Delir

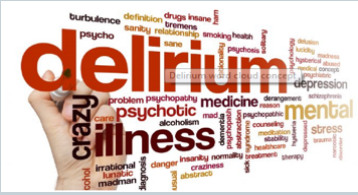
Pflegerische Aspekte im Umgang mit deliranten Patienten

Kongress für Innere Medizin 26.10.2021

1

CAROLIN MOEWES

PFLEGEEXPERTIN INTENSIV- UND ANÄSTHESIE
BACHELOR/MASTER OF SCIENCE IN NURSING (PÄDAGOGIK)
LUZERNER KANTONSSPITAL ZENTRUM FÜR INTENSIVMEDIZIN



Warum ist das Thema so wichtig?

2

...die Diagnose wird nur in 12-35 % gestellt

...da es von 32-66% der Ärzte <u>nicht</u> erkannt wird

...und in 43 % der Fälle von Pflegepersonen <u>nicht</u> erkannt wird

Definition

3

- Der **Begriff „Delirium“** leitet sich vom lateinischen Wort „**de lira ire“** ab → was **„aus der Furche**“ oder **„aus der Spur“** gehen bedeutet
- Hochrelevantes **Syndrom** bei älteren Menschen, das durch ein akuten **Verwirrtheitszustand** gekennzeichnet ist
- **Keine** eigenständige **Krankheit**, sondern ein Symptomkomplex
- Kann erstes Anzeichen einer Krankheit sein
- Es kommt zu einer akuten, organisch bedingten Beeinträchtigung des Gehirns, was dazu führt, dass die betroffenen Personen auf Umweltreize unangemessen reagieren – durcheinander wirken und unfähig sind sich zu orientieren

Definition nach ICD-10

4

Nach der international Classification of Diseases (ICD-10)

- **Bewusstseins- und Aufmerksamkeitsstörung** **Leitsymptom**
- **Störung der Kognition**
- **Psychomotorische Störung**
- **Störung des Schlaf-Wach Rhythmus**
- **Plötzlicher Beginn und Tagesschwankenden Symptomen**

Der Beginn ist gewöhnlich **akut**, im Tagesverlauf wechselnd **(fluktuierend), die Gesamtdauer beträgt weniger als 6 Monate.**
Es kann in **jedem Alter auftreten,** ist jedoch am **häufigsten jenseits des 60-zigsten Lebensjahres .**
Der **charakteristischste Auslöser** ist eine **akute Erkrankung.**

Quelle 1

Synonym

5

- Verwirrtheitszustand
- Akutes psychorganisches Syndrom
- Durchgangssyndrom
- Akuter exogener Reaktionstyp
- Hirnorganisches Psychsyndrom (HOPS)
- Postoperative cognitive Dysfunktion (POCD)

Durch diese Ausdrücke wurde der Anschein erweckt, die zerebrale Organdysfunktion sei zeitlich begrenzt und heile folgenlos aus!

Epidemiologie

6

- Im häuslichen Bereich wird die Delirprävalenz auf 1-2% in der Gesamtpopulation Älterer (›65 Jahre) geschätzt
- Bei den über 85-jährigen liegt sie schon bei ca. 14%
- Langzeiteinrichtungen bis 20%
- Postoperativ im Spital 30-50%
- Intensivstation 70-80% ein Delir entwickeln
- Terminalphase des Lebens haben bis zu 90% der Patienten Delirsymptome

Quelle[1]

Zahlen und Fakten

7

Ein Delir tritt auf:

- 65% der Fälle nach Hüftgelenksoperationen
- 50% elektive herzchirurgische Eingriffe
- 20-30% nach Verbrennungen
- 10-30% auf internistischen Abteilungen
- 80% auf Intensivstation

Savaskan,Hasemann (2017):Leitlinien Delir. S.38

Prognose

8

2× erhöhte Sterberate auf Intensivstation
Ouimet S. et al., Intensiv Care Med 2007, 33 66-73
Ely W. et al, JAMA 2004, April 14, 2004, Vol 291, No.14

3× erhöhte Sterberate innerhalb von 6 Monaten (nach dem Spitalaufenthalt)
Ouimet S. et al., Intensiv Care Med 2007, 33 66-73
Ely W. et al, JAMA 2004, April 14, 2004, Vol 291, No.14

9× höheres Risiko von dauerhaft kognitiver Beeinträchtigung wie Demenz
Ely W. et al, JAMA 2004, April 14, 2004, Vol 291, No.14

1-Jahres Mortalität ca. 35-40%

Bis zu 2 Jahre nach Delirepisode erhöhtes Mortalitätsrisiko

DELIR medizinischer NOTFALL

Pathogenese

9

- Ist meist **multifaktoriell**
- Kann als das Ergebnis von **komplexen Interaktionen** zwischen vorbestehenden, **prädisponierenden Faktoren** einerseits und akut oder subakut **einwirkenden Noxen** anderseits verstanden werden
- *Prädisponierende Faktoren* (umfasst die individuelle Vulnerabilität und damit das Risiko des einzelnen Patienten ein Delir zu entwickeln)
- *Präzipitierende Faktoren* (...sind akute Erkrankungen, Operationen, Katheter, Schmerzen etc.)

Prädisponierende und Präziptierende Faktoren

10

Prädisponierende Faktoren	Präzipitierende Faktoren
➢ Kognitiver Status ○ eingeschränkte Kognition ○ Demenz ○ stattgehabtes Delir ○ Depression ➢ Alter > 65 Jahre ➢ Abhängigkeiten (Alkohol, Nikotin, Medikamente) ➢ Multimorbidität ○ chronische Leber- und Niereninsuffizienz ○ Apoplex ○ neurologische Vorerkrankung ○ Fraktur oder Trauma ○ metabolische Störungen ➢ Dehydration/Malnutrition ➢ Polypharmazie ➢ Funktioneller Status ○ Obstipation ○ Immobilität/Gebrechlichkeit ○ Schmerzen ○ Seh-/Hörstörungen ➢ Schlafmangel	➢ Schmerzen ➢ Akute Erkrankung: ○ Infektion (Harnwegsinfekt, Pneumonie, Sepsis) ○ Myokardinfarkt, kardiale Dekompensation ○ Obstipation ○ Anämie ○ Dehydration ➢ Primär neurologische Erkrankungen ○ Apoplex ○ intrakranielle Blutung ○ Meningitis, Enzephalitis ○ Epilepsie ➢ Metabolische Entgleisung ○ Hypo-/Hyperglykämie ○ Säure-Basen-Störungen ○ Hypo-/Hyperthyreose, Hypo-/ Hyperthyreoidismus, Addison-Krise ➢ Medikamente ○ Alkohol-/Benzodiazepinentzug, paradoxe Wirkung von Sedativa ○ Anticholinerge oder dopaminerge Medikation ○ Opioide ➢ Operationen ➢ Epileptisches Ereignis/nicht-konvulsiver Status ➢ Umgebungsfaktoren ○ Blasenkatheter ○ Intensivstation ○ Stress ○ Fixierungsmaßnahmen

Quelle 8

Pathogenese

11

Prädisponierende Faktoren

- **Akute somatische Erkrankungen**
- **Hypoxie, Metabolische Störung**
- **Pharmaka (Substanzentzug oder UAW)**
- **Systemische Entzündungen (Infektion, Trauma, OP)**

Pathophysiologische Veränderung im ZNS

Oxidativen Stress
- Cerebral metabolische Störung→ kognitive Defizite
- Stresshormone
- Schlaf-Wach Störung

Neurotransmitter-veränderung
- Acetylcholin↑
- Dopamin↑
- Glutamat
- Serotonin
- Histamin
- GABA

Entzündungen
- Aktivierung der Mikrolglia
- Cytokinspiegel↑, Cortisol↑
- Neurotoxische Wirkung
- Neuronale/synaptische Schädigung

Reversible Dysregulation der neuronalen Membranfunktion

Delirschwelle↓, Demenzrate↑, Langzeitprognose↓

Formen des Delirs

12

Hyperaktives Delir

- **Eher bemerkt**
- Unangepasstes Verhalten
- Psychosomatische Unruhe, Erregung, Hyperaktivität, Halluzination, Wahnvorstellung, Angst, Tachykardie, Hypertonie, Tachypnoe, Schwitzen und hoher Redebedarf

Hypoaktives Delir

- **Häufigere** und **gefährlichere** Form
- **Oftmals nicht erkannt** und nicht behandelt
- Gekennzeichnet durch Bewegungsarmut, Lethargie, Somnolenz und wenig spontane Kontaktaufnahme
- Halluzination und Desorientierung werden erst durch Befragung deutlich

Gemischte Formen

- **Beide Formen** fluktuieren im laufe des Tages

Formen des Delirs

13

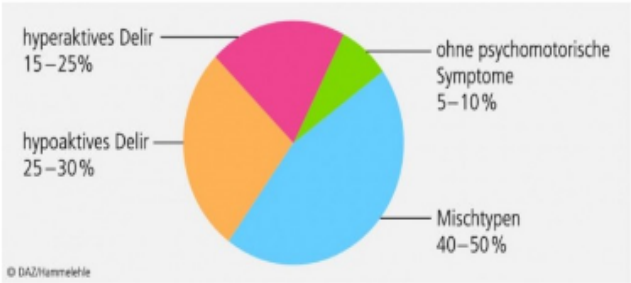


Abb. 1: Häufigkeit der Delirsubtypen, nach [2]. Mischtypen kommen mit fast 50% am häufigsten vor, gefolgt vom hypoaktiven Delir mit 25 bis 30%. Überraschenderweise steht die hyperaktive Form, die oft primär mit der Diagnose Delir assoziiert wird, mit 15 bis 25% erst an dritter Stelle.

Quelle [3]

Symptome

14

Diffuse kognitive Defizite
Orientierung
Aufmerksamkeit
Fragmentierte Gedanken
Gedächtnisstörung

Affektive Störung
Ängstlich-depressiv
Ärgerlich-euphorisch
situationsinadäquat

Störung der Psychomotorik
Hyperaktiv
Hypoaktiv
gemischt

Bewusstseins-störung/ Aufmerksamkeits-störung

Denkstörung
Formale
Assoziativ
inhaltlich

Wahrnehmungsstörung
Erhöhte Suggestibilität
Illusionäre Verkennung
Metamorphosen
Halluzination

Sprachstörung
Wortfindungsstörung
Paraphasie

Vegetative Symptome
Tachykardie u. Herzbeschwerden
Arterielle Hypertonie
Unruhe,Tremor
Schwitzen, Hyperthermie
Übelkeit

Schlafstörung
Schlaflosigkeit
Umkehr des normalen Rhythmus

Nach H.P. Kampfhammer, 2009 und Grob,, Eichelberger et. al. 2021

Differenzierung Delir, Demenz, Depression

15

Jeder Mensch, kann kurzzeitig verwirrt sein, ohne im Delir zu sein.

Das Delir ist die Diagnose und die Verwirrtheit eines der Symptome.

Wichtig! Ursache für die Verwirrtheit suchen

Ein Delir liegt vor, wenn die Kriterien der Definition von DSM-IV oder ICD-10 erreicht sind.

Ein vorangegangenes Delir ist ein Risiko für ein erneutes Delir

Häufigster Fehler ein Delir wird als Demenz interpretiert

Hauptrisikogruppen für ein Delir: Patienten mit dementieller Entwicklung oder Veränderungen/Erkrankungen im Gehirn (Alzheimer)

Kli			
Beg			
Verlau			
Dau			ate
Bew			
Auf störung			
Ori g			
Ha			
		Demenzformen möglich	

Quelle [2], S. 34

Delir-Management

16

Das Delir-Management umfasst folgende Schritte:

- Die Ursachen des Delirs behandeln
- Kommunikation mit der betroffenen Person und ihren Angehörigen optimal gestalten
- Protokolle zur Prävention entwickeln
- Orientierung und sichere Umgebung herstellen

Wer kennt das nicht! Was tun?

17

Ursachen suchen

Probleme mit der Ausscheidung

Medikamente

Infektion

Schmerzen

Dehydration

Sauerstoffversorgung

Medikamente mit delirogenem Potenzial

Analgetika - Opiate, beim absetzen von NSAR,ASS nur in hohen Dosen
Antibiotika – Chinolone (Ciprofloxacin, Levofloxacin, Moxifloxacin)
Antihypertensiva – α-Rezeptor Blocker
Diuretika – Thiaziden (Clopamid, Indapamid)
iva – hohes Risiko bei
ka – Präperate mit anticholinerger Wirkung
erodin)
ine – Entzug von Benzos
ursachen, aber auch Dauereinnahme

Diagnose

Akuter Beginn der Störung?
Vorhandensein von somatische Erkrankungen?
Neue Medikamente oder neu dosierte Medikamente?
Psychologische Faktoren in de
Anamnese wie Isolation, Ortsw
Trauer, Depression?

Was benötigt der Patient gerade?

Welches Bedürfnis hat er?

Was will er mit seinem Verhalten mitteilen?

Kontrolle über das Verh

Maßnahmen ergreifen

Ruhe bewahren

Gewaltfreie Haltung einnehmen

Fixierungsmaßnahmen vermeiden

Orientierungshilfen geben

Psychotische Symptome wahrnehmen

Bedürfnisse erfassen

Sicherheit vermitteln

Foto:Quelle [4]

Präventive Maßnahmen

18

Prävention und Behandlung von kognitiven Störungen und/oder Orientierungsstörungen	**Ruhig, nicht konfrontativ Langsam, klar kommunizieren Erklären , neben ihm sitzen Kalender, Uhr, Fotos**
Prävention und Behandlung von Dehydration und Obstipation	**Flüssigkeit zuführen Trinken auffordern Bilanz erstellen - Trinkprotokoll Obstipation entgegenwirken**
Prävention und Behandlung von Infektionen	**Erkennen und behandeln Zugänge und Katheter baldmöglichst entfernen Aspirationen vermeiden**
Prävention und Behandlung von Immobilität und eingeschränkter Mobilität	**Schnellstmögliche Mobilisation**
Prävention und Behandlung von Schmerzen	**Erkennen-wahrnehmen-behandeln-evaluieren**
Prävention und Behandlung von Mangelernährung	**Nahrungszufuhr-Ergänzungsmittel, Mundpflege, Angehörige mit einbeziehen**
Prävention und Behandlung von Seh-und Hörminderung	**Brille, Hörgeräte etc. besorgen**
Prävention und Behandlung von Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus	**Ruhe, Lärm vermeiden, heiße Getränke, Tuch mit Lavendelöl, kurze Massage**

Fallbeispiel 1

19

Frau K. 19.01.1942

- Akute Niereninsuffizienz
- Hyponatriämie
- Anämie
- Diabetes mellitus Typ 2
- Hypertensive Herzerkrankung
- Koronarsklerose

Vorhandensein **somatischer Erkrankungen**

Diagnostik/Screening

Anamnese:

Eingeschränkte Anamnesefähigkeit
Bei nicht ausreichend orientierter Patientin.
[illegible] seit 2 Wochen
[illegible] laut Sohn
[illegible] zu sein
-Motivations-und Antriebslos
-habe ja keine Arbeit mehr, Enkel gehen zur Schule
-Gartenarbeit macht ihr keine Lust mehr
-keine Allergien, kein Fieber, kein Schüttelfrost

Gefahr ein Delir zu entwickeln!!! (Subsyndromales Delir)

Laborwerte

- Na 129
- K 4,7
- Chl. 103
- BZ 7.1
- Hb 88
- pH 7,262

Laborwerte: Hinweisenden Charakter geronotpsychiatrische Erkrankungen

Risikofaktoren suchen
-Alter
-Gebrechlichkeit
Ungeplanter Eintritt
Dehydration Infektion
Alkohol, Drogen, Medis etc.

Bett-side-Test
-Monate rückwärts nennen
-Radio rückwärts buchstabieren oder ANANAS

Anamnese
Psychologische Faktoren, Isolation, Ortswechsel, Verluste, Trauer, Depression etc.

Fallbeispiel 1

20

Präventive Maßnahmen
... Inzidenz eines Delirs lässt sich positiv beeinflußen

- Tägliche Beobachtung
- Kognitive Stimulation
- Reorientierung
- Prävention von Hypoxämie
- Dehydration und Mangelernährung korrigieren
- Frühmobilisation
- Anpassung der Pharmatherapie
- Behandlung der Schmerzen

If you don´t look for it you won´t see it

Typische Komplikationen des Delirs beim alten Menschen

- Stürze
- Dekubitus
- Nosokomiale Infektionen
- Vermindertes Funktionsniveau
- Inkontinenz
- Übersedierung

„Jeden Patienten so behandeln, als sei er Delir gefährdet“

Fallbeispiel 2

21

Frau Z. 15.03.1932

- 89-jährige alleinstehende Patientin
- Mutmaßlich bestehende Demenz
- Zuweisung durch Notarzt → Apathie

Befund

- vigilanzgemindert
- verwahrlost
- Nicht befragbar, Abwehrverhalten
- Kalt, zyanotisch
- Puls 52, arrhythmisch
- Temp. 32,5
- Blutdruck nicht messbar

Hypoaktives Delir?!?

Verlauf

- Verlegung Innere Medizin
- bei: Hypothermie, Exikose, unklare abdominale Situation

Fallbeispiel 2

22

- Wenig Prägnante Präsentation von ursächlich somatischer Erkrankung
- Fluktation nicht berücksichtigt werden
- Eingeschränkte Untersuchbarkeit
- Unangemessene „Psychiatrisierung“
- Übersehen iatrogener Noxen → Polypharmazie

Verschleierung von Tatsachen (Fallgruben)

Achtung

- Ältere
- Klares
  - Risi
  - Vorschäden, Komplikationen
  - Ggf. Hausarzt kontaktieren

Achtung!!!
Delir wird als Demenz interpretiert!
Demenz kann sich innerhalb weniger Tage verschlechtern

Delir welches eine Demenz überlagert!

Fallbeispiel 3

23

Herr I. 16.07.1963

- 58-jähriger Patient
- Larynxkarzinom-OP
- Serbischer Herkunft

Verlauf: WAR – IPS - Abteilung

18:49...Pat. ist unruhig klettert aus dem Bett
....möchte sein Oxynorm
....war auf Station genauso fo
uneinsichti

19:59...Pat. zunehmend agit
...hat Überwachungsmo
bedroht Mitarbeiter und andere Pat
....kann nicht sofort sediert werde Securia
und mehrere Personen müssen ihn festhalte
...schlussendlich mit Ketamin sediert
....unter Propofol auf die IPS verlegt

20:05 ....Ehefrau informiert, teilt mit das Pat. seit der Krankheit zuhause genauso ist und Angst hat Sie an einen jüngeren zu verlieren, da ein hoher Altersunterschied besteht
...versucht außerdem die Kinder von seiner Sicht zu überzeugen

Hyperaktives Delir

Weitere Diagnosen:
- 58-jähriger Pat.
- Demyelinisierende symetrisch distal betonte **Polyneuropathie** noch unklarer Genese
-Exzentrisch-hypertrophe Kardiomyopathie, hypertensiver DD ischämischer genese DD bei kardialer Amyloidose
-Migräne mit Aura
-Mikroangiopathischer inferolateraler Thalamusinfarkt rechts
-Chron. Niereninsuffizienz
-Insulinpflichtiger D. mellitus
-**Chron. Abdominelles Schmerzsyndrom**
-**Depression** mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung
-Hörsturz
-**Periphere arterielle Verschlusskrankheit** beider Beine im Stadium 2
-Chron. Hepatitis B
-Nikotinabusus
-**Opiatabusus**
-Energie- und Eiweißmangelernährung

Fallbeispiel 3

24

Kommunikation-Sprachbarrieren

<u>Ziel:</u> Angst und Stress reduzieren
Beruhigung, Trost
Patientenbeziehung herstellen

- „aktives zuhören“
- Empathie
- Nicht widersprechen
- Gewaltfreie Kommunikation
- Vereinbarungen abmachen und einhalten
- Fremdworte vermeiden
- Aussagen zur Orientierung
- Sicherheit, Geborgenheit
- Zuhören, nachfragen, wiederspiegeln
- Non-verbale Techniken
- Orientierungshilfen

Vorher bestehende Medikamente weiter geben!

Fallbeispiel 4

25

Herr M.
-84-jähriger Pat.
-Hüft-TEP nach Sturz
-C2-Abusus
-Nikotinabusus
-Diabetes mellitus Typ 2
-Hypertonus
-Leider im Verlauf verstorben

Ursachen

Operation
Narkose
C2-Abususs
Abrupter Rauchstopp
Fixierungs-massnahmen
Verschiedenste Stresssituation
Schmerzen
Ungewohnte Umgebung

Postoperatives Delir

Fallbeispiel 4

26

Uruhe im Rahmen eines dissoziativen Geschehen
Schmerzen
Atemnot
Stuhldrang/Harndrang
Überforderung

Psychomotorische Unruhe im Rahmen einer GABAergen Enthemmung
Alkoholentzug
Benzodiazepin-Entzug
Prophylaxe und Therapie :
Benzodiazepingabe

Hyperaktives Delir

Abendliche Unruhe
bei Alzheimer Demenz
Sog.
sundowning

Unruhe

Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz
BPSD
Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia

Psychomotorische Unruhe im Rahmen einer Psychose
Dopamingetriggert
Dopaminblocker sind induziert
Atypische Neuroleptika
(Seroquel)
Typische Neuroleptika
(Haldol)
Achtung!!! Haldol selbst kann auch Unruhe machen
(Akathisie auslösen)

Fallbeispiel 5

27

Patientin mit Mammakarzinom wird plötzlich unruhig agitiert

Delir
(Durch was entsteht dies?)

Kürzere Lebensdauer
Ggf. Schmerzen
Häufigste Ursache für Delir bei Tumorpatienten:
Metabolische Störung wie **Hyperkalzämie** (bei Knochenmetastasen)
Hypoglykämie
Dehydration
Organversagen

Zusammenfassung der pflegerischen Aspekte

28

Prinzipien

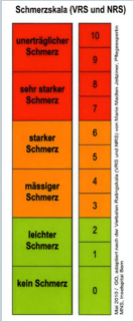
- Paradigmenwechsel - Altersmedizin
- ***Die kausal Therapie, d.h. Ursachen Behandlung, Prävention und nichtpharmakologische Interventionen haben Vorrang***
- Delirmanagmente (***proaktiver Ansatz statt reaktiv***)
- Für Sicherheit sorgen
- Orientierung verbessern
- Angst mildern
- Behandlung der allgemein delirogenen Faktoren
- Vermeidung potenziell schädlicher Maßnahmen

Fixierung gilt als unangemessen und potentiell gefährliche Intervention

Zusammenfassung der pflegerischen Aspekte

29

Schmerzerfassung



- Schmerzbehandlung unverzichtbar bei der Prävention des Delirs
- Schmerz ist ein zusätzlicher Stressor
- Schmerzerfassung
- Schmerzbehandlung
- Schmerzbeurteilung
- Evaluation
- ***Achtung!*** Schmerzwahrnehmung verstärkt sich durch Schlafmangel

Zusammenfassung der pflegerischen Aspekte

30

Kommunikation

- mit Namen ansprechen
- Befinden erfragen (Patienten möchten wahrgenommen werden)
- Fragen nach Sorgen, Ängsten, Bedürfnissen, Wahrnehmungsstörungen
- Aktives zuhören (wiederholen, paraphrasieren, Gefühle bestätigen)
- Verständnis zeigen
- Geduldig sein
- Empathisch und ruhiger, klarer Kommunikationsstil
- Kein provokatives, konfrontatives Verhalten
- Kurze knappe Sätze (Fachjargons vermeiden)
- Ehrlich ggf. klarstellen das man die Halluzination nicht sieht
- Darauf gefasst sein, das der Patient unserer Logik nicht folgen kann

Wichtig! Wertschätzend - Ernst genommen werden – Wahrgenommen werden

Quelle 9

Zusammenfassung der pflegerischen Aspekte

31

Einbeziehung von Angehörige

- Angehörige haben wichtige ***delirpräventive Rolle*** im Bereich der Pflege, Betreuung und Fürsorge
- Jedoch müssen Angehörige im Vorfeld informiert und aufgeklärt werden→ sonst kann es scheitern die Angehörigen Einzubinden
- Orientierungshilfe
- Vertraute Informationsquelle
- Rolle des Dolmetschers
- Reale Anwesenheit → Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit
- Gewinn von Hoffnung für den Patienten
- Ablenkung durch Gespräche, Berührungen, Gesten
- Angehörige tragen zum Erhalt der zeitlichen, örtlichen, situativen und personellen Orientierung bei

Achtung! Angehörige können überfordert, Angst haben, sich gestresst fühlen

Zusammenfassung der pflegerischen Aspekte

32

Re-Orientierung

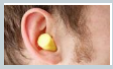
- ermöglicht Adaption an veränderte Situation
- Situationsorientiert auf Tageszeit, Tag und momentanen Ort aufmerksam machen
- Anbringen von realitätsgetreuen Elementen
- Uhr, Kalender, Information zur Klinik
- Kennzeichnen vom Bett oder Nachttisch mit Namen
- Bilder und Fotos von Angehörigen
- Zeitung
- Pflegemittel
- Beliebte Musik

Zusammenfassung der pflegerischen Aspekte

33

Förderung des Schlaf-Wach Rhythmus

- Lärm vermeiden bzw. reduzieren
- Umgebungsfaktoren anpassen (abdunkeln, Schlafbrille, Ohrenstöpsel)
- Schmerz wahrnehmen und reduzieren
- Pflegerische oder diagnostische Intervention minimieren
- Beruhigende Waschung
- Ggf. Hand- oder Rückenmassage
- Verbesserung der Lagerung
- Wärme (Körnerkissen, Socken, heisses Getränk)
- Ätherische Öle (Lavendel)



Zusammenfassung der pflegerischen Aspekte

34

Assessmentinstrumente

Delirium Observation Screening (DOS)

Confusion Assessment Methode (CAM)

Confusion Assessment Methode –Intensiv

Medikamente

Antipsychotika sind Medikamente der **1. Wahl** in der **symptomatischen Delir-Behandlung**. Meiste Evidenz →**Haloperidol**

Benzodiazepine sind in der **Entzugsdelir** Therapie Mittel der **1.Wahl**. (Achtung! Können selbst Delirien verursachen oder bestehende Symptome Verschlechtern)

Zusammenfassung der pflegerischen Aspekte

35

Pflegekraft

- Bezugspflegekraft
- Ggf. „Sitting“ → Kontinuität

- Herausforderung
- Emotionale Belastung
- Überforderung
- Nicht-Planbarkeit der Arbeit
- Hoher sozialer und kommunikativer Betreuungsaufwand
- Geduld
- Professionalität

Achtung!!! Erschöpfung droht → Roundtable, Fallbesprechung, Care Team

Empfehlungen zur nichtpharmakologischen Behandlung

36

- **Mögliche Ursachen eines Delirs identifizieren und behandeln**
- **Angemessene Kommunikation sowie Reorientierung effizient gestalten**
- **Angehörige während des Delirs in die Betreuung einbeziehen**
- **Dem Erleben der deliranten Person und ihren Angehörigen Beachtung schenken und diese Erfahrungen bei der fortlaufenden Evaluierung des kognitiven Zustandes Beachtung schenken**
- **Umgebung anpassen und sicher gestalten, künstliches Licht während der Nacht vermeiden**
- **Störung des Schlaf-Wach Rhythmus vermeiden**
- **Sauerstoff verabreichen**
- **Elektrolythaushalt ausgleichen**
- **Schmerzen behandeln**
- **Ausgewogene Ernährung**
- **Nach chirurgischen Eingriffen rasche Mobilisation**
- **Postoperative Komplikationen vorbeugen und diese frühzeitig erfassen**

Folgen

37

- **Verlängerter Spitalaufenthalt**
- **Dauerhafte Verschlechterung körperlicher und kognitiver Funktionen**
- **Risikofaktor für Frailty**
- **Erhöhter Betreuungsbedarf /-aufwand**
- **Risiko spitalassoziierter Infektionen**
- **Sturz-und Verletzungsrisiko**
- **Gesteigerter Kostenfaktor**
  (Schweiz 2007 ca. 926 Mio. CHf)
- **Psychische und Emotionale Belastung für Patient, Angehörige und Personal**

Take home massage

38

Delir-Vorsorge und **Delir-Erkennung** kommt eine große Bedeutung zu, denn …
1/3 der Delirien kann durch Prävention verhindert werden
2/3 der Delirien müssen behandelt werden

Prävention, **Diagnostik** und **Therapie** sind nur interdisziplinär und multiprofessionell denkbar (Ärzte, Pflege, Physiotherapeuten etc.)

Paradigmenwechsel zur Stärkung der Altersmedizin in unserer Gesellschaft

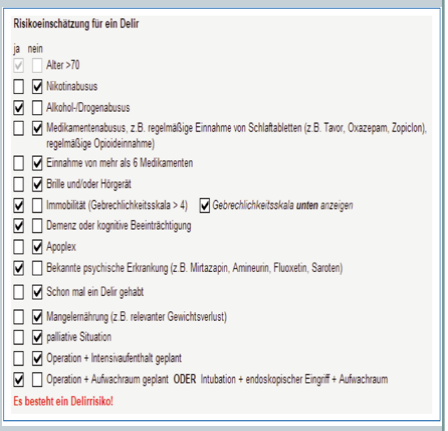
Das Delir im Alter ist phänomenologisch und ätiologisch heterogen (uneinheitlich) und erfordert **individuelle Behandlungskonzepte**

Alle **multikomponenten, nichtpharmakologischen Maßnahmen** können das **Delirrisiko um 57 % senken**, sowie eine Reduktion des Sturzrisikos bewirken

Empfehlung für die Zukunft

39

- Schulung
- APN (Advanced Practice Nurse)
- Hospital Elder Life Programm (siehe deutschland)
- Broschüren
- Leitfaden
- Interne Standards
- Pocket Cards
- Risikoeinschätzung aus israelischen Spital(siehe Bild)



Risikoeinschätzung für ein Delir

ja	nein	
☑	☐	Alter >70
☐	☑	Nikotinabusus
☑	☐	Alkohol-/Drogenabusus
☐	☑	Medikamentenabusus, z.B. regelmäßige Einnahme von Schlaftabletten (z.B. Tavor, Oxazepam, Zopiclon), regelmäßige Opioideinnahme)
☐	☑	Einnahme von mehr als 6 Medikamenten
☐	☑	Brille und/oder Hörgerät
☑	☐	Immobilität (Gebrechlichkeitsskala > 4) ☑ Gebrechlichkeitsskala ***unten*** anzeigen
☑	☐	Demenz oder kognitive Beeinträchtigung
☐	☑	Apoplex
☑	☐	Bekannte psychische Erkrankung (z.B. Mirtazapin, Amineurin, Fluoxetin, Saroten)
☐	☑	Schon mal ein Delir gehabt
☐	☑	Mangelernährung (z.B. relevanter Gewichtsverlust)
☐	☑	palliative Situation
☐	☑	Operation + Intensivaufenthalt geplant
☑	☐	Operation + Aufwachraum geplant ODER Intubation + endoskopischer Eingriff + Aufwachraum

Es besteht ein Delirrisiko!

Noch Fragen?

40

Quelle/Literaturangaben

41

- Quelle 1

Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie. Böhmdorfer et al (2017): Delir,Ein häufiges Syndrom im Alter – eine interdisziplinäre Herausforderung. 2. überarbeitete und ergänzte Auflage 2017. Friedrich Druck & medien GmbH, Linz.

- Quelle 2

Savaskan und Hasemann (2017): Leitlinie Delir. Empfehlung zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. Hogrefe Verlag, Bern.

- Quelle 3

https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2013/daz-19-2013/mehr-als-nur-ein-durchgangssyndrom

- Quelle 4 (Foto)

https://www.afsain.ch/fileadmin/user_upload/Gabriel_Ramona_Delirprophylaxe_bei_bei_beatmeten_Patienten.pdf

- Quelle 5

Hewer, Thomas,Drach (2016):Delir beim alten Menschen. Grundlagen – Diagnostik- Therapie – Prävention. Kohlhammer Verlag GmbH, Stuttgart.

- Quelle 6

Frühwald,T., Weissenberg-Leduc, M., Jagsch, C., Singler, K., Gurlit, S., Hofmann, W., Böhmermann, B., Igseder, B. (2014): Delir eine interdisziplinäre Herausforderung. In Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. S. 425-440. Springer Verlag Berlin Heidelberg.

- Quelle 7

Grob,Eichelberger,Baumgartner,Wertli (2021): Das akute Delir während der Akuthospitalisation. Swiss medical Forum (21). S.7-12.

- Quelle 8

https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/AVP/Artikel/2021-1-2/030h/index.php

- Quelle 9

https://www.klinikum-stuttgart.de/fileadmin/mediapool/bilder/6._Delirtag_November_2017/Blumenrode_Workshop_Kommunikation_Delirtag_2017.pdf

- Quelle 10
- Skript von D.L. Leuenberger: „Ich fühle mich neben der Spur....".INSELGRUPPE. Online verfügbar unter:

https://palliativebern.ch/fileadmin/user_upload/pdf/pdf-dateien/Umgang_mit_Patientinnen_mit_Delir_in_der_palliativen_Situation_Leuenberger.pdf