

11. Newsletter des Delir-Netzwerks e.V.

NETZWERK

Grußwort

Heidelberg im Juli 2021
(oder in Wellen gezählt: nach der III. Welle)

Liebe Kolleg*innen

Wir freuen uns, Ihnen heute die 11. Ausgabe unseres Newsletters zustellen zu können.

Im Moment atmet das Land auf und stolpert in neu gewonnene Freiheiten zurück, die sich manchmal fast fremd anfühlen.

Die dritte Welle ist gebrochen und vielleicht ist das ein guter Moment zurück zu blicken.

Die Pandemie hat vielen von uns gezeigt, wie groß die Lücken der Kommunikation zwischen Team und Familien sein können. Es ist an der Zeit, darüber nachzudenken, wie wir uns diesbezüglich verbessern können, zumal keiner die weitere Entwicklung sicher einschätzen kann.

Über Beiträge und Erfahrungsberichte würden wir uns freuen.

An der Kongressfront wird es Tag und wir alle freuen uns auf die ersten Präsenzveranstaltungen, die für den Herbst angekündigt sind.

Das Netzwerk hat sein erstes Symposium -Stand jetzt- auf den 15. Januar 2022 verlegt.

Es wird in Mannheim stattfinden. Die Form der Tagung ist noch nicht endgültig beschlossen. Überlegt wird eine Hybrid- Veranstaltung, um möglichst vielen Interessierten die Möglichkeit zur Teilnahme zu geben.

Das Programm ist in Arbeit.

Für weitere Vorschläge bitten wir um eine E-Mail an unsere Netzwerkadresse.

Fragen oder Anmerkungen bezüglich Newsletter senden Sie gerne an die Redaktion des Delir-Newsletters newsletter@delir-netzwerk.de

oder zu Fragen bezüglich des Netzwerkes an info@delir-netzwerk.de

Wir wünschen viel Interesse beim Lesen!

Damit bleiben wir mit unseren Wünschen für einen erholsamen Sommer, im Namen des Netzwerks.

Rebecca von Haken, Arnold Kaltwasser, Jessie Kilian, Sabrina Pelz

Inhalt

Grußwort	1
Veranstaltungen	4
Webinare.....	5
Aufruf zur Studienteilnahme	5
Für Sie gelesen und zusammengefasst.....	6
Delirium bei älteren Patienten mit COVID-19 in der Notaufnahme	6
ABCDEF Bündel in COVID Zeiten	8
Wenn die übliche Versorgung bereits sehr gut ist... ..	10
Newsticker.....	12
Das Delir-Netzwerk e.V. stellt sich vor.....	16
Impressum	17



Veranstaltungen

Wir bemühen uns, einen Überblick über internationale, nationale, regionale, große und kleine, etablierte und neu entstandene Kongresse, Konferenzen und Vortragsreihen zu gewinnen. Es wird sich nicht vermeiden lassen, dass einzelne Veranstaltungen nicht auf unserem Radar erscheinen.

Helfen Sie mit, damit es uns gelingt, einen „One-Stop-Shop“ für alle Interessierten zu schaffen. Senden Sie Name, Ort und Datum Ihnen bekannter Veranstaltungen an: info@delir-netzwerk.de

In Anbetracht der aktuellen Situation sind viele Konferenzen verschoben, bzw. abgesagt worden. Da die Situation sehr schwer einzuschätzen ist, können wir hier nur vorläufige Hinweise geben. Bitte informieren Sie sich bei den jeweiligen Veranstaltern.

11.-12.11.2021 Reutlingen Reutlinger Fortbildungstage

www.akademie-reutlingen.de

01.-03.12.2021 Hamburg 21. Kongress der Deutschen Interdisziplinären

Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V.

<https://kongress.divi.de/divi-21>

11.02.2022 Wien 6. Fachtagung Delir 2022

<http://www.fachtagung-delir.at/allgemeines-2022.html>

22.-24.03.2022 Utrecht 9th EfCCNa Congress

<https://www.efccna.org/education/efccna-congress>

Verschoben auf März 2022 Einladung folgt 2. Boberger Delirtag im BG Klinikum

Hamburg

www.bg-kliniken.de/klinikum-hamburg/veranstaltungen/

June 12-14, 2022 Indianapolis, IN <https://americandeliriumsociety.org/conferences>

Webinare

"delirium: WHAT'S IN a NAME?"

<http://www.europeandeliriumassociation.org/>

Ein Webinare der European delirium association (EDA) von 2020

Und hier vom World Delirium Awareness Day 2021:

https://www.youtube.com/channel/UCJnVKipf7HP4a0S7W_aDD_w

Bitte teilen Sie uns Webinare per Mail info@delir-netzwerk.de mit. Dann veröffentlichen wir sie gerne beim nächsten Newsletter!

Aufruf zur Studienteilnahme

Sie sind Pflegefachperson und arbeiten im Krankenhaus?

Dann möchte ich Sie gerne für die Teilnahme an einer Umfrage begeistern.

Zunächst möchte ich mich Ihnen kurz vorstellen:

mein Name ist Karin Herrmany - Maus und ich bin Gesundheits- und Krankenpflegerin. Im Rahmen meiner Masterthesis im Masterstudiengang Pflegewissenschaft an der Philosophisch - Theologischen Hochschule in Vallendar befasse ich mich mit der Fragestellung: Welche Erfahrungen haben Pflegefachpersonen im Krankenhaus in Bezug auf Delir?

Delir ist eine häufige und schwere akute neuropsychiatrische Erkrankung. Auf Intensivstationen ist das Delir bei 30 bis 80 Prozent der Patient_innen die häufigste zerebrale Dysfunktion.

Ziel der Masterarbeit ist es, Informationen über Erfahrungen von Pflegefachpersonen im Krankenhaus in Bezug auf Delir zu erhalten. Die Erhebung beschäftigt sich mit verschiedenen Themenkomplexen wie persönlichen Erfahrungen, strukturellen Gegebenheiten am Arbeitsplatz und Kenntnissen zum Thema Delir.

Der Fragebogen umfasst bis zu 33 Fragen und die Bearbeitungszeit beträgt ungefähr 15 Minuten.

Mit Ihrer Teilnahme leisten Sie einen wesentlichen Beitrag, dass Daten zur Thematik Delir erfasst werden, ein Rückschluss auf Bedarfe generiert und somit die Versorgungssituation von Patient_innen verbessert werden kann. Ausführliche Informationen zur Verwendung der Daten sowie zum Datenschutz finden Sie auf der Startseite der Befragung. Dieser Link führt Sie direkt zur Online-Befragung:

<https://s2survey.net/Delir2021/>

Herzlichen Dank
für Ihr Engagement und freundliche Grüße
Karin Herrmany - Maus

Für Sie gelesen und zusammengefasst

Delirium bei älteren Patienten mit COVID-19 in der Notaufnahme

Kennedy, M., Helfand, B. K., Gou, R. Y., Gartaganis, S. L., Webb, M., Moccia, J. M., & Inouye, S. K. (2020). Delirium in Older Patients With COVID-19 Presenting to the Emergency Department. JAMA network open, 3(11), e2029540-e2029540.

Ein Delir, bei älteren Patienten*innen in der Notaufnahme häufig anzutreffen, ist mit einer hohen Morbidität und Mortalität verbunden, bleibt aber, mangels Screenings, häufig unerkannt. Aktuelle Fallberichte beschreiben atypische Anzeichen einer COVID-19 Erkrankung bei älteren Erwachsenen. Die deskriptiven Daten einer COVID-19-Infektion im Zusammenhang mit Delir und älteren Patienten*innen in der Notaufnahme sind bisher noch nicht ausreichend beschrieben. Kennedy et al. (2020) stellten die Frage wie viele ältere Erwachsene, die an COVID-19 erkrankt sind, schon mit einem Delir in der Notaufnahme aufgenommen werden. Es wurde eine multizentrische Kohortenstudie an 7 Standorten in den USA durchgeführt. N = 817 Teilnehmer*innen (≥ 65 Jahre) die mit einer mit COVID-19 Infektion in der Notaufnahme vorstellig/aufgenommen wurden, wurden konsekutiv ab Mitte im März 2020 in die Studie eingeschlossen. Das durchschnittliche Alter der Patienten*innen betrug 77,7 Jahre. Ergebnisse: In dieser Kohortenstudie hatten n= 226 (28%) der Patienten*innen ein Delir bei Aufnahme. Von diesen Patienten*innen stellte sich bei n= 37 (16%) das Delir als Hauptsymptom dar, n= 84 (37 %) hatten keine typischen COVID-19-Symptome wie Husten, Fieber oder Kurzatmigkeit. N = 122 (54%) der Patienten*innen hatten Wahrnehmungsstörungen, n= 96 (43%) waren desorientiert, n= 35 (20%) hatten ein hypoaktives Delir und n= 35 (16%) der Patienten*innen hatten ein hyperaktives/agitiertes Delir. N= 213 (94%) der Patienten*innen mit einem dokumentierten/festgestelltem Delir wurden stationär aufgenommen. Faktoren die mit Delirium assoziiert waren, waren Alter (≥ 75 Jahre), leben in einem Pflegeheim oder betreuten Wohnen, vorherige Verwendung von psychoaktiven Medikamenten, Sehstörungen, Hörstörungen, Schlaganfall und die Parkinson-Krankheit. Delirium war assoziiert mit einem Aufenthalt auf der Intensivstation und Mortalität. Die Autoren schlussfolgern, dass die Ergebnisse darauf hindeuten, dass ältere Erwachsene die an COVID-19 erkrankt sind häufig mit einem Delir in die Notaufnahme kommen, und das Delir als ein wichtiges Symptom von COVID-19 angesehen und für das Screening, die Tests und die Bewertung einer Covid-19 Erkrankung herangezogen werden sollte. Die

Wissenschaftler vermuten, dass die in dieser Studie präsentierte Prävalenz von 28% das Vorhandensein eines Delirs vermutlich unterschätzt abbildet, da häufig die Symptome eines Delirs nicht in den Patientenakten dokumentiert wurden.

Kommentar: Diese Studie von Kennedy et al. (2020) zeigt eindrücklich, dass Delir häufig ein Symptom/Co-Erkrankung bei einer Covid-19 Erkrankung ist. Die erhobenen Daten der medizinischen, pflegerischen und der Sozialanamnese geben Hinweise auf bekannte Risikofaktoren eines Delirs. Somit kann das therapeutische Team unter Ausführung valider Screening Instrumente frühzeitig (Aufnahmesituation) präventive Maßnahmen und Maßnahmenbündel initiieren, um ein prolongiertes Delir, so weit wie möglich, zu minimieren. (SK)

Susanne Krotsetis M.Sc.

ABCDEF Bundel in COVID Zeiten

Brenda Pun , Rafael Badenes Prevalence and risk factors for delirium in critically ill patients with COVID-19 (COVID-D): a multicentre cohort study

Hier wird eine multizentrische Kohortenstudie zu Covid 19 Patienten, Delir und ABCDEF Bundel vorgestellt. Untersucht wurden die Daten (Januar-April 2020) von 2088 Intensivpatienten (27000 Patiententage) aus den USA, Mittelamerika und Spanien.

Zur Studie:

- Patientenkollektiv
 - Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 64 Jahre.
 - 71% der Patienten war männlich.
 - In 37 % der Fälle lag bei Aufnahme ein schweres ARDS vor.
 - 66% der Patienten wurden mit Aufnahme invasiv beatmet
 - Der Charlson Comorbidity Score lag durchschnittlich bei 1
 - Der SAPSII Wert betrug 40.

Das Augenmerk lag in dieser Studie auf dem ABCDEF Bundel und den Sedativa, sowie der Prävalenz von Koma und Delir.

Die Resultate im Überblick:

Bezüglich der Anwendung des ABCDEF Bundels an den rund 27000 Patiententagen wurden folgende Zahlen erhoben:

- A (assess, prevent and manage pain) wurde an 73% der Tage durchgeführt
- B (Aufwach-und/oder Spontanatmungsversuch) an 19% der Tage
- C (Sedierungstiefe) an 98% der Tage
- D (Delirscoring/Prävention) wurde an 82% der Tage
- E (early Mobilisation) an nur 33% der Tage
- F (Familienkontakt virtuell oder persönlich) an 17% der Tage

Patienten:

- 54,9% der Patienten entwickelten ein Delir.
- 80% der Patienten waren im Schnitt im Koma für 10 Tage.
- Der durchschnittliche RASS der beatmeten Patienten lag bei -4.
- 64% der Patienten erhielten Benzodiazepine über 7 Tage.

Delir beeinflussende Faktoren:

- Invasive Beatmung, Fixierung, Benzodiazepine, Opiate, Antipsychotika und Katecholamine waren jeweils mit einem erhöhten Risiko für das Auftreten eines Delirs am Folgetag verbunden
- Familienkontakt (persönlich oder virtuell) hingegen konnte das Delirrisiko um 30% senken.
- Nur 6% der Intensivstationen hatten Besuche generell erlaubt.
- In etwa der Hälfte der Stationen wurden Besuche für Sterbende zugelassen.

Situation vor Ort

- 84% der teilnehmenden Intensivstationen hatte eine Ausweitung der Bettenkapazität vorgenommen. Die durchschnittliche Bettenzahl lag bei 19 vor der Pandemie, die der zusätzlich aufgemachten bei 24 pro Station, somit mehr als doppelt so hoch.
- 42% der Intensivstationen war von Ressourcenknappheit (geschultes Personal, Schutzausrüstung und Material) betroffen.

Bedeutung der erhobenen Zahlen:

Es braucht sicher weitere Erhebungen, um zu sehen, ob die hier berichteten Zahlen eine Momentaufnahme der ersten Welle der Pandemie oder einen tatsächlichen Spiegel der Intensivmedizin bei Covid19-Patienten darstellen.

Die hier dargestellten Ergebnisse zeigen eine Abkehr von der über lange Jahre hart erarbeiteten, dann aber gut etablierten ABCDEF Praxis bei Intensivpatienten. Alle Krankenhäuser waren Lehrkrankenhäuser.

Eine mögliche Erklärung ist sicher die Situation der erweiterten Bettenkapazität und der Mangel an geschultem Personal, der für die Mehrheit der teilnehmenden Intensivstationen galt. Das wiederum unterstreicht die Notwendigkeit von ausgebildetem Personal in der Intensivmedizin und straft die „Hauptsache-genug-Köpfe-Politik“ mit der dem Personalmangel in diesem Bereich allzu gerne begegnet wird ab.

Untersucht werden muss, ob im weiteren Verlauf der Pandemie und mit besseren Ressourcen, eine größere Compliance bezüglich des ABCDEF Bundels beobachtet werden konnte.

Nicht erhoben wurde die Nierenfunktion, sowie Nierenersatzverfahren.

Brisant ist der Aspekt des Besuchsverbots auf Intensivstationen. Brisant nicht nur in Hinblick auf Delir.

Dr. Rebecca von Haken

Wenn die übliche Versorgung bereits sehr gut ist...

Rood PJ, Zegers M, Ramnarain D, Koopmans M, Klarenbeek T, Ewalds E, van der Steen MS, Oldenbeuving AW, Kuiper MA, Teerenstra S, Adang E, van Loon LM, Wassenaar A, Vermeulen H, Pickkers P, van den Boogaard M; UNDERPIN-ICU study investigators. The Impact of Nursing Delirium Preventive Interventions in the Intensive Care Unit: A Multicenter Cluster Randomized Controlled Trial. Am J Respir Crit Care Med. 2021 Jun 25

Die Implementierung von Maßnahmenbündel zur Delirprävention und -behandlung ist in der Praxis herausfordernd. Rood et al (2021) aus den Niederlanden haben in einer großen stepped-wedge, cluster randomisierten Studie diese Implementierung untersucht. Zehn Zentren haben auf Intensivstationen nach einer Anfangsphase ohne Intervention (=Kontrollphase) in zufälliger Reihenfolge ein Konzept zur pflegegesteuerten Delirprävention und -therapie eingeführt (Interventionsphase). Vor und nach der Einführung wurden Daten erhoben und dadurch konnte ein möglicher Effekt untersucht werden. Das Maßnahmenbündel wurde bei erwachsenen Intensivpatienten mit erwarteter Verweildauer > 24h und mit einem erhöhten Delirrisiko (E-PRE-DELIRIC Score > 34%) umgesetzt. Das Maßnahmenbündel bestand in: b.Bd. Seh- und Hörhilfen geben, wdh. Re-Orientierung, kognitives Training, Schlafhygiene, Frühmobilisierung. Die Pflegenden konnten selbständig wählen, was sie wie wie oft umsetzten, sollten dies aber dokumentieren.

Alle Teams wurden geschult, vor allem die Pflegenden wurden in der Anwendung der CAM-ICU trainiert. Zur Motivation wurde die Studienperformanz erfasst (=wie gut die Studie läuft und Maßnahmen umgesetzt wurden) und an die Teams rückgemeldet, weiterhin wurden Lärmampeln, Lichtsensoren, Poster, Informationsbriefe, regelmäßige Newsletter und Kaffeebecher mit den aufgedruckten wesentlichen Interventionen verteilt. Das primäre Outcome der Studie war die Anzahl von Delir- und Koma-freien Tagen in den ersten 28 Tagen.

Im Ergebnis konnten im Studienzeitraum vom 2017-2019 insgesamt 1.749 (7% von 24.657) PatientInnen eingeschlossen werden, Durchschnittsalter 71 Jahre, 60% Männer, mittlerer APACHE IV Score 82. Intervention: n=924, Kontrolle n=825. Die Dauer, die Pflegenden das Maßnahmenbündel täglich umsetzten, betrug im Median (IQR) in der Kontrollphase K=32 (13-73) Min, in der Interventionsphase I=38 (14-116)

Min. Die Dauer für kognitives Training stieg signifikant an, ebenso sank bedeutsam die Licht- und Lärmbelastung. Die subjektive Arbeitsbelastung der Pflegenden (0-10) stieg in der Interventionsphase signifikant von 4 auf 5 an.

Die Anzahl von Delir- und Koma-freien Tagen unterschied sich nicht bedeutsam (K=23 (5-27), I=23 (4-27)), ebenso wenig die Delirinzidenz (K= 40%, I=39%) oder Delirdauer (K=2 (1-4). I=2 (1-4)). Auch andere Parameter wie Intensivtage usw. unterschieden sich nicht.

Die Ergebnisse erstaunen. Die AutorInnen erklären die Ergebnisse mit a) der Komplexität der vielen möglichen Ursachen für Delirien und es ist denkbar, dass das Pflegemaßnahmenbündel nur einen Teil davon abdecken könnte, b) bisherige erfolgreiche Studien zu Pflege-gesteuerten Maßnahmenbündeln wurden bei nicht-IntensivpatientInnen umgesetzt – es ist denkbar, dass die Schwere der Erkrankung im Intensivbereich den Erfolg der Interventionen limitieren könnte, c) in den teilnehmenden Zentren war bereits in der Kontrollphase die Implementierung von pflegetherapeutischen Maßnahmen sehr hoch, sodass der Unterschied in der Interventionsphase lediglich ein Plus von 6 Minuten Delirprävention und -therapie am Tag bedeutete ... es sollte jedem klar sein, dass dies kaum einen Unterschied machen kann.

Das Problem der bereits (zu) starken Kontrollgruppe ist auch aus dem Bereich Frühmobilisierung bekannt: wenn erste Studien zu Beginn eines allgemeinen Hypes umgesetzt werden, Frühmobilisierung oder Delirprävention also kaum oder wenig strukturiert in der Praxis umgesetzt werden, sind die Unterschiede zu einer strukturierten Interventionsgruppe groß und statistisch bedeutsam. Diese Studien werden publiziert, viel beachtet und die PraktikerInnen beginnen, diese Interventionen zu implementieren. Folgestudien basieren aber auf den Powerkalkulationen dieser frühen Studien, müssen dann aber gegen eine veränderte Praxis ankämpfen ... und verlieren oftmals. Delirmanagement ist heute so „normal“ geworden, dass es schwer geworden ist, hier noch in Studien einen Unterschied zu machen.

Der eigentliche Erfolg dieser Studie liegt nicht in der Interventionsgruppe, sondern der Kontrollgruppe: die „übliche Versorgung“ der niederländischen Intensivpflege ist auf einem so hohen Niveau, dass sie selbst bei gut durchdachten Interventionsstudien mithalten kann. Das ist beeindruckend.

Dr. Peter Nydahl RN BScN MScN

Newsticker

In dieser Rubrik stellen wir Studien zum Delir kurz vor damit Sie einen Überblick über aktuelle Publikationen erhalten. Durch einen Klick auf den Link wird eine Weiterleitung zum Abstract in der PubMed geschaltet. Dieser Newsticker entsteht in Kooperation mit dem Netzwerk Frühmobilisierung:

<http://www.fruehmobilisierung.de/Fruehmobilisierung/Start.html>

Delir & Neue Medikationen: Von 189 IntensivpatientInnen, 45% delirant, erhielten 71% eine neue neuroaktive Medikation zur Nacht, bei 64% wurde die Medikation auch nach Entlassung weitergeführt. Die Autoren schlussfolgern: „Die Verordnung einer neuen Schlafmedikation kommt häufig vor und wird oft auch nach Entlassung weitergeführt, aber selten dokumentiert“. Retrospektive Beobachtungsstudie von Hamidi et al (2021) aus den USA Link <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33786443/>

Delir & Neue Medikation II: Von 300 deliranten IntensivpatientInnen erhielten nach ihrer Verlegung von der Intensivstation $\geq 50\%$ weiterhin Antipsychotika und noch mehr nach ihrer Entlassung. Retrospektive Beobachtungsstudie von Dixit et al (2021) aus den USA Link <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33895793/>

Delir & Mortalität: bei 5.936 IntensivpatientInnen mit Delir war die 30-Tagemortalität im Vergleich zu gleich kranken PatientInnen signifikant erhöht. Retrospektive Beobachtungsstudie von Fiest et al (2021) aus Kanada Link <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33823122/>

Delir & Mortalität II: Wenn 542 delirante IntensivpatientInnen frühzeitig mit Haloperidol behandelt wurden, sank deren 28-Tagemortalität mit jedem Miligramm um 7%. Vorsicht: hier wurde Haloperidol mit der Gieskanne und ohne spezifische Indikation verteilt! Sekundäranalyse von Duprey et al (2021) aus den Niederlanden. Link <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33861548/>

Delir & Ohrstöpsel: die zufällige Verteilung von Ohrstöpseln und Schlafbrillen im Vergleich zu üblicher Versorgung führte bei 78 weiblichen IntensivpatientInnen zu einer signifikant besseren Schlafqualität (RCSQ 64,5 vs 47,3, $p=0,0007$), hatte aber keinen Einfluss auf die Delirrate oder Zufriedenheit der Familien. RCT von Obanor et al (2021) aus den USA Link <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33870919/>

Delir & Angehörige: das Delir von PatientInnen machte 20 Familienangehörige perplex in Bezug auf die Situation, die Intensivumgebung, Entscheidungen und im Kontext ihrer (chinesischen) Kultur. MitarbeiterInnen sollten Angehörige deliranter PatientInnen in diesem Kontext unterstützen und beraten. Qualitative Studie von Huang et al (2021) aus Taiwan Link <https://online-library.wiley.com/doi/epdf/10.1111/nicc.12620>

Delir & Prävention durch Angehörige: eine Übersichtsarbeit mit 8 Studien identifizierte erweiterte Besuchszeiten, die Entwicklung von Aktivitäten durch und mit den Angehörigen und Re-Orientierung als Maßnahmen, die die Häufigkeit und Schwere eines Delir vermindern können. Review von Pabon-Martinez et al (2021) Link

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33888425/>

Delir & Genauigkeit: Die Genauigkeit von Delir-Assessments wie CAP-D, psCAM-ICU und pCAM-ICU bei kritisch kranken Kindern variiert, sobald sie in die Routineversorgung implementiert werden. Beobachtungsstudie von Paterson et al (2021) aus Australien Link

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33909556/>

Delirprojekt: Ein Projekt auf 14 Intensivstationen in Manchester führte zu einer verbesserten Rate von Delir-Screenings (vorher 37%, nachher 60%) und niedrigerer Delirrate (vorher 28%, nachher 13%). Qualitätsverbesserungsprojekt von Davis et al (2021) aus UK <https://bit.ly/3ueHmC>

Delir & Melatonin: nach der Analyse von 14 randomisierten Studien mit 1712 PatientInnen im Krankenhaus konnte Melatonin im Vergleich zu Placebo die Delirhäufigkeit reduzieren mit 49% bei chirurgischen und 34% bei IntensivpatientInnen, weitere Vorteile lagen für Schlafqualität und Sedierung vor. Meta-Analyse von Khaing et al (2021) <https://bit.ly/3vC8mRT>

Delir & Prävention: nach der Analyse von 8 Studien mit 2105 PatientInnen im Krankenhaus konnten Multikomponentenbündel im Vergleich zu üblicher Versorgung die Delirhäufigkeit um 47% reduzieren, unklar sind die Effekte auf Delirdauer oder -schwere usw. Meta-Analyse von Ludolph et al (2021) <https://bit.ly/3fwLVII>

Delirfolgen: Eine Übersichtsarbeit incl 41 Studien ergab, dass ein Delir bei kritisch kranken Patienten die Aufenthaltsdauer um 4,7 Tage auf der Intensivstation und 6,7 Tage im Krankenhaus erhöhte. Die mittlere Kostendifferenz lag bei +5.936 \$ im Krankenhaus. Übersichtsarbeit von Dziegielewska et al (2021) <https://bit.ly/2SjVJwb>

Delir & Anästhesisten: in einer Befragung von 566 AnästhesistInnen in 62 Ländern wurde deutlich, dass das Routinemanagement von postoperativem Delir zwar als relevant eingestuft wurde, aber ein systematisches Assessment nur begrenzt umgesetzt wird. Umfrage von Bilotta et al (2021) <https://bit.ly/3yyPxRF>

Delir & Schlaf: Wäscht Schlaf den Abfall aus dem Gehirn? Eine interessante Übersichtsarbeit über die mögliche Beziehung zwischen Schlaf und der Reinigung des Gehirns von Abfallprodukten durch ein erhöhtes glymphatisches System. Könnte dies delirprotektiv wirken? Übersichtsarbeit von Komarov (2021) <https://bit.ly/3ywTVR7>

Delir & Schlafmasken: bei 87 chirurgischen IntensivpatientInnen zeigten Schlafmasken & Ohrstöpsel im Vergleich zu nichts zwar eine signifikant bessere Schlafqualität, hatten aber keine Effekte auf die Delirhäufigkeit oder Zufriedenheit. RCT von Obanor et al (2021) aus den USA <https://bit.ly/3uvBqta>

Delir & Altersstufen: wie unterscheidet sich ein Delir zwischen verschiedenen Altersstufen und wie unterschiedlich sind die Prävention und Behandlung? Editorial von Ista & Nydahl (2021) <https://bit.ly/3uheDRw>

Delir & Outcome I: eine systematische Überprüfung von 65 Delir-Studien auf der Intensivstation ergab heterogene Design-, Analyse- und Ergebnismessungen. Genauere Definitionen sind erforderlich. Übersichtsarbeit von Calantuoni et al (2021) <https://bit.ly/3yxGP68>

Delir & Outcome II: eine Delphi-Studie einigte sich auf die wichtigsten Outcomes für zukünftige Delirstudien, demnach sollten mindestens Prävalenz/Inzidenz, Schweregrad, Zeit bis Delirende, Lebensqualität, emotionale Belastung, Kognition und die Mortalität erfasst werden. Rose et al. (2021). [Link](#).

Delir & EEG I: in 91 beatmeten IntensivpatientInnen, von denen 46% delirant wurden, waren im EEG Anzeichen von Burst Suppression, Deltawellen und Epilepsiemuster mit einem erhöhten Delirrisiko assoziiert. Beobachtungsstudie von Eskioglou et al (2021) aus der Schweiz <https://bit.ly/3fWDOE2>

Delir & EEG II: das EEG kann zu vielen Zwecken eingesetzt werden, u.a. auch zur Delirdetektion. Übersichtsartikel von Hermes (2021) <https://bit.ly/3i03an8>

Delir & Erleben: In der Zusammenschau von 24 Studien und 483 PatientInnen, die zum Erleben des Delirs befragt worden sind, ergaben sich 5 Themenbereiche: Wahrnehmung, Gefühle, Interaktion mit anderen, mit Delir umgehen und die Beeinflussung des weiteren Lebens. Metasynthese von Kuusisto-Gussmann et al (2021) <https://bit.ly/3w6yfJ8>

Delir & Kinder: bei 49 Kindern < 6 Monate, 82% an Beatmung, 47% im Delir, zeigte die Preschool Confusion Assessment Method for the ICU im Vergleich durch eine Untersuchung durch Psychiater eine Sensitivität von 95% und eine Spezifität von 81%. Validierungsstudie von Canter et al (2021) aus den USA <https://bit.ly/3y4mlke>

Delir & Neuro: in 179 neurokritisch kranken Intensivpatienten wurde Propofol eher zur Kontrolle von Agitation gegeben, Dexmedetomidin eher zur Extubation, Alkoholentzug und während neurologischen Untersuchungen; ohne bedeutsame Unterschiede im Outcome. Retrospektive Analyse von Owusu et al (2021) aus den USA <https://bit.ly/3dkpNiM>

Delir & Biomarker: es wurden bislang 14 verschiedene Biomarker in 73 Studien untersucht, die mit einem Delir assoziiert wurden. Die Evidenz ist gering mit widersprüchlichen Ergebnissen: „Die Evidenz unterstützt nicht den Gebrauch irgendeines Biomarkers, um ein Delir festzustellen“. Systematisches Review von Dunne et al (2021) <https://bit.ly/3hc7Rly>

Delir & Überleben: Delir, Sedierung, Demenz und Immobilisierung hängen eng miteinander zusammen. Überlebende einer kritischen Erkrankung benötigen daher eine systematische Nachsorge. Übersichtsarbeit von Mart et al (2021) <https://bit.ly/3jnZE6G>

Delir auf Stroke Unit: Die DGN hat die neue Leitlinie zur Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls herausgegeben. Neu dabei: Delirmanagement mit regelmäßiger Untersuchung, validem Tool und pflegetherapeutischer Präventionen. Ringleb et al (2021) <https://bit.ly/3jo0114>

Delir & Kardiochirurgie: in 14 gut gemachten Studien wurde eine Delirprävalenz von 4-55% in 13.286 postoperativen, kardiochirurgischen PatientInnen festgestellt, mit denen 8 verschiedene prä-, peri- und postoperative Risikofaktoren assoziiert wurden. Meta-Analyse von Chen et al (2021) <https://bit.ly/3hhUWox>

Delir & Pflege: die Implementierung eines Pflegegestützten Delirprogramms in 10 Zentren hatte im vorher-nachher-Vergleich keinen Einfluss auf die Häufigkeit oder Dauer eines Delirs von 1749 IntensivpatientInnen. Stepped wedge, Cluster randomisierte Studie von Rood et al (2021) aus den Niederlanden <https://bit.ly/360AFOO>

Delir & Paracetamol: in einer kleinen Studie wurde 2019 gezeigt, dass 4x1g Paracetamol über 2 Tage signifikant die Delirhäufigkeit bei kardiochirurgischen Patienten reduzieren konnte (<https://bit.ly/2SA4WB6>), eine größere Studie soll jetzt folgen. Protokoll von Khera et al (2021) <https://bit.ly/2SA4WB6>

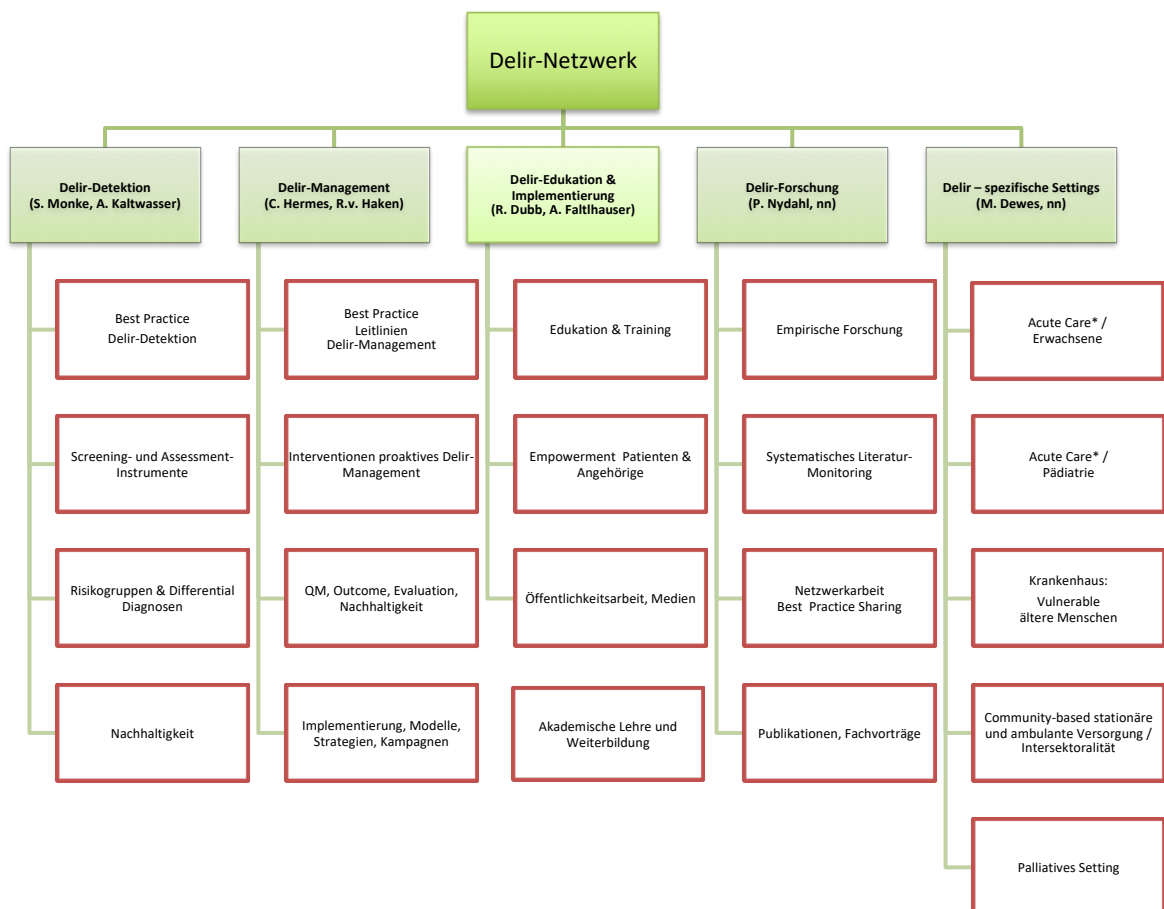
Das Delir-Netzwerk e.V. stellt sich vor

Das Delir-Netzwerk e.V. wurde 2019 als gemeinnütziger Verein mit Sitz in Lebach eingetragen. Vorstand sind Rebecca von Haken, Stefanie Monke, Jessi Killian, Sabrina Pelz, Christian Brock, Christine Thomas und Stefan Kreisel. Kurz um fördern wir die multidisziplinäre, multiprofessionelle Pflege, Behandlung und Erforschung des Delirs.

Die Ziele:

- wissenschaftliche Forschung zum Thema zu betreiben,
- Wissen einzelner Disziplinen und Professionen zu verknüpfen,
- Theorie-Praxistransfer initiieren, zu begleiten und zu implementieren,
- Öffentlichkeitsarbeit zu fördern

Sektionen des Delir-Netzwerks 2020



*Acute Care lt. Definition der WHO, beinhaltet Therapie, Stabilisierung, Rehabilitation, Versorgung und Palliation in den Bereichen Rettungsdienst, Notaufnahme, Intensivstation und Bereiche mit intensiver Überwachung. Quelle <https://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/>, März 2019

Wer kann Mitglied werden?

Das Delir Netzwerk ist offen für alle am Thema Interessierten.

Mein Beitrag?

- Es fallen jährliche Kosten von 30,- € pro Mitglied an
- Entscheiden Sie selbst, ob Sie aktiv oder passiv dem Verein beitreten wollen.

Aktive Mitglieder können sich zu einzelnen Teilbereichen oder Themenschwerpunkten zusammenschließen oder andere unzählige Aufgabengebiete übernehmen.

Die Mitgliedschaft des Vereins setzt sich zusammen aus Kolleginnen und Kollegen der verschiedensten Berufsgruppen und Arbeitsfelder.

Leiten Sie gerne diesen Newsletter weiter oder versenden Sie den Link zur Mitgliedschaft:

www.delir-netzwerk.de/mitgliedschaft.html

Für weitere Informationen schreiben Sie doch eine Mail an:

info@delir-netzwerk.de

Impressum

Newsletter des Delir-Netzwerk e.V.

Redaktion:

Jessica Kilian, Sabrina Pelz, Rebecca von Haken, Arnold Kaltwasser

newsletter@delir-netzwerk.de

Verantwortlich:

1. Vors. Rebecca von Haken

Delir-Netzwerk e.V.

Hermannstraße 2a

66822 Lebach

info@delir-Netzwerk.de

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

Layout/Verlag:

Eigenverlag

Erscheinungsweise:

4mal jährlich

Rechtsform: eingetragener Verein (e.V.) Amtsgericht Lebach VR3640

Vertretungsberechtigung gemäß § 26 BGB: 1. Vorsitzende Rebecca von Haken | 2. Vorsitzende Jessica Kilian

Nachdruck nur mit Genehmigung des Delir-Netzwerk e.V. Eingesandte Manuskripte und Fotos ohne Garantie. Höhere Gewalt entbindet von allen Verpflichtungen.