

Konzept
der
Station 56.2
(Föhrenbachklinik)

Impressum

Herausgeber:

LVR-Klinik Bedburg-Hau

Erwachsenenpsychiatrie I

Bahnstr. 6

47551 Bedburg-Hau

www.klinik-bedburg-hau.lvr.de

Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Berichts:

Duale Abteilungsleitung der EP I

Redaktion:

Dorothee Maliszewski-Makowka (Chefärztin EP I)

Heinz-Gerd Giesen (Pflegedienstleitung EP I)

Redaktionsstand:

November 2021

Dokument	4110-KN-2.0.0-Station 56.2 (Föhrenbachklinik)	Gültig ab	15.11.2021	Seite	2 von 13
Verantwortlich	Dorothee Maliszewski-Makowka (CA EP I), Heinz-Gerd Giesen (PDL EP I)				

Inhaltsverzeichnis

1.	Beschreibung der Station.....	4
1.1.	Stationscharakteristik.....	4
1.2.	Stationsstruktur.....	4
1.3.	Patient*innenstruktur.....	5
1.4.	Aufnahmemodalitäten.....	5
1.5.	Behandlungsziele.....	5
1.6.	Das multiprofessionelle Team.....	6
1.7.	Ziele und Aufgaben des Pflorgeteams.....	6
2.	Das therapeutische Team.....	7
2.1.	Die ärztliche Behandlung.....	7
2.2.	Der psychologische Dienst.....	10
2.3.	Sozialarbeit.....	10
2.4.	Aufnahmemanagement/ Verlegungsmanagement/ Entlassungsmanagement.....	10
2.5.	Überleitungspflege.....	10
2.6.	Ergotherapie.....	11
2.7.	Physiotherapie.....	12
2.8.	Freizeitgestaltung.....	12
3.	Kommunikation Patient mit dem Team.....	12
4.	Koordination der Arbeit.....	13

1. Beschreibung der Station

1.1. Stationscharakteristik

Die Station 56.2 ist eine geschützte gerontopsychiatrische Aufnahme-Station. Sie befindet sich im Erdgeschoss im Haus 56 (Föhrenbachklinik) und ist barrierefrei zu erreichen. Die Zahl der Behandlungsplätze auf der Station 56.2 liegt bei 19 Betten, die Belegung ist gemischtgeschlechtlich.

Im Konzept der Abteilung Gerontopsychiatrie übernimmt sie die Funktion der geschützten Station. Damit ist für den Aufnahmebereich der Klinik ein Versorgungsauftrag mit Aufnahmepflicht verbunden. Die Abteilung Gerontopsychiatrie besteht aus einer geschützten Station, einer offenen Station, einer Tagesklinik und der Ambulanz.

1.2. Stationsstruktur

Die Patient*innen befinden sich auf einer geschützt geführten Station.

- » Im Kriseninterventionsbereich steht ein Bett (Einzelzimmer mit Nasszellen) zur Verfügung. Dieses Zimmer kann zur Isolierung genutzt werden und zwar im Falle einer Krisenintervention oder beim Vorliegen einer Infektionserkrankung.
- » Weiterhin steht ein Sturzzimmer für akut sturzgefährdete Patient*innen zur Verfügung.
- » Zwei behindertengerechte Duschräume
- » Ess- und Aufenthaltsraum mit angrenzender offener auch therapeutisch genutzter Küche
- » Pflegerischer Behandlungsraum
- » Fernsehräume
- » Aufenthalts- und Leseraum
- » Multifunktionsraum, u.a. zur Nutzung von Bezugspflegegesprächen oder Therapien
- » Entspannungsraum
- » Ergotherapieaum
- » Besuchs- und Besprechungsraum
- » Auf der Station befinden sich Einzel oder Zweibettzimmer jeweils mit einer Nasszelle und mit einem Fernseher ausgestattet.
- » Die Station verfügt über einen Zugang zu 2 Gartenanlagen, eine kleinere für Patienten und Patientinnen die eine intensivere Beobachtung benötigen, und eine größere für alle anderen Patientinnen und Patienten.
- » In unmittelbarer Nähe der Station befindet sich die Cafeteria der Klinik, die für alle Gäste zugänglich ist.
- » Die Station ist auf Behandlung von Menschen mit körperlichen Behinderungen spezialisiert, es besteht ein breites Angebot an Gehhilfen, in unmittelbarer Nähe der Station befindet sich die Abteilung Physiotherapie und die Bäderabteilung.
- » Bei der Einrichtung der Station wurde auf räumliche Orientierungshilfen sowie ein demenzspezifisches Milieu geachtet.

1.3. Patient*innenstruktur

Dem Auftrag einer gerontopsychiatrischen, geschützten Station entsprechend, sind die Patient*innen im Regelfall älter als 60 Jahre und kommen in den meisten Fällen nicht freiwillig, sondern werden auf der Basis einer öffentlich-rechtlichen oder zivilrechtlichen Unterbringung eingewiesen.

Bei den auf der Station 56.2 behandelnden Patientinnen und Patienten liegen in den meisten Fällen folgende Diagnosen vor:

- » Organische wahnhafte Störungen
- » Organische affektive Störungen
- » Demenzen
- » Affektive Störungen
- » Anpassungsstörungen
- » Wahnhafte Störungen
- » Angst- und Zwangsstörungen
- » Dissoziative und somatoforme Störungen

Die Station ist gekennzeichnet durch die hohe Anzahl von multimorbiden Patient*innen. In vielen Fällen liegen bei dem Patienten und Patientinnen neurologische und internistische Erkrankungen vor, die einer weiteren Zusatzdiagnostik und Behandlung durch die im Hause vorhandenen Internisten und Neurologen und Neurologinnen bedürfen. Des Weiteren ist die Station darauf vorbereitet, Patient*innen mit einer hohen Pflegeintensität aufzunehmen.

1.4. Aufnahmemodalitäten

Die Einweisungen erfolgen aus dem sozialen Umfeld der häuslichen Umgebung oder Einrichtungen der Altenpflege heraus auf der Grundlage einer Einweisung durch den Hausarzt, sowie als Verlegungen aus somatischen Krankenhäusern.

Die Aufnahmekoordination übernimmt in der Regel wochentags das Aufnahmemanagement. Einige Patient*innen kommen notfallmäßig zu unterschiedlichen Zeiten.

1.5. Behandlungsziele

Als Behandlungsziel ist hier die Diagnostik und Behandlung von gerontopsychiatrischen Leiden definiert, einhergehend mit psychischer und somatischer Stabilisierung. Therapie und Diagnostik müssen dabei auf psychiatrischem, neurologischem, allgemeinmedizinischem und sozialem Gebiet erfolgen.

Da es sich bei der Klientel der Station 56.2 um besonders akute Krankheitsfälle im Bereich der Gerontopsychiatrie handelt, steht die Abwendung der Eigen- oder Fremdgefährdung am Anfang der Behandlung häufig im Vordergrund. Hierbei sind die der Situation angemessene Kriseninterventionen erforderlich.

Je nach Krankheitsbild und Diagnose werden folgende Behandlungsziele verfolgt:

- » Regelung von Tag-Nacht-Rhythmus
- » Erhebung und Erhaltung der Ressourcen
- » Förderung der Autonomie
- » Steigerung des Selbstwertgefühls
- » Eskalationsvermeidung
- » Sturzprophylaxe
- » Besserung der Lebensqualität

- » Verbesserung der Alltagskompetenz
- » Wiedereingliederung in ein soziales Netz
- » Besserung der Stimmung und der Antriebslage
- » Beseitigung der wahnhaften Symptome
- » Optimierung der Medikation
- » Diagnostik und Behandlung der begleitenden internistischen und neurologischen Erkrankungen
- » Informationen und Unterstützung der Angehörigen, der bevollmächtigten Personen und der gesetzlichen Vertreter
- » Organisationen von psychosozialen Diensten die die Patientinnen und Patienten nach der Entlassung unterstützen
- » Unterstützung bei der Wohnform Veränderung, die in manchen Fällen aufgrund der akut aufgetretenen Erkrankung erforderlich ist

Als Anschlussbehandlung haben die Patient*innen die Möglichkeit, auf einer offenen geführten Station oder Tagesklinik weiterbehandelt zu werden.

In begründeten Fällen kann die ambulante psychiatrische Behandlung nach der Entlassung durch die Institutsambulanz der LVR Klinik Bedburg-Hau übernommen werden.

1.6. Das multiprofessionelle Team

Für die Umsetzung eines ganzheitlichen Konzeptes sorgen:

- » Ärztliches Team (Chef-, Ober-, Stationsarzt/Ärztin)
- » Fachkrankenpflegekräfte (u.a. Fachkrankenpfleger für psychiatrische Pflege, Fachkraft für Demenz, Wundmanagement und Palliativ-Care, Praxisanleiter, Heilpraktiker für Psychotherapie)
- » Gesundheits- und Krankenpflegekräfte
- » Altenpflegekräfte
- » Krankenpflegeassistentin
- » Sozialarbeiterin
- » Pflegefachkraft für die Pflegeüberleitung
- » Psychologin
- » Ergotherapeutin
- » Physiotherapeutin
- » Gesundheits- und Krankenpflegeschüler
- » Altenpflegepraktikanten

1.7. Ziele und Aufgaben des Pflorgeteams

Das Pflorgeteam erfüllt folgende Aufgaben:

- » Herstellung einer tragfähigen Beziehung
- » Entlastende Maßnahmen in der Aufnahmesituation
- » Die psychische und pflegerische Betreuung der Patient*innen
- » Erhaltung der größtmöglichen Autonomie der Patient*innen
- » Vermittlung einer Krankheitseinsicht und eines Krankheitsverständnisses
- » Realitätsbezug herstellen, Patient*innen darin unterstützen, ihre Probleme wahrzunehmen und Fremdhilfe anzunehmen
- » Förderung der kognitiven Fähigkeiten bzw. vorhandener Ressourcen
- » Patient*innen bei der Umsetzung der Pflege motivieren
- » Orientierungshilfen anbieten (z.B. durch Tages- und Wochenstruktur), um auch gleichzeitig einen ausgeglichenen Schlaf-Wach-Rhythmus zu erlangen

- » Sicherheit und Akzeptanzgefühl geben, so dass sich der Patient, die Patientin akzeptiert fühlt und sich unbeschwert in seiner Umwelt zurechtfinden kann
- » Soziale Stabilisierung der Patient*innen, Einbezug der Angehörigen
- » Vorbereitung des sozialen Umfeldes für die Zeit nach der Entlassung
- » Prognose bezüglich der Pflegesituation im sozialen Empfangsraum
- » Praktische, konzeptionelle Ausbildung der Schüler
- » Organisationsaufgaben, die sich aus der Behandlung ergeben

Das auf der Station praktizierte Pflegesystem beruht hierbei auf der Grundlage des Pflegemodells nach Orem. Das Pflegemodell nach Orem orientiert sich an dem Leitsatz: „Hilfe zur Selbsthilfe“.

Das Pflegepersonal arbeitet mit der Anwendung der Bezugspflege. (siehe Leitlinie Bezugspflegesystem) Dadurch finden die Patient*innen und Angehörige feste Ansprechpartner, die sie während der gesamten Behandlung begleiten. Probleme werden im multiprofessionellen Team analysiert, Lösungen unter Berücksichtigung vorhandener Ressourcen werden zielorientiert erarbeitet. Maßnahmen der Behandlung und Pflege werden defizitorientiert in Zusammenarbeit mit den Patient*innen geplant. Ständige Überprüfung der Zielvorgaben und gegebenenfalls notwendige Neuanpassungen an veränderte Situationen bilden dann den Regelkreis des Pflegeprozesses. Bei der Umsetzung des Pflegeprozesses bietet die Berücksichtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens (nach Juchli) eine wichtige Stütze.

In Bezug auf demenziell Erkrankte ist die Anwendung spezieller Methoden der Validation und basalen Stimulation von großer Wichtigkeit. Die Biographiearbeit ist ein bedeutender Bestandteil bei der Pflege von an Demenz erkrankten Menschen. Ein für die Station erarbeiteter Biographiebogen wurde erstellt. Die Angehörigen werden mit einbezogen.

Um die Umsetzung des Pflegekonzeptes sicherzustellen, wurden Standards erarbeitet, an denen sich die Pflege bei ihrer Vorgehensweise orientieren kann. Diese Standards sollen ein Qualitätsniveau festlegen, Sicherheiten vermitteln, Dokumentationsarbeiten vereinheitlichen und vereinfachen. Arbeitsabläufe werden konkret beschrieben, so z.B. Aufnahmen, Entlassungen oder Pflegeaktivitäten.

2. Das therapeutische Team

2.1. Die ärztliche Behandlung

Stationsarzt/ -ärztin sind Ansprechpartner für Patienten und Angehörige über den gesamten Behandlungsprozess, vom Vorgespräch bis zur Entlassung. Er/sie plant und koordiniert die Therapie unter Supervision von Oberarzt und Chefärztin. Des Weiteren berät er/ sie Angehörige oder Bezugspersonen der Patienten bezüglich Diagnose, Krankheitsverlauf, Medikamentenwirkungen und Prognose. Mit der Entlassung der Patient*innen erstellt er/ sie die Kurzarzt- und Entlassungsbriefe. Der Stationsarzt/ die Stationsärztin ist für die Aufklärung über die erforderliche Behandlung verantwortlich. Er/ sie klärt über Indikation, Wirkung, Nebenwirkung und Wechselwirkung der medikamentösen und nichtmedikamentösen Therapieoptionen auf und ordnet diese an.

Da die meisten auf der Station 56.2 behandelnden Patientinnen und Patienten eine Bevollmächtigte Person oder einen gesetzlichen Vertreter haben, ist eine

lückenlose Kommunikation über den Behandlungsplan und den Behandlungsverlauf mit Bezugspersonen bzw. gesetzlicher Vertretung der Patientinnen und Patienten erforderlich.

Methode:

Im Aufnahmegespräch wird der psychische Befund des Patienten/der Patientin erhoben. Im Anschluss daran erfolgt bei jedem Patienten*in eine körperliche internistisch-neurologische Eingangsuntersuchung.

Standartmäßig werden bei jedem Patienten*in umfangreiche Laboruntersuchungen durchgeführt. Bei entsprechender Indikation stehen folgende weitere Verfahren zur Verfügung:

- » Psychologisch- diagnostisches Verfahren
- » Beurteilung im Bereich von Motorik, Sprache
- » Erkennung psychosozialer Ressourcen und Risiken
- » Verhaltensbeobachtung
- » Pädagogische Diagnostik
- » Apparative Untersuchungsverfahren (EMG, NLG, EEG, evozierte Potentiale, Neurosonologie)
- » Internistische Sonographie
- » Bildgebende Verfahren (MRT, CCT)
- » Echokardiographie transthorakal
- » LZ EKG
- » EKG
- » Belastungs-EKG
- » LZ RR
- » Lungenfunktionsprüfung
- » Röntgen

Durch enge konsiliarische Zusammenarbeit mit den umliegenden Krankenhäusern, können bei Bedarf weitere diagnostische und therapeutische Maßnahmen eingeleitet werden.

Da es sich bei der Patienten Klientel auf der Station 56.2 um häufig somatisch erkrankte Menschen handelt, steht eine umfangreiche und enge Zusammenarbeit mit den Internisten und Neurologen im Hause im Vordergrund.

Bezüglich der neurologischen Behandlung sind sowohl konsiliarische Untersuchungen als auch Verlegungen in die Abteilung Neurologie bei schwerpunktmäßig im Vordergrund stehenden neurologischen Krankheitsbildern möglich. Die Behandlungspfade werden gemeinsam mit den Kollegen*innen aus der Neurologie engmaschig festgelegt.

In vielen Fällen wird die in der Neurologie begonnene Behandlung auf der Station 56.2 fortgesetzt, die psychiatrische Behandlung wird intensiviert.

Im Falle einer notwendigen Vertiefung der neurologischen Diagnostik, können die Patienten*innen im Laufe der Behandlung zur Neurologie verlegt werden, im Anschluss daran erfolgt die Rückverlegung zur Station 56.2, falls eine weitere psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit besteht.

Bei akuten interkurrenten Erkrankungen stehen die somatischen Krankenhäuser des Kreises Kleve zur Verfügung, mit denen seit Jahren eine gute Zusammenarbeit besteht. Nach entsprechender Rücksprache und Aufklärung der bevollmächtigten Personen und betroffener Patientinnen und Patienten, werden

die dringend indizierte Verlegungen vorgenommen. Im Anschluss kann die stationäre psychiatrische Behandlung weiter auf der Station 56.2 fortgesetzt werden. In den Fällen einer Indikation zu einer internistischen Mitbehandlung stehen die Kollegen aus der Abteilung Internistische Diagnostik mit Rat und Tat zur Verfügung. Hierbei können die o.g. Zusatzuntersuchungen in Anspruch genommen werden. Eine engmaschige internistische Betreuung bedeutet eine routinemäßige Überprüfung und ggf. Aktualisierung der internistischen Medikation und die Durchführung der individuell indizierten diagnostischen Maßnahmen. Hierbei findet die Beurteilung der gesamten Therapieplanung insbesondere hinsichtlich der pharmakologischen Wechselwirkungen und damit verbundenen Risiken statt. Zusätzlich kann in besonderen Fällen die Klinikapotheke zur Rate gezogen werden. Auf diese Weise kann eine optimale Therapieoption für jede Patientin/jeden Patienten ausgearbeitet werden, die einen maximalen Nutzen bei minimaler Belastung beinhaltet, die unerwünschten Arzneimittelwirkungen werden minimiert. Geplant ist mittelfristig die Mitarbeiterinnen der Apotheke regelmäßig an den Chefarztvisiten teilnehmen zu lassen, um eine optimale medikamentöse Einstellung herzustellen.

Die umfangreiche ärztliche Diagnostik und Behandlung im stationären Rahmen verbessert die gesamte Prognose bei Patientinnen/Patienten und stellt eine solide Basis für die weitere ambulante Behandlung dar.

Neben der ärztlichen Diagnostik und Behandlung, werden auch die anderen Aspekte der ganzheitlichen Betreuung der Patienten*innen berücksichtigt. In den multiprofessionellen Teamsitzungen werden die Handlungsbedarfe auf den Ebenen:

- » weitere ambulante ärztliche Versorgung der Patienten*innen nach der Entlassung
- » potentielle Notwendigkeit einer gesetzlichen Vertretung
- » Unterstützung durch die ambulanten psychiatrischen Dienste oder die Pflegedienste nach der Entlassung
- » Regelungen die Wohnsituation betreffend
- » Antragstellung bezüglich des Pflegegrades, Rehabehandlung oder der Anschlussbehandlung
- » Unterstützung beim Schriftverkehr ermittelt.

Zum Abschluss der stationären Behandlung kann die Entlassungsvorbereitung unter der Berücksichtigung der o.g. Aspekte, mit der Unterstützung des Entlassungsmanagements stattfinden.

Es gibt zwei Möglichkeiten:

Es erfolgt eine Entlassung in die Häuslichkeit, die involvierten Bezugspersonen oder Pflegedienste werden über die geplanten Behandlungsoptionen informiert, die weitere Therapie durch die ambulant tätigen Ärzte wird gesichert.

Eine andere Option stellt eine Verlegung auf die offene gerontopsychiatrische Station der Abteilung oder in die teilstationäre Behandlung dar; von dort startet, nach einer entsprechenden Zustandsstabilisierung und weiterer Therapieoptimierung auf der Station/in der Tagesklinik, die endgültige Entlassungsvorbereitung. In beiden Fällen wird ein ärztlicher Entlassungsbrief angefertigt, so dass

die weiter behandelnden Kollegen*innen eine ausführliche Information bekommen.

2.2. Der psychologische Dienst

Die psychologischen Einzelgespräche dienen der Behandlung seelischer Leidenszustände. Neben der psychischen Stabilisierung der Patient*innen sowie der Rückbildung der akuten Symptomatik, soll es den Patient*innen ermöglicht werden die Gründe für sein Handeln, Denken und Fühlen zu verstehen. Mithilfe von psychologischen Techniken sollen dysfunktionale Denkweisen, Gefühle oder Handlungen durch funktionalere ersetzt werden und somit den Patient*innen ein höheres Maß an eigener Kontrolle gegeben werden. Des Weiteren führen die Mitarbeiter des psychologischen Dienstes zur Abklärung von Demenzen und anderen Differentialdiagnosen Tests durch.

Folgende wissenschaftlich validierte und zuverlässige testpsychologische Instrumente werden für die kognitive Statusüberprüfung verwendet:

- » Montreal Cognitive Assessment (MOCA, Nasreddine, 2005)
- » Mini Mental State Test (MMST, Folstein et al., 1975)

Mithilfe der testpsychologischen Instrumente werden kognitive Fähigkeiten wie Sprache, Orientierung, Gedächtnis, Rechenfähigkeiten, Aufmerksamkeit, räumlich-konstruktive sowie exekutive Fähigkeiten untersucht. Die Resultate der Testung erlauben eine Einstufung des Schweregrads der potentiell vorhandenen kognitiven Defizite.

2.3. Sozialarbeit

Die Sozialarbeit beschäftigt sich mit der konkreten Lebenssituation der Patient*innen und seiner Angehörigen. Sie findet in Form von Beratung, Vermittlung und Koordination von Hilfen statt. Auch kann eine Begleitung zu den Einrichtungen der ambulanten, teilstationären und stationären Altenhilfe erfolgen. Der Handlungsablauf orientiert sich dabei am Regelkreislauf des Case-Managements.

- » Einschätzung und Definition der Problemlage
- » Hilfeplanung und Umsetzung von Lösungsvorschlägen
- » Intervention und Hilfe bei der Umsetzung
- » Evaluation der eingeleiteten Hilfsmaßnahmen, evtl. Neueinschätzung
- » Unterstützung bei der Antragstellung

2.4. Aufnahmemanagement/ Verlegungsmanagement/ Entlassungsmanagement

Das Aufnahmemanagement koordiniert die Aufnahmen, Verlegungen, Entlassungen und Überleitungspflege. Des Weiteren steht das Aufnahmemanagement als Berater und Informationsgeber für alle Mitarbeiter, Patient*innen und Angehörigen zur Verfügung.

2.5. Überleitungspflege

Ziel der Überleitungspflege ist die Information, Beratung und Hilfe beim Übergang vom Krankenhaus in häusliche Versorgung. Es besteht das Angebot der Visitation des Wohnumfeldes zur Problemanalyse. Erstellung von Problemlösungshilfen und Mikroschulungen im häuslichen Bereich.

- » Pflegeberatung
- » Mikroschulungen

- » Netzwerkanalyse
- » gemeinsames Erarbeiten von Versorgungszielen
- » Hilfeplan erstellen
- » Evaluation

Eine Pflegesprechstunde findet 1xwöchentlich und nach Terminvereinbarung statt. Sie bietet pflegenden Angehörigen die Möglichkeit der Information und Beratung in Pflegefragen.

2.6. Ergotherapie

Die ergotherapeutische Behandlung findet 5x in der Woche statt.

Die von Stationsarzt verordnete Therapie wird von der Ergotherapeutin in eine dem Krankheitsbild entsprechende Gruppe eingeteilt.

Die Dauer einer Ergotherapie ist individuell ausgerichtet. Sollte der Patient auf Grund seiner Erkrankung noch nicht belastbar sein, kann er die Therapie nach Absprache vorzeitig verlassen.

Die Therapieeinheiten umfassen neben dem Erstgespräch die Einzel- und Gruppentherapien.

Kognitives Training

Das kognitive Training beinhaltet Methoden, welche Defizite im Bereich des Kurzzeitgedächtnisses, der Wahrnehmung, der Aufmerksamkeit, der Konzentration und Orientierungsstörungen beheben sollen. Hierzu werden verschiedene therapeutische Medien benutzt.

Kreatives Arbeiten

Hier haben die Patient*innen die Möglichkeit sich individuell für eine kreative Aufgabe zu entscheiden. Ziel der Therapie ist es, den Patient*innen eine Tagesstrukturierung zu ermöglichen. Die vorhandenen Fähigkeiten sollen dabei erhalten bleiben. Weitere Ziele sind die Förderung der größtmöglichen Selbständigkeit, Kommunikation und Interaktion.

Lebenspraktisches Training

Das Ziel der Therapie beläuft sich auf den Erhalt von vorhandenen Fähigkeiten und größtmöglicher Selbständigkeit. Es dient der Förderung der Selbständigkeit, Kommunikation und der Interaktion. Das Selbstwertgefühl wird durch den Ablauf der Therapie gestärkt.

Wohlfühlprogramm

Hierbei handelt es sich um eine Therapieform, welche die Sinne der Menschen anspricht. Es sollen angenehme Erlebnisse, Verhaltensweisen und Ressourcen wiedererweckt werden, die durch die psychische Erkrankung verloren gingen.

In verschiedenen Sitzungen werden alle fünf Sinne angesprochen.

Ziel ist das lebenspraktische Training durch Aktivierung gesunder Anteile und soziale Aktivierung.

Einzel- und Gruppentherapie

Hierbei handelt es sich um eine Therapieform, welche individuell auf den Patient*innen eingeht. Sie fördert die soziale Aktivierung, den Kontakt/Interaktion und das Kommunikationsverhalten.

In der Einzeltherapie soll der Patient die Möglichkeit bekommen seine aktuelle Problematik zu bearbeiten. Dazu dienen verschiedene Medien.

2.7. Physiotherapie

Die Physiotherapie ist ein wichtiger Bestandteil der stationären Behandlung. Sie nutzt spezielle Behandlungstechniken und wird bei Störungen des Bewegungsapparates eingesetzt. Bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen zielt Physiotherapie meist auf die Aspekte der Behandlung erworbener Bewegungsstörungen ab.

Dabei müssen folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- » Allgemeine Zielsetzung
- » Größtmögliche Selbstständigkeit
- » Entwicklung eigener Handlungs- und Bewegungsstrategien
- » Förderung der Lebensqualität
- » Wiederherstellen und Erhalten der Mobilität
- » Lösen von Muskelverspannungen und Korrektur von muskulären Dysbalancen
- » Schmerzprophylaxen und Schmerzlinderung
- » Beseitigung bzw. Linderung von Kontrakturen an Gelenken, Muskeln und Haut
- » Behebung des pathologischen Haltungs- und Bewegungstonus
- » Regulierung des Muskeltonus
- » Verbesserung und Schulung von Haltung, Bewegungsabläufen und Gangbild
- » Hilfsmittelversorgung

Die Physiotherapie auf der Station 56.2 übernimmt die spezifische Diagnostik, Beratung, Hilfestellung sowie Anleitung zur optimalen Versorgung der betroffenen Menschen (unterstützende Hilfsmittel, sowie Transfers) im häuslichen Bereich.

Die Bewegung ist Basis der Ausdrucks- und Kommunikationsfähigkeit. Bewegung geht über den aktiven körperlichen Aspekt hinaus. Sie beinhaltet auch immer geistige, seelische und soziale Anteile.

Das Ziel ist die Förderung der allgemeinen Gesundheit, Mobilisation, die Stabilisierung des Herz- und Kreislaufsystems, Abbau von Spannungen, Körpererfahrung und Körperwahrnehmung.

2.8. Freizeitgestaltung

Vom Pflegedienst werden Maßnahmen und Aktivitäten geplant. Diese sind ausgerichtet auf die Möglichkeiten und die Interessenlage der Kranken. Es kann sich hierbei um kurzfristig angesetzte, spontane Vorhaben handeln wie:

Spaziergänge in Begleitung mit einer Pflegekraft, Leserunden, Zeitungsschau, Spielgruppen auf der Station, Bastel- oder Maleinheiten, Kochen und Backgruppen, Entspannungsgruppen, balancierte Ohrakupunktur.

3. Kommunikation Patient mit dem Team

Visiten

Es findet 2xwöchentlich im Beisein des therapeutischen Teams eine Chefarzt- und Oberarztvisite statt. Dort werden evtl. Änderungen in Bezug auf die Behandlungsplanung, Medikamente und Entlassungstermine besprochen.

Täglich findet eine Visite mit dem Stationsarzt statt.

Pflegeteamgespräche

Diese finden kontinuierlich nach Bedarf statt. Dabei werden organisatorische/konzeptionelle Veränderungen und Ideen besprochen, die pflegerelevant sind und das Pflegeverständnis stärken.

Bezugspflegegespräche

Diese werden zu jeder Zeit im Rahmen der Behandlung geführt und dienen dazu, den Patient*innen Sicherheit zu vermitteln.

Siehe auch Leitlinie Bezugspflegesystem

Angehörigensprechstunde

Die Angehörigen Sprechstunde findet entweder persönlich oder als telefonische Sprechstunde statt. Im Rahmen dieser Sprechstunde wird der aktuelle Verlauf, die Therapieplanung und die aktuelle Medikation erläutert. Zudem können alle Fragen der Angehörigen bezüglich der Diagnose, Behandlung und Therapieplanung gestellt werden, es findet die Entlassungsvorbereitung und Beratung der Angehörigen statt.

4. Koordination der Arbeit

Dienstübergaben

finden jeweils in den vorhandenen Überschneidungsphasen statt und dienen der Weitergabe wichtiger Informationen um eine optimale Behandlungsplanung zu gewährleisten.

Fallbesprechungen

Diese finden 1x wöchentlich statt. Sie dienen der Besprechung von Problem und Zielsetzung der Patient*innen. Dadurch entsteht ein gemeinsames integriertes Bild vom Patient*innen.

AVE (Aufnahme, Verlegung, Entlassung)

Es findet wöchentlich ein Informationsaustausch im Rahmen von Aufnahme, Verlegung und Entlassung (AVE) innerhalb der gerontopsychiatrischen Abteilung statt.