

Das nicht entzugsbedingte Delir – Eine Herausforderung im Akutkrankenhaus

4 Komponentenmodell

Zur Förderung der Handlungskompetenz
im Delirmanagement
bei den Barmherzigen Brüdern
Österreich

Das nicht entzugsbedingte Delir

Warum diese Themenwahl

Beim nicht entzugsbedingten Delir handelt es sich um ein akutes, vorübergehendes Bewusstseinsstadium.

Trotzdem wird es oft als banale Verwirrung abgetan, womit therapeutische Maßnahmen bisweilen ausbleiben. Das Delir wird nicht erkannt, unterschätzt, bagatelisiert, tritt sehr spät, aber tödlich ein.

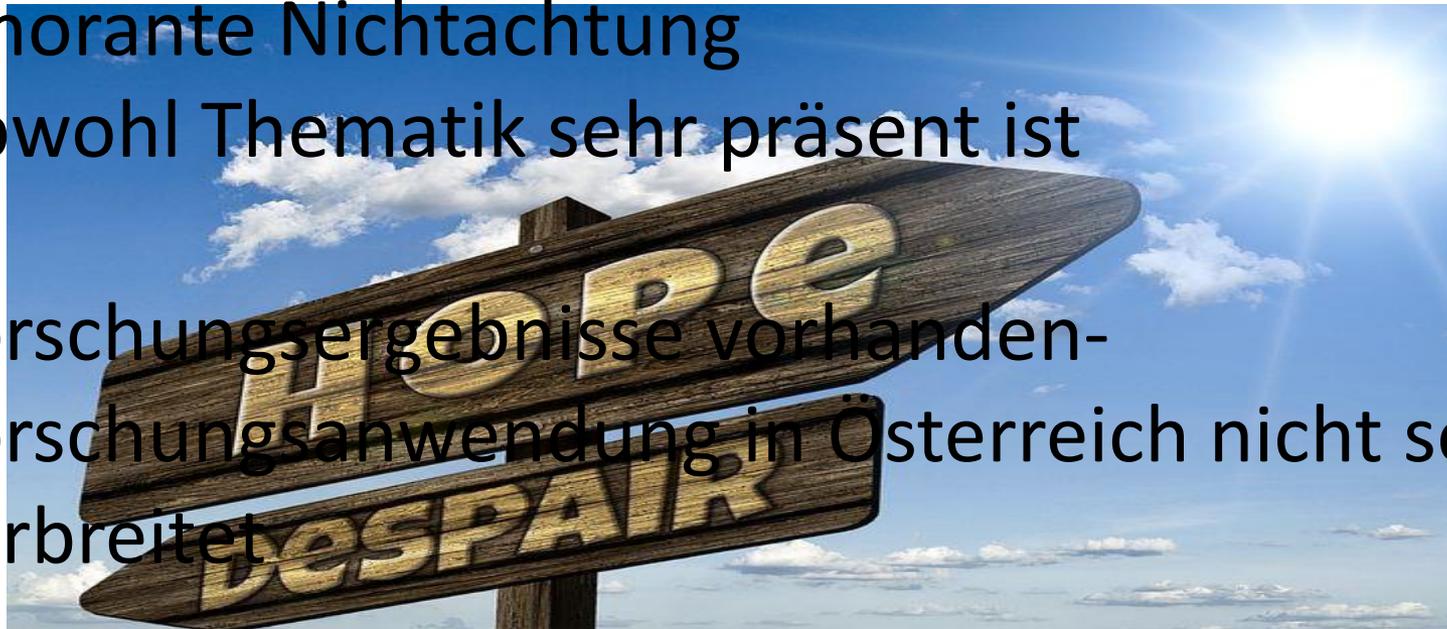


Quelle: DFP: Das nicht entzugsbedingte Delir, Prim. Dr. Gerhard Fruhwürth, ÖGPB, Medonline

Das nicht entzugsbedingte Delir Warum diese Themenwahl

Ignorante Nichtachtung
obwohl Thematik sehr präsent ist

Forschungsergebnisse vorhanden-
Forschungsanwendung in Österreich nicht sehr
verbreitet



Das nicht entzugsbedingte Delir

Problemstellung

- Prävalenz des Delirs variiert weltweit zwischen 7 bis 52 % je nach Population und der eingesetzten diagnostischen Kriterien
- Hochrisikogruppen (ältere Menschen und Menschen mit Demenz) bis zu 52%
- 0,4 % aller über 18 jährigen
- 10-30% aller hospitalisierten Patienten leiden an einem Delir

Quelle: Schulungshandout Demenz Delirmanagement, Wolfgang Hasemann, Basel, Feb 2016

Das nicht entzugsbedingte Delir

Problemstellung

- 30 – 70% aller Fälle werden nicht adäquat diagnostiziert
- Delirrisikopatienten an allen Abteilungen des Krankenhauses auf Grund der unterschiedlichsten Äthiologien

Das nicht entzugsbedingte Delir Chancen

- Verlauf des Delirs ist reversibel, behandelbar und vorbeugbar
- Delirprävention kann im Akutkrankenhaus eine Reduktion des Delirrisikos um 57 % bewirken
- Delirinzidenz kann um 34%, die Dauer des Delir um 35% und die Anzahl der Delirepisoden um 31% gesenkt werden

Quelle: Schulungshandout Demenz Delirmanagement, Wolfgang Hasemann, Basel, Feb 2016

Die Mitarbeiter in der
Handlungskompetenz stärken,
um ein proaktives Delirmanagement
einleiten und durchführen zu können,
um den Versorgungsprozess für den
Patienten sicherzustellen

Wie kann man Mitarbeiter auf das Thema sensibilisieren und wie kann man eine Kompetenzerweiterung der Mitarbeiter sicherstellen, um eine optimale Betreuungsqualität für die Patienten zu gewährleisten?

- 6 Module die aufbauend zueinander gestaltet sind
- Jedes Modul endet mit einer aktiven Lernzielkontrolle durch den Mitarbeiter
- Selbstreflexion
- Module können wiederholt werden
- Zielevaluierung mit direkten Vorgesetzten – Wissensvermittlung im Rahmen einer Teambesprechung

Komponente 1 Qualifikation

akademie
für Weiterbildung

der FHOÖ

	Modul 1 Theorie Block I	Modul 2 Theorie Block II	Modul 3 Systemschulung interdisziplinärer Dokumentationssysteme	Modul 4 Miniworkshop	Modul 5 Wissensvermittlung im Rahmen von Teambesprechungen	Modul 6 Begleitende Wissensvermittlung / Fallanalyse im multidisziplinären Team
Thema	Wissenserweiterung der Grundlagen zum Thema Delir, Delirprävention, Delirdiagnostik und Delirrisikoerfassung Besseres Verständnis zum Delirverlauf, sowie der Zusammenhänge der Risikofaktoren und Ursachen, der delirigen Faktoren und nicht pharmakologischen Pflegeinterventionen	Vertiefung in den Grundlagen zum Thema Delir, Delirprävention, Delirdiagnostik und Delirrisikoerfassung Zusammenhänge im Pflege-/Versorgungsprozess erarbeiten	Anwenderschulung der Delirrisikoerfassung DOS, Anwenderschulung der Delirassessment skala CAM Unterstützung durch den Delirkonsildienst	Delir management in der klinischen Versorgung Theorie und Praxis im Kontext setzen, analytischen Denkprozessen hinsichtlich Delir management in der Versorgungssituation schärfen	Nach der vertieften Beleuchtung des Themenfeldes zwischen Pflegentwicklung und Bereichsleitung, wird hinsichtlich einer gezielten Mitarbeiterentwicklung, ein Schulungsbedarf evaluiert, ein relevantes Thema für die Station definiert und in Form eines interaktiven Forttragens, im Rahmen einer Teilbesprechung, gehalten. Während dieser Evaluation, wird das Modul entsprechend konkretisiert.	Delirmanagement in der klinischen Versorgung Theorie und Praxis in Kontext setzen, analytischen Denkprozess hinsichtlich Delirmanagement in der Versorgungssituation schärfen Wissensvermittlung in der Pflegesituation für die Herstellung des Kontextes zwischen Theorie und Praxis Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team
Inhalt	Refresh der Grundlagen: Ätiologie, Auslöser, Risikofaktoren, Symptome, Delirdiagnostik, Differentialdiagnose, Delirformen, Polypharmazie, delirogene Faktoren inkl. Nichtpharmakologische Pflegeintervention, Delirrisikoerfassung, Delirassessment, Delirverlaufsdokumentation Prozess freiheitsbeschränkender Maßnahmen	Kurze Wiederholung der Grundlagen: Ätiologie, Auslöser, Risikofaktoren, Symptome, Delirdiagnostik, Differential diagnose, Delirformen, Polypharmazie, delirogene Faktoren inkl. nichtpharmakologische Pflegeintervention Delirrisikoe erfassung, Delirassessment, Delirverlaufsdokumentation Prozess freiheitsbeschränkender Maßnahmen Praxisreflektion: Fragestellungen aus dem Auditorium, Praxisreflektion der Teilnehmer	Kurze, fachinhaltliche Wiederholung der Delirrisikofaktoren und der Delirsymptome Prozessablauf der Delirrisikoerfassung inkl. Maßnahmen abteilung Prozessablauf der Delirverlaufsdokumentation Prozessablauf des Delirkonsils	Inhalte beziehen sich auf die gesamten Pflegeprozess schritte im Rahmen der Versorgung von Patienten mit kognitiven Auffälligkeiten Fallanalyse zu Assessment inkl. Risikoeinschätzung, Diagnostik, Interventionsplanung und Zielsetzung analog zur Praxissituation		Inhalte beziehen sich auf die gesamten Pflegeprozessschritte im Rahmen der Versorgung von Patienten mit kognitiven Auffälligkeiten Fallanalyse zu Assessment inkl. Risikoeinschätzung, Diagnostik, Interventionsplanung und Zielsetzung analog zur Praxissituation. Miteinbeziehung und Beleuchtung aller Schnittstellen
Form / Dauer	Gruppenschulung / 2 Stunden	Gruppenschulung / 2 Stunden	Gruppenschulung / 1 Stunde	Gruppenschulung / 2 Stunden	2 Stunden	Multidisziplinäres Team / 2 Stunden
Leitung	Pflegeentwicklung	Pflegeentwicklung	Pflegeentwicklung	Pflegeentwicklung	Pflegeentwicklung	Pflegeentwicklung

Lehrgang Academic Advanced Nursing

Practice

Eibler Margot

Wie kann man Risikopatienten strukturiert
identifizieren
und welche evidenzbasierte
Unterstützungsinstrumente gibt es ?

Wie kann man eine strukturierte,
adäquate, interdisziplinäre
Verlaufsdokumentation,
hinsichtlich des Delirassessment
sicherstellen ?

- Screening und Assessmentinstrumente unterstützen den Prozess der klinische Pflegeeinschätzung zur Risikoidentifikation
- Früherkennung mit DOS - Delirium Observative Screening Scale - Beobachtungsinstrument
- Diagnostik mit CAM – Confusion Assessment Method – Entscheidungsfindung ob Delir vorliegt
- Rascher Beginn der Frühbehandlung ist sichergestellt

DOS



Delirium Screening durch Beobachtung Delirium Observation Screening Scale (DOS)

Bemerkungen:

		Datum						Datum						Datum					
		Frühdienst		Vorwache		Nachtwache		Frühdienst		Vorwache		Nachtwache		Frühdienst		Vorwache		Nachtwache	
		Name	Name	Name	Name	Name	Name	Name	Name	Name	Name	Name	Name	Name	Name	Name	Name	Name	Name
		Nie	Manchmal - immer	Weiss nicht	Nie	Manchmal - immer	Weiss nicht	Nie	Manchmal - immer	Weiss nicht	Nie	Manchmal - immer	Weiss nicht	Nie	Manchmal - immer	Weiss nicht	Nie	Manchmal - immer	Weiss nicht
1	Nickt während des Gesprächs ein	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
2	Wird durch Reize der Umgebung schnell abgelenkt	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
3	Bleibt aufmerksam im Gespräch oder in der Handlung	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-
4	Beendet begonnene Fragen oder Antworten nicht	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
5	Gibt unpassende Antworten auf Fragen	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
6	Reagiert verlangsamt auf Aufträge	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
7	Denkt irgendwo anders zu sein	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
8	Erkennt die Tageszeit	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-
9	Erinnert sich an kürzliche Ereignisse	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-
10	Nestelt, ist ruhelos, unordentlich und nachlässig	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
11	Zieht an Infusion, an Sonde oder an Katheter usw.	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
12	Reagiert unerwartet emotional	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
13	Sieht, hört oder riecht Dinge, die nicht vorhanden sind	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
Summe pro Schicht (wenn ≥ 3 , zusätzlich CAM)																			
Info an Ressourcenpflege oder Ärzte weitergeleitet (Handz.)																			

Adaptiert von Universitätsspital Basel, angelehnt an Schuurmans (2001) Variante 2.2
@Klinische Pflegewissenschaft, Universitätsspital Basel, 2007

	Datum						Datum						Datum					
	Frühdienst Name		Vorwache Name		Nachtwache Name		Frühdienst Name		Vorwache Name		Nachtwache Name		Frühdienst Name		Vorwache Name		Nachtwache Name	
Einschätzung von Verwirrheitszuständen Confusion Assessment Method (CAM)	Ja	nein	nicht beurteilbar	Ja	nein	nicht beurteilbar	Ja	nein	nicht beurteilbar	Ja	nein	nicht beurteilbar	Ja	nein	nicht beurteilbar	Ja	nein	nicht beurteilbar
1a) Akuter Beginn																		
1b) Fluktuierender Verlauf																		
2) Aufmerksamkeitsstörung																		
3) Formale Denkstörung																		
4) Veränderte Bewusstseinslage																		
Kein Delirium																		
Delirium möglich - wahrscheinlich [1a oder 1b] und 2 und [3 oder 4]																		
Delirium wahrscheinlich - sicher [1a und 1b] und 2 und [3 oder 4]																		

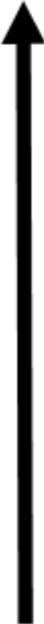
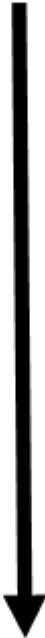
- 1a) Akuter Beginn:** Gibt es begründete Anzeichen für eine akute Veränderung im Grundzustand des mentalen Status des Patienten?
- 1b) Fluktuierender Verlauf:** Fluktuierte das (veränderte) Verhalten während des Tages, d.h. hatte es die Tendenz aufzutreten und wieder zu verschwinden oder wurde es stärker und schwächer.
- 2) Aufmerksamkeitsstörung:** Hatte der Patient Schwierigkeiten seine Aufmerksamkeit zu fokussieren, z.B. war er leicht ablenkbar oder hatte er Schwierigkeiten, dem Gespräch zu folgen?
- 3) Formale Denkstörung:** War der Gedankenablauf des Patienten desorganisiert oder zusammenhanglos, wie Gefasel oder belanglose Konversation, unklar der unlogischer Gedankenfluss, oder unerwartete Gedankensprünge?
- 4) Veränderte Bewusstseinslage:** Wie würden Sie die Bewusstseinslage des Patienten allgemein beschreiben? Wach – alert (normal) oder Hyperalert: Überspannt, agiert übersensibel auf die Stimulationen der Umgebung, erschrickt sehr schnell
Somnolent: Wirkt schläfrig, öffnet aber die Augen und antwortet auf Fragen. Braucht vielleicht eine laute Stimme
Soporös: Reagiert auf Schütteln, aber nicht auf Ansprache
Koma: nicht weckbar

Adaptiert von Universitätsspital Basel, angelehnt an Inouye (1990) Variante 2.1
© Klinische Pflegewissenschaft, Universitätsspital Basel, 2006

Welche nichtpharmakologischen Interventionen könnten bei identifizierten Delirrisikopatienten, ohne Veränderung der derzeitigen Rahmenbedingungen durchgeführt werden?

Das nicht entzugsbedingte Delir

Ursachengefüge des Delirs

Ursachengefüge des Delirs	
Prädisposition und exogene Noxe = Delir	
Prädisposition	Exogene Noxe
Hohe Vulnerabilität	Schwache Noxe
 <ul style="list-style-type: none"> • Hohes Lebensalter • Kognitive Einschränkungen • <u>Frailty</u> • Hohe somatische <u>Komorbidity</u> • Schwere Grunderkrankung • Hör- od. Sehbehinderung • Anämie • Malnutrition • Alkoholismus • Depression • Angst • Benzodiazepin-Gebrauch • Schmerz • Leichte kognitive Störung • Einsamkeit 	 <ul style="list-style-type: none"> • Fremde Umgebung • Körperliche Beschränkung • Immobilisation • Schlafdeprivation • Psychoaktive Medikamente • Entzugssyndrom • Respiratorische Insuffizienz • <u>Exsikkose</u> • Elektrolytentgleisung • Akute Infektion • Hypo-Hyperglykämie • Organversagen • Intensivbehandlung • <u>Anticholinergika</u> • Chirurgischer Eingriff
Niedrige Vulnerabilität	Potente Noxe
Quelle: nach <u>Inouye SK: Delirium in older persons. NEJM 2006; 354:1157-65</u>	

- Nichtpharmakologische Interventionen werden in das Schulungskonzept aufgenommen
- In den proaktiven Fallanalysen werden diese Maßnahmen gemeinsam in den Behandlungsplan des Patienten eingearbeitet

Wie kann man Mitarbeiter proaktiv im
Betreuungsprozeß der Patienten mit Delir
unterstützen
um psychische und physische Belastungen
zu reduzieren?

DGKP mit spezieller Ausbildung
Facharzt der Gerontopsychiatrie
Ergotherapeut
Physiotherapeut

- DGKP/APN ist Teamleader und Koordinator des Delirkonsils
- patientenbezogene, mitarbeiterbezogene und organisationsentwickelnde Aufgaben

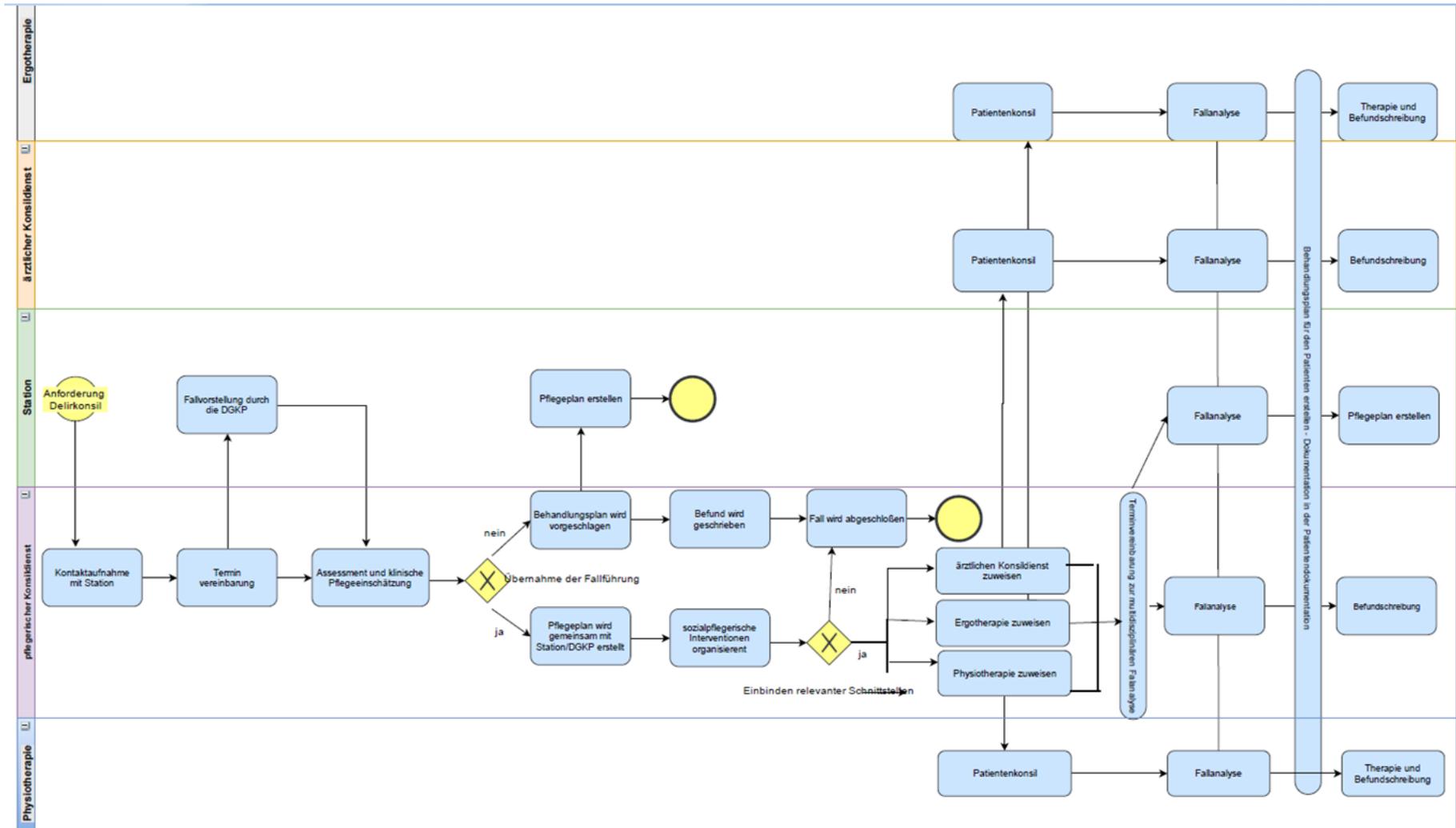
Komponente 4 Kompetenzteam Tätigkeitsprofil

akademie
für Weiterbildung

der FHOÖ



Prozeßdarstellung Ablauf des Delirkonsil



- Wirkt sich nachhaltig positiv auf die Patientenversorgung und auf die Kostenentwicklung aus
- Fortschritte in der demenzbezogenen Kompetenz des Personals
- Kostenreduktion in AKH
Aufenthaltsdauer verkürzen
Entlassungszustand verbessern

Quelle: Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst – Pioniere warten auf Nachahmer
Sabine Kirchen Peters, 2008

4 Komponentenmodell

Zur Förderung der Handlungskompetenz im Delirmanagement der Barmerzigen Brüder Österreich

Komponente 1

Qualifikation
Sensibilisierung
und
Qualifizierung
aller Mitarbeiter

Implementierung
Schulungsmodell

Komponente 2

Früherkennung
Interdisziplinäres
Delirmonitoring
zum
Delirscreening,
Delirassessment
und
Delirdiagnostik

Implementierung
DOS und CAM

Komponente 3

Delirtherapie
Pflegerische
nicht
pharmakologische
Interventions-
Möglichkeiten

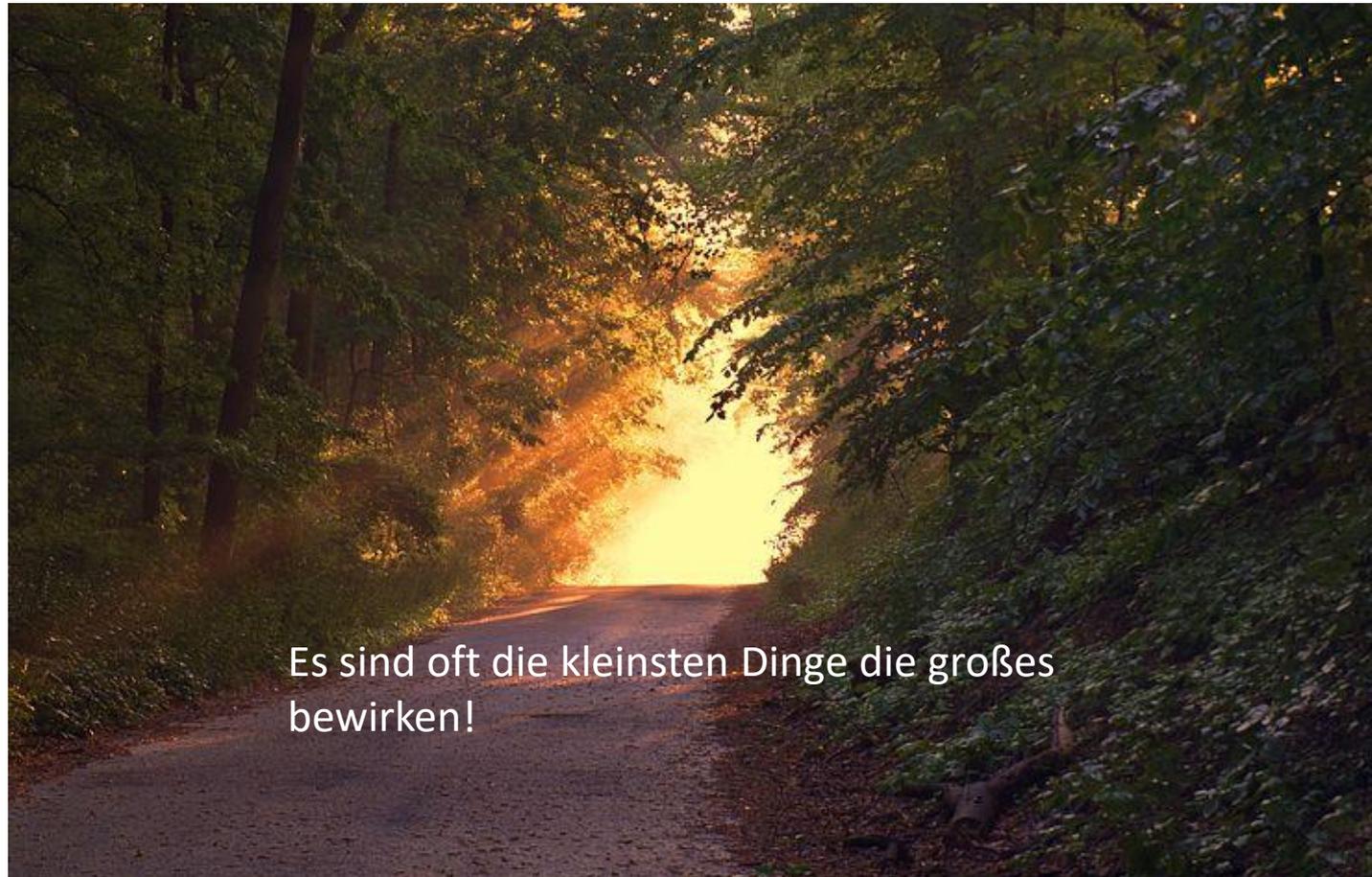
Implementierung
im
Schulungsmodell

Komponente 4

Kompetenzteam
Delirkonsil

Implementierung
eines
Delirkonsil

1. Implementierung des Modells
an einer Pilotstation – Orthopädie
2. Pilotphase von 6 Monaten (6/18 – 1/19)
3. Projektzielevaluation
4. Anpassung des Modells
5. Rollout Gesamthaus (3/19)
6. Projektzeitplan: Jan 2018 – März 2019



Name: Eibler Margot
Tätig als: DGKP
Funktion: Stabstelle für
Pflegeentwicklung
Institution: Barmherzige Brüder
Eisenstadt
Mail: margot.eibler@bbeisen.at

Delir beim alten Menschen

Hewer, Thomas, Drach, Verlag Kohlhammer 2016

Das nicht entzugsbedingte Delir

Prim.Dr.Gerhard Fruhwürth, ÖGPB, Medonline

Schulungshandout Demenz Delirmanagement

Wolfgang Hasemann,

Basel, Feb 2016

Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst

Pioniere warten auf Nachahmer

Sabine Kirchen Peters, Zgerontol Geriat 41, 2008