„Delirchampion“

Pawel.
Patientensicherheit. Wirtschaftlichkeit.
+ Lebensqualität.

„Patientensicherheit – Wirtschaftlichkeit – Lebensqualität“

STUTTGART

Pawel.
Patientensicherheit. Wirtschaftlichkeit.
+ Lebensqualität.

Klinikum Stuttgart

Modulübersicht/Stundenplan des Delirchampions

Tag 1:

Delir – Wiederholung und Vertiefung theoretischer Grundlagen	09.00 – 09.45
Den Menschen als Ganzes Betrachten	09.50 – 12.00
PAUSE	12.00 – 12.45
Angehörige als Experten	12.30 – 13.30
Kenntnis der Person einschließlich Fallvignette	13.45 – 16.30

Modulübersicht/Stundenplan des Delirchampions

Tag 2:

Besprechung der Fallvignette	09.00 – 09.30
Delirprävention – Vorstellung von AKTIVER, CHOPS	09.30 – 11.00
Vorstellung der „Leitlinie Alterstraumatologie“	11.15 – 12.00
PAUSE	12.00 – 12.45
Schmerzen bei Demenz	12.45 – 14.15
Umgebungsgestaltung	14.30 – 15.15
Freiheitsentziehende Maßnahmen – Rechtlicher Hintergrund	15.20 - 16.00
Vorbesprechung Hospitation – „Mein Ziel“	16.00 – 16.30

Delir-
Wiederholung und Vertiefung theoretischer Grundlagen

STUTTGART

Pawel.
Patientensicherheit. Wirtschaftlichkeit. Lebensqualität.

Klinikum Stuttgart

Delir – eine kurze Wiederholung ...

- Definition?
- Kernkriterien?
- Wie diagnostiziere ich ein Delir?
- Häufige zusätzliche Symptome?
- Mögliche Komplikationen?

Entstehungsmechanismen

- Reduktion des oxidativen Hirnstoffwechsels mit Endotheldysfunktion und Veränderungen der Blut-Hirn-Schranke
- Veränderungen des Neurotransmittergleichgewichts: cholinerg-dopaminerge Dysbalance
- Störungen des GABAergen Systems sowie des serotonergen, melatonergen, serotonergen, noradrenergen, glutamatergen System
- Dysfunktion der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse
- Aktivierung des Zytokinsystems
- Immunologische Prozesse
- Möglicherweise erhöhter oxidativer Stress (freie Radikale und mitochondriale Dysfunktion)
- Fokale Hirnschädigungen

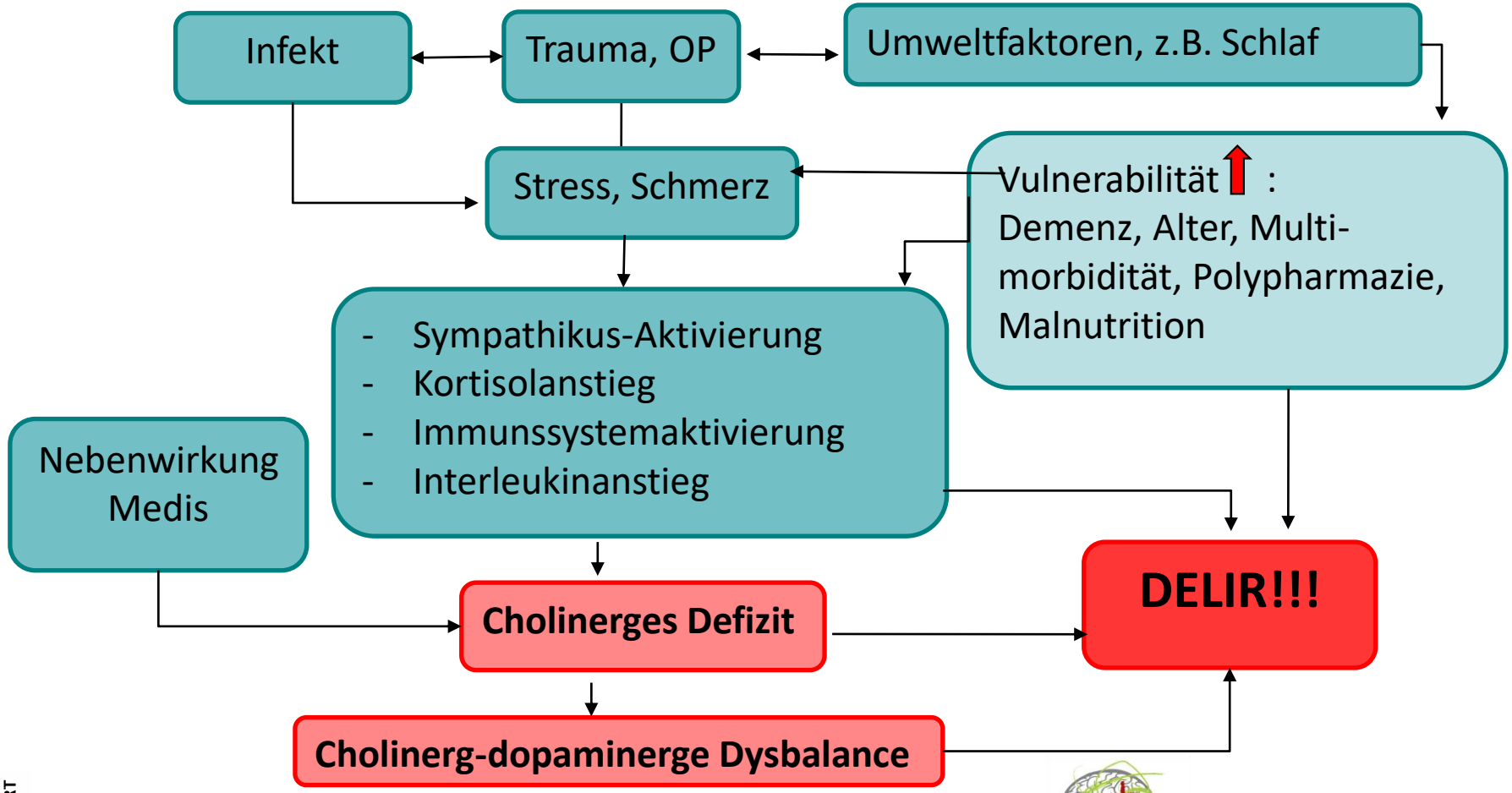
(vgl. Delir beim alten Menschen. Hewer, Thomas, Drach)

Entstehungsmechanismen

- Reduktion des **oxidativen Hirnstoffwechsels** mit Endotheldysfunktion und Veränderungen der Blut-Hirn-Schranke
- Veränderungen des Neurotransmittergleichgewichts: **cholinerg-dopaminerge Dysbalance**
- **Störungen des GABAergen Systems sowie des serotonergen, melatonergen, serotonergen, noradrenergen, glutamatergen System**
- Dysfunktion der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse
- Aktivierung des Zytokinsystems
- Immunologische Prozesse
- Möglicherweise erhöhter oxidativer Stress (freie Radikale und mitochondriale Dysfunktion)
- **Fokale Hirnschädigungen**

(vgl. Delir beim alten Menschen. Hewer, Thomas, Drach)

Modell zur Pathophysiologie des Delirs



Modifiziert nach PD C. Thomas

Metabolisierungsfunktion im Alter

- Verringerung des Blutflusses in Leber (und Nieren) durch
  - Geringeres Herzzeitvolumen
  - Gefäßveränderungen
  - Abnahme der Organgröße

→Abnahme der Enzymaktivität

→Verlängerte Verweildauer u. Toxizität

→ Verzögerte Transformation in aktive Metaboliten

→ Erhöhte Bioverfügbarkeit bei vermindertem First-pass-Effekt

Verteilung der Pharmaka im Alter

- **Reduzierte Körpermasse** ⇓
  - Relativ erhöhter Anteil an Fettgewebe
  - Lipophile Meds sind verlängert wirksam und akkumulieren
  - Reduzierte Muskelmasse → Crea
- **Reduziertes Flüssigkeitsvolumen** ⇓
  - Hydrophile Meds wirken kürzer
- **Plasmaproteinreduktion** ⇓
  - Freier Anteil steigt, Med.spiegel

    (Plasmaspiegel messen Gesamtanteil)

Vermeidung von potentiell inadäquaten Arzneimitteln

Bspw. anticholinerge Medikamente

- Atropin, Scopolamin
- Antihistaminika
- Parkinson-Medikamente
- Spasmolytika
- Antidepressiva
- Neuroleptika insb. Atosil u.ä.
- Benzodiazepine insb. Langwirksame und lipophile
- Zentr. Antihypertensiva
- Digitalis
- Antibiotika
- Kortikoide
- Opioide
- Antikonvulsiva
- Urologika



start low - go slow! (but go!) – and stop!

Listen von potenziell inadäquaten Arzneimitteln für Ältere



ORIGINALARBEIT

Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste

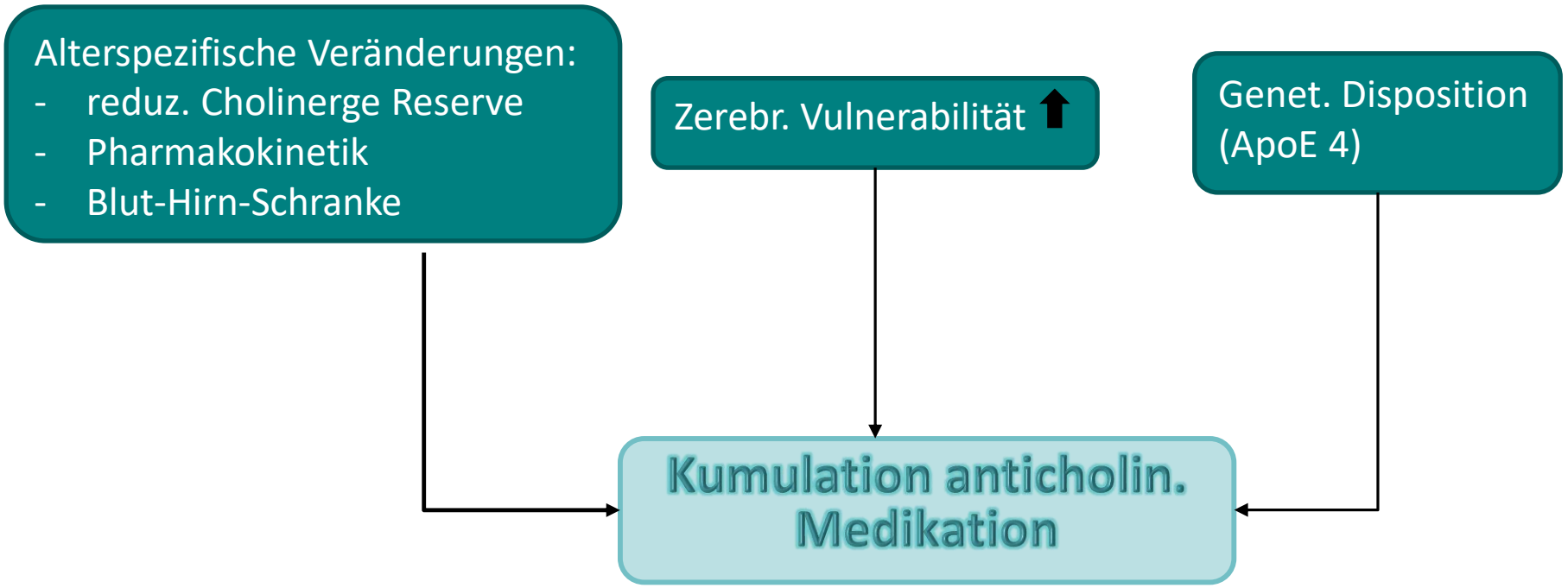
Zitierweise: Dtsch Arztebl Int 2010; 107(31–32): 543–51
DOI: 10.3238/arztebl.2010.0543

Alexandra M. Kuhn-Thiel1, Christel Weiß2, Martin Wehling1
1Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie, Zentrum für Gerontopharmakologie, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg 2Abteilung für Medizinische Statistik, Biomathematik und Informationsverarbeitung, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg

A: im Alter in großen Studien geprüft, positive Nutzen- / Risiken-Daten
B: Wirksamkeit bei Älteren, Einschränkungen bei Wirkung o. Sicherheit
C: fragwürdige Nutzen- / Risikoanalyse für ältere Patienten
D: bei Älteren zu vermeiden

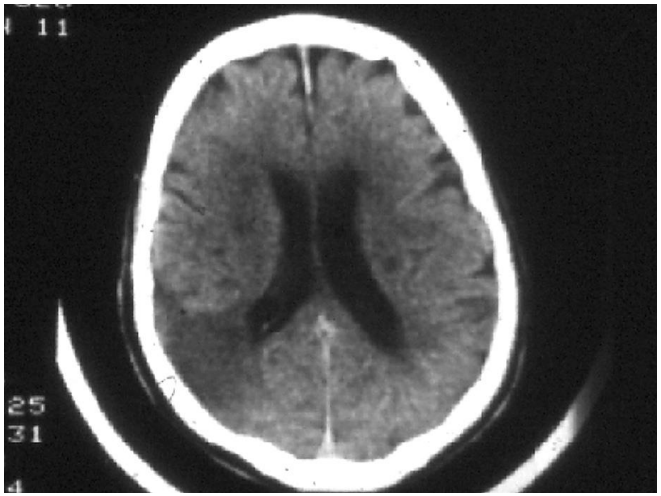
C & D entsprechen im Wesentlichen der Beers-Liste
Nach Wehling kein Psychopharmakon in Klasse A !

Konzept der „anticholinergic burden“



Delir nach cerebralen Insult

- diskutiert wird ein vermehrtes Auftreten von Delirien bei Schädigungen ...
  - Präfrontaler Kortex
  - Rechte Hemisphäre (insbes. Parietallappen)
  - Subkortikale Kerne (Thalamus, Ncl. Caudatus rechts)



Ischämischer Infarkt rechts parietookzipital bei einer 83-jährigen Patientin. Die alleinlebende Patientin wurde wegen eines Delirs auf eine psychiatrische Station aufgenommen; fokale neurologische Symptome bestanden nicht.

aus “Delir des alten Menschen“. Lutz, Thomas, Drach, Kohlhammer 2016

Pawel. Patientensicherheit. Wirtschaftlichkeit. Lebensqualität.
Klinikum Stuttgart

Schlaganfall und/oder Delir ????

- Das eine schließt das andere nicht aus!
- Schlaganfall als mögliche Ursache des Delirs
- 40% der Delirien sind im Alter multifaktoriell (auch an Aspirationspneumonie u.a. Infekte denken)
- Erhöhte Mortalität nach Schlaganfall mit komorbidem Delir: OR 4,7 (Shi et al. 2012), OR 2,0 (Oldenbeuving et al. 2011)
- Bei 11,8% Delir innerhalb der ersten Woche (Oldenbeuving et al. 2011)

Primäre Delirprophylaxe -
Einfluss täglicher Aktivitäten

- Delirrisiko bei regelmäßiger Aktivierung geringer
- Körperliche Aktivierung hat den höchsten Effekt
- Soziale Bezüge sind wichtig
- Regelmäßige Aktivitäten sind Mediatoren der bildungsbedingten Risikoreduktion
- Schlafstörungen sind ein unabhängiger Risikofaktor (Todd et al 2017)

➢ Die Regeln des „erfolgreichen Altern“ reduzieren auch das Delirrisiko

Table 3. Cumulative Risk for Delirium for Activity Items (N = 779)

Activity	Model 1 Individual Activity Items with Control Variables†	Model 2 All Activity Items with Control Variables‡
	Odds Ratio (95% Confidence Interval)	
Exercise regularly	0.72 (0.58–0.91)**	0.76 (0.60–0.96)*
Work in garden or yard	0.99 (0.75–1.29)	1.07 (0.81–1.43)
Work at a hobby	0.90 (0.71–1.14)	0.94 (0.74–1.20)
Go out for entertainment	0.88 (0.67–1.16)	1.07 (0.80–1.45)
Read books, magazines, or newspapers	0.77 (0.59–1.00)*	0.81 (0.62–1.06)
Work at a job (paid or unpaid)	0.79 (0.57–1.09)	0.83 (0.59–1.17)
Play cards, games, or bingo	0.85 (0.65–1.11)	0.88 (0.66–1.17)
Go to religious services or activities	0.86 (0.63–1.17)	0.97 (0.70–1.34)
Visit relatives or friends	0.71 (0.53–0.93)*	0.74 (0.54–1.03)
Participate in any group	1.05 (0.78–1.41)	1.27 (0.92–1.77)
Education, years		0.95 (0.89–1.00)
Sex (reference: male)		1.13 (0.74–1.72)
Age		1.02 (0.99–1.05)
Charlson comorbidity score		1.43 (1.02–1.99)*

*$P < .05$; **$P < .01$.

Yang 2008

Mit freundlicher Genehmigung von PD Dr. C. Thomas

Weitere Aspekte der Risikoreduktion bzw. Delirprävention

- Schlafförderung – Schlafhygiene! (wenn nicht-medikamentöse Schlafunterstützung nicht ausreichend, dann mit med. Unterstützung z.B. Pipamperon, Melperon)
- Suffiziente Schmerzbehandlung
- Reduktion der individuellen Vulnerabilität (Milieuoptimierung, Aktivierung, Hilfsmittel)
- Optimierung der prä-operativen Situation (Flüssigkeit → Verbesserung der renalen Clearance, Stress)

Medikamentöse Delirprävention?

α2-Rezeptor-Agonisten:

- Dexmedetomidin (Dextor®)
  - ✓ Hoch selektiv
  - ✓ Sedierende, analgetische und anxiolytische Wirkung
  - ✓ Seit September 2011 in Europa zugelassen
  - ✓ Sedierungsziel: mit Propofol und Midazolam gleichwertig
  - ✓ Prävalenz, Dauer und Schwere von Delirien deutlich geringer
  - ✓ Kein Einfluss auf die intensivmed. Verweildauer
  - ✓ Therapiekosten 5-mal höher als bei Propofol

Vgl. Der Anästhesit, August 2013, Volume 62, Issue 8, pp 661-674

Medikamentöse Delirprävention?

α2-Rezeptor-Agonisten:

- Effekte konnten nicht für weniger selektiven α2-Agonisten Clonidin gezeigt werden

- Dexmedetomidin kombiniert mit einem Opioid konnte eine sichere und effektive Therapie darstellen, die den Verbrauch an Opioiden reduziert hat

Vgl. S3-Leitlinie: Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin (DAS-Leitlinie 2015)

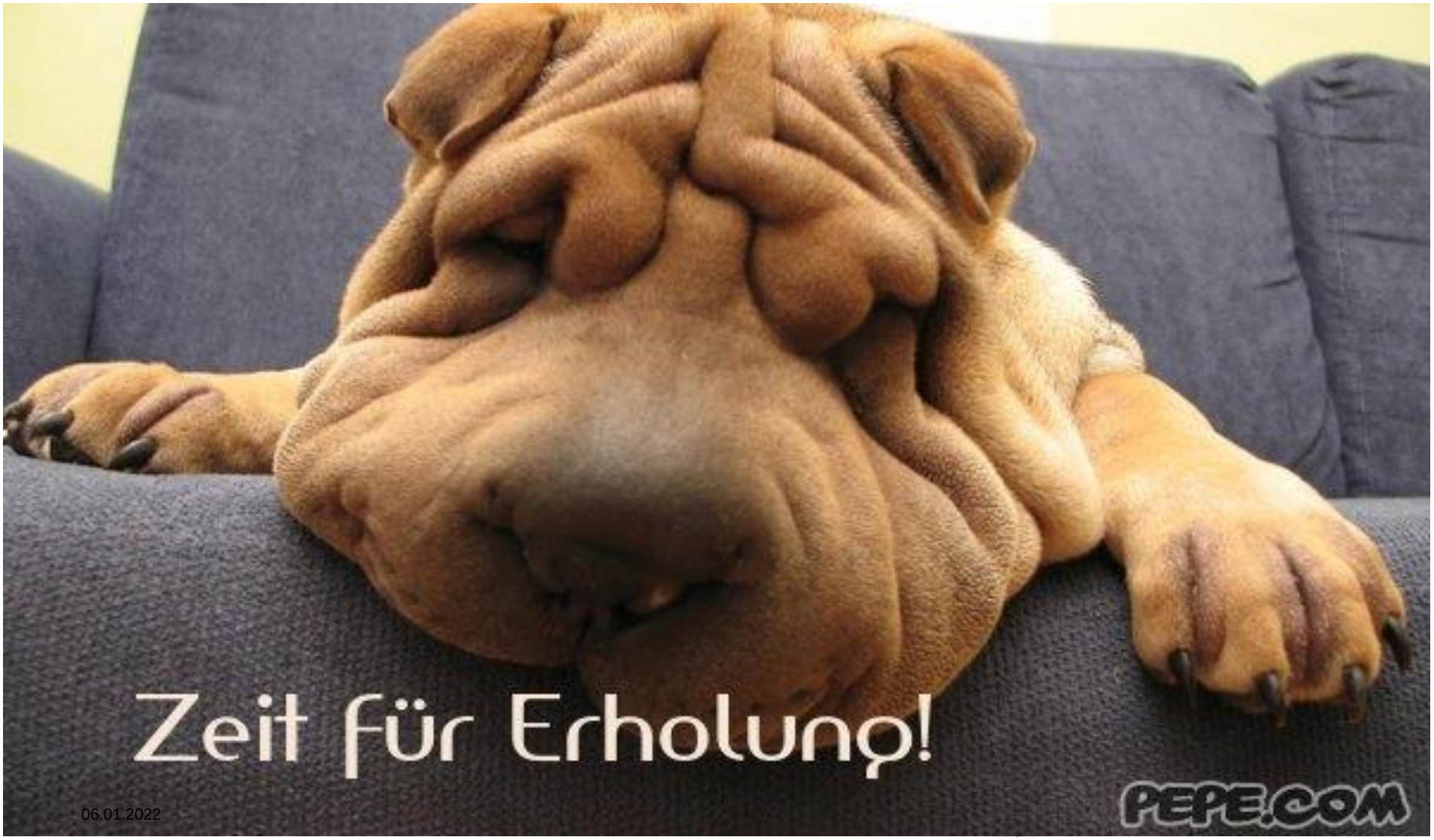
Medikamentöse Delirprävention?

- Haloperidol 1,5 mg/d vor Hüft-Op, n=450
  - Delirdauer reduziert, nicht Inzidenz (Kalisvaart 2008)
- Haloperidol (1,7 mg/ 12h) post-op.

  auf der ICU, n=457
  - Delirinzidenz um 40% reduziert (Wang 2012)

→ Im Einzelfall (z.B. bei Z.n. Delir in der Anamnese) möglich im Rahmen einer OP

PAUSE!!!



Den Menschen als Ganzes verstehen

STUTTGART

Pawel.
Patientensicherheit. Wirtschaftlichkeit. Lebensqualität.

Klinikum Stuttgart

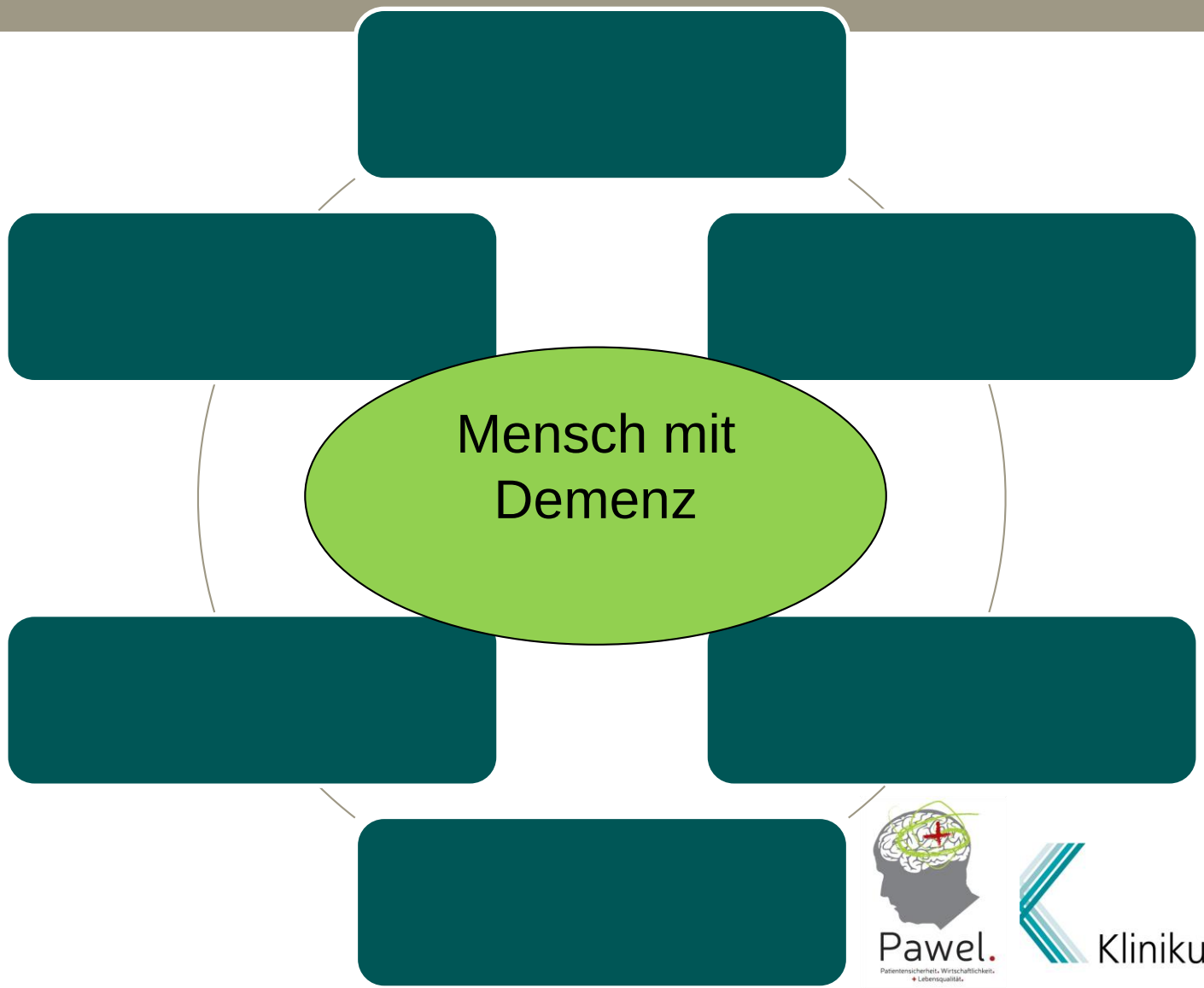

gesehen auf
http://www.Lachmeister.de
help people get back to everyday life as quick as possible.
suvaCare


© fotolia

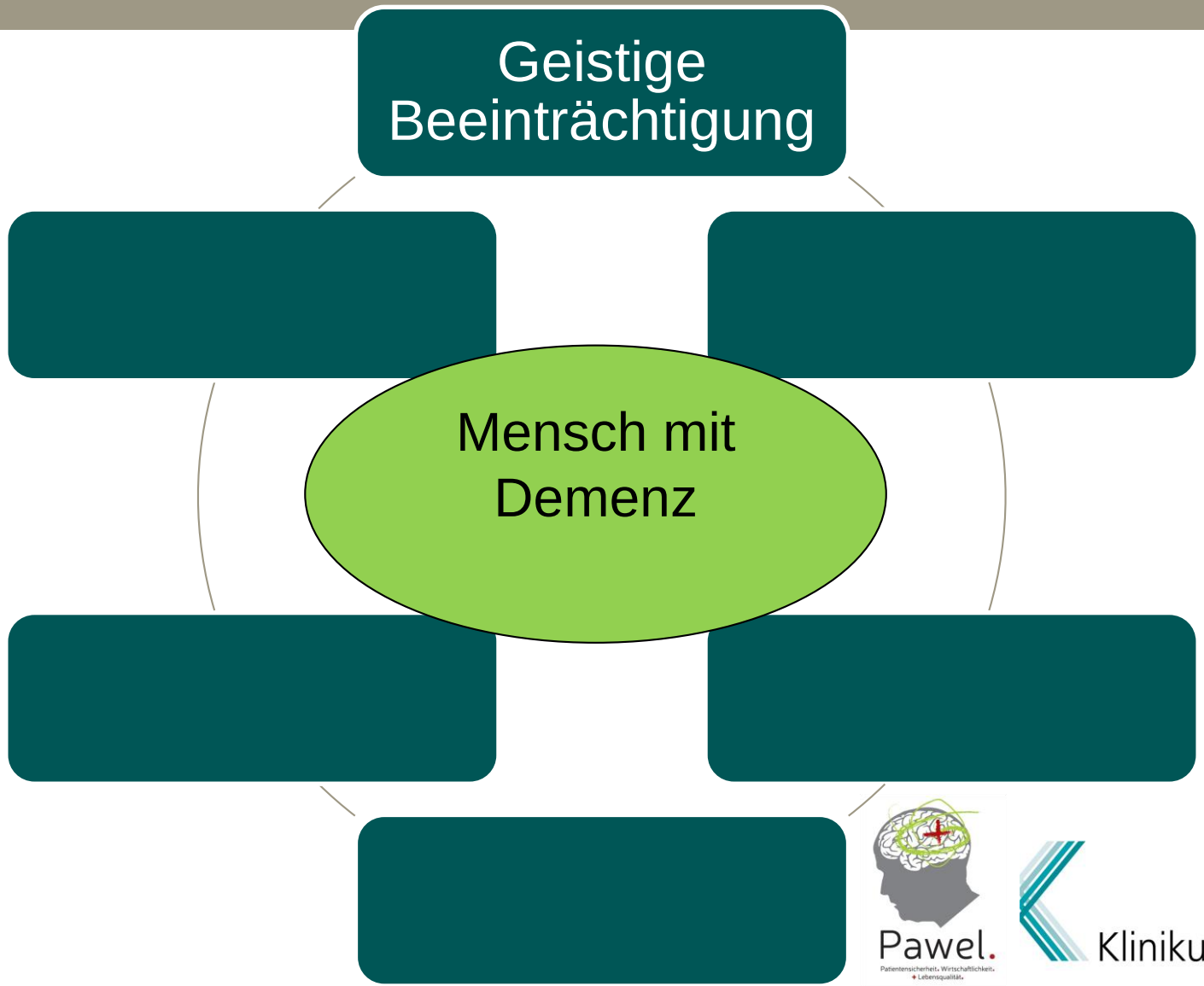




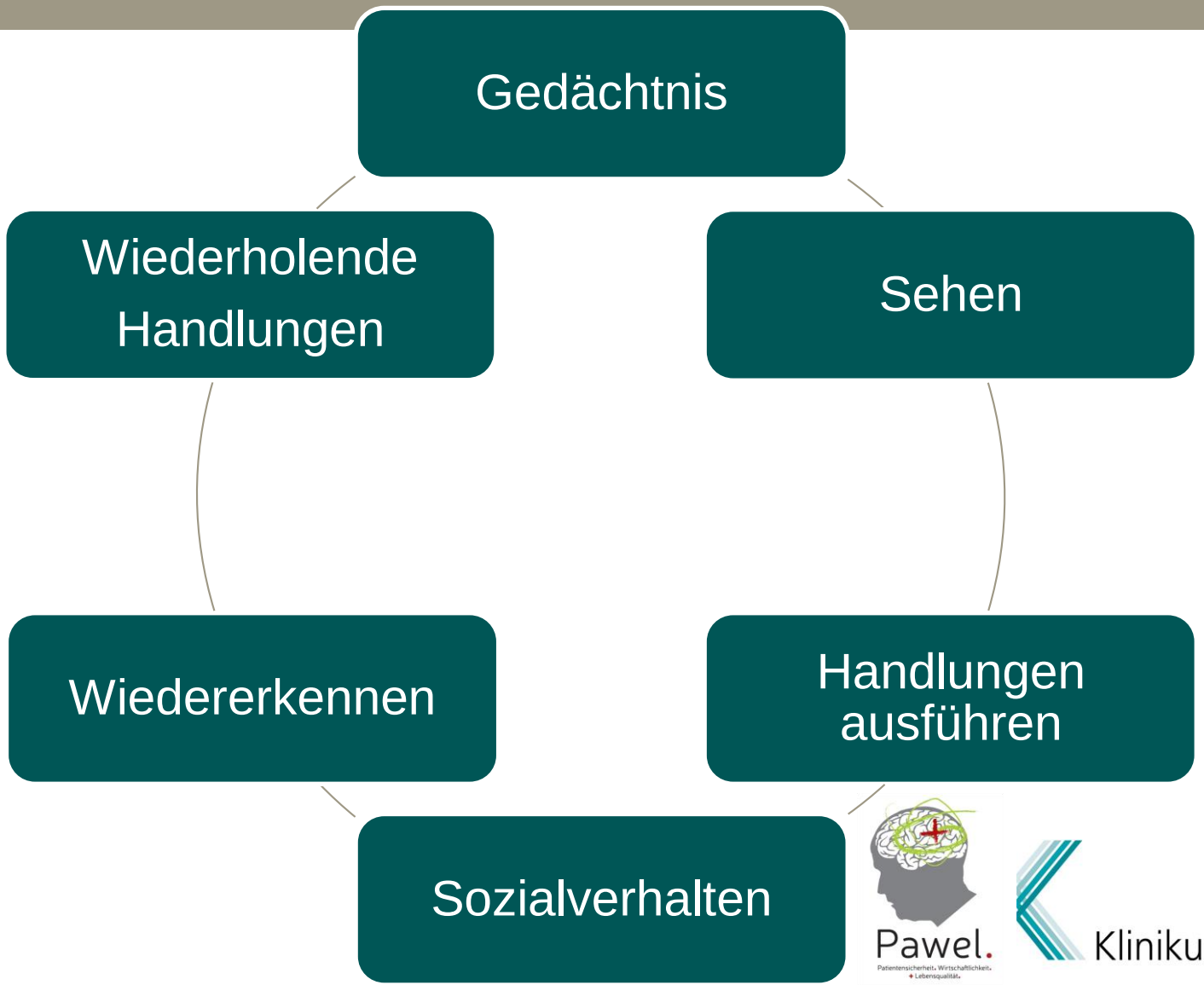
Welche Faktoren beeinflussen den Menschen mit Demenz im Krankenhaus?



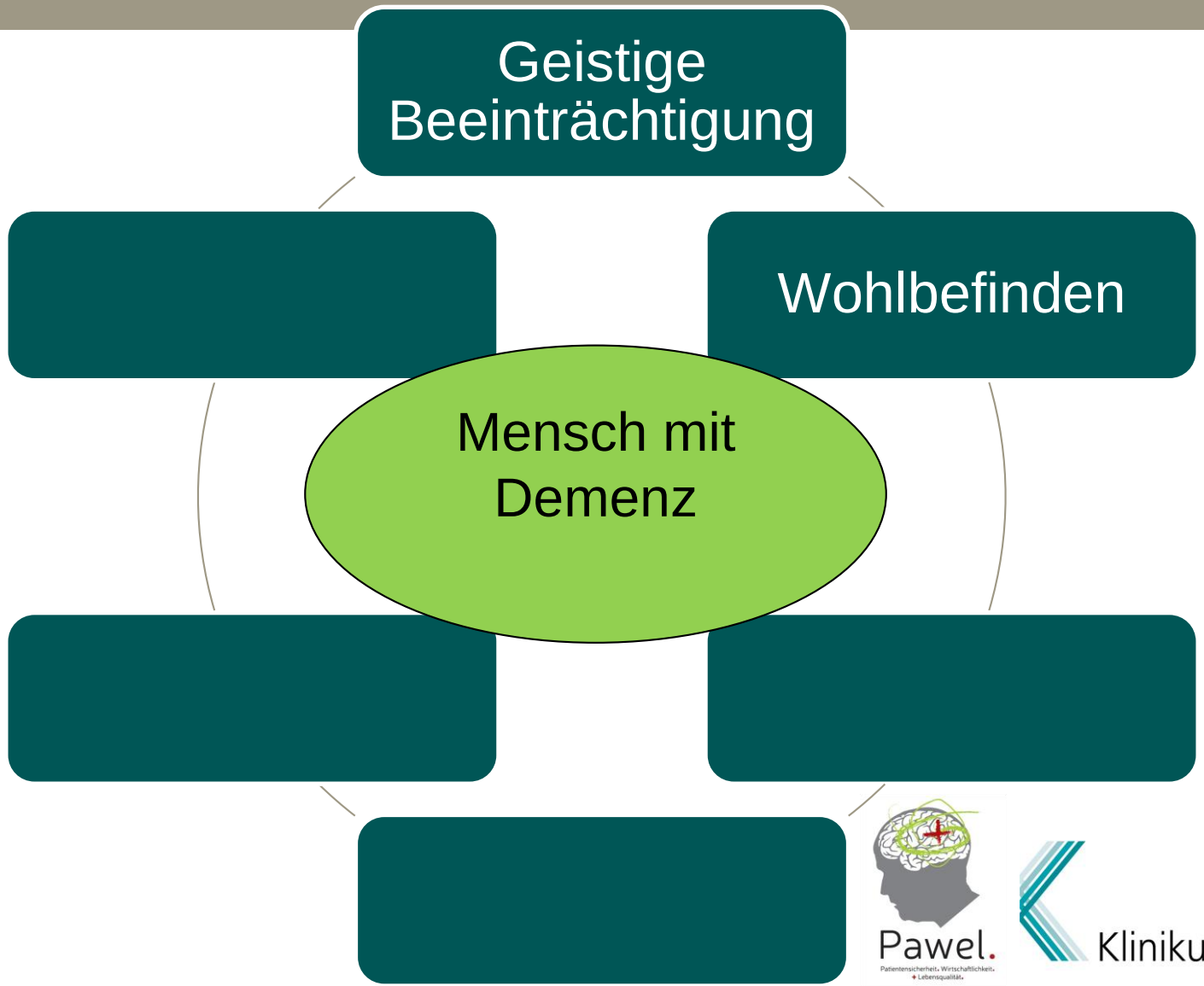
Welche Faktoren beeinflussen den Menschen mit Demenz im Krankenhaus?



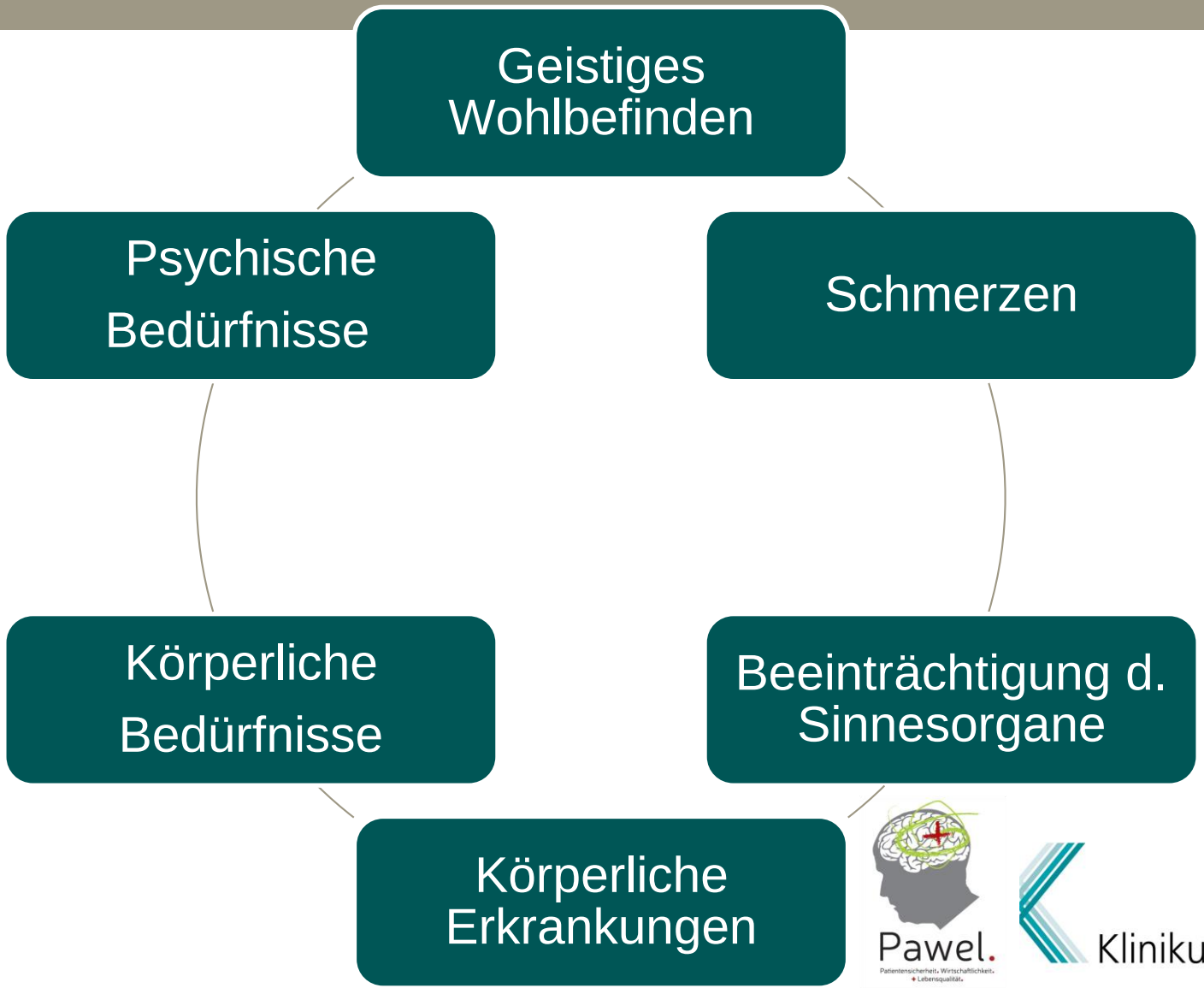
Faktor: Geistige Beeinträchtigung



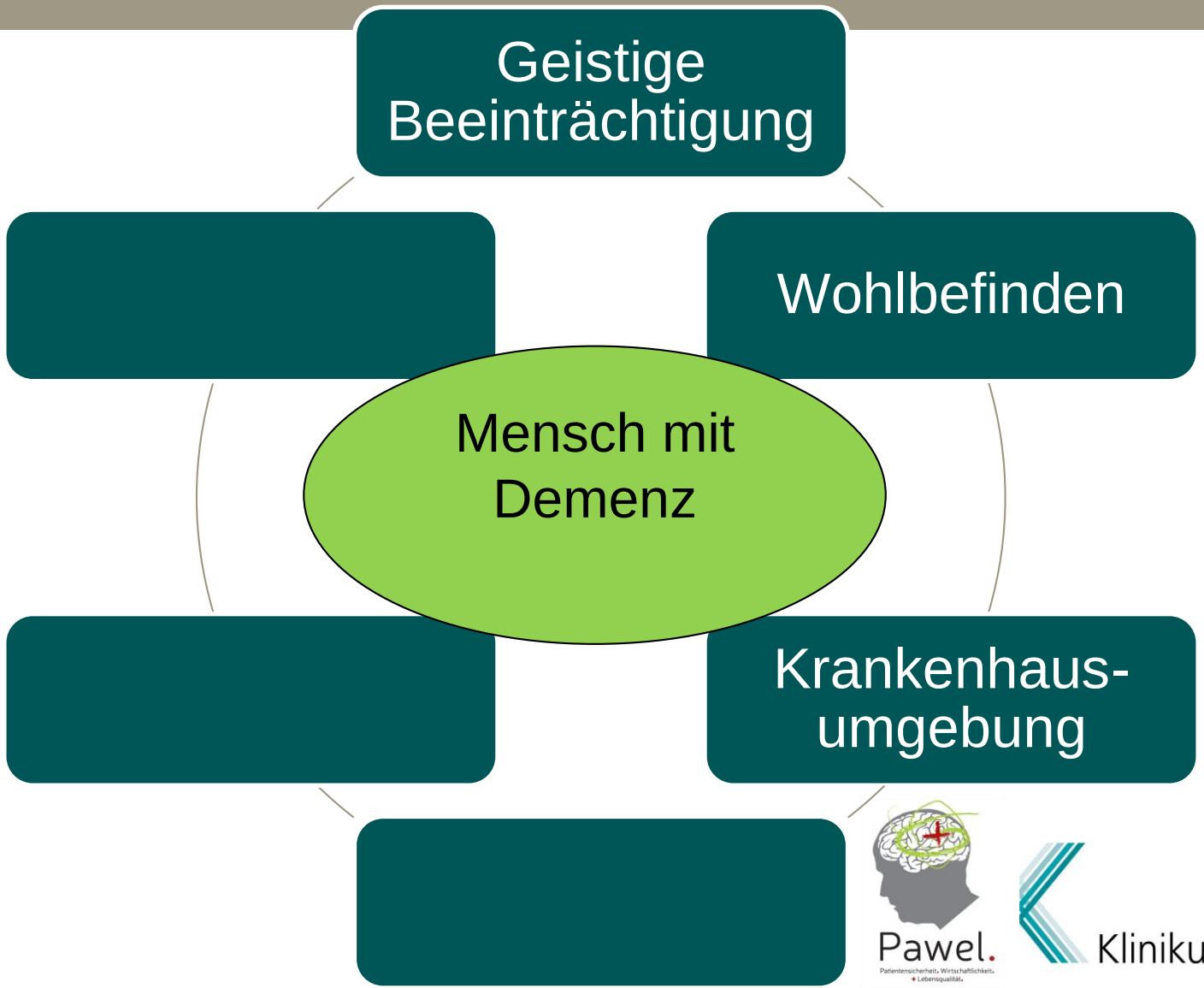
Welche Faktoren beeinflussen den Menschen mit Demenz im Krankenhaus?



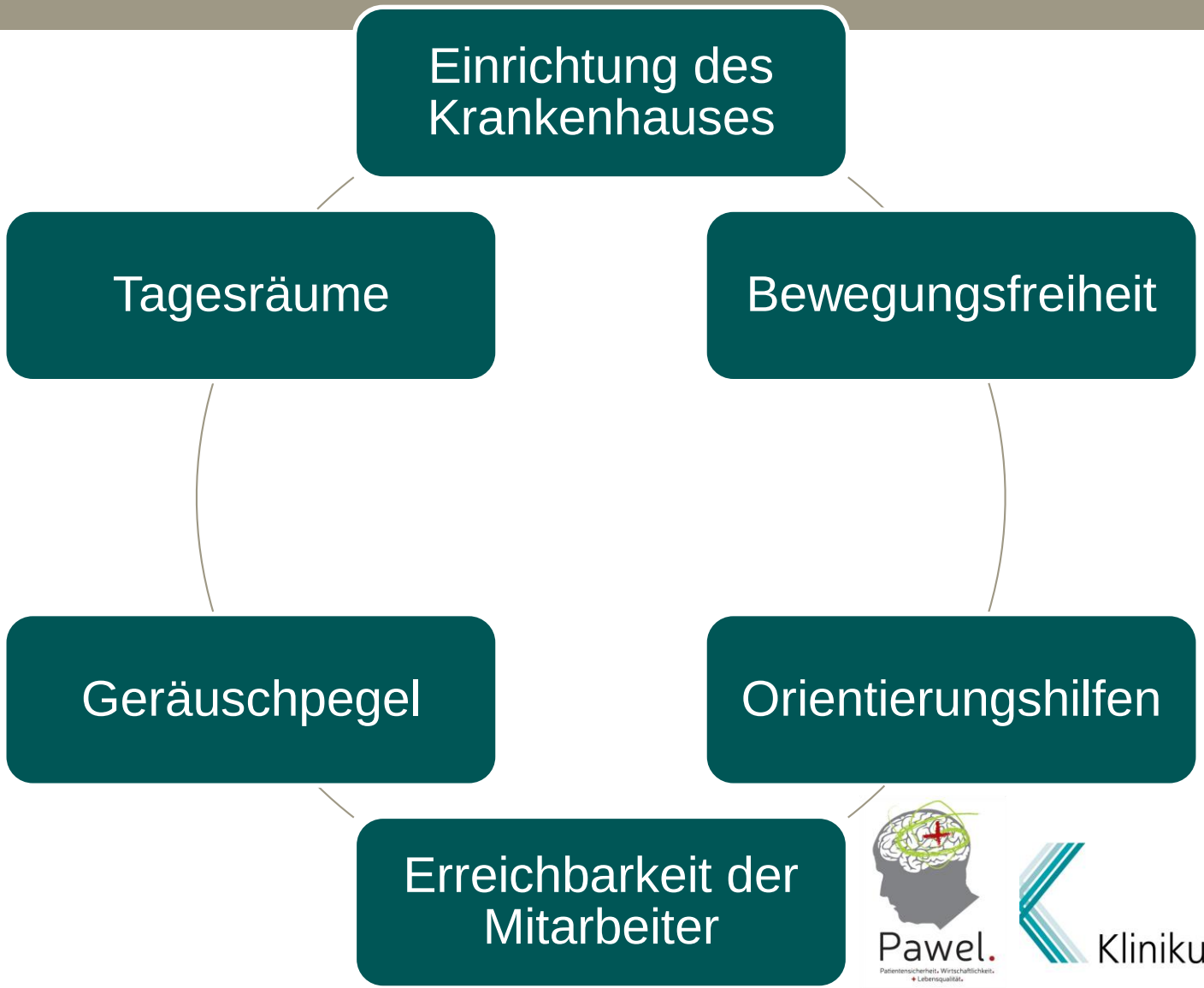
Faktor: Wohlbefinden



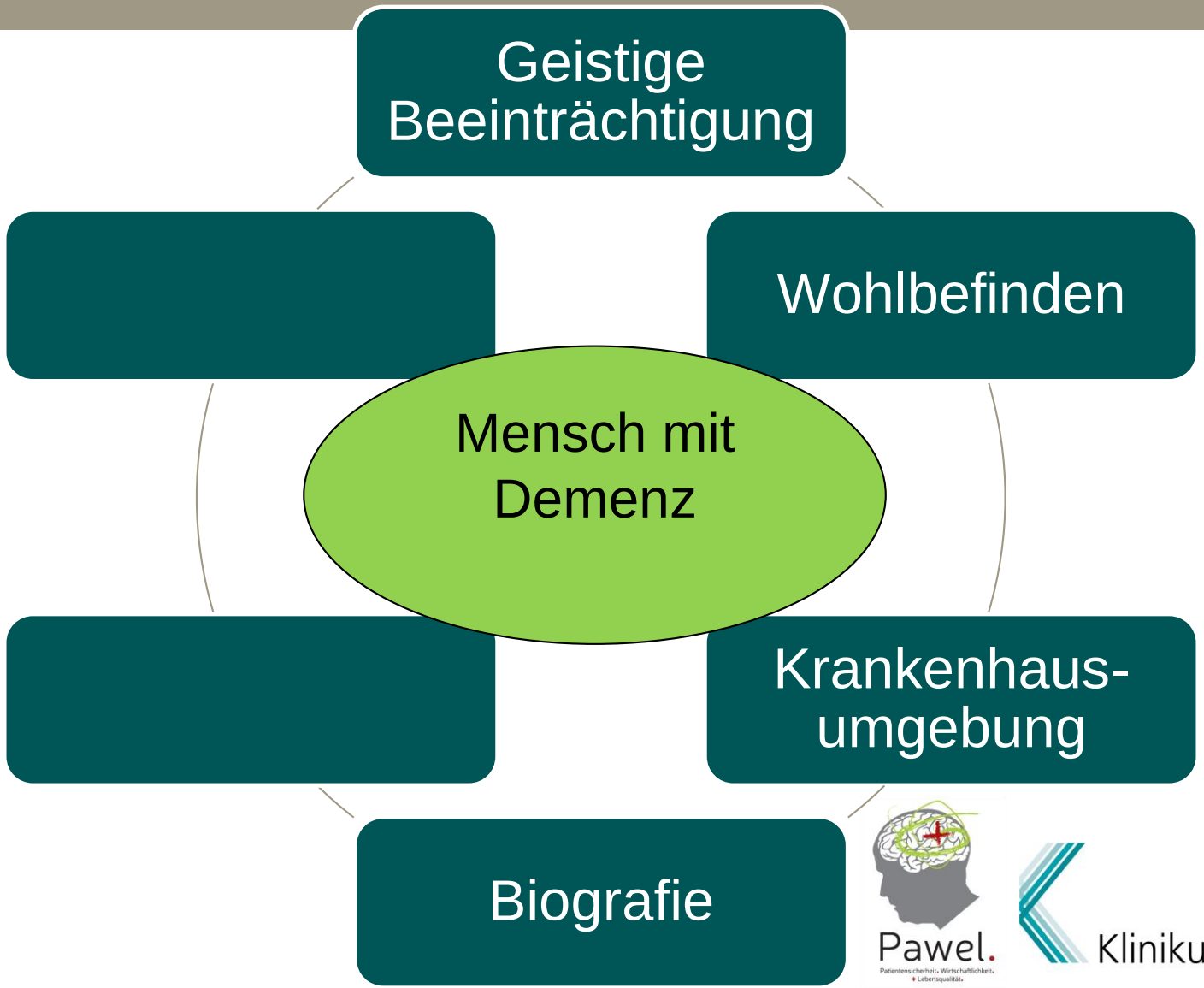
Welche Faktoren beeinflussen den Menschen mit Demenz im Krankenhaus?



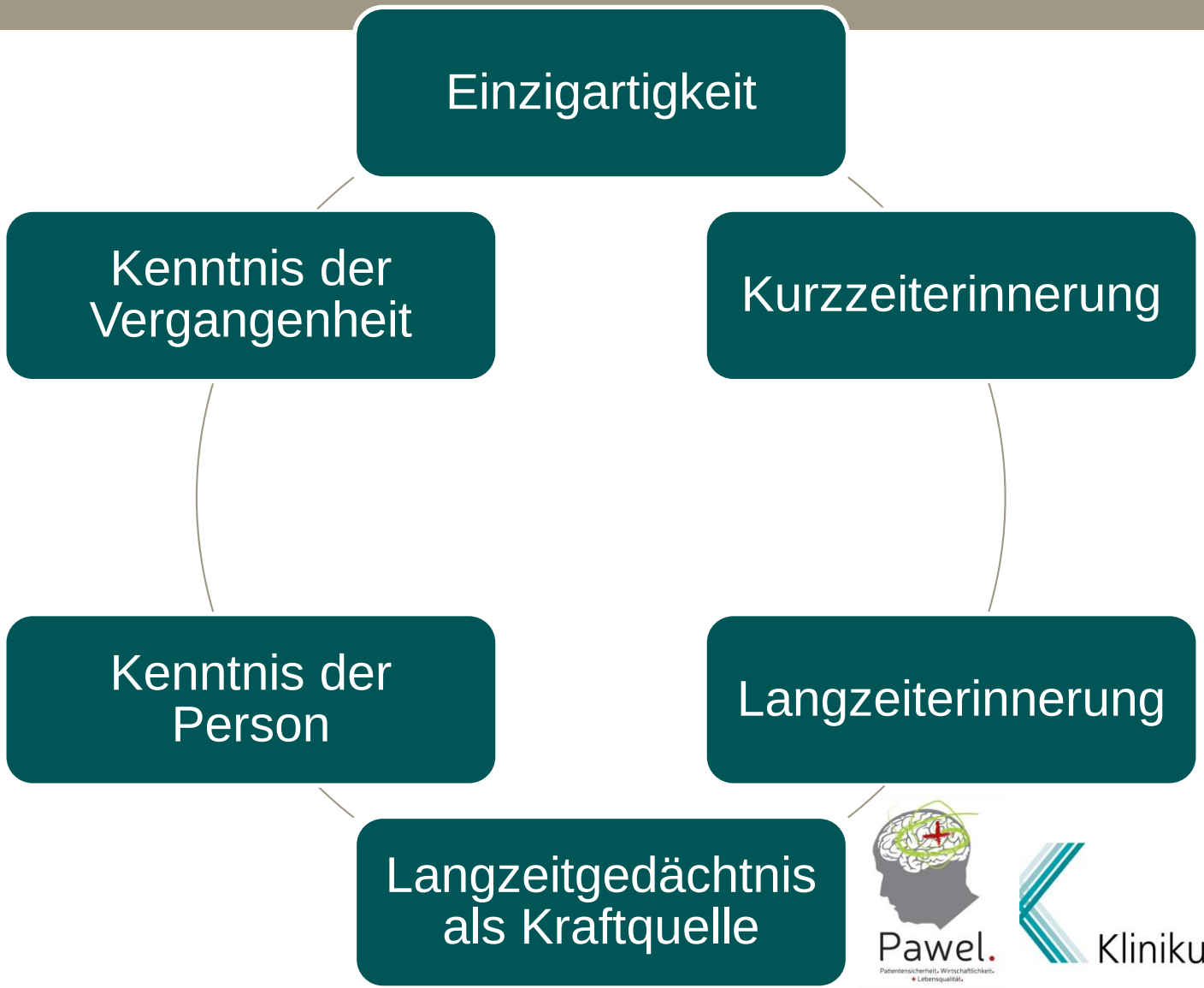
Faktor: Krankenhausumgebung



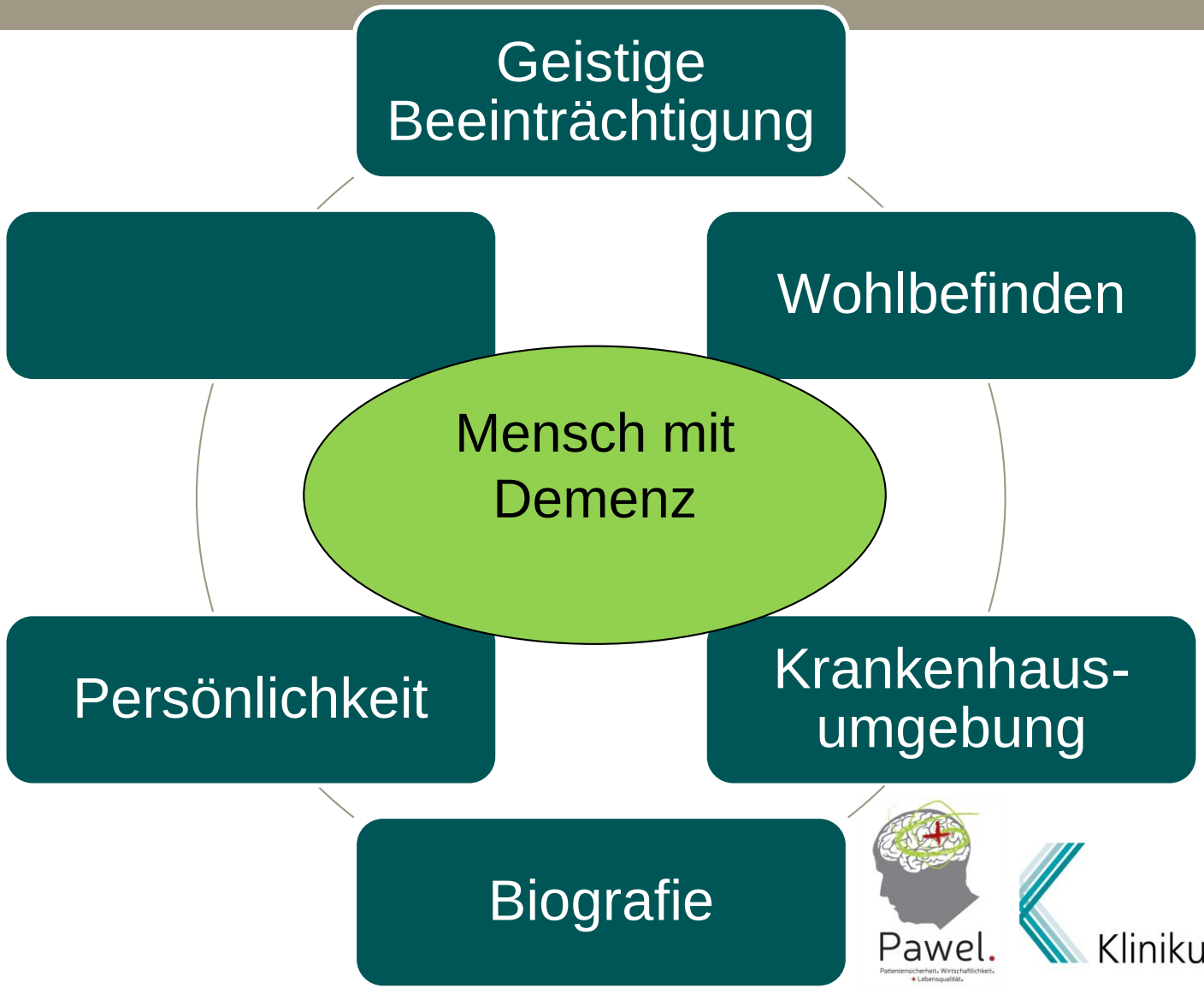
Welche Faktoren beeinflussen den Menschen mit Demenz im Krankenhaus?



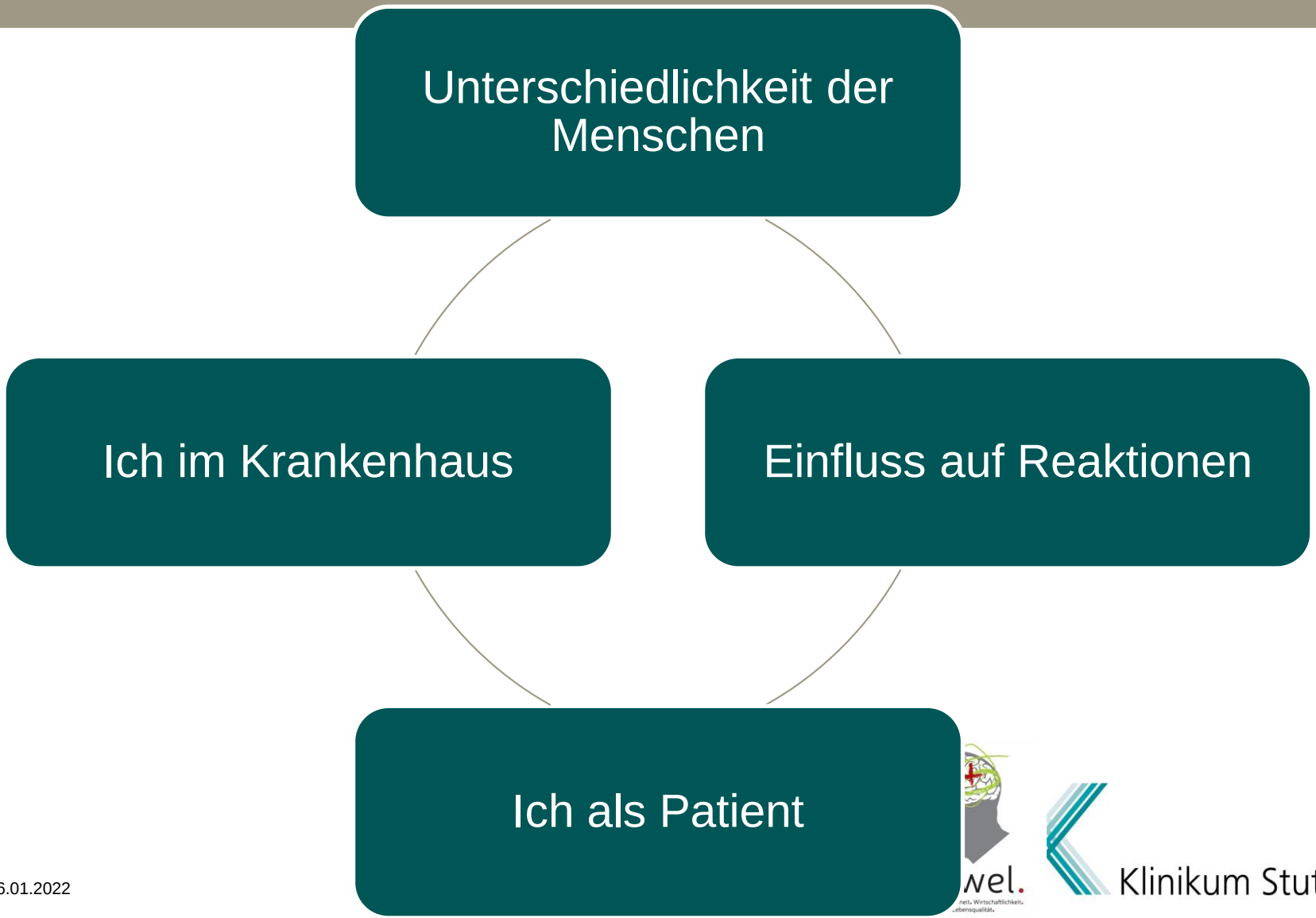
Faktor: Biografie



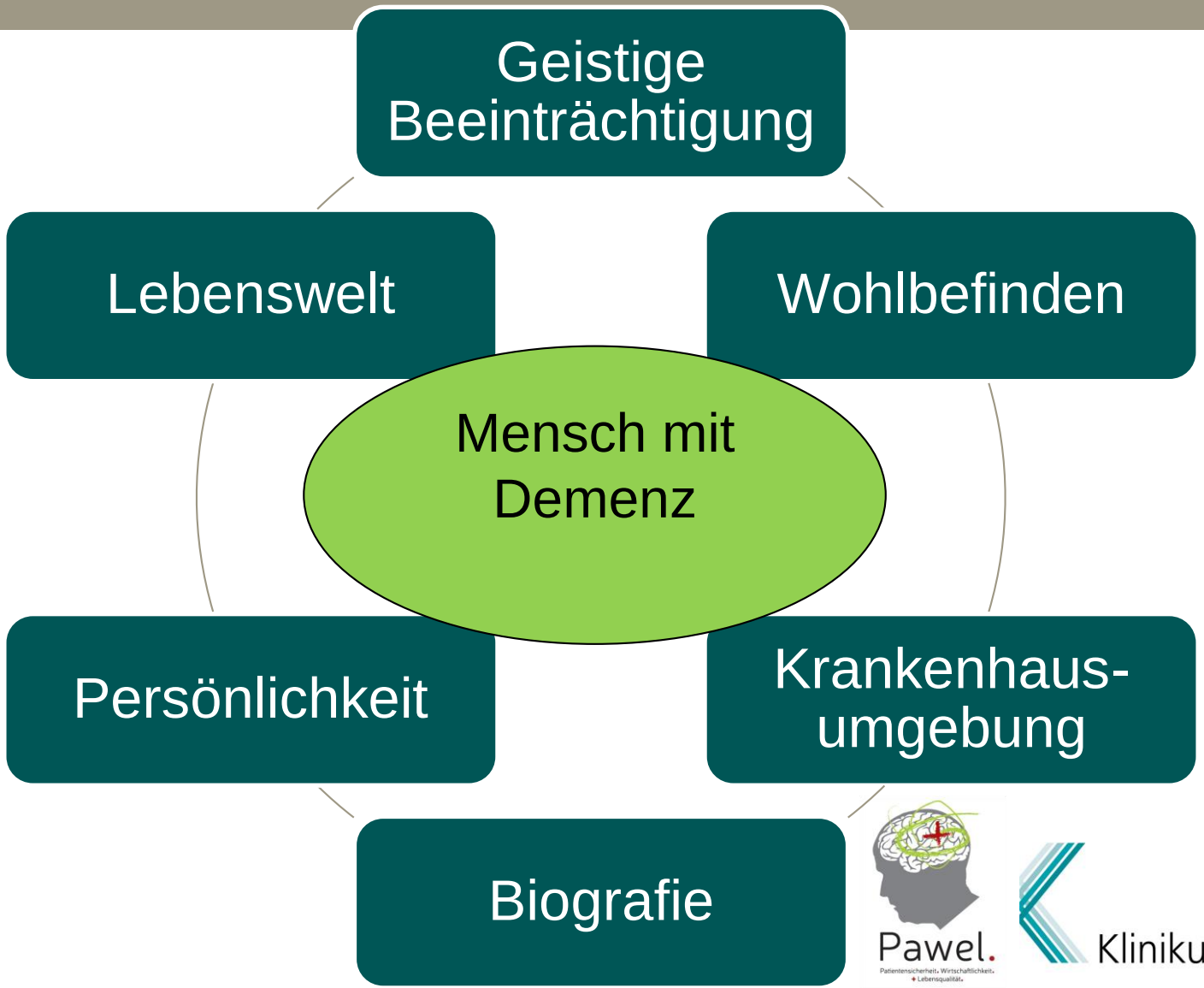
Welche Faktoren beeinflussen den Menschen mit Demenz im Krankenhaus?



Faktor: Persönlichkeit



Welche Faktoren beeinflussen den Menschen mit Demenz im Krankenhaus?



Faktor: Lebenswelt

Pflegende Angehörige

Kommunikation im Krankenhaus

Unterstützung im Krankenhaus

Professionelle Pflege

Was können andere Menschen tun, damit Sie sich besser fühlen?

Was müssen andere Menschen machen, so dass Sie sich schlechter fühlen?

Angehörige als Experten





Pawel.
Patientensicherheit. Wirtschaftlichkeit. Lebensqualität.

Klinikum Stuttgart

„Angehörige zu Partnern in der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus machen“

Pinkert, 2016

- Mehrzahl der Menschen mit Demenz leben zu Hause
- Unterstützung bei der täglichen Lebensgestaltung nimmt zu
- Angewiesen auf Unterstützung des sozialen Netzwerks

- Unterstützung durch nahe Angehörige, Freunde, Nachbarn
- 70% der häuslichen Pflege durch Angehörige

(Alzheimer Forschung Initiative e.V.)

„Angehörige zu Partnern in der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus machen“
Pinkert, 2016

- Belastung der Angehörigen hoch
- Auswirkungen auf körperliches, seelisches Wohlbefinden
- Auswirkungen auf die Gesundheit
- Finanzielle Belastungen
- Soziale Isolation



„Angehörige zu Partnern in der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus machen“
Pinkert, 2016

- Gefühl von Zufriedenheit und Bereicherung

  (Andrehn, Elmstahl, 2005)
- Experten für Situationen des Angehörigen
- Wissen um Bedürfnisse und Gewohnheiten
- Kenntnis der Lebensgeschichte
- Umgang mit „herausforderndem Verhalten“



„Angehörige zu Partnern in der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus machen“
Pinkert, 2016

- Krankenhauseinweisung bedeutet:
  - Unterbrechung der Versorgungsroutine
  - „Krise“ für Angehörigen
- Auswirkungen über den KH-Aufenthalt möglich
- Rückgewöhnung an gewohnte Umgebung erschwert
- Gewohntes Umfeld (zu Hause) verändert sich

„Angehörige zu Partnern in der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus machen“
Pinkert, 2016

- Rolle der Angehörigen:

  ➔ Besucher
- Versorgung im KH auf Kranken ausgerichtet
- Wissen und Erfahrung pflegender Angehöriger werden weitgehend ignoriert (Gröning, Lagedroste, Weigel, 2015)
- Tw. nicht in Entscheidungsprozesse eingebunden
- Keine Informationen
- Keine psychosoziale Unterstützung (Moyle et al, 2015)

„Angehörige zu Partnern in der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus machen“
Pinkert, 2016

Folgen für die Angehörigen:

- Kontrollverlust
- Minderwertigkeit (Bloomer et al, 2014)

- Angebotene Unterstützung wird abgelehnt
- Spannungen zwischen Angehörigen und Pflege

(Moyle et al, 2015)

„Angehörige zu Partnern in der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus machen“
Pinkert, 2016

- > 50% der Leitungskräfte Pflege wünschen sich Beteiligung der Angehörigen aus der Pflege
- ca. 7% der Angehörigen erhalten Beratung für die Situation im KH. (Pflegethermometer 2014)
- Beteiligung der Angehörigen aus der Perspektive der Institution
- Aufgabe der Angehörigen:

  ➔ Entlastung der MA des KH!

- Erwartung der Angehörigen:
  - ➔ mehr Unterstützung
  - ➔ Wertschätzung der Angehörigen-Expertise

„Angehörige zu Partnern in der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus machen“
Pinkert, 2016

Beispiele:

- Patientenbegleitung
- Rooming-in
- Angehörigenvisite
- Angehörigengesprächsgruppen
- Angehörigenberatung
- Austauschangebote für Angehörige
- Angehörigenbefragungen

„Angehörige zu Partnern in der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus machen“
Pinkert, 2016

Notizen:

Kenntnis der Person

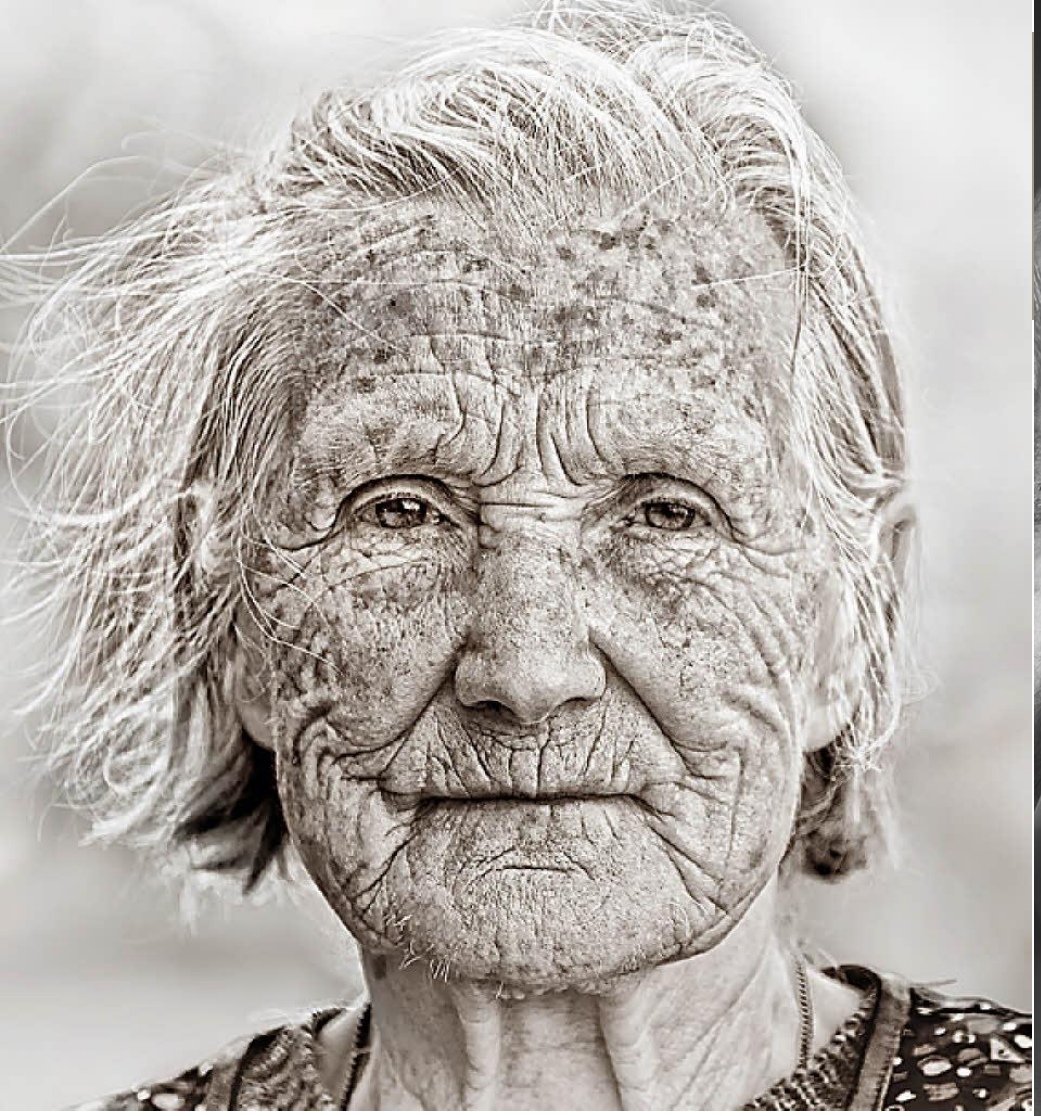



photo by joyart

Kenntnis der Person

Inhalte / Ziele:

- Das Wissen um die Kenntnis der Person als fundamentale Grundlage einer fürsorglichen Pflege/Begleitung.
- Unterstützung und Einbindung von Familie / Freunden
- Kreative Möglichkeiten für die sinnvolle Beschäftigung finden

Kenntnis der Person



Fachhochschule der Diakonie

„LERN VON MIR“

Mein Name ist:

Ich möchte gerne so genannt werden:

www.lernvonmir.fh-diakonie.de

› **Diese Karte ist so gestaltet, dass sie bei der Pflege genutzt werden kann. Sie ist kein Dokument im medizinischen Sinn und Sie müssen sie nicht komplett ausfüllen. Überlegen Sie, welche Informationen Sie über sich (oder die Person, für die Sie diese Karte ausfüllen) nicht mit anderen teilen möchten.**

Wir hoffen, dass die Informationen, die Sie uns mitteilen, uns helfen werden, Sie kennen zu lernen. Sie werden uns wissen lassen, wie wir Sie ansprechen können, wie Sie sich gerne Ihre Zeit vertreiben und wie wir Ihnen helfen können, sich wohlzufühlen.

Informationen für Verwandte und Freunde:

- Wir schätzen die Informationen, die Sie uns geben, sehr. Sie helfen, unsere Pflege zu verbessern.
- Wenn Sie Fragen haben, wie diese Karte gebraucht wird, einschließlich Fragen zum Datenschutz, sprechen Sie bitte unsere Mitarbeiter an.
- Zögern Sie bitte nicht, uns anzusprechen, wenn Sie weitere Informationen, Ideen oder Tipps haben, mit denen wir Ihren Angehörigen/Freund erreichen können.
- Wenn Sie mehr in die Pflege einbezogen werden möchten, während Ihr Angehöriger/Freund im Krankenhaus ist, lassen Sie uns das wissen.
- Wenn Sie Fragen haben oder für sich oder Ihren Angehörigen/Freund Unterstützung benötigen, fragen Sie einen der Mitarbeiter.

Copyright der deutschen Version ©. Fachhochschule der Diakonie, Grete-Reich-Weg 9, 33617 Bielefeld. Alle Rechte vorbehalten.

Füllen Sie die Karte „Lern- von-mir“ aus.

Wie würden Ihnen die Informationen im Umgang helfen?

Kenntnis der Person

- Welche Unterschiede machen diese Informationen bei der Unterstützung und Pflege von Menschen mit Demenz?

Kenntnis der Person

Mehr Wissen über eine Person hilft:

- Möglichkeiten ins Gespräch zu kommen
- Verstehen, was den Menschen beunruhigt
- Bedeutungsvolle Aktivitäten anbieten können
- Wohlbefinden im KH verbessern

Kenntnis der Person

Welche Ideen haben Sie, die das Erleben der Menschen mit Demenz im Krankenhaus bereichern könnten?

Kenntnis der Person

Wie können Angehörige und Freunde in die Pflege und Unterstützung von Menschen mit Demenz einbezogen werden, wenn diese im Krankenhaus sind?

Kenntnis der Person

Was können wir tun, um Angehörige und Freunde zu unterstützen?

CHOPs aus Australien und AKTIVER im Rahmen von PAWEL

Juliane Spank

j.spank@klinikum-stuttgart.de

STUTTGART

Pawel.
Patientensicherheit. Wirtschaftlichkeit. Lebensqualität.

Klinikum Stuttgart

Agenda

- CHOPs

→ Problematik und Auslöser

→ Inhalte und Hauptakteure von CHOPs

→ Resultat der Implementierung

- AKTIVER

→ Problematik und Auslöser

→ Inhalte und Hauptakteure von AKTIVER

→ Assessments

CHOPS – Problematik und Auslöser

- CHOPs = **C**are of **C**onfused **H**ospitalised **O**lder **P**ersons
- Station 1A Hornsby-Hospital; Sydney: Pflege war überfordert „ Keiner hat so viel Arbeit wie wir!“
- Blick auf Zahlen → Höchste Patientenzahl im Jahr
  - → Höchste Demenz- und Delirrate (315 für 2010-2012)
  - → Höchste Isolationsrate
  - → Höchste Sturzrate (62 für 2012)
  - → Höchste Agression Response Team (ART) Rate (94 für 2013)
- Auslöser wurde in der Verwirrtheit der Patienten gesehen: Dringender Handlungsbedarf!

CHOPS – Problematik und Auslöser
Fälle über DRG

			Values	DRg Acu								
			Count of mrn					Av Epis LOS				
Years	disch ward	Outlier F	A	B	C	D	Z	A	B	C	D	Z
2012	L1A	No	467	380	34	3	101	8.8	4.6	4.4	1.0	5.8
		Yes	37	8			10	31.2	14.5			14.9
	L1A	Total	504	388	34	3	111	10.5	4.8	4.4	1.0	6.6
	L1B	No	386	402	30	1	122	9.1	3.9	3.1	2.0	4.0
		Yes	26	11			13	32.5	13.6			11.2
	L1B	Total	412	413	30	1	135	10.6	4.1	3.1	2.0	4.7
	L2A	No	234	584	37	2	236	7.3	3.0	3.2	1.0	2.1
		Yes	6	16			13	29.8	12.8			7.3
	L2A	Total	240	600	37	2	249	8.2	3.2	3.2	1.0	2.4
	L2B	No	347	515	39	1	207	8.8	3.4	3.5	1.0	2.2
		Yes	17	14	1		10	29.8	8.4	14.0		17.1
	L2B	Total	364	529	40	1	217	9.8	3.6	3.8	1.0	2.9
2012 Total			1520	1930	141	7	712	10.0	3.8	3.6	1.1	3.6
2013	L1A	No	422	409	71	10	128	8.6	4.3	3.9	2.6	3.4
		Yes	34	27	1		13	33.7	18.4	11.0		17.5
	L1A	Total	456	436	72	10	141	10.5	5.2	4.0	2.6	4.7
	L1B	No	358	495	37	3	173	8.6	3.8	3.4	1.0	3.5
		Yes	29	17	2		23	38.4	13.6	6.5		21.0
	L1B	Total	387	512	39	3	196	10.8	4.1	3.5	1.0	5.5
	L2A	No	260	741	47	2	335	6.8	3.0	2.9	2.0	1.8
		Yes	13	25	1		19	25.9	12.3	17.0		7.7
	L2A	Total	273	766	48	2	354	7.7	3.3	3.2	2.0	2.1
	L2B	No	314	689	66	1	250	7.8	3.3	4.4	1.0	2.0
		Yes	19	39			14	31.4	11.3			6.7
	L2B	Total	333	728	66	1	264	9.2	3.8	4.4	1.0	2.2
2013 Total			1449	2442	225	16	955	9.8	3.9	3.9	2.1	3.2
Grand Total			2969	4372	366	23	1667	9.9	3.9	3.8	1.8	3.4

CHOPS – Problematik und Auslöser Sturzrate

Ward recording Fall					
Sum of Line Count	Column Labels				
Row Labels	**Ward 1A HK**	Ward 1B HK	Ward 2A HK	Ward 2B HK	Grand Total
2012					
Jan	3			3	6
Feb	4	3	1	2	10
Mar	5			1	6
Apr	5	3	3	2	13
May	13	2	2		17
Jun	6	7	4	1	18
Jul	3	7	2	1	13
Aug	6	3	3	2	14
Sep	5	4	1	1	11
Oct	10	1	2	2	15
Nov	2	2	1	1	6
Grand Total	**62**	32	19	16	129

CHOPS – Problematik und Auslöser ART-Rate (Code Black)

2012	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	Total
1A	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**	**6**	**1**	**3**	**0**	**5**	**16**	**4**	**45**
1B	3	5	2	1	6	2	1	3	4	6	11	5	49
2A	0	3	0	3	2	0	1	0	0	0	1	0	10
2B	0	1	2	4	2	0	3	15	1	1	0	0	29

2013	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	Total
1A	**4**	**0**	**4**	**11**	**12**	**4**	**10**	**2**	**9**	**21**	**14**	**3**	**94**
1B	10	5	3	7	3	2	2	6	3	4	16	7	68
2A	2	0	1	1	2	0	0	3	1	5	3	0	18
2B	0	1	3	4	6	2	5	2	0	0	1	1	25

Hauptakteure und Inhalte von CHOPs
Herausforderungen

- Personal war zu gestresst mit Stationsarbeit, um sich auf neues Projekt einzulassen
- Wenig bis keine Akzeptanz der Stationsleitung
- Wichtige Pflegetätigkeiten wurden beiseite geschoben
- Krankenhaus hat Hilfe benötigt und hat das Programm CHOPs eingeführt

Hauptakteure und Inhalte von CHOPs

- Start 2012 → Implementierung 2015 mit Umstrukturierung der Station
- Aufbau Station: 10 Betten mit 3-3-2 Besetzung

  Räume in unterschiedlichen Farben gestrichen

  Familien/Carer-Räume

  Orientierung in den Räumen durch Uhren und Kalender

  Symbole für Bad und Toilette, starke Lärmreduzierung, Angebot des Rooming-In‘s

  etc.


BUS STOP
Room 31 Beds 39-42


MAY 23 TUE
12
3
6
9


dementia
HKH DEMENTIA &
DELIRIUM UNIT LAUNCH









Hauptakteure und Inhalte von CHOPs

- Hauptakteure: Patienten über 65 Jahre

  Angehörige und Carer

  Gesundheits-und KrankenpflegerInnen, PflegehelferInnen, ÄrzteInnen, PhysiotherapeutenInnen, ErgotherapeutenInnen, ErnährungsberaterInnen

  → komplettes med. Personal, das im direkten Kontakt mit dem Patienten steht

Hauptakteure und Inhalte von CHOPs

7 Principles:

- Principle 1: Kognitives Screening
- Principle 2: Erkennen von Delirrisikofaktoren und Maßnahmen zur Vorbeugung
- Principle 3: Einschätzung älterer Menschen mit Verwirrtheit
- Principle 4: Betreuung älterer Menschen mit Verwirrtheit
- Principle 5: Transparenter Kommunikationsprozess, um personenzentrierte Pflege zu unterstützen
- Principle 6: Personalschulungen zum Umgang mit Patienten mit Verwirrtheit
- Principle 7: Hilfreiche Umfeldgestaltung für Patienten mit einer Verwirrtheit

Hauptakteure und Inhalte von CHOPs

Principle 1: Screening auf Verwirrtheitszustand. Nach der Aufnahme innerhalb von 24h mit einem validierten Assessment (SIS, Minimentaltest)

Principle 2: Einschätzung auf Delirrisiko durch vorhandene Risikofaktoren. Besprechung der Ergebnisse mit Patienten, ihren Carern, Familie und Pflegepersonal

Hauptakteure und Inhalte von CHOPs

Principle 3: Patienten mit vorliegendem Verwirrtheitszustand werden auf deren Ursache für Verwirrtheit geprüft, um weiteren Behandlungsbedarf festzulegen (Demenz, Delir oder Depression).

Hauptakteure und Inhalte von CHOPs

Principle 4: Beinhaltet spezielle Programme, die an die Prinzipien angelegt sind. Carer, Familie und med. Personal erstellen einen Pflegeplan (Musiktherapie, Beschäftigung, Hunde usw.) Dieser Pflegeplan umfasst physische, medizinische und psychische Komponente (Brille wird aufgesetzt, Hörgeräte eingesetzt, Familie ist in Pflege involviert, Schmerzreduzierung, Tag- Nachtrhythmus, Orientierung etc.)

Hauptakteure und Inhalte von CHOPs

Principle 5: Transparenter Kommunikationsprozess auch über das Krankenhaus hinaus z.B. Pflegeheim, Versorgung daheim und im interprofessionellen Team

Principle 6: Stetige Schulung des Personals auch urch E-Learning

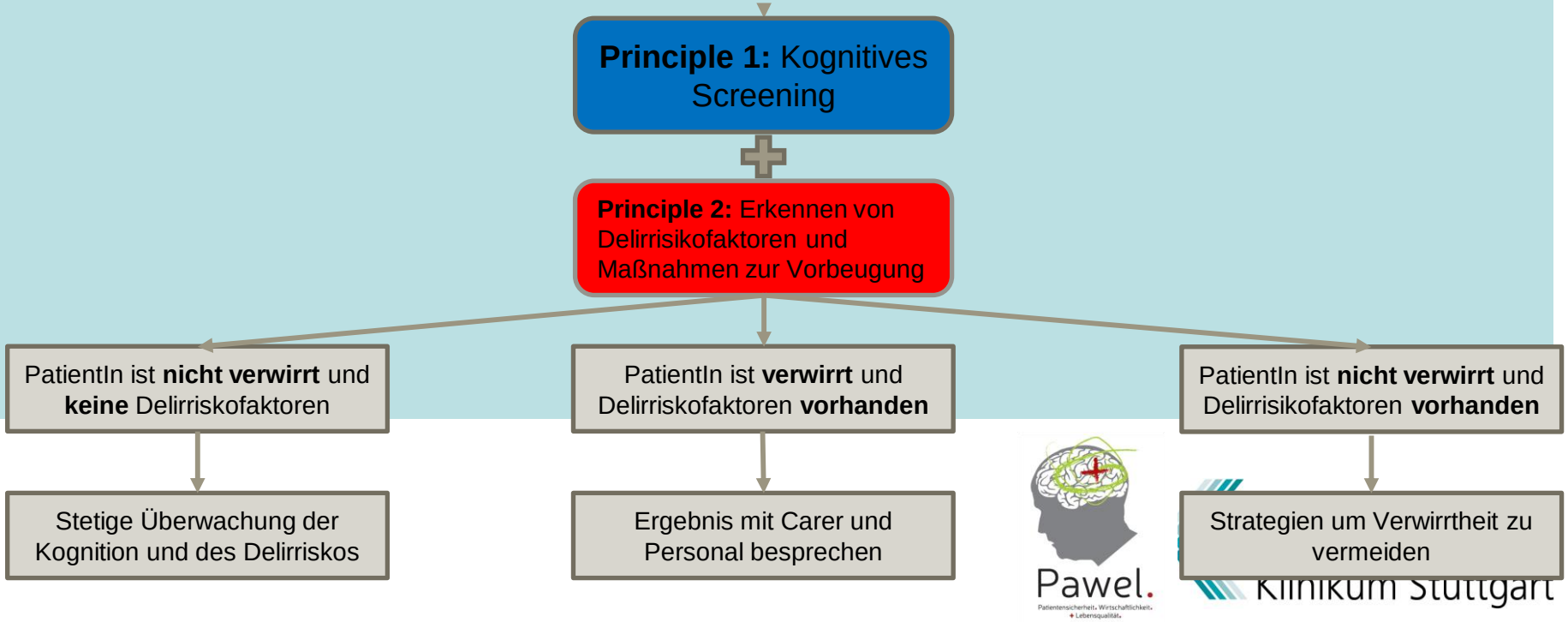
Principle 7: Umfeldgestaltung durch Lärmreduzierung, klare Beschilderung, Familiengegenstände usw.

Hauptakteure und Inhalte von CHOPs

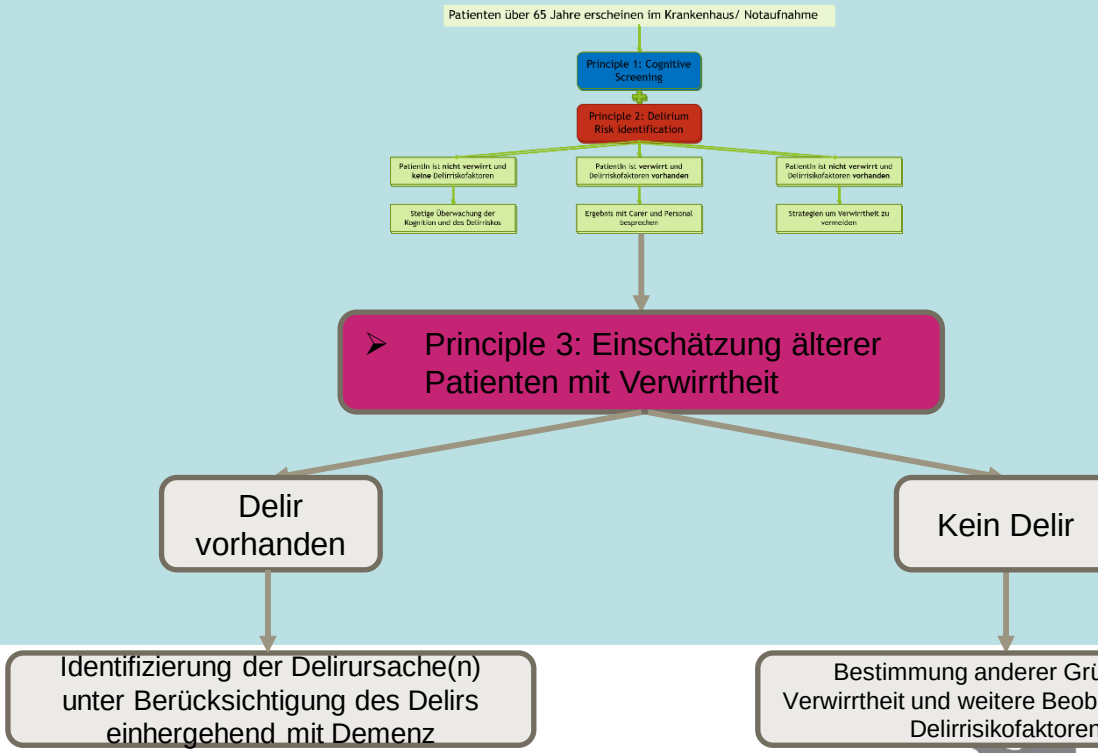


Hauptakteure und Inhalte von CHOPs

Patienten über 65 Jahre erscheinen im Krankenhaus/ Notaufnahme



Hauptakteure und Inhalte von CHOPs

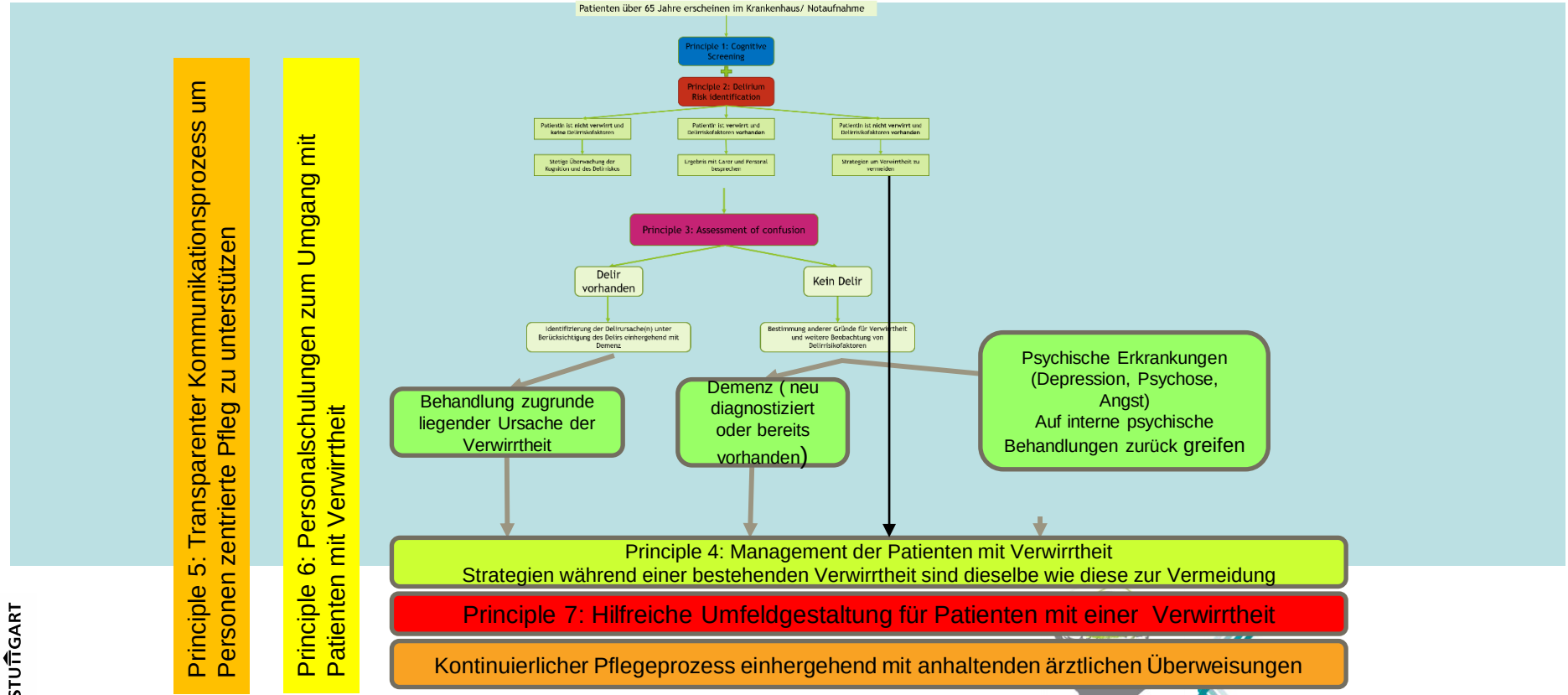


STUTTGART

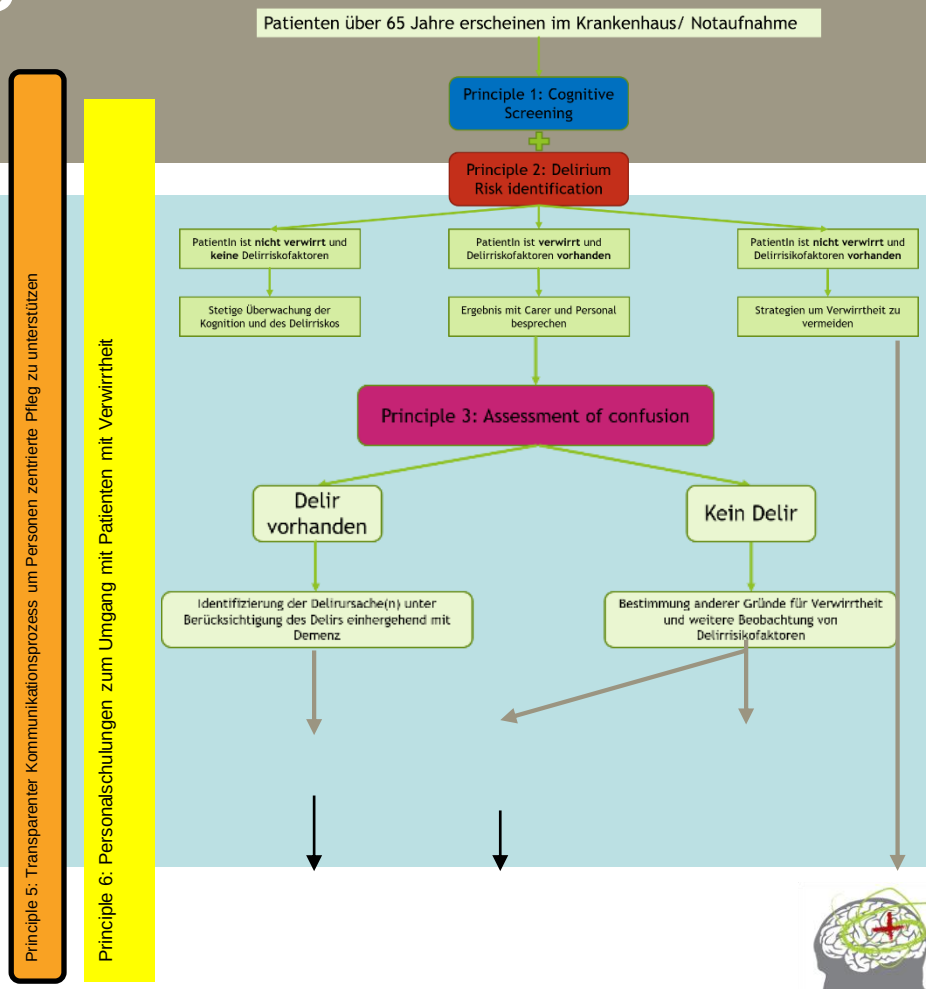
Pawel. Patientensicherheit. Wirtschaftlichkeit. Lebensqualität.

Klinikum Stuttgart

Hauptakteure und Inhalte von CHOPs



Hauptakteure und Inhalte von CHOPs



STUTTGART

Pawel.
Patientensicherheit. Wirtschaftlichkeit. Lebensqualität.

Klinikum Stuttgart

Resultat der Implementierung

- Lärmreduzierung hat für angenehmeres Arbeitsklima gesorgt
- Den Pflegekräften macht die Arbeit mehr Spaß
- Familien haben Platz an der Seite des Familienangehörigen, um für diesen da zu sein und diesen im Genesungsprozess zu unterstützen

Resultat der Implementierung

- Sturzrate ist gesunken
- ART- Rate ist gesunken
- Patientenbeschwerden gingen zurück
- Geringere Fluktuationsrate des Personals
- Bislang noch keine Evaluationsdaten zu Delirraten

AKTIVER
Problematik und Auslöser

- Wahrscheinlichkeit ein Delir zu entwickeln nimmt mit dem Alter zu
- Nach OP 30-50% Delirwahrscheinlichkeit, auf Intensivstationen 70-87%, in der Terminalphase bis zu 90%

--> Delir kann in bis zu 40% der Fälle verhindert werden

AKTIVER
Problematik und Auslöser

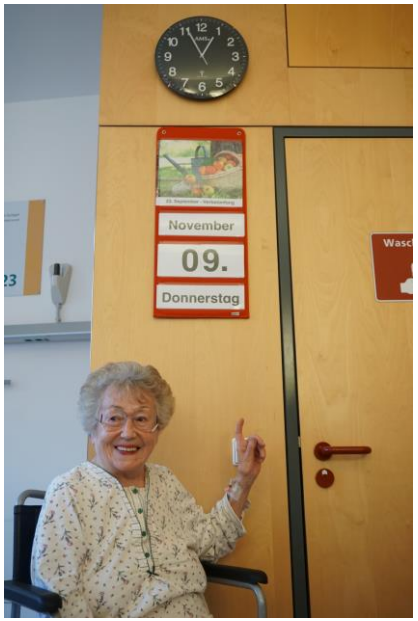
- **A**lltags- und **K**ognitives **T**raining **I**nterdisziplinarität **v**erbessert das **E**rgebnisse und mindert das **R**isiko
- FSJler und Ehrenamtliche erhalten Schulungen, ebenso wie Pflegekräfte, Ärzte, Physio- und ErgotherapeutInnen

Inhalte und Hauptakteure von AKTIVER

- Entstand aus dem Projekt HuBerTDA am KBC auf der Station M25a
- Hauptakteure: FSJler, Ehrenamtliche, Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, ÄrzteInnen, Ergo- und Physiotherapeuten

→ Alle am Gesundheitsprozess Beteiligte

Problematik und Auslöser







Inhalte und Hauptakteure von AKTIVER

- Aktivbesuch
- Mobilisierung/ Fit-Besuch
- Mahlzeitenbegleitung
- Entspannung/Schlafförderung
- (Zusatz in PAWEL: Dignostikbesuch)

Inhalte und Hauptakteure von AKTIVER

- AktivBesuch

-Tägliche Besuche und Gespräche- Information über den aktuellen Tag (Zeit, Ort, Situation, Person)

-Kognitive Förderung durch z.B. Gesellschaftsspiele, Vorlesen, Kreu
Düfte erraten, Singen, Basteln etc.

-E Untersuchungen





Pawel. Patientensicherheit. Wirtschaftlichkeit. Lebensqualität.

Klinikum Stuttgart

Inhalte und Hauptakteure von AKTIVER

- Ziel des Aktivbesuchs

-Verwirrtheitszustände (Auslöser für Verwirrtheit) vermeiden und das Wohlbefinden fördern

-Orientierung geben und somit verstärkte Defizite, die im Krankenhaus häufig auftreten können (Vergesslichkeit) entgegnen

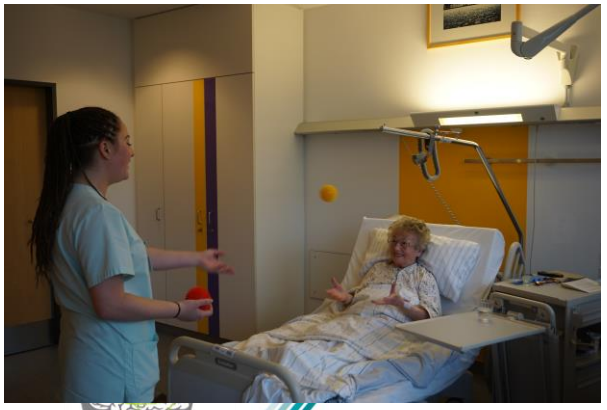
Inhalte und Hauptakteure von AKTIVER

- Mobilisierung/ Fit-Besuch

-Bewegungsübungen und Spaziergänge zur Erhaltung der Beweglichkeit und Aktivität

-Möglichkeit, dreimal täglich bei Bewegungsübungen unterstützt zu werden

-Mobilisationsübungen im Bett





STUTTGART

Pawel.
Patientensicherheit. Wirtschaftlichkeit. Lebensqualität.

Klinikum Stuttgart

Inhalte und Hauptakteure von AKTIVER

- Ziele des Mobilisierung-/ Fit-Besuchs

-Ältere Patienten sind der Meinung, dass sie bei einer Krankheit im Bett liegen müssen. Jedoch können dadurch Funktionsstörungen der Körperorgane auftreten. Immobilität führt zu Muskelabbau, AZ-Verschlechterung und es kann zu Gleichgewichtsstörungen kommen

-Vermeidung einer Pneumonie und Venenthrombose

Inhalte und Hauptakteure von AKTIVER

- Mahlzeitenbegleitung

-Gesellschaft während der Mahlzeiten

-Hilfestellung beim Anrichten der Speisen

-Zum Essen und Trinken anregen

-Assistenz bei Nahrungsaufnahme

-Dokumentation der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme





Inhalte und Hauptakteure von AKTIVER

- Ziele der Mahlzeitenbegleitung

-Guter Ernährungszustand begünstigt den Heilungsprozess und stärkt natürliche Abwehrkräfte

-Ausreichende Versorgung durch Essen und Trinken kann Verwirrtheitszustand verhindern

Inhalte und Hauptakteure von AKTIVER

- Entspannung/Schlafförderung

-Musik, warme Getränke oder Entspannungsübungen und entspannende Einreibungen

-Zusätzliche Kissen, Nesteldecken

-Für entspannte Schlafatmosphäre sorgen

-Geräuschquellen mindern

-Schlafrituale



Inhalte und Hauptakteure von AKTIVER

- Ziele der Entspannung/Schlafförderung

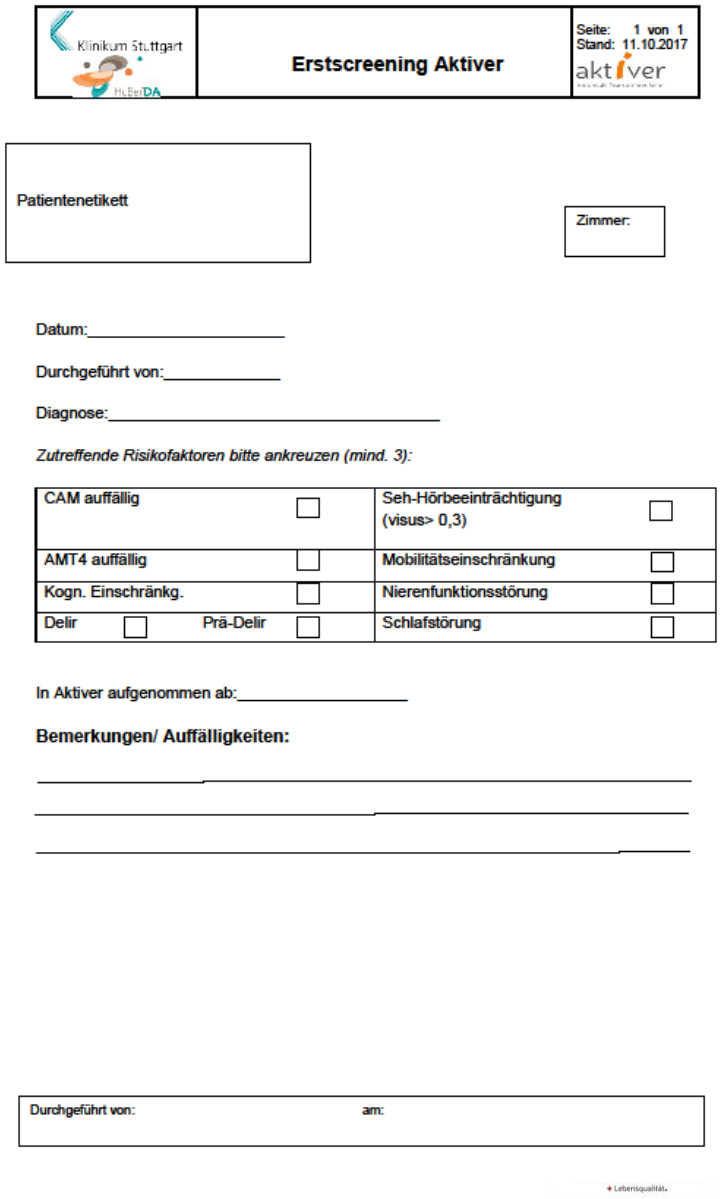
-Tag-Nacht-Rhythmus beibehalten für erholsamen Schlaf, um Genesung zu fördern

-Förderung des Schlafs und der Entspannung

-Verminderung von nächtlicher Unruhe, Weglaufen oder Stürzen

Assessments von AKTIVER Erstscreening

- Entfällt bei PAWEL-Aktiver



Klinikum Stuttgart

Erstscreening Aktiver

Seite: 1 von 1
Stand: 11.10.2017

aktiver

Patientenetikett

Zimmer:

Datum:_____

Durchgeführt von:_____

Diagnose:_____

Zutreffende Risikofaktoren bitte ankreuzen (mind. 3):

CAM auffällig	☐	Seh-Hörbeeinträchtigung (visus> 0,3)	☐
AMT4 auffällig	☐	Mobilitätseinschränkung	☐
Kogn. Einschränkg.	☐	Nierenfunktionsstörung	☐
Delir ☐	Prä-Delir ☐	Schlafstörung	☐

In Aktiver aufgenommen ab:_____

Bemerkungen/ Auffälligkeiten:

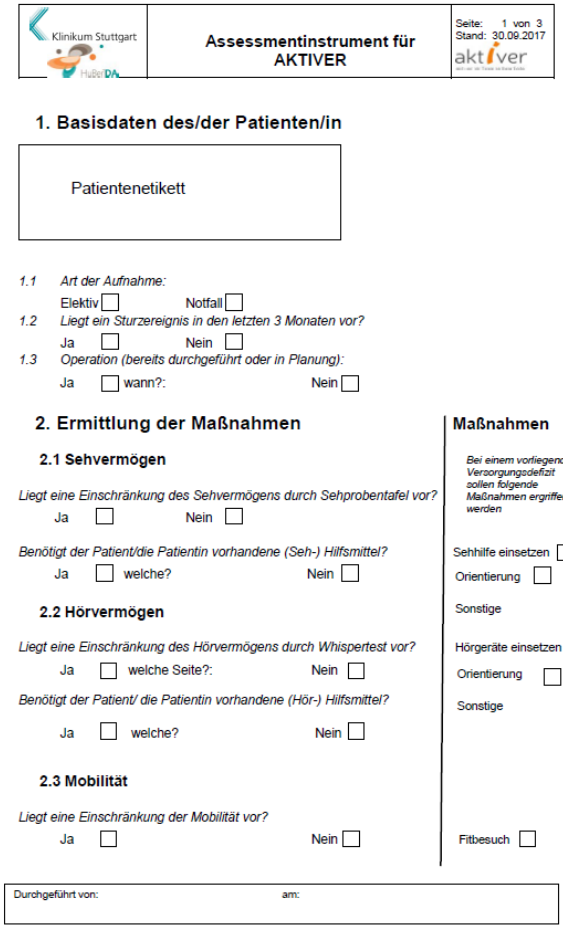
_____

_____

_____

Durchgeführt von: am:

Assessments von AKTIVER
Maßnahmenermittlung



Klinikum Stuttgart | **Assessmentinstrument für AKTIVER** | Seite: 1 von 3 Stand: 30.09.2017 aktiver

1. Basisdaten des/der Patienten/in

Patientenetikett

1.1 Art der Aufnahme:
Elektiv ☐ Notfall ☐

1.2 Liegt ein Sturzereignis in den letzten 3 Monaten vor?
Ja ☐ Nein ☐

1.3 Operation (bereits durchgeführt oder in Planung):
Ja ☐ wann?: Nein ☐

2. Ermittlung der Maßnahmen

2.1 Sehvermögen

Liegt eine Einschränkung des Sehvermögens durch Sehprobentafel vor?
Ja ☐ Nein ☐

Benötigt der Patient/die Patientin vorhandene (Seh-) Hilfsmittel?
Ja ☐ welche? Nein ☐

2.2 Hörvermögen

Liegt eine Einschränkung des Hörvermögens durch Whispertest vor?
Ja ☐ welche Seite?: Nein ☐

Benötigt der Patient/ die Patientin vorhandene (Hör-) Hilfsmittel?
Ja ☐ welche? Nein ☐

2.3 Mobilität

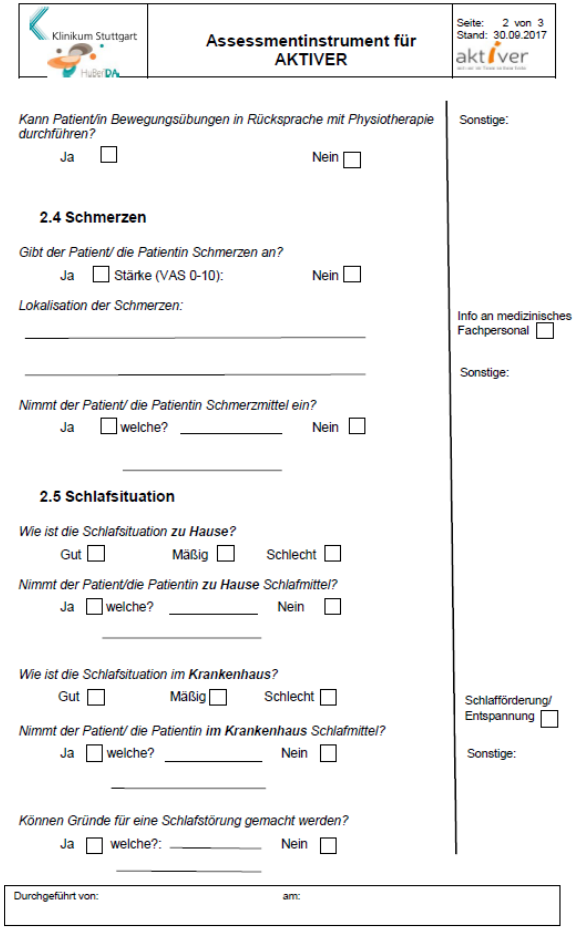
Liegt eine Einschränkung der Mobilität vor?
Ja ☐ Nein ☐

Maßnahmen

Bei einem vorliegenden Versorgungsdefizit sollen folgende Maßnahmen ergriffen werden

Sehhilfe einsetzen ☐
Orientierung ☐
Sonstige ☐
Hörgeräte einsetzen ☐
Orientierung ☐
Sonstige
Fitbesuch ☐

Durchgeführt von: am:



Klinikum Stuttgart | **Assessmentinstrument für AKTIVER** | Seite: 2 von 3 Stand: 30.09.2017 aktiver

Kann Patient/in Bewegungsübungen in Rücksprache mit Physiotherapie durchführen?
Ja ☐ Nein ☐

2.4 Schmerzen

Gibt der Patient/ die Patientin Schmerzen an?
Ja ☐ Stärke (VAS 0-10): Nein ☐

Lokalisation der Schmerzen:
_____
_____

Nimmt der Patient/ die Patientin Schmerzmittel ein?
Ja ☐ welche? _____ Nein ☐

2.5 Schlafsituation

*Wie ist die Schlafsituation **zu Hause**?*
Gut ☐ Mäßig ☐ Schlecht ☐

*Nimmt der Patient/die Patientin **zu Hause** Schlafmittel?*
Ja ☐ welche? _____ Nein ☐

*Wie ist die Schlafsituation im **Krankenhaus**?*
Gut ☐ Mäßig ☐ Schlecht ☐

*Nimmt der Patient/ die Patientin **im Krankenhaus** Schlafmittel?*
Ja ☐ welche? _____ Nein ☐

Können Gründe für eine Schlafstörung gemacht werden?
Ja ☐ welche?: _____ Nein ☐

Sonstige:

Info an medizinisches Fachpersonal ☐

Sonstige:

Schlafförderung/ Entspannung ☐

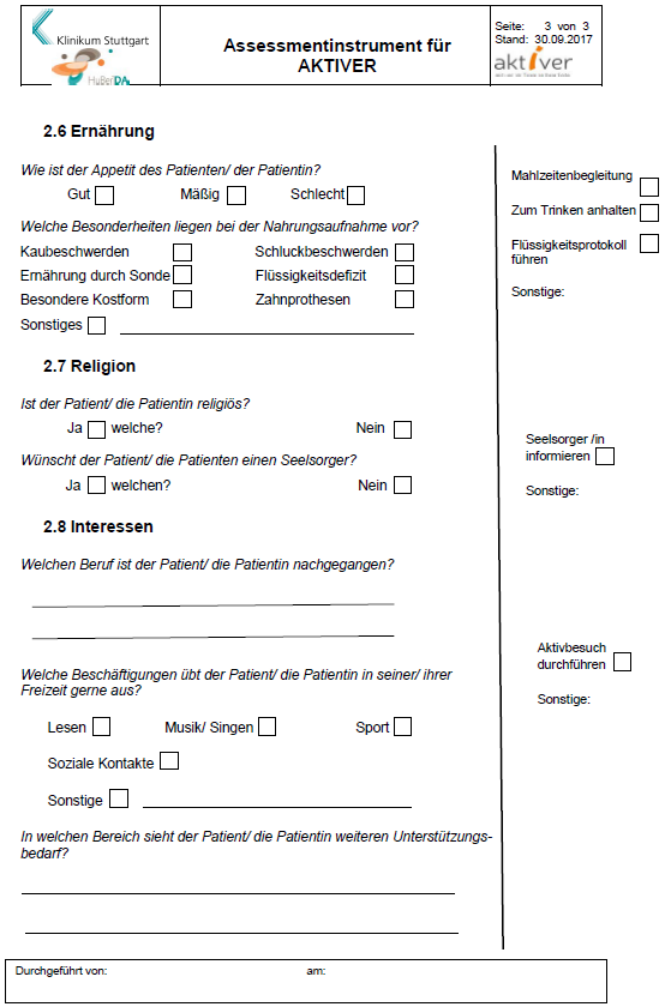
Sonstige:

Durchgeführt von: am:

Pawel. Patientensicherheit. Wirtschaftlichkeit. Lebensqualität.

Klinikum Stuttgart

Assessments von AKTIVER Maßnahmenermittlung



Klinikum Stuttgart

Assessmentinstrument für AKTIVER

Seite: 3 von 3
Stand: 30.09.2017

aktiver

2.6 Ernährung

Wie ist der Appetit des Patienten/ der Patientin?

Gut ☐ Mäßig ☐ Schlecht ☐

Welche Besonderheiten liegen bei der Nahrungsaufnahme vor?

Kaubeschwerden ☐ Schluckbeschwerden ☐
Ernährung durch Sonde ☐ Flüssigkeitsdefizit ☐
Besondere Kostform ☐ Zahnprothesen ☐
Sonstiges ☐ _____

Mahlzeitenbegleitung ☐
Zum Trinken anhalten ☐
Flüssigkeitsprotokoll führen ☐
Sonstige:

2.7 Religion

Ist der Patient/ die Patientin religiös?

Ja ☐ welche? Nein ☐

Wünscht der Patient/ die Patienten einen Seelsorger?

Ja ☐ welchen? Nein ☐

Seelsorger /in informieren ☐
Sonstige:

2.8 Interessen

Welchen Beruf ist der Patient/ die Patientin nachgegangen?

_____
_____

Welche Beschäftigungen übt der Patient/ die Patientin in seiner/ ihrer Freizeit gerne aus?

Lesen ☐ Musik/ Singen ☐ Sport ☐
Soziale Kontakte ☐
Sonstige ☐ _____

Aktivbesuch durchführen ☐
Sonstige:

In welchen Bereich sieht der Patient/ die Patientin weiteren Unterstützungsbedarf?

_____
_____

Durchgeführt von: am:

Assessments von AKTIVER Dokumentation

Aktiver

Klinikum Stuttgart

Patient: **Blatt Nr.**

Datum/ Uhrzeit:	Dauer	Aktivierungsprogramm (Nr. 1 -6)	Bemerkungen/Besonderheiten:	Hdz.

Patienteninfo:	**1)Orientierungsbesuch** (10min.): ☐ ja …**mal** ☐ nein	**4)Mahlzeitenbegleitung** (10Min): ☐ ja … **mal** ☐ nein
	2)Aktivbesuch (20min.): ☐ ja …**mal** ☐ nein	**5) Diagnostikbegleitung:** ☐ mit Akupressur
	3)Mobilisierung (20Min): ☐ ja …**mal** ☐ nein	**6)Schlafförderung/Entspannung**(10Min): ☐ ja …**mal** ☐ nein ☐ **6.1) Handmassage** **6.2) Akupressur**

Erstellt und pflegerisch verantwortlich: Juliane Spank

Auszählung Besuche bei Entlassung	1) OB	2) AB	3) Mob	4) MB	5) Diagb	6) Schlaf

AKTIVER im KH

- Auf den Stationen B5, B6, A6O,A6W, A8, B7, E3W und E3O
- FSJler hauptsächlich auf „Mutterstation“, werden jedoch auch auf den Stationen rotieren
- FSJler arbeiten in Früh und Spätdienst
- Ehrenamtliche sollen an den Tagen unterstützen, an denen sie können, für „größere Aktionen“

AKTIVER im KH

- Aktiver-Flyer für Angehörige und Interessierte
- Delir-Infoheft
- Delir-Sets (Uhr und Kalender, Noppensocken, Gefäß für Brille/ Hörgeräte oder Zahnprothesen, Schlafmasken und Ohrstöpsel, Sonnenblume)



DANKE!

„Leitlinie Alterstraumatologie“

STUTTGART

Pawel.
Patientensicherheit. Wirtschaftlichkeit. Lebensqualität.

Klinikum Stuttgart

Standard Delirprophylaxe und –behandlung in der Alterstraumatologie

Konsensusbildung:

- AK Versorgungsstrukturen der AG Alterstraumatologie der DGU
- AG Alterstraumatologie der DGG

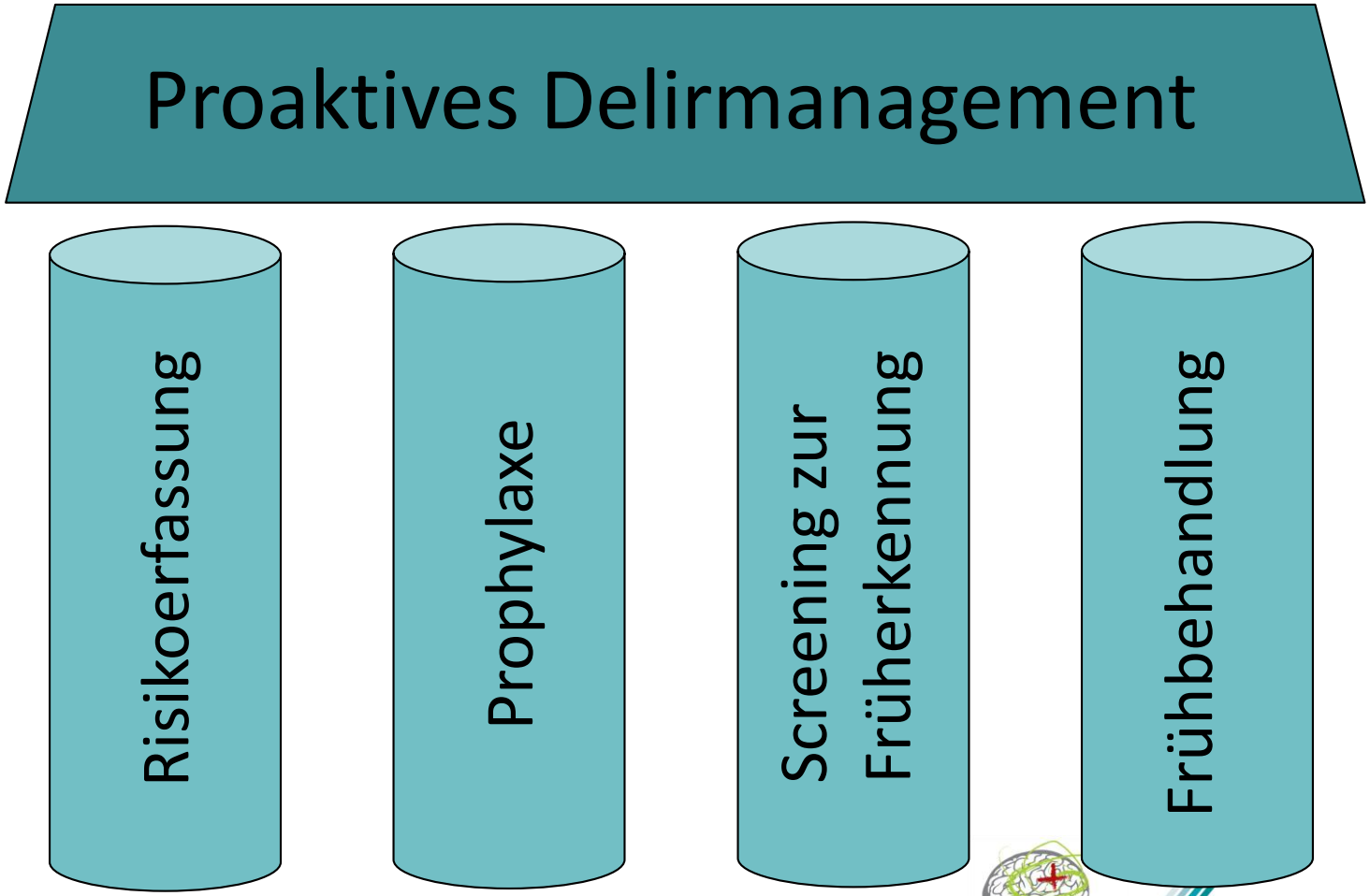
Beteiligte Professionen: Anästhesie und Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie, Gerontopsychiatrie

Einleitung

- Nach einem Jahr leiden noch bis zu 40% der Patienten an den Folgen eines Delirs
- Es handelt sich um ein potenziell lebensbedrohliches Symdrom
- Das Sterblichkeitsrisiko ist mit dem nach einem Herzinfarkt vergleichbar
- Eine vorbestehende Demenz erhöht das Risiko für ein postoperatives Delir um das 5 fache

➢ Frühzeitig erkennen und behandeln!!!

Proaktives Delirmanagement



Risikoerfassung

Das Risiko eines Delirs der alterstraumatologischen Patienten ist bereits grundsätzlich durch die **Verletzung**

Weitere Risikofaktoren sollten innerhalb der ersten **24 Stunden** nach stationärer Aufnahme erfasst werden

→ Unfallchirurgisches Aufnahmegespräch, Pflegeanamnese, geriatrische Aufnahmescreenings,...

Prophylaxe

- Ausreichende Schmerztherapie einschließl. standardisierter Schmerzerfassung (z.B. BESD)
- Perioperative Beachtung altersrelevanter Inhalte (vgl. AWMF-S3-Leitlinie „Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin“)
- Intensive Betreuung der gefährdeten Patienten
- Umsetzung der Maßnahmen zur Delirprophylaxe

Screening

- regelmäßige Durchführung von Screenings zur Früherkennung (z.B. I-CAM)
  - Alle 8 Stunden auf der ITS
  - Auf Normalstation mindestens 1 x täglich
  - Mindestens für 2-3 Tage
  - **Nicht nur** bei Verdacht !!!

Frühzeitige Delir-Behandlung

- Frühzeitiges fachärztliches Konsil bei dem V.a. ein Delir (wenn möglich Gerontopsychiatrie oder ein Delirerfahrener Geriater)
- Behandlung **aller** erkennbaren **Ursachen**
- Konsequente Umsetzung nicht-medikamentöser Maßnahmen
- Medikamentöse Behandlung nur, wenn nicht-medikamentöse Maßnahmen nicht ausreichend wirken

Differentialdiagnosen

Leitsatz:

Bei unklarer DD Delir/Depression/Demenz ist im Zweifelsfall immer von einem Delir auszugehen und Maßnahme entsprechend dieses Standards einzuleiten!

Ausgewählte Aspekte aus der Maßnahmenübersicht (1)

- Häufig liegt einem Delir eine Demenz zugrunde

  wenn möglich sollte bei allen Risikopatienten ein neuropsychologisches Screening auf eine mögliche Demenzerkrankung erfolgen, bzw. es sollte auf kognitive Einschränkungen geachtet werden

- Nachweis kognitiver Einschränkungen → frühzeitige Mitbehandlung durch Geriater/Gerontopsychiater

Ausgewählte Aspekte aus der Maßnahmenübersicht (2)

- Besonderes Augenmerk sollte gelegt werden auf:
  - Begleiterkrankungen
  - Elektrolytstörungen (insbes. Hyponatriämien, Hyperkaliziämien)
  - Infektionen (auch Harnwegsinfekten)
    Medikamenteninteraktionen
  - Anticholinerge Nebenwirkungen
  - “Start low - go slow – and stop!“

- Kompetente geriatrische Notfallversorgung

Ausgewählte Aspekte aus der Maßnahmenübersicht (3)

- Pflegeperson als feste Bezugsperson
- Vermeidung von Verlegungen (Zimmer sowie Station)
- Mindestens 1x wöchentlich interdisziplin. Teamkonferenz
- Indikation für Anlage und Belassen von DKs streng stellen und täglich überprüfen
- Sofern möglich Mobilisierung unter Vollbelastung ab erstem postop. Tag
- Reorientierungsmaßnahmen beachten und durchführen
- Vermeidung von Bettgitter und Fixierung

Ausgewählte Aspekte aus der Maßnahmenübersicht (4)

- Sobald ein Teammitglied den Verdacht auf ein Delir stellt, sollte zeitnah ein Geriater/Gerontopsychiater hinzugezogen werden.
- Überprüfung, ob eine Entzugssymptomatik vorliegt

  Bedenke: auch das plötzliche Absetzen einer Z- Substanz (Zopiclon, Zolpidem) kann nach regelmäßiger Einnahme zu einer Entzugssymptomatik führen
- Ruhe-EKG: Ausschluss akuter Myokardinfarkt

Ausgewählte Aspekte aus der Maßnahmenübersicht (5)

- Medikamente, die ein Delir auslösen oder verstärken können, sollten nach Möglichkeit abgesetzt werden

Anticholinergika: z.B.
- ✓trizyklische Antidepressive wie z.B. Amitriptylin
- ✓Viele Urologika wie z.B. Emselex®
- ✓Antihistaminika

Digitalis
Diuretika z.B. Lasix®
Kortikoide
Theophyllin

L-Dopa z.B. Madopar®
Dopamin-Agonisten z.B. Sifrol®
Amantadin
Opiate
NSAR
Gyrasehemmer z.B. Ciprobay®
Lithium
Sedativa

Ausgewählte Aspekte aus der Maßnahmenübersicht (6)

Elektrolyte und Blutzucker:

– Am häufigsten delirauslösend: Hyponatriämie

→ Achtung: langsam ausgleichen!

– Hypercalzämie (Behandlung z.B. durch Bisphophonate)

– Hypoglykämie

Respiratorische Insuffizienz

– CO2-Narkose

– HB-Abfall

→ zumindest unter 8g/dl sollte ausgeglichen werden

→ SO2 sollte > 95% sein

Medikamentöse Therapie (1)

„Leitsatz: Eine medikamentöse Therapie sollte erst eingeleitet werden, wenn andere Maßnahmen wie z.B. die kausale Therapie von Delir-auslösenden Erkrankungen, das Absetzen von potentiell Delir-ausösenden Medikamenten und die oben beschriebenen nicht-medikamentösen Allgemeinmaßnahmen nicht den gewünschten Erfolg haben und ein selbst- oder Fremdgefährdung besteht!“

Medikamentöse Therapie (2)

Grundsätzlich gilt:

-Bei psychotischer Symptomatik: Haloperidol

- ✓ Initialdosis von 0,5-1 mg (bei fehlender Wirkung ggf. nach 60 min. wiederholen)
- ✓ 0,3-0,5 mg kann alle 4-8 Stunden (= 3-6 x/d) gegeben werden
- ✓ i.v. Gabe nur unter Monitorüberwachung!!!

(vgl. Roter Hand Brief)



- ✓ Ab 3 mg/d vermehrt extrapyramidal-mot. Nebenwirkungen
- ✓ i.m. oder s.c. möglich (s.c. allerdings Off-Label)
- ✓ Ausschleichend beenden über 3-4 Tage
- ✓ EKG-Kontrolle (QTc-Zeit!!!!)

Medikamentöse Therapie (3)

Grundsätzlich gilt:

-Bei Parkinson-Symptomatik bzw. Lewy-Body-Demenz:

- ✓ Alle Neuroleptika außer Quetiapin und Clozapin sind kontraindiziert



- Stehen Unruhezustände oder Schlafstörungen im Vordergrund:

- ✓ Behandlung mit niederpotenten Neuroleptika ohne anticholinerge Wirkung (Melperon, Pipamperon)
- ✓ Aufrechterhaltung der Therapie mit Cholinesterasehemmer
- ✓ Vermeidung von Neuroleptika mit anticholinerger Wirkung (z.B. Atosil®, Neurocil®)!!!

Medikamentöse Therapie (4)

Grundsätzlich gilt:

- Bei Wirkungslosigkeit einer Substanz kann auf eine andere Substanz gewechselt werden

- Prinzipiell kann durch Gabe oder Entzug jedes zentral-wirksamen Medikamentes ein Delir ausgelöst werden

- Viele der genannten Substanzen haben keine Zulassung zur Behandlung eines Delirs und sind somit „Off-Label“ (Heilversuch)

→ enge Indikationsstellung!!!

Medikamentöse Therapie (5)

Grundsätzlich gilt:

-Wenn starke Ängste im Vordergrund stehen, kann ggf. anxiolytisch Lorazepam gegeben werden (0,25-0,5 mg p.o./i.v.), aber cave:

- ✓ Paradoxe Reaktion
- ✓ Sturzgefahr
- ✓ Delirverschlechterung / -auslösung
- ✓ Bei längerer Anwendung Abhängigkeitsgefahr und Verschlechterung der Kognition möglich (Autofahren!)

Medikamentöse Therapie (6)

„Alle genannten Medikamente sollten so kurz wie möglich und so niedrig dosiert wie möglich gegeben werden und täglich in ihrer Notwendigkeit überprüft werden. Insbesondere vor Verlegung eines Patienten von der Intensivstation auf die Normalstation ist eine begonnene Therapie mit Neuroleptika kritisch zu hinterfragen und bevorzugt zu beenden.“

Anhaltspunkte für medikamentöse Maßnahmen bei…

Tag-Nacht-Umkehr und/oder nächtlicher Unruhe:

Pipamperon	0 – 0 – 0 – 20 (bis 40) mg	oder	Pipamperon 0 – 0 – 0 – 20 – 20 mg
Melneurin	0 – 0 – 0 – 25 (bis 50) mg	oder	Melneurin 0 – 0 – 0 – 25 – 25 mg
Quetiapin	0 – 0 – 0 – 25 (bis 50) mg	oder	Quetiapin 0 – 0 – 0 – 25 – 25 mg

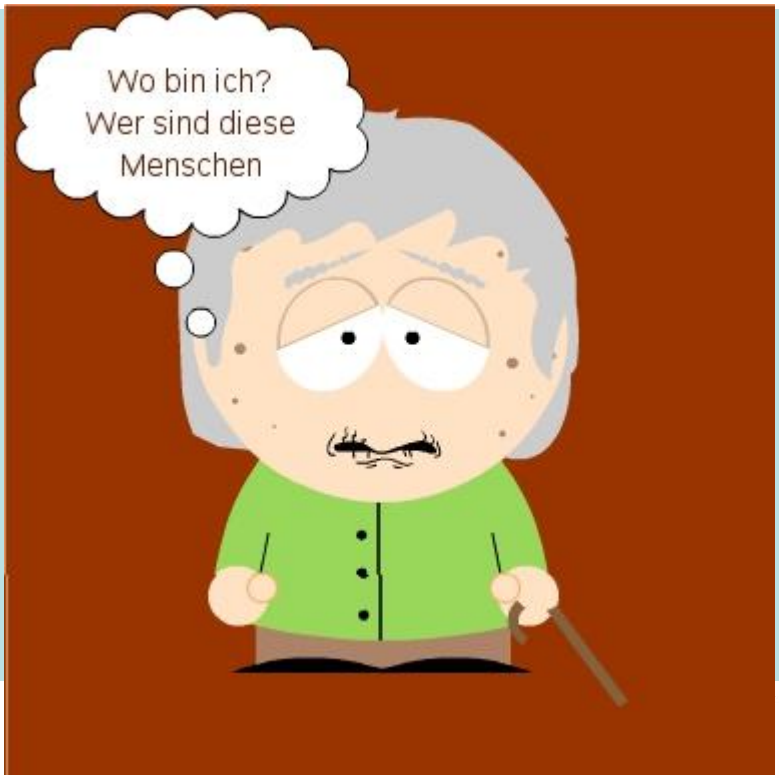
Anhaltspunkte für medikamentöse Maßnahmen bei…

anhaltender oder periodischer psychotischer Entgleisung (wahnhafter Symptomatik):

Risperidon	0,5 – 0 – 0,5 – 0 mg
Haloperidol Lsg.	0,3 – 0,3 – 0,3 – 0 mg

Schmerzmanagement bei Menschen im Delir

Pawel.
Patientensicherheit. Wirtschaftlichkeit.
+ Lebensqualität.



STUTTGART

Pawel.
Patientensicherheit. Wirtschaftlichkeit.
+ Lebensqualität.

Klinikum Stuttgart

Übersicht

- Definition Schmerz

  > Schmerzentstehung

- Schmerzen im Alter
- Schmerz und kognitive Einschränkungen
- Schmerzmanagement

  > Schmerzeinschätzung (Assessmentinstrumente)

  > Schmerztherapie

  nicht medikamentöse

  medikamentöse (Besonderheiten „alter Mensch“)

  > Dokumentation

Definition

„Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit einer Gewebeschädigung verknüpft ist, aber auch ohne sie auftreten kann oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird.

Schmerz ist **immer** subjektiv“ (Definition IASP)

„Schmerz ist das, was **der Patient angibt** und das was **er als Schmerz definiert**.“bzw. durch sein **Verhalten** zeigt(Margo McCaffery)

Was ist Schmerz ?

- Warnsystem
- Hat eine Schutzfunktion
- Indikator für bedrohliche Situationen am und im Körper.

Die Fähigkeit Schmerzen zu empfinden ist eine lebenserhaltende biologische Funktion.

Wie entsteht Schmerz?

Nervenendigungen(Nozizeptoren) registrieren einen Reiz

Chemische Schmerzauslösg. bei Gewebeschädigung / Entzündung > Freisetzung von Serotonin/Histamin

Außerdem werden Kinine / Prostaglandine freigesetzt, die die Nozizeptoren sensibilisieren.

mechanisch, thermisch, chemisch

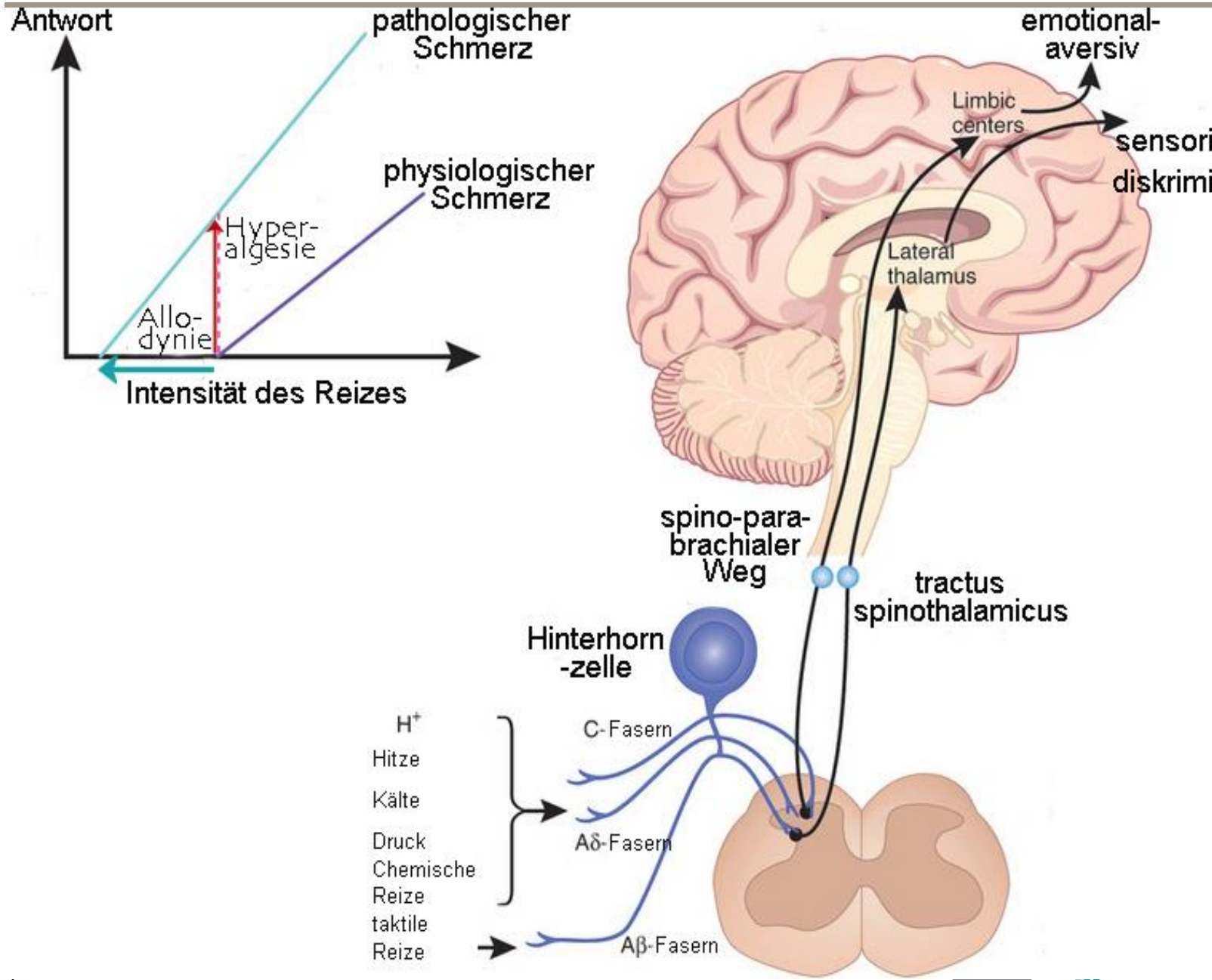
Weiterleitung über Nervenfasern und Rückenmark

dicke C-Fasern und dünne Alpha Fasern

Gehirn hier wird der Schmerz gespeichert

> Thalamus (Berührung, Temperatur)
> Limbisches System (Emotionen)

>Hirnstamm (Schmerzbewusstsein)
> Vorderer Hirnbereich (Qualität des Schmerzes)


Antwort
pathologischer Schmerz
physiologischer Schmerz
Hyper-algesie
Allo-dynie
Intensität des Reizes
emotional-aversiv
Limbic centers
sensorisch-diskriminativ
Lateral thalamus
spino-para-brachialer Weg
tractus spinothalamicus
Hinterhorn-zelle
H+
Hitze
Kälte
Druck
Chemische Reize
taktile Reize
C-Fasern
Aδ-Fasern
Aβ-Fasern

Schmerz im Alter

1. Annahme Schmerzen gehören zum Alter

   Schmerzen werden als Begleiterscheinung des Alterungsprozess hingenommen

2. Chronische Schmerzen sind oft anzutreffen

   Osteoporose, Arthrose, schlechter Zahnstatus etc.

3. Veränderung der Schmerzwahrnehmung

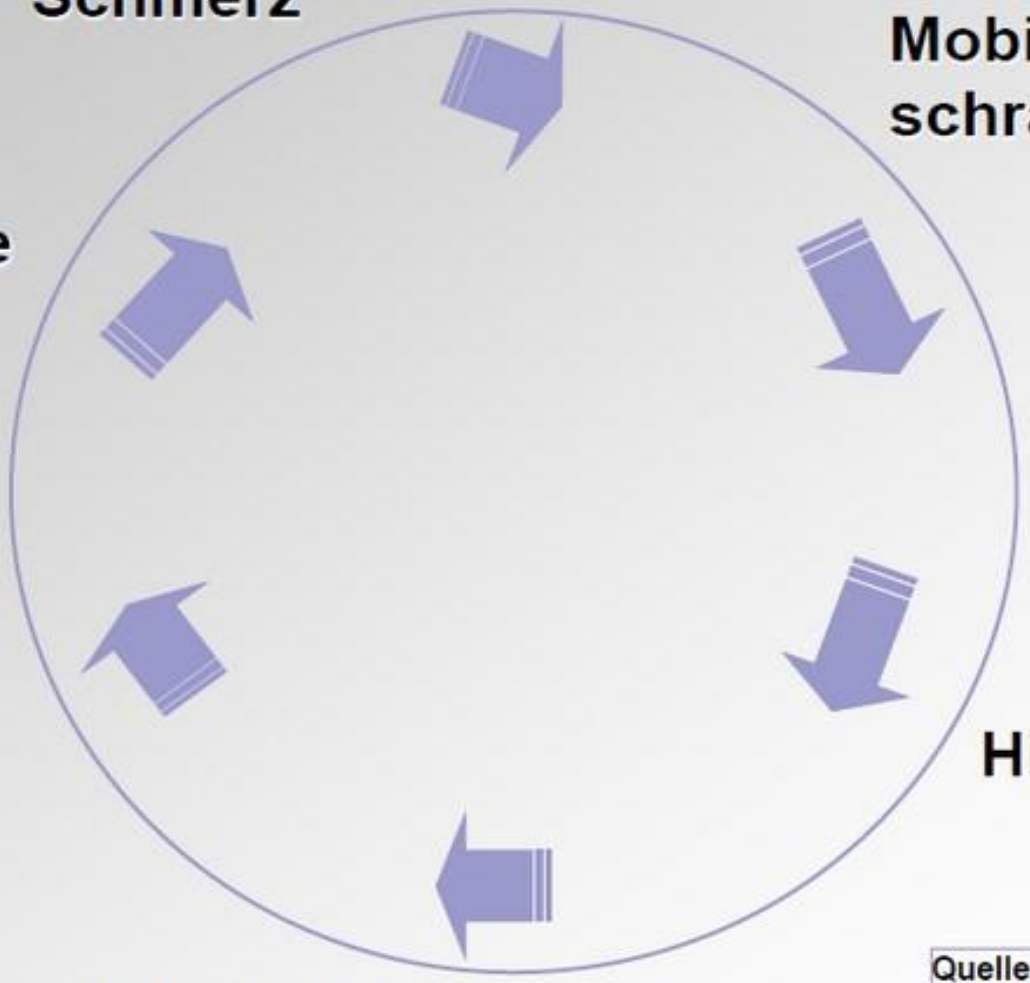
4. Veränderung der Schmerzverarbeitung

   Schmerzschwelle erhöht, Schmerztoleranz ist reduziert

5. Depressionen (verstärkt den Schmerz, teil vom Teufelskreislauf Schmerz)

6. Multimedikation (veränderte Med.-verarbeitung)

Schmerz im Alter triggert ganze Teufelskreise*



Quelle: Basler et al. 1999*

Pawel. Patientensicherheit. Wirtschaftlichkeit. Lebensqualität.
Klinikum Stuttgart

Schmerz und kognitive Einschränkungen

> Kommunikationsstörungen

= erkennen und erfassen ist schwierig

> Gedächtnisstörung

> Veränderung der Wahrnehmung und des Körperschemas

> Einschränkung der exekutiven Funktion

> Zum chronischen Schmerz kommt ein akuter Schmerz

Schmerzmanagement

(Definition DNQP , 2014, S.177)

Schmerzmanagement beschreibt den **fortlaufenden**, **dynamischen** und **koordinierten** Prozess einer an Schmerzen leidenden Person und aller der mit der Gestaltung der Schmerzsituation beauftragten Personen. Das **Team** beim Schmerzmanagement befasst sich mit dem **Erkennen**, **Einschätzen** und der **Verlaufsbeobachtung** des Schmerzes sowie dem **zielorientierten** und **situationsspezifischen Einsatz** von **heilberuflichen Methoden** und deren **Wirkungsüberprüfung.**

Ziel: Wohlbefinden und Lebensqualität

Weg: Plan**D**o**C**heck**A**ct - Zyklus

Aufgaben der Pflegefachkräfte im Schmerzmanagement

Pawel.
Patientensicherheit. Wirtschaftlichkeit. + Lebensqualität.

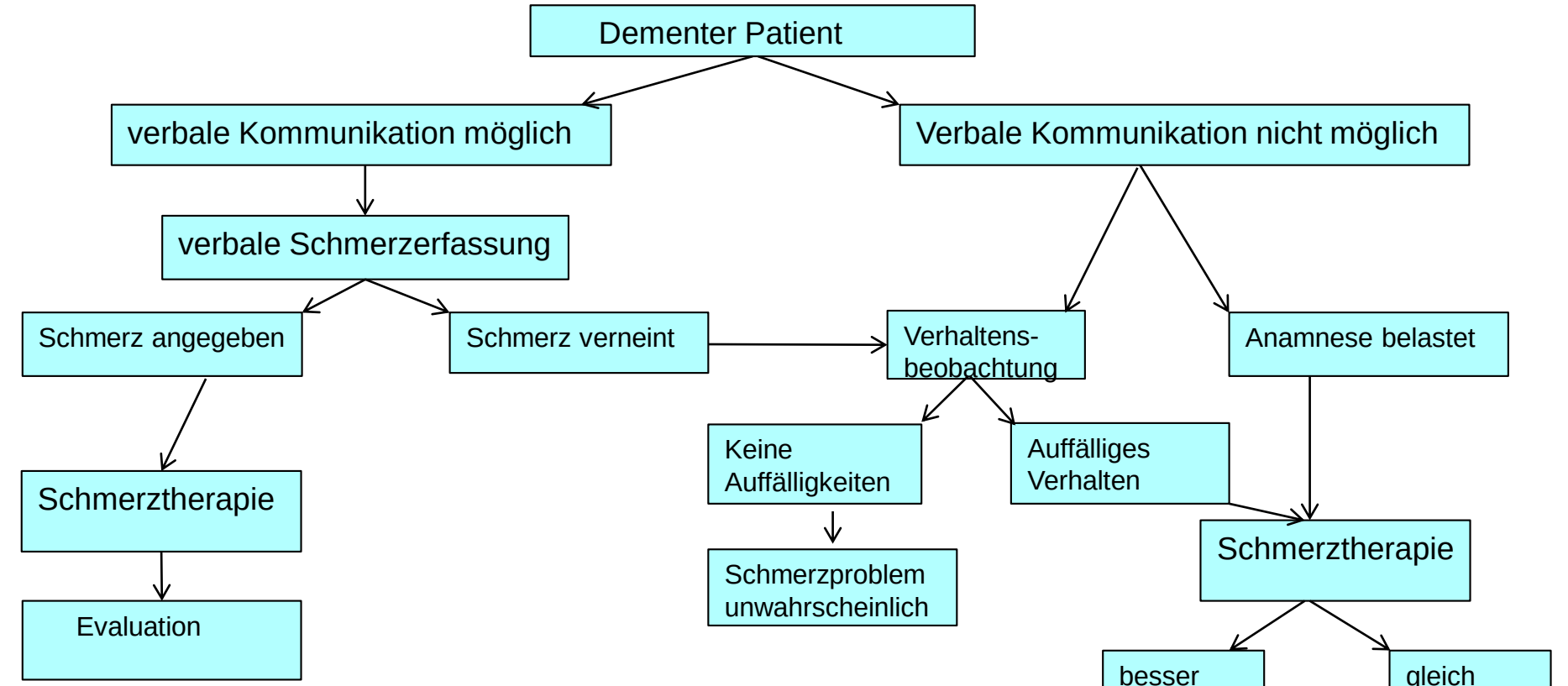
> Einhaltung und Umsetzung der Standards
> Schmerzerfassung > Aufnahmebogen
> Pat.- kurve
> Überwachung der med.-Therapie > Wirkung ja/nein
> Nebenwirkungen
> Rückmeldung an den Arzt
> Bei Bedarf eine nichtmedikamentöse Therapie einleiten. (Wirkung Überprüfen)
> Patienten beraten und schulen können

Schmerzmanagement
Woran erkenne ich Schmerz

Als Reaktion auf Schmerz verändern demenziell erkrankte (delirante) Menschen – ebenso wie kognitiv nicht beeinträchtigte Menschen – ihr Verhalten, in dem sie bestimmte Verhaltensweisen äußern, also mögliche Schmerzindikatoren zeigen, die es zu interpretieren gilt.

Dabei gilt: **Eigeneinschätzung vor Fremdeinschätzung**

Systematische Analyse



Schmerzmessung
Wann?

Indikation:

- Bei Aufnahme (Angehörige mit einbeziehen)
- Routinemessung (bei akuten Scmerzen)
- Bei medikamentöser und nicht-med. Intervention
- Bei Bedarf

Schmerzmessung bei leichtem Delir

Pawel.
Patientensicherheit. Wirtschaftlichkeit. + Lebensqualität.

Skalen zur Erfassung der Schmerzintensität (Eigeneinschätzung)



- Numerische Rang Skala (NRS)

kein Schmerz	= 0-1
leichter Schmerz	= 2-3
mittlerer Schmerz	= 4-5
starker Schmerz	= 6-7
stärkster vorstellbarer Schmerz	= 8-10

- Verbale Rang Skala (VRS) 0-4
- Visuelle Analog Skala (VAS) 0-10 mit Smilies (siehe oben)

Pawel.
Patientensicherheit. Wirtschaftlichkeit. + Lebensqualität.
Klinikum Stuttgart

Schmerzeinschätzung
bei mittel bis schwerem Delir

Pawel.
Patientensicherheit. Wirtschaftlichkeit. + Lebensqualität.

Fremdeinschätzung

Wahrnehmbare Schmerzindikatoren:

- Lautsprachlicher Indikator (stöhnen, schreien usw.)
- Mimik / Körpersprache
- Verhaltensindikator (Unruhe / Fremdaggressiv)
- Atmung, Herzfrequenz

Cave: Parkinson / cerebrovaskuläre Schäden

Instrumente zur Fremdeinschätzung

- BESAD (**Be**urteilung von **S**chmerz bei **D**emenz)
- BISAD (**B**eobachtungs**i**nstrument für das **S**chmerz**a**ssessment bei alten Menschen mit Demenz)
- ZOPA (**Z**ürich **O**bservation **P**ain **A**ssessment)

BESAD =
Beurteilung von Schmerzen bei Demenz

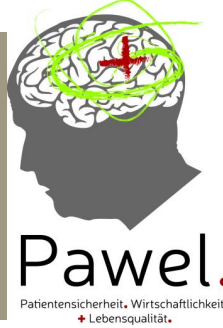
Pawel.
Patientensicherheit. Wirtschaftlichkeit.
+ Lebensqualität.

Erfassung von 5 beobachtbaren Verhaltensweisen:

- Atmung
- Negative Lautäußerungen
- Gesichtsausdruck
- Körpersprache
- Reaktion auf Trost

BISAD =

Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz



- Enthällt insgesamt 8 Verhaltensmerkmale

- **I. Beobachtung vor der Mobilisation**

> Gesichtsausdruck > Beziehung zu Anderen (Blicke, Gesten, verbaler Ausdruck)

> Spontane Ruhehaltung > Bewegung der Person

- **II. Beobachtung während der Mobilisation**

> Ängstliche Erwartung bei der Pflege > vorgebrachte Klagen während der Pflege

> Reaktion während der Mobilisation > sowie der Pflege schmerzender Bereiche

Jedes Verhaltensmerkmal können 0-4 Punkte vergeben werden (Gesamtscore 32 Punkte)

Es gibt keine Empfehlung zu Interventionsgrenzen vor

ZOPA =

Zurich Observation Pain Assessment

Das Instrument hat insgesamt 13 Verhaltensmerkmale die vier Kategorien zugeordnet sind:

- Lautäußerung
- Gesichtsausdruck
- Körpersprache
- Physiologische Indikatoren

Wird bei bewusstseinsbeeinträchtigten Menschen, sedierten Menschen unter intensivmedizinischer Behandlung und bei älteren Menschen mit demenziellen Erkrankungen bei eingeschränkte Selbstauskunftsfähigkeit.

Von Schmerz ist auszugehen, wenn ein Verhaltensmerkmal vorhanden ist.

Ziel der Schmerzmessung ?

- Schmerzsituation erkennen
- Kommunikation der Schmerzsituation im interdisziplinären Team
- Erkennen von Komplikationen
- Bewertung der Therapieefficiens

Nicht medikamentöse Schmerztherapie



Medikamentöse Therapie

WHO Stufenplan



Medikamente und der alte Mensch

Ungleichmäßige Absorption

- Abnahme der gastralen Säureresektion
- Verminderte Magen- / Darmmotilität
- Dyspepsie / Obstipation

Verteilungsstörung

- Abnahme des Serumalbumins
- Veränderte Fett / Muskelrelation
- Abnahme des Gesamtkörperwassers

Verminderte metabolische Leberkapazität

- Abnahme der Lebermasse um 20-25%
- Reduktion der Leberdurchblutung
- Verminderung mikrosomalen Cytochrome

Abnehmende renale Eliminationsleistung

- Verminderung der Anzahl der Glomeruli
- Verminderung des renalen Plasmaflusses
- Verminderung der Glomerulären Filtrationsrate (GFR)

Beachte: altersbedingte Veränderungen der Resorbtion, Metabolisierung und Elimination von Medikamenten

Regeln zur medikamentösen Schmerztherapie

1. Beachten sie altersbedingte Veränderungen
2. Erfassen Sie, was der Pat. tatsächlich an Analgetika einnimmt (Selbstmedikation, Compliance)
3. Beachten Sie Wechselwirkungen von Schmerzmittel mit anderen Medikamenten = Interaktion
4. Berücksichtigen Sie vorhandene Ko-Morbiditäten (z.B. kardiovaskuläre Erkrankungen)
5. Start low, go slow, but go !
6. Beachten Sie die erhöhte Gefährdung durch unerwünschte Wirkungen und berücksichtigen Sie diese in Ihrer Pflegeplanung

> Sturzrisiko
> BZ- Werte
> Atemdepression
> zentrale Dämpfung
> Beeinflussung der Krampfschwelle
> Verlängerung des QT – Intervalls (evtl. Schwindel)

Prophylaxe zu den Nebenwirkungen

- Information über mögliche Nebenwirkungen
- Information Patient/ Angehörige und Arzt
- Einbeziehung in die Pflegeplanung
- Dokumentation von Nebenwirkungen
- Weiterleitung von Nebenwirkungen an den Arzt
- Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten beachten

Dokumentation (PDCA- Zyklus)

- Biografische Anamnese
- Schmerzerfassung (akut / chronisch)
- Behandlungspfad festlegen

  > nichtmedikamentöse Methoden

  > medikamentöse Therapie
- Effektivität der Behandlung (Evaluation)
- Nebenwirkungen

Fragen???


Wenn ich meine
Brille finden würde,
könnte ich mein
Hörgerät suchen.
T. GAY

Danke für Ihre Aufmerksamkeit !!



Klassifikation akuter/chronischer Schmerz nach von Korff

- **Akuter Schmerz:** Schmerzdauer von weniger als einem Monat und eine mindestens sechs Monate dauernde schmerzfreie Zeit
- **Subakuter Schmerz:** Schmerzdauer von einem Monat bis zu drei Monaten und eine mindestens sechs Monate dauernde schmerzfreie Zeit vorher.
- **Subchronischer Schmerz:** Schmerzdauer von bis zu vier Wochen und eine weniger als sechs Monate dauernde schmerzfreie Zeit vorher
- **Chronischer Schmerz:** Schmerzdauer von mehr als drei Monaten

Nicht – medikamentöse Maßnahmen

= pflegerische Kompetenzen / komplementäre Pflege



Umgebungsgestaltung

Einfluss der Krankenhausumgebung

Welche Elemente der Krankenhausumgebung können für MmD und kognitiven Einschränkungen Ursachen für Schwierigkeiten/ Herausforderungen sein?





Einfluss der Krankenhausumgebung

Welche Elemente und Strukturen der Krankenhausumgebung können für MmD und kognitiven Einschränkungen förderlich sein?

Ziele architektonischer Anpassungsmaßnahmen

- Sichtbarkeit erhöhen
- Orientierung unterstützen
- Aktivität fördern

(Gesine Marquardt, 2014)

Gestaltung der Krankenhausumgebung Orientierung

- eine klare eindeutige Beschilderung in einer angemessenen Größe, die leicht verständliche Worte und Bilder nutzt
- Gegenstände, Bilder, Hinweise, die Bereiche bezeichnen und unterscheiden
- Fotos/ Gemälde der Umgebung können Interesse wecken

(Dementia Service Development Centre, http://dementia.stir.ac.uk/design/virtuelle-umgebungen/virtuelle-krankenhaus-de, 21.11.2016)

Gestaltung der Krankenhausumgebung Orientierung – Was hilft?

Klinikum Stuttgart





Gestaltung der Krankenhausumgebung Orientierung – Was hilft?



Klinikum Stuttgart
Station M3a6

Diakonissenkran-
kenhaus
Dresden





Gestaltung der Krankenhausumgebung Orientierung – Was hilft?

- Wände und Böden, die sich klar durch Farbkontraste unterscheiden
- Ein-/ Ausgang unauffällig in den Farben der Wände gestalten
- für Personal gedachte Bereiche wie Funktionsräume sollten mit der Wand verschmelzen oder mit durchgehender Linie gekennzeichnet sein
- Handläufe mit kräftigen Farben, die sich von den Wänden abheben und kontrastieren

(Dementia Service Development Centre, http://dementia.stir.ac.uk/design/virtuelle-umgebungen/virtuelle-krankenhaus-de, 21.11.2016)

Gestaltung der Krankenhausumgebung Orientierung – Was hilft?



Klinikum Stuttgart



Royal Wolverhampton, UK

Pawel.
Patientensicherheit. Wirtschaftlichkeit. Lebensqualität.

Klinikum Stuttgart

Gestaltung der Krankenhausumgebung Orientierung – Was hilft?

- „Brennpunkte“ einrichten, um vom Eingang abzulenken und unerwünschtes Verlassen zu verhindern
- im Wartebereich Dinge zum Betrachten oder Anfassen aufstellen (Screen, Beschäftigungskiste)
- Flure so frei wie möglich halten, um Stress und Verwirrung durch eine unorganisierte Umgebung zu vermeiden
- Möglichkeit für Patienten bieten, sich in ruhige Bereiche zurückziehen zu können
- Sitzgelegenheiten im Flur anbieten, farblich kontrastierend mit Boden

(Dementia Service Development Centre, http://dementia.stir.ac.uk/design/virtuelle-umgebungen/virtuelle-krankenhaus-de, 21.11.2016)

Gestaltung der Krankenhausumgebung Orientierung – Was hilft?



Bradford Teaching Hospital, UK



Diakonissenkrankenhaus Dresden

Umsetzungsbeispiele Umgebungsgestaltung - Flurbereich





Wandgestaltung eines Flurstücks mit Reliefbildern zum fühlen, tasten, wahrnehmen (Eglite, 2016)





Gestaltung der Krankenhausumgebung Orientierung – Was hilft?

- farbliche Abgrenzung an der Wand hinter dem Bett des Patienten, kann helfen, dieses leichter zu finden
- bequemer Sessel neben dem Bett und ein Tisch, um persönliche Dinge abzulegen
- eindeutige Beschilderung der Toilette mit einem Bild
- Türgriffe sollten mit der Farbe der Tür kontrastieren
- Whiteboards aufhängen, um wichtige Informationen festzuhalten
- Nachtlichter installieren, um Stürze zu vermeiden
- gut sichtbare Analoguhr und Kalender aufhängen

(Dementia Service Development Centre, http://dementia.stir.ac.uk/design/virtuelle-umgebungen/virtuelle-krankenhaus-de, 21.11.2016)

Umsetzungsbeispiele Farbgestaltung Zimmer







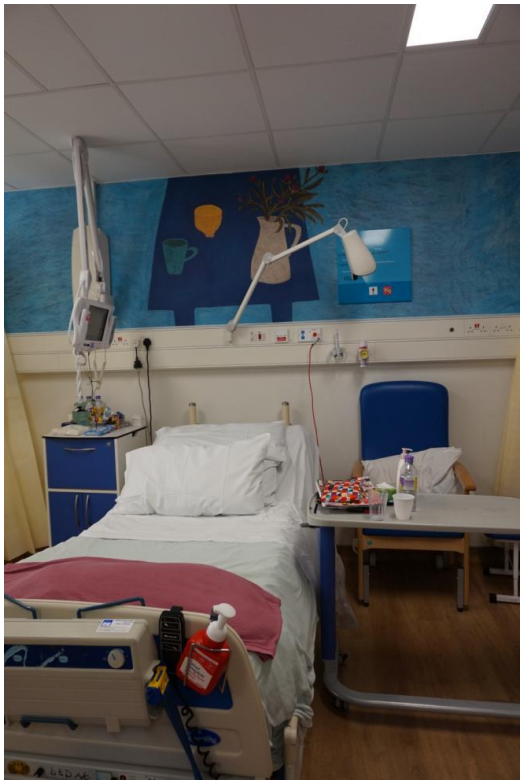
Klinikum Stuttgart
M25a



Umsetzungsbeispiele Farbgestaltung Zimmer



Hillingdon Hospital London, Beaconsfield East Ward, UK



Umsetzungsbeispiele Aufnahmestation





Bradford Teaching Hospital, UK

Umsetzungsbeispiele
Umgebungsgestaltung - Bad_Toilette



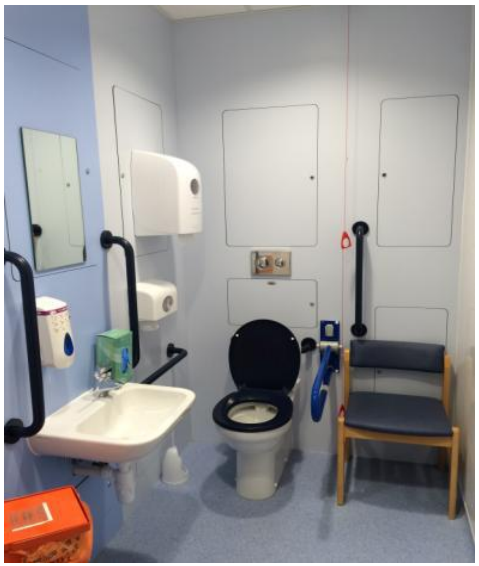




Klinikum Stuttgart

Diakonissenkrankenhaus Dresden





Royal Unit Hospital
Bath, UK

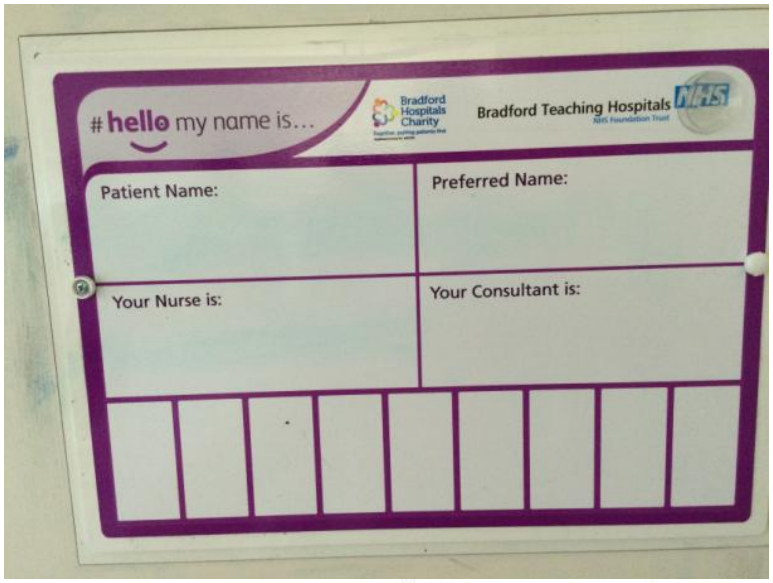
Pawel.
Patientensicherheit. Wirtschaftlichkeit. Lebensqualität.

Klinikum Stuttgart

Umsetzungsbeispiele Orientierungshilfen













Pawel.
Patientensicherheit. Wirtschaftlichkeit. Lebensqualität.

Klinikum Stuttgart

Gestaltung der Krankenhausumgebung Geräusche – Was hilft?

- Vermeidung von Geräuschen, wo es möglich ist, besonders nachts
- Ruhebereiche schaffen

- https://www.youtube.com/watch?v=1eIceE4-5jA

Gestaltung der Krankenhausumgebung - Licht

- indirektes Licht an den Decken der Flure kann Blendung verhindern, wenn Patienten in ihrem Bett über den Flur geschoben werden
- künstliche Lichtquellen sollten von der Tageszeit abhängig kontrollierbar sein (Dimmung)
- helles, angenehmes, natürliches Licht, das nicht blendet
- viel Gebrauch von Glas, senkt Verunsicherung

(Dementia Service Development Centre, http://dementia.stir.ac.uk/design/virtuelle-umgebungen/virtuelle-krankenhaus-de, 21.11.2016)

Gestaltung der Krankenhausumgebung Vertrautheit – Was hilft?

- Vermeidung von unnötigen Wegen für Patienten auf oder zwischen den Stationen
- familiäre Gegenstände von zu Hause auf dem Nachtschrank
- Unterscheidungsmerkmale, die dem Patienten helfen, das eigene Bett oder Bereiche zu finden
- interessante Bilder in den Gemeinschaftsräumen

(Dementia Service Development Centre, http://dementia.stir.ac.uk/design/virtuelle-umgebungen/virtuelle-krankenhaus-de, 21.11.2016)

Gestaltung der Krankenhausumgebung

Fußböden – Was hilft?

- Böden, die nicht blendend reflektieren, einheitlicher Farbe, bei der z.B. Muster und abrupte Wechsel vermieden werden

Beschäftigung/ Entspannung - Was hilft?

- Gemeinschaftsräume, die gemütlich und interessant sind
- Möglichkeiten, einen Außenbereich oder andere Angebote im KH, wie z.B. Cafe‘s zu erreichen
- Bücher und interessante Gegenstände

(Dementia Service Development Centre, http://dementia.stir.ac.uk/design/virtuelle-umgebungen/virtuelle-krankenhaus-de, 21.11.2016)

Gestaltung der Krankenhausumgebung



University Hospitals Coventry and Warwickshire, UK





Station DAVID, ev. Krankenhaus Alsterdorf



Royal United Hospital Bath, UK

Pawel.
Patientensicherheit. Wirtschaftlichkeit. Lebensqualität.

Klinikum Stuttgart

Gestaltung der Krankenhausumgebung

Mahlzeiten - Was hilft?

- eine ruhige und leise Umgebung
- die Möglichkeit, wenn jemand möchte, in Gemeinschaft zu essen
- unterschiedliche Farben für Teller und Tassen, die sich vom Tablett oder Tisch abheben





(vgl. Dementia Service Development Centre, http://dementia.stir.ac.uk/design/virtuelle-umgebungen/virtuelle-krankenhaus-de, 21.11.2016)

Gestaltung der Krankenhausumgebung



Hillingdon Hospital London, UK



Klinikum Stuttgart

Aktivität fördern

- Sinnesanregung
- Bilder zum Tasten, Fühlen, Wahrnehmen, Erkennen
- Beschäftigungskiste
- Snuzzelkissen und -räume
- Aufrechterhaltung der Lebensaktivitäten
- Tagesaktivierungsprogramme „Teekesselchen“
- AKTIVER

Aktivität fördern







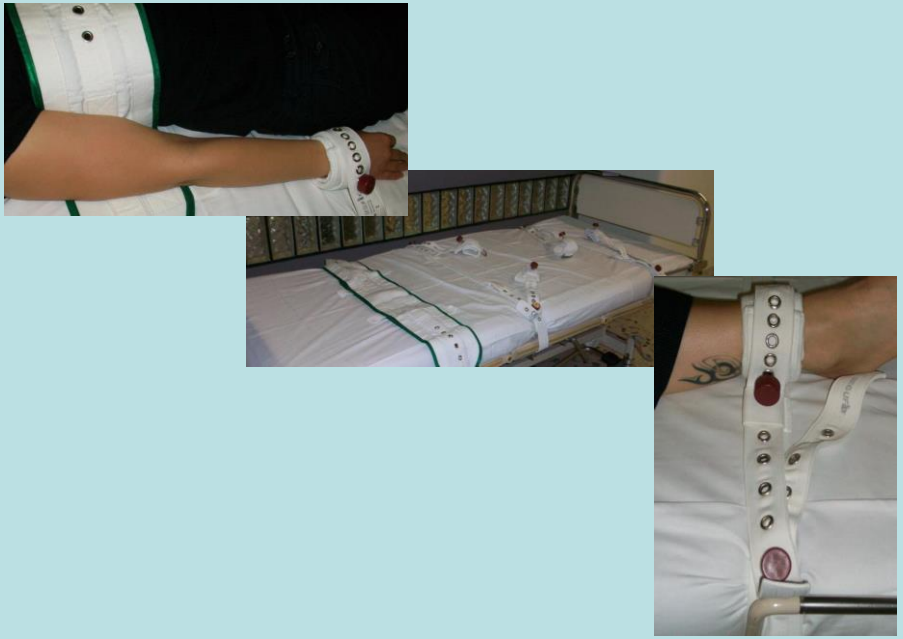
Beschäftigungskiste
Klinikum Stuttgart
M25a_b

EVKB Bielefeld

Freiheitsentziehende Maßnahmen

Pflegefachberatung

Bjoern-Erik Fülle



§ 1906 IV BGB

(4) „(…) wenn dem Betreuten, der sich in einer Anstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhält, ohne untergebracht zu sein, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll.“

Definition ‚Freiheitsentziehende Maßnahme‘

- „Eingriff in die Freiheit ist jede Maßnahme, die eine Person daran hindert, von ihrer Bewegungsfreiheit Gebrauch zu machen, vorausgesetzt, sie hat die Fähigkeit, bewusst ihren Aufenthaltsort zu ändern.“ (Poppe 2015, S. 2)

- „Fixierung ist die mechanische Bewegungseinschränkung eines Patienten [Für die Sedierung (Freiheitsentziehung durch Medikamente) oder Isolierung (Einsperren in Raum) gilt entsprechendes.)“ (Klein 2013, S. 8)

Definition ‚Freiheitsentziehende Maßnahme‘

- = Eingreifen in die persönliche Fortbewegungsfreiheit: **Wenn jemanden die objektive Möglichkeit genommen wird, seinen Aufenthaltsort willkürlich zu verändern** (unabhängig davon ob der Betroffene es vorhatte sich fortzubewegen). (vgl. Klein 2013, S. 9)
- Der Betroffene muss steuerungsfähig sein, sich überhaupt fortbewegen zu können.

  Dies ist z.B. nicht der Fall bei: Gelähmten, Bewusstlosen, Delir, tief Schlafenden, besinnungslos Betrunkenen, Säuglingen, doppelt Beinamputierten (ohne Rollstuhl) ...

Freiheitsentziehende Maßnahmen

- **mechanische Maßnahmen:**
- Fixierung mit Gurten (Bauchgurt, Hand- und Fußgurte, Rollstuhlgurt)
- Bettgitter
- Fixierdecken
- Einsperren, Abschließen des Zimmers/ der Station
- Zurückhalten beim Verlassen des Zimmers/ der Station
- Wegnahme eines Hilfsmittels zur Fortbewegung
- Anbringen eines Therapietisches am (Roll-)Stuhl

Freiheitsentziehende Maßnahmen

- **Medikamente, mit dem Ziel der Ruhigstellung:**
- Schlafmittel
- andere sedierende Medikamente

  Ist die Ruhigstellung lediglich Nebenwirkung eines zu Heilzwecken verabreichten Medikaments, handelt es sich nicht um eine Freiheitsentziehung!
- **andere Maßnahmen:**
- Wegnahme von Schuhen und Kleidern
- Ausübung psychischen Drucks
- Ausgangskontrolle, die den Patient nicht passieren lässt

(vgl. Klein 2013, S. 9; vgl. Berzlanovich et al. 2012, S. 27; vgl. Poppe 2015, S. 2)

Rechtfertigungsgründe für FEM

Einwilligung

- Einwilligungsfähigkeit ist gegeben, wenn der Betroffene noch so viel verstandesmäßige Reife besitzt, dass er Folgen und Risiken seiner Zustimmung erkennen und die Folgen auch gegenüber alternativen Vorgehensweisen abwägen kann
- Einsichtsfähiger Patient bzw. gesetzlicher Vertreter (Aufgabenkreis beachten!)

(vgl. Henke 2006, S. 18; vgl. Klein 2013, S. 12)

Rechtfertigungsgründe für FEM

Notwehr (§ 32 StGB)

- kurzfristige Fixierung nur so lange wie der Angriff gegenwärtig ist

Rechtfertigender bzw. entschuldigender Notstand

(§ § 34, 35 StGB)

- vorübergehende Fixierung bei erheblicher und gegenwärtiger Gefahr, wenn andere Behandlungen nicht zum Erfolg führen

Richterlicher Beschluss

- Vorliegen eines richterlichen Beschlusses

(vgl. Henke 2006, S. 18)

Dauer
§ 1906 BGB

Richterliche Genehmigung erforderlich bei Freiheitsentziehung über „einen längeren Zeitraum oder regelmäßig“

→„unverzügliche“ (sobald als möglich) Information des Amtsgerichts

(Vormundschaftsgericht Stuttgart

Tel: 921 3214 Fax: 921 3265)

Zu beachten!

Schriftliche Anordnung des Arztes

- Fixierungen bedürfen der schriftlichen Anordnung durch einen Arzt.
- Ausnahme: bei Gefahr im Verzug (Notwehr/ Notstand) darf das Pflegepersonal die Fixierung sofort vornehmen. Die Anordnung des Arztes muss unverzüglich nachträglich eingeholt werden.

Überwachung des Patienten

- Fixierte Patienten sind zu überwachen.
- gesteigerte Sorgfaltspflichten

Dokumentation der Fixierung

- Formulare im Intranet: Pflege – Professionelle Pflege – Pflegerichtlinien – Allgemeine – LA Für eine sichere Umgebung sorgen
- Jede Fixierung ist im Fixierungs-Überwachungsbogen schriftlich zu dokumentieren.
  - Name des Patienten
  - Art der Fixierung
  - Dauer der Fixierung
  - Anordnungsgrund
  - Welche und wann begleitende Maßnahmen getroffen werden sollen
  - Unterschrift des Arztes

(vgl. Klein 2013, S. 24)

Dokumentation am KS

Klinikum Stuttgart

Adrema	Ärztliche Anordnung der Fixierung (Somatik)								
Datum	**Begründung der Fixierung**	**Beginn HZ Arzt**	**Ende HZ Arzt**	**Intermittierend**	**Bettgitter oder anderes**	**3 Punkt**	**5 Punkt**	**Anordnung: Vitalzeichen, etc.** Zu beachten: eine Genehmigung der FEM ist „unverzüglich einzuholen (s. RL ‚Fixierung eines Patienten')	**HZ Arzt**

Begründung: (ärztliche Anordnung)	**Art der Fixierung:**	**Bewusstsein:**	**Atmung:**
1 = Fremdgefährdung	1 = Bettgitter	A = schläft ruhig	N = Normalatmung
2 = Selbstgefährdung	3 = 3-Punkt (diagonal)-Fixierung	B = schläft unruhig	D = Dyspnoe
(z. B. Suizidgefahr, Schwindel, Sicherung	4 = Therapietisch	C = wach, ruhig	T = Tachypnoe
von Sonden und Infusionen)	5 = 5-Punkt-Fixierung	D = wach, unruhig	B = Bradypnoe
3 = auf Wunsch des Patienten		E = somnolent	
*rechtliche Grundlagen beachten (siehe Intranet siehe Schreiben Fr. Poppe)		F = bewusstlos	

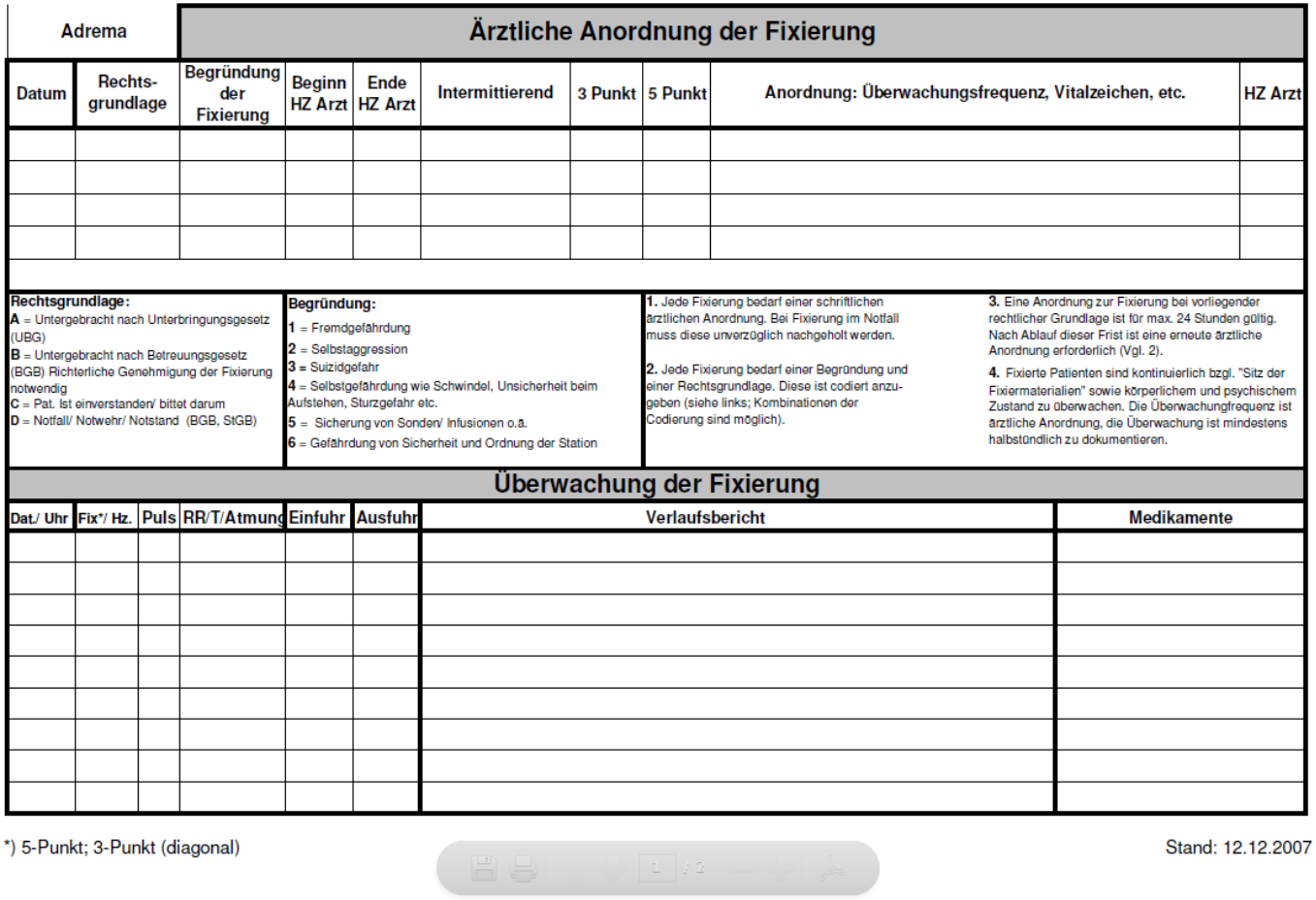
Überwachung der Fixierung

Datum	**Uhrzeit**	**Art der Fixierung**	**Sitz der Gurte**	**RR/ Puls**	**Atmung**	**Bewusstsein**	**Verlaufsbericht**	**Bedarfsmedikation**	**HZ**

Erstellt von: M. Mielke (FKP/KS-BH)
Überarbeitet: PFB 12/2015

Freigabe Pflegedirektorin und Ärztlicher Direktor auf Originalexemplar am: C. Koch und Prof. Dr. J. Graf (29.02./01.03.2016)

Dokumentation am KS – ZSG – in Bearbeitung



Adrema

Ärztliche Anordnung der Fixierung

Datum	Rechts-grundlage	Begründung der Fixierung	Beginn HZ Arzt	Ende HZ Arzt	Intermittierend	3 Punkt	5 Punkt	Anordnung: Überwachungsfrequenz, Vitalzeichen, etc.	HZ Arzt

Rechtsgrundlage:
A = Untergebracht nach Unterbringungsgesetz (UBG)
B = Untergebracht nach Betreuungsgesetz (BGB) Richterliche Genehmigung der Fixierung notwendig
C = Pat. ist einverstanden/ bittet darum
D = Notfall/ Notwehr/ Notstand (BGB, StGB)

Begründung:
1 = Fremdgefährdung
2 = Selbstaggression
3 = Suizidgefahr
4 = Selbstgefährdung wie Schwindel, Unsicherheit beim Aufstehen, Sturzgefahr etc.
5 = Sicherung von Sonden/ Infusionen o.ä.
6 = Gefährdung von Sicherheit und Ordnung der Station

1. Jede Fixierung bedarf einer schriftlichen ärztlichen Anordnung. Bei Fixierung im Notfall muss diese unverzüglich nachgeholt werden.

2. Jede Fixierung bedarf einer Begründung und einer Rechtsgrundlage. Diese ist codiert anzugeben (siehe links; Kombinationen der Codierung sind möglich).

3. Eine Anordnung zur Fixierung bei vorliegender rechtlicher Grundlage ist für max. 24 Stunden gültig. Nach Ablauf dieser Frist ist eine erneute ärztliche Anordnung erforderlich (Vgl. 2).

4. Fixierte Patienten sind kontinuierlich bzgl. "Sitz der Fixiermaterialien" sowie körperlichem und psychischem Zustand zu überwachen. Die Überwachungfrequenz ist ärztliche Anordnung, die Überwachung ist mindestens halbstündlich zu dokumentieren.

Überwachung der Fixierung

Dat./ Uhr	Fix*/ Hz.	Puls	RR/T/Atmung	Einfuhr	Ausfuhr	Verlaufsbericht	Medikamente

*) 5-Punkt; 3-Punkt (diagonal)

Stand: 12.12.2007

Richtlinie im KS

Richtlinie: Fixierung eines Patienten — Klinikum Stuttgart

ZIEL	PRINZIPIEN	QUALIFIKATION	DAUER	PFLEGEKATEGORIE / PPR
Definition: Teilweise oder komplette Fixierung eines Patienten **Indikation:** Akute und erhebliche Fremd-/oder Eigengefährdung **Zweck:** Fremd- und / oder Selbstschutz	– Nur wenn alle anderen Möglichkeiten erschöpft sind – Schriftliche ärztliche Anordnung ist erforderlich. – Ist Gefahr im Verzug, so ist die schriftliche ärztliche Anordnung unverzüglich nach der Fixierung einzuholen. – Ruhig auf Patienten einwirken, patientenschonendes Vorgehen beachten, Wahrung der Würde des Patienten! – So viel Fixation wie nötig, so wenig wie möglich	Pflegepersonal, Therapeuten, Ärztlicher Dienst, ggf. alle anwesenden Personen	§1906 BGB Richterliche Genehmigung erforderlich bei geplanter Freiheitsentziehung über „einen längeren Zeitraum oder regelmäßig" → ***„unverzügliche"*** (sobald als möglich) Information des Amtsgerichts	Bei 3- bzw. 5-Punkt Fixierung: Somatik: S 3 in PPR ZSG: A2 in IQ 5

VORAUSSETZUNGEN	VORGEHENSWEISE	BEACHTEN
Die Rechtfertigungsgründe sind erfüllt. Sofern möglich, ist der Patient über das Vorgehen informiert. Eine Person übernimmt die Koordination. Für ein möglichst sicheres Umfeld ist gesorgt. Helfer werden kurz über die Situation in Kenntnis gesetzt. Das Team hat sich abgesprochen (Wer gibt das Kommando, wer geht an welchen Körperteil, etc.). Ein komplettes und intaktes Fixiersystem ist vorhanden, der Umgang damit ist den Mitarbeitern vertraut. Die verschiedenen Fixierarten sind den Mitarbeitern bekannt. Die Formulare zur Dokumentation sind vorhanden. (Überwachungsbogen)	**Vorbereitung** – Individuelle Einschätzung der notwendigen Fixierungsart, Info an Patienten, wenn möglich. – Magnetverschlussknöpfe öffnen, gut zugänglich ablegen und passende Fixiergurte (Größe!) am Bett anbringen. – Bei Pat. mit einem Herzschrittmacher Magnetschlösser am Bauchgurt durch Steckschlösser ersetzen. – Gefährdende Gegenstände (Brillen, Uhren, Schmuck, Messer, Scheren ….) entfernen. – Mobiliar, Gegenstände, Bettdecke und Kissen entfernen, wenn möglich Mitpatienten wegschicken. – Bei massiver Bedrohung und / oder bei Gebrauch von waffenähnlichen Gegenständen, muss die Polizei eingeschaltet werden! **Durchführung** (Verletzungsgefahr durch Gegenwehr!) – Zuerst Bauchgurt, dann einen Arm und diagonal gegenüberliegendes Bein fixieren, oder jeweils beide; – Gurte müssen gut anliegen (nicht zu fest, nicht zu locker, sollen Sicherheit bieten, keinen Schaden zufügen). – Normale Atmung und Durchblutung müssen gewährleistet sein. – Während der gesamten Fixierung wird mit dem Pat. gesprochen. – Die Fixierung muss möglichst ruhig und koordiniert von statten gehen. – Magnet für Personal gut zugänglich, aber außer Reichweite des Patienten aufbewahren. – Pat. möglichst bequem lagern, zudecken, Patientenglocke erreichbar platzieren – Entfixierung erfolgt nach ärztlicher Überprüfung und schriftlicher Anordnung. **Überwachung der Fixierung** – Der Patient muss überwacht werden (besondere Sorgfaltspflicht!). Zu beachten ist die schriftliche Arztanordnung. – Regelmäßige Beobachtung / adäquate Reaktion auf mögliche Komplikationen (Unruhe, Strangulation, Herz- Kreislauf-Probleme, Hyperventilation, Wirkung / Nebenwirkung von Medikamenten etc.) – Auf Bedürfnisse des Pat. eingehen (Trinken, Essen, Ausscheidung). – Regelmäßige Überprüfung auf korrekten Sitz der Gurte, Druckstellen (Dekubitusprophylaxe) – Notwendigkeit der Fixierung regelmäßig mit dem Patienten besprechen (Aushandlungsprozess) – Bei Risikopatienten: kontinuierliche Sicht- und Vitalzeichenkontrolle notwendig – Ist ein Patient fixiert, so gelten weiterhin alle Vorgehensweisen aus den Expertenstandards – Nach der Fixierung werden gefährliche und Wertgegenstände des Pat. entfernt, in Verwahrung genommen und dokumentiert. **Nachbereitung** – Die von den Magnetverschlüssen befreiten Fixiergurte werden in die dafür vorgehaltenen Waschnetze abgeworfen. – Die Magnetverschlüsse werden mittels Sprüh- und Wischdesinfektion gereinigt ***(keinesfalls in Desinfektionslösung einlegen!)***	Alle Maßnahmen ohne Anordnung, aber mit Einverständnis des Pat. (Bettseitenteile), müssen als solche dokumentiert werden. **Ärztliche schriftliche Anordnung:** – Name und Unterschrift des anordnenden Arztes – Grund der Fixierung – Art der Fixierung – Beginn und Ende – Ü-Intervall + Parameter – Zwischen- + Bedarfsmedikation **Pflegerische Dokumentation der Überwachung:** Ü nach ärztl. Anordnung und ggf. zusätzlich nach pflegerischem Ermessen Überwachungsprotokoll: – Art der Fixierung – Durchführende Pflegekraft – Beginn und Ende der Fixierung – Verlauf und Besonderheiten (vgl. BGB, PsychKHG; Klein 2013, Henke 2006; Poppe 2015)

Erstellt: M. Mielke et al 10/08 Aktualisiert: PFB 11/13; 12/2015 Freigabe Pflegedirektion und Ärztliche Direktion am: C. Koch und Prof. Dr. J. Graf (29.02./01.03.2016)

Literatur

- Berzlanovich, Andrea M; Schöpfer, Jutta; Keil, Wolfgang: Todesfälle bei Gurtfixierungen. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 109, H. 3, 2012.
- BGB: Bürgerliches Gesetzbuch: Verfügbar unter: http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/bgb/gesamt.pdf [15.06.2015].
- PsychKHG: Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz – PsychKHG) Vom 25. November 2014.
- Henke, Friedhelm: Fixierungen in der Pflege. Rechtliche Aspekte und praktische Umsetzung. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, 2006.
- Klein, Hubert: Fixierungen und sonstige freiheitsentziehende Maßnahmen. 6. Auflage. Köln: 2013.
- Poppe, Alexandra: Freiheitsentziehende Maßnahmen – Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen. Stand Mai 2015. Verfügbar unter: Intranet KS
- StGB: Strafgesetzbuch: Verfügbar unter: http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/stgb/gesamt.pdf [15.06.2015].

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

