

Demenz – den Alltag meistern

Austausch und Informationen für Betroffene und Interessierte

*Komplikation akute
Verwirrtheit*



Delir - Definition

- Etymologie: „**de**“ = „aus“, „**lira**“ = „Furche“ - „aus der Furche“, - aus der kognitiven Bahn - geworfen, aus der Spur geraten...

Akuter Verlust der Fähigkeit mit der üblichen Klarheit und Kohärenz zu denken. Ein Zustand,

- in welchem die Reaktionen auf Umweltreize unangemessen sind,
- in welchem die betroffene Person „durcheinander“, perplex ist, unfähig sich zu orientieren.

Delir Typologie, Manifestationsformen (Prägnanztypen)

Hyperaktives Delir (ca.21%)

- vermehrtes und unkontrolliertes Aktivitätsausmaß
- Ruhelosigkeit, Herumwandern (Poriomanie)

Hypoaktives Delir (ca. 29%)

- vermindertes Aktivitätsausmaß oder verlangsamte Motorik
- reduzierte Wahrnehmung der Umgebung
- Pat. spricht auffallend wenig, langsames Sprechtempo od.
- Pat. ist zurückgezogen, teilnahmslos, apathisch, somnolent

gemischtes Delir (ca. 43%) → Symptomen beider Typen innerhalb von 24 Std.

keine motorischen Symptomatik (ca. 7%)

Delir - Definition und Dimension

- **„Verwirrtheit“ ist ein Symptom, keine Diagnose**, kann von Delir, von Demenz, oder von psychotischen Störungen verursacht werden...
- Die **häufigste psychische Störung** bei älteren Menschen, vor allem in der Gruppe der sehr alten und kognitiv beeinträchtigten Menschen.
- **Häufigste Komplikation** eines Krankenhausaufenthaltes bei älteren Personen

Delir Bedeutung des Problems

- Fast jede **akute Erkrankung** und viele **Medikamenten** können bei alten Menschen zu diesem Syndrom führen.
- **Große Bedeutung für den Patienten selbst, seinen Angehörigen, das Personal** durch zusätzliche belastende Probleme wie Unruhe, Stürze, Desorientierung, unkooperatives Verhalten, Therapie- und Nahrungsablehnung, Weglauftendenz usw. **viel Leid** und Kosten

Es kann jeder Patient treffen!



ES IST EINEN NOTFALL



Prävalenz im ambulanten Setting:

- in der Gesamtpopulation 1 - 2%
- bei >85-Jährigen ca. 14% P

Prävalenz bei Prävalenz bei Hospitalisierung:

- bei >65-Jährigen: 10-20%

- Die Prävalenz steigt im Krankenhaus in den ersten drei bis fünf Tagen auf über 30% an.
- **je älter die Patienten und je länger die Operation, umso höher das Risiko**
- **Je schwerer und je länger ein Delir besteht, desto häufiger und schwerwiegender sind die kognitiven Folgeschäden**

Delir - Folgen

Witlox J et al. : Delirium in Elderly Patients and the Risk of Postdischarge Mortality, Institutionalization, and Dementia JAMA 2010;304(4):443-451

- **Verlängerung** der Hospitalisierungsdauer
- **Verschlechterung** der Aktivitäten des täglichen Lebens
- **Verschlechterung** der kognitiven Funktionen – Demenz
Demenz nach Delir doppelt so häufig
- **Symptom-Persistenz** nach 12 Mo. bei ca. 40% der Patienten
- Nach 12 Monaten höhere Pflegeheim-Einweisungsrate
- Ein höheres Todesrisiko bis zu 2 Jahre nach Entlassung.

sehr viel Leid

2. Prävention

Inouye Sharon: The Overlooked Danger of Delirium in Hospitals. The Atlantic, June 7, 2015

„**Delirprävention** ist entscheidend,
denn es gibt noch immer **keine**
zufriedenstellenden
Therapieoptionen wenn es da ist“

Maxime des Delir-Managements

*If you don't look for delirium
you will not find it.*

© Stefanie Monke 08.10.2015

Inouye, S. K., R. G. Westendorp, et al. (2013). "Delirium in elderly people." Lancet:



- **30-40% der Delirien sind vermeidbar**
- Zunächst **Primärprävention**, noch bevor dieses komplexe, potentiell lebensgefährliche Problem auftritt:
 1. Erkennen der Risikopatienten
 2. Vermeiden kausaler Faktoren
 3. rechtzeitiges Erkennen von Prodromalsymptomen,
 4. Milieumaßnahmen
- Interdisziplinär, multiprofessionell, intersektoral - somit prototypisch **geriatrisch**

1. Erkennen der Risikopatienten

Ursachengefüge des Delirs: Das Schwellenkonzept: Prädisposition → Delir nach Inouye SK, 1998; Förstl H, 2004

Wer ist Risikopatient?

- Hohes Lebensalter
- Demenz und/oder leichte kognitive Störung
- Gebrechlichkeit (Frailty); Pflegebedürftigkeit
- Viele chronische Erkrankungen □ viele Medikamente (Polypharmazie)
- Eine schwere Grunderkrankung
- Hör- od. Sehstörungen (Gesichtsfeld)
- Blutarmut (Anämie)
- Mangelernährung (Eiweißmangel), Flüssigkeitsmangel (Exsikose)
- Harn-/Stuhlinkontinenz
- Depression und/oder Angst
- Schmerz
- Alleinstehend; Isoliert; Einsamkeit
- Biografie,...



Ursachengefüge des Delirs: Das Schwellenkonzept: Noxen → Delir nach Inouye SK, 1998; Förstl H, 2004

Welche Zusatzfaktoren können zum Delir Ausbruch führen?

- fremde Umgebung: nicht geplante Aufnahme
- körperliche Beschränkung – Immobilisation
- Freiheitseinschränkende Maßnahme (DK; Infusion, Redons,..)
- Schlafmangel, Durchschlafstörungen, Schlaflosigkeit
- Neue Medikamentenmix
- Atemnot (Hypoxie)
- Flüssigkeitsmangel (Exsikose) mit/ohne Elektrolytentgleisung
- Akute Infektion (Pneumonie, Harnwegsinfekt)
- Hypo-, Hyperglykämie ; Schilddrüsenstörungen
- Organversagen (Leber, Niere) ; kardiale Dekompensation
- Intensivpflichtigkeit ; chirurgischer Eingriff
- Fasten, Mangelernährung



Periphere Symptome

Prof. Dr. med. Torsten Kratz: *Berlin* 10.01.2017

Da es sich beim Delir sehr oft um einen **anticholinergen Zustand** handelt, sind für die Diagnosestellung – neben den zentral-nervösen – die **peripheren Symptome** wesentlich. Dazu zählen:

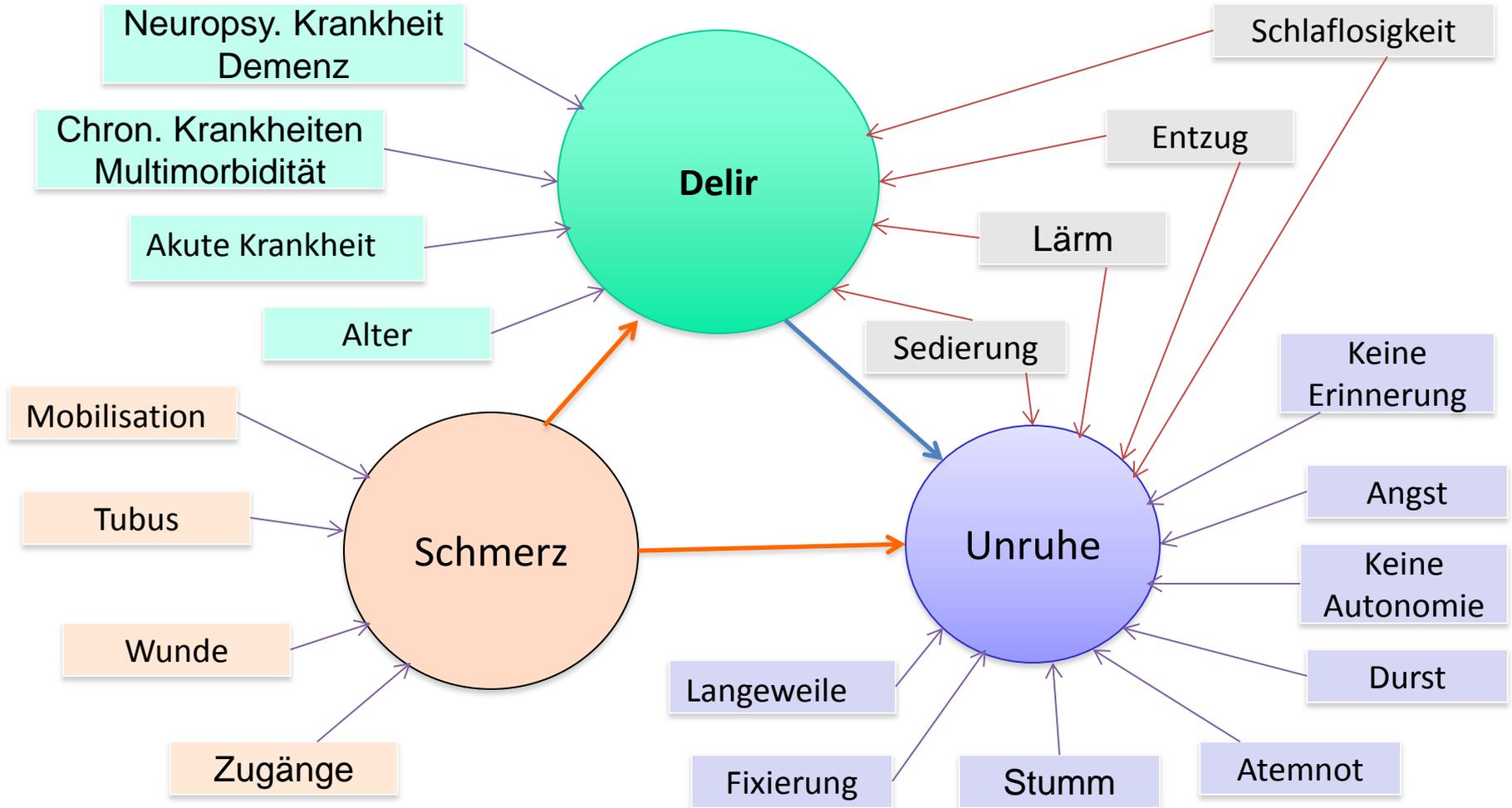
- trockene Haut und Schleimhäute,
- Fieber,
- ein- oder beidseitige Weitstellung der Pupille (Mydriasis),
- Harnverhalten, Obstipation,
- Herzrhythmusstörungen oder Blutdruckänderungen.

2. Vermeiden kausaler Faktoren

Delir auf der Intensivstation

- die häufigste psych. Diagnose auf der Intensivstation

Nach: Reade MC et al. Sedation and Delirium in the ICU. NEJM 2014; 370:444-54



3. rechtzeitiges Erkennen von Prodromalsymptomen

Verhaltensänderungen **VOR** Delirbeginn

Duppils, G. S. and K. Wikblad (2004). "Delirium: behavioural changes before and during the prodromal phase." J Clin Nurs **13**(5): 609-616. Nach U. Sommeregger 2014

- Ängstlichkeit/ Desorientiertheit
 - Dringliches Aufmerksamkeit erregen
 - Verminderte/erhöhte motorische Bewegung
 - Unzusammenhängendes Reden
- Waren bei Patienten, die später ein Delir entwickelten deutlich häufiger, **vor allem in den letzten 6 Stunden vor Delirausbruch.**

4. Milieumaßnahmen

Milieumaßnahmen

- klare Tagesstrukturierung und klare räumliche Struktur
- Orientierungshilfen (Uhren, Kalender, persönliche Objekte)
- ruhige Atmosphäre (Akustik, Optik...) - Reizabschirmung
- frühe Mobilisierung, Aktivierung
- Freiheitseinschränkende Maßnahme vermeiden/ reduzieren
- Vermeiden von Harnkathetern Toilettentraining
- natürlichen Biorhythmus unterstützen
- Vermeiden sensorischer Deprivation: geputzte Brille, funktionierendes Hörgerät, Zahnprothese...
- ausreichende Ernährung u. Flüssigkeitszufuhr
- klare Kommunikation, Validation, Biographiebezug
- Bezugspersonen („sitter“, „Gehwachen“, Begleiter)
- Information, Einbeziehung v. Angehörigen, ev. „rooming in“

Delir Interventionsmöglichkeiten

- **Die beste Delirprophylaxe ist die Nicht-Aufnahme ins Krankenhaus**
- Wenn Krankenhaus indiziert / unvermeidbar, dann delirkompetente Ablauforganisation
- Wichtig ist die globale Betreuung durch das interdisziplinäre, interprofessionelle und intersektorale – geriatrisch qualifizierte - Team

Inouye Sharon: The Overlooked Danger of Delirium in Hospitals. The Atlantic, June 7, 2015

„In der Betreuung unserer älteren Patienten sollten wir uns besinnen, nicht jedes Symptom mit einer Pille zu behandeln. **Manchmal ist das Halten der Hand, ein beruhigendes Gespräch oder eine Tasse Kräutertee genauso wirksam wie ein Medikament (z.B. Anxiolytikum) “**

Ad Delir-Management Marcantonio E, in: Lindesay J, MacDonald A, Rockwood K:
Akute Verwirrtheit – in: Delir im Alter - Praxishandbuch für Pflegende und Mediziner.
Hrsg. Haseman W, Huber, 2009

- „**Pharmakologische Fixierungen** werden oft als ‚Zeitsparer‘ verwendet, doch sie kassieren eine kostspielige Maut in Form paradoxer Wirkungen: Verlängerung des Delirs und Verlusts der Mobilität...“
- „Deshalb sind sie nach Möglichkeit **zu meiden**...“
- „Chemische Interventionen können erforderlich und bei psychotischen Symptomen oder Halluzinationen wirksam sein, wenn verbaler Trost und Rückversicherung keinen Erfolg haben...“
- „**Das reine Vorhandensein eines Delirs ist keine Indikation für eine pharmakologische Intervention. Die Indikationen dafür sollten klar identifiziert, dokumentiert und ständig neu evaluiert werden...**“

Ziel klinischer Praxis muss sein:
eine bestmögliche Pflege von Patienten mit Delir.

Pflegerische Maßnahmen

basieren auf eine **proaktive Unterstützung** der funktionellen Ressourcen und Bedürfnissen des Patienten.

Proaktives, das heißt **vorausschauendes ethisches Handeln und Entscheiden:**

- Was benötigt der Patient gerade?
- Was will er mit seinem Verhalten mitteilen?
- Wie kann der Teufelskreis/die Kaskade negativer Komplikationen verhindert werden?

Patientbezogenes Pflegeziel könnten sein

- Der Patient **kann** die Veränderungen in sein Selbstkonzept, Körperbild, Sinnwelt (sehr subjektiv und für die Pflege direkt nicht sichtbar oder messbar, da es ein individuelles theoretisches Konzept ist) **integrieren** oder anders formuliert;
- Maßnahme: **empathisches aktives Zuhören.**

Pflegerische Maßnahmen zur Minimierung weiterer delirogener Faktoren 1

- **Harnwegsinfekt und -inkontinenz:**
Harnableitende Katheter sind Ein-Punkt-Fixierungen, bedürfen eine klare Indikation und sind daher nur so lange wie unbedingt notwendig zu belassen.
- **Schmerz:** Verwendung von adäquaten Schmerzassessment-Instrumenten, Beobachtung von nonverbalen Schmerzäußerungen, Schmerztherapie rund um die Uhr, Evaluation der gesetzten Maßnahmen

Pflegerische Maßnahmen zur Minimierung weiterer delirogener Faktoren 2

- **Flüssigkeitsmangel (Exsikkose) und Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme:** adäquate Ernährung und Hydratation sichern, richtige Sitzposition, Zahnhygiene, Prothesenreinigung, Mundzustand, Schluckstörungen kontrollieren, appetitanregendes Umfeld anbieten

Bei Patienten mit Demenz zusätzlich: eine Speise nach der Anderer mit passendem Besteckstück anbieten; nur eine Konsistenz; ..

Pflegerische Maßnahmen zur Minimierung weiterer delirogener Faktoren 3

- **Schlafstörungen:** Lärmreduktion: sicherstellen, dass keine pflegerischen und medizinischen Handlungen während der Schlafzeiten durchgeführt werden, schlafstörende Medikamente identifizieren
- **Probleme bei der Medikamenteneinnahme:** laufende Medikamenteneinnahme überwachen und ggf. unterstützen

Pflegerische Maßnahmen zur Minimierung weiterer delirogener Faktoren 4

- Es muss bedacht werden, dass ein Delir bei Patienten mit Schluckstörungen das **Risiko für Aspirationspneumonie** erhöht, andererseits können plötzlich auftretende Schluckstörungen ein Delirsymptom sein. (*Affoo 2012*)
- *Mögliche Erklärung:* das Delir ja u.a. eine Aufmerksamkeitsstörung ist und der Schluckakt in seiner willkürlichen Phase viel Aufmerksamkeit braucht

Patientbezogenes Pflegeziel könnten sein

- Der Patient **kann** im Rahmen seiner normalerweise vorhandenen kognitiven Möglichkeiten seine veränderte momentane Situation **erkennen**, annehmen und einen **Sinnzusammenhang herstellen**;
- Maßnahmen: Information so geben, dass der Patient es verstehen kann, klare Kommunikation, Realitätsbezug, **wertfreie Post-Besprechung einer Delirepisode..**

Sinnwelt des Patienten: Delir-Erleben

Sinnwelt des Patienten: Delir-Erleben

Delir wird oft von PP nicht erkannt und bleibt somit “unsichtbar“ aber nicht für die betroffenen Patienten. Patienten erzählten

- von **nächtlichen Halluzinationen**, Panik, Urangst, Unsicherheit, Zorn, die Torturen (“an ordeal”) waren.
(Hommel, A., M. L. Kock, et al. 2012)
- von **aufregenden Vorgängen**, wie Angst um sein Leben, Feuer und/oder Hochwasser, Unmöglichkeit zu flüchten oder zu Fliegen.
- von **Delir-Austritte**, die begleitet waren von sehr gemischten oft unvereinbarten Gefühlen **SCHAM**

Sinnwelt des Patienten: Delir-Erleben 1

Weissenberger-Leduc Monique; Gstrein Vivien; Iglseder Bernhard (2017): Experience of Delirium in the Acute Care Hospital

Veränderung der Sinneswahrnehmungen

- Wie folgende Beispiele zeigen, betrifft die Veränderung der Sinneswahrnehmungen insbesondere die optisch-räumliche Orientierung
- *„... dann haben plötzlich die Wände wieder nachgegeben, wenn ich gegangen bin ...“*
- *„... wie die Unterseite von Stiegen und wenn ich in die Nähe gekommen bin, ist das Ganze zurückgewichen ...“*
- *„... der Galgen von gegenüber mir hat sich mir gegenüber verneigt...“*
- *„... eine Gebilde vor mir gesehen ... es ... es waren so große weiße Stufen und da wollte ich hinauf ...“*
- *„... es war Licht und wenn die Wände zurückgegangen sind, war's dunkel ... es waren sowie schwarze Gummiwände ...“*
- und die akustische Wahrnehmungen:
- *„Zuerst habe ich die ganze Zeit den Jalousie-Tango¹ gehört.“*
- *„...habe ich meinen Hund bellen gehört...“*
- *„...habe ich ganze Chöre gehört ...“*
- *„...dann hat die Sirene schon geheult...“*

1 Musik von Jakob Gade

Sinnwelt der Angehörigen: Delir-Erleben

Delirfolgen aus pflegewissenschaftlichen Studien

Partridge J.S.L., Martin F.C., Harari D., Dhesi J.K. (2013). The delirium experience: what is the effect on patients, relatives and staff and what can be done to modify this? International Journal of Geriatric Psychiatry, 28, 804- 812.

Die Auswirkungen auf Angehörige sind bedeutsam

- Sie fühlen sich hilflos, ängstlich, besorgt, zutiefst irritiert bzw. verstört durch das Erleben des Delirs.
- Wer dagegen mit Verwirrtheit gerechnet bzw. auf diese **vorbereitet** war, erlebte weniger Stress. Bei Ehepartnern und pflegenden Angehörigen übersteigen die Stresswerte der Angehörigen die der Kranken.
- Ungefähr 4% entwickeln eine **posttraumatische Belastungsstörung**.

Information, Information, Information

Einbeziehung der Angehörigen

Angehörigen sind Willkommen

- Sie sind **Informationsträger**
 - **Erhebung des Hilfsbedarfs:** War der Patient vor der Aufnahme, auf regelmäßige Hilfe angewiesen? Ja /Nein
 - **Akute Veränderung des Hilfebedarfs:** Benötigte der Patient in den letzten 24 Stunden mehr Hilfe als zuvor? Ja /Nein
 - **Hospitalisation:** War der Patient innerhalb der letzten 6 Monate für einen oder mehrere Tage im Krankenhaus? Ja /Nein
 - gibt es beim Patient eine Deliranamnese?
 - **Sensorische Einschränkung:** Hat der Patient unter normalen Umständen erhebliche Probleme mit dem Sehen, die nicht mit einer Brille korrigiert werden können? Ja /Nein
 - **Kognitive Einschränkung:** Hat der Patient Probleme mit dem Gedächtnis? Ja /Nein
 - **Multimorbidität:** Nimmt der Patient pro Tag fünf oder mehr verschiedene Medikamente ein? Ja /Nein
 - **Biografie:** Hat der Patient ein körperliches oder seelisches Trauma erlitten?,...

Einbeziehung der Angehörigen

- Angehörigen sind **Anker und Ressource** für den verwirrten Patienten
- Angehörigen können in der Pflege **unterstützend** wirken: sie kennen die Gewohnheiten des Patienten; sie können den Patienten motivieren und aktivieren; beim Essen und Trinken helfen
- Angehörigen können **Bezugspersonen** sein und dadurch Langeweile reduzieren

Falls keine Angehörigen da sind, können uns möglicherweise 24St Betreuerinnen unterstützen.

Für Ihre Aufmerksamkeit

