

NutritionDay in Pflegeheimen - Erklärungen und Definitionen

Zentrums-Code: Bitte tragen Sie auf allen Blättern den anonymen Code ein, der Ihnen vom Koordinationszentrum zugeteilt wurde.

Stations-Code: Bitte tragen Sie auf allen Blättern den anonymen Code ein, den Sie vom Koordinationszentrum erhalten haben.

Bogen I „Stationsbogen“

Anzahl Bewohner im Wohnbereich: Bitte tragen Sie die Anzahl derzeit im Wohnbereich lebender Bewohner ein.

Maximale Anzahl Bewohner im Wohnbereich: Bitte tragen Sie ein, wie viele Bewohner maximal im Wohnbereich leben können.

Maximale Anzahl Bewohner im Pflegeheim: Bitte tragen Sie ein, wie viele Bewohner maximal im Pflegeheim leben können.

Evaluierung von Mangelernährung/Mangelernährungsrisiko mittels: Wenn Sie bei allen Bewohnern regelmäßig Mangelernährung beurteilen, geben Sie bitte an, auf welche Weise sie Mangelernährung bzw. ein Risiko für Mangelernährung erheben.

Bewohnerliste der Station und Ergebnis (aller Teilnehmer)

Bitte tragen Sie in diese Liste alle Bewohner ein, die am nutritionDay teilnehmen. Diese Liste bitte sorgfältig aufbewahren, damit nach 6 Monaten das Outcome der Bewohner erfasst werden kann.

Bewohner Nummer: Bitte geben Sie jedem Bewohner eine Nummer. Diese muss der Bewohnernummer mit den dazugehörigen Initialen auf Bogen 2 entsprechen.

Aufenthalt nach 6 Monaten: Wählen Sie einen Code aus der Box (A,B,C,...), je nachdem ob der Bewohner noch im Pflegeheim ist, nach Hause entlassen wurde, gestorben ist etc.

Datum des Transfers bzw. des Todes etc: Geben Sie das Datum (tt/mm/jj) an, an welchem das Ereignis eingetreten ist.

Aktuelles Gewicht: Wenn der Bewohner noch im Pflegeheim ist, tragen Sie bitte das aktuelle Gewicht auf einen Nachkommastelle genau ein.

Krankenhausaufenthalte in den letzten 6 Monaten: Bitte tragen Sie die Anzahl der Krankenhausaufenthalte sowie die Gesamtzahl der Tage ein, die der Bewohner/die Bewohnerin im Krankenhaus war. (Nur auszufüllen, sofern der Bewohner noch im Pflegeheim ist.)

Bogen II: („Station-Bewohner“)

Einwilligung: Bitte vermerken Sie, ob der Bewohner bzw. sein gesetzlicher Vertreter die schriftliche oder mündliche Einwilligung zur Teilnahme gegeben hat oder der Bewohner die Teilnahme ablehnte. Wenn der Bewohner die Teilnahme abgelehnt hat wird der Bogen nicht ausgefüllt.

Bewohner Nummer: Bitte geben Sie jedem Bewohner eine Nummer und **vermerken Sie diese in Ihrer Aufzeichnung (Bewohner-Liste)**, so dass Sie für das Outcome nach 6 Monaten darauf zurückkommen können.

Bewohner-Initialen: Tragen Sie die Bewohner-Initialen ein, z.B. Peter Schmidt: PE SC

Geburtsjahr: Bitte vervollständigen Sie folgendermaßen: 1970

Aufnahmedatum: Bitte geben Sie an seit wann der Bewohner bei Ihnen lebt.

Körpergröße: Bitte tragen Sie die aktuelle Körpergröße in m ein.

Körpergewicht: Bitte tragen Sie das aktuelle Körpergewicht in kg ein.

Zeitbedarf für die Grundpflege: Geben Sie den Zeitbedarf für die Grundpflege des Bewohners pro Tag an. Unter Grundpflege werden Körperhygiene, Ernährung und Mobilität verstanden. Behandlungspflege, Betreuung (z.B. Hilfe bei Telefonanrufen, Kontaktaufnahme zu Freunden, an die frische Luft gehen) oder Hauswirtschaft werden hier nicht berücksichtigt.

Mobilität: Bitte geben Sie den Mobilitätsgrad des Bewohners an.

Bettlägerig oder im Stuhl mobilisiert: Bewohner kann ohne Hilfe nicht vom Bett, Stuhl oder Rollstuhl aufstehen.

In der Lage sich im Wohnbereich zu bewegen: Bewohner ist in der Lage sich im Wohnbereich zu bewegen, kann aber nicht außer Haus gehen.

Verlässt den Wohnbereich: Bewohner ist in der Lage außer Haus zu gehen.

Kognition: Bitte geben Sie an, ob der Bewohner an einer Demenz leidet und wie schwer diese ist. Zur Einteilung können die Kriterien nach dem Mini Mental Status (MMST) verwendet werden. Wurde dieser beim Bewohner nicht erfasst, erfolgt die Einteilung nach subjektiver Einschätzung.

Depression: Bitte geben Sie an, ob der Bewohner an einer Depression leidet und wie schwer diese ist.

Pflegebegründende Diagnose: Bitte geben Sie an, welche Erkrankung des Bewohners ursächlich für die Pflege ist. Mehrfachnennung möglich.

Akute Krankheit oder psychischer Stress: Bitte geben Sie an, ob der Bewohner in den letzten 3 Monaten gestresst oder ernsthaft krank war.

Wären Sie überrascht wenn der Bewohner verstirbt: Bitte geben Sie an, ob sie überrascht wären, wenn der Bewohner in den nächsten 6 Monaten bzw. 4 Wochen verstirbt. Wenn Sie keine Einschätzung geben möchten oder können, kreuzen Sie bitte „Ich weiß nicht“ an.

Unterschiedliche Medikamente/Tag: Bitte tragen Sie ein wie viele unterschiedliche Arzneimittel (Präparate) der Bewohner pro Tag erhält. Es sollen alle Arzneimittel, die über Tabletten, Flüssigmedikationen, Infusionen und Pflaster verabreicht werden, erfasst werden. Bitte tragen Sie Null ein, wenn der Bewohner keine Medikamente erhält.

Antidepressiva: Erhält der Bewohner zurzeit Antidepressiva?

Antibiotika: Erhält der Bewohner zurzeit Antibiotika?

Opiate: Erhält der Bewohner zurzeit opiathaltige Schmerzmittel?

Sedativa: Erhält der Bewohner zurzeit Beruhigungsmittel?

Antipsychotika/Neuroleptika: Erhält der Bewohner zurzeit Antipsychotika/Neuroleptika?

Mangelernährung: Bitte geben Sie an, ob der jeweilige Bewohner aus Ihrer Sicht gut ernährt ist (**Nein**), ein Mangelernährungsrisiko hat (**Risiko**) oder bereits mangelernährt ist (**Ja**).

Exsikkose (Austrocknung): Bitte geben Sie an, ob der Bewohner zum Erhebungszeitpunkt Zeichen einer Exsikkose (Austrocknung) aufweist.

Schluckstörung: Liegt beim jeweiligen Bewohner eine Schluckstörung vor?

Kaubeschwerden: Liegt beim jeweiligen Bewohner eine Kaustörung vor?

Orale Kost: Wird der Bewohner zurzeit oral ernährt?
Wenn ja, ist die Kost **püriert** (stark zerkleinert)?

Wenn ja, ist die Kost protein- und/oder energieangereichert?

Orale Nahrungssupplemente (z.B. Trinknahrung): Erhält der Bewohner orale Nahrungssupplemente wie z.B. Trinknahrung um die Energie- und/oder Proteinaufnahme zu erhöhen oder zu decken? Orale Nahrungssupplemente sind spezielle Nährstoffrezepturen, die alle Nährstoffe enthalten und sind in der Regel flüssig, sind aber auch in Pulverform oder Dessertform verfügbar.

Sondennahrung: Wird der Bewohner zurzeit teilweise oder ausschließlich über eine Sonde (nasogastal, PEG, PEJ) ernährt?

Parenterale Ernährung: Wird der Bewohner zurzeit teilweise oder ausschließlich über parenterale Ernährung (zentral- oder periphervenös) ernährt? Die parenterale Ernährung enthält Wasser und Nährstoffe wie Aminosäuren, Glukose, Lipide, Elektrolyte, Vitamine und Spurenelemente.

Flüssigkeitsinfusion: Erhält der Bewohner zurzeit Flüssigkeitsinfusionen zur Deckung des Flüssigkeitsbedarfs?

Hat die Nahrungsaufnahme abgenommen: Hat der Bewohner im Laufe der letzten 3 Monate weniger gegessen als normal? Falls ja, liegt dies an Appetitmangel, Verdauungsproblemen, Kau- oder Schluckstörungen? Falls ja, Hat der Bewohner erheblich weniger oder nur ein bisschen weniger als früher gegessen?

In der letzten Woche gegessen: Bitte geben Sie an, wie der Bewohner in der letzten Woche im Vergleich zu sonst gegessen hat. Wenn der Bewohner keine orale Kost erhält, aber über Sonde oder Infusion ernährt wird, kreuzen Sie bitte „nichts, da Sondennahrung/ parenterale Ernährung an.

Essmenge am Mittagessen: Bitte kreuzen Sie an wie viel der Bewohner heute Mittag gegessen hat.

Teller: Die Bilder der Teller symbolisieren ein normales Mittagsmenü, welches nur aus einer Hauptspeise aber auch zum Beispiel aus Suppe/Hauptspeise/Dessert bestehen kann. Es soll geschätzt werden, wie viel der angebotenen Mittagmahlzeit verzehrt worden ist.

Antwortmöglichkeiten:

„**3/4 bis alles**“: $\frac{3}{4}$ bis alles der angebotenen Speisen

„**1/2**“: ca. die Hälfte der angebotenen Speisen

„**1/4**“: ca. ein Viertel der angebotenen Speisen

„**nichts**“: so gut wie nichts

„**ich weiß nicht**“: Sie wissen nicht wie viel der Bewohner gegessen hat

„**nichts, da Sondennahrung/parenterale Ernährung**“: Der Bewohner bekommt kein Mittagessen, da er eine künstliche Ernährung erhält.