„Delirscout“

Pawel.
Patientensicherheit. Wirtschaftlichkeit.
+ Lebensqualität.

„Patientensicherheit – Wirtschaftlichkeit – Lebensqualität“

STUTTGART

Pawel.
Patientensicherheit. Wirtschaftlichkeit.
+ Lebensqualität.

Klinikum Stuttgart

Übersicht der Module

- Kognitive Einschränkungen und Demenz
  - Eine multidisziplinäre Sichtweise
- Kommunikation, Validation und Herausforderndes Verhalten
- Delir – Demenz – Depression
- Delir: Diagnostik und Therapie; Delirprävention im Alltag
- Medikamentöse Behandlung



Stellen Sie sich vor:



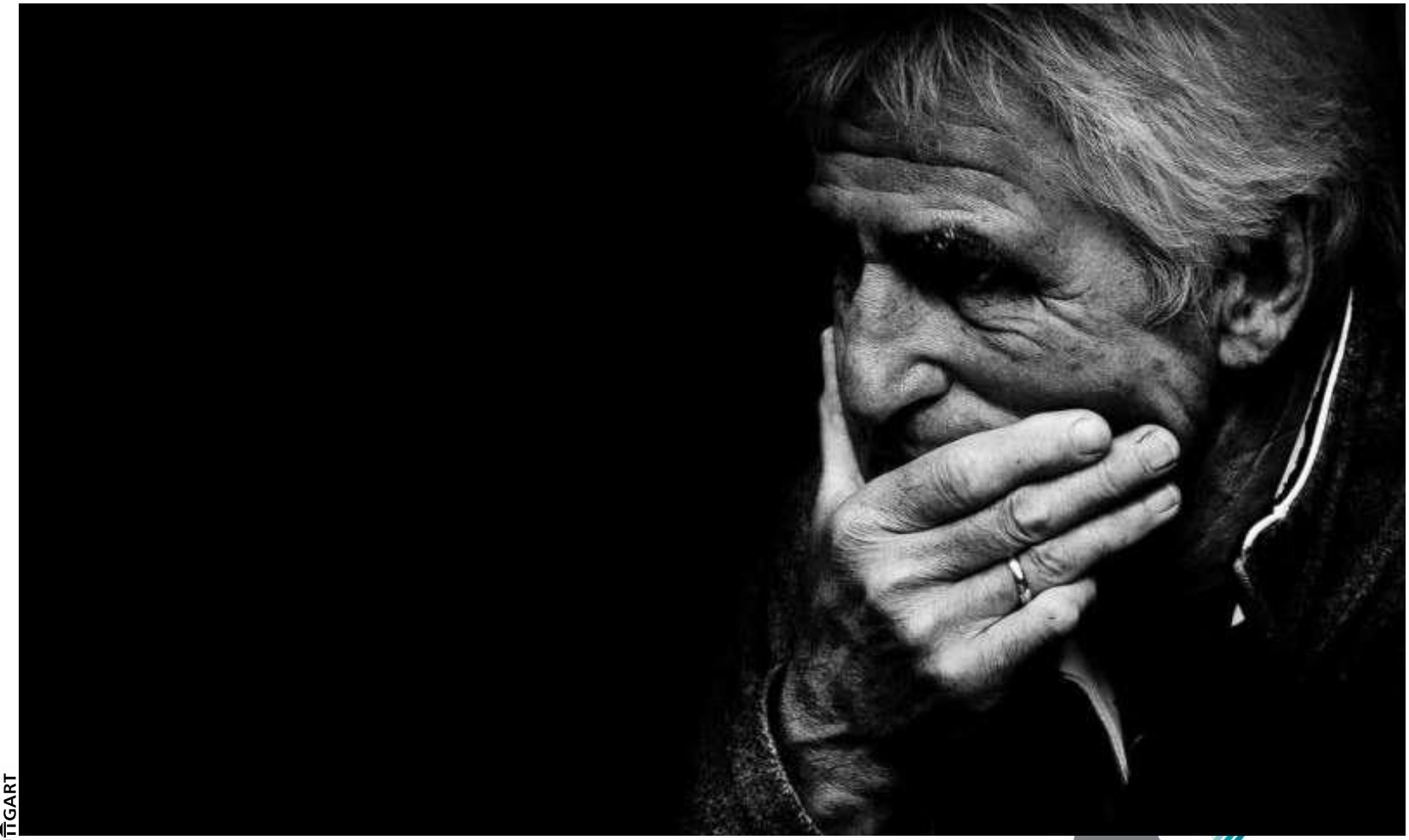
Stellen Sie sich vor:



Stellen Sie sich vor:



Stellen Sie sich vor:



Stellen Sie sich vor:



Stellen Sie sich vor:



Stellen Sie sich vor:



Stellen Sie sich vor:



Stellen Sie sich vor:



Stellen Sie sich vor:



Stellen Sie sich vor:

- Sie sitzen in unbekannter Kleidung neben einem Bett in einem Raum mit drei anderen Betten und Nachtschrank.
- Sie denken: das muss ein Krankenhaus sein - aber es ist fremd und unbekannt.
- Sie können sich nicht erinnern, wie Sie hierher gekommen sind – ohne Schlüssel, Telefon und Geld?
- Sie können sich nicht erinnern was passiert ist, aber Sie haben ein Gefühl von Angst.

Stellen Sie sich vor:

- Ihr Mund ist trocken – Sie hätten gerne etwas zu trinken.
- Manchmal haben sie den Mut die Menschen, die vorbeigehen anzusprechen – finden aber nicht die richtigen Worte.
- Viele beachten Sie gar nicht, die die stehen bleiben, sprechen zu schnell und Sie können keinen Sinn finden und dann sind die auch schon wieder weg.
- Wenn Sie sich bewegen geht das unerwartet langsam und schwerfällig. Sie sehen sich um – kein bekanntes Gesicht.

Stellen Sie sich vor:

- Der Geruch, Geräusche, Bilder und Menschen – alles sieht krank aus und die in den Kitteln wirken entschlossen.

- Und wenn Sie einen Weg aus dieser merkwürdigen und ungewohnten Umgebung suchen, hindert Sie jemand im weißen Kittel daran …

Denken

Fühlen

Wollen

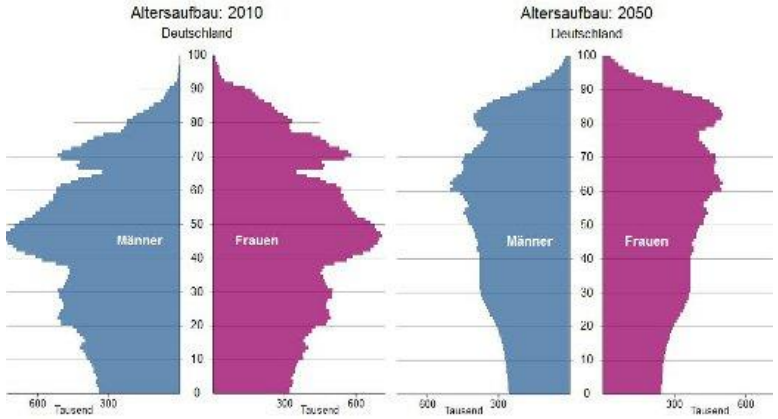
Tun

Demografischer Wandel

- Wir werden immer älter – eine alternde Gesellschaft besitzt ihre eigenen Gesundheitsprobleme.
  - Zunehmende Hochaltrigkeit führt zu einem Zuwachs an degenerativen, chronischen Erkrankungen.
- „Die Alzheimer Demenz ist gegenwärtig und auch in absehbarer Zukunft nicht heilbar.“ (Foerstl, 2012)
- Alle Fachbereiche der KH und Versorgungseinrichtungen werden Menschen mit Demenz aufnehmen und behandeln müssen. (DRG, Ökonomie, etc.)

Epidemiologie und Folgen für das Gesundheitssystem

- Anzahl der Demenzkranken wird in Deutschland aktuell auf ca. 1,2 Millionen geschätzt
- diese Zahl soll sich bis zum Jahr 2030 mindestens verdoppeln



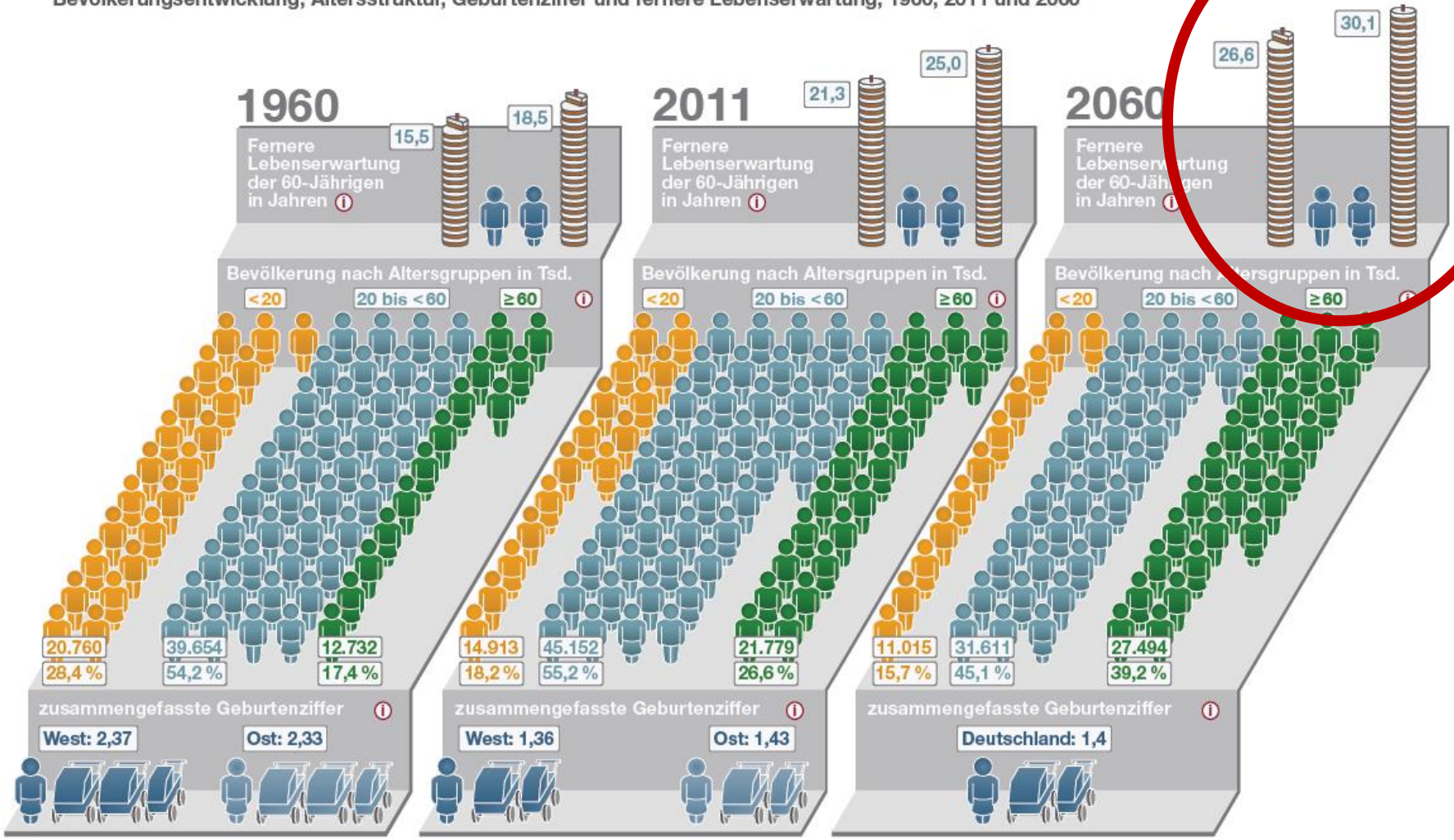
Entwicklung der Bevölkerung in Deutschland, Vergleich 2010 und 2050, Bildquelle: Statistisches Bundesamt

- ca. 244.000 Neuerkrankte an Demenz pro Jahr in Deutschland
- ca. bei jedem vierten über 85-jährigen liegt eine Demenz vor
- ca. 50.000 € werden für die Kosten für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung für jeden Demenzkranken pro Jahr geschätzt – steigend mit fortschreitendem Erkrankungsstadium

Demografischer Wandel

Bevölkerungsentwicklung, Altersstruktur, Geburtenziffer und fernere Lebenserwartung, 1960, 2011 und 2060*

Fussnoten



Quelle: Statistisches Bundesamt: www.destatis.de, Online-Datenbank, 10. und 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung: Bevölkerung Deutschlands bis 2050, Bevölkerung Deutschlands bis 2060

Lizenz: Creative Commons by-nc-nd/3.0/de
Bundeszentrale für politische Bildung, 2012, www.bpb.de

BY – NC – ND

Barbara ´ s Story (I)

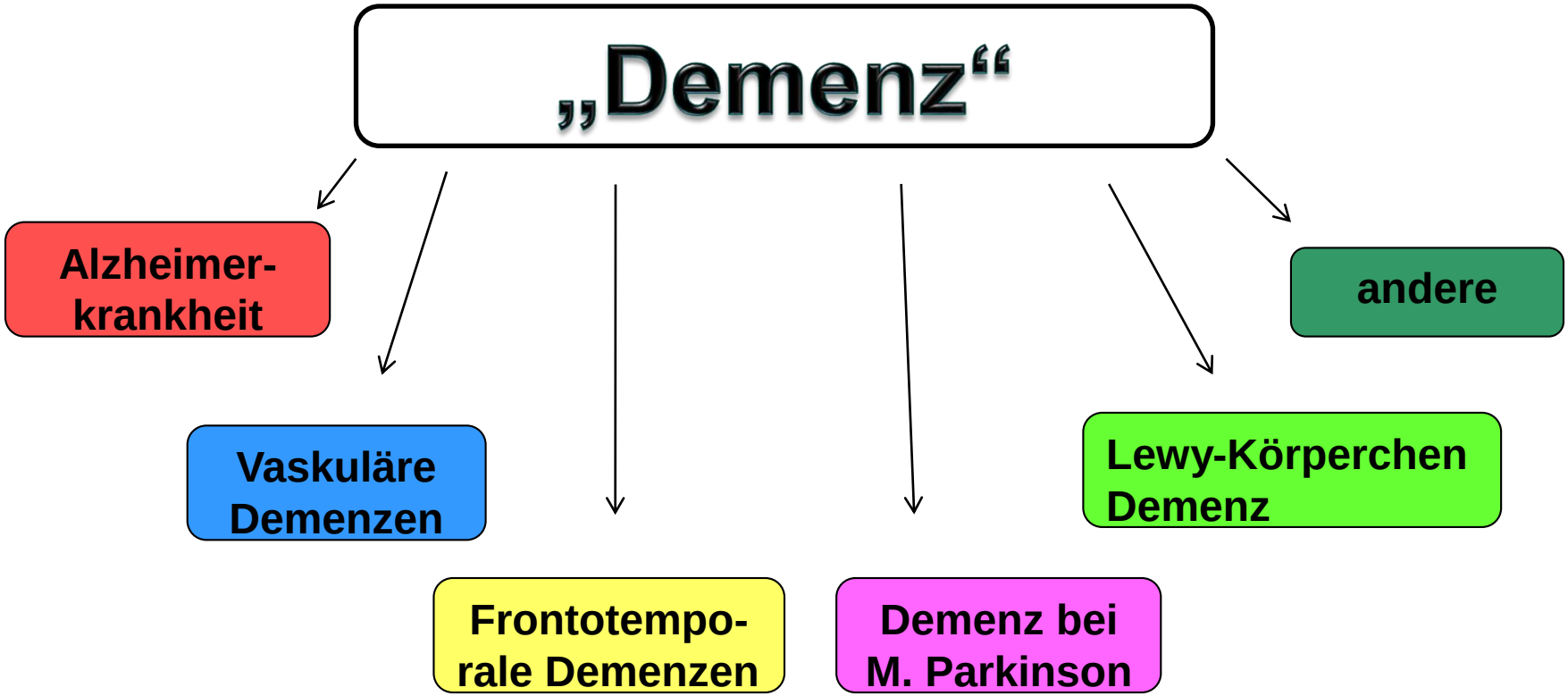
Syndromdefinition Demenz*



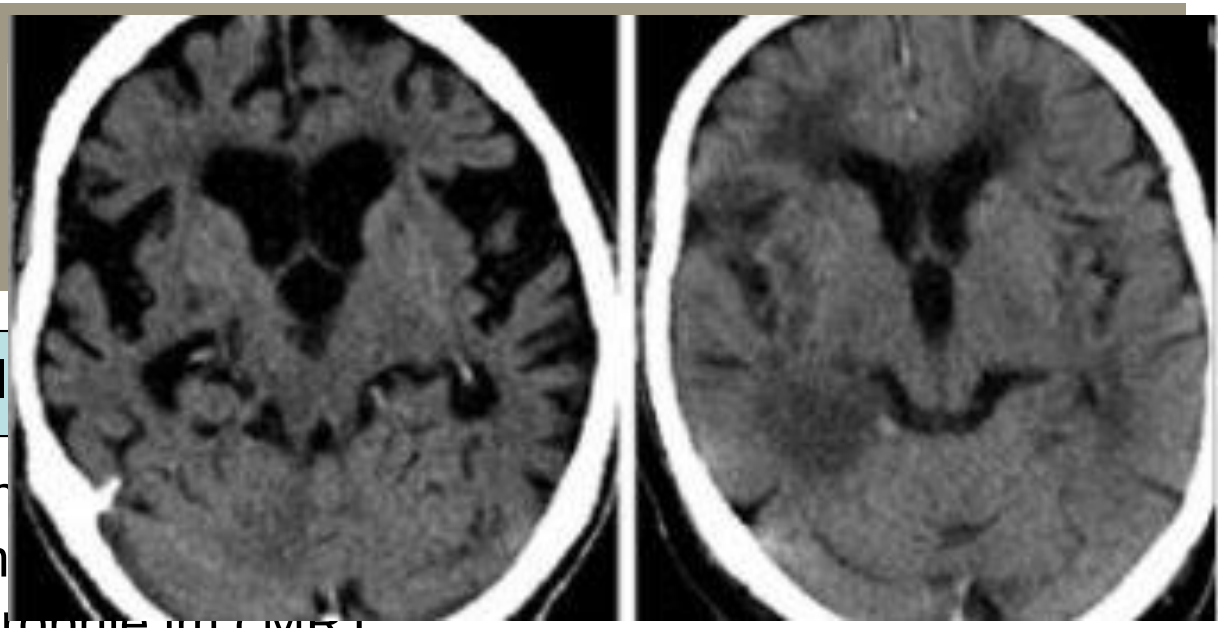
„ICD-10-Definition: Demenz ist ein **Syndrom** als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit **Störung vieler höherer kortikaler Funktionen**, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache, Sprechen und Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit zur Entscheidung. Das **Bewusstsein ist nicht getrübt**. Für die Diagnose einer Demenz müssen die Symptome […] **mindestens 6 Monate** bestanden haben. Die **Sinne […] funktionieren im für die Person üblichen Rahmen**. Gewöhnlich begleiten Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder Motivation die kognitiven Beeinträchtigungen; gelegentlich treten diese Symptome auch eher auf. Sie kommen bei Alzheimer-Krankheit, Gefäßerkrankungen des Gehirns und anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn und die Neuronen betreffen.“

* S3-Leitlinie „Demenzen“ (Langversion – Januar 2016)

Demenz als „Überschrift“



Demenz



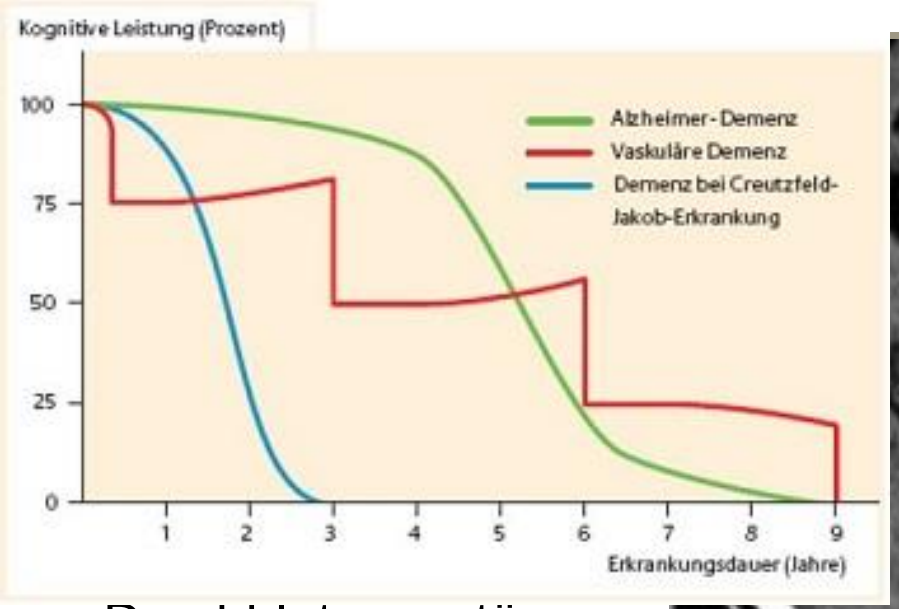
Neurobiologische Grundl

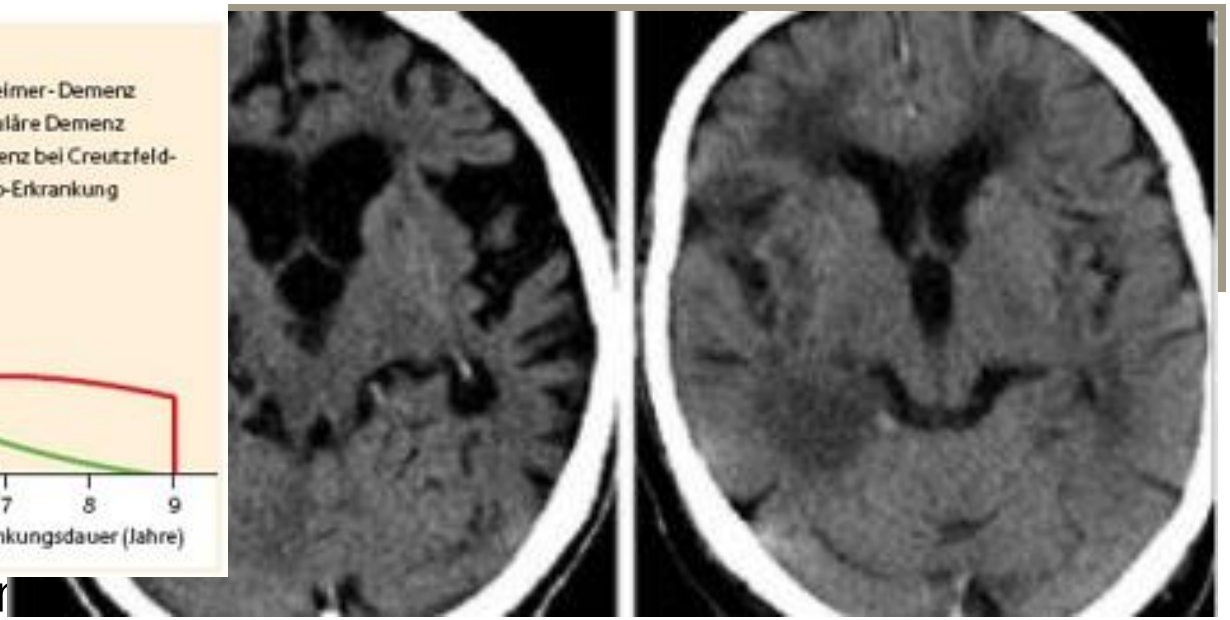
- Typische Eiweißablagerun
  Bildung von Neurofibrillen
- Mesiotemporal betonte Atrophie im cMRT

Klinische Symptome:

- Langsamer Symptombeginn über Monate bis Jahre
- Gedächtnis- und Orientierungsstörungen, Sprachstörungen, Störungen des Denk- und Urteilsvermögens (Deutsche Alzheimergesellschaft)
- Beginn zwischen dem 40. und 90. Lebensjahr, meist nach dem 65. LJ

Entsprechend den revidierten NINCDS-ADRDA-Kriterien sowie NIA-AA-Kriterien für die Demenz bei Alzheimerkrankheit





Durchblutungsstörungen

- […] Gefäßschäden wirken sich auf noch kleinere Gefäße in tiefen Gehirnbereichen aus (modif. nach „Lern von mir“)

Klinische Symptome:

- Abrupte Verschlechterung kognitiver Funktionen
- Fluktuierende oder stufenweise Progression der kognitiven Defizite
- Beginn der Demenz innerhalb von 3 Monaten nach einem Schlaganfall
- Häufig frühzeitig Gangstörungen („lower-body-Parkinson“)
- Blasenstörungen, Stimmungsänderungen, „emotionale Inkontinenz“

Modif. nach NINDS-AIREN-Kriterien für wahrscheinliche vaskuläre Demenz

Frontotemporale Demenzen

Neurobiologische Grundlagen:

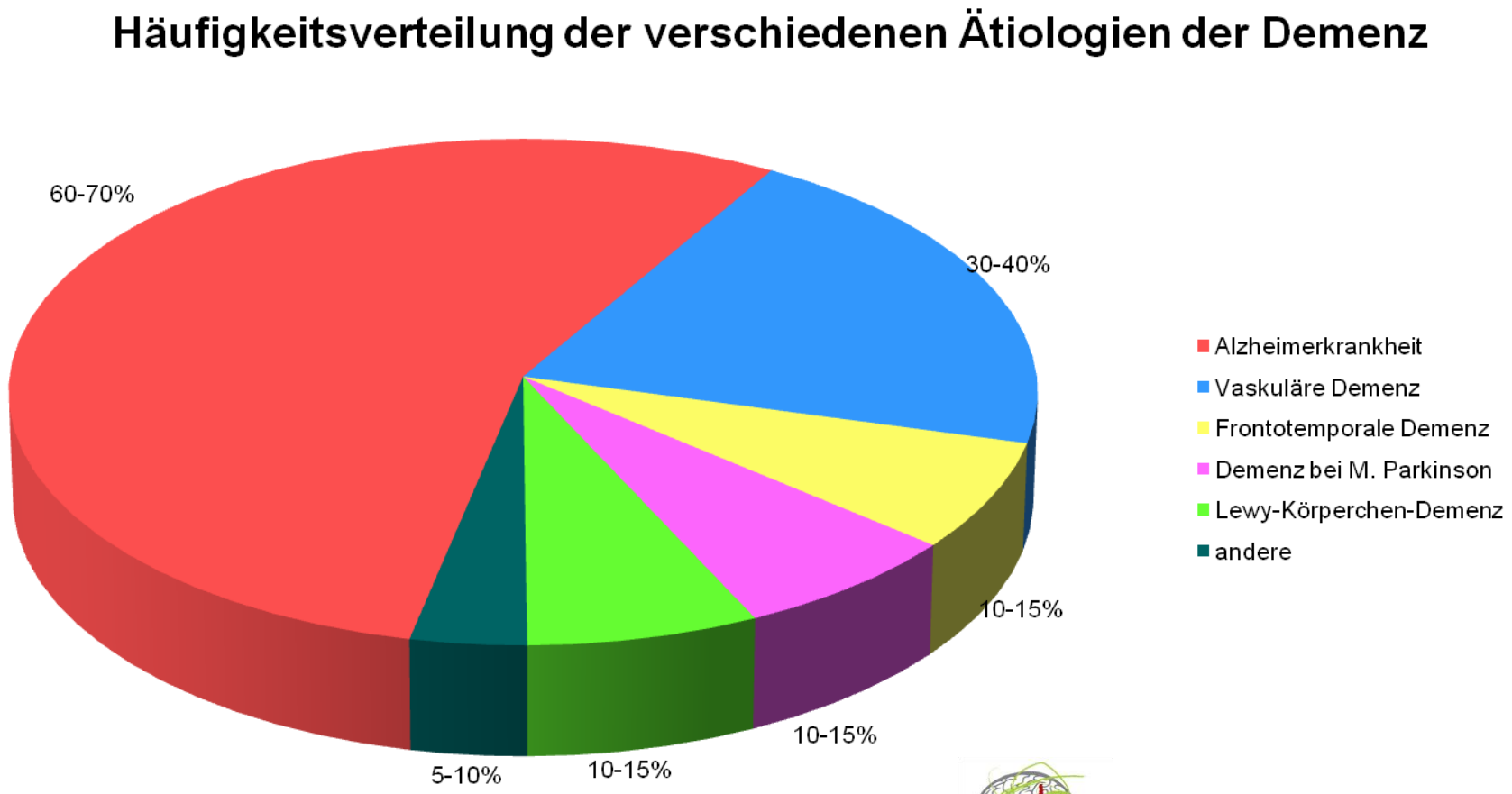
• Abbau von Nervenzellen zunächst im Stirn- und Schläfenbereich (Fronto-Temporal-Lappen) des Gehirns. Von hier aus werden u.a. Emotionen und Sozialverhalten kontrolliert. (modif. nach Deutsche Alzheimergesellschaft)

Klinische Symptome:

- Beginn im mittleren Lebensalter
- Frühe, langsam fortschreitende Persönlichkeitsänderung und Verlust sozialer Fähigkeiten
- Beeinträchtigungen von Intellekt, Gedächtnis und Sprachfunktion mit Apathie

Nach ICD-10

Häufigkeitsverteilung der verschiedenen Ätiologien der Demenz



Basisdiagnostik



1. Anamnese: einschließlich Fremdanamnese, Medikamenten-anamnese, soziobiographische Anamnese, Familienanamnese u.ä.
2. Körperliche-neurologische und psychopathologische Untersuchung (kardiovaskuläre, metabolische oder endokrinologische Erkr.?)
3. Laboruntersuchungen: Blutbild, Elektrolyte (Na, K, Ca), Nüchtern-Blutzucker, TSH, CRP, GOT, Gamma-GT, Kreatinin, Harnstoff, Vitamin B12 und Folsäure.

   ggf. Erweiterung um spezielle Werte bei atypischen Symptomen, rascher Progredienz, ungewöhnliches Alter etc.

4. Neuropsychologische Screeninguntersuchungen

Neuropsychologische Screeninguntersuchungen

Mini-Mental Status Test (MMST) nach Folstein et al.:

- am häufigsten verwendet
- Maximal 30 Punkte
- Aufgaben zu: Gedächtnis, Orientierung, Aufmerksamkeit, Rechnen, Sprache und Visuokonstruktion
- Zeitaufwand 10 – 15 Minuten
- Contra: relativ geringe Sensitivität für leichtere kognitive Störungen

Neuropsychologische Screeninguntersuchungen

DemTect:

- Maximal 18 Punkte
- Aufgaben zu: Gedächtnis, Zahlenumwandeln, verbale Flüssigkeit
- Es gibt eine Alterskorrektur
- Bessere Sensitivität für leichtere kognitive Störungen

Uhren-Test nach Shulman:

- Einfach, schnell, prüft visuokonstruktive und exekutive Funktionen

Mini-Mental-Status-Test (MMST)

(modifiziert nach Folstein, Folstein & McHugh)

Zeitliche Orientierung
(Frage: „Welchen Tag haben wir heute?")

- Tag ☐
- Monat ☐
- Jahr ☐
- Wochentag ☐
- Jahreszeit ☐

Örtliche Orientierung
(Frage: „Wo sind wir jetzt?")

- Stadt ☐
- Stadtteil ☐
- Bundesland ☐
- Klinik/Pflegeheim/Praxis ☐
- Station/Stockwerk ☐

Merkfähigkeit
(Folgende 3 Gegenstände nennen, dann zur Wiederholung auffordern)

- Apfel ☐
- Schlüssel ☐
- Ball ☐

Aufmerksamkeit und Rechnen
(Jeweils 7 von 100 abziehen oder „STUHL" rückwärts buchstabieren)

- 93 oder „L" ☐
- 86 oder „H" ☐
- 79 oder „U" ☐
- 72 oder „T" ☐
- 65 oder „S" ☐

Erinnern
(Frage: „Was waren die Dinge, die Sie sich vorhin gemerkt haben?")

- Apfel ☐
- Schlüssel ☐
- Ball ☐

Benennen
(Die Testperson soll die folgenden zwei Gegenstände benennen)

- Armbanduhr ☐
- Bleistift/Kugelschreiber ☐

Wiederholen
(Die Testperson soll den folgenden Satz nachsprechen; nur ein Versuch ist erlaubt)

- „Kein Wenn und Aber" ☐

Dreiteiliger Befehl
(„Nehmen Sie das Blatt Papier, falten es in der Mitte und lassen es auf den Boden fallen")

- „Nehmen Sie das Blatt Papier," ☐
- „falten es in der Mitte" ☐
- „und lassen es auf den Boden fallen" ☐

Reagieren
(Die Testperson soll den Satz: „Schließen Sie die Augen" lesen und befolgen)

- Testperson schließt die Augen ☐

Schreiben
(Die Testperson soll einen beliebigen vollständigen Satz aufzuschreiben)

- Sinnhafter Satz mit Subjekt und Verb ☐

Abzeichnen
(Testperson soll die folgende Zeichnung abzeichnen)



- Zwei sich an einer Ecke überschneidende 5-Ecke ☐

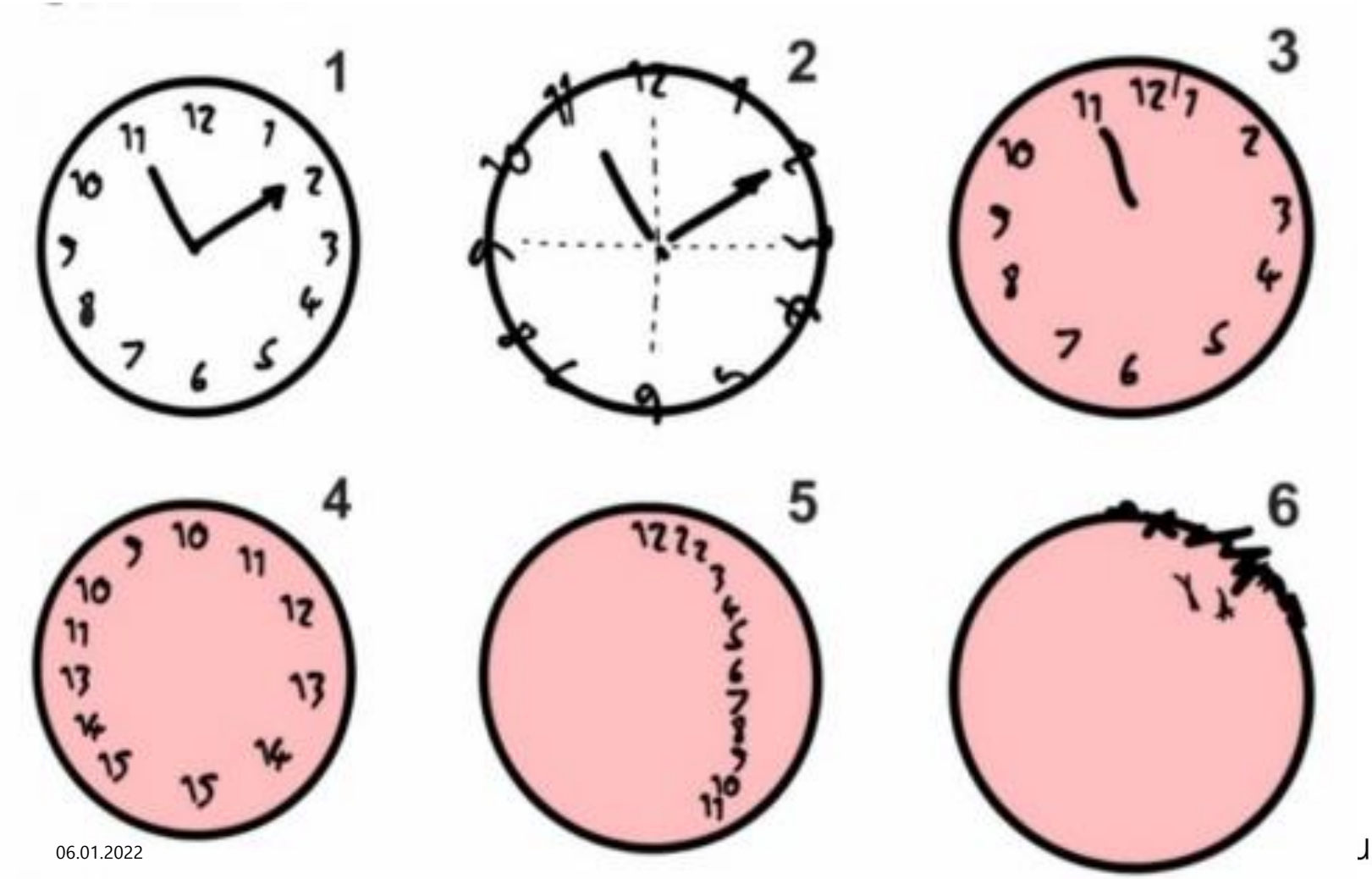
Gesamtpunktzahl ___ (max. 30)

06.01.2022

Pawel. Patientensicherheit. Wirtschaftlichkeit. + Lebensqualität.

Klinikum Stuttgart

Ausgewählte Screeningverfahren „unter der Lupe“

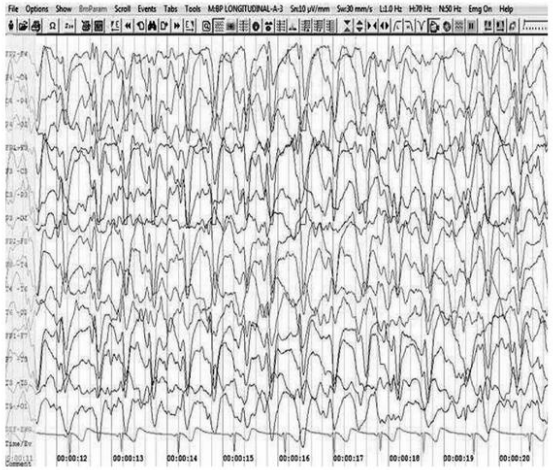


Erweiterte Diagnostik

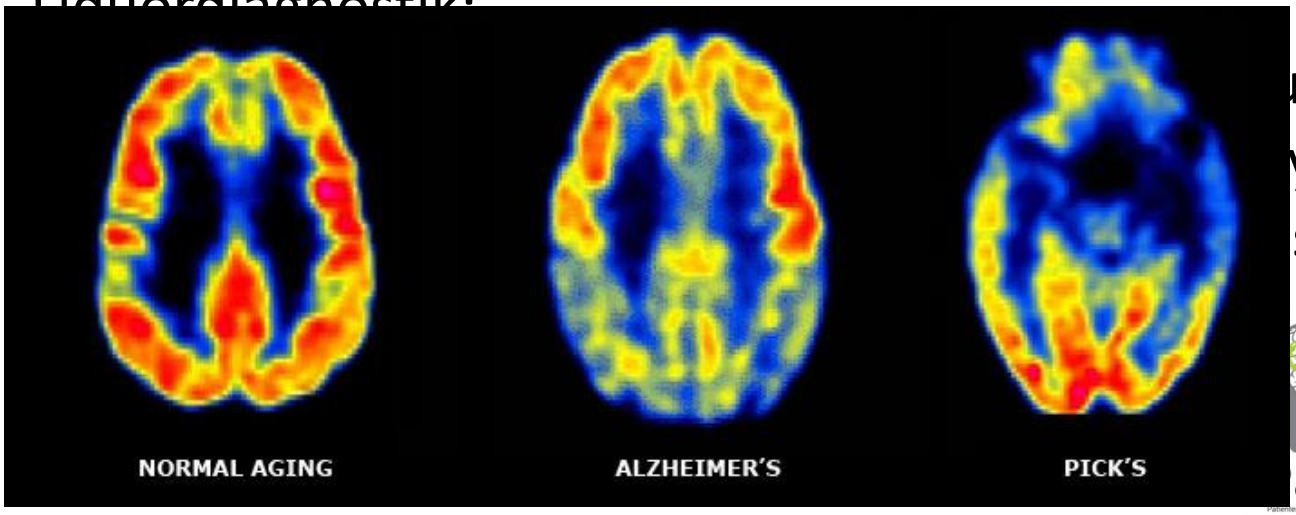


Cerebrale Bildgebung:

- Bei 5% aller Demenzkranken wird eine potenziell reversible Ursache nichtdegenerativer und nicht durch die bildgebende Untersuchungen aufgedeckt (NPH)
- cCT oder cMRT



Liquordiagnostik:



Klinikum Stuttgart

Differentialdiagnosen

1. Depression:
   „Demenzsyndrom“ bei der Depression
   Koinzidenz von Depression und Demenz
   Symptom der Demenz



Van Gogh (1853-1890), Trauernder alter Mann

2. Delir:
   Verlauf beachten
   Fluktuation



Therapie – 1. Medikamentöse Maßnahmen



1. Pharmakologische Therapie der Kernsymptomatik Demenz
   Alzheimerkrankheit:
   - Acetylcholinesterase-Hemmer (z.B. Donepezil, Rivastigmin, Galantamin) bei leichter bis mittelschwerer Demenz
   - Memantin: bei moderater bis schwerer Demenz

   Vaskuläre Demenz:
   - Behandlung relevanter vaskulärer Risikofaktoren und Grunderkrankungen

   Lewy-Körperchen Demenz:
   - Hinweise für die Wirksamkeit von Rivastigmin, jedoch off-label

Therapie – 1. Medikamentöse Maßnahmen



2. Ggf. Behandlung von psychischen und Verhaltenssymptomen (z.B. Depression, Wahn, Halluzinationen etc.)

Therapie – 2. Nicht-medikamentöse Maßnahmen



Nach S3-Leitlinie „Demenzen“:

- Kognitive Verfahren (inkl. Kognitives Training, Realitäts-orientierung, Biografiearbeit, …)
- Ergotherapie
- Körperliche Aktivität
- Kreative Therapie (inkl. Kunst-, Musik- und Tanztherapie)
- Sensorische Verfahren (inkl. Aromatherapie, Snoezelen, (multi-) sensorische Stimulation, Massagen)
- Indikationsstellung für eine Maßnahme muss immer den individuellen Zustand des Patienten berücksichtigen!!!
- Beratung von Patienten und Angehörigen
- Angehörigentraining zum Umgang mit Verhaltenssymptomen

Risikofaktoren und Prävention



- Minimierung von vaskulären Risikofaktoren im mittleren Lebensalter (z.B. Bluthochdruck, Diabetes Mellitus, Adipositas, Hyperlipidämie)
- Rauchen ist ein unabhängiger Risikofaktor
- Ausgewogene Ernährung (z.B. mediterrane Diät)
- Regelmäßige körperliche Bewegung und ein aktives geistiges und soziales Leben

Empfehlungen entsprechend den S3-Leitlinien „Demenzen“, 2016

Der personenorientierte Ansatz

Person mit

Demenz

- https://www.youtube.com/watch?v=aWceIT2kutE

Der personenorientierte Ansatz

Person

mit Demenz

Personzentrierte Pflege

(Brooker 2004)

- Die vier Elemente der **person**zentrierten Pflege sind:

1. Die Wertschätzung der **Person** mit Demenz und ihrer Pflegepersonen.
2. Die Behandlung der **Person** als Individuum.
3. Die Sichtweise aus der Perspektive der **Person** mit Demenz.
4. Eine positive soziale Umgebung, in der die demenziell erkrankte **Person** sich seiner selbst bewusst sein kann.

Person sein

Kitwood, 2008

- Stand / Status eines Menschen
- Im Kontext von Beziehung / sozialem Sein verliehen
- Impliziert Anerkennung, Respekt, Vertrauen

Was häufig stattfindet:

- Entpersonalisierung
- Soziale Isolation
- Medikalisierung

Anerkennung

- Offene, freundliche und vorurteilsfreie Haltung.
- Namentliche Anrede, bedeutet einen Anker für den Demenzkranken.
- Wir grüßen, loben oder hören aufmerksam zu.
- Anerkennung kann auf verbalem und nonverbalem Weg erfolgen.
- Begrüßungsritual Handgeben anbieten.
- Direkter Augenkontakt, damit die Person spürt, dass sie gemeint ist.
- Deutlich gesprochene Worte.

Verhandeln

- Fragen nach Bedürfnissen, Vorlieben und Wünschen.
- Gewohnheiten akzeptieren und anwenden

Zusammenarbeiten

- Patienten werden in die Handlungen mit einbezogen.
- Pflege ist ein Prozess, in dem ein Patient Raum bekommt, eigene Initiative und Fähigkeiten beteiligend einzubringen.
- Bei Ablehnung / Verweigerung einer Handlung, wird diese später nochmals versucht.
- Zusammenarbeit heißt, Pflege wird einer Person nicht angetan, sondern gemeinsam durchgeführt.
- Die an die Patienten gerichteten Anforderungen werden in kurzen Sätzen formuliert, ggf. wiederholt.
- Pflegeschritte werden angekündigt, begründet und wenn erforderlich pantomimisch vorgemacht.

Stimmung in der Pflegesituation

- Durch eine Demenzerkrankung nicht beeinträchtigte Kompetenzen sind:
  - Gespür für Humor, Freude, Stimmungen.
- Die Stimmung sollte aufgeschlossen und gesellig gestaltet sein.
- Gestik und Mimik können chronisch verwirrte Menschen gut wahrnehmen.

Entspannung

- Demenzkranke, die einen ausgeprägten Bedarf an soziale Bedürfnissen haben, können meist nur dann entspannen, wenn andere Menschen in ihrer Nähe sind oder Pflegende Körperkontakt zu ihnen herstellen.
- Das Tempo, mit dem wir mit dem Demenzkranken arbeiten, kann gedrosselt werden, um Körper und Geist einen Moment Erholung gönnen.

Lebensaktivität: Kommunizieren



- Verbale …en ab.
- Non-ve…halten.
- Emotion…otionen auszudr…
- Stress o…ch Weggehen gemied…
- Stimmu…icher Gemein…
- Hilfe un…ten.
- Andauerndes Rufen oder Schreien = Kontaktversuche (?).
- Direktes „auf andere zugehen“.

Lebensaktivität: Kommunizieren

- Verbale Kommunikationsfähigkeiten, einschließlich der Kulturtechniken des Schreibens und des Lesens, nehmen mit fortschreitendem Demenzprozess ab.
- Non-verbale Kontaktfähigkeiten bleiben erhalten, Körpersprachliche Zeichen fein unterschieden.
- Emotionale Erlebensfähigkeit sowie die Fähigkeit Emotionen auszudrücken können sogar erweitert sein.
- Stress oder Konfliktsituationen werden durch Weggehen gemieden.

Lebensaktivität: Kommunizieren

- Stimmungen ruhiger, heiterer und verbindlicher Gemeinsamkeit wirken anziehend.
- Hilfe und Trost werden unmittelbar angeboten.
- Als Kontaktversuche können andauerndes Rufen oder Schreien verstanden werden, hier kann aber auch Angst ein Auslöser sein.
- Demenzkranke gehen auch direkt auf andere zu, hängen sich an die Personen, gehen mit.

Tagtägliche Herausforderungen

- **Kommunikation**
- Handeln nach ABC - Motto

Problemlösungsansatz ABC

- A = Avoid confrontation
- B = be practical
- C = clarify the feelings and comfort

Problemlösungsansatz ABC

- A = Vermeide Konfrontation
- B = Handle zweckmäßig
- C = Formuliere Gefühle und spende Trost

Problemlösungsansatz ABC

Beispiele:

- „Er stellt ständig dieselbe Frage“ ①
- „Er sagt Dinge, die nicht wahr sind“ ②
- „Er hat Probleme ein Gespräch zu beginnen“ ③
- „Er hat Probleme Entscheidungen zu treffen“ ④
- „Er spricht nur über die Vergangenheit“ ⑤

Problemlösungsansatz ABC

Beispiel: Er stellt ständig dieselbe Frage
Warum?

A = **„das hast Du schon hundert Mal gefragt“**

B = Kurze, einfache Antworten
Auf einen Zettel schreiben
Auslösende Situationen vermeiden
Aufmerksamkeit umlenken

C = „Ich kann mich manchmal auch nicht gut an Termine erinnern“

Problemlösungsansatz ABC

Beispiel: Er sagt Dinge, die nicht wahr sind
Warum?

A = **Nicht auf Realitäten bestehen**

B = Etwas sagen, das wahr ist, aber das Gesagte nicht in Frage stellt

C = „Du vermisst Deine Arbeit wohl sehr?“

❷

Problemlösungsansatz ABC

Beispiel: Er hat Probleme ein Gespräch zu beginnen
Warum?

A = **„Du sprichst nie mit mir“**

B = Gesprächsbeginn übernehmen
An Erfahrungen und Erinnerungen anknüpfen
Erinnerungsalbum verwenden

C = „Manchmal weiß man einfach nicht, was man sagen soll“

Problemlösungsansatz ABC

Beispiel: Er hat Entscheidungen zu treffen

Warum?

A = **„Denk doch mal nach und entscheide Dich“**

B = Selbst Vorschläge machen

C = „Manchmal weiß man einfach nicht, worauf man Appetit hat“ ❹

Problemlösungsansatz ABC

Beispiel: Er spricht nur über die Vergangenheit
Warum?

A = **„Das habe ich schon hundert Mal gehört“**

B = Positive Einstellung gegenüber Erzählungen

C = „Das war aber schön für dich“

❺

Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz

Die Person:

… möchte unbefriedigte Bedürfnisse mitteilen
… möchte unbefriedigte Bedürfnisse direkt befriedigen
… zeigt seine Frustration / Verärgerung

Die Person versucht jedoch stets, ihr Wohlbefinden zu verbessern oder zu erhalten. (Cohen-Mansfield, 2001)

Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz

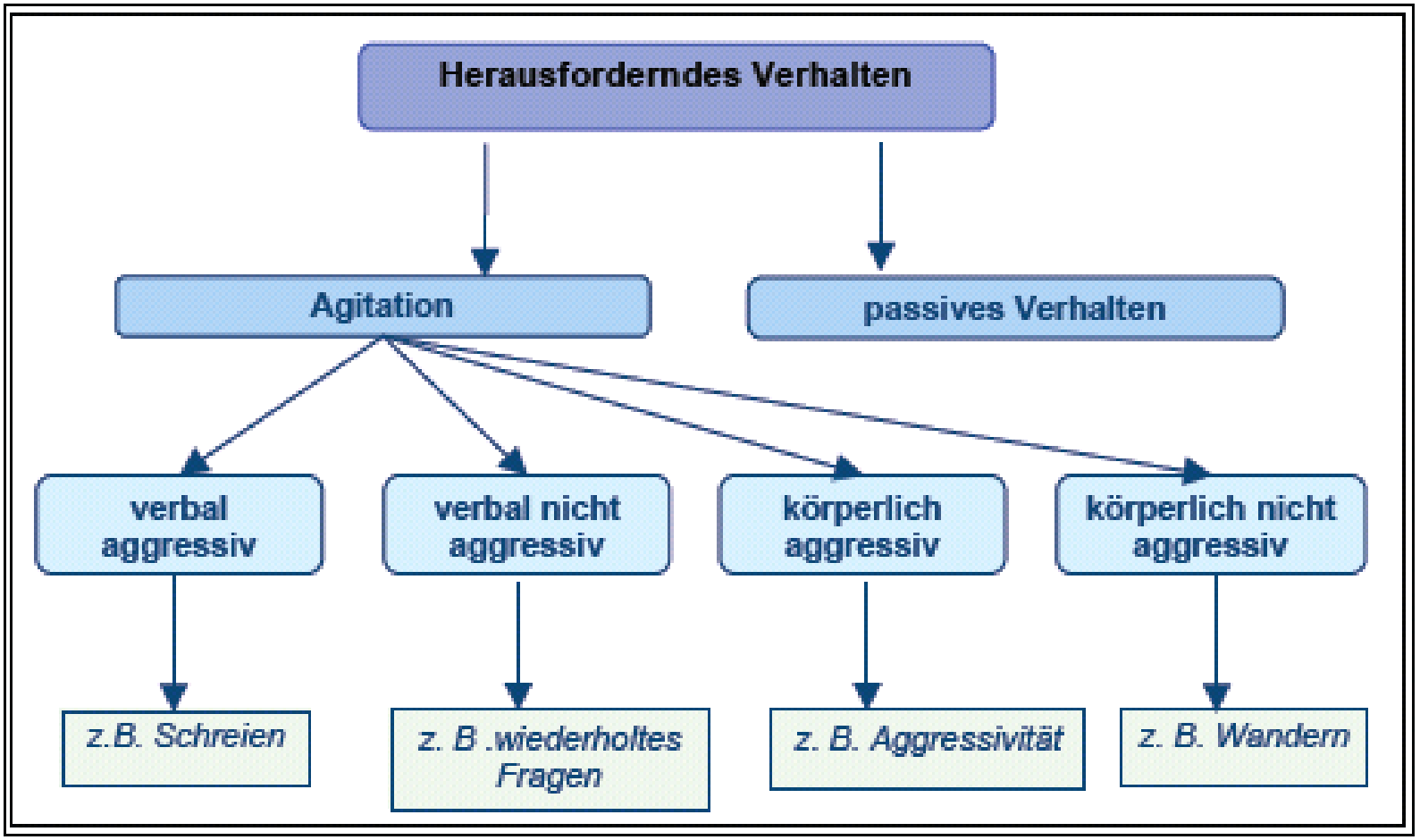


Abbildung 3 Auswahl von Verhaltensweisen

Verstehende Diagnostik

- Suche nach erklärenden Aspekten
- Einbezug aller Beteiligten / Institution
- Mehrperspektivität (Fehldeutungen minimieren)
  - Fallbesprechungen
- Verwendung NDB-Modell①

Need driven behaviour = Bedürfnisbedingtes Verhalten

DZNE
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen
in der Helmholtz-Gemeinschaft

URSACHEN: NDB-Modell Need-Driven Dementia-Compromised Behavior Model (Kolanowski et al. 1999)

Hintergrundfaktoren

Neurologischer Status:
- Tages-/Nachtrhythmus
- Motorische Fähigkeiten
- Gedächtnis/Merkfähigkeit
- Sprache
- Sensorische Fähigkeiten

Gesundheitsstatus, demographische Variablen:
- Allgemeinzustand
- Funktionsfähigkeit (ADL/IADL)
- Affekt
- Geschlecht
- Ethnie
- Familienstand
- Schulbildung
- Beruf

Psychosoziale Variablen:
- Persönlichkeit
- Verhaltensreaktion auf Stress

Herausforderndes Verhalten

Direkte Faktoren

Physiologische Bedürfnisse:
- Hunger und Durst
- Ausscheidung
- Schmerz
- Unwohlsein
- Schlafstörungen

Funktionale Performance

Psychosoziale Bedürfnisse
- Affekt, Emotionen (Angst, Langeweile)
- Anpassung der Unterstützung an die Fähigkeiten

Physikalische Umgebung:
- Gestaltung, Design
- Routine/Stationsalltag
- Lichtlevel
- Geräuschelevel
- Wärmelevel

Soziale Umgebung:
- Personalausstattung/Stabilität Umgebungsatmosphäre
- Präsenz von Anderen

DZNE
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen in der Helmholtz-Gemeinschaft

Verstehende Diagnostik (NDB-Modell)

Verhalten erkennen und beschreiben

- Welches Verhalten ?
- Wann tritt es auf ?
- Seit wann tritt es auf ?
- Wo tritt es auf ?
- Wie häufig tritt es auf?
- Bei wem tritt es auf ?

- Ist das Verhalten ein „Problem“? Für wen?

Erklärungsansätze für Verhalten „suchen“

Mögliche Gründe

- Demenzerkrankung ?
- Schmerzen ?
- Umgebung ?
- Biographie ?
- Medikation ?
- Verhalten anderer ?

Verhalten verstehen

Verhalten verstehen hilft

mit Verhalten umzugehen

und

zielgerichtete Maßnahmen

einzuleiten

FALLBESPRECHUNGEN

Serial Trial Intervention (STI)

Physiologische Bedürfnisse

- Hunger, Durst
- Schmerz
- Ausscheidung
- Schlafstörung
- etc.

Psychosoziale Bedürfnisse

- Bindung, Halt
- Kontakte, Interaktion
- Beschäftigung, Sinn
- Wertschätzung

Umweltbezogene Bedürfnisse

- Lichtstärke
- Geräuschpegel
- Temperatur
- Gestaltung, Design

Serial Trial Intervention (STI)

- Maßnahmen: Physiologische Bedürfnisse
- Maßnahmen: Psychosoziale Bedürfnisse
- Nicht-medikamentöse Maßnahmen
- Analgetika
- Beratung oder Versuch Psychopharmaka

Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz

Ursachen: Biologische Faktoren

- Kognitive / neurologische Beeinträchtigungen
  - Orientierungsstörungen
- Medikamente / Polypharmazie
- Körperliche Beeinträchtigungen
  - Schmerzen, Missbehagen
- Metabolische Veränderungen
  - Stoffwechselveränderungen
- Wahrnehmungsdefizite
  - Sehen und Hören

Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz

Ursache: Psychische Faktoren

- Persönlichkeit der Person
  - Bekannte Bewältigungsstrategien
  - Lebensstil beibehalten
  - Sich durchsetzen

- Psychische Gesundheit
  - Halluzinationen
  - Wahnvorstellungen
  - Affektstörungen

Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz

Ursache: Soziale Faktoren

- Umgebung und Pflegepraxis
  - Beleuchtung
  - Lärmpegel
  - Raumaufteilung

- Pflegepraktiken
  - Praktisches Geschick
  - Geduld
  - Kommunikationsfertigkeiten

Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz

Biopsychosoziale Ursachen: Schreien und rufen

Formen unterscheiden – Häufigkeit – Zeitpunkt - Auslöser

Biologische Ursachen	Soziale Ursachen	Psychische Ursachen
Schmerzen	Wunsch Toilettengang	Angst / Furcht
Unbehagen d. Obstipation	Zurückweisung Handlungen	Einsamkeit
Reaktion a. Halluzinationen	Kommunikationsprobleme	Langeweile
Hunger / Durst	Umgebung ist unbekannt	Bedrohung
Schädigung Frontallappen	Ablehnung Personen	Wut / Frustration
Akute Verwirrtheit (Delir)	Ablehnung Umgebung	Selbststimulierung

Delir bei Demenz

Fragestellungen:

- Was ist ein Delir und wie ist das klinische Bild?
- Wie wichtig ist das frühzeitige Erkennen eines Delirs?
- Welche pflegerischen Interventionen stehen für die Betreuung eines deliranten Patienten zur Verfügung?
- Gibt es präventive Maßnahmen?

Barbara ´ s Story (III)

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.

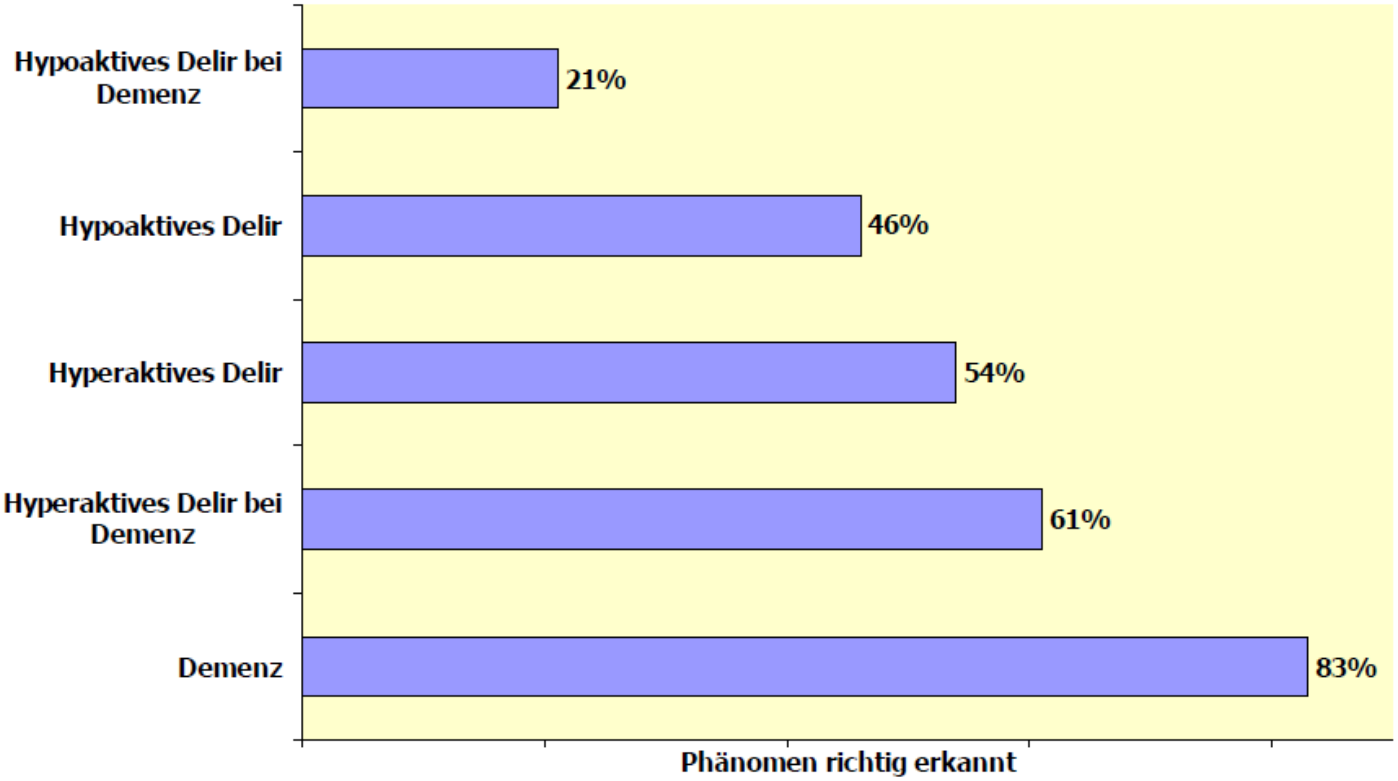


Psychomotorische Auffälligkeiten

- Hyperaktiv: motorisch unruhig, rastlos, unkontrollierte, ziellose Aktivität
  - Aber: der gerichtete Antrieb ist häufig reduziert, verlangsamt, Reaktionszeiten sind verlängert
  - Leberversagen, Gabe von Opioide und Steroide scheinen insbesondere mit einem hyperaktiven Delir vergesellschaftet zu sein (Morita T et al. 2001); Beobachtungsstudie bei 213 palliativen Tumorpatienten mit Delir
- Hypoaktiv: Patient ist “matt, lahm, bewegt sich weniger als sonst“
- Gemischte Form
- Prognostisch ungünstiger wohl hypoaktiver Subtyp (Bush SH et al. 2014)?
  - Seltener erkannt?

Delir bei Demenz

Ausprägungen (II)
Wie gut können Pflegefachpersonen die verschiedenen Phänomene unterscheiden



(Fick, Hodo, Lawrence & Inouye, 2007)

Universitätsspital Basel
Klinische Pflegewissenschaft

Zahlen und Fakten

- am häufigsten Betroffen sind Patienten nach dem 65. Lebensjahr
- Bei Aufnahme in ein Akutkrankenhaus besteht bei 10-30% der älteren Patienten ein Delir (Bruce et al. 2007)
- nach Operation in Abhängigkeit des Eingriffs bis zu 60% (Bruce et al. 2007)
- Im klinischen Alltag werden 30-60% der Delirien nicht diagnostiziert
- Ein-Jahres-Mortalität eines Delirs 35-40% (Moran 2001)

Delir ≠ Delir

Delirien ohne psychotrop. Substanzen (ICD10: F05)

- mit Demenz F05.1 oder ohne F05.0
- post-op. F05.8 (spez. Ursache)

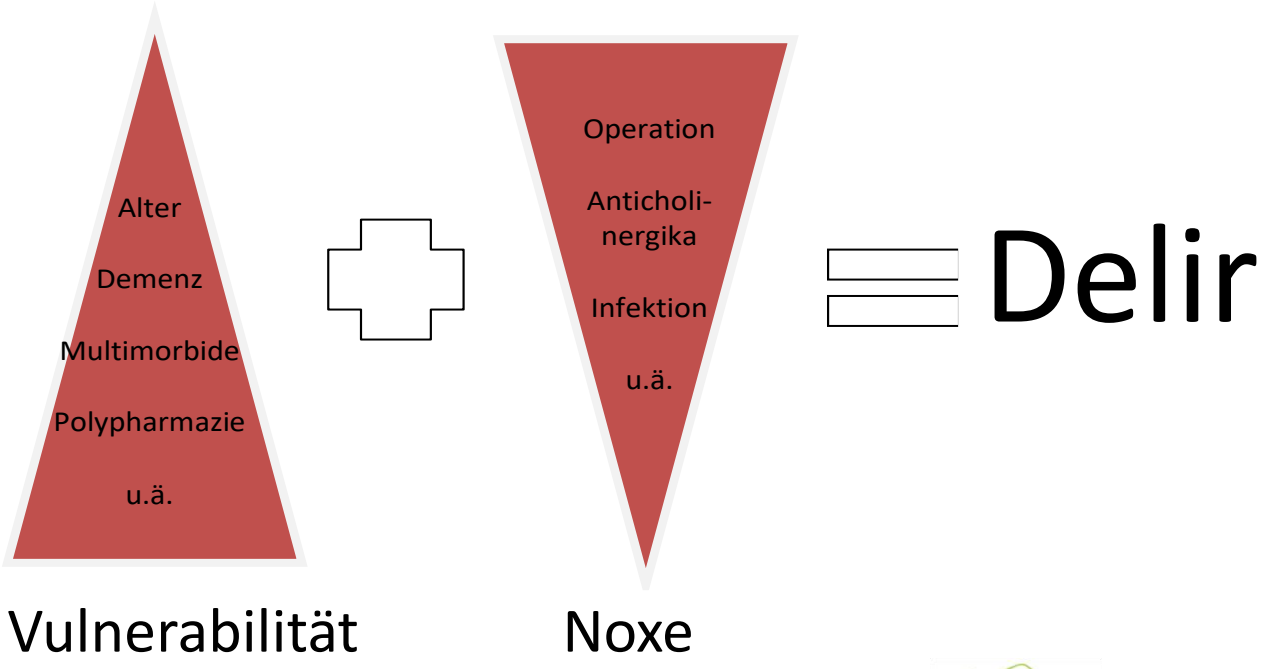
Entzugsdelirien

(ICD10: F1x.4)

- Alkohol-Delir F10.4
- Benzo-Entzug F13.4

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

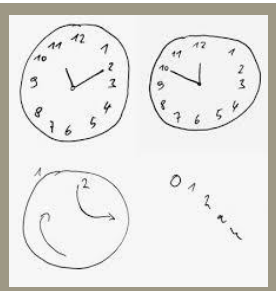
Prädisponierende Faktoren für das Erleiden eines Delirs (2)

- 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
- Störungen der Elektrolyte

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



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)

1. I-CAM-S

(I-CAM einschließlich der Schweregradeinteilung des Delirs)

CAM bei Patient nicht möglich ☐ Patient verweigert CAM ☐

CAM abgebrochen ☐

Kommentar_____

Uhrzeit _____

1. Allgemeines			
1.1 Wann wurde das Screening durchgeführt?	☐T1 ☐T4 ☐T7	☐T2 ☐T5 ☐T8	☐T3 ☐T6 ☐Entlasstag / T9

2. Akuter Beginn und/oder schwankender Verlauf	
2.1 Gibt es Hinweise in der Angehörigenbefragung oder Fremdanamnese, ob die Veränderung des geistigen Zustandes akut aufgetreten ist oder fluktuiert? Oder beides?	☐ja ☐nein
2.2 Lag ein akuter Beginn vor oder ein schwankender Verlauf oder beides. Das Entsprechende muss angekreuzt werden. Akuter Beginn Schwankender Verlauf	 ☐ ☐
3. Störung der Aufmerksamkeit	
3.1 Ist der Patient unfähig, bei der Sache zu bleiben und den Fragen zu folgen? Kann er seine Aufmerksamkeit nicht ausdauernd auf etwas richten? Zur gezielten Überprüfung der Aufmerksamkeit wird der Patient aufgefordert die Monate des Jahres rückwärts aufzusagen, bei Dezember angefangen. Die Zeit zum Bearbeiten der Aufgabe wird nach Beendigung der Anweisung des Untersuchers mit dem Signal die Aufgabe zu beginnen, gestoppt. Nur wenn 7 Monate in Folge rückwärts korrekt am Stück aufgesagt werden können, besteht **keine** Störung der Aufmerksamkeit und es folgt ein „nein“ (korrigiert der Patient einen Fehler selber, so gilt die Aussage als korrekt)	 ☐ja ☐nein

3.2 Für die Einteilung des Schweregrades wird die längste Reihe der Monate berücksichtigt, die der Patient ohne Fehler am Stück aufsagen konnte.	
>/= 7 Monate rückwärts korrekt am Stück	☐0
>/= 4 bis </= 6 Monate rückwärts korrekt am Stück	☐1
<4 Monate rückwärts korrekt am Stück	☐2
3.3 Die Bearbeitungszeit beträgt **> 30 Sekunden**	☐
4. Desorganisiertheit des Denkens	
4.1 Ist das Denken verlangsamt, gehemmt oder umständlich? Sind die Gedanken unklar oder unlogisch? Wiederholt der Patient bereits Gesagtes? Ist das Denken beschleunigt? Gibt es eine Vielzahl von Einfällen, Ablenkung? Zur differenzierteren Untersuchung wird der Patient aufgefordert den a) Unterschied zwischen einem Kind und einem Zwerg zu erläutern. Beantwortet er die Frage falsch, d.h. er benennt den Unterschied nicht (z.B. „sind beide klein“ oder „tragen rote Mützen“) wird der Patient gebeten den b) Unterschied zwischen einer Leiter und einer Treppe zu erläutern. Beantwortet er **keine** der Fragen **a)** oder **b)** korrekt wird er als nächstes gebeten die c) Gemeinsamkeit von Auge und Ohr zu nennen. *(als korrekt werden sowohl eine konkretistische Angabe „beide sind am Kopf“ als auch die richtige abstrakte Lösung „beides sind Sinnesorgane“ gewertet!)* Beantwortet er die Frage falsch oder nicht, wird der Patient gebeten die d) Gemeinsamkeit von Tisch und Stuhl zu nennen *(als korrekt werden sowohl eine konkretistische Angabe „beide sind in der Wohnung“ oder „beide sind aus Holz“ als auch die richtige abstrakte Lösung „beides sind Möbelstücke“ gewertet!)*	
Kann eine Frage aus **a)** oder **b)** korrekt erklärt werden, dann	☐nein
Kann weder Frage a) noch b) korrekt benannt werden, dann	☐ja

4.2 Für die Einteilung des Schweregrades gilt,	
kann Frage a) <u>oder</u> b) korrekt erklärt werden	☐0
kann a) <u>oder</u> b) nicht korrekt benannt werden, <u>aber</u> c) <u>oder</u> d) sind korrekt (auch konkretistisch)	☐1
kann <u>weder</u> a) oder b) <u>noch</u> c) oder d) korrekt beantwortet werden	☐2
5. Quantitative Bewusstseinsstörung	
5.1 Schläfrig/müde? Schwer erweckbar? (Ist der Patient vollkommen wach, wird die Frage mit „nein“ beantwortet)	☐ja ☐nein
Ausschluss: Sopor oder Koma (vgl. 5.3 oder 5.4)	
5.2 Für die Einteilung des Schweregrades gilt,	
ist der Patient vollkommen wach (=5.1 wurde mit NEIN beantwortet)	☐0
ist der Patient benommen, scheint er nicht voll wach, scheint der Patient nicht ganz anwesend oder verhangen, kann auf Ansprache Blickkontakt aufgenommen werden (> 10 Sekunden möglich)	☐1
Erwacht der Patient kurz mit Blickkontakt auf Ansprache (< 10 Sekunden)	☐2
5.3 Bewegt sich der Patient auf Ansprache oder öffnet die Augen, aber er nimmt **keinen Blickkontakt** auf → **Sopor**	☐
5.4 Ist der Patient nicht erweckbar, d.h. es findet keine Reaktion auf Stimme oder körperliche Reize statt → **Koma**	☐
6. Screening-Ergebnis	
6.1 Verdacht auf Delir?	
Wurde Frage 2 <u>und</u> 3 sowie Frage 4 <u>oder</u> 5 mit ja beantwortet	☐ja
ansonsten	☐nein
Ausnahme: 5.3 oder 5.4 wurden angekreuzt (Sopor oder Koma), dann → **nicht durch CAM beurteilbar, gerontopsychiatrisches / geriatrisches Konsil zeitnah**	☐

7. Psychomotorische Auffälligkeiten	
7.1 Der Patient ist matt, lahm, redet oder bewegt sich weniger als sonst?	☐ja ☐nein
7.2 Für die Einteilung der Schwere gilt,	
wenn keine psychomotorischen Auffälligkeiten bestehen, dann	☐0
wenn der Patient verlangsamt ist in seinen Handlungen. Zu verifizieren durch die Prüfung, ob er sich langsamer bewegt. Oder benötigt er mehr Zeit zur Verrichtung von einfachen Aufgaben z.B. des alltäglichen Lebens? Im Vergleich zu vor dem Auftreten des akuten Zustandes	☐1
wenn der Patient weniger in Summe spricht. Zu verifizieren durch die Prüfung, ob er weniger redet. Oder spricht er weniger spontan? (spricht z.B. nur, wenn er etwas gefragt wird und antwortet nur einsilbig.)	☐2
7.3 Der Patient ist besonders aktiv, redet oder bewegt sich mehr als sonst?	☐ja ☐nein
7.4 Für die Einteilung der Schwere gilt,	
wenn keine psychomotorischen Auffälligkeiten bestehen, dann	☐0
wenn der Patient in seinem Aktivitätslevel gesteigert ist. Zu verifizieren durch die Prüfung, ob er sich mehr bewegt. Oder erscheint er hyperaktiv?	☐1
wenn der Patient die Kontrolle oder das Zielgerichtete bzgl. seiner Handlungen verloren hat. Zu verifizieren durch die Prüfung, ob seine Bewegungen nicht zielgerichtet erscheinen. Oder scheint es, dass die willentliche Kontrolle der gesteigerten Bewegungen fehlt?	☐2

Universitätsspital Basel
Klinische Pflegewissenschaft

	Datum									Datum										Datum								
	Frühdienst Name			Vorwache Name			Nachtwache Name			Frühdienst Name			Vorwache Name			Nachtwache Name				Frühdienst Name			Vorwache Name			Nachtwache Name		
Einschätzung von Verwirrtheitszuständen Confusion Assessment Method (CAM)	ja	nein	nicht beurteilbar	ja	nein	nicht beurteilbar	ja	nein	nicht beurteilbar	ja	nein	nicht beurteilbar	ja	nein	nicht beurteilbar	ja	nein	nicht beurteilbar		ja	nein	nicht beurteilbar	ja	nein	nicht beurteilbar	ja	nein	nicht beurteilbar
1a) Akuter Beginn																												
1b) Fluktuierender Verlauf																												
2) Aufmerksamkeitsstörung																												
3) Formale Denkstörung																												
4) Veränderte Bewusstseinslage																												
Kein Delirium																												
Delirium möglich - wahrscheinlich **[1a** *oder* **1b]** *und* **2** *und* **[3** *oder* **4]**																												
Delirium wahrscheinlich - sicher **[1a** *und* **1b]** *und* **2** *und* **[3** *oder* **4]**																												

1a) **Akuter Beginn:** Gibt es begründete Anzeichen für eine akute Veränderung im Grundzustand des mentalen Status des Patienten?

1b) **Fluktuierender Verlauf**: Fluktuierte das (veränderte) Verhalten während des Tages, d.h. hatte es die Tendenz aufzutreten und wieder zu verschwinden oder wurde es stärker und schwächer

2) **Aufmerksamkeitsstörung:** Hatte der Patient Schwierigkeiten seine Aufmerksamkeit zu fokussieren, z.B. war er leicht ablenkbar oder hatte er Schwierigkeiten, dem Gespräch zu folgen?

3) **Formale Denkstörung:** War der Gedankenablauf des Patienten desorganisiert oder zusammenhanglos, wie Gefasel oder belanglose Konversation, unklar der unlogischer Gedankenfluss, oder unerwartete Gedankensprünge?

4) **Veränderte Bewusstseinslage:** Wie würden Sie die Bewusstseinslage des Patienten allgemein beschreiben? Wach – alert (normal) oder

Hyperalert: Überspannt, reagiert übersensibel auf die Stimulationen der Umgebung, erschrickt sehr schnell
Somnolent: Wirkt schläfrig, öffnet aber die Augen und antwortet auf Fragen. Braucht vielleicht eine laute Stimme
Soporös: Reagiert auf Schütteln, aber nicht auf Ansprache
Koma: nicht weckbar

Adaptiert von Inouye (1990) Variante 2.1

© Klinische Pflegewissenschaft, Universitätsspital Basel, 2006

Prüfung der Aufmerksamkeit

4 Teilaspekte: 1. Ausrichten und Leiten 2. Fokussieren 3. Aufrechterhalten 4.Verändern/Lösen der Aufmerksamkeit (Reischies 2007)

→Ist der Patient unfähig bei der Sache zu bleiben, den Fragen zu folgen?
→Ist der Patient leicht ablenkbar? Zerstreut?

→ Monate des Jahres rückwärts aufsagen

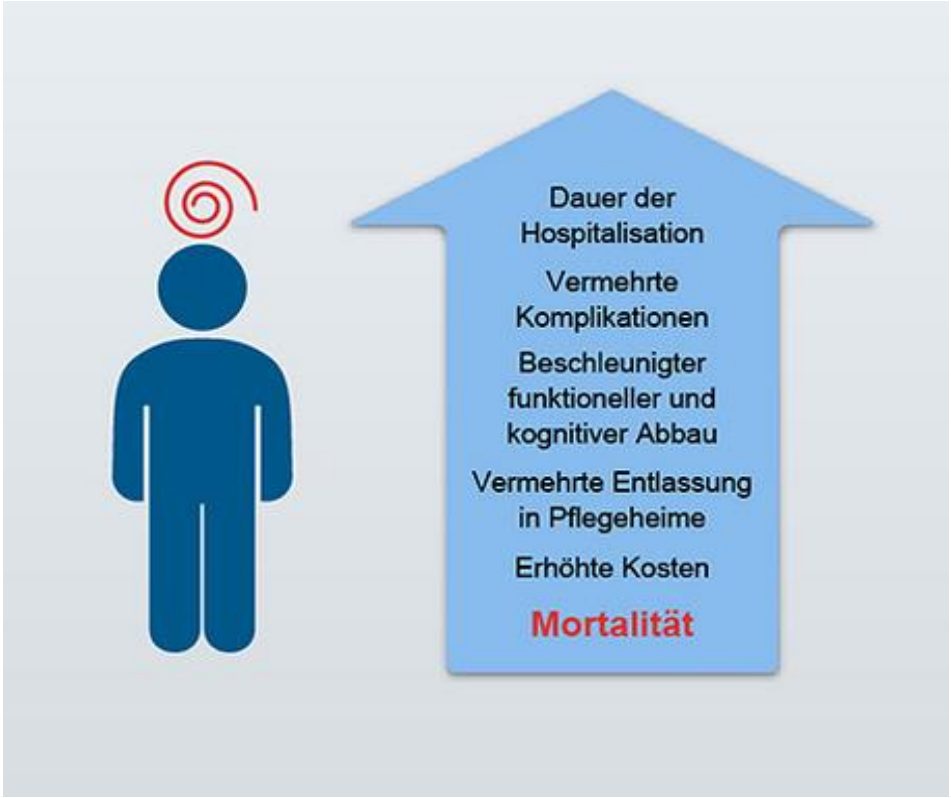
Prüfung des logischen Denkens

- Ist das Denken verlangsamt, gehemmt, umständlich?
- Ist das Denken beschleunigt, schnell abgelenkt?
- Werden die Gedanken zielgerichtet und zusammenhängend vorgetragen?

→ Unterschied „Leiter/Treppe“, „Kind/Zwerg“
→ Sprichwörter erklären lassen

	Delir	Demenz	Depression
Beginn	plötzlich	langsam (Jahre)	langsam (Wochen)
Verlauf innerhalb 24 h	fluktuierend	gleichmäßig, kontinuierlich	gleichmäßig, kontinuierlich
Bewusstsein	eingeschränkt, getrübt	normal	normal
Aufmerksamkeit	reduziert	erhalten	meistens erhalten, teilw. reduziert
Orientierung	meist gestört	Gestört	normal
Halluzinationen	häufig (visuell)	selten	Selten
Sprache/ (Denken)	Logische Zusammenhänge oft schwer nachvollziehbar	Wortfindungs-störungen	normal oder verlangsamt
Psychomotorik/Antrieb	verändert	meist normal (teilw. Sundowning)	oft verändert

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)

Therapie des Delirs



- Entsprechend der Leitlinie des britischen National Institute of Clinical Excellence (NICE) :
  - Erkennen und Behandeln der Ursache/ auslösenden Erkrankung
  - Nichtmedikamentöse Maßnahmen
  - Bei nicht ausreichender Wirksamkeit: antipsychotische Therapie

- 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)

Therapie – 2. 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 – 1. Medikamentöse Maßnahmen (1)



- Haloperidol (0,5-1 mg bis 2-4 x/d)

  „Organisch bedingte Psychosen. Akute psychomotorische Erregungszustände“ (Benkert, Hippius. Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie, 9. Auflage)

- Risperidon (~ 0,25-1 mg bis 2 x/d)

  „Kurzzeitbehandlung (bis zu 6 Wochen) von anhaltender Aggression bei Patienten mit mäßiger bis schwerer Alzheimer-Demenz, die auf nichtpharmakologische Methoden nicht ansprechen und wenn ein Risiko für Eigen- und Fremdgefährdung besteht“ (Benkert, Hippius. Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie, 9. Auflage)

Therapie – 1. Medikamentöse Maßnahmen (2)



- Quetiapin (=Seroquel) (12,5-75 mg bis 2x/d)
  - Zur Behandlung des Delirs nicht zugelassen.
  - Randomisierte, kontrollierte Studien zur pharmakologischen Delirtherapie zeigen eine Verkürzung der Delirdauer im Vergleich zu Placebo (Devlin et al., Tahir et al) sowie keine signifikante Unterschiede der Delirschwere im Vergleich Haldol vs. Quetiapin (Maneeton et al.)
  - Insbesondere Pat. mit Parkinson- oder Lewybody-Demenz bzw. Neigung zu EPMS
  - Pipamperon und Melperon

    „Psychomotorische Erregungszustände“, „Verwirrtheitszustände“ (*B*enkert, Hippius. Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie, 9. Auflage)
  - Off-label ggf. auch Olanzapin, Aripiprazol

Therapie – 1. Medikamentöse



- Äquipotente Effekte für Haloperidol, Risperidon und Olanzapin
- Bei niedrigen Haloperidol-Dosierungen (< 3 mg/d) wurden dabei keine signifikant verschiedenen Nebenwirkungsraten gesehen

Cochrane Database. Lonergan E et al (2007). Antipsychotics for delirium

- Hinweise auf erhöhte Mortalität und cerebrovaskuläre Morbidität von Demenzkranken unter antipsychotischer Medikation (Wolter 2009)
- Hinweise auf häufige Aspirationspneumonien als unerwünschte Wirkung (Hatta et al 2014)

- ggf. Therapieversuch mit einem Acetylcholinesterasehemmer bei prolongiertem Delir

Herausforderndes Verhalten

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

Aktiver-Programm

- **Ziel**: Förderung der Orientierung/ des Wohlbefindens
- Inhalte:

  - Sich nach dem Befinden des Patienten erkundigen

  - Orientierung verschaffen
  (u.a. mithilfe einer Orientierungstafel)

  - an Hör- und Sehhilfen erinnern

  - Praktische Hilfe anbieten (Kissen aufschütteln, beim Telefonieren helfen, Brille putzen…)
  - die Patienten ermutigen

  - die Patienten (bei Bedarf) zum Trinken motivieren

Aktiver-Programm

- **Ziel**: Förderung der kognitiven Fähigkeiten und soziale Einbindung
- Inhalt: Individuelle Beschäftigung und Beschäftigungsanreize, durch z.B.:

– Vorlesen von Zeitung/Geschichten
– Sprichwörter, Wissensquiz
– Mandalas malen/ Zauberharfe
– „Passive Tätigkeiten: Kreuzworträtsel, Sudoku

Aktiver-Programm

- **Ziel**: Schaffung einer harmonischen Ess-Situation, Förderung / Erhaltung der Fähigkeit selbständig
- zu essen
- Keine Anreichung des Essens!

– Vorbereitung auf die Mahlzeit (Tablett, Sitzposition usw. richten)
– Begleitung der Mahlzeit
– Essen ggf. mundgerecht zubereiten und beim Essen unterstützen

Aktiver-Programm

- Fördern körperlicher Aktivität
- Verhindern von Muskelabbau
- Bewegungsübungen
- Spaziergänge (z.B. über den Flur)

➢ „wie ein aktiver Angehöriger!“

Aktiver-Programm

- dem Patient helfen, abends zur Ruhe zu kommen
- angenehme Musik
- ein warmes Getränk anbieten
- Für eine entspannte Schlafatmosphäre sorgen
  - Geräuschquellen mindern
  - Lavendelaroma
  - zusätzliche Decke/Kissen…