

Delir-Netzwerk e.V.

NEWSLETTER NR. 3

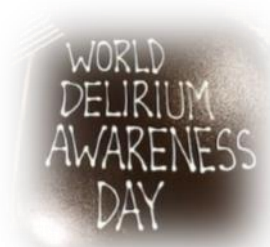
Der nächste Welt-Delirtag wird am 11. März 2020 veranstaltet!

An diesem Tag werden verschiedene Delir-Gesellschaften und -Vereine weltweit Aktionen zum Delir veranstalten. Informationen dazu werden auf www.delir-netzwerk.de sowie www.idelirium.org zu finden sein.

Das Delir-Netzwerk möchte Sie dabei unterstützen, an diesem Tag in Ihrem Krankenhaus, Ihrer Pflegeeinrichtung oder Arztpraxis auf das Thema Delir hinzuweisen.

Bei Interesse senden Sie uns bitte eine email an info@delir-netzwerk.de

Peter Nydahl, Rebecca von Haken und Michael Dewes



NETZWERK

DELIR

IN DIESEM NEWSLETTER

Delir-Ticker.....	2
Veranstaltungen.....	4
Paul Wischmeyer.....	5
Die Sektionen des Vereins.....	6
Bericht der Sektion Forschung....	8
Sprach- und Sprechstörungen ...	9
SPICE III	11

Delir-Ticker

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.

Delir & Neuroleptika: Neuroleptika werden bei Delir schnell verordnet, aber das Absetzen kann sich hinziehen, u.a. kann sich die Symptomatik verschlechtern, die Überlebensrate sich aber verbessern. Übersichtsartikel von Hager et al. (2019) <https://bit.ly/2FNHsi8>

Delir & Sedierung: bei 4.000 Patienten, die min. 12h beatmet waren, führt die ausschließliche Sedierung mit Dexmedetomidin im Vergleich zur üblichen Sedierung mit Propofol, Midazolam oder anderen Medikamenten nicht zu einer verbesserten 90-Tage-Mortalität oder kürzeren Dauer der Beatmung oder des Delirs. Randomisierte Studie von Shehabi et al (2019) aus Australien <https://bit.ly/2YWmSTV>

Delirprävention: Forscher haben auf einer Intensivstation Mitarbeiter, Patienten und Angehörige befragt, wie eine pflegegesteuerte Delirprävention aussehen könnte und welche Barrieren und Ressourcen sich ergeben. Fokusgruppeninterviews von Bannon et al (2019) aus Australien <https://bit.ly/2xrS026>

Delirprävention 2: in einer stufenweise Implementierung einer Delirprävention bei chirurgischen Patienten über 70 soll die Delirhäufigkeit gesenkt werden. Protokoll der PAWEL-Studie von Sanchez et al. (2019) <https://bit.ly/2FRwOHD>

Delirprävention durch Videobotschaften: in einer randomisierten Studie in den USA führte bei 111 agitierten, bzw. gemischt-deliranten Patienten das Anschauen von aufgenommene 1-Minuten-Videobotschaften der Familie oder 1-Minuten-Videos der Natur vs. gar nichts zu einer signifikanten Reduktion der Agitation (nach 30 Minuten gab es allerdings keine Unterschiede mehr). RCT von Waszynski et al (2019) <https://bit.ly/2j8BxZR>

Delir & Smartphone: eine App, mit der sich ein Delir testen lässt, könnte für Mitarbeiter sehr hilfreich sein, fraglich ist allerdings, ob sie mit anderen Tests mithalten kann. Studienprotokoll von Rutter et al (2019) <https://bit.ly/2XRPFwg>

Delir & Biomarker: in einer Übersichtsarbeit mit 32 Studien und 7610 Patienten konnten insgesamt 20 Biomarker identifiziert werden, die mit dem Auftreten eines Delirs assoziiert waren. Wegen der unterschiedlichen methodischen und vor allem statistischen Güte ist Vorsicht bei der Interpretation geboten. Kritische Übersichtsarbeit von Toft et al. (2019) <https://bit.ly/2NsAK7y>

Delir & Ernährung: bei kardiochirurgischen Patienten kann eine vorbestehende Ernährungsrisiko das Risiko für ein postoperatives Delir um 56% erhöhen, bei Unterernährung sogar um das 2,5fache. Beobachtungsstudie von Velayati et al. (2019) aus dem Iran <https://bit.ly/2G0dEmd>

Delir & Prävention: bei älteren, elektiv operierten Patienten können Maßnahmenbündel, Antipsychotika, BIS Steuerung der Narkose und Dexmedetomidin ein Delir vermeiden, verkürzen, bzw. lindern. Meta-Analyse mit 35 Studien von Janssen et al. (2019) <https://bit.ly/2KEKldp>

Delir & Prävention 2: eine weitere Meta-Analyse mit 38 Studien, 20.302 Patienten und 18 verschiedenen Medikamenten identifizierte Dexmedetomidin als effektiv, andere Medikamente zeigten geringe,

bzw. widersprüchliche Effekte. Liu et al (2019) <https://bit.ly/32rHk1y>

Delir & Familienintegration: nach einer Meta-Analyse von 5 Studien mit 505 Teilnehmern reduziert die Integration von Angehörigen bei deliranten Patienten die Verweildauer im Krankenhaus; unklar sind Effekte auf die Delirdauer. Meta-Analyse von McKenzie et al. (2019) <https://bit.ly/2MKiDYC>

Delir & Alter: ca 15-20% der älteren Patienten im Krankenhaus sind von einem Delir betroffen und werden leider immer noch zu oft übersehen. Das Journal Age & Ageing hat hierzu eine Reihe von Fachartikeln publiziert. Übersichtsarbeit von MacLulich et al (2019) <https://bit.ly/2T64GFG>

Delir & Umgebung: eine hirnfremdliche Intensivumgebung (schöner Begriff!) berücksichtigt die Effekte von Lärm, Licht, Schlafentzug, Fixierungen, Isolationen und Immobilität. Übersichtsarbeit von Meyfroidt et al (2019) <https://bit.ly/2YrHveO>

Delir & Besuchszeiten: erweiterte Besuchszeiten (bis zu 12h) vs. limitierte Besuchszeiten (<4,5h) hatten bei 837 Intensivpatienten auf 36 Intensivstationen in Brasilien keinen bedeutsamen Einfluss auf die Entstehung eines Delirs, Verweildauer oder Mortalität der Patienten. RCT von Rosa et al. (2019) <https://bit.ly/2ZyRD24>

Delir & Melatonin: nach einer weiteren Meta-Analyse mit 16 Studien und 1634 Patienten im Krankenhaus reduziert Melatonin nicht die Häufigkeit eines Delirs, aber bei Intensivpatienten die Länge des Intensiv Aufenthaltes. Meta-Analyse von Ng et al. (2019) <https://bit.ly/2yHqDlb>

Delir & ICD-11: es wäre schön gewesen, wenn die DSM-5 und ICD-11 Kriterien psychische Aspekte einer kritischen Erkrankung berücksichtigen würden. Plädoyer von Shiefeld et al (2019) <https://bit.ly/2YJXsSU>

Haloperidol & Lebensqualität: nach der prophylaktischen Gabe von Haloperidol vs. Placebo bei 887 Patienten mit erhöhtem Delir-Risiko konnten keine Unterschiede in der Lebensqualität nach 1, bzw. 6 Monaten festgestellt werden. Sekundäre Analyse der REDUCE Studie von Rood et al. (2019) <https://bit.ly/2MDMUZe> ... und im Kontext Delir erwähnenswert ...

Agitation: eine Umfrage bei über 200 Pflegenden aus England ermittelte Unsicherheiten im Umgang mit agitierten Patienten, den ethischen Konflikten mit Fixierung und Sedierung sowie fehlender Evidenz zum Management. Online-Survey von Freeman et al (2019) <https://bit.ly/302N8fW>

Anticholinergika: Bei Menschen über 55 Jahren führen Anticholinergika zu einem erhöhten Risiko, an einer Demenz zu erkranken. Fall-Kontrollstudie von Coupland et al (2019) <https://bit.ly/2LydAtk>

Schlaf: die Implementierung eines Protokolls zur Förderung des Schlafs von Intensivpatienten ist komplex und mitunter nicht einfach. Soong et al (2019) zeigen, wie es gehen kann <https://bit.ly/2Jqciyf>

Delir & Schmerzassessment: die Evidenz für ein valides Schmerzassessment bei Patienten mit Delir bleibt in einer Übersichtsarbeit mit 90 Studien sehr begrenzt. Es eignen sich CPOT (s.o.), Behavioral Pain Scale mit schwacher Studienlage, ggf. auch die Aussage der Angehörigen. Fokussiertes Review von Fischer et al. (2019) <https://bit.ly/2UjvQtp>

Delir & 4AT: bei 785 medizinischen Patienten ≥ 70 Jahren im Krankenhaus zeigte der 4 AT im Vergleich zur CAM eine bessere Sensitivität (76% vs 40%) und schlechtere Spezifität (94% vs 100). Diagnostische Studie von Shenkin et al. (2019) aus UK <https://bit.ly/34esJal>

Delir & Prämorbidität: die Häufigkeit eines Delirs bei Intensivpatienten mit vorbestehenden psychiatrischen Erkrankungen ist nicht statistisch signifikant erhöht im Vergleich zu Patienten ohne diese vorbestehende Erkrankungen. Retrospektive Studie mit 472 Patienten von van der Kuur et al. (2019) aus den Niederlanden <https://bit.ly/2UeqbVq>

Delir und Alkohol: Die Häufigkeit von Agitation und Delir war bei 257 gemischten Intensivpatienten am häufigsten bei den Patienten mit bekannter Alkoholanamnese. Beobachtungsstudie von Stewart et al (2019) aus England <https://bit.ly/2LgFQ2r>

Delir & Antipsychotika: nach einer Übersichtsarbeit mit 9 Studien und 727 Patienten verbesserten Antipsychotika für Patienten mit Delir im Krankenhaus nicht die Schwere des Delirs, dessen Symptome oder die Mortalität im Vergleich zu nicht-Antipsychotika. Cochrane Review von Burry et al. (2018) <https://bit.ly/2lWcFFO>

Delir & Erleben: "Ich wusste nicht, wo ich war oder gewesen bin, aber plötzlich war ich wach und in Panik!". Erlebnisbericht eines deliranten Patienten, Roger M. Garret (2019) <https://bit.ly/2ZETyrk>

Delir & cerebrale Oxygenierung: bei 39 endovaskulären, postoperativen Patienten konnte ein Zusammenhang zwischen einem erhöhten Abfall der cerebralen Sauerstoffsättigung und der Häufigkeit eines Delirs festgestellt werden. Beobachtungsstudie von Wang et al. (2019) aus China <https://bit.ly/2HB39mF>

Delir & intra-operativer Schlaganfall: Die internationale, multizentrische NeuroVISION Studie mit 1114 nicht-kardiochirurgischen, operierten Patienten ≥ 65 Jahren ergab, dass einer von 14 Patienten intraoperativ einen verdeckten Schlaganfall erlitt, was mit erhöhtem Risiko für ein postoperatives Delir und kognitiven Beeinträchtigungen bis zu einem Jahr verbunden war. Beobachtungsstudie von Mrkobrada et al. (2019) <https://bit.ly/34laUXE>

Delirtypen & Überleben: von 1409 Patienten >60 Jahren, die im Krankenhaus aufgenommen worden sind, hatten 47% ein Delir. Die Mortalität im Krankenhaus bei hypoaktivem Delir betrug 33%, gemischtem Delir 34% und hyperaktivem Delir 15%; die Delirtypen hatten keinen Einfluss auf die 1-Jahresmortalität. Beobachtungsstudie von Avelino-Silva et al (2018) aus England <https://bit.ly/2FzZbe6>

Delirschwere feststellen: Nach der Analyse von 228 Volltexten konnten 42 verschiedene Instrumente identifiziert werden, die für die Feststellung der Schwere eines Delirs verwendet wurden. Nach qualitativer Beurteilung wurden als geeignet eingestuft: Confusion Assessment Method–Severity Score, Confusional State Examination, Delirium-O-Meter, Delirium Observation Scale, Delirium Rating Scale, und Memorial Delirium Assessment Scale. Systematische Literaturrecherche von Jones et al. (2019) <https://bit.ly/2ZC4zaH>

Delir in 4 Dekaden: nach einer Literaturrecherche von 33 Studien liegt die Delirhäufigkeit über 4 Dekaden von 1980 bis 2019 bei stabilen 23% und hat sich nicht wesentlich verändert. Systematische Literaturrecherche von Gibb et al. (2019) <https://bit.ly/2Zs3gfj>

Delir & Pflege: wenn Pflegende mehr und häufiger Schmerz, Agitation und Delir untersuchen, führt dies zu mehr Patienten, die ein gewünschtes Sedierungsziel erreichen und weniger Fixierungen hatten. Qualitätsverbesserungsprojekt von Tan et al. (2019) aus Kanada <https://bit.ly/2HwrWrJ>

Peter Nydahl

NIDUS BOOTCAMPS

Auf der Website von NIDUS finden sich Vorträge vom NIDUS Delirium Boot Camp, einem Workshop für junge Delir-Forscher.

<https://deliriumnetwork.org/career-development/delirium-boot-camp-videos/>



VERANSTALTUNGEN ZU DELIR, DEMENZ UND VERWANDTEN THEMEN

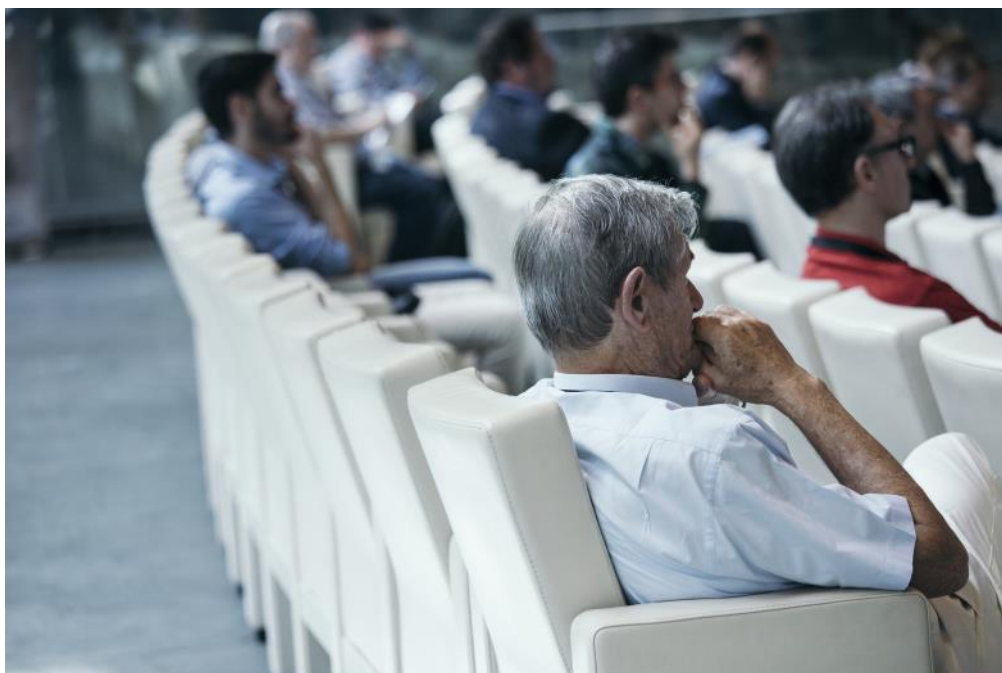
Wir bemühen uns, einen Überblick über internationale, nationale, regionale, große und kleine, etablierte und neu entstandene Konferenzen, Konferenzen und Vortragsreihen zu gewinnen.

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



Veranstaltungen 2019

Veranstaltungen

- 29.10.2019 Stuttgart:
8. Deutschsprachiger Delirtag
<https://www.klinikum-stuttgart.de/aktuell-im-klinikum/termine-und-veranstaltungen/termine-veranstaltung/?item=1122>
- 14.11.-15.11.2019 Reutlingen:
Reutlinger Fortbildungstage. Informationen:
www.akademie-reutlingen.de
- 29.11.-30.11.2019 Mannheim:
36. Südwestdeutsche Anästhesietage mit Podiumsdiskussion zum Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis des Delirmanagements
https://www.mcn-nuernberg.de/externeseiten/36_sat/index.php

Paul Wischmeyer über seine Erfahrungen als Intensivpatient



Paul Wischmeyer, Anästhesist und Intensivmediziner, spricht im Podcast Mastering Intensive Care über das Erleben der Situation in der Intensivstation

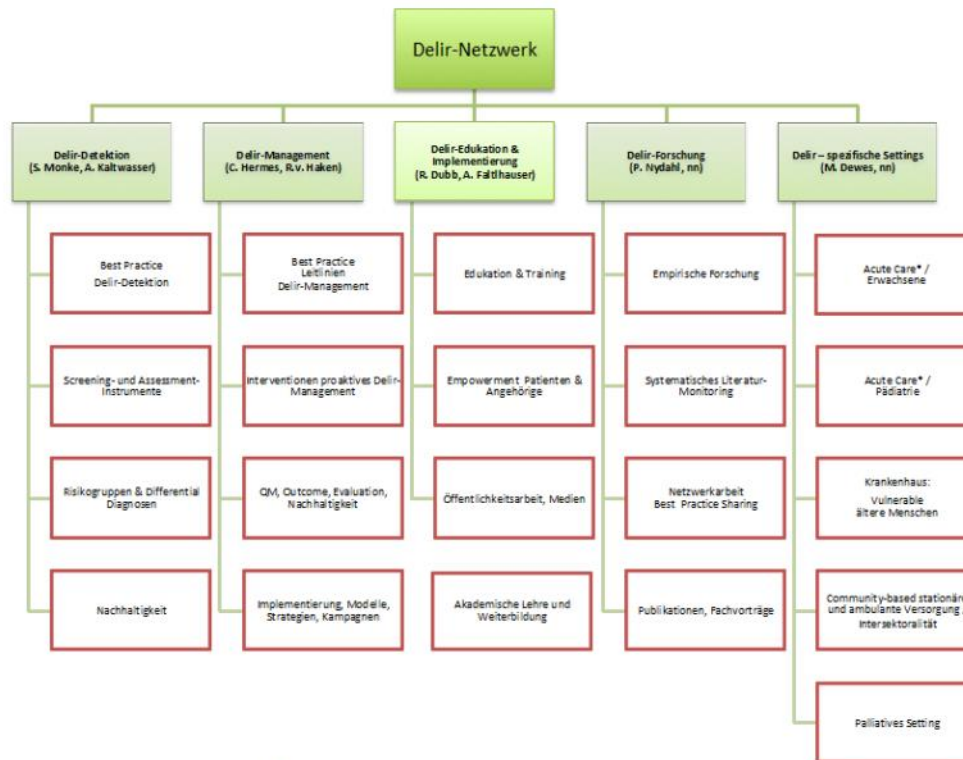
<http://masteringintensivecare.libsyn.com/episode-35-paul-wischmeyer-never-underestimate-the-simple-things-we-do-to-our-patients>



Und nochmal im Youtube-Video „Surviving The ICU—The Patient Experience“

<https://www.youtube.com/watch?v=zCA0piTXwoY>

Sektionen des Delir-Netzwerks 2019



*Acute Care It: 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

Die Sektionen des Delir-Netzwerks leben

Ein Bericht zum Arbeitsbeginn in der Sektion Delir-Detektion

Das Delir-Netzwerk e.V. besteht nicht nur aus einem Vorstand im Vereinssinne sondern lebt durch die Arbeit seiner Mitglieder in den Sektionen. Die Sektion Delir-Detektion (Schwerpunkte: Früherkennung des Delirs, evidente Diagnostik sowie Monitoring des Delirs, dem Einsatz von Screening- und Assessment-Instrumenten), begann ihre Arbeit ihre Arbeit mit einer Rundmail zur Abfrage der Interessen und Erfahrungen mit der Delir-Erkennung. In der Kontaktaufnahme wurde angefragt:

- Verwenden Sie in der Praxis Delir-Scores? Wenn ja, welche?
- Erleben und erfahren Sie diagnostische Lücken in der Erhebung der Delir-Scores?
- Wenn ja, bei welchen Patientengruppen und/oder –situationen?

Nach den erfolgten Rückmeldungen vereinbarten wir eine erste Telefonkonferenz, die am 30.07.2019 stattfand. Außer dem gegenseitigen Kennenlernen diente diese erste persönliche Kontaktaufnahme dazu, Arbeitsthemen und Projekte der zukünftigen Sektionsarbeit festzulegen.

Als ein erstes Projekt wird in der Sektion Delir-Detektion eine Matrix/Übersichtskarte zur Frage der Delir Diagnostik und Scores erstellt und veröffentlicht. Die Matrix soll vor allem Fragen wie:

- „Welche Scores für welches Setting?“
- „Wie valide ist der Score?“ beantworten.

Das Ziel ist es, dem Anwender in den verschiedenen Settings einen Überblick der Screening- und Assessment-Instrumente der Delir-Detektion mit Hinweisen zur Evidenz, aber auch der Praktikabilität zu geben.

Weiterhin planen wir zusätzlich zu projektbezogenen Kontakten, zweimal im Jahr Skype- bzw. Telefonkonferenzen durchzuführen. Einmal im Jahr wollen wir uns auf den Delirtagen, z.B. in Stuttgart oder Bielefeld treffen.

A. Kaltwasser, S. Monke (Sektionssprecher)

**PATIENT ASSESSMENT IN PROGRESS
PLEASE KNOCK AND WAIT**

WARNING
**CCTV TECHNOLOGY IN OPERATION
ON THIS VEHICLE**



Bericht der Sektion Forschung

Bericht der Sektion Forschung

Die Sektion Forschung besteht bislang aus einer Person (PN) und eine weitere Beteiligung durch interessierte Mediziner, Pflegende, Therapeuten und andere wäre sehr erfreulich. Übrigens können Personen auch in mehreren Sektionen gleichzeitig aktiv sein!

Bisherige Forschungsarbeiten, die aus dem Delir-Netzwerk entstanden sind, bestanden vor allem in Surveys zur Umsetzung des Delir-Managements im deutschsprachigen Raum, die in verschiedenen Journalen publiziert worden sind:

Nydahl P, Dewes M, Dubb R, Hermes C, Kaltwasser A, Krotsetis S, Meyburg J, Monke S, Thomas C, von Haken R. Delirmanagement. Die Schwester Der Pfleger 2018; 57(8): 80-85.

Krotsetis S, Nydahl P, Dubb R, Hermes C, Kaltwasser A, von Haken R. Status quo of delirium management in German-speaking countries: comparison between intensive care units and wards. Intensive Care Med. 2018 Feb;44(2):252-253

Nydahl P, Dewes M, Dubb R, Hermes C, Kaltwasser A, Krotsetis S, von Haken R. Survey among critical care nurses and physicians about delirium management. Nurs Crit Care. 2018 Jan;23(1):23-29

Derzeitige intensiv-lastige Projekte beinhalten die Themenbereiche Aktualisierung der Literatur (siehe Newsticker unten oder Literaturliste der ICU Rehab: <http://mobilization-network.org/Network/Publications.html>) sowie Forschungsprojekte zu Mobilisierung und Delir (Mental-RCT), Implementierung einer Delir-SOP auf Intensivstationen (Protokoll zurzeit im Review) und andere Projekte.

Für 2020 geplant sind unter anderem

a) Implementierung einer Delir-SOP auf einer kardiochirurgischen Intensivstation mit vorher/nachher Messung mit dem primären Outcome Delirdauer, sek. Medikamentenverbrauch, Verweildauer usw. Positives Ethikvotum und Registrierung DRKS liegen vor.

b) Implementierung einer Delir-SOP auf einer Stroke Unit mit vorher/nachher Messung mit dem primären Outcome Behinderung nach 3 Monaten (auch hier: multizentrisches Design möglich, ggf melden)

c) Erleben des Delirs von Patienten und ihren Angehörigen. Qualitative Interviewstudie (ggf. multizentrisch, bei Interesse melden) sowie

Weitere Mitglieder im Delir-Netzwerk erforschen in ihren Arbeitsgruppen die Zusammenhänge von Delir und: Umweltbedingungen auf Intensivstationen, Der alte Mensch im Krankenhaus, Hirnperfusion, EEG Assessments u.a.

Bei Fragen oder Interesse bitte eine eMail senden an: Peter.Nydahl@UKSH.DE

SPRACH- UND SPRECHSTÖRUNGEN BEI DELIR

VON MEIKE KLEINE-KATTHÖFER, MA UND PD DR. CHRISTINE THOMAS

Beeinträchtigungen in der Sprache werden zunehmend als Teil von deliranten Syndromen erkannt, obwohl es nur wenig neuropsychologische Forschung in diesem Bereich gibt.

In dieser schottischen Fallstudie von Green und Kollegen (2019) wurden 45 hospitalisierte Patienten (65-97 Jahre) mit Delir (n=15), mit Demenz ohne Delir (n=15) und Patienten ohne kognitiven Beeinträchtigungen (n=15) untersucht. Die DSM-5 Kriterien wurden zur Untersuchung des Delirs verwendet. Unter dem DSM-5-Kriterium C: „andere kognitive Einschränkungen“ sind Sprachstörungen explizit inkludiert (American Psychiatric Association, 2013). Sprachstörungen sind Bestandteil verschiedener Delir Rating Skalen, jedoch wird Sprache in der Regel nicht explizit evaluiert, außer in der Delir Rating Scale (Trzepacz et al., 2001).

Durchgeführte Diagnostik

Die Sprachproduktion wurde in dieser Studie über einen strukturierten dialog-orientierten Fragebogen, der drei adaptierte Fragen aus dem standardisierten Testverfahren aus der Western Aphasia Battery-Revised (Kertesz, 2006) enthielt, sowie über die „CookieTheft“- Bildbeschreibungsaufgabe aus der standardisierten Testbatterie des Boston Diagnostic Aphasia Examination (Goodglas & Kaplan, 1972) erfasst. Das Sprachverständnis wurde über standardisierte verbale und schriftliche Aufforderungen überprüft.

Ergebnisse

Dialog: Patienten mit Delir und Demenz zeigten signifikant niedrigere Punktzahlen in der dialogischen Untersuchung als die Kontrollgruppe ($p < 0.01$). Patienten mit Delir und Demenz produzierten mehr irrelevante Äußerungen.

Bildbeschreibung: In der Bildbeschreibungsaufgabe des „Cookie-Theft“ variierte die durchschnittliche Äußerungslänge, die ein Indikator für die Sprachproduktion und Flüssigkeit ist, deutlich zwischen Patienten mit Delir und Patienten mit Demenz ($p < 0.01$) sowie Patienten ohne kognitiven Beeinträchtigungen ($p < 0.01$). Patienten mit Delir produzierten signifikant weniger Wörter als Patienten mit Demenz.

Sprachverständnis: Im Sprachverständnis (verbal) zeigten sich keine Gruppenunterschiede. Patienten mit Delir zeigten jedoch signifikant schlechtere Leistungen im Lese-Sinnverständnis im Vergleich zu kognitiv nicht beeinträchtigten Patienten ($p < 0.01$), jedoch nicht im Vergleich zur Gruppe der Patienten mit Demenz.

Bedeutung: Laut Autoren handelt es sich bei dieser Studie um die erste systematische Untersuchung, bei der eine gut validierte Bildbeschreibungsaufgabe („CookieTheft“) eingesetzt wurde, um die Sprachproduktion bei Patienten mit Delir anzuregen. Die Aufnahme eines systematischen Vorgehens in die sprachlichen Untersuchungen ist notwendig, um Sprachstörungen als Teil des neuropsychologischen Profils bei deliranten Patienten zu betrachten. Aus Befunden dieser Studie sollten theoretische und praktische Implikationen für den Umgang mit deliranten Personen im klinischen Setting gezogen werden. Die große Spannbreite der sprachlichen Beeinträchtigungen zeigt den Bedarf an Kommunikationsstrategien speziell für Patienten mit Delir und erfordert delir-fokussierte Kommunikationsrichtlinien. Weiterhin zeigen die Befunde dieser Studie, dass durch routinemäßige sprachliche Untersuchung wichtige Aussagen über den Schweregrad des Delirs getroffen werden könnten. Zusätzlich können sprachliche Verbesserungen ein Indikator für Genesung sein. Allerdings sind sprachliche Testungen allein nicht aussagekräftig genug, um zwischen Demenz und Delir unterscheiden zu können. Durch gezielte Fragen, die komplexe Antworten erfordern, sowie Bildbeschreibungen können jedoch sprachliche Fähigkeiten aktiviert werden, die die gesamte Behandlung deliranter Personen effektiver gestalten könnten.

Als limitierende Faktoren dieser Studie müssen genannt werden, dass über die Hälfte der Patienten mit Delir als Komorbidität eine Demenz aufwies sowie deren relativ geringe Patientenzahl. Rückschlüsse auf die Patientengruppe mit Delir müssen also vorsichtig betrachtet werden. Insbesondere Differenzierungen sprachlicher Profile hinsichtlich hyper- und hypoaktivem Delir sowie Mischformen sind aufgrund der kleinen Stichprobe momentan nicht möglich.

Strategien, die das Verstehen von semantischen Inhalten erleichtern können:

- Erst Blickkontakt herstellen, dann die Kommunikation beginnen
- Gesprächsbeginn signalisieren: „Hören Sie mal, Herr“
- Themenwechsel ankündigen: „Jetzt will ich über... sprechen...“

- Langsam und deutlich sprechen
- Kurze, einfache Sätze verwenden
- Bei Unverständnis: Wörter wiederholen / anderes Wort suchen
- Wichtige Worte betonen
- Nichtsprachliche Kommunikationsmittel einsetzen (Gestik, Mimik, Bilder...)
- Verständnissicherung („Haben Sie ...gemeint?“)

Strategien, die bei reduzierter Sprachproduktion hilfreich sein können:

- Zeit lassen und Pausen aushalten
- Einfache Sätze ggf. geschlossene Fragen (Ja/Nein-Fragen)
- Paraphrasieren der Äußerungen des Patienten

Grundsätzliche Gestaltung der Kommunikationssituation:

- Mit Nachnamen ansprechen
- Nicht-verbale Informationen mit aufgreifen, auf Emotion eingehen (validieren)
- Nach dem Befinden fragen
- Ruhig reden /geduldiger Umgang (dies beinhaltet auch häufig, immer wieder die gleich Frage zu beantworten)
- Frage nach Bedürfnissen wie Ruhe, Schlaf, Hunger, Durst, Harn-/ Stuhldrang, Bewegung
- Nebengeräusche nach Möglichkeit eliminieren (Radio, TV)
- Behandlung als gleichberechtigter Kommunikationspartner

Probleme im Sprachverständnis insb. Lesesinnverständnis können sehr leicht übersehen werden. Dies gilt es unbedingt zu berücksichtigen, z.B. bei schriftlichen Einverständniserklärungen.

Green S, Reivonen S, Rutter L-M, Nouzova E, Duncan N, Clarke C, et al. (2018) Investigating speech and language impairments in delirium: A preliminary case-control study. PLoS ONE 13(11): e0207527. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207527>

Quellen:

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.) Washington DC 2013

Goodglass H, Kaplan E. The Boston Diagnostic Aphasia Examination. Philadelphia: 1972.

Kertesz A. Western Aphasia Battery–Revised (WAB-R) Austin, TX: 2006.

Trzepacz PT, Mittal D, Torres R, Canary K, Norton J, Jimerson N. Validation of the Delirium Rating Scale-revised-98: comparison with the delirium rating scale and the cognitive test for delirium. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2001; 13(2):229–42. <https://doi.org/10.1176/jnp.13.2.229> PMID: 11449030.

SPICE III oder die Suche nach Dornröschens Spindel

Shehabi, Y. NEJM. May 19 2019. doi:10.1056/NEJMoa1904710

Lang erwartet wurden die Ergebnisse der SPICE III Studie. Lang erwartet, weil die Hitzköpfe beider Lager (pro und contra Dexmedetomidin) auf statistische Argumente jenseits einer Zulassungsstudie hofften. Lang erwartet, vielleicht auch, weil die Studie mit Facebook, Twitter und anderen sozialen Medien gut promoted wurde.

Um was ging es?

Spice III hat die 90 Tages-Mortalität bei Patienten, die entweder mit Dexmedetomidin oder mit Standard Care sediert wurden, untersucht.

Eckdaten: multizentrisch (74 ICUs in 8 Ländern), randomisiert, kontrolliert, nicht verblindet.

Rekrutierungszeitraum 2013-2018

Fast 30000 Patienten wurden gescreent, 4000 eingeschlossen.

Einschlusskriterien: Intensivpatienten > 18 Jahre, die mehr als 24 Stunden mechanisch beatmet werden.

Ausgeschlossen wurden Patienten, die bereits vor Einschluss länger als 12 Stunden beatmet waren sowie Patienten mit schwerem Schädel-Hirn-Trauma.

Die Interventionsgruppe erhielt Dexmedetomidin ohne Loading dose in einer Dosierung bis $1,5\mu\text{g}/\text{kg}/\text{std}$.

Konnte der festgesetzte RASS nicht mit Dexmedetomidin erreicht werden, waren andere Sedativa als Rescue-Medikation erlaubt. (64% der Patienten erhielten zusätzlich zu Dexmedetomidin Propofol)

Die Kontrollgruppe wurde mit Midazolam, Propofol oder einem anderen Sedativum sediert. Dexmedetomidin konnte ebenfalls als Rescue-Therapie verwendet werden. Agitiertes Delir wurde mit Antipsychotika behandelt. 11,5% der Kontrollgruppe erhielt zusätzlich Dexmedetomidin.



Ergebnisse:

Für den primären Endpunkt der Studie- **die 90 Tages Mortalität**- konnte kein signifikanter Unterschied gefunden werden : 29.1% (566/1848) und 29.1% (569/1956) [95%CI, -2.9 – 2.8, p = 0.98]

Sekundäre Endpunkte waren ebenfalls ohne Signifikanz:

180 Tage Mortalität: 31.5% vs.31.3%

Institutionalisierung (Pflegeheim) nach 180 tagen 6.7% vs. 7%

IQCODE (kognitive Defizite) 3.14 vs. 3.08

EQ-5D-3L (Lebensqualität) 69.8 vs 70.2

Patienten in der Interventionsgruppe waren in Bezug auf Koma- und ventilatorfreie Tage um jeweils einen Tag besser als die Kontrollgruppe (24 versus 23, respektive 23 versus 22 Tage), bezogen auf die ersten 28 Tage.

Adverse Outcomes

- ✦ Bradykardie 5.1% vs.0.5%
- ✦ Hypotension 2.7% vs. 0.5%
- ✦ Asystolie 14/1954 (0.7%) vs. 2/1964 (0.1%)

Warum ist diese Studie wichtig?

Erstmals wurde Dexmedetomidin als „Haupt“-Sedativum der Stunde 0 am Intensivpatienten gegen Standard Care bezüglich seines Outcomes verglichen. Die Ergebnisse der Studie legen den Schluss nah, dass Dexmedetomidin als Solo-Sedativum für den Standardintensivpatienten kein besseres Outcome bewirkt und häufig nicht ausreicht (Propofol wurde bei über 60% als Rescue-Medikament verwendet).

Die Unterauswertung der Patienten und teilnehmenden Zentren, der veranschlagten und erreichten RASS Scores und Ähnlichem bleibt die Autorin dem Leser jedoch schuldig.

Die Bedeutung von Dexmedetomidin für den langzeitbeatmeten Patienten muss ebenfalls genauer betrachtet werden. Es bleibt zu erwarten, dass weitere Ergebnisse aus diesem sehr großen Studienkollektiv folgen werden.

Rebecca von Haken

Delir-Netzwerk e.V.

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

Zum Zeitpunkt der Entstehung dieses Newsletters (Juni 2019) haben wir bereits etwa 50 Mitglieder und hoffen auf ein weiteres rasches Wachstum.

Wenn Sie Fragen zur Mitgliedschaft im Verein haben, senden Sie einfach eine Mail an info@delir-netzwerk.de

Mitglieder anwerben

Es ist schwierig, das Thema Delir in die Köpfe und Herzen der Kolleginnen und Kollegen in den Krankenhäusern, stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen und Rettungsdienste zu tragen.

Ein Erfolg ist nur dann abzusehen, wenn sich eine kritische Masse an Enthusiasten zusammenfindet, die dieses Bewusstsein in der Breite schaffen kann.

Helfen Sie uns dabei, diese Enthusiasten zu erreichen und für die Mitarbeit im Verein Delir-Netzwerk e.V. zu gewinnen.

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

Delir-Netzwerk e.V.

Hermannstr. 2a
D-66822 Lebach

E-Mail: info@delir-netzwerk.de

Bilder in diesem Newsletter:

- Delir-Netzwerk e.V.
- <https://pixabay.com>



Einige der Gründungsmitglieder des Vereins (v.l.n.r.):

Michael Dewes, Arnold Kaltwasser, Rolf Dubb, Peter Nydahl, Susanne Krotsetis, Rebecca von Haken