

Elemente der Delirprävention

Simone Gurlit
Abteilung für Perioperative Altersmedizin
Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin
St. Franziskus-Hospital Münster

QKK Workshop „Demenz und Delir“
27.09.2016, Köln

St. Franziskus-Hospital

- der demographische Wandel ist auch bei uns im OP-Saal angekommen
- über 25.000 Operationen pro Jahr
 - Patienten über 65 Jahre: 40%
 - rund 8000 Patienten über 75 Jahre in 2015
- Keine geriatrische/gerontopsychiatrische Fachabteilung!

Unser Anspruch:

- „Wir möchten unseren Patienten durch eine
 - schnelle Behandlung
 - mit modernsten Implantaten ermöglichen, früh zu belasten und wenn möglich ins gewohnte Umfeld zurückzukehren.“

Warum ist das so schwer?

- Fraktur + Multimorbidität
 - Strukturelle Neuordnung ist für diese Patientengruppe unvermeidbar, denn
 - unkoordiniertes Arbeiten und eine schlecht aufgebaute Infrastruktur fördern Komorbiditäten
 - führen zu einem unnötig verlängerten Krankenhausaufenthalt und damit sprunghaftem Anstieg der Behandlungskosten
- Klassische Probleme
 - Osteoporose, Sarkopenie
 - Stürze
 - frailty
 - „die 3 Ds“ – Delir, Demenz, Depression

Demographischer und sozialer Wandel

- Immer häufiger: „Nebendiagnose Demenz“
- Noch häufiger: kognitiv eingeschränkte Patienten ohne entsprechende Diagnose (= Problem nicht bekannt)
- organisatorisch – dieser Patient stört unsere Abläufe
- finanziell - dieser Patient bindet Ressourcen; das ist so nicht in der Vergütungsstruktur abgebildet

Versorgungsqualität

- Entscheidend: Grad kognitiver Einschränkungen und demenz-/depressionsbedingter Verhaltensauffälligkeiten vor dem KH-Aufenthalt
 - wird z.Zt. zu selten konsequent untersucht!
 - weder vom Hausarzt, noch bei Klinikaufnahme
- Fremde Umgebung und erzwungene Untätigkeit im Krankenhaus führen dann zu
 - Verlust von alltagspraktischen Fähigkeiten,
 - komplikationsbehafteten Verläufen,
 - längerer Verweildauer im Krankenhaus und häufig auch
 - dauerhafter Abhängigkeit von institutioneller Pflege

Outcomekriterien: „erfolgreiche OP“?

- leider: keine wesentlich veränderte Ein-Jahres-Mortalität nach Hüftfrakturen bei älteren Menschen
 - 20-30% versterben innerhalb der ersten 12 Monate
 - 20-30% benötigen anhaltende Hilfe und Pflege
 - 40% werden innerhalb der nächsten 6 Monate erneut stationär behandelt
- zerebrale Funktionsstörungen nach dem Krankenhausaufenthalt
 - sind die wirklich immer neu? sind die wirklich unvermeidbar?
- „unkomplizierter perioperativer Verlauf“ – was bedeutet das?

Im Jahr 2001

- Wir hatten ein Problem: ältere Patienten nach Bagateltrauma als Langzeit-Intensivpatienten wegen Delir
- „das gibt's ganz oft bei alten Patienten nach einer Operation“
- „die brauchen nur ein bisschen länger, um sich von der OP zu erholen“

Delir – „Durchgangssyndrom“?

- Wichtig:
 - Akuter Beginn – wer sieht das?
 - was wissen wir über die kognitive Ausgangssituation des Patienten präop? Aufgabe für den Anästhesisten? Für den Chirurgen?
 - Fluktuierende Symptomatik (Tagesschwankungen) – wer sieht das?
 - .. und fühlt sich auch zuständig?
 - Hyperaktives / hypoaktives Delir – wer erkennt das?
 - .. und für wen ist das wichtig?

Delir – und dann?

- Sallah J et al. Outcome of delirium in critically ill patients: Systematic review and meta-analysis BMJ 2015
- 42 Studien, 16595 Pat., Delir bei 31,8% (CAM-ICU)
- Zusammenhang zwischen Delir und mind. einer von 5 Endpoints; signifikant höher
 - Mortalitätsrisiko während der Hospitalisierung und nachher mehr als doppelt so hoch
 - Aufenthaltsdauer auf der Intensivstation verlängert
 - KH-Aufenthaltsdauer verlängert
 - Beatmungsdauer verlängert
 - kognitive Beeinträchtigung sowohl 3 als auch 6 Monate nach der Hospitalisierung

Unser Weg - Delir

- 2001-2003 / 2008-2010 Modellprojekte des BMG:
 - Maßnahmen zur Verhinderung eines perioperativen Altersdelirs
- Kernelement: eine vertraute, besonders geschulte Bezugsperson (Altenpflegerin) begleitet den Patienten perioperativ
 - Ambulanz / Röntgen-etc. / Schleuse / Einleitung
 - OP / ICU / periphere Station

präoperative Risikoabschätzung

- Kerndee: Identifikation von Risikopatienten für das Erleiden eines Delirs
- Patienten 75+ werden gescreent
 - Ggf. ISAR
 - MMST
 - Uhrentest
- (geringgradige) kognitive Einschränkungen
 - Jones R. (...) Inzizy S: Preoperative Cognitive Performance Dominates Risk for Delirium Among Older Adults. J of Geriatric Psychiatry Neurol Sept 2016

präop: Kognition

- Delir / Demenz / Depression
- Diagnostik in der Notaufnahme? Differenzierung?
- Wen interessiert das?
- Für wen ist das wichtig?
- Ärzte / Pflege
- Disziplin??

Chirurgische Notaufnahme – eigene Daten -

- Leuchtturm Demenz: Risiko „Operation“ bei vorbestehender kognitiver Einschränkung (2008-2010)
- Einschlusskriterien: Notfall, Unfallchirurgischer Patient, OP-pflichtige Fraktur, Alter 65+
 - kognitiver Test (in der Ambulanz, TFDD)
 - Eingeschlossen: n=348
- Aufnahmekognition auffällig bei über 70% (<35 Punkte)
- Aufnahmekognition hoch auffällig bei über 50% (<21 Punkte) ... in beiden Krankenhäusern
- wenn man danach sucht!

Internistische Notaufnahme – bei uns -

- Einschlusskriterien erfüllt: n=186
- Eingeschlossen: n=135,
 - Durchschnittsalter 78 a, 5 Vorerkrankungen
- Aufnahmekognition unauffällig: 8,1% (>35)
- Aufnahmekognition auffällig: 78,5% (21-35)
- Aufnahmekognition hoch auffällig 13,3% (<21)
 - bei Nachuntersuchung
 - alle verstorbenen Patienten vorher kognitiv auffällig.
 - Frauen bessere kognitive Erholung.
 - veränderte Wohnsituation (Institutionalisierung)

Realistische Versorgung?

- Ist bei diesen Ergebnissen die weiterführende Versorgung (oder gar vor chirurgischer Intervention) durch einen Altersmediziner immer darstellbar?
- Ziel: Sensibilisierung aller am Behandlungsprozess beteiligten Partner
 - wer gehört eigentlich zum „geriatrischen Team“?
- Patienten mit vorbestehenden kognitiven Einschränkungen haben ein erhöhtes Risiko für das Erleiden eines Delirs

Gurlit S, Möllmann M:
How to prevent perioperative delirium in the elderly?
Z Gerontol Geriatr 2008 (41): 447-52

Diagnose	Patienten (n)	Age (mean, yd)		Delirium (n)	
		Preop	Postop	Preop	Postop
Emergency surgery	444	81,57	74	74	
Femoral neck #	389	82,33	27	6,94	
Hemipel #	55	80,81	7	12,7	
Planned orthopedic surgery	106	72,18	28	5,6	
Hip arthroplasty	388	76,10	21	5,47	
Knee arthroplasty	168	78,45	7	4,77	
Vascular surgery	403	77,86	40	6,57	
Radio arthroplasty	39	74,24	6	7,69	
Cardiac surgery	143	78,35	4	2,45	
Others	241	82,68	38	8,21	
Major abdominal surgery	305	79,88	22	7,21	
Others	141				
Σ	2469	79,02	142	5,75	

Delir – Risikofaktoren Forstl, 2004

Hohe Prädisposition	Geringe Noxe
- Hohes Lebensalter	- Fremde Umgebung
- Demenz	- Körperliche Beschränkung
- Somatische Komorbidität	- Immobilität
- Hör-/Sehbehinderung	- Störung d. Biorhythmus
- Dehydratation	- Psychotrope Medikamente
- Anämie	- Entzug
- Malnutrition	- Elektrolytungleichung
- Niedrige Serumalbumin	- Akute Infektion
- Depression, Angstlichkeit	- Arterielle Hypotonie
- Alkoholisimus	- Hypo- u. Hyperglykämie
- Benzodiazepinabusus	- Organversagen
- Schmerz	- Re-Operation, Blutverlust
- Leicht kognitive Störung	- Interozeptivität
- Einsamkeit	- Anticholinergika
- Niedrige Intelligenz	- Chirurgischer Eingriff
Geringe Prädisposition	Hohe Noxe

Risikofaktoren vs Krankenhausalltag

- Wiederholte Raumwechsel
- Laute und unruhige Situationen
- Diagnostische Maßnahmen zu Ruhe- und Essenszeiten
- Katheteranlage
- Invasiv-endoskopische Diagnostik u. Therapie
- Medikamentenumstellung
- Unkritische Sedativa-Gabe zur Nacht

Medikamente mit deliriogenem Potenzial?

- Antipsychotika	Benzodiazepine
- Parkinson-Medikamente	Antidepressiva
- Antikonvulsiva	Bronchodilantien
- Analgetika: Opiode, NSAR, ASS	
- Kortikosteroide	Herzglykoside
- Antiarrhythmika	Antinfektiva
- Antihypertensiva: ACE-Hemmer, Diuretika	

Konzept der perioperativen Altersmedizin

- Ein präoperativ, intraoperativ und auch postoperativ auf die individuellen Bedürfnisse dieser neu zu definierenden Patientengruppe abgestimmtes Vorgehen
- *Interdisziplinäre und professionenübergreifende* Abstimmung
- Sensibilisierung aller am Prozess beteiligten Partner
- Gute präoperative Vorbereitung hat hohen Stellenwert für Abläufe am OP-Tag und auf der ICU

Perioperatives Management: präoperativ

- **Gemeinsame Empfehlung DGAI, DGIM, DGCH**
 - ↳ Nicht **Alter** des Patienten ist entscheidend, sondern **individuelles Risiko und Art des Eingriffs**
 - ↳ Also: spezielle Voruntersuchungen nicht an chronologisches Alter gebunden
- **Aber: Prämedikationsgespräch besonders komplex und zeitaufwändig**
 - ↳ Polypharmazie, Multimorbidität, kognitive Einschränkungen
 - ↳ cave bei Patienten, die direkt in den OP gehen!
 - Pat. angekündigt als „total dement“ – Hörgerät fehlte
 - ↳ pharmakologische Prämedikation kritisch hinterfragen

Einfluss OP-Management?

- Der geriatrische Patient braucht mehr Zeit.
- Dies kollidiert mit etablierten Abläufen
 - ↳ in der perioperativen Routine
 - ↳ auf der ICU
- **Ziel:**
 - ↳ Vermeidung von Wartezeiten
 - ↳ Vermeidung von langer präoperativer Nahrungskarenz
 - ↳ Vermeidung von perioperativer Hypothermie
 - ↳ Vermeidung von Schmerz, Angst und perioperativem Stress

Postoperative Schmerztherapie

- Hoher Stellenwert beim geriatrischen Patienten; Vermeidung von perioperativem Stress
- **kombinierte Anästhesie- und Analgesieverfahren**
 - Egol KA, Forman J, Ong C, et al. Regional anesthesia improves outcome in patients undergoing proximal humerus fracture repair. *Bull Hosp Jt Dis* 2014
- **Cave: Patienten-kontrollierte Verfahren bei (unbekannt) kognitiv eingeschränkten Patienten -**
Wie viel Schmerztherapie braucht eigentlich der demente Patient?

Gabe von Blutprodukten

- Geriatrische Patienten in Studien zum Thema unterrepräsentiert
 - ↳ Falls doch: keine Aussagen zur Kognition, Endpunkte: Mortalität und kardiovaskuläre Ereignisse
 - ↳ keine kognitiv eingeschränkten Patienten eingeschlossen?!
- **Fremdblutsparende Maßnahmen in besonderem Maße indiziert**
- **Präop bleibt Zeitfenster in der Elektiv-Chirurgie noch zu häufig ungenutzt**
 - ↳ warum ist das so? Sektorale Trennung Einweiser/Operateur
 - ↳ Aufgabe für den Anästhesisten?

Perioperatives Management – kleine Schritte

- „dran denken“ – geriatrische Kompetenz von Anfang an
- **Anästhesie**
 - ↳ Vorbereitung OP-Tag (Prämedikation?)
 - ↳ Nahrungskarenz (ab 0.00 h nüchtern?)
 - ↳ Einleitung (Zähne? Hörgerät? Sedierung? Erklärungen?)
 - ↳ Intraoperatives Management (Hypotonie? Temperatur?)
 - ↳ ...

Perioperatives Management – kleine Schritte?

- ↳ wann wird der Patient von der Station abgerufen?
 - + unnötiger Leerstand im OP vs zumutbare Wartesituation für Risikopatienten
 - z.B. Schrittmacher – kleiner Eingriff, langes Warten?
- ↳ **Chirurgie**
 - + Planung OP-Reihenfolge
 - + belastungsstabile Frakturversorgung
 - + Schmerztherapie

Angst und Stress reduzieren!

- ruhige Atmosphäre
- keine Hektik
- Wärme zuführen
- unnötigen Lärm vermeiden (lautes Klappern, Gespräche quer durch den Raum)
- unvermeidbaren Lärm ankündigen und erklären (ggf. auch mehrfach!)
- alle Handlungen am Patienten ankündigen
- direkte Ansprache mit Augenkontakt und namentlicher Anrede

Stimme Gerth, Münster

Angst und Stress reduzieren!

- Hilfsmittel am Patienten belassen
- angepasste Kommunikation: klare, eindeutige Informationen zu dem, was gerade geschieht, wie lange es dauert
- beim dementen Patienten: nonverbale Kommunikation (Berührung, Validation)
- möglichst wenig Personal im direkten Kontakt

Stimme Gerth, Münster

Es funktioniert!

- Hsieh TT et al: Effectiveness of Multicomponent Nonpharmacological Delirium Interventions. A Meta-analysis. JAMA Intern Med. Feb. 2015
- Weniger Delir (Reduktion um mehr als 50%)
- Weniger Sturz (Rückgang um zwei Drittel)
- Kürzere VWD
- Weniger Institutionalisierung

Stimme Gerth, Münster

Es funktioniert! Und trotzdem:

- pharmakologische Maßnahmen genießen höheren Stellenwert (Neuroleptika-Gabe vs Hörgerät)
- ständige Kommunikation
- gut informierte Angehörige werden noch zu selten konsequent als Partner mit einbezogen
- ... berufsgruppenübergreifende Aufgaben!

Stimme Gerth, Münster

Es geht – wenn alle es wollen

- Patient kommt in einen schön aufgewärmten OP-Saal
- keine unnötig lange Phase der Nahrungskarenz
- kurzfristige Bestellung von der Station mit Bezugsperson
- Einschleusen ggf. sogar mit Extra-Programm (aufgeblasener Handschuh mit Gesicht)
- Einschlafen kuschelig auf dem Schoß der Mutter (personalisierte Anxiolyse)

Stimme Gerth, Münster

Bildungsbedarf?! – Für wen?

- „Interprofessionelle Bildungsinitiative im Qualitätsverbund Geriatrie – BIGI“
- St. Franziskus-Stiftung Münster und zeb healthcare
- Zeitraum: 3 Jahre
- gefördert vom Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (450.000€)

Stimme Gerth, Münster

Das könnte bedeuten:

- Bekenntnis *aller* am Prozess beteiligten Personengruppen
- Akzeptanz : hoher Stellenwert dieser Maßnahmen
- Besondere Ablaufstrukturen für diese neu zu definierende Patientengruppe (Spielregeln!, verbindliche Absprachen, Schulung)
- Veränderungen bisher etablierter und ggf. lieb gewonnener Prozesse

Stimme Gerth, Münster