

Nimm's Delir ins Visier

Das 3-Plus-Phasenmodell nach M.Hoffelner

Entwicklung eines strukturierten Delir-Bildungskonzepts
im Rahmen eines Pilotprojekts in Begleitung einer APN
bei den Barmherzigen Brüder Linz

Zur Person



Martin Hoffelner

Verheiratet

2 Kinder

DGKP seit 1995

Konventhospital Barmherzige Brüder Linz

Akutgeriatrie

@hoffelner1972@gmail.com

Inhalt

01

Themenwahl und Ausgangslage

02

**Problemstellung, Fragestellung
und Zielsetzung**

03

Das Delir

04

Das 3 Plus Phasenmodell

05

**Zusammenfassung und
Resümee**

Themenwahl

- ❖ Dem Delir wird im stationären Setting wenig Aufmerksamkeit gewidmet
- ❖ Delir als vorübergehende Verwirrtheit bagatellisiert und nicht als solches erkannt wird
- ❖ Delir ist eine Herausforderung für die Pflege
- ❖ Das Delir kann mit schwerwiegende Folgen bzw. mit Letalität enden

Ausgangslage KH BHB Linz

- ❖ Kein strukturiertes Vorgehen für das nicht entzugsbedingte Delir
- ❖ Delir Screening- und Diagnostik Instrumente sind nicht in Verwendung
- ❖ Mitarbeiter*innen sind über das Delir im Pflegealltag wenig bis gar nicht sensibilisiert
- ❖ Ein Bildungskonzept kommt nicht zur Anwendung

Inhalt

01 Themenwahl und Ausgangslage

02 Problemstellung, Fragestellung
und Zielsetzung

03 Das Delir

04 Das 3Plus Phasenmodell

05 Zusammenfassung und
Resümee

Problemstellung

- ❖ Demografischer Wandel führt zum Anstieg älterer und multimorbider Menschen
- ❖ **60 %** der Delire bleiben unerkannt
- ❖ **30-40 %** aller Delire sind durch Prävention vermeidbar
- ❖ Durch fluktuierende Verläufe und der Ähnlichkeit einer Demenz wird das Delir oft beim alten Menschen nicht erkannt

(vgl. Siddiqi et al. 2006; Hewer et al. 2016)

Fragestellung

- ❖ Wie kann man Mitarbeiter*innen in der Pflege zum Thema Delir dauerhaft sensibilisieren?
- ❖ Welche Taktik kommt zur Anwendung, um Delir relevante Erfassungsinstrumente nachhaltig in den Pflegealltag zu implementieren?
- ❖ Wie kann durch Interventionen im Rahmen der pflegerischen Kernkompetenz die Gefahr für das Entstehen eines Delirs maßgeblich verhindert werden?



Ziele des Konzepts „Nimm‘s Delir ins Visier“ werden in einem 3-Plus-Phasenmodell dargestellt:



Phase 1 Qualifikation

- Sensibilisierung und Qualifizierung der Mitarbeiter*innen/Pilotstation zum Thema Delir mittels eines Schulungskonzepts



Phase 2 Identifikation

- Delir-Risikoerkennung mittels ENP-Basisassessment
- Strukturiertes Delir-Monitoring mittels DOSS und CAM Skalen (vgl. Inouye et al. 2014; Schuurmans et al. 2003)



Phase 3 Intervention/Prävention

- Nicht pharmakologische Maßnahmen im Rahmen des Schulungskonzepts zu integrieren



Phase Plus

- Die/Der APN im Delir-Management

Delir-APN

Inhalt

01 Themenwahl und Ausgangslage

02 Problemstellung, Fragestellung
und Zielsetzung

03 Das Delir

04 Das 3 Plus Phasenmodell

05 Zusammenfassung und
Resümee

Definition Delir

- ❖ Aus dem Latein übersetzt heißt „**deliare**“ = wahnsinnig sein oder „**de lira ire**“ = aus der Spur geraten zu sein.
(vgl.Lindesay et al. 2009, S. 23)
- ❖ Störung des **Bewusstseins** und der **Vigilanz**, sowie einer Beeinträchtigung der **kognitiven Funktionalität** und Veränderung der **Wahrnehmung**. In der Regel tritt ein Delir-Syndrom **akut**, innerhalb weniger Stunden und im Tagesverlauf **fluktuierend** auf
- ❖ Das Delir ist ein Komplex aus mehreren Symptomen. Ein Delir kann das erste Anzeichen einer ernsthaften Erkrankung sein

(vgl.Hasemann und Savaskan 2017, S. 21–22)

Epidemiologie Delir

- ❖ Hohes Lebensalter, Demenz und Multimorbidität sind die häufigsten Risikofaktoren (vgl.Hewer 2019, S. 35–52)
- ❖ Tritt bei Menschen über 60 Jahren häufiger auf
- ❖ Bei einer Krankenhausaufnahme liegt die Prävalenz bei der älteren Bevölkerung bei **25-35 %**.
- ❖ Zusätzlich entwickeln etwa **30 %** im Rahmen des stationären Aufenthalts ein Delir

(vgl.Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie 2013, S. 7; Spies et al. 2019, S. 2; Bernasconi, G.F., &Goettel, N. 2020, S. 31; vgl.Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie 2017, S. 7).

Folgen eines Delirs

- ❖ **Längere** Krankenhausverweildauer
- ❖ **Gefahr** für nosokomiale Infektionen
- ❖ **Komplikationsrisiko**, wie z. B. Sturzgeschehen, Immobilität,
- ❖ **Verschlechterung** der kognitiven und funktionellen Leistung (Demenz)
- ❖ **Erhöhtes** Risiko zu weiterer ambulanten Versorgung und Institutionalisierung
- ❖ **35-40%** Mortalität innerhalb eines Jahres

(vgl. Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie 2017, S. 7)

Folgen für das Gesundheitssystem

- ❖ Überbelastung bei den Pflegenden
- ❖ Erhöhung des Personalaufwands
- ❖ Großteil der gesamten Kosten fällt auf den post-stationären Hilfsbedarf und auf die ambulante und stationäre Pflege

(vgl. Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie 2017, S. 8)

Inhalt

01

Themenwahl und Ausgangslage

02

Problemstellung ,Fragestellung
und Zielsetzung

03

Das Delir

04

Das **3 Plus** Phasenmodell

05

Zusammenfassung und Resümee

Phase 1 Qualifikation-Sensibilisierung und Qualifizierung der Mitarbeiter*innen

Ziele !

- ❖ **Haltungsänderung zum Delir**
- ❖ **Zielgerichtetes Handeln ist abhängig vom Fachwissen und der Handlungskompetenz der Mitarbeiter*innen**
- ❖ **Pflegende sehen und beobachten die Patient*innen 24 h am Tag, demnach sind sie die Ersten, die Veränderungen erkennen und leiten dementsprechend Maßnahmen ein**

Phase 1 Qualifikation- Das Bildungskonzept der BHB Linz

❖ 6 Module

- ❖ **Reflexion** des erworbenen Wissens schaffen sich die Mitarbeiter*innen in der täglichen Praxis einen Vergleich und können ihre Handlungen anpassen

Schulungseinheiten:

Modul 1 Theorie Block I - Delir-Grundlagen, nicht pharmakologischen Pflegeinterventionen(2h)

Modul 2 Theorie Block II – Vertiefung der Grundlagen, nicht pharmakologische Pflegeinterventionen, Prophylaxen in der Pflege, Selbstreflexion (2h)

Modul 3 Systemschulung – Anwenderschulung DOSS und CAM (1h)

(vgl. Kis Dadara et.al. 2016)

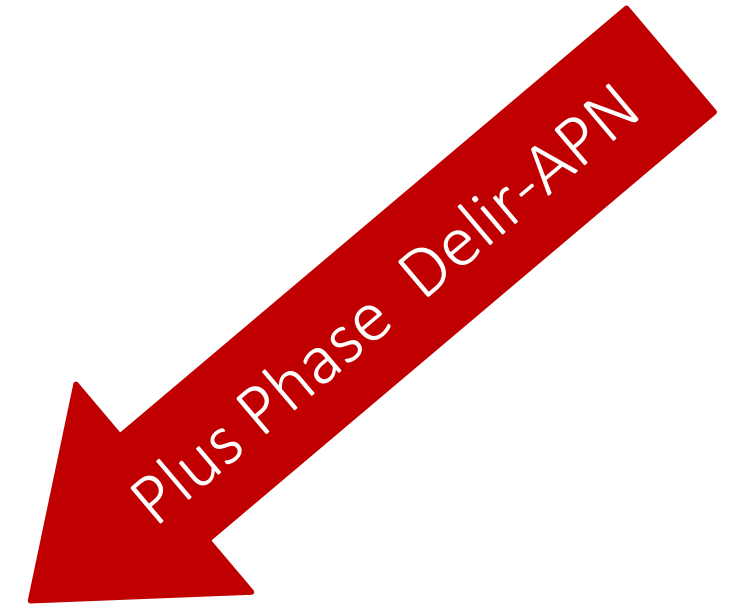
Phase 1 Qualifikation- Das Bildungskonzept der BHB Linz

Modul 4 Miniworkshop – klinische pflegerische Versorgung bei Delir in den Kontext zwischen Theorie und Praxis bringen, Fallbeispiele bearbeiten, Pflegeplanung individuell gestalten (2h)

Modul 5 Wissensvermittlung im Rahmen von Teambesprechungen (1h)

Modul 6 Begleitende Wissensvermittlung-Kontext zwischen Theorie und Praxis herstellen, Schärfung der Handlungskompetenz im eigenen stationären Umfeld (1-2h)

(vgl. Kis Dadara et.al. 2016)



Phase 2 Identifikation

Screening-und Assessmentinstrumente unterstützen die Pflegefachkräfte durch einen klaren Algorithmus bei der frühzeitigen Diagnostik des Delirs



Phase 2 Identifikation- Das ENP Basis-Assessment

- ❖ Bei den Barmherzigen Brüdern Linz verwendetes Pflegeklassifikationssystem **ENP** (European Nursing Care Pathways) wurde beim letzten Update in Bezug auf das Delir adaptiert
- ❖ Hohe Relevanz in der Risikoeinschätzung (z. B. **Sturz, Dekubitus, Ernährungsstatus**) und die **Auseinandersetzung mit dem/der Patient*innen** sind maßgeblich für die Delir-Erkennung

Phase 2 Identifikation- MOYTB-Month of the Year backwards Test


- ❖ Beim Aufnahme-Assessment oder bei der Verlegung von Patient*innen über 65 Jahren oder bei kognitiv auffälligen Patient*innen
- ❖ Einfacher Aufmerksamkeitstest(Dezember bis Jänner rückwärts aufzählen)
- ❖ Minimaler Schulungsaufwand
- ❖ Hohe Sensitivität von 93,8 %
- ❖ Spezifität von 84,7 %

(vgl. O'Regan et al. 2014; ©Kages 2019)

Phase 2 Identifikation- DOSS-Delirium Observation Screening Scale

DOS - Delirium Observation Scale Schuurmanns 2003

Erfasst von: [REDACTED]
am: [REDACTED]



Blatt 1 | Blatt 2 | Blatt 3

DOS - Delirium Observation Scale

Schuurmanns 2003

| Symptombewertung bei Verdacht | Datum 27.06.2018 | | | Datum 11.10.2018 | | | Datum 11.12.2018 | | | Datum 11.12.2018 | | | | | | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|----------|--|--|
| | Tagdienst | Nachtdienst | | Tagdienst | Nachtdienst | | Tagdienst | Nachtdienst | | Tagdienst | Nachtdienst | | | | | | | |
| | nie | manchm. - immer | weiß nicht | nie | manchm. - immer | weiß nicht | nie | manchm. - immer | weiß nicht | nie | manchm. - immer | weiß nicht | nie | manchm. - immer | weiß nicht | | | |
| 1. Nicht während des Gespräches ein | <input type="radio"/> 0 | <input checked="" type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input type="radio"/> 0 | <input checked="" type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input type="radio"/> 0 | <input checked="" type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input type="radio"/> 0 | <input checked="" type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | | | |
| 2. Wird durch Reize der Umgebung schnell abgelenkt | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | | | |
| 3. Bleibt aufmerksam im Gespräch oder in der Handlung | <input checked="" type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> - | <input type="radio"/> 1 | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> - | <input type="radio"/> 1 | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> - | <input checked="" type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> - | <input checked="" type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> - | | | |
| 4. Beendet begonnene Fragen oder Antworten nicht | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input type="radio"/> 0 | <input checked="" type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input checked="" type="radio"/> - | | | |
| 5. Gibt unpassende Antworten auf Fragen | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input type="radio"/> 0 | <input checked="" type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input type="radio"/> 0 | <input checked="" type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | | | |
| 6. Reagiert verlangsamt auf Aufträge | <input type="radio"/> 0 | <input checked="" type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input type="radio"/> 0 | <input checked="" type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input type="radio"/> 0 | <input checked="" type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input type="radio"/> 0 | <input checked="" type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input checked="" type="radio"/> - | | | |
| 7. Denkt, irgendwo anders zu sein | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input checked="" type="radio"/> - | <input type="radio"/> 0 | <input checked="" type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | | | |
| 8. Erkennt die Tageszeit | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 0 | <input checked="" type="radio"/> - | <input type="radio"/> 1 | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> - | <input checked="" type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> - | <input type="radio"/> 1 | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> - | <input checked="" type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> - | | | |
| 9. erinnert sich an kürzliche Ereignisse | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 0 | <input checked="" type="radio"/> - | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 0 | <input checked="" type="radio"/> - | <input type="radio"/> 1 | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> - | <input type="radio"/> 1 | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> - | <input type="radio"/> 1 | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> - | | | |
| 10. Nestelt, ist ruhelos, unordentlich und nachlässig | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | | | |
| 11. Zieht an Infusion, an Sonde oder an Katheter usw. | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | | | |
| 12. Reagiert unerwartet emotional | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | | | |
| 13. Sieht, hört oder riecht Dinge, die nicht vorhanden sind | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> - | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input checked="" type="radio"/> - | | | |
| Summe der Punkte pro Schicht | 3 | | | 4 | | | 5 | | | 0 | | | 3 | | | 2 | | |
| Bewertung | 0 -> normales Verhalten | | | < 3 -> wahrscheinlich kein Delir | | | >= 3 -> wahrscheinlich Delir | | | | | | | | | | | |


Psychomotorische Verlangsamung - Symptombewertung bei Verdacht auf hypoaktives Delir

| Psychomotorische Verlangsamung | ? | nie | manchm. - immer | weiß nicht | nie | manchm. - immer | weiß nicht | nie | manchm. - immer | weiß nicht | nie | manchm. - immer | weiß nicht | nie | manchm. - immer | weiß nicht | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------------------|--|--|
| Psychomotorische Verlangsamung | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input checked="" type="radio"/> - | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input checked="" type="radio"/> - | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input checked="" type="radio"/> - | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input checked="" type="radio"/> - | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input checked="" type="radio"/> - | | |
| Summe der Punkte pro Schicht | 0 | | | 0 | | | 0 | | | 0 | | | 0 | | | 0 | | |
| Bewertung | 0 -> normales Verhalten | | | 1 -> Verdacht auf Hypoaktivität | | | | | | | | | | | | | | |

Quellenangabe: Dr.in Renate Groß, Univ.-Klinik für Psychiatrie II, A.ö. Landeskrankenhaus – Universitätskliniken Innsbruck, Tirol Kliniken GmbH.

Phase 2 Identifikation- CAM – Confusion Assessment Method Scale

Confusion Assessment Method (CAM)

Erfasst von: [Redacted] am: [Redacted] 

Einschätzung von Verwirrheitszuständen

| Confusion Assessment Method (CAM) | Ja | Nein | Nicht beurteilbar |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1a) Akuter Beginn | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1b) Fluktuierender Verlauf | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Aufmerksamkeitsstörung | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Formale Denkstörung | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Veränderte Bewusstseinslage | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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] <input checked="" type="checkbox"/> | | | |

1a) Akuter Beginn: Gibt es begründete Anzeichen für eine akute Veränderung im Grundzustand des mentalen Status des Patienten?

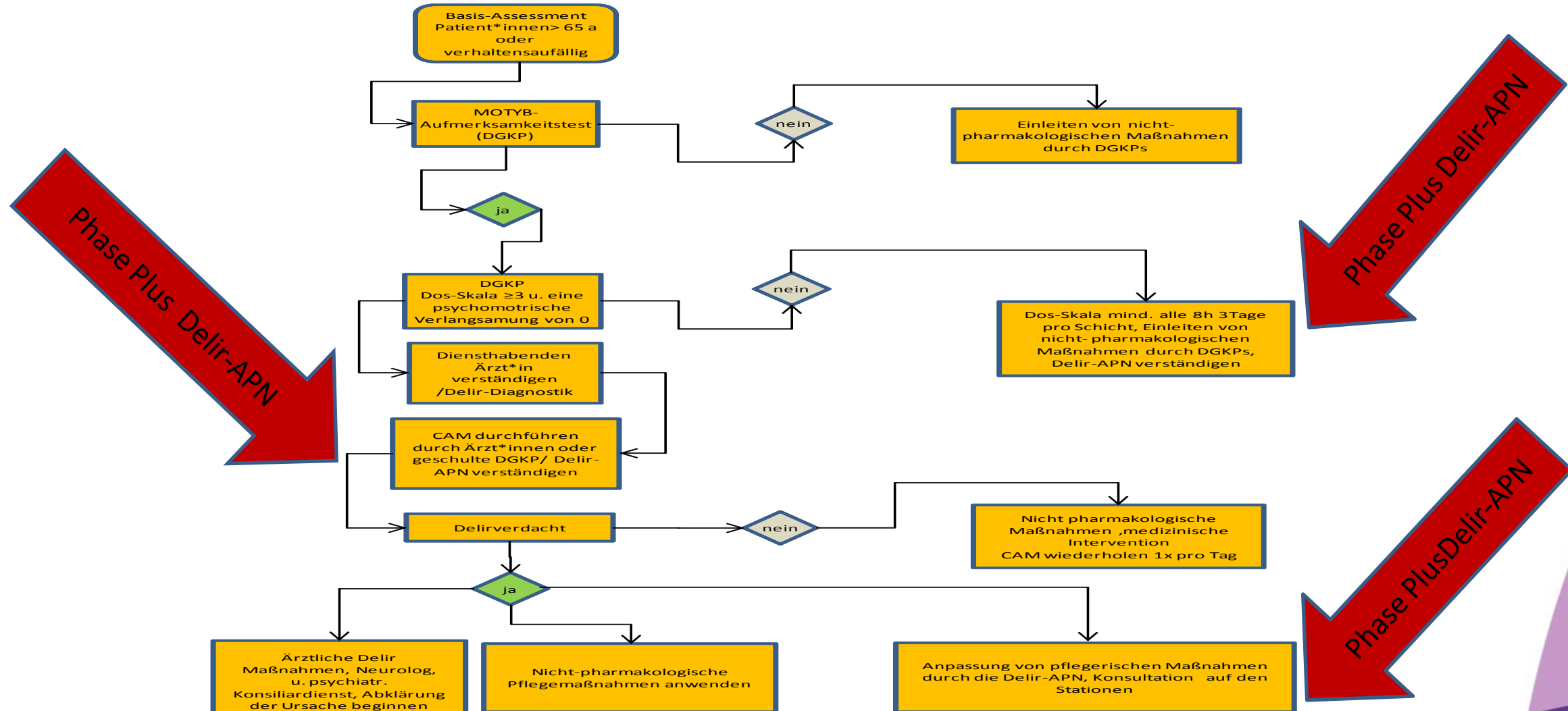
1b) Fluktuierender Verlauf: Fluktuierte das (veränderte) Verhalten während des Tages, d.h. hatte es die Tendenz aufzutreten und wieder zu verschwinden oder wurde es stärker und schwächer.

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 unlogische Gedankenfluss, oder unerwartete Gedankensprünge?

4) Veränderte Bewusstseinslage: Wie würden Sie die Bewusstseinslage des Patienten allgemein beschreiben? Wach – alert (normal) oder **hyperalert:** überspannt, reagiert 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.

Phase 2 Identifikation- Handlungspfad zur Delir-Frühidentifikation



Phase 2 Identifikation- Delir Pocketcard

Idee hinter der **Pocketcard** ist, dass sie in jede Kitteltasche passt und als kleine Merkhilfe schnell griffbereit zum Einsatz kommen kann. (vgl. Torsten Kratz und Alfred Diefenbacher 2016)



DELIR-POCKETCARD

| Symptome | Delir | Demenz |
|----------------------------------|--|--|
| Beginn | plötzlich | schleichend |
| Verlauf/Dauer | Akute/Tage- Wochen i.d.R. reversibel | Über Wochen und Monate nicht reversibel |
| Bewusstseins/Vigilanz | eingeschränkt | Nicht gestört, erst im späteren Verlauf |
| Aufmerksamkeit | Deutlich gestört | |
| Orientierung/Gedächtnis | Gestört bei Demenz schlechter als vorher | Vorhanden, nimmt mit fortschreitendem Krankheitsverlauf ab |
| Psychotische Symptome | Möglich, z. B. Halluzinationen oder wahnhaftige Situationsverknüpfungen, visuell, auditiv | selten |
| Psychomotorik* | Gesteigert oder gemindert | Meist unauffällig oder geringfügig |
| Schlaf-Wach-Rhythmus | Oft gestört, z.T. verschobener Tag-Nacht Rhythmus | Oft gestört, z.T. verschobener Tag-Nacht Rhythmus |
| Weitere mögliche Symptome | Angst, Gereiztheit, emotionale Labilität, Redefluss gesteigert oder reduziert/organisiert, Alpträume | Wortfindungsstörungen, Verminderung der Ausdruckshigkeit |

Die Ausprägung der Symptome fluktuiert typischerweise im Tagesverlauf, oft mit unidirektionaler oder nächtlicher Verschlechterung.
*Unterscheide: hyper-/hypokines und gemischtes Delir

Nichtmedikamentöse Maßnahmen

- Veränderung nach Möglichkeit vermeiden
- Einzelzimmer/Demerk (Licht, Lärm, Personalwechsel)
- Strukturierter Tagesablauf
- Orientierungshilfen verwenden (Uhr, Foto, persönliche Gegenstände)
- Frühmobilisation (ggf. Schmerzmedikation vor Mobilisation)
- Sensorische Hilfen (Brille, Hörgerät)
- Förderung des Tag- und Nachtrhythmus
- Vertraute Bezugspersonen/Angehörige mit einbeziehen
- Empathie, wertschätzender Umgang
- Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme dokumentieren (Zahnersatz, Wunschkost)

Mögliche Auslöser für ein Delir

Ein Delir entsteht durch Zusammenwirken prädisponierender Faktoren und akuter Eskalationen.

Prädisponierende Faktoren sind v.a.:

- Hohes Alter
- Demenz
- Seh- oder Hörbeeinträchtigung
- Multimorbidität
- Polypharmazie

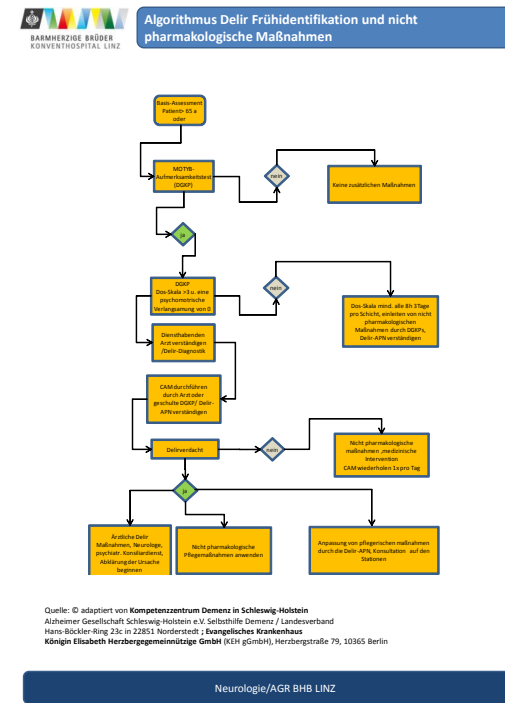
Akute Auslöser können sein:

- Infektionen
- Exsikkose
- Immobilität
- Flüssigkeitsmangel
- Entzug (z.B. Benzodiazepine)
- Akute Krankheit (bekanntes Delir in der Vorgeschichte)
- Umgebungswechsel (Krankenhaus)
- Neu angeordnete Medikamente

Dringend empfohlen: Delir-Screening

(z.B. DOS- Delir observation Skala; CAM confusion assessment Method) **Mindestens folgende Bereiche müssen erfasst werden:**
Wahrnehmung
Schlaf/Wachrythmus, Bewusstsein/Denkstörungen, Psychomotorik

Neurologie/AGR BHB LINZ



Phase 2 Identifikation- **One Minute Wonder** „Wissen to Go“ oder die 1 Minuten Fortbildung

Pflege befinde sich **ständig** im Fortschritt



- ❖ Ständiger Bedarf an Fortbildung und lebenslanges Lernen im Berufsalltag (vgl. Picado Maagh und Unkelbach 2001, S. 27–29)
- ❖ Zeitdruck und Energielosigkeit verhindern meist dieses Vorhaben
- ❖ Ursprünglich wurden OMW in England/Plymouth 2010 erstmals während der Wartezeit bei Blutgasanalysegeräten genutzt (vgl. Rowlinson 2014)
- ❖ Lesezeit sollte eine Minute nicht überschreiten
- ❖ Positionierung an Orten, wo Wartezeiten entstehen (z. B. Blutgasgeräte, Mikrowellengerät und Kaffeemaschine) (vgl. Diakonie Erlangen)

Phase 2 Identifikation- One Minute Wonder Lerntafel „Nimm’s Delir ins Visier“



One Minute Wonder



Nimm's Delir ins Visier- Denk ans Delir

| | | |
|---|---|---|
| Beginn-Verlauf des Delirs | Plötzlich akut ,Tage-Wochen, l.d.R Reversibel | Prävention: Auslöser erkennen, vermeiden oder reduzieren |
| Bewusstsein/Vigilanz | eingeschränkt | Infektion:Harnwegsinfekt, Pneumonie, Wundinfektion |
| Aufmerksamkeit | Deutlich gestört | Schmerzen |
| Orientierung/Gedächtnis | Gestört, bei Demenz schlechter als vorher | Polypharmazie und neu angesetzte Medikamente, insbesondere mit anticholinergen Nebenwirkungen, siehe Priscus-Liste, Beersliste, Reduktion der Polypharmazie-österreichische PIM-Liste |
| Psychomotorik (Hyper-/Hypoaktives Delir) | Gesteigert oder (und!) gemindert | Iatrogene Maßnahmen: chirurgische Eingriffe, Harnkatheter, Venflon, RR messen,..... Was ist tatsächlich und wie lange notwendig? |
| Schlaf-Wach-Rhythmus | Oft gestört, Tag und Nachtumkehr | Exsikkose, Kachexie |
| Psychotische Symptomatik | Wahnhaftes Situationsverknüpfung oder Halluzinationen | Akute Erkrankungen Entzug: Anamnese! Benzodiazepine(„schlafmittel“), Alkohol |
| Die Ausprägung der Symptome fluktuiert typischerweise im Tagesverlauf, oft mit abendlicher oder nächtlicher Verschlechterung. | | Umgebungswechsel: Krankenhausaufnahme! Zimmerverlegung vermeiden |

Frühbehandlung: Symptome erkennen und gezielt behandeln

- Nicht medikamentöse Maßnahmen – First line**
- Möglichst wenig äußere Einflüsse, Veränderungen
 - Zimmer wechsel vermeiden, Bezugspflege
 - Frühmobilisation
 - Re-Orientierung fördern (Uhr, Foto, Hör- und Sehbehelfe wie Brille ,Hörgerät) Reizabschirmung(Lärm!)
 - Kognition fördern, aktivieren
 - Tagesstruktur fördern
 - Essen bei Tisch, Zahnprothesen einsetzen
 - Förderung Tag- Nacht Rhythmus
 - Gewohnheiten einbeziehen, gute Beleuchtung eventuell anpassen
 - Empathische wertschätzende Haltung gegenüber Patienten
 - Welche Situation oder Bedürfnis ist vor dem herausfordernden Verhalten aufgetreten?
 - Angehörige einbeziehen!

Delir ist ein medizinischer pflegerischer Notfall

Neurologie/AGR/ KH Barmherzige Brüder Linz
 Idee/Konzept mit freundlicher Genehmigung des Herz- und Diabeteszentrum NRW, Bad Oeynhausen
<https://omw.hdz-nrw.de/one-minute-wonder.html>

Phase 3 Nicht pharmakologischen Pflegemaßnahmen

- ❖ Bei frühzeitiger Anwendung von präventiven Maßnahmen reduziert sich die Delir-Inzidenz um 53 % und die damit verbundene Sturz-Inzidenz wird um 62 % gesenkt
(vgl. Singler und Thomas 2017)
- ❖ Der Pflege wird ein maßgeblicher Teil der Nicht pharmakologischen Maßnahmen zugeschrieben lt. § 14 (Pflegerische Kernkompetenz) GuKG

Phase 3 Nicht pharmakologische Pflegemaßnahmen

- ❖ Orientierung sicherstellen durch die Anpassung bzw. Gestaltung der Umgebung z. B. Beleuchtung, Piktogrammen, Uhr, Kalender, Whiteboard
(Name, Datum, betreuende Pflegeperson, Fotos)
- ❖ Ausreichend Flüssigkeit bereitstellen und zuführen
- ❖ Regelmäßige Mobilisation mit angepassten Hilfsmitteln
- ❖ Schmerz einschätzen und evaluieren
- ❖ Aufsetzen der Brille und Einsetzen der Hörgeräte bei Bedarf
- ❖ Unnötige Störungen vermeiden (Zimmerwechsel)
- ❖ Vermeidung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen
(vgl. Savaskan et al. 2016, 945f)

Phase **Plus**-Der/die APN im Delir-Management

- ❖ Aufgrund weitreichender Auswirkungen eines Delirs bedarf es im Rahmen von speziellen Versorgungsmodellen der Betreuung dieser Patient*innen durch eine Advanced Practice Nurse (APN)
- ❖ Neben der direkten Patient*innenversorgung begleitet die APN Angehörige und unterstützt durch ihre spezialisierte Fachexpertise das gesamte Pflorgeteam.

(vgl. Moser et al. 2018, S. 184)

Phase Plus-Definition der Advanced Practice Nurse

Das International Council of Nurses beschreibt die Advanced Practice Nurse als *„eine examinierte Pflegefachkraft, die sich eine Expertise erworben hat, sowohl auch komplexe Entscheidungen treffen zu können und über klinische Kompetenzen für eine erweiterte Pflegepraxis verfügen. Die Charakteristika sind vom jeweiligen Land abhängig, in dem die Pflegekraft ihre Arbeitsgenehmigung hat. Als Zugangsvoraussetzung wird ein Abschluss auf Masterniveau empfohlen“* (vgl. International Council of nursing, 2002)

APN's sind berufserfahrene Pflegende mit einem vertieften und erweiterten Fachwissen über komplexe Pflegesituationen. Sie haben genug Empowerment, das vorhandene Wissen anzuwenden. (vgl. Neumann-Ponesch 2014)

Phase Plus-Beschreibung der Expertise Delir-APN

- ❖ Pflege bei komplexen Patient*innen-Situationen
- ❖ Unterstützung des interprofessionellen Behandlungsteams
(vgl. Moser et al. 2018)
- ❖ Neben der Spezialisierung gerontopsychiatrische Patient*innenversorgung konzentriert sich der/die APN auf Problemstellungen spezieller Patient*innengruppen, z. B. Menschen mit Delir
(vgl. Büchi et al. 2017)
- ❖ Clinical Nurse Specialist (CNS) sind meistens im klinischen Bereich tätig und arbeiten eingebettet in Pflorgeteams. Sie fördern die Praxisentwicklung und steuern organisationsübergreifende Prozesse *(vgl. Moser et al. 2018)*
- ❖ Der/Die **Delir APN** arbeitet im direkten klinischen Alltag mit den Patient*innen und Angehörigen entsprechend ihrer zentralen Kompetenz, dazu besitzt die APN im Handlungsfeld der Gerontopsychiatrie über verschiedene Kernkompetenzen *(vgl. Hamric et al. 2019)*.

Phase **Plus**-Kernkompetenzen Delir-APN I

Beratung u. Konsultation

- ❖ Beratung von Patient*innen/Angehörige, pflegerisches Delir-Pflegekonsil

Guidance & Coaching

- ❖ Beziehungsaufbau mit Patienten*innen
- ❖ Unterstützung Patient*innen /Angehörige
- ❖ Begleitung Patient*innen bis zum Austritt
- ❖ Maßnahmen der Umgebungsgestaltung
- ❖ Unterstützung der Pflegenden in der Umsetzung des Pflegeprozesses

Forschung

- ❖ Aktueller Forschung im Spezialgebiet
- ❖ Praxistransfer neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse
- ❖ Einsatz von Assessmentinstrumente

Phase **Plus**-Kernkompetenzen Delir APN II

Zusammenarbeit

- ❖ Interdisziplinarität entwickelt sich während der Konsultationen, Mitarbeit in Projekten

Klinisches pflegerisches Leadership

- ❖ Fachliche Führung des Delir(Demenz)-Bildungsprogramm
- ❖ Fachliche Führung und Weisungsbefugnis im definierten Handlungsfeld
- ❖ Beratung des Pflegemanagements zu Fachinhalten

Ethische Entscheidungsfindung

- ❖ Problemstellung wahrnehmen und im Sinne der Betroffenen und deren Angehörigen
- ❖ Einberufung von Fallbesprechungen
- ❖ Ethisches Konsil bei Nahrungsverweigerung, freiheitsbeschränkende Maßnahmen, Medikamentenverweigerung

(vgl. vgl.Hamric et al. 2019 ;Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide)

Phase Plus-APN-Delir-Pflege-Konsil

- ❖ Bei komplexem Pflegebedarf kann für alle Patient*innen ein APN-Delir-Pflege-Konsil angefordert werden
- ❖ Anforderung durch die fall führende Pflegefachkraft

Zentralen Bausteine des APN-Delir-Pflege-Konsils:

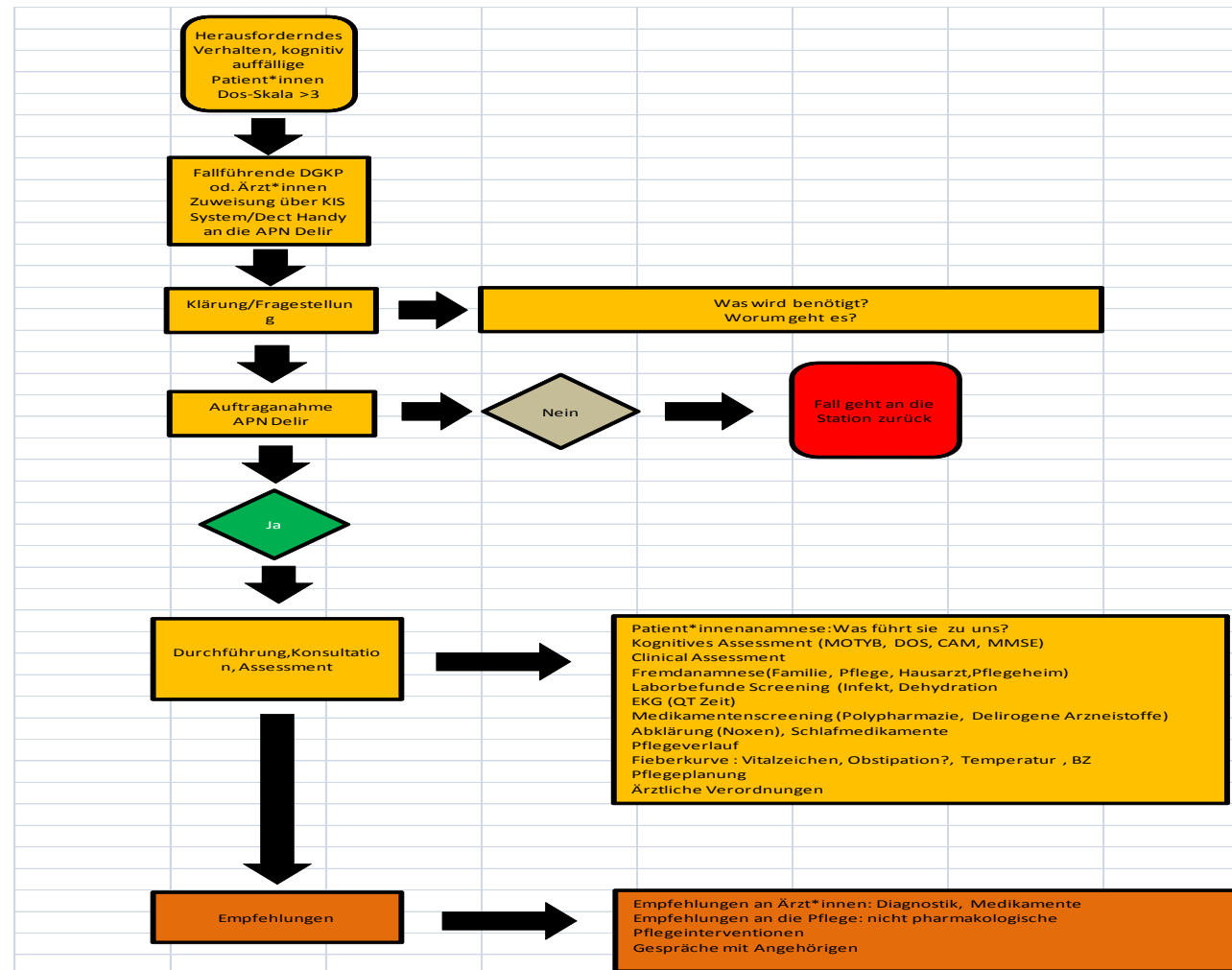
- ❖ Durchsicht der Pflegedokumentation
- ❖ Gespräche mit der zuständigen Pflegeperson
- ❖ Problemanalyse, Erfassen der Problemstellung
- ❖ Durchführen einer Pflegevisite inkl. Clinical-Assessment (z.B. Schmerz, Medikamentenscreening, DOS/CAM)
- ❖ Erheben des Pflegebedarfs.
- ❖ Zusätzlich werden Empfehlungen zu nicht-pharmakologischen Pflegeinterventionen mündlich und schriftlich an die fall führende Pflegeperson übermittelt

Phase Plus-APN-Delir-Pflege-Konsil

- ❖ Evaluation durch einen Zweitbesuch
- ❖ Kontaktaufnahme mit den Angehörigen der/des Betroffenen, um deren Bedürfnisse wahrzunehmen
- ❖ Aushändigung von Informationsflyer, Broschüren
- ❖ Interprofessionelle Zusammenarbeit mit Ärzt*innen und anderen Gesundheitsberufen nimmt in diesem Bereich eine wichtige Rolle ein-
gemeinsame Therapieziele können anvisiert werden

(vgl. Spiegler et al. 2021, S. 30)

Phase Plus-Workflow für die Anforderung eines APN-Delir-Pflege-Konsil



Angelehnt an (Hasemann 2015, S. 10–11; Spiegler et al. 2021)

Phase Plus- Warum Bedarf es einer Delir-APN?

- ❖ Einführung einer Delir-APN wirkt sich langfristig auf die Qualität der Pflege und der Zufriedenheit der Mitarbeiter*innen aus
- ❖ Positiver Effekt einer verbesserten Versorgungsleistung z. B. Stürze, Patient*innen-Verweildauer, Wiedereinweisung, Auftreten von Komplikationen (Delir), Durchführung von Screenings und Assessment sowie Personalschulungen
(vgl. Griffiths et al. 2015; Spiegler et al. 2021)
- ❖ Als Outcome für eine erfolgreiche Einführung der ANP-Rolle wird die Sensibilisierung und das Haltungsbewusstsein gegenüber dem Delir bei den Mitarbeiter*innen erwartet



Warum Delir-APN?

Phase Plus-Mögliche Kennzahlen für die Delir-APN

- ❖ Wie viele % der Mitarbeiter*innen haben bei den Schulungsmaßnahmen tatsächlich teilgenommen?
- ❖ Wie viele Assessment und Pflegekonsultationen wurden tatsächlich im Quartal durchgeführt?
- ❖ Wie viele **DOSS** und **CAM** wurden im Quartal durchgeführt?
- ❖ Wie viele nicht pharmakologischen Maßnahmen wurden tatsächlich aufgrund des Ergebnisses eingeleitet?

Phase Plus-Verbesserungen und neue Maßnahmen

- ❖ Durchführung von strukturierten Mitarbeiter*innen-Schulungen zum Thema Delir
- ❖ Einführung von Assessment-Instrumente
- ❖ Pilotierung auf ausgewählten Stationen
- ❖ Stärkung der Fach- und Handlungskompetenz der Mitarbeiter*innen im Zusammenhang mit der Diagnose Delir
- ❖ Clinical Leadership-Konsultationen auf den Stationen, im Sinne von Beratungen der Pflegemitarbeiter*innen, führt Angehörigengespräche durch und übernimmt die Fallführung bei komplexen Pflegesituationen

Inhalt

01

Themenwahl und Ausgangslage

02

**Problemstellung ,Fragestellung
und Zielsetzung**

03

Das Delir

04

Das 3 Plus Phasenmodell

05

Resümee

Resümee

- ❖ Stärkung und Sicherstellung der Handlungskompetenz der Pflegemitarbeiter*innen
- ❖ Reduktion der Belastung von Mitarbeiter*innen bei der Arbeit mit deliranten Patient*innen
- ❖ Reduktion des Delirs auf den Normalstationen durch Sensibilisierung der Mitarbeiter*innen in der Pflege

Take Home Message

Denke ans Delir

Nimm's Delir ins Visier

Referenzen

Siddiqi, Najma; House, Allan O.; Holmes, John D. (2006): *Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review*. In: *Age and ageing* 35 (4), S. 350–364.

DOI: 10.1093/ageing/af1005

Hewer, Walter; Thomas, Christine; Drach, Lutz Michael (2016): *Delir beim alten Menschen. Grundlagen, Diagnostik, Therapie, Prävention*. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer

Hasemann, Wolfgang; Savaskan, Egemen (Hg.) (2017): *Leitlinie Delir. Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter*. Unter Mitarbeit von Markus Baumgartner. Hogrefe Publishing GmbH. 1. Auflage. Bern: Hogrefe (Programmbereich Pflege).

Lindesay, James; MacDonald, Alistair; Rockwood, Kenneth; Hasemann, Wolfgang (Hg.) (2009): *Akute Verwirrtheit - Delir im Alter. Praxishandbuch für Pflegende und Mediziner*. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber (Programmbereich Pflege).

Maschke M. et al. (2020): *Delir und Verwirrheitszustände inklusive Alkoholentzugsdelir, S1-Leitlinie, 2020*, in: *Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.)*, Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Neurologie. Online verfügbar unter <https://dgn.org/leitlinien/II-030-006-delir-und-Verwirrheitszustaeende-inklusive-alkoholentzugsdelir/>, zuletzt aktualisiert am 21.12.2020, zuletzt geprüft am 15.12.2021.

Neumann-Ponesch, Silvia (2014): *Advanced Nursing Practice in Österreich. Positionspapier. 2., aktualis. Aufl.* Wien: facultas.wuv - Maudrich. Online verfügbar unter <https://elibrary.utb.de/doi/book/10.24989/9783990303375>.

Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (2017): *Delir 2017. Ein häufiges Syndrom im Alter – eine interdisziplinäre Herausforderung*. Unter Mitarbeit von Thomas Frühwald, Birgit Böhmendorfer, Bernhard Iglseder, Bernhard Jagsch und Monique Weissenberger-Leduc. Dezember 2017. Wien: Facultas.wuv. Online verfügbar unter http://www.alterspsychiatrie.at/bilder/publikationen/expertpapiere/2017_Delir_Folder.pdf, zuletzt geprüft am 16.12.2021.

Referenzen

Spies, Marie; Frey, Richard; Friedrich, Michaela-Elena; Kasper, Siegfried; Baldinger-Melich, Pia (2019): *Delir – ein evidenzbasierter Überblick*. In: *Wien. Klin. Wochenschr. Educ* 14 (1-4), S. 1–17. DOI: 10.1007/s11812-019-00093-1.

Bernasconi, G.F., & Goettel, N. (2020): *Delir bei hospitalisierten Patienten*. Hg. v. *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie*. Online verfügbar unter <https://www.rosenfluh.ch/psychiatrie-neurologie-2020-04/delir-bei-hospitalisierten-patienten>, zuletzt geprüft am 21.11.2021.

Trzepacz, Paula T.; Teague, Gregory B.; Lipowski, Z. J. (1985): *Delirium and other organic mental disorders in a general hospital*. In: *General Hospital Psychiatry* 7 (2), S. 101–106. DOI: 10.1016/0163-8343(85)90018-0.

Rothenhäusler, Hans-Bernd (2008): *Klinik, Diagnostik und Therapie des nicht entzugsbedingten Delirs*. In: *Psychosom Konsiliarpsychiatr* 2 (3), S. 160–167. DOI: 10.1007/s11800-008-0114-4.

Inouye, Sharon K.; Westendorp, Rudi G. J.; Szczyński, Jane S. (2014): *Delirium in elderly people*. In: *The Lancet* 383 (9920), S. 911–922. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60688-1.

International Council of Nursing, 2002 *Definition and characteristic for nurse practitioner/advanced practice nursing roles*. Genf
Kis Dadara et.al. 2016 (2016): *Schulungskonzept WCASol der Barmherzigen Brüder Österreich*. Hg. v. *Barmherzige Brüder Österreich*. Wien.

Bickel, Horst (2007): *Deutsche Version der Confusion Assessment Method (CAM) zur Diagnose eines Delirs*. In: *Psychosom Konsiliarpsychiatr* 1 (3), S. 224–228. DOI: 10.1007/s11800-007-0041-9.

Bartholomeyczik, Sabine; Halek, Margareta (Hg.) (2009): *Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen*. Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke. 2., völlig überarbeitete Auflage. Hannover: Schlütersche (Pflegebibliothek. Wittener Schriften). Online verfügbar unter <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=1793337>.

Referenzen

Schuurmans, Marieke J.; Shortridge-Baggett, Lillie M.; Duursma, Sijmen A. (2003a): The Delirium Observation Screening Scale: a screening instrument for delirium. In: sch inq nurs pract 17 (1), S. 31–50. DOI: 10.1891/rtnp.17.1.31.53169.

Ahmed, Suman; Leurent, Baptiste; Sampson, Elizabeth L. (2014): Risk factors for incident delirium among older people in acute hospital medical units: a systematic review and meta-analysis. In: Age and ageing 43 (3), S. 326–333. DOI: 10.1093/ageing/afu022.

Griffiths, Peter; Bridges, Jackie; Sheldon, Helen; Thompson, Rachel (2015): The role of the dementia specialist nurse in acute care: a scoping review. In: Journal of clinical nursing 24 (9-10), S. 1394–1405. DOI: 10.1111/jocn.12717.

Moser, Andrea; Fröhlich, Martin R.; Suter-Riederer, Susanne (2018): Pflegeexpertin APN als Schlüsselrolle im Delirmanagement. In: intensiv 26 (04), S. 183–188. DOI: 10.1055/A-0594-1828.

Hamric, Ann B.; Hanson, Charlene M.; Tracy, Mary Fran; O'Grady, Eileen T. (Hg.) (2019): Advanced practice nursing. An integrative approach. 6. Edition. St. Louis, Missouri: Elsevier.

üchi, Katharina; Tyndall, Rahel; Weibel, Lukas; Imhof, Romy Mahrer (2017): Bestens ausgerüstet. In: intensiv 25 (04), S. 172–177. DOI: 10.1055/s-0043-107767.

Zilezinski, Max; Lohrmann, Renée; Hauß, Armin; Bergjan, Manuela (2022): Weiterentwicklung und Inhaltsvalidierung eines Fragebogens zur Erfassung des Wissens über das Delir. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. DOI: 10.1007/s00391-022-02015-9

Danke fürs zuhören