

Konzept Delirmanagement Pflege Universitätsspital Basel

Kurzversion 1.0

Genehmigung Pflegemanagement-Konferenz (PMK): Version 1.0	22.1.2020
Jacqueline Martin, Leiterin Ressort Pflege/MTT Isabelle Gisler Ries, Fachbereichsleitung Pflege Chirurgie Susanne Knüppel Lauener, Leiterin Ab. Praxisentwicklung Pflege Anja Ulrich, Fachbereichsleitung Pflege Medizin Michael Wehrli, Fachbereichsleitung Pflege Med. Querschnittsfunktionen Bettina Steinle, Fachbereichsleitung Pflege Spezialkliniken	

Inhaltsverzeichnis

Beteiligte Personen	3
Umsetzung	3
Urheberrecht und Haftung	3
Ziel dieser Kurzversion	4
1 Vorgehensweise gem. dem Algorithmus zur Prävention, Screening und Behandlung von Delirien am USB (Abbildung 1)	4
2 Screening und Assessment	6
3 Evaluation der Ursachen von Unruhezuständen	6
4 Evidenzbasierte (EB) Multikomponenten Interventionen zur Prävention- und Behandlung von Delirien	7
5 Massnahmen der Delirbehandlung	8
5.1 Medikamentöse Begleittherapie	8
5.2 Delirmanagement bei spezifischen Patientengruppen	8
5.3 Prävention und Behandlung des Alkoholentzugs	8

Beteiligte Personen

Erarbeitet durch

Wolfgang Hasemann (Leitung Basler Demenz-Delirprogramm),

Mena Pretto (bis Ende 2018 Bereichsfachverantwortliche Chirurgie und APN) Akutgeriatrischer Konsildienst

Martina Hafner (stellvertretende Chefärztin Universitäre Altersmedizin Felix-Platter-Spital)

Bearbeitet von

Claudia Bitterlin (Studierende HF Pflege 2016)

Ressourcenpflegende Ressourcentag 2017

1. Vernehmlassung: APNs Akutgeriatrischer Konsildienst
F. Grossmann (Bereich Medizin), M. Pretto (Bereich Chirurgie)
2. Vernehmlassung: Bereichsfachverantwortliche und Leitung APE, Ressort Pflege/MTT
U. Barandun Schäfer (Bereich Querschnitt), C. Bläuer (Bereich Spezialkliniken),
F. Grossmann (Bereich Medizin), M. Pretto (Bereich Chirurgie), I.A. Frei (Pflege/MTT)
3. Vernehmlassung: Bereichsfachverantwortliche und Leitung APE, Ressort Pflege/MTT
U. Barandun Schäfer (Bereich Querschnitt), C. Bläuer (Bereich Spezialkliniken),
F. Grossmann (Bereich Medizin), S. Knüppel Lauener (Pflege/MTT)

Inkraftsetzung: Pflegemanagementkonferenz (PMK) USB

Umsetzung

Dieses Konzept wird basierend auf den neusten Erkenntnissen alle vier Jahre und bei neuer Evidenz durch die Leitung Programm Delirmanagement Pflege aktualisiert, und die Ergebnisse im Rahmen von Schulungen an die Anwenderinnen und Anwender weitergegeben.

Urheberrecht und Haftung

Die Unterlagen sind im Rahmen eines Auftrages für eine bestimmte Patientengruppe am Universitätsspital Basel entwickelt worden. Sie basieren auf fundierter Analyse der Patientensituationen, vertieftem Studium der Fachliteratur sowie der Auseinandersetzung mit dem lokalen Kontext. Bevor sie in einem anderen Spital zur Anwendung kommen, muss die Aktualität und die Tauglichkeit der Erkenntnisse und Empfehlungen vor Ort überprüft werden. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Bundesgesetzes über das Urheberrecht und verwandte Schutzrechte (SR 231.1). Eine Haftung oder Garantie für die Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit der zur Verfügung gestellten Informationen wird ausgeschlossen. Die Dokumente sind urheberrechtlich geschützt. Eine Verwendung der Informationen, insbesondere zur Publikation und/oder Weitergabe an Dritte ist ohne Zustimmung des Urhebers untersagt (Rechtsdienst USB, 2011). Geben Sie bei wörtlicher Zitierung sowie bei Verwendung von sinngemässen Textauszügen die Referenz wie folgt an:

Referenzierung: Ressort Pflege/MTT (Hrsg). (2019). Konzept Delirmanagement Pflege Universitätsspital Basel. Basel: Universitätsspital Basel

Ziel dieser Kurzversion

Diese Kurzversion fasst die zentralen Vorgehensweisen und Inhalte des Konzepts Pflegerisches Delirmanagement zusammen, damit die unmittelbare Konsultation des Vorgehens bei der Betreuung von Menschen mit einem Risiko für ein Delir oder mit einem vorhandenen Delir im klinischen Alltag vereinfacht ist. Um ein umfassendes Verständnis für die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Delir zu entwickeln, wird die Lektüre der Vollversion empfohlen.

Diese Kurzversion enthält:

- die Vorgehensweise gem. dem Algorithmus zur Prävention, Screening und Behandlung von Delirien am USB
- Hinweise zu Screening und Assessment
- die Evaluation der Ursachen von Unruhezuständen, Evidenzbasierte (EB) Multikomponenten Interventionen zur Prävention- und Behandlung von Delirien
- Massnahmen der Delirbehandlung
- Informationen zu Medikamentöse Begleittherapie, Delirmanagement bei spezifischen Patientengruppen, Prävention und Behandlung des Alkoholentzugs

1 Vorgehensweise gem. dem Algorithmus zur Prävention, Screening und Behandlung von Delirien am USB (Abbildung 1)

Patientinnen und Patienten ab 65 und intensivbehandlungspflichtige Patientinnen und Patienten jeden Alters werden systematisch mit den entsprechenden Screening Tools auf das Vorhandensein von Delirsymptomen eingeschätzt. Zur Prävention und werden evidenzbasierte Multi-Komponenten-Intervention durchgeführt. Diese werden auch während eines Delirs konsequent weitergeführt. Darüber hinaus müssen die Massnahmen der Delirbehandlung durchgeführt werden. Bevor eine medikamentöse Unruhereserve gegeben wird, sollten die Ursachen von Unruhezuständen eruiert werden.

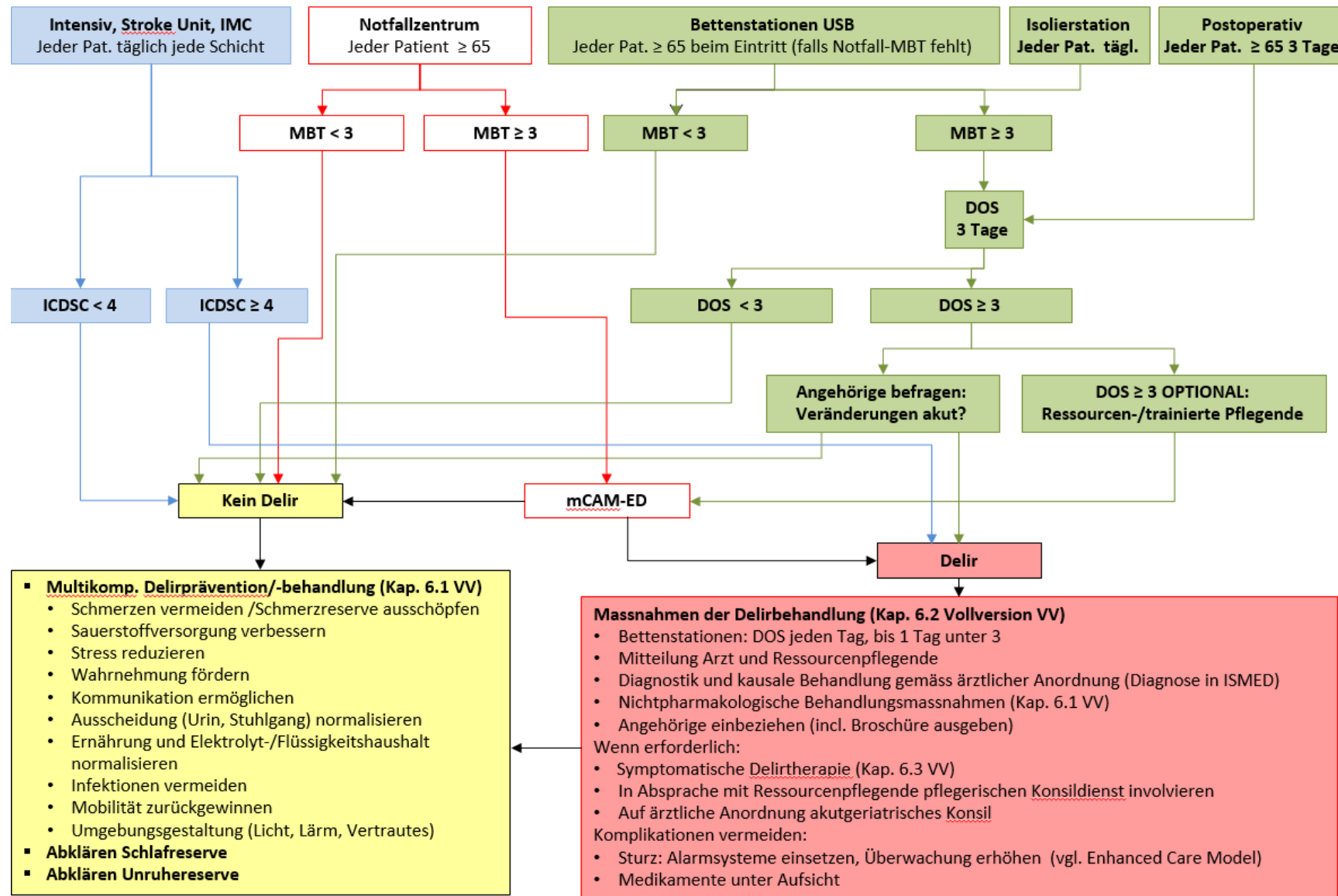


Abbildung 1: Algorithmus zur Prävention, Screening und Behandlung von Delirien am USB

2 Screening und Assessment

Es ist wichtig, den aktuellen kognitiven Zustand des Patienten zu kennen.

- Beim Eintritt: Monate Rückwärts (alle Bettenstationen und Notfall)
- Bettenstationen: DOS, Angehörigenbefragung
- Ressourcenpflegende und speziell trainierte Pflegefachpersonen: mCAM-ED
- Intensivstationen und Überwachungsstationen: ICDSC

3 Evaluation der Ursachen von Unruhezuständen

Bevor Haldol oder Quetiapin zur Behandlung von Unruhezuständen eingesetzt wird, gilt es, mögliche andere relevante Ursachen von Unruhe zu bedenken, bei denen die Gabe von Haldol oder Quetiapin nichts nützen würde.

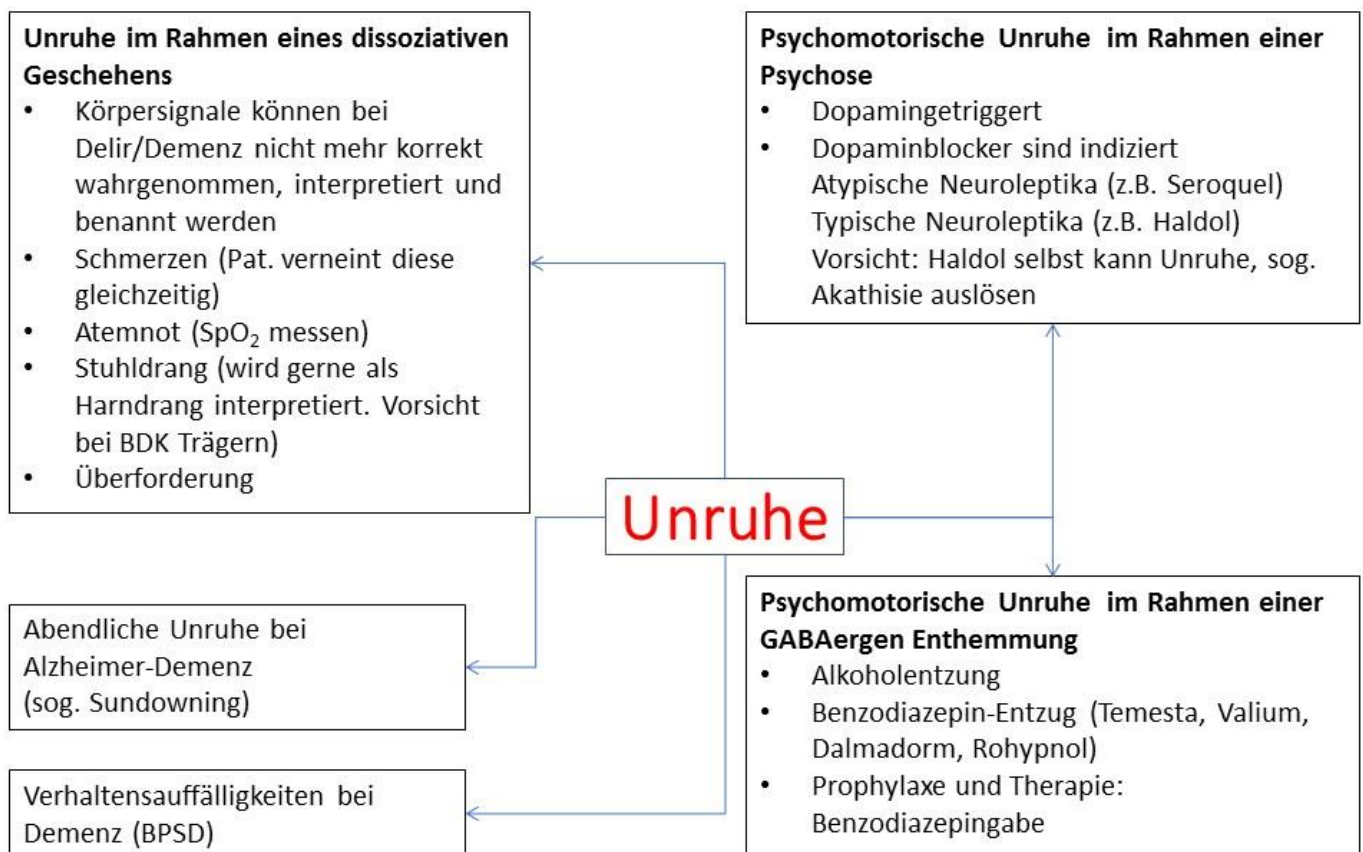


Abbildung 2: Mögliche Ursachen verschiedener Unruhezustände
Entnommen aus E. Savaskan & W. Hasemann (Eds.), 2017. S. 48

4 Evidenzbasierte (EB) Multikomponenten Interventionen zur Prävention- und Behandlung von Delirien

Personenzentrierte Prioritäten in der Prävention haben Vorrang.

- Schmerzen vermeiden/Schmerzreserve ausschöpfen, siehe auch «Konzept Schmerzmanagement», http://intranet/fileadmin/user_upload/res-pfl-mtt/wundmangement/schmerzkonzept/final_konzept_mit_merkblatt.pdf
- Sauerstoffversorgung verbessern
- Stress reduzieren
- Wahrnehmung fördern
- Kommunikation ermöglichen
- Ausscheidung (Urin, Stuhlgang) normalisieren
- Ernährung und Elektrolyt-/Flüssigkeitshaushalt normalisieren
- Infektionen vermeiden
- Mobilität zurückgewinnen
- Umgebungsgestaltung (Licht, Lärm, Vertrautes)
- Abklären Schlafreserve
- Abklären Unruhereserve
- Kognitives Assessment und die daraus resultierenden Konsequenzen, orientierende Massnahmen
- Austrittsmanagement
- Reduktion/Vermeidung invasiv-chirurgischer Massnahmen
- Einbezug und Anleitung der Angehörigen
- Abgabe der Broschüre «[Verwirrte Patientinnen und Patienten im Spital](#)», (elektronische Bestellung über SRM unter Q0717/9144914).

Darüber hinaus gilt es, Komplikationen vorzubeugen:

- Selbst- und Fremdgefährdung (Ziehen von Leitungen, Drainagen, Verletzung von Mitpatientinnen und Mitpatienten oder Mitarbeitende) vermeiden.
- Stürze vorbeugen: Benötigt es Alarmsysteme? Benötigt es eine Sitzwache? Müssen unter Aufsicht sogar Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FbM) eingesetzt werden? (siehe Minimalstandard Freiheitsbeschränkende Massnahmen, http://intranet/fileadmin/user_upload/dir/das_usb_regelwerk/4_patientenbehandlung_pflege/04_minimalstandard_freiheitsbeschraenkende_massnahmen.pdf). Hierzu regelt die Richtlinie «Enhanced Care» mit seiner Risikoeinschätzung und Massnahmen weitere Details, http://intranet/fileadmin/user_upload/res-pfl-mtt/interne_standards/rl_enhanced_care_2018.pdf.
- Übersiedierung vermeiden: Bei älteren Menschen hat sich bewährt, mit zentral wirkenden Medikamenten (Antipsychotika, Benzodiazepine, Opiate) in niedriger Dosierung und langsamer Steigerung zu beginnen.
- Mangelernährung, Exsikkose und Therapieuntreue vorbeugen: Die Dokumentation von Ernährung und Flüssigkeitszufuhr sowie die Medikamenteneinnahme unter Aufsicht sind Möglichkeiten, Komplikationen vorzubeugen, welche mit einem erhöhten Sterberisiko verbunden sind (vgl. Kap. 4.2 Vollversion).

5 Massnahmen der Delirbehandlung

Sobald ein Delir festgestellt wurde, gilt es, gezielte Behandlungsmassnahmen einzuleiten.

- Bettenstationen: DOS jeden Tag, bis 1 Tag unter 3
- Mitteilung Ärztin/Arzt und Ressourcenpflegende
- Diagnostik und kausale Behandlung gemäss ärztlicher Anordnung (Diagnose in ISMED)
- Evidenzbasierte Multikomponenten-Interventionen zur Prävention und Behandlung von Delirien
- Angehörige einbeziehen (inkl. Broschüre ausgeben)

Wenn erforderlich:

- Symptomatische Delirbehandlung
- In Absprache mit Ressourcenpflegenden: pflegerischen Konsildienst involvieren
- Auf ärztliche Anordnung: akutgeriatrisches Konsil
- Komplikationen vermeiden:
 - Sturz: Alarmsysteme einsetzen, Überwachung erhöhen (vgl. Enhanced Care Model)
 - Medikamente unter Aufsicht

5.1 Medikamentöse Begleittherapie

medStandard Delir

<http://www.medstandards.ch/notfallstandards/delir.php>

medStandard Delir pharmakologische Therapie

http://www.medstandards.ch/notfallstandards/delir_pharmakologische_therapie.php

5.2 Delirmanagement bei spezifischen Patientengruppen

Patientinnen und Patienten mit Schenkelhalsfraktur (Intranet: <http://anaintra.pomme>) und in der Palliativbehandlung haben gesonderte Regelungen (Siehe Anhang II Vollversion).

5.3 Prävention und Behandlung des Alkoholentzugs

medStandard Alkoholentzug

http://www.medstandards.ch/notfallstandards/alkoholentzug_symptomatische_therapie.php

Alkoholentzug: Assessment und symptomatische Therapie nach CIWA

http://www.medstandards.ch/notfallstandards/alkoholentzug_therapie.php