 <p>Evangelische Altenhilfe Ludwigshafen am Rhein gemeinnützige Betriebsgesellschaft mbH ...sicher und geborgen</p>	<p align="center"><b>Handbuch Qualitätsmanagement</b> <b>Geltungsbereich: Pflege</b></p> <p align="center">Alternative zur Freiheitsentziehenden Maßnahme</p>	<p align="center">Pflege Kap. D.1.7.4</p>
--	---	---

Bewohner: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Warum erscheint eine Freiheitsentziehende Maßnahme notwendig?

.....


.....

.....

**Alternative Maßnahmen Bewohner:**

Sind Mobilitätshilfen notwendig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Sind Elektronische Hilfsmittel erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Sind alternative Mobilisierungsformen denkbar? (Sitzsack, Matratze?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
verstellbarer Multifunktionsstuhl?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Akzeptiert der Bewohner Hüftprotektoren?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Kommen Anti-Rutschsocken zum Einsatz?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Benötigt der Bewohner Hilfestellungen im Sitzen? (Sitzpolster Sessel mit tieferer Sitzebene?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Ist die Inkontinenzversorgung individuell angepasst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Hat der Bewohner Schmerzen? Ist er ausreichend mit Schmerzmitteln versorgt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Reagiert der Bewohner auf Validation?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Ist der Bewohner im Wohnbereich bzw. einer Kleingruppe integriert? (Ansprechpartner, Wohngruppe mit Wiedererkennungswert)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Erhält der Bewohner Angebote zur Bewegung und Kräftigung? (Spazierengehen, Gymnastik, Kraft-, Balanceübungen etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Hat der Bewohner eine vertraute und sichere Umgebung? (z.B. Zimmer mit persönlich bedeutsamen Gegenständen?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Gibt es für den Bewohner Angebote in den Nachmittags- und Abendstunden? (z.B. Spieleabende, Besuchsdienst, Einzelbetreuung?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Benötigt der Bewohner Orientierungshilfen? (Beschilderung im Haus/in der Wohngruppe?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Sind Rituale des Bewohners bekannt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Reagiert der Bewohner auf basale Stimulation und Aromapflege?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.

Freigabe GF	Geprüft ZHL	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	Herr Sauder	QMB	2.0	September 2018	Seite 1 von 2

	<b>Handbuch Qualitätsmanagement</b> <b>Geltungsbereich: Pflege</b>	Pflege Kap. D.1.7.4
	Alternative zur Freiheitsentziehenden Maßnahme	

**Alternative Maßnahmen auf psychosozialer Ebene:**

Hat der Bewohner einen geregelten Tagesablauf?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Kann der Bewohner in Alltagsaktivitäten eingebunden werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Ist die Kommunikation dem Bewohner individuell angepasst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Werden alle Verhaltensweisen des Bewohners akzeptiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Werden die vorhandene Fähig- und Fertigkeiten des Bewohners akzeptiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.

**Alternative Maßnahmen auf pflegerischer und organisatorischer Ebene:**

Ist die Arbeitsorganisation zur Versorgung des Bewohners seinen Bedürfnissen angepasst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Hat der Bewohner eine konstante Bezugsperson? (Pflege, Betreuung?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Sind Angehörige in die Pflege und Betreuung einbezogen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Gibt es freiwillige Helfer?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Erfolgt eine kontinuierliche Biografiearbeit ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Ist der Bewohner optimal mit Medikamenten eingestellt ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.

**Alternative Maßnahmen auf baulicher/ausstattungsstechnischer Ebene:**

Direkte Alternativen vorhanden? (Niederflurbett, Sensormatten, Antirutschmatten auf der Sitzfläche, Fäustlinge oder Pflegebody?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Ausreichende Beleuchtung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Sitzhöhenanpassungen notwendig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Geteilte Bettseitenteile vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
Müssen ggf. Hindernisse und Stolperfallen beseitigt werden? (Tepichbrücken, rutschende Vorlagen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.

Fallbesprechung durchgeführt am: \_\_\_\_\_

Unterschrift Pflegefachkraft: \_\_\_\_\_

Zur Kenntnis genommen PDL: \_\_\_\_\_

Freigabe GF	Geprüft ZHL	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	Herr Sauder	QMB	2.0	September 2018	Seite 2 von 2