

Der Notfallplan und die Notfallbox

Zwei Instrumente für Angehörige zur Bewältigung einer palliativen Notsituation



Verfasserin: Petra Huber

Fachberaterin: Meike Schwermann

Palliative Care Vertiefungslehrgang Stufe 2 im Jahr 2011

Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg

Inhaltsverzeichnis

I. Abstract	S. 3
II. Einleitung	S. 3
III. Hauptteil	S. 4
1. Das Familiensystem	S. 4
2. Die Rolle der Angehörigen	S. 5
2.1 Begriff „Angehörige“	S. 5
2.2 Die Rolle der Angehörigen	S. 5
2.3 Angehörige als Bevollmächtigte	S. 5
2.4 Angehörige als Vermittler	S. 6
2.5 Die Gleichstellung des Patienten und der Angehörigen	S. 6
3. Die Ängste der Angehörigen	S. 7
3.1 Der Begriff „Angst“	S. 7
3.2 Die unterschiedlichen Formen von Angst und der Umgang damit	S. 7
4. Was Angehörige in einer Notfallsituation brauchen um handlungsfähig zu sein	S. 8
5. Kommunikationsmodell von Johannes Galli	S. 9
5.1 Hintergrund des Kommunikationsmodells	S. 9
5.2 Die Leitlinien des Galli Kommunikationsmodells	S. 9
5.2.1 Achte auf Körperhaltung und Abstand	S. 9
5.2.2 Achte auf Bewegung	S. 10
5.2.3 Achte auf den Blick	S. 10
5.2.4 Achte auf eine bildreiche Sprache und eine ausgewogene Stimme	S. 10
5.2.5 Achte auf den Atem	S. 11
5.2.6 Achte auf das richtige Timing	S. 11
5.2.7 Achte auf die Stimmigkeit der Situation	S. 11
6. Das Maria Montessori Konzept	S. 12
6.1 Der Hintergrund der Methodik	S. 12
6.2 Die vier Grundideen der Maria Montessori	S. 12
6.2.1. Wecken der Aufmerksamkeit	S. 13
6.2.2. Die Isolierung des Gegenstandes	S. 13
6.2.3. Funktion „Paarung“	S. 14
6.2.4. Verhindern von Fehlern bzw. dem falschen Gebrauch	S. 14
7. Die Einführung in den Notfallplan bzw. die Notfallbox	S. 14
7.1 Das Beschriften der Ampullen	S. 15
7.2 Beispiel einer Farbübersicht der Ampullen	S. 16
8. Der Notfallplan	S. 16
8.1 Der Inhalt einer Notfallbox	S. 17
8.2 Was die Einweisung in den Notfallplan/Notfallbox für den Angehörigen bedeutet	S. 17
9. Methodisches Vorgehen	S. 18
10. Diskussion / Reflexion	S. 18
10.1 Vorteile des Notfallplans / der Notfallbox	S. 18
10.2 Nachteile des Notfallplans / der Notfallbox	S. 19
11. Ist die Schulung von Angehörigen wichtig	S. 20
12. Macht der Notfallplan angehörige handlungsfähig?	S. 20
13. Ist eine Notfalldedikation nicht auch eine Bedarfsmedikation?	S. 21
14. Offene Fragen	S. 21
IV. Schluss	S. 21
V. Literaturverzeichnis	S. 22

I. Abstract

Der Wunsch der meisten Menschen ist es, zu Hause bei ihren Angehörigen und in ihrer vertrauten Umgebung versterben zu dürfen. Dennoch kommt es häufig zu überstürzten Einweisungen ins Krankenhaus, da Angehörige und Pflegepersonen in einer palliativen Notsituation oft überfordert sind. Es stellt sich daher die Frage, wie eine ungewollte Krankenhauseinweisung vermieden und das Versterben in der gewohnten Umgebung ermöglicht werden kann. Die Voraussetzung dafür sind ein intaktes soziales Netzwerk des Patienten und geeignete Instrumente zur Bewältigung der Notsituation.

II. Einleitung

Um die Versorgung in einer Palliativen Situation zu verbessern, wurde 2007 ein Gesetz zur ambulanten Palliativen Situation (SAPV = Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, vgl. § 37 b SGBV) erlassen. Das Ziel war die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen zu ermöglichen.

In der ambulanten Betreuung sterbender Menschen konnte ich immer wieder beobachten, dass Angehörige trotz vorheriger Anleitung bei der Medikamenten- vergabe oder ähnlichem in einer Notfallsituation handlungsunfähig waren. Kontrolle über eine Lebenssituation zu haben ist eines der elementarsten Bedürfnisse des Menschen, das Gefühl zu haben nicht handeln zu können ist schwer erträglich.

Die Handlungsunfähigkeit der Angehörigen stellt eine hohe Belastung dar, die in Abschlussgesprächen immer wieder Thema war. Oft äußerten die Angehörigen wie schade es doch sei, dass ein Versterben zuhause nicht möglich war.

Ziel meiner Projektarbeit ist es deshalb, einen umsetzbaren und verständlichen Notfallplan für pflegende Angehörige zu entwickeln. Dieser soll sie bis zum Eintreffen des Palliativteams handlungsfähig machen, um eine vermeidbare oder ungewollte Krankenhauseinweisung zu verhindern.

III. Hauptteil

1. Das Familiensystem

„Es ist deshalb wichtig, sich auf allen beruflichen Ebenen mit den Konzepten der Theorie des systemischen Gleichgewichts auseinanderzusetzen um die Patienten und ihre Familien umfassend zu verstehen.“

(Friedeman & Köhlen, 2009, S.18)

Die Familie bietet uns Menschen Halt, Schutz und Sicherheit. Ohne dieses System fühlen wir uns alleine und krank. Dem Pflegeteam muss deshalb bewusst sein, dass in ein bestehendes System eingegriffen wird und sie das Team sich selbst integrieren und reflektieren muss. Das System Familie muss in der Pflege sterbender Menschen wahrgenommen werden, da sonst die Beziehung zwischen dem Patienten, dem Team und den Angehörigen gestört ist. Nicht nur der Patient ist von der Krankheit betroffen, sondern auch die Personen des Bezugssystems.

Laut Friedemann und Köhlen hat die Familie die Erhaltung der Gesundheit zum Ziel. Dies soll durch ein abgeschlossenes und ineinandergreifendes Konzept erreicht werden, wobei auch das Umfeld einen entscheidenden Teil zum Gelingen des Konzepts beiträgt. Familiengesundheit umfasst drei Kriterien: “ Wenn Kongruenz zwischen Familien und Umwelt stattfindet, wenn Familienmitglieder keine Ängste empfinden, wenn sie im großen und ganzen zufrieden sind.“ (Friedeman & Köhlen, 2009, S. 46)

Um die Balance dieses Konzeptes zu halten, sind Stabilität, Regulation bzw. Kontrolle, Wachstum und Spiritualität die Voraussetzung. Diese Voraussetzungen müssen perfekt aufeinander abgestimmt sein. Doch nur durch das Erkennen von Zusammenhängen (Kohärenz), die Erhaltung und Änderung von Systemen und den Prozess der Individuation im Zusammenspiel das Gleichgewicht erhalten wird. Das Gleichgewicht ist dann gestört, wenn akut auftretende Krankheiten oder der Tod bevorstehen. Damit die Begleitung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen gut gelingt, muss sie mit dem Gesundheitsstreben des bestehenden Familiensystems übereinstimmen *„Ein allgemeines Wohlfühl ist das wichtigste Zeichen von guter Gesundheit“* (Friedeman & Köhlen, 2009, S.34)

2. Die Rolle der Angehörigen

2.1. Der Begriff „Angehörige“

„Als Angehörige werden im Folgenden all diejenigen Personen bezeichnet, die sich in einer vertrauten, häufig auch verpflichtenden Nähe zum Patienten befinden und somit neben Familien, Familienangehörigen auch Freunde oder Lebensgefährten sein können.“ (George & George 2003, S. 16)

2.2. Die Rolle der Angehörigen

Die Einbeziehung Angehöriger in die Pflege schwerstkranker Menschen ist unerlässlich, da sie für das Pflorgeteam eine wichtige Informationsquelle darstellen.

Die Familienmitglieder sind die wichtigsten, engsten und letzten Bezugspersonen für den Sterbenden. Aus diesem Grund möchten sie in alle Entscheidungen miteinbezogen werden. Sie sind zuständig für Kontakte mit dem sozialen Umfeld und stellen den Bezug nach innen und außen her. Insgesamt sorgen sie für die Aufrechterhaltung eines geregelten Tagesablaufs und sozialen Lebens, der zu einer Stabilisierung der Psyche beiträgt.

2.3. Angehörige als Bevollmächtigte

Desweiteren können Angehörige die zu Bevollmächtigten ernannt wurden, gemäß §167 BGB handeln. Ein gerichtlicher Betreuer ist dann nicht erforderlich. (Daneke, Schlütersche, 2010, S.70). Dies bedeutet, dass alle wichtigen Entscheidungen im Notfall von ihnen getroffen werden können. In der Regel wird schriftlich vereinbart, dass die Vollmacht erst in Kraft tritt, wenn der Patient seinen Willen aufgrund seiner Erkrankung selbst nicht mehr äußern kann. Um die Erfüllung der Wünsche des Erkrankten zu gewährleisten, sollten diese noch in gesunden Zeiten schriftlich festgehalten werden. Die Anordnungen und Maßgaben des Bevollmächtigten haben „*gegenüber Pflegenden und ÄrztInnen das gleiche Gewicht wie die eigene Stimme des Kranken*“. (Student & Napiwotzky 2007, S. 207)

2.4. Angehörige als Vermittler

Hinzu kommt die Rolle des Angehörigen als Vermittler. Sie kennen alle Vorlieben, Schwächen, Eigenheiten und die Krankengeschichte des Palliativpatienten. Da diese Menschen oft schon sehr lange die Pflegerolle übernommen haben, kennen sie die nonverbalen Äußerungen, die für das betreuende Team essentiell in der Sterbephase werden. Somit können sie Auskunft über den Verlauf der Krankheit geben, indem sie beim Verständnis von Gestik und Mimik, aber auch der Sprache, helfen. Vor allem bei Patienten mit Migrationshintergrund ist auffallend, dass sie in der Sterbephase in ihre Muttersprache zurückfallen. Besonders in diesen Fällen ist es für das Palliativteam von Vorteil, auf einen Angehörigen zurückgreifen zu können.

2.5. Die Gleichstellung des Patienten und der Angehörigen

Die essentielle Änderung des SAPV ist die Gleichstellung des Patienten und des Angehörigen. Seit 2007 ist durch dieses Gesetz(§ 37 b / § 5 SGB V) die Wichtigkeit der Angehörigen auch gesetzlich anerkannt und sie sind damit offiziell ein Teil des Konzeptes. Die Palliativ Care Definition der WHO hat die Angehörigen immer schon in Ihr Konzept miteinbezogen. Im Umkehrschluss ist ein funktionierendes soziales Netzwerk Grundvoraussetzung für das Versterben zu Hause. Nach einer im Dezember 2010 vorgestellten Studie im Bayerischen Landtag(2009-2010 SAPV, CHV München), zeigte sich, dass laut der Aussage von 179 befragten Patienten 61 % der Zeit für das Familiensystem benötigt wurde und 39% für die Symptombehandlung. Die psychosoziale Betreuung der Familienmitglieder ist Teil der Aufgabe eines Palliative Care Teams. Damit soll gewährleistet werden, dass Angehörige und Zugehörige des Sterbenden die seelische Belastung nicht alleine bewältigen müssen und im Notfall auf fachkompetente Hilfe zurückgreifen können.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Aufgabenfeld der Angehörigen vielseitig ist. Sie sind Bezugsperson, die Stimme des Patienten und Vermittler zwischen Erkranktem und Palliativteam. Oft haben die Angehörigen viele Sorgen, denn einen schwerstkranken Menschen zu begleiten ist eine große Herausforderung, die aus Liebe und Pflichtbewusstsein angenommen wird. Daher ist es wichtig, dass dem Team die Schwierigkeiten und Ängste bewusst sind.

3. Die Ängste der Angehörigen

3.1. Der Begriff „Angst“

Der Begriff „Angst“ kann unterschiedlich definiert werden. Fritz Riemann erklärt den Begriff wie folgt: *„Angst gehört unvermeidlich zu unserem Leben. In immer neuen Abwandlungen begleitet sie uns von der Geburt bis zum Tod.“* (Riemann, 2003, S.1) Es gibt unterschiedliche Formen und Intensitäten von Angst. Im Umgang mit pflegenden Angehörigen in einer palliativen Begleitung müssen wir uns dessen bewusst sein. *„Die Angst gehört zu unserer Existenz und ist eine Spiegelung unser Abhängigkeit und des Wissen um unsere Sterblichkeit „* (Riemann, 2003, S.1) Das Palliativteam kann Methoden und Strategien mit den Angehörigen entwickeln, um so den verschiedenen Formen der Angst zu begegnen.

In der Bewältigung der Angst ist das Familiensystem von elementarer Wichtigkeit.

In der Theorie des systemischen Gleichgewichts nach Friedmann und Köhler ist *„ein Kennzeichen der fehlenden Gesundheit die Angst „* (Friedemann & Köhler, 2010, S.34) Es stellt sich die Frage, welche Ängste auftreten und wie damit umgegangen werden soll.

3.2. Die unterschiedlichen Formen von Angst und der Umgang damit

Am häufigsten wird die Angst vor dem Leiden genannt, besonders wenn diese Angst bereits durchlebt worden ist. Neben der Angst vor dem Leiden tritt oft auch eine Furcht vor psychischem und materiellem Verlust auf und die Befürchtung nicht alles Mögliche getan zu haben.

Damit das Team mit diesen Ängsten umgehen kann, müssen sie jedoch zuerst vom Angehörigen geäußert werden. Der erste Schritt ist immer, die Angst auszusprechen. Nur so kann das Pflegeteam dem Betroffenen gezielt helfen, mit den Befürchtungen umzugehen. Der bevorstehende Tod eines geliebten Menschen löst Verzweiflung und eine Kette von verschiedenen Verlustängsten aus. Durch Veränderungen der finanziellen Lage, der Wohnsituation und durch das bevorstehende Alleinseins wird eine Lebenswende herbeigeführt. Diese Reihe von Ängsten hat oft eine psychische und physische Überlastung zur Folge, da die Pflege der Erkrankten oft schon jahrelang andauert und damit die Angehörigen oft bereits überfordert

und teilweise vereinsamt sind. Die Aufgabe des Palliativ Care Teams ist, nach dem Erkennen dieser Ängste nach Lösungen zu suchen und diese umzusetzen. Die Strategien dazu sind von Fall zu Fall verschieden und müssen individuell auf den Betroffenen abgestimmt werden.

Der Sterbeprozess ist oft begleitet von der Befürchtung, nicht alles Mögliche getan zu haben. Diese Versagensängste beinhalten, nicht ausreichend auf die Wünsche des Sterbenden eingegangen zu sein und eine bestmögliche Versorgung gewährleistet zu haben. Vor allem die Angst nicht alles Wichtige gesagt zu haben wird oft geäußert. Angehörige sind selbst betroffen und fühlen sich schutz- und hilflos. Sie befürchten, die Schuld für ihr „Versagen“ alleine zu tragen. Hier kann Palliative - Care ansetzen und greifen.

4. Was Angehörige in einer Notfallsituation brauchen um handlungsfähig zu sein

Immer wieder sind Angehörige in einer Krise handlungsunfähig und überfordert. Unser Palliativteam konnte beobachten, dass die meisten Einweisungen ins Krankenhaus in Notsituationen wie akutem Schmerz, Atemnot, Erbrechen, Unruhe und Delir geschehen. Um die Situation zu stabilisieren ist vor allem der Faktor Kommunikation von Bedeutung. Kommunikation ist immer auch Pflege und hat oft den gleichen Stellenwert. Durch die Intimität in der Pflege kann Kommunikation oft erst zustande kommen. *„Nur durch gegenseitiges Vertrauen, Zuhören, Beobachten, Fragen, Wiederholen und das Probieren kann Kommunikation gelingen.“* (Huseboe & Kalschik, 2009, S. 52) Neben den gängigen Kommunikationsmodellen hat sich für mich in der Begleitung sterbender Menschen ein sehr praxisnahes Kommunikationsmodell von Johannes Galli bewährt.

5. Kommunikationsmodell von Johannes Galli

5.1. Hintergrund des Kommunikationsmodells

Eine Kernaussage von Johannes Galli ist *„Derjenige wird erfolgreich sein, der in der Kommunikationssituation schneller versteht, was wirklich gemeint ist.“*(Galli, 2008, S.5)

Wer auf die Signale, vor allem auf die nonverbalen Signale in der Anleitung Angehöriger achtet, wird sicherer und schneller auf die Angehörigen eingehen können. Das Kommunikationsmodell von Galli versetzt den Anleitenden in die Rolle des Beobachters.

Ein Vorteil von Gallis Körpersprachen - Konzept liegt in der interkulturellen Kommunikation, welche uns in der ambulanten palliativen Betreuung häufig begegnet. Da Galli aus der Theaterszene kommt, hat er schon früh erkannt: *„Im Spiel ist der Mensch wirklich“* (Galli, 2008, Faltumschlag). Das gleiche gilt auch für die Begleitung sterbender Menschen. Laut Galli gilt : *„Körpersprache ist nichts Fremdes, das wir erlernen müssen, sondern es gehört zu uns – wie unser Körper!“* (Galli, 2008, S.49) Er setzt den Palliative-Care Gedanken in seinem Kommunikationsmodell ganzheitlich um, weshalb im Folgenden die sieben Leitlinien aufgezeigt werden.

5.2. Die Leitlinien des Kommunikationsmodells nach Johannes Galli

Die aufgeführten Leitlinien zur Kommunikation sind dem Buch von Johannes Galli ,2008, Körperprache und Kommunikation entnommen.

5.2.1. Achte auf Körperhaltung und Abstand

Für eine erfolgreiche Kommunikation muss auf die Körperhaltung des Angehörigen geachtet werden. Sie bildet die Basis der Beobachtung des Gegenübers. Zu beachten ist, ob die Körperhaltung eher gedrückt oder aufrecht ist oder ob sich jemand an eine Wand angelehnt. Die Beinstellung und die Haltung der Arme können dabei über die Stabilität und Aufgeschlossenheit Auskunft geben. Auch der körperliche Abstand des Angehörigen zur Pflegekraft ist von Bedeutung. Das Mitglied des Palliativ-Care Teams muss erkennen,

ob die Nähe gewünscht wird. Allgemein ist zu sagen, dass der höfliche Kommunikationsabstand in Europa eine Armlänge beträgt.

5.2.2. Achte auf die Bewegungen

Die Art der Bewegung gibt Aufschluss über die psychische und physische Verfassung des Angehörigen. Der Gang kann forsch, schleppend, schlendernd oder auch hüpfend sein. Unbewusste Bewegungen wie das Trommeln mit den Fingern können auf Nervosität hinweisen. Es ist überraschend, wie viel Informationen den Bewegungen entnommen werden können. Selbst ein Detail wie die Intensität des Handdrucks beim Begrüßen kann Auskunft über die Befindlichkeit des Gegenübers geben.

5.2.3. Achte auf den Blick

Von besonderer Bedeutung ist der Blick des Beteiligten, da er als „das Fenster zur Seele“ (Galli, galli, Auflage 5, S.57) gesehen werden kann. In einem Blick werden viele emotionale Informationen wiedergegeben. Der Pfleger muss lernen, diese Informationen zu lesen und zu verstehen. Der Blick kann offen, versteckt oder abweisend sein. Aber auch das bewusste Suchen nach Blickkontakt muss erkannt werden. Der Pfleger selbst muss sich jedoch bewusst sein, dass sein eigener Blick ebenfalls vom Beteiligten gelesen und unbewusst interpretiert wird.

5.2.4. Achte auf eine bildreiche Sprache und eine ausgewogene Stimme

Während der Kommunikation wird immer auch unbewusst auf Gestik und Mimik sowie die Tonlage geachtet. Sie geben meist ebensoviel Auskunft wie das gesprochene Wort selbst. Die Pflegekraft muss auf die Form der Sprache achten. Sie kann unklar oder deutlich, leise oder laut sein. *„Der Tonfall, die Betonung einzelner Worte oder die Mimik können also quasi erklären, wie der Sender das, was er sagt, meint – dann können diese Botschaften **qualifizierend** gelten.“* (Matolycz, 2009, S.44)

5.2.5. Achte auf den Atem

Die Atmung ist ebenfalls ein entscheidendes Kriterium zur Bestimmung der allgemeinen Verfassung. Stresssituationen führen zu einer beschleunigten und flachen Atmung. *„Der Atem ist aber nicht nur in der Angst- und Streßüberwindung die entscheidende Hilfe, sondern er ist auch die tiefste Möglichkeit ,um sich in einen anderen Menschen hineinzufühlen, sich in ihn hineinzusetzen. Indem wir den Atem des Anderen nachspüren und für kurze Zeit selber bewusst imitieren, können wir erspüren, wie der Andere sich gerade wirklich fühlt.“* (Galli, 2008, S.61) Auch tiefes und bewusstes Durchatmen kann eine Art der Stress- und Angstbewältigung sein.

5.2.6. Achte auf das richtige Timing

Die Stimmigkeit von kommunikativen Prozessen wird durch das Timing beschrieben. Es ist darauf zu achten, ob dem Gegenüber Zeit gelassen wird, um Fragen zu stellen und den Gedankengängen folgen zu können.

5.2.7. Achte auf die Stimmigkeit der Situation

Hier ist nicht mehr die Kommunikation mit dem Gegenüber entscheidend, sondern der Einfluss der Umgebung. Um die Stimmigkeit der Situation herzustellen, können Vorbereitungen wie eine Sitzordnung, Dekoration, aber auch die für das Gespräch angemessene Kleidung von entscheidender Bedeutung sein. Auch die Wahl der Räumlichkeit, die gewählte Tageszeit für das Gespräch und die momentane Verfassung der Angehörigen muss in der Vorbereitung berücksichtigt werden.

Die gleichzeitige Beachtung dieser sieben Leitlinien führt zu einer guten Kommunikation in der Palliativpflege. Generell ist zu sagen dass dort, wo Menschen mit Angst, Sorge oder Unsicherheit konfrontiert sind, die Bedeutung der nonverbalen Kommunikation stark zunimmt.

6. Das Maria Montessori Konzept

Nicht nur die Kommunikation, sondern auch die Pädagogik ist für die gelungene Umsetzung des Notfallplans/der Notfallbox von Bedeutung. Da Klarheit und Deutlichkeit Grundprinzipien des pädagogischen Konzepts nach Maria Montessori sind, wurde dieses in die Umsetzung des Notfallplans integriert.

6.1. Der Hintergrund der Methodik

Die Erfahrung hat gezeigt, dass die meisten Menschen in Krisen klare und einfache Methoden benötigen, da sie sonst handlungsunfähig werden.

Montessoris erstes und grundlegendes Werk erschien bereits 1909 und ist immer noch von bedeutender Wichtigkeit. Ursprünglich war die Methodik für die Erziehung von Kindern und Schülern gedacht, sie lässt sich jedoch teilweise auch auf Erwachsene in Krisensituationen anwenden. Der Kernsatz des Konzepts beinhaltet die Hilfe zur Selbsthilfe. „*Hilf mir, es selbst zu tun.*“ (Auerbach, 2005 S.14)“ Ziel ist es, eine möglichst große Selbstständigkeit und daraus resultierend Selbstbewusstsein und Selbstverantwortlichkeit zu erlangen“ (Auerbach, 2005, S.18)“ Dies sind Ziele, die auch von den Angehörigen selbst angestrebt werden. Entscheidend hierfür ist dass das „BeGreifen“, also das ein Verständnis durch das eigene Anfassen erreicht wird. Handeln durch Beobachtung und Nachahmung führt über alle Sinne zur Eigenständigkeit.

6.2. Die vier Grundideen der Maria Montessori

Das Wecken der Aufmerksamkeit, die Isolierung des Gegenstandes und die Paarung sind drei Grundideen des Montessori-Konzeptes. Ein weiteres Hauptanliegen der Montessori-Pädagogik ist das Verhindern von Fehlern. Diese vier Grundideen wurden von mir aus dem Gesamtkonzept ausgewählt, und von ihrer eigentlichen Anwendung auf die Anleitung von Erwachsenen übertragen. Dabei ergab sich als wichtiger Aspekt ,dass die Handlungen nicht von Pflegekräfte sondern von den Angehörigen selbst ausgeführt werden. Damit das Prinzip des „BeGreifens“ (Auerbach, NandaLala, 2005 S.10.) und die von den Angehörigen angestrebten Ziele erreicht werden.

6.2.1. Wecken der Aufmerksamkeit

Um bei den Beteiligten Aufmerksamkeit zu wecken, ist Interesse für den Gegenstand eine wesentliche Voraussetzung. Aufmerksamkeit kann durch Eigenschaften wie Ästhetik, Farbe, Glanz, Harmonie, Form und Reize geweckt werden. Diese Aufmerksamkeit sollte während dem Prozess der Anleitung stets gegeben sein. *„Wie jeder aus eigener Erfahrung weiß, wird nur ein kleiner Teil dessen, was jeweils wahrnehmbar ist, auch tatsächlich wahrgenommen, und wiederum nur ein kleiner Teil des Wahrgenommenen wird erinnert.“* (Singer, 2002, S.168)

6.2.2. Die Isolierung des Gegenstandes

Eigenschaften können Farbe, Größe, Anzahl der Gegenstände oder auch Abstufungen sein.“ Unter den vielen Eigenschaften des Gegenstandes ist eine einzige zu isolieren.“(Oswald & Schulz Benesch,1969 S. 115) In einer Notfallsituation fragen sich Angehörige oft, ob sie die richtige Medikamentenwahl getroffen haben. Dies übt unnötigen Stress auf sie aus. Um diesen zusätzlichen Stress zu umgehen, ist eine Isolierung des Gegenstandes in der Notfallbox sinnvoll. Diese Isolierung bezieht sich in diesem Fall auf die Merkmale Anzahl und Farbe. Dadurch wird in einer solchen Situation vor allem Klarheit geschaffen. Die Wahl der Medikation für die Notfallbox wird individuell gestaltet. Beispielsweise trennt man aus einer Packung mit fünf Ampullen Morphin eine Ampulle ab. Diese Aufgabe wird dem Angehörigen vom Pfleger übertragen und er legt die Ampulle auf einen leeren Tisch. Damit wird der Fokus auf diese eine Ampulle gelegt. Nur so ist das Gehirn in der Lage, die volle Aufmerksamkeit auf diese zu richten. Eine eindeutige Zuweisung wird durch eine farbliche Markierung erreicht. Die Farbe wird durch die Pflegekraft festgelegt und muss einheitlich sein. Sinne, in diesem Fall der Sehsinn, sind die Erforscher der Umgebung und helfen beim Verständnis der eindeutigen Zuordnung. Eine Ampulle Morphin wird mit der Signalfarbe „rot“ gekennzeichnet. Dies kann durch Verwendung von farbigem Papier geschehen. Das Gehirn stellt eine Verbindung zwischen der Farbe und der Anzahl her und in der Notfallsituation wird damit Klarheit erreicht.

6.2.3. Funktion der „Paarung“

Unter dem Begriff „Paarung“ versteht Maria Montessori Gleichheiten oder eine einheitliche Verwendung von Eigenschaften wie Form, Farbe und Symbol. *„Beim Heraussuchen der Paare in einer ungeordneten Menge wird das Vermögen geschult, systemisch vor zu gehen.“* (Auerbach, 2005, S.48) Im Fall des Morphins weist die Farbe „rot“ auf das Symptom Schmerz hin. Auch im Notfallplan wird deshalb alles was mit diesem Symptom zusammenhängt, „rot“ markiert. Die Paarung schafft Übersicht und ein Ordnungsprinzip, wodurch die nötige Kompetenz des Angehörigen erreicht wird.



6.2.4. Verhindern von Fehlern bzw. dem falschen Gebrauch

Bei der Anleitung eines Notfallplanes ist das Ziel, die Sicherheit in einer Notfallsituation zu haben, zu wissen, welches das richtige Medikament ist. Nur durch das selbstständige Handeln und „BeGreifen“ werden Fehler oder der falsche Gebrauch von Medikamenten vermieden.

7. Die Einführung in den Notfallplan bzw. die Notfallbox

Um die Handlungsfähigkeit der Angehörigen zu fördern, müssen sie den Sinn eines Notfallplanes, beziehungsweise die zu erwartenden Notfälle kennen. Aus diesem Grund ist es elementar, die aus der Erkrankung zu erwartenden Notfälle bereits im Voraus im Plan zu besprechen.

Der erste Schritt ist die Vermittlung der allgemeinen Informationen zum Notfallplan. Dann kann ein Termin vereinbart werden, in dem das eventuelle Vorwissen der Angehörigen geprüft werden kann, da viele bereits Medikamente verabreicht haben. Desweiteren ist zu prüfen, ob die Angehörigen die nötigen manuellen und kognitiven Fähigkeiten für das Handeln besitzen.

Im Notfallplan sind die zu erwartenden Notfälle oder Komplikationen bereits erfasst. Sie müssen mit allen Bezugspersonen des Betroffenen besprochen werden. Dabei muss jedoch beachtet werden, dass dies für viele Angehörige eine hohe psychische Belastung darstellt. Dies erfordert ein hohes Maß an Sensibilität, Empathie sowie Kongruenz seitens der Anleiter. Besonders hier ist Kommunikation der entscheidende Teil der Arbeit. Nach der Pädagogik von Maria Montessori ist es entscheidend, so wenig wie nötig Informationen zu liefern, diese aber so klar und deutlich wie möglich darzustellen. Selbstverständlich gelten nach wie vor die Grundbedingungen eines guten Gesprächs, also Empathie, Wertschätzung des Angehörigen und die Authentizität des Gesprochenen.

Nach der erfolgreichen Einführung des Notfallplans kann nun die Anleitung in einer Mikroschulung beginnen. In dieser werden die Grundkompetenzen vermittelt. Dazu zählt die Kenntnis des Medikaments und dessen Wirkung. Auch über Applikationsstellen und Spritztechnik wird aufgeklärt. Hygienemaßnahmen wie das Aufziehen von Injektionslösungen werden in der Praxis gezeigt. Auch auf grundlegende Vorgehensweisen wie das Beschriften von Ampullen muss genau eingegangen werden. Es müssen alle Aspekte des Notfallplans in der Mikroschulung besprochen werden.

7.1. Das Beschriften der Ampullen

Zuerst wird eine Ampulle des Notfallmedikaments isoliert. Es muss sichergestellt werden, dass die Aufmerksamkeit des Angehörigen gegeben ist. Dazu ist es hilfreich, wenn der Arbeitsplatz leer ist und nichts vom Vorgang ablenkt. Sind alle Vorbereitungen getroffen, wird zunächst ein Zettel in der Größe einer Ampulle zurechtgeschnitten und anschließend beschriftet. Die Beschriftung erfolgt mit dem Symptom, wie Schmerzen, Atemnot oder Blutungen. Eine farbliche Markierung wird von der Pflegekraft festgelegt und vom Angehörigen durchgeführt. Die Beschriftung der Ampullen wird von den Angehörigen unter Anleitung selbst ausgeführt. Somit kommt das Prinzip des „BeGreifens“ zum Tragen. Bei dem Beschriften soll so wenig wie nötig gesprochen werden, jedoch so klar wie möglich. Jede Ampulle wird einzeln beschriftet und es ist auch darauf zu achten, dass immer nur eine Ampulle auf dem Tisch liegt, damit diese fokussiert wird. Während dieses Prozesses geschieht bereits viel Trauerarbeit, da Wörter wie „Blut“ bereits Emotionen bei den Angehörigen auslösen können und sie sich des Kommenden bewusst werden. Oft sprechen Angehörige das Wort Atemnot zum ersten Mal aus. Hier ist Raum, um über solche Ängste zu sprechen. Die Erfahrung zeigt, dass während der Beschriftung viel Aufarbeitung geschieht, Notfälle benannt und beweint werden.

7.2. Beispiel einer Farbübersicht der Ampullen

Symptom	Medikament	Farbzuweisung
Schmerzen	z.B. Morphin	rot
Atemnot	z.B. Morphin	blau
Blut	z.B. Midazolam	orange
Übelkeit	z.B. Paspertin	grün
Angst	z.B. Tavor	blau

8. Der Notfallplan

Nach der erfolgreichen Beschriftung folgt die Ausarbeitung des Notfallplans selbst. Der Notfallplan kann neben den üblichen persönlichen Daten auch eine persönliche Patientenverfügung enthalten. Selbstverständlich wird der Notfallplan für jeden Patienten einzeln und individuell erarbeitet. Es hat sich gezeigt, dass es für die Angehörigen weit weniger irritierend ist, wenn im Notfallplan auch nur die tatsächlich in Frage kommenden Komplikationen festgehalten werden. Um die Selbstständigkeit der Angehörigen zu gewährleisten, wird die farbliche Markierung im Notfallplan von ihnen selbst durchgeführt. Auch der Aufbewahrungsort für den Plan und die Notfallbox wird von den Angehörigen selbstständig ausgewählt.

Beispielsweise wird das Wort „Schmerzen“ im Notfallplan mit der Farbe „rot“ markiert. Auch der Name des Medikaments, in diesem Fall „Morphin“ wird „rot“ gekennzeichnet. Das Prinzip der Paarung ist gewährleistet, wenn auch die Ampulle des Medikaments „Morphin“ in der Notfallbox farblich identisch ist. Somit ist sofort erkennbar, „rot“ gehört zu „rot“. Im akuten Notfall muss nicht lange überlegt werden und die nötige Autonomie ist gegeben.

8.1. Der Inhalt einer Notfallbox

Im Folgenden wird auf den Inhalt einer Notfallbox eingegangen. Dieser ist individuell dem Patienten angepasst. Es ist darauf zu achten, dass jedes Medikament immer beschriftet ist. Die Box muss alle „Werkzeuge“, die für das Verabreichen der Medikamente nötig sind, enthalten. Die Dosis der Medikation ist ausschließlich für den Akutfall gedacht. Sie soll nur so lange ausreichen, bis das Palliativ - Care -Team eintrifft.

8.2. Was bedeutet die Einweisung in den Notfallplan / die Notfallbox für den Angehörigen

Durch die Anleitung des Notfallplan werden Angehörige in den Pflegeprozess integriert. Dadurch behalten sie ihre Autonomie. Durch das Einbeziehen in den Pflegeprozess/ Sterbeprozess werden pflegende Angehörige von einer passiven Haltung in eine handelnde bzw. eine aktive Haltung versetzt. Angehörige wollen etwas tun. Angehörige erfahren Vertrauen vom Team, dass sie eine eventuelle Notfallsituation bis zu Eintreffen des Teams bewältigen können.

Das bedeutet diese aktiven Angehörigen haben ein höheres **Selbstwertgefühl**, durch die Anerkennung ihrer Leistung und ein höheres **Sicherheitsgefühl**, da sie eine Anleitung bzw. eine Einweisung in den Notfallplan erhalten haben.

Pflegende Angehörige fühlen sich vertraut mit der Notfallmedikation. Sie können den Notfallplan umsetzen. Durch diese Interaktion nehmen pflegende Angehörige am Lebensende ihrer Lieben teil. Das bedeutet auch, dass der Umgang mit eventuell zu erwartenden Notfällen offener, schneller und ehrlicher besprochen wird.

Überforderungen werden somit vermieden .Das Wissen um die Notfallbox soll eine Entlastung bewirken.

Das Wichtigste ist die Reduzierung des Gefühls der Hilflosigkeit und der Ohnmacht der Angehörigen. Ein **passiver unsicherer Angehöriger** wird zu einem **aktiven sicheren Angehörigen**.

9. Methodisches Vorgehen

Meine methodische Vorgehensweise war, mich mittels einer Literaturanalyse an das gewählte Thema anzunähern, damit ich die Vielseitigkeit und die Komplexität dieses Projektes erfassen konnte. Neben der Fachliteratur habe ich mich mit einer Montessoripädagogin und-therapeutin in mehreren Trainingseinheiten auseinander gesetzt und darin die Theorie und die Praxis erarbeitet. Sie wurde immer wieder als Ansprechpartnerin zu Hilfe gerufen.

Es wurden mit drei bestehenden SAPV Teams Notfallpläne besprochen.

SAPV Christophorus Hospiz München

SAPV Christophorus Hospizverein Erding

SAPV Palliativ - Care – Team Fürth

Es wurden Gespräche mit dem Palliativ-Care Team geführt, in denen Notfallpläne besprochen und Erfahrungen ausgetauscht wurden.

10. Diskussion / Reflexion

Bei der Implementierung des Notfallplanes / der Notfallbox haben sich während meines Projektes folgende Ergebnisse nach einem halben Jahr der Implementierung einer Notfallbox und eines Notfallplans ergeben.

10.1. Vorteile des Notfallplans / der Notfallbox

Der Notfallplan schafft Übersicht und kann jedem Teammitglied wie ein Leitfaden dienen. Dadurch dass er für jeden ganz persönlich und individuell geschrieben wird, schafft er eine Beziehung zwischen dem Patienten, den Angehörigen und dem Team. Durch diese Beziehung können Ressourcen der Angehörigen erkannt und evtl. in den Mittelpunkt gestellt werden.

Durch das gemeinsame Erarbeiten bzw. Bearbeiten des Notfallplanes / der Notfallbox , gab es oft Raum und Zeit für Tränen. Angehörige beweinten die geschriebenen Schmerzen. Die zu erwartenden Notfälle wurden teilweise erstmalig ausgesprochen.

Angehörige zeigten teilweise große Bereitschaft und Interesse an der Möglichkeit des Gelingens einer Krise mitzuwirken. Dies schaffte Vertrauen zwischen den Angehörigen, dem Team und dem Patienten.

Das Besprechen und Bearbeiten reduziert die Angst vor einer Krise.

Es konnte beobachtet werden, dass Angehörige durch das Wissen um die Möglichkeit, handeln zu können gelassener wurden.

Durch das Galli - Kommunikationskonzept konnten schneller Unsicherheiten beim Anleiten der Angehörigen wahrgenommen werden. Meine eigene Wahrnehmung wurde bei der Gesprächsführung sensibilisiert. In Notfällen konnten die Angehörigen bis zum Eintreffen eines Teammitgliedes handeln.

Sobald die Notfallbox zu Einsatz kam, war die Antwort der Angehörigen : Ich wusste dann gleich „rot zu rot“. Pflegende Angehörige konnten Symptome und farbliche Medikamente im Notfall gut in Zusammenhang bringen. Diese Angehörigen waren richtig stolz auf sich selbst, diese Krise gemeistert zu haben.

10.2. Nachteile des Notfallplans / der Notfallbox

Ich musste feststellen, dass die Montessori Pädagogik nicht für jeden geeignet ist. Durch das Beschriften / Markieren der Ampullen fühlten sich einige Angehörige als nicht mündig bzw. hatten das Gefühl, sie hätten nicht die nötige Kompetenz, um in einer Krise die richtige Ampulle verabreichen zu können.

Es hat sich gezeigt dass der Notfallplan/die Box zügig implementiert werden müssen. Da anfangs nicht gleich der Notfallplan erstellt wurde, kam es vor dass Patienten schneller verstarben, bevor der Plan/ die Box erstellt waren. Der Zeitaufwand für das Erstellen eines Notfallplanes / einer Box ist nicht unbeachtlich.

Anfangs habe ich fast alle eventuellen Notfälle einer Palliativsituation im Notfallplan erwähnt. Es hat sich gezeigt, je präziser und individueller der Notfallplan gestaltet ist,

desto weniger Stress entsteht bei den Angehörigen.

Bei der Auseinandersetzung mit meiner Implementierung des Notfallplanes / der Box stellte sich die Frage wie wichtig die Angehörigenschulung für uns als Team eines SAPV wird.

11. Ist die Schulung von Angehörigen wichtig?

Aus Ökonomischen Gründen müssen Angehörige heutzutage zusätzlich immer mehr pflegerische Tätigkeiten übernehmen. Die Voraussetzung um zu Hause versterben zu können sind Angehörige, die bereit sind den schwerstkranken Menschen zu pflegen. Das bedeutet aber auch, dass Angehörige Schulungen erhalten müssen. Ziel dieser Anleitung sollte sein, die Autonomie der Angehörigen zu fördern, um dann diese Fertigkeiten und Fähigkeiten in den Pflegealltag zu integrieren.

(Abt- Zegelin 2003, S. 642) betont : “ *Pflegende stehen im ständigen Kontakt zu den Patienten und den Angehörigen ,und haben somit den engsten Kontakt.*“(pflege Aktuell, 56.Jg03 642) Pflegende sollten es als einen Teil ihrer Aufgabe ansehen Angehörige zu schulen.

Auch ich sehe darin eine sehr wichtige Aufgabe, bzw. als eine Chance der Pflege sich neu zu etablieren. Im SAPV Konzept sind Schulungen der Angehörigen fest verankert.

Friedemann und Köhler weisen darauf hin, dass die Schulung der Angehörigen sich auf die Kosten des Gesundheitswesens positiv auswirken.(vgl. Friedemann & Köhler 2009, S. 20)

12. Macht der Notfallplan Angehörige handlungsfähig?

Diese Frage kann ich ganz deutlich mit „ja“ beantworten. Nicht alle Angehörigen haben selbst eine Medikation verabreicht. Sie haben immer das Team als erstes angerufen und konnten dann Anweisungen bis zum Eintreffen des Teams gut umsetzen.

13. Ist eine Notfallmedikation nicht auch eine Bedarfsmedikation?

Diese Frage stellte ich mir immer wieder, denn durch die Abschlussgespräche konnte ich feststellen, dass Angehörige sich mit der Begrifflichkeit Notfallbox sicher gefühlt haben. „Da gibt es immer noch etwas, was ich im Notfall tun kann“, wurde geäußert. Die Bedarfsmedikation wurde im Medikamentenplan aufgenommen

14. Offene Fragen

Während meiner Projektarbeit sind weitere Fragen aufgetaucht, denen ich gerne in einer weiteren Arbeit nachgehen würde:

- Welche psychischen Auswirkungen hat der Notfallplan auf Angehörige? Wie fühlen sie sich am Anfang der Begleitung und nach Abschluss einer Begleitung?
- Welche Auswirkungen hat der Notfallplan auf unser Gesundheitswesen ?
- Wie viele Krankenhauseinweisungen konnten vermieden werden.?
- Braucht es einen eigenen Notfallplan für Einrichtungen mit Menschen mit einer geistigen Behinderung?

IV. Schluss

Für meine weitere Arbeit beim Aufbau eines SAPV Projekts ist es von ganz elementarer Bedeutung, wie Angehörige geschult sind. Angehörige sind eine Ressource sowohl für den Patienten wie für das Team. In diesem Zusammenhang sehe ich eine Chance, die bisher bevorzugte Betonung der Überlastung der Angehörigen abzulösen zugunsten des Aspektes der Zufriedenheit. Ich hatte die Möglichkeit und die Freiheit den Notfallplan/ die Box zu implementieren und zu gestalten, dafür bin ich dankbar. Während dieser Facharbeit ist mir die Wichtigkeit der Angehörigenschulung noch bewusster geworden, und ich sehe jetzt klarer welchen Stellenwert sie in Zukunft einnehmen kann.

Literaturverzeichnis

- 1) Maria-Luisa Friedemann Christa Köhlen: Familie-und umwelbezogene Pflege ,Verlag Hans Huber, 2009, 3 Auflage
- 2) Wolfgang George ,Ute George :Angehörigenintegration in der Pflege. Ernst
- 3) Reinhardt,GmbH & Co Kg ,Verlag München 2003
- 4) Johann-Christoph Student,Annedore Napiwotzky:Palliative Care,Verlag,Thieme, 2007,
- 5) Sigrid Daneke, Achtung Angehörige, Verlag Schlütersche, 2010,
- 6) Fritz Riemann, Grundformen der Angst, Verlag reinhardt ,2003
- 7) Stein. Husebo, Eberhard. Klaschik, Palliativmedizin, Verlag Springer, 2009
- 8) Johannes Galli, Körpersprache und Kommunikation, Verlag galli , 2008
- 9) Esther Mataolycz Kommunikation in der Pflege, Verlag Springer 2009,
- 10) Dagmar Auerbach, Montessori-Förderung spürbar gut, Verlag, NandaLala 2005
- 11) Wolfgang Singer ,Der Beobachter im Gehirn, Verlag Suhrkamp,2002
- 12) Paul Oswald-Günter Schulz-Benesch, Montessori, Die Entdeckung des Kindes, Verlag, Herder,1969,

Zitate

- 1) Friedemann ,Köhlen , Huber 2009, 3 Auflage, S.18.
- 2) Friedemann, Köhlen , Huber 2009, 3 Auflage ,S 46
- 3) Friedemann, Köhlen , Huber 2009, 3 Auflage ,S34
- 4) George –George, München 2003,S.16
- 5) Daneke,schlütersche,2010,S.70
- 6) Student –Napiwotzky,Thieme ,2007, S. 207
- 7) Riemann, reinhardt 2003, 36 Auflage S. 1 Zeile 1-2
- 8) Riemann, reinhardt 2003, 36 Auflage S. 1 Zeile 11-13
- 9) Friedemann ,Köhlen , Huber 2009, 3 Auflage S.34
- 10) Husebo, Klaschik, Springer 2009,5 Auflage S. 52
- 11) Galli ,galli, 2008,5 Auflage, S. 5
- 12) Galli, galli 2008,5,Auflage ,Buchumschlag
- 13) Galli,galli 2008,5 Auflage, S.49,
- 14) Galli,galli 2008,5 Auflage, S57
- 14) Matolycz, Springer,2009,S.44,
- 15) Galli,galli 2008,5 Auflage,S.61
- 16) Auerbach,NandaLa,2005,S.14
- 17) Auerbach,NandaLa,2005,S.18
- 18) Auerbach,NandaLa,2005,S.10
- 19) Singer,Suhrkamp,2002,S.168
- 20) Oswald-Schulz,Benesch,Herder 1969,S.115
- 21) Auerbach,NandaLa,2005,S.48
- 22) Friedemann,Köhlen,Huber 2009,S.20

Krisenplan/ Notfallplan

Patientenwunsch / Angehörige

Es ist mein ausdrücklicher Wunsch, wenn es sich um Symptome der ALS handelt, eine Krankenhauseinweisung zu vermeiden. Ich bin über den weiteren Verlauf meiner Erkrankung aufgeklärt und möchte grundsätzlich keine lebensverlängernden Maßnahmen. Das bedeutet, ich wünsche mir im Notfall eine palliative Betreuung und Behandlung. Ich möchte nach Möglichkeit zu Hause bleiben und dort auch versterben, solange wie es die Situation und die Familie zulässt (Psychisch wie physisch). Auch wenn ich nicht mehr sprechen kann, möchte ich dass meine Wünsche beachtet werden. Ziel dieser erweiterten Verfügung ist es, meinen Wunsch zu respektieren und eine unnötige Krankenhauseinweisung zu vermeiden.

Meine Wünsche sind:

Ich lehne intensivmedizinische und operative Eingriffe jeglicher Art ab. Das bedeutet ich lehne jede Reanimation ab.

Schluckstörungen:

Ich habe mich gegen eine Magensonde entschieden (Nasale, Peg, Vene, Mund). Eine künstliche Ernährung schließe ich grundsätzlich aus.

Sollte trotz guter Mundpflege ein Durstgefühl auftreten, bitte ich um eine Kochsalzinfusion von 0,5l täglich.

Atembeschwerden:

Sollte die Atemproblematik zunehmen und die Maskenbeatmung nicht mehr ausreichen, lehne ich einen Luftröhrenschnitt zur Langzeitbeatmung ab. (Auch in einer Notfallsituation wünsche ich keine Tracheotomie.)

Zur Linderung der Atemnot, der Verschleimung und der Angst, soll der Notfallplan greifen. Sollte dies zu Hause nicht möglich sein, stimme ich einer Einweisung ins Hospiz bzw. Palliativstation zu.

Lungenentzündung :

Sollte ich eine Aspirationspneumonie entwickeln, lasse ich zwei Antibiotika-behandlungen zu. Eine weitere Behandlung mit Antibiotika soll nur unter palliativmedizinischen Kriterien vorgenommen werden.

Eine Intensivtherapie lehne ich ab.

Sollten Komplikationen auftreten, die in dieser Verfügung nicht bedacht werden konnten, bitte ich vor Einleitung irgendeiner Maßnahme um einer Verständigung und einer Absprache mit meiner Ehefrau.

Vorgehen in Notfällen

Sollte ich mir durch einen Sturz bzw. einen Unfall eine Verletzung oder einen Knochenbruch zuziehen, bitte ich um eine adäquate Behandlung evtl. auch eine Krankenhauseinweisung um die Situation abzuklären. Auch dort gelten meine Wünsche bezüglich meiner Erkrankung von ALS.

Notfallplan / Medikation

Liegt vor Ort : Auch die Medikation ist in der Notfallbox.

Unterschrift der Beteiligten

Kurzinformation Palliativ

Patient	
Geb.Datum	
Adresse	
Telefon	

Port	<input type="checkbox"/>	
Peg	<input type="checkbox"/>	
Blasenkatheter	<input type="checkbox"/>	
Magensonde	<input type="checkbox"/>	
Anus prater	<input type="checkbox"/>	
suprapubische Blasenfistel	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges		

Ansprechpartner		
Betreuung	<input type="checkbox"/>	
Patientenverfügung vorhanden	<input type="checkbox"/>	
Betreuungsvollmacht	<input type="checkbox"/>	

Netzwerk	
Sozialstation	
Hospizdienst:/Helfer	

Palliativfachkraft	
--------------------	--

Grunderkrankung

Notfallplan

Medikamente sind vor Ort 05.0.5.11.

Name		Hausarzt	Dr. Müller
Vorname		Lotse	
Geb.		MVZ	08131 61190
Adresse		Notarzt	
Telefon		Mobil/	

Basismedikation

Medikation

Bedarfs Medikation:

Notfallmedikation

Symptome	Vom Pat. Gewünschte Behandlung	Vom Arzt verordnete Medikamente	Dosierung	Max in 24 Std.

Akute Atemnot / Angst	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
Atemnot / Angst				
Rasselatmung Verschleimung	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
Unruhe /Angst	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
Darmverschluss				
Schmerzen	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
Übelkeit				
Delir/Unruhe/ Angst	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
Epilept. Anfall	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			

Datum:

Unterschrift des Arztes