



Pflege
PRAXIS

**Beraten
Sie individuell,
zielgerichtet
und sicher!**

Tanja Leinkenjost et al.

Risikoerkennung und Beratung in der Altenpflege

Probleme erkennen – Maßnahmen planen –
Beratung gestalten

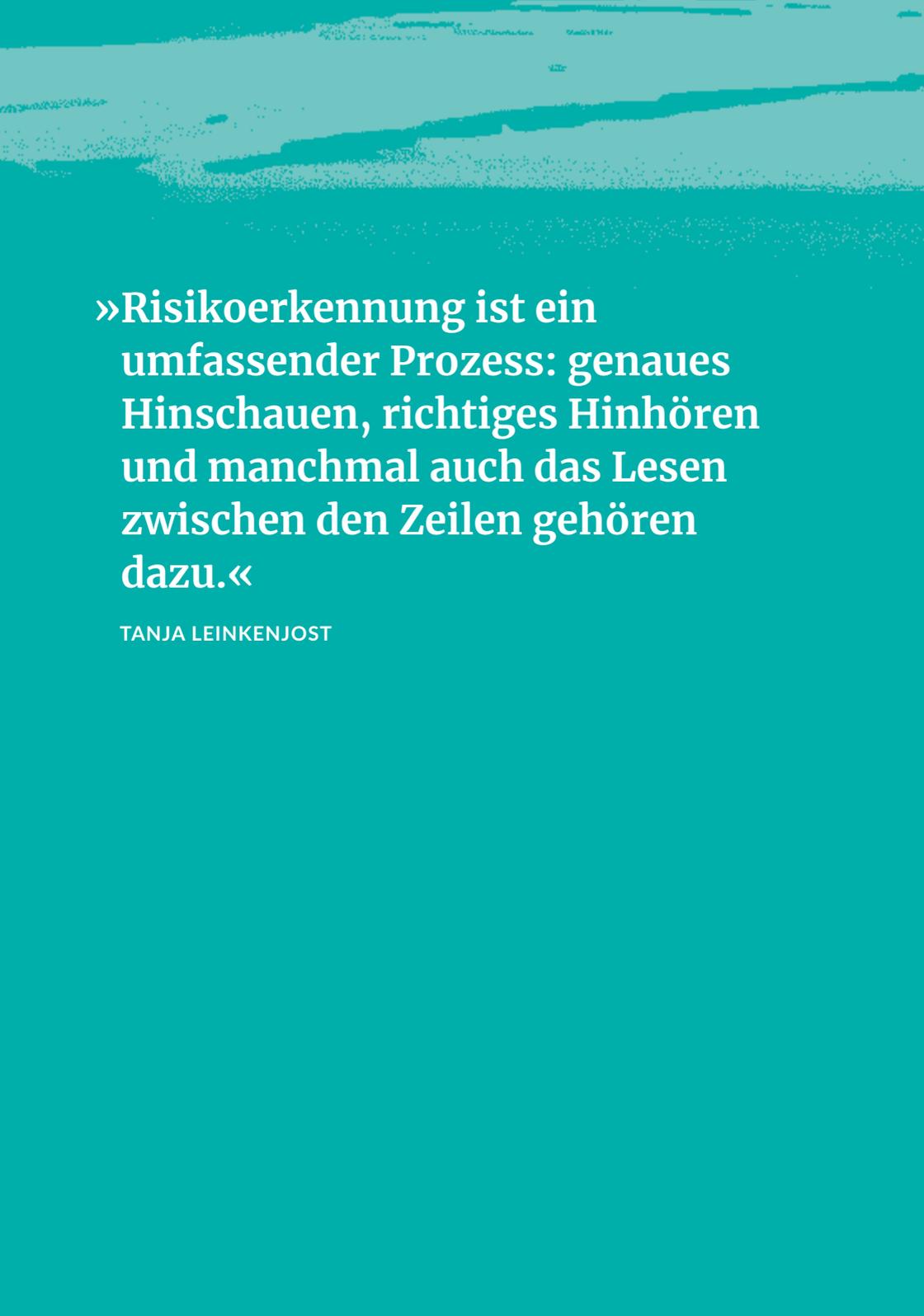
Tanja Leinkenjost | Nathalie Kinder | Nicola Dreisewerd |
Caroline Ruttmann | Thorsten Kaczinski

Risikoerkennung und Beratung in der Altenpflege

Probleme erkennen – Maßnahmen planen –
Beratung gestalten

**Beraten
Sie individuell,
zielgerichtet
und sicher!**

Die Autoren arbeiten als Experten bei der Laureos GmbH, die sich u. a. auf die Beratung, Schulung und Ausbildung von Pflegekräften spezialisiert hat.



»Risikoerkennung ist ein umfassender Prozess: genaues Hinschauen, richtiges Hinhören und manchmal auch das Lesen zwischen den Zeilen gehören dazu.«

TANJA LEINKENJOST



pflegebrief

– die schnelle Information zwischendurch
Anmeldung zum Newsletter unter www.pflegen-online.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-89993-985-9 (Print)

ISBN 978-3-8426-8953-4 (PDF)

ISBN 978-3-8426-8954-1 (EPUB)

© 2019 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Alle Angaben erfolgen ohne jegliche Verpflichtung oder Garantie des Autors und des Verlages. Für Änderungen und Fehler, die trotz der sorgfältigen Überprüfung aller Angaben nicht völlig auszuschließen sind, kann keinerlei Verantwortung oder Haftung übernommen werden.

Die im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind. Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde.

Titelbild: zinkevych – stock.adobe.com

Covergestaltung und Reihenlayout: Lichten, Hamburg

Druck: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

Inhalt

Vorwort	10
1 Die Beratung	11
1.1 Eine Beratung ist ein Qualitätskennzeichen	11
1.2 Eine gute Beratung dient der Prophylaxe	14
1.3 Eine gute Beratung braucht eine Grundlage	16
2 Der Pflegeprozess – eine kleine Auffrischung	18
3 Die Risikoerkennung	21
4 Der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege	25
4.1 Entstehung eines Dekubitus	25
4.2 Was Sie wissen müssen	28
4.3 Anmerkungen	29
5 Expertenstandard zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege	31
5.1 Was Sie wissen müssen	32
5.2 Anmerkungen	36
6 Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege	37
6.1 Was Sie wissen müssen	37
6.2 Anmerkungen	42
7 Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	44
7.1 Chronische Wunden im Sinne des Nationalen Expertenstandards	45
7.1.1 Dekubitus	45
7.1.2 Diabetisches Fußsyndrom	45
7.1.3 Ulkus cruris	46
7.2 Was Sie wissen müssen	46
7.3 Anmerkungen	50

8	Expertenstandards Schmerzmanagement bei akuten und chronischen Schmerzen in der Pflege	51
8.1	Problemstellungen (allgemein)	52
8.2	Problemstellungen chronischer Schmerz	53
8.3	Was Sie wissen müssen	54
8.4	Schmerzeinschätzung	55
8.5	Medikamentöse Schmerzbehandlung	57
8.5.1	Analgetika	57
8.5.2	Schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen	58
8.6	Auswahl/Eruierung nicht-medikamentöser Maßnahmen	58
8.7	Anmerkungen	59
9	Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege	60
9.1	Was Sie wissen müssen	60
9.2	Maßnahmen zur Sturzprophylaxe	62
9.3	Anmerkungen	63
10	Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz	65
10.1	Was Sie wissen müssen	66
10.2	Tipps für die Beratung der Angehörigen	67
10.3	Anmerkungen	67
10.4	Ernährung bei Demenz	68
10.5	Anmerkungen	72
11	Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege	73
11.1	Was Sie wissen müssen	74
11.2	Mobilitätsbeeinflussende Faktoren	75
12	Deprivation	78
12.1	Was Sie wissen müssen	79
12.2	Anmerkung	81

13	Dysphagie	82
13.1	Was Sie wissen müssen	82
13.2	Anmerkung	85
14	Exsikkoseprophylaxe	86
14.1	Was Sie wissen müssen	86
14.2	Anmerkung	88
15	Kontrakturenprophylaxe	90
15.1	Was Sie wissen müssen	91
15.2	Anmerkungen	93
16	Pneumonie- und Aspirationsprophylaxe	94
16.1	Was Sie wissen müssen	94
16.2	Anmerkungen	97
17	Thromboseprophylaxe	98
17.1	Was Sie wissen müssen	98
17.2	Anmerkungen	100
18	Zystitisprophylaxe	101
18.1	Was Sie wissen müssen	101
18.2	Anmerkungen	102
19	Intertrigoprophyaxe	103
19.1	Was Sie wissen müssen	103
19.2	Anmerkungen	104
20	Soor- und Parotitisprophylaxe	105
20.1	Soor	105
20.2	Parotitis	106
20.3	Anmerkungen	107
21	Obstipationsprophylaxe	108
21.1	Was Sie wissen müssen	108
21.2	Anmerkungen	110

22	Stuhlinkontinenz	111
22.1	Was Sie wissen müssen	112
22.2	Anmerkungen	113
23	Diabetes mellitus	114
23.1	Was Sie wissen müssen	114
24	Umgang mit Freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM)	118
24.1	Rechtliche Grundlagen	118
24.2	Der Werdenfelser Weg	119
24.3	Grundsätze	121
24.4	Ziele	122
24.5	Relevante Faktoren	123
24.6	FeM ohne richterliche Entscheidung oder Prüfung	123
24.6.1	Einleitung einer kurzfristigen Fixierung	124
24.6.2	FeM mit richterlichem Beschluss	124
24.7	Nutzung des Bettgitters	124
24.8	Nutzung des Bauchgurts	125
24.8.1	Nutzung eines Bauchgurts oder eines Rollstuhltisches im Rollstuhl	126
24.9	Verbale Fixierung (Worte sind Macht)	126
24.10	Nebenwirkungen von freiheitsentziehenden Maßnahmen	127
24.11	Weitere Grundsätze zum Thema freiheitseinschränkende Maßnahmen	128
24.12	Vorgehen bei der Notwendigkeit einer Fixierung	128
24.12.1	Bewohner/Patient ist nicht mehr in der Lage selbst zu entscheiden	128
24.12.2	Bewohner/Patient kann noch selbst entscheiden	129
24.13	Anmerkungen	129

25	Gewaltprävention	130
25.1	Entstehungsbedingungen	131
25.2	Grundsätze zum Thema Gewalt in der Pflege	132
25.3	Grundregeln für den Umgang mit Aggression und Gewalt in der Pflege	132
25.3.1	Für Sicherheit sorgen	132
25.3.2	Deeskalieren	133
25.4	Verhalten zur Prophylaxe von Gewalt in der Pflege	133
25.5	Verhalten bei Gewaltgeschehen in der Pflege	134
25.5.1	Tipps für Mitarbeiter	134
25.6	Anmerkungen	134
26	Anhang	135
26.1	Anhang 1: Kostaufbau Dysphagie	135
26.2	Anhang 2: Konsistenzstufen Getränke	139
26.3	Anhang 3: Essbiografie	140
26.4	Anhang 4: Skalen	141
26.5	Anhang 5: Tabellarische Übersicht Schmerzmittel nach WHO-Stufen sortiert	142
26.6	Anhang 6: Co-Medikation	143
Literatur		144
Inernetquellen		146
Register		147

Vorwort

Das Laureos-Team lebt den Gedanken, das eigene Wissen mit anderen zu teilen und somit zu vermehren, immer auf Augenhöhe und mit engem Bezug zur Praxis.

Denken – Ordnen – Gestalten ist ein Kernprozess unserer Aufgaben und Aufträge. Unsere Kunden zu den Themen zu beraten, bei denen sie selbst zunächst keine Lösung finden können, die Situation mit ihnen gemeinsam zu analysieren und den Prozess der Umsetzung zu begleiten, ist unsere Motivation.

In diesem Konsens ist auch dieses Buch entstanden, an dem unter der bereits erprobten Federführung von Tanja Leinkenjost ebenfalls Carolin Ruttman und Thorsten Kaczinski als Pflegeexperten mitgewirkt haben.

Wir haben bewusst auf langatmige Ausführungen verzichtet, denn wir wünschen uns, dass Sie dieses Buch im Alltag rasch und effizient nutzen können: Einfach das entsprechende Stichwort suchen und sofort lesen, was Sie im konkreten Fall brauchen! Nicht mehr, aber auch nicht weniger finden Sie in diesem Buch.

Möge dieses Praxishandbuch ein weiterer Beitrag und eine fachliche Hilfestellung dazu sein.

Nicola Dreisewerd

1 Die Beratung

1.1 Eine Beratung ist ein Qualitätskennzeichen

Warum ist Beratung in der Pflege so wichtig? Diese Frage begegnet uns immer wieder im Alltag und vielen Pflegekräften ist nicht bewusst, dass die Beratung, auch wenn diese augenscheinlich mehr Arbeit bedeutet, eine Absicherung sein kann und soll. Denn wenn die Pflegekraft im Rahmen der Analyse des Bewohners Risiken erkennt, ist es natürlich richtig und wichtig, entsprechende Maßnahmen zu planen, um den Risiken vorzubeugen oder sie sogar zu verhindern. Doch immer wieder treffen wir auch auf Bewohner, die sich ihrer Risiken zwar bewusst sind, jedoch für sich entschieden haben, dass ihnen andere Dinge wichtiger sind. Im Sinne des personenzentrierten Ansatzes sollen und müssen Sie sicherlich das akzeptieren, aber ...

Beispiel

Prophylaxen abgelehnt – und nun?

Bei Beginn des pflegerischen Auftrages erkennen Sie ganz richtig, dass ein Bewohner massiv sturzgefährdet ist. Aber der Bewohner lehnt alle angebotenen prophylaktischen Maßnahmen ab. Was tun Sie?

Würden Sie ihn jetzt nicht beraten, sondern seine Entscheidung einfach akzeptieren und würde der Betroffene kurz darauf stürzen, stünde nirgendwo, dass Sie das Risiko erkannt haben und der Betroffene schlicht nicht bereit war, die Prophylaxe anzunehmen. Im schlimmsten Fall werden Sie oder Ihre Einrichtung für etwaige Behandlungskosten haftbar gemacht.

Das einfache Weglassen entsprechender Maßnahmen hat also ernste Konsequenzen Sie als Pflegekraft bzw. auch für den Träger/Betreiber der Einrichtung.

Dies ist aber nur eine Seite der Medaille. Haben Sie sich schon mal die Frage gestellt, warum es oft so erscheint, dass ein Bewohner/Patient unkooperativ ist? Haben Sie diese Haltung immer hinterfragt? Ist es wirklich immer Gleichgültigkeit, die dahinter steckt?

Mit Sicherheit gibt es den einen oder anderen, der aufgrund seines fortgeschrittenen Alters einfach keine Lust mehr hat, sich selbst noch Regeln oder Grenzen aufzuerlegen. Doch es gibt auch viele Betroffene, die gar nicht genau wissen, was es bedeutet, wenn sie stürzen und dann für einige Zeit ans Bett gefesselt sind. Die Betroffenen sind nicht die Profis, die sich aller Folgen bewusst sind, sondern das sind Sie!



Info

Der Bewohner/Patient hat ein Anrecht darauf, von Ihnen über alles genau aufgeklärt zu werden. Er muss sich darauf verlassen können, dass Sie ihm Tipps und Hinweise geben, wie er z. B. einen Sturz vermeiden kann.

Neben der Beratung ist auch die Förderung des Selbstmanagements ein wichtiger Aspekt. Wie viele Situationen in der Pflege sind für alle Beteiligten mit Scham und Unbehagen behaftet, insbesondere für den Betroffenen?

Beispiel**Als wenn Sie selbst pflegebedürftig wären ...**

1

Stellen Sie sich einmal vor, Sie würden merken, dass Sie immer mehr Probleme haben, den Urin zu halten. Leider fällt es Ihnen auch immer schwerer, sich selbstständig an- und auszuziehen, auch der Weg zur Toilette wird immer länger. Es gibt mehrere Wege, damit umzugehen:

1. Sie trinken weniger, weil Sie dann nicht so oft zur Toilette müssen.
2. Sie machen einfach in die Hose, was denkbar unangenehm ist.
3. Sie versuchen, so schnell wie möglich zur Toilette zu kommen und hoffen einfach, dass die Zeit noch reicht.
4. Sie akzeptieren, dass Sie jetzt immer auf Hilfe angewiesen sein werden.

Diese Möglichkeiten klingen alle nicht sehr vielversprechend. Aber dann kommt eine erfahrene und kompetente Pflegekraft und hilft Ihnen, mit diesem Problem umzugehen. Sie zeigt Ihnen, welche Hilfsmittel es gibt. Sie übt den Toilettengang mit Ihnen. Sie hat viele Tipps, die Ihnen helfen, mit Ihrer fortschreitenden Inkontinenz umzugehen. Sie stellen fest: Sie können durchaus noch sehr vieles selbstständig. Zwar langsamer und mit Hilfsmitteln, aber Sie müssen gar nicht jemanden bitten, mit Ihnen auf die Toilette zu gehen. Sie brauchen niemanden, der Ihnen beim Wechsel des Inkontinenzmaterials behilflich ist ...

Uns persönlich gefällt diese Vorstellung! Dass der Körper mit dem Älterwerden hier und da nachlässt und sich verändert, ist ein Prozess, der akzeptiert werden muss. Sich jedoch nicht mehr helfen zu können und immer auf andere angewiesen zu sein – das ist eine Vorstellung, die keinem gefällt.

Natürlich ist die Beratung auch noch ein Bestandteil der Qualitätssicherung. Hierzu sind wir laut SGB XI verpflichtet. Beratung, Information und Anleitung sind Bestandteile der Qualität.

**Tipp**

Sie machen die Beratung vorrangig für Ihren Bewohner oder Patienten! Auch Betroffene möchten Ihre Sprache sprechen und verstehen, was passiert. Das ist ein ganz wichtiger Bestandteil der Beratung. Außerdem fördert es maßgeblich die Beziehung zwischen Ihnen und dem zu Pflegenden, weil er sich von Ihnen ernst und angenommen fühlt.

1.2 Eine gute Beratung dient der Prophylaxe

Definition**Prophylaxe**

Unter dem Begriff Prophylaxe wird in der Pflege die Summe aller Maßnahmen verstanden, die dazu dienen, eine Beeinträchtigung der Gesundheit durch Erkennen und Kompensieren von Risikofaktoren, dadurch entstehende Erkrankungen oder durch Unfälle zu vermeiden. Dazu gehört auch die Vermeidung von Sekundärerkrankungen. Das heißt, dass bei einer bestehenden primären Erkrankung eine schnellstmögliche fachlich konsequente Behandlung stattfinden muss, um Folgeerkrankungen zu vermeiden (Beispiel: Diabetes mellitus – Diabetisches Fußsyndrom)

Die in der Pflege üblichen Prophylaxen lassen sich aus den Nationalen Expertenstandards des DNQPs (Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherheit in der Pflege) ableiten. Aber auch zu weiteren Problem- und Risikosituationen in der Pflege werden Prophylaxen durchgeführt.

Vor der Prophylaxe steht das »Screenen« des Menschen. Sie müssen ihn möglichst ganzheitlich erfassen: hinsichtlich seiner Fähigkeiten, Ressour-

cen und Probleme. Nur so können Sie frühzeitig mögliche Risikofaktoren erkennen, prophylaktische Maßnahmen planen und durchführen.

Zur erfolgreichen Durchführung einer Prophylaxe gehören

1. eine Pflegefachkraft, die auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft ist;
2. der Betroffene, der im besten Falle zur Kooperation bereit ist, sowie
3. eine möglichst individuelle Risikoerfassung.

Ihre gute fachliche Pflegekompetenz nimmt einen hohen Stellenwert ein. Genauso wichtig sind jedoch auch Ihre kommunikativen und sozialen Eigenschaften, um einen Menschen ganzheitlich erfassen zu können. Hinzu kommt noch, dass Sie entsprechende Instrumente richtig und gezielt einsetzen können, um die Probleme und Risikofaktoren rechtzeitig erkennen zu können, zu analysieren und entsprechende Maßnahmen ableiten zu können.

Das alles klingt recht kompliziert. Es wird einfacher, wenn Sie die ganze Sache mit gesundem Menschenverstand betrachten. Letztendlich sind das alles Dinge, die Sie seit Jahren (auch schon vor Erscheinen der Expertenstandards) jeden Tag durchführen. Sie passen doch immer auf, dass kein Bewohner stürzt. Sie positionieren Ihre Bewohner regelmäßig im Bett, wenn sie selbst dazu nicht mehr in der Lage sind. Sie verabreichen Schmerzmittel, wenn jemand Schmerzen äußert (natürlich nach Rücksprache und Konsultation eines Arztes).

Die Expertenstandards sind Ihre Richtlinien. Schlaue Köpfe haben sich darüber Gedanken gemacht, was »richtig« ist. Die Expertenstandards geben Tipps und Anregungen, wie die Pflege noch professioneller ablaufen kann. Sie geben Ihnen – den Pflegekräften vor Ort, also am Bett – Handlungssicherheit.

Fazit

Die Expertenstandards sind Ihre Richtschnur

Wenn Sie sich an das halten, was in den Nationalen Expertenstandards beschrieben wird, sind Sie in der Regel auf der sicheren Seite.

Aber, und diese Einschränkung muss sein: Sehen Sie die Expertenstandards als Ideengeber, Ratgeber, roten Faden. Denn selbst wenn Sie alles abarbeiten, was in den Expertenstandards geraten wird, kann es passieren, dass einer Ihrer Bewohner stürzt oder dass sich ein Dekubitus entwickelt. Kein Mensch passt ganz genau in einen Standard, der ja für viele gelten soll.

Deswegen ist es so wichtig, dass Sie sich jeden Bewohner individuell anschauen – und dann die für ihn optimale Prophylaxe planen. Was nicht heißt, dass Sie nicht in drei Monaten noch einmal neu hinschauen müssen, weil sich am Zustand des Bewohners etwas geändert hat.

Dennoch müssen Sie alles bedenken und schriftlich planen, obwohl im Pflegealltag sowieso schon viel zu wenig Zeit für den originären Job ist: die Pflege, Betreuung und Begleitung des alten und/oder kranken Menschen.

Das **MUSS** ist an dieser Stelle entscheidend: Mit Abschluss eines Versorgungsvertrages verpflichtet sich eine Einrichtung/ein Betrieb, die Expertenstandards umzusetzen. Bei Nichtumsetzung kann im schlimmsten Falle die Schließung drohen. Sie sehen also, dass das Schreiben und Dokumentieren keine Arbeitsbeschaffungsmaßnahme ist, sondern dass es hierfür Vorgaben gibt. Im § 113 a SGB XI können Sie die ganz genau nachlesen.

1.3 Eine gute Beratung braucht eine Grundlage

»Eine Gruppe um die Pflegewissenschaftlerin Dr. Angelika Zegelin von der Universität Witten/Herdecke arbeitet seit mehreren Jahren an einem spezifischen Beratungsansatz für die Pflegeberufe. Dabei kristallisierten sich die sog. »Wittener Werkzeuge« als Basis einer Beratung heraus. ,Der Ansatz versteht sich noch »in Entwicklung« und wird stets verfeinert. Er firmiert zwar unter der Überschrift »Beratung«, beinhaltet aber ein umfassendes Kommunikationsprogramm mit deutlichen Anteilen zur Förderung der Selbstpflege von Pflegemitarbeiterinnen und -mitarbeitern.«

Zunächst umfasst das Konzept der Wittener Werkzeuge eine Reihe von klientenbezogenen Elementen ›(Patient Care):

- Achtsamkeit
- Einlassung
- Mitgefühl
- Ermutigung
- Berührung

Allerdings bleiben diese Werkzeuge wirkungslos, wenn nicht der Berater selbst ›ganz bei sich‹ ist und die Werkzeuge lebt. Aus diesem Grund widmen sich fünf Elemente dem Befinden des Pflegenden (Self Care):

1. Selbstachtung
2. Intuition
3. Selbst-Spürung
4. Selbst-Ermutigung und
5. Selbst-Stärkung«¹

Daraus ergibt sich, dass Pflegeberatung immer individuell ist, von allen Beteiligten verstanden werden muss und in regelmäßigen Abständen wiederholt wird. Sie können für Ihre Einrichtung ein Beratungskonzept erarbeiten, damit Sie eine Richtlinie haben, über die alle Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verfügen. In diesem Konzept legen Sie u. a. nieder,

- was das Ziel Ihrer Beratung ist (in diesem Fall die Risikoerkennung und die Prophylaxen);
- welche Qualifikationen die Berater haben;
- wo Sie die Schwerpunkte bei der Beratung legen;
- wie Sie eine kompetente Beratung definieren;
- welche Anforderungen Sie an die Beratung stellen;
- wie Sie die Qualität der Beratung überprüfen;
- woher das notwendige Wissen für die Beratung kommt.²

¹ Fröse S (2018). Was Sie über Pflegeberatung wissen sollten. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, S. 13.

² Vgl. ebd., S. 14

2 Der Pflegeprozess – eine kleine Auffrischung

Die meisten von Ihnen werden jetzt denken: »Oh nein, bitte nicht!« Wir sagen Ihnen: Doch! In unserer täglichen Arbeit mit Pflegekräften stellen wir immer wieder fest, dass der Pflegeprozess zwar dem Namen nach bekannt ist, aber es scheitert an der Umsetzung. Schauen wir uns mal ein typisches Beispiel an:

Beispiel

Die scheinbar vollständige Dokumentation

In der Dokumentation für Frau Meier heißt es am 15. April 2018:

»Fr. Meier hat heute über den Tag sieben Mal dünnflüssig abgeführt. Sie klagt dazu über Übelkeit und Unwohlsein. Vitalwerte wurden überprüft (s. Vitalwerte). Arzt-Info hat stattgefunden. Es wurden Kohletabletten und Schonkost verordnet (s. ärztliche Verordnungen). Küche wurde informiert. Angehörige wurden benachrichtigt.

Fr. Meier liegt zu Bett, wurde erinnert, sich sofort zu melden, wenn etwas ist. Notrufknopf liegt neben ihr auf dem Kopfkissen.«

Auf den ersten Blick ist das ein guter Eintrag – die Pflegekraft hat an fast alles gedacht, sodass die Nacht- und auch die Frühschicht am nächsten Tag informiert sind und wissen, wie sie sich verhalten sollen. Frau Meier geht es am nächsten Tag tatsächlich schon besser. Es stellt sich heraus, dass sie zu viele Weintrauben gegessen hat, die ihr auf den Magen geschlagen sind.

Idealerweise wäre nun in der Dokumentation ein Eintrag zu finden,

- dass es Frau Meier wieder gut geht;
- dass der Arzt und die Angehörigen benachrichtigt worden sind und
- dass die Küche Bescheid weiß, dass Frau Meier keine Schonkost mehr benötigt.

Dieser Eintrag aber fehlt. Sie, als aufmerksame Kollegin oder PDL, lesen nach Ihrem dreiwöchigen Urlaub diesen Eintrag. Und dann folgt lange nichts. Aufgrund des implementierten Strukturmodells müssen ja nur Abweichungen dokumentiert werden und deswegen ist nach dem Eintrag vom 15. April 2018 nichts in der Doku zu finden. Als spitzfindige Kollegin könnten Sie jetzt aber annehmen, dass Frau Meier immer noch an Durchfall erkrankt ist, oder?

Natürlich ist Ihnen und allen anderen klar, dass es Frau Meier schon lange wieder gut geht, sonst würde da ja stehen, dass sie immer noch krank ist. Doch andersherum wird ein Schuh daraus: Um den Kreis (den Pflegeprozess) zu schließen, **muss** der Eintrag erfolgen, dass es Frau Meier wieder gut geht. Sonst sieht es so aus, als ob die Arme seit Wochen an Durchfall und Übelkeit leiden würde.

Verstehen Sie nun, warum wir noch einmal auf den Pflegeprozess hinweisen? (► Abb. 1)

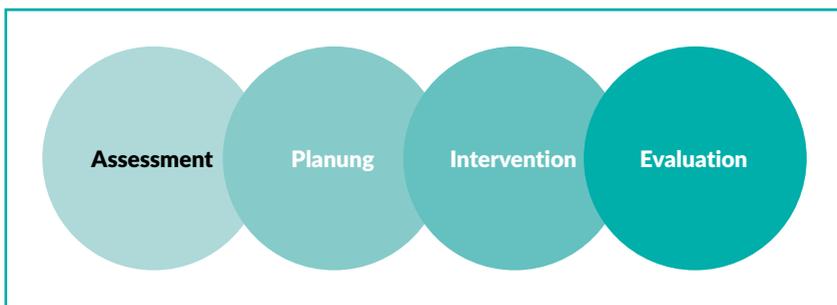


Abb. 1: Vierphasiger Pflegeprozess nach Yura & Walsh.

Tab. 1: Vier Phasen des Pflegeprozesses nach Yura & Walsh

Phase	Inhalt
1. Assessment	Sammlung aller pflegerelevanten Informationen
2. Planung	Feststellung der Pflegeprobleme, Ressourcen, Fähigkeiten; (Festlegen der Pflegeziele), Planung der Maßnahmen
3. Intervention	Praktische Durchführung
4. Evaluation	Beurteilung der Wirkung und Qualität

**Fokus: Planung und Intervention**

Unser Fokus in diesem Ratgeber liegt auf den Schritten (2) Planung und (3) Intervention. Wir haben für Sie alle wichtigen Risikofaktoren übersichtlich zusammengefasst und entsprechende Maßnahmen, Tipps und Beispiele dazu geschrieben, sodass Sie im Rahmen Ihrer täglichen Arbeit schnell und gezielt alles Wichtige, zu allen pflegerelevanten Punkten, im Blick haben.

15 Kontrakturenprophylaxe

Definition

Kontraktur

Eine Kontraktur ist eine durch die Verkürzung von Muskeln, Sehnen und Bändern hervorgerufene dauerhafte Zwangsstellung eines oder mehrerer Gelenke. Es kommt zur Schrumpfung der Gelenkkapsel und zu Verwachsungen der Gelenkflächen bis hin zu einer irreversiblen Versteifung der Gelenke.

Tab. 13: Kontrakturarten

Art	Beschreibung
Beugekontraktur	Gelenksteife in Beugestellung, Streckung der Extremität nicht möglich
Streckkontraktur	Gelenksteife in Streckstellung, Beugung der Extremität nicht möglich
Adduktionskontraktur	Gelenksteife in Adduktionsstellung, Abspreizen der Extremität nach außen nicht möglich
Abduktionskontraktur	Gelenksteife in Abduktionsstellung, Anlegen der Extremität zur Körpermitte nicht möglich

15.1 Was Sie wissen müssen

Risikofaktoren

- degenerative und/oder entzündliche Gelenkerkrankungen, Gelenkverschleiß
- Schmerzen als Folge von Schonhaltung
- Immobilität, Bewusstlosigkeit, Frakturen, Apoplex, Multiple Sklerose, Morbus Parkinson, Nerven- oder Querschnittslähmung
- Verbrennungen im Bereich der Gelenke
- Fixierung
- unsachgemäße Lagerung

Symptome

- schmerzhafte Bewegungseinschränkung
- Zwangshaltung
- eingeschränkte Beweglichkeit
- unharmonischer Bewegungsablauf

Ziele

- Erhaltung der funktionellen Gelenkstellung
- Erhalt eines harmonischen und physiologischen Bewegungsablaufes
- Anregung des Stoffwechsels des Binde- und Stützgewebes

Maßnahmen

Alle Maßnahmen, die zur Prophylaxe von Kontrakturen eingesetzt werden, sind mit dem Hausarzt abzustimmen und es empfiehlt sich, einen Physiotherapeuten hinzuziehen, um gezielte Übungen zu erlernen. Dies gilt sowohl für die Pflegekraft als auch im Rahmen des Selbstmanagements für den Patienten oder Bewohner.

Grundsätzlich ist jede Form der **aktivierenden Pflege** und **Mobilisation** eine Kontrakturenprophylaxe. Das heißt, dass die Pflegekraft den Patienten/Bewohner so viel wie möglich bei allen täglichen Verrichtungen selbst übernehmen lassen soll, frei nach dem Grundsatz: »Wer rastet der rostet«.

Aktive und assistive Bewegungsübungen

- isotonische Übungen: Bewegungsübungen (z. B. Arme heben und senken, Beine anziehen und strecken, Aufsetzen aus dem Liegen)
- isometrische Übungen: Spannungsübungen (z. B. gestreckte Arme auf die Matratze drücken, Handflächen zusammendrücken, Fußspitzen anziehen und beide Füße zusammendrücken)

Wichtig

Patienten/Bewohner mit einer Spastik dürfen die oben genannten Übungen nicht durchführen, da sie den Muskeltonus weiter erhöhen können!

- passive Bewegungsübungen: Gelenke mehrmals täglich entsprechend der physiologischen Grundbewegung vorsichtig und langsam durchbewegen
- Bewegungsübungen mit anderen Pflegehandlungen verbinden

Wichtig

Beugung und Streckung nur so weit wie möglich durchführen – nicht über die Schmerzgrenze hinaus!

- Lagerung der Gelenke in physiologischer Mittelstellung (Funktionsstellung): Diese Lagerung, wenn z. B. eine Mobilisation nicht möglich ist (bei Gelenken, die aufgrund einer Verletzung nicht gebeugt werden dürfen) oder zur Spitzfußprophylaxe

Weitere Maßnahmen

- Wärmende Umschläge sowie Einreibungen zur Lockerung des Gewebes
- Kalte Umschläge/Eisbeutel wirken abschwellend und schmerzlindernd

15.2 Anmerkungen

Als Pflegekraft haben Sie einen großen Einfluss darauf, ob und in welcher Geschwindigkeit Kontrakturen entstehen. An oberster Stelle sollte immer die gänzliche Vermeidung von Versteifungen stehen. Allerdings sind diese manchmal aufgrund von Erkrankungen nicht zu vermeiden. Hier heißt es dann, die komplette Unbeweglichkeit so lange wie möglich zu vermeiden oder ein Fortschreiten zu verhindern.

Kontrakturen können übrigens auch durch unsachgemäße Lagerung entstehen: Das ist ein klarer Pflegefehler und muss unbedingt vermieden werden!

Es empfiehlt sich, bei bestehenden Kontrakturen, die schmerzhaft sein können, vor Beginn von pflegerischen Verrichtungen ein Schmerzmedikament zu verabreichen. Auch die Zusammenarbeit mit dem Neurologen zur Gabe von Relaxantien ist empfohlen.

25 Gewaltprävention

Definition

Gewalt gegenüber älteren Menschen

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gewalt gegenüber älteren Menschen folgendermaßen: »Unter Gewalt gegen ältere Menschen versteht man die einmalige oder wiederholte Handlung oder das Unterlassen einer angemessenen Reaktion im Rahmen einer Vertrauensbeziehung, wodurch einer älteren Person Schaden oder Leid zugefügt wird.«*

* WHO (2011): European report on preventing elder maltreatment. Copenhagen, S. 1

Die Definition schließt bewusst das Unterlassen bestimmter Maßnahmen ein- ein Aspekt der insbesondere im Kontext von hilfebedürftigen Menschen eine wichtige Rolle spielt. Das Auftreten von gewalttätigem Verhalten kann in verschiedenen Erscheinungsformen auftreten- sowohl gegen Pflegebedürftige als auch gegen Pflegende.

In unserem Rechtssystem gilt ein allgemeines Gewaltverbot. Es gibt jedoch, z. B. im Falle von Situationen der Notwehr oder der richterlich angeordneten Maßnahmen des Freiheitsentzuges, Ausnahmen, so dass es bei diesen Formen keine strafrechtlichen Konsequenzen gibt.

Tab. 16: Erscheinungsformen von Gewalt in der Pflege

Art der Gewalt	Beschreibung
unmittelbare körperliche Gewalt	Schlagen, Kratzen, Schütteln, mechanische Fixierung, Entzug körperlicher Hilfsmittel
Medikamentenmissbrauch	nicht indizierte und nicht ärztlich angeordnete Medikamente, in der Regel zur Sedierung
sexueller Missbrauch	<ul style="list-style-type: none"> • Missachtung der Intimsphäre • nicht einvernehmliche Intimkontakte • sexuelle Andeutungen
emotionale oder psychische Gewalt	<ul style="list-style-type: none"> • verbale Aggressionen • Schreien, Schimpfen • Drohen • Ignorieren • Handel gegen den Willen • Androhung von Gewalt • Demütigungen • Beleidigungen • Manipulation • Missachtung der Intimsphäre
finanzielle Ausbeutung	<ul style="list-style-type: none"> • unbefugte Verfügung über persönliches Vermögen • Überredung/Nötigung zu Geldgeschenken • Entwendung von Geld/Wertgegenständen
Vernachlässigung	<ul style="list-style-type: none"> • Unterlassen von notwendigen Hilfen im Alltag • unzureichende medizinische Versorgung (z. B. mangelnde oder keine Wundversorgung) • mangelhafte Pflege • Nahrungs- und/oder Flüssigkeitsentzug

25.1 Entstehungsbedingungen

Oft wird mit dem Begriff »Gewalt in der Pflege« die Vorstellung verbunden, dass es sich um ein Phänomen handelt, welches aus Belastung oder Überlastung entsteht. Fakt ist: Pflege ist eine verantwortungsvolle, fordernde und auch belastende Aufgabe. Überlastung kann ein Grund für problematisches Verhalten sein, jedoch ist klar, dass die Ursachen für Gewalt mannigfaltig sein können:

- häufige Übergriffe (psychisch, physisch, sexuell)
- Alkohol als Mittel zur Bewältigung beruflicher bedingter Belastungen
- regelmäßige Versorgung einer hohen Anzahl von Menschen mit Demenz

Die WHO kommt zu dem Schluss, dass vor dem Hintergrund existierender Untersuchungen unter anderem demenzielle Erkrankungen, die soziale Isolation des Opfers, psychische Störungen und Alkoholmissbrauch aufseiten des Täters sowie die Abhängigkeit zwischen beiden als bedeutsame Risikofaktoren angesehen werden müssen

25.2 Grundsätze zum Thema Gewalt in der Pflege

Gewalt und Aggression haben in den meisten Fällen eine längere und individuelle Vorgeschichte. Es kommt eher selten ohne Anzeichen und scheinbar aus dem Nichts heraus zu gewalttätigen Ausbrüchen.

25.3 Grundregeln für den Umgang mit Aggression und Gewalt in der Pflege

25.3.1 Für Sicherheit sorgen

- Sich zu zweit einer Situation stellen, wenn Anzeichen von Aggressivität oder Gewaltbereitschaft bei einer Person wahrgenommen werden.
- Mitarbeiter sollen und dürfen mitteilen, wenn sie merken, dass sie eine Situation überfordert oder ihnen der professionelle Abstand entgleitet und einen Kollegen bitten zu übernehmen und die Situation verlassen.
- Droht eine Situation zu eskalieren, kann es helfen die Situation dadurch zu entzerren, dass Unbeteiligte den Raum verlassen (z. B. Angehörige).
- Im Falle körperlicher Übergriffe darauf achten, das Verletzungsrisiko zu minimieren, indem alle Bewegungen ruhig durchgeführt werden, alles was zum Schlagen oder Werfen eingesetzt werden kann, außerhalb der Reichweite bringen.
- Die Dokumentation führen wir sachlich und nachvollziehbar.

- Kritische Zwischenfälle werden der Pflegedienstleitung und Einrichtungsleitung/ Angehörigen gemeldet und es werden (Fall)Gespräche durchgeführt (Eskalationen und Situationen mit hohem Aggressionspotenzial).

25.3.2 Deeskalieren

- Erste Anzeichen einer Eskalation nehmen wir immer ernst.
- Menschen auch in schwierigen, angespannten Situationen immer mit Respekt, Aufrichtigkeit und Empathie begegnen.
- Sprechen in ruhiger und in angemessener Lautstärke.
- Vermeidung Drohgebärden und Kontrolle der Körperspannung und -sprache.
- Versuchen, Menschen mit Aggressionspotenzial oder herausforderndem Verhalten von der Situation abzulenken.

25.4 Verhalten zur Prophylaxe von Gewalt in der Pflege

25

- Mitarbeiter müssen immer die Möglichkeit zum persönlichen Gespräch mit der Einrichtungs- und/oder Pflegedienstleitung bekommen.
- Bei der Gestaltung des Dienstplanes persönliche, individuelle Arbeitszeiten zu berücksichtigen, die Mitarbeiter haben ein Mitsprache- und Gestaltungsrecht; Veränderungen nur gemeinsam mit dem entsprechenden Mitarbeiter vornehmen.
- Das Prinzip der Bezugspflege: jedoch kann ein Mitarbeiter immer äußern, wenn er einen Bewohner/Patienten aus zu besprechenden Gründen, in eine andere Versorgung geben möchte (dieses geschieht sowohl zum Wohle des Mitarbeiters als auch des Betroffenen).
- Mitarbeiter bekommen von Seiten der Leitungsebene immer das Gefühl vermittelt, dass sie über alles sprechen können und dass nicht jedes Fehlverhalten sofort arbeitsrechtliche Konsequenzen hat.
- Schulung der Mitarbeiter einmal jährlich zu den Themen Gewalt und Kommunikation in der Pflege.

25.5 Verhalten bei Gewaltgeschehen in der Pflege

- Der betroffene (gewaltausführende) Mitarbeiter bekommt in einem Gespräch die Möglichkeit seine Seite der Situation erklären und es wird, nach gemeinsamen Lösungen gesucht (z. B. Antiaggressionstraining).
- Arbeitsrechtliche Konsequenzen sind das Mittel der letzten Wahl.

25.5.1 Tipps für Mitarbeiter

Am Bewohner/Patienten

- Den Kollegen aus der Situation herausholen und übernehmen.
- Den Kollegen gezielt darauf ansprechen und fragen, was der Auslöser für dieses Verhalten war.
- Meldung an die Einrichtungs- und Pflegedienstleitung vornehmen.
- Den betroffenen Menschen beruhigen.

Am Kollegen

- Den Kollegen aus der Situation holen und mit einem anderen Kollegen den Betroffenen zu Ende versorgen oder versuchen die Situation zu schlichten.
- Professionell bleiben, den Bewohner/Patienten beruhigen, jedoch nicht maßregeln, ausschimpfen o.ä.
- Information an den behandelnden Arzt, an Angehörige oder Betreuer.
- Je nach Ausmaß der Situation Einweisung in die Psychiatrie, im schlimmsten Falle mit Psych-KG.
- Den Kollegen beruhigen.

25.6 Anmerkungen

Gewalt in der Pflege ist ein Thema, das tabuisiert wird, jedoch subtil täglich präsent ist. Den Mitarbeitern und auch Angehörigen muss durch intensive Gespräche und auch Beratung dieses schwierige Thema nahe gebracht und vermittelt werden.

Literatur

- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2011): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen, 1. Aktualisierung. Osnabrück.
- Ders. (2013): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, 1. Aktualisierung. Osnabrück.
- Ders. (2014): Expertenstand Förderung der Harnkontinenz in der Pflege, 1. Aktualisierung. Osnabrück.
- Ders. (2014): Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege. Osnabrück
- Ders. (2015): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Osnabrück.
- Ders. (2015): Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, 1. Aktualisierung. Osnabrück.
- Ders. (2017): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, 2. Aktualisierung. Osnabrück.
- Ders. (2017): Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege, 1. Aktualisierung
- Ders. (2018): Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Osnabrück.
- Evans D, Wood J, Lambert L (2002). A review of physical restraint minimization in the acute and residential care settings. *J Adv Nurs*. 2002:616
- Hametner I (2018): 100 Fragen zum Umgang mit Menschen mit Demenz. 4., akt. Aufl., Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover
- Hellmann S & Rößlein R (2013): Formulierungshilfen Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- Hellmann S & Rößlein R (2017): Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- Osterbrink J & Andratsch F (2015): Gewalt in der Pflege. C.H. Beck Verlag, München.
- König J (2014): 100 Tipps zur Sturzprophylaxe. Brigitte Kunz Verlag, Hannover
- Masemann S & Messer B (2011): Standards für wahre Experten. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.

- Röpke KR (2017): Prophylaxen für die Pflegepraxis. 3. akt. Aufl. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- Thomm M (2016): Schmerzmanagement in der Pflege. Springer Verlag, Heidelberg
- Schmidt S (2016): Expertenstandards in der Pflege – eine Gebrauchsanleitung. 3. aktualisierte und erweiterte Auflage. Springer Verlag, Berlin.
- WHO (2011): European report on preventing elder maltreatment. Copenhagen

Internetquellen

https://www.ergoern.ch/Texte/Publikationen/Dysphagie_Informationenblatt_Kostaufbau.pdf

<http://flexikon.doccheck.com/de/WHO-Stufenschema>

https://www.in-form.de/fileadmin/Dokumente/Materialien/Demenz_FittimAlter.pdf

www.dgss.org

http://www.medpsych.uni-freiburg.de/OL/glossar/body_deprivation.html

<http://flexikon.doccheck.com/de/Wunde>

<http://www.vitanet.de/krankheiten-symptome/schmerz/definition>

Register

- Abduktionskontraktur 90
- Abführmittel 110
- Adduktionskontraktur 90
- Adipositas 33
- Aggression 132
- Analgetika 57
- Aspiration 94
- Assessment 20

- Bauchgurt 125
- Belastungsinkontinenz 38
- Beratung
 - Angehörige 67
 - Grundlage 16
- Berichteblatt 21
- BESD 56
- Bettgitter 124
- Beugekontraktur 90
- Bewegungseinschränkungen 75
- Bewegungsförderung 109
- Bewegungsübungen 92
- Beziehungsgestaltung
 - in der Pflege von Menschen mit Demenz 65
- BISAD 56
- BMI, Berechnung 32
- BMI-Wert 33

- Deeskalation 133
- Dekubitus 25, 45
 - Folgen 29
 - Lokalisationen 28
 - Risikofaktoren 28
- Dekubitusprophylaxe 25
 - Maßnahmen 29
- Dekubitusrisiko 29, 35
- Dekubitusstadien 26
- Demenz 43, 65, 74
 - Ernährung 68
- Deprivation 78
 - Formen 79
 - kognitive 79
 - sensorische 79
 - soziale 79
 - Symptome 80
 - Ursachen 80
- Detraktionen, persönliche 127
- Diabetes mellitus 114
- Dokumentation 19
- Dranginkontinenz 39
- Dysphagie 82
 - Komplikationen 84
 - Kostaufbau 135
 - Prophylaxe 84
 - Symptome 83
 - Ursachen 83
- Eat by Walking 71
- Erhaltung und Förderung der Mobilität 73
- Ernährungszustand 33
- Erysipel 104
- Eskalation 133
- Essbiografie 140
- Evaluation 20
- Expertenstandards, nationale 15

- Exsikkose 86
 - Symptome 87
- Fingerfood 70
- Fixierung
 - kurzfristige 124
 - verbale 126
- Fußsyndrom, diabetisches 45
- Getränke, Konsistenzstufen 139
- Gewalt in der Pflege 131
- Gewaltprävention 130
- Gewalt, Prophylaxe 133

- Harninkontinenz
 - Anzeichen 38
 - Risikofaktoren 39
 - Symptome 38
- Harnkontinenz 37
 - in der Pflege 37
 - Ursachen 38
- Hyperglykämie 116
- Hypoglykämie 115

- Inkontinenz
 - abhängig kompensierte Inkontinenz 41
 - extraurethrale 39
 - nicht kompensierte 41
 - unabhängig kompensierte 41
- Inkontinenzhose 43
- Intertrigo 103
- Intertrigoprophylaxe 103
- Intervention 20

- Kachexie 32
- Koma
 - hyperosmolares 116
 - ketoazidotisches 116
- Kontinenz 41
 - abhängig erreichte 41
 - unabhängig erreichte 41
- Kontinenzprofil 41
- Kontraktur 90
- Kontrakturarten 90
- Kostaufbau, Stufen 136

- Laxantien 110

- Mangelernährung 31
- Maßnahmen,
freiheitsentziehende 118
- Mobilität 73
 - Status 76

- Nozizeptoren 54
- NRS 56

- Obstipation 108
 - akute 108
 - chronische 108
- Obstipationsarten 108
- Obstipationsprophylaxe 108

- Parotitis 106
- Pflegeprozess 18
- Pflege von Menschen mit
chronischen Wunden 44
- Phlebothrombose 98
- Planung 20

- Pneumonie 94
- Präadipositas 33
- Prophylaxe 11, 14
 - Durchführung 15
- Protektoren 64

- Qualitätssicherung 13

- Reflexinkontinenz 39
- Risikoerkennung 21
- Risiko, Kurzanalyse 21

- Schluckstörungen 82
- Schmerz 51
 - akuter 52
 - chronischer 53
 - Co-Medikation 143
 - Entstehung 54
 - neuropathischer 54
 - nicht-medikamentöse Maßnahmen 58
 - psychischer 54
 - somatischer 54
 - viszeraler 54
- Schmerzarten 54
- Schmerzeinschätzung 55
- Schmerzmanagement bei akuten und chronischen Schmerzen 51
- Schmerzmittel,
Nebenwirkungen 58
- Schmerzmittel,
WHO-Stufen 142
- Schmerztherapie 50, 54
- Screenen 14
- Selbstmanagement 12
- Self Care 17
- Sicherungsmaßnahme 120
- Sicherung und Förderung
der oralen Ernährung in der
Pflege 31
- Soor 105
- Soor- und
Parotitisprophylaxe 105
- Streckkontraktur 90
- Stressinkontinenz 38
- Strukturmodell 21
- Stuhlinkontinenz 111
 - Stadien 111
- Sturz 60
- Sturzprophylaxe 60
 - Maßnahmen 62
- Sturzrisiko 60

- Thrombophlebitis 98
- Thrombose 98

- Überlaufinkontinenz 39
- Ulkus cruris 46
- Ulkus cruris arteriosum 46
- Ulkus cruris mixtum 46
- Ulkus cruris venosum 46
- Umgebungsgestaltung,
mobilitätsfördernde 76
- Unterernährung 31

- VAS 56
- VRS 56, 141

- Werdenfelser Weg 119
- Who-Stufen-Schema 57
- Wittener Werkzeuge 17
- Wundarten 44
- Wunde 44
 - chronische 44
 - chemische 45
 - iatrogene 45
 - mechanische 44
 - strahlenbedingte 45
 - thermische 45
- Wundrose 104
- Wundsein 103
- Ziele
 - Harninkontinenzprophylaxe, Ziele 37
- ZOPA 56
- Zystitis 101
- Zystitisprophylaxe 101
 - Maßnahmen 102

Der interdisziplinäre »Rundumblick«



Harald Blonski (Hrsg.)

Risikomanagement in der stationären Altenhilfe

Anforderungen, Methoden, Erfahrungen

156 Seiten, Hardcover
ISBN 978-3-89993-334-5
€ 29,95

Auch als E-Book erhältlich

- Methoden, Wege und Konzepte, die die Sicherheit von Patienten und Bewohnern nachhaltig sichern
- Lesenswert und leicht verständlich
- Absolut praxistaugliche Darstellung

Änderungen vorbehalten.



Drei Arbeitsschritte in einem Prozess erledigen

Ob ambulante oder stationäre Pflege – ohne einen Versorgungsvertrag kommen Klienten und Einrichtungen nicht mehr aus. Die Basis dieses Vertrages bilden die Nationalen Expertenstandards. Das große Ziel ist es, Risiken und Probleme im Gespräch mit dem Klienten zu erkennen und rechtzeitig Gegenmaßnahmen zu ergreifen.

Dieses Buch zeigt, wie die Risikoerkennung funktioniert: kompakt, zum schnellen Nachblättern – als Vorbereitung des Gesprächs oder bei dessen Durchführung. Die Grundlagen der Risikoerkennung sind dabei immer die gleichen:

- den Klienten genau beobachten
- während des Gesprächs aufmerksam zuhören
- bei erkannten Risiken sofort adäquat handeln

Erst mit diesen Maßnahmen kann eine Beratung im Prozess des Versorgungsvertrages individuell gestaltet werden.

schlütersche
macht Pflege leichter

Die Autoren

Die Autoren arbeiten als Experten bei der Laureos GmbH, die sich u. a. auf die Beratung, Schulung und Ausbildung von Pflegekräften spezialisiert hat.

ISBN 978-3-89993-985-9



9 783899 939859