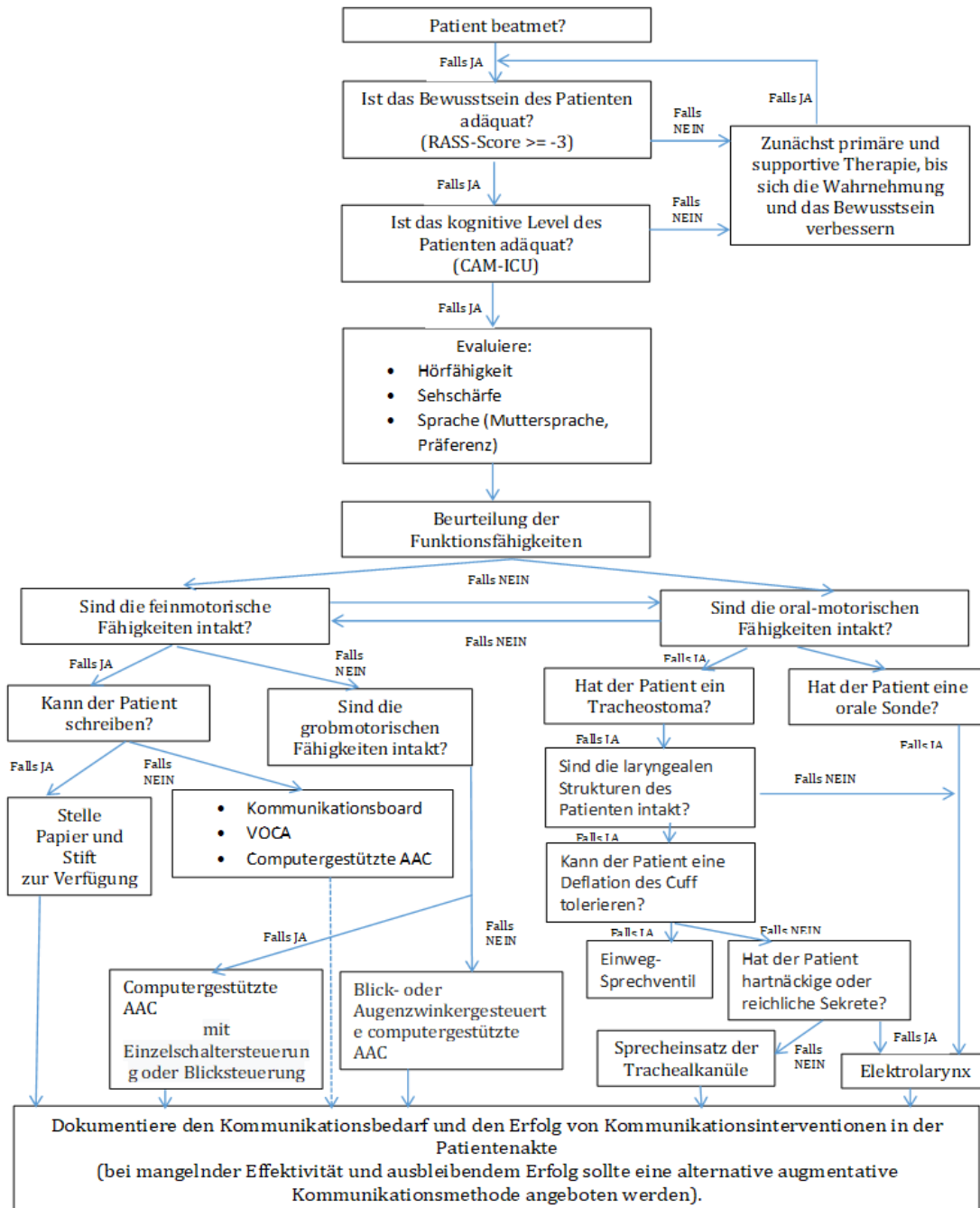


Erhebung und Dokumentation bedarfsgerecht, mindestens einmal pro Schicht (in der Regel alle 8h)

Algorithmus zur Auswahl alternativer Kommunikationsmethoden bei intubierten Patienten

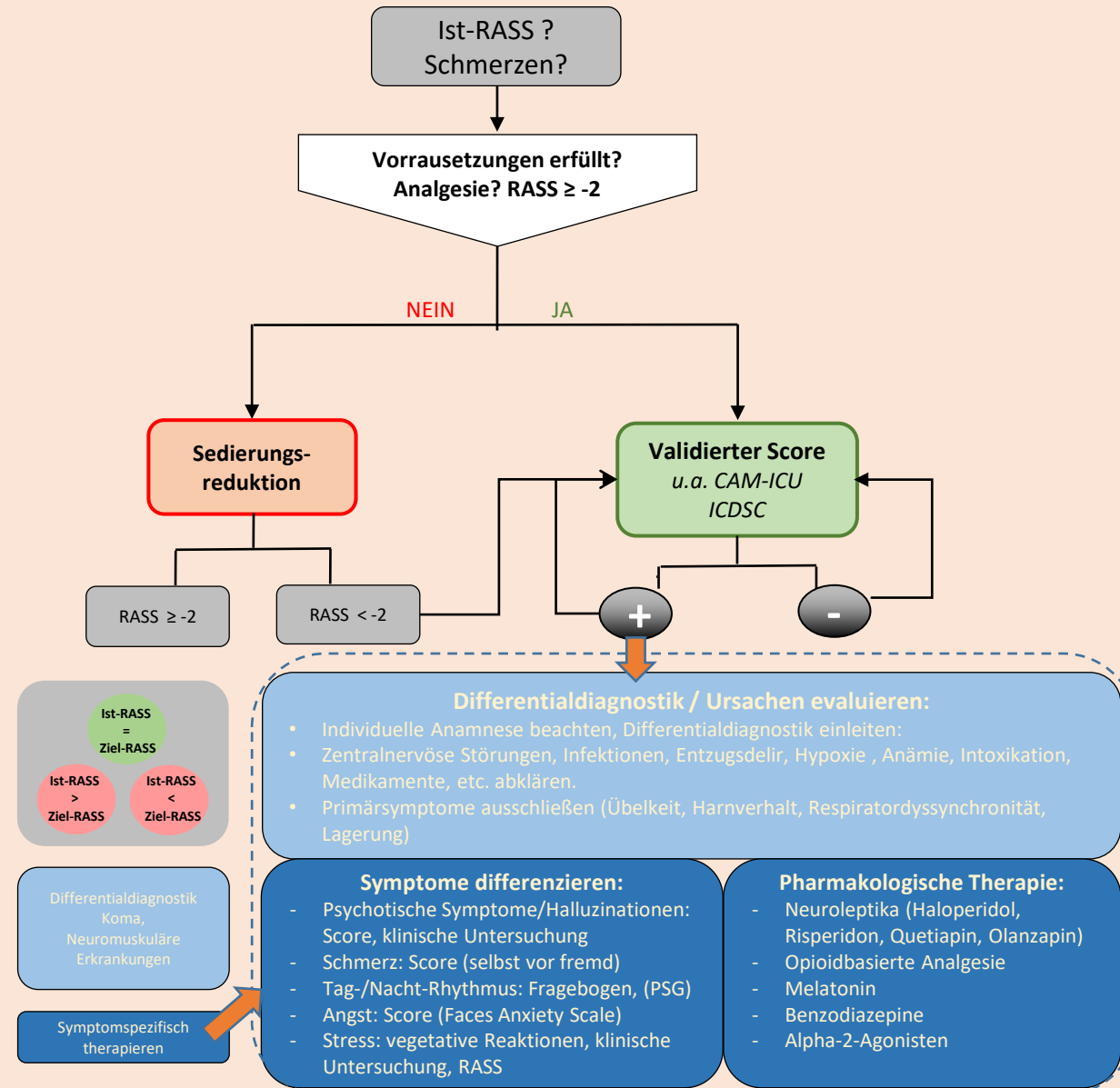


Aktivierende Maßnahmen tagsüber



- ✓ Kommunikation und kognitive Stimulation
- ✓ Frühmobilisierung / Physio- / Ergotherapie / Atemtherapie
- ✓ zeitliche Reorientierung / Uhr / Kalender / Seh- und Hörhilfen
- ✓ Förderung des natürlichen Tag-Nacht-Rhythmus (Lichtanpassung / Tageslicht)
- ✓ Ausschöpfung alternativer Kontaktmöglichkeiten bei hygienischer Isolation
- ✓ Einbinden der Familienangehörigen / Besuchszeiten flexibel gestalten oder aufheben
- ✓ Förderung persönlicher Interessen und Fertigkeiten zur Stressreduktion

Delirmanagement



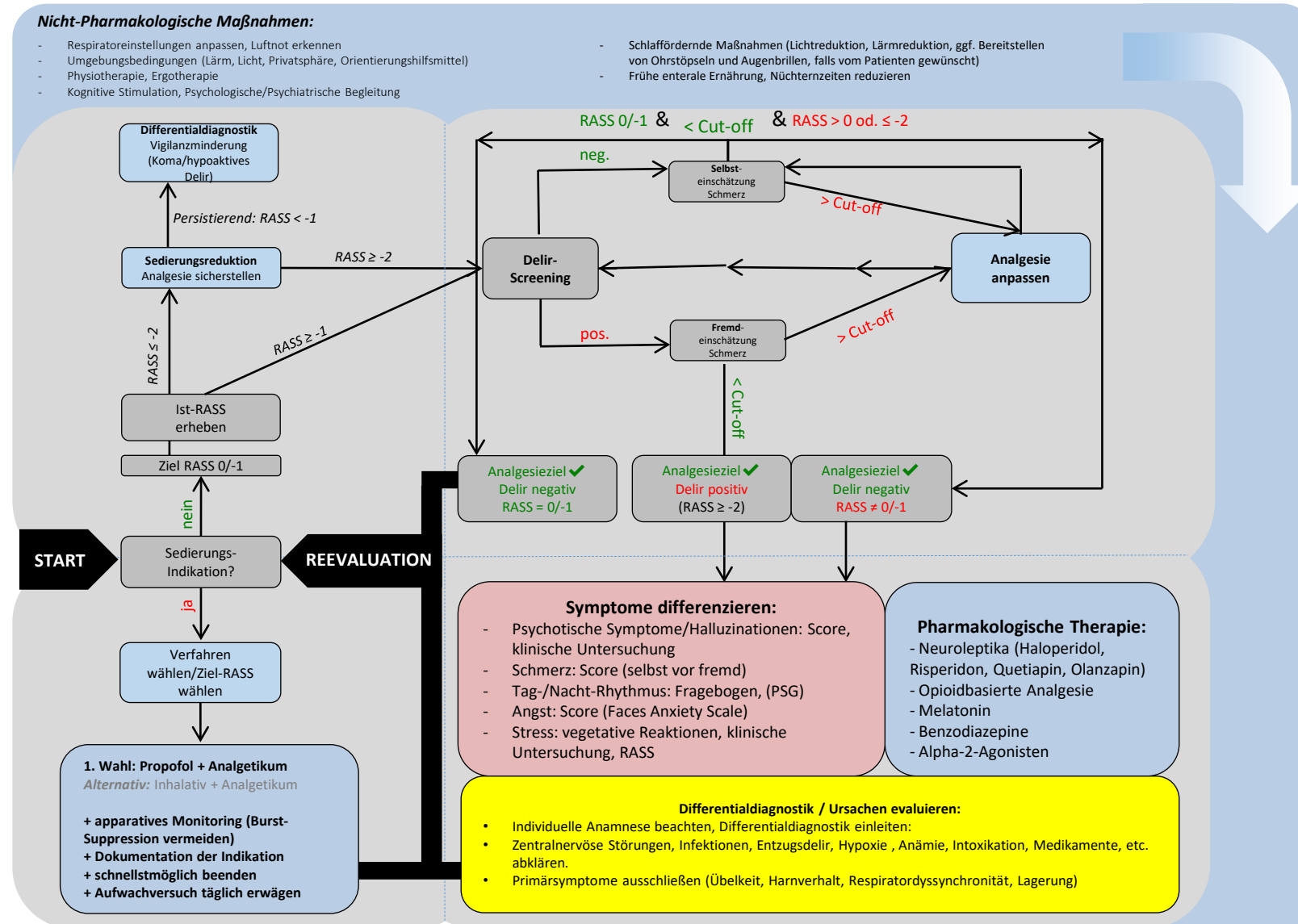
Schlaffördernde Maßnahmen nachts



- ✓ Anbieten von Ohrstöpseln und Schlafbrillen
- ✓ Lärmreduktion (Zum Beispiel Lärmampel)
- ✓ Lichtanpassung
- ✓ nächtliche Beschränkung auf notwendige Maßnahmen (Routinemaßnahmen und planbare Interventionen (Pflege, Arzt) tagsüber durchführen)
- ✓ Medikation hinsichtlich des Erhalts der physiologischen Schlafarchitektur überprüfen

Nicht medikamentöse Präventionsmaßnahmen jeden Tag und jede Nacht!

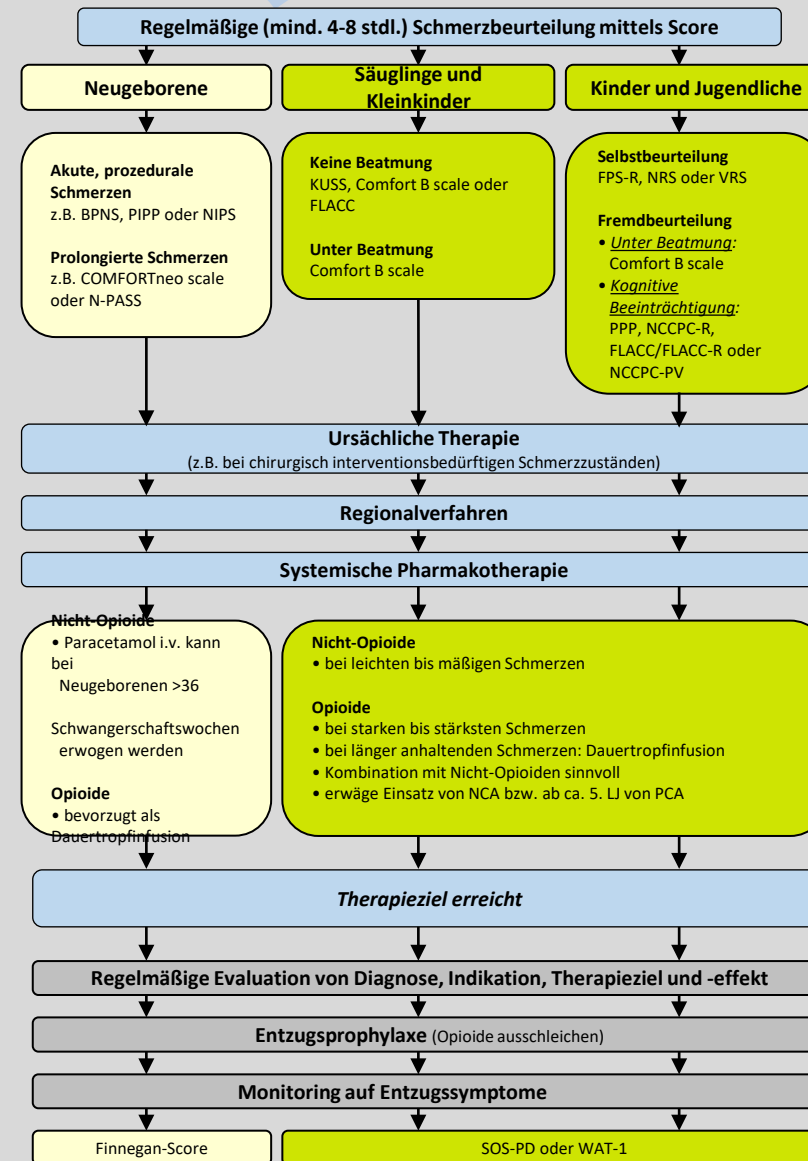
Symptomorientierte Therapie und Reduktion von Delir, Angst, Stress und protokollbasierte Analgesie, Sedierung und Schlafmanagement in der Intensivmedizin



Analgesie bei Kindern

Schmerzprävention und nicht-pharmakologische Maßnahmen des Schmerzmanagements

(z.B. schmerzpräventive Pflegekonzepte, physikalische Techniken, kognitive und verhaltenstechnische Interventionen zur Entspannung und Schmerzreduktion, u.a.)



Sedierung bei Kindern

Gewährleistung von

- bedarfsgerechter Schmerztherapie
- Synchronisierung maschineller Beatmung
- patientenorientierter Pflegemaßnahmen und Positionierung

Indikationsstellung zur pharmakologischen Sedierung
Festlegung des individuellen Therapieziels

Beurteilung des Sedierungsniveaus mittels Score

Neugeborene

- N-PASS
- COMFORTneo scale

Säuglinge, Kinder und Jugendliche

- COMFORT B scale
- SBS

Systemische Pharmakotherapie

- sorgfältige Titration auf die niedrigst mögliche Dosis
- bei älteren Kindern nach Möglichkeit frühzeitig enterale Gabe
- unter pharmakologischer Sedierung mind. 8 stdl. Beurteilung der Sedierungstiefe

Opioide

- Benzodiazepine möglichst vermeiden
- Kombination mit alpha2-Agonisten kann bei Reifgeborenen erwogen werden

Benzodiazepine (i.v.) und/oder alpha2-Agonisten (i.v.)

- Frühzeitig auf enterale Sedierung wechseln

Therapieziel erreicht

Regelmäßige Evaluation von Diagnose, Indikation, Therapieziel und -effekt

Entzugsprophylaxe (Sedativa ausschleichen)

Monitoring auf Entzugssymptome

Finnegan-Score

SOS-PD oder WAT-1

Delirmanagement bei Kindern

Delirprävention

- Vermeidung von Schlafentzug, Lärm und Stress
- Vorbeugen eines Opiat- und/oder Benzodiazepin-Entzug-bedingten Delirs:
 - Einsatz von geeigneten Messinstrumenten für Analgesie und Sedierung
 - Reduktion der Gesamtmenge applizierter Sedativa, Opiate und Adjuvantien (alpha2 Agonisten)

Regelmäßiges (mind. 8 stdl.) Screening auf delirante Symptome

- Einsatz eines validierten, pädiatrischen Delir-Scores
- bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen: pCAM-ICU, CAP-D oder PAED-Scale
- *Anmerkung:* es gibt aktuell keinen validierten Score für das Neugeborenenalter

Mögliche Ursachen (z.B. toxisch, metabolisch oder traumatisch) erurieren,
falls möglich: kausale Therapie

Kombination symptomorientierter Interventionen

- **psychosozial** (Anwesenheit der Familie, Lieblings-Spielzeug, Fotos von zu Hause, normaler Tag-Nacht-Rhythmus, u.a.)
- **pharmakologisch** (niedrig dosiertes Haloperidol oder Risperidon können erwogen werden).

Hinweis: eine konsiliarische, kinder- und jugendpsychiatrische Mitbeurteilung vor Beginn einer medikamentösen Therapie eines Delirs sollte generell erwogen werden.

Therapieziel erreicht

Regelmäßige Evaluation von Diagnose, Indikation, Therapieziel und -effekt