

28. Newsletter Advanced Nursing Practice (ANP)

Liebe Leserin, lieber Leser!

Beata Fuchs und Julia Schwarzbauer, zwei Advanced Practice Nurses „Gerontopsychiatrische Pflege“ beschäftigten sich beide unabhängig voneinander in ihren Abschlussarbeiten an der Fachhochschule OÖ mit dem Phänomen des Delirs und deren Möglichkeiten dieses frühzeitig zu erkennen und diesem rasch entgegenzuwirken.

In diesem Beitrag der Advanced Practice Nurses wird vor allem auf zwei Skalen, die der CAM – Confusion Assessment Method und die der DOS – Delirium Observation Screening als Instrumente der Risikoeinschätzung eines Delirs Bezug genommen.

Wie Nachhaltigkeit in der Anwendung sicher gestellt wird, so sind diese Vorschläge der beiden Autorinnen persönlich im Rahmen eines Gesprächs abzuholen.

Versäumen Sie nicht die Einreichung zum **1. ANP-Award Austria 2021!**

Wir wünschen eine interessante Lektüre!

Silvia Neumann-Ponesch und das Redaktionsteam

Wir begrüßen Mag. (FH) Martin Falinski und Johannes Hainzl als neue Mitglieder des Redaktionsteams. Wir freuen uns auf gute Zusammenarbeit.

Wollen Sie uns weiter empfehlen, lassen Sie uns die Mailadresse der anzuschreibenden Person über col3@fh-ooe.at wissen.

Sollten Sie unseren Newsletter nicht mehr erhalten wollen, so bitten wir ebenso um eine kurze Rückmeldung an col3@fh-ooe.at.

Themen:

- » Beitrag „Denk ans Delir“
- » ANP Award
- » Lehrgänge
- » Winter School Clinical Assessment



Impressum:

Center of Lifelong Learning der FH OÖ
Garnisonstraße 21, 4020 Linz/Austria
Tel.: +43 (0)50804-54210
Fax: +43 (0)50804-954210
E-Mail: col3@fh-ooe.at
Web: www.fh-ooe.at/col3

Fotos: Pflegenetz, FH OÖ

BEITRAG

„Denk ans Delir“

Screening¹ - und Assessmentinstrumente² zur Delirerkennung

Beata Fuchs, APN Gerontopsychiatrie

Julia Schwarzbauer, APN Gerontopsychiatrie

Ausgangspunkt sich mit dem Thema der Screening- und Assessmentinstrumente zur Delirerkennung zu beschäftigen, beruht auf dem Faktum zunehmender Delirprognosen in unseren Kliniken. Als Beispiel gab es im Kepler Universitätsklinikum von 2016 auf 2019 einen Anstieg an Deliren (Hauptdiagnosen) um knappe 20%. Gleichzeitig zeigt sich für uns eine nicht vorhandene oder mangelnde präventive Einschätzung des Delirs, dies auch dann, wenn Screeninginstrumente wie bspw. die CAM (Confusion Assessment Method) zur Verfügung stehen.

Ein Delir wird als ein akuter Verwirrheitszustand, als eine akute psychische Störung beschrieben, die eine physische Ursache besitzt und mit kognitiven Bewusstseinsstörungen korreliert (Adelt, 2013, S. 680, Singler, Frühwald, 2014, S. 775, Falkai et al., 2015, Smith, 2018, S. 69).

Die Diagnosekriterien für ein Delir (F05) (auf die hier nicht näher eingegangen wird) werden im International Classification of Diseases- 10 (ICD-10) der World Health Organization (WHO) bzw. im Diagnostic Manual of Mental Disorders 5 (DSM 5) der American Psychiatric Association (APA) definiert. Erst in diesen Diagnoseklassifikationssystemen wurde der einheitliche Begriff Delir festgelegt. Infolge der psychomotorischen Ausprägungen des Delirs werden drei Typen unterschieden (Ott und Hüll, 2013, S. 28.):

- hyperaktives Delir
- hypoaktives Delir
- und der Mischform (hyperaktive-hypoaktive Form).

Das Auftreten eines Delirs stellt einen akuten Notfall dar. In der Praxis wird - im Speziellen - die hypoaktive Form oft nicht erkannt, das Delir mit einem dementiellen Geschehen verwechselt oder es wird diesem in der täglichen (Pfleger)Praxis ohnedies kaum Bedeutung geschenkt.

Laut Ott und Hüll (2013, S. 27ff) liegt die Durchschnittsprävalenz für ein Auftreten eines Delirsyndroms in der Population bei 1-2%. Bei älteren Menschen, die sich in Behandlung in einem Krankenhaus befinden, steigt diese Prozentzahl auf 11 bis 24% an. Nach einem operativen Eingriff liegt die Inzidenz bei älteren Patient*innen bei 56%. Auf spezialisierten Einheiten wie Intensiv- oder Palliativstationen entwickeln 70-87% der über 65-Jährigen ein Delir. Bei onkologischen Patient*innen auf Palliativstationen liegt das Auftreten eines Delirs an dritter Stelle nach Symptomen wie Schmerzen und Mangelernährung. So fallen etwa bis zu 90% aller onkologischen Patient*innen in den letzten sechs Stunden vor ihrem Tod in ein Delir. Die Inzidenzrate liegt in Pflegeeinrichtungen bei bis zu 70%. Die Dunkelziffer von nicht diagnostizierten Delirien liegt bei einem bis zwei Drittel.

¹ Screenings stellen den ersten diagnostischen Prozess dar, dem weitere ausführlichere Assessments folgen können. Screenings dienen einer Risikoabschätzung, um eine mögliche frühzeitige weitere Diagnostik einzuleiten. (Reuschenbach und Mahler in Schimböck, 2016, S. 22, Reuschenbach, 2020)

² Assessmentinstrumente dienen einer zielgerichteten Ersteinschätzung mit konkreter Einstufung oder einer Schlussfolgerung in Form einer Diagnose. Assessments sind meist aufwändiger und meist von höherer diagnostischer Güte. Sie bedienen sich strukturierter Einschätzungs-, Beobachtungs-, und Abklärungsinstrumente (Fragebögen, Skalen, Tests, Interviewleitfäden). Die Einschätzung mittels Assessmentinstrumenten bedarf im Gegensatz zur Anwendung von Screeningverfahren höherer Kompetenzen ihrer Anwender (Reuschenbach und Mahler in Schimböck, S. 36)

Die vielfältigen Folgen eines (nichtdiagnostizierten) Delirs reichen von verminderter Patient*innensicherheit, Erhöhung der Mortalitäts- und Morbiditäts-rate, verlängerte Krankenhausaufenthalte, Steigerung der Komplikationen bzw. (Spät) Folgen, erhöhtes Risiko für den Verlust der selbstständigen Alltagsbewältigung bzw. Lebensgestaltung, erhöhte Kosten bis zu einem erhöhten Risiko an Demenz zu erkranken (Dittrich et al., 2007, James. et al, 2019, Leucht und Förstl, 2012, Müller, 2018, Weinrebe, 2009, Lorenzl et al., 2012).

Der Einsatz von Screening- und Assessmentinstrumenten bei definierten Patient*innengruppen sowohl im Akutbereich, im mobilen Pflegedienst oder bspw. in der stationären Langzeitpflege soll präventiv diese Folgen hintanhalten.

Als eine Auswahl an Screeninginstrumenten sind beispielsweise nach Hasemann et al. (2017, S. 104ff) das Delirium Observation Screening (DOS), die Neelon and Champaigne Confusion Scale (Neecham), die Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC) und die Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) zu nennen. Als Assessmenttool gilt die Confusion Assessment Method (CAM), für Intensivpatienten wurde die Confusion Assessment Method Intensive Care Unit entwickelt (CAM-ICU), diese basiert auf der CAM.

Folgend eine tabellarische Zusammenfassung einiger Instrumente, die CAM und die DOS werden in weiterer Folge näher erklärt:

Tabelle 1: Auszug Delir-Screening-/Assessmentinstrumente

Skala	Items	Zeitaufwand	Besonderheiten	Sensitivität/ Spezifität
DOS 2003/2007 von Mareike Schuurmans entwickelt, NL	• 13 Items zur Beobachtung	<ul style="list-style-type: none"> • Eine Beobachtung pro Schicht durch das Pflegepersonal • Einschätzung innerhalb von einer bis fünf Minuten 	<ul style="list-style-type: none"> + Nur Beobachtung + Anforderungen orientieren sich am Pflegealltag + Sehr praxistauglich - Sensitivität bei hypoaktiven Delirien nicht gegeben 	Sensitivität: 38-71 % Spezifität: 60-92 %
CAM 1990 von Inouye et al. entwickelt, USA	<ul style="list-style-type: none"> • 5 Kriterien/ Kurzversion • 10 Kriterien/ Langversion 	<ul style="list-style-type: none"> • Benötigt im Vorfeld ein strukturiertes Interview • Minimalaustatustest 	<ul style="list-style-type: none"> + dichotomes Ergebnis: Delir ja/nein - hohe Fehlerquelle bei der Anwendung ohne strukturiertes Interview 	Sensitivität: 94-100% Spezifität: 90-95 %
CAM-ICU Adaptierte Variante der CAM	<ul style="list-style-type: none"> • 4 Kriterien/ 2 werden durch strukturierte Fragen beurteilt 	<ul style="list-style-type: none"> • 50 Sekunden 	<ul style="list-style-type: none"> + dichotomes Ergebnis: Delir ja/nein + auf Deutsch validiert + geeignet für intubierte, tracheotomierte oder für andere Patient*innen die nicht sprechen können 	Sensitivität: 88-92 % Spezifität: 100 %
ICDSC 2001 von Bergeon et al. entwickelt, Canada	<ul style="list-style-type: none"> • 8 Beobachtungs-kriterien 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Angaben 	<ul style="list-style-type: none"> + Für Intensivpatient*innen entwickelt + Beruht auf Beobachtungen 	Keine Angaben

Die Autorinnen sprechen sich nach intensiver Recherche für die Anwendung zweier Instrumente in der Einschätzung von Patient*innen durch Pflegepersonen und Mediziner*innen in den Kliniken aus: der DOS und der CAM. Ein gutes Beispiel für eine gute praktikable Übersicht und Hilfestellung für die Anwendung bieten die Tirol Kliniken in den von ihnen verwendeten Pocketcards.

Delirium Observation Scale (DOS)³

Laut Schuurmans (2001, zitiert nach Hasemann et al., 2007) wurde die DOS-Skala von Mareike Schuurmans 2001 im Universitair, Medisch Centrum Utrecht entwickelt.

Nach Hasemann et al. (2007, S. 197) stellt die DOS-Skala ein Screeninginstrument dar, das für die Anwendung durch das Pflegepersonal entwickelt wurde. Das Screeninginstrument beruht auf Beobachtungen, welche im Rahmen von Pflegetätigkeiten durchgeführt werden. Geeignet ist die DOS für spezifische Verhaltensauffälligkeiten, welche bei einem Delir auftreten. Eine Diagnosesicherung ist zusätzlich erforderlich, auch wenn mittels der DOS ein „wahrscheinliches Delir“ vorliegt. Die Einschätzung kann durch den/die Pflegenden innerhalb einer Minute erfolgen, daher gilt die DOS aufgrund ihrer Struktur als sehr praxistauglich und kann somit auch im Nachtdienst durchgeführt werden. Der Tagesdurchschnitt von drei Punkten und mehr gibt einen Hinweis auf das Auftreten eines Delirs, so sollten bereits ab drei Punkten Maßnahmen zur weiteren Abklärung getroffen werden. Ebenso sollten weitere Frühinterventionen begonnen werden.

Schuurmans et al. (2003, zitiert nach Graf et al., 2020) beschreibt, dass die DOS-Skala in ihrer Ursprungsform über fünfundzwanzig Items verfügte, sie wurde allerdings auf dreizehn Items gekürzt. Die DOS-Skala ist in folgende Subskalen unterteilt:

1. Affekt (ein Item),
2. Aufmerksamkeit (drei Items),
3. Bewusstseinslage (ein Item),
4. Denkvermögen (zwei Items),
5. Gedächtnis (ein Item),
6. Orientierung (zwei Items),
7. Psychomotorik (zwei Items) und
8. Wahrnehmung (ein Item).

Die Antwortkategorie ist dreistufig: „nie“ (null Punkte), „manchmal bis immer“ (ein Punkt) sowie „weiß nicht“ (Graf et al., 2020, S. 136). Ein Gesamtscorewert von dreizehn Punkten kann erzielt werden.

Die Übersetzung der DOS-Skala in die deutsche Sprache erfolgte durch Hasemann et al. (2007). Eine Sensitivität von 38-71 % und eine Spezifität von 60-92 % wurde ausgewiesen. Lt. Savaskan et al. (2016, S. 947) weist die DOS-Skala eine geringe Sensitivität bei hypoaktiven Deliren auf, eine korrigierte Version wird empfohlen.

Confusion Assessment Method (CAM)⁴

Nach Hasemann et al. (2007, S.198) wurde die CAM Anfang der 1990er Jahre für die Einschätzung von Patient*innen auf Normalstationen in Kliniken entwickelt und ist heute als Goldstandard in der Diagnostik von Delir anzusehen (Löhr, Schulz, 2015, S. 36). Die CAM gibt es in zwei verschiedenen Fassungen, als Kurzform und als detailliertes Instrument. Von der CAM existieren bereits mehrere validierte Übersetzungen. Laut Inouye (2003, zitiert nach Hasemann et al., 2007) beruht die CAM auf den Diagnostic Manual of Mental Disorders Revised (DSM-III-R) Kriterien. Adaptierungen werden regelmäßig vorgenommen.

³⁺⁴ Siehe [Pocketcard](#) der Tirol Kliniken nebenher.

DOS**-Beobachtungsinstrument für die Pflege			
		Tag-/ Nachtdienst	
		Tag	Nachtdienst
1	Nickt während des Gespräches ein	0	1
2	Wird durch Reize der Umgebung schnell abgelenkt	0	1
3	Bleibt aufmerksam im Gespräch oder in der Handlung	1	0
4	Beendet begonnene Fragen oder Antworten nicht	0	1
5	Gibt unpassende Antworten auf Fragen	0	1
6	Reagiert verlangsamt auf Aufträge	0	1
7	Denkt, irgendwo anders zu sein	0	1
8	Erkennet die Tageszeit	1	0
9	Erinnert sich an kürzliche Ereignisse	1	0
10	Nestelt, ist ruhelos, unordentlich und nachlässig	0	1
11	Zieht an Infusion, an Sonde oder an Katheter usw	0	1
12	Reagiert unerwartet emotional	0	1
13	Seht, hört oder riecht Dinge, die nicht vorhanden sind	0	1
Summe der Punkte pro Schicht			
Bewertung: 0 → normales Verhalten			
< 3 → wahrscheinlich kein Delir			
≥ 3 → wahrscheinlich Delir			

Inouye et al. (1990, zitiert nach Bickel 2007) entwickelte die CAM für Pflegepersonen und Ärzte, die für den klinisch psychiatrischen Bereich keine oder wenig Erfahrung mitbrachten. Nach Ott und Hüll (2013, S. 29) erweist sich die Anwendung der CAM als besonders treffsicher, wenn sie durch ein auf Delir geschultes Pflegepersonal angewendet wird. Laut Inouye (2003, zitiert nach Hasemann et al., 2017) umfasst die Kurzform fünf und das detaillierte Instrument - die Langversion - zehn Kriterien. Beide Versionen beinhalten ein dichotomes Kategoriensystem: Delir ja/nein. Im Manual wird auf zwei verschiedene, empfindliche Fassungen des Algorithmus der CAM verwiesen. Eines stellt die sogenannte „Oder“- Variante dar, es erfordert das Vorliegen des akuten Beginns oder des fluktuierenden Verlaufs, dadurch kommt es zu einer höheren Sensitivität.

Die andere Variante stellt die „Und“- Fassung dar, diese ist strikter und beruft sich auf das Vorliegen aller beiden Kriterien: akuter Beginn und fluktuierender Verlauf. Die Langversion bringt mehr Informationen, allerdings muss der Algorithmus der Kurzversion erfüllt werden.

Laut Grossmann et al. (2014) und Inouye et al. (2014, 2001, zitiert nach Hasemann et al. 2017) kommt es bei der Einschätzung ohne systematische Abfolge (das heißt es kommt zu keinem formalen Assessment) zu einer Fehleranfälligkeit.

Nach Hasemann et al. (2017, S. 113) wurde in einer Validierungsstudie der von Folstein entwickelte Minimalzustatest als strukturiertes Interview genutzt.

Eine Alternative zum Minimalzustatest stellt der Mental Status Questionnaire von Kahn et al. (1960, zitiert nach Hasemann et al., 2017) dar. Dieser wurde 1960 entwickelt und beinhaltet keinen Aufmerksamkeitsstest, deshalb empfiehlt es sich den Mental Status Questionnaire mittels retrospektiven Daten durchzuführen.

Inouye et al. (1990, zitiert nach Singler und Frühwald, 2014) beschreiben eine Sensitivität von 94% und eine Spezifität von 89%.

Folgende Symptome werden mit der CAM mit „ja“ oder „nein“ beantwortet:

- 1a. Akuter Beginn/
- 1b. Fluktuierender Verlauf
2. Aufmerksamkeitsstörung
3. Formale Denkstörung
1. Veränderte Bewusstseinslage
2. Desorientiertheit
3. Gedächtnisstörung
4. Wahrnehmungsstörung
5. Psychomotorische Auffälligkeiten
6. Veränderungen beim Schlaf-Wach-Rhythmus.

Zur Kurzversion der CAM zählen laut Heppner (2016, S. 42) akuter Beginn und fluktuierender Verlauf, Aufmerksamkeitsstörung, die formale Denkstörung und die veränderte Bewusstseinslage.

Die Autorinnen beschreiben in ihren Arbeiten verschiedene Möglichkeiten einer nachhaltigen Einführung der Instrumente (clinical leadership, Fallbesprechungen, Pflegevisiten, Konsiliartätigkeiten, ...), die im Newsletter nicht weiter dargestellt werden.

Bei Interesse, kontaktieren Sie uns unter:

Beata Fuchs: beata.fuchs75@gmail.com
 Julia Schwarzbauer: julia.schwarzbauer@yahoo.de

CAM zur Diagnosesicherung****	Kriterium	
Beginn Gibt es Hinweise auf eine akute psychische Veränderung gegenüber dem Ausgangsbeurteilung?	plötzlich-akut	1.a
Verlauf Fluktuierendes das auffällige Verhalten im Tagesverlauf? Trat es wiederkehrend auf oder veränderte es sich im Schweregrad? Wichtig: Außenanamnese von der Station, besonders den Nacht-/ Spätdienst miteinbeziehen!	fluktuierend	1.b
Aufmerksamkeit Hat die Patientin/ der Patient Mühe sich zu konzentrieren? Ist die Patientin/ der Patient leicht ablenkbar oder hat Schwierigkeiten, dem Gespräch zu folgen?	gestört	2
Denkstörungen Ist das Denken der Patientin/ des Patienten desorganisiert oder inkohärent? Redet sie/ er weit-schweifig und belanglos daher, ist der Gedankengang unklar und unlogisch, springt sie/ er unvorhersehbar von einem Thema zum anderen?	auffällig	3
Bewusstseinszustand Trifft eine der Beschreibungen auf den Bewusstseinszustand der Patientin/ des Patienten zu? hyperalert-schreckhaft lethargisch, schläfrig, aber leicht weckbar stuporös, schwer weckbar	verändert	4
BEWERTUNG		
Delir wahrscheinlich bis sicher		1a und 1b + 2 + 3 oder 4
Delir möglich		1a oder 1b + 2 + 3 oder 4
ansonsten kein Delir		

CAM: Symptombfelder fakultativ	
Psychomotorik gesteigert (oft nestelnd, zupfend) vermindert beides (wechselnd)	hyperaktives Delir hypoaktives Delir gemischtes Delir
Schlaf-Wach-Rhythmus	oft gestört, extrem: Tag-Nacht-Umkehr
Orientierung Denkt die Patientin/ der Patient z.B., dass sie/ er irgendwo sonst und nicht im Krankenhaus sei? Benutzt die Patientin/ der Patient das falsche Bett oder schätzt die Tageszeit falsch ein?	Desorientierung
Gedächtnis Erinnert sich die Patientin/ der Patient z.B. nicht mehr an wichtige Ereignisse während des Klinikaufenthaltes oder vergisst Anweisungen?	Gedächtnisstörung
Wahrnehmungsstörungen und psychotische Denkinhalte Sieht die Patientin/ der Patient Personen/ Gegenstände, die nicht real sind? Fühlt sich die Patientin/ der Patient verfolgt oder sonst irgendwie bedroht?	Halluzinationen, wahnhaftes Ver- kennungen von Situationen, untertags, aber besonders nachts
Affektive Störungen Sind diese Affekte situationsadäquat nachvollziehbar? Besteht ein rascher oder unvermuteter Wechsel von Stimmungslagen?	Depression, Angst, Reizbarkeit, Euphorie, Apathie, stauende Rastlosigkeit

Literatur:

- Adelt, I., 2013. Delir und psychiatrische Störungen. In: W Wilhelm, Hrsg. Praxis der Intensivmedizin. Berlin Heidelberg: Springer Verlag S. 680-682.
- Bickel, H., 2007. Deutsche Version der Confusion Assessment Method (CAM) zur Diagnose eines Delirs. Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie, 3, S. 224-228.
- Falkai, P. et al., 2015. Diagnostische Kriterien DSM-5. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Graf, S., Heidger, H., Knüppel Lauener, S., 2020. Delir im Akutspital – Pflegeaufwand und Sturzrisiko. Pflege, 33, S. 133-142.
- Grossmann, F. et al., 2014. Screening, detection and management of delirium in the emergency department – a pilot study on the feasibility of a new algorithm for use in older emergency department patients; The modified confusion assessment method for the emergency department (mcam-ed). Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, 22, S. 1-9.
- Hasemann, W. et al., 2007. Screening, Assessment und Diagnostik von Delirien. Pflege, 20, S. 191-204.
- Hasemann, W. et al., 2017. Assessment. In: E. Savaskan, Hrsg. Leitlinie Delir Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. Bern: Hogrefe Verlag. S. 104-117.
- Heppner, H., 2016. Ursachen und Therapie des Delirs nur verwirrt oder ernsthaft krank?. Heilberufe/ Das Pflegemagazin, 10, S. 42.
- Inouye, SK. et al. 1990. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. American College of Physicians, 113, S. 941-948.
- Inouye, SK., 2003. The Confusion Assessment Method (CAM). Training Manual and Coding Guide [Electronic Version]. University School of Medicine. Retrieved [Online] Available at:
<http://elderlife.med.yale.edu/pdf/The%20Confusion%20Assessment%20Method.pdf> [Zugriff am 23.11.2006]
- Inouye, SK., 2003. The Confusion Assessment Method (cam). Training manual and coding guide. New Haven: Yale University School of Medicine.
- James, J. et al. 2019. Menschen mit Demenz im Krankenhaus versorgen Praxisbuch zur professionellen Begleitung von Betroffenen und Angehörigen. Bern: Hogrefe Verlag.
- Kahn, RL. Et al., 1960. Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. American journal of psychiatry, 117, S. 326-328.
- Leucht, St. und Förstl, H., 2012. Kurzlehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme.
- Löhr, M. und Schulz, M., 2015. Screening- und Assessment-Instrumente Das Delir im Alter erkennen. Heilberufe/ Das Pflegemagazin, 4, S. 35-37.
- Lorenzl, St. et al., 2012. Verwirrheitszustände im Alter: Diagnostik und Therapie. Deutsches Ärzteblatt, 109, S.391-401.
- Müller, T., 2018. Delir im Alter ist meist vermeidbar. Geriatrie Report, 1, S. 39.
- Ott, M., Hüll, M., 2013. Delir im Alter Akuter Handlungsbedarf. Der Hausarzt, 8, S. 27-30.
- Reuschenbach, B., 2020. Definition und Abgrenzung des Pflegeassessments. In: B. Reuschenbach Hrsg. Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Bern: Hogrefe Verlag. S. 27-45.
- Reuschenbach, B., 2020. Gütekriterien. In: B. Reuschenbach Hrsg. Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Bern: Hogrefe Verlag. S. 57-79.
- Savaskan, E. et al., 2016. Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. Praxis, 105, S. 941-952.
- Schimböck, F., 2016. Screening- und Assessmentinstrumente zur Erkennung von Delirien. Eine systematische Literaturübersicht. Springer.
- Schuermans, M.J., 2001. Delirium Observatie Screening (DOS) Schaal (versie 0-1).
- Schuermans, M.J. et al., 2003. The Measurement of Delirium: Review of Scales. Research and theory for nursing practice, 17 (3), S. 207-224.
- Singler, K. & Frühwald, T., 2014. Delir. Der Internist, 7, S. 775-781.
- Smith, G., 2018. Psychiatrische Pflege – auf einen Blick Psychische Gesundheit erhalten und fördern. Bern: Hogrefe Verlag.
- Weinrebe, W., 2009. Die ökonomische Bedeutung von Kostentreibern in der internistisch-klinischen Versorgung am Beispiel von Delirzuständen. Heidelberg: Masterarbeit Kontaktstudium Gesundheitsmanagement.



Österreichischer Preis für Advanced Nursing Practice

1. ANP Award Austria 2021

Der 1. „ANP Award Austria - Österreichischer Preis für Advanced Nursing Practice“ wendet sich an Organisationen, Personengruppen und Einzelpersonen, die ihre Arbeit der spezialisierten, erweiterten und vertieften Pflege in Österreich widmen. Die Veranstalter, das Forum ANP Austria und die Fachhochschule OÖ, setzen damit einen Förderbeitrag zur Entwicklung der Rolle der Advanced Practice Nurse in Österreich.

Eingereicht werden können:

- >> Projekte/Konzepte einer vertieften/erweiterten fachlichen Expertise in Umsetzung
- >> Evaluierte Projekte/Konzepte einer vertieften/erweiterten fachlichen Expertise

Eine unabhängige Fachjury wird bis voraussichtlich Ende Juli 2021 die Preisträger ermitteln. Die Preisverleihung erfolgt am 14. September 2021 am 10. ANP-Kongress in Linz.

Kriterien, Definition, Einreichformular und weitere Informationen finden Sie unter www.fh-ooe.at/anp-award2021.

Wir freuen uns auf Ihre Konzepte/Projekte!

Masterlehrgang

Gleichhaltung GuKG aktuelle Fassung § 17 Abs. 7 Z 2a für Führungsaufgaben (referenziert auf § 72 GuKG)



Der 5-semestrigere Masterlehrgang qualifiziert Pflegende des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zur Ausübung einer **Pflegedienstleitung** nach § 17 Abs. 7 Z 2a für Führungsaufgaben (referenziert auf § 72 GuKG) mit der Schwerpunktsetzung Interkulturalität.

3 Semester (70 ECTS von 120 ECTS)

(Verkürzte Ausbildung § 17 Abs. 7 Z 2a für Führungsaufgaben (referenziert auf § 72 GuKG) für Pflegende mit einer Weiterbildung Basales und Mittleres Pflegemanagement nach § 64 GuKG.)

Nächster Lehrgang in Wien: 27. September 2021

Der Masterlehrgang schließt durch die Anrechnung der Lehrveranstaltungen des Basalen und Mittleren Pflegemanagement mit 120 ECTS ab und führt somit zur Befähigung **Pflegedienstleitung**.

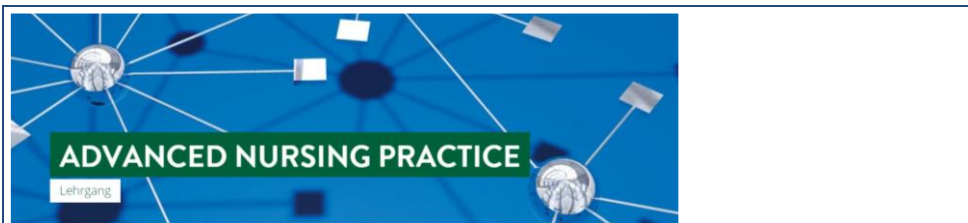
5 Semester (120 ECTS)

Nächster Lehrgang in Linz/Wien: 27. September 2021

Der Masterlehrgang schließt mit 120 ECTS ab und führt somit zur Befähigung **Pflegedienstleitung**.

Informationen unter: www.fh-ooe.at/ikm





Die Ausbildung besteht aus generalistischen und Spezialmodulen mit Vertiefungen. Vertiefungen werden aus acht pflegerischen Fachbereichen in Form von Wahlpflichtfächern angeboten:

Pflege von Menschen mit

- >> Diabetes (Diabetic Care)
- >> Gerontopsychiatrischen Erkrankungen (Schwerpunkte: Demenz, Delir)
- >> Herzinsuffizienz
- >> Krebserkrankungen (Cancer Nurse)

- >> Family Health Care/Community Health Care
- >> Kultursensible Pflege
- >> Netzwerkarbeit/Versorgungssysteme im Gesundheits- und Sozialbereich
- >> Wund- und Stomamanagement


4 Semester (90 ECTS)

Nächster Lehrgang in Linz: 05. Oktober 2021

Informationen unter: www.fh-ooe.at/anp

Die Präsentationen der Abschlussarbeiten, Teil 1, des Lehrgangs „Advanced Nursing Practice“ 2019-2020 finden Sie [hier](#).

Präsentation, Teil 2, erfolgt am 05. März 2021 von 14:00-15:00 Uhr. Bei Interesse [hier](#) der Link zur Liveschaltung.



20. - 22. Oktober 2021
jeweils von 9-17 Uhr
Einführung (1 ECTS)
20. Oktober 2021
Vertiefung (2 ECTS)
21. - 22. Oktober 2021:

Informationen unter: www.fh-ooe.at/winterschool



Wir sind an Ihren Ideen interessiert

Schreiben Sie uns: col3@fh-ooe.at

- Redaktionsteam:
- Mag. Beate Czegka, MAS
Pflegemanagement
 - Mag. (FH) Martin Falinski
Berufspolitik
 - Johannes Hainzl, APN
Pflegepraxis
 - Herbert Herbst, BScN
Pflegepraxis
 - Mag. Claudia Kastner-Roth
Pflegeentwicklung
 - Claudia Leoni-Scheiber, MSc MScN PhDc
Pflgewissenschaft und -entwicklung
 - Natalie Lottersberger, Bac
Schnittstellenmanagement
 - Mag. PhDr. Silvia Neumann-Ponesch, MAS
Hochschulbildung
 - Mag. Mag. Dr. Elisabeth Rappold
Pflegeentwicklung
 - Mag. PhDr. Paul Resetarics, MSc.
Gesundheitspolitik
 - Reinhard Schmidt, MAS, MSc.
Gesundheits- und Sozialmanagement
 - Maria Caroline Skala, BSc.
ANP-Berufsentwicklung
 - Harald Titzer, BSc.
Pflegepraxis
 - Esther Trampusch, BSc.
Pflegepraxis
 - Mag. Andrea Voraberger
Pflegemanagement und Berufspolitik