

5. Newsletter des Delir-Netzwerks e.V.

7. April 2020

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Wir freuen uns, Ihnen trotz -oder gerade wegen- der aktuellen Covid-Krise den 5. Newsletter des Delir-Netzwerks e.V. präsentieren zu können. Bitte leiten Sie den Newsletter an interessierte Kolleginnen und Kollegen, Freundinnen und Freunde und Bekannte weiter und legen Sie ihn aus.

Weitere Informationen finden Sie auf www.delir-netzwerk.de oder per email an info@delir-netzwerk.de

In diesem Newsletter geht es um ...

Veranstaltungen	2
Gedicht	3
Fachbeitrag: Delir-Erkennung	4
Fachbeitrag: Delir bei COVID-19	5
Fachbeitrag: Über die Geburt eines wichtigen Scores	6
Fachbeitrag: A-F Bundle Update – Angehörige	8
Newsticker	10
Das Delir-Netzwerk e.V. stellt sich vor	14

Wir wünschen viel Interesse beim Lesen!

Rebecca von Haken, Michael Dewes und Peter Nydahl
für den Vorstand.



DELIR

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.

Save the date: 28.11.2020 Konferenz des Delir-Netzwerks in Mannheim

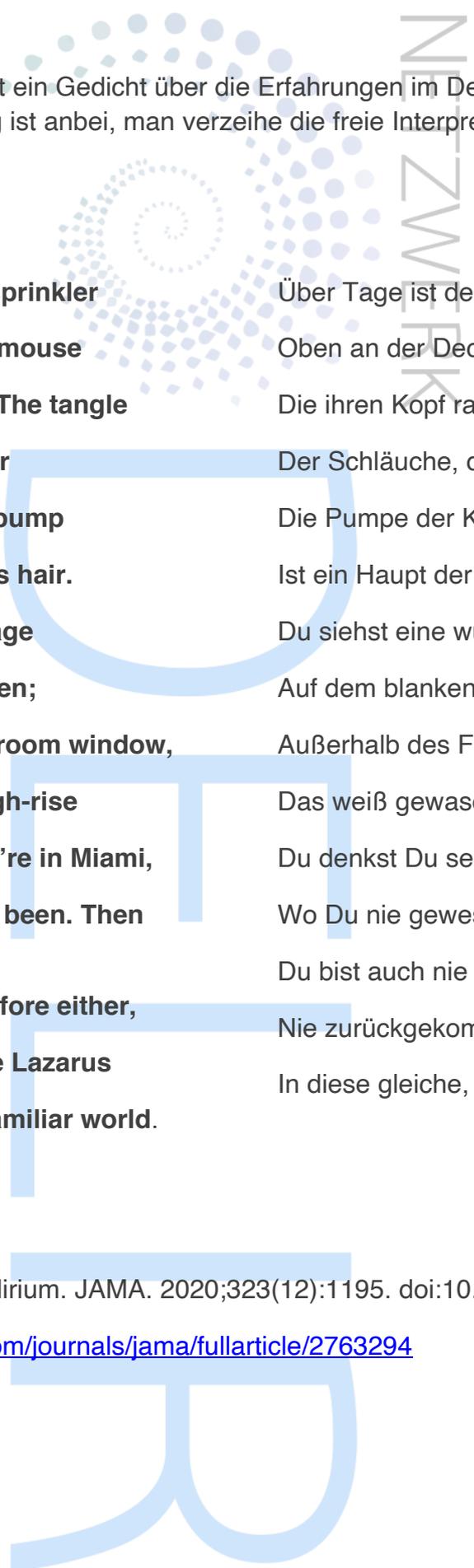
Am 28.11.2020 wird in Mannheim die diesjährige interdisziplinäre Konferenz des Delir-Netzwerks stattfinden.

05.-06.11.2020 Reutlingen

34. Reutlinger Fortbildungstage. Informationen: www.akademie-reutlingen.de

Gedicht

Donovan McAbee hat ein Gedicht über die Erfahrungen im Delir geschrieben. Die deutsche Übersetzung ist anbei, man verzeihe die freie Interpretation.



**For days, the silver sprinkler
high on the wall is a mouse
poking its head out. The tangle
of tubing draped over
the circulation-boot pump
is a Medusa-woman's hair.
You watch a battle rage
on the blank TV screen;
outside the hospital room window,
the white-washed high-rise
makes you think you're in Miami,
though you've never been. Then
again,
you've never died before either,
never come back like Lazarus
to this same old unfamiliar world.**

Über Tage ist der silberne Sprinkler
Oben an der Decke eine Maus,
Die ihren Kopf raussteckt. Das Gewirr
Der Schläuche, drapiert über
Die Pumpe der Kompressionsstrümpfe,
Ist ein Haupt der Medusa.
Du siehst eine wütende Schlacht
Auf dem blanken Fernsehbildschirm;
Außerhalb des Fensters,
Das weiß gewaschene Hochhaus,
Du denkst Du seist in Miami,
Wo Du nie gewesen bist. Dann wieder,
Du bist auch nie zuvor gestorben,
Nie zurückgekommen wie Lazarus
In diese gleiche, alte unbekannte Welt.

Donovan McAbee. Delirium. JAMA. 2020;323(12):1195. doi:10.1001/jama.2020.0078

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763294>

Fachbeitrag: Delir-Erkennung

Delirium-Erkennung mit 1-minütigen Einkanal-EEG - eine multizentrische Studie

Die niederländische Forschergruppe um Numan et al. (2019) untersuchte die Möglichkeit des frühzeitigen Detektierens eines Delirs mittels des Einkanal-EEG's. Dabei wird der Umstand genutzt, dass das EEG während eines Delirs häufig langsamere Frequenzen (d.h. unter 4 Hz) aufzeichnet. In diese prospektive, multizentrische Studie (NUMAN et al. 2019) wurden n=159 postoperative Patienten im Alter von ≥ 60 Jahren mit geplanten großen Operation und einem voraussichtlichen Aufenthalt von mindestens 2 Tagen sowie einem geschätztem erhöhten Risiko für ein Delir eingeschlossen. Vor der Operation und während der ersten drei postoperativen Tage wurden die Patienten einer 5-minütigen EEG-Aufzeichnung unterzogen, gefolgt von einer Videoaufzeichnung und der standardisierten kognitiven Bewertung (niederländische Version der Delirium Rating Scale sowie dem CAM-ICU der letzten 24 Stunden). Zwei, oder im Falle von Meinungsverschiedenheiten, drei Delir-Experten klassifizierten jeden postoperativen Tag auf der Grundlage der Video- und Diagrammübersicht. Die relative Delta-Leistung (1-4 Hz) basierte auf einem 1-min Artefakt freien EEG. Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Wissenschaftler: Experten klassifizierten 84 (23,3%) postoperative Tage entweder als Delir positiv oder als ein mögliches Delir und 276 (76,7%) als Delir freie Tage. Somit kann ein Delir, oder mögliches Delir, bei älteren postoperativen Patienten auf der Grundlage eines Einkanal-EEGs erkannt werden. Die niederländische Wissenschaftsgruppe werten diese Methode als einen vielversprechenden Ansatz und objektive Erkennungsmethode für den routinemäßigen Nachweis eines Delirs. Allerdings ist eine weitere Validierung auch bei sedierten Patienten auf der Intensivstation und bei Patienten mit einer primär zugrunde liegenden kognitiven Dysfunktion erforderlich.

Susanne Krotsetis, Lübeck

Quelle: Numan, T., van den Boogaard, M., Kamper, A. M., Rood, P. J. T., Peelen, L. M., Slooter, A. J., Dautzenberg, P. (2019). Delirium detection using relative delta power based on 1-minute single-channel EEG: a multicentre study. *British Journal of Anaesthesia*, 122(1), 60-68.

Fachbeitrag: Delir bei COVID-19

Mehrere Mediziner und Pflegende haben berichtet, dass sie bei Patienten mit COVID-19 Infektion mehr als bei anderen ein Delir beobachtet haben. Vor allem in hyperaktiver, bzw. gemischter Form stellen diese Patienten aufgrund des Infektionsrisikos die Teams vor besondere Herausforderungen. Weiterhin sind übliche nicht-pharmakologische Maßnahmen zur Behandlung oder Vorbeugung eines Delirs in Isolationsumgebungen möglicherweise nicht immer möglich und diese Umgebungen können das Delirium selbst verschlechtern.

Die britische Gesellschaft für Geriatrie hat deshalb eine Praxisempfehlung für Patienten mit Covid-19 & Delir herausgegeben: <https://www.bgs.org.uk/resources/coronavirus-managing-delirium-in-confirmed-and-suspected-cases>

Zusammengefasst werden zwei Kernempfehlungen gegeben. Zuerst sollte alles getan werden, um ein Delir zu vermeiden, es früh zu erkennen und nicht-pharmakologische Maßnahmen soweit möglich umgesetzt werden. Zweitens kann das Risiko für das behandelnde Team größer als für den Patienten sein und dies kann zu einer Entscheidung für den frühen Einsatz pharmakologischer Interventionen führen, um ein „potentielles Risikoverhalten“ der Patienten zu vermeiden, vor allem, wenn limitierte personelle Ressourcen da sind. Kurzum: delirante Patienten sollen soweit mit Medikamenten ruhiggestellt werden, dass sie keinen erhöhten Arbeitsaufwand verursachen.

Weitere Empfehlungen sind:

- Erhöhtes Screening für Delir
- Reduzierung der Risiken durch regelmäßige Orientierung, Schmerzbehandlung, Behandlung von Infektionen, angemessene Oxygenierung, Vermeidung von Harn- und Stuhlverhalt und Überprüfung der Medikation
- Frühe und rasche Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten, auch mit Medikamenten
- Informationen für Patienten und Familie (aber die haben sowieso Besuchsverbot)

Kommentar: diese Empfehlungen überraschen zunächst, zeigen aber ein typisches menschliches Verhalten: sobald es stressig wird, geht man zurück auf das, was man ursprünglich gelernt hat und das ist in diesem Fall die Sedierung von deliranten Patienten, wie sie vor zehn, zwanzig Jahren üblich war. Alternative, nicht-pharmakologische Interventionen wie re-orientierende Pflege & Therapie sind auch in Isolation möglich, zB. durch Ausnahmen in der Besuchsregelung durch Angehörige (gerade in diesen Fällen ist das sinnvoll, ggf durch Angehörige in jüngeren Jahren, bzw. solche mit überstandener Infektion); durch freiwillige Medizinstudenten oder andere Helfer, die nach Einweisung mithelfen möchten; durch distante Kommunikationsmöglichkeiten wie Videotelefonie können Angehörige re-orientierend einwirken – auch über Stunden, wenn das Material und die Infrastruktur bereit gestellt wird. Es gibt viele Möglichkeiten, bevor wir drei Schritte zurückgehen müssen.

Peter Nydahl, Kiel

Fachbeitrag: Über die Geburt eines wichtigen Scores

Racine et al. (2019) haben einen Score entwickelt, mit dem die Belastung eines Delirs für Patienten und Angehörige erhoben werden kann. Das zentrale Thema der Studie ist die Erhebung der Belastung durch ein Delir, sowohl bei Patienten, als auch deren Angehörigen. Es ist genau genommen erstaunlich, dass man dafür zwei Jahrzehnte gebraucht hat.

Entwickelt wurde jeweils ein Score für Patienten und einer für Angehörige, in dem drei große Kategorien untersucht werden:

- Belastung durch Symptome (für den Patienten im Sinne von Verwirrtheit, Halluzinationen u.a.m.; für die Familie: den Angehörigen so verändert zu erleben)
- Belastung durch erzeugte Emotionen: Angst, Schuld, Frustration, Hilflosigkeit
- Belastung durch die Situation: im Sinne des Kontrollverlusts, Unkenntnis, Unvorhersagbarkeit, Ratlosigkeit u.a.m.

Einer Expertenrunde wurden für jeden Score ein Set mit vielen Items präsentiert; nach einem validierten Selektionsverfahren entstanden daraus die beiden Scores: DEL-B-P: Delirium-Burden-Patient und DEL-B-C der Delirium-Burden-Caregiver. Der Test bewertet zum einen das Vorhandensein eines Merkmals überhaupt und als zweites die Ausprägung, z.B. lautet die Frage „Angst den Verstand zu verlieren“ und kann mit vorhanden 1Pkt., bzw. nicht vorhanden 0 Pkt. Beantwortet werden. Im zweiten Teil wird die Belastung bewertet von nicht stressend bis sehr stressend auf einer Skala von 1-4. Bei 8 Fragen können somit maximal 40 Punkte erreicht werden. Getestet wurde im Rahmen der großen BASIL Studie an 247 Patienten und deren Angehörige.

Diese sieht eine Reihe von Interviews der Patienten zu verschiedenen Zeitpunkten ihres peri- und poststationären Aufenthalts vor. Der hier genannte Score wurde in einem Interview einen Monat nach Entlassung erhoben. Ergebnisse: beide Scores erwiesen sich als leicht anwendbar und wurden für valide befunden. Patienten hatten einen überraschend niedrigen Score insgesamt: von 40 erreichbaren Punkten hatten Patienten mit Delir einen Mittelwert von 8, ohne Delir von 2. Höher war die Belastung bei Angehörigen von Patienten mit Delir, nämlich im Mittel bei 12,5; von Patienten ohne Delir bei 5. Somit lag die Schwere der Belastung bei den Angehörigen höher als bei den Patienten. Eine Korrelation zwischen Delirschwere (gemessen mit dem CAM Severity Test) und dem Testergebnis war sowohl bei Patienten als auch bei Angehörigen zu sehen. Interessanterweise korrelierte Punktzahl bei Patient mit der Punktzahl der Angehörigen nur bedingt.

Die Studie ist aus mehreren Gründen lesenswert:

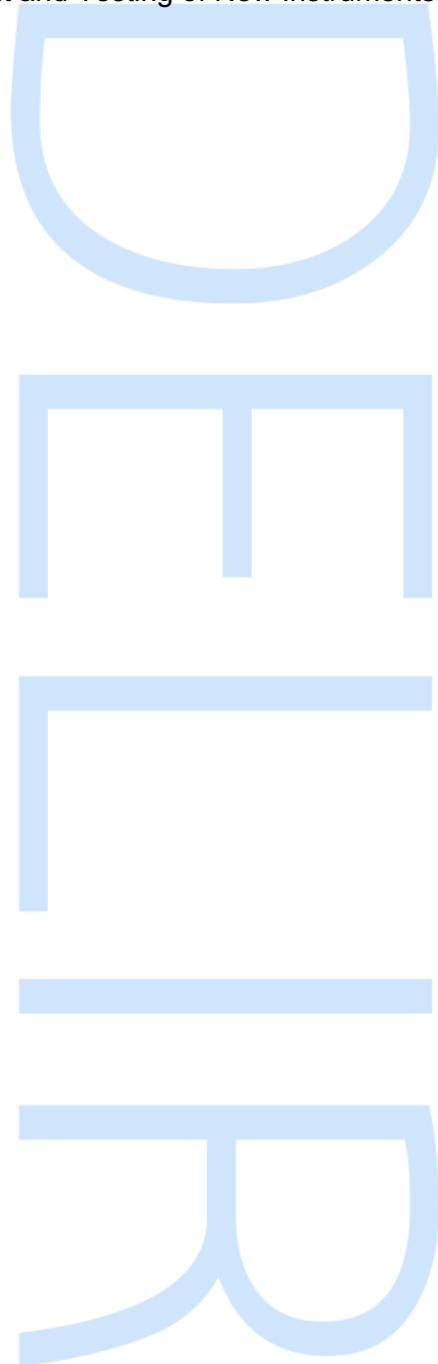
1. Es ist an der Zeit, die emotional/psychische Bürde für Delir-Patienten und deren Angehörige zu erfassen
2. Die Studie zeigt die Belastung der Familie

3. Es konnte nicht überraschend die Korrelation zwischen Schwere eines Delirs und Belastung gezeigt werden.

Kritisch bewertet werden sollte das absolute Punktergebnis, das erstaunlich niedrig ausfällt. Dazu muss bedacht werden, dass in dem Expertenpanel zur Erstellung des Scores keine Patienten oder Angehörigen vertreten waren, außerdem ist es denkbar, dass der Zeitpunkt der Erhebung (1 Monat nach Entlassung) das Ergebnis verfälscht hat.

Rebecca von Haken, Mannheim

Quelle: Racine AM, D'Aquila M, Schmitt EM, Gallagher J, Marcantonio ER, Jones RN, Inouye SK, Schulman-Green D; BASIL Study Group. Delirium Burden in Patients and Family Caregivers: Development and Testing of New Instruments. *Gerontologist*. 2019 Sep 17;59(5):e393-e402



Fachbeitrag: A-F Bundle Update – Angehörige

Stollings et al. haben im April 2020 eine Best Practice Synthese veröffentlicht. Sie stellten weiterhin die hohe Relevanz des A-F Bundles, u.a. in der Interaktion der Intensivteams heraus. Dieser evidenzbasierte Multi-Intervention-Ansatz wurde von der Society of Critical Care Medicine ins Leben gerufen, regelmäßig überprüft und erweitert.

Übersetzung der englischen Abkürzungen:

A = Assess = Bewertung, Prävention und Verwaltung von Schmerz

B = Both SBT = Spontanatmung/spontanes Erwachen

C = Choise = Auswahl der Analgesie und Sedierung;

D = Delirium = Delirium Prävention und Management

E = Early Mobilisation = Frühmobilisation/Rehabilitation

F = Family = Einbezug der Familie und Angehörigen

Anhand dieses A-F Bundles wird die Patientenversorgung auf den Intensivstationen nachhaltig verbessert, die Ausgaben gesenkt und führt somit zu einer enormen Qualitätsverbesserung. Ein Teil der o.g. Arbeit versuchte herauszufinden, ob mit Hilfe von täglichen interprofessionellen Teamrunden, die Resultate weiter effektiver ausgebaut werden können. Ein wichtiger Bestandteil dabei ist der Einbezug von Patienten und ihren Angehörigen in diese Besprechungsrunden. Durch die unmittelbare Anwesenheit aller Beteiligten, wird mit Hilfe von Kommunikationsstrategien, eine professionelle Diskussion hervorgerufen und eine erfolgreichere Entscheidungsfindung im gesamten (therapeutischen) Team herbeigeführt.

Die Durchführung der hochwertigen interprofessionellen Teamrunden wird genutzt um Delirium, Schmerz, Agitation, Immobilität und Schlafstörungen mit Hilfe von Optimierung des Schmerzmanagements, Vermeidung von tiefer Sedierung, Reduzierung von Delir und Verkürzung der Beatmungsdauer und des Intensivaufenthalts zu erzielen. Des Weiteren wird durch die Beteiligung von Patienten und Angehörigen, der Pflegeprozess stark positiv beeinflusst.

Im Verlauf der Anwendung des A-F Bundles ist ersichtlich, dass es zu weniger Rückübernahmen auf die Intensivstation kommt, Sterblichkeitsraten und Verlegung in weiterversorgende Einrichtungen signifikant reduziert wurden. Auch wird dargestellt, dass ein Mangel der interprofessionellen Teams die Implementierung des A-F Bundles verhindert.

Eigenes Fazit

Das A-F Bundle hat nach wie vor eine hohe Erfolgsquote und unterstützt sowohl die Betroffenen als auch das gesamte Therapieteam.

In den Zeiten von Corona/COVID19, stellt eine familiäre Unterstützung in diesem bekannten Maße eine große Herausforderung dar. Besuchszeiten sind streng, minimiert oder gänzlich untersagt. Dies kann zu einem unguuten Gefühl bei den Patienten und Angehörigen, aber auch die Entstehung von Problemen in der Kommunikation und in der Therapiezielfindung wieder verstärken.

Im Rahmen der Pandemie sollte nach Alternativen gesucht werden, welches eine Kommunikation im professionellen Team weiterhin ermöglicht und das A-F Bundle nicht in den Hintergrund rücken lässt. Zum Beispiel können durch Videotelefonkonferenzen oder normalen Telefongesprächen und ggf. auch Besuchen weiterhin Angehörige eingebunden werden. Trotz der aktuellen Situationen und dem Gefühl einer Krise sollte es möglich sein dennoch Menschlichkeit, Akzeptanz und Zuwendung durch das professionelle Team im Krankenhaus und auf der Intensivstation zu gewährleisten

Sabrina Sayk, Bonn

Stollings JL, Devlin JW, Lin JC, Pun BT, Byrum D, Barr J. Best Practices for Conducting Interprofessional Team Rounds to Facilitate Performance of the ICU Liberation (ABCDEF) Bundle. Crit Care Med. 2020 Apr;48(4):562-570

Newsticker

In dieser Rubrik stellen wir Studien zum Delir kurz vors 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.

Delir nach Bereich: In einer Zufallsstichprobe von 100/100 deliranten Patienten gab es Unterschiede zwischen den Patienten der Intensiv- vs. Allgemeiner Station im Alter (65 vs 84y), der Häufigkeit der Demenz (2% vs 38%) und der Häufigkeit hypoaktives Delirium (36% vs 74%). Delirium bei der Entlassung war in 66% vorhanden. Beobachtungsstudie von Canet et al (2019) aus Australien

<https://bit.ly/2QoH8My>

Delir-Management: Beispiel für eine gemischte Methodenstudie zur Umsetzung eines Delirium-Präventionsmanagements in sechs Stationen, inkl. Workshops, Schulungen, Interviews, Datenerfassung in der Vor-/Nachphase und Grenzwerten. Studie von Godfrey et al. (2020= aus Großbritannien <https://bit.ly/35rJH4B>

Delir & Aphasie: Das Delirium-Screening von aphasischen Schlaganfallpatienten mit ICDSC ist machbar und erfordert laut einer Studie mit 346 Patienten (67% aphasisch) einen Cut-off-Wert von 5 statt 4. Studie von Boßelmann et al. (2019) aus Tübingen <https://bit.ly/2MUya7v>

Delir & Biomarker: Mehr neuronale Reparatur-Biomarker (Ubiquitin carboxyl-terminal-esterase-L1) könnten mit weniger Delirium in Verbindung gebracht werden, aber nicht mit der Dauer des Deliriums. Beobachtungsstudie von Hayhurst et al. (2019) aus den USA <https://bit.ly/2ZRpDhV>

Delir & Gebrechlichkeit: nach einer Meta-Analyse mit 999 Patienten und 8 Studien moderater Qualität verdoppelt Gebrechlichkeit das relative Risiko, delirant zu werden. Meta-Analyse von Persico et al. (2018) <https://bit.ly/36ndooQ>

Delir & Palliative Versorgung: nach einer systematischen Analyse von 42 Studien liegt die Häufigkeit eines Delirs bei palliativen Patienten bei deren Aufnahme auf Palliativstationen bei

35%, vor deren Versterben bei 42-88%. Literaturanalyse von Watt et al (2019)

<https://bit.ly/35oFY86>

Delir & Terminologie: eine akute Enzephalopathie ist der Begriff für einen sich akut entwickelnden pathophysiologischen Prozess im Gehirn. Eine akute Enzephalopathie kann zu der klinischen Repräsentation eines Delirs führen, das den DSM-5 Kriterien entspricht. Konsensuspapier von 10 Fachgesellschaften, Slooter et al. (2020) <https://bit.ly/32FK2B8>

Delir & Depression: Präoperative Depression, aber nicht Cortisolspiegel kann mit postoperativem Delir bei 183 Patienten im Alter von >50 Jahren in Verbindung gebracht werden, die sich einer elektiven Herzoperation unterziehen. Beobachtungsstudie von Eshmaewy et al. (2019) <https://bit.ly/3a9Ekdk>

Delir & Sedierungstiefe: je tiefer 1203 gemischte Intensivpatienten sediert wurden, desto höher war das Risiko für ein Delir: RASS 0: 3,3%, RASS -1: 19,3%, RASS -2: 35,1%, RASS -3: 39%. CAM-ICU und ICDSC führten aber bei RASS 0 und -3 zu unterschiedlichen Werten. Internationale Sekundäranalyse von van den Boogaard et al. (2020) <https://bit.ly/2wUllUw>

Delir & EEG: Das EEG könnte in Zukunft ein valides Instrument werden, um ein Delir bei Intensivpatienten zu erkennen. Übersichtsarbeit von Mulkey et al. (2019) <https://bit.ly/2Twyk7A>

Delir & Midazolam: hat bei Patienten > 65y mit elektiver Chirurgie die präoperative Gabe von 3,75 mg Midazolam vs Placebo einen Einfluss auf die Zufriedenheit der Patienten, und Delirium? Studienprotokoll von Kowark et al. (2019) <https://bit.ly/3co2imT>

Delir & Melatonin I: bei stationären, deliranten Patienten im Krankenhaus ≥ 70 Jahren führte die abendliche Gabe von 5 mg Melatonin über 5 Abende im Vergleich zu Placebo zu keinen bedeutsamen Verbesserungen in der Memorial Delirium Assessment Scale; die Studie hatte leider ein hohes Dropout und nicht genug Patienten. RCT von Lange et al. (2020) aus Australien <https://bit.ly/3agwCxZ>

Delir & Melatonin II: Interessante systematische Übersichtsarbeit zur Rolle von Melatonin bei der Vorbeugung/Behandlung von Delirium in bei Intensivpatienten, inkl. 10 Studien. Die Wirksamkeit von Melatonin kann mit mehreren, aber nicht allen Ursachen von Delirium zusammenhängen, in zukünftigen Studien sollte also genauer überprüft werden, wer mit welchem Delir von Melatonin profitieren kann. Review von Lewandowska et al. (2020) <https://bit.ly/387vqeN>

Delir & Melatonin III: Nach einer neuen Meta-Analyse über Melatonin zur Vorbeugung von postoperativem Delirium inkl. 9 Studien ist eine höhere Dosierung von Melatonin (5mg) erforderlich, um das Risiko eines postoperativen Deliriums zu reduzieren (OR=0,32, 95% CI 0,20-0,52). Meta-Analyse von Han et al (2020) <https://bit.ly/2QGFexf>

Delir & Familie: Ein neuer "Caregiver ICU Delirium Knowledge Questionnaire" wurde in 158 Familienangehörigen getestet und zeigte eine gute Gültigkeit und Zuverlässigkeit des Wissens über ein Delir. Validierungsstudie von Krewulak et al. (2020) aus Kanada <https://bit.ly/2vsoV9f>

Delir & Maßnahmenbündel: Eine prospektive Vorher-Nachher-Studie zur Implementierung eines Delirumbündels (gezielte Sedierung, Schlaf, Schmerzen und Mobilisierung) zur Reduzierung von Delirium bei 44/50 hirnerkrankten Intensivpatienten zeigte keine reduzierte Länge des Deliriums und eine ähnliche hohe Prävalenz von 90/88% Delir. QI-Projekt von Larsen et al. (2020) aus Dänemark <https://bit.ly/39dggzo>

Delir & Pupillometrie: wird die Pupillometrie zum Nachweis von Delir bei 100 sedierten Intensivpatienten im Vergleich zu nicht deliranten Patienten eingesetzt, war ein reduzierter Pupillenlichtreflex mit einem höheren Delirrisiko verbunden, aber die Odds Ratio war mit 1.057 [1.007-1.113] sehr gering. Beobachtungsstudie von Fabre et al (2020) aus der Schweiz <https://bit.ly/32LyEng>

Delir & Neuro I: Die ICDSC ist in der Feststellung eines Delirs bei 49 neurokritisch kranken Intensivpatienten überlegen. Validierungsstudie von Larsen et al. (2018) aus Dänemark <https://bit.ly/2wgAbpd>

Delir & Neuro: II Delirium Screening bei 123 neurokritischen Patienten inkl. Stroke Unit identifizierten in 23,6% (CAM-ICU) und 26,8% (ICDSC) Patienten mit Delir. Ein Delirium war mit mehr neurologischen Defiziten assoziiert. Beobachtungsstudie von von Hofen-Hohloch et al. (2020) aus Deutschland <https://bit.ly/33LVhZs>

Delir-Outcome: Systematische Recherche der Ergebnisse und Interventionen in Studien zur Verhinderung und/oder Behandlung des Delirs inkl. 195 Studien und 74.632 Intensivpatienten ergab Deliriuminzidenz, Delirdauer und antipsychotische Anwendungen als am häufigsten genannte Ergebnisparameter. 12 Domänen wurden identifiziert. Review von Rose et al. (2020) <https://bit.ly/2wpvSIR>

Delir & Bewegung: Tragbare Bewegungssensoren haben in Delirstudien eine zunehmende Rolle, so eine Übersichtsarbeit mit 14 Studien und 315 Patienten. Die Autoren identifizieren einige Potenziale. Übersichtsarbeit von Davoudi et al. (2019) <https://bit.ly/2UwrYWz>

Delir-Erfassung: Systematische Überprüfung von Delirium-Punktprävalenzstudien in stationären Umgebungen inkl. 9 Studien ergaben Deliriumprävalenzraten von 9%-32%. Es wurden 15 verschiedene Screening-Instrumente eingesetzt. Ein Konsens über effektive Deliriuminstrumente wäre sinnvoll. Übersichtsarbeit von Koirala et al. (2020) <https://bit.ly/3dt5dv0>

Delir & Mortalität: nach einer adjustierten Analyse von 1.600 deliranten Intensivpatienten war das Risiko für die 90-Tage-Mortalität am höchsten beim gemischten Delir (HR 1.57, 95%CI: 1.51-2.14), gefolgt vom hyperaktiven (1.40, 95%CI: 0.71–2.73) und hypoaktiven Delir (1.31, 95%CI: 0.93–1.84). Beobachtungsstudie von Rood et al. (2019) aus den Niederlanden <https://bit.ly/39iO5F4>

Delir & Meningitis: Von 330 Patienten mit Meningitis und Enzephalitis hatten 41 % infektiöse Krankheitserreger. "Delirium wurde bei 18% mit und 14% ohne infektiöse Krankheitserreger diagnostiziert.". Beobachtungsstudie von Dittrich et al. (2020) aus der Schweiz <https://bit.ly/39gYvoS>

Delir & Musik: Eine Studie für weniger Delirium durch personalisierte vs. langsame Musik vs. Hörbücher inkl. 52 Patienten zeigte keine Unterschiede in Delirium/Koma-freien Tagen am Tag 7 oder Schweregrad des Delirs. Musik ist für Patienten akzeptabel und machbar. RCT von Khan et al. (2020) aus den USA <https://bit.ly/2xkYL8W>

Delir & Dexdor: Bei 1249 Intensivpatienten in 7 Studien bewirkte Dexmedetomidin im Vergleich zu Propofol zu einer 30% Reduzierung des Delirrisikos, ohne Einfluss auf Beatmungstage, Verweildauer. Meta-Analyse von Pereira et al (2019) <https://bit.ly/39g2CkM>

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, Michael Dewes, Peter Nydahl, Stefanie Monke, Christine Thomas, Rolf Dubb 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

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.

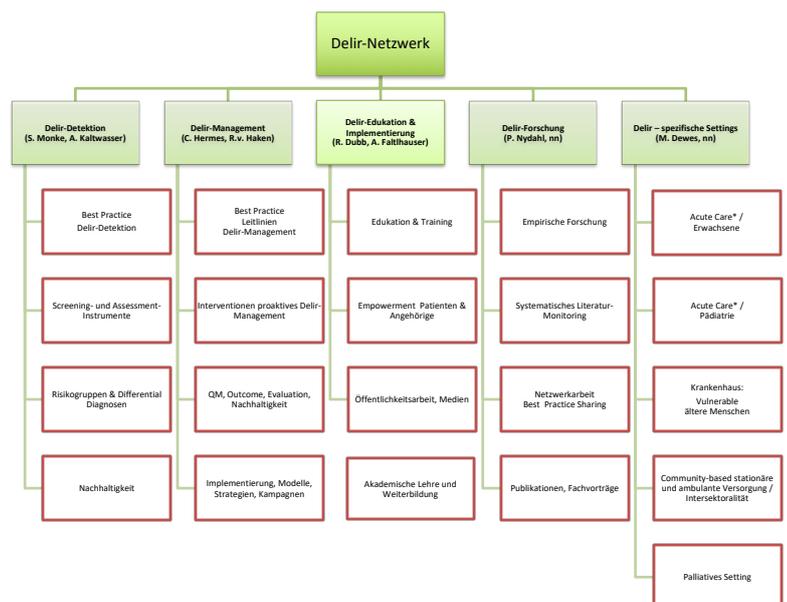
Leiten Sie gerne diesen Newsletter weiter oder versenden Sie den Link zur Mitgliedschaft:

www.delir-netzwerk.de/mitgliedschaft.html

Für weitere Informationen schreiben Sie doch eine Mail an:

info@delir-netzwerk.de

Sektionen des Delir-Netzwerks 2020



*Acute Care II. 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