

POCKETCARD DELIR THERAPIE

Frühbehandlung: Symptome erkennen und gezielt behandeln

NICHT-MEDIKAMENTÖSE Maßnahmen - First line!

Möglichst wenige Veränderungen
Zimmerwechsel vermeiden, Bezugspflege, ...
Frühmobilisation,
ggf. Schmerzmedikation vor Mobilisierung
Re-Orientierung fördern
Uhr, Kalender, Foto, sensorische Hilfen wie Brille, Hörgerät
Reizabschirmung
(Lärm!), aber kognitive Aktivierung
Förderung von Tagesstruktur
Essen bei Tisch, Wunschkost, Zahnprothesen einsetzen
Förderung von Tag-Nacht-Rhythmus,
Gewohnheiten einbeziehen, Beleuchtung anpassen
Empathischer Umgang
Welches Bedürfnis könnte hinter Verhaltensauffälligkeit stehen?
Vertraute Bezugspersonen, Angehörige einbeziehen!

MEDIKAMENTÖSE Behandlung – Symptomatische Therapie (Off-Label-Use! Ausgenommen Haldol®)

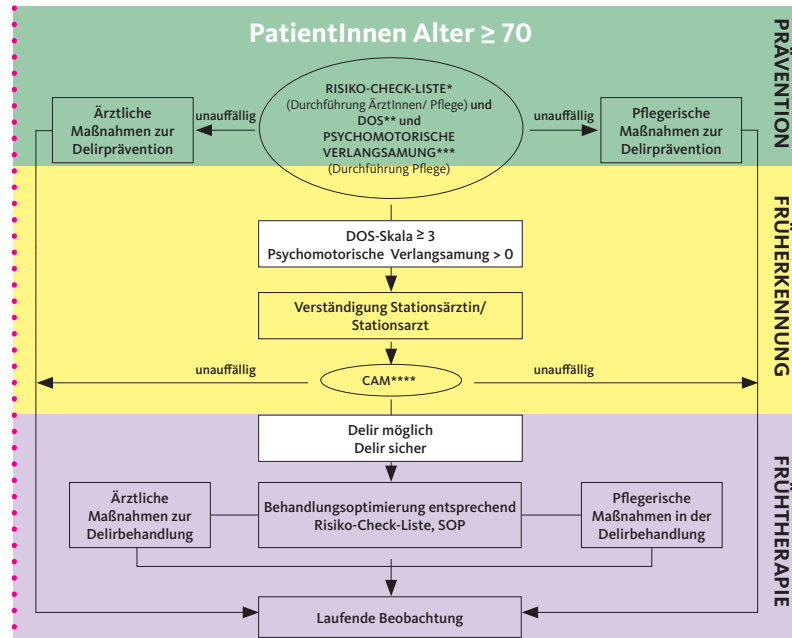
Substanz*	Darreichung	Dosierung	Spezielle Indikationen
Quetiapin (Seroquel®)	Tabl.	25 – 50 mg, 2 x tgl.	bei Parkinson
Risperidon (Risperdal®)	Tabl., Quicklet, Saft	0,5 – 1 mg, 1 x tgl.	bei Demenz
Olanzapin (Zyprexa®)	Tabl., Velotab	2,5 mg, 1 x tgl.	cave bei Demenz
Aripiprazol (Abilify®)	Tabl., s.l., i.m.	2,5 mg, 1 x tgl.	bei hypoaktivem Delir mit psychotischen Symptomen
Haloperidol (Haldol®)	Tabl., gtt, i.m, i.v.	0,5 – 2 mg, 1 x tgl.	i.v. nur unter Monitoring

* bzw. Generika

Abweichen von Dosierungen in Rücksprache mit psychiatrischem Konsiliardienst!

DELIR IST EIN MEDIZINISCHER NOTFALL!

POCKETCARD DELIR WORKFLOW



- * Risiko-Check-Liste, IRCD-BO (Interprofessionelle Risk-Checklist DELIR mit Behandlungsoptimierung, Projektunterlage) bzw. Risikoerfassung entsprechend internationalen Leitlinien
- ** DOS-Skala (Delirium Observation Screening-Skala, Schuurmanns 2003): Beobachtungsinstrument für die Pflege zur Erfassung von Verhaltensstörungen. Durchführung zwei Mal täglich - vormittags und abends. Bei negativen Befunden nach drei Tagen Absetzung. Bei positiven Befunden sollen die DOS und die Erfassung der psychomotorischen Verlangsamung so lange durchgeführt werden bis zumindest drei Tage negative DOS-Werte vorliegen.
- *** Psychomotorische Verlangsamung zur Einschätzung des Vorliegens eines hypoaktiven Delirs entsprechend dem Auftreten: nie/ manchmal/ immer. Zeitpunkte der Durchführung wie DOS.
- **** CAM (Confusion Assessment Method, Inouye 1990, dt. Version Bickel 2007) Durchführung bei positiven Scorewerten (DOS-Skala und/ oder ein Item für die psychomotorische Verlangsamung) zur Diagnosesicherung des Delirs.

Kontakt und für den Inhalt verantwortlich:
Dr.ⁱⁿ Renate Groß, renete.gross@tirol-kliniken.at
Konsiliar- und Liaisondienste · Univ.-Kliniken für Psychiatrie I und II

POCKETCARD DELIR PRÄVENTION

I. Früherkennung von Delir-Risiko:

Systematisches Screening auf Risikofaktoren

Besonderes Risiko für PatientInnen mit
Demenz (wesentliche Differentialdiagnose ist Verlauf)
Alter > 70 Jahre
Z.n. Delir in Vergangenheit
Aufenthalt auf Intensivstation > 3 Tage
Frailty (Gebrechlichkeit)

Assesment der Risiko-PatientInnen

Cave Fluktuationen!

Delirium Observation Scale (DOS),
Psychomotorische Verlangsamung (Pflege: Tag-/ Nachtdienst)
CAM (ÄrztInnen, Pflege)

Durchführung einer Außenanamnese

bei Angehörigen, HausärztInnen, VorbehandlerInnen, Heim:
Verwirrtheit neu oder kognitive Beeinträchtigungen schon länger
bestehend?

Klärung vom rechtlichen Status

Vorsorgevollmacht, Besachaltung, Patientenverfügung?

II. Prävention: Auslöser erkennen, vermeiden oder reduzieren

Infektionen: Harnwegsinfekt, Pneumonie, Wundinfektionen

Schmerzen

Polypharmazie und neu angesetzte Medikamente, insbesondere mit anticholinergen Nebenwirkungen, siehe Priscus-Liste für den Schreibtisch, Forta-Liste, Reduktion der Polypharmazie - Österreichische PIM-Liste

Iatrogene Maßnahmen: Operation, aber auch Harnkatheter, Venflon, ... Was ist tatsächlich und wie lange notwendig?

Exsikkose, Kachexie

Akute Erkrankungen

Entzug: Anamnese! Benzodiazepine („Schlafmittel“), Alkohol

Umgebungswechsel:

Krankenhausaufnahme! Zimmerverlegungen vermeiden

Konsiliar- und Liaisondienste · Univ.-Kliniken für Psychiatrie I und II

POCKETCARD DELIR

CAM zur Diagnosesicherung****	Kriterium	
Beginn Gibt es Hinweise auf eine akute psychische Veränderung gegenüber dem Ausgangsbefund?	plötzlich-akut	1.a
Verlauf Fluktuierte das auffällige Verhalten im Tagesverlauf? Trat es wiederkehrend auf oder veränderte es sich im Schweregrad? Wichtig: Außenanamnese von der Station, besonders den Nacht-/ Spätdienst miteinbeziehen!	fluktuierend	1.b
Aufmerksamkeit Hat die Patientin/ der Patient Mühe sich zu konzentrieren? Ist die Patientin/ der Patient leicht ablenkbar oder hat Schwierigkeiten, dem Gespräch zu folgen?	gestört	2
Denkstörungen Ist das Denken der Patientin/ des Patienten desorganisiert oder inkohärent? Redet sie/ er weit-schweifig und belanglos daher, ist der Gedankengang unklar und unlogisch, springt sie/ er unvorhersehbar von einem Thema zum anderen?	auffällig	3
Bewusstseinszustand Trifft eine der Beschreibungen auf den Bewusstseinszustand der Patientin/ des Patienten? hyperalert-schreckhaft lethargisch, schläfrig, aber leicht weckbar stuporös, schwer weckbar	verändert	4
BEWERTUNG		
Delir wahrscheinlich bis sicher	1a und 1b + 2 + 3 oder 4	
Delir möglich	1a oder 1b + 2 + 3 oder 4	
ansonsten kein Delir		

Version 2.0 - 07.06.2016

Screening und Diagnose (ICD-10: F05)

CAM: Symptombfelder fakultativ		
Psychomotorik gesteigert (oft nestelnd, zupfend) vermindert beides (wechselnd)		hyperaktives Delir hypoaktives Delir gemischtes Delir
Schlaf-Wach-Rhythmus		oft gestört, extrem: Tag-Nacht-Umkehr
Orientierung Denkt die Patientin/ der Patient z.B., dass sie/ er irgendwo sonst und nicht im Krankenhaus sei? Benutzt die Patientin/ der Patient das falsche Bett oder schätzt die Tageszeit falsch ein?		Desorientierung
Gedächtnis Erinnert sich die Patientin/ der Patient z.B. nicht mehr an wichtige Ereignisse während des Klinikaufenthaltes oder vergisst Anweisungen?		Gedächtnisstörung
Wahrnehmungsstörungen und psychotische Denkinhalte Sieht die Patientin/ der Patient Personen/ Gegenstände, die nicht real sind? Fühlt sich die Patientin/ der Patient verfolgt oder sonst irgendwie bedroht?		Halluzinationen, wahnhafte Ver- kennungen von Situationen, untertags, aber besonders nachts
Affektive Störungen Sind diese Affekte situationsadäquat nachvollziehbar? Besteht ein rascher oder unvermuteter Wechsel von Stimmungslagen?		Depression, Angst, Reizbarkeit, Euphorie, Apathie, stauende Ratlosigkeit

Konsiliar- und Liaisondienste · Univ.-Kliniken für Psychiatrie I und II

DOS**-Beobachtungsinstrument für die Pflege				
		Tag-/ Nachtdienst		
		nie	manchmal - immer	weiß nicht
1	Nickt während des Gesprächs ein	0	1	-
2	Wird durch Reize der Umgebung schnell abgelenkt	0	1	-
3	Bleibt aufmerksam im Gespräch oder in der Handlung	1	0	-
4	Beendet begonnene Fragen oder Antworten nicht	0	1	-
5	Gibt unpassende Antworten auf Fragen	0	1	-
6	Reagiert verlangsamt auf Aufträge	0	1	-
7	Denkt, irgendwo anders zu sein	0	1	-
8	Erkennt die Tageszeit	1	0	-
9	Erinnert sich an kürzliche Ereignisse	1	0	-
10	Nestelt, ist ruhelos, unordentlich und nachlässig	0	1	-
11	Zieht an Infusion, an Sonde oder an Katheter usw	0	1	-
12	Reagiert unerwartet emotional	0	1	-
13	Sieht, hört oder riecht Dinge, die nicht vorhanden sind	0	1	-
Summe der Punkte pro Schicht				
Bewertung: 0 → normales Verhalten < 3 → wahrscheinlich kein Delir ≥ 3 → wahrscheinlich Delir				

Psychomotorische Verlangsamung*** zur Einschätzung eines hypoaktiven Delirs			
		Tag-/ Nachtdienst	
		0	1
Psychomotorische Verlangsamung Verlangsamte Ansprechbarkeit, wenige oder keine spontane Aktivität/ Äußerung; z.B. wenn PatientIn angestupst wird, ist die Reaktion verzögert und/oder PatientIn ist nicht richtig erweckbar		0	1
Summe der Punkte pro Schicht			
Bewertung: 0 → normales Verhalten 1 → V.a. Hypoaktivität			