



LINDENHOFGRUPPE



«Jede Begegnung kann
den Unterschied ausmachen.»

QUALITÄTSBERICHT
2019

OPTIMIERTES DELIRMANAGEMENT

SCHWERPUNKTTHEMA BEHANDLUNGSQUALITÄT

Das Delir ist eine häufige und schwerwiegende Komplikation, da sie mit einer erhöhten Sterblichkeit und vermehrten Heimeintritten einhergeht. Das Delir kann sowohl für die Betroffenen, als auch für ihre Nahestehenden eine Belastung sein. Die Ursachen des komplexen Syndroms sind mannigfaltig und bis heute nicht restlos geklärt und die Therapiemöglichkeiten sind beschränkt. Die bestmögliche Vorbeugung und Behandlung eines Delirs können nur im interprofessionellen Team gelingen und bedingen die regelmässige Konsultation der aktuellen Literatur und die Vernetzung mit anderen Fachpersonen. Der professionelle Umgang mit Menschen in einem Delir und mit ihren Nahestehenden erfordert nicht nur eine hohe fachliche, sondern auch soziale Kompetenz. Wie sich die Lindenhofgruppe dieser Herausforderung stellt, wollen wir Ihnen im Folgenden näherbringen.

2018 hat die Lindenhofgruppe das Projekt «Optimiertes Delirmanagement» lanciert. Mit Erfolg. In den drei Spitälern der Gruppe sind weniger Patientinnen und Patienten von einem Delir betroffen als in der Literatur beschrieben. Ein typisches Beispiel für die kontinuierliche Weiterentwicklung der Behandlungsqualität.

In den vergangenen Jahren hat die Zahl der Delir-Patientinnen und -Patienten in den Akutspitälern deutlich zugenommen – eine Folge der demografischen Entwicklung. Es werden mehr ältere und mehr multimorbide Menschen behandelt. Die Präventions- und Behandlungsmassnahmen bei einem Delir sind mit hohem zeitlichem und personellem Aufwand verbunden. So hat sich der Einsatz von Sitzwachen in der Lindenhofgruppe zwischen 2011 und 2015 vervierfacht. Das entspricht Mehrkosten von 700 000 Franken. Das Delir ist sowohl für die betroffenen Patientinnen und Patienten als auch für ihre Angehörigen oft ein traumatisierendes Ereignis und stellt das gesamte Behandlungsteam vor grosse Herausforderungen. Die Lindenhofgruppe hat deshalb 2018 das Projekt «Optimiertes Delirmanagement» lanciert.

Interprofessionelle Zusammenarbeit und Schulung

Erfolgreiches Delirmanagement setzt die enge interprofessionelle Zusammenarbeit von Ärzteschaft und Pflege voraus. Die Lindenhofgruppe hat diese im Rahmen des Projekts gestärkt. Die Richtlinien im Umgang mit dem Delir wurden evidenzbasiert aktualisiert und an allen Standorten verankert. In der interprofessionellen Projektgruppe waren Mitglieder aus der Anästhesie, der Intensivpflegestation, der Pflege und der Inneren Medizin vertreten. Damit das Pflegepersonal ein Delir schneller erfassen kann, wurden einheitliche Screening- und Assessmentinstrumente eingeführt.

Das Pflegepersonal wurde zudem in einer Kombination aus E-Learning, Präsenzunterricht und Trainingssequenzen im Umgang mit Delir-Patientinnen und -Patienten geschult. Für neue Mitarbeitende finden obligatorische Schulungen statt, mit den themenverantwortlichen Pflegefachpersonen werden regelmässig Fallbesprechungen durchgeführt.

Eine hohe Behandlungsqualität bedingt in vielen Fällen ein Zusammenspiel von verschiedenen Professionen. Dies wird im vorliegenden Qualitätsbericht schwerpunktmässig am Beispiel des Delirs erläutert.

Neue Funktion «Advanced Practice Nurse»

Geleitet wird das Projekt «Optimiertes Delirmanagement» von einer Advanced Practice Nurse (APN) – einer akademisch ausgebildeten Pflegefachperson mit Spezialwissen für hochkomplexe Sachverhalte und erweiterten klinischen Kompetenzen. Im Dezember 2018 hat in der Lindenhofgruppe die erste Advanced Practice Nurse ihre Tätigkeit mit Schwerpunkt auf akut und chronisch verwirrte Patientinnen und Patienten aufgenommen. In dieser Funktion sucht sie an allen drei Standorten Patientinnen und Patienten auf, die eine chronische oder akute Verwirrung aufweisen. Damit kann sie fallbezogen das Behandlungsteam in der Betreuung unterstützen und beraten.

Erfreuliche Ergebnisse

Die getroffenen Massnahmen zeigen Wirkung. In der Lindenhofgruppe sind weniger Patientinnen und Patienten von einem Delir betroffen, als das die Literatur vermuten liesse, nämlich nur rund ein Zehntel so viele. Dadurch, dass ein Delir heute früher erkannt wird, können schneller Massnahmen eingeleitet werden. Exakte Daten sind in dieser Thematik schwierig zu erheben. Trotzdem berichten Pflegendе, dass Delire weniger stark ausfallen und schneller abklingen. So entlasten die getroffenen Massnahmen auch das Pflegepersonal. Die Teams fühlen sich kompetenter und im Umgang mit Delir-Patientinnen und -Patienten weniger gestresst.

Interessante Zahlen

2019	960 (4,6%) Pat. mit DOS* ≥ 3	20 923 Patienten total
2018	755 (3,5%) Pat. mit DOS* ≥ 3	21 379 Patienten total
2017	521 (2,3%) Pat. mit DOS* ≥ 3	22 623 Patienten total
2016	520 (2,3%) Pat. mit DOS* ≥ 3	22 338 Patienten total

DOS* = Delirium observation scale (Beobachtungsskala zum Erkennen von Patientinnen und Patienten mit kognitiver Einschränkung).

900

Die Lindenhofgruppe behandelt jedes Jahr rund **900 Patientinnen und Patienten** mit einem Delir.

1,2%

der rund **21 000 stationär behandelten Patientinnen und Patienten** weisen in der Lindenhofgruppe ein Delir auf. Das entspricht nur einem Zehntel der in der Literatur beschriebenen Fälle.

30%

Gemäss Literatur treten 11 bis 25 Prozent der über 65-Jährigen mit einem Delir ins Spital ein, **30 Prozent** entwickeln ein Delir während des Aufenthalts.

-27%

Die Lindenhofgruppe konnte **dank optimiertem Delirmanagement** die Zahl der Sitzwacheneinsätze innerhalb eines Jahres deutlich reduzieren.

OPERATION GEGLÜCKT, PATIENT VERWIRRT

SCHWERPUNKTTHEMA BEHANDLUNGSQUALITÄT



Die Patientin erwacht aus der Narkose – und wirkt verändert. Vor der Operation war sie klar im Kopf und umgänglich, jetzt redet sie wirr und provoziert die Pflegenden. Diagnose: ein Delir. Das Phänomen fand in der Medizin lange Zeit wenig Beachtung. Die Lindenhofgruppe geht das Thema systematisch an – mit Erfolg.

Delire treten jedoch nicht nur nach einer Operation, sondern sehr oft auch bei internistischen Krankheiten von hochbetagten oder Patientinnen und Patienten mit einer Demenz auf. Dabei verändern sich Patientinnen und Patienten für einige Zeit in ihrem Wesen. Ihr Gehirn gerät plötzlich aus dem Gleichgewicht. Entsprechend verhalten sie sich. Einige sind aggressiv und ruhelos, andere apathisch und desorientiert; einige wirken nervös oder verängstigt, andere fantasieren. Sie hören Stimmen oder riechen Düfte, wo keine sind. Das Delir hat viele Gesichter. Und es kann dauern. Stunden, Tage. In Ausnahmefällen für immer.

Lange wurde das Delir als vorübergehende Nebenerscheinung einer schweren Erkrankung oder nach einer Operation betrachtet. Heute gilt es als eigenständiges Krankheitsbild. Und immer mehr Spitäler gehen das Thema systematisch an. So auch die Lindenhofgruppe. Sie setzt auf Früherkennung, Vorbeugung und Behandlung; und sie schult die Pflegenden im Umgang mit Delir-Patientinnen und -Patienten.

Doch was weiss die Medizin über das Delir? Und was kann sie dagegen tun? Ein paar Fragen an Amara Froidevaux, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin.

Frau Froidevaux, gibt es Patientengruppen mit erhöhtem Delir-Risiko?

Amara Froidevaux: Ja. Menschen über 65, Menschen mit Demenz oder Mehrfacherkrankungen sowie Menschen mit einem hohen Medikamentenbedarf. Grundsätzlich kann es jedoch jede und jeden treffen – selbst Kinder.



Dr. med. Amara Froidevaux
Fachärztin für Allgemeine
Innere Medizin

Wie häufig tritt nach einer Operation ein Delir auf?

Recht häufig. In der Literatur werden bei Personen über 65 Jahren Zahlen von bis zu 50 Prozent genannt. Viele treten bereits mit einem Delir ins Spital ein.

Welche Faktoren können ein Delir auslösen?

Oft wirken mehrere Auslöser zusammen. Typische Trigger sind: Medikamente, Schmerzmittel, Alkoholentzug, Infekte, die Anästhesie ... Und alles, was Stress auslöst. Dazu gehört auch der psychische Stress, der mit einer Operation verbunden ist.

Zum Hintergrund:

Vieles von dem, was beim Delir im Gehirn passiert, ist noch nicht erforscht. Klar ist: Ein Delir ist eine neurologische Störung. Es entsteht ein Ungleichgewicht der Neurotransmitter (Botenstoffe) Acetylcholin und Dopamin. Meist stellt sich das Gleichgewicht nach einer gewissen Zeit wieder ein, die Symptome verschwinden.

SCHWERPUNKTTHEMA BEHANDLUNGSQUALITÄT

Gibt es medizinische Möglichkeiten, einem Delir vorzubeugen?

Die beste Prävention besteht darin, Risikopatientinnen und -patienten vor der Operation zu identifizieren. Das gibt uns die Möglichkeit, Medikamente wegzulassen, die ein Delir befördern können. Auch bei der Tiefe der Narkose haben wir Handlungsspielraum. Ein Medikament, um einem Delir vorzubeugen, gibt es jedoch nicht.

Wenn ein Delir auftritt: Können Sie die Betroffenen medizinisch behandeln?

Sehr beschränkt. Je nach Situation können wir Medikamente einsetzen – beispielsweise gegen Psychosen oder Demenz. Sie bergen jedoch das Risiko von Nebenwirkungen. Wir müssen also eine Güterabwägung vornehmen. Was den Betroffenen wirklich hilft, sind Ruhe und Reizabschirmung. Da ist primär die Pflege gefordert.

Zum Hintergrund:

Ein Delir ist nicht harmlos. Die Mortalität liegt höher als bei einem Herzinfarkt. Ein Drittel der Betroffenen stirbt, ein Drittel hat Langzeitfolgen. Für die Lindenhofgruppe Grund genug, dem Thema hohe Beachtung zu schenken. Im Rahmen eines interdisziplinären Projekts hat sie Richtlinien zu Früherkennung, Prävention und Behandlung entwickelt.

Geleitet hat dieses Projekt Sabine Bigler. Sie ist Advanced Practice Nurse.



Sabine Bigler
Advanced Practice Nurse

Frau Bigler, vor welchen Herausforderungen stehen die Spitäler beim Thema Delir?

Sabine Bigler: Eine zentrale Herausforderung ist die Früherkennung, das sogenannte Screening. Wir müssen Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Risiko erkennen, damit wir präventive Massnahmen treffen können. Das bedingt systematisches Vorgehen, Wissen und Erfahrung.

Wie funktioniert das Screening?

Bei über 65-jährigen Patientinnen und Patienten analysieren wir das Delir-Risiko routinemässig, da diese Altersklasse am stärksten betroffen ist. Die Basis dazu bilden das Patientendossiers und die aufmerksame Beobachtung der Patientinnen und Patienten bezüglich ihres Verhaltens und ihrer Aussagen. Sind sie orientiert? Finden sie sich zurecht? Sind sie unruhig oder ruhelos oder im Gegenteil auffällig ruhig? All das kann ein Hinweis auf eine Veränderung ihres Geisteszustandes (ihrer Kognition) sein.

Zum Hintergrund:

Trotz Screening und vorbeugender Massnahme wachen viele Patientinnen und Patienten mit einem Delir aus der Narkose auf. Ist die Diagnose gestellt, müssen Medizin und Pflege gemeinsam die notwendigen Massnahmen treffen, um den Patientinnen und Patienten bestmöglichen Rahmenbedingungen zu bieten und ihre Sicherheit zu gewährleisten. Sabine Bigler koordiniert die interprofessionelle Zusammenarbeit.

Wie sieht die Aufgabenteilung zwischen Medizin und Pflege aus?

Die Diagnose ist Sache der Ärztinnen und Ärzte. Je schneller sie gestellt wird, desto besser greifen die Massnahmen. In erster Linie geht es darum, die Auslöser zu eruieren und medizinisch zu behandeln. Die medizinischen Einflussmöglichkeiten sind aber oft beschränkt. Der Pflege fällt deshalb eine wichtige Rolle zu. Sie kann die Patientinnen und Patienten stabilisieren, indem sie Stressfaktoren ausschaltet, Orientierungshilfen bietet, Vertrauen aufbaut. Eine qualitativ gute Pflege ist zentral im Delirmanagement.

Wie intensiv müssen Delir-Patientinnen und -Patienten betreut werden?

Manchmal rund um die Uhr. Im Delir können Menschen sich und andere gefährden. Falls nötig, ziehen wir Sitzwachen bei, die eine Eins-zu-eins-Betreuung gewährleisten können. Alles in allem bindet die Begleitung von Delir-Patientinnen und -Patienten viele Ressourcen.

Als Fachverantwortliche für das Thema Delir sensibilisiert Sabine Bigler Ärzteschaft und Pflege. Sie schult Pflegende mittels E-Learning sowie Präsenzs Schulungen und coacht individuell am Patientenbett. Hinzu kommt der Einbezug der Angehörigen: Sie können beim Erkennen des Delirs wertvolle Hinweise liefern, weil sie den Normalzustand der Patientinnen und Patienten kennen und Veränderungen meist sofort wahrnehmen.

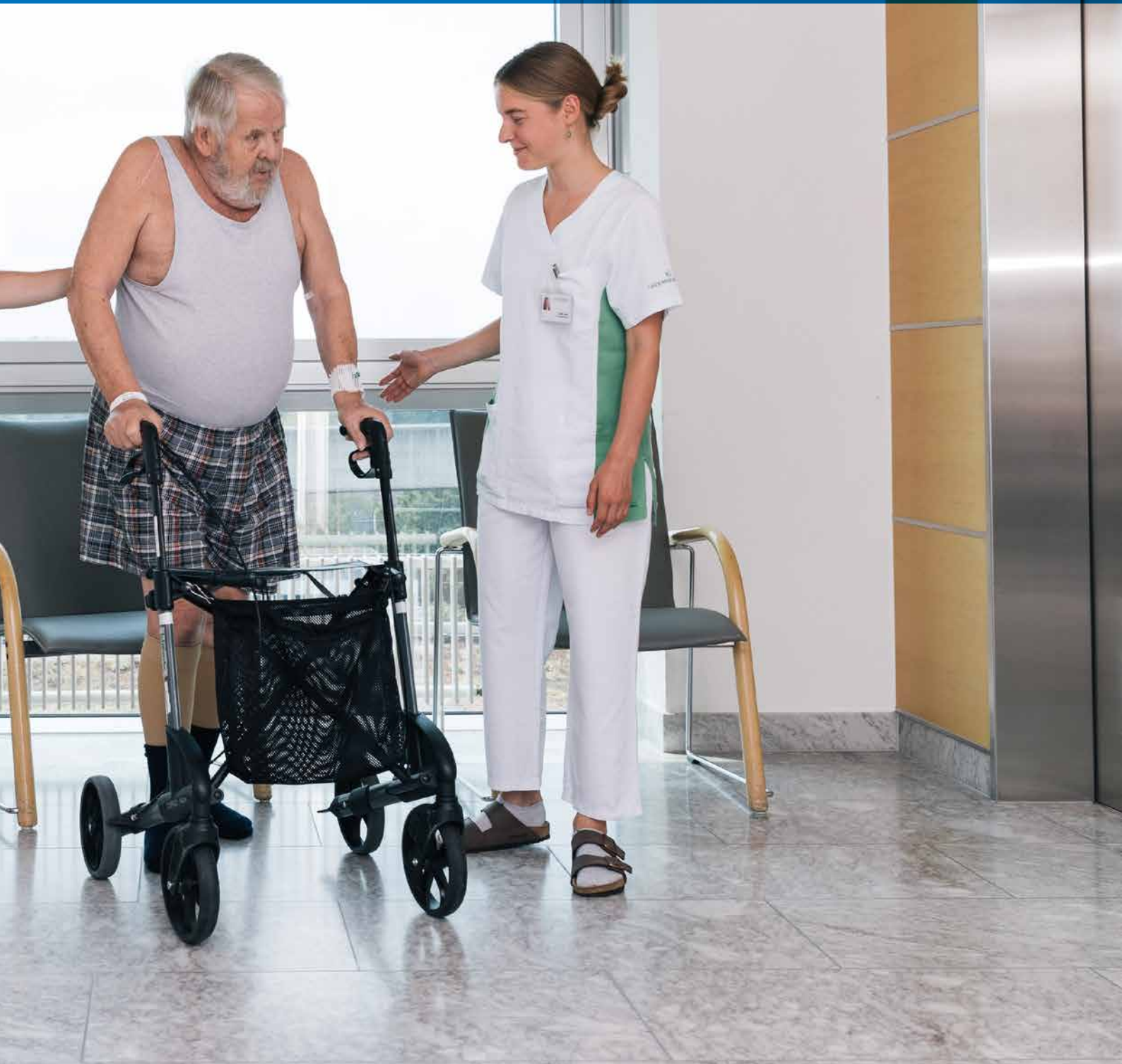
Allerdings brauchen auch sie ihrerseits Unterstützung. Diese plötzliche Veränderung im Wesen und Verhalten ihres Gegenübers ist schwer einzuordnen und löst Fragen, Ängste und Unsicherheit aus. Die Massnahmen der Lindenhofgruppe im Umgang mit dem Delir greifen. Die Fallzahlen liegen unter dem in der Literatur beschriebenen Durchschnitt. Auch wenn der Erfolg der Massnahmen in Zahlen schwer auszudrücken ist, haben Pflegende den Eindruck, dass dank der getroffenen Massnahmen die Schwere und die Dauer der Delirien abgenommen haben. Für die Patientinnen und Patienten bedeutet das weniger Leidensdruck und mehr Sicherheit. Für das Pflegepersonal eine Reduktion von zumeist schwierigen Patientensituationen.

KOMPETENZSPRUNG IM UMGANG MIT DELIR

SCHWERPUNKTTHEMA BEHANDLUNGSQUALITÄT



Patientinnen und Patienten mit einem Delir gehören zum Alltag von Carina Gerber und Joëlle Jufer. Die beiden diplomierten Pflegefachfrauen stehen dabei oft vor herausfordernden Situationen. Was können sie zum Wohl der Patientinnen und Patienten tun?



SCHWERPUNKTTHEMA BEHANDLUNGSQUALITÄT

Carina Gerber und Joëlle Jufer arbeiten auf einer Station der Inneren Medizin. Eine Disziplin mit überdurchschnittlich vielen älteren Patientinnen und Patienten. Entsprechend häufig sind die beiden diplomierten Pflegefachfrauen mit dem Thema Delir konfrontiert.

Zu ihren Aufgaben gehört es, bei Patientinnen und Patienten, mögliche Symptome zu erkennen. Wie gehen sie vor?

Carina Gerber: Wir führen bei allen Patientinnen und Patienten, die älter als 65 sind, ein Screening durch. Die zuständigen Pflegenden beobachten das Verhalten der Person in der ersten Phase genau. Gibt es Persönlichkeitsveränderungen oder andere Auffälligkeiten im Verhalten? Zudem stellen wir gezielt Fragen. Erkennen Sie die Tageszeit? Erinnern Sie sich an dieses und jenes Ereignis? Besteht Verdacht auf ein Delir, informieren wir die zuständige Ärztin bzw. den zuständigen Arzt.

Joëlle Jufer: Bei Patientinnen und Patienten, die hyperaktiv oder gar aggressiv werden, ist es einfacher, ein mögliches Delir zu erkennen. Schwieriger wird es, wenn die Patientinnen und Patienten sich zurückziehen oder apathisch sind. Das kann psychische Ursachen haben, kann aber auch auf ein Delir zurückgehen.

Da bei einem Delir nur wenig medizinische Interventionsmöglichkeiten bestehen (siehe Haupttext), fällt der Pflege eine umso bedeutendere Rolle zu. Was kann sie zum Wohl der Patientinnen und Patienten leisten, solange das Delir anhält – was manchmal mehrere Tage der Fall ist?

Joëlle Jufer: Wir müssen die Patientinnen und Patienten primär vor sich selber schützen. Im Delir besteht die Möglichkeit, dass sie aus dem Bett steigen und stürzen, dass sie sich an Gegenständen verletzen oder sich und andere anderweitig gefährden. Deshalb überwachen wir die Betroffenen engmaschig. Dazu stehen uns verschiedene Instrumente zur Verfügung. Beispielsweise die Überwachung mithilfe von Sensormatten, die melden, wenn die Patientinnen und

Patienten selbstständig das Bett verlassen, obwohl sie dabei Unterstützung bräuchten.

Das Mittel der Wahl hängt davon ab, wie ausgeprägt die Verwirrung ist und in welcher Form sie sich äussert. Sind die Betroffenen hyperaktiv oder aggressiv? Haben sie Halluzinationen und wirken erregt? Oder verhalten sie sich passiv und lethargisch? So oder so: Delir-Patientinnen und -Patienten leiden an ihrer Situation. Der Pflege kommt daher auch die Aufgabe zu, das Leiden zu lindern. Welche Interventionsmöglichkeiten gibt es?

Carina Gerber: Reize abschirmen und Orientierung bieten – das sind die wichtigsten Hilfestellungen. Vielen hilft es, wenn wir das Zimmer verdunkeln oder sie in ein Einzelzimmer verlegen. Wichtig ist zudem, dass wir den Betroffenen alltägliche Dinge erklären. So können sie die Situation besser einordnen. Viele Delir-Patientinnen und -Patienten sagen im Nachhinein, dass ihnen das Gespräch am meisten geholfen habe. Schliesslich haben wir die Möglichkeit, die Betroffenen gezielt zu beschäftigen und damit abzulenken. Mal hilft eine Plüschkatze, mal ein Mandala oder ein Radio. Neuerdings setzen wir auch eine Plüsch-Roboter-Robbe ein. Sie reagiert auf Geräusche oder Berührungen mit Bewegungen oder Lauten. Das hat oft einen beruhigenden Einfluss.

Joëlle Jufer: Hinzu kommen die pflegerischen Aufgaben. Wir schauen, dass die Patientinnen und Patienten trotz Delir genug Flüssigkeit zu sich nehmen, dass sie essen, dass sie die Medikamente einnehmen ... Und wir informieren und begleiten die Angehörigen. Das bedeutet, dass wir aufmerksam auf die Betroffenen eingehen, ihre Bedürfnisse erkennen und ihnen im Spitalalltag so viel Normalität wie möglich bieten. Und wir informieren und begleiten die Angehörigen, die ihrerseits verunsichert sind, aber oft auch eine grosse Ressource in der Betreuung darstellen.



Carina Gerber
Dipl. Pflegefachfrau

Joëlle Jufer
Dipl. Pflegefachfrau

Eine besondere Herausforderung für die Pflege stellen Delir-Patientinnen und -Patienten dar, die aggressiv werden – in Form von Beschimpfungen oder Tätlichkeiten. Beruhigende Medikamente können die Situation entschärfen. Trotzdem müssen die Pflegenden auf ihre Sicherheit bedacht sein. Das heisst: Auf der Hut sein und mögliche Angriffe antizipieren. Bei verbalen Ausfällen hilft eine professionelle Haltung.

Carina Gerber: Man darf die Angriffe nicht persönlich nehmen. Für die Patientinnen und Patienten ist die Situation traumatisierend. Sie wissen im Delir nicht, was sie tun. Interessant ist, dass sich die meisten an das Vorgefallene genau erinnern, sobald das Delir vorüber ist. Viele entschuldigen sich dann. Es ist ihnen peinlich, sie können sich ihr Verhalten nicht erklären ...

Joëlle Jufer: ... möchten aber verstehen, was genau mit ihnen passiert ist. Wir erklären es ihnen, so gut es geht. Und wir leisten emotionalen Beistand. Manchmal ist ein Gespräch

aber nicht mehr möglich, weil die Leute auf eine andere Station verlegt worden sind. Manchmal erhalten wir dann einen Brief, in dem sich die Leute entschuldigen.

An der Lindenhofgruppe wird das Pflegepersonal zum Thema Delir gezielt geschult. Für Carina Gerber und Joëlle Jufer war die Schulung «ein Kompetenzsprung». Beide gehen heute sicherer mit Delir-Patientinnen und -Patienten um. In schwierigen Situationen können sie die Advanced Practice Nurse Delir beziehen. Das gibt zusätzliche Sicherheit – auch für die Patientinnen und Patienten.

Impressum

Konzeption und Projektverantwortung

Mirjam Huber, Leiterin Unternehmenskommunikation & Marketing
Lindenhofgruppe | Muristrasse 12 | 3001 Bern
mirjam.huber@lindenhofgruppe.ch

Textredaktion

Brigitte Hunziker, Lindenhofgruppe
Rolf Marti, komma pr

Grafik und Layout

Jan Horisberger, high5 ideas AG

Fotografie

Lea Moser

Druck

Ast & Fischer AG



Das Zeichen für
verantwortungsvolle
Holzwirtschaft



Lindenhofgruppe
Bremgartenstrasse 117 | Postfach | 3001 Bern
Telefon +41 31 300 75 02 / 03
info@lindenhofgruppe.ch | lindenhofgruppe.ch

Verfolgen sie unsere Beiträge auf:

