

Inhaltsverzeichnis

1.	Zielsetzung	2
2.	Zielgruppe.....	2
3.	Definition.....	2
3.1	Diagnostische Kriterien nach DSM-IV	2
3.2	Formen des Deliriums.....	3
4.	Ursachen eines Deliriums in der Palliative Care.....	4
5.	Risikofaktoren	4
6.	Mögliche Folgen des Deliriums	6
7.	Entscheidungsfindung.....	6
7.1	Befragung durch das Betreuungsteam.....	6
7.2	Klinische Untersuchung	6
7.3	Differentialdiagnosen	7
7.4	Screening- und Assessmentinstrumente.....	7
8.	Interventionsvorschläge beim Delirium in der Palliative Care	8
8.1	Allgemeine Interventionen	8
8.2	Komplementäre Interventionen	9
8.3	Medikamentöse Interventionen	11
9.	Bedeutung für Betroffene und Angehörige	12
10.	Terminale Unruhe	13
11.	Dokumentation.....	13
12.	Querverweise.....	13
13.	Literaturverzeichnis.....	14
14.	Autoren	14
15.	Anhang	15
	Anhang 1: Delirium Observation Screening Scale (DOS).....	15
	Anhang 2: Confusion Assessment Method (CAM)	15

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

Palliativ-Patienten im Delir

3. Definition

Delir ist ein komplexes Syndrom, welches verschiedenste Ursachen hat. Das Delir ist gekennzeichnet durch gewichtige Störungen des Bewusstseins, der Wahrnehmung, des Denkens und des Schlafes. Das Delir tritt typischerweise innerhalb weniger Stunden oder Tage auf und fluktuiert während des Tagesverlaufs.

Das Delir ist die häufigste akut oder subakut auftretende neuropsychiatrische Störung. Mit höherem Lebensalter nimmt die Prävalenz des Delirs zu und wird in der über 85-jährigen Bevölkerung auf ca. 10% geschätzt.

Patienten mit einem Delir haben eine erhöhte Mortalität und weisen eine höhere Pflegebedürftigkeit auf. Zudem kommt es häufig zu einer Verschlechterung einer bereits vorhandenen kognitiven Einschränkung.

3.1 Diagnostische Kriterien nach DSM-IV

- Eine Bewusstseinsstörung (d.h. verminderte Bewusstseinsklarheit gegenüber der Umgebungswahrnehmung) mit Beeinträchtigung der Fähigkeit, die Aufmerksamkeit auf einzelne Reize zu richten, aufrecht zu erhalten oder gezielt zu wechseln
- Eine Veränderung der kognitiven Funktionen (wie Gedächtnisstörung, Desorientierung, Sprachstörung) oder die Entwicklung einer Wahrnehmungsstörung, welche 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.

3.2 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 wie gesteigerte Motorik, Ruhelosigkeit, Umherwandern • Halluzinationen • Ungeduld • Aggressivität • Vegetative Entgleisung
Hypoaktive Form	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzierte Motorik • Passivität • Apathie • Neu aufgetretene Schlafstörungen • Vergesslichkeit • Orientierungsstörung • Rückzug • Kontaktverweigerung • Reizbarkeit • Harninkontinenz
Mischformen	

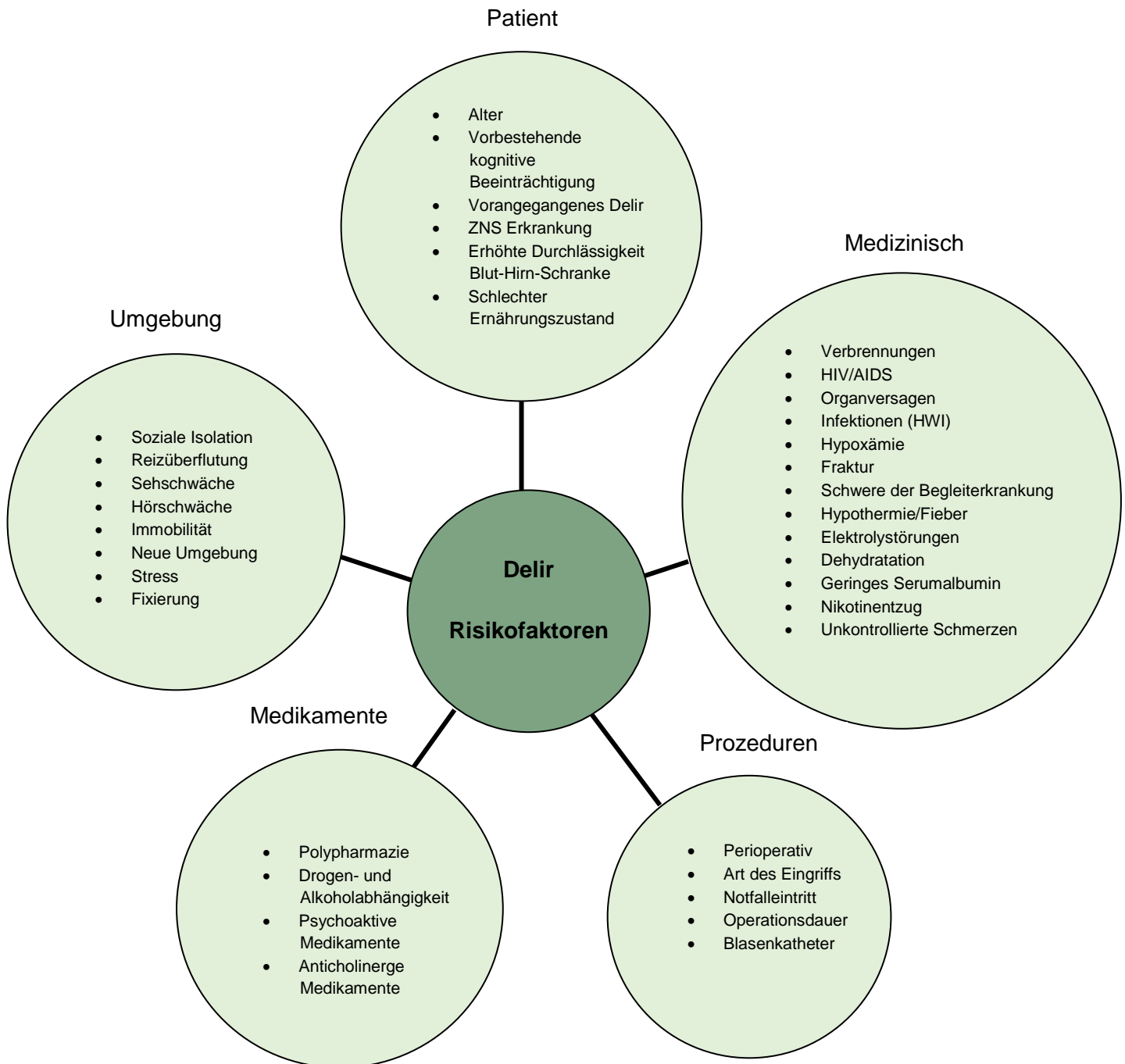
Das hypoaktive Delir wird häufig nicht erkannt und somit nicht behandelt.

4. Ursachen eines Deliriums 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• Hyperkalziämie, Hyperglykämie, Hypoglykämie• Hypoxie• Urämie• Obstipation• Entzugerscheinungen (Äthanol, 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

5. Risikofaktoren

Es gibt mehrere Risikofaktoren, welche ein Delir auslösen kann, da das Delir ein multifaktorielles Geschehen ist.



6. Mögliche Folgen des Deliriums

- Angstzustände
- Verschobener Tag-/Nachtrhythmus
- Sturzgefahr
- Selbst- und Fremdgefährdung
- Verlust der Selbstständigkeit
- Kommunikationsstörungen
- Abbruch der zwischenmenschlichen Beziehungen
- Abnahme des Urteilsvermögens
- Rollenverlust, Störung des Selbstbildes und der sozialen Identität
- Schwierigkeit, die Symptome auszudrücken und sie einzuordnen
- Spirituelle Not

Bei allen Formen des Deliriums (Hyperaktiv, hypoaktiv und Mischformen) können diese Folgen auftreten.

7. Entscheidungsfindung

Eine frühzeitige Erkennung erhöht die Chancen der Behandelbarkeit.

7.1 Befragung durch das Betreuungsteam

- Bei jedem Eintritt gezielte Anamnese durchführen (inklusive Risikofaktoren und auslösende Faktoren erfragen)
- Befragung des 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?
- Befragung der Familie
- Befragung der Betreuende

7.2 Klinische Untersuchung

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

7.3 Differentialdiagnosen

Folgende Differentialdiagnosen müssen ausgeschlossen werden.

Klinisches Bild	Delir	Demenz	Depression	Psychotische Störung
Beginn	Akut	Schleichend	Subakut	Subakut
Verlauf	Fluktuierend	Progredient	Remittierend / chronisch	Remittierend / chronisch
Dauer	Stunden bis Wochen	Jahre	Wochen bis Monate	Wochen, Monate bis Jahre
Bewusstseinsstörung	Ja	Nein	Nein	Selten
Aufmerksamkeitsstörung	Ja	Eher in Spätstadien	Möglich	Möglich
Orientierungsstörung	Ja	Ja	Eher selten	Eher selten
Halluzination	Möglich	In spezifischen Demenzformen möglich	Eher selten	Häufig

7.4 Screening- und Assessmentinstrumente

Zum Screening bezüglich Delir kann der Delirium Observation Screening Scale (DOS) durchgeführt werden (Anhang 1). DOS wird bei Eintritt oder bei Veränderungen des Bewusstseins, der Wahrnehmung, des Denkens und des Schlafes während drei Tagen durchgeführt. Falls das Screening mit DOS >3 ist, wird die Confusion Assessment Method (CAM) (Anhang 2) ausgefüllt. Falls die CAM auch positiv ist, ist das Delir wahrscheinlich/sicher.

8. Interventionsvorschläge beim Delirium in der Palliative Care

Verhaltensveränderungen sollten vom Betreuungsteam wachsam beobachtet werden.

8.1 Allgemeine Interventionen

Wichtig sind mögliche Ursachen sowie Risikofaktoren für ein Delir frühzeitig zu identifizieren und zu behandeln

Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> • Kurze und einfache Sätze, langsam reden • Je nach Zustand Einsatz von Piktogrammen • Ruhige Atmosphäre schaffen • Geduld, Ruhe und Einfühlungsvermögen • Sich dem Rhythmus und Zustand 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 (Unabhängigkeit fördern) • Patient immer frontal anreden • Zeit und Ruhe geben, um zu antworten • Bei deliranten Patienten mit Demenz: Validation
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 • Miteinbeziehen bei den allgemeinen Interventionen
Neuorientierung des Patienten	<ul style="list-style-type: none"> • Vertraute Umgebung schaffen (eigene Fotos, Bilder, Kleider etc.) • Gut sichtbare Uhr und Kalender • Zimmerwechsel vermeiden, ruhiges Umfeld • Bezugspflege • Strukturierter Tagesablauf • Kontrolle der Hilfsmittel (Brille, Hörgerät usw.)
Schlaf	<ul style="list-style-type: none"> • Schlafgewohnheiten kennen und Einschlafrituale respektieren • 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 (evtl. Fingerfood) • Zahnprothesen einsetzen • Regelmässige Mundpflege
Ausscheidung	<ul style="list-style-type: none"> • Auf regelmässige Ausscheidung achten • Infektionen vermeiden/ausschliessen (Comburtest) • Vermeidung von Blasenkatheter
Selbstgefährdung und Gefährdung Dritter	<ul style="list-style-type: none"> • Zwangsmassnahmen vermeiden Alternativen in Betracht ziehen und ausschöpfen (Anwesenheit einer Person, Bodenpflege, 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.
Allgemein	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrolle der Vitalzeichen (inkl. Sauerstoffsättigung) • Kontrolle des Blutzuckers • Auf die Verabreichung von delirauslösenden Medikamenten verzichten/reduzieren • Einnahme von Medikamenten überprüfen • Belastende Symptome wie bspw. Schmerzen minimieren

8.2 Komplementäre Interventionen

Aromaanwendung

Die kontrollierte und bewusste Anwendung von ätherischen Ölen in der Pflege soll der Verbesserung des Allgemeinzustandes des Patienten und seinen Wohlbefinden dienen.

Allgemeine Hinweise

- Ätherische Öle dürfen nur im Einverständnis des Patienten und/oder seinen Angehörigen angewendet werden. Bei der Pflegeanamnese werden die Patienten über die Möglichkeit der Anwendung von ätherischen Ölen informiert. Die Patienten werden jeweils gefragt, ob sie deren Anwendung wünschen.
- Bei der ersten Anwendung werden 1 Tropfen ätherisches Öl auf die Innenseite des Unterarms aufgetragen. Nach 30 Minuten wird geprüft, ob eine Unverträglichkeit oder Allergie auftritt (Ist die Stelle gerötet, fühlt sich warm an oder juckend?). Bei Patienten, welche zu allergischen Reaktionen neigen, ist die Aromapflege nur mit einem vorherigen Verträglichkeitstest anzuwenden.

- Bei Patienten mit obstruktiven Lungenerkrankungen (wie COPD, Asthma bronchiale etc.) und Epilepsie oder Patientinnen mit Tumoren, welche Östrogen produzieren, ist die Anwendung der Aromapflege verboten.
- Bei Patienten mit Hirndrucksymptomatik (erhöhter Hirndruck, Hirntumor, Hirnödem, Hirnblutung etc.) dürfen die ätherischen Öle Fenchel, Pfefferminze, Rosmarin nicht angewendet werden.
- Bei bewusstlosen oder somnolenten Patienten sollen ätherische Öle nur nach Absprache und im Einverständnis mit den Angehörigen angewendet werden. Nach der Anwendung unbedingt nonverbale Reaktionen beobachten und die Wirkung entsprechend dokumentieren.
- Jedes ätherische Öl muss mit dem Datum der Erstentnahme versehen sein. Die ätherischen Öle haben unterschiedliche Haltbarkeiten (Zitrusöle 6 Monate, alle anderen 1 Jahr). Im Falle einer Veränderung (zähflüssiger/harziger) des ätherischen Öls, sollte es nicht mehr verwendet werden, auch wenn das Verfallsdatum noch nicht abgelaufen ist.

Einreibung

Die sanften Berührungen bei einer Einreibung können entspannend und wohltuend wirken. Durch das Beifügen eines passenden ätherischen Öls wird die Wirkung der Einreibung verstärkt und nachhaltiger.

Dosierung: 4 Tropfen ätherisches Öl in 10ml Mandelöl in einen sterilen Becher geben (2% Mischung).

Haltbarkeit: Die ätherische Ölmischung ist maximal sechs Wochen haltbar.

Häufigkeit: 1-3 Anwendungen pro Tag

Nachbereitung: Circa 30 Minuten Nachruhen ist zu empfehlen.

Beschriftung: Der sterile Becher wird mit den ausgewählten ätherischen Ölen sowie dem Datum beschriftet.

Keine Anwendung auf betroffenen Hautareale:

- Bei Hauterkrankungen / Wunden
- Vor, während und nach einer Radiotherapie
- Patienten mit einer Neutropenie
- Patienten mit invasiven Medizinprodukten (Beispiel: Katheter, Sonden, Tracheotomien usw.)

Papiertaschentuch/Kompresse/Waschlappen

Dosierung: 1-2 Tropfen ätherisches Öl unverdünnt auf ein Papiertaschentuch / unsterile Kompresse / Waschlappen träufeln und in unmittelbarer Nähe des Kopfes legen.

Häufigkeit: Diese Aromaanwendung kann mehrmals täglich angewendet werden, nach 24 Stunden wird das Material entsorgt bzw. versorgt.

Riechstift

Anwendung: Die Farbe des Riechstiftes ist individuell wählbar und ist für den Einmalgebrauch vorgesehen. Der Riechstift soll nicht nachgefüllt werden und spätestens nach einem Monat ausgewechselt werden.

Dosierung: 4-6 Tropfen ätherisches Öl senkrecht aus der Flasche auf den Wattestift tropfen lassen. Die befeuchtete Seite des Wattestiftes zeigt zur Öffnung des inneren Teils des Riechstiftes. Der Wattestift wird in den inneren Teil des Riechstiftes eingesetzt und zum sicheren Schliessen des Riechstiftes wird der Boden mit der kleinen Kunststoffkappe festgedrückt. Danach wird der Riechstift sofort verschlossen mit der Kappe, damit der Duft nicht aus dem Riechstift entweicht.

Raumbeduftung

Dosierung: 4-6 Tropfen ätherisches Öl

Anwendung: Frotteetuch wird mit Wasser angefeuchtet und die ätherischen Tropfen werden darauf appliziert. Das Frotteetuch wird über den Bettbügel angebracht und täglich durch den Frühdienst gewechselt.

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

Unruhe, Angst, Schlaflosigkeit

- Jeweils 1 Tropfen Weihrauch, Kamille und Rose in 10ml Mandelöl
 - Fertige Mischung auf die Fusssohlen verteilen.
 - Möglicherweise bevorzugt der Patient eine sanfte Rücken- oder Nackeneinreibung
- Lavendel, Weihrauch, Neroli, Kamille und Rose können beruhigend wirken
 - Anwendung über Trockeninhalation, Einreibung oder Raumbeduftung

8.3 Medikamentöse Interventionen

Vorrang vor medikamentösen Interventionen haben zum einen **die routinemässige Identifikation von Risikopatienten** (inkl. Assessment und Screening mit DOS/CAM), die **Minimierung von Risikofaktoren** und bei Eintritt des Delirs die **Elimination potentieller Auslöser**.

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

Bei der folgenden Tabelle werden häufig verwendete Medikamente dargestellt. Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit. Die Verordnung der Medikamente liegt in der Verantwortung des zuständigen Arztes.

Neuroleptika: bei massiven psychomotorischen Symptomen
<p>Haloperidol (Haldol®)</p> <ul style="list-style-type: none">• Verabreichungsart: wenn möglich p.o., sonst s.c. oder notfalls i.v. oder i.m.• i.v. ohne Monitor nur bei palliativen Patienten in terminalen Situationen und in Grundinfusion über 24h (CAVE: Verlängerung der QT Zeit)• 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/Cleo® 90• <u>Dosierung</u><ul style="list-style-type: none">○ 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 massiver Agitation, Gabe von 2.5–5mg möglich.

Quetiapin (Seroquel®)

- Alternative zum Haldol®, aber nur p.o. Gabe möglich
- Tbl. 25mg bis 300mg, oder XR (mit Retard Wirkung) 50mg bis 100mg
- 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 Gabe eines Neuroleptikums

Lorazepam (Temesta®)

- Tbl. à 1mg oder 2.5mg
- Amp. 4mg (1ml)
- Vor allem bei starker Angstkomponenten oder starker Agitation
- 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

Diazepam (Valium®)

- Tbl. À 5mg oder 10mg
- Amp. 10mg (2ml)
- Die intravenöse Injektion von Valium sollte langsam erfolgen (etwa 0,5-1 ml pro Minute), da es bei zu rascher Verabreichung zu Apnoe kommen kann
- Dosierung
 - initial 0,1-0,2 mg pro kg Körpergewicht i.v., Wiederholung in achtstündigen Intervallen bis zum Abklingen der akuten Symptome, anschliessend Weiterbehandlung per os.

9. Bedeutung für Betroffene und Angehörige

Die Störungen des Bewusstseins, der Aufmerksamkeit, der kognitiven Funktionen, der Psychomotorik, der Emotionalität des Schlaf-Wach-Rhythmus können für den Patienten und seine Angehörige mit einem hohen Leidensdruck verbunden sein, welche die Lebensqualität stark einschränken können.

Bereits die Assessmentfragen können für den Patienten bedrohlich wirken.

Für Angehörige können die Symptome des Delirs sehr belastend sein und sie fühlen sich gegenüber der deliranten Person oft hilflos. Angehörige müssen daher über den Zustand des Patienten, über die möglichen Ursachen, die geplanten Massnahmen und die Grenzen der Behandlungsmöglichkeiten informiert werden.

Vertraute Personen können für den Patienten hilfreich sein, wenn diese ausreichende Informationen, Beratung, Anleitung und Verständnis erhalten. Die Anwesenheit der Angehörige (Sprechen im ruhigen Tonfall, einfache kurze Sätze, sanfte Berührung) kann dem deliranten Patienten Sicherheit vermitteln. Durch eine gute und rechtzeitige Kommunikation können Belastungen für Patient, Angehörige und multiprofessionelles Team reduziert werden.

10. Terminale Unruhe

Vom Delir zu unterscheiden ist die terminale Unruhe bei sterbenden Patienten.

Zu beachten sind:

- Symptombehandlung
- Verhalten beobachten (Mimik, Gestik usw.)
- Kontrolle der Blase

11. Dokumentation

- Pflegeplanung mit Pflegediagnose
- Dokumentation von Beobachtungen im Pflegebericht

12. Querverweise

Delirmanagement SZO ([IT-7525](#))

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

13. 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/PharmacologicalManagement/tabid/874/Default.aspx>
- Gärtner, J., Büche, D., & Camartin, C. (2018). Das delirante Syndrom in der Palliative Care: Frische Evidenz und alte Weisheiten. *Therapeutische Umschau.* 75(2), 91-100.
- Hasemann, W., Kressig, W.R., Ermini-Fünfschilling, D., Pretto, M., & Spirig, R. (2007). Screening, Assessment 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
- Steffen-Bürgi, B., Schärer-Santschi, E., Staudacher, D., & Monteverde, S. (Hrsg.). (2017). *Lehrbuch Palliative Care.* Bern: Hogrefe Verlag.
- Savaskan, E. & Hasemann, W. (Hrsg.). (2017). *Leitlinie Delir. Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter.* Bern: Hogrefe Verlag.
- Savaskan, E., Baumgartner, M., Georgescu, D., Hanfer, M., Hasemann, W., Kressig, R.W., et al. (2016). Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. *Praxis* 105(16), 941-952.
- Neuenschwander H. & Cina C. (Hrsg.). (2015). *Handbuch Palliativmedizin.* Bern: Hans Huber Verlag.
- Neuenschwander, H. et al. (2006). *Palliativmedizin* (2. überarb. und erw. Auflage). Bern: Krebsliga Schweiz.
- Ritter, C., Malin, D., & Schweitzer, M. (2009). Palliative Care Psychiatrische Symptome – akuter Verwirrheitszustand/Delir. *Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland.* Abgerufen von http://www.srrws.ch/index_de.php?TPL=3401&x3000_Open=741

14. Autoren

- Michaela Escher und Nicole Chanton in Zusammenarbeit mit Doris Bittel-Passeraub/MAS P.C., Dr. Catherine Mengis Bay und Netzwerk Palliative Care Oberwallis
- Aktuelle Version angepasst durch Nicole Chanton, Gabriela Pfammatter und Katja Leiggener in Zusammenarbeit mit Dr. Catherine Mengis Bay und Netzwerk Palliative Care Oberwallis

15. Anhang

Anhang 1: Delirium Observation Screening Scale (DOS)

Anhang 2: Confusion Assessment Method (CAM)

Delirium Observation Screening Scale (DOS)

Delirium screening durch Beobachtung

		Datum:									Datum:									Datum:											
		FD			SD			NW			FD			SD			NW			FD			SD			NW					
		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	Nie	manchmal immer	weiss nicht	Nie	manchmal immer	weiss nicht	Nie	manchmal immer	weiss nicht			
1	Nickt während des Gesprächs ein	0	1		0	1		0	1		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		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		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		0	1		0	1		0	1				
5	Gibt unpassende Antworten auf Fragen	0	1		0	1		0	1		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		0	1		0	1		0	1				
7	Denkt irgendwo anders zu sein	0	1		0	1		0	1		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		1	0		1	0		1	0				
9	Erinnert sich an kürzliche Ereignisse	1	0		1	0		1	0		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		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		0	1		0	1		0	1				
12	Reagiert unerwartet emotional	0	1		0	1		0	1		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		0	1		0	1		0	1				
Summe pro Schicht (wenn ≥ 3, zusätzlich CAM)																															

Erläuterungen zur Delirium Observation Screening Scale (DOS)

Einleitung

Das Delirium ist bei älteren Patienten und bei Patienten in der letzten Lebensphase eine der am häufigsten vorkommenden psychopathologischen Störungen. Kennzeichnend für das Delirium sind dessen schnelles Auftreten und das Wechseln der Symptome. Die Skala Delirium Screening durch Beobachtung enthält im Original 13 (verbale und nonverbale) Verhaltensweisen, die den Symptomen des Deliriums entsprechen. Die Beobachtungen können während den üblichen Pflegemassnahmen mit dem Patienten gemacht werden. Um ein Delirium frühzeitig erkennen zu können, ist es wichtig, Verhaltensbeobachtungen während jeder Schicht festzuhalten.

Beurteilung:

Nie:	Während dieser Schicht wurde das beschriebene Verhalten beim Patienten nie beobachtet.
Manchmal – immer:	Während dieser Schicht wurde das beschriebene Verhalten beim Patienten mindestens 1 Mal beobachtet.
Weiss nicht:	Während dieser Schicht wurde das beschriebene Verhalten beim Patienten nicht beobachtet. Entweder, weil der Patient immer schlief, weil er keinen Kontakt zur beobachtenden Person hatte oder weil die beobachtende Person die An- oder Abwesenheit des Symptoms nicht beurteilen konnte.

Genauere Beschreibung/Beispiele:

- Die Person wird durch Reize der Umgebung schnell abgelenkt, wenn sie auf Geräusche oder Bewegungen reagiert, die keinen Bezug zu ihr haben und die so sind, dass man keine Reaktion darauf erwarten würde.
(Bspw. ist es normal, dass jemand auf einen lauten Schrei auf dem Gang reagiert, es ist aber nicht normal, dass jemand auf eine ruhige Frage, die an einen anderen Patienten gerichtet ist, reagiert.)
- Die Person bleibt aufmerksam im Gespräch oder in der Handlung, wenn sie verbal oder nonverbal dem Gespräch oder der Handlung zu folgen scheint. Sie muss auch in der Lage sein, die Aufmerksamkeit auf eine andere Person zu lenken, wenn diese sie anspricht.
- Die Person reagiert verlangsamt auf Aufträge, wenn ihr Handeln verzögert ist oder es Momente von Stille oder Untätigkeit gibt, bevor die Handlung begonnen wird.
- Die Person denkt, irgendwo anders zu sein, wenn sie dies äussert oder es durch ihr Handeln erkennbar ist.
- Die Person erkennt die Tageszeit, wenn sie dies äussert oder es durch ihr Handeln erkennbar ist. (Bspw. jemand, der mitten in der Nacht aufsteht und sich duschen möchte, kennt die aktuelle Tageszeit meistens nicht.)
- Die Person erinnert sich an kürzliche Ereignisse.
(Bspw. jemand, der sagen kann, ob er Besuch hatte oder was er gegessen hat.)
- Die Person reagiert unerwartet emotional, wenn sie ohne Grund heftig reagiert oder wenn die Heftigkeit des Gefühls nicht mit dem Anlass übereinzustimmen scheint.
(Bspw. jemand, der grundlos anfängt zu weinen, grosse Angst vor dem Waschen hat oder wütend reagiert, wenn der Tee kalt ist.)

Richtlinie Delirium in der Palliative Care



- Die Person sieht, hört oder riecht Dinge, die nicht vorhanden sind, wenn sie dies äussert (nachfragen) oder sich so benimmt.
(Bspw. jemand, der nicht sichtbare Gegenstände an einen anderen Ort legen möchte oder der auf Menschen/Tiere reagiert, die nicht da sind.)

Confusion Assessment Method (CAM)

Datum: _____ Zeit _____

Alter des Patienten bei der Erfassung: _____ Jahre

1a) Akuter Beginn

Gibt es begründete Anzeichen für eine akute Veränderung im Grundzustand des mentalen Status des Patienten?

Ja Nein n.b.* *nicht beurteilbar

1 Fluktuierender Verlauf

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

Ja Nein n.b.*

2) Aufmerksamkeitsstörung

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

Ja Nein n.b.*

3) Formale Denkstörung

War der Gedankenablauf des Patienten desorganisiert oder zusammenhangslos, wie Gefasel oder belanglose Konversation, unklar oder unlogischer Gedankenfluss oder unerwartete Gedankensprünge?

Ja Nein n.b.*

4) Veränderte Bewusstseinslage

a) Wach- Alert (normal)

b) Hyperalert

Überspannt, reagiert übersensibel auf die Stimulationen der Umgebung, erschrickt schnell

Somnolent

Wirkt schläfrig, öffnet aber die Augen und antwortet auf Fragen

Soporös

Reagiert auf Schütteln, aber nicht auf Ansprache

Koma

Nicht weckbar

Bewertung:	
[1a und 1b] und 2 und [3 oder 4]	Delir sicher
[1a oder 1b] und 2 und [3 oder 4]	Delir wahrscheinlich
Alles andere	Kein Delir

Mental-Status Questionnaire (MSQ)

Datum: _____ Zeit _____

Alter des Patienten bei der Erfassung: _____ Jahre

	Richtig	Falsch	Punkte
1. Wie heisst dieses Spital			
2. Wo liegt dieses Spital?			
3. Welches Datum ist heute? (Tag im Monat)			
4. Welchen Monat haben wir jetzt?			
5. Welches Jahr haben wir?			
6. Wie alt sind Sie?			
7. Wann sind Sie geboren? (Monat)			
8. Wann sind Sie geboren? (Jahr)			
9. Wie heisst der Präsident der Vereinigten Staaten von Amerika?			
10. Wie heisst ein früherer Präsident der Vereinigten Staaten von Amerika			
Punkte:			

Bewertung:	
0-7 Punkte	Auffällig
8-10 Punkte	Nicht auffällig

Resultate einbeziehen bei der CAM; Punkt 1a / b

Monate rückwärts zählen (MRZ)

Datum: _____ Zeit _____

Alter des Patienten bei der Erfassung: _____ Jahre

Fordern Sie den Patienten auf, die Monate rückwärts aufzuzählen. Der Patient soll mit dem Monat Dezember anfangen.

Dez	Nov	Okt	Sept	Aug.	Jul	Jun	Mai	Apr.	Mär	Feb	Jan

Anzahl Auslassungen: _____

Benötigte Zeit (Dauer): _____ Sekunden

Bewertung:	
0-2 Punkte	Aufmerksamkeitsstörung nicht vorhanden
Ab 3 Punkten	Aufmerksamkeitsstörung vorhanden

Resultate einbeziehen bei der CAM; Punkt 2