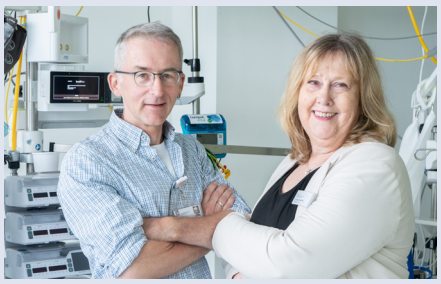
Newsletter-Intensiv

Für Euch gelesen



Liebe Kolleginnen und Kollegen,
in diesem November-Newsletter geht es um die neue SOP zum Delirmanagement im UKSH, die in Roxtra verfügbar ist.

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

Ziel und Geltungsbereich

Ziel der SOP zum Delirmanagement ist die Optimierung der Patientensicherheit, Versorgungsqualität, interprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit und Reduktion von Komplikationen. Diese SOP hat weiterhin zum Ziel, Mitarbeitenden praxisnahe Hilfen und Orientierung zum Delirmanagement zu geben. Diese SOP gilt für alle bettenführenden Bereiche der Standorte Kiel und Lübeck inklusive der Notaufnahmen und richtet sich an alle in der direkten medizinischen Versorgung tätigen Mitarbeitenden.

Die SOP wurde von einem interprofessionellen Team auf Pflegefachpersonen und Medizinern (Nydahl, Krotsetis, Chahdi und Seiler) und unter weiterer Mitarbeit vieler Pflegefachpersonen und Medizinerinnen und Medizinern einzelner Kliniken entwickelt und von der Pflegedirektion und vom Vorstand freigegeben. An dieser Stelle ein großes Dankeschön an alle Beteiligten! Die SOP versteht sich als Rahmen-SOP, d.h. dass einzelne Kliniken durchaus ihre eigenen, spezifischen Ansätze zum Delirmanagement weiterverfolgen können, grundsätzlich soll aber überhaupt ein Bewusstsein für Delirmanagement eingeführt werden. Die SOP ist ein „living document", d.h. sie wird regelmäßig überprüft und aktualisiert. Die Rückmeldungen von Euch zu der SOP sind daher wichtig und werden, wenn möglich in Aktualisierungen einfließen.

Die SOP

Umfasst mit Literatur, Anhang und Screeninginstrumenten insgesamt 45 Seiten. Neben einer allgemeinen Einführung werden spezifische Empfehlungen für bestimmte Bereiche gegeben, u.a. Intensivbereich, Notaufnahme, allgemeinen Stationen, Neurologie, Pädiatrie, Geriatrie und Palliativmedizin. Ein erfolgreiches Delirmanagement erfordert eine enge interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Medizin, Pflege, Therapie, Patientinnen, Patienten und Familien, wobei Verantwortlichkeiten klar definiert und kommuniziert werden. Durch transparente Kommunikation und Abstimmung im Team – etwa beim Screening, bei der Ursachenklärung, Therapie und Evaluation – kann eine strukturierte und wirksame Delirversorgung sichergestellt werden.

Delir

Ein Delir ist eine akute Störung der Aufmerksamkeit und Kognition infolge einer zerebralen Dysfunktion, die häufig bei Patientinnen und Patienten auftritt und durch fluktuierendes Bewusstsein, Desorientierung und Wahrnehmungsstörungen gekennzeichnet ist. Im Intensivbereich erleiden ca. 60% der Beatmeten, 40% der spontan atmenden Patientinnen und Patienten ein Delir. Da unbehandeltes Delir schwere Folgen wie verlängerte Hospitalisierung, Funktionsverlust und erhöhte Sterblichkeit verursacht, ist ein regelmäßiges Delir-Screening entscheidend, um Ursachen frühzeitig zu erkennen und das Ziel des Delirmanagements – wache, ansprechbare und therapiebeteiligte Patientinnen und Patienten – zu erreichen.

Die 7 Phasen des Delirmanagements

1 Delir überprüfen

Alle Patientinnen und Patienten werden regelmäßig auf das Vorliegen eines Delirs überprüft. Im Intensiv- und Intermediate-Care-Bereich erfolgt das Delir-Screening dreimal täglich mithilfe validierter Instrumente wie Nu-DESC, CAM-ICU oder ICDSC; in der Pädiatrie kommen SOS-PD oder CAPD zum Einsatz. Auf allgemeinen Stationen wird in den ersten drei Tagen nach der Aufnahme einmal täglich ein Screening mit Nu-DESC oder dem 6-Itemer durchgeführt, danach bei jeder Veränderung des Bewusstseinszustands. Bei einigen Patientinnen und Patienten ist eine Delirüberprüfung zeitweise oder dauerhaft nicht möglich, beispielsweise aufgrund von Sedierung, Koma oder Sprachstörungen nach Schlaganfall.

2 Delir erkennen

Wenn ein Delir festgestellt wird, steht die frühzeitige Erkennung und Behandlung im Mittelpunkt. Ein Delir äußert sich durch ein akutes Auftreten mit fluktuierendem Verlauf sowie durch Störungen der Aufmerksamkeit, des Denkens und des Schlafs. Häufig treten zudem Desorientierung, Halluzinationen, Unruhe oder Rückzug auf. Wird ein Delir-Screening positiv, wird die zuständige Medizinerin/Mediziner informiert und es erfolgt eine zeitnahe ärztliche Validierung nach DSM-V.

3 Ursachen identifizieren und behandeln

Diese können vielfältig sein – beispielsweise Schock, Infektionen, Hypoxie, Hypoperfusion, Elektrolytstörungen oder Dehydration. Auch medikamentöse Einflüsse wie Polypharmazie, Anticholinergika, Benzodiazepine oder Substanzentzug sowie neurologische Erkrankungen wie Schlaganfall, Epilepsie, Parkinson oder Enzephalitis können auslösend wirken. Weitere begünstigende Faktoren sind Immobilität, Schmerzen, Einsamkeit, Demenz, Verstopfung, Lärm oder ungünstige Lichtverhältnisse. Im Team werden die Ursachen identifiziert und dann die entsprechenden ausgewählt und umgesetzt.

4 Beziehung aufbauen

Eine wertschätzende, empathische Kommunikation schafft Vertrauen und Orientierung. Dabei ist sicherzustellen, dass Patientinnen und Patienten mit Brille, Hörgerät oder anderen Kommunikationshilfen ausgestattet sind. Aufklärung über die Symptome und eine aktive Einbindung in die Therapie fördern das Sicherheitsgefühl und die Mitarbeit.

5 Pflege-/therapeutische Maßnahmen

Zielen auf Aktivierung, Orientierung und Wohlbefinden. Dazu gehören frühe Mobilisierung, ausreichende Flüssigkeitszufuhr, regelmäßige Reorientierung, Nutzung von Seh-, Hör- und Mobilitätshilfen, kognitive Anregungen wie Lesen oder einfache Spiele sowie die Förderung eines stabilen Tag-/Nachtrhythmus anhand der individuellen Schlafgewohnheiten. Angehörige werden informiert und, wenn möglich, in die Betreuung einbezogen; erweiterte Besuchszeiten unterstützen diesen Ansatz.

6 Pharmakologische Symptombehandlung

Diese richtet sich nach ärztlicher Anordnung, Zielsetzung, Symptomausprägung, und pharmakologischen Nebenwirkungen und Interaktionen. Polypharmazie und anticholinerge Substanzen sollen vermieden werden. Zur Behandlung von Agitation können Melperon, Pipamperon, Quetiapin, Clonidin oder – bei Bedarf – Dexmedetomidin bei >65jährigen eingesetzt werden. Vegetative Symptome sprechen häufig auf Clonidin bei <65jährigen oder Dexmedetomidin an. Psychotische Symptome werden vorzugsweise mit Haloperidol oder Quetiapin behandelt, Angstzustände mit Lorazepam oder Diazepam, Schlafstörungen mit Melperon und Schmerzen nach Ursache. In der Pädiatrie kommen insbesondere Dexmedetomidin oder Clonidin sowie Chloralhydrat oder Levomepromazin zum Einsatz. Wichtig zu wissen: es gibt aktuelle keinen Wirkstoff, der ein Delir verhindert oder heilt!

7 Sicherheit verbessern

Zur Sicherheitsförderung werden Risiken wie Fixierung, Immobilität, Mangelernährung, das unbeabsichtigte Entfernen von Zugängen oder traumatisierende Erlebnisse möglichst vermieden. Ziel ist es, Stabilität, Orientierung und Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten zu wahren.

Verbreitung und Schulung

Wir bereiten nun die Verbreitung und Schulung zur SOP Delirmanagement vor. Dazu gehören Webinare, One-Minute-Wonder, Pocketcards und e-Kurse in der UKSH Akademie. Wir bieten in Kiel am 27.+28.3. + 22.5.2026 den DIVI-zertifizierten Delirkurs an, weitere Informationen gibt es auf der Website der Akademie. Wenn es Fragen gibt, stehen wir gerne zur Verfügung.