

**QKK/Workshop „Demenz und Delir“**  
**27. September 2016, Köln**  
**Station Silvia/Lessons learned**

***Ursula Sottong & Jochen Hoffmann, Köln***



## Patienten mit der Nebendiagnose Demenz

- **Steigende Zahl von Demenzpatienten in Akutkrankenhäusern weltweit**
- **Geschätzte Prävalenz für Patienten über 55 Jahre je nach Studiendesign, Fachbereich und Population zwischen 13% and 63,0% (Mukadam et al 2011)**
- **Aktuell diskutierte Zahl: 15 bis 25% (Pinkert et al 2012, Timmons et al 2015, Wingenfeld et al 2013)**



## Risiken

- **Kognitive und funktionale Verschlechterung**
- **Erhöhte Morbidität & Mortalität**
- **Verlängerter stationärer Aufenthalt**
- **Herausforderndes Verhalten**
- **Stürze**
- **Mangelernährung**
- **Fixierungen**
- **Delir** (Lindsay et al 2009, Ryan et al 2013, Travers et al 2012, Young et al 2007)

## Delir

**„Ein Delirium ist keine Seltenheit. Tatsächlich liegt es bei jedem fünften Patienten über 65 Jahren zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme vor. Je älter ein Mensch ist, desto höher ist generell das Risiko für ein Delir.**

**Eine Demenz gehört zu den wichtigsten Risikofaktoren für ein Delirium. Demente Patienten entwickeln häufiger ein Delirium als nicht demente und das Delirium wird bei ihnen häufiger verkannt oder fehlinterpretiert.“**

**(Fick/Foreman 2000)**

## **Risikofaktoren für ein Delir: Demenz, ...**

- Infektionen
- Medikamente
- Fragilität & Multimorbidität
- Frakturen
- Intensivbehandlung & Operationen
- Elektrolytstörungen
- Hypoxämie & Anämie
- Blasenkatheter
- Schock
- Schmerzen
- Mangelernährung
- Dehydration
- Immobilität
- Seh-/Hörminderung
- Depression
- ADL-Beeinträchtigung
- Mechanische Fixierung

## Herausforderungen für die Patienten

- Akuter Transport zum Krankenhaus
- Unterbrechung der alltäglichen Routine
- Orientierung in der neuen Umgebung (inkl. Geräusche, Gesichter, etc.)
- Diagnostische und therapeutische Verfahren
- Mahlzeiteinnahme
- **Insuffiziente Schmerztherapie** (Lukas et al 2012, Porock et al 2015)



## Herausforderungen für das therapeutische Team

Dementia is often previously ***not diagnosed or detected before hospitalization*** so that hospital staff is not prepared for specific care and only alarmed when critical events appear (Timmons et al 2015, Sampson et al 2014).

A ***qualitatively good care*** as a multilevel approach includes early detection and assessment of dementia and a specialised multidisciplinary dementia support team who - ***beginning in the emergency room*** - provides person-centred care to deal with complications in the ward (Dewing et al 2014, George et al 2013).

## **Herausforderungen für das therapeutische Team II**

- **Erkennen von Komorbiditäten**
- **Medizinische Interventionen und Pflegemanagement (person-centred care) incl. Schmerz Assessment**
- **Kontinuität in der Begleitung & Modifizierung des Milieus**
- **Geräusche (Level)/Identifikation der kritischen Bereiche & Prävention**
- **Vermeiden von Stress, häufigem Raumwechsel, Schlafunterbrechungen & unnötig langer Bettruhe**
- **Einbeziehen der Angehörigen**

(Kitwood 1997, Zekry et al 2009, Rodriguez et al 2010, Clisett et al 2013, Shenkin et al 2014, Hermann et al 2015)



## **Internationales Agreement**

- **Vermeiden von unabgestimmten Einweisungen von Demenzpatienten ins Akutkrankenhaus** (Lyketsos et al 2000 & 2012)
- **Vermeiden von Komplikationen durch ausgebildetes Personal, angepasste Umgebung und möglichst frühzeitige Entlassung** (Schütz et al 2013)

**Länder wie Australien (2006), England (2009), Schottland (2011), and Wales (2011) haben die Verbesserung der stationären Versorgung von Demenzpatienten im Akutkrankenhaus in ihre nationalen Strategien übernommen.**

## **Notwendig sind also:**

- **Frühzeitige Demenzdiagnose & Selektion der Patienten**
- **Kompetenz und interdisziplinäre Kooperationen**
- **Fähigkeiten in der Patientenkommunikation**
- **Schulung des gesamten Personals ohne Ausnahme/spezifische Curricula**
- **Implementierung von Person-centred Care**
- **Spezialisierte Pflegekräfte**
- **Schmerzassessment**

(Faxén-Irving et al 2005, Gill et al 2007, Moyle et al 2008, Gurlit et al 2008, Edvardsson et al 2011, Krishnamoorthy et al 2011, Harwood et al 2012, Lukas et al 2012, Maidment et al 2012, George et al 2013, Digby et al 2013, Schütz et al 2013, Wingefeld et al 2013, O`Flaharta et al 2014, Hermann et al 2015, Sampson et al 2015)

## **The Royal College of Nursing/UK - Commitment to the care of people with dementia in general hospitals (2015)**

- **Staff needs to be informed, skilled and have enough time to care.**
- **Family carers and friends are seen as partners in care, unless indicated, otherwise by the person living with dementia.**
- **A dementia assessment will be offered to all those at risk, to support early identification and appropriate care.**
- **Care plans will be person-centred, responsive to individual needs and support nutrition, dignity, comfort, continence, rehabilitation, activity and palliative care.**
- **Environments will be dementia friendly and support independence and well-being.**

## Anstrengungen in deutschen Akuthäusern

- a) **Special Care Unit/segregierte Station (ca. 20 bundesweit) – z.T. evaluiert** (Heidelberg/Zieschang et al 2010; Ongoing evaluation Cologne/Isfort et al 2015)
- b) **Integrative Einheiten innerhalb der Geriatrie**
- c) **Tagesstrukturierte Angebote auf einer “normalen Station** (Wingenfeld et al 2013)
- d) **Blauer Punkt**
- e) **Peri-operative Delir Prävention** (Gurlitt 2008)
- f) **Alltagsbegleiter (ggfs. ehrenamtlich)**
- g) **Konsultationen und/oder Liaisonservice durch ein speziell ausgebildetes Team** (Kirchenpeters 2012)
- h) **Ausbildung von Personal**
- i) **Angepasstes Demenz Assessment**

## **3-Stufenkonzept zur Versorgung von Patienten mit Demenz in Malteser Krankenhäusern**

- 1. Special Care Units/ Station Silvia**
- 2. Integrative Geriatrie**
- 3. Roll out im gesamten Krankenhaus inkl. Screening bei Aufnahme und Einführung eines Tagesbegleiters**



# Tagesbegleiter

- im Team interdisziplinär entwickelt
- erhalten alle Mitarbeiter bei der Einstellung
- ist Grundlage für Schulungen und Praxiseinweisungen

---

Malteser Deutschland/Fachstelle Demenz

 **Malteser**  
... weil Nähe zählt.



## **Abgestuftes Screenings auf kognitive Defizite bei akutstationärer Aufnahme**

### **Screening**

**bei allen Patienten ab 70 Jahre unabhängig vom Aufnahmemodus zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme zur**

- **Selektion von kognitiv eingeschränkten Patienten,**
- **Senkung des Risikos von Delir und weiteren medizinischen Komplikationen (Pflegebedürftigkeit, Stürze, Pneumonie, Verweildauer, etc.).**

## **Screening/ Konsequenzen je nach Ergebnis**

- Geriatriisches Konsil/ Telefonkonsil
- Weitere neurologische und ergotherapeutische bzw. neuropsychologische Abklärung
- Aktivierung des Case Managements (Überleitungsmanagement) bzw. des Sozialdienstes
- Übernahme in die (Integrative) Geriatrie oder alternativ Übernahme auf Special Care Unit/ Station Silvia
- Geriatriische Mitversorgung
- Ausschließlich organspezifische Behandlung unter weiterer Beobachtung und Versorgung durch entsprechend geschultes Personal (24h-Management)
- Einschalten der Angehörigen/ Versorgungspersonen



## Malteser Krankenhaus St. Hildegardis/Station Silvia



## Special Care Unit für Patienten im frühen/ mittleren Demenz-Stadium/Eröffnung 2009

- Beschützende Einheit für Patienten mit Demenz mit 4/ max. 6 Zimmern/ und 8/ max. 12 Betten und Tagesraum
- Tagesstruktur – so individuell wie möglich
- Orientierungshilfen durch klares Farbkonzept
- Untersuchungen und Therapien möglichst auf der Station
- Einsatz von Alltagsbegleitern
- (Ungestörte) Gemeinsame Mahlzeiten inkl. Nachtmahlzeit
- Aktivierende Angebote
- Regelmäßige Angehörigensprechstunden und Schulungsangebote
- Schulung des gesamten Personals





## Aufnahmekriterien Station Silvia

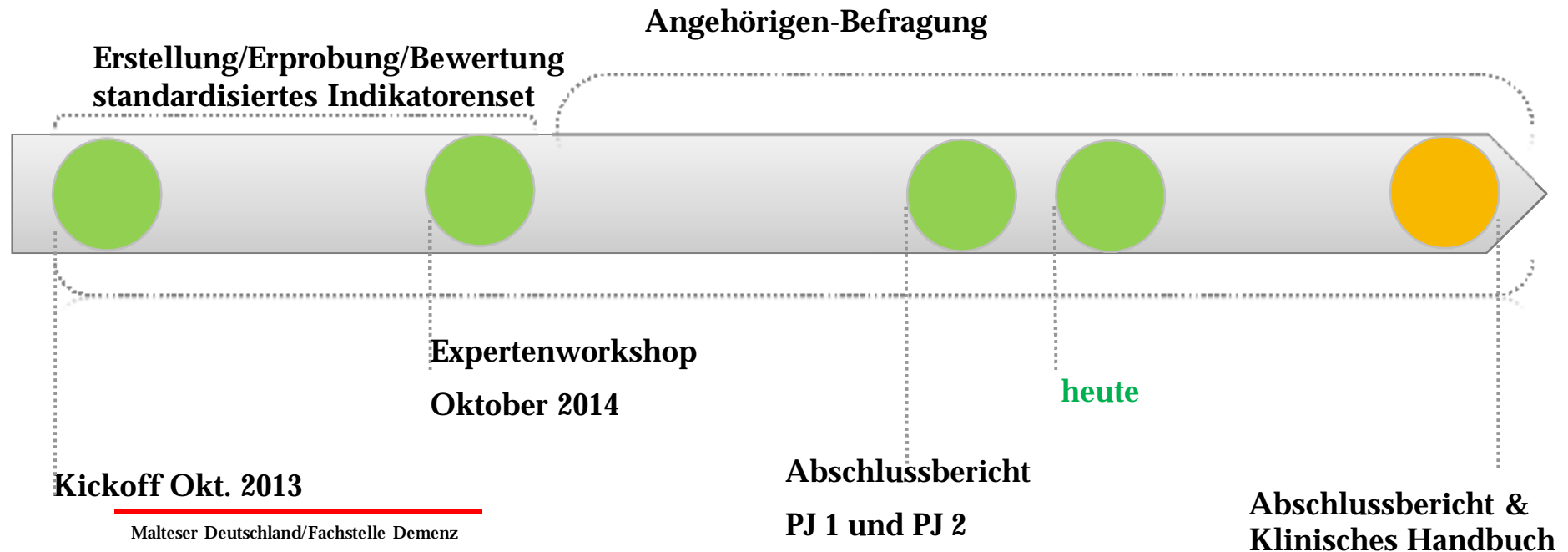
- Akuterkrankung, die eine stationäre Aufnahme ins Krankenhaus veranlasst
- Leichte oder mittelschwere Demenz als Begleiterkrankung (z.B. MMSE >8 <24); seltener Hauptdiagnose Demenz
- Mindestens rollstuhlmobil
- Ausschlusskriterien: isolationspflichtige Infektion, schweres Delir und andere Gründe für eine längere Immobilisierung

# Evaluation der Effekte von Station Silvia/ Malteser Krankenhaus Köln

**1. Projektjahr**

**2. Projektjahr**

**3. Projektjahr**



## Herausforderung einer Evaluation in der Praxis

- Keine Laborsituation
- Hohe Grundbelastung des Krankenhauspersonals durch den alltäglichen Stationsbetrieb
- „Mehrbelastung“ durch zusätzliche Dokumentation
- Reflexion und Explikation gewachsener Strukturen
- Akzeptanz und Motivation der Mitarbeiter
- Einbindung aller beteiligten Berufsgruppen
- Kontinuität trotz wechselnder Alltagsanforderungen

## Studiendesign

- Nicht experimentelle und nicht randomisierte explorative Studie
- Vollerhebung aller auf Station Silvia behandelten Patienten
- Mehrmethodisches (triangulatives) Vorgehen
- Erhebung von querschnittsbezogenen Daten bei Personal und Angehörigen, sowie längsschnittbezogene Daten bei den Patienten (Pre-Postmessungen)
- Einschlusskriterien:
  - Ø Diagnostizierte Demenz und
  - Ø  $MMSE \leq 27$

## Evaluation: Parameter und Instrumente

Diagnostik/prim. & sek. Erkrankungen: spezielles Dokumentationsblatt

Kognition: Abbreviated Mental Test (AMT) 10, Mini Mental State Examination (MMSE) & Clock Test (CCT)

Emotionaler Status: Geriatric Depression Scale (GDS)

Mobilität: Timed "Up and go" Test & de Morton Mobility Index (DEMMI)

Ernährungsstatus: Body Mass Index (BMI), Albumin Konzentration im Serum

Soziale Aspekte: Eigene Datensammlung basierend auf Nikolaus (1994)

Pflege Risiko: Braden Scala & Sturzrisikoabschätzung

ADL: Barthel Index

Körperliche Fitness: Handkraftmessung nach Mathiowetz et al. (1985)

Frailty: Dokumentation basierend auf Fried et al (2001)

Psychopharmaka: Speziell erstelltes Dokumentationsblatt

Herausforderndes Verhalten: Items von Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI) und Schütz et al (2013)

Individuelle Therapie & Gruppenangebote: eigene Dokumentation

Geräuschpegelmessung: Norsonic Geräuschpegelmesser

Wohnform bei stationärer Aufnahme und Entlassung

Delir: Confusion Assessment Method (CAM)

## **Ausgewählte Endpunkte**

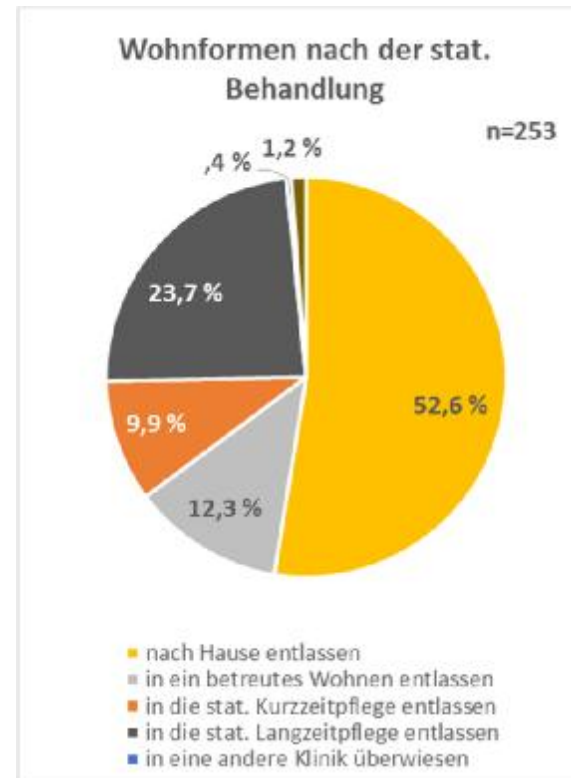
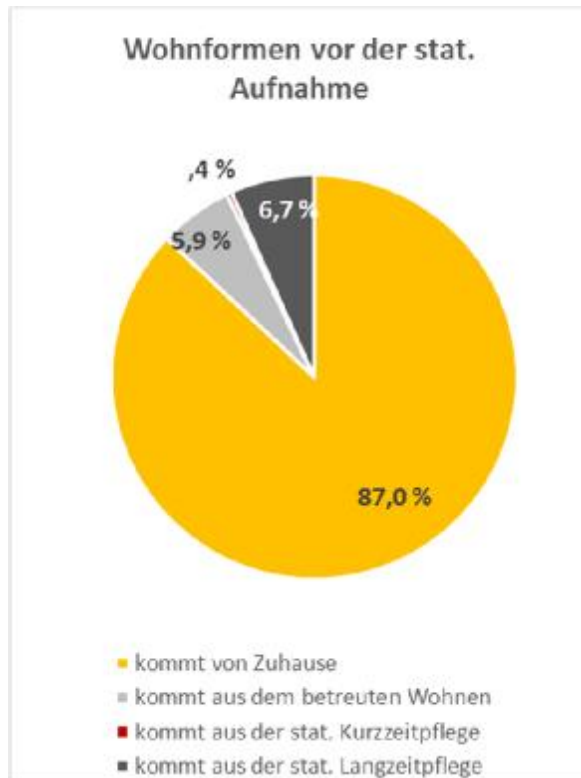
- **Alltagsfähigkeit (Barthel-Index)**
- **Mobilität (DeMorton-Mobility-Index)**
- **Unerwünschte Pflegephänomene/  
herausfordernde Verhaltensweisen (BPSD)**

**Arbeitshypothese für die Pre-Postmessungen:**

**Die Werte unterscheiden sich nicht zwischen Aufnahme und Entlassung.**



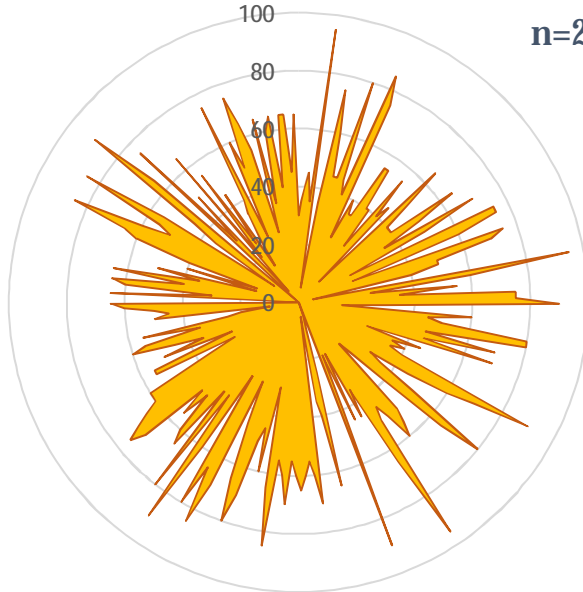
# Wohnform bei Aufnahme und bei Entlassung



# Barthel-Index bei Aufnahme und bei Entlassung

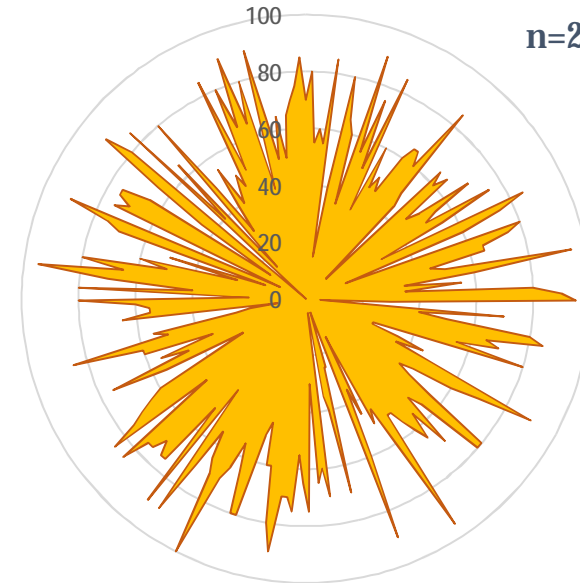
Barthel-Index bei Aufnahme

n=235



Barthel-Index bei Entlassung

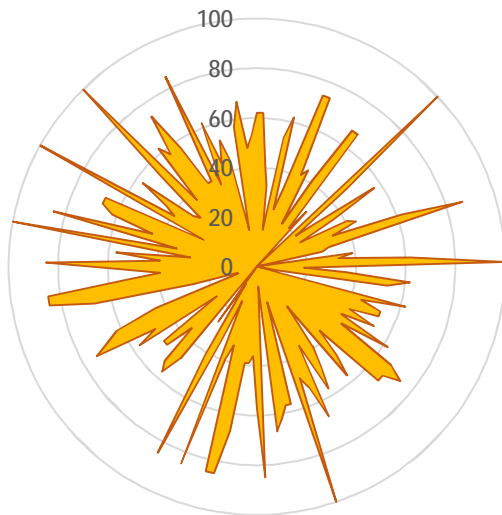
n=235



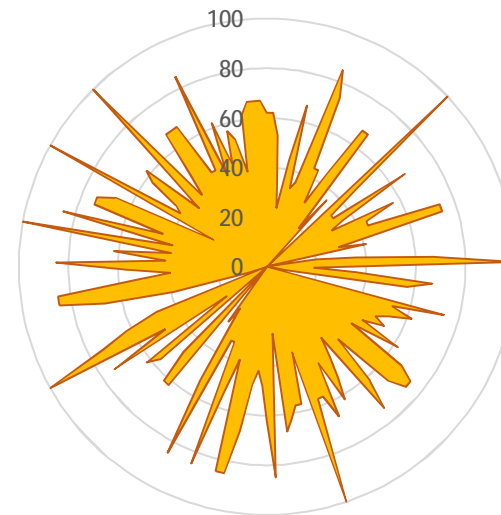
Die Verbesserung der Werte des Barthel-Index zwischen Aufnahme und Entlassung ist hoch signifikant ( $p= 0,000$ ).

# DeMorton-Mobility-Index Aufnahme / Entlassung

DEMMI bei Aufnahme n=154

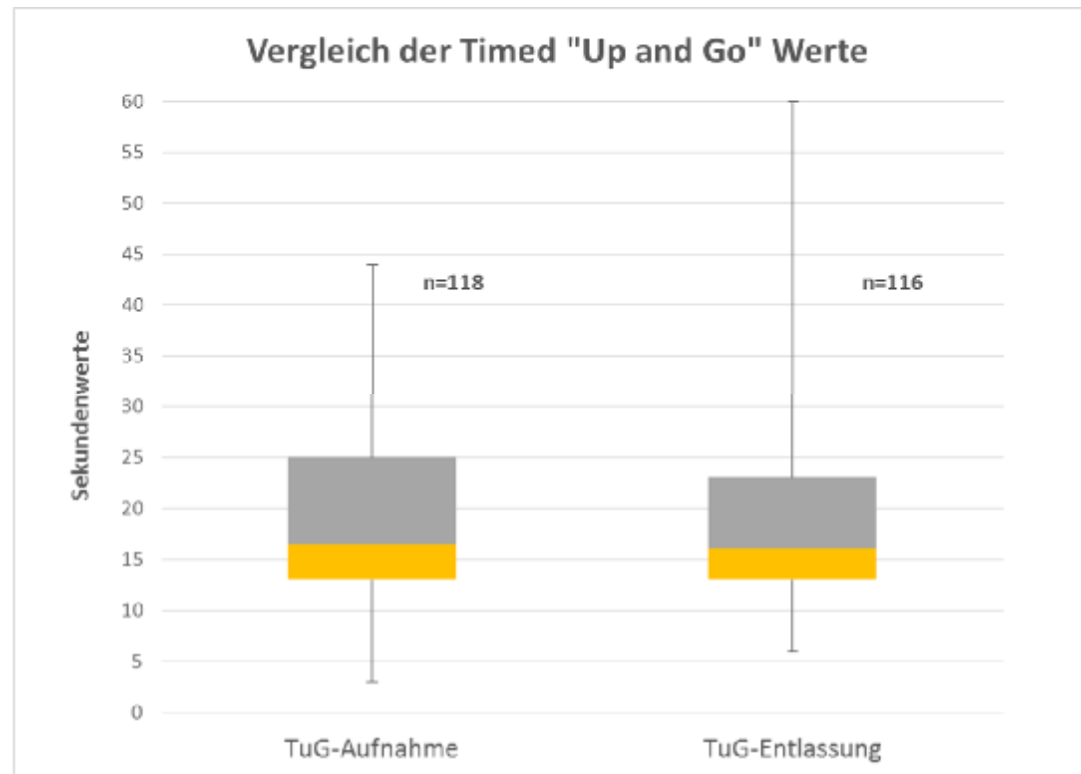


DEMMI bei Entlassung n=154



Die Verbesserung der Werte des DEMMI zwischen Aufnahme und Entlassung ist hoch signifikant ( $p=0,000$ ).

# Mobilität bei Aufnahme und bei Entlassung



## **Kennzahlen zu BPSD**

**(Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia = herausfordernde Verhaltensweisen)**

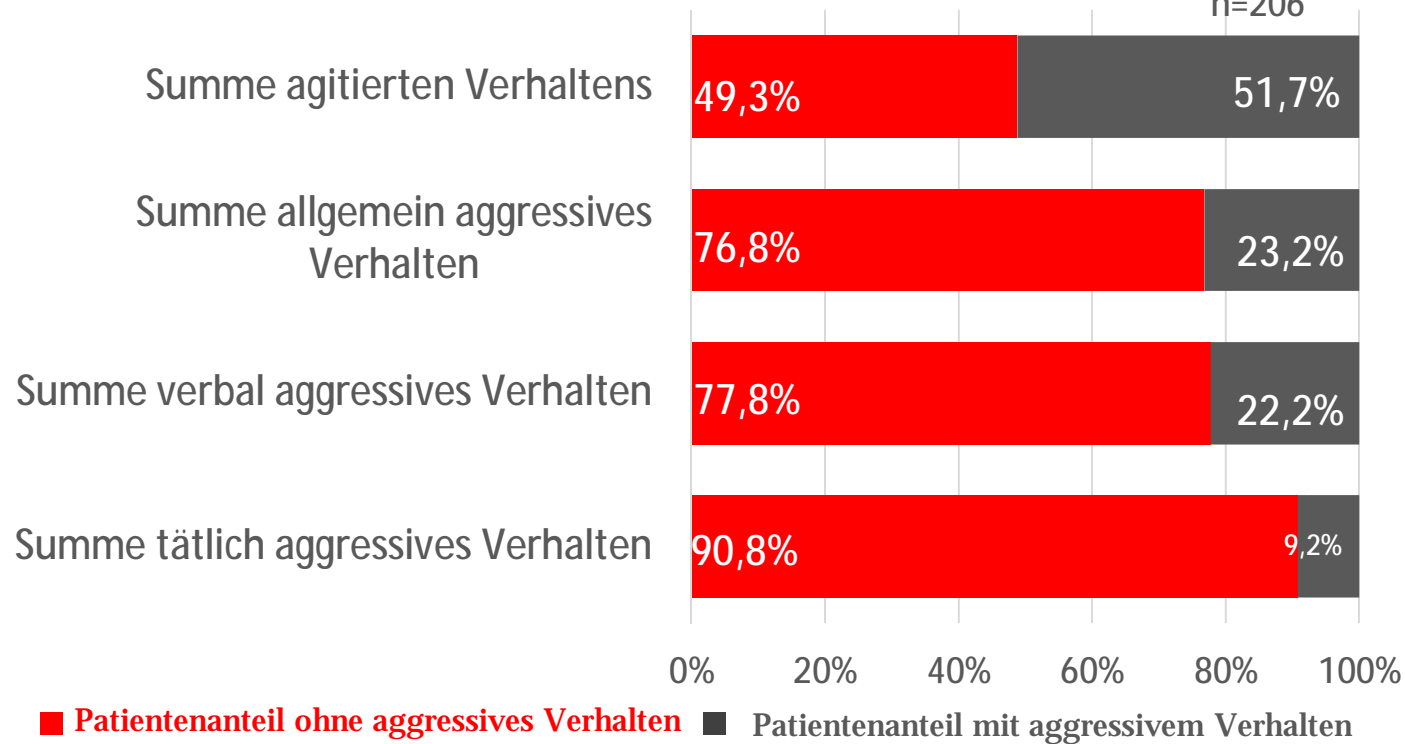
**Eindeutige Prävalenzraten für BPSD sind nicht vorhanden. Drei Publikationen weisen Werte aus:**

- **Sampson et al. (2014):**
  - 57 % aggressives Verhalten
  - 44 % Aktivitätsstörungen (Agitation / Apathie)
- **Wancata et al. (2003):**
  - Auftreten von leichten BPSD bei 82,2 % und schweren BPSD bei 27,8 %
- **Majić et al. (2012):**
  - Auftreten von agitierten Verhalten (in LZP´s) bei 62,5 %

# BPSD

## Prävalenz von BPSD

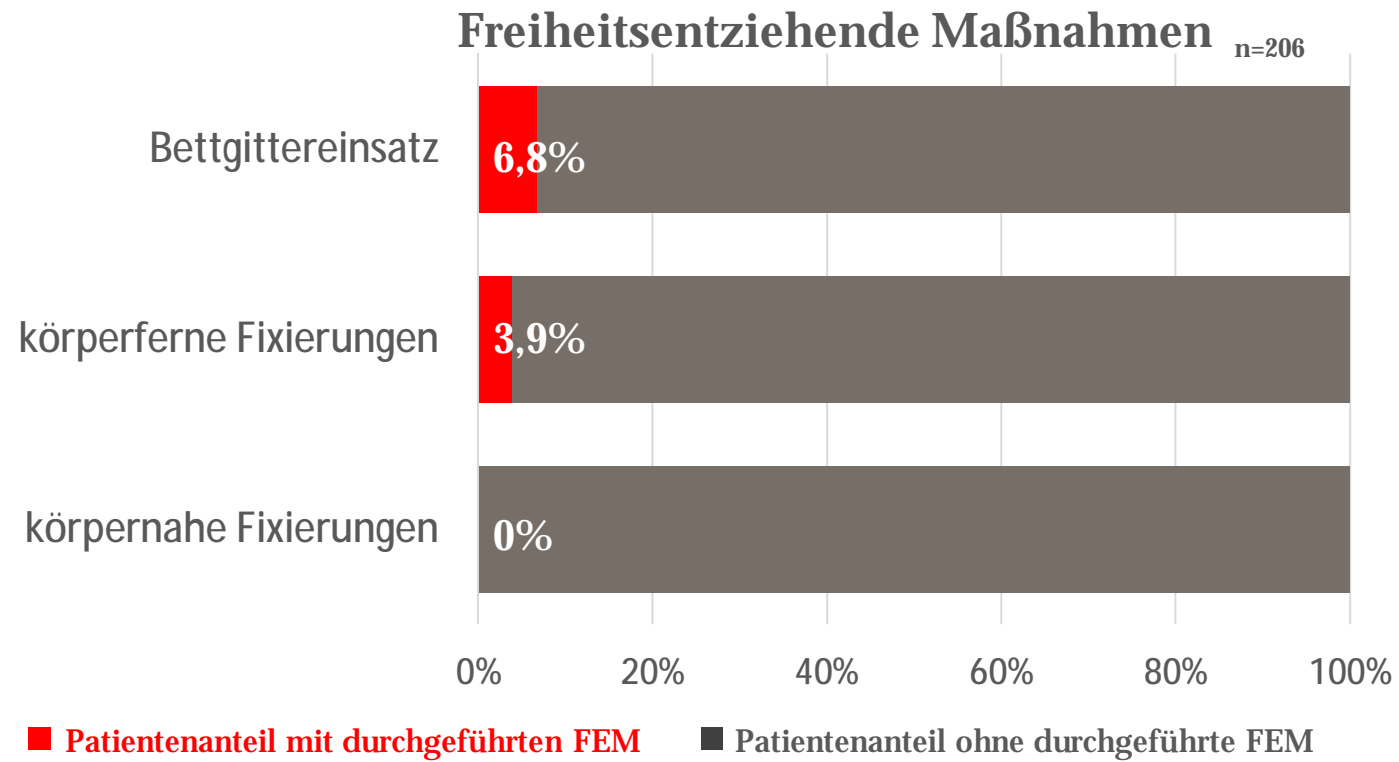
n=206



International:  
62,5 % (Majic et al 2012)

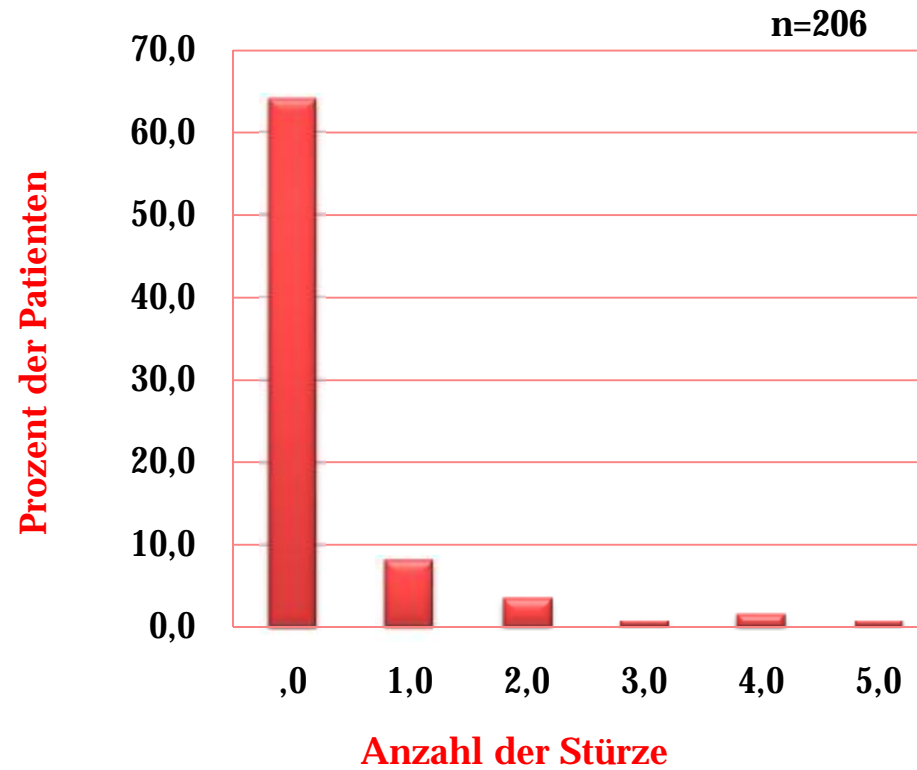
57 % (Sampson et al 2014)

# FEM



# Stürze

## Häufigkeiten von Sturzvorkommen





## Take Home Message

- Patienten mit der Nebendiagnose Demenz verbessern sich signifikant während des Aufenthaltes auf Station Silvia
  - **Selbstständigkeit wird besser**
  - **Mobilität wird besser**
  - **Kräftezustand wird besser**
- Eine Delirentwicklung wird so gut wie gar nicht beobachtet.
- Aggressives Verhalten tritt seltener auf, als Referenzwerte angeben
- Unerwünschte Pflegephänomene werden deutlich seltener beobachtet
- Sehr wenig FEM; keine körpernahen Fixierungen!

**Danke für Ihre Aufmerksamkeit!**

