

# **Patienten mit psychosozialer Betreuung als Notfallpatienten**

Erfahrung aus der Lebenshilfe















































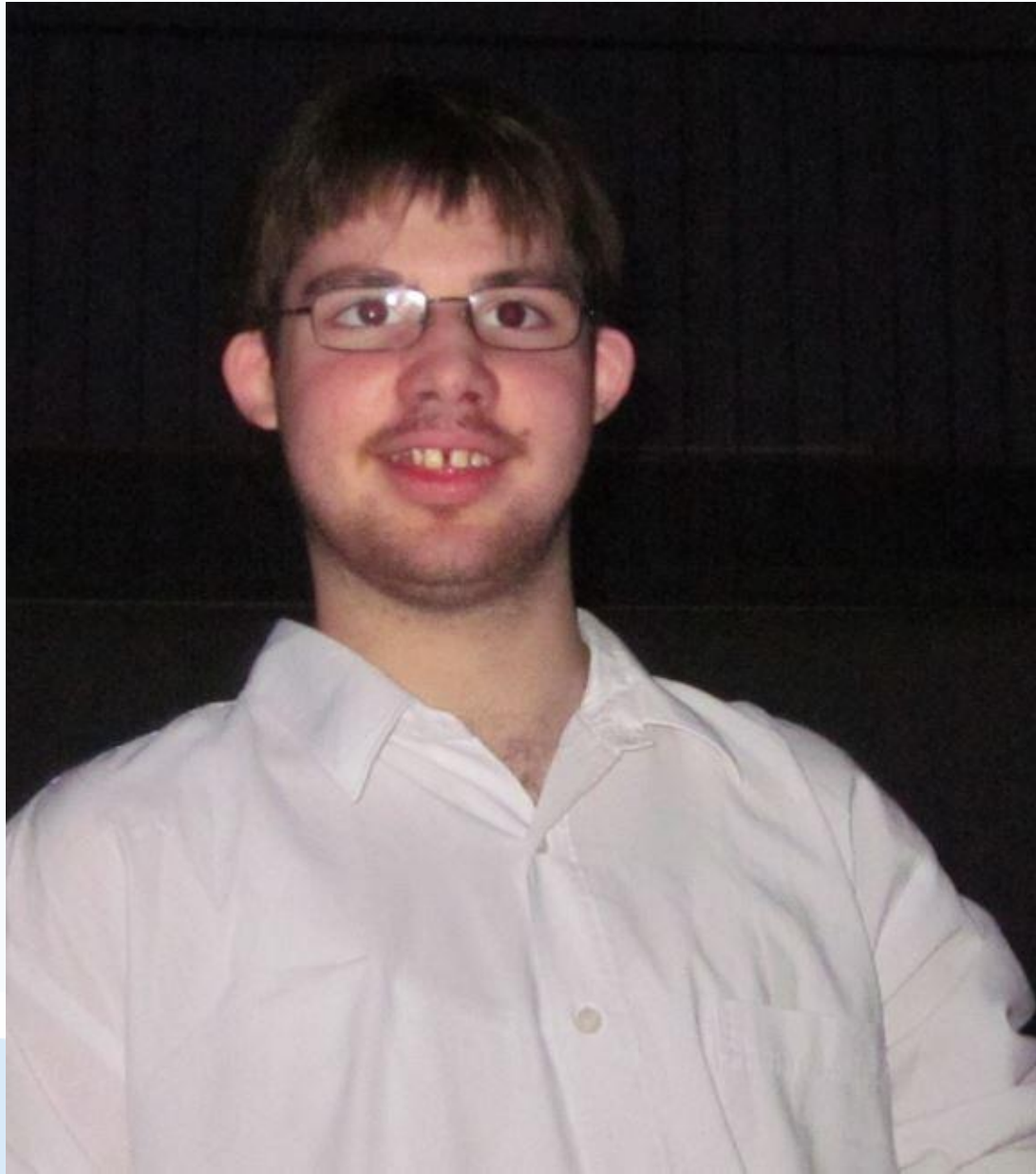










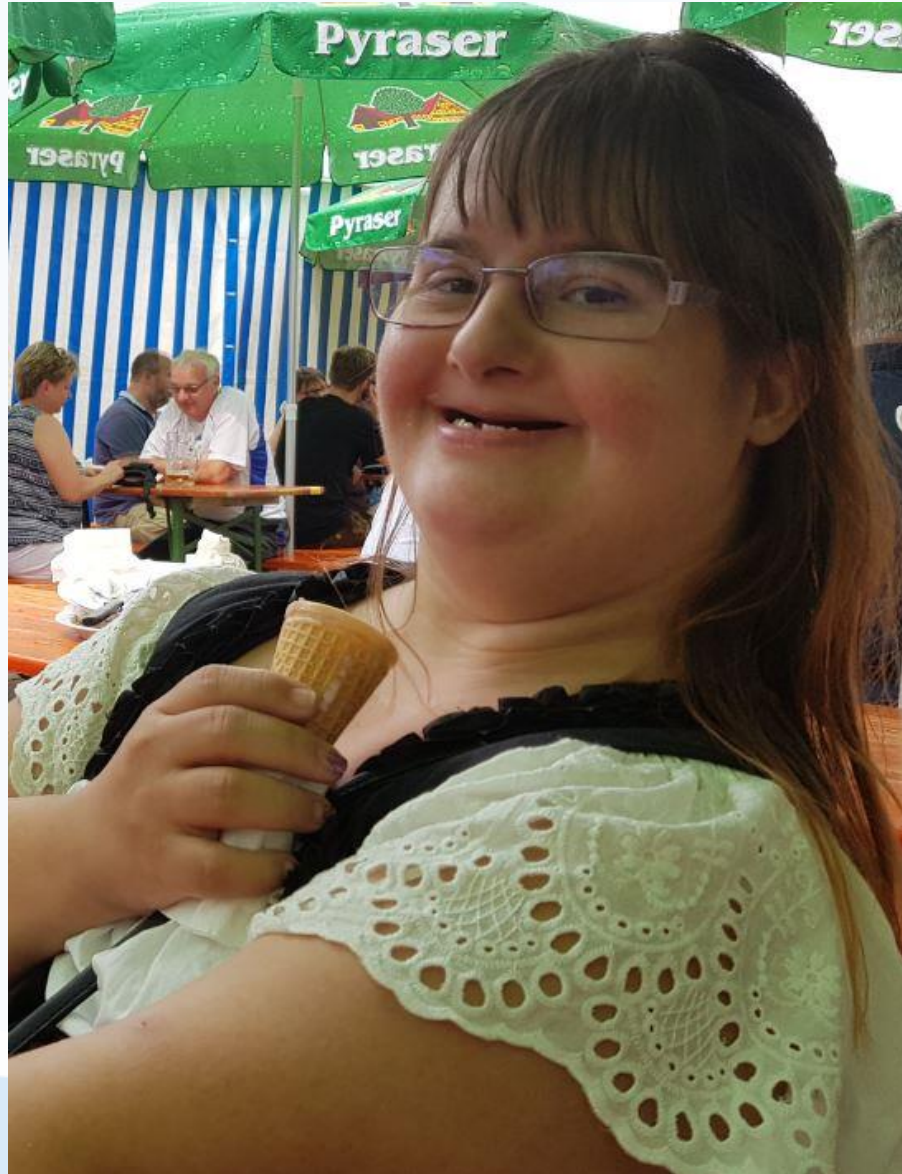


































# Gelingende Überleitung in die ZNA

Beispiel einer Kooperation zwischen  
Klinikum Fürth und Lebenshilfe

# Mensch mit geistiger Behinderung im Krankenhaus – eine wechselseitige Herausforderung

Was braucht das System?

→ Information, Compliance etc.

Was braucht der MmGB?

→ Sicherheit, Orientierung usw.

# Überlegungen...

Unterscheidet sich der MmgB von anderen Patienten?

→ Ähnliche Bedürfnislage wie Kind/Mensch mit Demenz

Welche (gemeinsame) Sprache sprechen wir?

→ Mensch/System & System Klinik/System EgH

Was braucht Ihr von mir?

→ Zugriff auf Information

(Patient, Begleiter oder Bogen)

→ Informationsweitergabe sicherstellen

(wer braucht welches Wissen?)



### Für die aufnehmende Person (Triagierung)

Name: [ ] Vorname: [ ] Geb. am: [ ]

Adresse: [ ] Telefon Wohngruppe: [ ] Krankenkasse: [ ]

#### Beziehungsaufbau/ Ansprache



Sie  Vorname/  Du  Körperkontakt

#### Unterbringung

MBZ ohne Begleitung  EZ ohne Begleitung  
 MBZ mit Begleitung  EZ mit Begleitung

#### Kommunikation

Kann Hilfe einfordern  Ja, mittels  Glocke  ruft  nein

Sonstiges: [ ]

#### Schmerzäußerung, adäquat



nein  paradox  verbal  nonverbal  
 Ja

#### Willensäußerung

nein  
 Ja, tragfähig  
 Ja-/nein-Fragen  
 Mit Assistenz durch vertraute Person

#### Formuliert Grundbedürfnisse

Nein, kann dies nicht  
 Ja, kann das selbst  
 Ja-/nein-Fragen  
 Mit Assistenz durch vertraute Person

Gesetzliche Betreuung  ja  nein

Betreuungsbereiche  
 Medizinische Versorgung  
 Alle weiteren Bereiche

Bereits informiert  ja  nein



#### Psychosoziale Betreuung durch: [ ]

nur bei Aufnahme  ZNA  
 bis Übergabe Station  vollumfänglich

#### Name:

Funktion/Bezug zum Patienten:  
 Mitarbeiter/in des Wohnbereichs  Mitarbeiter/in der Arbeitsstelle  Angehörige/r

#### Trigger für problematisches Verhalten



[ ]

#### Positive Verstärker (Vorbeugung von Problemverhalten)

[ ]



## Für den Arzt

Hausarzt

Einweisender Arzt (falls abweichend)

Diagnosen/Vorerkrankungen:

Familiäre Erkrankungen:

Genussmittel:  Alkohol

Allergien/Unverträglichkeiten

Zigaretten Pro Tag:

Allergiepass wird mitgeführt  ja  nein

Tetanus Impfstatus:

Medizinische

Besonderheiten (z.B. Shunt, Herzschrittmacher, Marcumar-Einnahme o.ä.):

Gerätepass wird mitgeführt

Marcumar- Ausweis anbei

Patientenverfügung  keine vorhanden

anbei  wird nachgereicht

Medikamenteneinnahme  keine

ja, Medikamentenplan anbei  nicht bekannt

## Pflegeverlegungsbogen

Name:  
 Vorname: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Geb.Datum:  
 Anschrift: \_\_\_\_\_

Kostentrg: \_\_\_\_\_  
 Vers.Nr. \_\_\_\_\_

Angehörige: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Hausarzt: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Diagnosen: \_\_\_\_\_

Pflegegrad:  1  2  3  4  5  nein

Antrag gestellt am:

**Pflegehilfsmittel:**

- vorhanden  
 bestellt

**Verordnung häuslicher Krankenpflege:**

Grundpflege  tgl.  wö.  
 Hauswirtschaffl. Versorgung  tgl.  wö.  
 Behandlungspflege  tgl.  wö.

**Soziale Aspekte:**

- alleinstehend  Versorgung durch Angehörige  
 amb. Dienst  
 Heim  
 gesetzl. Betreuung

**Orientierungsvermögen:** ja nein wechselnd

zeitlich     
 örtlich     
 persönlich     
 situativ

**Gemütsstimmung:**

- freundlich  kooperativ  antriebsarm  
 aggressiv  depressiv  ängstlich

Legende: S=Selbständig U=Unterstützung Tü=teilweise Übernahme VÜ=vollständige Übernahme

**Sicherheit:**

- Weglauftendenz  sturzgefährdet  
 fremdgefährdend  selbstgefährdend  
 findet sich in vertrauter Umgebung nicht zurecht

**Soziales Verhalten:**

- unauffällig  
 ist stark verunsichert  hat enthemmtes Verhalten

**Kommunikation:**

- Wortfindungsstörungen  Artikulationsstörungen  
 kann Gedanken nicht zu Ende führen  
 konfabuliert  schwerhörig

**Ernährung:**

- sieht die Notwendigkeit zum Essen / Trinken nicht  
 verweigert die Nahrungsaufnahme  
 isst sehr langsam  Schluckstörung  
 MS  PEG  Port  
 spez. Kostform:  
 siehe Ernährungsrichtlinien  
 Nahrungsaufnahme:  S  Tü  VÜ

**Diabetes**

- Insulin s.c.  ja  nein  
 Präparat: \_\_\_\_\_ I.E.  
 Präparat: \_\_\_\_\_ I.E.  
 Pen  Spritze  Pumpe  
 Selbst  VÜ  Anleitung  
 Insulintabelle

**Ausscheidung:**

- Urininkontinenz  Stuhlinkontinenz  
 DK  suprapub. Kath.  
 letzter Wechsel:  
 Einlage  Windel  
 letzter Stuhlgang:

**Hautzustand:**

- Haut intakt  
 Wunde  Dekubitus Grad  
 siehe Wunddokumentation

**Körperhygiene**

- kann den Ablauf der Körperpflege nicht selbst koordinieren  
 sieht die Notwendigkeit der Körperpflege nicht

Körperpflege / Mobilität	S	U	TÜ	VÜ
Ganzkörperwäsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilkörperwäsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothesenpflege	<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"/>
Kämmen / Nagelpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<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"/>
Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Besonderheiten:**

**Station** \_\_\_\_\_ **Tel.** \_\_\_\_\_

erstellt am:

voraussichtliche Entlassung am:

Angehörige informiert:  ja  nein

wen:





# Für die Pflege Lebenshilfe (pädagogisches Wohnheim)

**Name:**   
**Vorname:**   
**Geb. Datum:**   
**Angehörige:**   
**Tel.:**

**Anschrift Wohnbereich:**   
**Tel.:**   
**Krankenkasse:**   
**Pflegegrad** 1  2  3  4  5   
**Rooming in**  Erforderlich  Nicht erforderlich

**Hilfe einfordern:**  **nein**  
 mit Glocke/Rufanlage  auf   
**Schmerz adäquat äußern:**  **nein**  
 VÜ (Beobachtung)  TÜ (Assistenz)  
 Hilfsmittel (z.B. Smiley-Skala, Körperschema etc.)

**Sicherheit**  
 findet sich in vertrauter Umgebung nicht zurecht  
 Weglauftendenz  sturzgefährdet  
 fremdgefährdend bei:   selbstgefährdend bei:

**Kommunikation/Kommunikationshilfen**  
 kann sich verständlich machen  kooperationsfähig  
 verbal  schwerhörig  
 Gebärden  nonverbal  
 technische Hilfsmittel:   Bildkarten (sind mitzuführen)  
 Sonstiges (z.B. Impulse/Berührung, Blickkontakt):

**Soziales Verhalten**  unauffällig  
 ist stark verunsichert  enthemmtes Verhalten

**Soziale Aspekte**  
 alleinstehend  Versorgung durch Angehörige  
 gesetzlich betreut  Wohnheim  
 Heim  amb. Dienst (med.)  amb. Dienst (päd.<sup>1</sup>)  
 Pflegehilfsmittel  vorhanden  bestellt

**Körperhygiene**  
 kann den Ablauf der KP nicht selbst koordinieren  
 sieht die Notwendigkeit der Körperpflege nicht

**Orientierungsvermögen**  
 zeitlich ja  nein  wechs.   
 örtlich ja  nein  wechs.   
 persönlich ja  nein  wechs.   
 situativ ja  nein  wechs.

**Gemütsstimmung**  
 freundlich  kooperativ  
 antriebsarm  aggressiv  
 depressiv  ängstlich

**Körperpflege/Mobilität<sup>2</sup>** S U TU VU  
 Ganzkörperwäsche      
 Teilkörperwäsche      
 Zahnpflege      
 Prothesenpflege      
 An- und Auskleiden      
 Kämmen/Nagelpflege      
 Rasieren      
 Stehen      
 Gehen      
 Transfer      
 Lagerung

**Essen/Trinken**  S  TÜ  VÜ  
 spezielle Kostform:   
 sieht die Notwendigkeit zum Essen/Trinken nicht  
 verweigert die Nahrungsaufnahme/das Trinken  
 isst sehr langsam  Schluckstörung  
 nur mit Hilfsmittel:   
 **Diabetes** Insulin sc.  ja  nein  
 Präparat:  I.E.  
 Präparat:  I.E.  
 Pen  Spritze  Pumpe  
 Selbst  VÜ  TÜ  Anleiten  
 Insulintabelle

**Gewohnheiten für die Sicherheit/FEM**  
 FEM auf Wunsch  FEM Beschluss vorliegend (bitte Kopie anfügen)  
 Rollstuhlgrurt  einseitiges Bettgitter  
 Bettgitter beidseits  
**Besonderheiten:**

**Besonderheiten:**   
 Sonstiges:

**Hautzustand**  Haut intakt  
 Wunde  Dekubitus Grad: 1  2  3  4   
 siehe Wunddokumentation

**Ausscheidung** Letzter Stuhlgang:   
 Urininkontinenz  Stuhlinkontinenz  
 DK  suprapub. Kath.  
 Letzter Wechsel:   
 Einlage  Windel

<sup>1</sup> Nur sozialpädagogische/pädagogische Betreuung im häuslichen Umfeld  
<sup>2</sup> Legende: S=Selbständig U=Unterstützung TÜ=Teilweise Übernahme VÜ=Vollständige Übernahme



# Herzlichen Dank



**für Ihre  
Aufmerksamkeit !**