„Patientensicherheit – Wirtschaftlichkeit – Lebensqualität“

Pawel.

Patientensicherheit. Wirtschaftlichkeit.
+ Lebensqualität.

STUTTGART

Pawel.

Klinikum Stuttgart

Barbara´s Story (I)

Video

Delir

- Erstmals vor ca. 2500 Jahren erwähnt
- Hippokrates: „phrenitis“ (Erregung) / „lethargus“ (Lethargie)
- delirare: „aus der Furche/Spur geraten“
- Früher bezeichnet als:
  - Durchgangssyndrom
  - Hirnorganisches Psychosyndrom
  - akute organische Psychose

  → obsolet

Delir bei Demenz

Nach den Diagnosekriterien des ...

ICD-10 (WHO):

- Störung der Aufmerksamkeit sowie des Bewusstseins
- Störung entwickelt sich akut und zeigt einen fluktuierenden Verlauf
- Globale Störungen der Kognition, der Wahrnehmung, des Denkens, der Auffassung, Desorientiertheit
- Psychomotorische Störungen
- Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus
- Affektive Störungen

DSM-5:

- Störung der Aufmerksamkeit und Bewusstheit
- Störung entwickelt sich akut und zeigt einen fluktuierenden Verlauf
- Veränderung der kognitiven Funktionen, nicht durch eine vorbestehende Demenz erklärt
- Organische Ursache/ Med.



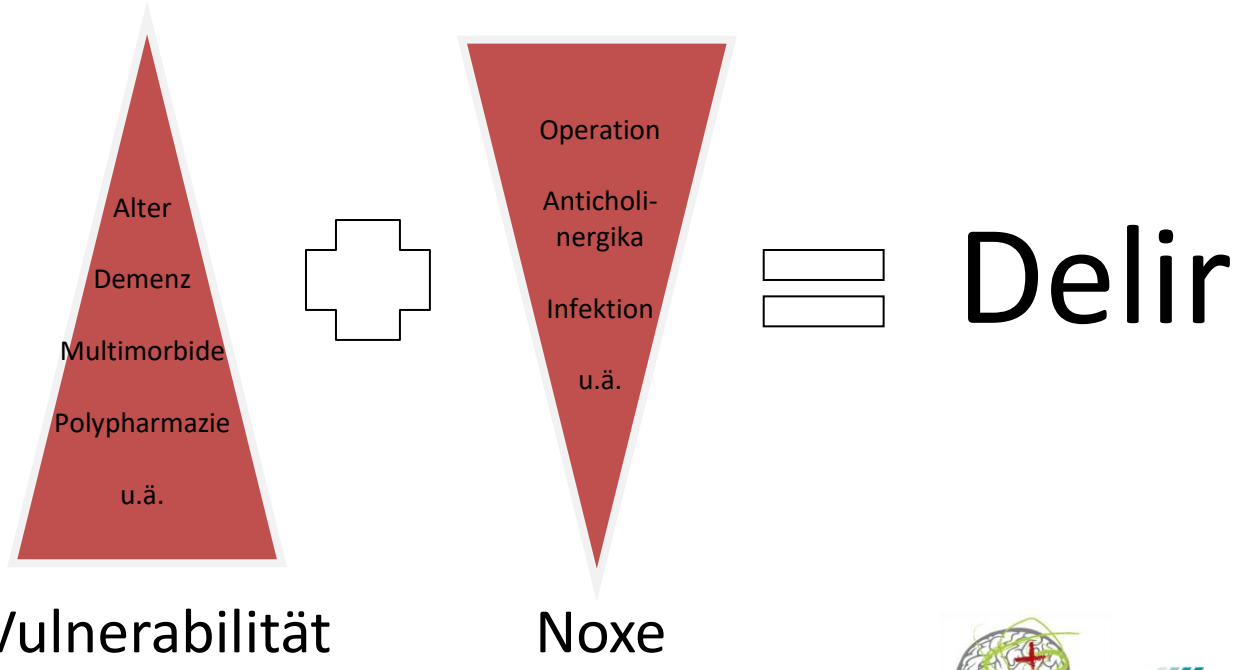
Zahlen und Fakten



- am häufigsten Betroffen sind Patienten nach dem 65. Lebensjahr
- bei Aufnahme in ein Akutkrankenhaus 10-30%
- nach Operation in Abhängigkeit des Eingriffs bis zu 60%
- Ein-Jahres-Mortalität eines Delirs 35-40%

Ätiologie

Zusammenspiel zwischen erhöhter Vulnerabilität (Prädisponierende Faktoren) und gleichzeitiger Exposition gegenüber delirogenen Faktoren (Noxe):



Mod. nach Förstl. Demenzen in Theorie und Praxis. 2011

Prädisponierende Faktoren für das Erleiden eines Delirs (1)

- sensorische/Sinnes- Störungen: Seh- oder Hörstörungen
- Neuropsychologische Störungen: Demenz, eingeschränkte Kognition, Delir in der Anamnese, Depression
- Alter > 65 Jahre
- Medikamente: Polypharmazie, Psychopharmaka, Medikamente mit anticholinergem Wirkprofil, Alkoholmissbrauch

Listen von potenziell inadäquaten Arzneimitteln für Ältere



ORIGINALARBEIT

Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste

Zitierweise: Dtsch Arztebl Int 2010; 107(31–32): 543–51
DOI: 10.3238/arztebl.2010.0543

Alexandra M. Kuhn-Thiel1, Christel Weiß2, Martin Wehling1
1Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie, Zentrum für Gerontopharmakologie, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg 2Abteilung für Medizinische Statistik, Biomathematik und Informationsverarbeitung, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg

A: im Alter in großen Studien geprüft, positive Nutzen- / Risiken-Daten
B: Wirksamkeit bei Älteren, Einschränkungen bei Wirkung o. Sicherheit
C: fragwürdige Nutzen- / Risikoanalyse für ältere Patienten
D: bei Älteren zu vermeiden

C & D entsprechen im Wesentlichen der Beers-Liste
Nach Wehling kein Psychopharmakon in Klasse A !

Beispielhaft delirogene Medikamente

- Medikamente, die ein Delir auslösen oder verstärken können, sollten nach Möglichkeit abgesetzt werden

Anticholinergika: z.B.
- ✓trizyklische Antidepressive wie z.B. Amitriptylin
- ✓Viele Urologika wie z.B. Emselex®
- ✓Antihistaminika

Digitalis
Diuretika z.B. Lasix®
Kortikoide
Theophyllin

L-Dopa z.B. Madopar®
Dopamin-Agonisten z.B. Sifrol®
Amantadin
Opiate
NSAR
Gyrasehemmer z.B. Ciprobay®
Lithium
Sedativa

Prädisponierende Faktoren für das Erleiden eines Delirs (2)

- Ernährung: Dehydratation, Mangelernährung
- Vorerkrankungen: somatische Komorbidität, Herzinsuffizienz, neurologische Erkrankungen wie z.B. Schlaganfälle, Diabetes Mellitus, Anämie
- Funktioneller Status: Heimbewohner, Immobilität, geringe körperliche Belastung im Alltag, Sturz in der Anamnese
- wenig soziale Kontakte

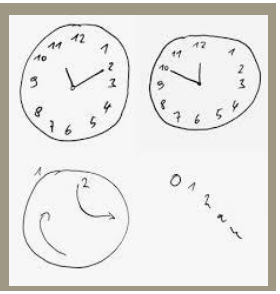
Delirogene Faktoren (Noxen)

- Akute Erkrankungen generell
- Insbesondere Infektionserkrankungen
- Einnahme von anticholinergen Medikamenten
- Invasive Maßnahmen und Untersuchungen: z.B. Anlage eines SPKs, peripher- oder zentralnervöser Zugang, endoskopische Diagnostik, insbesondere Operationen
- Intensivstation
- Störungen des zirkadianen Rhythmus und Schlafstörungen
- Emotionaler Stress
- Unfreiwillige Änderung von etablierten Gewohnheiten
- Elektrolytstörungen

	Delir	Demenz (Alzheimerkrankheit)
Zeitlicher Verlauf:		
Beginn	Akut	Schleichend
Verlauf	Fluktuierend auch über den Tag, oft nächtliche Exazerbationen	Stabil, ggf. „sun-downing“
Symptomdauer	Stunden bis Tage (selten bis Wochen)	Jahre
Schlaf-Wach-Rhythmus	Oft gestört oder aufgehoben, teilweise Albträume	Teilweise nächtliche Unruhe
Symptome/Störungen:		
Aufmerksamkeit	Gestört	Relativ unbeeinträchtigt
Desorientiertheit	Gewöhnlich vorhanden, v.a. zeitliche Desorientiertheit	Häufig, insbesondere in schweren Stadien
Sprache	Inkohärent, Redefluss eventuell gesteigert oder reduziert	Verarmt, Wortfindungsstörungen, Perseverationen
Halluzinationen/Verkennungen	Oft visuell oder visuell und auditorisch	Selten
Affekt	Labil, schreckhaft, ängstlich, apathisch	z.T. begleitende Depression
Psychomotorik	Hyper- oder hypoaktiv bzw. gemischt	Zumeist unauffällig

Modif. nach Förstl, Demenzen in Therapie und Praxis, 3. Auflage

Diagnostik (1)



- Anamnese: einschließlich Fremdanamnese (Angehörige, professionelle Helfer), Medikamentenanmnese
- körperliche Untersuchung
- Laborbefunde (u.a. Entzündungswerte, Blutbild, Vitamine, Schilddrüsenwerte, Blutzucker)
- ggf. radiologische Zusatzuntersuchungen (CCT, cMRT):

  zum Ausschluss zerebraler Ischämien, SDH, intrazerebralen Blutungen

  insbesondere, wenn: 1. stattgehabtes Sturzereignis, 2. zunehmende Bewusstseinsstörung und 3. neu aufgetretenes neurologisches Defizit vorliegen

(Nervenarzt 2016, 87:534-542)

Diagnostik (2)

- EEG: insbesondere zur Abgrenzung gegenüber der Demenz

  - generalisierte Verlangsamung (vermehrt Theta- und Delta-Aktivität)

  - Verlust der EEG-Reaktivität auf Augenöffnen und Augenschluss

  - Verlangsamung oder Verlust des dominanten posterioren Rhythmus

  (Nervenarzt 2016, 87:534-542)

- Screening- und Assessment-Instrumente (Delirium Rating Scale, Confusion Assessment Method, Nursing Delirium Screening Scale, Delirium Observation Scale)

Patientendaten
z.B. Aufkleber

Klinikum Stuttgart

Delir Screening (CAM) nach Inouye et al. 1990 / Thomas et al. 2012

Nr.	Problem	Fragestellung	Nein	Ja
1	**Akuter Beginn und schwankender Verlauf**	Gibt es Hinweise in der Angehörigenbefragung oder der Fremdanamnese, ob die **Veränderung** des geistigen Zustandes **akut** aufgetreten ist und **fluktuiert**?	☐	☐
2	**Störung der Aufmerksamkeit**	Ist der Patient unfähig, bei der Sache zu bleiben, den Fragen zu folgen, kann er seine Aufmerksamkeit nicht ausdauernd auf etwas richten? ***(Aufgabe: z.B. Monate rückwärts aufzählen)*** leicht ablenkbar? zerstreut? Eingeengt auf etwas Bestimmtes (Unwichtiges)? Schwankt die Aufmerksamkeit? Konzentrationsschwäche?	☐	☐

A. 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
•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

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.

Auswertung:	Auslassungen	Punkte
	Zeit	Punkt
	total	Punkte

Bewertung: ≥ 3 Punkte: Aufmerksamkeitsstörung

3.	**Desorganisiertheit des Denkens**	Ist das Denken verlangsamt, gehemmt oder umständlich? Reißen Gedankengänge plötzlich ab? Sind die Gedanken vage, unklar, unlogisch oder unverständlich? Wiederholt der Pat. bereits Gesagtes? Ist das Denken beschleunigt, gibt es eine Vielzahl von Einfällen, Ablenkung? (Gespräch oder Frage: Unterschied zwischen Treppe/Leiter? Kind/Zwerg?)	☐	☐
4.	**Quantitative Bewusstseinsveränderung**	überwach? schläfrig/müde? schwer oder nicht weckbar?	☐	☐

SCREENING-Ergebnis: Verdacht auf Delir ja? ☐

Frage 1+ und Frage 2 +, sowie Frage 3 oder 4 +

DIAGNOSEÜBERPRÜFUNG:

5. **Psychomotorische Auffälligkeiten** nein*

Pat. ist matt, lahm, redet oder bewegt sich weniger als sonst _____ ☐
Pat ist besonders aktiv, redet oder bewegt sich mehr als sonst_____ ☐
Pat ist schreckhaft ☐

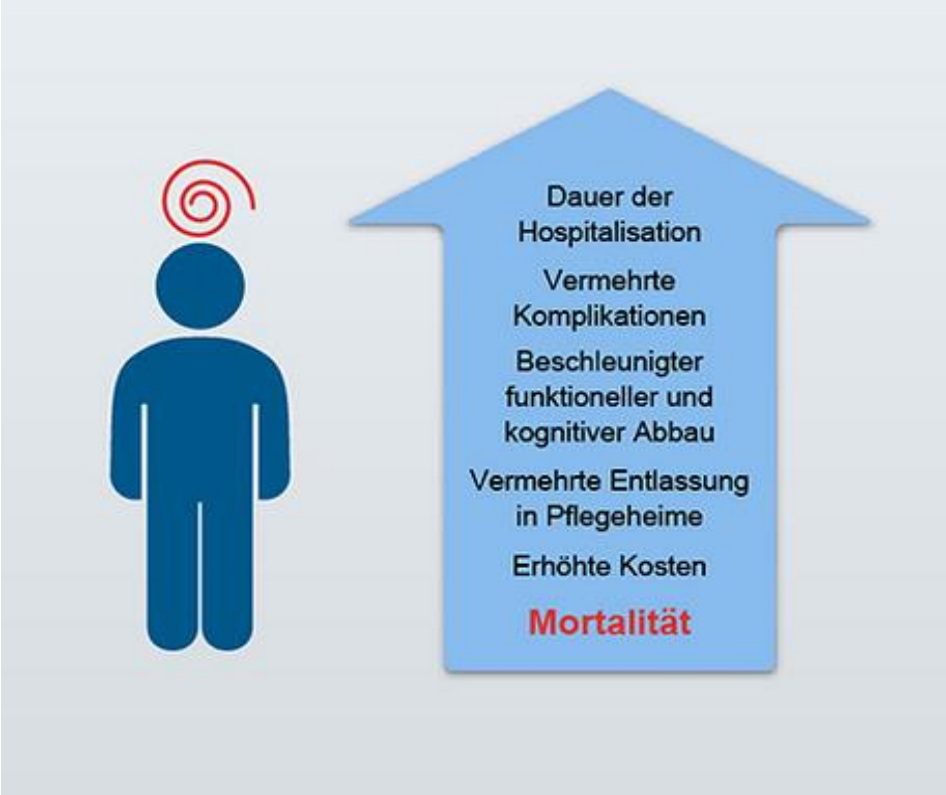
Untersucher: _____ bestätigt und leitet Maßnahmen ein!
* Wenn Screening und Psychomotorik nicht gleich →2. Test in 24h!

Datum: _____ Uhrzeit: _____

STUTTGART

Klinikum Stuttgart

Mögliche Folgen eines Delirs



(**Geriatrie - Modul 3: Notfallmedizin im Alter,** K. Singler, H.J. Heppner, P. Bahrmann, G. Pinter, A. Schoenenberger, S. Gurlit, W. Schippinger. eCur Geriat 2015 • 1-32)

STUTTGART

Pawel.

Klinikum Stuttgart

Therapie – 1. Nicht-medikamentöse Maßnahmen



- Reorientierungsmaßnahmen: Förderung der Eigenständigkeit, Bereitstellung von Reorientierungshilfen (Uhr, Kalender, Foto)
- Sensorische Hilfen (Brille, Hörgerät)
- Gute Beleuchtung (Tag-Nacht-Rhyhtmus)
- Validierender Umgang, vertraute Bezugsperson
- klar strukturierter Tagesablauf, Vermeidung von zu langen Phasen der Untätigkeit am Tag
- Überwachung der Hydratation
- Förderung der Mobilität und der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)
- bei Wahnvorstellungen evtl. Reizabschirmung

Therapie – 2. Medikamentöse Maßnahmen

Empfehlung der S3-Leitlinie „Demenzen“:

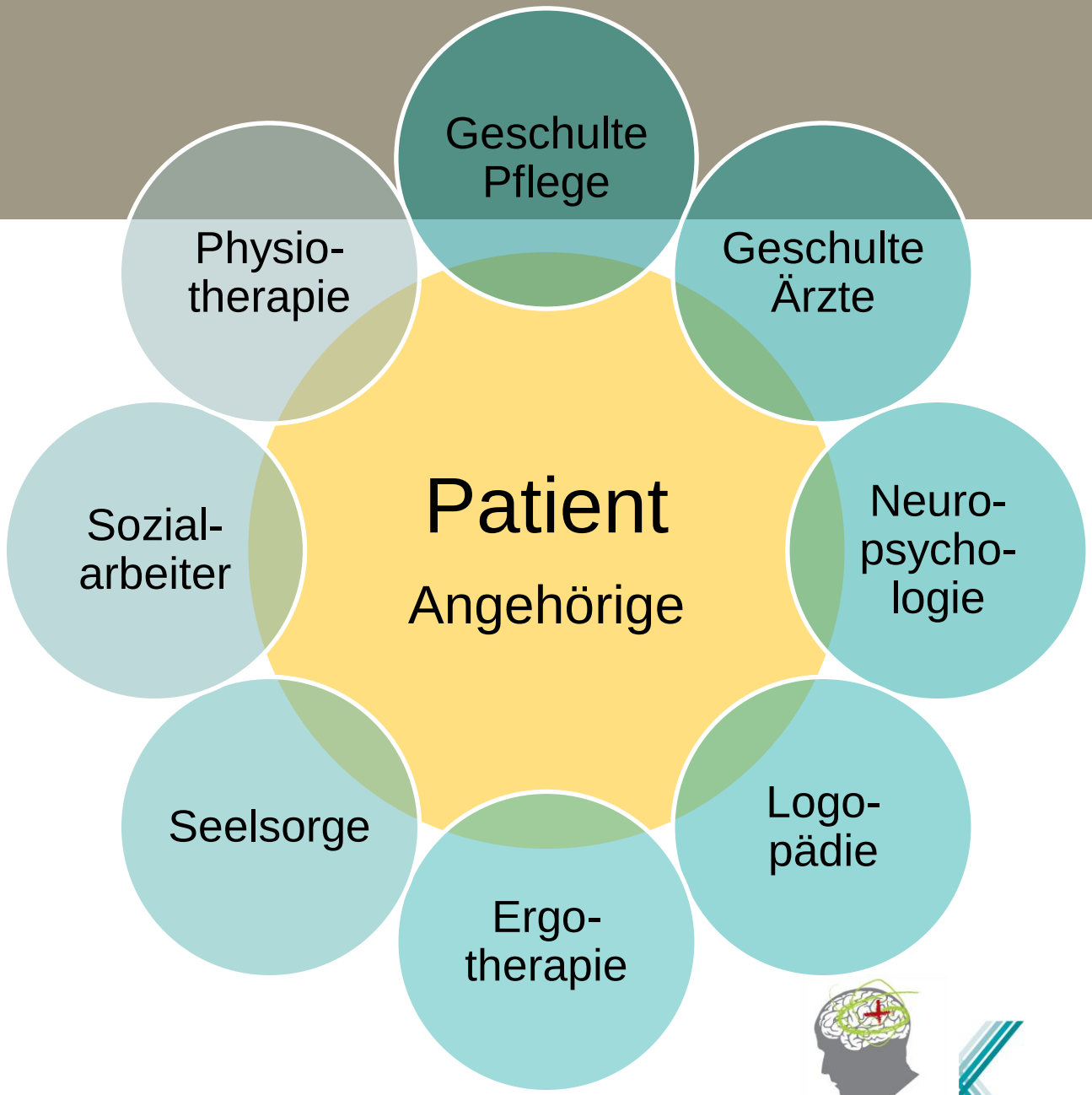
„Nach diagnostischer Abklärung kann ein Delir bei Demenz mit Antipsychotika behandelt werden. Antipsychotika mit anticholinerger Nebenwirkung sollen vermieden werden“

(Expertenkonsens)

Medikamente:

→ Haloperidol (0,5-1 mg bis 2-4x/d), Risperidon (0,25-1 mg bis 2x/d), Quetiapin (=Seroquel) (12,5-75 mg bis 2x/d)

Behandlung der auslösenden Ursache!!!


Geschulte Pflege
Geschulte Ärzte
Neuro-psycho-logie
Logo-pädie
Ergo-therapie
Seelsorge
Sozial-arbeiter
Physio-therapie
Patient
Angehörige

Kommunikation mit deliranten Patienten Multiprofessionalität

- Rein medizinische Therapie kann das Delir und das postoperative Delir nicht ausreichend positiv beeinflussen.

  (Ewers, 2002)
- Pflegerische Interventionen sind immanent und können der Verwirrtheitsphase adäquat entgegenwirken. (Ewers, 2002)
- Verknüpfung von gezielten pflegerischen Aktivitäten und medizinischer Behandlung (Hewer, 2016)
- Multiprofessionelles Delirmanagement (Pretto et al, 2006)



http://polizei.news/2016/02/03/katzen-machen-neurotisch-hunde-entspannen/

Kommunikation mit deliranten Patienten
Beruhigende Anwesenheit

ZIEL: Reduktion von Angst und Stress

- Trost spenden
- Sicherheit und Geborgenheit vermitteln
- Beachtung non-verbaler Techniken
  - Stimmlage
  - Augenkontakt
  - Körpersprache
- Keine sachlichen Erklärungen
- Zuhören, nachfragen, spiegeln

(Beesendorfer, 2004; Schuurmans, 2004)

Kommunikation mit deliranten Patienten
Beruhigende Anwesenheit

- Vereinbarungen schließen und einhalten
- Aktives Zuhören
- Nicht widersprechen
- Fremdworte vermeiden
- Aussagen zu Orientierung stetig wiederholen
- Körperliche Annäherungen ankündigen



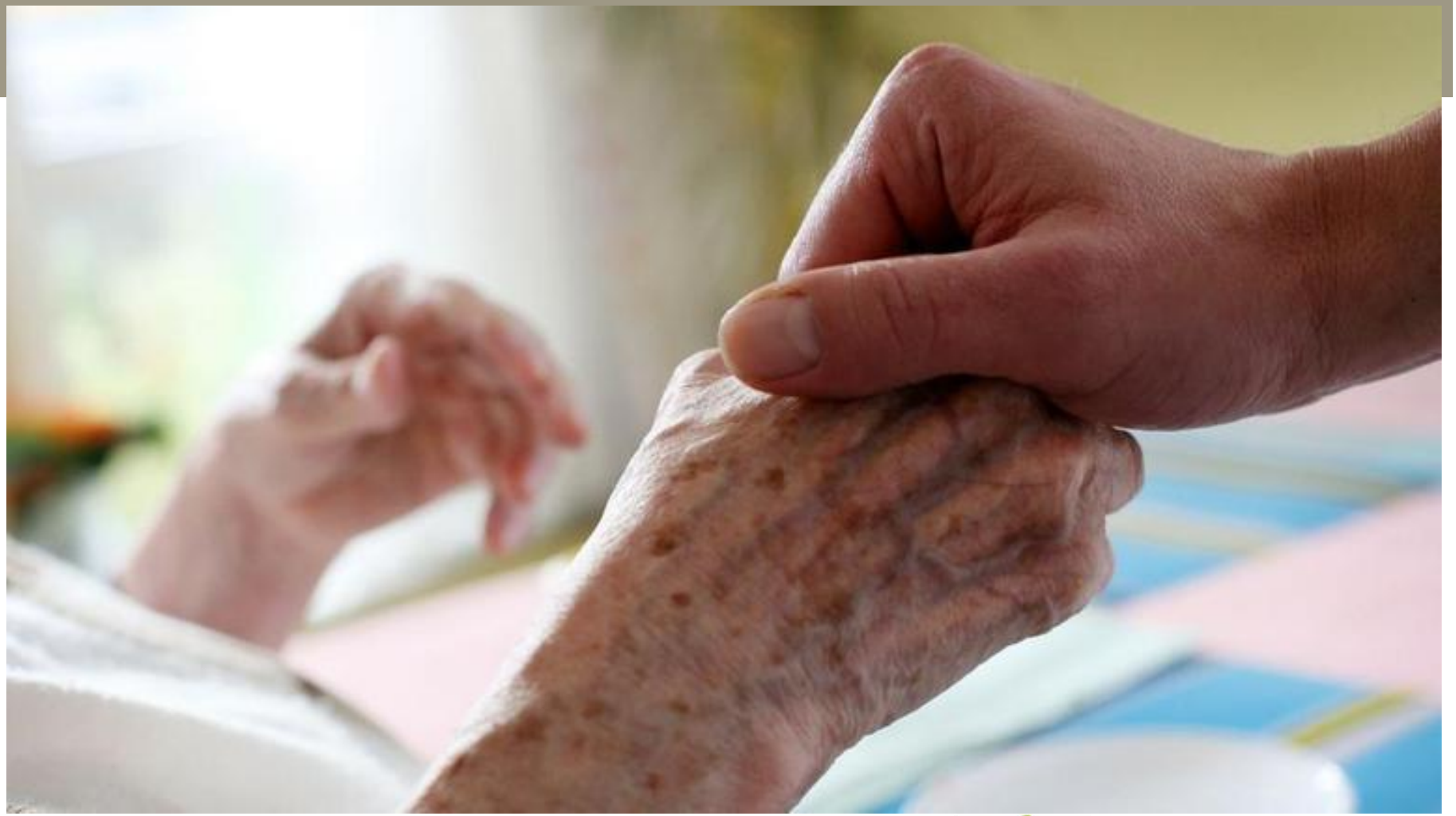
https://asz-duebendorf.ch/pflege-und-betreuung.html

Pawel.
Patientensicherheit. Wirtschaftlichkeit. Lebensqualität.

Klinikum Stuttgart

Kommunikation mit deliranten Patienten Bezugspersonen

- Angehörige, Freunde, Vertraute einbinden
- Pflege und Therapeuten
- Wenig Personalfluktuation (Depenbusch in Maier et al, 2011)



STUTTGART

Pawel.
Patientensicherheit. Wirtschaftlichkeit. Lebensqualität.

Klinikum Stuttgart

Kommunikation mit deliranten Patienten
Nonverbale Kommunikation und Berührung

- Ausdruck von Empfindungen, Gefühlen, persönlichen Einstellungen
- Minik, Gestik
- Blick- / Augenkontakt
- Körperhaltung und Sprache

- Emotionaler Zugang oft der einzige weg
- Wichtigstes Element in der Patientenbeziehung

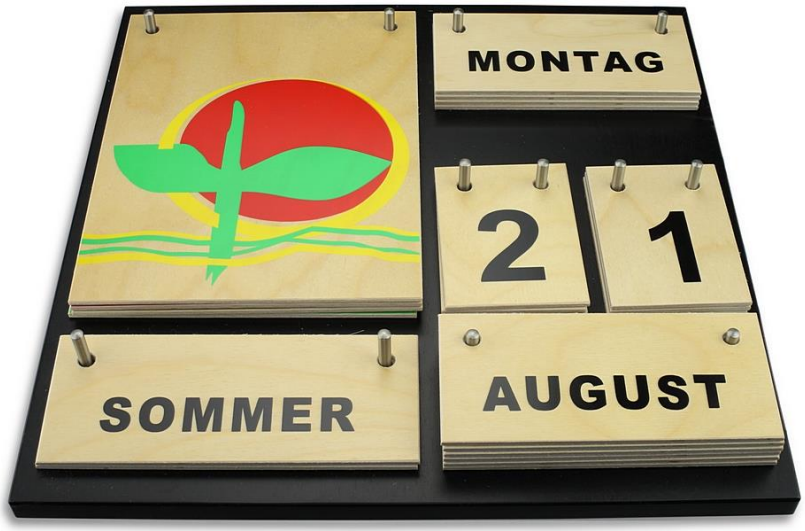
Kommunikation mit deliranten Patienten
Nonverbale Kommunikation und Berührung

- Berührung übermittelt:
  - Mitgefühl
  - Wunsch zu helfen
  - Sicherheit
- Verringert das Gefühl der Isolation und Einsamkeit
- Steigert Gefühl der Identität und Integrität

Kommunikation mit deliranten Patienten
Nonverbale Kommunikation und Berührung

- Expressive Berührung
- Methoden der basalen Stimulation, beruhigende Handmassage
- Berührung im Gesicht vermeiden

(Pearce, 2002; Bartoszek, 2005)







Pawel.
Patientensicherheit. Wirtschaftlichkeit. Lebensqualität.

Klinikum Stuttgart

Kommunikation mit deliranten Patienten Orientierungshilfen

- Nennung von Tages- und Jahreszeit
- Sichtbar angebrachte Uhren und Kalender
- Vertraute persönliche Gegenstände
  - CAVE! Schwere der Orientierungsstörung
- Externe Stimuli wiederholt erklären
- Seh- und Hörhilfen einsetzen
- Lärmreduktion, Lichtmanagement
- Rooming-in ermöglichen(Bartoszek, 2005)

Weitere Quellen



- Demenzen in Theorie und Praxis. Förstl, 3. Auflage, Springer
- Praktische Geriatrie. Klinik-Diagnostik-Interdisziplinäre Therapie. Martin Willkomm, 1. Auflage, Thieme
- Praxishandbuch Altersmedizin. Geriatrie-Gerontopsychiatrie-Gerontologie. Pantel, Schröder, Bollheimer, Sieber, Kruse (Hrsg.), 1. Auflage, Kohlhammer
- S3-Leitlinie „Demenzen“ (Langversion – Januar 2016)

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!!!



STUTTGART

Pawel.
Patientensicherheit. Wirtschaftlichkeit. Lebensqualität.

Klinikum Stuttgart