

Empfehlungen: Delir = Delirium

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung
2. Definition
3. Ursachen und/ oder Auslöser des Deliriums
4. Checkliste beim Auftreten eines Deliriums
5. Medikamentöse Behandlung
6. Kurzfristige pflegerische Massnahmen und Verhaltensformen
7. Langfristige pflegerische Massnahmen und Verhaltensformen

1.) EINLEITUNG / ZIEL

Wir beschäftigen uns mit dem akut auftretenden Verwirrungszustand; dem Delirium!

Wir wissen, dass mehr als 50% der PatientInnen in der Terminalphase eine akute Verwirrtheit durchleben. Die akute Verwirrtheit ist auch sonst ein häufig gegebenes Syndrom der Palliativpflege, welches Akzeptanz finden soll, richtig eingeschätzt, behandelt und begleitet werden muss. Die akute Verwirrtheit hat eine bessere Behandlungschance, wenn frühzeitig beginnende Symptome erkannt werden und fachgerecht darauf reagiert wird.

Die akute Verwirrtheit muss klar unterschieden werden von anderen Formen der Verwirrtheit wie z.B. die chronische Demenz oder die Psychose.

2.) DEFINITION DES DELIRIUMS (=Delir = akuter Verwirrheitszustand)

Dieses zeichnet sich aus durch eine pathologisch veränderte Bewusstseinslage mit folgenden Charakteristiken:

1. Akuter Beginn
2. Fluktuation (wechselnde Ausprägung der Symptome)
3. Aufmerksamkeitsstörung: reduzierter Fähigkeit, die Aufmerksamkeit gegenüber äusseren Reizen aufrecht zu erhalten und auf neue Reize zu verlagern
4. Denkstörung: Denken verlangsamt, zerfahren, erschwert und als Folge davon Perseveration („Gedankendreher“. „liren“ (schweiz.deutsch), sich nicht aus den Gedankenwiederholungen lösen können)
5. Desorientierung: bezüglich Zeit, Ort und Person
6. Gedächtnisstörung
7. Sprachstörung: häufig wirre, konfuse und unverständliche Sprache
8. Bewusstseinsstörung: Dämmerzustände, Schläfrigkeit
9. Störung des Tag-Nachtrhythmus: häufig Schlafstörungen, nachts mehr Symptome
10. Wahrnehmungsstörung: Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Illusionen
11. Gestörte Psychomotorik: gesteigerte oder verminderte psychomotorische Aktivität, dadurch Unruhe, Erregung oder (seltener) Apathie

**Ein Delir ist wahrscheinlich, wenn 4 der obigen Charakteristiken vorhanden sind.
Die Charakteristiken 1-6 sind sehr spezifisch, diejenigen von 7-11 sind weniger spezifisch.**

3.) URSACHEN / AUSLÖSER DES DELIRIUMS

➔ ERKRANKUNGEN / PHYSISCHE ASPEKTE

- Hirnerkrankungen: Tumore, Metastasen, Bestrahlungen
Degenerative Hirnerkrankungen (Alzheimer, Demenz)
Infektionen, Thrombose, Blutung, CVI,
Postepileptisch, Hypophysenerkrankungen
- Schilddrüsenerkrankungen: Hyper- und Hypothyreose
- Hypoxämie: Lungenerkrankungen, Herzerkrankungen, Anämie, Hirnerkrankungen
(inkl. Medikamentöse Beeinträchtigung)
 - Lebererkrankungen: Leberinsuffizienz, Lebermetastasen
 - Niereninsuffizienz
 - Nebennierenrindenerkrankungen (endokrinologisch)
 - Obstipation / Ileus / Retentionsblase
 - Hypoglycämie / Hyperglycämie
 - Hypovolämie / Dehydratation
 - Elektrolytenverschiebung: Hyponatriämie, Hypernatriämie, Hypercalciämie
 - Anämie
 - Infektion (häufig Harnwegsinfektion/ Pneumonie) / Fieber
 - Intoxikation
 - Entzugsdelir: Medikamente (Morphium, Temesta), Alkohol
- 1. Medikamente:
 - Antibiotika
 - Chemotherapeutika
 - Anticholinergika, Antidepressiva, Benzodiazepine
 - Betablocker, Digoxin, H1- und H2-Blocker
 - Steroide
 - Schmerzmittel (NSAR, Opioide)
 - und viele mehr!

➔ PSYCHO-SOZIAL - SPIRITUELLE ASPEKTE

Bei alten Menschen, Schwerkranken oder Menschen mit ausgeprägter Fatigue, reduziert sich die Fähigkeit „innere und äussere Abweichungen“ zu kompensieren!

- **Veränderte Sinneswahrnehmung**
Seheinschränkung, Schwerhörigkeit, Gesichtsfeldeinschränkung
- **Stress**
Verlust an gewohnte Umgebung, Menschen, Haustiere
- **Identitätsverlust**
Autonomieverlust, Reden über statt mit dem alten Menschen
- **Gefühl der Wertlosigkeit**
durch Verlust der Alltagsaufgaben und die Unterbrechung des Lebensentwurfes / der Lebensgestaltung / Lebensplan
- **Erlerntes Fehlverhalten**
verwirrtes Verhalten als Verhaltensweise, um Zuwendung zu erreichen.
- **Umgebungsbedingte Faktoren**
 - Spitalumgebung: alles weiss, keine Natur (reizarm),
 - Hektik von Untersuchungen (überstimulierend)
 - Arbeit des Personal unter Zeitdruck: der Langsamkeit des alten Menschen kann nicht entsprochen werden.
 - Bezugspflege ist oft nur bedingt möglich, was den Patienten verunsichert.
 - Vernachlässigung von individuellen und psychosozialen Bedürfnissen: Unkenntnis der Pflegeanamnese / Lebensgeschichte

4.) CHECKLISTE BEIM AUFTRETEN EINES DELIRIUM

➔ 1. Frage

Soll eine kausale Therapie durchgeführt werden oder soll nur eine symptomatische Therapie erfolgen (Terminalstadium)?

➔ 2. Frage

Prüfung der Differenzialdiagnose:

- Nebenwirkungen von Medikamenten: Welche sind verändert worden, welche sind neu oder welche wurden abgesetzt?
- Liegt eine Dehydratation oder eine Harninfektion vor?
- Blasen- und Darmfunktion: Hat der Patient eine Retentionsblase oder Überlaufblase, hat er eine Obstipation?
- Hat er eine Hypoxie?
- Hat er eine Hypo- und Hyperglycämie?
- auf Laborwerte schauen (Anämie, Elektrolyte, Leber, Niere)

1. Schritt

Folgende Ursachen sollen sofort behandelt werden:

- Hypo- und Hyperglycämie (messen des Blutzuckers)
- Hypoxie (messen der Sauerstoffsättigung)
- Retentionsblase (Palpation, Anamnese)

2. Schritt:

Sind diese dringenden Ursachen ausgeschlossen, darf eine symptomatische Behandlung eingeleitet werden. Die übrigen Ursachen können am nächsten Morgen diskutiert und die Abklärungen vorgenommen werden (gilt nur auf der Palliativstation).

5.) MEDIKAMENTÖSE BEHANDLUNG DES DELIRIUM

- ➔ Das Mittel der Wahl ist das Haldol
(siehe interdisziplinäres Merkblatt „der agitierte Patient“, DIM, ZNA KSSG 01/02)
Die bevorzugte Verabreichungsform ist primär die Gabe per os. Wenn die per os Applikation nicht möglich ist, subkutane Verabreichung wählen und notfalls ist auch eine intravenöse Verabreichung möglich.
- ➔ *Die Dosen aller 3 Verabreichungsformen sind identisch, das heisst:*
 - 2.5 mg per os = 25 Tropfen (2mg/ml) // 2.5 mg s/c // 2.5 mg i/v
 - Beginn mit 2,5 mg (allenfalls 5 mg) Haldol
 - Wiederholung mit doppelter Dosis (5 mg) nach 60 Minuten** bei ungenügendem Effekt
 - Wiederholung mit doppelter Dosis (10 mg) nach 60 Minuten ** bei ungenügendem Effekt
 - Temesta zusätzlich bei stark unruhigen Patienten, ab der 3.Haldolapplikation!

***bei i/v – Gabe kann die Wiederholung nach 30 Minuten vorgenommen werden (schnellere Wirksamkeit)*

6.) Kurzfristige pflegerische Massnahmen und Verhaltensformen

Symptome	Massnahmen	Vermeiden
- Desorientierung örtlich + zeitlich	Grundsätzlich gilt : - ernst nehmen - ruhiges, überschaubares Handeln - erklären, vorzeigen - klare Abmachungen - Orientierung geben (z.B. Uhr, Kalender) ➤ Validation	- verkindlichen - widersprechen - Zwang oder Druck ausüben
- Wortfindungsstörung terminale Symbolsprache?	- geschlossene Fragen stellen - Hilfestellung bei Wortfindungsstörung - kurze, einfache Sätze und Wörter benutzen - Informationen wiederholen - evt. zeigen statt sprechen - Angehörige informieren*	- komplizierte lange Sätze - viele Worte
- Unruhe, weglaufen	- Aktivität zulassen, Patient evt. mobilisieren - mitlaufen - Hilfe anfordern (Arzt, Sitzwache, Angehörige, Kollegin) - Türe im Gang schliessen (evt. auch automatische Türe sperren) - ablenken, Abmachungen treffen - Zimmertüre offen lassen - Patient eventuell anschreiben - Bodenpflege - medikamentös beruhigen	- Zwang ausüben - anbinden - einsperren
- Wahrnehmungsstörung Angstzustände Wahnvorstellungen Wahnideen	- angstfreie Atmosphäre schaffen - beruhigen, bestätigen, berühren - nachfragen - Sitzwache, Angehörige, Arzt anfordern - Sicherheitsmassnahmen gut erklären (Bettgitter, Medikamente) - gedanklich in seine Welt mitgehen	- widersprechen - Zwangsmassnahmen
- Aggressivität	- ruhiges, sicheres Auftreten - beruhigen, in Ruhe lassen, - Verständnis zeigen, bestätigen - Konflikte klären - Hilfe beiziehen - eigene Gefühle wahrnehmen und im Team besprechen - baldmöglichst informieren über Verwirrtheit	- Gegenaggression - ausreden wollen - Druck ausüben
- * Betreuung der Angehörigen	- Aufklärung über mögliche Ursachen, Symptome, Verlauf, Umgang - Wünsche und Bedürfnisse klären - Übernachtungsmöglichkeit anbieten	- Informationsdefizit - nicht einbeziehen

7.) Langfristige pflegerische Massnahmen und Verhaltensformen

Um eine individuelle, respekt- und achtungsvolle Pflege gewährleisten zu können, sollen folgende Ziele und Kriterien beachtet werden:

Ziele

- Der/ die PatientIn fühlt sich durch die BetreuerInnen und die Umgebungsgestaltung so weit wie möglich gehalten und geborgen.
- Die Familie des Patienten ist einbezogen.
- Der/ die PatientIn hat Orientierungshilfen (visuell, auditiv, körperliche Impulse, sowie durch wiederkehrende Rhythmen).
- Die Sicherheit des/ der PatientIn und der Umgebung ist gewährleistet.
- Innerhalb des Betreuungsteams erfolgt eine Konsensfindung.
- Eine regelmässige Evaluation der Betreuung findet statt.

Allgemeine Kriterien

- Wir sollten uns bewusst sein, dass 50% der Patienten in der Terminalphase verwirrt sind. Die Verwirrung ist also ein häufig gegebenes Symptom; dies soll ins Bewusstsein gerufen werden und Akzeptanz finden.
- Kenntnisse über Biographie und Lebensform des Patienten werden im Anamnesegespräch auch in Einbezug mit Angehörigen erfasst und in die Pflegeplanung und Betreuungsmassnahmen integriert.
- Die Angehörigen sollen, ihren Belastungsgrenzen angepasst, in die Betreuung mit einbezogen werden. Dazu gehört auch eine fortlaufende Information und Evaluation mit den Angehörigen.
- Eine kontinuierliche Reflexion innerhalb des Betreuungsteams (z. B. Gefühle die in mir aufkommen, wenn sich ein(e) PatientIn ständig entkleidet, Aggressionen seitens des Patienten dürfen nicht persönlich genommen werden!) ist erforderlich, um die dazu notwendige persönliche Abgrenzung zu gewährleisten!
- Der Schutz der Umwelt (Mitpatienten, Besucher, etc. durch eigene Unsicherheit, Schamgefühl), sollte beachtet und gewährleistet werden (z. B. bei Verlust des Schamgefühls des Patienten).
- Da die Betreuung verwirrter Menschen mehr Zeit als üblich benötigt, soll sie mit zusätzlichen Hilfen (IDEM, Hospizdienst, RKH) unterstützt werden.
- Um Kontinuität zu gewährleisten, ist es sinnvoll eine Bezugspflegende zu bestimmen.

Mögliche Verhaltensweisen / Sicherheit

- Evtl. schriftlichen Vertrag über spezielle Abmachungen (z. B. Bettgitter, unbeaufsichtigte „Ausflüge“ des Pat. etc.) mit PatientIn und Angehörigen machen.
- Bei einem Patient, bei dem es bekannt ist, dass er den Drang hat davon zu laufen, ist es sinnvoll die Aufnahmesekretärin im Haus darüber zu informieren und um Achtsamkeit zu bitten.
- Evtl. Feuertüren auf 0113 schliessen. Nachts kann auch die Glastüre verschlossen werden.
- An einem diskreten Ort (z. B. Gehstock, Handtasche) sollten Name und der derzeitige Aufenthaltsort des Patienten vermerkt sein.
- Bodenpflege der Fixation und Bettgittern vorziehen (vorher mit Angehörigen und Patient besprechen!). Normale Matratze, keine Superweich- Matratze verwenden.
- Darauf achten, dass der Patient so wenig Schläuche (Infusionen etc.) als möglich hat, bei denen Gefahr besteht, dass sie gezogen werden. Nur im Notfall Fäustlinge als Selbstschutz einsetzen.
- Symptomursachen ständig evaluieren (stecken hinter der Unruhe vielleicht Schmerzen, Harn- oder Stuhldrang, Angst oder Unsicherheit?)

- Nicht alleine lassen

Kommunikation

- Verabredungen, Abmachungen mit dem Patienten sollten auch eingehalten werden.
- In Gesprächen über die Vergangenheit ist der Patient meist gut zu erfassen und/ oder abzulenken.
- Die verbale Kommunikation muss dem Zustand des Patienten angepasst sein (kurze, einfache Formulierungen, Informationen dosiert) und sein Verständnis überprüft werden.
- Kommunikationsformen sollten bewusst durch Einsatz von Mimik, Gestik und Berührung erweitert werden.
- Persönliche Annäherung schon aus der Ferne anmelden, Nähe- Distanz bewusst gestalten.
- Nicht widersprechen, sondern nachfragen, spiegeln, von Patient erklären und beschreiben lassen.

Umgebungsgestaltung

- Zimmer- und Bettwechsel sind zu vermeiden. 1-er Zimmer ist zu bevorzugen.
- Das Zimmer den Patienten sollte in der Nähe von Büro und WC gelegen sein.
- Zur besseren Orientierung kann Zimmertür und WC individuell gekennzeichnet werden (Klebeband, „Füsse“, Bilder).
- Als Tagesaufenthaltort könnte eine persönlich gestaltete Sitzecke (mit Getränk, Buch, CD-Player etc.) an einem übersichtlichen Ort (z. B. Stübli) eingerichtet werden.
- Geräuschkulissen vermeiden (Reizüberflutung).
- Es sollten möglichst viele persönliche Gegenstände des Patienten an seinem jetzigen Aufenthaltsort sein (eigene Bettwäsche, eigene Kleider anziehen, T- Shirt, Bilder, etc.)
- Orientierungshilfen (Armbanduhr, Kalender) sollten vorhanden sein.
- Bei der Zimmergestaltung beachten: das Bett (wie zu Hause) an der Wand stellen, übrigen Gegenständen möglichst ähnlich seinem Zimmer zu Hause anordnen (Tisch am Fenster etc.).
- Da die Nahrungsaufnahme, resp. die Bereitschaft dazu oftmals eingeschränkt ist, sollten auch verschiedene Angebote im Zimmer vorhanden sein (kleine Schalen mit Salzigem, Süßem, Früchten etc.). An Möglichkeit von Fingerfood denken!
- Bei der Tendenz eines Patienten Vorräte zu sammeln (z. B. Esswaren) sollte eine gemeinsame Lösungsfindung stattfinden.
- Türe offen lassen (vor allem Nachts)

Alltagsgestaltung

- Um eigenständige Beschäftigung und Alltagsgestaltung des Patienten anzuregen und zu fördern, ist es sinnvoll die Ergotherapie zu involvieren.
- Der Tagesablauf sollte strukturiert sein und nur wenige Veränderungen beinhalten, Gewohnheiten und Rituale (Schlafrituale) sollten in die Tagesgestaltung mit einbezogen werden.

Patienten mit Bewegungsdrang

- Patienten mit Bewegungsdrang sollten nicht zurückgehalten werden, sondern von der Pflege begleitet werden. Zwang sollte vermieden werden.
- Um der Stimulation nach draussen zu laufen zu vermeiden, sollten Finken, anstatt Strassenschuhe angezogen werden.
- Der Patient sollte so viel als möglich die Pflegenden begleiten können (Botengänge erledigen, beim Znüni teilnehmen, sich mit ihr im Stationszimmer aufhalten, etc.)

Praktisch pflegerische Anregungen

Basale Stimulation:

- Fussbad mit Zitrone zur Zentrierung in die eigene Mitte und vom Kopf in die Füsse (ganze Zitrone in lauwarmem Wasser aufschneiden)
- Fuss- oder Armeinreibungen mit Lavendelöl (von Schulter zu den Fingern, beruhigende Wirkung)
- Bauchwickel mit Kamille (Hülle und Wärme geben)
- Einbetten des Patienten mit Kissen (Halt und Hülle geben)
- Körperwaschungen zur Beruhigung und Körperwahrnehmung (Gesicht und intim aussparen)
- Atemstimulierende Einreibung (tiefes Einatmen fördert das Bewusstsein, Beruhigung)

Aromatherapie:

- Duftlampe mit Zitronenduft oder Lieblingsduft

Weitere Anregungen:

- Abends ein warmes Bad
- Warme Getränke (schwarzer Kaffee, warme Milch, Orangenblütentee)
- Farbtücher aufhängen (blau nachts, grün tagsüber)
- Nachts abgedämpftes Licht (grün/ blau). Darauf achten, dass es keine Schattenbildung gibt (regt Phantasien/ Ängste an)
- Nicht zu früh abends die Nachtatmosphäre schaffen

Literaturverzeichnis

- Deutsche Pflegefachzeitschrift: *Bewusstseinsstörungen, Akute postoperative Verwirrtheit*, Die Schwester/Der Pfleger 41 Jahrg. 10/2002
- Deutsche Pflegestudie: *Inzidenz und Prävalenz postoperativer akuter Verwirrtheit kardiochirurgischer Patienten nach Bypassoperation sowie Herzklappenersatz*, Verlag Hans Huber Bern 2002
- Hafner, M/Meier a.: *Geriatrische Krankheitslehre*, Teil 1, Seite 52, 247, Huber 1998
- Hantikainen Virpi: *Freiheitsbeschränkende Massnahmen in der Pflege betagter Personen*, Referat SBK Bildungszentrum Zürich / Universität Turku Finnland
- Husebo / Klaschik: *Palliativmedizin*, Seite 300-308, Springer 2000
- Kantonale Psychiatrische Dienste-Sektor Nord Klinik Will: *Pflegestandart Fixation von sturzgefährdeten gerontopsychiatrischen Patienten*, 7/2000
- Kantonsspital St. Gallen, Leitfaden für Pflegende, Ärztinnen und Ärzte: *Die Betreuung des verwirrten Menschen*, KSSG 10/2002
- Käppeli Silvia: *Pflegekonzepte, Band 3*, Verwirrung S. 73-98, Huber 2000
- SBK-Zeitschrift: *Akut Verwirrten wieder in die Spur helfen*, Krankenpflege 4/2003
- SBK-Zeitschrift: *Gemeinsam den Weg aus den Durcheinander finden*, Krankenpflege 11/1997
- Naomi Feil: *Validation, ein Weg zum Verständnis verwirrter Menschen*, Verlag Ernst Reinhardt, GmbH & Co, München 1999
- Universitätsspital Bern/ Inselspital: Leitfaden für Pflegende und Ärzte: *Akute Verwirrheitszustände*, Dezember 2001

AutorInnen

Dr. Bueche Daniel
 Buess-Willi Claudia
 Burg Elke
 Brassel Elisabeth
 Mettler Mona
 Palliativstation Kantonsspital St. Gallen

Autor	Dateiname_Version_Erstellungsdatum	Seite
erstellt:Palliativstation_überarbeitet_2004	Empfehlung: Delir = Delirum_2004	10/10