

Inhalt

Vorwort	5
Abkürzungsverzeichnis.....	13
I Einführung	
1 Geriatrie ist Teamarbeit – interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem Multiprofessionellen Team.....	17
<i>Friedhilde Bartels</i>	
1.1 Einleitung	17
1.2 Was ist ein Team?	18
1.3 Phasen der Teamentwicklung	19
1.3.1 Einstiegs-Findungsphase (Kontakt).....	19
1.3.2 Auseinandersetzungs- und Streitphase (Konflikt)	19
1.3.3 Regelungs- und Übereinkommensphase (Kontrakt)	19
1.3.4 Arbeits- und Leistungsphase (Kooperation)	20
1.3.5 Auflösungsphase	20
1.4 Eigenschaften und Grundhaltungen gut funktionierender Teams.....	20
1.5 Stolpersteine und Herausforderungen von Teamarbeit	23
1.6 Wert der Teamarbeit – erfolgreiche Teams in der Geriatrie	23
1.7 Gelingende Zusammenarbeit im MPT in der Geriatrie.....	27
1.8 Der geriatrische Patient im Multiprofessionellen Team von der Aufnahme bis zur Entlassung	30
1.8.1 Tägliche und wöchentliche Teambesprechung.....	31
1.8.2 Entlassung planen.....	32
1.9 Chancen und Probleme von Teamarbeit	34
1.10 Regelmäßige Gemeinsamkeiten zur Teamförderung gestalten	35
Literatur	36
2 Erfahrungswissen von erfahrenen Kolleg*innen erhalten.....	38
<i>Friedhilde Bartels</i>	
Literatur	39

3	Generationenübergreifende Zusammenarbeit: gemeinsam die Zukunft gestalten	40
	<i>Michaela Kast</i>	
3.1	Das Wichtigste in Kürze	40
3.2	Schlüsselfaktoren für gelingende Zusammenarbeit.....	40
3.3	Generationsspezifische Unterschiede?	41
3.4	Die Zukunft gemeinsam gestalten.....	43
	Literatur	44
II	Beiträge von Therapeutinnen des Multiprofessionellen Teams	
4	Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Menschen mit Demenz. Erkennen und Umgang: Was Pflegekräfte anwenden können – ein Beitrag aus Sicht der Logopädie.....	47
	<i>Silke Pfeil</i>	
4.1	Einleitung	47
4.2	Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Demenz einordnen	48
4.2.1	Demenz und Aphasie – logopädische Diagnostik- und Abgrenzungskriterien	48
4.2.2	Sprachstörung (Kognitive Dysphasie) bei Demenz: Darstellungsebenen mit Beispielen aus der logopädischen Arbeit und pflegerischen Interaktion	51
4.3	Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Demenz: Therapie und Umgang	53
4.3.1	Nicht medikamentöse Behandlungsansätze bzw. »psychosoziale Interventionen« (Romero 2014) im Rahmen eines Demenz-Managements	54
4.3.2	Umgang mit Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Demenz: einige Anregungen für Pflegekräfte.....	56
4.4	Zusammenfassung und Ausblick.....	60
	Literatur	61
5	Der Rollstuhl als Sprungbrett zu Mobilität und Teilhabe – ein Beitrag aus Sicht der Ergotherapie.....	63
	<i>Caren Wittmershaus</i>	
5.1	Mobilität sichert Selbstbestimmung	63
5.2	Ein Rollstuhl für den Start	64
5.3	Der passende Rollstuhl	66
5.4	Besonderheiten bei bereits vorhandenen Hilfsmitteln	68
5.4.1	Patient*innen verwechseln Rollator und Rollstuhl	68
5.4.2	Die Fußrasten auf die Beinlänge anpassen – Problem.....	68
5.4.3	Kyphose und überstreckte Halswirbelsäule	68
5.5	Rollstuhl schieben.....	68
5.5.1	Mobil im Rollstuhl	69

5.6	Zusammenfassung.....	70
	Literatur	71
6	»Normales« Gehen und möglicher Hilfsmiteinsatz zum Erhalt der Mobilität – ein Beitrag aus Sicht der Physiotherapie.....	72
	<i>Stefanie Kastner</i>	
6.1	»Normale« Bewegung und »normales« Gehen.....	72
6.1.1	»Normale« Bewegung	72
6.1.2	»Normales« Gehen	72
6.1.3	Gangphasen	75
6.1.4	Ganganalyse.....	76
6.1.5	Hilfsmittelversorgung.....	78
6.1.6	Rollator – fahrbare Gehhilfe	79
	Literatur	81
III	Zusammenarbeit im Team (Pflege und Therapie) anhand eines Beispiels	
7	Förderung/Erhaltung einer Lebensqualität auch bei Schluckstörungen....	85
	<i>Kathrin Eulitz und Philipp Wiemann</i>	
7.1	Die Phasen des Schluckvorgangs.....	85
7.1.1	Die orale Vorbereitungsphase	85
7.1.2	Die orale Phase.....	86
7.1.3	Die pharyngale Phase.....	86
7.1.4	Die ösophageale Phase	87
7.2	Die Funktion der Schutzreflexe/Schluckreaktionen (als Voraussetzung für Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme).....	87
7.3	Die Einteilung der Dysphagiestufen.....	88
7.4	Ursachen für Dysphagien	88
7.5	Woran erkenne ich als Pflegende Schluckstörungen?	89
7.6	Praxistipp: Informationssammlung.....	90
7.7	Exkurs: »Dysphagiekost«.....	91
7.7.1	Anpassen der Konsistenzen und Portionsgrößen von Speisen und Getränken, um das Verschlucken zu vermeiden (praktische Beispiele)	91
7.7.2	Aktivierend-therapeutische Pflege/Maßnahmen bei der Nahrungsdarreichung, -aufnahme und Nachbereitung bei zu pflegenden Personen mit Schluckstörungen.....	92
7.8	Fazit.....	96
	Literatur	96

IV	Drei Handlungs- und Pflegeschwerpunkte: 1. Aspekte der Beziehungsarbeit	
8	Angehörige in der ATP-G: Störenfriede, Besserwisser oder Mitgestalter?...	101
	<i>Friedhilde Bartels</i>	
8.1	Einleitung	101
8.2	Professionell Pflegende	102
8.3	Belastungen führen zu Überlastungen	103
8.4	Pflegende befinden sich oft in einer herausfordernden »Sandwich-Funktion«.....	103
8.5	Wie sind oder fühlen Angehörige?	104
8.5.1	Der konstruktive Umgang mit schwierigen Angehörigen und ihren Beschwerden.....	107
8.5.2	Drei »Persönlichkeitstypen« von Angehörigen	109
8.5.3	Beschwerden als »positives Controlling« nutzen.....	113
8.6	Informationen	114
8.6.1	Praxisbeispiel: Allgemeines Stationsinfoblatt	114
8.7	Beratungen und Anleitungen.....	118
8.7.1	Die Familiäre Pflege	118
8.7.2	Voraussetzung zur Konzeptumsetzung: Angehörige in der ATP-G als Mitgestalter einbeziehen	119
	Literatur	119
V	Drei Handlungs- und Pflegeschwerpunkte: 2. Bewegung	
9	Die Eigenaktivität der Patient*innen ist nur so gut, wie wir sie ihnen ermöglichen.....	123
	<i>Claudia Eckardt und Magdalena Bruss</i>	
9.1	Einleitung	123
9.2	Analysefelder.....	124
9.3	Wie erreichen wir mehr Eigenaktivität für Alltagshandlungen?.....	125
9.3.1	Was beeinflusst unsere Mobilität?.....	125
9.3.2	Der Mensch bewegt sich, weil er ein Ziel hat!	125
9.3.3	Patientenbeispiel Frau J.	126
9.4	Räumliche Orientierung und die Bedeutung von Händen, Füßen und Augen.....	142
	Literatur	143
10	Lebensqualität durch stabilen Sitz im Bett	144
	<i>Sabine Himmler</i>	
10.1	Einleitung	144
10.2	Was sind mögliche Indikationen für eine Aktivierend-therapeutische Intervention im Bett?.....	146
10.3	Wie wird das Sitzen gewährleistet, wenn die Person gesundheitlich und/oder medizinisch noch nicht wiederhergestellt ist?.....	147

10.3.1	Drei unterschiedliche Sitzpositionen	147
10.4	Evaluationskriterien	150
10.5	Ziel der Aktivierend-therapeutischen Position »stabiler Sitz im Bett«... ..	151
	Literatur	151

VI Drei Handlungs- und Pflegeschwerpunkte: 3. Selbstversorgung

11	»Gesund« beginnt im Mund – Mund- und Zahnpflege unter ATP-G Gesichtspunkten	155
	<i>Daniela Lorenzen</i>	
11.1	Einleitung	155
11.2	Normale und veränderte Mundgesundheit im Alter.....	156
11.2.1	Die »normale« und veränderte Alterung der Zähne und des Mundes.....	157
11.2.2	Folgen unzureichender Mund- und Zahnpflege.....	158
11.3	Aktivierend-therapeutische Mund- und Zahnpflege bei dysphagischen Patient*innen mit einem Selbstversorgungsdefizit.....	158
11.3.1	Anamnese	159
11.3.2	Therapeutische Pflegeziele	160
11.3.3	Grundsätze der Maßnahmenplanung.....	160
11.3.4	Hilfsmittel zur Mundpflege.....	162
11.3.5	Evaluation.....	168
11.4	Nicht geeignete Hilfsmittel	168
11.5	Schlussfolgerung.....	169
	Literatur	169
12	Ausscheidung – Kontinenzprofile	171
	<i>Dagmar Nielsen</i>	
12.1	Kontinenzprofile – Selbsthilfefähigkeit beschreiben.....	171
12.1.1	Dimensionen der Inkontinenz	172
12.1.2	Beschreibung der Inkontinenz	173
12.1.3	Beschreibung der sechs (In-)Kontinenzprofile.....	173
12.1.4	Fallbeispiele für Kontinenzprofile.....	174
12.2	Fazit.....	175
	Literatur	176

VII Weitere Aspekte, die zu bedenken sind

13	Aktivierend-therapeutische Pflege bei Menschen mit Demenz.....	179
	<i>Sarah Eschmann</i>	
13.1	Einleitung	179
13.2	Das Körpergedächtnis – Chancen und Risiken.....	180
13.3	Körperpflege bei demenziell Erkrankten.....	182
13.4	Raumgestaltung	182
13.5	Gezielte Führung und Spürinformationen	183

13.6	Vertrauen als Basis des Handelns	183
13.6.1	Kreative Ideensuche als »Türöffner« für eine gemeinsame Basis...	184
13.7	Aktivierend-therapeutische Pflege bei hyperaktiven Patient*innen	185
13.8	Aktivierend-therapeutische Pflege bedeutet Ruhephasen zu ermöglichen.....	188
	Literatur	190
14	ATP-G und freiheitsentziehende/freiheitsbeschränkende Maßnahmen	191
	<i>Philipp Wiemann</i>	
14.1	Einleitung	191
14.2	Die rechtlichen Grundlagen der freiheitsentziehenden/ freiheitsbeschränkenden Maßnahmen	192
14.3	Die hausinternen Rahmenbedingungen einer Fixierung beispielhaft anhand einer Geriatrie im Bundesland Berlin	193
14.3.1	Die Vorbesprechung	193
14.3.2	Die Nachbesprechung im interdisziplinären Team.....	195
14.3.3	Sedierung.....	196
14.4	Die fachgerechte Positionierung innerhalb einer freiheitsentziehenden Maßnahme am Beispiel einer mechanischen Fixierung (4-Punkt- Fixierung vs. 4-Punkt-Akut-Fixierung).....	197
14.5	Stellungnahmen von Pflegeempfänger*innen während einer Nachbesprechung.....	200
14.6	Nach der Situation ist vor der Situation	200
14.6.1	Die Vorbereitung eines neuen Fixierbettes	200
14.6.2	Die Vorbereitung von Fixiersystemtaschen (am Beispiel).....	201
14.6.3	Die Aufbereitung der genutzten Fixiersysteme	201
14.7	Fazit.....	202
	Literatur	202
VIII	Anlagen und Verzeichnisse	
	Die Autorinnen und Autoren	205
	Anlage: Allgemeiner Behandlungspfad einer Geriatriischen Klinik (► Kap. 1.8) ...	209
	Stichwortverzeichnis	213