

Richtlinie Delirium in der Palliative Care

Inhaltsverzeichnis

1.	Zielsetzung	2
2.	Zielgruppe	2
3.	Definition	2
4.	Ursachen von einem Delirium in der Palliative Care	3
5.	Mögliche Folgen des Deliriums	4
6.	Entscheidungsfindung	4
7.	Interventionsvorschläge beim Delirium in der Palliative Care	5
8.	Dokumentation	7
9.	Querverweise	7
10.	Literaturverzeichnis	8
11.	Autoren.....	8
12.	Dokumenteigner	8

Richtlinie Delirium in der Palliative Care

1. Zielsetzung

- Die Entwicklung eines Deliriums wird frühzeitig erkannt
- Die Pflegefachpersonen erkennen gemeinsam mit dem Arzt ein Delirium und können dies entsprechend behandeln
- Der Patient wird in seinen Gewohnheiten und seinem Umfeld in Bezug auf seine Lebensqualität ernst genommen
- Der Patient erfährt eine, seinem Zustand, angepasste Pflege und Betreuung

2. Zielgruppe

Patienten, die eine palliative Betreuung in Anspruch nehmen und unter einem Delirium leiden

3. Definition

„Komplexes Syndrom, welches verschiedenste Ursachen hat und gekennzeichnet ist durch gewichtige Störungen des Bewusstseins, der Wahrnehmung, des Denkens und des Schlafes.“
(palliative ch, 2004)

Diagnostische Kriterien nach DSM-IV

- Eine Bewusstseinsstörung (d.h. eine reduzierte Klarheit der Umgebungswahrnehmung) mit einer eingeschränkten Fähigkeit, die Aufmerksamkeit zu richten, aufrecht zu erhalten oder zu verlagern.
- Eine Veränderung der kognitiven Funktionen (wie Gedächtnisstörung, Desorientierung, Sprachstörung) oder die Entwicklung einer Wahrnehmungsstörung, die nicht besser durch eine schon vorher bestehende, manifeste oder sich entwickelnde Demenz erklärt werden kann.
- Das Störungsbild entwickelt sich innerhalb einer kurzen Zeitspanne (gewöhnlich innerhalb von Stunden oder Tagen) und fluktuiert üblicherweise im Tagesverlauf.
- Es gibt Hinweise aus der Anamnese, der körperlichen Untersuchung oder den Laborbefunden, dass das Störungsbild durch die direkten körperlichen Folgeerscheinungen eines medizinischen Krankheitsfaktors verursacht ist.

DSM= Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostische und statistisches Handbuch psychischer Störungen). DSM ist ein Klassifikationssystem der amerikanischen psychiatrischen Vereinigung.

Richtlinie Delirium in der Palliative Care

Formen des Deliriums

Das Delirium muss klar von anderen Verwirrheitszuständen wie Demenz oder Depression abgegrenzt werden. Es gibt drei verschiedene Formen eines Delirs.

Formen	Folgen
Hyperaktive Form	<ul style="list-style-type: none"> • Wutausbrüche • Psychomotorische Agitation • Halluzinationen
Hypoaktive Form	<ul style="list-style-type: none"> • Neu aufgetretene Schlafstörungen • Vergesslichkeit • Orientierungsstörung • Rückzug • Kontaktverweigerung • Reizbarkeit • Harninkontinenz
Mischformen	

4. Ursachen von einem Delirium in der Palliative Care

Ursachen	Bemerkungen
Grunderkrankung	<ul style="list-style-type: none"> • Hirntumore, Hirnmetastasen • Leber-, Nieren- und Herzinsuffizienz
Krankheitsassoziierte Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Infektionen • Dehydratation • Hyperkalzämie, Hyperglykämie, Hypoglykämie • Hypoxie • Urämie • Obstipation • Entzugerscheinungen (Aethanol, Benzodiazepine)
Therapiebedingte Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Paradoxe Reaktion auf Medikamente (Antidepressiva, Anticholinergika) • Hirnbestrahlung
Krankheitsunabhängige Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Alter • Kognitive Störungen • Umgebungswechsel • Schlafmangel • Beschwerden (Schmerzen, Angst, Atemnot) • Psychosoziale und spirituelle Stressfaktoren

Richtlinie Delirium in der Palliative Care

5. Mögliche Folgen des Deliriums

- Angstzustände
- Verschobener Tag-/Nachtrhythmus
- Sturzgefahr
- Selbst- und Fremdgefährdung
- Verlust der Selbstständigkeit
- Kommunikationsstörungen
- Rollenverlust
- Schwierigkeit, die Symptome auszudrücken und sie einzuordnen

Mögliche Folgen des Deliriums zeigen auch die drei verschiedenen Formen des Deliriums auf.

6. Entscheidungsfindung

Eine frühzeitige Erkennung erhöht die Chancen der Behandelbarkeit.

Befragung durch das Betreuungsteam

- vom Patienten
 - Haben Sie eine Veränderung bemerkt in Ihrer Konzentrationsfähigkeit, in der Art, die Dinge zu sehen, in Ihrem Wesen, in Ihrem Denken oder in Ihrem Verhalten?
 - Hat sich Ihr Schlaf in der letzten Zeit verändert?
- von der Familie
- von den Betreuenden

Klinische Untersuchung

- Allgemeine Untersuchung inklusive neurologischer Status
- Suche nach Hinweisen auf Dehydrierung, Infektionen, Harnverhalten, Opioid-Neurotoxizität usw.
- Laborbefunde kontrollieren (BZ, Elektrolyte etc.)
- Die Liste aller in den letzten Tagen und Wochen eingenommenen Medikamente wird durch den Arzt kontrolliert.

Richtlinie Delirium in der Palliative Care

7. Interventionsvorschläge beim Delirium in der Palliative Care

Verhaltensveränderungen sollten vom Betreuungsteam wachsam beobachtet werden.

Allgemeine Interventionen

Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> • Kurze und einfache Sätze • Je nach Zustand Einsatz von Piktogrammen • Ruhige Atmosphäre schaffen • Geduld, Ruhe und Einfühlungsvermögen • Sich dem Rhythmus des Patienten anpassen • Zur Kenntnis nehmen, was der Patient sagt, ohne auf den Inhalt des Deliriums einzugehen • Unabhängigkeit und Ressourcen des Patienten fördern • Patient in die Entscheidungsfindung, soweit dies möglich ist, mit einbeziehen
Angehörigenbetreuung	<ul style="list-style-type: none"> • Angehörige werden über den Zustand, die möglichen Ursachen, die geplanten Massnahmen und über die Grenzen der Behandlungsmöglichkeiten informiert • Unterstützende Gespräche
Neuorientierung des Patienten	<ul style="list-style-type: none"> • Vertraute Umgebung schaffen (eigene Fotos, Bilder etc.) • Gut sichtbare Uhr und Kalender • Zimmerwechsel vermeiden, ruhiges Umfeld • Bezugspflege • Strukturierter Tagesablauf • Kontrolle ob der Patient eine Brille oder ein Hörgerät trägt
Schlaf	<ul style="list-style-type: none"> • Abends Lärm und helles Licht vermeiden, Schlaf-Wach-Rhythmus fördern • Bewegung fördern
Flüssigkeitsaufnahme und Ernährung	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmässige Flüssigkeitsaufnahme (Dokumentation pro Schicht) • Unterstützung beim Essen • Regelmässige Mundpflege
Ausscheidung	<ul style="list-style-type: none"> • Auf regelmässige Ausscheidung achten
Selbstgefährdung und Gefährdung Dritter	<ul style="list-style-type: none"> • Zwangsmassnahmen vermeiden Alternativen in Betracht ziehen und ausschöpfen (Anwesenheit von einer Person, Bodenpflege, natürliche Barrieren, Trittmatten). Eine Fixation muss den rechtlichen Grundlagen entsprechen. Die Informationen an den Patienten und seine Bezugsperson mit Begründung der Fixation müssen zwingend dokumentiert werden. Die tägliche Evaluation ist ebenfalls schriftlich zu hinterlegen. • Infusionen möglichst vermeiden oder während der Nacht laufen lassen.

Richtlinie Delirium in der Palliative Care

Komplementäre Interventionen

Aromaanwendung

Düfte und Gerüche können unsere Stimmungen beeinflussen und sich auf unser Wohlbefinden auswirken. Genau das macht sich die so genannte „Aromaanwendung“ zunutze. Sie ist eine gute Unterstützung im Wohlbefinden der Patienten in der palliativen Pflege. Es werden **ätherische Öle** eingesetzt, um bestimmte Wirkungen bei Symptomen wie: z.B. Schleimhautansammlung in der Lunge, Unruhe/Angst, Obstipation zu erzielen.

Wesentlich für die Qualität eines ätherischen Öls ist die Reinheit. Grösste Sicherheit und damit Gewähr für Reinheit und Naturbelassenheit garantieren ätherische Markenöle aus der Apotheke oder von ausgewiesenen Fachhändlern, die auch über ein entsprechendes Fachwissen hinsichtlich der Anwendung verfügen.

Für die Behandlung eines Deliriums gibt es keine spezifische Aromaanwendung. Je nach Situation können aber Aromaanwendungen zur Entspannung oder Beruhigung zum Wohlbefinden des Patienten beitragen.

Unruhe, Angst, Schlaflosigkeit

- 40Trpf Weihrauch + 40Trpf Kamille + 40Trpf Rose
 - Fertige Mischung auf die Fusssohlen verteilen.
 - Möglicherweise bevorzugt der Patient eine sanfte Rücken- oder Nackenmassage!

Medikamentöse Interventionen

Zuerst sollten durch ein Assessment potenzielle reversible Ursachen identifiziert und falls möglich behandelt werden (inklusive Absetzen evt. auslösender Medikamente). Die medikamentöse Behandlung des Deliriums basiert primär auf einer Expertenmeinung und auf dieser Basis kann Haloperidol als Erst-Linien-Behandlung empfohlen werden.

Wichtig: rasche und kontinuierliche Re-Evaluation bez. Indikation zur Weiterführung von Psychopharmaka.

Neuroleptika: Mittel der Wahl

Haloperidol (Haldol®)

- Mittel der Wahl
- Verabreichungsart: wenn möglich p.o., sonst s.c. oder notfalls i.v. oder i.m.
- i.v. ohne Monitor nur bei palliativen Patienten, sonst am Monitor und in Kurzinfusion 100ml NaCl 0.9% (QT-Zeit-Verlängerung)
- Die Dosen aller 3 Verabreichungsformen sind identisch: 1mg p.o. = 10 Tropfen (2mg/ml)= 1mg s.c. = 1mg i.v.
- Möglichkeit der s.c.-Verabreichung über Butterfly

Richtlinie Delirium in der Palliative Care

- **Dosierung**
 - übliche Verordnung: 0.5mg-1mg alle 8h p.o./s.c. (4x5 bis 4x10 Trpf)
 - Notfall: Beginn mit 1mg, bei ungenügendem Effekt 2mg nach 60 Min., bei ungenügendem Effekt 4mg nach weiteren 60 Min. (bei i.v. –Gabe kann die Wiederholung nach 30 Min. vorgenommen werden, da schnellere Wirksamkeit). Bei massiver Agitation, Gabe von 2,5–5mg möglich.

Quetiapin (Seroquel®)

- Alternative zum Haldol®, aber nur p.o. Gabe möglich
- Tbl. 25 und 100mg, XR 50 und 200mg
- **Dosierung**
 - Übliche Verordnung: Basistherapie 1-3x25mg/d (bei kachektischem Patienten allenfalls nur jeweils 12.5mg), Reserve 1-3x12.5-25 mg/d
 - Maximal 150mg/d

Benzodiazepine: falls ungenügender Erfolg (anstelle oder zusätzlich zum Haloperidol), nach 3. Gabe eines Neuroleptikums

Lorazepam (Temesta®)

- Tabl. à 1 oder 2.5mg
- Amp. (1ml) 4mg
- Vor allem bei starker Angstkomponente
- Kombination mit Haldol® möglich
- Vorsicht bei alten Menschen, Atemdepression, paradoxe Reaktion
- **Dosierung**
 - 1mg p.o. oder i.v. alle 30-60 Min., max. 10mg/24 h

Midazolam (Dormicum®)

- Kürzere Halbwertszeit → besser steuerbar
- Ueberleitung in Sedationstherapie möglich
- 0.5-1mg s.c. oder i.v. alle 30-60 Min., bei ungenügender Wirkung 1-2mg s.c. oder i.v. alle 30-60 Min.

8. Dokumentation

- Pflegeplanung mit Pflegediagnose
- Dokumentation von Beobachtungen im Pflegebericht

9. Querverweise

- Akute Verwirrtheit, Pflegediagnose NANDA
- Wahrnehmungsstörung, Pflegediagnose NANDA
- Machtlosigkeit, Pflegediagnose NANDA
- Sturzgefahr, Pflegediagnose NANDA

Richtlinie Delirium in der Palliative Care

10. Literaturverzeichnis

- BIGORIO. (2004). Empfehlung Delirium. *Palliative ch*. Abgerufen von <http://www.palliative.ch>
- CARESEARCH palliative care knowledge network. (2008). *Pharmacological Management*. Abgerufen von [http://www.caresearch.com.au/caresearch/ClinicalPractice/Physical/Delirium/Pharmacological Management/tabid/874/Default.aspx](http://www.caresearch.com.au/caresearch/ClinicalPractice/Physical/Delirium/PharmacologicalManagement/tabid/874/Default.aspx)
- Hasemann, W., Kressig, W.R., Ermini-Fünfschilling, D., Pretto, M. & Spirig, R. (2007). Screening, Assesment und Diagnostik von Delirien. *Pflege*, 20, 191-204.
- Klinik für Allgemeine Innere Medizin-Palliative Care. (2009). Empfehlungen Delir bei Palliativen Patienten. *Inselspital*. Abgerufen von http://www.inneremedizin.insel.ch/fileadmin/innere-pupk/innere-pupk_users/Pdf/Palliative_Care/Empfehlung_Delir.pdf.
- Neuenschwander, H. et al. (2006). *Palliativmedizin* (2. überarb. und erw. Auflage). Bern: Krebsliga Schweiz.
- Ritter, Ch., Malin, D. und Schweitzer, M. (2009). Palliative Care Psychiatrische Symptome – akuter Verwirrtheitszustand/Delir. *Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland*. Abgerufen von http://www.srrws.ch/index_de.php?TPL=3401&x3000_Open=741.

11. Autoren

- Michaela Escher und Nicole Clemenz in Zusammenarbeit mit Doris Bittel-Passeraub/MAS P.C., Dr. Catherine Mengis Bay und Palliative Care Oberwallis

12. Dokumenteigner

- Susanne Colombo, Fachverantwortliche Onkologie/Palliativpflege