

Angehörige von deliranten Patienten – Wie können wir eine professionelle Begleitung gestalten?

**14. Gesundheitspflege-Kongress Hamburg
5 November 2016**

Susanne Krotsetis, CCRN, MSc.

Übersicht

- Delir Fakten - Inzidenz - Prävalenz
- Wahrnehmungen und Bedürfnisse von Patienten & Angehörigen
- Hinderliche Barrieren einer Einbindung von Angehörigen
- Voraussetzungen einer Einbindung
- Ansatz - Beispiel UKSH „Angehörigen Flyer - Delir“
- Forschungsergebnisse zum Thema „Einbindung von Angehörigen“ - (deliranter-) Patienten
- Fazit
- Ressource: Netzwerk Delir

Symptome - Goldstandard

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) 2013 der American Psychiatric Association (APA)

- **Störung der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins** (reduzierte Möglichkeit des Fokussierens, Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit)
- **Änderung der kognitiven Fähigkeiten/ Wahrnehmung** (Erinnerungsdefizite , Sprachstörungen (verwaschene Sprache), Wahrnehmungsstörungen die nicht durch eine bestehende oder beginnende Demenz zu erklären sind)
- **Die Störungen entwickeln sich in kurzer Zeit** (Stunden oder Tagen) und **fluktuieren häufig** während des Tagesverlaufes
- Es gibt **Evidenz** aus der Anamnese, körperlichen Untersuchung oder Laborergebnissen das die Störung **durch eine direkte Konsequenz des Gesundheitszustandes, durch schädigende Substanzen, Medikationen oder der Kombination aus mehreren Gründen verursacht wird**

Formen eines Delir

- **Hyperaktiv**
- **Hypoaktiv**
- **Gemischt**

Konsequenzen eines Delirs

- Verlängerter Krankenhausaufenthalt (Thomason et al. 2005, Witlox et al.2010)
- Erhöhte Mortalität (Lin et al. 2004, Witlox et al.2010)
- Verminderte kognitive Rehabilitation (Girard et al. 2010, Witlox et al.2010)
- Häufig erschwertes oder kein Zurückkehren zu einem gewohnten Lebensstil (MacLulich et al. 2009, Witlox et al.2010)
- Steigerung der Krankenhauskosten/ Kosten des Gesundheitssystem (Millbrandt et al. 2004)

Prävalenzen & Inzidenzen

	Not- aufnahme	Aufwachraum > 70 Jahre	Stationär Erwachsene	Intensiv Erwachsene	Intensiv Kinder > 2 Jahre
Prävalenz	30%				
Inzidenz		45%	3-29%	48-80%	53%

(Hustey und Meldon (2002), Thomason et al. (2005), Siddiqi et al. (2006), Pun und Ely (2007), Neufeld et al. (2013), Smith et al (2016))

Der Patient... fühlt

- **Angst**
- **Frustration und Ärger**
- **Scham und Schuldgefühl**
- ***aber auch entlassende Gefühle...***

Patienten beschreiben ein Gefühl von Erleichterung, wenn nahe Verwandte bei Ihnen waren (Van Rompaey et al. 2015)

Bedürfnisse des Patienten

- **Möchte sich erinnern – „verschwommene“ Erinnerungen**
-> *belastend: „ Witze machen“*
- **Wunsch eine Verbindung-Kontakt herzustellen**
-> *vertraute Person an der Seite, Erklärungen*
- **Sinn & Zusammenhänge herstellen wollen**
-> *Halluzinationen, Misstrauen*
- **Angst, Sicherheitsbedenken, Hilflosigkeit überwinden**
-> *vertraute Umgebung-Gegenstände fehlen, Re-Orientierung, Sicherheit geben (Gerüche, Geräusche, Berührungen...)*
(Wesch et al. 2013, Whitehorne et al. 2015)

Wahrnehmung der Angehörigen

- **Abrupte Veränderung des Anderen**
- **Diese kommt häufig schnell und unerwartet**
- **Unsicherheit**
- **Wechsel von Vertrauen/Misstrauen**
- **Verlust** (Stenwall et al. 2008)
- **Sehr hohe Stresslevel** (Toye et al. 2014)
- **Höheres Konfliktpotential mit dem therapeutischen Team** (Bruera et al. 2009)
-> Häufig ausgelöst durch Interpretation von Ereignissen, Vorgängen und Wahrnehmungen die nicht erklärt worden sind (Wesch et al. 2013)

Der Angehörige nimmt eine Doppelrolle ein

Er/Sie ist sowohl Angehöriger (*Ehe-Partner, Kind, vertraute Person*)

als auch Co-Betroffener (Scheinberger und Ebert-Birnbaumer 2016)

Was erwarten Angehörige von deliranten Patienten von uns?

Das Bedürfnis von **Informationen** wie und was der Patient fühlt und wie Familien ihren Angehörigen (*jetzt und längerfristig*) unterstützen können (Toye et al. 2014)

Einsichten / Einbezug in Therapie-und Pflegeprozesse (Wesch et al. 2013)

Möglichkeit der **Nähe** (Mitchell et al. 2009)

Hinderliche Einflussfaktoren auf die Pflege von deliranten Patienten/ Integration Angehöriger

1. **Der fluktuierende Verlauf eines Delir (*häufig nachts...*)**
2. **Mangelndes Wissen und Verständnis um Delir und dessen Erkennung**
3. **Kommunikationsbarrieren (*therapeutische Team/Team-Angehörige*)**
4. **Inadäquater (*gar nicht/nicht regelhaft*) Gebrauch von Assessmenttools**
5. **Delir als Belastung (-> *physisch & psychisch*) (Yue et al. 2015)**
6. **Ähnlichkeit von Demenz-Delir (Hussein et al. 2015)**
7. **Anerkennung und Integration von Pflegebeobachtung in den Therapieplan (Hosie et al. 2014)**

Guidelines - Leitlinien

- **ABCDE F Bundle** = (Schmerz-Beatmungsmanagement; Wahl der Sedativa& Analgetika; Delirprävention-und management; Frühmobilisation; **Einbezug der Familie/Angehörigen**) (Balas et al. 2015)

- Angehörigenaufklärung über potentielle Schwierigkeiten des Patienten, wie Angstzustände, depressive Verstimmungen, Konzentrationsschwächen(auch über die evtl. Entwicklung eines PTBS), so dass die Familie sich (emotional) vorbereiten kann
- Darauf aufmerksam machen das (pflegende) Angehörige auch auf ihre Bedürfnisse, Gefühle achten müssen (<http://www.icudelirium.org/>)

- **S3 Leitlinie Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin** (Müller et al.2015)

- Nicht explizit Angehörige integriert...aber: „...**soziale Deprivation vermeiden.**“

LoE: 1b (hoher Evidenzgrad) GoR: B „Sollte“ (Grad der Empfehlung)

Konzept der Familienzentrierten Pflege

- Pflegende + Familien/Angehörige sind involviert (*pädiatrische Pflege*)
- Familien sind „Experten in eigener Sache“ – sie sind Verbindungen mit Stärken, Ressourcen, Schwächen und Wechselwirkungen (Wright und Leahey 1990)
- Familienzentrierte Pflege ist ein annähernder Zugang zu Entscheidungen in Gesundheits-Krankheitsfragen zwischen dem Patienten, der Familie und dem therapeutischen Team (Kuo et al. 2012)

Nochmal...Was erwarten Angehörige von deliranten Patienten?

Informationen

Einsichten / Einbezug in Therapie-und Pflegeprozess

Möglichkeit der Nähe

Voraussetzungen um Angehörige gut einbinden zu können...

1. Wissen und grundlegendes Verständnis von Delir (Ursachen-Symptome) und dessen Erkennung
2. Kommunikations- und Strukturbarrieren erkennen und begegnen (*im therapeutischen Team/Team-Angehörige*)
3. Regelmäßiger Gebrauch von validen Assessmenttools
4. Anerkennung und Integration von Pflegebeobachtung in den Therapieplan

! multiprofessionelles Arbeiten !

Implementierung von Schulungsmaßnahmen Lundström et al. (2005)

Kontrollierte Studie , Interventionsgruppe n = 200, Kontrollgruppe n = 200 einer **internistischen allgemein Station** eines KH in Schweden
(Lundström et al. 2005)

Intervention:

- 2 tages Seminar für alle MA zum Thema Delir
- Training vom interaktiven (Pflege-Patient) & Re-orientierenden Pflegeprozessen- und Maßnahmen
- Re-organisation des Pflegesystems -> Bildung von kleinen Pflegeteams die für den Patienten wärend des gesamten Aufenthaltes zuständig waren
- Monatliche Fortbildungen

Implementierung von Schulungsmaßnahmen Lundström et al. (2005)

Kontrolle:

Standardpflege

Outcomes:

Delir Inzidenz

Ergebnis:

- Delir Inzidenz an Tag 7: 30,2% in der Interventionsgruppe versus 59,7% in der Kontrollgruppe ($p = 0,001$)
- Durchschnittliche Aufenthaltslänge im Krankenhaus 9,4 Tage in der Interventionsgruppe versus 13,4 Tage in der Kontrollgruppe ($p = 0,001$)

Implementierung von Schulungsmaßnahmen Wand et al. (2013)

Vorher (n = 129) – Nachher (n= 129) Studie einer **internistischen allgemein Station** eines KH in Australien (Wand et al. 2013) bei allen nicht deliranten Patienten ≥ 65 Jahre

Intervention:

- 1 Stunde Fortbildung für alle (Pfleger & Ärzte) MA zum Delir
- Wöchentliches interaktives Training für Pfleger mit Delir Experten bezüglich Pflegeprozessen- und Maßnahmen

Kontrolle:

- Standardpflege

Outcomes:

- Delirium Inzidenz
- Objektive Wissensabfrage zum Thema Delir
- Selbsteinschätzung der Pflegenden zur angewandten pflegerischen Praxis des Delirmanagement und dem „Selbstvertrauen“ bezüglich des Umgangs mit deliranten Patienten

Implementierung von Schulungsmaßnahmen Wand et al. (2013)

Ergebnisse:

- Post- Intervention: Signifikante Reduktion der Delirinzidenz von 19 % auf 10,1 % ($p= 0,003$) und eine verbesserte kognitive Funktion bei Entlassung (erhöhter Barthel-Score um im Median 5,3 Punkte ($p < 0,001$))
- Das therapeutische Team gab an einen vermehrten Wissenszuwachs, zum Thema Delir zu haben, sowie ein größeres professionelles Zutrauen ein Delir zu erkennen und zu managen
- Kostengünstige Intervention (-> *key - nurses*)

Schriftliche Informationen

- **Erniedrigter Stresslevel der Angehörigen** (Morris 2001)
- **Bessere Informationszufriedenheit der Angehörigen** (Azoulay et al. 2002)
- **Erklärende Information für Angehörige von deliranten Patienten können deren psychische Gesundheit fördern und Stress vermindern** (Partridge et al. 2013)

Schriftliche Informationen – Beispiel UKSH

<http://icusteps.org/assets/files/booklet/delirum.pdf>

Autorisierte Übersetzung & Veröffentlichung



Schriftliche Informationen

- Was ist ein Delir?
- Warum entsteht ein Delir?
- Wenn Ihr Angehöriger ein Delir hat...
- Wie Sie helfen können ...
- Wie lange dauert ein Delir?
- Verursacht ein Delir bleibende Schäden?
- Was können Sie danach machen?
- Weitere Hilfen
- Ansprechpartner im Klinikum



Schriftliche Informationen

Vor Einführung der Flyer gab es am UKSH Campus Lübeck ein Schulungsprojekt (*Ursachen, Formen, Symptome, Prävention, pflegerische Maßnahmen*) zum Thema Delir der Mitarbeiter auf den Erwachsenen Intensivstationen



Die Flyer wurden vor dessen Einführung auf 3 Intensivstationen am UKSH evaluiert (n=15) und Rückmeldungen von Pflegenden, Ärzten und Angehörigen mit aufgenommen



Wirksamkeit der Einbindung von Angehörigen deliranter Patienten

The effect of nurse-facilitated family participation in the psychological care of the critically ill patient

(Black et al. 2011)

Prospektive Kohortenstudie n= 83 in einer Kontrollgruppe (*Standardpflege*)
n= 87 in Interventionsgruppe (**mündliche & schriftliche Informationen/Vorschläge** zu begleitenden Maßnahmen)

Ergebnisse:

Keine signifikante Abnahme der Delir Inzidenz aber **ein deutlich verbesserter psychologischer Zustand der Patienten in der Interventionsgruppe** nach 4-8 und 12 Wochen

Wirksamkeit der Einbindung von Angehörigen deliranter Patienten

Positive effects of a nursing intervention on family – centered care in adult critical care (Mitchell et al. 2009)

Prospektive Kohortenstudie: **Interventionsgruppe**
[**gezielte Einbindung von Angehörigen in Tätigkeiten der Grundpflege**] (n=99) **Kontrollgruppe** (n=75)
[„Standard“ Umgang mit den Angehörigen]

Ergebnisse:

Angehörige der Interventionsgruppe gaben **signifikant häufiger an, Respekt, Zusammenarbeit und Unterstützung erfahren zu haben**

Angehörigenintegration aus der Sicht von Pflegenden

Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses

(Engström und Söderberg 2007)

**Qualitatives Design (Fokusgruppeninterviews) mit n= 24
Intensivpflegekräften**

Ergebnisse:

- Einbinden & „Dasein“ der Angehörigen ist wichtig und ermöglicht eine individualisierte Pflege
- Angehörigenarbeit benötigt aber auch einen hohen Energie- und Zeitbedarf
- Problematisch bei bestehendem Informationsdefizit und daraus entstehende Aggressionen der Angehörigen
- Mangel an Feedback durch Kollegen und Angehörige selbst

Fazit

- Empirische Daten (Outcomes), wenn auch noch in ihrer Gesamtheit wenige, im Zusammenhang (delirante) Patient – Angehörige – Pflegende zeigen Vorteile auf....
- Angehörige sind eine notwendige Ressource in der Pflege von deliranten Patienten
- Mit deren Einbindung begegnen wir ihren Bedürfnissen und denen unserer Patienten
- Pflegende müssen über ein (Delir-)Fachwissen verfügen aber auch entsprechende multiprofessionelle Strukturen (*Teamstrukturen, Feedbacks, Flyer, Poster*) einführen und Fähigkeiten erlernen die eine erfolgreiche Einbindung ermöglichen

Informationsportal Netzwerk Delir

<http://www.delir-netzwerk.de/>

Informationen :

- Professionals
- Angehörige
- Patienten
- Mehr Informationen
- Info Blatt „Delir“ (mehrsprachig)



Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit



@: Susanne.Krotsetis@uksh.de