedenen Rollen auch zu Konflikten in der Familie, mit PatientInnen und auch dem behandelnden Team führen können. Angehörige wünschen sich transparente Informationen und eine zeitnahe Kommunikation – und ab und zu einen Menschen, der nachfragt: „wie geht es *Ihnen* eigentlich?“

Erstellt durch: Peter Nydahl, April 2022, Quellen: Hoffmann, M., Nydahl, P., Brauchle, M., Schwarz, C., Amrein, K., & Jeitziner, M. M. (2022). Angehörigenbetreuung auf Intensivstationen : Übersicht und Update [Ways of supporting relatives in intensive care units : Overview and update]. Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin, 10.1007/s00063-022-00915-7. Advance online publication. https://doi.org/10.1007/s00063-022-00915-7

Die 1-Minuten-Fortbildung

Was sind eigentlich APN?

APNs („Advanced Practice Nurse“, manchmal auch ANP) sind Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen, die auf bestimmten Stationen mit einem Anteil ihrer Stelle für die Pflegequalität und -prozesse zuständig sind.
Es gibt verschiedene APN-Modelle, grundlegend haben sie folgende Kompetenzen und Aufgaben:

Kompetenzen

- akademischer Abschluss auf ≥ Masterniveau
- langjährige pflegerische Expertise in dem jeweiligen Bereich
- Kompetenz für komplexe Entscheidungen
- Kompetenzen für die erweiterte, eigenständige Pflegepraxis mit Kompetenzen in klinischer Versorgung, Projekt- und Personalmanagement

Aufgaben

- ANP kann 2. gleichberechtigte Leitung sein
- Trägt Verantwortung für die evidenzbasierte Versorgung im Patientenpfad
- Entwickelt SOPs
- Betreut komplexe Fälle
- Ordnet eigenverantwortlich Behandlungen und Medikamente an
- Berät & bildet PatientInnen und Angehörige
- Evaluiert die Qualität

Voraussetzungen: gesetzliche Grundlagen (sind in Ansätzen vorhanden), Versicherungsschutz, Weisungsbefugnisse gegenüber KollegInnen, Dienstplansicherheit und ca. E13 (TVÖD).

Erstellt durch: Peter Nydahl & Susanne Krotsetis, Mai 2022, Quellen: Endacott R, Scholes J, Jones C, Boulanger C, Egerod I, Blot S, Iliopoulou K, Francois G, Latour J. Development of competencies for advanced nursing practice in intensive care units across Europe: A modified e-Delphi study. Intensive Crit Care Nurs. 2022 Apr 8:103239. Egerod I, Kaldan G, Nordentoft S, Larsen A, Herling SF, Thomsen T, Endacott R; INACTIC-group. Skills, competencies, and policies for advanced practice critical care nursing in Europe: A scoping review. Nurse Educ Pract. 2021 Jul;54:103142.

UKSH

Die 1-Minuten-Fortbildung
Tod und Sterben in verschiedenen Religionen*

	Bedeutung des Todes	DNR/ DNI	Hirntod-konzept	Rituale
Christen-tum	Trennung der Seele vom Körper	Erlaubt	Akzeptiert	Gebete, Sakramente, Beerdigung oder Ver-brennung
Judentum	Natürlicher Prozess	Erlaubt	**Herztod** akzeptiert; Hirntod von orthodox. Juden abgelehnt	Gebete, Psalmen, rituelle Waschung, Beerdigung <24h
Islam	Übergang von einem Zustand zum nächsten	Erlaubt unter best. Beding-ungen	Akzeptiert, wenn 3 Ärzte zustimmen	Koran-Gebete, rit. Waschung durch Familie oder gleichgeschlecht-liche Person, auf re. Seite und Richtung Mekka drehen, Beerdigung <24h
Buddhis-mus	Reinkarnation bis Erleuch-tung erreicht wird	Erlaubt	Teilweise akzeptiert	Begleitung zum Sterben, 3-8h Ruhe nach Verster-ben, Rituale für gute Reinkarnation**
Hinduis-mus	Reinkarnation bis frei vom Rad der Wie-dergeburt	Erlaubt	Allgemein akzeptiert	Eher zu Hause verster-ben**, Gebete, Lieder, Kopf Richtung Süden, Verbrennung <24h

* Evaluieren: stimmen religiöse Vorgaben mit Wünschen der Patient:innen überein?
** Hinduisten & Buddhisten möchten ggf. auf sedierende Medikamente verzichten, um in einem wachen, klaren Zustand eine gute Wiedergeburt erreichen zu können

Erstellt durch: Peter Nydahl, Mohamed Chahdi, Mai 2022, Quellen: Moale Endercott (2019): Religion and End of life Part 1: How Different Religions View the End of Life. Elder Care.
https://www.uofazcenteronaging.com/sites/default/files/religion_and_end_of_life_-_part_1.pdf

Die 1-Minuten-Fortbildung
Qualitätskriterien für gute Intensivversogung

Die DIVI hat 2022 ein Update der Qualitätskriterien für die Intensivstationen herausgegeben. Für jedes Kriterium sollen SOPs/Standards vorliegen. Anhand der Kriterien können Teams sich selbst und gegenseitig evaluieren.

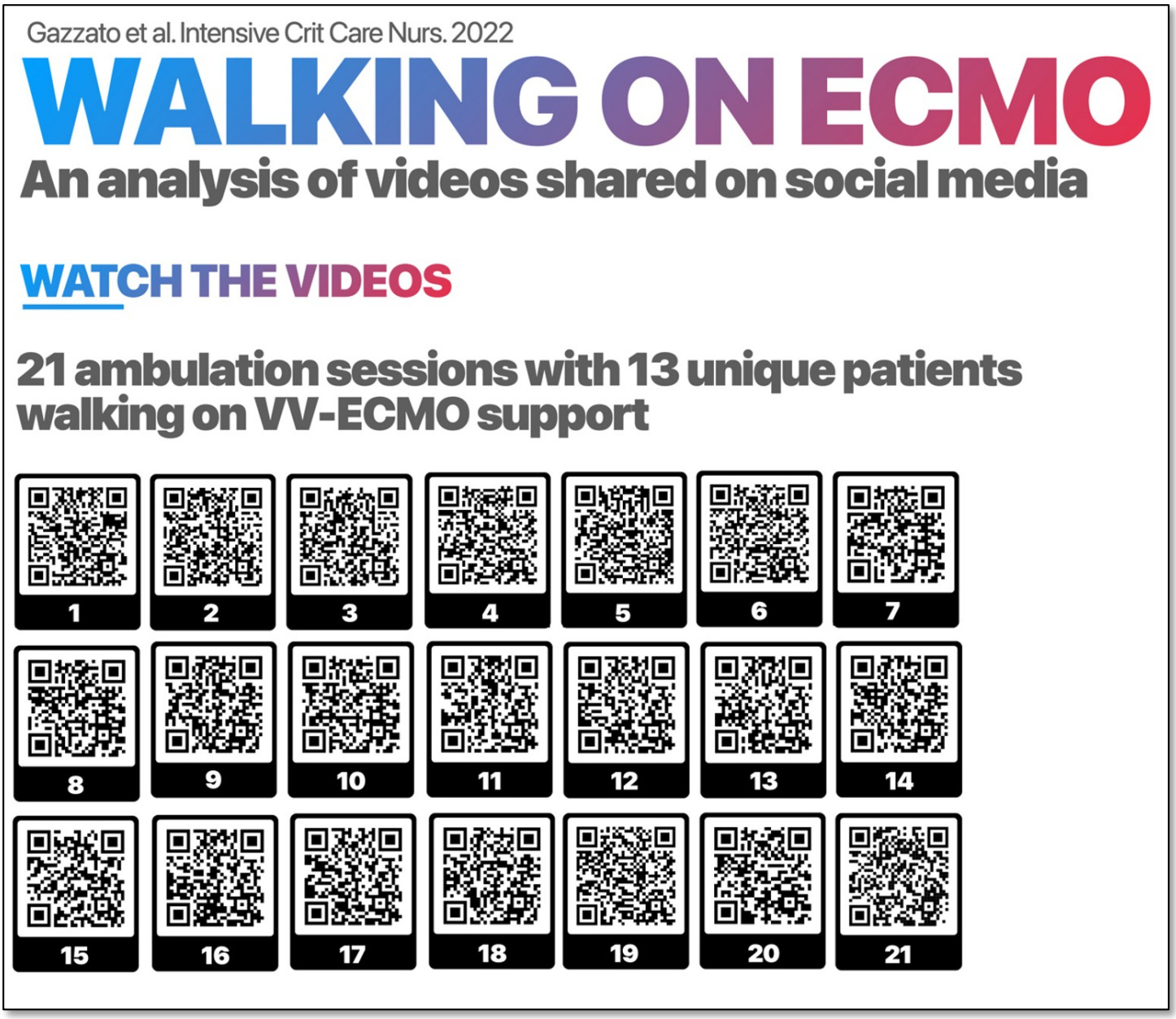
Indikator	Richtwert
Tägliche Visite mit Tageszielen	Jeder Patient hat täglich min. 1 interprof. Visite ≥90% der Visiten sind korrekt dokumentiert
Management von Sedierung, Analgesie und Delir	≥ 88% Rate von 3x/tgl. Assessment von Sedierung, Schmerz, Delir
Patientenadaptierte Beatmung	≥ 70% der beat. Pat. mit schwerem Lungenversagen haben eine individuell adaptierte Beatmung
Weaning	>70% der beat. Pat. werden täglich auf Voraussetzungen für Weaning und Spontanatmungsversuch überprüft
Infektionsprävention	Jede ICU nimmt am ITS-KISS teil Händedesinfektionsmittelverbrauch >80-100 Liter/1000 Pat.tage u.a.
Infektionsmanagement	Anzahl der Blutkulturen ≥ 80/1000 Pat.tage >80% adäquate Antibiotikatherapie >90% Anzahl adäquater Dokumentation
Ernährung	> 90% der Pat. haben frühzeitigen Beginn > 70% der Pat. sind angemessen ernährt
Kommunikation mit Pat. und Angehörigen	≥98% der Pat./Familien haben erstes Gespräch durch FA/OA ≤72 Stunden nach Aufnahme inklusive Dokumentation; Tagebücher empfohlen
Frühmobilisation	Mobilisierung wenn möglich. Bei nicht-mobilisierten Pat. muss in >90% eine Anordnung mit medizinischem Grund vorliegen
Leitung der Intensivstation	≥97% der Tage ist ein*e Intensivmediziner*in 24h anwesend

Erstellt durch: Peter Nydahl, Mai 2022, Quellen: Kumpf et al (2022) Peer review Qualitätsindikatoren Intensivmedizin. https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/peer-review/220310-qualitaetsindikatoren-intensivmedizin-divi-peer-review.pdf

Die 1-Minuten-Fortbildung

Gehen an ECMO

Gazzato et al. (2022) haben in einer systematischen Suche in Sozialen Medien 21 Videos von 13 Patient:innen gefunden, die mit ECMO über Intensivstation gegangen sind.



Die Videos sollten nicht dazu verleiten, das einfach nachzuahmen (Don‘t do this at home!“). Es braucht Risikoassessment, Sicherheitstraining und ein erfahrenes Team.

Erstellt durch: Peter Nydahl, Mai 2022, Quellen: Gazzato A, Scquizzato T, Franco A, Zangrillo A, Scandroglio A. Walking on ECMO support: an analysis of videos shared on social media. Intensive & Critical Care Nursing. 2022;xx:xx. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103253

Die 1-Minuten-Fortbildung

Substanzmittelmissbrauch in der Anästhesie

Ca. jede 7. Person in der Anästhesie hat in ihrem Berufsleben eine Phase mit Substanzmittelmissbrauch, oft erst nach 10 Jahren Berufserfahrung. Der Zugang ist leicht und oftmals bekommen Kolleg:innen es erst mit, wenn etwas schief gegangen ist.

Die häufigsten Substanzen sind Alkohol, Opioide, Ketamin, Propofol, Cannabis und Benzodiazepine.
Frühsymptome: u.a. Stimmungsschwankungen, Rückzug von Freunden, Extraschichten, ständiges Beschweren, abnehmende Arbeitsleistung, zieht gerne für andere Medikamente auf …







Empfohlen wird

1. Substanzmittelmissbrauch wird wie eine Krankheit behandelt
2. Jede Abteilung hat einen Ansprechpartner
3. Alle Mitarbeiter:innen kennen die frühen Symptome
4. Disziplinarmaßnahmen werden während Behandlung & Rehablitation aufgeschoben
5. Infrage kommende Medikamente werden sicher aufbewahrt
6. Einheitliche, transparente Programme für die Behandlung
7. Die Familie der Betroffenen wird mit involviert
8. Ein Wechsel in einen anderen Arbeitsbereich sollte erwogen werden

Erstellt durch: Peter Nydahl, Mai 2022, Quellen: Misra U, Gilvarry E, Marshall J, Hall R, McLure H, Mayall R, El-Ghazali S, Redfern N, McGrady E, Gerada C. Substance use disorder in the anaesthetist: Guidelines from the Association of Anaesthetists: Guidelines from the Association of Anaesthetists. Anaesthesia. 2022 Jun;77(6):691-699. doi: 10.1111/anae.15732

UKSH

Die 1-Minuten-Fortbildung

10 Tipps zur Anlage eines arteriellen Zugangs A. radialis

Imbriaco & Co (2022) empfehlen zur Anlage von Zugängen in der A. radialis:

1	**Ultraschall**	Du findest die Arterie schneller und die Anlage gelingt besser, wenn Du Ultraschall benutzt
2	**Allen‘s Test**	Drücke beide Arterien kurz ab (Hand wird blass), lasse die A. Ulnaris los und überprüfe, ob die Kollateralen alle Finger versorgen
3	**Haut-inspektion**	Vermeide Bereiche mit Rötung, Schwellung, Hämatomen oder Infektionen für die Anlage
4	**Lokale Betäubung**	Arterielle Punktionen sind viel schmerzhafter als venöse. Benutze bei wachen und auch sedierten Patient:innen eine lokale Betäubung; Deine Erfolgsquote erhöht sich dadurch!
5	**Katheter-größe**	Damit später keine Thromben gesetzt werden und die Arterie auch richtige Werte anzeigt, sollte das Verhältnis Kathetergröße zu Diameter der Arterie ca. <45% sein
6	**Einstich-winkel**	Steche flach ein <30-45^0. Ein großer Winkel führt oft zum Abknicken des Katheters und falschen Werten
7	**Katheter-länge**	Berücksichtige die Tiefe der Arterie und den Einstichwin-kel. Es sollen >65% der Katheterlänge in der Arterie sein
8	**Abstand vom Handgelenk**	Führe die Insertion 4-6 cm proximal von der Handge-lenksfalte aus, damit der Katheter durch Eigenbewegun-gen der Patient:innen nicht abknickt und der Verband auch länger drauf bleibt
9	**Katheter-material**	Wenn möglich, bevorzuge Katheter aus Polyether Block Amid (PEBA), da sie weniger abknicken als Polyurethan
10	**Verband**	Mach einen ordentlichen Verband drauf. Nähte müssen nicht sein. Du bist auch im Team erfolgreich, wenn Du hinterher selber aufräumst ☺

Erstellt durch: Peter Nydahl, Juni 2022, Quellen: Imbriaco G, Spencer TR, Bardin-Spencer A. 10 best practice tips with radial arterial catheterization. J Vasc Access. 2022 Jun 2:11297298221101243. doi: 10.1177/11297298221101243

Die 1-Minuten-Fortbildung
Wirksamkeit des RC-Cornet® bei COPD

Was ist das RC-Cornet®?

Das RC-Cornet® ist ein Atemtherapiegerät.
Es handelt sich um ein sogenanntes oszillierenden PEP-System.



Wirkungsmechanismus

Oszillierende PEP-Systeme zeichnen sich durch zwei Wirkungsmechanismen aus. Durch den *Positive Expiratory Pressure (PEP)* wird dem endexspiratorischen Kollaps der kleinen Atemwege entgegengewirkt und die *endogene Vibration* fördert das Ablösen des Bronchialsekrets von den Bronchialwänden.

Anwendung

Das Mundstück wird mit den Lippen fest umschlossen. Die Einatmung erfolgt durch die Nase, die Ausatmung langsam durch das Mundstück.
Das RC-Cornet® kann aufgrund von Schwerkraftunabhängigkeit in jeder Körperposition angewendet werden und ggf. mit anderen Therapiemöglichkeiten, wie z.B. Inhalationen oder Positionierung kombiniert werden. Das RC-Cornet® sollte 3x täglich für 5 Minuten angewendet werden.

Effektivität

Bei regelmäßiger Anwendung im häuslichen Setting kann das RC-Cornet® dazu beitragen, dass…

- das Residualvolumens abnimmt und sich die Lungenparameter verbessern.
- die Sputumviskosität abnimmt und das Abhusten des Sekrets erleichtert ist.
- ein vermindertes Dyspnoe-Gefühl entsteht.
- die Anzahl der stationären Klinikaufenthalte reduziert wird.
- der Antibiotikabedarfs aufgrund akuter Exazerbationen sinkt.

Das RC-Cornet® können Sie durch die Physio- oder Atemtherapeuten erhalten, diese können Ihnen bei Bedarf auch weitere Informationen zukommen lassen.
Es kann per Rezept durch das behandelnde Ärzteteam verschrieben werden.

Erstellt durch: Antje Bruchhäuser April 2021

- Cegla Medizintechnik. (2021). *RC-Cornet® (Basiscornet)*. https://www.cegla.de/produkte/atemtherapie/rc-cornet-basiscornet, Zugriff am 14.04.2021
- Cegla, U. H., Jost, H.-J., Harten, A., Weber, T., & Wissmann, S. (2002). Krankheitsverlauf bei schwerer COPD mit und ohne Physiotherapie mit dem RC-Cornet® - Eine randomisierte 2-Jahres-Langzeitstudie -. *Pneumologie*, *56*(7), 418–424. https://doi.org/10.1055/s-2002-32870
- Cegla, U. H. (2000). Physiotherapie mit oszillierenden PEP-Systemen (RC-Cornet®, VRP1®) bei COPD1. *Pneumologie*, *54*(10), 440–446. https://doi.org/10.1055/s-2000-7685
- Oczenski, W., Andel, H., & Werba, A. (2012). Atmen, Atemhilfen: Atemphysiologie und Beatmungstechnik. In *Atmen, Atemhilfen: Atemphysiologie und Beatmungstechnik*, 9., überab. und erw. Auf, Thieme. S.499-500

UK SH

Die 1-Minuten-Fortbildung

Passives Bewegen bei tief sedierten Patienten sinnvoll?

Passives Durchbewegen ist sinnvoll, um eine Prophylaxe gegen Kontrakturen, Decubitus und Thrombosen durchzuführen. In der Praxis stellt sich aber auch die Frage,

Ist passives Durchbewegen bei tief sedierten Patient:innen für die Erhaltung der Muskelkraft sinnvoll?

Vollenweider et al (2022) führten hierzu eine systematische Literaturrecherche durch und konnten insgesamt 5 Studien moderater Qualität mit insgesamt 87 Patient:innen identifizieren.

Passives Durchbewegen von tief sedierten Patient:innen in den ersten Intensivtagen auch mit Geräten wie Bettfahrrädern oder Robotern

- **schadet nicht**
- **verhindert zum Teil Muskelverlust**
- **wirkt sich positiv auf die Immunabwehr aus**

Die Dosierung (wie lange, womit, wie häufig) ist unklar. Die Effekte sind in Anbetracht der kleinen Studien sehr begrenzt und eher experimenteller Natur.

Erstellt durch: Peter Nydahl, Juni 2022, Quellen: Vollenweider R, Manettas AI, Häni N, de Bruin ED, Knols RH. Passive motion of the lower extremities in sedated and ventilated patients in the ICU - a systematic review of early effects and replicability of Interventions. PLoS One. 2022 May 12;17(5):e0267255. Llano-Diez M. et al (2012). Mechanisms underlying intensive care unit muscle wasting and effects of passive mechanical loading. Critical Care 2012, 16:R209.