

# AG Forschung SGAP: Fallsammlung Verhaltensstörungen

Diese Fallsammlung ist Teil eines Forschungsprojekts der Arbeitsgruppe Forschung der Schweizerischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie (SGAP).

Für Fragen zur AG wenden Sie sich bitte an Christian Kämpf, Psychiatriezentrum Münsingen [Mail: christian.kaempf@gef.be.ch](mailto:christian.kaempf@gef.be.ch)

Für Fragen zu diesem Onlinefragebogen wenden Sie sich bitte an Christoph Abderhalden, UPD Bern [Mail: abderhalden@puk.unibe.ch](mailto:abderhalden@puk.unibe.ch)

Die Daten werden in Bezug auf die beteiligten Institutionen anonymisiert ausgewertet: Es wird für Aussenstehende nicht erkennbar sein, welcher Fall aus welcher Institution stammt. Die Daten sind nur für die Mitglieder der AG einsehbar.

\*\*\*

Ziel der Fallsammlung ist es, in Form einer multiplen Fallstudie mehr zu erfahren

- über das Vorkommen und das Erscheinungsbild schwerer Verhaltensstörungen bei Betagten PatientInnen
- über die in der Praxis eingesetzten therapeutischen und pflegerischen Massnahmen
- über die Erfahrungen zur Wirksamkeit dieser Massnahmen.

\*\*\*

Sie benötigen zum Ausfüllen Angaben über die aktuelle Hospitalisation, die Diagnosen und Behandlungen, den Pflegeaufwand (Barthel-Index), Minimaldaten, eingesetzte therapeutische und pflegerische Massnahmen und Verlaufsdaten!

\*\*\*

Bitte beantworten Sie alle Fragen!

\*\*\*

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

1. Bitte geben Sie den Institutionscode ein, den Sie erhalten haben.

2. Geben Sie Ihrem Fall eine beliebige Nummer, mit der Sie selbst Ihren Patienten identifizieren können

z.B. für Rückfragen; bitte verwenden Sie aus Datenschutzgründen keine Klinik-Fallnummer

## Untitled Page

3. Alter des Patienten/der Patientin in Jahren

4. Geschlecht der Patientin/des Patienten

Weiblich

Männlich

5. Dauer der aktuellen Hospitalisation in Monaten

(1 Woche = 0.25; 2 Wochen = 0.5 etc.)

6. Zimmerart

Einzelzimmer

Mehrbettzimmer

Untitled Page

7. Woher kommt der Patient/die Patientin?

- von zu Hause
- vom Heim
- vom Spital

8. Hauptgrund für die Zuweisung?

- Verhaltensstörung
- Anderes (bitte spezifizieren)

9. Demenzerkrankung vorhanden, wenn ja welche?

- Typ Alzheimer
- Vaskulär
- Mischform
- Frontotemporal
- Andere
- Keine dementielle Störung

10. Weitere psychiatrische Diagnosen:

- F1 Abhängigkeit
- F2 Schizophrenie, wahnhafte Störungen
- F3 Affektive Störungen
- F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- Andere
- Keine andere Diagnose

11. Wenn "Andere": Welche?

12. Weitere somatische Diagnosen (bitte in den Textfeldern angeben):

- ICD Kap.I Infekte
- ICD Kap.IX Herz-Kreislauf
- ICD Kap.VI Neurologie
- ICD Kap.XIX Trauma
- ICD Kap.X COPD
- Andere

## Untitled Page

Die folgenden Fragen beinhalten den BARTHEL-INDEX und den MINI-MENTAL-TEST.  
Geben Sie bitte den Befund für den Zeitraum an, in dem die Verhaltensstörung manifest war.

### 13. Essen

- jn Unfähig, allein zu essen
- jn Braucht etwas Hilfe, z.B. beim Fleisch schneiden oder Butter auftragen
- jn Selbständig, benötigt keine Hilfe

### 14. Baden

- jn Abhängig von fremder Hilfe
- jn Selbständig, benötigt keine Hilfe

### 15. Körperpflege (Rasieren, Kämmen, Zähneputzen)

- jn Abhängig von fremder Hilfe
- jn Selbständig, benötigt keine Hilfe

### 16. An- und Auskleiden

- jn Unfähig, sich allein an- und auszuziehen
- jn Braucht etwas Hilfe, kann aber ca. 50% allein durchführen
- jn Selbständig, benötigt keine Hilfe

### 17. Stuhlkontrolle

- jn Inkontinent
- jn Gelegentlich inkontinent (max. 1x pro Woche)
- jn Ständig kontinent

### 18. Urinkontrolle

- jn Inkontinent
- jn Gelegentlich inkontinent (max. 1x pro Tag)
- jn Ständig kontinent

### 19. Toilettenbenutzung

- jn Abhängig von fremder Hilfe
- jn Benötigt Hilfe wg. fehlenden Gleichgewichts oder beim Ausziehen
- jn Selbständig, benötigt keine Hilfe

### 20. Bett- bzw. Stuhltransfer

- jn Abhängig von fremder Hilfe, fehlende Sitzbalance
- jn Erhebliche physische Hilfe beim Transfer erforderlich, Sitzen selbständig
- jn Geringe physische bzw. verbale Hilfe oder Beaufsichtigung erforderlich
- jn Selbständig, benötigt keine Hilfe

### 21. Mobilität

- Immobil bzw. Strecke < 50 m
- Unabhängig mit Rollstuhl, incl. Ecken, Strecke > 50 m
- Unterstütztes Gehen möglich, Strecke > 50 m
- Selbständiges Gehen möglich (Hilfsmittel erlaubt), Strecke > 50 m

## 22. Treppensteigen

- Unfähig, allein zu Treppen zu steigen
- Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen
- Selbständiges Treppensteigen möglich

## Untitled Page

## 23. Mini Mental Status (MMS)

## 24. MMS-Wert ist...

- ... Testergebnis
- ... Schätzung

## 25. Einschränkung Visus?

- Leicht vermindert oder normal
- Erheblich vermindert

## 26. Einschränkung Gehör?

- Leicht vermindert oder normal
- Erheblich vermindert

Untitled Page

27. Welche Art der Verhaltensstörung ist (war) das Problem?

- (1) Verbal: Rufen, Singen, Schimpfen
- (2) Verbal: Perseverieren
- (3) Nonverbal: Lautes Schreien, Heulen
- (4) Nonverbal: Andere Art von Geräuschen
- (5) Sexuell enthemmtes Verhalten
- (6) Aggression
- (7) Wandering
- (8) Andere (bitte spezifizieren)

28. Wenn mehrere: Welche dieser Verhaltensstörungen ist die schwerwiegendste (bitte Nummer angeben)

29. Beschreibung des Verhaltens

30. Seit wie vielen Monaten VOR DER AKTUELLEN HOSPITALISATION war die Verhaltensstörung schon vorhanden?

(1 Woche = 0.25, etc.)

Untitled Page

31. Wie häufig tritt die Verhaltensstörung auf?

- mehrmals täglich (oder fast dauernd)
- täglich
- mehrmals pro Woche
- etwa einmal pro Woche
- mehrmals pro Monat
- etwa einmal pro Monat
- Andere Frequenz (bitte spezifizieren)

32. Gibt es Variationen im Tagesverlauf?

	kein Muster	verstärkt/häufiger	vermindert/seltener
Vormittag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachmittag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Wenn andere Tageszeit/Situation: Welche?

34. Situative Faktoren, welche die Verhaltensstörung beeinfluss(t)en

	kein Einfluss beobachtet	verstärkt das Problemverhalten	reduziert das Problemverhalten
Allein sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anwesenheit anderer Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönliche Zuwendung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegehandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stille (wenig akustische Reize)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lärm (viele akustische Reize)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderere (bitte unten spezifizieren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Wenn andere situative Faktoren: Welche?



