

„Überleitungsbogen DEMENZ (ÜLB-DEMENTZ)“

*Unterstützende Informationen zur Betreuung
von Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung im Akutbereich*

Sehr geehrte Damen und Herren,

unter dem Leitsatz „**Gut leben mit Demenz**“ wurden vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen und dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz Empfehlungen entwickelt, in denen die Bedürfnisse der Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung und deren Angehörigen Berücksichtigung finden. Die von den einzelnen Bundesländern bis dato umgesetzten Maßnahmen finden Sie unter: www.demenzstrategie.at

Mit Wirkungsziel 7 definiert der Bund die Entwicklung und die verbindliche Einsetzung von Instrumenten der Qualitätssicherung in Bezug auf die Betreuung und Behandlung von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen. Für den Umgang mit demenziell beeinträchtigten Menschen im Akutbereich wurde am Krankenhaus Laas ein „**Überleitungsbogen DEMENZ (ÜLB-DEMENTZ)**“ entwickelt und erprobt, der einfach in der Anwendung ist und wertvolle Zusatzinformationen bietet.

Die Krankenanstalten-Konferenz sprach sich im Mai 2017 für den kärntenweiten Einsatz des „**ÜLB-DEMENTZ**“ aus. Adaptierungen wurden im Zuge der Arbeitsgruppen-Sitzungen am 20.06.2017 und am 03.07.2017, an welchen Pflegekräfte des intra- und extramuralen Bereichs sowie VertreterInnen der Selbsthilfegruppe Alzheimer und des Landes Kärnten teilnahmen, vorgenommen. Die Abteilung 5 – Gesundheit und Pflege erklärte sich bereit, den Überleitungsbogen in ihrem Wirkungsbereich zu verteilen. Darüber hinaus wurde eine weitere Arbeitsgruppe bestehend aus ÄrztInnen und PsychologInnen implementiert, welche sich mit der Optimierung der Demenzdiagnostik und Therapie befasst.

Wir ersuchen Sie, den „**Überleitungsbogen DEMENZ**“ in Ihrem Wirkungskreis auszugeben. Dieser soll von Angehörigen bzw. Bezugspersonen ausgefüllt, dem Pflege- oder Verwaltungspersonal abgegeben werden. Bestenfalls wird der „**ÜLB-DEMENTZ**“ bereits von Angehörigen bzw. bei der Überstellung aus dem Pflegeheim ins Krankenhaus mitgebracht. Der „**ÜLB-DEMENTZ**“ eignet sich auch für Personen mit kognitiven Einschränkungen bzw. für Personen, die selbst keine Angaben machen können.

Um ein rasches Auffinden zu ermöglichen, ist der Bogen bitte mit dem Schlagwort „**Überleitungsbogen-Demenz**“ in das elektronische System einzuscannen.

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

Markus Grollitsch, B.A. für das Projektteam

T +43 (0) 4715 7701 DW 74401
E markus.grollitsch@kabeg.at



Patientenetikette

Erhebungsdatum

Sehr geehrte Bezugsperson!

Dieser Überleitungsbogen wurde speziell auf ältere Personen bzw. Menschen mit demenziellen Erkrankungen ausgerichtet und soll dem Pflegepersonal dieses Krankenhauses bei der Eingliederung Ihres Angehörigen in den Krankenhausalltag helfen und umfassende Informationen zusätzlich zum Aufnahmegespräch vermitteln.

Bitte geben Sie den ausgefüllten Bogen im Stationsstützpunkt ab!

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Mithilfe!

| | | | |
|---|-------------------------------------|---|---|
| Möchte angesprochen werden als Herr/Frau | | | |
| Früherer Beruf (z. B. Handwerk) | | | |
| Muttersprache | | | |
| Bezugsperson | | Telefonnummer | |
| gesetzliche Vertretung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Name | Telefonnummer | | |
| Patientenverfügung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Bisherige Versorgung: | <input type="checkbox"/> Angehörige | <input type="checkbox"/> mobiler Dienst | <input type="checkbox"/> 24 h Betreuung <input type="checkbox"/> Pflegeheim |
| Pflegegeld | Stufe | _____ | seit _____ |
| Demenz Diagnose | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | seit _____ |
| Allergien | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Fremdkörper / Metalle im Körper | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Sturzrisiko | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Welche Maßnahmen werden gesetzt? | | | |
| Schmerzäußerungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> keine Schmerzen |
| Wann treten Schmerzen auf? | | | |
| Wie werden Schmerzen geäußert? | | | |
| Welche Maßnahmen helfen? | | | |
| Einschränkungen beim Hören | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> schwer |
| Hörgerät vorhanden | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> mitgebracht |
| Anweisungen können umgesetzt werden | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Einschränkungen beim Sehen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> schwer |
| Brille vorhanden | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> mitgebracht |
| Text kann gelesen werden | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Text kann gelesen und verstanden werden | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Verstehen der Sprache | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> schwer |
| Kurze Fragen / Gesten werden verstanden | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Kontaktverhalten | | | |
| sucht Kontakt | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| lehnt Kontakt ab | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Der Betroffene teilt mit was er benötigt | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Stimmung | | | |
| | ängstlich | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| | gereizt | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| | gehoben | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| | gedrückt | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |



| | | | | | |
|--|---|---|---|--------------------------------------|---|
| Besonderheiten beim Essen und Trinken | | | | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Zahnprothese vorhanden | | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> mitgebracht | |
| Vorlieben | | | | | |
| Abneigungen | | | | | |
| Schluckstörungen | | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | | |
| Sind spezielle Maßnahmen/Hilfsmittel erforderlich? | | | | | |
| Gewohnheiten im Tagesverlauf (Rituale, Hilfestellungen) | | | | | |
| Morgens | Mittags | Abends | Nachts | | |
| | | | | | |
| Schlafen und Schlafgewohnheiten | | | | | |
| Schläft gut | | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | | |
| Geht zu Bett gegen | | _____ | Uhr | | |
| Schläft gerne bis | | _____ | Uhr | | |
| tagaktiv | | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | nachtaktiv | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Herausfordernde Verhaltensweisen | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Abwehrendes Verhalten bei der Körperpflege | <input type="checkbox"/> Ängste | <input type="checkbox"/> Antrieb gesteigert | <input type="checkbox"/> Antrieb vermindert | | |
| <input type="checkbox"/> Wiederholende Geräusche | <input type="checkbox"/> Unangemessenes Rufen | <input type="checkbox"/> Bedrohliches Verhalten | <input type="checkbox"/> Beschuldigungen | | |
| <input type="checkbox"/> „nach Hause wollen“ | <input type="checkbox"/> Misstrauen | <input type="checkbox"/> Nahrungsablehnung | <input type="checkbox"/> Medikamentenablehnung | | |
| <input type="checkbox"/> Einpacken | <input type="checkbox"/> Rückzug | <input type="checkbox"/> Teilnahmslosigkeit | <input type="checkbox"/> Ruheloses Umhergehen | | |
| <input type="checkbox"/> Aufräumen | <input type="checkbox"/> Unruheverhalten | <input type="checkbox"/> Weglauf-tendenzen | <input type="checkbox"/> Orientierungsschwierigkeiten | | |
| In welcher Situation: | | | | | |
| | | | | | |
| Gibt es bewährte Hilfestellungen? | | | | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Welche? | | | | | |
| | | | | | |
| Besondere Verhaltensweisen zu Hause: | | | | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Welche? | | | | | |
| | | | | | |
| Besondere Verhaltensweisen in fremder Umgebung: | | | | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Welche? | | | | | |
| | | | | | |
| Gibt es Gegenstände oder Rituale, welche der Beruhigung dienen? | | | | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Welche? | | | | | |
| | | | | | |
| Bei ständigem Rufen. Nach wem wird gerufen? | | | | | |
| | | | | | |