

Consensus on best practice in Palliative Care in Switzerland – Ein Projekt im Rahmen der Qualitätsförderung von Palliative Care in der Schweiz

1 WORUM GEHT ES?

Deutsch: akuter Verwirrheitszustand
 Englisch: delirium = acute mental confusion
 (zunehmende Wichtigkeit dieses Begriffs
 auch in nicht-angelsächsischen Ländern)
 Italienisch: stato confusionale acuto
 Französisch: état confusionnel aigu (ECA)

1.1 Definition

«Ein komplexes Syndrom, welches verschiedenste Ursachen hat und gekennzeichnet ist durch gewichtige Störungen des Bewusstseins, der Wahrnehmung, des Denkens und des Schlafes.»

Caraceni A., Grassi L., 2003, Delirium: Acute confusional states in palliative medicine. Oxford University Press, Oxford.

Diagnostische Kriterien nach DSM IV

- Bewusstseinsstörung (d.h. verminderte Bewusstseinsklarheit gegenüber der Umgebung) mit Beeinträchtigung der Fähigkeit, die Aufmerksamkeit auf einzelne Reize zu richten, aufrechtzuerhalten und gezielt zu wechseln.
- Veränderung kognitiver Funktionen (Beeinträchtigung des Gedächtnisses, Desorientiertheit oder sprachliche Auffälligkeiten) oder Entwicklung einer Wahrnehmungsstörung, welche nicht besser durch eine bereits bestehende oder sich entwickelnde Demenz erklärt werden kann.
- Das Störungsbild entwickelt sich in der Regel innerhalb kurzer Zeit (üblicherweise innerhalb Stunden oder Tagen) und fluktuiert meist im Tagesverlauf.
- Es gibt Hinweise aus Anamnese, körperlichem Untersuchungsbefund oder technischen Untersuchungen, dass die Störung direkte Folge einer allgemeinmedizinischen Störung ist.

1.2 Untergruppen

- Hypoaktiv
- Hyperaktiv
- Gemischte Form

Es ist wichtig, die hypoaktive Form des akuten Verwirrheitszustandes zu erkennen. Sie ist häufig, wird unterdiagnostiziert und unterbehandelt. (DD: Depression)

1.3 Warum ist es ein Problem?

Häufigkeit: im Verlaufe einer Krebserkrankung nehmen die akuten Verwirrheitszustände zu. In der terminalen Phase kommen sie bei 85 % der Patienten vor.

Der akute Verwirrheitszustand löst bei Patient, Angehörigen und Pflegepersonal Ängste aus.

Mögliche Konsequenzen dieses Zustandes:

- Der Patient gefährdet sich und/oder seine Umgebung,
- Verlust der Selbständigkeit,
- Kommunikationsstörungen,
- Abbruch der zwischenmenschlichen Beziehungen,
- Abnahme des Urteilsvermögens,
- Rollenverlust, Störung der Selbstbildes und der sozialen Identität,
- spirituelle Not,
- eine traumatische Erfahrung für Patient, Familie und Team,
- eine notfallmässige Einweisung ins Spital oder Überweisung in eine psychiatrische Klinik,
- die Schwierigkeit, die Symptome auszudrücken und sie einzuordnen

Der akute Verwirrheitszustand ist ein ungünstiger prognostischer Faktor

2 WELCHES SIND DIE URSACHEN?

2.1 Ursachen

1) Prädisponierende Faktoren:

Alter, vorbestehende kognitive Störungen, Schwere der Grunderkrankung, Alkohol-Missbrauch

2) Auslösende Faktoren:

- Organ-Schäden, z.B. Hirnschädigungen (Tumore/Metastasen, Infekte, vaskuläre Störungen)

Nicht- direkte Organschädigungen;

Faktoren, die potentiell reversibel sind, wie zum Beispiel:

- Medikamentennebenwirkungen: z.B. Opiode, psychotrope Medikamente, Anticholinergika, Benzodiazepine
- Infektionen
- Stoffwechselstörungen: z.B. Hypo- oder Hyperglykämie, Hyperkalzämie, Hyponatriämie, Leberinsuffizienz, Niereninsuffizienz
- Harnverhaltung, Verstopfung
- Dehydrierung, Exsikkose
- Hypoxie
- Vitaminmangelzustände (z.B. B1, B12)
- Entzugerscheinungen (Benzodiazepine, Alkohol, Nikotin)

3) Verschlimmernde Faktoren

- Umgebung (z.B. Mangel oder Exzess an Sinnesreizen, Schlafmangel, Umgebungswechsel)
- Schlecht kontrollierte Symptome (Schmerzen, Atemnot, Angst)
- Psychosoziale Stressfaktoren
- Spirituelle Stressfaktoren

Häufig finden sich mehrere Faktoren!

Consensus on best practice in Palliative Care in Switzerland – Ein Projekt im Rahmen der Qualitätsförderung von Palliative Care in der Schweiz

2.2 Häufigste Differentialdiagnosen

- Demenz
- Psychosen
- Depression
- Angstzustände
- (Medikamentöse) Ruhigstellung

2.3 Abklärung

Sehr wichtig: frühzeitiges Erkennen erhöht die Chancen der Behandelbarkeit

2.3.1 Anamnese

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 Betreuenden

2.3.2 Einsatz eines validierten Erfassungsinstrumentes

Es existieren verschiedene Instrumente, mit denen kognitive und Wahrnehmungsfunktionen geprüft werden können. Die Gruppe Bigorio empfiehlt folgende Instrumente:

- diagnostisch: z.B. CAM (Confusion Assessment Method)
- zur Prüfung der kognitiven Funktionen: MMS, TELECOM (französische Version, validiert durch BOMC)
- andere: échelle d'évaluation de la confusion Michel Sarazin, DOS(Deliriumbeobachtungs-Screening-Skala)

2.3.3 Beobachtung

- Ist der Patient in der Lage, meinen Ausführungen zu folgen?
- Kann er sich konzentrieren?
- Wie ist sein Blick?
- Zeigt er Zeichen von Unruhe oder Erregung?
- Suche nach möglichen auslösenden oder verschlimmernden Faktoren

2.3.4 Klinische Untersuchung

Allgemeine Untersuchung inklusive neurologischem Status, Suche nach Hinweisen auf Dehydrierung, Infektionen, Harnverhalten, Opioid-Neurotoxizität usw.

2.3.5 Medikamente

Die Liste aller in den letzten Tagen und Wochen eingenommenen Medikamente kontrollieren (ärztlich verschrieben oder nicht)

2.3.6 Paraklinische Untersuchungen

Eventuell zusätzliche Untersuchungen veranlassen, um behandelbare Faktoren zu erkennen (siehe 2.1)

3 WAS TUN?

3.1 Sechs goldene Regeln:

1. Prävention fördern (siehe 2.3)
2. Interdisziplinäres Angehen des Problems
3. Beobachtungen dokumentieren («Monitoring»)
4. Therapeutische Massnahmen gleichzeitig ursächlich und symptomatisch
5. Den therapeutischen Massnahmen einen zeitlichen Rahmen geben und ihre Wirksamkeit regelmässig überprüfen
6. Grundpflege weiterführen

3.2 Nichtmedikamentöse Massnahmen

3.2.1 Kommunikation

Die Fachpersonen müssen sich im klaren sein, dass der Kranke eine veränderte Wahrnehmung der Realität hat. Daraus folgt:

- In kurzen und einfachen Sätzen sprechen
- zeigen, dass man Geduld, Ruhe und Einfühlungsvermögen hat
- sich dem Zustand und Rhythmus des Patienten anpassen
- körperliche Annäherung und Pflege ohne jegliche Schroffheit
- zur Kenntnis nehmen, was der Patient sagt, ohne auf Inhalte des Deliriums einzugehen
- die Unabhängigkeit des Patienten fördern, indem er in die Pflege und in die Entscheidungen soweit möglich miteinbezogen wird

3.2.2 Familie, Nahestehende, Umfeld

Die Angehörigen müssen genau informiert werden über den Zustand des Patienten, über die möglichen Ursachen, die geplanten Massnahmen und die Grenzen der Behandlungsmöglichkeiten.

Die Angehörigen können uns wertvolle Informationen zu den Gewohnheiten des Patienten liefern. Sie brauchen unsere Unterstützung und unser Wohlwollen, um den Zustand ihres Angehörigen zu ertragen. Sie sind aufgefordert:

- Die Äusserungen des Patienten nicht wörtlich zu nehmen
- Ihn häufig in die Realität zurückholen
- Eine ruhige Atmosphäre zu kreieren
- Die Besuche einzuteilen

Die Angehörigen erhalten die Möglichkeit zum Auftanken. Sie dürfen aber auch an der Pflege und an der Essenseingabe teilnehmen.

Wenn der Verwirrheitszustand andauert, sind regelmässige Aussprachen mit den Angehörigen durchzuführen.

Consensus on best practice in Palliative Care in Switzerland – Ein Projekt im Rahmen der Qualitätsförderung von Palliative Care in der Schweiz

3.2.3 Neuorientierung des Patienten

- Schaffen einer vertrauten Umgebung (eigene Kleider, Fotografien, Bilder, Bettwaren, etc)
- Richtig eingestellte Uhr oder Wecker, gut sichtbarer Kalender mit dem Datum.
- Zimmerwechsel vermeiden.
- Beleuchtung gemäss Gewohnheiten und Wünschen des Patienten
- Die Zahl der verschiedenen Betreuenden möglichst tief halten.
- Die Tage strukturieren (regelmässiger Tagesablauf, sich immer gleich zeigen, darauf achten, die Verrichtungen immer auf die gleiche Weise vorzunehmen)
- Kontrollieren, ob der Patient eine Brille oder ein Hörgerät trägt.

3.2.4 Schlaf

- Die Schlafgewohnheiten kennen und Einschlafrituale respektieren
- Abends Lärm und helles Licht vermeiden
- «Tricks» anwenden, welche das Einschlafen erleichtern (Musik, Tee, Massage, Berührung, Anwesenheit)
- Bewegung fördern (positiver Einfluss auf den Tag-Nachtrhythmus, verbessert den Schlaf)

3.2.5 Flüssigkeitsaufnahme und Ernährung

- Den Patienten auffordern, regelmässig Getränke zu sich zu nehmen, die ihm zusagen
- Falls nötig eine Wasserbilanz machen
- Falls nötig Unterstützung geben beim Essen
- Mahlzeiten darreichen, welche auf einfache Art gegessen werden können
- Auf regelmässige Mundpflege achten

3.2.6 Ausscheidung

- Sich vergewissern, dass der Patient regelmässig Urin ausscheidet und dies dokumentieren
- Den Stuhlgang fördern, den Patienten regelmässig auf die Toilette bringen und ihn gut hinsetzen

3.2.7 Selbstgefährdung und Gefährdung Dritter

Es sollte vermieden werden, den Patienten im Bett festzubinden. Es ist häufig gefährlicher, jemanden anzubinden, als dies nicht zu tun, denn diese Massnahme verstärkt die Erregung.

Falls ein Festbinden im Bett unumgänglich ist, müssen die Gründe dafür dokumentiert werden, und die Massnahme muss regelmässig neu beurteilt und begründet werden. Man nimmt in Kauf, dass der Patient umfällt oder aus dem Bett fällt, und erklärt dies explizit.

Alternativen dazu müssen in Betracht gezogen werden, wie:

- Die Anwesenheit einer Person (wohl der wichtigste Faktor)
- Matratzen auf den Boden legen
- Natürliche Barrieren schaffen (das Bett gegen die Wand etc)
- Medikamentöse Behandlung anpassen
- möglichst keine Katheter benutzen

Dem Pflorgeteam Sicherheitsgefühl geben!

Pflorgeteam

Die folgenden Vorkehrungen sollten in den Institutionen getroffen werden:

- Genügend Personal zur Verfügung haben und Freiwillige einbeziehen
- Das Personal ausbilden in der frühzeitigen Erkennung und Behandlung des akuten Verwirrheitszustandes
- Unterstützung für das Team

3.3 Medikamentöse Behandlung

3.3.1 Ursächliche Behandlung (s. 2.1.2)

- Falls möglich, eine ursächliche Behandlung einleiten
- Die für den Verwirrheitszustand verantwortlichen Medikamente reduzieren oder absetzen
- Opiode rotieren

3.3.2 Symptomatische Behandlung des akuten Verwirrheitszustandes

Das Medikament der Wahl ist Haloperidol (Haldol®, Siga-peridol®):

a) Verabreichungsart: wenn möglich peroral oder subkutan

b) Initialdosis und Dosissteigerung in Abhängigkeit von:

- Alter des Patienten
- Schwere der Symptome
- Pflegeumgebung

c) 24 Stunden abwarten, um die Wirksamkeit der Behandlung zu beurteilen

Dosierungsvorschlag:

Initialdosis: 0.5–1 mg/8 Stunden po/sc;

Reservedosis: 0.5–1 mg/1 Stunde

Maximaldosis pro 24 Stunden: 6–15 mg

d) Falls Misserfolg:

- Neubeurteilung der ursächlichen Faktoren
- Einweisung in ein Spital erwägen, Konsultation eines Palliativ-Teams

Consensus on best practice in Palliative Care in Switzerland – Ein Projekt im Rahmen der Qualitätsförderung von Palliative Care in der Schweiz

- Eine Änderung der medikamentösen Therapie: zusätzlich oder an Stelle der aktuellen Therapie mit einem stärker sedierendem Neuroleptikum (z.B. Levomepromazin, Nozinan®) oder ein atypisches Neuroleptikum (z.B. Olanzapin, Zyprexa®), welches auch erste Wahl beim M.Parkinson ist)
- Eventuell ein Benzodiazepin dazugeben (z.B. Lorazepam, Temesta®) im Falle starker Angstkomponente), aber Vorsicht bei alten Menschen
- Zwangsmassnahmen vermeiden und medikamentöse Behandlung optimieren/ausreizen.

Nach der akuten Episode

Gespräch mit dem Patienten und den Angehörigen, eventuell in einem Debriefing.

4. OFFENE FRAGEN

- Frühsymptome
- Häufigkeit der Kontrollen und der Evaluation
- Schnelligkeit der Dosisreduktion der für den akuten Verwirrheitszustand verantwortlichen Medikamente (cave Entzug)
- Mögliche zerebrovaskuläre Risiken von Haloperidol und Olanzapin/ Risperidon
- Problem des Einsatzes von Haloperidol bei Epileptikern
- Behandlung des Tabakentzugs
- Stellenwert des Thiamin (Vit. B)
- Bettbarrieren
- Harnwegkatheter
- Best practice bei Schlafstörungen

5. Literaturangaben

Caraceni A and Grassi L, Delirium acute confusional states in palliative medicine. Oxford University Press 2003

Hjermstad M, Loge JH, Kaasa S.: Methods for assessment of cognitive failure and delirium in palliative care patients: implications for practice and research. Palliat Med. 2004 Sep;18(6):494-506.

Vella-Brincat J, Macleod AD.: Haloperidol in palliative care. Palliat Med. 2004 Apr;18(3):195-201.

Lawlor PG. Delirium and dehydration: some fluid for thought? Support Care Cancer. 2002 Sep;10(6):445-54

Reich M, Lassaunière J.-M. Prise en charge de la confusion mentale («delirium») en soins palliatifs: l'exemple du cancer. Médecine palliative 2003;2:55-71

CAM Instrument and Algorithm adapted from Inouye, S., van Dyck, C., Alessi, C., Balkin, S., Siegel, A. & Horwitz, R.(1990). Clarifying confusion: the confusion assessment method. Annals of Internal Medicine, 113(12), 941-948.

Evaluations – Instrumente:

CAM

<http://www.hartfordign.org/publications/trythis/issue13.pdf>
TELECOM

<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid=849455>
MMS

<http://www.neuro24.de/mmst.pdf>

DOS

http://www.stacomcommunications.com/customcomm/Back-issue_pages/AD_Review/adPDFs/january2004f/04.pdf

6. Redaktion

Gruppe «Bigorio» von palliative.ch:

Beate Augustyn, Pflegefachfrau; Irene Bachmann-Mettler, Pflegefachfrau; Dr. Augusto Caraceni; Dr. Steffen Eychmüller; Dr. Phil Larkin; Dr. Laurent Michaud; Dr. Hans Neuenschwander; Natacha Aymont, Psychologin; Sylviane Bigler, Pflegefachfrau; Ivan Bourgeois, Pflegefachmann; Claire-Lise Bovard, Pflegefachfrau; Dr. Daniel Büche; Beatrice Dolder, th; Sophie Ducret, Pflegefachfrau; Dr. Monica Escher-Imhof; Dr. Grégoire Gremaud; Dr. Sybille Marthy; Dr. Claudia Mazzocato; Monika Mettler, Pflegefachfrau; Dr. Carine Moynier; Michelin Munnier, Pflegefachfrau; Jacqueline Pécaut, Pflegefachfrau; Patricia Perraudin, Pflegefachfrau; Dr. Josiane Pralong; Verena Prebil, Pflegefachfrau; Dr. Daniel Rauch; Christiane Schmid-Pasquier, Pflegefachfrau; Dr. Nathalie Steiner; Luisella Manzambi-Maggi, Pflegefachfrau; Dr. Claudia Gamondi; Dr. Marianne Lang.

7. Verdankung

Wir danken der Universität Lausanne (L.Michaux, Prof. Guex, Prof.Stiefel) für die Zusammenarbeit, und Augusto Caraceni für die grosse Hilfe. Ganz herzlichen Dank an Frau Dr. Marianne Lang für die Übersetzung.

Spezielle Anmerkungen / Copyright

Diese Empfehlungen sind bestimmt für den internen Gebrauch der Mitglieder von palliative.ch. Jegliche Veröffentlichung muss mit dem Leiter des Bigorio-Projektes, Dr.Steffen Eychmüller (steffen.eychmueller@kssg.ch) abgesprochen werden.