

4. Alterstraumatologie Kongress 2018, Zürich

Delirmanagement ATZ USZ

Kathleen Schaub, MScN, Abteilungsleitung Akutgeriatrie USZ



UniversitätsSpital
Zürich

Inhalt

- Definition
- Epidemiologie
- Risikofaktoren
- Delir-Management USZ
- Behandlungspfad ATZ
- Fallbeispiel
- Realitätsorientierungstraining ROT
- Fragen

Definition Delir ICD 10

Symptomenkomplex

Neuropsychiatrisches Syndrom

- Störung des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit
- Beeinträchtigungen kognitiver Funktionen wie z.B. Kurzzeitgedächtnisstörung und beeinträchtigte Orientierung
- Wahrnehmungsveränderungen wie illusionäre Verkennungen und Halluzinationen
- Plötzliches Auftreten und fluktuierender Verlauf
- Psychomotorische Störung (Wechsel zwischen Hyper- und Hypoaktivität)
- Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus
- Affektive Störung

Subtypen

Motorik

hyperaktiv: 22% der Fälle - Motor. Unruhe, Unkooperativität, schnelles Sprechen, Ungeduld, Dysphorie

hypoaktiv: 26% der Fälle - Motor. Verlangsamung, langsames Sprechen

gemischt: 42% der Fälle

undifferenziert: 10% der Fälle

(Nunez, 2018)

Delir Epidemiologie

Häufigkeit in Spitälern

- Prävalenz (bei Spitaleintritt): 14-24% aller stationärer Patienten
- Inzidenz (während Spitalaufenthalt erworben): 6-89% aller stationärer Patienten, z.B. nach Femurfraktur 36%

Komplikationen durch Delir

- ↑ Mortalitätsrate während der Hospitalisation 22-76%
- ↑ Mortalitätsrate innerhalb eines Jahres 35-40%
- ↓ Kognitive Funktionen
- ↑ Funktionelle Einschränkungen in den ADL
- ↑ Pflegebedürftigkeit
- ↑ Heimeinweisungen nach der Hospitalisation notwendig

(Hasemann, W Kressig, Ermini-Funfschilling, Pretto, & Spirig, 2007)

Risikofaktoren

Tabelle 1: Risikofaktoren für die Entwicklung eines Delirs nach Evidenz.

Geringe Evidenz	Mittlere Evidenz [48, 89–92]	Hohe Evidenz [93]
Infektion	Alter, höheres	Alter
Urosepsis	Geschlecht, weibliches	Demenz, vorbestehende
Pneumonie	Benzodiazepintherapie	Arterielle Hypertonie
Myokardinfarkt	Opioidtherapie	Koma
Obstipation	Bluttransfusionen (>1000 ml)	APACHE II
Anämie	Alkoholismus	Delirium (früher)
Dehydratation	Single-Dasein	Notfalleingriffe
Insult	Nikotinkonsum	Beatmung
intrakranielle Blutung	Zimmer ohne Tageslicht	Organversagen
Meningitis	Fehlende Uhren	Polytrauma
Enzephalitis	Lärm, insbesondere nachts	Metabolische Azidose
Epilepsie	Isolation im Einzelzimmer	
Hypothyreose	Keine Angehörigenbesuche	
Hyponatriämie		
Wernicke-Enzephalopathie		
Postoperativ		
Medikamente		
Blasenkatheter		
Stress		
Fixierungsmassnahmen		

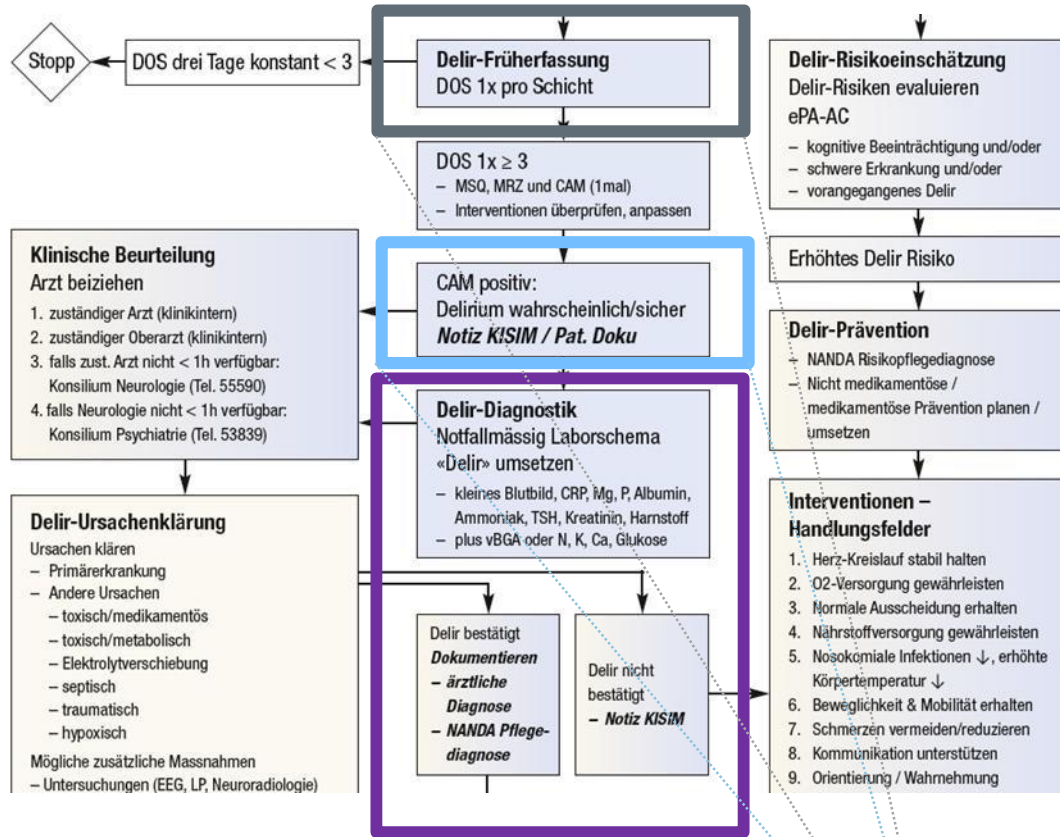
(Haller, 2015)

Prävention und nicht-pharmakologische Interventionen

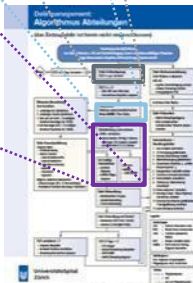
1. Identifizieren und Behandeln der möglichen Ursachen eines Delirs
2. Kommunikation sowie Orientierung effizient gestalten
3. Angehörige in die Betreuung miteinbeziehen
4. Dem Erleben der deliranten Person und ihren Angehörigen Beachtung schenken
5. Umgebung anpassen und sicher gestalten
6. Sauerstoff verabreichen
7. Elektrolythaushalt ausgleichen
8. Schmerzen behandeln
9. Ausschliesslich unerlässliche Medikamente verabreichen
10. Harn- und Stuhlausscheidung regulieren
11. Ausgewogene Ernährung sicherstellen (hochkalorische Drinks)
12. Postoperative Frühmobilisation
13. Postoperativen Komplikationen vorbeugen und sie frühzeitig erfassen

(Savaskan et al., 2016)

Delirmanagement am USZ: Identifizieren



Nunez (2018)



DOS: Delirium Observation Scale

Alle Patienten > 65 j. 1x Schicht

nie	Manchmal/ immer	Weiss nicht
-----	--------------------	-------------

Beobachtungen beim Patienten

nie = nie beobachtet / manchmal – immer= beobachtet /

weiss nicht = nicht beobachtet, weil Patient schlief, keinen Kontakt zur beobachteten Person hatte, bzw. nicht beurteilbar

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	--

Total Punkte pro Dienst (0-13)

≥ 3 Punkte → MSQ, MRZ, CAM



Confusion Assessment Method (CAM)

Einschätzungsmethode von Verwirrheitszuständen

1a. Akuter Beginn Gibt es begründete Anzeichen für eine akute Veränderung im Grundzustand des mentalen Status des Patienten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht beurteilbar
1b. Fluktuierender Verlauf Fluktuierete das (veränderte) Verhalten während des Tages, d.h., hatte es die Tendenz aufzutreten und wieder zu verschwinden oder wurde es stärker und schwächer? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht beurteilbar
2. Aufmerksamkeitsstörung Hatte der Patient Schwierigkeiten, seine Aufmerksamkeit zu fokussieren, war er z.B. leicht ablenkbar oder hatte er Schwierigkeiten, dem Gespräch zu folgen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht beurteilbar
3. Formale Denkstörung War der Gedankenablauf des Patienten unorganisiert oder zusammenhangslos, wie Gefasel oder belanglose Konversation, unklarer oder unlogischer Gedankenfluss oder unerwartete Gedankensprünge? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht beurteilbar
4. Veränderte Bewusstseinslage Wie würden Sie die Bewusstseinslage des Patienten allgemein beschreiben? <input type="checkbox"/> Wach Alert (normal) <input type="checkbox"/> Hyperalert Überspannt, reagiert übersensibel auf die Stimulationen der Umgebung, erschrickt sehr schnell <input type="checkbox"/> Somnolent Wirkt schläfrig, öffnet aber die Augen und antwortet auf Fragen, braucht vielleicht eine laute Stimme <input type="checkbox"/> Soporös Reagiert auf Schütteln, nicht aber auf Ansprache <input type="checkbox"/> Koma Nicht aufzuwecken

Entscheidungsregel:

- Kriterium 1a **und** 1b und 2 und 3 und/oder 4 → Delirium sicher
- Kriterium 1a **oder** 1b und 2 und 3 und/oder 4 → Delirium wahrscheinlich

Mental Status Questionnaire: MSQ

		Richtig	Falsch/ keine
1	Wie heisst dieses Spital? (Richtig = Universitätsspital, USZ)	1	0
2	Wo liegt das Spital (richtig = Zürich)	1	0
3	Welches Datum ist heute? (Tag im Monat; korrekt= Abweichung +1/-1 Tag)	1	0
4	Welchen Monat haben wir jetzt?	1	0
5	Welches Jahr haben wir?	1	0
6	Wie alt sind Sie?	1	0
7	Wann sind Sie geboren? (Monat)	1	0
8	Wann sind Sie geboren? (Jahr)	1	0
9	Wie heisst der Präsident von Amerika? (Richtig= Obama)	1	0
10	Wie hiess ein vorheriger Präsident von Amerika? (richtig= Bush, Clinton, Carter, Kennedy, Nixon, usw.)	1	0

<8 Punkte Delir auffällig

Aufmerksamkeitstest: Monate Rückwärts Zählen

Dez Nov Okt Sept Aug Juli Juni Mai April März Feb Jan
✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓

Auswertungen

Auslassungen: _____ Punkte (1= 1 Punkt, 2= 2 Punkte, ≥3= 3 Punkte)

Zeit: _____ Punkte (> 30 Sek = 1 Punkt)

Total: _____ Punkte

Bewertung

≥ 3 Punkte = Aufmerksamkeitsstörung vorhanden

Stillman et al 2000 J. Palliat Med 3(4):449-4566
Hasemann W. Delir Schulung 2011

Behandlungspfad USZ ATZ

- Notfall
- Traumatologie oder OPS
- AWR oder IPS
- Traumatologie
- Akutgeriatrie ca. 3-5 postop. Tag
- Entlassung in ihr gewohntes Umfeld

Fallbeispiel

- Frau Ora, 84 Jahre, verwitwet, lebt alleine in einer Mietwohnung, versorgt sich selber, spricht nur italienisch
- Bezugsperson: Sohn
- Schenkelhalsfraktur links ohne erinnerliches Trauma -> Hüft-Hemiarthroplastik
- Osteoporose
- Diabetes Mellitus Typ 2
- Fremdanamnestisch Vd. auf beginnendes kognitives Defizit
- Leichte Niereninsuffizienz
- Anämie

Fallbeispiel: Verlauf

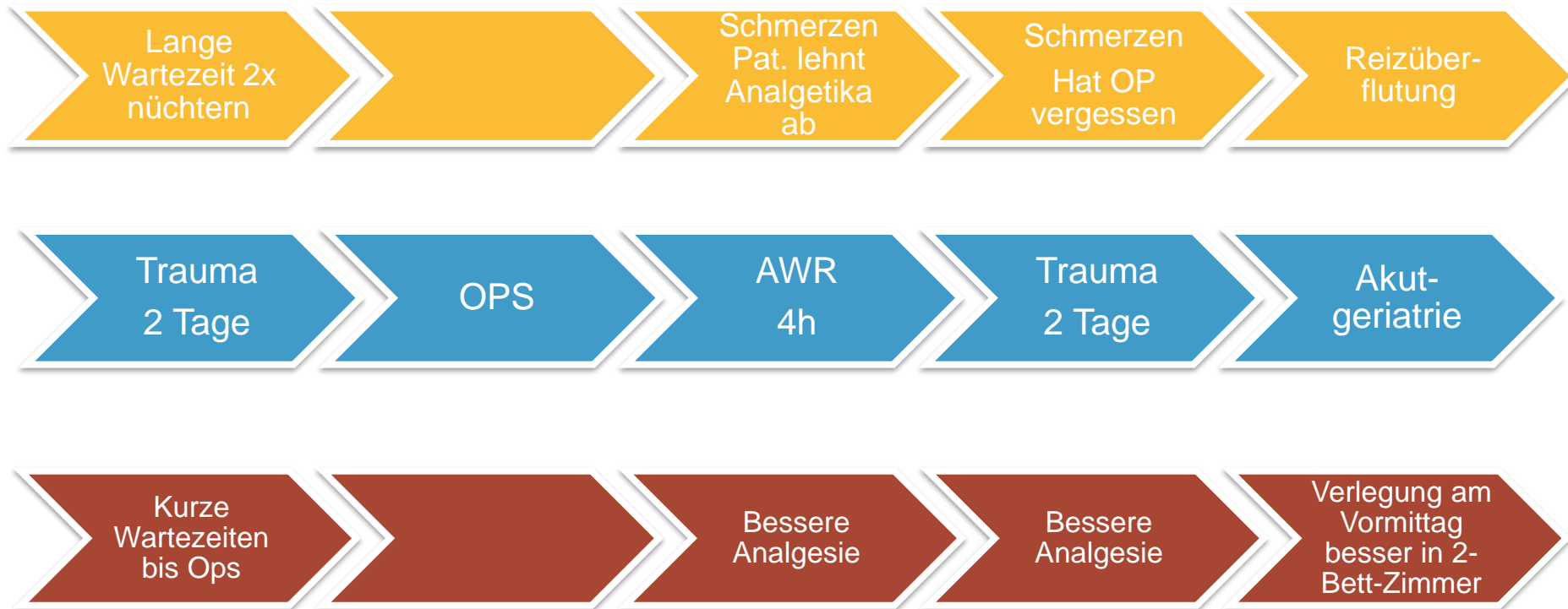
- Notfallmässige Einweisung, wird von Sohn begleitet, normale Kommunikation mit ihr möglich
- OPS am 2. Tag nach Eintritt: präoperative Aufklärung am Vortag möglich
- Postoperativ 4h in AWR: hat Schmerzen, will keine zusätzlichen Medikamente, spricht kaum
- Verlegung auf Trauma-Abteilung: desorientiert zeitlich, örtlich und situativ, weint, dies bessert sich im Laufe des Abends, ist zusehends orientiert, adäquat und ruhig
- Am 2. Postop.-Tag Nachmittags Verlegung auf Akutgeriatrie, von 2-Bett-Zimmer in 4-Bett-Zimmer:
Unverständnis über Aufenthalt in der Geriatrie, wird zunehmend lauter, uneinsichtiger über ihre aktuelle Situation, verbal und motorisch aggressiv, auch gegenüber Sohn, dieser kennt seine Mutter nicht mehr.

Fallbeispiel: Erleben Patientin & Angehörige

- Frau Ora hat Schmerzen und Angst
- Versteht nicht, dass sie eine Schenkelhalsfraktur mit Operation hatte
- Will nur nach Hause, wo alles besser ist
- Empfindet Pflegende als junge Mädchen, die ihr vorschreiben wollen, was sie zu tun hat
- Ist wütend auf Sohn, der ihr nicht beisteht damit sie nach Hause gehen kann

- Sohn versteht die Veränderung der Mutter überhaupt nicht
- Ist selber sehr beschäftigt und empfindet die Involvation und den Anspruch viel Zeit aufwenden zu müssen als enorm belastend und nervtötend

Fallbeispiel: Retrospektive Interventionen um Delir-Risiko zu minimieren



Fallbeispiel

Verlauf auf der Akutgeriatrie

- Schmerzeinstellung nicht möglich, Pat. verweigerte Einnahme von Medikamenten
- Verweigerung der Essens- und Flüssigkeitseinnahme
- Verweigerung sich kontrolliert mobilisieren zu lassen
- Setzte sich dafür selber an den Bettrand und versuchte aufzustehen
- Zog sich die Redons selber

Nicht-medikamentöse Interventionen

Realitätsorientierungstraining ROT Taulbee & Folsom (1966)

Interdisziplinär / Interprofessionell und rund um die Uhr

- Kommunikation
- Orientierungshilfen
- Tagesablauf

Review Carrion, Aymerich, Baillés, & López-Bermejo (2013): Stimulation of cognitive functions, especially by means of reality orientation, improves overall cognitive function in patients suffering from dementia.

Nicht medikamentöse Interventionen

Kommunikation bei Rot



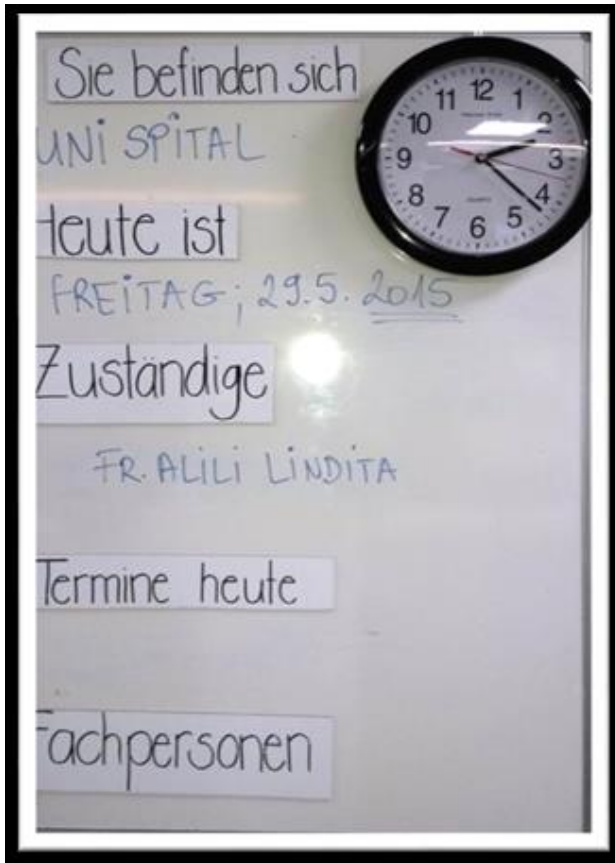
Erleben Patienten und Angehörige würdigen

- Äusserungen aufnehmen, nicht negieren, würdigen, auch wenn unrealistisch
- im Moment bleiben: was ist **jetzt** ihr Anliegen, ihre Sorgen

- Angehörige nicht überfordern
- Informationsgespräche anbieten

Nicht medikamentöse Interventionen

ROT Orientierungshilfen



Name des Patienten	
Sie befinden sich im Universitätsspital Zürich Mögliche Angaben: <ul style="list-style-type: none">- Station- Zimmer	Heute ist Mögliche Angaben: <ul style="list-style-type: none">- Wochentag- Tagesdatum- Monat- Jahr- Uhr
Zuständige Pflegeperson Mögliche Angaben: <ul style="list-style-type: none">- nur die aktuelle PP- Frühdienst/ Spätdienst- PT- ET- FOTT- Logo	Wichtige Informationen: Mögliche Angaben: <ul style="list-style-type: none">- Grund des Spitalaufenthaltes- Dauer des Spitalaufenthaltes bis jetzt- Aktuelle Untersuchungstermine- Aktuelle Therapietermine- Besuch heute

Fallbeispiel

Interventionen auf der Akutgeriatrie

- Versuch mit Orientierungstraining und Einbezug des Sohnes die Patientin mit der Situation zu adaptieren
- Italienisch sprechendes Personal zur Betreuung
- Verlegung so bald als möglich in 1-Bett-Zimmer
- Nach 1 Tag Zwangsmedikation mit Midazolam i.v.
- Trotz Agitiertheit und unter Sedation Einhaltung einer Tagesstruktur und Etablierung der Therapieeinheiten
- Nach 3 Tagen stopp Midazolam, Gabe von Quetiapin 5mg nachts
- Nach 5 Wochen Entlassung nach Hause mit Unterstützung häuslicher pflegerischer Unterstützung

Tagesablauf strukturieren

- Termine an der Tafel festhalten
- An Essenszeiten festhalten, soweit als möglich mobilisieren
- Körperpflege ausserhalb des Bettes durchführen
- Ausscheidung ausserhalb Bett
- Ausblick aus dem Fenster ermöglichen zur Orientierung an Jahres- und Tageszeit
- Therapiezeiten einhalten
- Für eine störungsarme Nachtruhe sorgen

Impact auf Personal

Debriefing nach Eskalation der Situation

Interprofessionelle ethische Fallbesprechung

Diskussion





vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!



Referenz

- Carrion, C., Aymerich, M., Baillés, E., & López-Bermejo, A. (2013). Cognitive Psychosocial Intervention in Dementia: A Systematic Review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 36(5-6), 363–375.
- Haller, A. (2015). Das Delir auf der Intensivstation: Prävention, Diagnose und Therapie. *SWISS MEDICAL FORUM – SCHWEIZERISCHES MEDIZINFORUM*, 15(31-32), 696–701.
- Hasemann, W., W Kressig, R., Ermini-Funfschilling, D., Pretto, M., & Spirig, R. (2007). Delirium: Screening, assessment and diagnosis [Screening, Assessment und Diagnostik von Delirien]. *Pflege*, 20(4), 191–204. <https://doi.org/10.1024/1012-5302.20.4.191>
- Nunez, G. (2018). *Delirmanagement: Von der Diagnostik zur Behandlung*. USZ. Delirschulung USZ, Zürich.
- Savaskan, E., Baumgartner, M., Georgescu, D., Hafner, M., Hasemann, W., Kressig, R. W.,. . . Verloo, H. (2016). Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter [Not Available]. *Praxis*, 105(16), 941–952. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a002433>
- Taulbee, L. R., & Folsom, J. C. (1966). Reality orientation for geriatric patients. *Hospital & community psychiatry*, 17(5), 133–135.