

Grundlagenpapier

„Optimierung der Versorgung von Menschen mit komplizierten Demenzformen“

Vorge stellt am Demenzforum 13. Juli 2018



Grundlagenpapier

Optimierung der Versorgung von Menschen mit komplizierten Demenzformen

Management Summary	3
1 Ausgangslage	4
2 Ziele.....	4
3 Settings zur Unterstützung von Menschen mit Demenz und BPSD resp. Delir	5
3.1 Langzeitpflege	5
3.2 Akutspital (ohne eigene Akutgeriatrie)	7
3.3 Akutgeriatrie	8
3.4 Alterspsychiatrie	9
4 Handlungsfelder	10
4.1 Innerbetriebliche Handlungsfelder.....	10
4.2 Interinstitutionelle Vernetzung	11
4.3 Gesundheitsversorgung	11
5 Weiteres Vorgehen	12
6 Anhang.....	14
6.1 Entstehung Konzept	14
6.2 Beteiligte Mitglieder der Arbeitsgruppe	14
6.3 Netzwerk der Versorgung BPSD und Delir	15
6.4 Behandlungs- und Betreuungspfade der Versorgung BPSD und Delir	15
6.5 Literatur und Materialien.....	15

Management Summary

Ausgangslage

Demenz-Erkrankungen gehen oft mit zusätzlichen Verhaltensstörungen (BPSD) oder hirnor-
ganischen, psychoorganischen Syndromen (Delir) einher. Diese Begleitsymptome können für
Betroffene, Angehörige und Betreuende sehr beeinträchtigend und belastend sein und ent-
sprechende Ressourcen binden. Folglich ist ein interprofessioneller und interdisziplinärer Be-
zugsrahmen gefordert. Ausserdem wechseln Betroffene häufig zwischen den Institutionen, die
jedoch unterschiedlich organisiert und finanziert werden. Daher bedarf es einer gemeinsamen
Arbeitsgrundlage, welche die Handhabe, Möglichkeiten und Grenzen der Akteure festhält.

Das Ziel der hier vorliegenden Arbeitsgrundlage, die eine interinstitutionelle und interprofessi-
onelle Arbeitsgruppe im Jahr 2017 erarbeitet hat, ist denn auch die Schaffung einer gemein-
samen konzeptionellen Grundlage, um Massnahmen entwickeln und benennen zu können,
um die finanzbezogenen Themenstellungen in Zusammenarbeit mit der Gesundheitsdirektion
angehen zu können sowie um die Erarbeitung entsprechender Umsetzungsplanungen zu un-
terstützen.

Settings

Für die fachkompetente Behandlung von BPSD und Delir sind je nach gegebenen Umständen
vier verschiedene Settings involviert. Es sind dies

- Langzeitpflege (stationär, Tages- und Nachtkliniken, ambulant),
- Akutspital (ohne Akutgeriatrie),
- Akutgeriatrie,
- Alterspsychiatrie (stationär, teilstationär, ambulant).

Diese Settings sind im hier vorliegenden Papier kurz beschrieben. Jedem dieser Settings wer-
den sowohl Kernkompetenzen, aber auch klare Grenzen zugeschrieben.

Handlungsfelder

Im Hinblick auf die Optimierung der Versorgung von Menschen mit Demenz und schweren
Verhaltensstörungen bestehen verschiedene Handlungsfelder:

- *Innerbetriebliches Handlungsfeld:* Die Behandlung und Pflege von BPSD oder Delir Be-
troffenen erfordert multiprofessionelle integrierte Versorgungsnetze. Für das zielgerich-
tete Handeln bestehen verschiedene Handlungsfelder und Rahmenbedingungen (Kon-
zepte, therapeutische Massnahmen, strukturierte Assessments).
- *Interinstitutionelle Vernetzung:* Die involvierten Institutionen sind gut vernetzt und bauen
flächendeckend entsprechende Angebote auf resp. aus. Zudem kommunizieren und ko-
ordinieren sie gut bei Verlegungen und Setting Wechsel.
- *Grundversorgung:* Vielseitige und institutionsübergreifende Angebote und Gefässe sor-
gen für eine angemessene Gesundheitsversorgung.

Umsetzung

Die Mitglieder dieser Arbeitsgruppe und Vertreter der im Anhang aufgeführten Institutionen
empfehlen die Umsetzung dieses Konzeptes in ihren Institutionen im Rahmen der aktuell be-
stehenden Möglichkeiten (mit Schwerpunkt auf den innerbetrieblichen Handlungsfeldern, so-
weit möglich auch in der interinstitutionellen Vernetzung).

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe sind auch bereit, in Zusammenarbeit mit der Gesundheitsdi-
rektion (Schwer gewichtig in der Gesundheitsversorgung und in der interinstitutionellen Ver-
netzung) die Weiterentwicklung auf Institutions- und Netzwerkebene und gegebenenfalls die
Schaffung erforderlichen Strukturen voran zu treiben

1 Ausgangslage

Verhaltensstörungen oder sogenannt *Behaviorale und Psychologische Symptome der Demenz* (BPSD) sind nicht-kognitive, nicht obligatorisch auftretende Begleitsymptome einer Demenz-Erkrankung. Dazu gehören Depression, Apathie, Angst, Schlaf-Wach-Rhythmus-Störungen, Enthemmung, Aggressivität, Unruhe oder psychotische Symptome. Diese Symptome sind zusätzlich beeinträchtigend, schränken die Alltagsfähigkeiten ein und sind eine Belastung für die Betreuenden.

Das *Delir* umschreibt ein ätiologisch unspezifisches hirnorganisches, psychoorganisches Syndrom. Es entsteht durch verschiedene, hauptsächlich somatische Ursachen und Risikofaktoren wie Alter und Demenz. Die Symptome sind Störung des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit, mit Beeinträchtigungen kognitiver Funktionen und Wahrnehmungsveränderungen, die typischerweise innerhalb von Stunden und Tagen akut auftreten und im Tagesverlauf fluktuieren. Die multifaktorielle Entstehung Genese erfordert einen interprofessionellen und interdisziplinären Ansatz in der Prävention, Diagnostik und Therapie.

Da das Delir bei Demenzerkrankten sehr häufig auftritt, ist die Differentialdiagnose zu BPSD erschwert. In der Konsequenz wird das Delir häufig verkannt und nicht rechtzeitig (in erster Linie somatisch) behandelt.

Die beiden Erkrankungen sind sehr relevant, denn die BPSD und das Delir:

- sind ein sehr häufiger Einweisungsgrund für die stationäre Behandlung in der Alterspsychiatrie.
- wären teilweise zu verhindern, insbesondere BPSD durch einen demenzgerechten Umgang (z.B. angepasste Kommunikation, Verhindern von Überforderung, etc.)
- sind häufig verbunden mit anderen körperlichen Erkrankungen.
- sind problematisch im ambulanten Setting, Langzeiteinrichtungen, Akutspitälern und der Alterspsychiatrie.
- können über längere Zeit akut bleiben und intensive Überwachung und Behandlung notwendig machen.
- bringen an den Schnittstellen zu den Netzwerkpartnern Involvierte an die Grenzen der Möglichkeiten.
- setzen Angehörige oder Fachleute der Gefahr von (sexuellen/gewalttätigen) Übergriffen aus und können demzufolge zu körperlichen und psychischen Folgeerkrankungen führen.
- sind in den Institutionen mit entsprechendem Setting und Ressourcen heute schon gut aufgefangen
- wären teilweise vermeidbar durch bereits bekannte präventive Massnahmen (vorwiegend strukturelle Massnahmen) und einen sorgfältigen Umgang.

Die Behandlung der BPSD (Behavioralen und psychologische Symptome der Demenz) und des Delirs bei Demenz fordern die Kompetenz verschiedener Institutionen (Alterspsychiatrie, Geriatrie, Spitäler, Primärversorger, Langzeitinstitutionen und Spitex). Da diese Institutionen separat organisiert und fragmentiert finanziert sind, soll das hier vorliegende Konzept «Versorgung von Menschen mit Demenz und BPSD oder Delir im Kanton Zürich» eine gemeinsame Handhabe, inkl. Möglichkeiten und Grenzen der verschiedenen Akteure aufzeigen. BPSD oder Delir Betroffene wechseln häufig zwischen den Institutionen, was eine Verschlechterung des Krankheitsbildes und der Prognose zur Folge hat. Ein stabiles Umfeld, das vernetzt miteinander arbeitet, soll eine Symptomlinderung bewirken.

Dem Konzept liegen verschiedene Grundlagen und Richtlinien zu Grunde, namentlich a) gesetzliche Grundlagen, b) Nationale Demenzstrategie, c) SAMW Richtlinien Umgang mit Zwangsmassnahmen, d) fachliche Grundlagenpapiere (z.B. Behandlungsleitlinien BPSD und Delir). Alle beteiligten Institutionen anerkennen diese Empfehlungen.

2 Ziele

Durch die Umsetzung der in dieser Arbeitsgrundlage festgehaltenen Kompaktgrundlagen und Vorschläge soll die Erreichung folgender Ziele unterstützt werden:

- Die Versorgung der betroffenen Patientengruppe ist bedarfsgerecht in den gegebenen und evtl. neu geschaffenen Rahmenbedingungen etabliert.
- Darüber hinausgehender Bedarf an in diesen Rahmenbedingungen nicht finanzierten Angeboten ist benannt.
- Angehörige und das unmittelbare Umfeld sind angemessen berücksichtigt.
- Für den Koordinationsbedarf der bestehenden Institutionen und Helfersysteme sind mögliche Lösungen benannt.
- Zuständigkeiten und Patientenpfade sind in den bestehenden Strukturen geklärt.
- Fachliche Qualitätsstandards sind definiert und den Entscheidungsträgern zur flächendeckenden Umsetzung im ganzen Kanton empfohlen.
- Personelle und strukturelle Ressourcen, die für die Umsetzung dieser Standards notwendig wären, sind benannt.
- Beteiligte Institutionen und Helfersysteme sind vor Überforderung geschützt.

Die Arbeitsgrundlage bietet eine Grundlage dafür, um Massnahmen zu formulieren, finanzbezogene Themen zu klären und eine Umsetzungsplanung zu erarbeiten.

3 Settings zur Unterstützung von Menschen mit Demenz und BPSD resp. Delir

Das Unterstützungsnetzwerk für Menschen mit Demenz und BPSD oder Delir sowie deren Angehörige ist komplex, beinhaltet Überschneidungen und ist unterschiedlich finanziert (siehe dazu Abbildungen im Anhang). Zur besseren Orientierung lassen sich fünf Settings ausmachen, welche Spezifika aufweisen und zu welchen jeweils Kernkompetenzen resp. Grenzen der Möglichkeiten im Setting benannt werden können.

3.1 Langzeitpflege

a) Langzeitpflege¹ stationär

Projekt «Qualitätslabel «Dementia Care»: 2018 ist vorgesehen, das Qualitätslabel für die Langzeitversorgung „Dementia Care“ einzuführen².

Setting Spezifika	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Klientel:</i> Die stationäre Langzeitpflege ist geprägt durch besondere Verhaltensweisen der darin unterstützten Menschen, wie bspw. <ul style="list-style-type: none"> - Aggression: verbal (Schreien, Beschimpfung, Drohungen), körperlich (Schläge, Fusstritte, Spucken, Zwicken, Festhalten), unangemessenes soziales Verhalten, Enthemmung - Körperliche Agitation mit ziellosem Umhergehen und Weglaufgefährdung, verbale Agitation mit vokalen Störungen - Pflege- und Nahrungsverweigerung, Rückzug, Verwahrlosung. - 	
Kernkompetenzen / Schwerpunkte des Settings	Grenzen der Möglichkeiten im Setting
<p><i>Patientenbezogen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stark individuelles Pflege- und Betreuungsangebot ▪ Regionalität: Aufenthalt nahe der gewohnten Umgebung ermöglicht Aufrechterhaltung sozialer Kontakte ▪ Interne und externe Bewegungsmöglichkeiten dank weglaufgeschützten Abteilungen ▪ Förderung sozialer Bedürfnisse: Fokus auf Beziehungsaufbau, Kontakte, Geborgenheit, Sicherheit <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aktivierungsangebote in unmittelbarer Nähe ▪ Vielfältige bedarfsabhängige Verpflegungs- (Fingerfood-Inseln) und Schlafmöglichkeiten ▪ Punktuelle Intensivbetreuung <p><i>Organisations- und Personalbezogen</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ (Nicht beeinflussbare) Fremd-/Selbstgefährdung ▪ Massive körperliche Gewalt/Aggression ▪ Akute somatische Krisen ▪ Finanzierung bei besonderem Betreuungsaufwand ▪ Eskalierende Gruppendynamik <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dauerhafte 1:1 Betreuung (Personalschlüssel) ▪ Akutmedizinische/akutpsychiatrische Behandlung bei akuter Selbst-

¹ Teilweise wird anstelle von «Langzeitpflege» synonym der Begriff «long-term care» verwendet. In dieser Arbeitsgrundlage wird der Begriff «Langzeitpflege» verwendet

² Projekt Qualitätslabel Netzwerk Zürcher Pflegezentren «Dementia Care», mit Kick-off am 25.1.2018.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Konfliktreduktion durch spezialisierte Abteilungen (Personal, Infrastruktur) ▪ Interprofessionelles Deeskalationsmanagement ▪ Systemische Interaktion: Regelmässige interdisziplinäre und interprofessionelle Standortgespräche und Fallsupervision sorgen für Stabilität aller Beteiligten ▪ Schulung: Mitarbeitende sind geschult und werden unterstützt (Coaching, Ethische Fallbesprechungen, Supervision) 	<p>/Fremdgefährdung und/oder medizinisch/psychiatrisch instabilem Zustand</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ständige Setting Wechsel und Gefährdung der Stabilisierung
---	--

b) *Langzeitpflege Tages- und Nachtkliniken*

Setting Spezifika	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Betrieb und Finanzierung:</i> Tages- und Nachtkliniken werden idealerweise von Langzeitpflege-Institutionen betrieben und finanziert. 	
Kernkompetenzen / Schwerpunkte des Settings	Grenzen der Möglichkeiten im Setting
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gemeindefnahe, zeitbegrenzte Angebotsanspruchnahme ▪ Therapeutische Aktivitäten ▪ Gesundheitsüberwachung ▪ Soziale Vernetzung und Aktivitäten ▪ Erhaltung/Verbesserung der körperlichen/mentalenen Funktionsfähigkeit ▪ Temporäre Entlastung pflegender Angehöriger, Schonung derer Ressourcen ▪ Ergänzung/Kooperation informeller und professioneller Pflege <p>5 Eckpfeiler von Tages- und Nachtkliniken:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Flexibilität in Bezug auf die Öffnungszeiten und kurzfristige Aufnahmekapazitäten 2) Qualität durch ein individuell abgestimmtes Betreuungsangebot und hoher Fachlichkeit des Personals 3) Tragbare Kosten spielen für die Nutzung eine zentrale Rolle. Die Finanzierungsmöglichkeiten werden besprochen und Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt 4) Betreuung für Angehörige durch Beratung und Unterstützung werden mit regelmässigen Standortgesprächen sichergestellt. Es wird sowohl der Aufenthalt in der Tages- und Nachtklinik wie auch die häusliche Pflegesituation thematisiert 5) Zusammenarbeit und Vernetzung mit allen involvierten Personen/Institutionen wie Hausärzte, Spitex, um die Kontinuität sicherzustellen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Akutmedizinische/-psychiatrische Behandlung bei akuter Selbst-/Fremdgefährdung und/oder instabilem medizinisch/psychiatrisch Zustand ▪ Ständiger Setting Wechsel und Gefährdung der Stabilisierung

c) *Langzeitpflege ambulant*

Setting Spezifika	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Leistungserbringer:</i> Ambulante Langzeitpflege wird vorwiegend von der Spitex erbracht. Die regionale psychiatrische Spitex agiert ergänzend und unterstützend. Enge Zusammenarbeit mit Memory Clinics oder aufsuchenden Angeboten (z.B. SIL oder AIDA-Care) erbringt eine Optimierung der Betreuung und Behandlung. 	
Kernkompetenzen / Schwerpunkte des Settings	Grenzen der Möglichkeiten im Setting

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Spitex Mitarbeitende sind geschult und unterstützt (Coaching, Supervision, Fallbesprechungen) ▪ Pflegende erkennen Chancen und Grenzen im häuslichen Setting und beraten adäquat. ▪ Multidisziplinäre Teams erkennen frühzeitig körperliche/psychopathologische Veränderungen und intervenieren evidenzbasiert ▪ Formelle und informelle Angehörigenpflege: Aufrechterhaltung oder Wiedererlangen der Lebensqualität des sozialen Umfelds Betroffener durch konstantes Pflorgeteam ▪ Einbezug der alltäglichen Ressourcen und Kompetenzen der Klienten, partizipative Alltagstätigkeiten zwecks Stärkung der Selbstbestimmung ▪ Regionale verankerte Spitex vermittelt und koordiniert spezifische Betroffenen- und Angehörigenangebote und bezieht konsiliarisch weitere Fachleute ein. In Akutsituationen leistet die Spitex kurzfristige Intensivbetreuung und beugt stationären Aufhalten vor. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Überlastung/Überforderung der Angehörigen ▪ Fehlende Finanzierung/Betreuungsleistungen ▪ Fehlende Angehörige ▪ Selbst-/Fremdgefährdung ▪ Mangelnde Kooperation mit Netzwerkpartnern; fehlende Diagnosen
---	---

3.2 Akutspital (ohne eigene Akutgeriatrie)

Setting Spezifika	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Klientel:</i> Hauptklientel sind ältere Demenzerkrankte mit somatischen Begleiterkrankungen, die besonders vulnerabel sind für die Entwicklung einer BPSD/Delir. Eine dem Setting angepasste Infrastruktur ist gefordert und zu berücksichtigen. Konstante erfahrene Begleitpersonen sind wünschenswert. Konstante erfahrene Begleitpersonen und spezifische Behandlungspfade, wie in der Bestandesaufnahme von H+ im September 2017 als state of the art beschrieben, sind förderlich. 	
Kompetenzfelder	Grenzen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Notwendigkeit von Delir-/BPSD-/Demenz-Konzepten, bestehend aus obligatorischen regelmässigen Schulungen für (nicht-)medizinisches Personal ▪ Systematisches Erfassen mittels Assessments, Massnahmeneinleitung bei positiven Screenings ▪ Ernennung von konzeptverantwortlichen Ansprechpersonen für Themen der Prophylaxe, (nicht-) medikamentösen Therapie ▪ Etablierung konsiliarischer interdisziplinärer Teams (ggf. Externe) ▪ Verfügbarkeit umfassender diagnostischer, ressourcenschonender Möglichkeiten zur Vermeidung von Verlegungen ▪ Vorübergehende Sedierungserlaubnis bei Gefährdung oder Nichtansprechen auf konventionelle Therapien (ultima ratio) ▪ Umsetzung der 50 Empfehlungen «Dementia friendly Hospital» 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Begrenzte Aufenthaltsdauer: DRG limitierend ▪ Fremd-/Selbstgefährdung ist länger andauernd und unverantwortbar (offener Rahmen) ▪ Im Akutkliniksetting suboptimale Infrastruktur (IMC) ▪ Langdauernde 1:1 Betreuung (z.B. >48-72h) ohne Besserung ▪ Fehlende Kooperation/Wille der Angehörigen zur Mitverantwortung ▪ Fehlende Zeitressourcen für Einbezug der KESB ▪ Begrenzter Einbezug der Angehörigen aufgrund der Spitalstrukturen

3.3 Akutgeriatrie

Setting Spezifika	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Betrieb und Finanzierung:</i> Die Rahmenbedingungen erfordern fachliche Ressourcen im interprofessionellen Team 	
Kompetenzfelder	Grenzen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schnittstelle und Triage zwischen Psychiatrie und Somatik ▪ Vorliegend sind: Obligatorische Konzepte (Delir, BPSD, Demenz) mit geeigneter Infrastruktur, Alterspsychiatrischer K+L Dienst. ▪ Konzepte beinhalten: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Behandlungspfade interdisziplinär ▪ Medikamentenchecks (PIM-Listen wie z.B. Priscus, Beers) – Reduktion der Polypharmazie ▪ Routinemässiges Geriatisches Basis-Assessment (CGA) ▪ Pflegekompetenz bzgl. Psychiatrie, Geriatrie, Spitex und Langzeitpflege ▪ Enge Zusammenarbeit mit Gerontopsychiatrie, Entlastung dieser Stationen bezüglich somatisch schwer kranker Patienten (siehe Problem untenstehend Alterspsychiatrie), vernetzter Patientenfluss ▪ Altersspezifische Kompetenz der Beteiligten aller Fachkompetenzen (Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten) ▪ ausgewiesene + spezialisierte Gesprächskompetenz (Biografie, Patientenwillen, Angehörige, Wohnsituation, etc.) ▪ Strukturiertes Eintritts- u. Austrittsmanagement (Ziel im Sinne ACP/Notfallplan) inkl. 1-2 Familiengespräche/Helferkonferenzen ▪ Architektonische und infrastrukturelle Massnahmen ▪ Einbezug der Angehörigen ▪ Einbezug von Freiwilligen ▪ Geriatische Palliative-Care Massnahmen werden angesprochen und umgesetzt. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grenzen der Akutspitäler ohne eigene Akutgeriatrie ▪ Instabile somatische Verfassung braucht Know-How und genügend hohen Personalschlüssel ▪ Längere, intensivere, isolationspflichtige, chirurgische Bedürftigkeit ▪ DRG bildet das Setting sowohl qualitativ wie auch finanziell nichtgenügend ab. ▪ GAR ist nicht auf Menschen mit Demenz ausgerichtet ▪ Verlängerte Hospitalisationszeiten (mehrfach in Literatur bestätigt) sind nicht angemessen abgegolten ▪ Demenz oder Delir werden zu wenig finanziell abgegolten

3.4 Alterspsychiatrie

a) Alterspsychiatrie stationär

Setting Spezifika	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Klientel:</i> Somatische Begleiterkrankungen sind die Regel Behandlung der Symptomcluster: Affektive Symptome (Depression/Angst), Hyperaktivität (Agitation, Desinhibition, Aggression und Irritabilität), Psychotische Symptome (Wahn, Halluzinationen), Apathie (Selbstversorgungsdefizite, Appetitveränderungen), sowie alle somatischen und neurologischen Begleiterkrankungen ▪ <i>Betrieb:</i> 24h medizinisch-pflegerische Interventionen sind notwendig. Personalmix entspricht den Anforderungen der Zürcher Spitalliste 2012 (Version 2016.1, gültig ab 1.1.16). 	
Kompetenzfelder	Grenzen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interprofessionelles Assessmentmanagement zur Erfassung der psychiatrischen Risiken (Suizidalität, Fremdgefährdung, Weglaufgefährdung und Entzug), des psychopathologischen Befunds inkl. Testung durch den Neuropsychologen ▪ Interprofessionelles Assessmentmanagement zur Erfassung der somatischen Risiken (Internistisches Konsilium, Erfassung der Selbstpflegefähigkeiten, Risikoeinschätzung Delir und Sturz) ▪ Interprofessionelles Deeskalationsmanagement und den damit einhergehenden strukturellen Rahmenbedingungen ▪ Punktuelle Intensivbetreuung zur Vermeidung von freiheitseinschränkenden Massnahmen ▪ Primärer Leistungsauftrag: interprofessionelle Abklärung/Behandlung psychisch kranker älterer Menschen. ▪ Kernkompetenz: altersspezifische Psychotherapie und Evidenzbasierte Psychopharmakotherapie ▪ Stellt für (teil-)stationäre und ambulante Settings Angebote zur Verfügung ▪ Selbstgefährdung (Suizidalitätsabklärung, Selbstpflgedefizit, -vernachlässigung) ▪ Setting spezifische geschulte interdisziplinäre Teams (Deeskalationstechniken, Zwangsmedikation, etc.) ▪ Zusammenarbeit mit einem somatischen Dienst bei Polymorbidität ▪ Systemtherapien bei dysfunktionalen Familien-/Helfersystemen ▪ Planung der Nachbehandlung in Zusammenarbeit mit Zuweisern bereits in der Eintrittsphase ▪ Engmaschige Vernetzung mit Nachbehandelnden 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schwere somatische Begleiterkrankungen erfordern komplexe oder Behandlung/Überwachung: z.B. akuter Myokardinfarkt, Niereninsuffizienz, Polytraumata, komplexe OPs, lebensbedrohliche Infektionen) ▪ Notwendigkeit von akutsomatischem Monitoring ▪ Zu viele Patienten mit 24h Intensivbetreuung: Überforderung der Ressourcen der Fachabteilung ▪ Lange Aufenthaltsdauer (Druck auf MAHD unter TARPSY) ▪ Hoher Personalaufwand für 1:1 Betreuung ▪ Abgrenzung: Rehabilitation, Platzierungen

b) Alterspsychiatrie Tageskliniken sowie ambulant

Setting Spezifika	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Betrieb:</i> Interdisziplinäres, interprofessionelles Behandlungsteam, Vernetzung der institutionsinternen und institutionsexternen Fachpersonen ▪ Kriseninterventionen und aktivierende Einzel- und Gruppentherapieangebote 	
Kompetenzfelder	Grenzen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planung der Nachbehandlung in Zusammenarbeit mit Zuweisern bereits in der Eintrittsphase ▪ Engmaschige Vernetzung mit Nachbehandelnden 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vgl. Langzeitpflege

4 Handlungsfelder

4.1 Innerbetriebliche Handlungsfelder

Die fachkompetente Behandlung und Pflege von Menschen mit BPSD erfordert multiprofessionelle integrierte Versorgungsnetze. Institutionen verfügen über unterschiedliche Kompetenzen und Ressourcen für eine situationsgerechte Unterstützung. Trotz der unterschiedlichen Strukturen und Angebote existieren übergeordnete Notwendigkeiten, auch wenn gewisse Freiheitsgrade in der Umsetzung bestehen. Innerbetrieblich hat die Arbeitsgruppe drei Handlungsfelder mit jeweils mehreren Massnahmen herauskristallisiert:

- Konzepte: Konzepte zur Prävention, Behandlung und Grenzen der Möglichkeiten liegen in allen Settings vor. Sie orientieren sich an den Behandlungsempfehlungen BPSD, Delir und Altersdepression und beinhalten demenzgerechte Betreuung und Deeskalationsstrategien³, berücksichtigt wird insbesondere die Differenzialdiagnose Depression. Rechtliche und ethische Aspekte⁴ bilden ebenfalls Konzeptbestandteile. Wichtig sind auch folgende Konzeptinhalte: Mitarbeitende sind geschult, ein interprofessioneller und interdisziplinärer K&L Dienst ist etabliert und Behandlungs-, Pflege- und Betreuungsplanung werden in interprofessionellen Fallbesprechungen erstellt und abgestimmt.
- Therapeutische Massnahmen: nicht-pharmakologische Interventionen (z.B. Psychotherapie, Lichttherapie, Milieuthherapie), pflegerische Massnahmen, wie beruhigende basale Stimulation, Kinästhetik, Aromatherapie, Tagesstruktur, Mobilisation, Aktivierung, sowie Psychopharmakotherapie
- Strukturierte Assessments: Klientinnen und Klienten stationärer und ambulanter Institutionen sind oft polymorbid. Die korrekte Deutung der Demenzsymptome ist für Fachpersonen herausfordernd. Verschlechterungen oder Krisen kommen häufig vor. Assessment-skalen und -instrumente sollen helfen, Phänomene richtig wahrzunehmen, Ursachen oder Verschlechterungen der BPSD oder des Delirs zu eruieren und die Behandlung und Betreuung gemäss den Best Practice Richtlinien zu initiieren.

Um zielgerichtet handeln zu können, sind folgende Aspekte und Rahmenbedingungen relevant:

- Rekrutierung: Ärzte und Ärztinnen benötigen gerontopsychiatrische und geriatrische Kompetenzen für die Diagnosestellung und Behandlung. Pflegefachpersonen benötigen Spezial- und Zusatzausbildungen für die fachkompetente Unterstützung der Betroffenen und Angehörigen.
- Stellenschlüssel: Für die Umsetzung der geltenden Behandlungs- und Betreuungsempfehlungen sind Stellenschlüssel notwendig, die die komplexe psychosoziale Begleitung ermöglichen. Ein adäquater Skill-, Grad-, und Fachpersonenmix können die Versorgungssituation verbessern und Aggressionsereignissen vorbeugen.
- Infrastruktur: BPSD Symptome wie erhöhte Weglauftendenz, verstärkter Bewegungsdrang, veränderte zwischenmenschliche Bedürfnisse, Orientierungsschwierigkeiten stellen Institutionen vor spezielle Herausforderungen. Infrastrukturelle Voraussetzungen sind nötig, um Betroffene in Krisensituationen im gewohnten Setting separieren zu können. Spezialisierte Fachbereiche mit angepasster Umgebung (geschützte/geschlossene Bereiche, Reizabschirmung) entlasten Betroffene, deren soziales Umfeld und das Fachpersonal.
- Entlastungsmöglichkeit: Die Behandlung und Betreuung kann in akuten Phasen für Fachpersonen und Angehörige sehr zeitaufwändig und belastend sein. Tage- oder wochenlange Intensivbetreuung ist mit den gegebenen Ressourcen nur selten möglich und kann zu Verlegungen oder freiheitsbeschränkenden Massnahmen führen. Ein Entlastungspool (Pool an abrufbaren zusätzlichen Mitarbeitenden) zur Unterstützung des bestehenden Helfernetzes kann in betreuungsintensive Phasen effektiv sein.

³ Z.B. Oasen zur Reizabschirmung, Sundowning-Konzepte, Validation, Aromapflege, Intensivbetreuung, etc.

⁴ Z.B. Fürsorgerische Unterbringung, freiheitseinschränkender Massnahmen, angemessener Einbezug der Angehörigen.

4.2 Interinstitutionelle Vernetzung

Da für eine gute, präventive, adäquate, nachhaltige und effektive Behandlung alle beteiligten Netzwerkpartner ihren Anteil leisten müssen und an ihre Grenzen stossen, bedarf es einer Vernetzung bzw. einer Schnittstellenpflege und einem flächendeckenden Aus- oder Aufbau entsprechende Angebote. Solche Angebote sind in Ansätzen bereits vorhanden, aber nicht nachhaltig finanziert.

Wichtig sind dabei:

- Konzeptionell verankerte gute Kommunikation und Informationsübergabe an den Übergängen (Ein-/ Austritt) zwischen Vor- und Nachbetreuenden.
- Konzeptionell verankerter regelmässiger interdisziplinärer, interprofessioneller und interinstitutioneller Netzwerkaustausch auf operativer Ebene.
- Konzeptionell verankerte, multiprofessionelle Konsiliar- und Liaisondienste, welche die Stabilisierung der BPSD Betroffenen fördern. In komplexen Situationen ist für Behandlungs- und Betreuungsteams der Zugang zu multiprofessionellen Konsiliar- und Liaisondiensten wichtig. Die Behandelnden werden in ihren Kompetenzen gestärkt in Form eines befähigenden Coachings vor Ort. Betroffene bleiben in der angestammten Umgebung.
- Bei komplexen Fällen werden runde Tische, ZIA (CM Konzept des Altersforums Winterthur), Helferkonferenzen, klinisch ethische Konferenzen (z.B. abwägen von Guidelines in komplexen Situation, Klären der Gatekeeper Rolle) einberufen.
- Schulungen/Befähigungen inkl. IT-Ressourcen sind interdisziplinär, interprofessionell, interinstitutionell gestaltet.
- Übergreifende Fach- und Austauschplattformen zwecks Wissensmanagement (Erhaltung, Erweiterung) sind installiert.

Ergo erstreben die Netzwerkpartner eine effektive, nachhaltige, institutionsübergreifende Vernetzung in der Behandlung und Betreuung der chronisch akuten Patienten sowie eine nachhaltige Kommunikation bei Übergängen (sorgfältige Informationsübergabe an Vor- und Nachbehandelnde bei Ein-/Austritt). Bei einer kurzfristigen Verlegung in ein stationäres Setting muss der Pflege- und Betreuungsplatz in der einweisenden Organisation nach der stationären Behandlung verfügbar bleiben. Eine vorläufige Rückübernahme in die einweisende Institution nach Beendigung des akutstationären Behandlungsbedarfes sollte regelhaft gewährleistet sein. Im Falle erforderlicher Wechsel der Institution muss die Organisation des Wechsels durch die zuständige Gemeinde zeitnah durchgeführt werden⁵.

4.3 Gesundheitsversorgung

Für eine angemessene Versorgung sind institutionsübergreifende Angebote und Gefässe notwendig, die zum Teil in den bestehenden Rahmenbedingungen aktuell nicht finanzierbar sind und auch wohl in Zukunft ohne Subventionen nicht finanzierbar sein werden.

Und neu zu schaffen wären namentlich:

- Informationsplattformen
- Triagekonferenzen
- Beratungsstellen: Regional vernetzte, bekannte, niederschwellige Stellen für Betroffene und Angehörige, CM, IAN (integrierte ambulante Nachsorge), ZIA.
- Multiprofessionelle Demenz-Care-Teams: Zur Unterstützung in der Diagnostik, Kriseninterventionen und im Aufgleisen der weiteren Behandlung und Betreuung
- Regionale tragfähige Netzwerke: Zur Koordination der Behandlung/Betreuung in komplexen und schnell ändernden Situationen
- Regelmässiger kantonaler Netzwerkaustausch: zur Reflexion dieses Konzepts
- Geriatrie / Gerontopsychiatrie Abteilungen in Akutspitälern
- Integrative gerontopsychiatrisch-geriatrische slow-stream Akutangebote

⁵ Vgl. Pflegegesetz im Kt. Zürich § 6. Kann eine pflegebedürftige Person nicht durch Leistungserbringer gemäss § 5 Abs. 1 versorgt werden, vermittelt die Gemeinde auf Verlangen dieser Person innert angemessener Frist einen anderen Leistungserbringer.

- Übergeordnetes Entlastungspool in den regionalen Netzwerken, aus welchem Institutionen in eskalierten Situationen zusätzliches Personal aufbieten könnten
- Hausärzte und Notärzte sensibilisieren und gewinnen.

5 Weiteres Vorgehen

Die Mitglieder dieser Arbeitsgruppe und Vertreter der im Anhang aufgeführten Institutionen empfehlen die Umsetzung dieses Konzeptes in ihren Institutionen im Rahmen der aktuell bestehenden Möglichkeiten (mit Schwerpunkt auf den innerbetrieblichen Handlungsfeldern, soweit möglich auch in der interinstitutionellen Vernetzung).

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe sind auch bereit, in Zusammenarbeit mit der Gesundheitsdirektion (schwergewichtig in der Gesundheitsversorgung und in der interinstitutionellen Vernetzung) die Weiterentwicklung auf Institutions- und Netzwerkebene und gegebenenfalls die Schaffung erforderlichen Strukturen voran zu treiben

Für Fragen können kontaktiert werden:

Prof. Dr.med. Egemen Savaskan
Chefarzt
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Klinik für Alterspsychiatrie
Zentrum für Alterspsychiatrische Versorgung
Minervastrasse 145, Postfach 341
8032 Zürich
Telefon: Direktwahl 044 389 16 58
Fax: 044 389 14 14
Mail: egemen.savaskan@puk.zh.ch

PD Dr. med. Thomas Zetzsche
Chefarzt
Clienia Schlössli AG
Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Schlösslistrasse 8
8618 Oetwil am See
Telefon : 044 929 81 11, Direktwahl: 044 929 81 80
Fax: 044 929 84 50
Mail: thomas.zetzsche@clienia.ch

Dr. med. Jacqueline Minder
Chefärztin und Bereichsleiterin Alterspsychiatrie
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Schwerpunkt Alterspsychiatrie und –
psychotherapie
Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland
Wieshofstrasse 102, Postfach 144
8408 Winterthur
Telefon: 052 224 35 22
Fax: 052 224 35 02
Mail: jacqueline.minder@ipw.zh.ch

6 Anhang

6.1 Entstehung Konzept

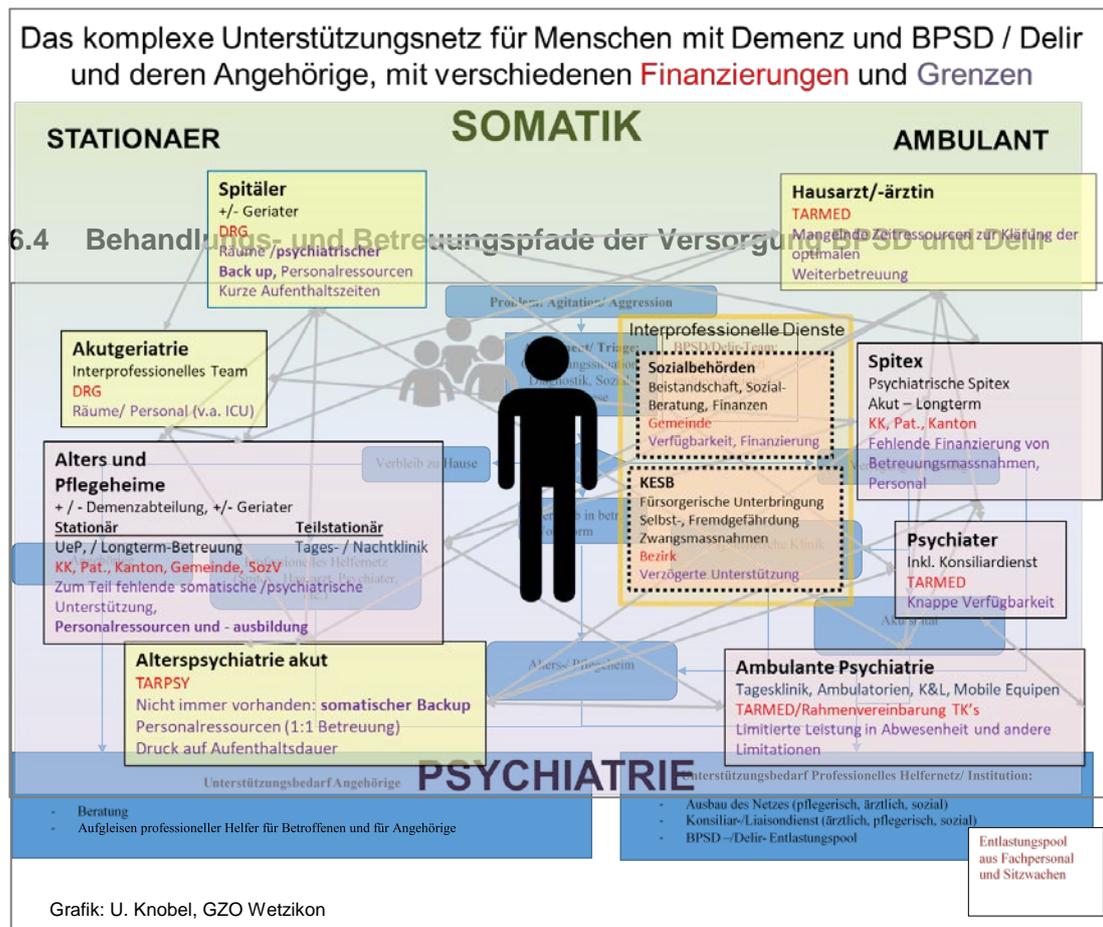
Der Vorstand des ZVPC erteilte im Frühjahr 2015 der ständigen Kommission Alterspsychiatrie den Auftrag für ein Vernetzungsprojekt zur Optimierung der Versorgung von Menschen mit BPSD. Daraufhin wurde eine Arbeitsgruppe formiert, die die Grundlagen für dieses kompakte Arbeitspapier erarbeitet hat. Die Kommission Alterspsychiatrie stellte am 2. Zürcher Demenzforum (22.06.2015) einen Antrag an den Projektausschuss «Koordination Umsetzung «Nationale Demenzstrategie 2014-2017» im Kanton Zürich. Beantragt wurde die Aufnahme des Projektes unter das Dach der Umsetzung der nationalen Demenzstrategie im Kanton Zürich. Mit der Annahme des Antrags am 14.1.2015 bekundete der Projektausschuss ideelle Unterstützung des Projekts.

6.2 Beteiligte Mitglieder der Arbeitsgruppe

Die Personen, die Inputs für dieses Arbeitspapier geliefert haben, sind in der nachfolgenden Tabelle aufgeführt sowie die Institutionen, die sich mit diesem Konzept einverstanden erklärt haben.

Beteiligte Institutionen und Personen	
Mitglieder Arbeitsgruppe	Institution
Amstutz Marcel	Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit (KZU), Bassersdorf
Bernt Helmut	Pflegezentrum Entlisberg, Stadt Zürich
Besold Ulrike	Kantonsspital Winterthur
Bieri Gaby	Geriatrischer Dienst Stadt Zürich
Bopp Irene	Waidspital Zürich
Brunnschweiler Christa	Spitex Zürich Limmat
Cotar Jeannette	Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland (ipw)
Eckert Peter	Spitex Zürich Sihl
Häfliger Mariette	Alters-und Spitexzentrum Dübendorf
Hartig Christian	Spital Uster
Häslü Thomas	Gesundheitszentrum Dielsdorf
Indermayer Esther	Spitex Zürich
Kandler Christian	Spital Männedorf
Knechtli Petra	Sonnweid, Wetzikon
Knobel Urs	GZO Spital Wetzikon
Kraljevic Dubravka	Alterszentren Winterthur
Minder Jacqueline	Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland (ipw)
Petrig Marlies	Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit (KZU), Bassersdorf
Rufer Dominika	Sanatorium Kilchberg
Savaskan Egemen	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Schmid Martin	Clenia Schössli, Oetwil am See
Steiner Barbara	Spitex Zürich, Fachstelle Palliative Care
Teunissen Arda	Spitex Zürich Limmat
Wenger Ingrid	Pflegezentrum Rotacher
Yetergil-Kiefer Devrim	Spitex Zürich Sihl
Zetsche Thomas	Clenia Schössli, Oetwil am See

6.3 Netzwerk der Versorgung BPSD und Delir



6.5 Literatur und Materialien

Allgemeine Literatur, Materialien und Homepages

Bundesamt für Gesundheit (2016). Nationale Demenzstrategie 2014 – 2019. Bern: BAG Publikationsnummer 2016-GP-17

Gaugler, J. E. und Zarit, S. H. (2001). The effectiveness of adult day services for disabled older people. J Aging Soc Policy, 12(2), 23-47.

George, M. M. und Naleppa, M. J. (2014). Adult day services. In Capezuti, E. A., Malone, M. L., Katz, P. R. und Mezey, M. D. (Hrsg.), The encyclopedia of elder care: the comprehensive resource on geriatric health and social care (3. ed.). New York: Springer.

Haber Kern, K. (2009). Pflege in Europa. Familie und Wohlfahrtsstaat. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hutchison, S., Ritschard, H., Wittensöldner, C., Stettler-Murri, M. und Stettler-Schmid, H. (2012). Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige. In Perrig-Chiello, P. und Höpflinger, F. (Hrsg.), Pflegende Angehörige älterer Menschen (pp. 213-271). Bern: Hans Huber.

KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit (2016). Schwerpunktkonzept Tages- und Nachtambulanz. Bassersdorf, interne Publikation.

https://gd.zh.ch/dam/gesundheitsdirektion/direktion/themen/behoerden/projekt_psychiatrieplanung_2012_und_psychiatrie_tarifsystem/uebrigeanhaengezurspitallisteunveraendertgueltig/arp_generelle_anforderungen_2016.1.pdf

Nationale Demenzstrategie: H+ Die Spitäler der Schweiz. Berger, S. (2017). Demenzgerechte Versorgung in den Spitälern und Kliniken. Bestandsaufnahme im Rahmen von Projekt 3.4 der Nationalen Demenzstrategie 2014-2019.

Pflegegesetz im Kanton Zürich §6, §5 Abs. 1: <http://www.zhlex.zh.ch/Erlass.html?Open&Ordnr=855.1>

SAMW Richtlinien Umgang mit Zwangsmassnahmen: <https://www.samw.ch/de/Ethik/Vulnerable-Patientengruppen/Zwangsmassnahmen-in-der-Medizin.html>

Spezialisierte Fachliteratur und Materialien

BPSD Fachbücher

Held, C. (2013). Was ist "gute" Demenzpflege? Demenz als dissoziatives Erleben - Ein Praxishandbuch für Pflegende. Bern: Verlag Hans Huber

James, I., A. (2011). Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz: Einschätzen, verstehen und behandeln. Bern: Verlag Hans Huber

Kitwood, T. (2016). Demenz: Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern: Hogrefe AG.

Walter, G., Nau, J. & Oud, N. (2012). *Aggression und Aggressionsmanagement: Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Verlag Hans Huber

BPSD Fachartikel

Savaskan, E., Bopp-Kistler, I., Buerge, M., Fischlin, R., Georgescu, D., Giardini, U., Hatzinger, H., Hemmeter, U., Justiniano, I., Kressig, R. W., Monsch, A., Mosimann, U. P., Mueri, R., Munk, A., Popp, J., Schmid, R. & Wollmer, M. A. (2014). Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD). *Praxis*, 103(3), 135 – 148. doi 10.1024/1661-8157/a001547

Kuhlmei, A., Sibbel, R., Liebich, M., Fischer, T. & Nordheim, J. (2010). Wirksamkeit der deutschen

Version der Serial Trial Intervention zur ursachenbezogenen Reduktion von herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz (STI – D). Retrieved from https://medsoz.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/medsoz/STI-D_Projektbericht.pdf

Löhr, M., Schulz, S. & Behrens J. (2014). Möglichkeiten und Grenzen: Menschen mit Demenz im Krankenhaus. *Psych Pflege*, 20, 189–195. doi: 10.1055/s-0034-1384777

Möhler, R. (2015). Interventionen zur Vermeidung und Reduktion von freiheitsentziehenden Maßnahmen in der stationären Altenpflege: Herausforderungen bei der Synthese komplexer Interventionen. *Pflege*, 28(3), 181 – 182. doi 10.1024/1012-5302/a000425

Palm, R., Köhler, K., Dichter, M. N., Bartholomeyczik, S. & Holle, B. (2013). Entwicklung, Umsetzung und Evaluation pflegerischer Interventionen für Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe in Deutschland – eine Literaturstudie. *Pflege*, 26(5), 337-355. doi 10.1024/1012-5302/a000317

Pantel, J., Bockenheimer-Lucius, G., Ebsen, I., Müller, R., Hustedt, P., Diehm, A. (2006). Psychopharmakaversorgung im Altenpflegeheim. Eine interdisziplinäre Studie unter Berücksichtigung medizinischer ethischer und juristischer Aspekte, Peter Lang. Europäischer Verlag der Wissenschaften

Pester, U. (2014). Gewalt-Deeskalation durch Kontaktreflexion. *Heilberufe / Das Pflegemagazin*, 66(2). doi 10.1007/s00058-014-0234-5

Warden, V., Hurley, A.C. Volicer, L. (2003). Development and Psychometric Evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale. *J Am Med Dir Assoc*, 4, 9-15 Retrieved 10.2.2017 https://www.ag-d.ch/fileadmin/user_upload/downloads/pdf/BESD_beurteilung_schmerzen_demenz.pdf

Wittwer, D., Blaser, R. & Becker, S. (2013). Personenorientierung neu gedacht. *NOVAcura*, 13(10), 41-43.

Zeller, A., Needham, I., Dassen, T., Kok, G. & Halfens, R. J. G. (2013). Erfahrungen und Umgang der Pflegenden mit aggressivem Verhalten von Bewohner(inne)n: eine deskriptive Querschnittstudie in Schweizer Pflegeheimen. *Pflege*, 26(5), 321-335. doi 10.1024/1012-5302/a000316

BPSD Konzepte und Leitfäden

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2015). S3-Leitlinie "Demenzen". Retrieved from: https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/REV_S3-leitlinie-demenzen.pdf

Sonnweid AG, SeneCura Kliniken- und Heimbetrieb GmbH, Senevita AG (2011). *Demenz verstehen – Leitfaden für die Praxis*. Wetzikon: Sonnweid AG.

Halek, M. & Bartholomeyczik, S. (2009). Assessmentinstrumente für die verstehende Diagnostik bei Demenz: Innovatives demenzorientiertes Assessmentsystem (IdA). In: S. Bartholomeyczik & M. Halek (Hrsg.), *Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen*. 2. vollständig überarb. Aufl. (S. 94-104). Hannover: Schlütersche.

BPSD Arbeitsinstrumente

Empfohlene Assessmentinstrumente für BPSD: das neuropsychiatrische Inventar (NPI), die Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (BEHAVE-AD) und das Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease-Behavior Rating Scale for Dementia (CERAD-BRSD). Als Methodik der Pflegeinterventionen wird das Need-Driven-Dementia-Compromised Behavior Modell (NDB)

BPSD Homepages

<http://www.demenz-leitlinie.de/pflegende.html>

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg42>

https://www.alz.org/stl_archive_6_29_2017/documents/50_Ways_To_Become_A_Dementia_Friendly_Hospital.pdf

Delir Fachbücher

Handel, E. (Hrsg.) (2014). *Praxishandbuch ZOPA Schmerzeinschätzung bei kognitiver und / oder Bewusstseinsbeeinträchtigung*. Bern: Verlag Hans Huber

Lindesay, J., MacDonald, A., Rockwood, K. (2009). *Akute Verwirrtheit - Delir im Alter. Praxishandbuch für Pflegende und Mediziner*. Bern: Verlag Hans Huber

Hewer, W., Thomas, C. & Drach, L. M. (2016). *Delir beim alten Menschen: Grundlagen - Diagnostik - Therapie – Prävention*. Stuttgart: Verlag Kohlhammer.

Delir Fachartikel

Baumgartner, M. (2016). *Die akute zerebrale Insuffizienz: Delir im Alter. Swiss Medical Forum, 16(40), 832–835.*

Savaskan, E., Baumgartner, M., Georgescu, D., Hafner, M. Hasemann, W., Kressig, R. W., Popp, J., Rohrbach, E., Schmid, R., Verloo, H. (2016). *Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. Praxis 105(16), 941–952. doi 10.1024/1661-8157/a002433*

Delir Konzepte und Leitfäden

Cliena Schössli AG (n. d.). *Empfehlungen Delirkonzept im gerontopsychiatrischen Bereich*. Oetwil: Cliena Schössli AG

Delir Arbeitsinstrumente

Empfohlene Assessmentinstrumente für Delir: Delirium Observation Screening Scale (DOS), Confusion Assessment Method (CAM), Confusion Assessment Method für Intensivstationen (CAM-ICU), Modified Confusion Assessment Method for the Emergency Department (mCAM-ED), Delirium Rating Scale Revision 1998 (DRS-R-98) und Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC).

Delir Homepages

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

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>