CHRISTLICHES KLINIKUM UNNA

Konzept

der Gesundheits- und Krankenpflege

in der Geriatrie

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung.
Papierversion ungültig!

Das vorliegende „**geriatrische Pflegekonzept**“ bildet die Grundlage unseres pflegerischen Handelns in der Geriatrie des christlichen Krankenhauses Unna West und dient uns zur Orientierung.

Alle Status-, Stellen- und Funktionsbezeichnungen gelten jeweils in weiblicher und männlicher Form.

Gliederung

1.	Grundlage des pflegerischen Handelns in der Geriatrischen Fachabteilung	4
1.1	Ziele der geriatrischen Klinik	4
1.2	Qualitätsmanagement in der geriatrischen Klinik	4
1.3	Multiprofessionelles Team	5
1.4	Frührehabilitative geriatrische Komplexbehandlung	6
2.	Pflege der Geriatrie	7
2.1	Pflegestandards und Pflegemodell	7
2.2	Beziehungsbasierte Bereichspflege	8
2.3	Aktivierende Pflege	9
2.4	Angehörigen Sprechstunde	9
2.5	Prophylaxen in der Pflege	9
2.5.1	Sturzprophylaxe	9
2.5.2	Hautbeobachtung (Hautpflege und Dekubitusprophylaxe)	11
2.5.3	Das Bobath Konzept	12
2.5.4	Die basale Stimulation	12
2.5.5	Kinästhetik	12
2.5.6	Medikamentenmanagement	12
2.5.7	Die Besonderheiten des Essens und Trinkens	13
3.	Kommunikation	15
3.1	Kommunikation	15
3.2	Integrative Validation (Umgang mit dementen Patienten)	15
3.2.1	Integrative Validation nach Nicole Richard	15
4.	Dokumentation der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung in GERD	17

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung. Papierversion ungültig!

5.	Aufnahme/ Übernahme des Patienten	19
5.1	Aufnahme eines Patienten auf der geriatrischen Station	19
5.2	Übernahme eines Patienten von anderen Stationen	19
6.	Aufnahmemanagement- Entlassungsprozess	21
7.	Entlassung/ Verlegung der Patienten	21
7.1	Entlassung der Patienten	21
7.2	Verlegung des Patienten	22
7.3	Umgang mit Verstorbenen	22
8.	Wochenablauf	24
8.1	Frühbesprechungen Station	24
8.2	Teambesprechungen	24

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung.
Papierversion ungültig!

1. Grundlage des pflegerischen Handelns in der Geriatrischen Fachabteilung

Geriatrisches Pflegekonzept

In der Geriatrie werden Erkrankungen und deren Folgen des alternden Menschen behandelt. Häufig liegen Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) vor, somit ist die Geriatrie eine fachübergreifende Disziplin (Interdisziplinarität).

Mit zunehmendem Lebensalter steigt die Wahrscheinlichkeit zu erkranken und damit die Gefahr einer dauerhaften Behinderung und somit die Abhängigkeit auf fremde Hilfe und Unterstützung; genau diese alters- und krankheitsbedingten Einschränkungen spielen in der geriatrischen Pflege eine wichtige Rolle.

Das vorliegende Pflegekonzept bildet die Grundlage unseres pflegerischen Handelns in der Geriatrie des Christlichen Krankenhauses Unna West, zudem dient es den Mitarbeitern der Pflege als Handlungsorientierung.

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung. Papierversion ungültig!

1.1 Ziele der geriatrischen Klinik

Vorrangiges Ziel unserer geriatrischen Pflege ist es, dem Patienten nach akuter und bei exazerbierten chronischen Erkrankungen zu ermöglichen in seine vertraute Umgebung zurückzukehren. Ziel ist es, dass er die dafür notwendigen Alltagskompetenzen mit Hilfe unserer therapeutisch-pflegerischen und medizinischen Maßnahmen während unserer stationären Behandlung wieder erlangt oder neu erwirbt.

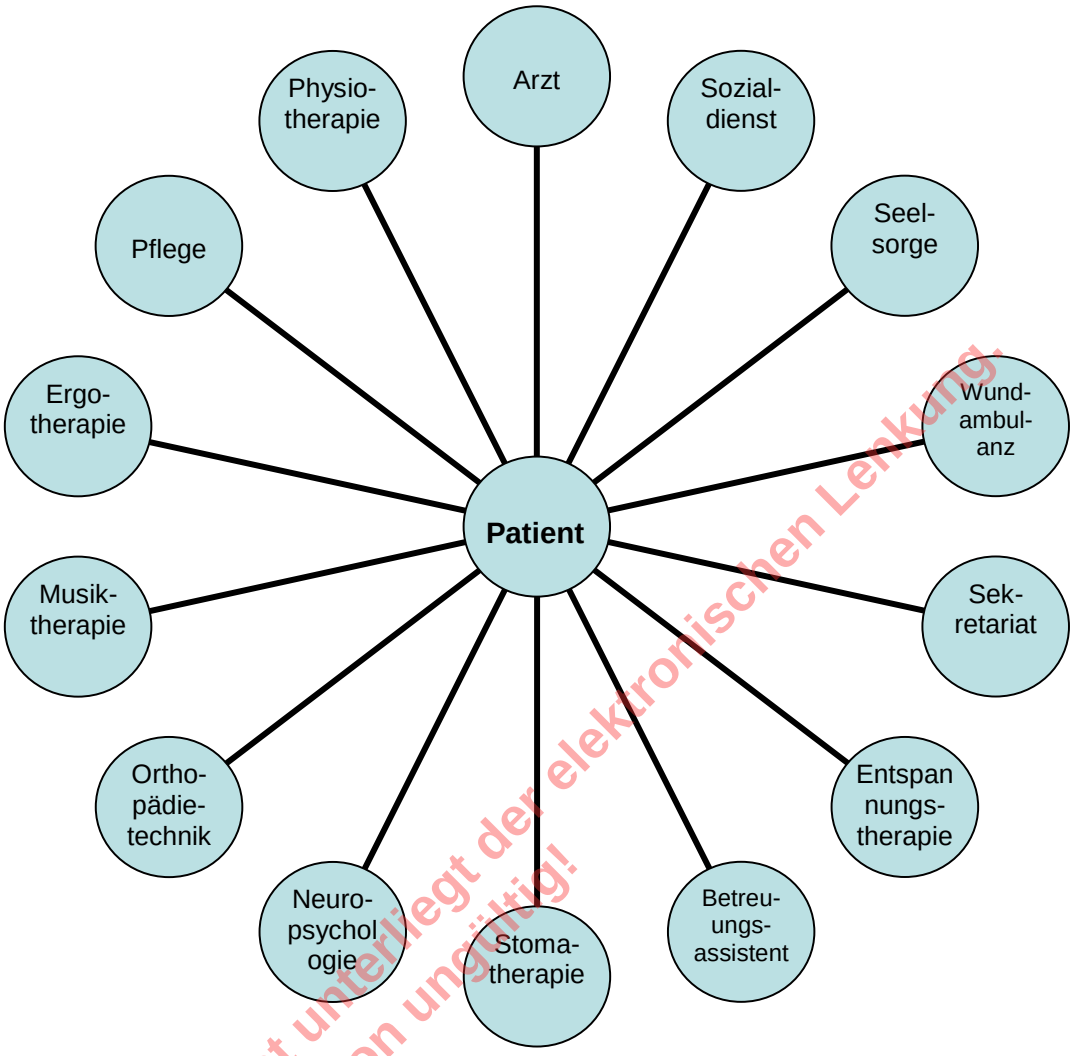
➔ **Aktivierende Pflege ist „Hilfe zur Selbsthilfe leisten“**

1.2 Qualitätsmanagement in der geriatrischen Klinik

Weitere Informationen über Organisation der geriatrischen Klinik finden Sie im Dokumentenmanagement System. Die Qualitätsmanagement-Dokumentation des Krankenhauses steht den Mitarbeitern zur Verfügung.

1.3 Multiprofessionelles Team

Das Pflegeteam als Teil des multiprofessionellen Teams bestehend aus:



Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung. Papierversion ungültig!

Die Bedürfnisse, Ressourcen, Defizite und Befindlichkeiten der geriatrischen Patienten kann das Team der Pflege besonders gut einschätzen, da sie den Patienten am intensivsten zeitlich als auch ganzheitlich betreuen.

Unsere Mitarbeiter arbeiten „Hand in Hand“ mit den Mitarbeitern der verschiedenen Fachbereiche mit ihren individuellen Professionalitäten eng zusammen, um eine optimale, ganzheitliche Versorgung und Betreuung unserer Patienten erzielen zu können.

Mitgeltende Dokumente: Ebene 4: Ablaufplan Früh-, Spät-, Nachtdienst

Ebene 2: Ablaufplan Früh-, Spät-, Nachtdienst

1.4 Frührehabilitative geriatrische Komplexbehandlung

Die geriatrische Komplexbehandlung zeichnet sich aus durch:

- Behandlung durch ein geriatrisches Team unter geriatrisch fachärztlicher Behandlungsleitung
- standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mind. 4 Bereichen:
- Mobilität = DEMMI Score
- Selbsthilfefähigkeit = Barthel-Index nach Hamburger Manual
  Kognition = Mini-Mental-Status-Test, Uhrentest nach Shulman
  Emotion = > 90 Jahre GDS/ bis 90 Jahre DESC II
- Ernährung = MNA
  und vor der Entlassung in mindestens zwei Bereichen:
  Mobilität und Selbsthilfefähigkeit
- Ermittlung des sozialen Assessments (GERD)
- wöchentliche Teambesprechungen unter Beteiligung aller Berufsgruppen
- Durchführung der aktivierend-therapeutischen Pflege
- eine gleichzeitige akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung

Die Therapiedauer:

- mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten, davon max. 10% Gruppentherapien
- mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten, davon max. 10% Gruppentherapien
- mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten, davon max. 10% Gruppentherapien

Mitgeldende Dokumente:

PB Interne Zuweisung zur frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung. Papierversion ungültig!

2. Pflege der geriatrischen Patienten

Die geriatrische Pflege zielt insbesondere darauf ab, den Patienten während seines Krankenhausaufenthaltes unter dem ganzheitlichen Ansatz zu betrachten, um eine adäquate Patientenbetreuung gewährleisten zu können.

Unsere Mitarbeiter arbeiten im Team mit den Mitarbeitern der verschiedenen Fachbereiche mit ihren individuellen Professionalitäten eng zusammen („Hand in Hand“), um eine optimale ganzheitliche Versorgung und Betreuung unserer Patienten erzielen zu können.

Unser gut ausgebildetes Pflegeteam besteht aus:

- examinierten Gesundheits- und Krankenpflegern
- geriatrischen und gerontopsychiatrischen Fachpflegekräften
- examinierten Altenpflegern
- Med. Fachangestellte
- Pflegehelfer
- GuK Fachangestellte
- Servicekräften
- Krankenpflegeschüler
- Stationsekretärin

und arbeitet im Drei-Schichten-System. Zwischen den einzelnen Schichten erfolgt täglich jeweils eine mündliche und eine schriftliche Übergabe, so dass alle wichtigen Patienten-Informationen weitergegeben werden.

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung. Papierversion ungültig!

2.1 Pflegestandards und Pflegemodell

Evaluation und Anpassung der Pflege und Therapie erfolgt im stetigen Austausch der Pflegenden in den Dienstübergaben, der täglichen multiprofessionellen Frühbesprechung um 7:50 Uhr sowie:

- wöchentliche Teamsitzung (Kurz)
- monatliche Teambesprechung mit allen anderen beteiligten Berufsgruppen und während der täglich stattfindenden Arztvisite.
- 2-3 x jährliche große Teamsitzung

➔ **Die Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität des Patienten**

hat höchste Priorität.

Die Pflege der geriatrischen Fachabteilung arbeitet nach verbindlichen Pflegestandards.

Pflegeprobleme, Pflegeziele und Pflegemaßnahmen werden, wie zuvor erwähnt, individuell an die Bedürfnisse und Fähigkeiten des Patienten angepasst, entsprechend dem Pflegemodell:

„Lebensaktivitäten nach Nancy Roper“.

Schmerzen

Mobilität

Kommunikation

Hilfebedarf

Kognition/Psyche

Ausscheidung

Essen und trinken

Waschen und Kleiden

Ggfs. Wundversorgung

Auffälligkeiten

Soziales

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung. Papierversion ungültig!

2.2 Beziehungsbasierte Bereichspflege

Die geriatrische Fachabteilung befindet sich im Bauteil A (Station 4 A mit 20 Betten) und im Bauteil C (Station 4C mit 12 Betten) im 4. Obergeschoss des CKU West und verfügt insgesamt über 32 Betten zur Versorgung unserer Patienten.

Auf den geriatrischen Stationen wird nach dem Prinzip der Bereichspflege gearbeitet. Die zuständige Bezugspflegekraft ist über einen längeren Zeitraum für die Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege sowie allen weiteren organisatorisch anfallenden Aufgaben verantwortlich.

Sie ist außerdem direkter Ansprechpartner für Patienten, Angehörige, Ärzte und Therapeuten. Somit kann eine vertrauensvolle Beziehung zum Patienten aufgebaut werden, als Voraussetzung für einen kontinuierlich verlaufenden Pflegeprozess.

Die geriatrischen Stationen arbeiten nach der beziehungsbasierte Bereichspflege und sind wie folgt unterteilt:

Zur Station 4A (20 Betten) gehören die Zimmer von 409 bis 421, welche in zwei Bereiche unterteilt sind:

- mit den Zimmern 409 bis 415 (max. 10 Patientenbetten)
- mit den Zimmern 416 bis 421 (max. 10 Patientenbetten)

Zur Station 4C (12 Betten) gehören die Zimmer von 4.03 bis 4.19

2.3 Aktivierende Pflege

Neben den pflegerischen Aufgaben, die sich auf die verschiedenen Krankheitsbilder beziehen, wird der Schwerpunkt der geriatrischen Stationen auf die aktivierende Pflege gesetzt.

Die aktivierend-therapeutische Pflege umfasst die Beratung, Anleitung und Begleitung der Patienten. Die Angehörigen werden in die Pflege miteinbezogen, um die Ressourcen der Patienten zu fördern.

- Das Ziel der aktivierenden Pflege besteht darin, die vorhandenen körperlichen, geistigen, emotionalen und sozialen Fähigkeiten von Patienten zu erhalten und zu fördern bzw. verlorene Fähigkeiten zu reaktivieren. Das Ziel dabei ist, eine größtmögliche Eigenständigkeit und damit Lebensqualität zu erreichen.

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung. Papierversion ungültig!

2.4 Angehörigensprechstunde

Zur Unterstützung und Beratung der Angehörigen und anderen betreuenden Personen unserer Patienten bieten wir individuelle Angehörigen Gespräche an, die von Pflegekräften aus dem Team gestaltet und organisiert wird.

die Gespräche werden in ruhiger Atmosphäre ohne zeitlichen Druck geführt.

Angehörige und andere betreuende Personen erhalten somit eine individuelle, fachkompetente Beratung, die gut vorbereitet und zielorientiert auf die Bedürfnisse des jeweiligen Patienten ausgerichtet ist.

2.5 Prophylaxen der Pflege

2.5.1 Sturzprophylaxe

Sturzprophylaxe bedeutet die Erhaltung der Mobilität. Je immobiler der Patient wird, desto höher wird die Sturzgefahr. Stürze sind ein Indikator für einen schlechten Gesundheitszustand. Die Sturzhäufigkeit steigt mit dem Alter. Die Angst vor dem erneuten Stürzen führt über die Zeit zu einer weiteren Einschränkung der Balance und Mobilität. Diese erhöht das Sturzrisiko.

Die Sturzprophylaxe fängt bei der Risikofaktorenüberprüfung an. Bevor die Pflegekräfte die Sturzprophylaxe anwenden, müssen Sie die genauen Ursachen und die Risikofaktoren des Sturzes des Patienten kennen.

Die Expertenarbeitsgruppe Sturzprophylaxe des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) hat die Risikofaktoren aufgelistet und diese in intrinsische und extrinsische Faktoren unterteilt.

<u>Intrinsische Faktoren:</u>

- Gleichgewichtstörungen
- Gangstörungen
- Erkrankungen, die Veränderungen bei der Mobilität, Motorik und Sensibilität hervorrufen
- Sehbeeinträchtigungen, die durch reduzierte Kontrastwahrnehmung, Sehschwäche und ungeeignete Brille hervorgerufen werden
- Beeinträchtigung der Kognition und Stimmung (Demenz, Depression, Delir)
- durch Erkrankungen hervorgerufene kurzzeitige Ohnmacht
- Inkontinenz
- Angst vor erneuten Stürzen

<u>Extrinsische Faktoren:</u>

- Verwendung von Hilfsmitteln
  - ➢ ohne Hilfsmittel laufen
  - ➢ Beim Transfer die Bremsen vom Rollator/Rollstuhl nicht festgestellt
- Falsches Schuhwerk, nicht passende Kleidung
- Medikamente
- schlechte Lichtverhältnisse
- glatte Böden

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung.
Papierversion ungültig!

- mangelnde Haltemöglichkeit
- Stolpergefahren
- Freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. ein Bettgitter)

Am Tag nach der Aufnahme des Patienten auf der Station, führt die verantwortliche Pflegefachkraft das Initial Assessment durch.

Die SOP: multikausale Gangstörung mit und ohne erhöhte Sturzgefahr in der Geriatrie stellt den interdisziplinären Standard sicher.

- Dokumentation in Orbis und GERD
- Demmi-Score (Physiotherapie)

Hieraus resultiert die Ableitung der pflegerischen Maßnahmen und zusätzlich erfolgt die Information /Schulung von Patienten und Angehörigen (Sturzflyer).

Dokumentunterliegt der elektronischen Lenkung.
Papierversion ungültig!

2.5.2 Hautbeobachtung (Hautpflege und Dekubitusprophylaxe)

Bei der pflegerischen Aufnahme erfolgt im Initial Assessment:

- Evtl. Aufnahme von bestehenden Hautschäden
- Einschätzung und evtl. Gefährdung eines Dekubitusrisikos
- Weitere Beurteilung nach Bradenskala
- Ableitung von Maßnahmen und Dokumentationen:
    - Lagerungsplanung über Freitext Orbis
    - Spezial Lagerungshilfsmittel
    - Ernährungsmaßnahmen
    - Wunddokumentation
    - Wundversorgungen
    - Etc.

Im Rahmen der Grundpflege wird die Hautbeobachtung durchgeführt:

- sind Wunden vorhanden?
- hat der Patient einen Dekubitus?
- Hautzustand (intakte Haut, trockene Haut …)

Bei orientierten und selbständigen Patienten immer nachfragen, ob diese Hautprobleme oder Wunden haben. Nicht jeder alte Mensch klagt über seine Probleme. Mehrere alte Menschen meinen, es gehöre zum Alter.

Bei Dekubitus gefährdeten Patienten werden

- ein regelmäßiger Positionswechsel des Patienten durchgeführt
- Lagerungsplan und Lagewechsel in Orbis dokumentiert wird
- ggf. regelmäßige Kontrolle der Inkontinenzmaterialien
- bei Dekubitus
- Ausgebildete Wundexperten, stehen unterstützend und beratend kollegial zur Seite.

2.5.3 Das Bobath-Konzept

Die Pflegenden, die auf den Stationen der Geriatrischen Klinik tätig sind, sind in das Bobath-Konzept, einschl. der entsprechenden Lagerungen, Transfers und Bewegungsübungen eingewiesen und geschult worden und wenden diese regelmäßig an.

2.5.4 Die basale Stimulation

Weiterhin sind die Pflegende mit den Grundlagen des Konzepts „Basale Stimulation“, die die vestibuläre, somatische und vibratorische Wahrnehmung betreffen, vertraut, um den Genesungsprozess der Patienten zu beschleunigen.

2.5.5 Kinästhetik

Das Team der Geriatrischen Pflege beherrscht die kinästhetischen Grundlagen zur Vermeidung und Vorbeugung von Arbeitsverletzungen und zur Verbesserung ihres professionellen Status, z.B. bei der Bewegung des Patienten im Bett und der verschiedenen Transferformen.

Wir sind stets bemüht unsere pflegerischen Handlungen so zu gestalten, dass der betroffene Patient über die Selbstkontrolle des Geschehens verfügt, dass er die eigenen Bewegungskompetenzen einsetzen und wahrnehmen kann, wobei das Konzepte der Kinästhetik ein Werkzeug ist, das uns dabei unterstützt, die nötigen Fähigkeiten zu erwerben.

Das Pflegeteam ist weitergebildet in Kinästhetik, dazu gehören das Bewegen der Patienten im Bett und verschiedene Transferformen nach kinäthetischen Grundlagen.

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung. Papierversion ungültig!

2.5.6 Medikamentenmanagement

Ein sicheres Medikamentenmanagement wird mittels Pharmazeutischer- und Antibiotischer Visiten gewährleistet. Dies ist aus medizinisch ärztlicher Sicht so, hier ist aus pflegerischer Sicht eher das 4 Augenprinzip Stellen und Verabreichen der Medikamente zu erwähnen!

2.5.7 Die Besonderheiten des Essens und Trinkens

Ein MNS-Assessmant erfolgt im pflegerischen Aufnahmeprozess und wird in GERD dokumentiert. Notwendige ärztliche Anordnungen zur Ernährung und ggfs. Schulung werden umgesetzt.

Auf den geriatrischen Stationen werden alle Patienten zu den Mahlzeiten in den Rollstuhl/Stuhl mobilisiert, nur bei Sonderfällen werden die Mahlzeiten im Bett eingenommen oder gereicht.

Die Pflegekraft soll darauf achten, dass der Patient zu den Mahlzeiten seine Zahnprothese und seine Brille trägt.

Die Patienten haben die Möglichkeit ihr Frühstück in einer Gruppe im Tagesraum einzunehmen (Jeder Patient wird gefragt, ob er das möchte, keiner wird dazu gezwungen). Im Tagesraum ist Platz für 8 Patienten. Die Namen der Patienten, welche im Tagesraum frühstücken, werden von den Physiotherapeuten auf den GERD-Ausdruck aufgeschrieben. Wenn der Patient sein Frühstück im Tagesraum einnehmen möchte, muss er um 8:15 Uhr im Tagesraum sein. Die Patienten, die ihr Frühstück im Tagesraum zu sich nehmen, werden von den Physiotherapeuten und den Pflegekräften abgeholt. Eine Begleitung der Speiseneinnahme erfolgt durch Betreuungsassistenten und Pflegekräfte. Die haben wir derzeit nicht, bekommen wir wieder welche oder wer übernimmt sonst die Aufgabe?

Jeder Patient wird aktiviert/angeleitet sein Brot selber vorzubereiten, nur in Sonderfällen unterstützen Pflegekräfte/Betreuungsassistenten dabei.

Patienten, welche nicht selbständig essen können, werden zum selbständigen Essen angeleitet.

Die Pflegekraft achtet darauf, dass der Patient ausreichend isst und trinkt.

Wenn der Patient keinen oder wenig Appetit hat:

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung. Papierversion ungültig!

- kleine Portionen richten
- Nahrungsergänzungsmittel anbieten
- Lieblingsspeisen herausfinden und anbieten
- Wunschkost bestellen
- Angehörige einbeziehen
  - die Angehörigen bringen das Lieblingsessen von zu Hause mit
  - die Angehörigen bleiben beim Essen dabei

Nach dem Essen bleiben die Patienten für ca. 30 Minuten in Sitzposition.

Auswahl der Trinkhilfen (Schnabelbecher oder Strohhalm) sind vom Wunsch des Patienten und von seinen Ressourcen abhängig.

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung.
Papierversion ungültig!

3. Kommunikation

3.1 Kommunikation

Kommunikation ist ein sehr großes Thema und die Basis jeder Gemeinschaft. Wir kommunizieren miteinander, um unsere Bedürfnisse und Gefühle auszudrücken und um unsere Meinungen auszutauschen. Wenn die Gedanken einer Person von einer anderen Person richtig verstanden werden, spricht dies für eine erfolgreiche Kommunikation.

Bei gutem Arbeitsklima ist der Umgang miteinander leichter, wovon nicht nur Teammitglieder, sondern auch die Patienten profitieren.

3.2 Integrative Validation (Umgang mit, an Demenz erkrankten Patienten)

Desorientierte alte Menschen sind äußerst kreativ auf der Suche nach ihrer verlorenen Identität, ihrem verlorenen Selbstwertgefühl und ihrer verlorenen Würde. Und diese suchen sie nicht im „Jetzt“ und „Hier“, sondern in der Vergangenheit. Das Zurückschalten in unsere Realität können sie nicht mehr leisten und verbleiben in ihrer Vergangenheit.

Die Pflegenden dürfen nicht die an Demenz erkrankten Menschen durch Konfrontationen mit „unserer Realität“ überfordern, sondern müssen die Gefühle und Antriebe der demenzkranken Menschen akzeptieren und wertschätzen.

Um mit desorientierten Menschen fachgerecht kommunizieren zu können, benötigt man Validationskenntnisse, um diese zu erlangen haben sich einige Mitarbeiter aus dem Pflegeteam der Klinik für Geriatrie geschult in der Integrativen Validation (IVA nach Richard) schulen lassen, und können die erlernten Fähigkeiten konkret in ihrer praktischen Tätigkeit z.B. im Umgang mit Patienten, die an Demenz erkrankt sind, einsetzen.

3.2.1 Integrative Validation nach Nicole Richard

Nach Richard ist die Grundlage des Kontaktes zu Menschen mit Demenz der Aufbau eines vertrauensvollen und wertschätzenden Klimas. Die Methode der Integrativen Validation nach Richard ist in drei Schritte unterteilt:

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung. Papierversion ungültig!

Schritt I: die Gefühle und Antriebe des Menschen mit Demenz wahrnehmen

Schritt II: die Gefühle und Antriebe wertschätzend annehmen und akzeptieren (**nicht widersprechen**) und direkt in möglichst kurzen Sätzen bestätigen. Der allgemeine Sprachgebrauch wird mit Sprichwörtern, Liedern usw. als Echo bestätigt

Schritt III: nachdem eine Vertrauensbasis aufgebaut ist, werden die Gespräche weiter fortgeführt, in den Lebensthemen und deren spezifische Antriebe und Schlüsselwörter validierend angesprochen und anerkannt werden

Diese Form der verbalen, nonverbalen und paraverbalen Kommunikation ermöglicht einen wertschätzenden Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen, da sie sich auf die Gefühlsebene konzentriert.

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung.
Papierversion ungültig!

4. Dokumentation der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung im GERD (Geriatrische Datenbank)

Am Aufnahmetag des Patienten ermittelt die examinierte Pflegekraft, unter Berücksichtigung der Ressourcen des Patienten, den Pflegebedarf des Patienten und erhebt die Pflegeanamnese. Nach der Ermittlung des Pflegebedarfs des Patienten wird am Tag der stationären Aufnahme der folgenden Assessments durchgeführt:

- Bei Neuaufnahmen wird die Pflegeanamnese in Orbis und GERD durchgeführt, bei internen Verlegungen wird die bestehende Dokumentation in Orbis weitergeführt und die geriatriespezifische Dokumentation in GERD angelegt.
- Folgende Assessment:

Orbis:

- Sturzrisiko Screening
- Dekubituseinschätzung, ggfs. Bradenskala
- ISAR Score

GERD:

- Barthel-Index nach Hamburger Modell
- incl. den MNA (Risikoeinschätzung zur Mangelernährung)
- Größe/ Gewicht

Spätestens am Montag vor der nächsten Teamsitzung erstellt die examinierte Pflegekraft zu den ausgewählten Lebensaktivitäten:

Schmerzen
Mobilität
Kommunikation
Hilfebedarf
Kognition/Psyche
Ausscheidung
Essen und trinken
Waschen und Kleiden
Ggfs. Wundversorgung
Auffälligkeiten

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung.
Papierversion ungültig!

Soziales

- ein Wochenprotokoll und dokumentiert dieses in GERD für die „interdisziplinäre Teamsitzung“ der aktuellen Woche.

Am Entlassungstag wird grundsätzlich der Abschluss-Bartel (max. 48 h vorher) erhoben.

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung.
Papierversion ungültig!

5. Aufnahme/Übernahme des Patienten

5.1 Aufnahme eines Patienten auf der geriatrischen Station

Die aufnehmende examinierte Pflegefachkraft ist für folgende Maßnahmen zuständig:

- Zuteilung eines passenden Zimmers für den Patienten
- Erklärung der Funktion der Ruflichtanlage, TV und Telefon
- Zuteilen des Patientenidentifikations-Armbandes mit dem Namen des Patienten
- Vitalzeichen messen und dokumentieren
- Dokumentation in Orbis und GERD durchführen
- Anlage oder Prüfung des pflegerischen Pflegestammblatt/ Initial Assessments

Die Mitarbeiter der Pflege sorgen bereits in der Aufnahmesituation für eine Atmosphäre, die geprägt ist von Wertschätzung, Respekt und Verständnis, um eine positive Basis im Miteinander mit dem Patienten zu schaffen.

Beim **Ausarbeiten der Neuaufnahme** muss auf Folgendes geachtet werden:

- Letzter Stuhlgang des Patienten
- Vorhandene Zugänge (DK, ZVK usw.) und Liegedauer dieser
- Kostform (Ermittlung und Dokumentation in LogiMen)
- Orientierung, Psyche
- Wunden (bei Vorhandensein Wunddokumentation anlegen und Informationen an ÄD und Wundmanagement übergeben)
- Allergien

- Innerhalb der ersten 24 h werden die Ergebnisse des Barthel Index und des MNA in die GERD dokumentiert.
- Bei Aufnahme eines Risiko-Patienten erfolgt ein MRSA-Screening

5.2 Übernahme eines Patienten von anderen Stationen

Wenn es sich um eine interne Übernahme handelt, setzt sich die diensthabende examinierte Schwester mit der verlegenden Station in Verbindung, um die genaue Verlegungszeit mit der Station abzusprechen.

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung. Papierversion unzulässig!

Die verlegende examinierte Pflegefachkraft macht die Übergabe an die geriatrische examinierte Pflegefachkraft.

Bei Übernahme des Patienten wird in Orbis weiter dokumentiert und die geriatriespezifische Dokumentation in GERD.

Im ärztlichen Bereich erfolgen die ärztlichen Anordnungen zeitnah zum Zeitpunkt der Übernahme.

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung.
Papierversion ungültig!

6. Aufnahmemanagement – Entlassungsprozess

Das gesetzliche Entlassmanagement ist im katholischen Hospitalverbund zentral geregelt und verbindlich durchzuführen.

7. Entlassung / Verlegung des Patienten

7.1 Entlassung des Patienten

Die Vorbereitungen für die Entlassung des Patienten fangen schon am ersten Tag der Aufnahme an.

In Zusammenarbeit der Ärzte mit den Pflegekräften, dem Mitarbeiter des Sozialdienstes und den Angehörigen / dem Betreuer wird geklärt, ob eine häusliche Versorgung gesichert ist oder ob Vorbereitungen für eine reibungslose Entlassung des Patienten vorgenommen werden müssen.

Nachdem der Patient seine Therapie vollständig durchgeführt hat und alles für die Entlassung geklärt und organisiert wurde, wird der Patient entlassen.

Am Vortag der geplanten Entlassung, klärt der zuständige Mitarbeiter der Pflege:

- In der gemeinsamen Visite mit dem Arzt klären, ob die Entlassung für den nächsten Tag gesichert ist
- wann der Patient gehen darf (Uhrzeit)
- ob der Patient von Angehörigen abgeholt wird, oder ob ein Transport organisiert werden muss
- wohin der Patient entlassen wird (nach Hause, Altenheim, Kurzzeitpflege, etc.)
- ob Medikamente mit gegeben werden müssen und falls ja für wie viele Tage

Wenn die Angehörigen / der Patient sich für einen Krankentransport entschieden haben, bestellt die Pflegesekretärin einen Transport spätestens am Vortag der Entlassung.

Wenn die Angehörigen/der Patient sich für ein Taxi entschieden haben, dann wird ein Taxi am Tag der Entlassung (ca. 30 – 60 Min. vor der Entlassung) bestellt.

Nachdem die Pflegesekretärin den Krankentransport bestellt hat, informiert sie die Angehörigen ggf. die Kurzzeitpflege/das Pflegeheim über die geplante Abholzeit.

<u>Die Entlassungsschritte am Vortag:</u>

- Transportschein für den Krankentransport/das Taxi vorbereiten
- ggf. ein Pflegeüberleitungsbogen für die Kurzzeitpflege/Pflegeheim/ambulanten Pflegedienst vorbereiten

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung.
Papierversion ungültig!

- das Heim bzw. die Angehörigen über die Entlassung informieren
- Patientenpass für orale Antikoagulation, wenn vorhanden mitgeben
- Bei ggfs. BTM Anordnung, wird der Medikationsplan am Vortag an den Hausarzt gefaxt
- Abschluss-Barthel durchführen
- ggf. Medikamente stellen und in der Pflegekurve dokumentieren

Am Tag der Entlassung darauf achten, dass

- alle persönliche Dinge des Patienten gepackt sind
- ggfs. Medikamente und elektr. Rezept (Mitgabe von Medikamenten für den Tag und ggf. den Folgetag (Kurzzeitpflege)
- der Medikamentenplan und der pflegerische Überleitungsbericht erstellt sind
- der (mindestens vorläufige) Entlassungsbrief und ggf. der Pflegeüberleitungsbogen werden für den Hausarzt/ weitere betreuende Institutionen mitgegeben/ gefaxt
- ggf. der Insulinplan und -pen (wenn Patient einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus hat) mitgegeben ist
- Patientenpass für orale Antikoagulation, Implant/SM- Ausweis etc. mitgeben (wenn vorhanden)
- Ggfs. Verordnung von Behandlungspflege

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung. Papierversion ungültig!

7.2 Verlegung des Patienten

Bei der Verlegung des Patienten auf eine andere Station:

- den Zeitpunkt der Verlegung mit der aufnehmenden Station klären
- Zusammenpacken der Kleidung
- Mitgabe des Insulins (wenn Patient einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus hat)
- Patientenpass für orale Antikoagulation, Implant/SM- Ausweis etc. mitgeben (wenn vorhanden)
- Mündliche Übergabe der Pflege

Bei der Verlegung des Patienten in eine andere Klinik/ein anderes Krankenhaus: siehe Entlassung!

7.3 Umgang mit Verstorbenen

Die Begleitung und Betreuung von Sterbenden ist ein wichtiger Bestandteil der Gesundheits- und Krankenpflege.

Die Sterbenden werden ganzheitlich betreut, ihre körperlichen, seelischen, spirituellen und sozialen Bedürfnisse werden erfasst. Die körperlichen Symptome wie Schmerz, Übelkeit, Dyspnoe werden erkannt und mögliche Linderungen nach Arztanordnung angeboten. Dieses geschieht im engen Austausch mit dem multiprofessionellen Team, dem Patienten und ggf. Angehörigen.

Bei ethischen Fragestellungen kann eine Ethik-Konsil beantragt werden (Intranet).

Der Übergeordnete Prozess Umgang mit Verstorbenen regelt die Zuständigkeiten.

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung.
Papierversion ungültig!

8. Wochenablauf

8.1 Frühbesprechungen Station

Es findet eine tägliche Frühbesprechung um 07:50 Uhr statt, in der Besonderheiten aus der Nacht und für den Tagesverlauf (Aufnahmen und Entlassungen) besprochen werden. Teilnehmer sind Vertreter aus den Pflegebereichen, Physio- oder Ergotherapie, Sozialdienst, Psychologen, Logopädie und ärztlicher Dienst.

8.2 Team-Besprechungen

Die wöchentliche Team-Besprechung ist essentieller Teil der klinischen geriatrischen Patientenversorgung.

An diesen Teambesprechungen nehmen alle Berufsgruppen teil, die den Patienten während seines Krankenhausaufenthalts betreuen.

Zu diesen Berufsgruppen zählen: Mindestens Geriater (Behandlungsleitung), behandelnde Ärzte in Weiterbildung, physican assistent, Pflegefachkräfte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialdienst und Logopäden.

Während der Teambesprechung tauschen alle Berufsgruppen Informationen zum aktuellen Ist-Zustandes jedes Patienten unter Berücksichtigung der bekannten, vor allem aber neuen anamnestischen, diagnostischen und therapeutischen Ergebnisse in Medizin, Pflege, physikalischer Therapie sowie den anderen beteiligten Professionen aus, um ihn adäquat behandeln, d. h. die Behandlungsziele weiter anpassen, zu können.

Jede Berufsgruppe dokumentiert für die Teambesprechung in der GERD im „Teamsitzungsprotokoll“ den Status und die Ressourcen des Patienten, die Behandlungsergebnisse und weitere Behandlungsziele.

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung. Papierversion ungültig!