Q-Sys AG
Systeme zur Qualitäts- und Kostensteuerung im Gesundheitswesen

# Wie bildet das MDS RAI-HC Schweiz die Demenz ab?


**Pius Müller**

**Krankenpfleger IKP**

**Pflegefachverantwortlicher / Stv. Geschäftsleiter**
**Spitex Burgdorf-Oberburg (2011-2017)**

**RAI-HC-Ausbildner**
**Firma Q-Sys AG**
**(seit 2003)**

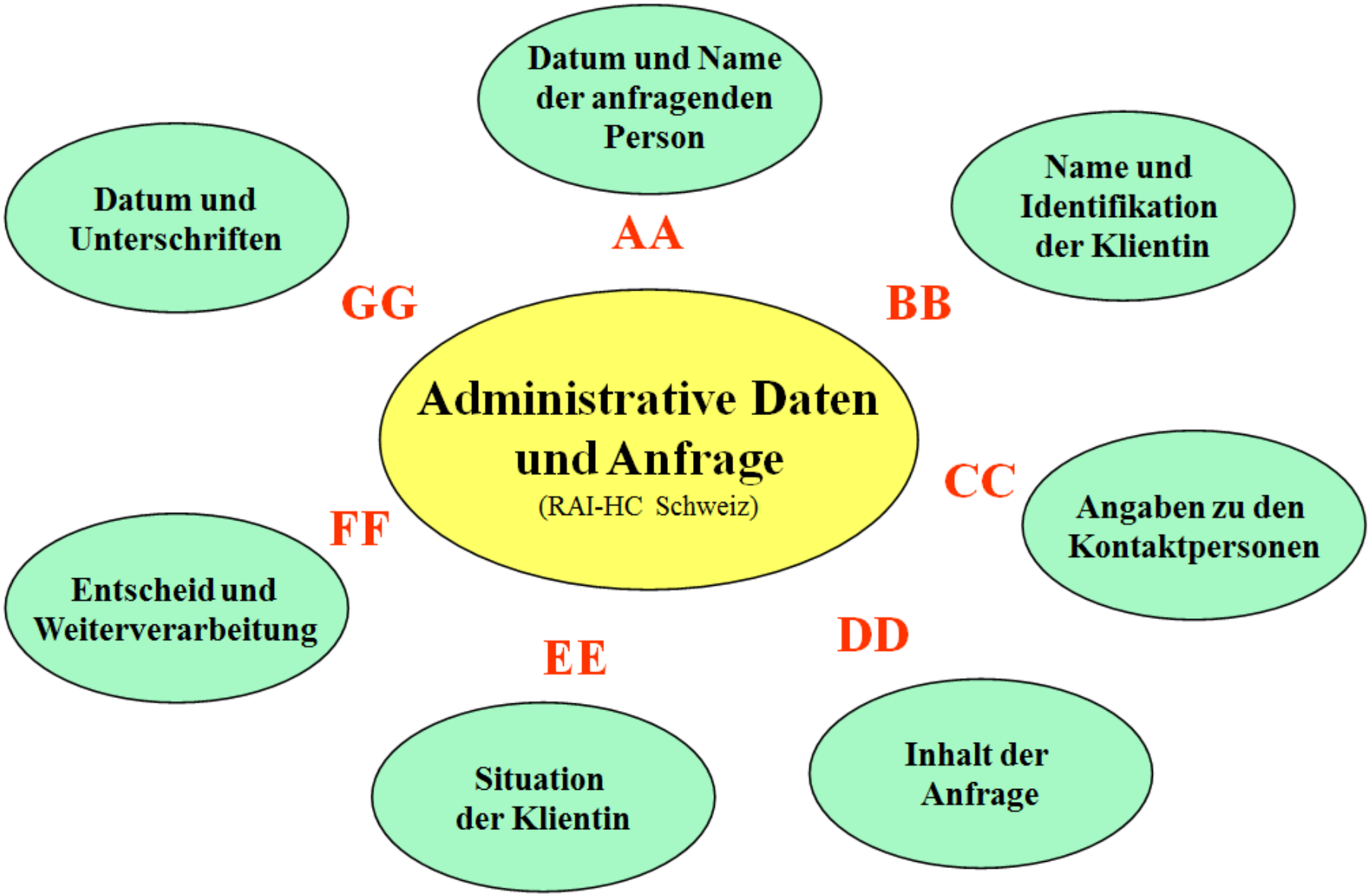
Q-Sys AG

Systeme zur Qualitäts- und Kostensteuerung im Gesundheitswesen

# Zweirad

VELOCIPED

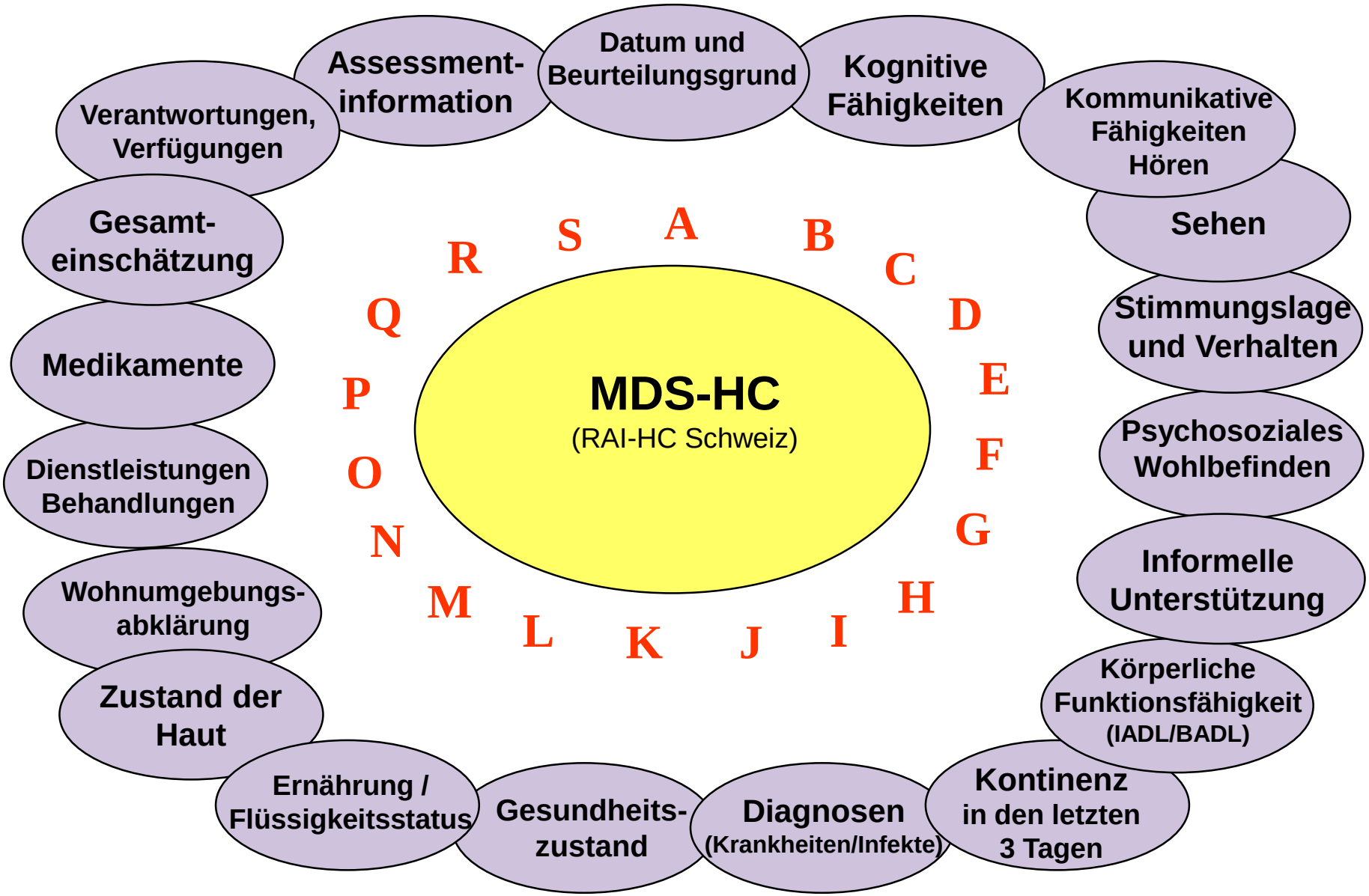
BMW
POLICE


Datum und Name der anfragenden Person
AA
Datum und Unterschriften
GG
Name und Identifikation der Klientin
BB
Administrative Daten und Anfrage
(RAI-HC Schweiz)
CC
Angaben zu den Kontaktpersonen
FF
Entscheid und Weiterverarbeitung
DD
EE
Inhalt der Anfrage
Situation der Klientin

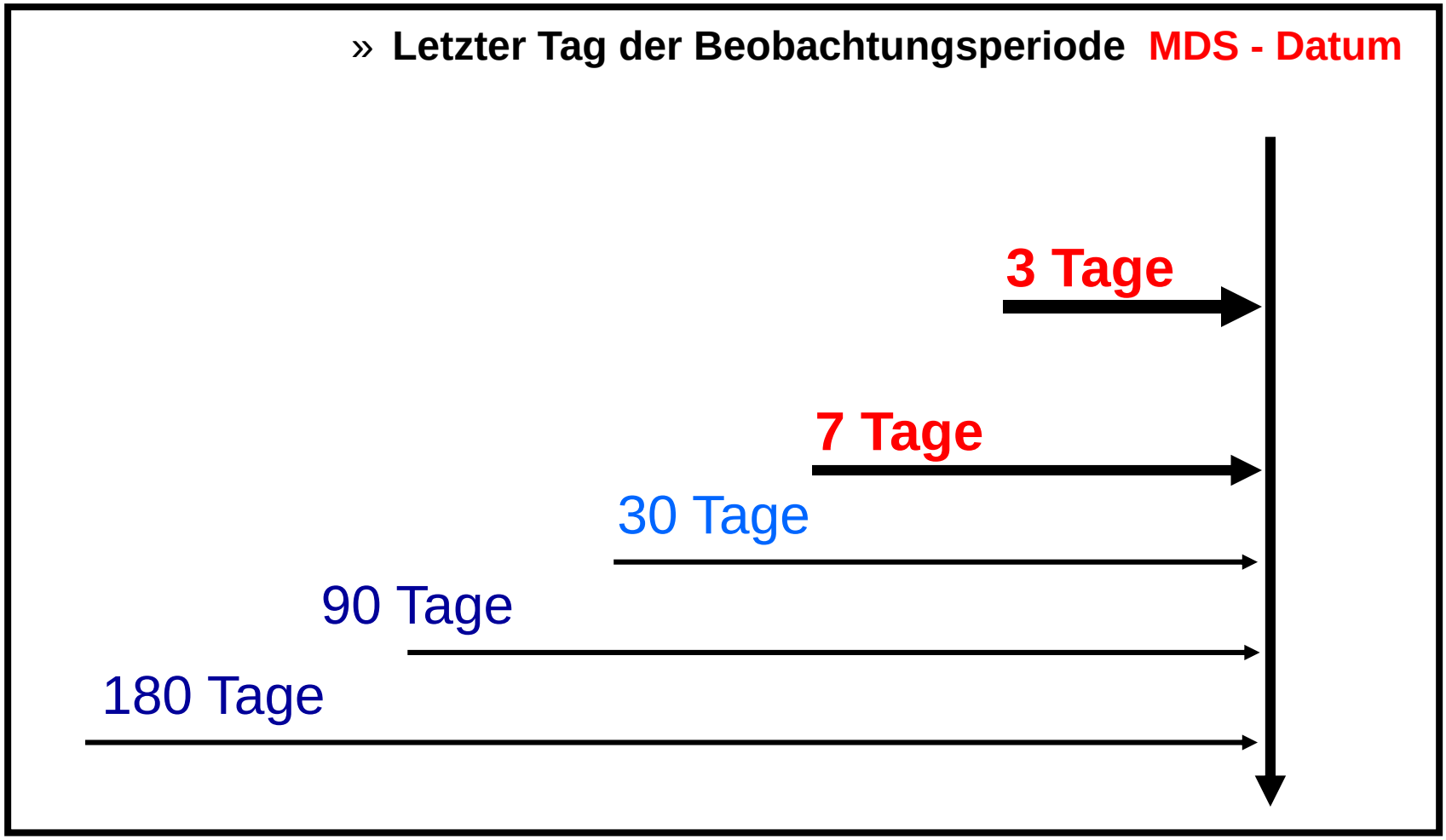
# BEREICH DD: INHALT DER ANFRAGE

1. **Probleme der Klientin -** in der Alltagsbewältigung, im Umfeld, gesundheitliche Probleme (wie von der anfragenden Person beschrieben)

Q-Sys AG
Systeme zur Qualitäts- und Kostensteuerung im Gesundheitswesen



# MDS-HC Schweiz - Beobachtungsperioden



BEREICH A: DATUM UND BEURTEILUNGSGRUND

## 3. Situation der Klientin

**a. Mit wem lebt die Klientin zusammen** zum Zeitpunkt des Spitex-Einsatzes?

***1*** = *Allein*
***2*** = *Mit Partner*
***3*** = *Mit Partner und anderen (Kinder, Eltern, Freunde)*
***4*** = *Mit Kindern, ohne Partner*
***5*** = *Mit anderen Verwandten*
***6*** = *In Gruppe mit Nicht-Verwandten*

**b. Wo lebt die Klientin** zum Zeitpunkt des Spitex-Einsatzes?

***1*** = *Privathaus/Wohnung/Alters-Wohnung (ohne vorhergehenden Spitex-Einsatz)*
***2*** = *Privathaus/Wohnung/Alters-Wohnung (mit vorhergehendem Spitex-Einsatz)*
***3*** = *Betreutes Wohnen mit Dienstleistungen*
***4*** = *Alters-/Pflege-/Krankenheim*
***5*** = *Anderer Ort*

# BEREICH B: KOGNITIVE FÄHIGKEITEN

| | | |
|---|---|---|
| 1. | **Gedächtnis** – Erinnerung an Gelerntes oder Bekanntes<br>***0*** *= Regelrecht* ***1*** *= Probleme* | |
| a. | **Kurzzeitgedächtnis** – Erinnerung nach 5 Min. möglich | |
| b. | **Gedächtnis für Handlungsabläufe** – Erinnert sich ohne Unterstützung an Abfolge von Handlungen | |
| 2. | **Kognitive Fähigkeiten für alltägliche Entscheidungen** – Entscheidungen bezüglich der Organisation des Alltages<br>***0*** *= Unabhängig – folgerichtig, sinnvoll*<br>***1*** *= Teilweise abhängig – einige Schwierigkeiten in neuen, unbekannten Situationen*<br>***2*** *= Leichte Beeinträchtigung – braucht in spezifischen Situationen Anleitung und Überwachung*<br>***3*** *= Mittlere Beeinträchtigung – Entscheidungen sind meistens nicht zuverlässig oder gefährlich; dauernde Unterstützung erforderlich*<br>***4*** *= Schwere Beeinträchtigung – trifft selten/nie sinnvolle Entscheidungen* | |

**⌦ Wenn B2 = 0 oder 1: Weiter mit Bereich C**

BEREICH B: KOGNITIVE FÄHIGKEITEN

| | |
|---|---|
| **3. Hinweise auf akute Verwirrtheit (Delir)**<br>***0*** *= Nicht vorhanden*<br>***1*** *= Vorhanden, aber nicht neu (übliches Verhalten)*<br>***2*** *= Vorhanden, weicht vom üblichen Verhalten ab (neu aufgetreten oder verschlechtert)* | |
| a. **Leicht ablenkbar** – z.B. kann Aufmerksamkeit nicht halten; lässt sich ablenken; verwirrbar | |
| b. **Episoden unzusammenhängenden Sprechens** – z.B. unsinnig; sprunghaft; verliert den Faden | |
| c. **Tagesschwankungen kognitiver Fähigkeiten** – mal besser, mal schlechter; mal vorhanden, mal nicht | |

BEREICH B: KOGNITIVE FÄHIGKEITEN

**4. Akute Änderung der kognitiven Fähigkeiten** gegenüber Normalzustand der Klientin – z.B. Unruhe, Lethargie, schwer aufzuwecken, veränderte Umgebungswahrnehmung

***0** = Nein* *1 = Ja*

**5. Änderung in der Fähigkeit für alltägliche Entscheidungen in den letzten 90 Tagen** (oder seit letzter Beurteilung falls weniger lange zurück)

***0** = Verbessert* *2 = Verschlechtert*
***1** = Keine Änderung* *8 = Unklar*

**BEREICH B: INDIVIDUELLE PRÄZISIERUNGEN**

.....

.....

.....

# BEREICH C: KOMMUNIKATIVE FÄHIGKEITEN / HÖREN

**1. Sich verständlich machen**

(Inhaltliche Ausdrucksfähigkeit, gleich welcher Art)

***0*** = *Ist verständlich*

***1*** = *Ist normalerweise verständlich – hat Schwierigkeiten, Worte zu finden oder Gedanken zu beenden; mit genügend Zeit aber keine Rückfragen notwendig*

***2*** = *Ist meistens verständlich – hat Schwierigkeiten, Worte zu finden und Gedanken zu beenden; Unterstützung üblicherweise notwendig*

***3*** = *Manchmal verständlich – beschränkte Fähigkeit, konkrete Wünsche zu äussern*

***4*** = *Selten/nie verständlich*

BEREICH C: KOMMUNIKATIVE FÄHIGKEITEN / HÖREN

**2. Fähigkeit, andere zu verstehen**

***0*** = *Versteht*
***1*** = *Versteht meistens - nicht immer die ganze Bedeutung der Nachricht*
***2*** = *Versteht manchmal – nur einfache Anweisungen und Fragen*
***3*** = *Versteht selten/nie*

**3. Hören** (mit Hörhilfe, falls benutzt)

***0*** = *Hört gut – normale Gespräche, Fernseher, Telefon*
***1*** = *Leichte Schwierigkeiten in unruhiger Umgebung*
***2*** = *Hört nur in besonderen Situationen – wenn sich die Partner in der Tonlage darauf einstellen und deutlicher sprechen*
***3*** = *Stark beeinträchtigt – hört praktisch nichts*

**BEREICH C: INDIVIDUELLE PRÄZISIERUNGEN**

.....

.....

.....

# BEREICH E: STIMMUNGSLAGE UND VERHALTEN

| | |
|---|---|
| 1. **Indikatoren für Depression, traurige oder ängstliche Stimmungslage**<br>***0*** *= Zeigte sich nicht in den letzten 3 Tagen*<br>***1*** *= Zeigte sich, aber nicht in den letzten 3 Tagen*<br>***2*** *= Zeigte sich in den letzten 3 Tagen*<br>***9*** *= Klientin gibt keine Antwort* | |
| a. **Macht negative Äusserungen** | |
| b. **Anhaltender Ärger** über sich oder andere | |
| c. **Unrealistische Ängste** | |
| d. **Sorgt sich wiederholt um eigene Gesundheit** | |
| e. **Traurige, gequälte, besorgte Mimik** | |

BEREICH E: STIMMUNGSLAGE UND VERHALTEN

| | |
|---|---|
| **2. Verhaltensauffälligkeiten**<br>***0*** *= Zeigten sich in den letzten 3 Tagen nicht*<br>***1*** *= Zeigten sich; waren leicht beeinflussbar*<br>***2*** *= Zeigten sich; waren nicht beeinflussbar*<br>***9*** *= Klientin gibt keine Antwort* | |
| a. **Umherirren** | |
| b. **Verbale Aggressivität** | |
| c. **Körperliche Aggressivität** | |
| d. **Sozial unangemessenes Verhalten** | |
| e. **Widersetzt sich Hilfe- und Pflegehandlungen** | |

**BEREICH E: INDIVIDUELLE PRÄZISIERUNGEN**

.....

.....

# BEREICH F: PSYCHOSOZIALES WOHLBEFINDEN

| | |
|---|---|
| 1. **Soziale Beziehungen**<br>***0*** *= In der letzten Woche vorgekommen*<br>***1*** *= Im letzten Monat vorgekommen*<br>***2*** *= Früher oder nicht vorgekommen*<br>***9*** *= Klientin gibt keine Antwort* | |
| a. **Aktivitäten** im Zusammenhang mit langjährigen **Interessen und Hobbys** | |
| b. **Besuche** durch langjährige Bekannte oder Familienangehörige | |
| c. **Telefon-/E-Mail-Kontakt** mit langjährigen Bekannten oder Familienmitgliedern | |

BEREICH F: PSYCHOSOZIALES WOHLBEFINDEN

2. **Veränderung der sozialen Aktivitäten** – Im Vergleich zur Zeit vor **90 Tagen** (oder seit letzter Beurteilung falls weniger lange zurück); Reduktion der Anteilnahme an sozialen, religiösen oder anderen geschätzten Aktivitäten

   ***0*** *= Keine Reduktion der sozialen Aktivitäten*
   ***1*** *= Reduktion, aber kein Bedauern der Klientin*
   ***2*** *= Reduktion mit Bedauern*
   ***9*** *= Klientin gibt keine Antwort*

3. **Konfliktsituationen** – Klientin bringt Konflikt, Ärger mit Angehörigen oder Freunden offen zum Ausdruck

   ***0*** *= Nein*
   ***1*** *= Ja*
   ***9*** *= Klientin gibt keine Antwort*

BEREICH F: PSYCHOSOZIALES WOHLBEFINDEN

**4. Einsamkeit** – Klientin sagt oder signalisiert, dass sie sich einsam fühlt

***0*** *= Nein*
***1*** *= Ja*
***9*** *= Klientin gibt keine Antwort*

## BEREICH F: INDIVIDUELLE PRÄZISIERUNGEN

# BEREICH G: INFORMELLE UNTERSTÜTZUNG

| | |
|---|---|
| 1. **Gibt es informelle Helfer zur Unterstützung bei der Alltagsbewältigung (BADL od. IADL)?**<br>***0** = Keine informellen Helfer* ***1** = Informelle Helfer vorhanden* | |
| ⌦ **Wenn G1= 0 Weiter mit Bereich H** | |
| 2. **Situation der Hilfspersonen**<br>***0** = Trifft nicht zu* ***1** = Trifft zu* | |
| a. **Informelle Helfer** sind **nicht mehr in der Lage**, ihre **Unterstützung fortzusetzen** | |
| b. **Informelle Helfer äussern sich belastet**, wütend oder deprimiert | |

## BEREICH H: KÖRPERLICHE FUNKTIONSFÄHIGKEIT

1. **IADL-Leistung** Kodieren Sie die Leistung der Person während der letzten 3 Tage unter ‚beobachtete, effektive Leistungsfähigkeit (A). Kodieren Sie ebenfalls die vermutete Leistungsfähigkeit unter (B); diese Einschätzung bedingt einen gewissen Teil an Vermutungen.
   - ***0*** *= Unabhängig – Klientin machte es selbst*
   - ***1*** *= Aufsicht-Überwachung, Anleitung, Ermunterung*
   - ***2*** *= Begrenzte Hilfe – Klientin erhielt manchmal Hilfe*
   - ***3*** *= Verstärkte Hilfe – Klientin erhielt durchgehend Hilfe*
   - ***4*** *= Vollständige Hilfe durch andere ausgeführt (bei Leistungsfähigkeit = vollständige Abhängigkeit)*
   - ***8*** *= Nicht vorgekommen*

| | vermutete **Leistungsfähigkeit** (B) ↓↓ | |
|---|---|---|
| | beobachtete **effektive Leistung** (A) ↓ | |
| a. **Mahlzeitenzubereitung** | | |
| b. **Allgemeine Hausarbeiten** | | |
| c. **Geld verwalten** (in den letzten **30 Tagen**) | | |
| d. **Umgang mit Medikamenten** | | |
| e. **Telefonieren** | | |
| f. **Einkaufen** | | |
| g. **Verkehrsmittelbenutzung** | | |

**BEREICH H1: INDIVIDUELLE PRÄZISIERUNGEN**

.....

.....

## BEREICH H: KÖRPERLICHE FUNKTIONSFÄHIGKEIT

| | |
|---|---|
| **2. BADL-Leistung**<br>***0*** *= Unabhängig – keine Hilfe oder nur Vorbereitung*<br>***1*** *= Aufsicht / Überwachung, Anleitung, Ermunterung*<br>***2*** *= Begrenzte Abhängigkeit – Klientin beteiligte sich viel, bekam leichte Hilfe (ohne Übernahme von Gewicht)*<br>***3*** *= Verstärkte Abhängigkeit – Klientin beteiligte sich wenig, bekam Hilfe (mit Übernahme von Gewicht)*<br>***4*** *= Vollständige Abhängigkeit – Klientin bekam vollständige Hilfe, Übernahme der Aktivität durch Helfer an allen 3 Tagen*<br>***8*** *= Nicht vorgekommen (in den letzten 3 bzw. 7 Tagen)* | |
| a. **Bewegung im Bett** | |
| b. **Transfer** Bett/Stuhl oder in aufrechte Position | |
| c. **Gehen im Haus** auf gleichem Stockwerk | |
| d. **Bewegen im Rollstuhl** auf gleichem Stockwerk | |
| e. **Fortbewegung ausserhalb** Haus/Wohnung (mit / ohne Rollstuhl) | |
| f. **Ankleiden** | |
| g. **Essen/Trinken** | |
| h. **Toilettenbenutzung** | |
| i. **Persönliche Hygiene** (ohne Baden/Duschen) | |
| j. **Baden** (inkl. Duschen/Ganzkörperwäsche) – höchste Abhängigkeit **in den letzten 7 Tagen** | |

BEREICH H: KÖRPERLICHE FUNKTIONSFÄHIGKEIT

**3. Änderung der BADL-Fähigkeit** – BADL-Leistungsfähigkeit hat sich verändert innerhalb der letzten **90 Tage** (oder seit letzter Beurteilung, falls weniger lange zurück)

***0*** = *Verbessert*
***1*** = *Keine Änderung*
***2*** = *Verschlechtert*
***8*** = *Unklar*

**BEREICH H2, H3: INDIVIDUELLE PRÄZISIERUNGEN**

.....

.....

.....

.....

## BEREICH H: KÖRPERLICHE FUNKTIONSFÄHIGKEIT

**4. Treppensteigen** – Wie ging die Klientin treppauf und treppab (ein Tritt oder mehrere Tritte; Verwendung von Handgriffen nach Bedarf)

***0*** = *Ohne Hilfe*
***1*** = *Mit Hilfe*
***2*** = *Keine Treppenbenützung*

**5. Aktivitäts-Umfang**

a. **Ausdauer** – Stunden körperlicher Aktivität in den letzten 3 Tagen (z.B. spazieren, putzen, turnen)

***0*** = *2 oder mehr Std. insgesamt*
***1*** = *Weniger als 2 Std.*

b. **Aufenthalt ausserhalb des Hauses –** Häufigkeit, mit der die Klientin in den letzten 3 Tagen das Haus verlassen hat (unabhängig von der Zeitdauer)

***0*** = *An allen drei Tagen*
***1*** = *An 1 oder 2 Tagen*
***2*** = *Haus in den letzten 3 Tagen nicht verlassen; doch Klientin verlässt das Haus sonst regelmässig*
***3*** = *Klientin verlässt das Haus nie*

# BEREICH I: KONTINENZ IN DEN LETZTEN 3 TAGEN

1. **Blasenkontinenz** – Fähigkeit in den **letzten 3 Tagen**, Blase zu kontrollieren

   ***0*** = *Kontinent – vollständige Kontrolle.*
   *Benutzt* ***keinen*** *Katheter oder Hilfsmittel*

   ***1*** = *Kontinent mit Katheter oder Stoma*

   ***2*** = *Meist kontinent – nicht jeden Tag inkontinent*

   ***3*** = *Inkontinent mit Restkontrolle – täglich inkontinent; Restkontrolle möglich*

   ***4*** = *Inkontinent – kaum noch Kontrolle der Blase; mehrmals nass pro Tag*

   ***8*** = *Nicht aufgetreten – keine Urinentleerungen*

## BEREICH I: KONTINENZ IN DEN LETZTEN 3 TAGEN

| | |
|---|---|
| **2. Darmkontinenz** – Fähigkeit in den **letzten 3 Tagen,** den Darm zu kontrollieren<br>***0*** *= Kontinent – vollständige Kontrolle ohne Stoma*<br>***1*** *= Kontinent mit Stoma*<br>***2*** *= Meist kontinent – nicht jeden Tag inkontinent*<br>***3*** *= Inkontinent mit Restkontrolle – täglich inkontinent; Restkontrolle möglich*<br>***4*** *= Inkontinent – Darminkontinenz täglich - kaum noch Kontrolle*<br>***8*** *= Nicht aufgetreten – keine Darmentleerungen in der 3-tägigen Beobachtungsperiode* | |
| **3. Hilfsmittel**<br>***0*** *= Nein* ***1*** *= Ja* | |
| a. **Blasendauerkatheter** (suprapub./transurethral) mit Sack | |
| b. **Blasendauerkatheter** mit Ventil | |
| c. **Kondomkatheter** | |
| d. **Cystostoma, Nephrostoma, Ureterostoma** | |
| e. **Intestinalstoma** | |
| f. **Einlagen** | |
| **BEREICH I: INDIVIDUELLE PRÄZISIERUNGEN** | |
| ..... | |
| ..... | |

# BEREICH J: DIAGNOSEN

1. Sind gegenwärtig pflege- und betreuungsrelevante Diagnosen bekannt?

   ***0*** = *Nein* ***1*** = *Ja*

**Wenn J1 = 0: Weiter mit K**

## 1a. Gegenwärtige pflege- und betreuungsrelevante Diagnosen

(1) .....

(2) .....

(3) .....

## BEREICH K: GESUNDHEITSZUSTAND

| | |
|---|---|
| **1. Problemzustände**<br>***0*** *= Nicht vorhanden*<br>***1*** *= Vorhanden, aber nicht in den letzten 3 Tagen*<br>***2*** *= Vorhanden in den letzen drei Tagen* | |
| a. **Durchfall** | |
| b. **Verstopfung** | |
| c. **Schwierigkeiten beim Wasserlösen** oder 3x und mehr pro Nacht | |
| d. **Fehlender Appetit** | |
| e. **Erbrechen** | |
| f. **Schwindel** | |
| g. **Periphere Ödeme** | |
| h. **Einschlaf-, Durchschlafschwierigkeiten** - zu frühes Erwachen, Ruhelosigkeit, nicht erholsamer Schlaf | |
| i. **Zu viel Schlaf** – Übermässiger Schlaf, der das normale Funktionieren der Person beeinträchtigt | |
| j. **Alltagsrelevante Wahnvorstellungen** | |
| k. **Alltagsrelevante Halluzinationen** | |
| **2. Atemnot**<br>***0*** *= Nicht vorhanden*<br>***1*** *= Nur bei mittlerer Anstrengung vorhanden*<br>***2*** *= Bei alltäglicher, leichter Anstrengung vorhanden*<br>***3*** *= In Ruhe vorhanden* | |

## BEREICH K: GESUNDHEITSZUSTAND

### 4. Schmerzen

a. **Häufigkeit,** mit der Klientin über Schmerzen klagt oder Hinweise darauf zeigt in den **letzten 3 Tagen**

***0 =*** *Keine Schmerzen*
***1*** *= Vorhanden, aber nicht in den letzten 3 Tagen*
***2*** *= Vorhanden an 1 oder 2 Tagen*
***3*** *= Täglich*

b. **Intensität des Schmerzes**

***0*** *= Keine Schmerzen*
***1*** *= Leichte Schmerzen*
***2*** *= Mittlere Schmerzen*
***3*** *= Starke Schmerzen*
***4*** *= Perioden mit unerträglichem Schmerz*

c. **Schmerzkontrolle** – Aus Sicht der Klientin: Sind die Schmerzen mit der medikamentösen Behandlung unter *Kontrolle?*

***0*** *= entfällt, da kein Schmerz*
***1*** *= Schmerzen genügend kontrolliert, keine Anpassung der Therapie erforderlich*
***2*** *= Schmerzen sind vorhanden, aber Medikamente wurden nicht genommen*
***3*** *= Schmerzen ungenügend kontrolliert, Anpassung der Therapie erforderlich*

BEREICH K: GESUNDHEITSZUSTAND

| | |
|---|---|
| **8. Andere Zustandsindikatoren**<br>***0** = Nein* ***1** = Ja* | |
| a. **Unüblich schlechte Hygiene** | |
| b. **Nicht geklärte Verletzungen**, Frakturen, Hämatome | |
| c. **Freiheitsbeschränkende Massnahmen** (fixierte Gliedmassen; Bettgitter an allen offenen Seiten des Bettes; Zewi-Decke; Stuhl, der kein Aufstehen erlaubt) | |

**BEREICH K: INDIVIDUELLE PRÄZISIERUNGEN**

.....

.....

.....

.....

# BEREICH L: ERNÄHRUNG / FLÜSSIGKEITSSTATUS

## 1. Grösse und Gewicht

a. **Grösse** in cm | | | |

b. **Gewicht** in kg | | | |

## 2. Flüssigkeitsaufnahme / Essen

***0** = Nein* ***1** = Ja*

| | |
|---|---|
| a. Klientin hat in den letzten 3 Tagen **keine oder zu wenig Flüssigkeit** zu sich genommen (weniger als 1000 ml/Tag) | |
| b. Klientin hat an mind. 2 der 3 letzten Tage **nur eine oder keine Mahlzeit** gegessen | |

BEREICH L: ERNÄHRUNG / FLÜSSIGKEITSSTATUS

**5. Mund-/Zahnstatus -** Irgendwelche Probleme im Mundbereich vorhanden (Kauprobleme, Schmerzen, trockener Mund, Zahnpflege etc.)

***0** = Nein* ***1** = Ja*

**6. Gewichtsverlust** – von 5% und mehr im letzten Monat oder 10% und mehr in den letzten 6 Monaten.

***0** = Nein* ***1** = Ja*

## BEREICH L: INDIVIDUELLE PRÄZISIERUNGEN

.....

.....

.....

# BEREICH N: WOHNUMGEBUNGSABKLÄRUNG

1. **Wohnumgebung** – Gibt es Probleme in der Wohnumgebung (z.B. Bodenbeschaffenheit und Teppiche, Badezimmer und Toilette, Heizung, Hauszugang, usw.)?

   ***0*** *= Nein* ***1*** *= Ja*

## BEREICH N: INDIVIDUELLE PRÄZISIERUNGEN

# BEREICH O: DIENSTLEISTUNGEN / VERORDNUNGEN

**1. Professionelle Pflege/Betreuung** – in den letzten **7 Tagen zu Hause**

***0*** *= Nein* ***1*** *= Ja, abgeschlossen* ***2*** *= Ja, läuft weiter*

| | | |
|---|---|---|
| a. | Hauspflege | |
| b. | Krankenpflege | |
| c. | Haushilfe | |
| d. | Mahlzeitendienst | |
| e. | Freiwillige Helfer von einer Organisation | |
| f. | Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie | |
| g. | Tagesheim | |
| h. | Sozialarbeiterin | |
| i. | Andere, nämlich<br>..... | |

# BEREICH P: MEDIKAMENTE

1. **Anzahl Medikamente** – Anzahl Medikamente (verschiedene Substanzgruppen) (verordnete und Selbstmedikation), die in den **letzten 7 Tagen** verabreicht wurden
   ***0*** = *Keine, sonst Anzahl*

**Wenn P1 = 0: Weiter mit Q**

## 2. Richten der Medikamente

a. **Wer richtet Medikamente?**
   ***0*** = *Klientin*
   ***1*** = *Spitex*
   ***2*** = *Andere*

b. **Wenn P2a = 1: Wie oft richtet Spitex Medikamente?**
   ***1*** = *Täglich*
   ***2*** = *Wöchentlich*
   ***3*** = *Andere*

BEREICH P: MEDIKAMENTE

## 3. Medikamentenliste

***1*** = *Aktuelle Medikamentenliste mit Dosierung vorhanden*
***2*** = *Medikamentenliste mit Dosierung muss erstellt werden (siehe Beilage Medikamentenblatt)*
***3*** = *Keine Medikamentenliste erforderlich*

## 4. Medikamenten-Unverträglichkeiten

***0*** = *Keine bekannt*
***1*** = *Bekannt (siehe Beilage)*

## BEREICH P: MEDIKAMENTE

| | |
|---|---|
| **5. Psychopharmaka und Analgetika -** in den letzten **7 Tagen** eingenommen<br>***0** = Nein* ***1** = Ja* | |
| a. Antipsychotika (Neuroleptika) | |
| b. Anxiolytika (Angsthemmer) | |
| c. Antidepressiva | |
| d. Hypnotika | |
| e. Analgetika | |
| **6. Zuverlässigkeit der Medikamenteneinnahme** – in den **letzten 7 Tagen** (auch an Tagen ohne Spitex-Kontakt)<br>***0** = Immer gewährleistet*<br>***1** = Zu 80% oder mehr gewährleistet*<br>***2** = Zu weniger als 80% gewährleistet, inkl. Beschaffungslücken* | |

BEREICH P: MEDIKAMENTE

**7. Medikamenten-Übersicht** – Arzt oder Apotheker hat in den letzten **180 Tagen** die Medikamentenverordnungen als Ganzes überprüft

***0*** *= Alle Medikamente als Ganzes mit mindestens einem Arzt / Apotheker besprochen*

***1*** *= Medikamente als Ganzes nicht von Arzt / Apotheker kontrolliert*

## BEREICH P: INDIVIDUELLE PRÄZISIERUNGEN

# BEREICH Q: GESAMTEINSCHÄTZUNG

1. **Gesundheitszustand** – Klientin sagt, dass ihre Gesundheit angeschlagen ist (wenn sie gefragt wird)

   ***0*** *= Nein* ***1*** *= Ja*

2. **Änderung der Selbständigkeit (nur bei Reassessment)**
   Über alles gesehen: Hat sich die Selbständigkeit der Klientin in den letzten 90 Tagen (oder seit letzter Beurteilung falls weniger lange zurück) verändert?

   ***0*** *= Verbessert*

   ***1*** *= Keine Änderung*

   ***2*** *= Verschlechtert*

# BEREICH R: VERANTWORTUNGEN, VERFÜGUNGEN

1. **Rechtsvertreter** – Klientin hat einen Rechtsvertreter
   ***0*** = *Nein*
   ***1*** = *Ja*
   ***9*** = *Klientin gibt keine Antwort*

2. **Verfügungen** – z.B. keine Hospitalisation, (nur abklären in spezifischen palliativen Situationen oder wenn Klientin Thematik anspricht)
   ***0*** = *Nein*
   ***1*** = *Ja*
   ***8*** = *Nicht situationsrelevant,*
   ***9*** = *Klientin gibt keine Antwort*

## BEREICH R: INDIVIDUELLE PRÄZISIERUNGEN

.....

.....

.....