

## Pflegeforschung

## Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im Februar 2022

## ▷ Für Euch gelesen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in diesem Newsletter geht es um den Welt-Delirtag, Sterben zu Hause, Effekt von Bauchlage unter ECMO, Stürze, Dysphagie und Veranstaltungshinweise. Falls Ihr Fragen zu speziellen Themen habt, die Euch „bewegen“, schreibt uns gerne an. Bleibt gesund – Susanne Krotsetis und Peter Nydahl.

**World Delirium Awareness Day 2022**

Der nächste World Delirium Awareness Day am 16. März rückt näher. Das Motto ist: From Awareness to Action! An diesem Tag werden wir am Campus Kiel und Lübeck Informationsveranstaltungen für Mitarbeiter:innen, Patient:innen und Angehörige geben. Wer uns dabei unterstützen möchte, ist herzlich willkommen! Außerdem weisen wir auf einen Delir-Award hin: wir suchen kreative Menschen, die Lösungen für Delirprobleme entwickelt haben und diese online vorstellen möchten. Dies kann in Form von Bildern, .pdfs oder 3-Minutenvideos und sollte in Englischer Sprache sein. Einsendeschluss ist der 26. Februar. Am 16. März werden die eingereichten Arbeiten online präsentiert. Hierzu werden Preise für verschiedene Kategorien ausgeschrieben (creative content for delirium solutions). Die ersten Preise sind die Kostenübernahme der nächsten Delirkonferenz desjenigen Landes/Kontinents, aus denen die Teilnehmer:Innen kommen. Wir werden die Kampagne über soziale Medien bewerben, vor allem Twitter (@NydahlPeter, @iDelirium\_Aware, #WDAD2022). Infos gibt es auch hier: <http://www.delir-news.de/Events/> oder per mail. Überlegt Euch kreative Lösungen für das Delir und reicht sie ein!

**Von der Intensivstation nach Hause verlegen, um dort zu sterben?**

Die meisten Menschen möchten lieber zuhause als auf einer Intensivstation sterben. Wie wäre es, von der Intensivstation direkt nach Hause verlegt zu werden, um dort zu sterben? Lin et al. (2021) habe eine Übersichtsarbeit zu dieser Frage erstellt und insgesamt 26 Studien gefunden. Weltweit gibt es mehr als 655 Fälle aus dem Vereinigten Königreich, Dänemark, USA, Australien, China, bei denen PatientInnen von der Intensivstation direkt nach Hause zum Sterben entlassen worden sind. Die Verlegung nach Hause zum Sterben ist ein komplexer Prozess, bei dem vieles berücksichtigt werden muss, u.a. damit Patient:Innen nicht während des Transports, sondern eben zu Hause versterben. In den Studien wurde die Entscheidung zur Verlegung meist von Ärzt:innen, Pflegenden, Palliativdiensten, Familien, Patient:innen gemeinsam getroffen. Bei den Patient:innen handelte es sich eher um Personen, die bei Bewusstsein waren, aber auch um Bewusstlose; die eher spontan atmeten, aber auch um Beatmete, die dann zu Hause extubiert worden sind; die eher stabil waren, aber auch Instabile, bei denen zu Hause die Katecholamine ausgestellt werden sind. Die Dauer von der Ankunft zu Hause bis zum Versterben war je nach Zustand variabel von wenigen Minuten bis zu mehreren Monaten. Die Verlegung nach Hause war in den meisten Studien die Ausnahme als die Regel, die Studien liefen oftmals über mehrere Jahre und schlossen nur 1–2 Patient:innen pro Jahr ein. Barrieren sind fehlende Transportrichtlinien, die Intensivumgebung und Kultur, logistische Faktoren, Erwartungen und Reaktionen der Familien. Es gibt erhebliche Unterschiede zwischen westlichen (=restriktiv) und asiatischen (=proaktiv) Ländern. Hilfreich sind das Engagement des Personals sowie die Wünsche der Patient:innen und Familien. **Kommentar:** *Die Haltung des Personals mit Mediziner:innen und Pflegenden ist meistens sehr positiv und die meisten Befragten unterstützen den Ansatz. Es gibt allerdings auch Grenzen, z. B. wenn Patient:innen so instabil sind, dass sie den Transport evtl. nicht überleben oder dermaßen bewusstlos sind, dass sie die Verlegung wahrscheinlich nicht mehr wahrnehmen und der Aufwand damit fragwürdig wird. Am UKSH wurde die Verlegung nach Hause bei sterbenden Patient:innen schon häufiger durchgeführt, allerdings können die Prozesse optimiert werden. Wir erarbeiten zurzeit Checklisten und einen Flyer (PN).*

Quelle: Lin, Y., Long-Sutehall, T., & Myall, M. (2021). Transferring home to die from critical care units: A scoping review of international practices. *Journal of critical care*, 65, 205–215. <https://doi.org/10.1016/j.jcrr.2021.06.012>

**Effekt der Bauchlage auf das Überleben erwachsener vvECMO Patient:innen mit akutem ARDS**

Es gibt Studienergebnisse welche die potenzielle Wirksamkeit der venovenösen extrakorporalen Membranoxygenierung (vvECMO) zur Verbesserung des Überlebens bei einem schweren Atemnotsyndrom (ARDS) aufzeigen. Allerdings ist die Anzahl dieser Studien klein und es gibt kaum randomisiert kontrollierten Studien, die die Wirkung der Bauchlage bei ECMO-Patient:Innen untersucht haben. Die Autor:Innen um Papazian haben eine systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse durchgeführt, um die Auswirkungen der Bauchlagerung bei ARDS-Patient:Innen, die eine

vvECMO erhielten, auf das Überleben zu untersuchen. Das primäre Hauptziel der Arbeit von Papazian et al. (2022) war der Vergleich des 28-Tage-Überlebens von vvECMO-Patient:innen mit Bauchlage zu vvECMO-Patient:innen ohne Bauchlage. Dreizehn Studien mit einer Gesamtpopulation von n=1836 Patient:innen erfüllten die Einschlusskriterien. Die Bauchlage war mit einer signifikanten Verbesserung der 28-Tage-Überlebensrate verbunden (503 Überlebende von 681 Patient:innen in der Bauchlagen-Gruppe gegenüber 450 Überlebenden von 770 Patient:innen in der Kontrollgruppe ( $p < 0,0001$ ). Auch bei anderen Endpunkten (60-Tage-Überleben, 90-Tage-Überleben, Überleben auf der Intensivstation und Überleben im Krankenhaus) war die Überlebensrate verbessert. Im Gegensatz dazu war die Dauer der mechanischen Beatmung bei vvECMO-Patient:innen mit Bauchlage länger (mittlerer Unterschied 11,4 Tage ( $p < 0,0001$ ). Schlussfolgerung der Autor:innen: Dieser Meta-Analyse zufolge war das Überleben bei ARDS-Patienten, die eine vvECMO erhielten, verbessert, wenn eine Bauchlagerung durchgeführt wurde. Die Auswirkungen dieser Kombination auf das Überleben sollten in großen randomisiert, kontrollierten Studien untersucht werden. **Kommentar:** Die Autor:innen weisen in Ihrer Arbeit selbst auf einige Limitationen hin. Auch wenn es eine statistisch gestützte Tendenz zu einem verbesserten Überleben bei vvECMO in Kombination mit Bauchlage festgestellt wurde, stammen diese Ergebnisse aus Beobachtungsstudien, was die Robustheit der Studienergebnisse mindert. Unerwünschte Ereignisse wie Kanülenassoziierte Kolonisation oder Infektion, Hautverletzungen, versehentliches Entfernen des Katheters oder Funktionsstörungen des ECMO-Kreislaufs konnten mangels Datenaufnahme und -darstellung gar nicht beurteilt werden. Die Autor:innen empfehlen, dass dieses Manöver bei Patient:innen mit schwerem ARDS und ECMO nur in spezialisierten Zentren mit viel Erfahrung und hoher Anzahl von ECMO Patient:innen in Betracht gezogen werden sollte. (SK).

Quelle: Papazian, Laurent, et al. (2022). Effect of prone positioning on survival in adult patients receiving venovenous extracorporeal membrane oxygenation for acute respiratory distress syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Intensive care medicine*. 1-11.

## Stürze auf Intensivstation

Auch Intensivpatient:Innen können stürzen. Wu et al (2022) aus Kanada untersuchten auf 17 verschiedenen Intensivstationen über mehrere Jahre 60.680 Patient:Innen, von denen 640 (=1 %) teilweise mehrfache Stürze erlitten. Die Häufigkeit betrug 9,7 Stürze pro 1.000 Aufnahmen, bzw. 1,8 Stürze pro 1.000 Patiententage. 9 % der gestürzten PatientInnen hatten 2 oder mehr Stürze. Je länger Patienten auf Station waren, desto höher war das Risiko für einen Sturz (Tag 1: 0,51 Stürze/1.000 Tage; Tag 7: 2,43 Stürze/1.000 Tage). Stürze geschehen rund um die Uhr, die meisten aber zwischen 6 bis 22 Uhr. Jeder dritte Sturz wird von Mitarbeiter:Innen beobachtet und evtl. abgemildert, jeder 10. Sturz geschieht trotz körperlicher Fixierung. Stürze erfolgen vom Bett (30 %), aus dem Stuhl (20 %) oder bei der Mobilisierung (20 %). Die meisten 85 % der Stürze haben keine Folgen, 12 % hatten nur geringe Folgen (Prellung, Abschürfung), 2 % moderate (Entfernung Zu-/Ableitung, Naht notwendig usw.) und 0,4 % führten zu schweren Verletzungen (Frakturen usw.). Ein erhöhtes Sturzrisiko lag vor bei Männern, Z.n. Beatmung, Z.n. Sedierung, Delir oder Mobilisierung, aber diejenigen, die gestürzt waren, hatten auch ein geringeres Risiko, auf der Intensivstation oder im Krankenhaus zu sterben. Die Autor:Innen empfehlen, dass Sturzprävention bei Intensivpatient:innen berücksichtigt werden sollte (PN).

Quelle: Wu, G., Soo, A., Ronksley, P., Holroyd-Leduc, J., Bagshaw, S. M., Wu, Q., Quan, H., & Stelfox, H. T. (2022). A Multicenter Cohort Study of Falls Among Patients Admitted to the ICU. *Critical care medicine*, 10.1097/CCM.0000000000005423.

## Dysphagie

Ca. die Hälfte der Patient:Innen, die >24 Std. beatmet werden, haben nach ihrer Extubation Dysphagiesymptome und ein hohes Risiko für Aspirationspneumonien. Aber wie wird im Alltag damit umgegangen? Spronk et al. (2022) haben die DICE Studie (Dysphagia in Intensive Care Evaluation) durchgeführt und befragten Mitarbeiter:innen auf 746 Intensivstationen in 26 Ländern; von uns hat das einer in Deutschland mit organisiert und ist auch Study Investigator. Die meisten Stationen haben kein Dysphagieprotokoll, sind aber der Meinung, sie sollten eines haben. Logopäden sind auf 66 % prinzipiell verfügbar, direkt beschäftigt aber nur in 4 %. Ein Dysphagieassessment sollte bei allen Intensivpatienten innerhalb von 48h durchgeführt werden, vor allem bei Patient:innen mit einer Beatmungsdauer  $\geq 48$  Std.. Die AutorInnen schlussfolgern, dass es einen dringenden Bedarf zur Lenkung der Aufmerksamkeit, Bildung und Implementierung von Dysphagiemanagement gibt. Kommentar: wir überlegen und planen die Implementierung eines Dysphagieassessments und -managements am UKSH an beiden Campi, eventuell im Rahmen einer Studie und in Kooperation mit der DIVI und dem Verein der Pflegedirektor:innen der Universitätsklinik in Deutschland. Wer Interesse hat, dabei mitzumachen und ggf. auch eine Qualifikationsarbeit schreiben möchte (Bachelor, Master, Doktor:in), ist herzlich willkommen (PN).

Quelle: Spronk PE, Spronk LEJ, Egerod I, McGaughey J, McRae J, Rose L, Brodsky MB; DICE study investigators. Dysphagia in Intensive Care Evaluation (DICE): An International Cross-Sectional Survey. *Dysphagia*. 2022 Jan 29

## Veranstaltungshinweise

Hier ein paar Veranstaltungshinweise (unverbindlich aufgrund der aktuellen Corona Situation). Dienstreisen sind am UKSH weiterhin untersagt, aber wir alle hoffen natürlich, dass sich dies zukünftig bei entsprechend fallenden Infektionszahlen wieder ändern kann. Viele der Veranstaltungen werden bis dahin sicherlich im online Format angeboten

- DINK 2022 Deutscher Interdisziplinärer Notfallmedizin Kongress

10.-11. März, Rhein-Mosel-Halle Koblenz, Deutschland  
dink@mcnag.info www.dink-kongress.de

# Pflegeforschung

- IFIMP Innsbrucker Forum für Intensivmedizin und Pflege  
17.–28. April, Congress Innsbruck, Österreich [www.ifimp.at](http://www.ifimp.at)
- ESICM LIVES- 40<sup>th</sup> anniversary European Society of Intensive Care Medicine  
12.–14. Mai, Madrid, Spanien, [www.esicm.org/events/esicm-iives-40](http://www.esicm.org/events/esicm-iives-40) (englischsprachig)
- DAC 2022- Deutscher Anästhesiecongress Hybrid  
„Anästhesiologie-Innovativ, Nachhaltig, Sicher, Patientennah“  
12.–14. Mai, Congress Center Hamburg, [mcn@mcn-nuernberg.de](mailto:mcn@mcn-nuernberg.de), [www.dac2022.de](http://www.dac2022.de)
- 53. Gemeinsame Jahrestagung der DGIIN und ÖGIAIN  
„Intensiv- und Notfallmedizin: Kompetenz und Resilienz – in und nach der Pandemie“  
22.–25. Juni Congress Salzburg, Österreich, [www.intensivmedizin.at](http://www.intensivmedizin.at)

Symposium Intensivmedizin und Intensivpflege Bremen wird am 23.2. virtuell stattfinden  
<https://intensivmed.de/onlinespecial/>