Delirmanagement – Aspekte der Pflege

Manuela Soldi, Pflegeexpertin MScN,

Abt. Entwicklung und Qualitätsmanagement Pflege

Kantonsspital
St.Gallen

Verständnis von Delir im historischen Rückblick

«Bei akutem Fieber, Lungenentzündung, Meningitis, Phrenitis und akuten Kopfschmerzen beobachte ich, dass die Patienten… mit den Händen in der Luft umher-fuchteln, auf der Bettdecke Flusen zupfen und Spreu von der Wand pflücken. Alle diese Zeichen sind ungünstig und im Grunde tödlich.»

(Hippokrates v. Kos (ca. 460-377 v. Chr.)

Aulus Cornelius Celsus

...mentale Störungen, die während Fieber oder als Folge eines Kopftrauma auftreten.

Fehlende einheitliche Begrifflichkeit
Korrekt: Delir (Delirium)

(Nach Wolfgang Hasemann, Leiter Basler Demenz-Delirprogramm)

Delir - Prävalenz

	Prevalence (%)*	Incidence (%)*	Outcomes (adjusted RR†)
Surgical			
Cardiac	..	11–46	Cognitive dysfunction 1·7; functional decline 1·9
Non-cardiac	..	13–50	Functional decline 2·1; cognitive dysfunction 1·6
Orthopaedic	17	12–51	Dementia or cognitive dysfunction 6·4–41·2; admission to institution 5·6
Medical			
General medical	18–35	11–14	Mortality 1·5–1·6; functional decline 1·5
Old age medicine	25	20–29	Falls 1·3; mortality 1·9; admission to institution 2·5
Intensive care	7–50	19–82	Mortality 1·4–13·0; longer length of stay 1·4–2·1; extended mechanical ventilation 8·6
Stroke	..	10–27	Mortality 2·0; any of increased length of stay, functional impairment, or death 2·1
Dementia	18	56	Cognitive decline 1·6–3·1; admission to an institution 9·3; mortality 5·4
Palliative care, cancer	..	47	..
Nursing home or postacute care	14	20–22	Mortality 4·9
Emergency department	8–17	..	Mortality 1·7

(Inouye SK. Lancet. 2014;383:911-922)

- ***https://www.youtube.com/watch?v=tpU6QykYD2c***

- **Pädiatrische Intensivstation:**
- Alter MW 3.5 (SD 4.7)
  Range (2 Wochen–17 Jahre)
- 33.3% Schweres Delir
  33.2% leichtes Delir
- (Dill ML. Monatsschr Kinderheilkd. 2016:1-8)

Folgen eines Delirs

- Höhere Verweildauer im Spital (O'Keeffe & Lavan, 1997)
- Vermehrte Komplikationen im Spital und danach (Marcantonio et al., 2005)
- Schlechtere Rehabilitations-Outcomes (Olofsson et al., 2005)
- Höhere Mortalität nach 6 Monaten und 5 Jahren (7.35 fach erhöht)
  (Han Ann Emerg Med. 2010;56:244-252 e241; Moskowitz.*Am J Surg*. 2017)
- 30% Mortalität, wenn auf dem Notfall übersehen (Kakuma. *J Am Geriatr Soc. 2003;51:443-450)*
- Höhere Pflegebedürftigkeit mit häufigerer Einweisung in Pflegeheim
  (McCusker, Cole, Dendukuri, Belzile & Primeau, 2001)
- Verschlechterung einer vorbestehenden Demenz (Davis.JAMA Psychiatry. 2017; (74) 3: 244-251)
- Entwicklung einer Demenz (Cavallari. Neurology. 2017;89:1020-1027)
- Erhöhte Behandlungskosten (Inouye, 2006)

Symptome des Delirs

Klinische Merkmale des Delirs (1)

(Kernsymptome)

Akutes Auftreten

- Abrupt, Stunden, Tage
- Verlässlicher Informant wird benötigt, um Auftreten zu bestätigen

Fluktuierender Verlauf

- Symptome kommen und gehen
- Verändern sich im Schweregrad über 24 h
- Charakteristisch sind klare Momente

Störung der Aufmerksamkeit

- 97-100%
- Schwierigkeit zu fokussieren
- Abschweifend
- Gespräch oder Aufforderung zu folgen fällt schwer

Desorganisiertes Denken

- 54-79%
- Unlogischer Gedankenfluss

Veränderte Bewusstseinslage

- Verschwimmen des Bewusstseins
- Absinken in Träume

Klinische Merkmale des Delirs (2)

(Zusätzliche Symptome)

Kognitive Defizite

- Nicht orientiert
- Gedankenlücken
- Drücken sich in der Sprache aus (57-67%)

Störungen der Wahrnehmung

- 21-31%
- Halluzinationen
- Illusionen

Psychomotorische Störungen

- 24-94%
- Hyperaktiv
- Hypoaktiv
- Mischformen

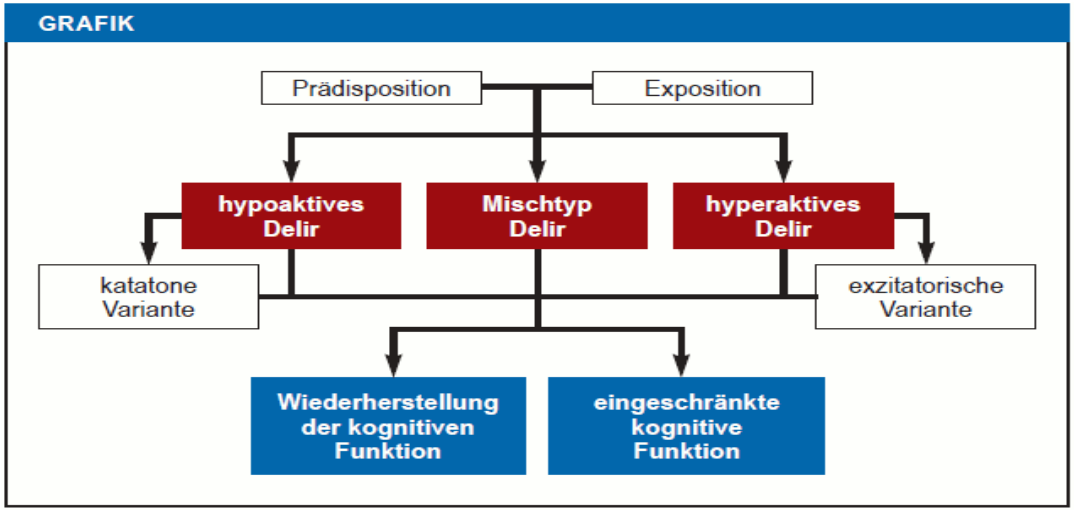
Schlaf-Wach-Rhythmus

- 92-97%
- Tagsüber müde
- Nachts wach
- Unterbrochener Schlaf
- Komplette Tag-Nacht-Umkehr

Emotionale Störungen

- 43-86%
- Angst
- Paranoia
- Depression
- Reizbarkeit
- Apathie

Subtypen des Delirs



Mögliche Delirformen und klinische Behandlungsergebnisse. Ursächlich für ein Delir ist ein Zusammenspiel von Prädisposition und Exposition gegenüber delirogenen Faktoren. Das Vollbild eines Delirs kann mit fünf möglichen Ausprägungen entstehen. Die Hauptformen sind das hyperaktive, das hypoaktive und das gemischte Delir. Die katatone Variante ist die Extremform des hypoaktiven Delirs und die exzitatorische Variante die Extremform des hyperaktiven Delirs. Ein Delir endet in einer vollständig wiederhergestellten oder in einer eingeschränkten kognitiven Funktion (modifiziert nach [8, 11, 12]).

Zoremba, Norbert; Coburn, Mark, Delir im Krankenhaus, Dtsch Arztebl Int 2019; 116(7): 101-6; DOI: 10.3238/arztebl.2019.0101

Delir und Depression

Hypoaktives Delir

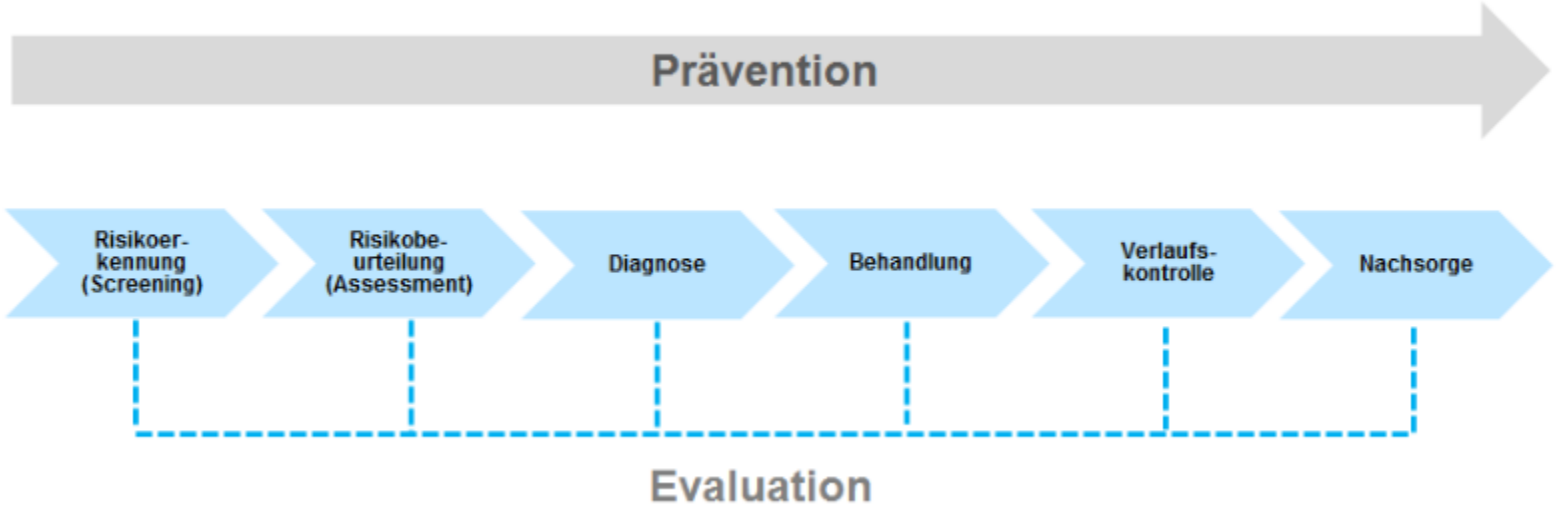
- Akute Veränderung der kognitiven Fähigkeiten
- Aufmerksamkeitsstörung
- Reduzierte Aktivität, Patient teilnahmslos, lethargisch, ruhig
- Inzidenz hoch (19-71%)

  (Lipzkin & Levkoff, 1999; O'Keefe, 1999; Marcantonio et al., 2002; Peterson et al., 2006)

Problem: - wird oft übersehen oder als Depression fehlinterpretiert

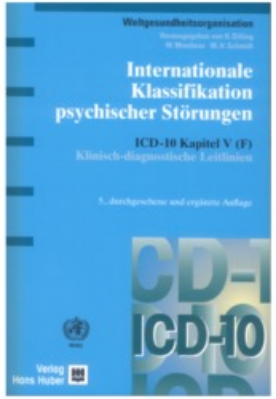
- Aufmerksamkeitsstörung geht im Routinegespräch unter

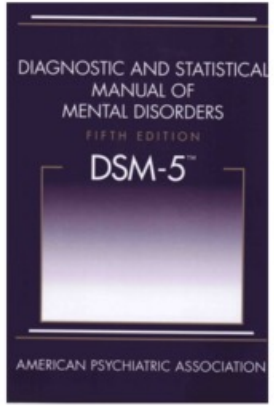
Prozess - Delirmanagement

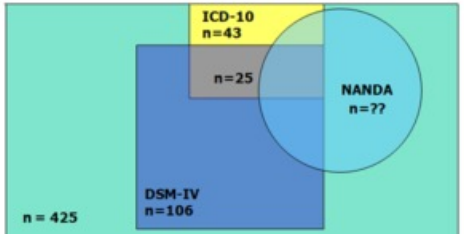


Assessing for Delirium

Vier Klassifikationssysteme definieren ein Delir







(Laurila, Pitkälä, Strandberg, & Tilvis, 2003)

Screening- und Assessmentinstrumente

Aufmerksamkeits- und kurzen Kognitionstests

- Mental Status Questionnaire (MSQ) (Kahn et al., 1960)
- Uhrentest (Shulmann et al., 1986)
- Monate rückwärts zählen (Stillmann & Rybicki, 2000)

Screening- und Assessmentinstrumente

- Confusion Assessment Method (CAM) (Inouye et al., 1990; Hestermann et al., 2009)
- Delirium Observation Scale (DOS) (van Gemert & Schuurmanns, 2007)

Skalen zur Einschätzung des Schweregrads

- Delirium-Index (MacCusker et al., 2004)
- Delirium Rating Scale (Trepczac et al., 1988)

Delirium Observation Screening Scale (DOS)

Kantonsspital St.Gallen

Direktion
Operatives Qualitätsmanagement
Qualitätsmanagement

Kantonsspital St.Gallen

CH-9007 St.Gallen
Tel. 071 494 11 11
www.kssg.ch

Patientenkleber 1007284 04.17		Eintrittstag			1. Tag									2. Tag									3. Tag								
					Frühdienst			Spätdienst			Nachtdienst			Frühdienst			Spätdienst			Nachtdienst			Frühdienst			Spätdienst			Nachtdienst		
		Nie	Manchmal - immer	Weiss nicht	Nie	Manchmal - immer	Weiss nicht	Nie	Manchmal - immer	Weiss nicht	Nie	Manchmal - immer	Weiss nicht	Nie	Manchmal - immer	Weiss nicht	Nie	Manchmal - immer	Weiss nicht	Nie	Manchmal - immer	Weiss nicht	Nie	Manchmal - immer	Weiss nicht	Nie	Manchmal - immer	Weiss nicht	Nie	Manchmal - immer	Weiss nicht
1	Nickt während des Gesprächs ein	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
2	Wird durch Reize der Umgebung schnell abgelenkt	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
3	Bleibt aufmerksam im Gespräch oder in der Handlung	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-
4	Beendet begonnene Fragen oder Antworten nicht	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
5	Gibt unpassende Antworten auf Fragen	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
6	Reagiert verlangsamt auf Aufträge	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
7	Denkt irgendwo anders zu sein	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
8	Erkennt die Tageszeit	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-
9	Erinnert sich an kürzliche Ereignisse	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-
10	Nestelt, ist ruhelos, unordentlich und nachlässig	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
11	Zieht an Infusionen, an Sonden oder an Katheter usw.	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
12	Reagiert unerwartet emotional	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
13	Sieht, hört oder riecht Dinge, die nicht vorhanden sind	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
Total Punkte pro Dienst																															
Visum																															

Wenn Punktzahl < 3, Delir unwahrscheinlich
Wenn Punkte ≥ 3, wahrscheinliches Delir (weiteres Abklären mittels CAM), DOS als Verlaufsparameter weiterführen bis Punktezahl < 3 Punkte)

Dateiname Erstelldatum	Autor	Freigabe durch am	Ausdruckedatum	Seite
Delirium Observation Screening Scale (DOS)_170404	Projektgruppe Standard 18	Schoop & Hägele-Link_170404	17-04-04	Seite 1 / 2

Delirium Observation Screening Scale (2)

- Beruht auf Beobachtungen im Rahmen der Pflegetätigkeit, basiert auf den DSM-IV Kriterien (Schuurmans, Res Theory Nurs Pract. 2003; 17:31-50)
- Enthält 13 Kriterien, Gesamtscore beträgt 13 Punkte.
- Ab 3 Punkten besteht ein Delirverdacht → vertieftes Assessment notwendig

Psychometrische Eigenschaften:

- Sensitivität: 89%, Spezifität: 88% (Germert, BMC Nursing. 2007; 6(3): 1-6)

Kritikpunkte:

- Nicht Trennscharf zur Demenz
- nicht sensitiv für ein hypoaktives Delir (Hasemann, Int.J.Nurs. Stud., 2015)

Aufmerksamkeitstest

A. Screening: Aufmerksamkeitstest

„Bitte zählen Sie die Monate eines Jahres rückwärts auf. Beginnen Sie mit Dezember."

Dez	Nov	Okt	Sep	Aug	Jul	Jun	Mai	Apr	Mär	Feb	Jan
•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

Auswertung:	Auslassungen		Punkte
	Zeit		Punkt
	total		Punkte

Anleitung: Verbindungslinien zeichnen.

1 Auslassung	1 Punkt
2 Auslassungen	2 Punkte
≥ 3 Auslassungen	3 Punkte
> 30 Sekunden	1 Punkt

Wenn der Patient sich selbst verbessert, wird dies nicht als Fehler gewertet.

Bewertung: ≥ 3 Punkte: Aufmerksamkeitsstörung

(angelehnt an Stillman et al., (2000); *J Palliat Med*; 3(4): 449-456)

Confusion Assessment Method (CAM)

1a) Akute Veränderung im mentalen Status des Patienten

<u>und/oder</u>

1b) Fluktuierender Verlauf

Und

2) Aufmerksamkeitsstörung

und

3) Formale Denkstörung

oder

4) Veränderte Bewusstseinslage

Delir möglich

[1a oder 1b] und 2 und [3 oder 4]

Delir sicher

[1a und 1b] und 2 und [3 oder 4]

CAM = Confusion Assessment Method

(Inouye, van Dyck, Alessi, Balkin, Siegal, & Horwitz, 1990)

Confusion Assessment Method (2)

- Basiert auf den DSM-III Kriterien, wurde in den USA entwickelt,
  (Inouye, S. Ann Intern Med. 1990; 113: 91-948)
- Kann sowohl von Pflegefachpersonen als auch von Ärzten angewendet werden, wurde in verschiedenen klinischen Settings validiert
- Dient in der Kurzform als Diagnosealgorithmus: Delir JA/NEIN

Psychometrische Eigenschaften:

- Sensitivität: 94% - 100%, Spezifität: 90% - 95%, hohe Interraterreliablität

Kritikpunkte:

- Schulungsbedarf vor Implementierung notwendig
- Fehlerquote 70% ohne formales Assessment (Inouye, S. Ann Intern Med. 2001; 161: 2467-2473)

Confusion Assessment Method für Intensivstation CAM-ICU

RASS grösser als - 4 (-3 bis +4)

weiter zur nächsten Stufe

RASS ist -4 oder -5

STOP

Pat. später erneut untersuchen

Ein Delir liegt vor, wenn: 1, 2 und 3 *oder* 1, 2 und 4 positiv sind

1 Akuter Beginn oder schwankender Verlauf
Akute psychische Veränderung (z.B. im Vergleich zu prä-OP) ?
Ändert sich das Verhalten im Tagesverlauf ?

NEIN → **STOP Kein Delir**

JA ↓

2 Aufmerksamkeitsstörung
Lesen Sie dem Pat. folgende Buchstaben vor : **A N A N A S B A U M**
Fehler: Pat. drückt beim "A" nicht die Hand
Fehler: Patient drückt bei einem anderen Buchstaben als "A"

< 3 Fehler → **STOP Kein Delir**

≥3 Fehler ↓

3 Bewußtseinsveränderung ("akuteller" RASS)
Falls RASS = 0, weiter zur nächsten Stufe

Falls RASS nicht 0 ist → **Delir**

0 RASS ↓

4 unorganisiertes Denken
1. Schwimmt ein Stein auf dem Wasser? (Schwimmt ein Blatt auf dem Wasser?)
2. Gibt es Fische im Meer? (Gibt es Elefanten im Meer?)
3. Wiegt ein Kilo mehr als zwei Kilo? (Wiegen zwei Kilo mehr als ein Kilo?)
4. Kann man mit einem Hammer einen Nagel in die Wand schlagen? (Kann man mit einem Hammer Holz sägen?)
5. **Anweisung:**
Sagen Sie dem Pat.: *"Halten Sie soviele Finger hoch"* (Untersucher hält zwei Finger hoch)
"Nun machen Sie dasselbe mit der anderen Hand" (Wiederholen Sie nicht die Anzahl der Finger).
Falls Pat. nicht beide Arme bewegen kann, sagen Sie: *"Fügen Sie einen Finger hinzu."*

≥ 2 Fehler → **Delir**

< 2 Fehler → **STOP Kein Delir**

Richmond-Scale

	Ausdruck	Beschreibung
+4	Streitlustig	gewalttätig, unmittelbare Gefahr für Personal
+3	Sehr agitiert	Zieht an Schläuche oder Katheter; aggressiv
+2	Agitiert	Häufige ungezielte Bewegung, atmet gegen das Beatmungsgerät
+1	Unruhig	Ängstlich aber Bewegungen nicht aggressiv oder lebhaft
0	Aufmerksam, ruhig	
-1	Schläfrig	Nicht ganz aufmerksam, erwacht anhaltend durch Stimme (>10s)
-2	Leichte Sedierung	Erwacht kurz mit Augenkontakt durch Stimme (<10s)
-3	Mäßige Sedierung	Bewegung oder Augenöffnung durch Stimme (aber kein Augenkontakt)
-4	Tiefe Sedierung	Keine Reaktion auf Stimme, aber Augenöffnung durch Bewegung
-5	Nicht erweckbar	Keine Reaktion auf Stimme oder körperlichen Reiz

CAM-ICU (2)

- Basiert auf der CAM und wurde in den USA speziell für Patientinnen und Patienten auf der Intensivstation entwickelt (Ely, Crit Care Med.2001; 29(7): 1370 - 1379)
- Modifiziert für Patienten, die nonverbal kommunizieren
- Als strukturiertes Assessment wird verwendet: ANANASBAUM
- Gilt als Gold-Standard

Psychometrische Eigenschaften:

- Sensitivität: 96% - 100%, Spezifität: 89 % - 90%, hohe Interraterreliablität

Faktoren für die erfolgreiche Implementierung einer „Delirskala“

- Screening und wie weiter?
  - Idealerweise sind die Assessments in einem systematischen Delirmanagement-Programm eingebettet
- Beide Berufsgruppen, d.h. Pflegefachpersonen und Ärzte wollen diese Skalen/Assessments anwenden
- Die pflegerische und ärztliche Leitung unterstützen ihre Mitarbeitenden in der Anwendung und Umsetzung dieser Skalen

Risikofaktoren

Delir Risiko-faktoren

Patient

- Alter
- Vorbestehende kognitive Beeinträchtigung
- Vorangegangenes Delir
- ZNS Erkrankung
- Erhöhte Durchlässigkeit Blut-Hirn-Schranke
- Schlechter Ernährungsstatus

Umgebung

- Soziale Isolation
- Reizüberflutung
- Sehschwäche
- Hörschwäche
- Immobilität
- Neue Umgebung
- Stress
- Fixierung

Medizinisch

- Schwere der Begleiterkrankungen
- Verbrennungen
- HIV/AIDS
- Organversagen
- Infektionen (HWI)
- Hypoxämie
- Fraktur
- Hypothermie/Fieber
- Elektrolytstörungen
- Dehydratation
- Geringes Serumalbumin
- Nikotinentzug
- Unkontrollierte Schmerzen

Medikamente

- Polypharmazie
- Drogen- und Alkoholabhängigkeit
- Psychoaktive Medikamente
- Anticholinerge Medikamente

Prozeduren

- Perioperativ
- Art des Eingriffs
- Notfalleintritt
- Operationsdauer
- Blasenkatheter

(Trzepacz, 2008)

Multifaktorielles Modell des Delirs (Inouye & Charpentier, 1996)

Prädisponierende Faktoren/Verwundbarkeit	Auslösende Faktoren/Traumen
Hohe Anfälligkeit	Gesundheitsschädliches Trauma
Schwere Demenz	Schwerer chirurgischer Eingriff
Schwere Erkrankung	Aufenthalt auf Intensivstation
Multisensorische Beeinträchtigung	Multiple psychoaktive Medikamente
Gesundheit, gesunder älterer Mensch ohne chronische Zustände	Schlafentzug
	Eine einzelne Schlaftablette
Geringe Anfälligkeit	Nicht gesundheitsschädliches Trauma

Pflegerische Interventionen -

Prävention und Behandlung von Delirien

Multimodaler Ansatz

Auslöser behandeln

Einzelne oder mehrere Auslöser möglich

Therapieerfolg limitiert, wenn Auslöser persistiert

Weiterbestehen des Auslösers -> Risiko für protrahiertes Delir

Nicht-Medikamentöse Maßnahmen

Ziel ist die Reduktion von Risikofaktoren durch z.B. Unterstützung der Orientierung, Mobilisierung, Einbezug von Angehörigen, Gabe von ausreichend Flüssigkeit

Ebenso wichtige und durch Studien gesicherte Intervention wie die Gabe von Medikamenten

Antipsychotika

Basierend auf Datenlage restriktiv einzusetzen

Eher bei PatientInnen mit hyperkinetischem Delir, produktiv-psychotischer Symptomatik

Zulassung nur für Haloperidol

Atypische Antipsychotika wegen günstigerem Nebenwirkungsprofil vorzuziehen (off-label use)

Sedativa

Benzodiazepine vermeiden (außer Alkohol- und Benzodiazepinentzugs-delir)

Eher bei hyperkinetischen Delirien mit Agitation

Prävention – Massnahmen Pflege

Interventionen:

- Regelmässig orientierende Massnahmen
- Verbesserung der Kommunikation durch Versorgung mit Seh- und Hörhilfen
- Frühmobilisation der Patienten
- Trinkprotokoll
- Nichtpharmakologische Schlafförderung mittels rhythmischen Einreibungen

Ergebnis:

- Die Delirinzidenz konnte somit um 34%, die Dauer um 35% und die Anzahl der Delirepisoden um 31% gesenkt werden!! (Inouye et al. N Engl J Med. 1999;340:669-676)

(

Präventionsmassnahmen

Multi-Komponenten-Interventionen mit geschulten Fachpersonen
(18 aussagekräftige Studien im Vergleich mit Standardbehandlung)

- Tägliche Beobachtung
- Kognitive Stimulation
- Reorientierung
- Prävention von Hypoxämie, Dehydratation, Mangelernährung und Obstipation
- Frühmobilisierung
- Anpassung der Pharmakotherapie
- Behandlung der Schmerzen
- Verbesserung des beeinträchtigten Seh- und Hörvermögen

(Leitlinie Delir, 2017)

KASTEN 1

Nichtmedikamentöse Therapieoptionen zur
erapie*

enutzen
platzieren

sonen e

ie
igen

n erläu

– Ergo- und Physiotherapie
– Förderung geistiger Aktivität
– ausreichende Oxygenierung
– genügende Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr

In einer Kohortenstudie war eine Verringerung der Schlafunterbrechung mit einer Reduktion der Delirinzidenz von 33 auf 14 % assoziiert

Bei nicht stringenter Umsetzung kam es zu einer Delirrate von 24 %. Wurde die Reorientierung intensiviert, reduzierte sich die Delirrate auf 13 % und sank auf 7 %, wenn sie engmaschig umgesetzt wurde

In einer randomisierten kontrollierten Studie konnte gezeigt werden, dass die Delirrate durch eine frühe Physio- und Ergotherapie während des Krankenhausaufenthaltes von 41 auf 28 % sinkt und die Rückkehr in ein selbstständiges Leben signifikant häufiger gelingt

Delirprävention – Evidenzlage

- Die personelle Adhärenz an Massnahmenkataloge etc. beeinflusst die Effektivität solcher Programme

  (Inouye, Arch Intern Med. 2003;163:958-964)

- Delirverlauf kann verschlimmert werden durch häufigen Zimmerwechsel, Fehlen von Orientierungmöglichkeiten (Uhr, Kalender), Sedierung oder Fixierung (McCusker, J Am Geriatr Soc. 2001;49:1327)

- Ein systematisches Delirmanagement mittels Prävention, kognitivem Eingangsscreening, system. Delirscreening und Handlungsleitfaden kann den Delirverlauf bei Pat. mit dementieller Entwicklung verbessern

  (Hasemann et al. Int J Nurs Stud. 2016; 53: 27-38)

Big Seven der Delirprävention

Schmerzen vermeiden

Sauerstoffversorgung gewährleisten

Stress reduzieren

Schlaf fördern

Sicherheit und Orientierung gewährleisten

Stuhl- und Urinausscheidung normalisieren

Stabilisierung des Ernährungs- und Flüssigkeitshaushaltes

Sicherheit und Orientierung fördern

- Pat. aktiv zur Orientierungstafel führen
- Pat. erklären, was in seiner nähren Umgebung ist (Schläuche, Kabel etc.)
- Themen nutzen, welche dem Patienten etwas bedeuten
  (Beruf, Hobbies, Familie, Vorlieben, Abneigung, welche Musik hört Pat. gerne, schaut er TV,…)
- Mit Bildern von Familienmitgliedern, Haustieren etc. arbeiten
- Nach Möglichkeit Tagestruktur geben
- Freiheits- und Bewegungseinschränkende Massnahmen überlegt und gezielt einsetzen

Thema Ausscheidung: Praxisbeispiel 2/2012

- Unruhige Patientin (83 Jahre)mit Blasendauerkatheter auf NFS
- Bettendispo wird hinzugezogen zur Abklärung, wohin delirante Patientin verlegt werden kann
- Patientin gibt an, Urin lösen zu müssen
- Pflegefachperson gibt zur Antwort, dass Patientin BDK hat
- Patientin kommt auf Nachtstuhl → erfolgreicher Stuhlgang
- Unruhezustand beendet, Patientin schläft

Thema Ausscheidung: Praxisbeispiel 2/2012

Auf Station:

- Team evaluiert Notwendigkeit des BDK → wird gezogen
- Patientin wird alle 3h unruhig, irrt auf Station umher, will nach Hause
- Patientin wird bei Unruhe auf die Toilette begleitet, Patientin beruhigt sich wieder
- Patientin wird auch Nachts mehrmals auf die Toilette begleitet
- Mit diesen Massnahmen konnten keine Unruheepisoden mehr beobachtet werden, auch die Nächte verliefen ruhig, ohne medikamentöse Unterstützung

Stressreduktion durch adäquate Schmerztherapie

(Marcantonio et al. *J Am Geriatr Soc. 2001;49:516-522)*

(Mouzopoulos et al. *J Orthop Traumatol. 2009;10:127-133)*

(Milisen et al. *J Am Geriatr Soc. 2001;49:523-532)*

=> Effiziente Schmerzreduktion reduziert Häufigkeit und Schweregrad von Delirien

Thema Schlaf - Präventionsmassnahmen

- Patient tagsüber so oft wie möglich mobilisieren
- Einschlafrituale des Patienten berücksichtigen
- Nicht-pharmakologische Massnahmen zur Schlafförderung anwenden
  - Orangenblütentee, beruhigenden Einreibung mit Lavendel,
  - Ohropax
- Lichtverhältnisse der Nacht anpassen
- CAVE: Lärmpegel während Nachtdienst!!!!

die Welt entdecken und sich entwickeln
Selbstbestimmung und Verantwortung leben
Sinn und Bedeutung geben und erfahren
Beziehungen aufnehmen und Begegnungen gestalten
die Aussenwelt erfahren
Leben erhalten und Entwicklung erfahren
das eigene Leben spüren
Sicherheit erleben und Vertrauen aufbauen
den eigenen Rhythmus entwickeln
das Leben selbst gestalten
propriozeptiv
Körpersinn
visuell
Umweltsinn
somatisch
Körpersinn
auditiv
Umweltsinn
vestibulär
Körpersinn
Kommunikation
Bewegung
MENSCH
Wahrnehmung
oral
gustatorisch/
olfaktorisch
Umweltsinn
vibratorisch
Körpersinn
taktil /
haptisch
Umweltsinn
Konzeptübersicht Basale Stimulation®
Hatz-Roth 2012/Fröhlich 2016/Remer 2020, 2023

Standardisierte Pflegeplanung

Personalienkleber

1004095 07.15

Kantonsspital St.Gallen — Departement Pflege

Individueller Pflegeplan

Station: Blatt:

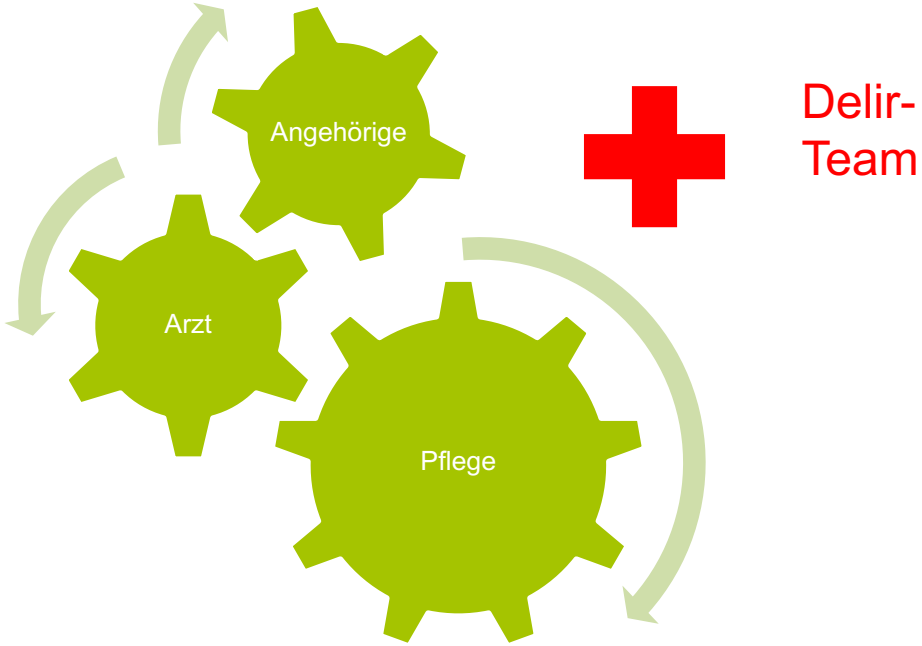
Datum	Nr.	Sig.	Pflegediagnose / Pflegeproblem	Ursachen / Beeinflussende Faktoren	Merkmale, Symptome, Phänomene	Dat.	Zielvereinbarungen	Massnahmen / Ressourcen	Datum	Sig.
			Akute Verwirrtheit DOS: _____ Punkte CAM: ☐ akuter Beginn, fluktuierender Verlauf, Aufmerksamkeitsstörung ☐ Formale Denkstörung oder veränderte Bewusstseinslage	☐ **Alter >65** ☐ **Anamnestisch bekanntes Delir** **Medizinische Ursachen** ☐ Veränderte Kognition, bestehende Demenz oder dementielle Entwicklung ☐ Schmerzen ☐ Schwere Begleiterkrankungen ☐ Infektionen / Fieber ☐ Elektrolytstörungen ☐ Dehydratation ☐ Hypoxämie ☐ Fraktur ☐ Andere _____ **Patientenbezogene Ursachen** ☐ Schlafentzug/Veränderter Tag-/Nachtrhytmus ☐ Schlechter Ernährungsstatus ☐ Veränderte Ausscheidung: Inkontinenz/Obstipation/Blasenkatheter ☐ Angst, Stress ☐ Immobilität ☐ Beeinträchtige Wahrnehmung ☐ Sehschwäche ☐ Hörschwäche **Umgebungsbezogene Ursachen** ☐ Neue Umgebung ☐ Reizüberflutung ☐ Häufiger Personalwechsel **Behandlungsbezogene Ursachen** ☐ Anästhesie / Operation ☐ Notfalleintritt ☐ Operationsdauer ☐ Anwendung von freiheitseinschränkenden Massnahmen **Medikamente** ☐ anamnestisch bekannter Alkohol-/Drogenmissbrauch ☐ Polypharmazie ☐ Psychoaktive und anticholinerge Medikamente **Weitere Risikofaktoren** ☐ _____	☐ Wechselhafte Denkfähigkeit ☐ Wechselnder Bewusstseinsgrad ☐ Wechselhafter Schlaf-/Wachzyklus ☐ Wechselhafte psychomotorische Aktivität ☐ Vermehrte Agitation oder Ruhelosigkeit ☐ Fehlwahrnehmungen ☐ Fehlende Motivation zu sinnvollen oder zielgerichtetem Verhalten ☐ Patient ist schläfrig oder schwer weckbar		☐ Ursachen und beeinflussende Faktoren werden identifiziert und behandelt ☐ Wahrnehmung und Orientierung des Patient/der Patientin ist gefördert ☐ Reduzierung von Angst, Stress und Reizüberflutung ☐ Unterstützung und Förderung der verbalen und averbalen Ausdrucksmöglichkeiten ☐ Schutz vor Schädigung und Verletzungen ☐ Angehörige sind aufgeklärt und unterstützt ☐ Andere _____	**Behandlung von Ursachen und beeinflussenden Faktoren:** _____ _____ _____ _____ _____ **Interventionen aus der Basalen Stimulation:** Förderung und Erhalten der Wahrnehmung und Orientierung _____ _____ _____ _____ Reduzierung von Angst, Stress und Reizüberflutung ☐ Bezugspflege _____ _____ _____ **Patient vor Schädigung und Verletzungen schützen:** _____ _____ _____ **Interventionen zur Förderung der verbalen und averbalen Kommunikation:** _____ _____ _____ **Unterstützung der Angehörigen:** ☐ Informationsbroschüre abgeben _____ _____ _____ **Weitere Interventionen:** _____ _____ _____		

Effektives Delirmanagement bedingt ….

…. Multidisziplinäre, interprofessionelle Zusammenarbeit

Informationen aus allen Quellen

- Es ist wichtig, dass alle Informationsquellen für die Diagnose und die Einschätzung herangezogen werden.
- Im Verlauf ist die Rücksprache ihm Team essentiell.



Für das Delirmanagement heisst das ….

- Fachkompetenzen in Bezug auf das Delirmanagement
- Systematische Erhebung der Delirsymptome
- Strukturierte Kommunikation während der Visite
- Gegenseitiger Respekt und Wertschätzung, im Dialog miteinander sein
- Einleiten von pharmakologischen und nicht-medikamentösen Massnahmen zur Delirbehandlung
- Gemeinsame klinische Visite bei Patientinnen und Patienten im Delir
- Sicherstellung des Informationsflusses bei allen am Behandlungsprozess beteiligten Personen

Fallbeispiel

Eintrittsdatum	**07.10.2022**
Alter	64 Jahre
Geschlecht	männlich
Eintrittsdiagnosen	- Schädel-Hirn-Trauma nach unklarem Sturzereignis mit Bewusstseinsverlust -> Traumafolgen: bifrontale Subarachnoidalblutungen, Felsenbeinfraktur links - Meningitis - Hyperaktives Delir
Verlauf während der Hospitalisation	- Pat. ist seit Hospitalisation hyperaktiv delirant, erhielt initial auf CHIPS Dexdor. Im Verlauf Besserung der motorischen Unruhe, jedoch weiterhin Defizite in Orientierung und Aufmerksamkeit sowie gestörter Schlaf-Wachrhythmus
Soziale Situation	- Verheiratet, 2 Kinder, berufstätig. Sehr aktiver und sportlicher Mensch

Medikamentöse Delirbehandlung

- Am Eintrittstag Quetiapin 12.5mg p.o. 0-0-0-1

Am Folgetag Delirkonsil PSOMA mit Wechsel der Medikation

- Olanzapin 5mg p.o./i.m 0-0-0-1, im Verlauf Steigerung der Dosierung auf
  Olanzapin 10mg p.o./i.m 0-0-0-1

Bedarfsmedikation:

- Tagsüber: 2 x 5mg Olanzapin p.o. / i.m
- Zur Nacht: 12.5mg Levomepromacin s.c

Begleitende Interventionen

- Gemeinsame Beurteilung der Patientensituation durch Ärzteschaft PSOMA und Pflegeexpertin Delirmanagement
- Re-Konsilien durch Ärzteschaft PSOMA
- Begleitung der Visite durch Pflegeexpertin
- Begleitung und Aufklärung der Familie
- Sicherstellung der Umsetzung der geplanten Nicht-pharmakologischen Massnahmen
- Austausch mit therapeutischen Diensten bzgl. Gestaltung der Therapieeinheiten bei Delir
- Unterstützung des Behandlungsteams im «Aushalten» der Situation

Kompetent
Umfassend
Nah

Herzlichen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit.