

DELIR-Kurve

Interprofessionelle Risk-Checklist DELIR (IRCD)

Patientenkleber

Name

Geburtsdatum

Aufnahme-Zahl

Risikoeinschätzung Delir/Akute Verwirrtheit	Ja	pflege- risch	ärztlich	O Wenn ja, dann ...	BEHANDLUNGSOPTIMIERUNG (BO)
ALLGEMEINE FAKTOREN					
Hinweise auf vorbestehende Demenz	<input type="radio"/>			Angepasste Kommunikation, besondere Kommunikationsformen anwenden (z.B. Validieren), Bedürfnisse der Patientin/ des Patienten!	
Mehr als drei internistische Erkrankungen (Multimorbidität)	<input type="radio"/>			Internistische Optimierung → GeriaterIn/ InternistIn beiziehen	
Sehen oder Hören beeinträchtigt	<input type="radio"/>			Brille, Hörgerät, Tages-Kalender, Uhr, Hilfe bei Re-Orientierung	
Kein selbstständiges Essen möglich	<input type="radio"/>			Hilfe beim Essen, Zahnprothese einsetzen, energiereiche Nahrung (gemäß Ernährungsprotokoll)	
Eingeschränkte Mobilität/ braucht Hilfsperson	<input type="radio"/>			Frühmobilisierung	
Patientin/ Patient lebt in Wohnheim	<input type="radio"/>			Bezugspersonen kontaktieren, persönliche Gegenstände	
Wesentliche soziale Verluste < 6 Mo, Änderung der Wohnsituation	<input type="radio"/>			SozialarbeiterIn, SeelsorgerIn, PsychologIn kontaktieren	
Patientin/ Patient wirkt ängstlich und/ oder depressiv	<input type="radio"/>			Informationen über Ängstlichkeit/ Stimmungsschwankungen	
MEDIKAMENTE					
Anzahl der Medikamente bei Aufnahme ≥ 5	<input type="radio"/>			Überprüfen: NW – WW? → Stationsärztin/ Stationsarzt, GeriaterIn/ InternistIn	
Abruptes Reduzieren/ Absetzen der Medikation auf Intensivstation	<input type="radio"/>			Medikamente langsam ausschleichen (Neuroleptika, Opiate, Benzodiazepine, Catapressan, ...) → StationsÄrztIn, GeriaterIn/ InternistIn	
SUCHT					
Alkohol	<input type="radio"/>			Entzugsmedikamente geben oder überprüfen	
Schlafmittel (Prämedikation)	<input type="radio"/>			Vertrautes Schlafmittel (auch Benzodiazepine) weiter!	
AKTUELLE FAKTOREN					
Schmerzen – in Ruhe oder bei Bewegung?	<input type="radio"/>			Schmerztherapie (nicht-medikamentös, medikamentös)	
Fieber, Infektionszeichen	<input type="radio"/>			Infektion abklären	
Blutzuckereinstellung gestört	<input type="radio"/>			Blutzucker überprüfen	
Sauerstoffsättigung vermindert	<input type="radio"/>			Pulsoxy, Sauerstoffgabe	
Exsikkose – Ödeme	<input type="radio"/>			Ein-/ Ausfuhr? Flüssigkeitszufuhr (gemäß Pflegeplanung bzw. Anordnung)	
Harnverhalt	<input type="radio"/>			Restharn? (gemäß Anordnung)	
Durchfall/ Verstopfung	<input type="radio"/>			Darmfunktion regulieren, ggf. Stuhlhygiene	
Mangelernährung	<input type="radio"/>			Körpergewicht-Messung, -Vergleich, hochkalorische Ernährung, DiätologIn, ggf. NRS (nutrition risk screening)	
Ein-/ Durchschlafstörungen, Tag-Nacht-Umkehr	<input type="radio"/>			Schlafmedikation überprüfen, individuelle Schlafgewohnheiten berücksichtigen, Licht!	
EREIGNISSE IM KRANKENHAUS					
Als Notfall gekommen	<input type="radio"/>			Auf ruhige, angstfreie Umgebung achten, ruhiges und überschaubares Handeln	
Operation, invasive Diagnostik	<input type="radio"/>			Vorbereitende Medikation kritisch überprüfen, Nüchtern-Zeiten kurz halten, Wartezeiten!	
Harnkatheter, andere Zugänge (Venflon, ZVK, Büllau, ...)	<input type="radio"/>			Notwendig?	
Fixierung (Bettgitter, Tische, Gurte)	<input type="radio"/>			Notwendig? Alternativen? Sitzwache? Angehörige hilfreich?	
Gesamtsumme					→ möglichst Reduktion veränderbarer Risikofaktoren → konsequentes Screening (DOS + Psychomotorische Verlangsamung, CAM)
DATUM: _____					

DOS - Delirium Observation Scale Schuurmanns 2003																			Symptombewertung bei Verdacht auf Delir					
	Datum	Tagdienst						Nachtdienst						Datum										
		Tagdienst			Nachtdienst			Tagdienst			Nachtdienst			Tagdienst			Nachtdienst							
		nie	manchmal - immer	weiß nicht	nie	manchmal - immer	weiß nicht	nie	manchmal - immer	weiß nicht	nie	manchmal - immer	weiß nicht	nie	manchmal - immer	weiß nicht	nie	manchmal - immer	weiß nicht					
1	Nickt während des Gespräches ein	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-					
2	Wird durch Reize der Umgebung schnell abgelenkt	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-					
3	Bleibt aufmerksam im Gespräch oder in der Handlung	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-					
4	Beendet begonnene Fragen oder Antworten nicht	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-					
5	Gibt unpassende Antworten auf Fragen	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-					
6	Reagiert verlangsamt auf Aufträge	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-					
7	Denkt, irgendwo anders zu sein	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-					
8	Erkennt die Tageszeit	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-					
9	Erinnert sich an kürzliche Ereignisse	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-					
10	Nestelt, ist ruhelos, unordentlich und nachlässig	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-					
11	Zieht an Infusion, an Sonde oder an Katheter usw.	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-					
12	Reagiert unerwartet emotional	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-					
13	Sieht, hört oder riecht Dinge, die nicht vorhanden sind	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-					
Summe der Punkte pro Schicht																								
Bewertung:		○ → normales Verhalten																						
		< 3 → wahrscheinlich kein Delir																						
		≥ 3 → wahrscheinlich Delir																						
Psychomotorische Verlangsamung																			Symptombewertung bei Verdacht auf hypoaktives Delir					
	Tagdienst	Nachtdienst			Tagdienst	Nachtdienst			Tagdienst	Nachtdienst														
		0	1	0		0	1	0		0	1	0												
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	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0						
Summe der Punkte pro Schicht																								
Bewertung:	○ → normales Verhalten																							
	1 → V.a. Hypoaktivität																							

DOS - Delirium Observation Scale Schuurmanns 2003																			Symptombewertung bei Verdacht auf Delir								
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> Patientenkleber Name Geburtsdatum Aufnahme-Zahl </div>			Datum						Datum						Datum												
			Tagdienst			Nachtdienst			Tagdienst			Nachtdienst			Tagdienst			Nachtdienst									
			nie	manchmal - immer	weiß nicht	nie	manchmal - immer	weiß nicht	nie	manchmal - immer	weiß nicht	nie	manchmal - immer	weiß nicht	nie	manchmal - immer	weiß nicht	nie	manchmal - immer	weiß nicht							
1	Nickt während des Gespräches ein	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-								
2	Wird durch Reize der Umgebung schnell abgelenkt	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-								
3	Bleibt aufmerksam im Gespräch oder in der Handlung	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-								
4	Beendet begonnene Fragen oder Antworten nicht	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-								
5	Gibt unpassende Antworten auf Fragen	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-								
6	Reagiert verlangsamt auf Aufträge	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-								
7	Denkt, irgendwo anders zu sein	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-								
8	Erkennt die Tageszeit	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-								
9	Erinnert sich an kürzliche Ereignisse	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-								
10	Nestelt, ist ruhelos, unordentlich und nachlässig	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-								
11	Zieht an Infusion, an Sonde oder an Katheter usw.	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-								
12	Reagiert unerwartet emotional	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-								
13	Sieht, hört oder riecht Dinge, die nicht vorhanden sind	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-								
Summe der Punkte pro Schicht																											
Bewertung:		0 → normales Verhalten																									
		< 3 → wahrscheinlich kein Delir																									
		≥ 3 → wahrscheinlich Delir																									

Psychomotorische Verlangsamung																			Symptombewertung bei Verdacht auf hypoaktives Delir								
			Tagdienst			Nachtdienst			Tagdienst			Nachtdienst			Tagdienst			Nachtdienst									
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	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0							
Summe der Punkte pro Schicht																											
Bewertung:		0 → normales Verhalten																									
		1 → V.a. Hypoaktivität																									

DOS - Delirium Observation Scale Schuurmanns 2003																			Symptombewertung bei Verdacht auf Delir								
			Datum						Datum						Datum												
			Tagdienst			Nachtdienst			Tagdienst			Nachtdienst			Tagdienst			Nachtdienst									
			nie	manchmal - immer	weiß nicht	nie	manchmal - immer	weiß nicht	nie	manchmal - immer	weiß nicht	nie	manchmal - immer	weiß nicht	nie	manchmal - immer	weiß nicht	nie	manchmal - immer	weiß nicht							
1	Nickt während des Gespräches ein	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-								
2	Wird durch Reize der Umgebung schnell abgelenkt	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-								
3	Bleibt aufmerksam im Gespräch oder in der Handlung	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-								
4	Beendet begonnene Fragen oder Antworten nicht	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-								
5	Gibt unpassende Antworten auf Fragen	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-								
6	Reagiert verlangsamt auf Aufträge	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-								
7	Denkt, irgendwo anders zu sein	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-								
8	Erkennt die Tageszeit	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-								
9	Erinnert sich an kürzliche Ereignisse	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-								
10	Nestelt, ist ruhelos, unordentlich und nachlässig	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-								
11	Zieht an Infusion, an Sonde oder an Katheter usw.	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-								
12	Reagiert unerwartet emotional	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-								
13	Sieht, hört oder riecht Dinge, die nicht vorhanden sind	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-								
Summe der Punkte pro Schicht																											
Bewertung:		0 → normales Verhalten																									
		< 3 → wahrscheinlich kein Delir																									
		≥ 3 → wahrscheinlich Delir																									

Psychomotorische Verlangsamung																			Symptombewertung bei Verdacht auf hypoaktives Delir								
			Tagdienst			Nachtdienst			Tagdienst			Nachtdienst			Tagdienst			Nachtdienst									
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	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0							
Summe der Punkte pro Schicht																											
Bewertung:		0 → normales Verhalten																									
		1 → V.a. Hypoaktivität																									

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

Die Nutzung der Unterlagen ist ausdrücklich erwünscht, jedoch unter Angabe der Quelle.

Quellenangabe: Dr.ⁱⁿ Renate Groß, Univ.-Klinik für Psychiatrie II, A.ö. Landeskrankenhaus – Universitätskliniken Innsbruck, Tirol Kliniken GmbH.