

## Pflegeforschung

# Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im Februar 2024

### ► Für Euch gelesen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in diesem Newsletter geht es um den Ethikkodex der DGF, Dysphagie und Delir, Augenpflege, Überleben nach schweren Covid-19 Infektionen.

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

#### Neuer Ethikkodex

Die deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. (DGF), die für die Intensiv- und Anästhesiepflege zuständige Fachgesellschaft, hat einen neuen Ethikkodex herausgegeben. Der überarbeitete Ethikkodex für Intensivpflegende berücksichtigt erstmals Pflegefachpersonen aus der Fachkrankenpflege und dem Funktionsdienst, unter Einbeziehung des aktualisierten ICN-Ethikkodex von 2021. Er beschreibt die ethischen Verantwortungen aller Pflegefachpersonen in ihren jeweiligen Tätigkeitsfeldern und betont die zunehmende Bedeutung ethischer Kompetenz neben beruflicher Handlungskompetenz. Der Kodex bietet ethische Prinzipien als unverzichtbare Verhaltensstandards, um Pflegefachpersonen in spezifischen und konfliktreichen Situationen eine Handlungsorientierung zu geben. Ethische Prinzipien wie Autonomie, Fürsorge, Gerechtigkeit, Schadensvermeidung, Würde und Verantwortung dienen Pflegefachpersonen als Leitfaden für moralisches Handeln. Diese Prinzipien ermöglichen selbstbestimmte Entscheidungen in der Pflege unter Berücksichtigung der Patientinnen und Patienten. Der Ethikkodex der DGF betont die Bedeutung von Respekt, Empathie und anderen ethischen Werten. Er legt Richtlinien fest, um ethische Standards einzuhalten und die Pflichten der Pflegefachpersonen zu erfüllen, während er die Bedürfnisse der Menschen in ihrer Gesamtheit berücksichtigt. Der Kodex erfasst vier Elemente, die den Rahmen für ethisches Verhalten bilden: die Interaktion zwischen Pflegefachpersonen und Pflegebedürftigen, die Praxis, die Berufsethik und die Beziehung zu der Öffentlichkeit. Kommentar (PN). Quelle: DGF (2024) Ethikkodex für die Fachkrankenpflege und Funktionsdienste. [https://www.dgf-online.de/wp-content/uploads/Ethikkodex-der-DGF\\_2024.pdf](https://www.dgf-online.de/wp-content/uploads/Ethikkodex-der-DGF_2024.pdf) oder QR-Code scannen

#### Trägt Dysphagie bei der Aufnahme auf die Intensivstation unabhängig zum Delirrisiko bei Patientinnen und Patienten mit ischämischem Schlaganfall bei?

Das Delir ist bei Patientinnen und Patienten mit einem ischämischen Schlaganfall insbesondere auf der Intensivstation weit verbreitet. Dysphagie, ebenfalls ein häufiges Symptom bei Schwerverkranken mit ischämischem Schlaganfall, kann die Erkrankungsschwere zusätzlich negativ beeinflussen. Der Zusammenhang zwischen Dysphagie und Delirium ist allerdings bisher wenig untersucht. Ziel der Studie von Cheng et al. (2024) war es, den Zusammenhang zwischen Dysphagie und Delirium bei Intensivpatientinnen und -patienten mit ischämischem Schlaganfall zu untersuchen. Methoden: Es wurde eine retrospektive Analyse bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit ischämischem Schlaganfall an einem medizinischen Zentrum in Boston durchgeführt. Dysphagie wurde als positiver Schlucktest definiert, welcher vom medizinischen Personal am Tag der Aufnahme auf der Intensivstation durchgeführt wurde, während Delir mit Hilfe der ICU Confusion Assessment Method (CAM-ICU) beurteilt wurde. Ergebnisse: Die Studie umfasste 1.838 Teilnehmende mit einem Durchschnittsalter von etwa 70 Jahren, von denen 50,5 % weiblich waren. Die Prävalenz (= gesamte Anzahl der Krankheitsfälle) des Delirs lag bei 43,4 %, wobei die Dysphagie-Gruppe eine höhere Prävalenz aufwies (60,7 % vs. 40,8 %,  $p < 0,001$ ) als die Nicht-Dysphagie-Gruppe. Nach Anpassung für Alter, Geschlecht, Ethnie, Demenz, Depression, sedierende Medikamente, Stürze in der Vorgeschichte, Seh- oder Hördefizite, sequentieller Organversagens-Score und des Glasgow-Koma-Score zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Dysphagie und einer erhöhten Wahrscheinlichkeit eines Delirs ( $p = 0,018$ ). **Kommentar:** Angesichts der negativen Auswirkungen von Dysphagie bei Patientinnen und Patienten mit ischämischem Schlaganfall bei der Aufnahme auf die Intensivstation empfehlen die Autorinnen und Autoren der Studie dringend, die Beurteilung der Dysphagie als Standard in die Aufnahmeuntersuchung mit aufzunehmen. Die regelmäßige Anwendung eines Delir Assessments sollte in der pflegerischen Betreuung dieser Patientengruppe etabliert sein.

(SK) Quelle: Cheng, H., Song, S., Tang, Y., Yuan, S., Huang, X., Ling, Y., Lyu, J. (2024). Does ICU admission dysphagia independently contribute to delirium risk in ischemic stroke patients? Results from a cohort study. BMC psychiatry, 24(1), 65.

<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-024-05520-w>

## Augenpflege

Gerade bei Patientinnen und Patienten mit inkompletten Lidschluss, Augentrockenheit und Beatmung ist eine regelmäßige Augenpflege essentiell. Sevgi et al (2024) aus dem Vereinigten Königreich haben in einem Qualitätsverbesserungsprojekt die Augenpflege auf einer gemischten Intensivstation verbessert. Zuerst wurde evaluiert, wie häufig eine indizierte Augenpflege durchgeführt worden ist. Hierzu wurden die elektronische Dokumentation von 17 Patientinnen und Patienten mit insgesamt 147 Verweiltagen untersucht im Hinblick auf Risikofaktoren und durchgeführter Augenpflege nach Vorgaben. Im Ergebnis wurde an 5 % (n=7) der Tage eine Risikoeinschätzung und an 2 % (n=3) Tagen eine entsprechende Pflege durchgeführt, bzw. dokumentiert. Im Qualitätsverbesserungsprojekt wurde die Evidenz gesichtet, die elektronische Akte aktualisiert, um die Dokumentation des Augenpflegeprotokolls zu erleichtern. Diese beinhalteten Risikofaktoren, Bewertung der Augenexposition, Verwendung von Augentropfen, Status der Lidabdeckung und Anzeichen von Bindehautentzündung oder Hornhauttrübung/Infektion. Checklisten und einseitige Poster wurden für das Team entwickelt. Das Team wurde geschult, die aktualisierte SOP implementiert. In einer anschließenden Evaluation mit 13 Patientinnen und Patienten an 338 Verweiltagen zeigte sich eine 90 % Risikoeinschätzung, 76 % Einschätzung der Gradeinteilung und 100 % Behandlung, sogar bei Bauchlage. Bei einer weiteren Evaluation über 9 Monate mit 535 wurden in 3 % (n=17) auch Augenärzte hinzugerufen. Die Autorinnen schlussfolgern, dass vor allem die Integration des Pflegestandards in die elektronische Kurve für den Erfolg ausschlaggebend sind. **Kommentar:** *Der Beitrag ist ein schönes Beispiel für ein gelungenes Qualitätsverbesserungsprojekt. Hierzu sind verschiedene Professionen notwendig und es muss gut geplant werden, der Anstoß dazu kam aus der Pflege. Der frei verfügbare Volltext enthält übrigens auch das einseitige Poster (PN).*

Quelle: evgi M, Monachello E, Yates M, Lockington D, Cowan R. Improving eye care in an intensive care unit. Journal of the Intensive Care Society. 2024;0(0). doi:10.1177/17511437241228587, oder QR-Code scannen

## Langfristiges Überleben nach Intensivbehandlung mit COVID-19 – Ergebnisse einer schwedischen Kohortenstudie

Hägglöf et al. (2023) stellten sich in Bezug auf mögliche Endpunkte wie Morbidität und Langzeitüberleben nach einer schweren COVID-19 Erkrankung die Frage: „war es das wert?“. Das wissenschaftliche Team untersuchte dafür Daten der Langzeitmortalität, einschließlich der Unterschiede zwischen Männern und Frauen, da frühere Studien zeigen, dass Männer im Allgemeinen einen schwereren Verlauf von COVID-19 in Bezug auf die Schwere der Erkrankung und die Kurzzeitmortalität erleiden. Untersucht wurde die landesweite Kohorte mit allen erwachsenen COVID-19-Patientinnen und Patienten, die bis zum 12. August 2022 auf schwedischen Intensivstationen aufgenommen wurden. Primärer Endpunkt war die 360-Tage-Mortalität nach der Einweisung auf die Intensivstation. Weiterhin wurden Zusammenhänge zwischen demografischen Merkmalen, Komorbiditäten, klinischen Merkmalen und Sterblichkeit geschätzt. Ergebnisse: Insgesamt wurden 8.392 Patientinnen und Patienten eingeschlossen. Das Durchschnittsalter lag bei 63 (52–72) Jahren, und die Mehrheit (70,1 %) waren Männer. Von den 7.390 Patienten mit vollständigen 360-Tage-Mortalitätsdaten starben 1.775 (24,4 %) innerhalb von 30 Tagen, 2.125 (28,8%) innerhalb von 90 Tagen und 2.206 (29,8%) innerhalb von 360 Tagen nach der Aufnahme auf der Intensivstation. Die 360-Tage-Mortalität betrug bei Frauen 27,1 % und bei Männern 31,0%. Weitere Variablen, die mit einer schlechten 360-Tage-Mortalität in Verbindung gebracht wurden, waren Alter, Herzerkrankungen, COPD/Asthma, Diabetes, Immunschwäche, chronische Nierenerkrankungen, neuromuskuläre Erkrankungen und bösartige Erkrankungen. Schlussfolgerung der Autorinnen und Autoren: Diese Studie bestätigt den erhöhten Schweregrad der Erkrankung bei schwerkranken Männern mit COVID-19 auch in der Langzeitperspektive. Die Sterblichkeit nach 90 Tagen war jedoch auffallend niedrig, was auf eine hohe Überlebenschancen nach der akuten Krankheitsphase hindeutet. **Kommentar:** *„War es das wert?“ wird in dieser Studie nicht anhand der wahrgenommenen Lebensqualität oder der individuellen Haltung der Patientinnen und Patienten nach dem Intensivaufenthalt und der Zeit nach der Erkrankung beantwortet. Aber da sich möglicherweise Mitarbeitende aus den therapeutischen Teams ebenfalls diese Frage stellen, können die Ergebnisse helfen, die Frage nach dem (Langzeit-) Überleben besser einzuordnen. (SK)*

Quelle: Hägglöf, E., Bell, M., Zettersten, E., Engerström, L., Larsson, E. (2023). Long-term survival after intensive care for COVID-19: a nationwide cohort study of more than 8000 patients. Annals of Intensive Care, 13(1), 1-10.