

Niederschrift der 21. Sitzung der Kommunalen Gesundheitskonferenz der Stadt Oberhausen am 19. Februar 2014

Anwesende: siehe Anwesenheitsliste

Beginn: 14.00 Uhr Ende: 16.15 Uhr

TOP 1 Begrüßung und Eröffnung

Frau Lauxen begrüßte die Anwesenden und stellte fest, dass es zur Niederschrift der letzten Sitzung keine Anmerkungen gab. Die Teilnehmenden stimmten der Erweiterung der Tagesordnung um zwei neue Punkte TOP 1 „Informationen zur neuen Notdienstplanung der Apothekerkammer Nordrhein“ und TOP 5 „Informationen zum Projekt Psychische Gesundheit – Ich fühl mich aber wie“ zu.

TOP 2 Informationen zur neuen Notdienstplanung der Apothekerkammer Nordrhein

Frau Abendroth, Sprecherin der Apothekerkammer Oberhausen, trat Befürchtungen entgegen, dass die neue Notdienstplanung zu Verschlechterungen bei der Versorgung der Oberhausener Bevölkerung führen würden. Die Änderungen können im Internet unter folgenden Webadressen nachvollzogen werden www.deutsche-apotheker-zeitung.de/politik/news/2013/09/27/nordrhein-regelt-notdienst-neu/11115.html und www.apotheker-aktuell.com/apotheker-aktuell/apothekenmarkt-intern/news/artikel/apothekerkammer-nordrhein-strukturiert-notdienste-neu/.

TOP 3 Aktuelle Entwicklungen im MRE-Netzwerk Oberhausen

Herr Dr. Karbach erläuterte anhand beigefügter Powerpoint-Präsentation den aktuellen Entwicklungsstand des MRE-Netzwerkes. Als nächste Schritte sind der Erwerb eines MRSA-Siegels, die Ausweitung des Netzwerkes auf die stationäre Pflege und die Beteiligung an einer RKI-Studie in Planung. In der Diskussion wurde von mehreren Teilnehmern die Hygiene in Oberhausener Krankenhäuser kritisiert.

TOP 4 Inklusion in Oberhausen: Wege, Planungen und Ideen zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention vor Ort

Frau Kogler und Herr Stahl vom Büro für Chancengleichheit legten mithilfe einer Präsentation ausgehend von der UN-Behindertenrechtskonvention die Planungsschritte in Oberhausen dar. Der Rat der Stadt hat im Mai 2011 beschlossen, einen Inklusionsplan für Oberhausen zu erstellen, der durch die eingesetzte Projektgruppe Inklusion initiiert wird. Zwischenzeitlich wurde eine Gliederung erarbeitet, die auch die Themenfelder Gesundheit und Pflege beinhaltet. Dort wurden bereits die Herausforderungen und die Chancen für das Gesundheitswesen formuliert. Zusätzliche stellten die Referenten einige Handlungsempfehlungen vor. In dem Prozess der Umsetzung soll die Gesundheitskonferenz

fortlaufend einbezogen werden. In der Diskussion wurden hauptsächlich Vorbehalte zur finanziellen Umsetzbarkeit der Zielsetzungen geäußert.

TOP 5 Vorstellung des aktualisierten Pflegeüberleitungsbogens

Herr Katner und Herr Eichstaedt vom Arbeitskreis Pflege stellten die Änderungen und Ergänzungen des Pflegeüberleitungsbogens, den es bereits seit 2003 gibt, vor. Erforderlich war die Überarbeitung, um die Anpassung an Veränderungen in der Praxis und die Verbesserung der Informationsqualität zu erreichen. Dem Wunsch des Vertreters der Zahnärztekammer, auch ein Feld für den „Hauszahnarzt“ vorzusehen, wurde entsprochen. Die Gesundheitskonferenz empfiehlt weiterhin allen Akteuren in Oberhausen den Pflegeüberleitungsbogen zu benutzen. Weitere Informationen kann man unter der Web-Adresse www.pflege-ob.de erhalten.

TOP 6 Informationen zum Projekt Psychische Gesundheit – „Ich fühl mich aber wie“

Frau Ricken und Herr Jötten vom DPWV suchen noch Kooperationspartner für dieses Projekt, welches durch die Krankenkassen finanziell unterstützt wird. In der ersten Phase werden bis Ende November 2014 eine Vielzahl von Veranstaltungen zur Psychischen Gesundheit durchgeführt. Die vorläufige Themenliste mit Terminplanung ist diesem Protokoll beigelegt.

TOP 7 Berichte aus Arbeitskreisen und Netzwerken

- Herr Jötten informierte die Anwesenden, dass der 9. Oberhausener Selbsthilfetag aufgrund der Umbauarbeiten im Bero-Zentrum nicht stattfinden kann.
- Herr Eichstaedt berichtete, dass das Projekt „Leuchtturm: Demenzberatung Oberhausen“, welches in der letzten Gesundheitskonferenz vorgestellt wurde, sich weiterhin sehr gut entwickelt und zahlreiche neue Standorte eingerichtet werden konnten. Außerdem gibt es jetzt einen Flyer in hoher Auflage, der alle Standorte übersichtlich auf einer Stadtkarte ausweist.

Turra-Ebeling

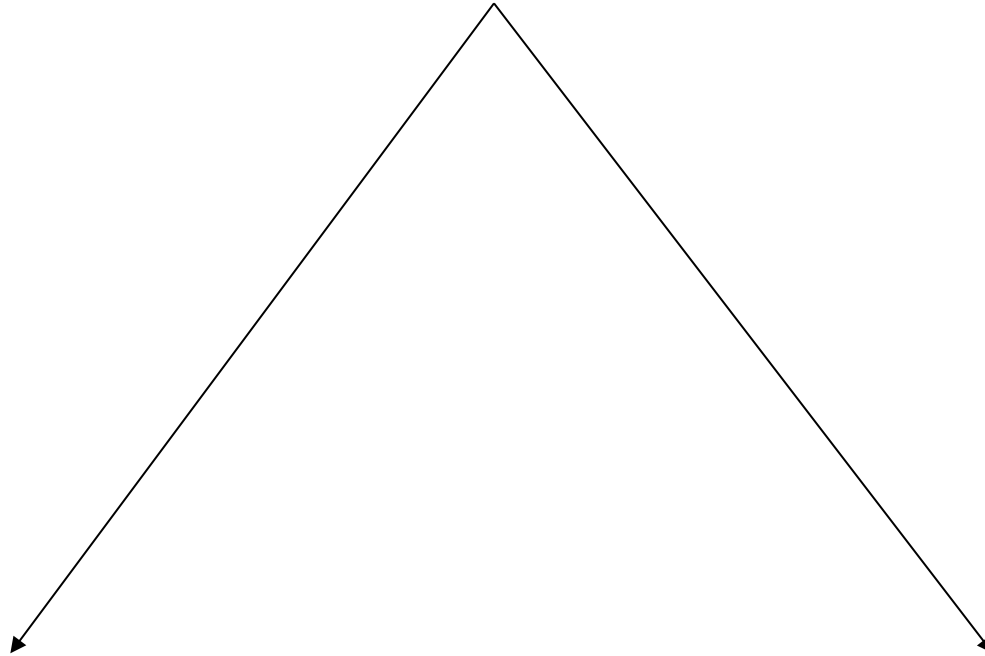
Das MRE-Netzwerk Oberhausen

Einblicke und Ausblicke

Übersicht

- Themen des Netzwerks in 2013
- HALT-II-Studie
- Ausblick

MRE-Netzwerk



Krankenhäuser, niedergelassene
Ärzte

Langzeitpflegeeinrichtungen

Krankenhäuser

- Koordination der Teilnahme von niedergelassenen Ärzten am MRE-Netzwerk
- Ambulante Diagnostik und Sanierung einer MRSA-Kolonisierung bzw. Infektion
- Praxis der Isolierung bei Infektionen oder Besiedlung mit gramnegativen MRE
- Standardisierung von Hygienemaßnahmen im Rettungs- und Krankentransportdienst

Langzeitpflegeeinrichtungen

- MRE und der Umgang mit Demenzkranken
- HALT-II-Studie

HALT-II

Healthcare associated infections in long-term care

Ergebnisse für Oberhausen

(Stand: 2/2014)

Ziel der Studie

- Für Deutschland und die meisten europäischen Länder existieren nur einige wenige Prävalenzstudien zu sogenannten healthcare associated infections (HCAI) in Altenpflegeheimen, und eine fortlaufende Dokumentation und Bewertung von HCAI und Antibiotikagaben in Altenpflegeheimen ist nicht etabliert. Daher wurde die europäische Prävalenzstudie HALT (healthcare associated infections in long-term care) entwickelt, die als Ziel hatte, sowohl HCAI als auch den Antibiotikagebrauch und die Antibiotikaresistenz von Erregern in Altenpflegeheimen zu erfassen.

Vorgeschichte von HALT-II

Nachdem im Jahr 2010 eine erste europaweite Punktprävalenzerhebung zu pflege- und therapieassoziierten Infektionen sowie zum Antibiotikagebrauch in Heimen für ältere Menschen durchgeführt wurde, veranlasste das ECDC (European Center for Disease Control and Prevention) im Jahr 2013 eine erneute europäische Punktprävalenzerhebung mit einem optimiertem Protokoll an.

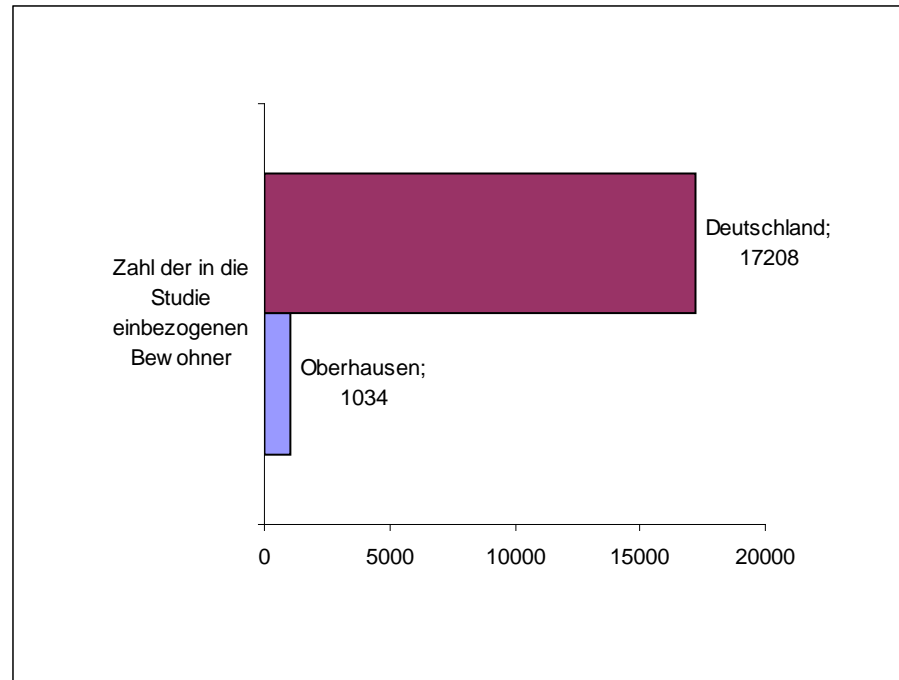
Vorbereitung der Studie

- Das Design der Studie sah eine Erhebung der erforderlichen Daten durch die Mitarbeiter der teilnehmenden Einrichtungen vor.
- Im Hinblick auf die einheitliche Durchführung und die Konsistenz der Daten wurden die teilnehmenden Einrichtungen vorher geschult.

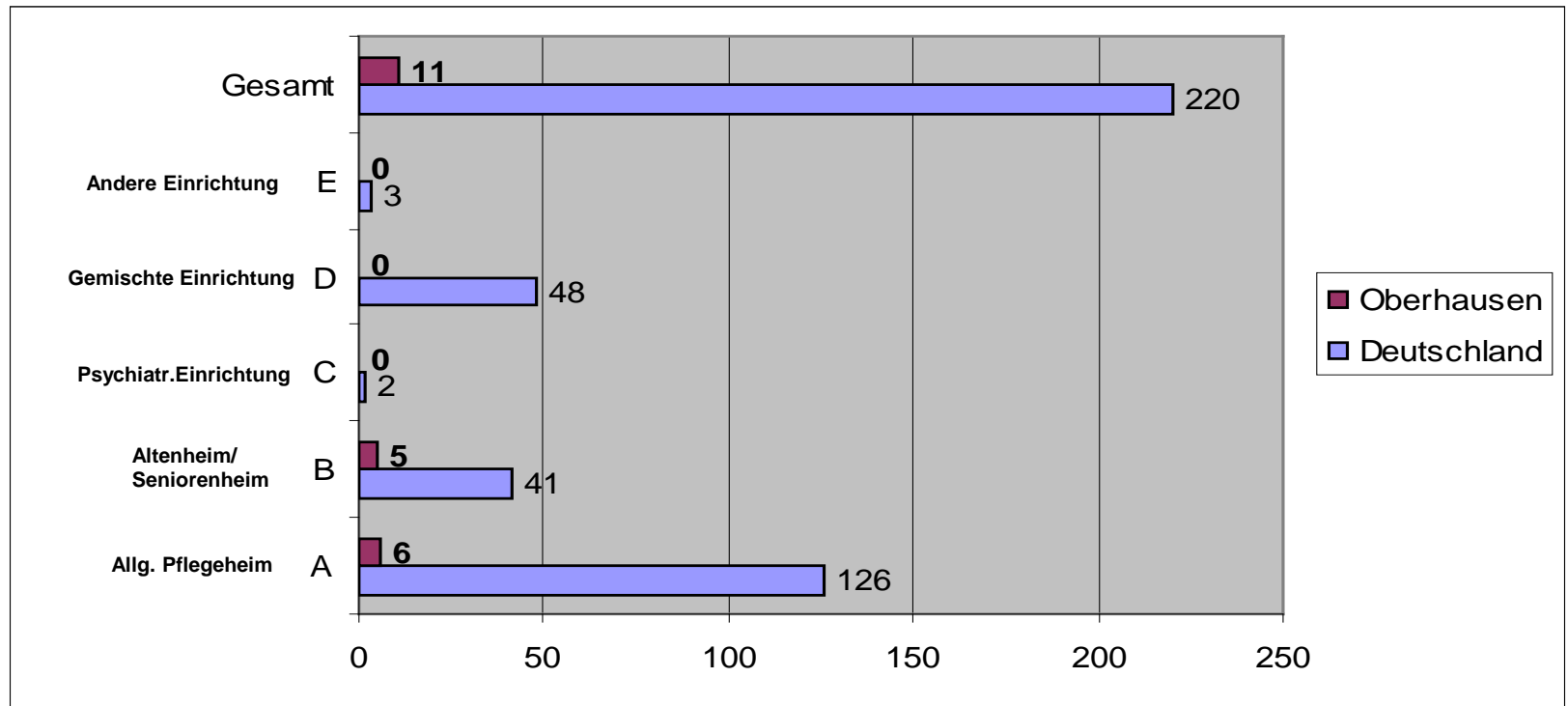
Teilnehmer in Oberhausen

- In Oberhausen nahmen elf Langzeitpflegeeinrichtungen für Seniorinnen und Senioren an der Europa weit durchgeführten Studie teil.

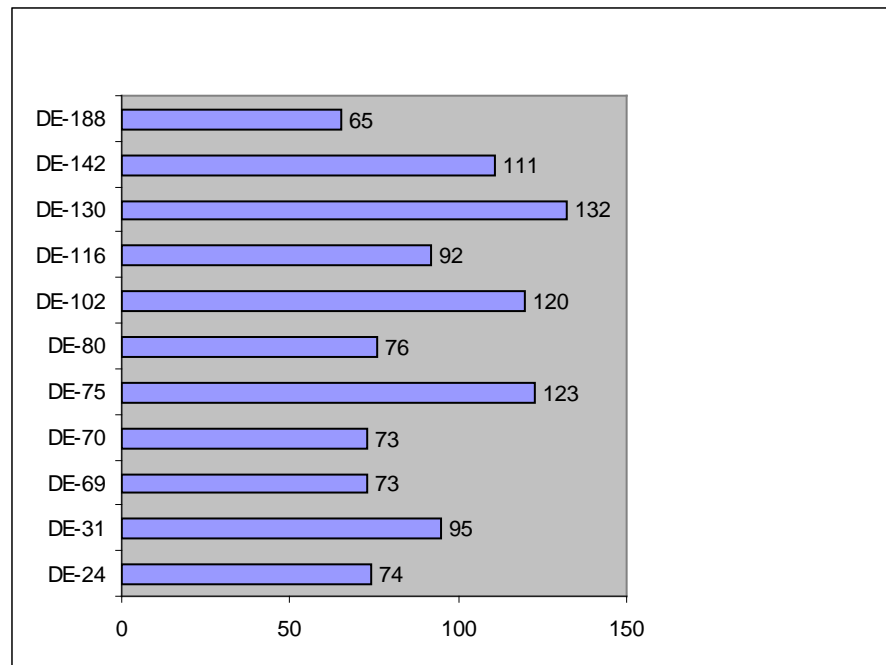
Anzahl der Studienteilnehmer



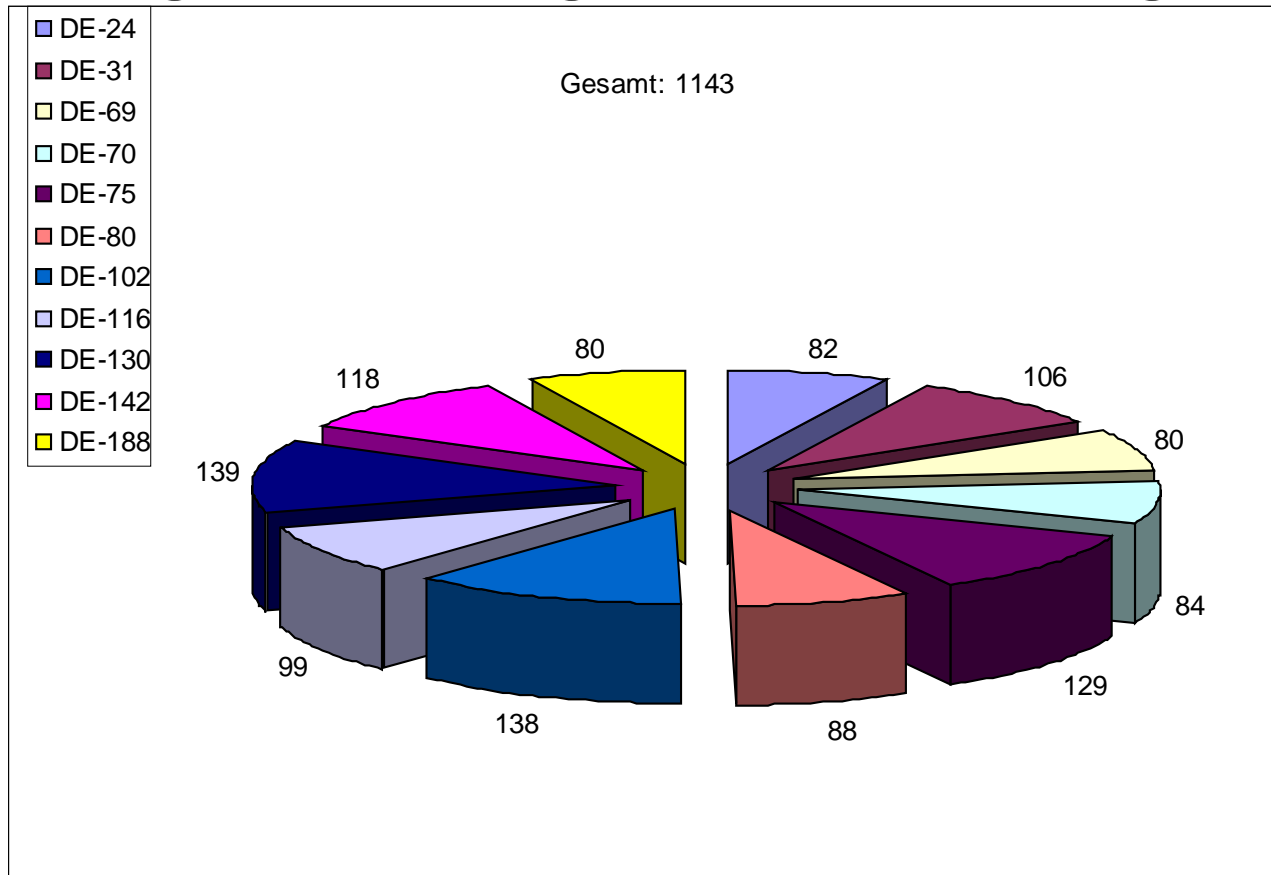
Art der Einrichtung



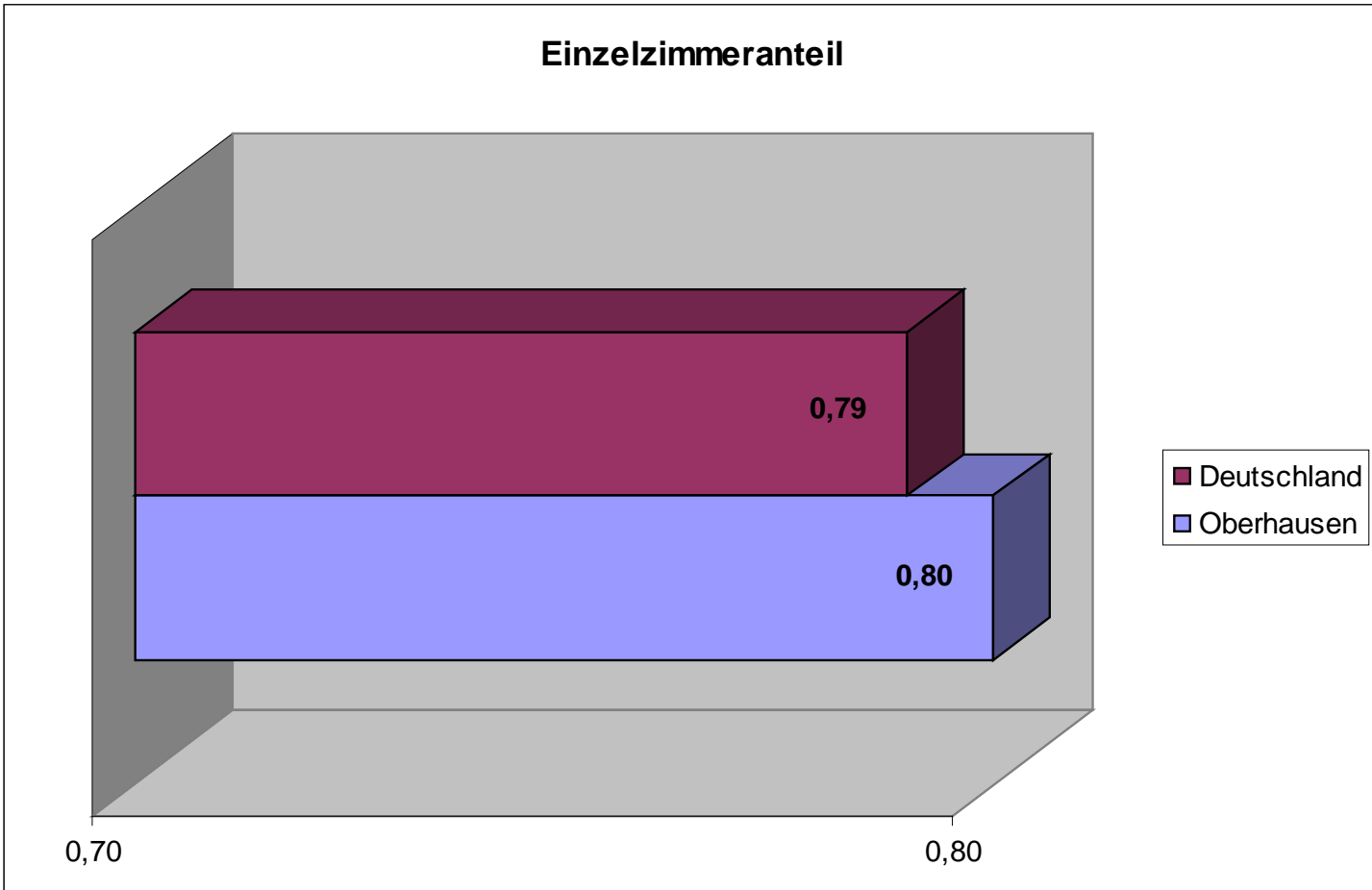
Verteilung der Bewohner auf die beteiligten Senioreneinrichtungen



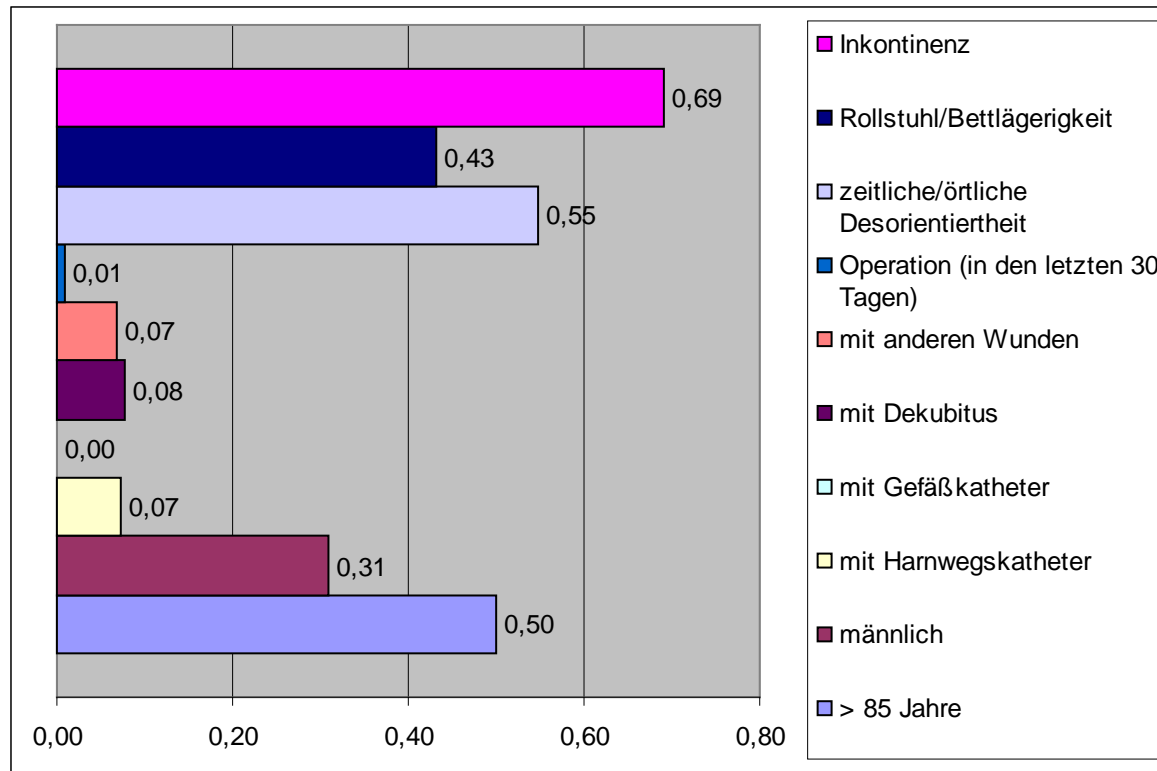
Verteilung der Betten auf die beteiligten Langzeitpflegeeinrichtungen



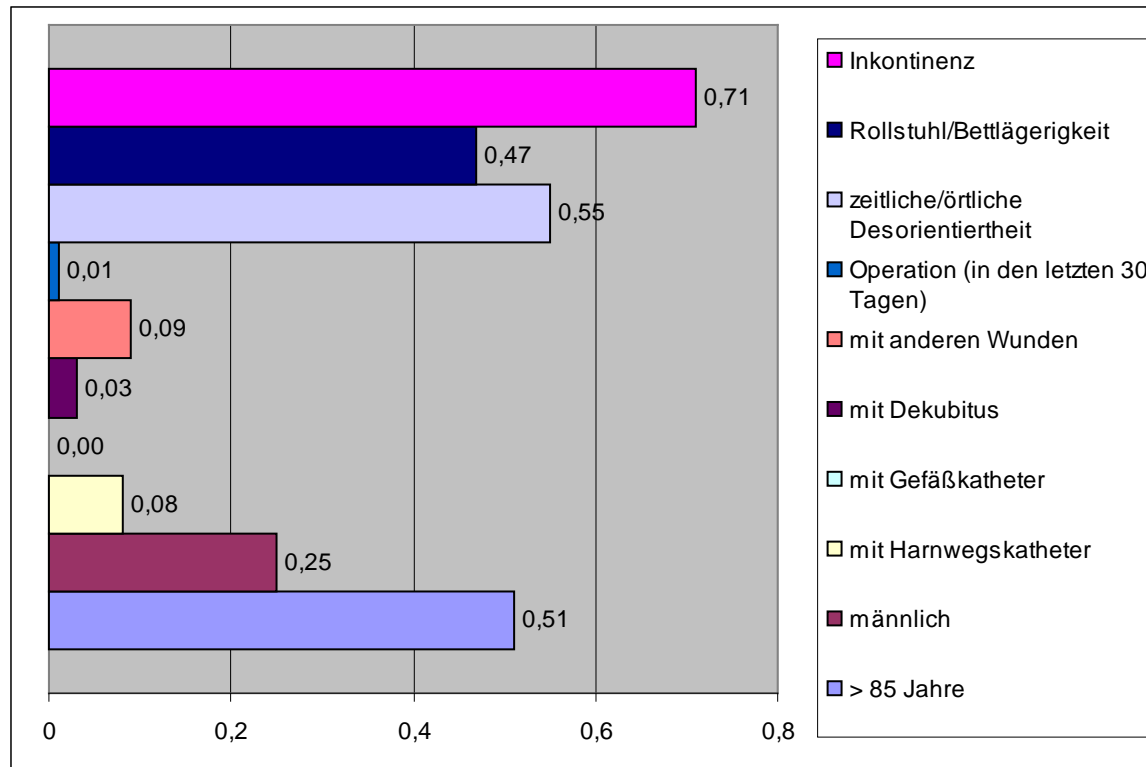
Einzelzimmeranteil



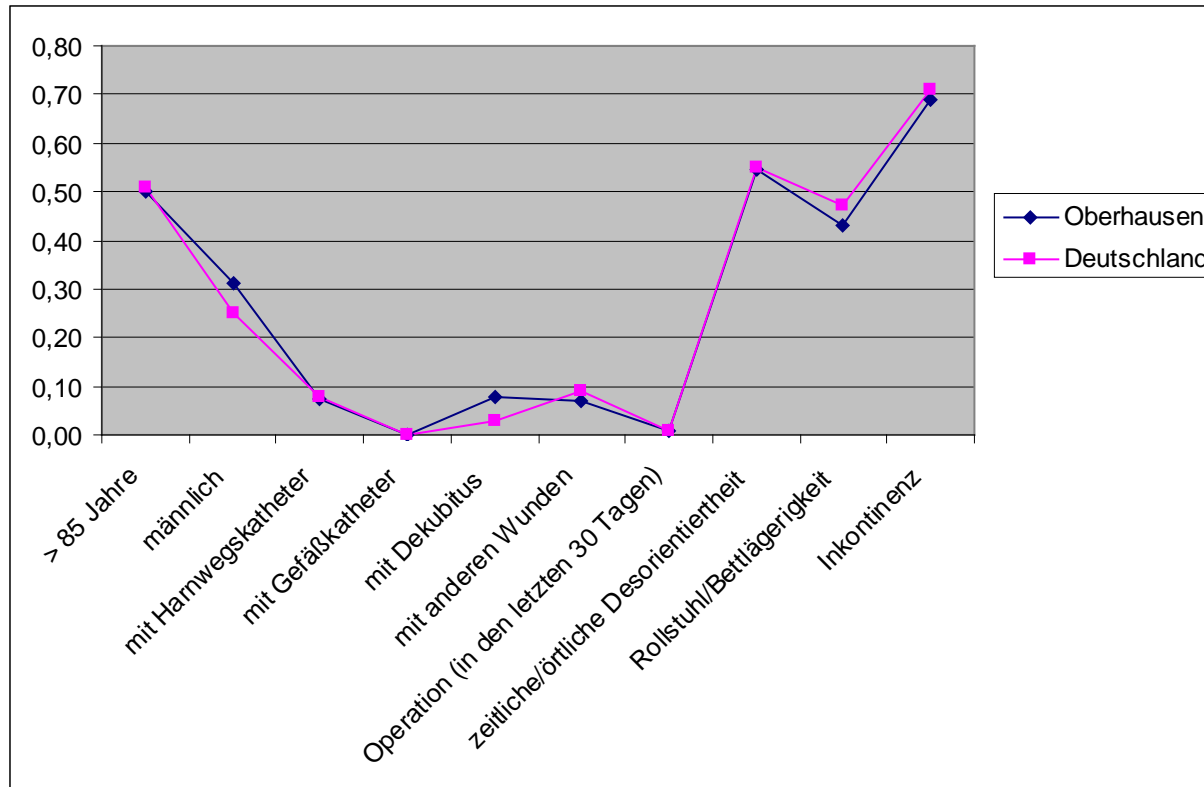
Risikofaktoren und Pflegecharakteristika Oberhausen



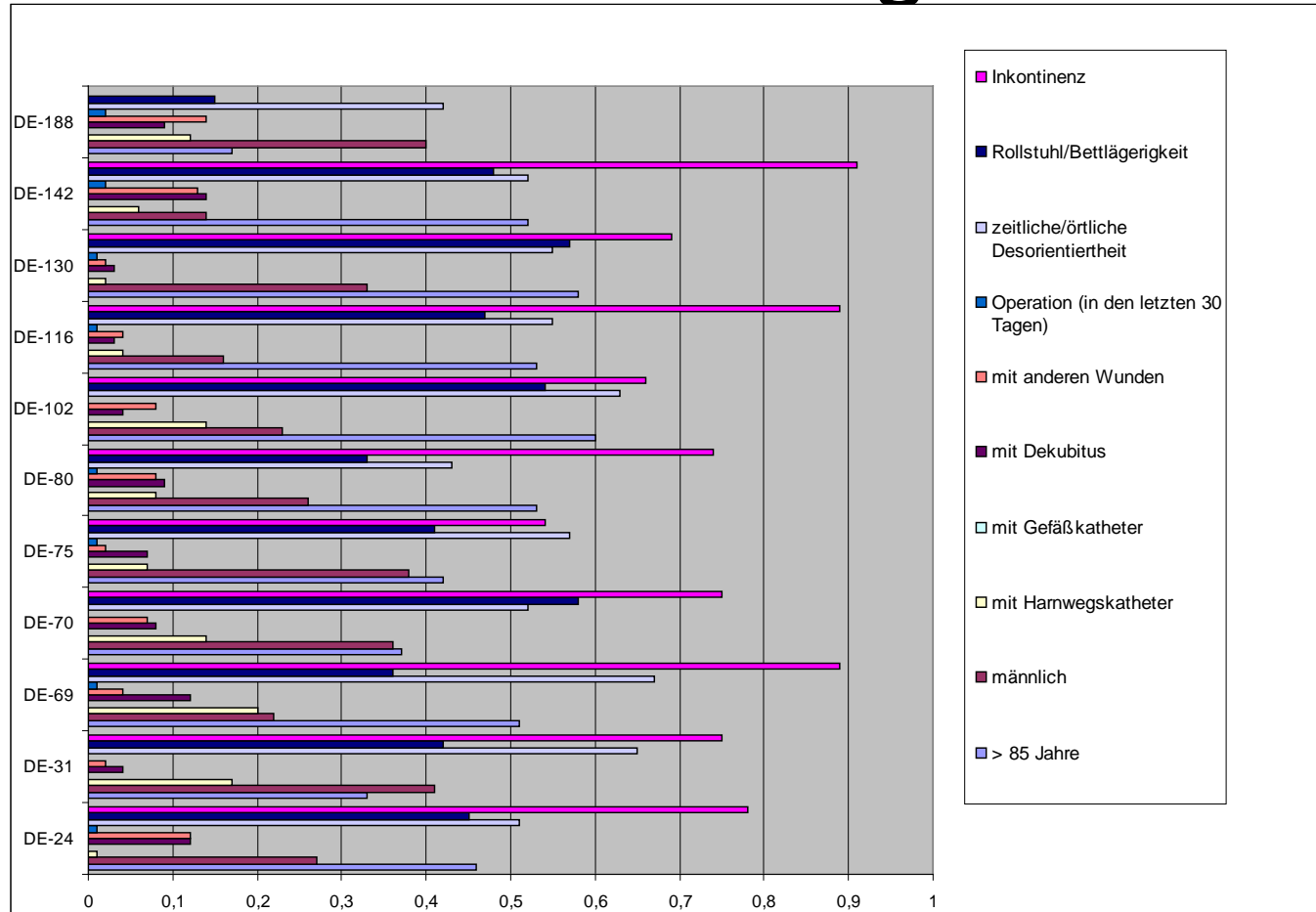
Risikofaktoren und Pflegecharakteristika Deutschland



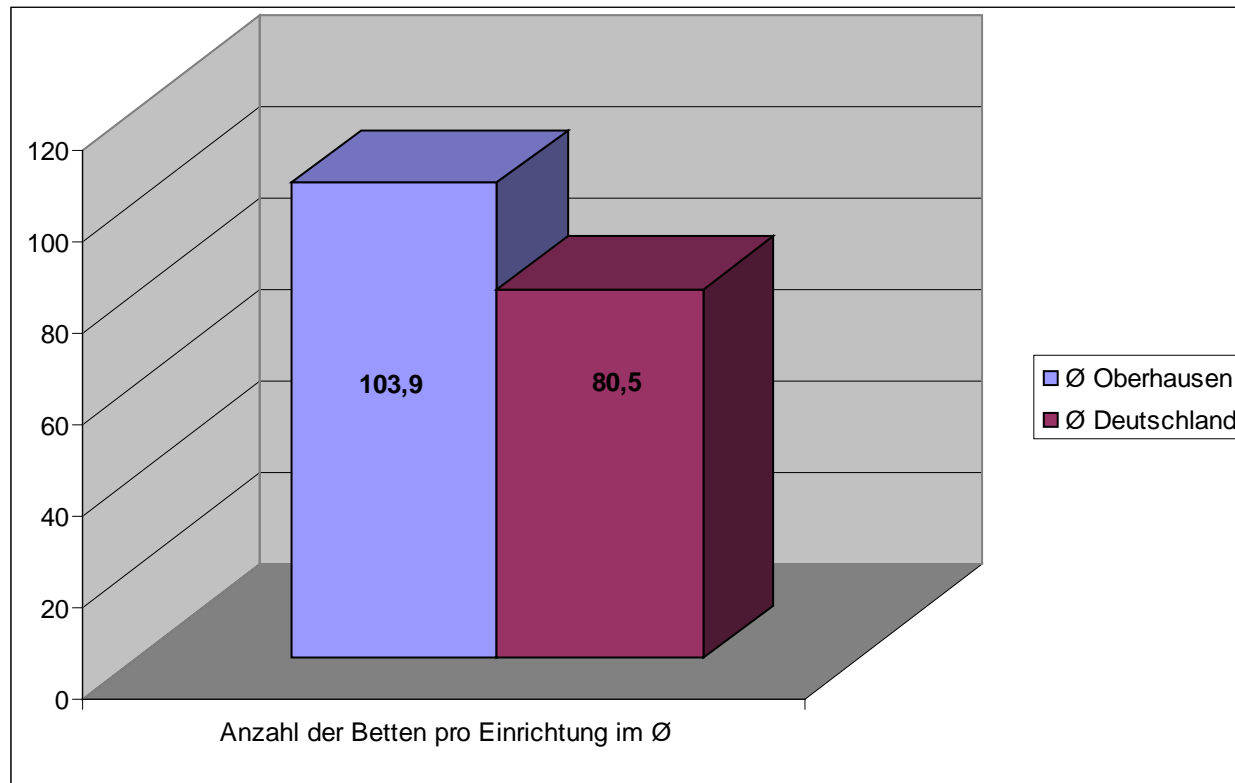
Risikofaktoren und Pflegecharakteristika



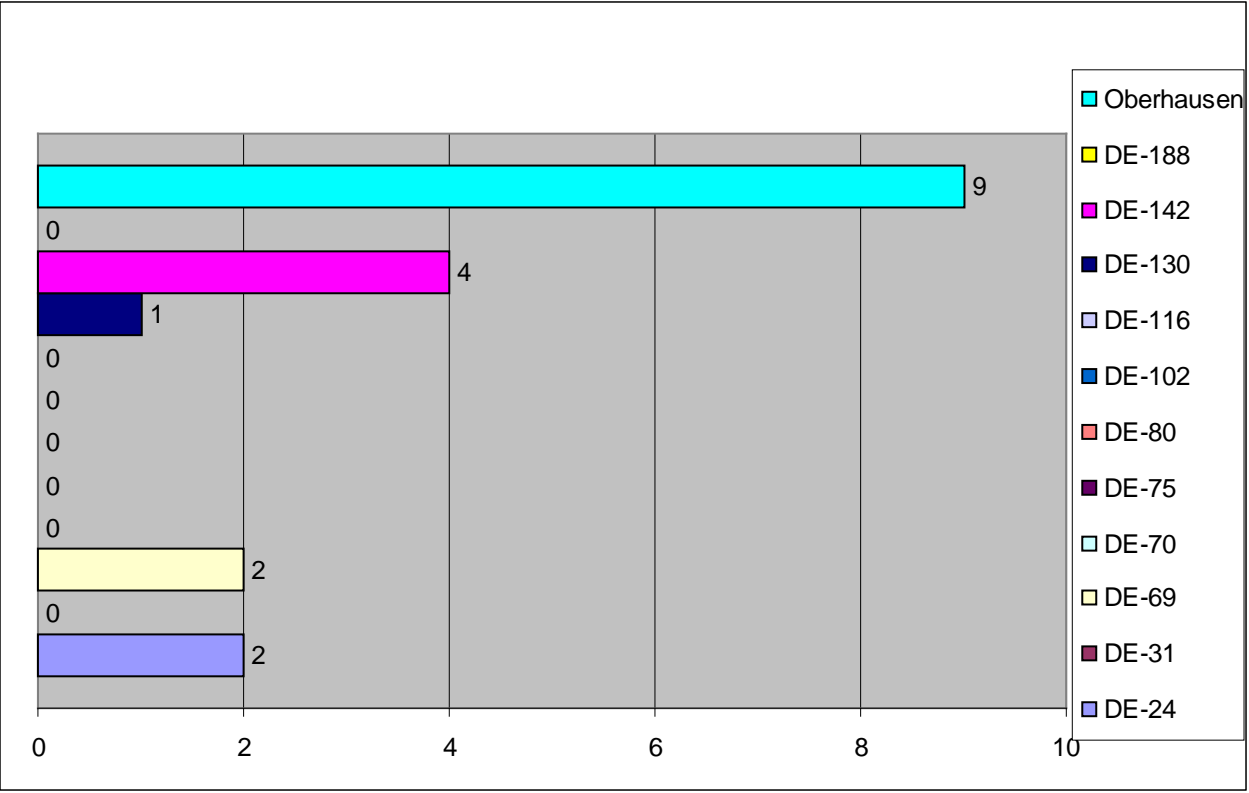
Risikofaktoren und Pflegecharakteristika nach Einrichtung



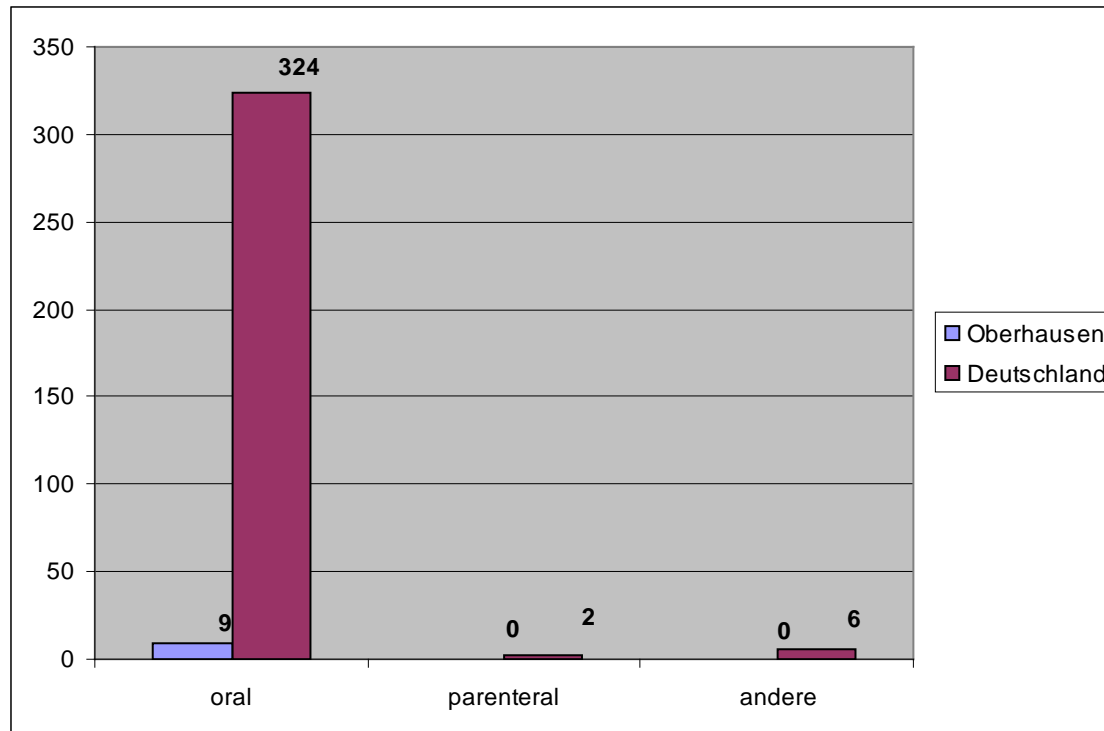
Anzahl der Betten pro Einrichtung



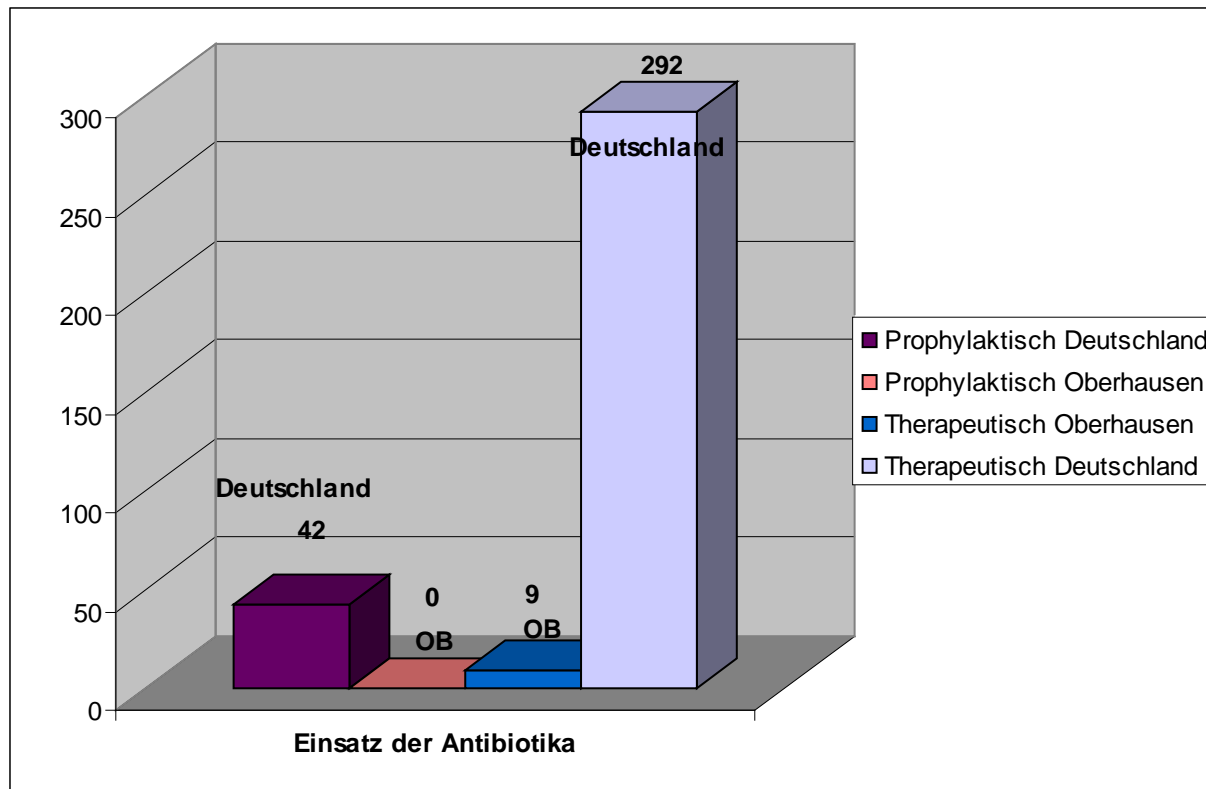
Anzahl der verordneten Antibiotika nach Einrichtung



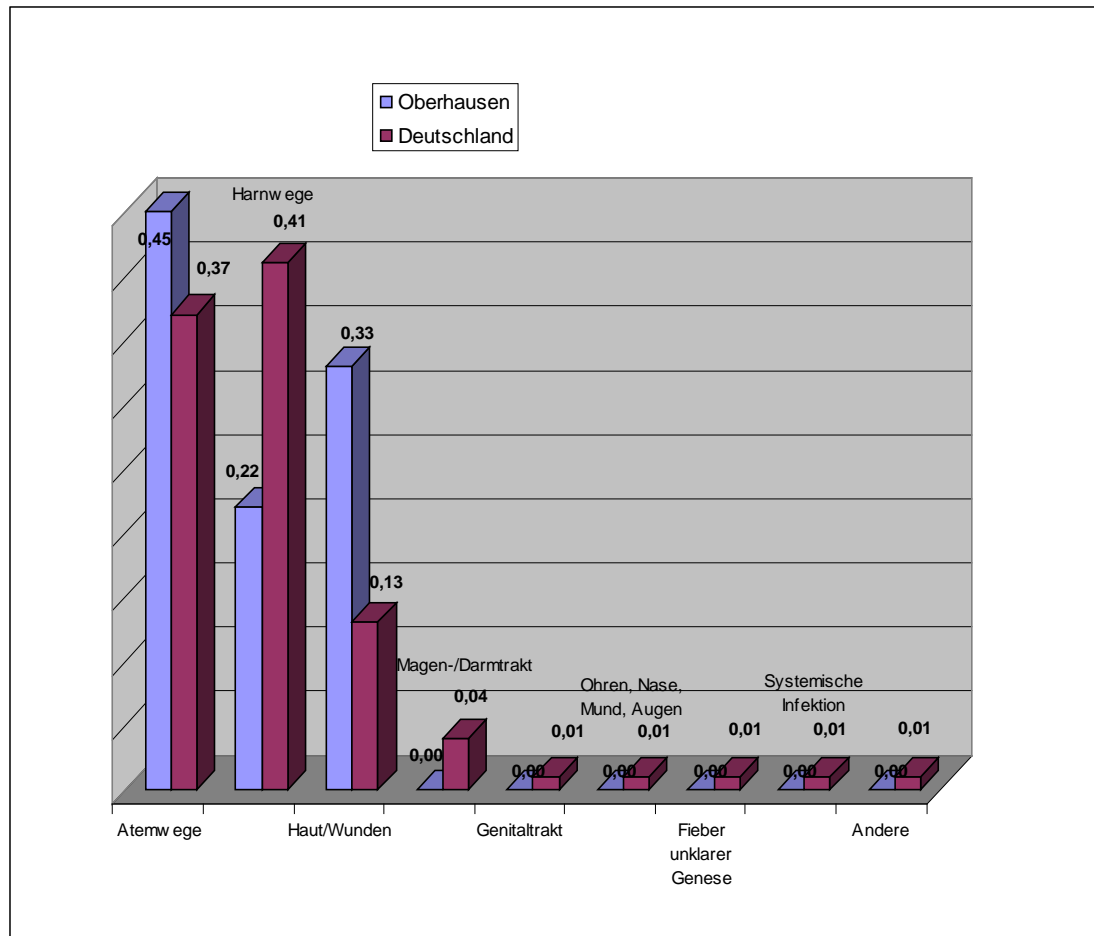
Antibiotika - Verabreichungsart



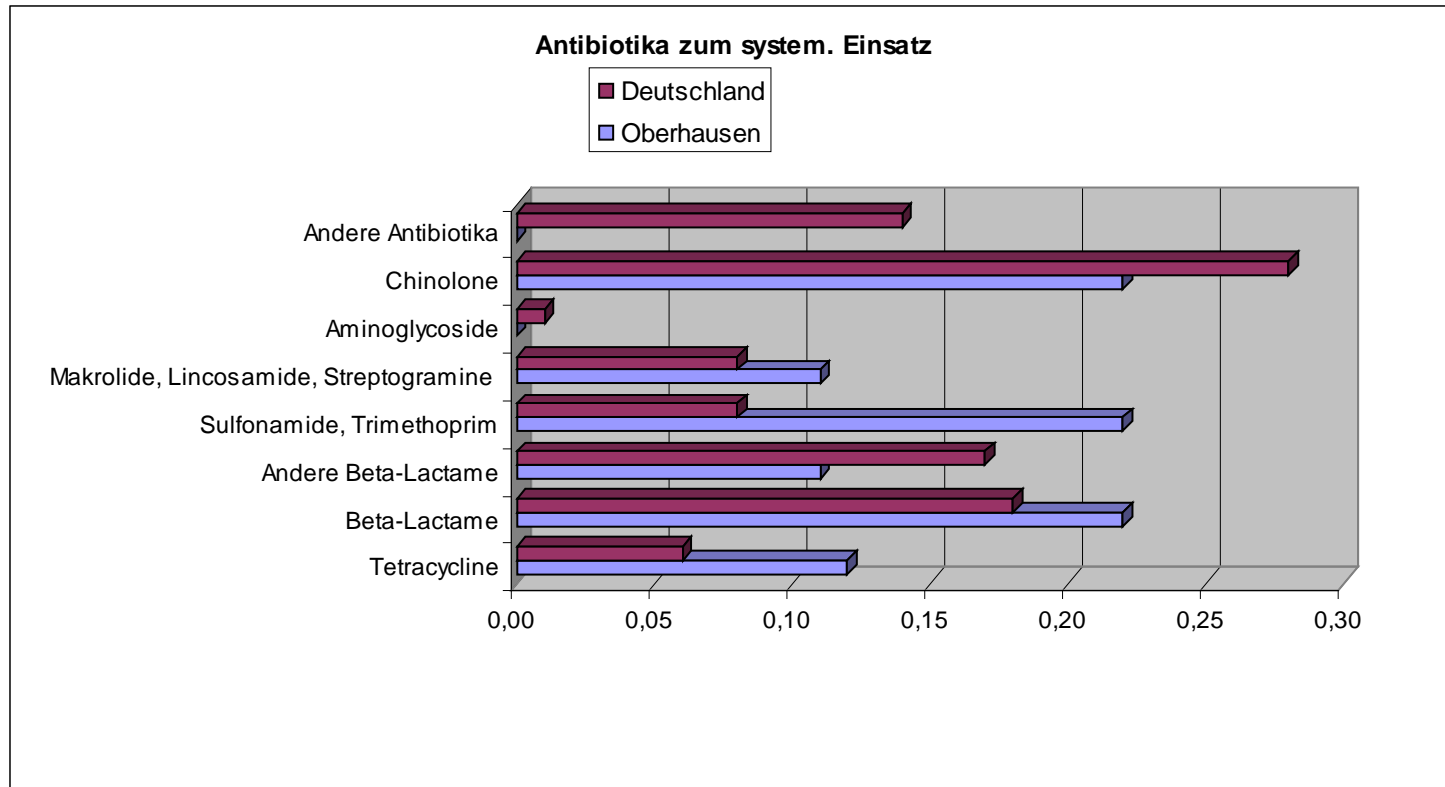
Indikation für Antibiotikaverordnung



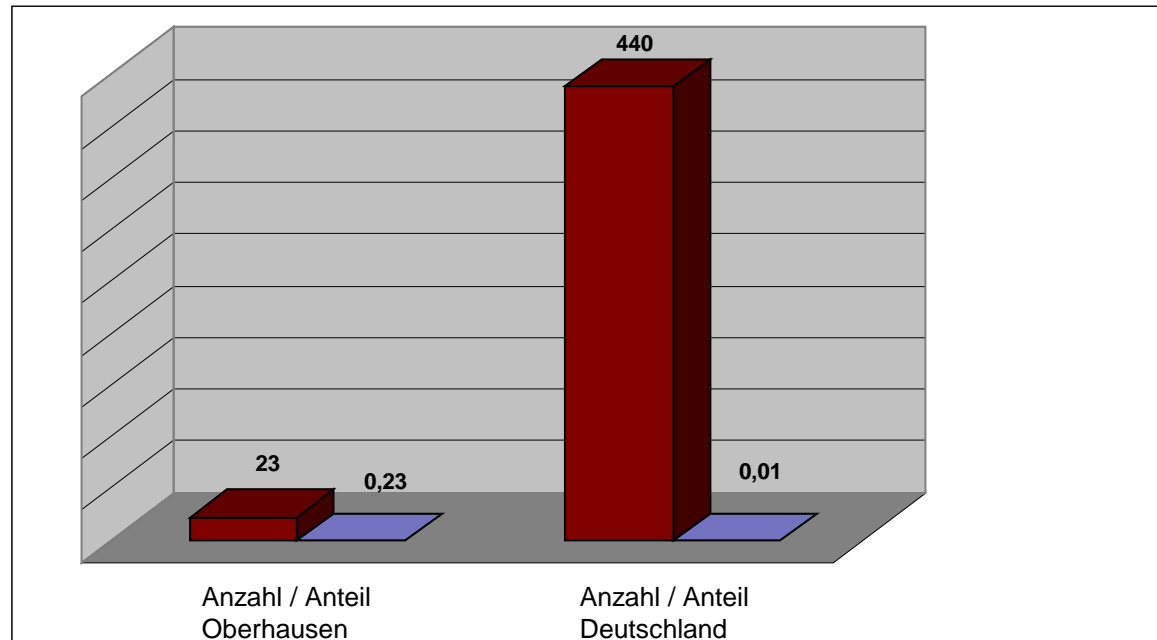
Antibiotikaverordnung nach Infektionsort



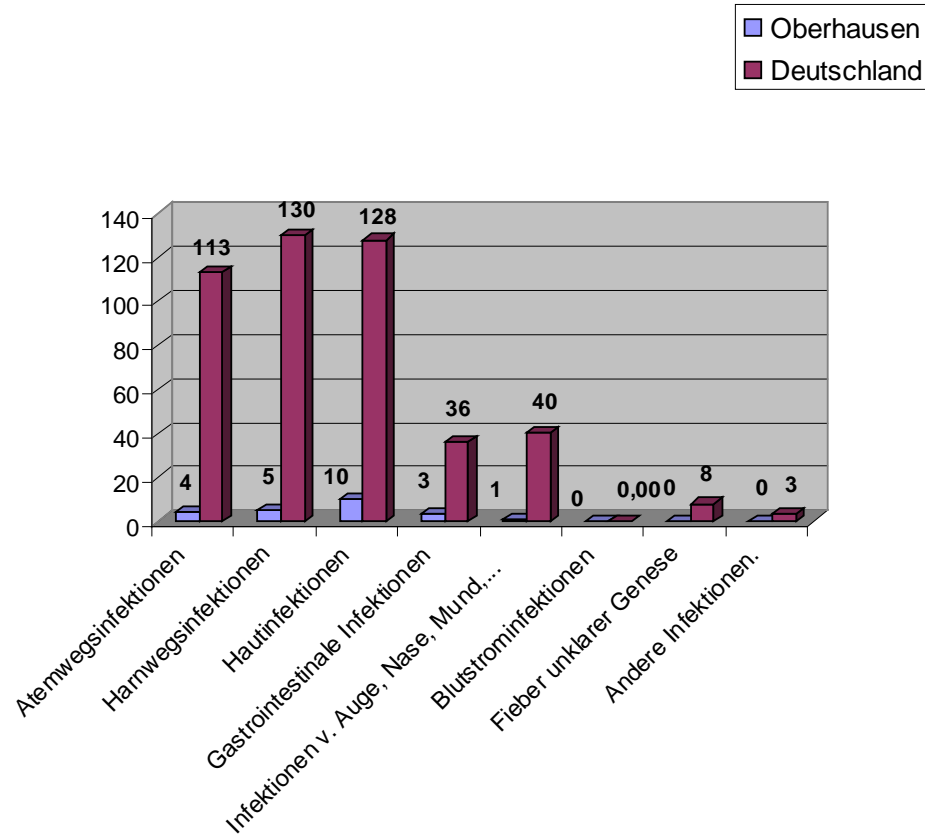
Verteilung der Antibiotika nach Antibiotikaklassen



Anzahl/Anteil der Bewohner mit mindestens einer NI



Art der NI



Perspektiven

- Langzeitpflegeeinrichtungen:
Erwerb eines MRSA-Siegel
Altenpflegeeinrichtungen
- Krankenhäuser:
Erwerb des MRSA-Siegels (steht
unmittelbar bevor!)
- Verlängerung des Euregionalen
Qualitätssiegels (EQS-2)

Herzlichen Dank für die Aufmerksamkeit!



**Jeder Mensch muss gut
behandelt werden.
Jeder Mensch ist ein
besonderer Mensch.
Jeder Mensch hat das
Recht so zu sein, wie er
ist.**





Büro für Chancengleichheit



**Inklusion
und die
Kommunale Teilhabeplanung
in Oberhausen**





Inhalt

- Statistik
- Die UN-Behindertenrechtskonvention
- Definition Inklusion
- Kommunale Teilhabeplanung in Oberhausen
- Herausforderungen und Chancen für das Gesundheitswesen



Statistik



- Ende 2011 waren 23.371 Menschen als schwerbehindert mit einem gültigen Ausweis in Oberhausen registriert. Das entspricht einem Anteil von rund 11 % der Bevölkerung.
- Mehr als die Hälfte (13.275) der Menschen mit Schwerbehinderung sind 65 Jahre und älter. Im Gegensatz dazu fällt der Anteil der unter 25-Jährigen mit 742 Personen gering aus.
- Hauptursächlich sind die Behinderungen krankheitsbedingt. Bei 760 der schwerbehinderten Menschen handelt es sich um eine angeborene Behinderung.



Die UN-Behindertenrechtskonvention

UN Behindertenrechtskonvention (Am 3. Mai 2008 in Kraft getreten)

Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung

Artikel 1

Zweck dieses Übereinkommens ist es, den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderung zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern.

Zu Menschen mit einer Behinderung zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.

Das Übereinkommen selbst enthält neben der Präambel insgesamt 50 Artikel. Kernbereich sind die Artikel 1 bis 30, die man in einen Allgemeinen Teil und einen besonderen Teil untergliedern kann.

Zum Beispiel:

- Frauen mit Behinderungen (Artikel 6)
- Kinder mit Behinderungen (Artikel 7)
- Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft (Artikel 19)
- Gesundheit (Artikel 25)
- Habilitation und Rehabilitation (Artikel 26)



Definition von Inklusion

Die Forderung nach **Sozialer Inklusion** ist verwirklicht, wenn jeder Mensch in seiner Individualität von der Gesellschaft akzeptiert wird und die Möglichkeit hat, in vollem Umfang an ihr teilzuhaben oder teilzunehmen. Unterschiede und Abweichungen werden im Rahmen der sozialen Inklusion bewusst wahrgenommen, aber in ihrer Bedeutung eingeschränkt oder gar aufgehoben. Ihr Vorhandensein wird von der Gesellschaft weder in Frage gestellt noch als Besonderheit gesehen.

(Quelle: Wikipedia)



Definition Inklusion

Definition von Inklusion in Leichter Sprache

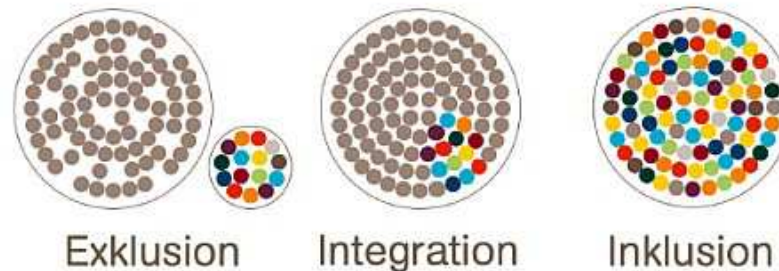
Alle gehören immer dazu!

Alle Menschen haben die gleichen Rechte und Pflichten!

Es ist normal verschieden zu sein!

Niemand wird auf Grund seiner Behinderung ausgegrenzt!

(Quelle: Lebenshilfe Schleswig-Holstein)





Ratsbeschluss am 23.05.2011

"Der Rat beauftragt die Verwaltung, einen Inklusionsplan zu erarbeiten und dem Rat und seinen Gremien vorzulegen, der unter anderem auf folgende Felder eingeht:

- Inklusion als Teil der Stadtentwicklung (...)
- Inklusion von Anfang an (...)
- Inklusives Schulsystem (...)
- Inklusion in Ausbildung und Beruf (...)
- Inklusion in Sport und Kultur (...)
- Inklusion bei Stadtplanung, Wohnungsbau und Verkehr (...)

(...)Um die Koordination der notwendigen Maßnahmen sicher zu stellen, soll Inklusion ein zentrales Aufgabenfeld des geplanten Büros für Chancengleichheit werden.(...)



Kommunale Teilhabeplanung

Externe Kooperationen

Runder Tisch

Fachtag Inklusion

Regionalkonferenz

**AK
Behindertenkoordinatoren
NRW**

Koordinierung

Inklusionsplan

**Abstimmung mit Beirat
für Menschen mit
Behinderungen**

**Abstimmung mit AG
Chancengleichheit**

**Moderation und
Vorbereitung der
Projektgruppe**

**Mitarbeit in
verschiedenen
Themenfeldern**

**Büro für
Chancengleichheit
Inklusion**



**Vernetzung mit anderen
Bereichen der
Verwaltung**

Beirat für Menschen mit Behinderungen

Geschäftsführung

**„Kommission
Oberhausen
Barrierefrei“**

**Koordinierung
bestimmter Themen**

Bewusstseinsbildung und Projekte

Aktionstage 2014

**Veranstaltung zum
Thema Arbeit am 3.
Dezember 2014**

**Wegweiser für
Menschen mit
Behinderungen**



Gelingsbedingungen zur kommunalen Inklusionsplanung

- Transparenz & Kommunikation
- Beteiligung
- Offener Umgang mit „Unperfektem“
- Zeit nehmen / Zeit geben
- Prozesshaft denken & Menschen mitnehmen



Bestehende Grundlagen zur kommunalen Inklusionsplanung

- Gemeinsame Verantwortung und ehrliche Zusammenarbeit
- Gute, vertrauensvolle und gewachsene Kooperationsstruktur
- Offenheit und kein „Lagerdenken“
- Innovative und engagierte Träger und Selbsthilfegruppen
- Hohe Kooperationsbereitschaft



Zeitplanung



Sachstandsbericht Inklusion (Beirat für Menschen mit Behinderungen, Sozialausschuss)	April 2013
Bildung der „Projektgruppe Inklusion“ - Festlegung der Arbeitstruktur	2. Quartal 2013
Auftakt Teilhabeplanung	3. Quartal 2013
Diskussion, Abstimmung und Entwicklung einzelner Ziele und Maßnahmen in Gremien, Dialogen, Workshops etc.	ab 4. Quartal 2013
Fachtag Inklusion (Kooperationsveranstaltung mit der Lebenshilfe Oberhausen)	27. November 2013
Vorstellung der Ergebnisse in einer „Meilensteinveranstaltung“ und Zwischenbericht in den politischen Gremien.	3. Quartal 2014
Zusammenführung der Ergebnisse zu einem Aktionsplan	3.- 4. Quartal 2014
Vorstellung und Diskussion des Aktionsplanes in den politischen Gremien	1. Quartal 2015
Beschlussfassung des Aktionsplanes durch den Rat der Stadt	2. Quartal 2015



Bildung der Projektgruppe „Inklusion“

(erste Sitzung: Mai 2013)

- Vertreterinnen und Vertreter der Ratsfraktionen
- Menschen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen (Mobilitätsbeeinträchtigung, Sinnesbeeinträchtigungen, Lernschwierigkeiten...)
- Vertretung der AG Wohlfahrtsverbände
- Sportbund
- Bereichsleitung Büro für Chancengleichheit
- Koordinierungsstelle Inklusion



Was macht die Projektgruppe Inklusion?

- „Nicht ohne uns über uns“ – Partizipation
- Begleitung der Entwicklung und Umsetzung des kommunalen Inklusionsprozesses
- Impulse und Anstöße geben
- Prioritäten nennen
- Wege / politische Beschlüsse vorberaten
- Kurzfristige Maßnahmen angehen & langfristige strategische Konzeptentwicklung



Kommunale Teilhabeplanung

Themenfelder

Beratungsstrukturen

Arbeit und
Beschäftigung

Freizeit, Kultur und
Sport

Bildung

Wohnen und
Mobilität

Arbeit und
Qualifizierung

Gesundheit
und Pflege

Selbstbestimmung

Schutz – und
Hilfemaßnahmen

Bewusstseinsbildung



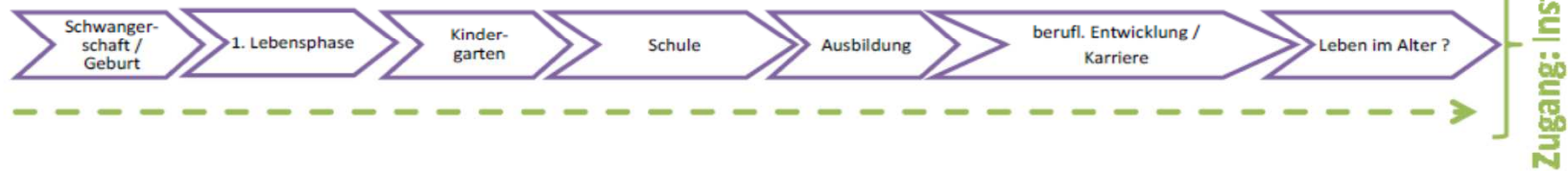


Kommunale Teilhabeplanung

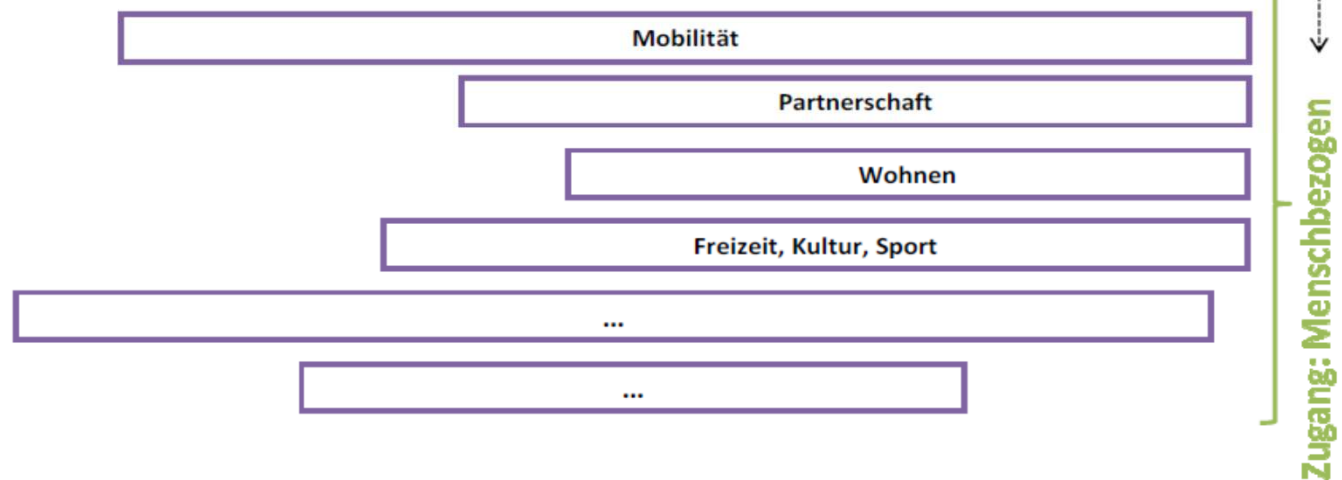


(Kommunale) Inklusionsplanung

Lebensbiographie



Selbstbestimmtes Leben

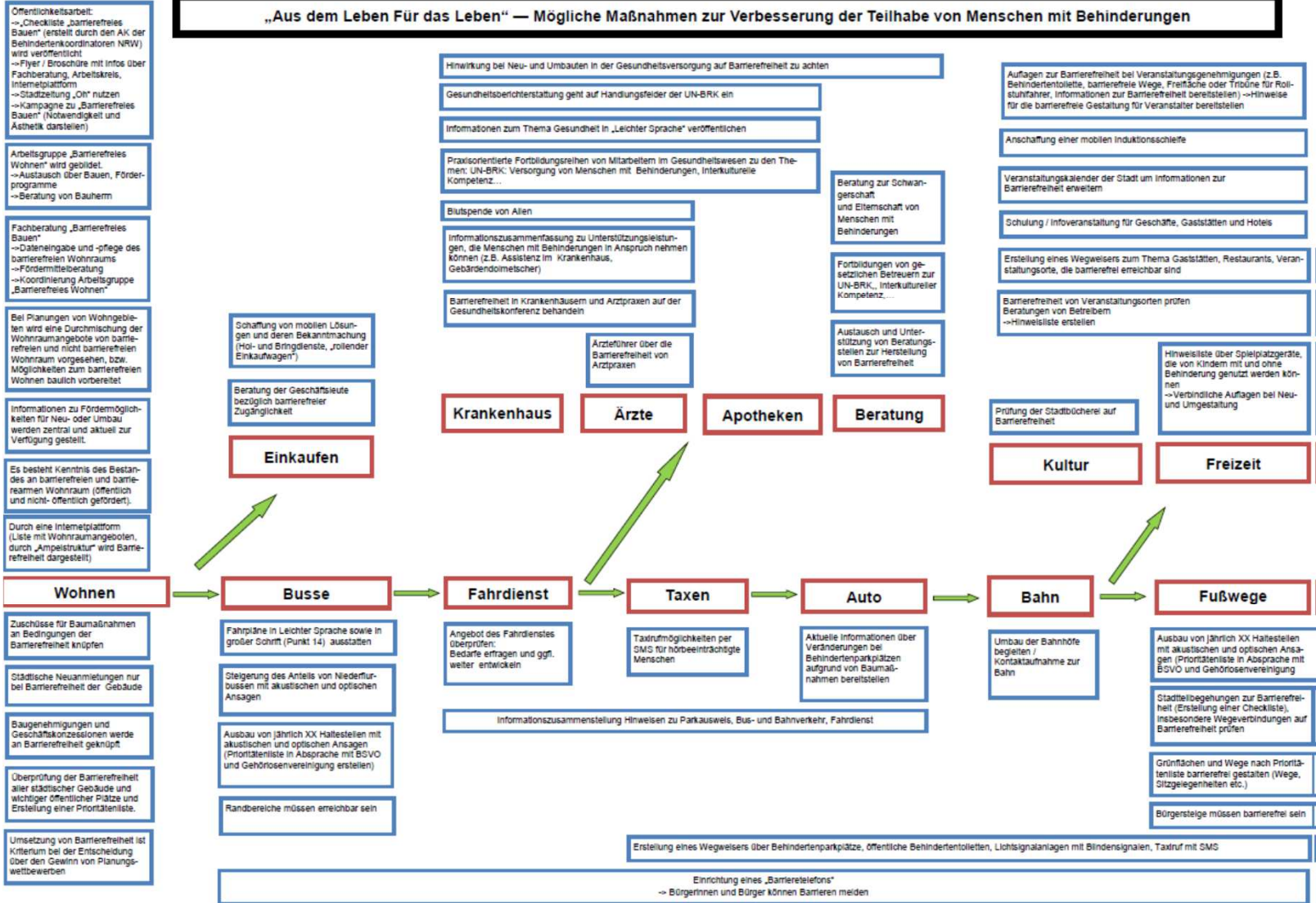




Kommunale Teilhabeplanung



„Aus dem Leben Für das Leben“ — Mögliche Maßnahmen zur Verbesserung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen





Kommunale Teilhabeplanung

Erste Schritte

- Infobroschüre „Barrierefreie Veranstaltungen planen“
- Checkliste „Barrierefreies Bauen“
- Malwettbewerb & Postkarten
- Arbeitsgruppe „Leichte Sprache“
- Einbeziehung von Menschen mit Beeinträchtigungen in bauliche Planungsvorhaben
- Begehung von städtischen Gebäuden und Prüfung der Barrierefreiheit
- Aktionstage Inklusion – „Schon viel erreicht noch viel mehr vor“
- Veranstaltung zum Thema Arbeit am 3. Dezember 2014





Herausforderungen im Gesundheitswesen

- Barrieren in Einrichtungen des Gesundheitssystems (räumlich, sprachlich, akustisch...)
- Versorgungskonzepte, die sich nicht an den Bedürfnissen der Menschen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen (Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen, Sinnesbeeinträchtigungen, Lernschwierigkeiten) orientieren.
- Druck zur Kosteneinsparung
- Mangelnde Transparenz der Versorgungsstrukturen
- Fehlende Möglichkeiten zur Selbsteinschätzung von Krankheitssymptomen bei Menschen mit Lernschwierigkeiten



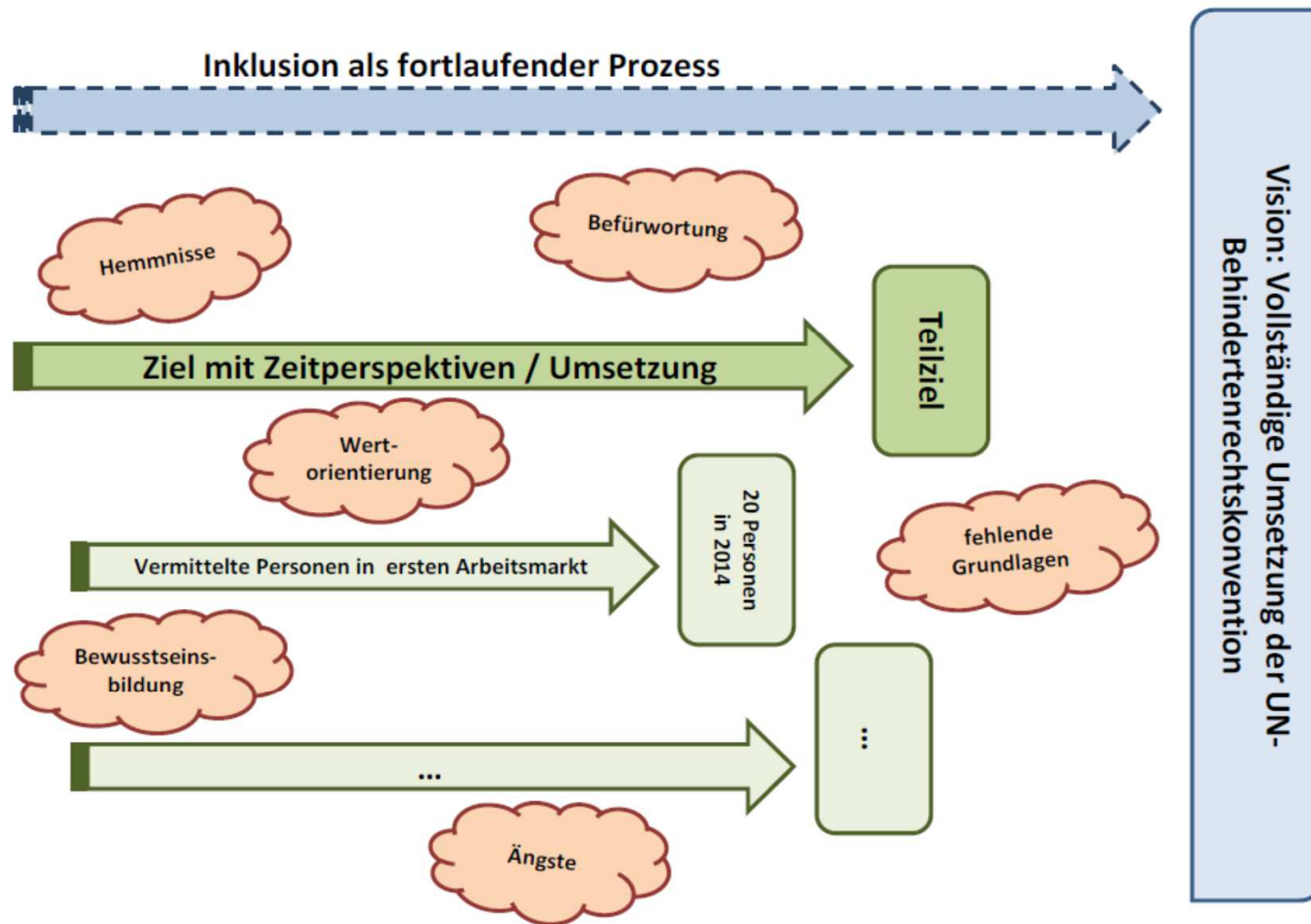
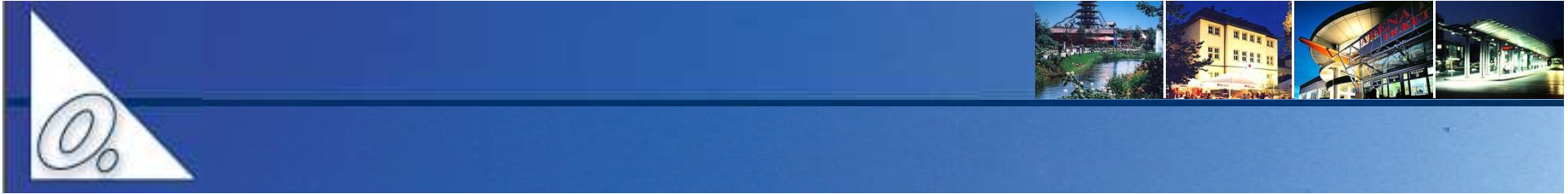
Chancen im Gesundheitswesen

- Neu –und Umbauten barrierefrei gestalten, die Ausgestaltung bereits jetzt überdenken (Broschüre: „Barrieren abbauen“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung)
- Kommunikationsbarrieren beseitigen (Leichte Sprache, Gebärdensprache)
- Zielgruppengerechte Informationsmaterialien
- Aufnahme der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen in berufliche Aus –und Weiterbildungen als eigenes Handlungsfeld (z.B. kommunikative Kompetenzen, Haltung...)
- Überprüfung von Präventionskonzepten etc. hinsichtlich der Eignung für die Inanspruchnahme von Menschen mit Behinderungen
- Dem Thema Inklusion in der Gesundheitsförderung und Prävention einen festen Stellenwert geben



Beispiele von Handlungsempfehlungen der Projektgruppe Inklusion zum Themenfeld Gesundheit und Pflege

- Die städtische Gesundheitsberichterstattung geht auf die UN-Behindertenrechtskonvention ein und stellt dar, inwiefern diese berücksichtigt wird.
- Die UN-Behindertenrechtskonvention und der Prozess der kommunalen Teilhabeplanung werden auf der kommunalen Gesundheitskonferenz vorgestellt
- Die Kommission „Oberhausen barrierefrei“ berät Arztpraxen und Apotheken und weitere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung auf Anfrage zum Thema Barrierefreiheit.
- Die Mitnahme von Blindenführhunden in Krankenhäuser wird abgestimmt und ist möglich.
- In das Oberhausener Gesundheitspartnerverzeichnis werden die Punkte „Barrierefreie Praxis“ und „Mitnahme Blindenführhund“ und „Unterstützung bei Hörbeeinträchtigungen“ aufgenommen
- Unter dem Motto „Blutspende von Allen“ findet eine Aktion statt, die darauf aufmerksam machen soll, dass auch Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen potentielle Blutspender sind.



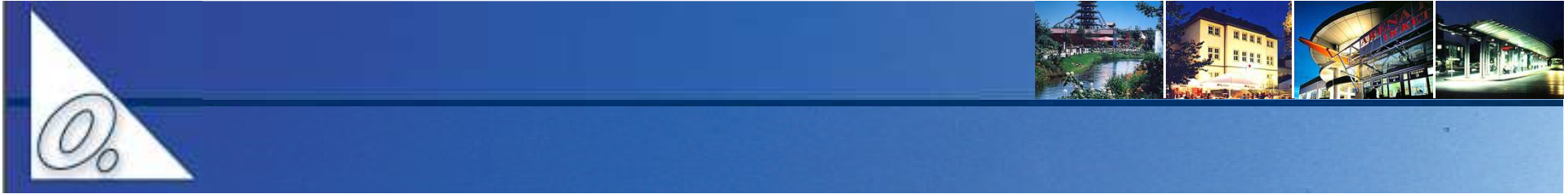
Es braucht ein „dynamisches Inklusionskonzept“, das einen anpassbaren Rahmen aber verbindliche Zielsetzungen vorgibt!



Inklusion ist das
Gegenteil von
Ausgrenzung!

Also, gibt es eine
Alternative?





**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

Weitere Infos: www.oberhausen.de/inklusion

Pflegeüberleitung in Oberhausen



Ein Erfolgsmodell

Im Jahr 2003 wurde durch die Gesundheitskonferenz der Stadt Oberhausen die Empfehlung ausgesprochen, einen einheitlichen Pflegeüberleitungsbogen stadtübergreifend einzuführen

Dieser Bogen wurde im Jahr 2008 zum ersten Mal überarbeitet

Das Erfolgsmodell ist somit bereits 11 Jahre alt

Um es weiterhin so erfolgreich nutzen zu können, muss es aber einer inhaltlichen und kosmetischen Anpassung an veränderte Bedingungen und Anforderungen unterzogen werden

Anfang des Jahres 2013 wurde im Arbeitskreis Pflege daher angeregt, in einer Arbeitsgruppe den Pflegeüberleitungsbogen zu überarbeiten

Die Arbeitsgruppe setzte sich zusammen aus Praktikern der ambulanten und der stationären Pflege (Ambulante Dienste, Krankenhäuser, Pflegeheime und Hospiz)

Pflegeüberleitung in Oberhausen



Wesentliche Zielrichtungen bei der Überarbeitung:

- **Anpassung an Anforderungen der Praxis**
- **Anpassung an veränderte Bedingungen in der Praxis**
- **Verbesserung der Informationsqualität**

Pflegeüberleitung in Oberhausen



Anpassung an Anforderungen der Praxis

- **Die wesentlichsten Daten befinden sich jetzt auf Seite 1**
- **Einführung von Anlagen zur Erhebung von Daten die ausschließlich bei Bedarf benötigt werden**
- **Verkürzung des Bogens um eine Seite**

Pflegeüberleitung in Oberhausen



Anpassung an veränderte Bedingungen in der Praxis

- **Berücksichtigung von Gesetzesänderungen**
- **Verbesserung der Weiterversorgung demenzerkrankter Menschen**
- **Verbesserung der Weiterversorgung sterbender Menschen durch Neuaufnahme eines Palliativbogens**

Pflegeüberleitung in Oberhausen



Verbesserung der Informationsqualität

- **Verbesserte Datenweitergabe zu den Themen:**
 - **Demenz (Anlage 1)**
 - **Medikamente und Diagnosen (Anlage 2)**
 - **Dekubitus- und Wunddokumentation (Anlage 3)**
 - **Palliativversorgung (Anlage 4)**

Pflegeüberleitung in Oberhausen

Überleitende Einrichtung : _____
 (Name, Adresse, Telefonnummer/Stempel) _____



Name	Vorname	geboren am

Straße	PLZ	Ort

Krankenkasse	Konfession	
_____	Spricht deutsch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Muttersprache _____		
Überleitung am: _____		
An: <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Ambulanten Pflegedienst		
<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Sonstige Einrichtung		

I. Soziale Aspekte

Gesetzlicher Betreuer Betreuung eingeleitet Vermögenssorge Gesundheitsvorsorge Aufenthaltbestimmung

Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung

Alleinstehend Betreuung durch Angehörige

Name	Vorname	Telefon:
_____	_____	_____
Straße	PLZ	Ort

Ist die Bezugsperson zur pflegerischen Hilfe einbezogen worden? nein ja

Einschaltung familiärer Pflege? nein ja

Hauptbezugsperson (Name, Telefonnummer, Adresse): _____

Hausarzt: _____ Adresse/Telefon-Nr.: _____ _____ Adresse/Telefon-Nr.: _____ _____	Konsiliararzt: _____ Adresse/Telefon-Nr.: _____ _____ Adresse/Telefon-Nr.: _____ _____	Bisherige Versorgung durch: <input type="checkbox"/> amb. Pflegedienst <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Pflegeheim Einstufung Pflegeversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Pflegestufe: _____ beantragt am: _____ Betreuungsleistungen: <input type="checkbox"/> § 45 b SGB XI <input type="checkbox"/> § 87 SGB XI beantragt am: _____
---	--	--

Diagnose(n) siehe auch Anlage 2

Allergien _____

III. Kommunikation ohne Probleme möglich

	leichte Einschränkungen	starke Einschränkungen
Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachverständnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Orientierung/Psychie

	ja	nein	zeitweise
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen: _____

Laufenz Sonstiges: _____

Besonderheiten (Rituale, Hilfen, Gewohnheiten): _____

Demenz: nein ja
 Wenn ja muss Anlage 1 beigefügt werden

Infektionen:

MRSA Norovirus TBC HIV Hepatitis A sonstige _____



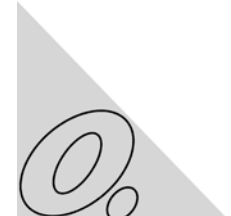
IV. Körperpflege / Kleidung							
	ohne Hilfe	braucht Anregung	braucht Hilfe	vollst. Hilfe	Bett	Bad	Wash-becken
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen/ Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnprothese unten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnprothese oben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____							
Hautbeschaffenheit: <input type="checkbox"/> intakt <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> fettig <input type="checkbox"/> Juckreiz							

VI. Ernährung							
Kostform: _____							
Vorlieben: _____							
Abneigungen: _____							
Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> braucht Anregung <input type="checkbox"/> braucht Hilfe <input type="checkbox"/> vollständige Hilfe <input type="checkbox"/> Schluckstörung <input type="checkbox"/> mundgerechte Zubereitung							
tägliche Trinkmenge: _____ ml							
Trinkverhalten: <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Anhalten zum Trinken							
Letzte Mahlzeit (Uhrzeit): _____ Uhr							
Sondenkost: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anbieter: _____							
tägliche Kalorienzufuhr _____ kcal							
tägliche Menge Sondenkost _____ ml Flüssigkeit _____ ml							
Verabreichung durch <input type="checkbox"/> Spritze <input type="checkbox"/> Ernährungspumpe Durchfluss _____ ml/Std. <input type="checkbox"/> Schwerkraft Durchfluss _____ ml/Std.							
Sondenkost _____ Sonde gelegt am _____							
Parenterale Ernährung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein							
Intraport <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anbieter: _____							
Letzter Wechsel: _____							
tägliche Kalorienzufuhr _____ kcal							
tägliche Menge _____ ml							

VII. Bewegung / Lagerung							
	selbstständig	mit Anleitung	mit Hilfsmittel	mit pers. Hilfe	mit Hilfsmittel u. pers. Hilfe	Bemerkungen	
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sitzen im Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sturzneigung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja							
Beweglichkeit vor der Überleitung: <input type="checkbox"/> aktiv <input type="checkbox"/> passiv							
Bettlägerig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Lagerungsart: _____ Lagerungswechsel/Häufigkeit: _____							

VIII. Spezielle Aspekte/Pflegemaßnahmen							
Prophylaxen							
<input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Kontrakturen <input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> Parotitis							
<input type="checkbox"/> Thrombose <input type="checkbox"/> Intertrigo <input type="checkbox"/> Soor <input type="checkbox"/> Diarrhoe							
<input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Sturz							

IX. Schlaf							
<input type="checkbox"/> ungestört <input type="checkbox"/> Einschlafstörungen <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen							
<input type="checkbox"/> abweichender Schlafrhythmus							



Dekubitus : <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Wenn mit Ja geantwortet ist die Anlage 3 zwingend erforderlich)
Wunden (z.B. OP-Wunden, Ulcus cruris u.a.): <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
X. Atmen <input type="checkbox"/> problemlos/unauffällig
Einschränkung durch:
<input type="checkbox"/> Tracheostoma: Art: _____ Größe: _____ Anbieter: _____
Sauerstoff: _____ Liter/Std Beatmungsgerät: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Gebrauch eigenständig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Anbieter: _____
XI. Medikation lt. Anordnung des Arztes (siehe Anlage 2)
Unter das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) fallende Medikamente: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, Anlage 2 ausfüllen
Besonderheiten der Applikation:
Einnahme: <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Bereitstellen <input type="checkbox"/> Überwachung <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme <input type="checkbox"/> Enteral
letzte Medikation: Uhrzeit: _____
Insulin: Präparat: _____ Dosierung: _____ Letzte Insulingabe: _____ Präparat: _____ Dosierung: _____
Verabreichung per: <input type="checkbox"/> Spritze <input type="checkbox"/> Pen <input type="checkbox"/> Insulinpumpe
Injektion: <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Anleitung <input type="checkbox"/> vollständige Hilfe
Bisherige Blutzuckerkontrollen (Häufigkeit): _____
XII. Mitgegebene Gegenstände, Hilfsmittel, Wertsachen, Medikamente, Verbandsmaterial
<input type="checkbox"/> Kleidung : _____
Medikamente nach ärztlicher Verordnung für _____ Tage mitgegeben
Verbandsmaterial erforderlich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Für _____ Tage mitgegeben
Hilfsmittel:
<input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen: <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Hörgerät: <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Zahnprothese: <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten
<input type="checkbox"/> Weitere Hilfsmittel (z.B. Rollator) :
Ausweise: <input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Schrittmacher <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Krankenkassen-Chipkarte
Wertsachen: <input type="checkbox"/> Geldbetrag: _____ Euro <input type="checkbox"/> Schmuck: _____
Sonstiges: _____
Anlagen
Anlage 1: Demenz
Anlage 2: Medikamente & Diagnosen
Anlage 3: Dekubitus- und Wunddokumentation
Anlage 4: Palliativversorgung
_____ Datum _____ Name/Unterschrift der Pflegefachkraft _____ Telefon-Nummer der Einrichtung _____

Anlage 1 - Demenz

Name _____
 Vorname _____

Kommunikationsfähigkeit

Reagiert auf Ansprache:
 abweisend aggressiv gar nicht _____

veränderte Sprachqualität (Lautstärke, Betonung o. ä.):

Gesprochenes ergibt keinen Sinn: nein ja zeitweilig

Körperpflege

Abwehrverhalten:
 verbal kratzen beißen spucken schlagen

Lehnt die Pflege durch Personen anderen Geschlechts ab:
 nein ja zeitweilig

Schamgefühl: reduziert übersteigert

Bewährte Hilfestellung:

Ess- und Trinkverhalten

Sättigungsgefühl vorhanden: nein ja
 Durstgefühl vorhanden: nein ja
 Isst mit Besteck: nein ja

Bewährte Hilfestellung:

Besonderheiten Essen/Trinken:	Frühstück	Uhr	Mittag	Uhr	Abend	Uhr
Bevorzugtes Getränk/Bevorzugte Speise:						
Abneigung gegen Getränke/Spise						

Ausscheidungsverhalten

Kann sanitäre Anlagen adäquat benutzen: nein ja zeitweilig
 Kot schmieren : nein ja zeitweilig

Bewährte Hilfestellung : _____

Ruhe- und Schlafgewohnheiten

Tag- Nachtrhythmus gestört:
 nein ja, wie _____

vormundschaftgerichtliche Genehmigung zur Fixierung vorhanden:
 ja beantragt

Fixierung:
 nein ja, Art der Fixierung _____

Bewährte Hilfestellung:

Beschäftigungsverhalten

Antriebsgesteigert/ unruhig : nein ja zeitweilig
 Rückzugstendenz/Antriebsarmut/ Interessenlosigkeit : nein ja zeitweilig

Bewährte Hilfestellung:

Biografie (Beruf, Hobby) : _____

Sozialverhalten und Kontaktpflege

Erkennt Angehörige, Freunde, Pflegekräfte : nein ja zeitweilig
 Lehnt soziale Kontakte ab : nein ja zeitweilig

Bewährte Hilfestellung: _____

Schaffung einer sicheren Umgebung

Suchen von Gegenständen/ Personen/ Wege/Orten : nein ja zeitweilig
 Tendenz zum Verlegen von Dingen : nein ja zeitweilig
 Angstvorstellungen/ Depressionen : nein ja zeitweilig

Welche Art: _____
 Sinnestäuschungen: nein ja zeitweilig

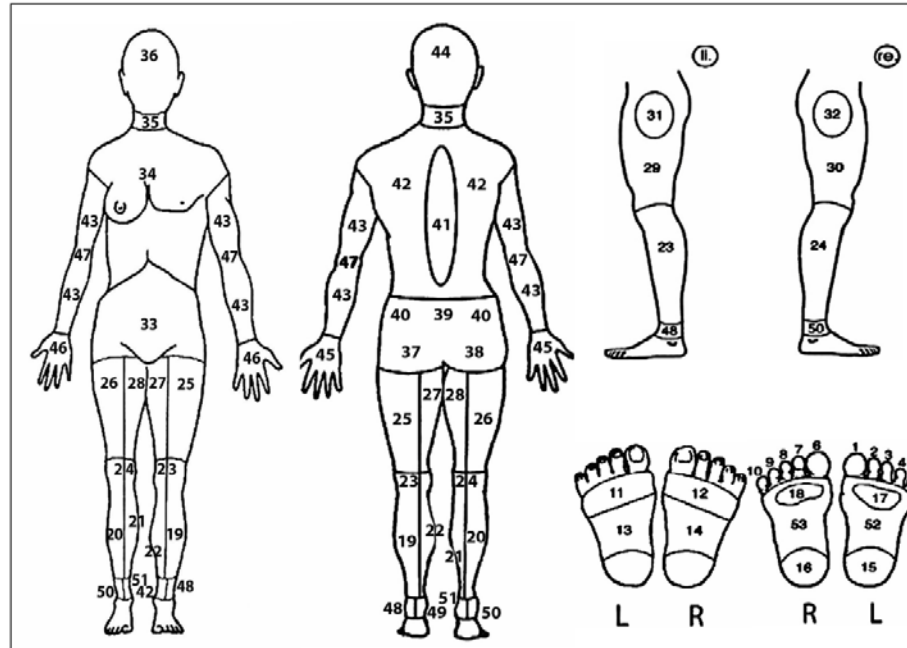
Welche Art: _____
 Selbst- /Fremdgefährdung: nein ja, wie: _____
 Bewährte Hilfestellung: _____

Stand: 12.12.2013



Anlage 3 - Dekubitus- und Wunddokumentation

Name _____
 Vorname _____

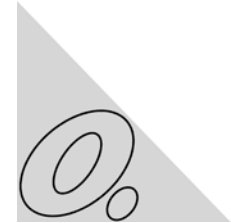


Dekubitus nein ja (Lokalisierung siehe Grafik) Grad: _____ Größe: _____
 Gefahr laut Bradenskala Nortonskala _____

Wunden (z.B. OP-Wunden, Ulcus cruris u.a.): _____ Pilzbefall ja Lokalisation: _____
 Versorgung selbständig mit Hilfe _____ Allergien nein ja Art _____

Bisherige Wundversorgung: _____

Stand: 12.12.2013



Anlage 4 - Palliativversorgung

Name
Vorname

Palliativmediziner, konsiliar: nein ja Telefon: _____

Aktueller Status der palliativen Versorgung

Patient über begrenzte Lebenserwartung aufgeklärt? nein ja

Ansprechpartner über begrenzte Lebenserwartung aufgeklärt? nein ja

In spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) eingeschrieben? nein ja beantragt

Ambulanter Palliativ- (Pflege)-/ Hospizdienst in Versorgung eingebunden? nein ja Dienst : _____

Stationäres Hospiz? nein ja Einrichtung: _____

Ist eine rasche Rückführung in die Betreuungseinrichtung/nach Hause erwünscht? nein ja

Individuelle Bedürfnisse/ Pflegerische Besonderheiten/ Palliative Besonderheiten

Lagerungsmaßnahmen (z. B. path. Frakturen, schmerzlindernde Lagerungen, etc.): _____

Schmerztherapie? nein ja

Schmerzzustand: NRS _____ nach Medikamentengabe beherrscht nicht beherrscht

Übelkeit/Erbrechen? _____

Luftnot? _____

Individuelle Pflege? _____

Sonstiges? _____

Psychosoziale Situation

Z. B. Familiäre Situation, emotionale Verfassung, etc. _____

Biografische Angaben

Seelsorgerische/ Spirituelle Bedürfnisse:

Konfession: _____

Seelsorgerische/spirituelle Begleitung: nicht erwünscht erwünscht bereits vorhanden durch: _____

Krankensalbung erwünscht: nein ja Aussegnung erwünscht: nein ja

Lieblingsgetränk: _____

Lieblingspeise: _____

Vorlieben (z. B. Musik, Bücher, Hörbücher, TV): _____

Abneigungen/Ängste : _____

Besonderheiten: _____

Stand: 12.12.2013



Pflegeüberleitung in Oberhausen



**Ich danke für Ihre
Aufmerksamkeit!**