

DELIR vs Demenz

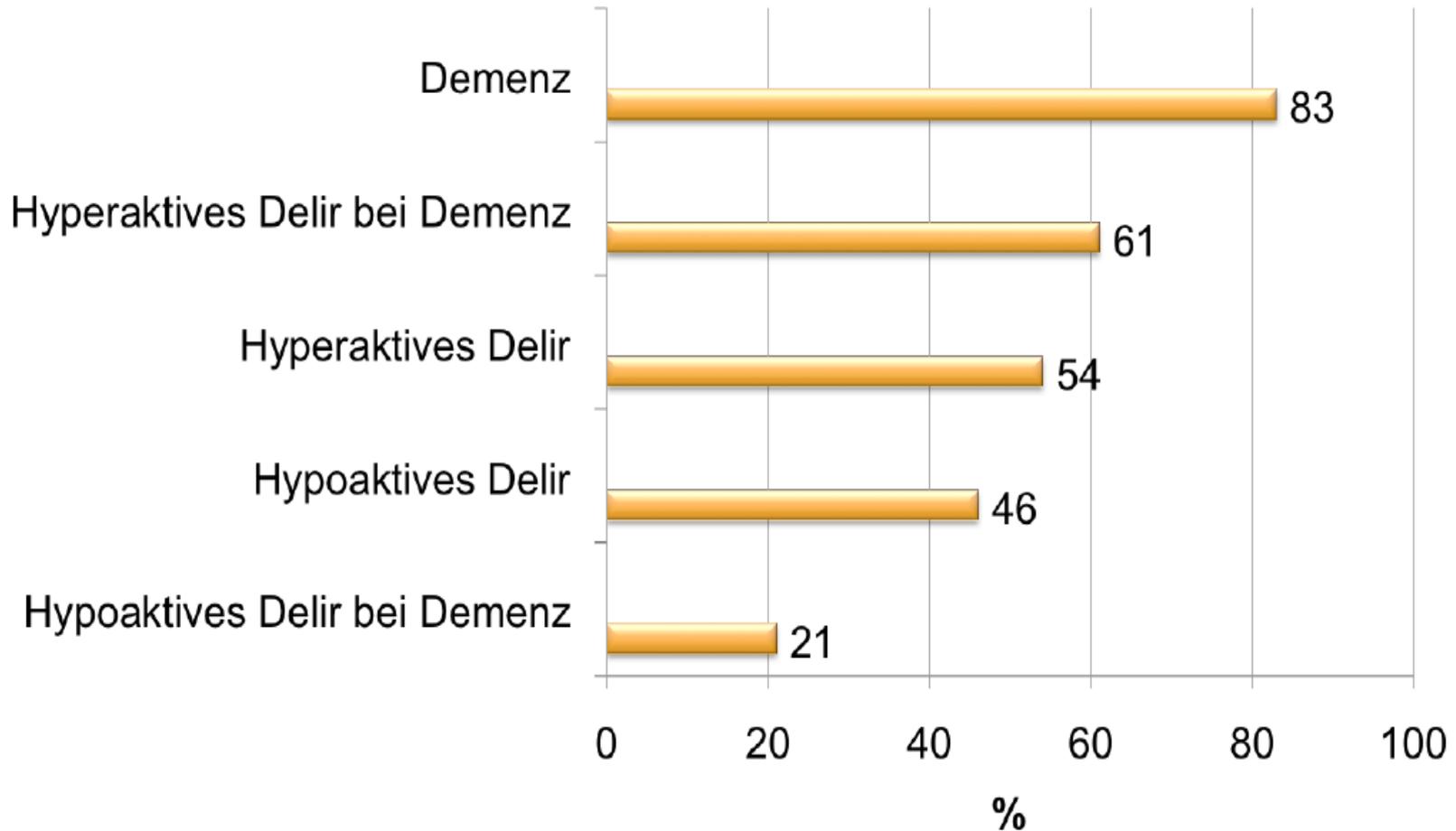
erkennen und differenzieren

Mag. Günter Geyer, DGKP



pflegekongress16

ERKENNUNGSGRAD DELIR & DEMENZ



(Fick DM et al. Recognizing Delirium superimposed on Dementia. JGerontNurs.33,2;2/2007)

ERKENNUNGSGRAD DELIR & DEMENZ

- In bis zu **80 % der Fälle** wird ein **Delir** durch den einweisenden **Arzt übersehen**

(Han JH, Zimmerman EE, Cutler N et al. Delirium in older emergency department patients: recognition, risk factors, and psychomotor subtypes. Acad Emerg Med 2009; 16: 193–200)

- Bei **schwer dementen Patienten** werden **Verhaltensauffälligkeiten häufig als Symptome der Demenz** und nicht eines **Delirs** gedeutet.

(Fick DM, Steis MR, Waller JL et al. Delirium superimposed on dementia is associated with prolonged length of stay and poor outcomes in hospitalized older adults. J Hosp Med 2013; 8: 500–505)

- **Pflegepersonen erkennen ein Delir eher als ärztliches Personal**

(Ryan DJ, O'Regan NA, Caoimh RÓ et al. Delirium in an adult acute hospital population: predictors, prevalence and detection. BMJ Open 2013, Jan 7; 3 (1); DOI: 10.1136/bmjopen-2012-001772

DEMENZ

Definition

ICD-10-Klassifikation

„ein Syndrom als Folge einer meist **chronischen** oder **fortschreitenden Krankheit des Gehirns** mit **Störung vieler kortikaler Funktionen**.

(vgl. International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems)

Störung kortikaler Funktionen:
Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen

Das **Bewusstsein** ist nicht **getrübt**.

Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation

DELIR

Definition

- Ein **Delirium** ist ein **akutes, schweres, prinzipiell reversibles, organisch bedingtes Psychosyndrom** mit **Bewusstseinsstörung** mit einer **organischen Ursache**.
- **Kennzeichnend** für ein **Delirium** ist neben der Bewusstseinsstörung eine **Störung der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung, des Denkens, der Kognition, des Gedächtnisses, der Psychomotorik und der Emotionalität**.
- Eine **deutliche tageszeitliche Fluktuation** der Symptome ist **beobachtbar**.

SYNONYME DELIR

Häufige Synonyme für ein Delir sind:

- „akuter Verwirrtheitszustand“ / „Verwirrtheitssyndrom“
- „Durchgangssyndrom / „organisches Psychosyndrom“
- acute brain syndrome – organic brain syndrome
- akute zerebrale Insuffizienz – acute confusional state
- disorders of consciousness

KLINISCHES ERSCHEINUNGSBILD

Plötzlicher Beginn

- **Entwickelt sich innerhalb von kurzer Zeit** (innerhalb von Stunden)
- **Plötzliche Veränderung der Realität**
- **Vertraute Personen** sind plötzlich **völlig fremd**

- Um den **genauen Beginn ermitteln** zu können bedarf es **zuverlässiger Informationen** (Assessment)

KLINISCHES ERSCHEINUNGSBILD

Wechselnde Symptomatik

- **Symptome** zeigen einen **schwankenden Verlauf** (kommen und gehen) und **verbessern oder verschlechtern** sich innerhalb von 24-Stunden
- Charakteristische **Intervalle** von **klarem Bewusstsein**

KLINISCHES ERSCHEINUNGSBILD

Unaufmerksamkeit

- Schwierigkeiten zu **fokussieren**
- Schwierigkeiten, einem **Gespräch** oder **Anweisungen Folge zu leisten**

Desorganisiertes Denken

- **Abschweifende, zusammenhanglose Gespräche** oder die **Rede von irrelevanten Dingen**

Veränderte Bewusstseinslage

- **Eingetrübte Bewusstseinslage**, mit **reduzierter Aufmerksamkeit gegenüber der Umgebung**

KLINISCHES ERSCHEINUNGSBILD

Kognitive Beeinträchtigungen

- Typische **allgemeine und mehrfache Defizite in der Kognition**, wie **Desorientierung, Abnahme Gedächtnisleistung** und **Einschränkungen in der Sprache**

Störungen der Perzeption

- **Widersprüchliches Erleben** (Situation ist gleichzeitig real und unreal; wie im Traum, gleichzeitig hellwach; Gefühl, im Spital und gleichzeitig ganz woanders zu sein).

KLINISCHES ERSCHEINUNGSBILD

Störungen der Perzeption

- **Wahnvorstellungen oder Halluzinationen** bei über 30% der Betroffenen
- **Lebensbedrohliche Szenen oder Tod werden erlebt** (z.B. im Feuer oder Hochwasser eingeschlossen sein und Unmöglichkeit zu entkommen)

Emotionale Instabilität

- **Starke emotionale Gefühle** (Ärger, Angst, Panik, Furcht, Verunsicherung, Freude)

DELIR

Formen

Hyperaktive Form:

- **Gekennzeichnet durch Agitiertheit**
- PatientInnen sind eher **unruhig, bettflüchtig, nestelnd, aggressiv** und **emotional verändert**

Hypoaktive Form:

- **Gekennzeichnet durch Lethargie** mit deutlich **reduzierter motorischer Aktivität**
- Kaum **spontane Kontaktaufnahme**
- **Halluzinationen u. Desorientierung** erst durch **Befragen deutlich**
- **Wird häufig nicht erkannt**

DELIR

Formen

Gemischte Formen:

- **Abwechselnder Schlaf-Wachrythmus**
- **Typisch sind Tagesschläfrigkeit, nächtlicher Schlaflosigkeit, Schlafunterbrechungen oder völlige Umkehr des Schlaf-Wachrythmus**
- **Emotionale Instabilität** (weit verbreitet)
- Manifestierendes Auftreten mit **abwechselnden Angstsymptomen, Paranoia, erhöhter Reizbarkeit, Zorn, Furcht, Depression, Apathie oder Euphorie.**

DAUER UND PROGNOSE

- **Meist kurze Dauer** (weniger als 1 Monat)
- **Protrahierte Verläufe sind möglich** (bis zu **6 Monate**)
- **Inkomplette Remission häufiger** als angenommen
- **Je schwerer** und **je länger** ein Delir (unbehandelt) besteht, desto häufiger und **schwerwiegender** sind die **kognitiven Folgeschäden**
- Ein **akut postoperatives Delir** ist **günstiger** im **Verlauf** als **internistisches/neurologisches Delir**

ZURÜCK IN DER REALITÄT

- **Plötzlicher Wechsel zurück in die Realität**
- **Gefühle nach dem Delir (Angst, Entlastung, Beschwerde, Reue)**

Integration des Delirs

- Nachbesprechung mit Betroffenen und Angehörigen nach einem erlebten Delir

DIFFERENTIALDIAGNOSE DELIR-DEMENZ

MERKMAL	DELIR	DEMENZ
Beginn	akut	schleichend
Tagesschwankungen	stark	kaum
Vigilanz	getrübt	klar (bis Spätstadien)
Kognition	gestört	global gestört
Aufmerksamkeit	eingeschränkt	wenig eingeschränkt
Gedächtnis	Sofort- u. Kurzzeit ↓	Kurz- u. Langzeit ↓
Schlaf/Wachrythmus	Tag/Nach-Umkehr	fragmentiert
Vegetative Symptome	vorhanden	meist keine

DELIR vs DEMENZ

Inwieweit wirkt sich ein Delir auf den Verlauf einer Demenz aus?

- In einer **prospektiven Studie** konnte an Patienten **nach dem Abklingen eines Delirs** eine **Demenz diagnostiziert** werden, die vorher nicht klinisch apparent war
- Im **Verlauf von zwei Jahren** entwickelten rund **55 %** dieser **Patienten** eine **Demenz**

(Rahkonen T, Luukkainen-Markkula R, Paanila S et al. Delirium episodeas a sign of undetected dementia among community dwelling elderly subjects: A 2-year follow-up study. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2000; 69: 519–521

DELIR vs DEMENZ

Inwieweit wirkt sich ein Delir auf den Verlauf einer Demenz aus?

- **Ein Delir kann bei Menschen mit einer Demenz deren Kognition dramatisch verschlechtern und zu einer rascheren Progression von funktionellen Verlusten und zu einer Verschlechterungen im Langzeit-Outcome führen**
- **Diese PatientInnen erreichen nach einem Delir die Ausgangssituation nicht mehr**
- **Nach einem Delir ist der kognitive Abbau bei Demenz-PatientInnen im ersten Jahr doppelt so stark ausgeprägt, wie bei der Vergleichsgruppe ohne Delir**

(Gross AL, Jones RN, Habtemariam DA et al. Delirium and Long-term Cognitive Trajectory Among Persons With Dementia. Arch Intern Med 2012; 172: 1324–1331)

ÄTHIOLOGIE UND RISIKOFAKTOREN

- **Ursachen eines Delirs sind multifaktoriell**
- Es bedarf einen **anfälligen Patienten** (mit **prädisponierenden Faktoren**) und **einer Exposition** gegenüber schädigenden Faktoren
- **Sehr deliranfällige Personen**, wie **z.B. dementen PatientInnen** kann schon die **Verabreichung einer Schlaftablette** ein **Auslöser** sein.
- **weniger anfällige** PatientInnen müssen schon **schwerwiegende Ereignisse**, wie **z.B. eine Narkose** oder ein **großer chirurgischer Eingriffe** bzw. die **Verabreichung psychoaktiver Medikamente** eintreten **um ein Delir auszulösen**.

ÄTHIOLOGIE UND RISIKOFAKTOREN

Prädisposition

hohe Vulnerabilität

hohes Lebensalter

Demenz

Frailty

hohe somatische Komorbidität

schwere Grunderkrankung

Hör- od. Sehbehinderung

Anämie

Malnutrition (niedriges S-Albumin)

Alkoholismus

Depression

Angst

Benzodiazepingebrauch

Schmerz

leichte kognitive Störung

Einsamkeit

niedrige Vulnerabilität

Exogene Noxe

schwache Noxe

fremde Umgebung

körperliche Beschränkung – FEM

Immobilisation

Schlafdeprivation

psychoaktive Medikamente

Entzugssyndrom (Alkohol, Sedativa)

respiratorische Insuffizienz (Hypoxie)

Exsikkose

Elektrolytentgleisung

akute Infektion

Hypo-, Hyperglykämie

Organversagen (Leber, Niere)

Intensivpflichtigkeit

Anticholinergika

chirurgischer Eingriff

potente Noxe

PATHOGENESE

- **Über die Pathophysiologie eines Delirs ist wenig bekannt**
- **Es gibt Evidenz** darüber, dass bei einem Delir ein **cholinerges Defizit vorherrscht**
- Das **dopaminerge System** scheint durch den regulierenden Einfluss ebenso bei der **Entstehung eines Delirs beteiligt zu sein.**
- **Einnahme von anticholinergischen Medikamenten** können ein **Delirium auslösen**

INZIDENZ

Inzidenz bei älteren PatientInnen

- **30%** (6 - 56%) in einem **Akutspital**
- **15 - 53%** postoperativ (insb. Herzchirurgie, hüftnahen OP's in Vollnarkose)
- **70 - 87%** auf Intensivstationen
- bis zu **60%** in Pflegeheimen u. in geriatrischer Rehabilitation

- Ein Delir ist die **häufigste Komplikation während** eines **Krankenhausaufenthalts bei älteren Menschen**

(Inouye SK. NEJM 2006;354:1157-65; Siddiqi N et al. AgeAgeing 2006;35:350-64)

RISIKEN

- **Mortalität 23 -76%** (ähnlich hoch wie bei akutem MCI oder Sepsis)
- **Verlängert die physische und kognitive Genesung**
- **Verschlechterung der kognitiven Funktionen bei Demenz**
- **Verschlechterung der ATL**
- **Verlängerung der Hospitalisierungsdauer**
- **Nach 12 Monaten höhere PH-Einweisungsrate**

(Inouye SK. Clin Geriatr Med 1998; 14:745-64; Inouye SK. NEJM 2006;354:1157-65; Siddiqi N et al. AgeAgeing 2006;35:350-64; McLullich AM et al. Int Rev Psychiatry 2009;21:30-42; Witlox J et al. JAMA 2010;304(4):443-451)

PRÄVENTION EINES DELIRS

- Ein **Delirium** wird primär durch **klinische Beobachtung** diagnostiziert

DELIR IST EINE BEDSIDE DIAGNOSE!!!!!!!

- Die **Delirprävention** ist **interdisziplinär** und **multiprofessionell** zu gestalten
- Bei **Aufnahme** von **PatientInnen** mit **Verwirrheitszuständen** ist die **Beobachtung** der **mental**en **Veränderungen** der **erste wichtige Schritt**
- Wenn **bei verwirrten PatientInnen keine andere Ursache für diese Symptomatik** in Betracht kommt, sind solche PatientInnen **als „delirant“ einzustufen!!!**

PRÄVENTION EINES DELIRS

Durch diese **Maßnahmen** waren die **Inzidenz** und die **Dauer** des **Delirs** **niedriger** als in der Kontrollgruppe

- **Normalisierung des Schlafrhythmus**
- **Kognitive Stimulation**
- **Vermeidung von Kathetern und Fixierungen**
- **Mobilisierung**
- **Orientierungshilfen**
- **Vermeidung von Exsikkose**
- **Seh- und Hörhilfen verwenden**

(Inouye SK, Bogardus ST, Charpentier PA et al. Yale Delirium Trial, Amulticomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. N Engl J Med 1999; 340: 669–676)

PRÄVENTION EINES DELIRS

Medikamentencheck

- **Alle Medikamentenverordnungen überprüfen** (vorherige und aktuelle).

- Für einen **Wechsel in der Langzeitmedikation** ist das **Krankenhaus** der **ideale Ort** dafür

Achtung: anticholinerg!

Achtung: delirogen!

Antidepressiva	
Paroxetin	Seroxat®
Bupropion	Wellbutrin®
Trazodon	Trittico®

Antipsychotika	
Haloperidol	Haldol®
Olanzapin	Zyprexa™
Quetiapin*	Seroquel®
Risperidon	Risperdal®

Kardiovaskuläre Mittel inkl Gerinnungshemmer	
Atenolol	Tenormin®
Captopril	Debax®
Coumarine	Marcoumar®
Digoxin	Lanitop®
Dipyridamol	Asasantin®
Furosemid	Lasix®
Metoprolol	Beloc® Seloken®

Magen-Darm Therapeutika	
L-Hyoscin	Buscopan® Buscapina®

Sedativa	
Alprazolam	Xanor®

Analgetika/Muskelrelaxantien	
Orphenadrin	Neodolpasse® Norgesic®
Paroxetin	Seroxat®
Morphin	Venda®
Fentanyl	Fentamed®

Sonstige	
Diphenhydramin	Dibondrin®
Oxybutynin	Kentera® Ditropan®
Amantadin	PK-Merz®
Prednisolon	Aprednison® div. Inhalativa
Theophyllin	Unifyl® Respicur®

ACB score 3	Starker kognitiver anticholinergischer Effekt
ACB score 2	Moderater kognitiver anticholinergischer Effekt
ACB score 1	Milder kognitiver anticholinergischer Effekt

Hintergrund:

ACB: Anticholinergic Cognitive Burden.

Anticholinerge Effekte – auch kognitive wie z.B. Delir – sind additiv! Rot markierte Substanzen sollten generell vermieden werden. Bei einem Score >3 (z.B. 3 gelb markierte Substanzen) für einen Patienten sollte eine Nutzen-Risiko Analyse durchgeführt und ggf. die Medikation überdacht werden.

Arzneimittelinduziertes Delir wird nicht ausschließlich über den Acetylcholinrezeptor vermittelt. Folgende Substanzen wirken über andere Mechanismen (z.B. Dopamin, GABA) delirogen oder können „Verwirrtheit“ (confusion) als Nebenwirkung haben:

Nervensystem	
Antiparkinson-Mittel	Levodopa (Restex®, Madopar®), Carbidopa (Sinemet®), Entacapon (Stalevo®), Pramipexol (Sifrol®), RASAqilin (Azilect®)
Antidementiva	Memantine (Ebixa®, Axura®), Rivastigmin (Exelon®), Donepezil (Aricept®)
Antidepressiva	Escitalopram (Cipralext®), Milnacipran (Ixel®), Duloxetine (Cymbalta®), Sertralin (Tresleem®), Gladem®, Mirtazapin (Remeron®)
Sonstige	Lorazepam (Temesta®), Pregabalin (Lyrica®), Gabapentin (Neurontin®), Baclofen (Lioresal®), Triazolam (Halcion®), Clonazepam (Rivotril®), Valproinsäure (Convulex®, Depakine®), Zolpidem (Zoldem®)
Muskel- und Skelettsystem	
Analgetika	NSAR, Tramadol (Tramal®, Noax®), Opiate
Sonstige	Chloroquin (Resochin®), Zoledronsäure (Aclasta®), Allopurinol (Urosin®)
Gastrointestinales System und Stoffwechsel	
	Famotidin (Ulcusan®), Esomeprazol (Nexium®), Pantoprazol (Pantoloc®), Metoclopramid (Paspertin®), Budesonid (Budosan®, Entocort®)
Antibiotika	
Fluorchinolone	Ciprofloxacin, Moxifloxacin, Levofloxacin, Norfloxacin
Betalaktame	Meropenem, Piperazillin/Tazobactam, Imipenem/Cilastin, Amoxicillin/Clavulansäure
Sonstige	Cefalexin (Keflex®), Metronidazol (Anaerobex®)
Gerinnungshemmende Mittel	
	ASS, Clopidogrel (Plavix®), Fondaparinux (Arixtra®)
Kardiovaskuläres System	
	Amiodaron (Sedacoron®), Lisinopril (Acemin®), Enalapril (Renitec®), Losartan (Cosaar®), Carvedilol (Dilatrend®), Simvastatin (Zocord®), Spironolacton (Aldactone®)

PIM



potenziell inadäquate Medikation* bei geriatrischen Patienten

Arzneistoff	Präparat	Alternative
NSAR		
Indomethacin	Indocid® Indobene®	bei Schmerz: Paracetamol Metamizol Hydromorphon
Acemetacin	Rheutrop®	
Naproxen	Miranax® Proxen®	
Diclofenac	Arthrotec® Dedolor® Deflamat® Neodolpasse® Voltaren®	
Ibuprofen	Brufen® Dolgit®	
Ketoprofen	Profenid®	
ASS	Aspirin®	
Piroxicam	Felden®	
Meloxicam	Movalis®	
Celecoxib	Celebrex®	
OPIOIDE		
Pethidin	Alodan®	Hydromorphon
Buprenorphin	Temgesic® Transtec®	
Tramadol	Adamon® Contramal® Tramal® Noax® Tradolan®	Paracetamol Metamizol Hydromorphon

* Substanzen, bei deren Verordnung für ältere Patienten besondere Vorsicht angebracht ist

Seite 1

DELIRERFASSUNG

Delirium Observation Screening Scale (**DOSS**)

Screening

- **DOSS 2 x tgl. für 3 Tage durchführen**
- **DOSS <3** **beenden**
- **DOSS >=3** **CAM durchführen (ÄrztInnen)**

DOSS (Delirium Observation Screening Scale)

Beobachtungen d. Pat. durch PP		n	ja	?
1	Nickt während des Gesprächs ein	0	1	-
2	Wird durch Reize der Umgebung schnell abgelenkt	0	1	-
3	Bleibt aufmerksam im Gespräch od. in der Handlung	1	0	-
4	Beendet begonnene Fragen od. 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	Erkennt 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, an Katheter etc.	0	1	-
12	Reagiert unerwartet emotional	0	1	-
13	Sieht, hört od. riecht Dinge, die nicht vorhanden sind	0	1	-
Total Punkte pro Dienst (0-13); kein Delir: < 3; Delir-Verdacht: ≥ 3				

CAM (Confusion Assessment Method)

Confusion Assessment Method (CAM) – Kurzversion

Inouye SK et al. Ann Int Med 1990;113:941-948

I	Akuter Beginn und fluktuierender Verlauf			
	a	Gibt es begründete Anzeichen für eine akute Veränderung des mentalen Status des Patienten?	nein	ja
	b	Fluktuierte das (veränderte) Verhalten während des Tages, d.h. hatte es die Tendenz aufzutreten u. wieder zu verschwinden od. wurde es stärker u. schwächer?	nein	ja
II	Aufmerksamkeitsstörung			
		Hatte der Patient Schwierigkeiten seine Aufmerksamkeit zu fokussieren, z.B. war er leicht ablenkbar oder hatte er Schwierigkeiten, dem Gespräch zu folgen?	nein	ja
III	Formale Denkstörung			
		War der Gedankenablauf des Patienten desorganisiert oder zusammenhanglos, wie Gefasel oder belanglose Konversation, unklarer oder unlogischer Gedankenfluss, oder unerwartete Gedankensprünge?	nein	ja
IV	Veränderte Bewusstseinslage			
		Wie würden Sie die Bewusstseinslage des Patienten allgemein beschreiben?: wach – alert (normal)? hyperalert (überspannt)? somnolent (schläfrig, leicht weckbar)? soporös – stuporös (erschwert weckbar)? Koma (nicht weckbar)?	nein	ja

Werden Kriterien **Ia**, **Ib** und **II** als vorhanden angegeben und dazu zumindest **III** oder **IV** bzw. beide, kann auf die Diagnose eines Delirs geschlossen werden (**Sens. + Spez. je 95%**)

PRÄDISPONIERENDE FAKTOREN

- **Alter > 75**
 - **Kognitive Störung** (MMSE < 24)/**bekannte Demenz** (auch im Frühstadium)
 - **Sensorische Störungen** (Sehen, Hören)
 - Mangelernährung
 - **Schlafentzug**
 - Sehr **stark** verbalisierte andauernde **Schmerzen**
 - Selbstfürsorgedefizit (v.a. Immobilität)
 - **Akute Krisen**
 - **Multimorbidität** (> 3 Erkrankungen)
 - Kombination vieler Medikamente (Polypragmasie)
 - Medikamente / Alkoholmissbrauch (v.a. Benzodiazepine, NSAR)
- (vgl. Lindsay, J. et al.; 2009; Lorenzl et al. 2012)

Wenn ein prädisponierender Faktor vorhanden ist – mit Algorithmus beginnen

PFLEGERISCHE MASSNAHMEN

- **Mentalen Status** regelmäßig wie ein „Vitalzeichen“ überprüfen
- **Geringer Orts- und Personalwechsel** (Untersuchungen, Ambulanztermine,.....)
- **Überwachung** der **Vitalparameter**
- **Vermeidung** von **Schlafstörungen**
- **Geringe Lärm- und Lichtbelästigung** während der Nacht
- **Normalen Schlaf-Wachrythmus** fördern
- **Vigilanz** und **Mobilität** der PatientInnen **während des Tages** aufrechterhalten
- **Angehörige/vertraute Personen** einbeziehen

PFLEGERISCHE MASSNAHMEN

Sinneswahrnehmung fördern:

- **Mitgebrachte Brille aufsetzen / Kontaktlinsen einsetzen**
- **Mitgebrachte Hörgerät einsetzen**
- **Mitgebrachte Zahnprothese einsetzen**

(vgl. Kurzfassung der Aa Nicht Medikamentöse Interaktionen bei Delir / Angehörige; KHR)

PFLEGERISCHE MASSNAHMEN

Orientierung geben / Reorientierung geben:

- **Uhr/Kalender im Blickfeld**
- **Wiederholte Infos über Situation und aktuelle Ereignisse und Geschehnisse rundherum**
- **Im Gespräch wiederholt das Datum, die Uhrzeit, Tageszeit erwähnen**
- **Gewohnte Gegenstände bzw. Erinnerungsanker beim Bett (z.B. Photos, Polster, Radio,.....)**

(vgl. Kurzfassung der Aa Nicht Medikamentöse Interaktionen bei Delir / Angehörige; KHR)

PFLEGERISCHE MASSNAHMEN

Kommunikation:

- **Aktives Zuhören**
- **Wiederholte, direkte namentliche Ansprache mit Augenkontakt**
- **Blickkontakt herstellen / Konkrete, einfache Anweisungen**
- **Klare Fragestellungen die keine umfangreiche Antwort erfordern**
- **Wichtige Informationen mehrmals wiederholen**

(vgl. Kurzfassung der Aa Nicht Medikamentöse Interaktionen bei Delir / Angehörige; KHR)

PFLEGERISCHE MASSNAHMEN

Förderung von Mobilität und Aktivität / Frühmobilisation:

- **Tagsüber Mobilisierungszeiten planen**
- Nach Möglichkeit **zu den Mahlzeiten Querbett oder zum Tisch setzen**
- **Mehrmals täglich zu aktiven Bewegungssequenzen anleiten, erinnern bzw. passiv im Bett Bewegungsübungen einplanen**

(vgl. Kurzfassung der Aa Nicht Medikamentöse Interaktionen bei Delir / Angehörige; KHR)

PFLEGERISCHE MASSNAHMEN

Schlafförderung / Schlafentzug vermeiden:

- **Gewohnte Einschlafrituale ermöglichen (z.B. warme Getränke)**
- **Licht reduzieren (Rollos, Türen schließen)**
- **Ruhephasen gewährleisten (z.B. von 13.00-15.00)**
- **Lärm, monotone Hintergrundgeräusche und anregende Reize in der Nacht reduzieren**

(vgl. Kurzfassung der Aa Nicht Medikamentöse Interaktionen bei Delir / Angehörige; KHR)

PFLEGERISCHE MASSNAHMEN

Vertraute Umgebung schaffen / Sicherheit vermitteln / für Sicherheit sorgen

- **Ruhiger, besonnener Umgang**
- **Belastungen, Trauer, Frustration ernst nehmen**
- **Mitgebrachte, gewohnte Kleidung und Pflegemittel verwenden**
- **Gewohnte Kontakte zu den Vertrauenspersonen ermöglichen**

(vgl. Kurzfassung der Aa Nicht Medikamentöse Interaktionen bei Delir / Angehörige; KHR)

PFLEGERISCHE MASSNAHMEN

Vertraute Umgebung schaffen / Sicherheit vermitteln / für Sicherheit sorgen

- **Anwesenheit von vertrauten Personen rund um die Uhr**
- **Angehörige in den Tagesablauf miteinbeziehen**
- **Kontinuierliches personales Monitoring (1:1 Betreuung)**

(vgl. Kurzfassung der Aa Nicht Medikamentöse Interaktionen bei Delir / Angehörige; KHR)

PFLEGERISCHE MASSNAHMEN

Vertraute Umgebung / Sicherheit:

- **Bezugspflege, häufiger Wechsel des Personals vermeiden**
- **Ruhige, klar strukturierte Umgebung**
- **Mehrmals wiederholen warum, wo sie/er ist**
- **Glocke wiederholt zeigen und Handhabung erklären**

(vgl. Kurzfassung der Aa Nicht Medikamentöse Interaktionen bei Delir / Angehörige)

PFLEGERISCHE MASSNAHMEN

- **Lärm innerhalb und außerhalb des Pat.-Zimmers minimieren**
 - **Laute Geräusche und Konversation vermeiden**
 - **Geräuselärm so weit als möglich reduzieren**

(vgl. Kurzfassung der Aa Nicht Medikamentöse Interaktionen bei Delir / Angehörige; KHR)

PFLEGERISCHE MASSNAHMEN

Aromapflege

Stressreduktion / Entängstigung:

Aromapflege lt. Aa / Rezeptur KHR

Pflaster: mit 2ggt „Angstlösende Mischung“ vor dem Einschlafen

Waschung: bei Unruhe beruhigende Waschung

Raumbeduftung:

Wegbegleiter Mutmacher Haltgeber Sandmännchen

(vgl. Kurzfassung der Aa Nicht Medikamentöse Interaktionen bei Delir / Angehörige; KHR)

Pat. Name / Etikette

Delir: Übersicht pflegerische Interaktionen / Maßnahmen

Datum/Hz: _____

Grundsituation / Verhalten: siehe auch DOS Erhebungsblatt

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fehlende Anpassungsmöglichkeit an die Umgebung | <input type="checkbox"/> Erbrechen |
| <input type="checkbox"/> Flüssigkeitsdefizit | <input type="checkbox"/> Infektion |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Ziel: emotionale Stabilisierung / Entängstigung

Allgemeine Maßnahmen zur Delir Prophylaxe (bei DOS \geq 3)

Reizüberflutung / Überstimulation vermeiden
auf eine ruhige, angstfreie Atmosphäre achten
validierende Grundhaltung einnehmen
Ernst nehmen, ruhiges überschaubares Handeln
mitgebrachtes Hörgerät einsetzen
mitgebrachte Brille aufsetzen
mitgebrachte gut sitzende Zahnprothese einsetzen
mitgebrachte Pflegemittel verwenden
mitgebrachte / gewohnte Kleidung anziehen
Lichtverhältnisse auf gewohnten Tag / Schlafrhythmus anpassen
Förderung der Mobilität / Aktivitäten so weit als möglich zulassen
gewohnte Schlafzeit von _____ bis _____ ermöglichen
gewohnte (Ein)Schlafpositionierung _____
ermöglichen (aktiviert wenn Positionierung eingetragen ist)
Angehörige/r _____ in den Tagesablauf miteinbeziehen
Begründete Abweichung: _____

Situativ angepasste weitere mögliche pfleg. Interaktionen / Maßnahmen

gewohnte Tagesstruktur _____ ermöglichen

Ruhephasen von _____ bis _____ gewährleisten

Einschlafritual _____

Mikropositionierung nachts

Orientierung geben

Uhr, Kalender im Blickfeld

gewohnte Gegenstände / Erinnerungsanker beim Bett _____

gezielte Beschriftung der Sanitärräume

im Gespräch wiederholt die Uhrzeit / Tageszeit erwähnen

Kommunikation

einfache Sätze verwenden, geschlossene Fragestellung

wichtige Informationen mehrmals wiederholen

gedanklich in ihrer/seiner Welt mitgehen, nachfragen, bestätigen

Motivation, Ermutigung

Ich-stärkende Gespräche

Basale Stimulation

Vormittag belebende Waschung

Abends Nestpositionierung ASE mit _____

Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

Teller- und Flüssigkeitsprotokoll, trinkt _____ ml / 24 Stunden

Aromapflege

2gtt Angstlösende Mischung lt. Aa AIM auf Pflaster vor dem Einschlafen

Schmerzlindernde Waschung lt. Aa ScW

Beruhigende Waschung lt. Aa WBR a / b

Waschung bei Unruhe lt. Aa WUN

Deeskalierende Raumbeduftung lt. Aa RbD

Individuell ergänzende Maßnahmen

- _____
- _____
- _____

MASSNAHMEN

Kausale Therapie

- Ursache behandeln

Medikamentöse Therapie

- Quetiapin
- Haloperidol
- Risperidon
- (Lorazepam)

MEDIKAMENTÖSE THERAPIE

Medikament	Dosierung	UAW	Kommentar
Typische Antipsychotika			
Haloperidol	0,5 – 1,0 mg p.o. 2x tgl, od. alle 4 - 6 St. (max. Wirkung nach 4-6 St)	<ul style="list-style-type: none"> •EPMS, insb. wenn >3mg/Tag •im EKG QTc Verl. •Cave Lewy Body D.! 	<ul style="list-style-type: none"> •Mittel der Wahl •Wirksamkeit in RCT' s bestätigt. •keine i.v. Gabe!
Atypische Antipsychotika			
Risperidon	0,5mg – 1,0 mg /d	<ul style="list-style-type: none"> •EPMS •QTc Verlängerung 	<ul style="list-style-type: none"> •nur kleine nicht kontrollierte Studien
Quetiapin	(12,5) 25 – 50 mg/d	<ul style="list-style-type: none"> •EPMS etwas weniger ausgeprägt •QTc Verl. 	<ul style="list-style-type: none"> •kleine Studien •niedriger Dosis (12,5 mg) beginnen
Benzodiazepine	Cave: Verlängerung u. Verschlechterung d. Delirs, da selbst delirogen		
Lorazepam	0,5 – 1,0 mg p.o., bei Bedarf alle 4 St.	<ul style="list-style-type: none"> Übersedierung paradoxe Erregung Atemdepression 	<ul style="list-style-type: none"> •2.Wahl, außer b. Entzugsdelir •zur raschen Sy.-kontrolle - Sedierung

INFORMATIONEN FÜR ANGEHÖRIGE

- **Einbeziehung** und Information der Angehörigen
- Information über die **Delir-Prävention**
- **zu Besuchen ermuntern**
- in die **Pflege mit einbeziehen**

Zu Hause ist mein Angehöriger ganz anders...

Wenn Sie das Gefühl haben Ihren Angehörigen nicht mehr zu kennen, weil er sich ganz anders verhält, dann teilen Sie dem Pflege- oder ärztlichen Personal Ihre Beobachtung mit.

Dies kann ein Hinweis auf ein Delir sein.

Wie können Sie Ihren Angehörigen unterstützen?

- benötigte Hilfsmittel wie z.B. Sehbehelfe, Hörgerät, Zahnprothese mitbringen und darauf achten, dass sie verwendet werden
- Datum und Wochentag öfters wiederholen
- Kalender und Uhr bereitstellen
- erinnern, wo sie sich befinden
- langsam und in einfachen Worten sprechen
- Fragen stellen, die keine umfangreichen Antworten erfordern.
- über die Familie und Freunde erzählen
- gewohnte persönliche Utensilien mitbringen z.B. Kleidung, Nachthemd oder Pyjama sowie Schlafrock oder Hausanzug Toilettenartikel, Handtücher, Waschlappen
- Fotos oder Lieblingsgegenstände mitbringen und in Sichtweite platzieren

- Lieblingsmusik hören lassen
- körperliche Aktivitäten unterstützen, z.B. Spazieren gehen
- gemeinsam kreativ sein
- regelmäßig Essen und Getränke anbieten
- ev. zu Untersuchungen begleiten

Besuchszeiten

- vertraute Personen können auf die Betroffenen beruhigend wirken
- es kann sinnvoll sein, die Besuchszeit zu verlängern
- nicht zu viele Besucher auf einmal

Wenn Sie weitere Fragen zum Delir haben, wenden Sie sich an das ärztliche oder pflegerische Personal der Station.

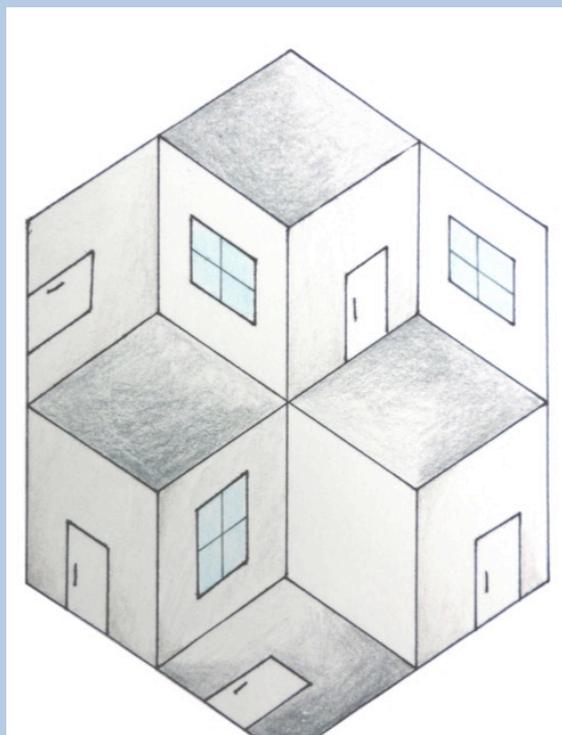
Für den Inhalt verantwortlich

Mag^a. Sonja Scheichenberger, akad. Pflegeberaterin
OA Dr. Thomas Frühwald
AG Delir KHR

Titelbild

Johanna Jandl, mit freundlicher Genehmigung

Für Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen



Informationen zum Delir



Einleitung

Diese Information soll den Betroffenen und ihren Angehörigen helfen, ein Delir besser zu verstehen.

Was ist ein Delir?

Delir (auch als „akute Verwirrtheit“ bekannt) ist ein häufiges Problem bei kranken Menschen. Dabei kommt es zu einer Beeinträchtigung verschiedener Gehirn-funktionen. Dadurch erleben die Betroffenen ihre Umwelt plötzlich völlig verändert und zeigen **eine plötzlich auftretende Veränderung** ihres gewohnten Verhaltens.

Woran können Sie ein Delir erkennen?

Wenn Sie folgende Veränderungen erleben bzw. beobachten

- Verschlechterung der geistigen Leistungsfähigkeit wie z.B. Desorientierung, Gedächtnisleistung, Denkstörungen
- Verkennen von Dingen oder Personen, bzw. Wahrnehmen von nicht vorhandenen Dinge, Personen oder Tieren (= halluzinieren)
- Unruhe, Ängstlichkeit, Aggressivität oder Zurückgezogenheit, Teilnahmslosigkeit
- Aufmerksamkeitsstörung, fehlende Konzentration, leichte Ablenkbarkeit
- Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus
- Typischerweise „kommen und gehen“ die Anzeichen im Tagesverlauf

Wer kann ein Delir bekommen?

Die Wahrscheinlichkeit, ein Delir zu entwickeln, nimmt mit dem Alter deutlich zu. Begünstigt wird ein Delir auch durch z.B.

- eine bereits bestehende Beeinträchtigung der Hirnleistungsfähigkeit (Demenzerkrankung)
- schon früher einmal aufgetretenes Delir
- bestehende Depression
- Leiden an mehreren Erkrankungen und Einnahme vieler Medikamente
- Aufenthalt auf einer Intensivstation
- eine durchgeführte Operation
- eine Hör- und/oder Sehbeeinträchtigung
- schlechter Ernährungszustand

Was kann z.B. ein Delir auslösen?

- Infektionen
- Verstopfung
- Flüssigkeitsmangel
- Entzug von Schlafmitteln und/oder Alkohol
- Schmerzen
- bestimmte Medikamente
- Reduzierung der Eigenbewegung und Mobilität z.B. durch Harnkatheter oder Infusion
- Ortswechsel

Wie lange kann ein Delir andauern?

Ein Delir ist in den allermeisten Fällen vorübergehend. Es dauert Stunden bis zu mehreren Tagen, manchmal auch Wochen. Das Ende – die Rückkehr in die „Normalität“ – ist meist genauso plötzlich wie der Beginn.

Wie erleben es die Betroffenen selbst?

Die Betroffenen spüren, dass etwas mit ihnen nicht stimmt. Der Zustand wird als sehr real erlebt. Aus der Sicht der Betroffenen ist ihr Verhalten angemessen, auch wenn es für die Mitmenschen unangepasst und befremdlich erscheint.

Häufig erinnern sich die Betroffenen später an den erlebten Verwirrheitszustand. Das kann zur Folge haben, dass ihnen im Nachhinein ihr Verhalten unangenehm ist. Oft fürchten sie auch, verrückt zu werden. Daher ist es wichtig, darüber zu sprechen und zu erklären, dass das Krankheitsbild häufig, aber vorübergehend ist.

Welche Maßnahmen setzt das Krankenhauspersonal?

- wir achten darauf, dass die verfügbaren Hilfsmittel und persönlichen Utensilien verwendet werden
- wir klären die Ursache ab und behandeln diese gezielt
- wir überprüfen die aktuelle medikamentöse Therapie
- wir geben bei Auftreten belastender Symptome geeignete Medikamente
- wir helfen bestmöglich bei der Reorientierung (Datum, Uhrzeit, Tagesablauf, wiederholtes Erinnern der Betroffenen, wo sie sich befinden und warum sie im Krankenhaus sind)

TAKE AWAY MESSAGE

- **Demenz** ist ein **chronischer Verwirrheitszustand**
- **Delir** ist ein **akuter, reversibler Verwirrheitszustand**
- Eine effektive **Delirprävention** ist **interdisziplinär** und **multiprofessionell** zu gestalten
- **Schulungen und Sensibilisierung des Personals**
- **Nur** ein im **Frühstadium** erkanntes **Delir** lässt sich **relativ problemlos behandeln**

TAKE AWAY MESSAGE

- Die **Häufigkeit eines Delirs** ist ein **Indikator** bezüglich **Qualität** in der **Betreuung** sowie **PatientInnensicherheit** von **älteren Menschen** in einem **Krankenhaus**
(National Quality Measures Clearinghouse of the Agency for Healthcare Research and Quality).
- **Fallanalysen** zeigen, dass **höhere Deliriumsraten** mit einer **niedrigen Betreuungsqualität** korrelieren