



Evaluation des Dresdner Überleitungsbogens Juni-September 2013

Dresden, 26. März 2014, Heike Vogelbusch

Projektziel



Sicherstellung der Versorgungskontinuität hinsichtlich der Informationsweitergabe während der Überleitung über Sektorengrenzen hinweg

Aufgabenstellung

Analyse des Bogens während der Praxisanwendung hinsichtlich seiner Praktikabilität → Ableiten von Ergebnissen, evtl. Änderungsbedarfen, Handlungsempfehlungen

Wer hat teilgenommen?



Einrichtung	Bereich
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden	7 Stationen (Strahlenklinik, HNO, MKG, VTG1-4)
Krankenhaus Dresden Friedrichstadt	2 Stationen (UWC, MK 3)
Krankenhaus St. Joseph-Stift	1 Station (Innere Medizin)
St. Marienkrankenhaus Dresden	1 Station (Psychiatrie)
Krankenhaus Dresden Neustadt	2 Stationen (AG, Psychiatrie)
Rehabilitationsklinik Dresden Löbtau	3 Stationen
Cultus gGmbH	2 Einrichtungen, jeweils 6 Wohnbereiche (davon 2 KZP)
Vitanas Seniorenzentrum	1 Wohnbereich
Volkssolidarität Dresden	1 Bereich (KZP)
Ökumenische Seniorenhilfe Dresden	ambulanter Bereich

Dresdner Überleitungsbogen

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

DIE DRESDNER.



Dresdner Überleitungsbogen

Absender _____

Empfänger _____

Telefon für Rückfragen _____

PflegeNetz

Dresden.
Dregeon

Personellen

Name _____	Vorname _____	Geb. _____	Geschlecht: m <input type="checkbox"/> w <input checked="" type="checkbox"/>
Nationalität _____	Adresse _____		
lebt allein <input type="checkbox"/> mit Angehörigen <input checked="" type="checkbox"/> Etage/ Lift _____			
Schlüssel hat _____	Telefon _____		
in stat. Pflegeeinrichtung _____	in anderer Einrichtung _____		
Betreuer amb. Pflegedienst _____			
Betreuungsvollmacht: <input type="checkbox"/> eingeleitet am _____	Vorsorgevollmacht: <input type="checkbox"/>	Patientenverfügung: <input type="checkbox"/>	
Pflegeeinrichtung: nein <input type="checkbox"/> beantragt am _____	ja <input type="checkbox"/>	Stufe: _____	

Angehörige <input type="checkbox"/>	Kontaktperson <input type="checkbox"/>	Name _____	ist benachrichtigt: <input type="checkbox"/>
Adresse, wenn abweichend _____		Telefon _____	<input type="checkbox"/>
Gesetzlicher Betreuer: gleiche Person <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> wenn nicht, Name _____	Telefon _____	<input type="checkbox"/>
Vorsorgebevollmächtigter: gleiche Person <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> wenn nicht, Name _____	Telefon _____	<input type="checkbox"/>
Pflegende Person: gleiche Person <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> wenn nicht, Name _____	Telefon _____	<input type="checkbox"/>
Kassenarzt <input type="checkbox"/>	Facharzt <input type="checkbox"/>	Eingabendes Versorger(Stoma, PEG, Port, SAPV, etc.) _____	
Name _____	Adressen _____	Telefon _____	Rehabilitation beantragt: <input type="checkbox"/>

Patienteneigenamt Wundversorgung
→ angefügtes Protokoll → Zusatzbogen Wundversorgung Verbandmaterial für 3 Tage mitgegeben

Umgang mit Medikamenten			
Unterstützung erforderlich bei:	Stellen <input type="checkbox"/>	Einnahmen <input type="checkbox"/>	Applikation <input type="checkbox"/>
Besonderheiten _____	Letzte Einnahme _____		
Medikamente für _____ Tage mitgegeben: <input type="checkbox"/>	Medikamentenplan im Arztbrief: <input type="checkbox"/>		

Körperpflege	selbstständig	Unterstützungsbedarf	unselbstständig
Waschen	<input type="checkbox"/>	Hilfsmittel <input type="checkbox"/>	personell <input type="checkbox"/>
Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundgerichtete Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausscheidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		immobil t/w: <input type="checkbox"/>	vollständig <input type="checkbox"/>
		ZWK <input type="checkbox"/>	Part <input type="checkbox"/>
		letzter VW _____	
		Diabetes <input type="checkbox"/>	
		Insulinpflichtig: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
		letzte Insulingabe _____	
		Kostform _____	
		Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/>	
		letzter VW _____	
		Schluckstörung <input type="checkbox"/>	
		Letzte Mahlzeit: _____	

Dresdner Überleitungsbogen ► Seite 2 ► PflegeNetz Dresden				
Inkontinenz: Blase <input type="checkbox"/>	Darm <input type="checkbox"/>	Blasenkatheter <input type="checkbox"/>	suprapub. Katheter <input type="checkbox"/>	Anus praeter <input type="checkbox"/>
letzter Stuhlgang: _____	Letzter Wechsel: _____			
Komunikation				
Nicht beeinträchtigt <input type="checkbox"/>	Sprachstörung <input type="checkbox"/>	Hörstörung <input type="checkbox"/>	Sehstörung <input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____
Bewusstsein				
nicht beeinträchtigt <input type="checkbox"/>	komaß <input type="checkbox"/>	stuporös <input type="checkbox"/>	somnolent <input type="checkbox"/>	örtlich <input type="checkbox"/>
eingeschränkte Orientierung <input type="checkbox"/>	zeitlich <input type="checkbox"/>	zur Person <input type="checkbox"/>	situativ <input type="checkbox"/>	
Demenz/kognitive Beeinträchtigung: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> → Zusatzbogen Demenz /kognitive Beeinträchtigung: <input type="checkbox"/>				
Hilfsmittel: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	vorhanden <input type="checkbox"/>	beantragt: <input type="checkbox"/>	mitgegeben: <input type="checkbox"/>	
Brille/ Kontaktlinsen <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"/>	
Zahnprothese unten <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hörgerät: re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> bds <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gehhilfe <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rollator <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rollstuhl <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pfiegabett <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
O,-Gerät <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bemerkungen/ Empfehlungen: _____				
Infektionen: nein <input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> welche: _____ → Zusatzbogen Multiresistente Erreger: <input type="checkbox"/>				
Bemerkungen: _____				
Allergien: nein/nicht bekannt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> welche: _____				
Risiken: Sturz <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Kontraktionen <input type="checkbox"/>				
Schmerz: <input type="checkbox"/> aktueller Skalenwert: _____ verwandte Skala: _____				
Arztbrief: mitgegeben: <input type="checkbox"/>				
Sonstige Mitteilungen: _____ _____ _____ _____				
Datum: _____ Unterschrift der Pflegefachkraft: _____				

Der Dresdner Überleitungsbogen wurde im Rahmen des PflegeNetz Dresden entwickelt und orientiert sich an den Ergebnissen der QualitätsAG Vernetzung der Stadt Offenbach zur Überleitung (2005). Version 1 April 2013.

Was wurde untersucht?

I Untersuchung mittels drei Analyseebenen

- ❖ Optische Auswertung



- ❖ Leitfadeninterviews für die Absenderbefragung



- ❖ Fragebogen für die Empfängerbefragung



Optische Auswertung



- | Totalerhebung
- | Kodierung der Fragebögen mit einer Buchstaben-Zahlen Kombination:
 - | z.B. SP_03_WB2-008
- | Insgesamt wurden 512 Dresdner Überleitungsbögen ausgewertet
 - | 291 Bögen: Krankenhaus , somatischer Bereich
 - | 63 Bögen: Krankenhaus, psychiatrischer Bereich
 - | 84 Bögen: Rehaklinik
 - | 74 Bögen: stationäre und ambulante Pflege

Leitfadeninterviews



- | Stichprobenartige Absenderbefragung mittels einem standardisierten Interview
- | Von den insgesamt 20 geführten Interviews wurden 11 mit Leitungskräften geführt. Weitere 6 Interviews wurden mit Pflegekräften der Teststation gehalten und 3 mit einer Leitungskraft und einer Pflegekraft.

Interviewleitfaden

Anwender

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

DIE DRESDNER.



- | Haben Sie **Informationen** zur Entstehung des Dresdner Überleitungsbogens und zur Zielstellung erhalten?
- | Wurden Sie zur Anwendung geschult?
- | Wie gut ist die **Struktur** nachvollziehbar?
- | Was fehlt Ihrer Meinung nach inhaltlich in der Rubrik Personalien?
- | Was sollte, Ihrer Meinung nach, inhaltlich bei den Arztangaben ergänzt werden?
- | Welche Informationen zum Umgang mit **Medikamenten** haben Ihnen gefehlt?
- | Sehen Sie Änderungsbedarf bei den Angaben zu den **ATLs**?
- | Welche Informationen haben Sie überwiegend in das Feld "Sonstige Mitteilungen" eingetragen?
- | Wie wichtig ist für eine weitere Anwendung eine Übertragung in die **EDV**?
- | Verbessert Ihrer Meinung nach der Dresdner Überleitungsbogen die Kommunikation der Einrichtungen bzw. die Überleitungsdokumentation?
- | Haben Sie **Verbesserungsvorschläge**/ Anmerkungen?
- | Wo sehen Sie Schwierigkeiten bei der Überleitungssituation? Werden die Problemkonstellationen Ihrer Meinung nach durch den Dresdner Überleitungsbogen beeinflusst?



Ergebnisse Interviews

Information zum Bogen:
-13 x Infoveranstaltung
-6x Handout

Änderung bei Medikamenten:
47%

Struktur:

- gut – sehr gut 84%
- gewöhnungsbedürftig 16%



Platzmangel:
42%

Änderungen ATL:
74%

Umsetzung EDV:
79%

Empfängerbefragung



- Bewertung der Informationsqualität aus Sicht der nachsorgenden Einrichtungen
- Stichprobe aus den bis zum 30.08.2013 zu Verfügung gestellten Überleitungsbögen (n=331)

- Insgesamt konnten 96 Empfängereinrichtungen erfasst werden. Nach dem telefonischen Kontakt wurden 84 Fragebögen versendet. Von diesen wurden 32 Bewertungen zurückgesandt, das entspricht einer Rücklaufquote von 38%.

Fragebogen Empfänger



Dresdner Überleitungsbogen

Altenärztin _____ Empfänger _____
Seiten für Rückfragen _____

PflegeNetz
Dresden
Doktor

Personen
Name _____ Vorname _____ Geb. _____ Geschlecht: ♂ ☐ ♀ ☐

Empfängerbefragung

-Analyse zur praktischen Anwendung des Dresdner Überleitungsbogens 06/2013-09/2013-

1.) Haben Sie zuvor von dem Projekt des PflegeNetz Dresden zum einheitlichen Überleitungsbogen der Landeshauptstadt gehört?

- Ja
 Nein

2.) Wurden Sie vorab über die Überleitung in Ihre Einrichtung informiert?

- Ja, telefonisch
 von einer Pflegefachkraft von dem Sozialdienst/ Case Management
 von
- Ja, es wurde ein vorläufiger Überleitungsbogen des Patienten per Fax gesendet
- Nein, die Überleitung erfolgte ohne vorausgehende Information
Sonstige:

3.) Bitte schätzen Sie den Informationsgehalt der erhaltenen Patientendaten ein.
Waren Sie damit ...

- sehr zufrieden zufrieden weniger zufrieden
 unzufrieden

Wenn sie nicht zufrieden waren, bitte begründen Sie Ihre Einschätzung.
Welche Informationen fehlten Ihnen?

4.) Wie hilfreich waren die erhaltenen Informationen durch den Dresdner Überleitungsbogen während der Aufnahme des Patienten?

- sehr hilfreich hilfreich weniger hilfreich
 nicht hilfreich

Bitte begründen Sie Ihre Aussage kurz:

5.) Wenn der Zusatzbogen Demenz verwendet wurde, sonst bitte weiter mit der Frage 6.)

6.) Sehen Sie Verbesserungsbedarf am Dresdner Überleitungsbogen?

- Ja Nein

Wenn ja, welchen?

7.) Könnten Sie sich vorstellen, dass auch Ihre Einrichtung den Dresdner Überleitungsbogen praktisch anwendet?

- Ja Ja, nur in EDV Anwendung Nein keine Angabe

8.) Bitte bewerten Sie den Dresdener Überleitungsbogen nach Schulnoten:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 „sehr gut“ kein Änderungsbedarf, Bogen kann sofort in der Praxis angewendet werden	2 „gut“ Wenig Korrekturbedarf vor Anwendung nötig.	3 „befriedigend“ Vor einem Einsatz in der Praxis inhaltliche Änderungsbedarfe.	4 „ausreichend“ Viele Änderungspunkte in Inhalt und Struktur.	5 „mangelhaft“ Ohne Überarbeitung nicht umsetzbar, fehlender Informationsgehalt für Einrichtungsübergreifenden Einsatz	6 „ungenügend“ Fehlen von wesentlichem Informationspunkten, ungeeignet für alle Praxisbereiche, Bedarf an speziellem Zusatzbogen

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Was Sie uns noch mitteilen möchten:

Ergebnisse Fragebogen



Information vor Überleitung:
72%

Hilfreich für die Aufnahme:
Sehr hilfreich-25%
Hilfreich-53%
Weniger hilfreich-22%



Informationsgehalt:
Sehr zufrieden-16%
Zufrieden-69%
Weniger zufrieden-12%
Unzufrieden-3%

Änderungsbedarf:
Ja- 41% Nein-35%
k.A.- 24%

Projekt bekannt:
44%

Einsatz in eigener Einrichtung vorstellbar:
Ja-31% Ja mit EDV-Lösung- 13%
Nein-25%
31% unentschlossen

Bewertung

Note 1 (kein Änderungsbedarf)- 10%

Note 2 (wenig Korrekturbedarf)- 45%

Note 3 (inhaltlicher Änderungsbedarf)- 10%

Keine Angabe- 35%

2,0

Anwender



Empfänger



Note 1 (kein Änderungsbedarf)- 13%

Note 2 (wenig Korrekturbedarf)- 53%

Note 3 (inhaltlicher Änderungsbedarf)- 28%

Keine Angabe- 6%

2,16

Änderungsbedarfe Dokumentenkopf



Dresdner Überleitungsbogen

Absender

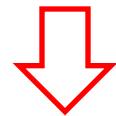
Empfänger

Telefon für Rückfragen

Dokumentenkopf

häufig fehlende Eintragungen
zum *Empfänger* (im
Altenhilfebereich jeder zweite
Bogen)

Grafisches Hervorheben, Erweiterung der
Platzvorgabe



Dresdner Überleitungsbogen

Absender

Platz für Stempel der

Absendereinrichtung

Empfänger

Telefon für Rückfragen

Änderungsbedarfe Personalien

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

DIE DRESDNER.



Personalien

Name: Vorname: Geb. Datum: Geschlecht: m w

Nationalität: Adresse:

lebt allein mit Angehörigen Etage/ Lift..... Schlüssel hat Telefon.....

in stat. Pflegeeinrichtung..... in anderer Einrichtung.....

Betreuer amb. Pflegedienst

Betreuungsvollmacht eingeleitet am Vorsorgevollmacht Patientenverfügung

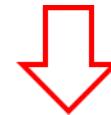
Pflegeeinstufung nein beantragt am..... ja Stufe



Rubrik „Personalien“

Nationalität wurde als unwichtige Information benannt, zeigte sich ebenfalls während der Sichtung der Bögen bei 22% der Eintragungen keine Angaben zur bisher versorgenden Einrichtung Hoher Aufwand für händische Eintragungen

Relevanz der Angabe
Nationalität prüfen
Einrichtungsangabe spezifizieren
Raum für Patientenaufkleber



Personalien

Name: Platz für Patientenaufkleber Geschlecht: m w

Vorname: Geb. Datum:

Adresse:

lebt allein mit Angehörigen Etage/ Lift.....

Schlüssel hat Telefon.....

betreuende Einrichtung.....

Betreuungsvollmacht eingeleitet Vorsorgevollmacht Patientenverfügung

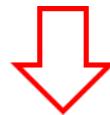
Pflegeeinstufung ja Stufe nein beantragt

Änderungsbedarfe Kontaktpersonen



Angehörige <input type="checkbox"/>	Kontaktperson <input type="checkbox"/>	ist benachrichtigt
Name	Adresse, wenn abweichend	Telefon
Gesetzlicher Betreuer <input type="checkbox"/>	gleiche Person <input type="checkbox"/> wenn nicht, Name:.....	Telefon:..... <input type="checkbox"/>
Vorsorgebevollmächtigter <input type="checkbox"/>	gleiche Person <input type="checkbox"/> wenn nicht, Name:.....	Telefon:
Pflegende Person <input type="checkbox"/>	gleiche Person <input type="checkbox"/> wenn nicht, Name:.....	Telefon:..... <input type="checkbox"/>

Angaben zu Kontaktpersonen	Angaben zum gesetzlichen Betreuer bzw. Vorsorgebevollmächtigten unübersichtlich	Änderung des strukturellen Aufbaus und der optischen Darstellung
---------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------



Angehörige <input type="checkbox"/>	Kontaktperson <input type="checkbox"/>	ist benachrichtigt
Name	Telefon	<input type="checkbox"/>
Adresse, wenn abweichend.....		
auch: Gesetzlicher Betreuer <input type="checkbox"/> Vorsorgebevollmächtigter <input type="checkbox"/> Pflegende Person <input type="checkbox"/>		
wenn nicht, Name:.....		<input type="checkbox"/>
Adresse:.....	Telefon	

Änderungsbedarfe Arzt/ Nachversorger

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

DIE DRESDNER.



Hausarzt Facharzt

Name.....ist benachrichtigt

Adresse.....Telefon.....

Eingebundene Versorger (Stoma, PEG, Port, SAPV, etc.)

..... ist benachrichtigt

Rehabilitation beantragt

Angaben zum behandelnden Arzt/ Nachversorgung

Textfeld *Rehabilitation* zu
2% genutzt
Adressangabe wurde als
nicht relevant bewertet

Notwendigkeit Textfeld *Rehabilitation* prüfen
Notwendigkeit Adressangabe des Arztes
prüfen



Hausarzt Facharzt

Name.....

Telefon.....

Eingebundene Versorger (Stoma, PEG, Port, SAPV, etc.)

.....

Rehabilitation beantragt

Änderungsbedarfe Medikamente



Umgang mit Medikamenten

Unterstützung erforderlich bei: Stellen Einnehmen Applikation

Besonderheiten..... Letzte Einnahme.....

Medikamente für ... Tage mitgegeben

Medikamentenplan im Arztbrief

Umgang mit Medikamenten

Abstufungen zum
Unterstützungsbedarf als nicht
nachvollziehbar beschrieben
Altenpflegebereich besitzt keinen
Arztbrief

Änderung Hilfebedarf Ja/ Nein
Formulierung „Medikamentenplan
anbei“



Umgang mit Medikamenten

Unterstützung erforderlich: Ja Nein

Besonderheiten.....

Letzte Einnahme.....

Medikamente für Tage mitgegeben

Medikamentenplan anbei

(VO häusliche Pflege: 3 Tage)

Änderungsbedarfe ATL

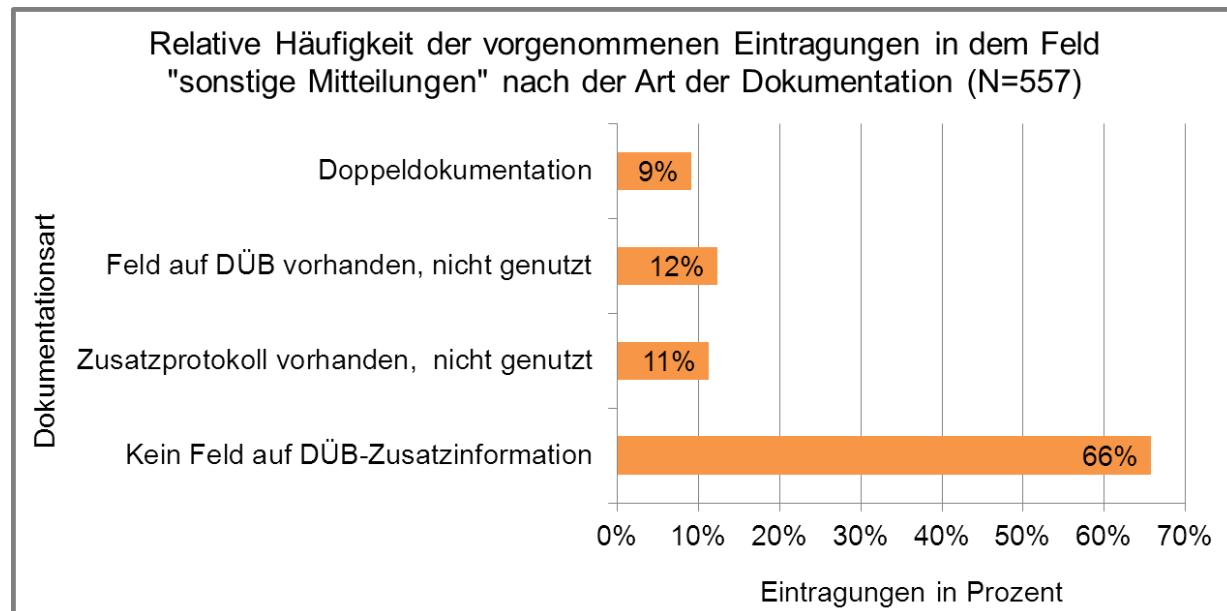


	selbständig	Unterstützungsbedarf	unselbständig	
		Hilfsmittel	personell	
Körperpflege				
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität				immobil tlw. <input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/>
Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ZVK <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/>
An-/ Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	letzter VW.....
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>
Ernährung				Insulinpflichtig nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	letzte Insulingabe
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kostform
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/>
				letzter VW.....
				Schluckstörung <input type="checkbox"/>
				Letzte Mahlzeit.....



Ausscheidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Inkontinenz Blase	<input type="checkbox"/>	Darm	<input type="checkbox"/>	Blasenkatheter	<input type="checkbox"/>	suprapub. Katheter	<input type="checkbox"/>	Anus praeter	<input type="checkbox"/>
letzter Stuhlgang:				Letzter Wechsel:			
Kommunikation									
Nicht beeinträchtigt	<input type="checkbox"/>	Sprachstörung	<input type="checkbox"/>	Hörstörung	<input type="checkbox"/>	Sehstörung	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:
Bewusstsein									
nicht beeinträchtigt	<input type="checkbox"/>	komatos	<input type="checkbox"/>	stuporös	<input type="checkbox"/>	somnolent	<input type="checkbox"/>		
eingeschränkte Orientierung	zeitlich	<input type="checkbox"/>	örtlich	<input type="checkbox"/>	zur Person	<input type="checkbox"/>	situativ	<input type="checkbox"/>	

AEDLs/ATLs	<i>Sonstige Mitteilungen</i> umfasste in über 40% der Eintragungen Informationen diesbezüglich <i>Mobilität</i> und <i>Diabetes</i> an dieser Stelle unübersichtlich weiterer Bedarf zu Informationen zur <i>Kostform</i> geäußert (Port, PEG, Sondennahrung)	Einfügen von Textfeld für Zusatzangabe bei AEDLs/ATLs Position von <i>Mobilität</i> , <i>Diabetes</i> ändern Informationen zur <i>Kostform</i> ergänzen
-------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Änderungsbedarfe



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

DIE DRESDNER.



	selbstständig	Unterstützungsbedarf	unselbstständig	Zusatzangaben:			
	Hilfsmittel	personell				
Körperpflege							
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Mobilität							
Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
An-/ Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ernährung							
Mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ausscheidung							
Inkontinenz Blase	<input type="checkbox"/>	Blasenkatheter	<input type="checkbox"/>	suprapub. Katheter	<input type="checkbox"/>	Anus praeter	<input type="checkbox"/>
letzter Stuhlgang.....		Letzter Wechsel		Letzter Wechsel.....			



Mobilität: immobil tlw. Vollständig

Zugänge: ZVK Port letzter VW..... Bemerkung:.....

Diabetes Insulinpflichtig nein ja letzte Insulingabe

Ernährung: Kostform Magensonde PEG-Sonde letzter VW.....
Schluckstörung Zusatzangabe..... letzte Mahlzeit.....

Kommunikation

Nicht beeinträchtigt Sprachstörung Hörstörung Sehstörung Sonstiges.....

Bewusstsein

nicht beeinträchtigt komatos stuporös somnolent

eingeschränkte Orientierung zeitlich örtlich zur Person situativ

Änderungsbedarfe Hilfsmitte

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

DIE DRESDNER.



Hilfsmittel ja nein

vorhanden beantragt mitgegeben

Brille / Kontaktlinsen

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Zahnprothese oben

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Zahnprothese unten

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Hörgerät re li bds

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Gehhilfe

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Rollator

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Rollstuhl

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Pflegebett

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

O₂-Gerät

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Bemerkungen/ Empfehlungen:.....



Hilfsmittelangaben	Kreuzfelder zum Vorhandensein von Hilfsmitteln in 36% der Bögen unlogisch Unlogische Eintragungen in der Spalte „mitgegeben“ Zu einigen Hilfsmitteln wurden keine Angaben gemacht	Notwendigkeit der Ja/Nein Angabe prüfen optischer Fokus auf Item „mitgegeben“ Relevanz Sauerstoffgerät prüfen Pflegebett „mitgegeben“ löschen
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Hilfsmittel	vorhanden	mitgegeben	beantragt	Ergänzungen/Empfehlungen zu Hilfsmitteln:
Brille/ Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zahnprothese oben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zahnprothese unten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hörgerät re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> bds <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gehhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pflegebett	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Hilfsmittel:.....			

Änderungsbedarfe Schmerz

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

DIE DRESDNER.



Infektionen nein Verdacht ja welche → **Zusatzbogen** Multiresistente Erreger

Bemerkungen.....

Allergien nein/nicht bekannt ja welche.....

Risiken Sturz Dekubitus Kontrakturen

Schmerz aktueller Skalenwert.....verwendete Skala:

Angaben zum Risiko Schmerz	84% der Einrichtungen nutzten das Feld nicht aus	Spezifische Mitarbeiterschulung innerhalb der Einrichtungen hinsichtlich Einschätzung und Bewertung
-----------------------------------	--------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------





Dresdner Überleitungsbogen

Absender Empfänger
Telefon für Rückfragen

Mobilität: immobil tlw. vollständig

Zugänge: ZVK Port letzter VW Bemerkung:

Personalien

Name: Geschlecht: m w
Vorname: Geb. Datum:
Adresse:

lebt allein mit Angehörigen Etage/ Lift.....

Schlüssel hat Telefon:

betreuende Einrichtung:

Betreuungsvollmacht eingeleitet Vorsorgevollmacht Patientenverfügung Pflegeeinstufung ja Stufe nein beantragt Angehörige Kontaktperson

ist benachrichtigt

Name Telefon

Adresse, wenn abweichend:

auch: Gesetzlicher Betreuer Vorsorgevollmächtiger Pflegende Person

wenn nicht, Name:

Adresse: Telefon:

Hausarzt Facharzt

Eingebundene Versorger (Stoma, PEG, Port, SAPV, etc.)

Name:

Telefon:

Rehabilitation beantragt

Patienteneigentum Wundversorgung

→ angefügtes Protokoll → Zusatzbogen Wundversorgung Verbandmaterial für 3 Tage mitgegeben

Umgang mit Medikamenten

Unterstützung erforderlich: Ja Nein

Besonderheiten: Letzte Einnahme:

Medikamente für Tage mitgegeben Medikamentenplan anbei

	selbständig	Unterstützungsbedarf	unselbständig	Zusatzangaben:
Körperpflege		Hilfsmittel	personell	
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität	<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"/>
An-/ Auskleiden	<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"/>
Ernährung				
Mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausscheidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inkontinenz Blase Darm
letzter Stuhlgang.....Blasenkatheter suprapub. Katheter Anus praeter
Letzter Wechsel Letzter WechselDiabetes Insulinpflichtig nein ja letzte InsulingabeErnährung: Kostform Magensonde PEG PEJ letzter VW
Schluckstörung Zusatzangabe letzte MahlzeitKommunikation Nicht beeinträchtigt Sprachstörung Hörstörung Sehstörung Sonstiges

Bewusstsein

nicht beeinträchtigt komatos stuporös somnolent
eingeschränkte Orientierung zeitlich örtlich zur Person situativ Demenz / kognitive Beeinträchtigung nein ja → Zusatzbogen Demenz / kognitive Beeinträchtigung

Hilfsmittel	vorhanden	mitgegeben	beantragt
Brille/ Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnprothese oben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnprothese unten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörgeräte <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> bds <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegebett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Hilfsmittel:			

Ergänzungen/Empfehlungen zu Hilfsmitteln:

Infektionen nein Verdacht ja welche

Bemerkungen:

Allergien nein/nicht bekannt ja welcheRisiken Sturz Dekubitus Kontrakturen Schmerz aktueller Skalenwert verwendete SkalaArztbrief mitgegeben

Sonstige Mitteilungen

Datum Unterschrift der Pflegefachkraft

Der Dresdner Überleitungsbogen wurde im Rahmen des PflegeNetz Dresden entwickelt und orientiert sich an den Ergebnissen der QualitätsAG Vernetzung der Stadt Offenbach (2005). Version 2: November 2013

→ Möglichkeit der elektronischen Umsetzung



→ Möglichkeit, den Bogen auf Wunsch auf Papier zu nutzen-
Verfügbarkeit des Bogens als Druckversion



→ Verbreitung des Bogens in weiteren Einrichtungen
- Öffentlichkeitsarbeit



→ Evtl. erneute Evaluation nach längerer Nutzungsphase





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Adresse:

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der TU Dresden AöR
Leiterin Case Management
Haus 29, 2.Etage, Zimmer 2.313
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Kontakt:

Heike Vogelbusch
Telefon: 0351 458-2127
Telefax: 0351458-5837
E-Mail: heike.vogelbusch@uniklinikum-dresden.de