



Interprofessioneller Gesundheitskongress 17. und 18. April 2015
Deutsches Hygiene-Museum Dresden

Viele Professionen – ein Patient !

Die Pflege im multiprofessionellen therapeutischen Team



Universitätsmedizin
GREIFSWALD

Wolgast

Kreiskrankenhaus Wolgast, Abteilung für Innere Medizin (Geriatric),
Chefarzt: Prof. Dr. med. Rainer Neubart

Alice Salomon Hochschule Berlin



Prof. Dr. med. Rainer Neubart

neubart@web.de
0172/3074303

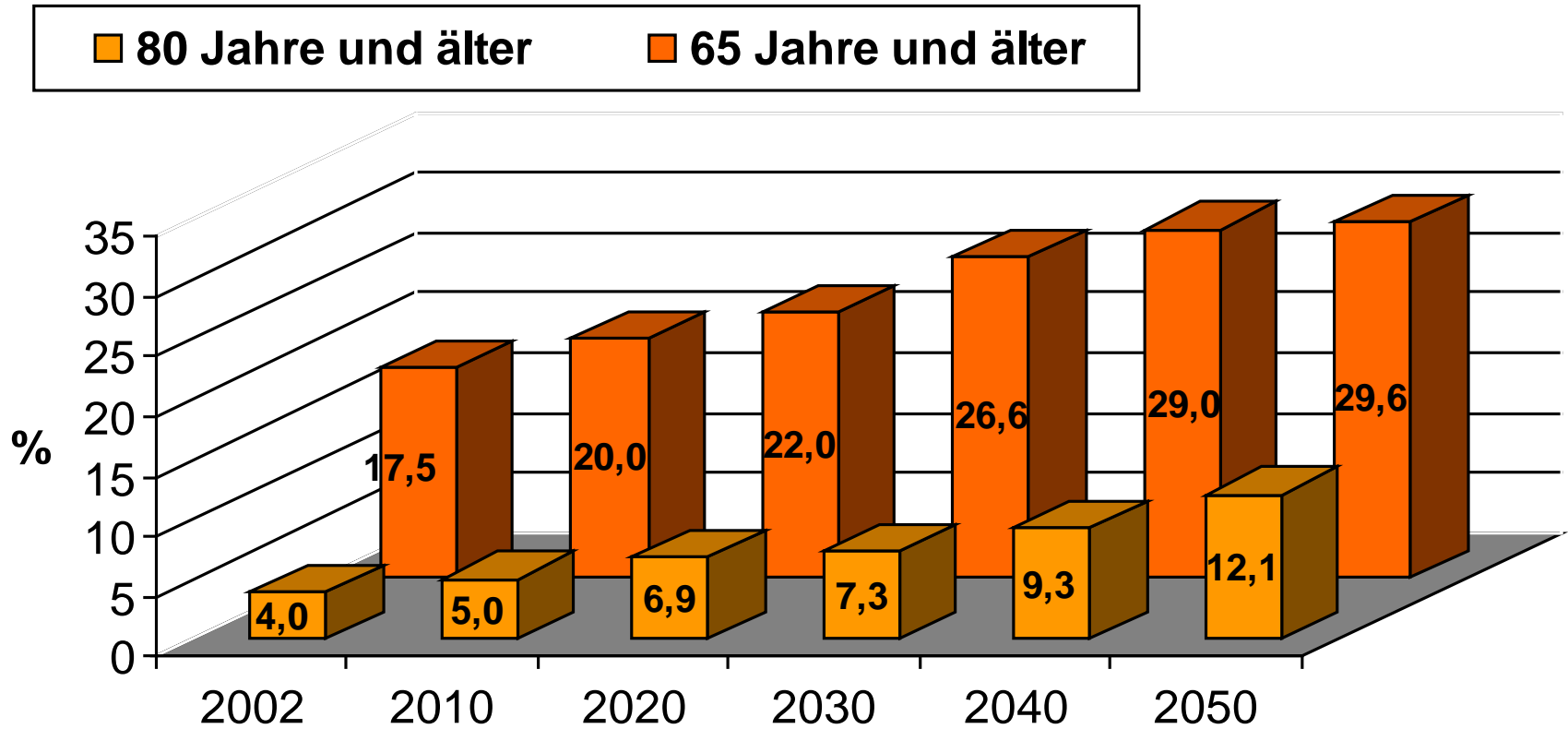
Themenbereiche: Soziale Gerontologie
Gesundheitsmanagement (Studiengangs-übergreifend)

Meine Klientel:

Ältere multimorbide Patienten

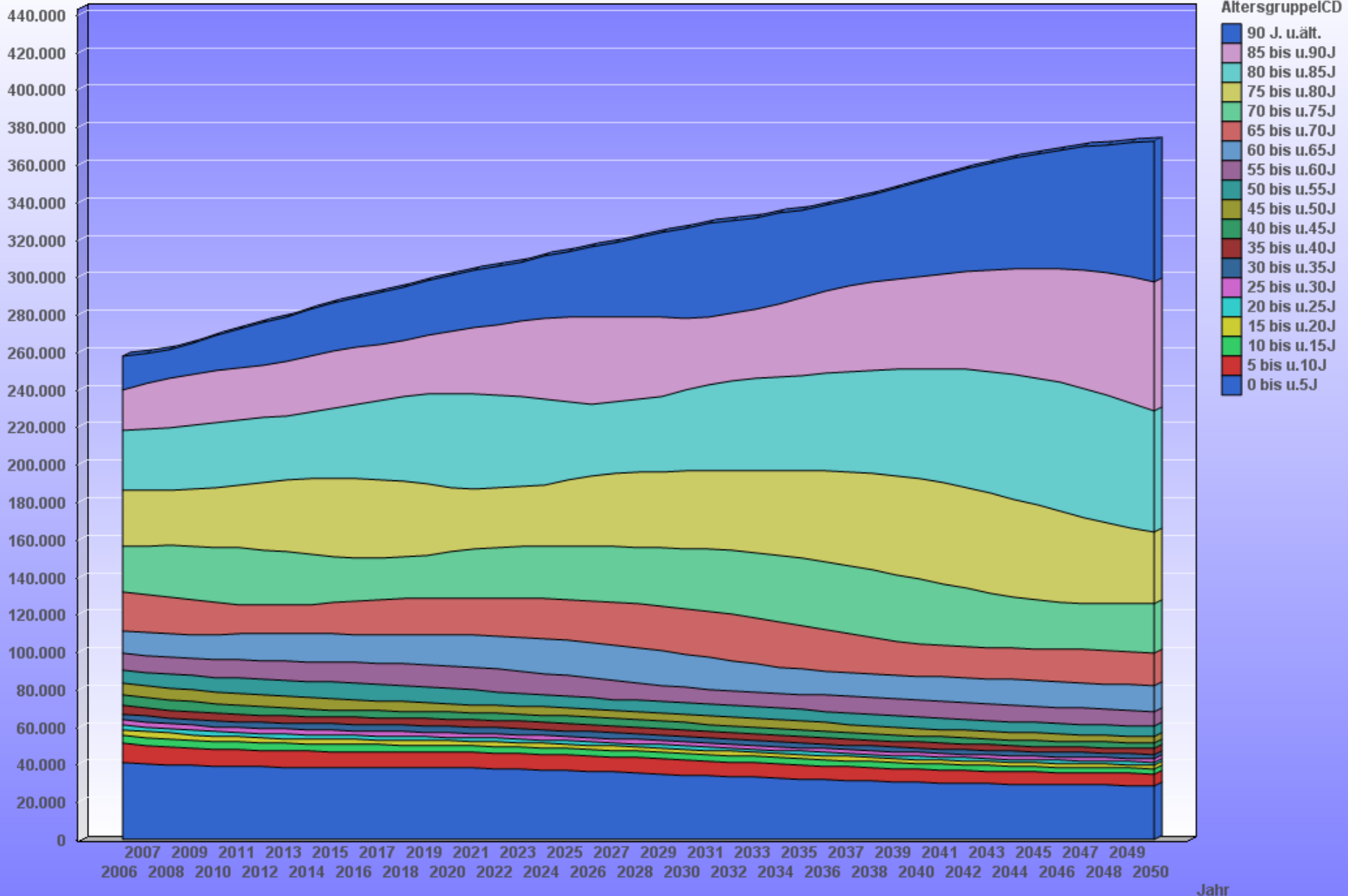


Demographie



Quelle: Statistisches Bundesamt 2003

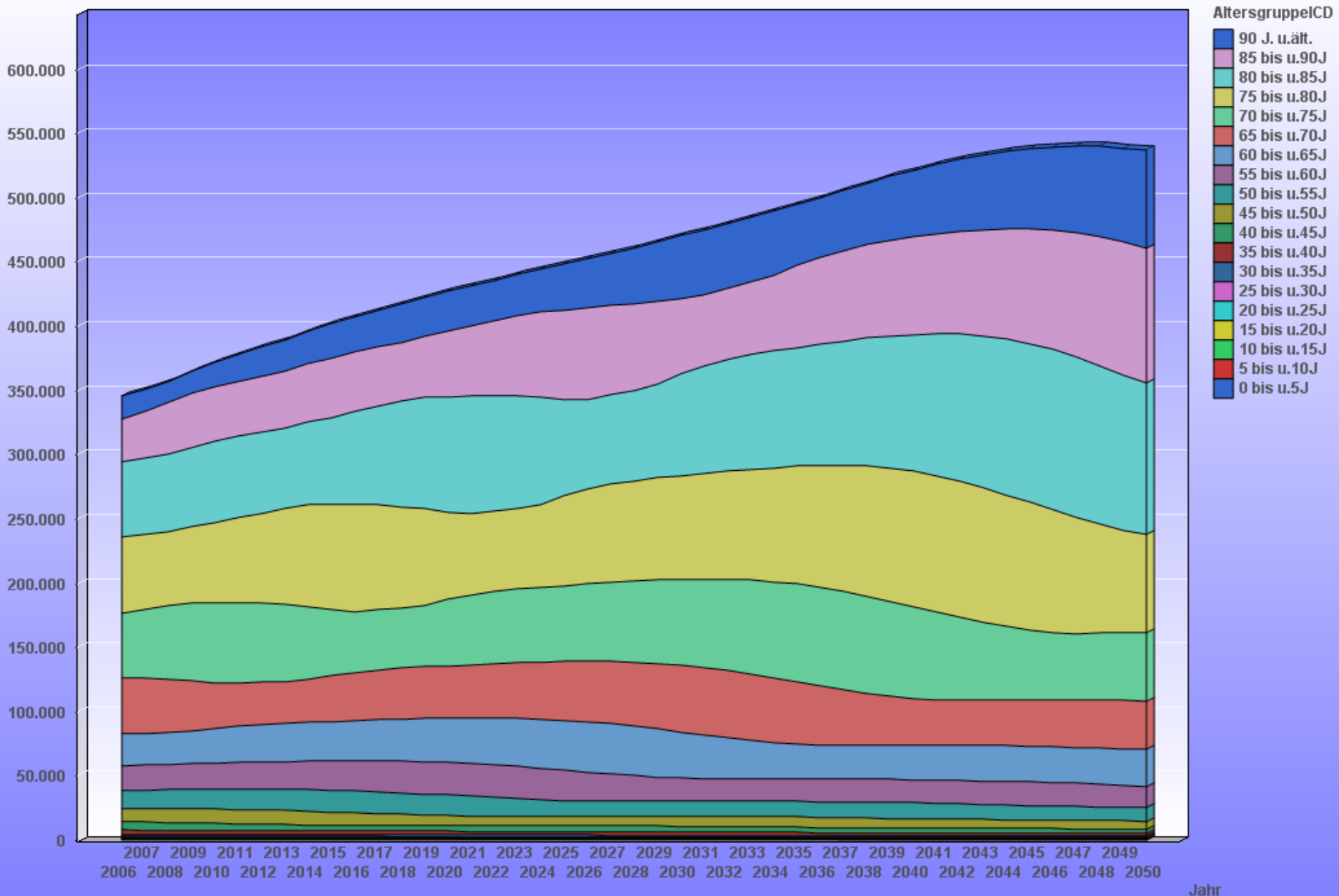
J09 - Grippe und Pneumonie



Quelle: KU 2010 / InEK

Epidemiologie: J09 – Grippe und Pneumonie

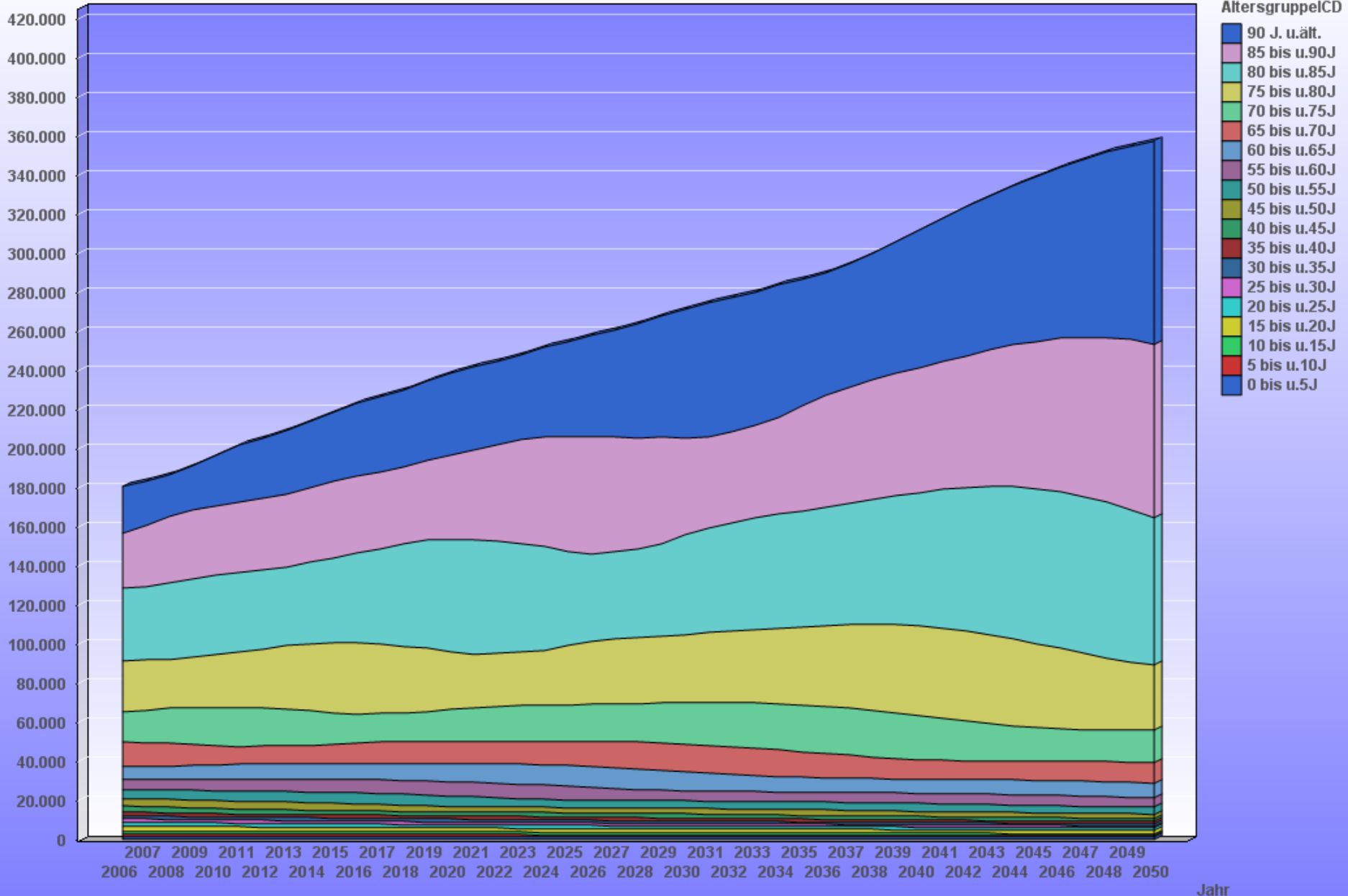
I60 - Zerebrovaskuläre Krankheiten



Quelle: KU 2010 / InEK

Epidemiologie: I60 – Schlaganfall u.a.

S70 - Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels



Quelle: KU 2010 / InEK

Epidemiologie: S70 – Verletzungen Hüfte / Oberschenkel

Jahr

Was ist denn nun ein geriatrischer Patient



Fallbeispiel: Patientin R.G., 77 Jahre

Diagnosen:

Zustand nach linkshirnigem Schlaganfall mit

- Hemiparese rechts, beinbetont
- Aphasie
- Apraxie
- starken Orientierungs- und Gedächtnisstörungen

V.a. vaskuläre Demenz

Depression

Koronare Herzkrankheit

Hypertonus

Diabetes mellitus

Herzinsuffizienz

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung

Gonarthrose beidseits mit chronischem Schmerzsyndrom

Osteoporose (Z. n. Schenkelhalsfraktur)

Morbus Parkinson

Wahlspruch der Geriatrie:

„Die einfachen Aufgaben
ist was für die anderen“

Fallbeispiel: Patientin R.G., 77 Jahre

Anwendbare Leitlinien:

- Schlaganfall (einschließlich Sekundärprophylaxe)
- Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression
- Demenz
- Chronische koronare Herzkrankheit
- Hypertonus
- Diabetes mellitus
- Herzinsuffizienz
- Chronisch obstruktive Lungenkrankheit
- Gonarthrose
- Therapie chronischer Schmerzen
- Osteoporose
- Morbus Parkinson

Was tun



Globales Ziel des Geriatriischen Gesundheitsmanagements:

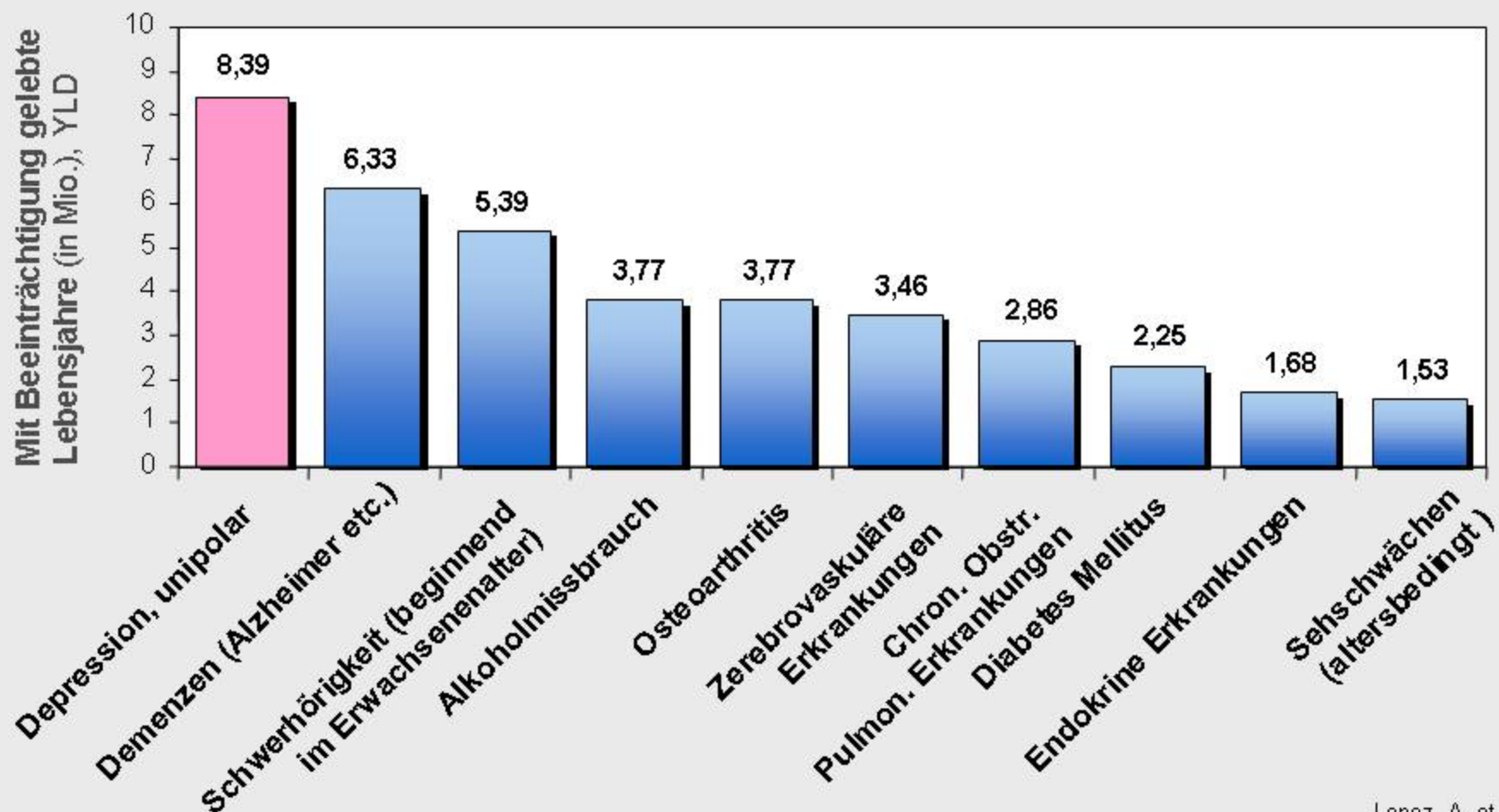
Optimierung der Lebensqualität und
Selbstständigkeit trotz Krankheit
und Behinderung

Welche Krankheiten beeinträchtigen am häufigsten die Lebensqualität



Die Burden of Disease-Studie: Ergebnisse für 2001

Die 10 häufigsten Ursachen für mit Beeinträchtigung gelebte Lebensjahre (YLD) in den Industrieländern



Der geriatrische Patient

zeichnet sich aus durch

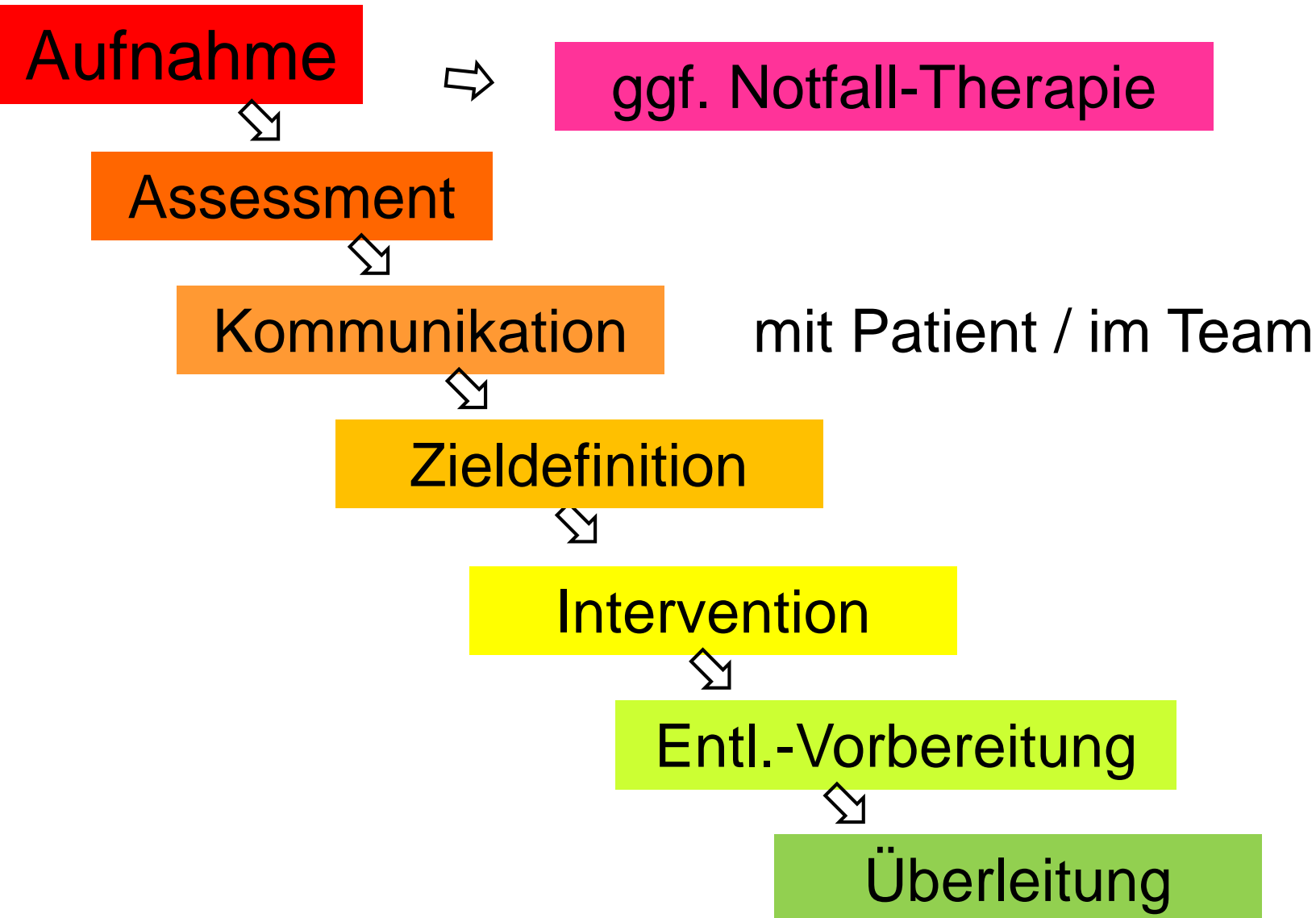
- Multimorbidität (Mehrfacherkrankung)
- Chronizität (langwieriger Krankheitsverlauf)
- schwerwiegende Krankheitsfolgen
 - Störungen der Mobilität
 - Störungen der Aktivitäten des täglichen Lebens
 - Störungen der Kommunikation
 - Probleme der Krankheitsverarbeitung (Coping)
- die Verflechtung der medizinischen mit den sozialen Problemen

Das therapeutische Team

- Ärzte
- Krankenpflege
- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Sprachtherapie
- Psychologie
- Sozialarbeit
- Seelsorge

und: - Angehörige !

Der geriatrische Behandlungsprozess



Ganzheitliche Therapie heißt: Einbeziehung aller

- Krankheiten
- Kontextfaktoren
- persönliche Wertvorstellungen

in das Behandlungskonzept
multimorbider Patienten

Geriatrisches Assessment

- | | |
|-------------------------------------|----------------|
| 1) Anamnese und körperlicher Status | Arzt |
| 2) Psychischer Status | Psychologie |
| 3) Subjektives Befinden | Pflege |
| 4) Medizinische Daten | |
| 5) ADL-Status* | Ergotherapie |
| 6) Mobilität | Physiotherapie |
| 7) Kommunikationsfähigkeit | Sprachtherapie |
| 8) Wohnverhältnisse | |
| 9) Soziales Umfeld | Sozialdienst |
| 10) Ökonomischer Status | |

*ADL = „activities of daily living“, Aktivitäten des täglichen Lebens, wie Waschen, Anziehen, Essen

Spezielle Aufgaben der Pflege
im Therapeutischen Team der Geriatrie

Geriatrisches Pflegeassessment



Geriatrisches Pflegeassessment

Name des Patienten: Größe:

Geburtsdatum: Gewicht:

Patientenverfügung: vorhanden

Diagnosen:

Harninkontinenz
 Stuhlinkontinenz
 Offene Wunde(n) (s.u.)
 Schluckstörung (s.u.)
 PSG vorhanden Magensonde vorhanden

Betreuerperson(en): _____

Kooperationspartner im Gesundheitsmanagement:

Hausarzt: _____ Weitere Partner (z.B. Facharzt, Therapeuten): _____

Pflegedienst / Heim: _____ _____

Orientierung gestört: <input type="checkbox"/> ungestört: <input type="checkbox"/> Probleme: <input type="checkbox"/> z. Bogen „Kognitive Störung“	Kommunikation gestört: <input type="checkbox"/> ungestört: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit Hörgerät: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aphasie Stille: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> andere Sprach- / Sprechstörung: _____ <input type="checkbox"/> Tracheostoma, Ch: _____ gewechselt am _____ <input type="checkbox"/> sonstiges: _____
--	---

Selbsthilfefähigkeit

Zu Beginn der Behandlung (Test-Datum: _____) Vor Entlassung (Test-Datum: _____)

Punkte Punkte

(Max. 100 Punkte) differenzielle Einschätzung siehe spezielles StarBirnha-Index

Screening auf Mangelernährung (Nutritional Risk Screening (NRS) nach KONDRUP et al. 2002)

Body Mass Index (BMI) = 20,57 ja nein

Wird eine Frage mit „Ja“ beantwortet, legt ein erhöhtes Risiko vor.

Gewichtsverlust in den vergangenen 3 Monaten? ja nein

Verminderte Nahrungsaufnahme in der vergangenen Woche? ja nein

Ist der Patient schwer erkrankt? (z.B. Intensivtherapie) ja nein

Schlucken Wassererprobung durchgeführt, Ergebnis: _____ ungestört:

Zahnstatus: _____ Bemerkungen: _____

Oberkiefer-Prothese
 Unterkiefer-Prothese

Dekubitus-Gefährdung NORTON-Skala (s. Gebitt): Punkte = 15 Punkte = erhöhtes Risiko
 < 12 Punkte = hohes Risiko
 < 9 Punkte = sehr hohes Risiko

Hautzustand: (Aufälligkeiten bitte beschreiben und einzeichnen)

xerohautisch Dehydrat. unauffällig
 xerostatisch dehydriert
 altersentsprechend Seemilch



Dekubitus bitte immer mit Lokalisation, Größe und Stadium beschreiben

Fotografische Wunddokumentation durchgeführt

Bogen Wund-Dokumentation angelegt

	Intensität	Frequenz
Haben Sie Schmerzen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	A <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Wenn ja, Lokalisation(en): _____	B <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/>
_____	C <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/>
_____	D <input type="checkbox"/> unerträglich <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/>
_____	Aufnahme Entlassung	Aufnahme Entlassung

Pflegeziele

Sturz-Risiko nicht erhöht erhöht

spezielle Probleme:

z. Bogen „Sturzrisiko“

Sonstige Risiken (z.B. Allergien):

Weitere Bemerkungen

_____ Datum _____ Handschreiben



Pflegeanamnese

Assessment: Ernährung

Nutritional Risk Screening (NRS)

Screening auf Mangelernährung (Nutritional Risk Screening (NRS) nach KONDRUP et al. 2002)

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Body Mass Index (BMI) < 20,5 ? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gewichtsverlust in den vergangenen 3 Monaten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Verminderte Nahrungszufuhr in der vergangenen Woche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ist der Patient schwer erkrankt? (z.B. Intensivtherapie) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

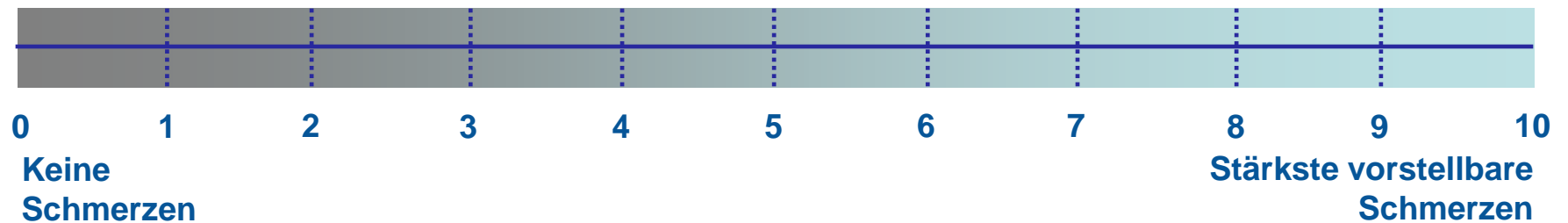
Wird eine Frage mit „Ja“ beantwortet, liegt ein erhöhtes Risiko vor.

Schmerzintensität -2

Visuelle Analogskala (VAS)



Numerische Ratingskala (NRS)



Assessment: Hautzustand



Dimensionen eines geriatrischen Versorgungssystems

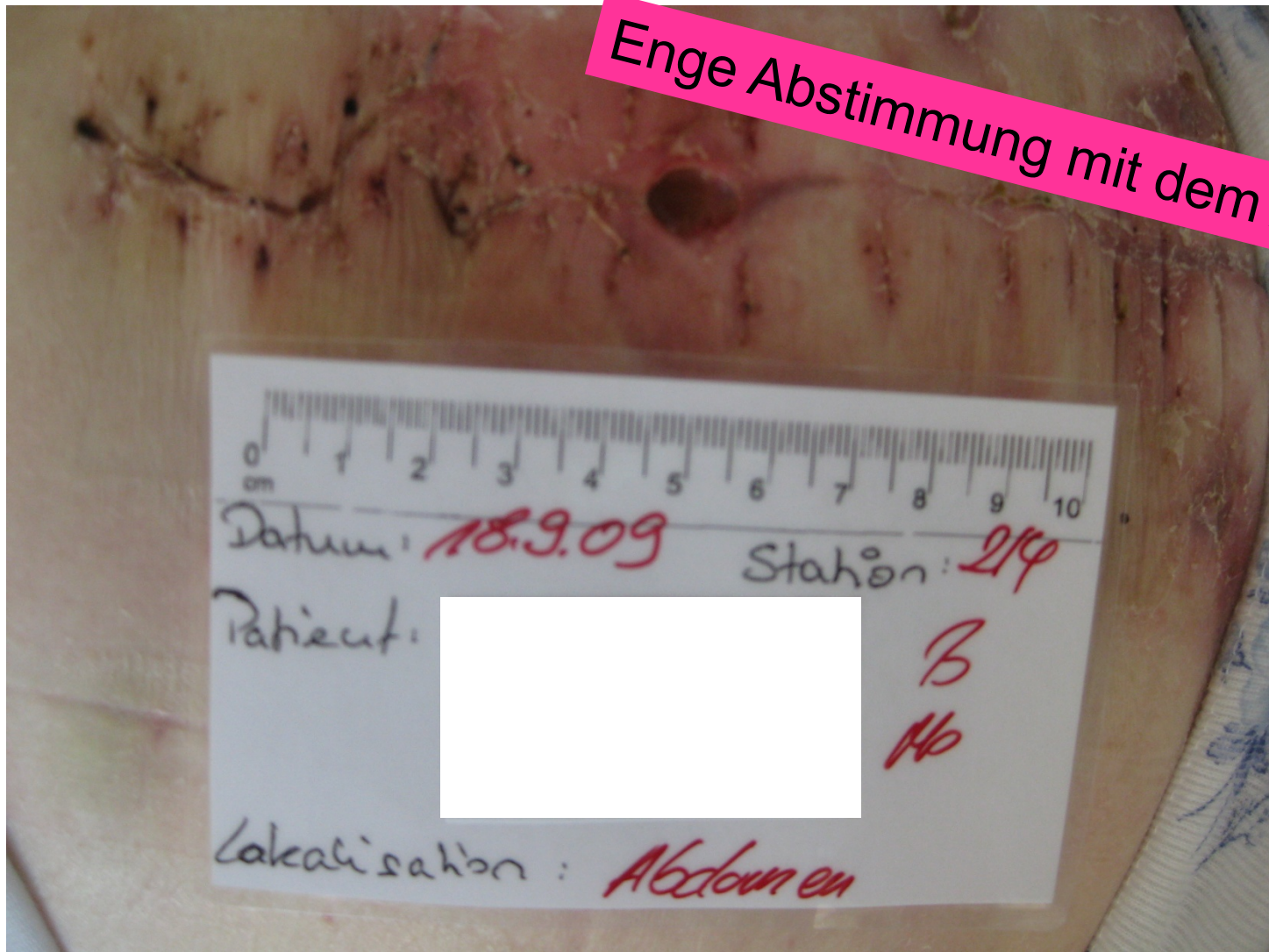
- kurative Maßnahmen,
- rehabilitative Aktivitäten,
- palliative Medizin,
- (sekundär-) präventive Maßnahmen,
- Integration sozial flankierender Maßnahmen,
- Hilfsmittelversorgung,
- Wohnraumanpassung sowie
- konsequente Weiterleitung des Patienten an die der Behandlungsphase adäquate Institution

Spezielle Aufgaben der Pflege
im Therapeutischen Team der Geriatrie

Geriatrische Behandlungspflege: Beispiel Wundmanagement

Die meisten Problemwunden gibt es in der Geriatrie!

Enge Abstimmung mit dem Arzt



Spezielle Aufgaben der Pflege
im Therapeutischen Team der Geriatrie

Geriatrische Behandlungspflege: Beispiel Stomamanagement



Enge Abstimmung mit dem Arzt

Stomaversorgung

Spezielle Aufgaben der Pflege
im Therapeutischen Team der Geriatrie

Geriatrische Behandlungspflege: Beispiel Dysphagiemanagement

Dysphagie-Diagnostik: Wasser-Test

- Lagerung im Sitzen
- Anfeuchten des Mundraumes („3 Esslöffel Wasser“)
- ca. 50 ml Wasser trinken lassen, ggf. unter Facilitation (ohne Kohlensäure)
- Nachbeobachtung: 5 Minuten (husten, räuspern, usw.)

**Ohne diesen Test darf kein Schlaganfall-Patient
orale Nahrung zu sich nehmen!**

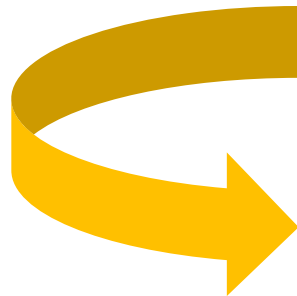
Enge Abstimmung mit der Sprachtherapie



Nahrungsaufnahme mit Dysphagie und Neglekt

Spezielle Aufgaben der Pflege
im Therapeutischen Team der Geriatrie

Aktivierende Pflege



Rehabilitative Pflege

Das „geriatriische Setting“ auf der Station..

ist ein wesentlicher Faktor für die Erfolge der Geriatrie:

- Das Liegen im Bett bildet die Ausnahme
- Jede Aktivität (pflegerisch, ärztlich, therapeutisch) wird aktivierend interpretiert. Die Hauptverantwortung hierfür trägt die Pflege!
- Widerstände von Patienten und Angehörigen gegen diese ungewohnte Praxis müssen argumentativ aufgearbeitet werden (im Rahmen der „Patientenedukation“)
- die Einrichtung der Station muss einen Kompromiss zwischen den Prinzipien „funktional“ und „Genesungsunterstützung“ finden

Enge Abstimmung mit der Physiotherapie



„Jeder Transfer ist eine Therapie“

Aktivierung des geriatrischen Patienten (1)

Tagesablauf auf der Station
unter aktivierenden und therapeutischen Gesichtspunkten

Wichtigstes Prinzip der klinisch-geriatrischen Arbeit ist neben der Behandlung von Krankheiten und Krankheitsfolgen die Optimierung der Selbstständigkeit unserer Patienten. Sämtliche Aktivitäten sind in diesem Kontext zu interpretieren.

In unserer Klinik sind alle Maßnahmen konsequent an dem „Leben nach dem Krankenhaus“ orientiert.

Aktivierung des geriatrischen Patienten (2)

Alle Aktivitäten (wie Waschen, Anziehen, Nahrungsaufnahme) sollen soweit wie möglich vom Patienten selber übernommen werden und sei es, mit erheblichen Zeitaufwand, trotz eingeschränkter Geschicklichkeit, mit zumutbaren Schmerzen oder trotz überwindbarer anderer Probleme.

Der Patient soll hierbei Hilfe, Facilitation und Aufmunterung bekommen. Aber jede Aktivität, die wir dem Patienten unnötiger Weise abnehmen, bedeutet die „Erziehung zur Passivität“, also das Gegenteil von Aktivierung.

Aktivierung des geriatrischen Patienten (3)

Der Tagesablauf in der Geriatrie soll sich soweit wie möglich am häuslichen Bereich orientieren. Dazu gehört das morgendliche Aufstehen, Körperpflege, Ankleiden, ebenso wie eine möglichst selbstständige Einnahme der Mahlzeiten, wie auch das Wahrnehmen von Terminen (z. B. von Therapien) oder das Aufsuchen der Toilette.

Aktivierung des geriatrischen Patienten (4)

Kleidung

Erforderlich ist bequeme Alltagskleidung, die möglichst vom Patienten selbst an- und ausgezogen werden kann und genügend Bewegungsfreiheiten für die Therapien bietet.

Aktivierung des geriatrischen Patienten (5)

Schuhe

Unverzichtbar sind bequeme Schuhe, die zugleich festen Halt bieten. Unsicheres Schuhwerk (z.B. Pantoffeln) sind wegen der Sturzgefahr nicht akzeptabel. Zu glatte oder zu stumpfe Sohlen sind für geriatrische Patienten ebenfalls nicht geeignet.

Aktivierung des geriatrischen Patienten (6)

Mobilität

Sofern es das Krankheitsbild erlaubt, können sich die Patienten auf der Station frei bewegen. Wenn möglich, sollen sie ihre Tagestermine schon am Vortag, spätestens aber am Morgen bekommen und sich dann wenn möglich selbstständig in ihre Zimmer (zur Visite) bzw. in die jeweiligen Therapieräume begeben. Für immobile Patienten organisiert die Station den Transportdienst.

Stark mobilitätseingeschränkte Patienten sollen möglichst lange Zeit im Stuhl sitzend gelagert werden. Dies kann sowohl im Aufenthaltsraum als auch im Zimmer erfolgen. Der Rollstuhl gilt (mit wenigen Ausnahmen) als Transportmittel und nicht als Sitzmöbel! Ein Transfer mehrmals am Tag vom Rollstuhl auf den Stuhl und zurück ist erwünscht und sollte von jedem Mitarbeiter der Station beherrscht werden (Jeder Transfer ist eine Therapie!).

Alle Patienten sollen sich (mit Ausnahme von begründeten Sonderfällen) während des Tages außerhalb des Bettes aufhalten. Nach größeren Anstrengungen können die Patienten sich dann angekleidet für eine gewisse Zeit aufs Bett legen, ebenso zur Mittagsruhe.

Aktivierung des geriatrischen Patienten (7)

Stellung des Bettes

Die Stellung des Bettes wird für jeden Patienten je nach der Erkrankungssituation individuell vom Team festgelegt. Bei Patienten mit halbseitiger Lähmung soll das Bett mit der Querseite zur Wand angeordnet werden, so dass alle Aktivitäten über die betroffene Seite erfolgen.

Aktivierung des geriatrischen Patienten (8)

Verantwortlich zur Umsetzung dieser Prinzipien ist das gesamte Team, also Pflege, Therapeuten, Ärzte und alle anderen Teammitglieder. Zuständig auf der Station ist die Pflege, bei den Therapien der jeweilige Therapeut, bei den Untersuchungen und Visiten der Arzt.

Rehabilitative Pflege im Alltag

„Ein Patient, der nach einer Schenkelhalsfraktur wieder mit Unterstützung laufen kann, wird beim abendlichen Toilettengang von der geriatrisch kompetenten Krankenschwester begleitet, welche die gleichen Facilitationstechniken beherrscht wie die Physiotherapeutin. Es wird hierdurch nicht nur die Mobilität des Patienten gefördert, gleichzeitig steigert das Erfolgserlebnis die Motivation für den weiteren Rehabilitationsprozess. Die wieder gewonnene Selbständigkeit bei der Ausscheidungsfunktion empfindet der Patient als wesentliche Steigerung der Lebensqualität.“

Spezielle Aufgaben der Pflege
im Therapeutischen Team der Geriatrie

Psychosoziales Training

Therapie in der Frühstücksguppe

Enge Abstimmung mit der Ergotherapie

- Training mit Einhänderbrett
- bei Essstörungen
- bei dementiellen Syndromen
- bei verminderten sozio-emotionalen Fähigkeiten



Spezielle Aufgaben der Pflege
im Therapeutischen Team der Geriatrie

Mitarbeit an den Klinikstandards

Kompetenzteams sind Gremien der Klinik, die zu einem bestimmten Thema interne Leitlinien („Standards“) erarbeiten.

Zusammensetzung:

In den einzelnen Kompetenzteams sollen Mitarbeiter aus denjenigen Berufsgruppen beteiligt sein, die zum Thema Wesentliches beizutragen haben. Die jeweiligen Mitglieder der Kompetenzteams werden von den entsprechenden Abteilungen benannt. Vorschläge sind von allen Mitarbeitern willkommen.

Die Pflege ist in jedem Kompetenzteam vertreten!

Aufgaben:

- Beobachtung der Entwicklung des entsprechenden Themas in der täglichen Praxis, in einschlägigen Veranstaltungen sowie der Fachliteratur.
- Erstellung und Update von hausinternen Handlungsempfehlungen (Klinikstandards).
- Ansprechpartner für alle Mitarbeiter bei Fragen zum entsprechenden Thema.
- Zuständigkeit für die Einhaltung der Standards auf dem entsprechenden Gebiet und gegebenenfalls Unterbreitung von Vorschläge zur Verbesserung bei der Umsetzung im Haus.
- Organisation von Fortbildungsveranstaltungen zum Thema

Liste der Kompetenzteams

- Kompetenz – Team Aktivierende Pflege
- Kompetenz – Team Demenz
- Kompetenz – Team Ernährung und Dysphagie
- Kompetenz – Team Geriatriische Intensivmedizin
- Kompetenz – Team Isolationspflichtige Erkrankungen
- Kompetenz – Team Palliativmedizin
- Kompetenz – Team Patientenüberleitung
- Kompetenz – Team Schlaganfall
- Kompetenz – Team Tracheostoma
- Kompetenz – Team Amputation/Prothesenversorgung
- Kompetenz – Team Inkontinenz
- Kompetenz – Team Alterstraumatologie
- Kompetenz – Team Hilfsmittelversorgung

Enge Abstimmung im Team



Teamkonferenz

Geriatric bedeutet

~~multidisziplinäre Arbeit~~

Geriatrie bedeutet

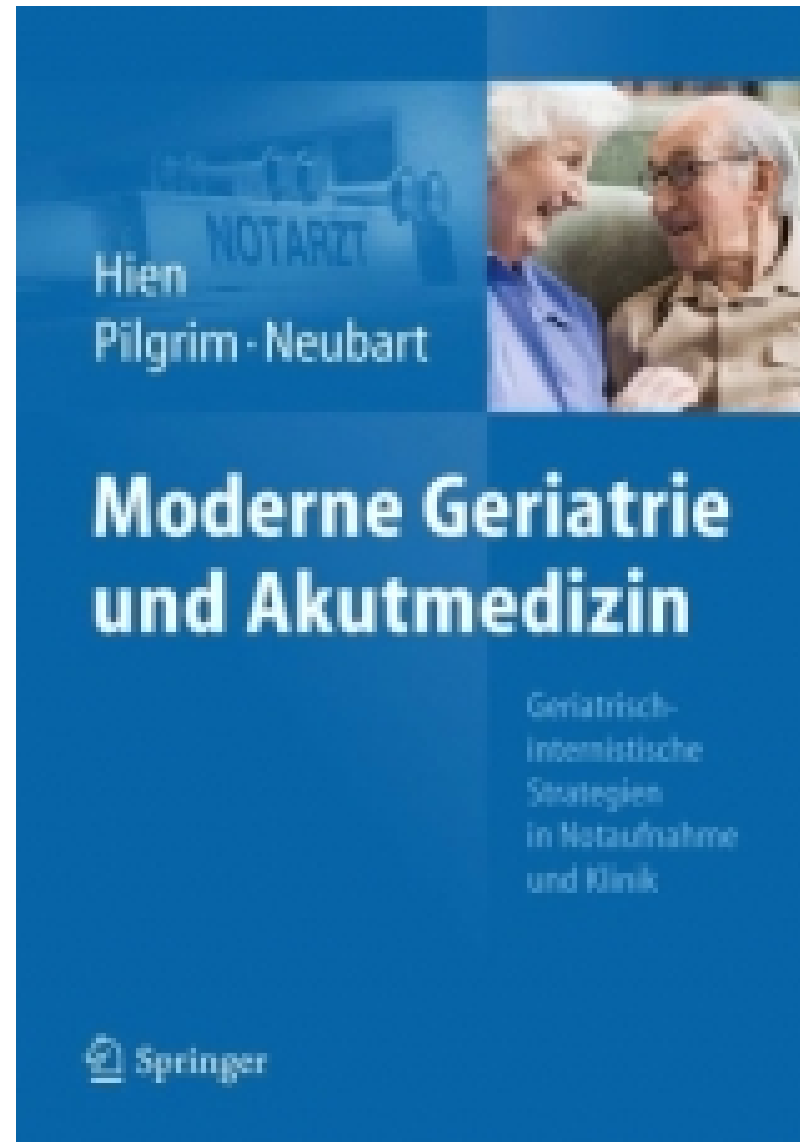
transdisziplinäre Arbeit

(die Methoden und Techniken der anderen Berufsgruppen
fließen in die eigene Arbeit ein)

Die Pflege im Therapeutischen Team...

- verlangt von der Pflege spezielle Kompetenzen
- erfordert ein hohes Maß an Eigeninitiative
- verleiht der Arbeit eine immense Wirksamkeit
- weist dem Pflegeteam ein Alleinstellungsmerkmal zu. Nur diese Berufsgruppe hat eine 24-Stunden-Übersicht über den Patienten
- ist aus Sicht der Geriatrie eine logische Weiterentwicklung der traditionellen Pflegekonzepte.

Die Zukunft gehört der transdisziplinären
Teamarbeit!



Buchtipps:

Moderne Geriatrie und Akutmedizin

Geriatrisch-internistische Strategien in Notaufnahme und Klinik



Repetitorium Geriatrie

(kommt 2015)



XXX

yyy