

Pflegekonzept der

Asklepios Neurologische Klinik Bad Salzhausen

Stand: 25.09.2014



Inhaltsverzeichnis:

1. <u>Einleitung</u>	3
2. <u>Pflegeleitbild</u>	3
3. Bereich Stroke Unit / Akutneurologie	
3.1 Räumliche und Technische Ausstattung	
<u>3.2 spezielles Aufgabengebiet</u>	4
4. Bereich Intensiv / Frührehabilitation Phase B	
4.1 Räumliche und Technische Ausstattung	
<u>4.2 spezielles Aufgabengebiet</u>	5
5. Bereich Rehabilitation	
5.1 Räumliche und Technische Ausstattung	
<u>5.2 spezielles Aufgabengebiet</u>	6
6. <u>Einarbeitungskonzept</u>	7
7. <u>Fort- und Weiterbildungen</u>	8
8. Administration / Pflegedokumentation	
8.1 Patientenübergabe	
8.2 Kurvenführung / Legende	
8.3 Visite / Delegation ärztlicher Tätigkeiten	
<u>8.4 Verlegungs- /Entlassungsmanagement</u>	9
9. <u>Informationskonzept</u>	11
10. <u>Hygienemanagement</u>	12
11. <u>Pflegetherapeutische Konzepte</u>	
11.1. Bobath Konzept / Lagerungen	
11.2. Basale Stimulation	
11.3. AKpL	
<u>11.4. interdisziplinäres Konzept</u>	13

1. Pflegekonzept -Einleitung-

In unserer Klinik kann die Behandlungskette für den Patienten von der Neurologischen Intensivmedizin im Frührehabilitationsbereich oder der Stroke unit über die Frührehabilitation Phase B und Rehabilitation Phase C und D bis hin zum Anschlussheilverfahren durchgeführt werden. Der Akutbereich und die Stroke Unit haben den Schwerpunkt der Erstversorgung, Diagnostik und Einleitung der medizinischen und physikalischen Therapie, sowie gezielter therapeutischer Pflege bei cerebralen Insulten, aber auch sämtlichen weiteren neurologischen Krankheitsbildern. Im Frührehabilitationsbereich werden alle gängigen Beatmungsverfahren durchgeführt. Die Behandlungsplätze sind mit komplettem Monitoring und hochwertiger Intensivtechnik aufgerüstet. Es werden Patienten mit schwersten neurologischen Ausfällen und internistischen Komplikationen behandelt und ein besonderer Schwerpunkt liegt bei der Entwöhnung langzeitbeatmeter Patienten. Die Auslastung des Rehabilitationsbereiches liegt bei etwa 80 % pflege- und schwerpflegebedürftige Patienten der Phase C und 20 % Patienten der Phase D oder in Heilverfahren der Rentenversicherungsträger.

Wir praktizieren patientenorientierte Zimmer- oder Bereichspflege und arbeiten im therapeutischen Team hauptsächlich nach den Konzepten Bobath, Basale Stimulation und LIN (Lagerung in Neutralstellung), in welchen die Pflegefachkräfte, aber auch die Pflegeassistentenkräfte kontinuierlich geschult werden.

Aktivierende und rehabilitative Pflege ist Grundvoraussetzung für die Betreuung neurologisch erkrankter Patienten in der Akutbehandlung und allen Phasen der Rehabilitation.

Pflegerische Profession in der Neurologie beinhaltet neben der Grund-, Behandlungs- und auch Intensiven Pflege die Kenntnis und gezielte Anwendung von pflegetherapeutischen Konzepten.

2. Pflegekonzept -Pflegeleitbild-

Bei allem Zeitdruck und zunehmender Arbeitsdichte legen wir einen besonderen Wert auf eine freundliche, an der Würde und Persönlichkeit orientierten Behandlung der Patienten. Wir behandeln gemeinsam im multiprofessionellen Team und nutzen die Erfahrung der teils langjährig hier tätigen Mitarbeiter. Einen nicht zu unterschätzenden Faktor stellt hierbei auch die menschliche Zuwendung zum von einer neurologischen Erkrankung, teils bis in persönliche Belange abhängigen Patienten dar.

- Pflegerische Profession in der Neurologie beinhaltet neben der Grund-, Behandlungs- und auch Intensiven Pflege die Kenntnis und gezielte Anwendung von pflegetherapeutischen Konzepten.
- Die pflegetherapeutischen Konzepte passen sich dem Patienten an – Individuelle Pflege
- Bereichs- oder Zimmerpflege ist unumgänglich, häufiger Bezugspersonenwechsel ist nicht zu empfehlen.
- Durch gezielte Krankenbeobachtung, Standards, Pflegeplanung und Dokumentation sichern wir die Qualität der von uns praktizierten qualifizierten Pflege. Hierdurch erstreben wir ein Höchstmaß an Qualitätssicherung in unserer Arbeit und für die Patienten ein Optimum an erfolgreicher physischer, psychischer und sozialer Betreuung.

Patienten im Krankenhaus erhoffen sich pflegerische Fürsorge und fachkompetente Pflege. Sie erwarten fachkundige und einfühlsame Begleitung durch die unterschiedlichen Stadien ihrer Erkrankung.

Unser Pflegeleitbild beruht auf der Überzeugung, dass der pflegerische Zustand eines Patienten das Ergebnis gemeinsamer Arbeit von Patient und Pflegenden ist. Weil der Patient seine gesundheitliche Entwicklung wesentlich mitgestaltet und weil es um seine Gesundheit geht, ist es ein zentrales pflegerisches Ziel, ihm die größtmögliche Selbstkontrolle über die Alltagshandlungen und bei allen pflegerischen Unterstützungen zu ermöglichen – im Genesungs- wie im Sterbeprozess.

Dabei arbeiten die Pflegekräfte mit den Angehörigen und Bezugspersonen, den Betreuern und den pflegerischen Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses zusammen.

Unsere Haltung ist gekennzeichnet durch das Bestreben,

- pflegerisches Fachwissen für den einzelnen Patienten in seiner konkreten Lebens- und Gesundheitssituation
- entsprechend seinen Fähigkeiten und Möglichkeiten zur Verfügung zu stellen, anwendbar und gestaltbar zu machen und
- seine gesundheitliche Handlungskompetenz zu erhöhen
- mit dem Ziel der Förderung seiner Handlungsfähigkeit im Alltag.
- Da der Lebensmittelpunkt des Patienten außerhalb des Krankenhauses liegt, ist pflegerisches Handeln daran auszurichten

Die pflegerischen Ziele werden deshalb durch die folgenden Prinzipien beeinflusst:

- Das Selbstbestimmungsrecht der Patienten wahren
- Die gesundheitliche Handlungskompetenz der Patienten fördern
- Die Lebenssituation des Patienten im Blick haben und
- auf Wunsch die Bezugspersonen in die Versorgung des Patienten einbeziehen

3. Pflegekonzept -Stroke Unit / Akutneurologie-

Der Schwerpunkt des Akutbereiches / der Stroke Unit liegt in einer zeitnahen Durchführung vielfältiger diagnostischer Maßnahmen, dem Einsetzen von Therapiestandards (medizinische und pflegerische), Überwachung und Scoring der Patienten sowie der Vermeidung von Komplikationen.

3.1 Räumliche und Technische Ausstattung

Der Akutbereich / Stroke Unit umfasst auch den Notaufnahmerraum mit Patientenmonitoring, Coagu-Chek-Gerät zur schnellen INR-Diagnostik und Blutgasanalysator.

Die Stroke Unit verfügt über transportable Notfallausrüstung bestehend aus Defibrillator, Monitor, Beatmungsgerät, Notfallrucksack, sowie einen weiteren großen Notfallwagen.

Die Pflegestützpunkte befinden sich zentral auf den Stationen. Die zugehörigen Lager- und Arbeitsräume, sowie ein Personalaufenthaltsbereich befinden sich direkt im Stationsbereich.

Die Patientenbetten der Stroke Unit sind neben obligatorischem Sauerstoff- und Druckluftanschluss ausgestattet mit Monitoren zur Cardio-pulmonalen Überwachung, bei Bedarf inklusive arteriellem Druck. Perfusoren, Infusomaten und Absauggeräte sind mindestens pro Bett vorhanden.

Auch die Patientenbetten der Akutneurologie sind mit Sauerstoff- und Druckluftanschluss ausgestattet, sowie zum Teil mit Monitoren zur Cardio-pulmonalen Überwachung.

Die Monitorzentralen befinden sich in den Pflegestützpunkten.

Die Patientenzimmer sind größtenteils mit behindertengerechter Nasszelle ausgestattet, weiterhin gibt es auf der Stroke Unit ein Stationsbad mit mobiler Duschliege.

> Für „Stroke Unit“ weitere Informationen „Akut-007-Pflegemanual Stroke Unit“ <

3.2 spezielles Aufgabengebiet

Die hiesige Stroke Unit (Schlaganfalleinheit) – Station Akut A- wurde 1996 als erste Einheit in Hessen mit 10 Betten in Betrieb genommen. Sie entstand in Anlehnung an die damals überwiegend im skandinavischen Raum angesiedelten, rehabilitativ orientierten ersten Stroke Units. Darüber hinaus wurde hier bereits ein komplettes Patientenmonitoring etabliert und ein besonderer Schwerpunkt auf die frühe Akuttherapie inkl. Lysetherapie gelegt. Im Hinblick auf das allgemeine Klinikleitbild der Asklepios Neurologischen Klinik Bad Salzhausen stellt sie für einen Teil unserer Patienten die erste Station der Behandlungskette dar.

Neben den allgemeinen Tätigkeiten der Grund- und Behandlungspflege erfordert die Stroke Unit spezielle Pflege und Überwachung von Schlaganfallpatienten, Kenntnisse der Neuroanatomie und –physiologie, sowie ein sicheres Handling in der Notaufnahme und in Notfallsituationen.

Die Pflegefachkräfte erkennen Defizite des Patienten, kennen pflegerisch-therapeutische Maßnahmen und können diese anwenden.

Sie sind geschult in der Überwachung und Durchführung neurologischer Scorings wie z.B. Glasgow Koma Scale, Kraftgrade, Barthel-Index und auch Schluckuntersuchungen.

Sie assistieren und überwachen bei der Durchführung der Lysetherapie, beim Blutdruck-, Temperatur- und Blutzuckermanagement, sowie auch in der Prävention und Behandlung von Hirndruck.

Die Akutneurologie nimmt einen großen Teil der Patienten elektiv auf mit dem Ziel der zeitnahen Durchführung der erforderlichen diagnostischen Maßnahmen. Patienten, die über die Notaufnahme eintreffen und keine Indikation für die Stroke Unit haben, werden direkt im Neurologischen Akutbereich aufgenommen.

Die Vielfalt der neurologischen Krankheitsbilder stellt neben der allgemeinen Grund- und Behandlungspflege hohe Anforderungen an die Pflegefachkräfte. Auf der Akutneurologie werden schwerstpflegebedürftige Patienten mit z.B. Multipler Sklerose oder cerebrovaskulären Erkrankungen behandelt ebenso wie Patienten mit entzündlich, neurologischen Erkrankungen, Demenzen oder aber Lumboischialgien. Der administrative Anteil und die Dokumentation sind ein wesentlicher Anteil der pflegerischen Leistung.

4. Pflegekonzept -Intensiv / Frührehabilitation Phase B-

Im Intensiv- und Frührehabilitationsbereich werden alle gängigen Beatmungsverfahren durchgeführt. Die Behandlungsplätze sind mit komplettem Monitoring und hochwertiger Intensivtechnik aufgerüstet.

Es werden Patienten mit schwersten neurologischen Ausfällen und internistischen Komplikationen behandelt. Ein besonderer Schwerpunkt auf der Intensivstation liegt bei der Entwöhnung langzeitbeatmeter Patienten, während im Frührehabilitationsbereich die Trachealkanüle entwöhnt oder aber Heimbeatmung adaptiert wird.

4.1 Räumliche und Technische Ausstattung

Beide Stationen verfügen über räumlich großzügige Behandlungsplätze in Einzelzimmern und wenigen Doppelzimmern. Die technische Grundausstattung über Monitoranlage, Druck- und Sauerstoffanschluss, Absaugeinheiten und Vernebler, Perfusoren und Infusomaten ist auf beiden Stationen gleich gehalten. Zentrale Monitoreinheiten befinden sich in den Pflegestützpunkten. Die Stationen verfügen über Blutgasanalysegeräte und Notfallausrüstung (Defibrilator, Akku Absauger, Notfallwagen). Die Lager- und Arbeitsräume finden sich direkt im Stationsbereich, wie auch eine Personalaufenthaltsraum mit Monitoranbindung.

Die Patientenzimmer bieten Platz für Frühmobilisation unter Monitoring im Frühmobilisationsstuhl (TINA, Thekla), Kipptisch- oder Stehbrettbehandlung, sowie Therapie mit Bettfahrad.

In behindertengerechten Bädern können sowohl Waschraining im Frühreharollstuhl als auch liegend in der Duschlüge durchgeführt werden.

4.2 spezielles Aufgabengebiet

Die Patienten mit schwersten neurologischen Defiziten sind häufig vigilanzgemindert oder auch zu Beginn der Behandlung noch sediert, kontrolliert beatmet.

Dieses Patientengut bedarf neben der allgemeinen Grund- und Behandlungspflege einer intensivpflegerischen Betreuung.

Die Pflegefachkräfte beherrschen intensivpflegerische Maßnahmen und qualifizierte Betreuung von beatmeten, tracheotomierten Patienten. Sie assistieren bei invasiven ärztlichen Tätigkeiten, wie z.B. ZVK Anlage, erkennen und beherrschen kritische Situationen und Komplikationen .

Ein weiterer Schwerpunkt ist die pflegetherapeutische Arbeit mit schwerstbetroffenen, vigilanzgeminderten, wahrnehmungsgestörten Patienten.

Die pflegerische Tätigkeit nach dem Konzept der Basalen Stimulation (z.B. anregende / beruhigende Waschungen / Ausstreichungen, Wahrnehmungsförderung, Kontaktabahnung...) und dem Bobath Konzept (z.B. Lagerungstherapie, geführte Bewegungen, Mobilisationen...) ist von größter Bedeutung.

Neben der üblichen intensivmedizinischen Pflegedokumentation, wird ein pflegetherapeutisches Assessment nach Frühreha-Items (Bewusstseinslage, Kommunikation, Kognition, Verhalten, Emotion, Mobilität und Selbsthilfe) durchgeführt und regelmäßig evaluiert.

Es besteht ein Konzept zum Angehörigentraining.

5. Pflegekonzept -Rehabilitation-

Die Auslastung des Rehabilitationsbereiches liegt bei etwa 80 % pflege- und schwerpflegebedürftige Patienten der Phase C und 20 % Patienten der Phase D oder in Heilverfahren der Rentenversicherungsträger.

Wir praktizieren patientenorientierte Bereichspflege und arbeiten im therapeutischen Team nach den Konzepten Bobath und Basale Stimulation.

>Pflege ist Therapie<

5.1 Räumliche und Technische Ausstattung

Die Rehabilitationsstationen verfügen über angemessen große Einzel- und Doppelzimmer und über behindertengerechte Bäderausstattung.

Zwei Bereiche im Rehabilitationsbereich (ca. 20%) der Klinik werden vorzugsweise mit Patienten der Phase D oder in Heilverfahren der Rentenversicherungsträger belegt und eignen sich räumlich nicht gut für Patienten, die auf einen Rollstuhl angewiesen sind.

Alle anderen Bereiche sind für die Belegung mit Pflegepatienten räumlich und technisch gut geeignet.

Die Patientenzimmer verfügen größtenteils über Sauerstoff- und Druckluftanschluss. Die Lager- und Arbeitsräume finden sich direkt im Stationsbereich, wie auch eine Patientensitzgruppe in unmittelbarer Nähe des Pflegestützpunktes.

5.2 spezielles Aufgabengebiet

Der gemeinsame Weg

„Der Erfolg der Rehabilitation hängt nicht von der Anzahl der Therapiestunden ab, sondern davon, wie der gelähmte Mensch während der übrigen Zeit angeleitet und gefördert wird.“ Pat Davies

Dies beschreibt die Bedeutung der Pflege in der neurologischen Rehabilitation und rückt die Notwendigkeit eines ganzheitlichen Ansatzes in den Vordergrund- einer Umsetzung von pflegetherapeutischen Konzepten und deren Weiterführung über 24 Stunden, sowie die Arbeit und ständige Kommunikation im interdisziplinären therapeutischen Team.

Die Vielfalt der neurologischen Krankheitsbilder stellt neben der allgemeinen Grund- und Behandlungspflege hohe Anforderungen an die Pflegekräfte.

Pflegetherapeutischen Konzepte passen sich dem Patienten an – Individuelle Pflege.

Bereichs- oder Zimmerpflege sind unumgänglich, häufiger Bezugspersonenwechsel ist nicht zu empfehlen

Einige Defizite der Patienten sind nicht sofort erkennbar – werden erst im täglichen Umgang deutlich. Z.B. kognitive Störungen, Sprachverständnisstörungen, Gesichtsfeldeinschränkungen... Die Pflegefachkräfte erkennen Defizite und können pflegerisches Handeln daran ausrichten mit dem Ziel die Selbständigkeit der Patienten zu fördern, ggf. die Angehörigen in die Pflege mit einzubeziehen und anzulernen und damit auch die häusliche Weiterversorgung anzubahnen.

6. Pflegekonzept -Einarbeitungskonzept-

Aufgrund der speziellen Pflege in den verschiedenen Kernbereichen unseres Hauses, ist eine gute und strukturierte Einarbeitung neuer Pflegekräfte unabdingbar.

Auf allen Stationen sind pflegepädagogisch ausgebildete Praxisanleiterin (240 Std.) oder aber wenigstens Mentoren mit langjähriger Berufs- und Stationserfahrung im Einsatz und betreuen die eingesetzten Schüler der Gesundheits- und Krankenpflege, aber auch Altenpflege.

Die Praxisanleiter verfügen über eine umfassende pflegetherapeutischer Ausbildung und pflegen die Kooperation mit den theoretischen Ausbildungsstätten.

Die Einarbeitung neuer Mitarbeiter übernimmt möglichst der Praxisanleiter der Station, aber natürlich auch grundsätzlich jede umfassend eingearbeitete Pflegekraft.

Das Procedere ist in einen entsprechenden **Pflegestandard (PD-103 Einarbeitung neuer Mitarbeiter / Mentoreneinarbeitung)** festgelegt (Auszug):

4. Ablauf/Vorgehensweise:

VORAUSSETZUNG / QUALIFIKATION EINES MENTORS:

Die Qualifikation des Mentors entspricht der Qualifikation des neuen Mitarbeiters,

- er/sie verfügt über Erfahrung im Hause (mindestens 1 jährige Tätigkeit),
- ist mitverantwortlich für die Einarbeitung des neuen Mitarbeiters und hält Rücksprache über den Einarbeitungsverlauf mit der Stationsleitung,
- ist ansprechbar für den neuen Mitarbeiter.

AUSWAHL DES MENTORS:

- Die Stationsleitung wählt den Mentor aus,
- berücksichtigt die Dienst- und Urlaubsplanung,
- beobachtet den Einarbeitungsverlauf (Feedback →Mentor; Feedback → neuer Mitarbeiter)
- veranlasst unter Umständen einen Mentorenwechsel,
- terminiert die Zwischengespräche in der 1. Arbeitswoche.

ABLAUF:

Der neue Mitarbeiter erhält vor seinem ersten Arbeitstag seine Begrüßungsunterlagen.

Diese enthalten neben allgemeinen Informationen die „Einarbeitungsmappe für den Pflegedienst“ , die Aufgabenbeschreibung, sowie die wichtigsten Standards und Konzepte in der Pflege. Auch stationsspezifische Unterlagen und Konzepte gehören zu den Begrüßungsunterlagen, so dass diese einen „Leitfaden“ durch die Probezeit darstellen.

Der Erhalt der Begrüßungsunterlagen wird auf einer Empfangsbestätigung quittiert.

Der neue Mitarbeiter arbeitet in der **1. und 2. Arbeitswoche** mit dem Mentor zusammen und ist zusätzlich zum derzeit gängigen Dienstplan eingeteilt.

Innerhalb der **1.Arbeitswoche** werden die noch ausstehenden Formalitäten erledigt, z.B. Vorstellung bei der Geschäftsführung, dem Ärztlichen Leiter, vertragstechnische Angelegenheiten.

Weiterhin macht der neue Mitarbeiter mit seinem Mentor einen ausführlichen Rundgang durchs Haus, wobei dieser anwesenden Mitarbeitern vorgestellt wird.

In der **3. Woche** wird der neue Mitarbeiter weiterhin zusätzlich zum gängigen Dienstplan eingesetzt, wobei der Fokus auf der supervisierten (durch den Mentor) eigenständigen Arbeit des neuen Mitarbeiters liegt.

In der 3. Arbeitswoche findet ein **Feedbackgespräch** zwischen Mentor und neuem Mitarbeiter statt (ggf. unter Einbeziehung der Stationsleitung)

In der **4. und 5. Arbeitswoche** ist der neue Mitarbeiter weiterhin mit seinem Mentor in der gleichen Schicht, aber nicht mehr zusätzlich, eingeteilt.

Ab der **6. Arbeitswoche** begleitet der Mentor den neuen Mitarbeiter locker durch die weitere Probezeit, arbeitet aber nicht mehr zwingend in der gleichen Schicht, zeigt sich aber ansprechbar und verantwortlich für den neuen Mitarbeiter.

Das **1. Zwischengespräch** findet nach 8-10 Wochen zwischen der Stationsleitung, Mentor und neuem Mitarbeiter statt.

Das **2. Zwischengespräch (Probezeitgespräch)** findet nach 16-18 Wochen zwischen der Pflegedienstleitung, Stationsleitung, neuem Mitarbeiter und ggf. Mentor statt.

Das 1. Zwischengespräch und das Probezeitgespräch werden jeweils auf dafür vorgesehene, interne Vorlagen dokumentiert und von der Pflegedienst- und Stationsleitung, dem neuen Mitarbeiter und dem Mentor unterzeichnet.

7. Pflegekonzept -Fort- und Weiterbildungen-

Die Fortbildung unserer Mitarbeiter ist ein zentrales Thema. Nur durch kontinuierliche Fortbildung, insbesondere in pflegetherapeutischer Arbeit, können wir gute Qualität sichern und den Behandlungserfolg unserer Patienten aktiv mitgestalten (siehe auch Abschnitt „ Unsere Pflegekonzepte“).

Jeder Mitarbeiter kann entsprechend unserer ASO Fortbildungsurlaub beantragen. Für jedes Kalenderjahr wird ein Fortbildungsplan erstellt.

Wir legen Wert darauf, dass unsere Pflegekräfte nach dem „Bobath-Konzept“ und in der „Basalen Stimulation“ ausgebildet sind. Regelmäßig werden Fortbildungskurse zu diesen Konzepten angeboten.

Sehr stolz sind wir auf unser Angebot der BiKA- Bobath Seminare, die in ca. 90 Stunden über zwei Blocks von einem der wenigen BiKA-Pflegeinstruktoren durchgeführt werden. Wir schulen das Bobath Konzept kontinuierlich seit 1995 und können behaupten, dass etwa 80% unserer Mitarbeiter über eine Bobath Ausbildung verfügen.

Auch in der Basalen Stimulation bilden wir unsere Mitarbeiter gezielt seit 2001 aus. Unsere Praxisanleiterin hält regelmäßig Grund- und Aufbaukurse und verfestigt damit die Durchgängigkeit dieses Konzeptes im Haus. Auch in „Basaler Stimulation“ weisen wir einen Ausbildungsstand von etwa 80% nach.

Das „LIN“ Konzept schulen wir seit 2010. Lin heißt „Lagerung in Neutralstellung“ und ergänzt sich hervorragend mit unseren weiteren Konzepten. LIN gewinnt zunehmend an Wichtigkeit, da wir immer mehr schwerstbetroffene Patienten versorgen. In der Regel finden jeweils ein Grund- und ein Aufbaukurs pro Jahr statt.

Weitere Angebote finden in der Regel extern. Im Rahmen der Fortbildungsplanung wird auf Stationsleitungsebene der Bedarf an Schulungen besprochen und festgelegt: Praxisanleiter, Stroke Weiterbildung, Wundmanagement oder Hygienebeauftragte in der Pflege...

Weitere Angebote werden durch die Pflegedienstleitung im Haus verteilt und die innerbetrieblichen Fortbildungen des Pflegedienstes organisiert.

Seit 2010 kooperieren wir mit dem Asklepios Bildungszentrum Wiesbaden für die Fachweiterbildung Intensiv und Anästhesie. In der Regel haben wir kontinuierlich 2 Mitarbeiter in der Fachweiterbildung.

Für diese und ähnliche Maßnahmen werden Einzelverträge geschlossen.

Pflichtfortbildungen werden über das Qualitätsmanagement durchgeführt, hierzu zählt

- Arbeitsschutz (Jährlich)
- Hygiene (Jährlich)
- Qualitätsmanagement (Jährlich)
- Datenschutz (alle 2 Jahre)
- Und auch das Mega-Code Training (siehe Standard Notfallmanagement). Mega-Code Training soll spätestens jedes 2. Jahr besucht werden und wird über PDL organisiert.

Alle Mitarbeiter des Pflegedienstes können online über das „my asklepios portal“ eine pflegespezifische Plattform (CNE „**certified nurse education**“ ; Thieme Verlag Stuttgart) nutzen. Über diese Plattform hat man zum Beispiel Zugang zu Informationen über aktuelle Themen in der Pflege, einer Fachbibliothek und einem Pflegefachmagazin.

8. Pflegekonzept -Administration /Pflegedokumentation-

Administrative Tätigkeiten und Dokumentation haben im Berufsbild der Fachpflegekräfte einen hohen Stellenwert. Durch die Arbeit im Schichtdienst und mit Mitarbeitern in Teilzeitbeschäftigung stellt eine ausführliche, sachrichtige und informative Dokumentation eine qualitativ hochwertige, geplante Pflegeleistung sicher. Weiterhin dient die Dokumentation der Rechtssicherheit und dem Tätigkeitsnachweis in der direkten Patientenpflege.

Siehe auch „**Standard Dokumentation**“ (PD-100)

8.1 Patientenübergabe

Die Übergaben des Pflegedienstes der Klinik finden täglich zu festgelegten Zeitpunkten statt.

Die Organisationsform der Übergaben kann auf den Stationen unterschiedlich sein:

- bei Übergabe von Nachtdienst auf Frühdienst sind alle Mitarbeiter der Frühschicht anwesend. Die Bereichs- Bezugseinteilung erfolgt nach der Übergabe.
- Bei der Übergabe von Spätdienst auf Nachtdienst übergeben die Mitarbeiter der Spätschicht bezugs-, bereichsweise ihre Patienten an die Nachtschicht.
- Die Übergabe von Frühdienst auf Spätdienst wird auf den meisten Stationen als Bezugs-/Bereichsübergabe durchgeführt. Der zuständige Mitarbeiter der Frühschicht übergibt seine Patienten der nachfolgenden Schicht. Die Mitarbeiter der nachfolgenden Schicht sind vollzählig anwesend.
- Auf der Intensivstation wird die Mittagsübergabe täglich am Patientenbett durchgeführt, wobei hier jeweils die zuständigen Pflegefachkräfte anwesend sind.
- Übergaben am Patientenbett finden auch im Frührehabilitationsbereich und auf der Wahlleistungsstation einmal wöchentlich statt.

In der Zeit der Mittagsübergabe werden organisatorische Informationen weitergegeben, stationsinterne Fortbildungen gehalten, Frühreha- assesment und Evaluation durchgeführt, sowie regelmäßige interdisziplinäre Besprechungen mit den therapeutischen Abteilungen abgehalten.

8.2 Kurvenführung / Legende

Das Patientendokumentationssystem besteht aus einer Planettenmappe und einer Befundemappe / Ordnermappe pro Patient.

Die **Planettenmappe** ermöglicht die Bezugs- oder Bereichszuordnung der Patienten zu der zuständigen Pflegekraft und ist variabel (nach Pflegebereich) zusammenzustellen.

Als tägliches Arbeits- und Dokumentationsmittel des Pflegedienstes bleibt sie in der Hand des Pflegedienstes, außer z.B. bei invasiver Diagnostik (z.B. TEE-Untersuchung) – in diesem Falle verbleibt die Planettenmappe mit dem Patienten in der untersuchenden Abteilung.

Die „Kommunikation“ erfolgt über eine Reiterleiste. Diese ist im ganzen Haus standardisiert und regelt die abteilungsinterne aber auch interdisziplinäre Informationsweitergabe, Anordnungen oder Termine.

Zum Beispiel:

- Übergabe „Pflege an Pflege“
- Anordnung /Visite „Arzt an Pflege“
- Information „Pflege an Arzt“

Die **Befundemappe / Ordnermappe** beinhaltet in einem hausstandardisierten Register alle Patientendokumente, z.B. Vorbefunde, Untersuchungsbefunde, Labor, Ablage Pflegedokumentation...

Die Klinik arbeitet mit dem **Krankenhausbetriebssystem ORBIS-Nice**.

Ein Teil der Dokumentation wird in der EDV bearbeitet.

Über die Stationsgraphik sowie über die Reiterleiste in der Patientenmappe ist es möglich verschiedene Pflegerelevante Dokumentationen zu erfassen.

8.3 Visite / Delegation ärztlicher Tätigkeiten

Visiten finden regelmäßig auf allen Stationen der Klinik statt. Dabei wird neurologisch untersucht, therapeutische Maßnahmen festgelegt und über notwendige Diagnostik entschieden.

Die Visite wird vom Pflegedienst (bereichs- oder bezugsorientiert) und teilweise von Therapeuten begleitet.

Ärztliche Anordnungen während der Visite werden von den Pflegefachkräften ausgearbeitet.

Dazu gehören z.B. Medikamentenänderungen, Labordiagnostik richten, Untersuchungsanmeldungen vorbereiten, Informationsweitergabe an andere therapeutische Abteilungen, Organisation von Verlegungen und Krankentransporten...

Anordnungen des ärztlichen Dienstes bedürfen der Schriftform und werden in der Patientenakte dokumentiert, sowie über das Reiterleistensystem kommuniziert und von der ausarbeitenden Pflegekraft bestätigt.

Durch Delegation ärztlicher Tätigkeiten, entsteht für die Fachpflegekräfte ein selbständiger Handlungsspielraum. Hinterlegt werden z.B. Therapieschemata oder Standards, die mit der ärztlichen Leitung vereinbart sind.

Pflegende übernehmen ärztliche Tätigkeiten, wenn sie sicher erbracht werden können und dem Behandlungsablauf dienlich sind.

8.4 Verlegungs- / Entlassungsmanagement

Siehe auch „Entlassungsmanagement“(PD-097)

- **Verlegung innerhalb des Hauses**
Verlegungen innerhalb des Hauses erfolgen mittels Pflegeverlegungsbericht und der mündlichen Übergabe der abgebenden Station an das übernehmende Pflegeteam.
Die Patientendokumentation (pflegerisch und ärztlich) wird weitergeführt.
Die administrative Ummeldung des Patienten erfolgt in der EDV.
Die Transporte werden in der Regel durch die übernehmende Station initiiert.

- **Entlassung / Verlegung außerhalb**

Entlassungen / Verlegungen der Patienten erfolgen von allen Stationen und in allen Behandlungsphasen.

Patienten und Angehörige erhalten Beratung und Hilfestellung im Sozialdienst der Klinik.

Dort werden z.B. Betreuungsverfahren eingeleitet, häusliche oder stationäre Pflege angebahnt, bzw. Einrichtungsplätze gesucht.

Die Einleitung der Entlassung für pflege- und schwerstpflegebedürftige Patienten bedarf einer zeitgerechten Planung, bzw. die Versorgungsmöglichkeiten müssen mit den Angehörigen / Betreuern besprochen und geplant werden.

Angehörige, die pflegebedürftige Patienten zu Hause versorgen wollen, erhalten Trainingseinheiten zu speziellen pflegerischen Maßnahmen (z.B. Grundpflege, Lagerung, Tracheostomapflege, PEG Versorgung und enterale Ernährung ...).

Auch die therapeutischen Abteilungen bieten individuelle Angehörigenanleitung an.

Der Patient wird immer mit einem Kurzarztbrief entlassen, notwendige Medikamente werden bis zum nächstmöglichen Arztkontakt mitgegeben.

Im Falle von Pflegebedürftigkeit ohne bestehende Versorgung wird zeitgerecht vor der Entlassung die Patientenüberleitung eingeschaltet.

- **Tod**

Es können nicht alle Patienten in einem gebesserten Gesundheitszustand entlassen werden, so dass einige versterben. Sterbenden Patienten versuchen wir immer einen würdevollen Abschied möglichst im Beisein von Angehörigen oder Freunden zu ermöglichen. Der Standard („**Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen**“ PD-067) zeigt den Mitarbeitern des pflegerischen und ärztlichen Diensts den Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen auf.

Das Ziel ist es:

- Dem Menschen ein würdevolles Sterben zu ermöglichen unter Achtung seiner persönlichen und religiösen Ansichten
- Begleitung von Angehörigen
- Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften

9. Pflegekonzept -Informationskonzept-

Siehe auch „**Informationskonzept Pflegedienst**“ (PD-096)

Sicherstellung einer hochwertigen Informationsweitergabe mit dem Ziel zeitnah und durchdringend Dienstanweisungen, wichtige Informationen allen Mitarbeitern im Pflegedienst weiterzugeben und zuzuleiten, insbesondere wenn diese keinen direkten Zugriff auf das Krankenhausinformationssystem (persönliche E-Mail, Intranetzugriff) haben.

Das Erreichen eines möglichst hohen Informations-/Wissenstandes bezüglich des Arbeitsbereiches in schnellstmöglicher Zeit.

ORGANISATORISCHE VORAUSSETZUNGEN:

- Jeder Mitarbeiter des Pflegedienstes erhält ein persönliches Postfach im Stationspersonalbereich (Pool Mitarbeiter und Stammaushilfen sind hier mit einzubeziehen)
- Im Stationspersonalbereich existiert eine Informationstafel / ein Informationsfach ausschließlich für diesen Zweck
- Verantwortlichkeit eines Mitarbeiters für die Aktualisierung der/des Informationstafel/-faches ist festgelegt

UMGANG MIT VERSCHIEDENEN INFORMATIONEN:

- **Dienstanweisungen**
 - Ausdruck der Dienstanweisung und Verteilung in die persönlichen Postfächer der Mitarbeiter
 - Aushang eines Exemplars an der Informationstafel
- **Stationsleitungsprotokoll, Stationsbesprechungsprotokolle**
 - Aushang eines Exemplars an der Informationstafel, darauf „Lesen und Abzeichnen“
- **Besprechungsprotokolle (z. B. Hyg-AG, Mentoren...)**
 - Aushang eines Exemplars an der Informationstafel und Zuleitung eines Exemplares an den zuständigen Mitarbeiter (persönliches Postfach, z.B. Hygiene-AG)
- **Hausmitteilungen**
 - Weiterleitung der Hausmitteilung an die Stationsleitung (Postfach oder E-Mail). Die Stationsleitung entscheidet über die Priorität der Information, bzw. über die Verteilung in die persönlichen Postfächer.
 - Ausdruck der Hausmitteilung und Aushang an der Informationstafel
- **Fortbildungspläne,- angebote**
 - Aushang an der Informationstafel

STATIONSBESPRECHUNGEN

- finden minimal 2x im Jahr, maximal 4x im Jahr statt und sind durch die Stationsleitung frühzeitig zu terminieren.
- Eine Stationsbesprechung im letzten Quartal des Jahres beinhaltet die Urlaubsplanung. Diese muss bis 31.12. des Jahres für das Folgende Jahr vorliegen.
- Tagesordnungspunkte der Stationsbesprechungen sind immer Informationen durch die Stationsleitungen und die Mitarbeiter der einzelnen Organigrammbereiche im Pflegedienst.
- Die Teilnahme an Stationsbesprechungen ist verpflichtend.
- Stationsbesprechungen werden protokolliert und von allen Mitarbeitern abgezeichnet.
- Mitarbeiter, die aus begründetem Anlass nicht anwesend waren, haben sich durch das Protokoll zu informieren.

10. Pflegekonzept -Hygienemanagement-

Der Bereich der Krankenhaushygiene ist in unserer Klinik von höchster Bedeutung, da zum einen Patienten mit Intensiv- und Beatmungsanamnese aufgenommen werden, zum anderen im Rahmen der Notaufnahme auf der Akutneurologie Patienten mit unklarer Symptomatik und Anamnese. Das Haus wird von einem externen Krankenhaushygieniker und einer Hygienefachkraft betreut. Für alle Bereiche gilt der Hygieneplan der Asklepios Neurologischen Klinik.

Dieser ist für die Mitarbeiter im Intranet einzusehen.

In allen relevanten Arbeitsbereichen (z.B. Pflegestützpunkte, unreine Arbeitsräume...) sind Desinfektionsmitteleinsatzpläne ausgehängt.

Neben der übergeordneten Hygienekommission besteht eine Hygiene-AG, die sich aus „hygienebeauftragten Mitarbeitern“ der einzelnen Stationen und anderer Abteilungen zusammensetzt und von der externen Hygienefachkraft geleitet wird.

Die Hygiene-AG gilt als strategisches Forum zur Information, Kommunikation, Einführung neuer Regelungen oder auch der Lösung praktischer Probleme.

Die Mitglieder der Hygiene AG kommunizieren in ihren Bereichen die Informationen aus der Arbeitsgruppe und sorgen in Absprache mit den Stationsleitungen für die Umsetzung.

Mindestens 1x im Jahr werden alle relevanten Bereiche von der Hygienefachkraft visitiert, sie überprüft Arbeitsabläufe des pflegerischen und ärztlichen Dienstes sowie des hauswirtschaftlichen Personals. Eine weitere Begehung findet durch den Krankenhaushygieniker statt.

11. Pflegekonzept -Pflegetherapeutische Konzepte-

Ausgangspunkt aktivierender Pflege und Betreuung ist eine ganzheitliche Sichtweise, die neben der körperlichen Versorgung selbständige Alltagsaufgaben für den Patienten zu- und überlässt sowie eine psychosoziale Betreuung anstrebt. Mit ihr soll die Möglichkeit einer Auseinandersetzung mit sich (und seinen täglichen Aufgaben) und der Umwelt gegeben werden. Ein reizarmes, lebloses Umfeld, das zu keinem sinnvollen Handeln einlädt, dieses gar unterbindet, führt zu schweren Störungen der Psyche und des Geistes. Die Folgen eines solchen Identitäts- und Kontrollverlustes sind Depressionen und hausgemachte Hilflosigkeit und nicht zuletzt Verwirrtheit. Der Patient der sich nicht mehr ausprobieren kann, verlernt soziale und praktische Fähigkeiten. Am Ende steht neben der durch Krankheit bedingten Hilfebedürftigkeit die erlernte Hilflosigkeit.

Unter aktivierender Pflege verstehen wir daher alle Bemühungen, die zu einer Lebensführung mit höherem Selbstständigkeitsgrad und verbesserter Lebensqualität führen. Die praktische Durchführung der Pflege heißt konkret, dass die Pflegenden den Patienten handeln lassen und nur dort unterstützen, wo es notwendig ist. Die komplexen Vorgänge der Aktivierung haben eine große Wirkung auf die Psyche des Patienten. Das Selbstwertgefühl und die Individualität des Patienten werden gefördert. Durch „das Selbermachen“ bekommt er Selbstbewusstsein und kann wieder neu Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten gewinnen.

11.1 Bobath Konzept

Ein Pflege- und Therapiekonzept zur Rehabilitation von Patienten mit Schlaganfällen und anderen Erkrankungen des Zentralnervensystemes.

Das Bobath Konzept wurde in den 40er Jahren durch das Ehepaar Bobath entwickelt. Das Ehepaar Bobath bezeichnete die von ihnen entwickelte Arbeitsweise ausdrücklich als Konzept und nicht als eine Methode.

Es beinhaltet keine vorgeschriebenen Techniken, Methoden oder Übungen, die bei allen Patienten in gleicher Weise zu absolvieren sind.

Es berücksichtigt die individuellen Möglichkeiten und Grenzen eines Patienten und bezieht diese unter Anwendung einiger Prinzipien in die Pflege und Therapie mit ein.

Das Bobath- Konzept ist heute unbestritten das erfolgreichste und anerkannteste Konzept zur Pflege- und Therapie aller Patienten mit

- zentral bedingten teilweisen oder vollständigen (Parese bzw. Plegie) Lähmungen eines Körperabschnittes.
- Haltungs-, Gleichgewichts-, Bewegungsstörungen
- unkontrolliert erniedrigte Muskelspannung (Hypotonus, schlaffe Lähmung)
- unkontrolliert erhöhte Muskelspannung (Hypertonus, Spastik)
- Störungen der Körper selbstwahrnehmung (Propriozeption),

welches keine notdürftige Kompensation der Lähmungen, sondern das Wiedererlernen verlorener Bewegungsfähigkeiten erreicht.

Der frühzeitige Einsatz therapeutischer Bobath-Pflege schon auf der Intensiv Station kann negative Entwicklungen wie

- Ausbildung von Spastik (HYPERTONUS)
- Erlernen unphysiologischer Bewegungsabläufe

vermindern helfen.

Inhalte des Konzeptes..

Lagerung

Enorme therapeutische Wichtigkeit – gerade in der Akutphase, wenn die Kreislaufsituation ein forciertes Mobilisieren noch nicht zulässt:

- Lagern bahnt physiologische Bewegung an durch aktivierende Lagebewegungen in der Vorbereitungsphase
- Lagerung wirkt tonusregulierend

Lagerung gibt Körpergrenze (Wahrnehmung)

Bewegungsübergänge

innerhalb des Bettes
aus dem Bett heraus
außerhalb des Bettes

Alltagstraining / Selbsthilfetraining

- Körperpflege
 - An- und Ausziehen
 - Nahrungsaufnahme
 - Mundpflege
 - Toilettengang
-
- Hier wird die Selbständigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens geübt.
 - Durch die Einbeziehung von wiederkehrenden Alltagstätigkeiten wird der Lernprozess besonders intensiviert („bekannter Alltag“)
 - Pflege kann so auf konkrete Bewegungserfahrungen zurückgreifen und muss nicht von Grund auf neue, zunächst abstrakte, Bewegungen erarbeiten. Die Motivation des Patienten ist durch die vertraute, konkrete und lebenspraktisch bedeutsame Situation meist sehr hoch.

11.2 Basale Stimulation

Das Konzept der Basalen Stimulation ist für alle Menschen von Bedeutung, die von Wahrnehmungsveränderungen bedroht sind, oder diese bereits erlitten haben.

Es richtet sich sowohl an Menschen mit Hemiplegie, M. Alzheimer, postoperativer Verwirrung, wie auch an Menschen in komatösen Zuständen, z.B. nach SHT.

Das Ziel der Basalen Stimulation ist es, die Wahrnehmungsfähigkeit des betroffenen Menschen

- zu fördern
- zu erhalten
- oder Verluste sich langsamer entwickeln lassen.

Basale Stimulation geht davon aus, dass jeder Mensch in jeder Situation irgend etwas wahrnimmt. Es steht damit immer eine Pforte zum Anderen offen. Sie fördert die Erhaltung der eigenen Persönlichkeit des Betroffenen.

Basale Stimulation unterstützt die Förderung der menschlichen Wahrnehmung auf der grundlegendsten (basalen) Ebene.

Wahrnehmungszugänge entwickeln sich in der embryonalen Phase, sind aber für das gesamte nachgeburtliche Leben bis zum Tod von Bedeutung.

Mittels dieser Wahrnehmungszugänge erhalten wir die Möglichkeit uns und die Umwelt wahrzunehmen.

Treten Wahrnehmungsverluste auf, müssen die noch vorhandenen Sinne gezielt gefördert, aber auch besonders die Ressourcen im Bereich der verlorenen oder beeinträchtigten Fähigkeiten gezielt „herausgelockt“ werden.

Das Konzept orientiert sich an der Basis der Wahrnehmungsfähigkeit. Diese wird nach und nach in der Embryonalphase entwickelt.

Die ersten Erfahrungen

- SOMATISCHE (Fähigkeit zur ganzkörperlichen Wahrnehmung, z.B. Größe und Umfang des Körpers)
- VESTIBULÄRE (Fähigkeit Lageveränderungen wahrzunehmen)
- VIBRATORISCHE (Fähigkeit Rhythmus und feine Bewegungen wie Atmung und Laufen der Mutter wahrzunehmen)

Weitere embryonale Entwicklung der Wahrnehmung

- Audiovibratorische
- Audiorythmische
- Olfaktorielle
- Gustatorische
- Auditive
- Taktil-haptische
- visuelle

Die Basale Stimulation greift auf diese Grunderfahrungen des Menschen zurück.

Zwischen Wahrnehmung und Bewegung besteht ein sehr enger Zusammenhang. Aber nur in der Kommunikation mit anderen Menschen werden diese sensorischen Erfahrungen wie auch die motorischen Aktivitäten Sinn bekommen, indem sie zur Interaktion mit dem menschlichen Bezug eingepasst werden.

Basale Stimulation versteht den Patient als ganzheitlichen Menschen mit einer individuellen Geschichte und mit einer steten Fähigkeit zu erleben. Sie ist hochindividuell und bietet dem Patient gezielt aktivierende, fördernde Wahrnehmungsmöglichkeiten an.

Es ist ein meinender, absichtsvoller Kontakt zum Patienten auf der Grundlage einer respektvollen, akzeptierenden, voraussetzungslosen Verarbeitung von Beziehung.

Die Grundlage des Konzeptes ist eine echte Haltung der Pflegenden.

11.3 AKpL (Asklepios Katalog für pflegetherapeutische Leistungen)

Therapeutische Pflege wird in den Bereich des alltäglichen Lebens umgesetzt und im Rahmen der übergeordneten rehabilitativen Therapieziele gemeinsam mit den fachspezifischen Therapien der verschiedenen Therapeuten (Physio-, Ergotherapie, Logopädie und Neuropsychologie etc.) erbracht und kontinuierlich abgestimmt. Die im AKpL diesem Katalog in Form von Standards beschriebenen Pflegeleistungen basieren auf den Grundlagen spezieller pflegerischer Konzepte wie

- Bobath®,
- Basale Stimulation®,
- FOTT®, etc.

Die konsequente Anwendung dieser Pflegemethoden zielt darauf ab eine kompetente und qualitätsgesicherte Pflege, orientiert an pflegewissenschaftlichen und evidenzbasierten Erkenntnissen, umzusetzen.

Unter Berücksichtigung der Einschränkungen und der Ressourcen des Patienten werden die Pflegemaßnahmen nach dem Pflegeprozessmodell geplant und durchgeführt.

Der Katalog definiert eine Abgrenzung der therapeutisch-aktivierenden Pflege von der Grundpflege, indem er den zusätzlichen Zeitverbrauch durch das instruierende, aktivierendes und auf Übernahme selbständiger Leistung gerichtetes Vorgehen abbildet.

Neurologische Patienten bedürfen aufgrund ihrer besonderen Problematik einer therapeutisch ausgerichteten - aktivierenden und anleitenden - Pflege.

Aktivierend-therapeutisch Pflegen heißt, das Trainieren der Aktivitäten des täglichen Lebens mit dem betroffenen oder pflegebedürftigen Menschen einzuüben sowie das Erfahren seines Handelns trotz und mit seiner Einschränkung wieder zu ermöglichen. Dies beinhaltet auch weiteren Folgeschäden vorzubeugen, die Fähigkeiten der Patienten zu erhalten, sie zu entwickeln und wiederherzustellen, den Patienten mit seinen beeinträchtigten Aktivitäten zur größtmöglichen Selbständigkeit zu verhelfen - sowie den Rehabilitand selbst als auch die Angehörigen in den Rehabilitationsprozess zu integrieren. Die gezielte Anwendung der unterschiedlichen Pflegekonzepte im Rahmen der Erbringung von pflegetherapeutischen Leistungen erfolgt durch bzw. unter Aufsicht von entsprechend geschultem und weitergebildetem Personal.

Unterschieden werden die aktivierend-therapeutischen Pflegeinterventionen nach dem Grad der pflegerischen Unterstützungsleistungen.

- **Anleitend rehabilitative Pflege:**

Die anleitende rehabilitative Pflege findet überwiegend Anwendung bei Patienten mit erhaltener Rumpfkontrolle und / oder geringgradigen Paresen, Bewegungs- und Gleichgewichtsstörungen, Apraxien, schweren kognitiven Einschränkungen, Wahrnehmungs- und Antriebsstörungen.

Die Patienten müssen in der Lage sein Aufforderungen zu folgen (verbal, gestikulär). Die Anleitung erfolgt bei alltagspraktischen Tätigkeiten zur Unterstützung und Förderung der Handlungsplanung, des Handlungsablaufes ohne direkte Unterstützung oder Übernahme durch die Pflegekraft.

- **Teilkompensatorische rehabilitative Pflege:**

Betroffen sind neurologische Patienten mit schweren Ausfällen der motorischen und sensorischen Fähigkeiten bei noch anteilig vorhandenen Ressourcen. Plegien, Paresen mit beeinträchtigter Rumpfkontrolle, Störungen der Wahrnehmung und Orientierung und auch Unruhe- /Erregungszustände bedingen die Teilübernahme der Interventionen durch die Pflegekraft (teilkompensatorisch).

Die Pflegekraft unterstützt durch Förderung der individuellen Ressourcen aktivierendtherapeutische Pflegemaßnahmen zur Wahrnehmungsförderung, Tonusregulierung und Anbahnung von Aktivitäten des täglichen Lebens. Bei bestehender bis eingeschränkter Kontaktfähigkeit werden z.B. mittels geführter Bewegungen einzelne Aktivitäten durch die Pflegekraft übernommen oder unterstützt.

- **Vollkompensatorische rehabilitative Pflege:**

Im Fokus stehen Patienten mit massiven neurologischen Einschränkungen/ Ausfällen der motorischen und sensorischen Fähigkeiten. Plegien, Paresen mit stark beeinträchtigter oder fehlender Rumpfkontrolle, schwerste Störungen der Wahrnehmung und Orientierung, aber auch Unruhe- und Erregungszustände bedingen die Übernahme der Interventionen durch die Pflegekraft (vollkompensatorisch). Die Pflegekraft übernimmt vollständig therapeutische Pflegemaßnahmen zur Wahrnehmungs-, Vigilanzförderung bei beeinträchtigter bis kaum vorhandener Kontaktfähigkeit, zur Tonus- und Bewegungsanbahnung, aber auch bei Unruhe- und Erregungszuständen.

Therapeutische Pflege wird im Rahmen der übergeordneten rehabilitativen Therapieziele gemeinsam mit den fachspezifischen Therapien der verschiedenen an der Rehabilitation beteiligten Berufsgruppen erbracht und kontinuierlich abgestimmt.

11.4 interdisziplinäres Konzept

Von elementarer Bedeutung ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen mit differenziertem Fachwissen.

Innerhalb des Krankenhauses/ der Reha - Einrichtung kooperieren die Pflegenden aktiv mit allen beteiligten Berufsgruppen und Fachdisziplinen und vernetzen ihren pflegerischen Beitrag mit dem multiprofessionellen Team. Denn der gesundheitliche Gesamtstatus eines Patienten ist das Ergebnis der gemeinsamen Bemühungen vom Patienten und allen am Behandlungsprozess Beteiligten.

Änderungsdienst:

Dieses Konzept wird mindestens alle 24 Monate auf Aktualität überprüft und bei Bedarf aktualisiert.

Dieses Konzept (PD-017) wurde am 20. September 2011 in Kraft gesetzt:

Ersteller:	Prüfer:	Freigabe:	Freigabe:
Stationsleitungsgruppe	Elke Ullrich Pflegedienstleiterin	Susanne Belzer Qualitätsmanagement	Matthias Bergmann Geschäftsführer