

Assessment und Screening berufübergreifend in der Palliativmedizin

Wem dienen Assessmentinstrumente?

Warum wird in der Palliativmedizin ein Assessment durchgeführt?

Palliativmedizin...

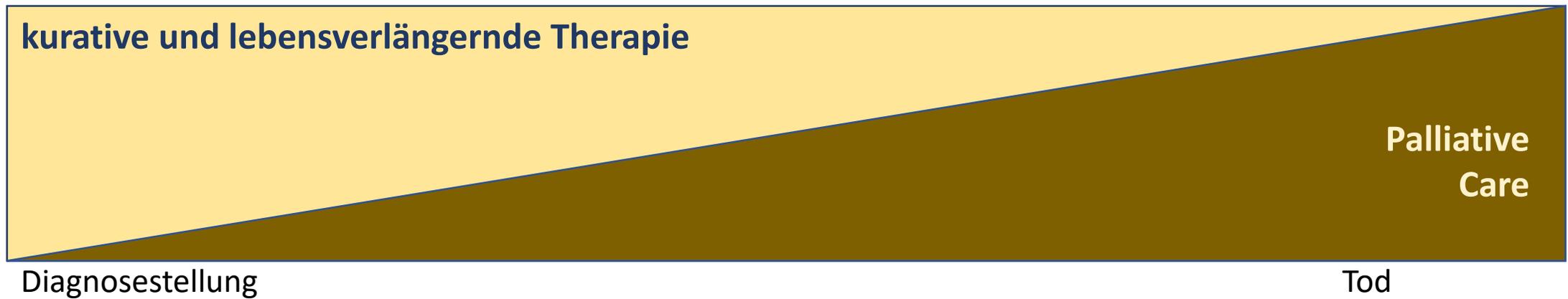
...ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen.

Dies geschieht durch :

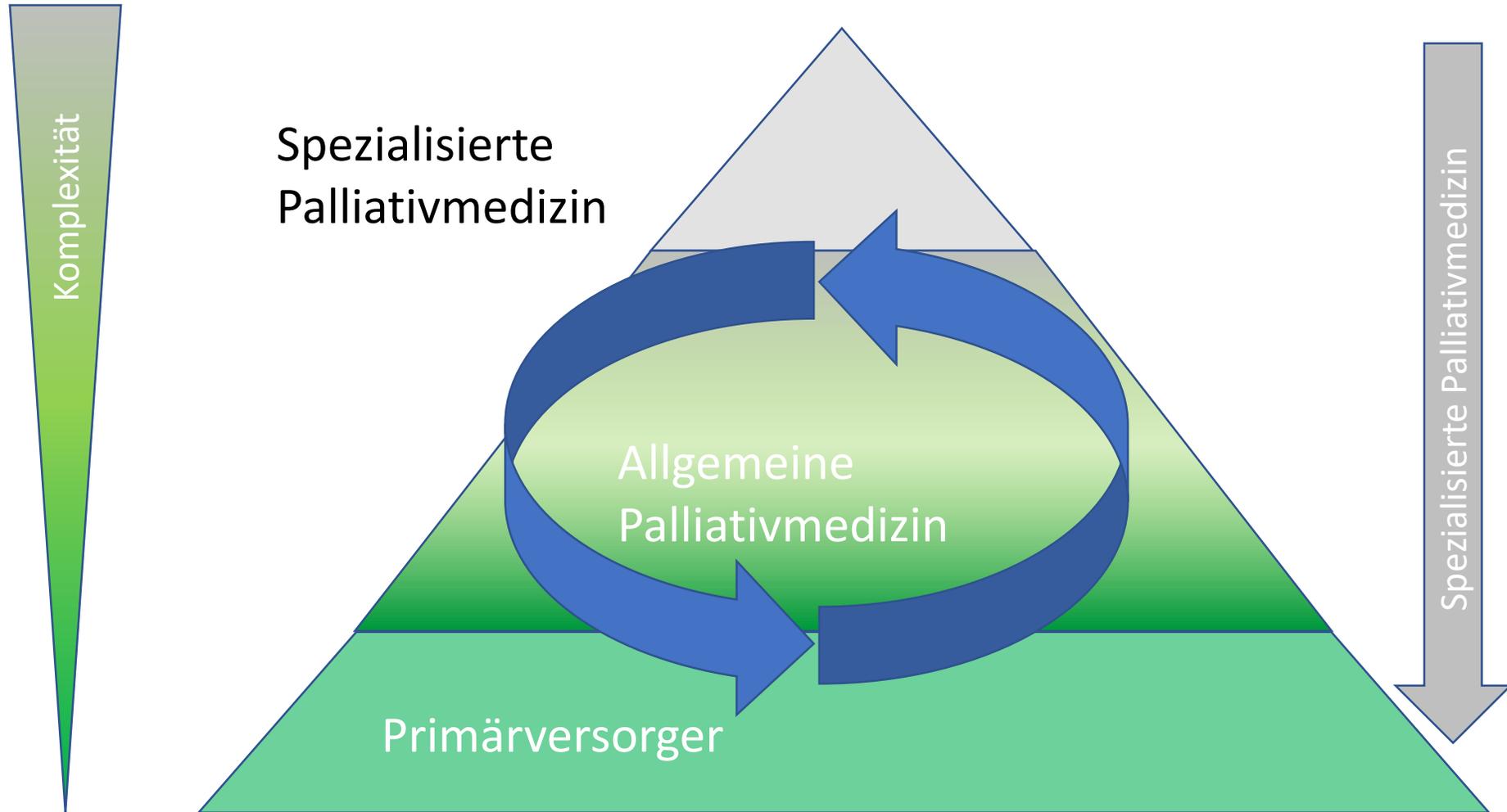
- **Vorbeugen und Lindern von Leiden**
- durch **frühzeitige Erkennung,**
- **sorgfältige Einschätzung** und
- Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.

S3 Leitlinie – Palliativmedizin

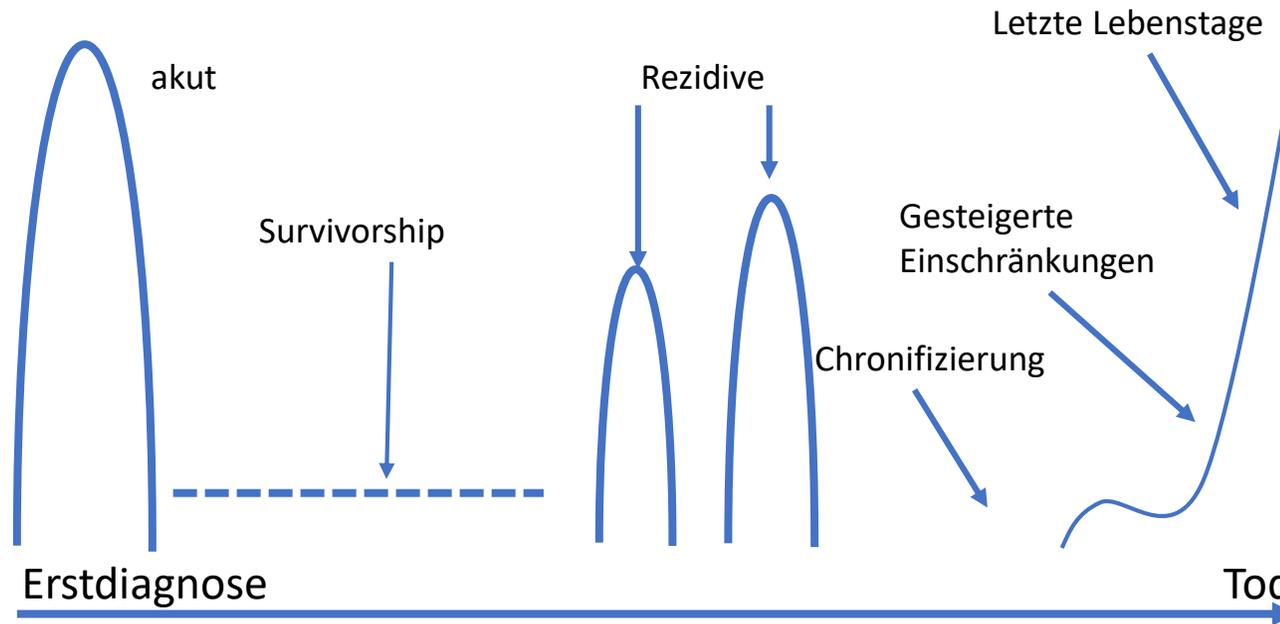
5.5.	Konsensbasierte Empfehlung	
EK	Bei einer nicht-heilbaren Krebserkrankung <i>sollen</i> die physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse sowie die Belastungen und Informationsbedürfnisse der Patienten und Angehörigen wiederholt und bei einer Änderung der klinischen Situation erfasst werden.	
5.6.	Konsensbasierte Empfehlung	
EK	Bei einer nicht-heilbaren Krebserkrankung <i>sollte</i> die Erfassung der Bedürfnisse sowie der Belastungen und der Informationsbedürfnisse der Patienten und Angehörigen mit Hilfe von validierten multidimensionalen Erfassungsinstrumenten erfolgen.	
5.7.	Konsensbasierte Empfehlung	
EK	Bei Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung <i>soll</i> die Komplexität der Situation wiederholt eingeschätzt werden; dies schließt ein: die Patienten- und Angehörigenbedürfnisse, den Funktionsstatus des Patienten und die Krankheitsphase.	
5.8.	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu 2019
Empfehlungsgrad A	Patienten <i>soll</i> nach der Diagnose einer nicht-heilbaren fortgeschrittenen Krebserkrankung ein Bedarfsassessment durch ein SPV-Team angeboten werden.	



Kaasa S et al. Integration of oncology and palliative care: a *Lancet Oncology* Commission. *Lancet Oncol.* 2018 Nov;19(11):e588-e653



Symptomlast im Erkrankungsverlauf

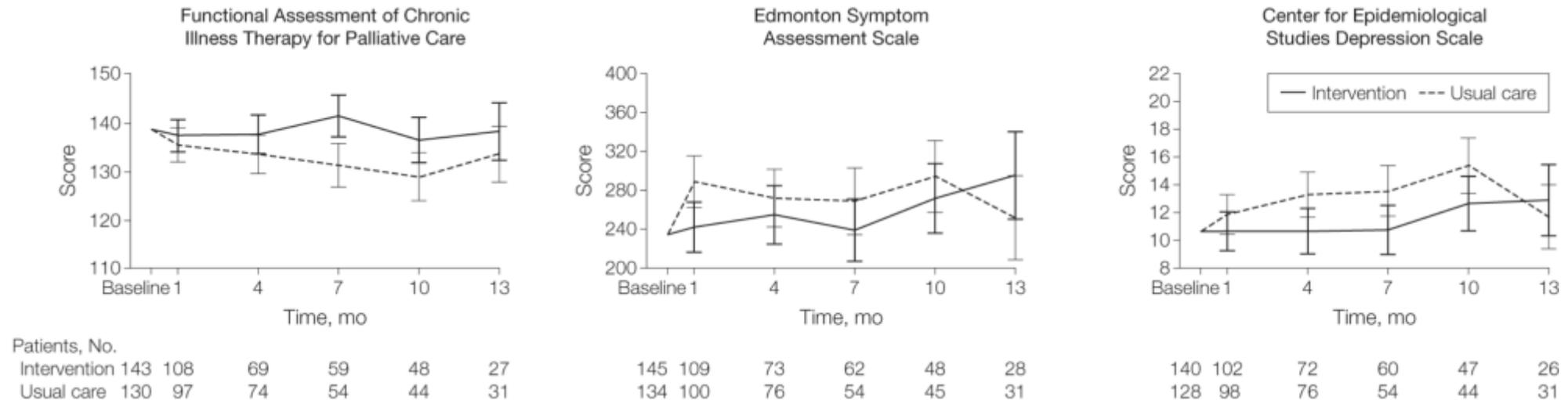


Von Roenn JH, Temel J. The integration of palliative care and oncology: the evidence. *Oncology (Williston Park)* 2011 Nov 30, 25(13): 1258-60, 1262, 1264-5

Project ENABLE

„Educate, Nurture, Advise, Before Life Ends“

- RCT in 322 rural patients with advanced cancer: intervention vs. standard care
- 4 weekly telephone educational sessions + monthly f/u by nurse
- 41% GI, 36% lung, 12% GU, 10% breast



Palliative Care Outreach + standard Oncology Care
Improved quality of life, fewer symptoms, and less depression

Bakitas M et al. Effects of a Palliative Care Intervention on Clinical Outcomes in Patients With Advanced Cancer. JAMA 2009 Aug 19; 302 (7) 741-749

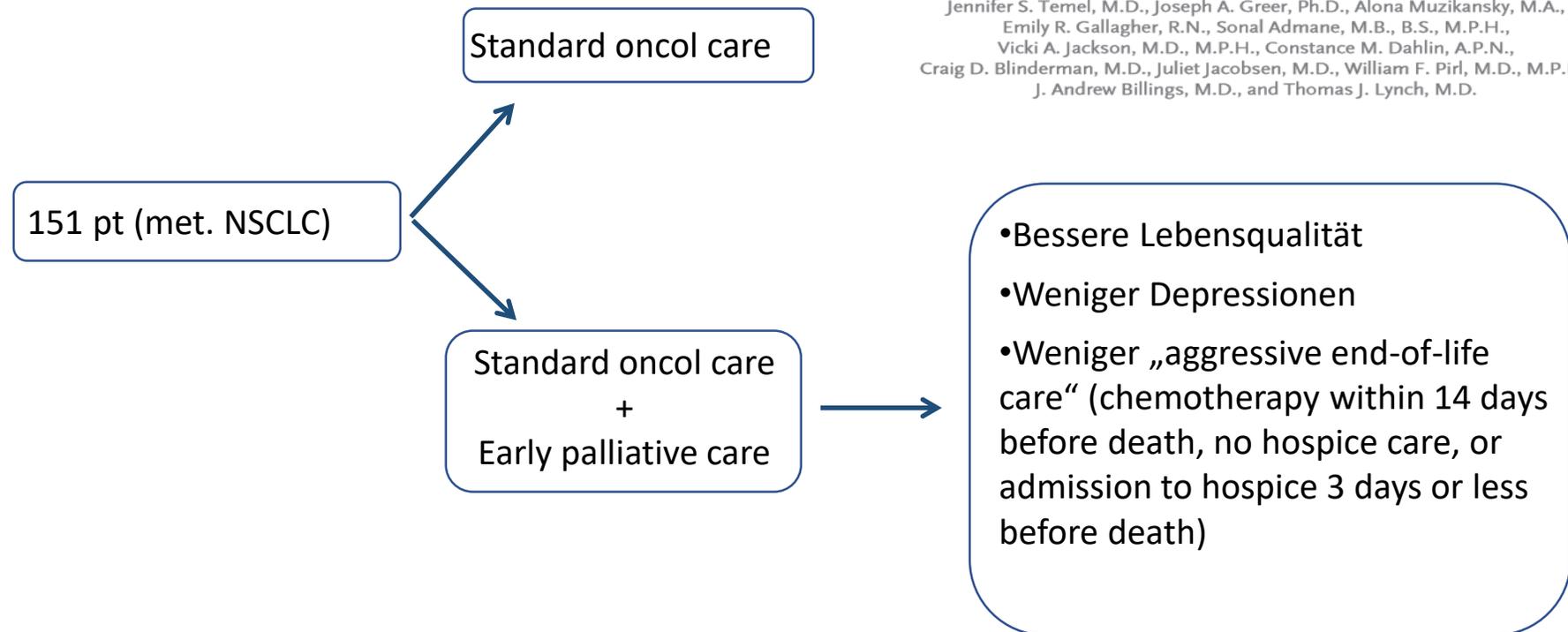
Frühe Integration der Palliativmedizin

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

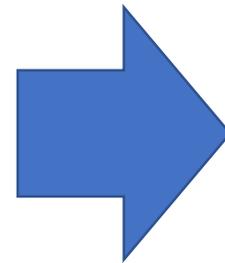
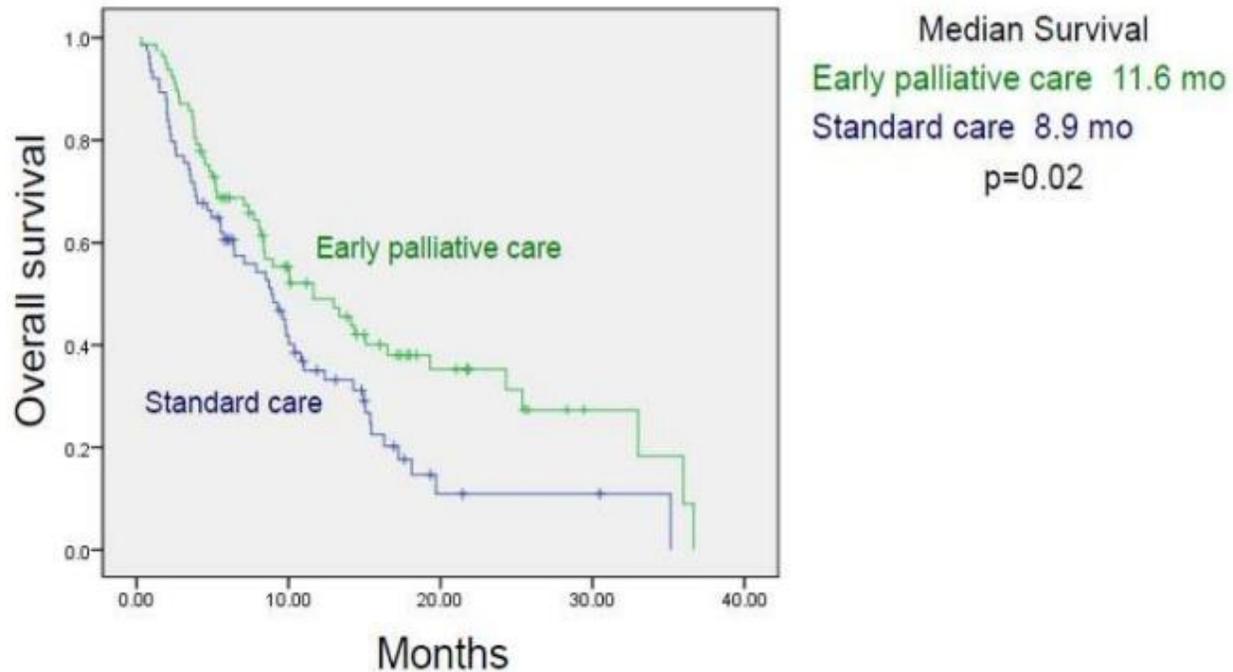
Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer

Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky, M.A., Emily R. Gallagher, R.N., Sonal Admane, M.B., B.S., M.P.H., Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Constance M. Dahlin, A.P.N., Craig D. Blinderman, M.D., Juliet Jacobsen, M.D., William F. Pirl, M.D., M.P.H., J. Andrew Billings, M.D., and Thomas J. Lynch, M.D.



Frühe Integration der Palliativmedizin

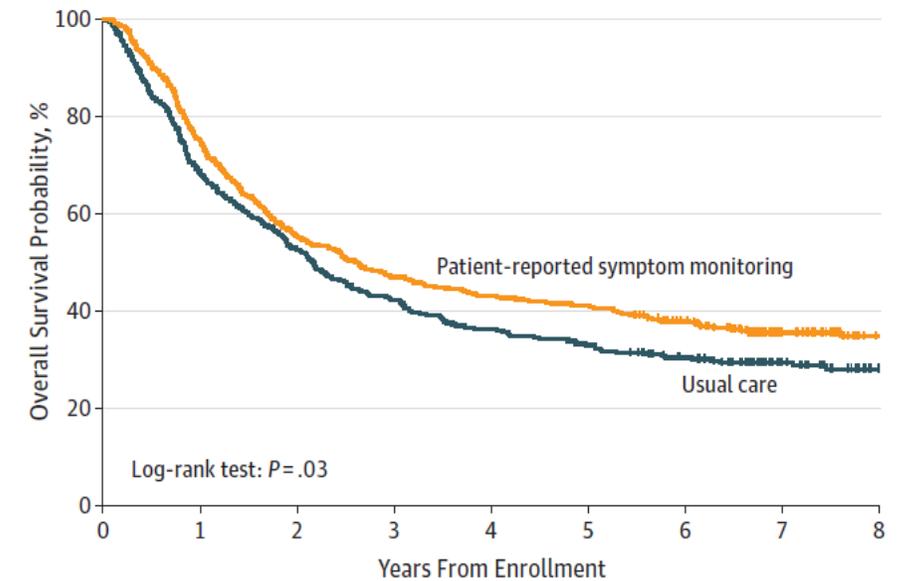
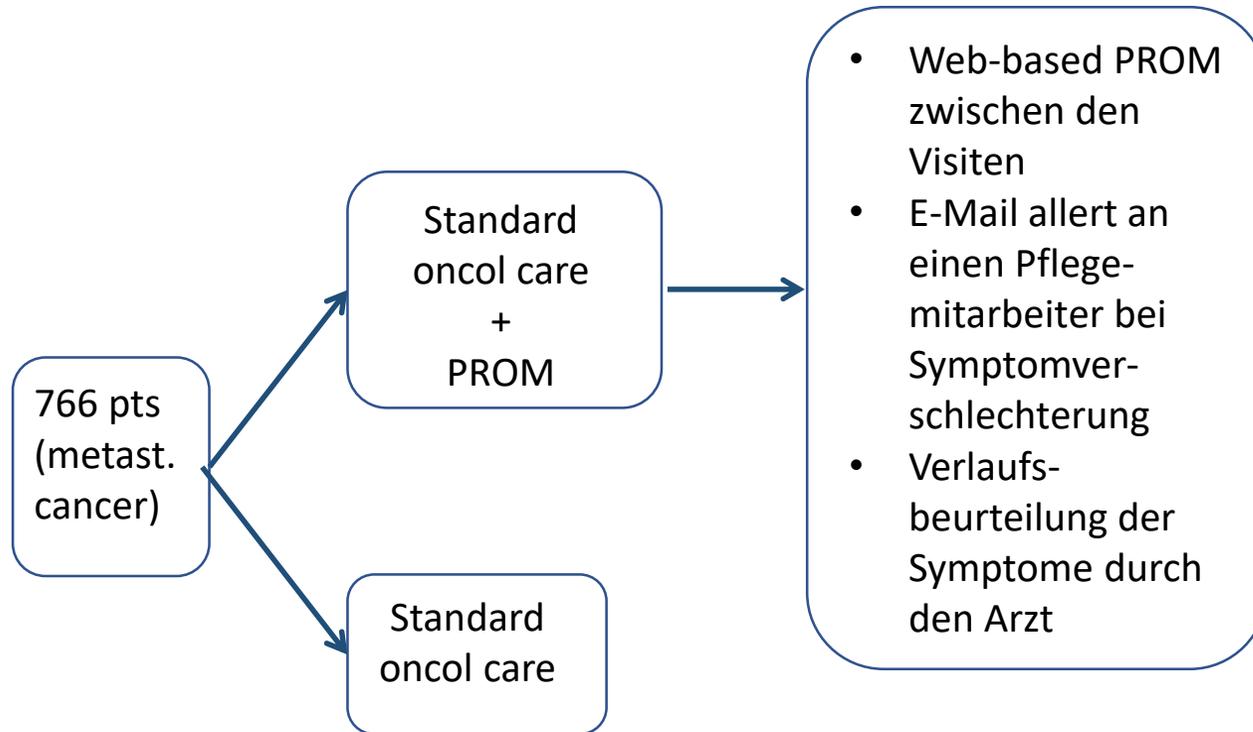
Survival Analysis



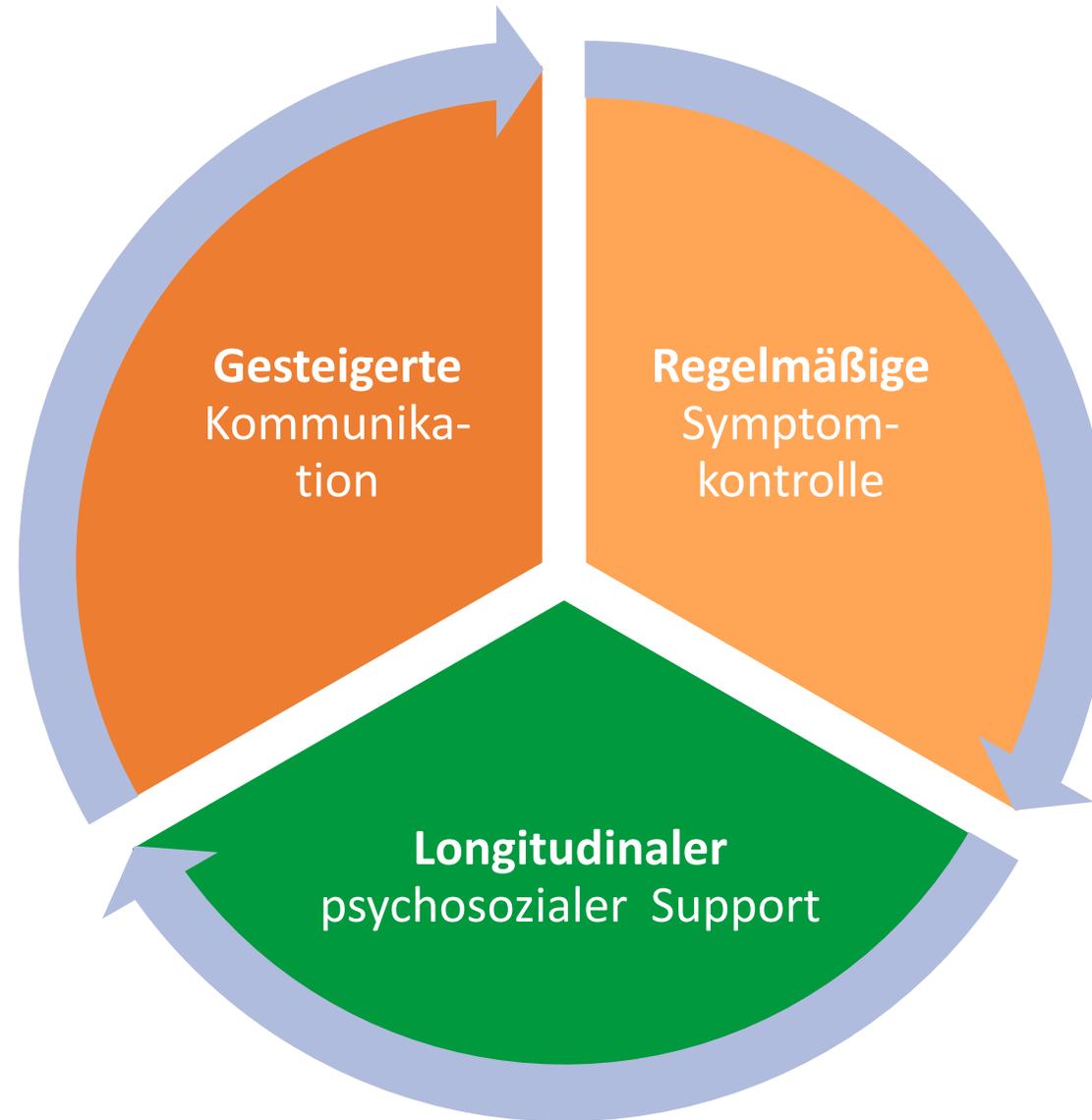
ASCO-Leitlinien 2012

Controlling for age, gender and PS, adjusted HR=0.59 (0.40-0.88), p=0.01

Timely Symptom Management



No. at risk	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Patient-reported symptom monitoring	441	331	244	207	190	181	148	65	33
Usual care	325	223	171	137	118	107	89	50	27

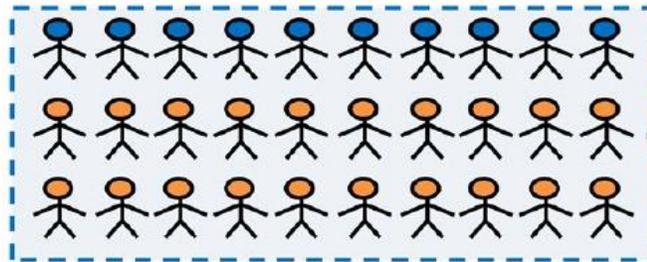


Targeted Palliative Care

Key

-  Patient in severe distress or has unmet supportive care needs
-  Patient needs adequately addressed by oncologist
-  Patient referred to palliative care

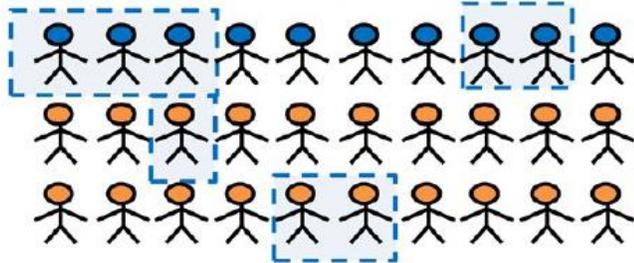
A. Universal referral (clinical trials)



All patients receive early palliative care referral

- Pros**
Improved outcomes for many patients
- Cons**
Overwhelming limited resource
Some patients may not need PC yet

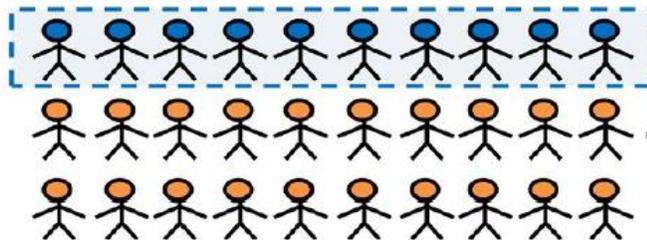
B. Selective referral (current practice)



Variable degree of palliative care referral

- Pros**
Some patients can benefit
- Cons**
Referral often delayed
Inconsistent care
Missed opportunities to improve care

C. Need based referral coupled with systematic screening



Patients with greater needs receive timely palliative care referral

- Pros**
Improved outcomes, likely greater benefit because of enriched population
Appropriate matching of resources to care needs

Welche palliativmedizinischen Assessment-Tools stehen uns zur Verfügung?

IPOS

Symptome:

- Schmerzen
- Atemnot
- Schwäche
- Schläfrigkeit
- Übelkeit
- Erbrechen
- Appetitlosigkeit
- Mukositis
- Verstopfung
- Einschränkung der Mobilität

<p>Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war: Schmerzen</p> <p><input type="checkbox"/> Gar nicht (0)</p> <p><input type="checkbox"/> Ein wenig (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Mäßig (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Stark (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Extrem stark (4)</p> <p><input type="checkbox"/> nicht beurteilbar (z.B. bewusstlos) (nicht beurteilbar)</p>	<p>Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war: Übelkeit (das Gefühl erbrechen zu müssen)</p> <p><input type="checkbox"/> Gar nicht (0)</p> <p><input type="checkbox"/> Ein wenig (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Mäßig (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Stark (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Extrem stark (4)</p> <p><input type="checkbox"/> nicht beurteilbar (z.B. bewusstlos) (nicht beurteilbar)</p>	<p>Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war: Verstopfung</p> <p><input type="checkbox"/> Gar nicht (0)</p> <p><input type="checkbox"/> Ein wenig (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Mäßig (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Stark (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Extrem stark (4)</p> <p><input type="checkbox"/> nicht beurteilbar (z.B. bewusstlos) (nicht beurteilbar)</p>	<p>War der Patient wegen seiner Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?</p> <p><input type="checkbox"/> Gar nicht (0)</p> <p><input type="checkbox"/> Selten (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Manchmal (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Meistens (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Immer (4)</p> <p><input type="checkbox"/> Nicht beurteilbar (z.B. bewusstlos) (Nicht beurteilbar)</p>	<p>Waren die Familie/ Freunde des Patienten selbstenwegen besorgt oder beunruhigt?</p> <p><input type="checkbox"/> Gar nicht (0)</p> <p><input type="checkbox"/> Selten (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Manchmal (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Meistens (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Immer (4)</p> <p><input type="checkbox"/> Nicht beurteilbar (z.B. bewusstlos) (Nicht beurteilbar)</p>	<p>Denken Sie, dass er traurig bedrückt war?</p> <p><input type="checkbox"/> Gar nicht (0)</p> <p><input type="checkbox"/> Selten (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Manchmal (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Meistens (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Immer (4)</p> <p><input type="checkbox"/> Nicht beurteilbar (z.B. bewusstlos) (Nicht beurteilbar)</p>
<p>Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war: Atemnot</p> <p><input type="checkbox"/> Gar nicht (0)</p> <p><input type="checkbox"/> Ein wenig (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Mäßig (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Stark (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Extrem stark (4)</p> <p><input type="checkbox"/> nicht beurteilbar (z.B. bewusstlos) (nicht beurteilbar)</p>	<p>Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war: Erbrechen</p> <p><input type="checkbox"/> Gar nicht (0)</p> <p><input type="checkbox"/> Ein wenig (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Mäßig (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Stark (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Extrem stark (4)</p> <p><input type="checkbox"/> nicht beurteilbar (z.B. bewusstlos) (nicht beurteilbar)</p>	<p>Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war: Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund</p> <p><input type="checkbox"/> Gar nicht (0)</p> <p><input type="checkbox"/> Ein wenig (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Mäßig (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Stark (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Extrem stark (4)</p> <p><input type="checkbox"/> nicht beurteilbar (z.B. bewusstlos) (nicht beurteilbar)</p>	<p>In den letzten 3 Tagen (Teil 2):</p>		
<p>Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war: Schwäche oder fehlende Energie</p> <p><input type="checkbox"/> Gar nicht (0)</p> <p><input type="checkbox"/> Ein wenig (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Mäßig (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Stark (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Extrem stark (4)</p> <p><input type="checkbox"/> nicht beurteilbar (z.B. bewusstlos) (nicht beurteilbar)</p>	<p>Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war: Appetitlosigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Gar nicht (0)</p> <p><input type="checkbox"/> Ein wenig (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Mäßig (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Stark (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Extrem stark (4)</p> <p><input type="checkbox"/> nicht beurteilbar (z.B. bewusstlos) (nicht beurteilbar)</p>	<p>Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war: Eingeschränkte Mobilität</p> <p><input type="checkbox"/> Gar nicht (0)</p> <p><input type="checkbox"/> Ein wenig (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Mäßig (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Stark (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Extrem stark (4)</p> <p><input type="checkbox"/> nicht beurteilbar (z.B. bewusstlos) (nicht beurteilbar)</p>			

Orientierend Lebensqualität:

- Angst
- Unruhe
- Familiäre Belastung
- Informationsbedürfnis

HOPE-MIDOS2

<https://www.dgpalliativmedizin.de/category/3-pba-dokumentationshilfen.html>

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, Sie kennen Ihre Situation selber am Besten. Darum bitten wir Sie, diesen Bogen sorgfältig auszufüllen und die Aussagen so anzukreuzen, wie Sie sie im Augenblick bei sich wahrnehmen.	1. Name 13. Datum
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

M1. Bitte kreuzen Sie an, wie stark heute Ihre Beschwerden sind.

Schmerz	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Schmerzen
Übelkeit	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Übelkeit
Erbrechen	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leichtes	<input type="checkbox"/> mittleres	<input type="checkbox"/> starkes Erbrechen
Luftnot	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Luftnot
Verstopfung	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Verstopfung
Schwäche	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Schwäche
Appetitmangel	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leichter	<input type="checkbox"/> mittlerer	<input type="checkbox"/> starker Appetitmangel
Müdigkeit	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Müdigkeit
Depressivität	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Depressivität
Angst	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Angst
Andere:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke
Andere:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke

M2. Bitte kreuzen Sie an, wie Sie sich heute fühlen.

Befinden	<input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> sehr gut
----------	--	-----------------------------------	---------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

M3. Bemerkungen:

M4. Selbsterfassung nicht möglich wegen:

Sprachproblemen
 Schwäche
 Kognitiven Störungen
 Patient lehnt ab
 keine Zeit

ESAS

SYMPTOMERFASSUNG EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM-ESAS

Datum : _____ Uhrzeit : _____ Name: _____

<input type="checkbox"/> DURCH PATIENT <input type="checkbox"/> DURCH FAMILIE <input type="checkbox"/> DURCH PFLERGEPERSONAL <input type="checkbox"/> DURCH PATIENT MIT PFLERGEPERSONAL	
BITTE MACHEN SIE AUF DER FOLGENDEN LINIE EINEN STRICH (ODER KREUZ) AN DER STELLE, DIE IHR BEFINDEN AM BESTEN WIDERGIBT :	
Ich habe keinen Schmerz _____	Ich habe maximalen Schmerz _____
Ich bin nicht müde _____	Ich bin sehr müde _____
Es ist mir nicht übel _____	Es ist mir sehr übel _____
Meine Stimmung ist sehr gut _____	Ich bin sehr traurig/deprimiert _____
Ich habe keine Angst _____	Ich habe sehr grosse Angst _____
Es ist mir nicht schwindlig _____	Es ist mir sehr schwindlig _____
Ich habe einen sehr guten Appetit _____	Ich habe überhaupt keinen Appetit _____
Ich habe keine Atemnot _____	Ich habe grosse Atemnot _____
Allgemein fühle ich mich sehr wohl _____	Allgemein fühle ich mich sehr unwohl _____
Andere Symptome (Schwitzen, trockener Mund, Schwindle, Schlafstörung, ...)	
_____ _____	

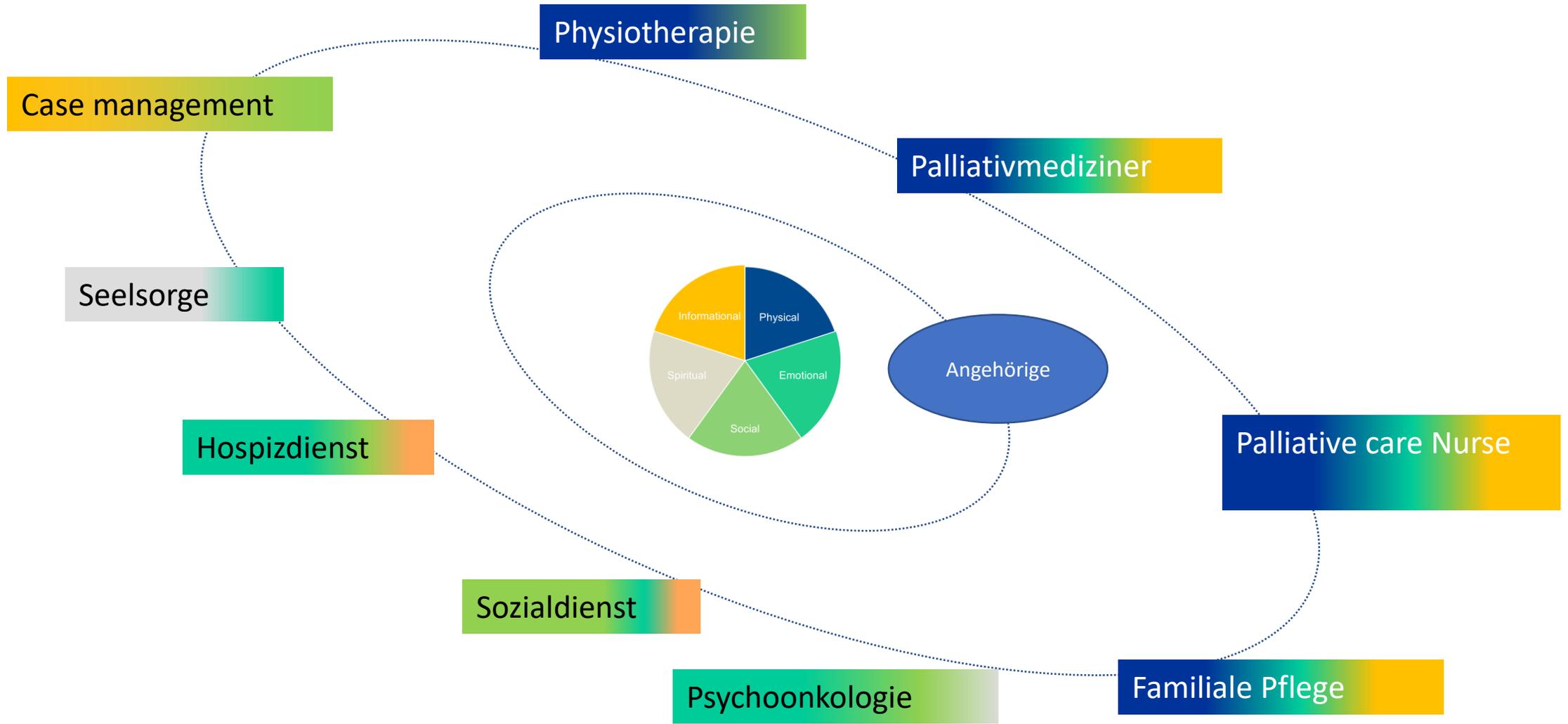
Wie gelingt ein berufsgruppenübergreifendes Assessment?

Team-based Palliative Care



Hui D, Hannon BL, Zimmermann C, Bruera E. Improving patient and caregiver outcomes in oncology: Team-based, timely, and targeted palliative care. *CA Cancer J Clin.* 2018 Sep;68(5):356-376

Team-based Palliative Care



Nach Hui D, Hannon BL, Zimmermann C., Bruera E. Improving patient and caregiver outcomes in oncology: Team-based, timely, and targeted palliative care. CA Cancer J Clin. 2018 Sep;68(5):356-376

Distress Thermometer

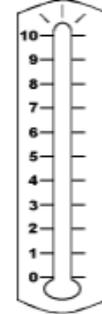
Orientierende Erfassung von:

- Symptomen
- Psychosoziale Belastung
- Emotionale Belastung
- Spirituelle Belastung

Anleitung:

ERSTENS: Bitte kreisen Sie die Zahl ein (0-10), die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben.

Extrem belastet



Gar nicht belastet

ZWEITENS: Bitte geben Sie an, ob Sie in einem der nachfolgenden Bereiche in der letzten Woche einschließlich heute Probleme hatten. Kreuzen Sie für jeden Bereich JA oder NEIN an.

JA	NEIN		JA	NEIN	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Praktische Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Körperliche Probleme
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wohnsituation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schmerzen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Versicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Übelkeit
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Arbeit/Schule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erschöpfung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Beförderung (Transport)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlaf
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kinderbetreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bewegung/Mobilität
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Waschen, Ankleiden
		Familiäre Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Äußeres Erscheinungsbild
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Im Umgang mit dem Partner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Atmung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Im Umgang mit den Kindern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Entzündungen im Mundbereich
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Essen/Ernährung
		Emotionale Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verdauungsstörungen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verstopfung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ängste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Durchfall
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Traurigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Veränderungen beim Wasser lassen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fieber
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nervosität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trockene/juckende Haut
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trockene/verstopfte Nase
		Spirituelle/religiöse Belange	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kribbeln in Händen/Füßen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	In Bezug auf Gott	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Angeschwollen/aufgedunsen fühlen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verlust des Glaubens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sexuelle Probleme

Sonstige Probleme: _____

NCCN 1.2005 Distress Management Guidelines. © National Comprehensive Cancer Network. Alle Rechte vorbehalten. Jede Art der Vervielfältigung der hier dargestellten Empfehlungen und Grafiken bedarf ungeschlichtet des Verwendungszwecks der schriftlichen Genehmigung des NCCN (www.nccn.org).

Deutsche Version: Mehnert, Müller, Lehmann, Koch (2005) Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

PHQ9

9 Fragen zur Depressivität

CAVE:
Angabe einer Suizidalität möglich

Berechneter Skalensummenwert	Schweregrad der Depression
1–4	Minimale depressive Symptomatik
5–9	Milde depressive Symptomatik
10–14	Mittelgradige depressive Symptomatik
15–27	Schwere depressive Symptomatik

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Gesamtwert ____ = Addition ____ + ____ + ____
der Spaltensummen

Wenn eines oder mehrere dieser Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu erledigen, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:

Überhaupt nicht erschwert Etwas erschwert Relativ stark erschwert Sehr stark erschwert

Deutsche Übersetzung des „Patient Health Questionnaire (PHQ-9)“ durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg (Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999) © 2002 Pfizer GmbH

GAD 7

7 Fragen zur Angststörung

Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7)

RR4ABXXPPY

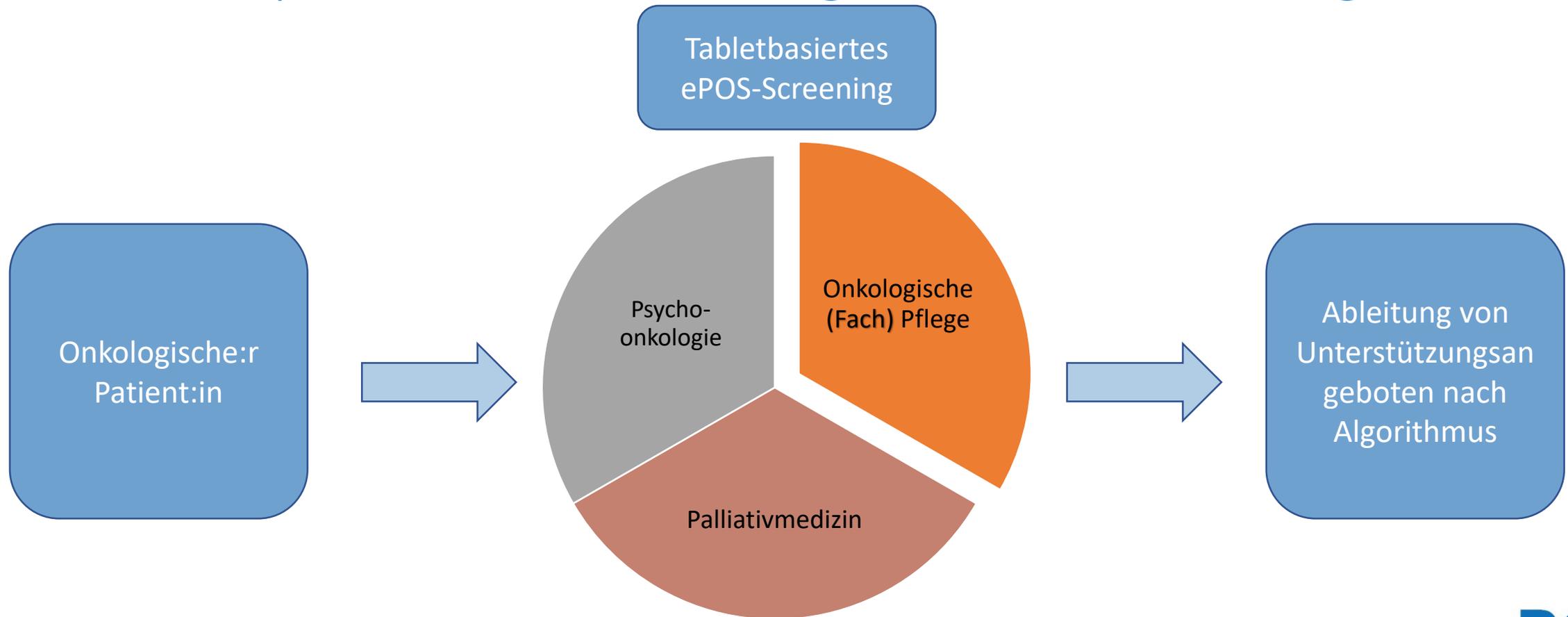
Wie oft hast du dich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch folgende Beschwerden beeinträchtigt gefühlt?	Nie	An manchen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Gefühle der Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unfähigkeit, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten, sich zu entspannen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
So rastlos sein, dass das Stillsitzen schwer fällt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angstgefühle, so als könnte etwas Schreckliches passieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Berechneter
Skalensummenwert

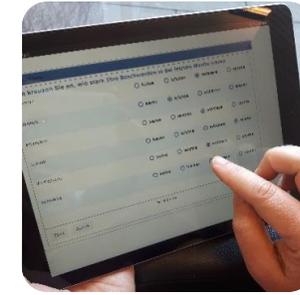
Schweregrad der Angstsymptomatik

- 0–4 Minimale Angst-Symptomatik
- 5–9 geringe Angst-Symptomatik
- 10–14 Mittelgradige Angst-Symptomatik
- 15–21 Schwere Angst-Symptomatik

ePOS: Beispiel eines berufsübergreifenden Screenings



Elektronisches psychoonkologisch-palliativmedizinisches Screening



Was wird gefragt?

- Subjektiver Bedarf für Unterstützung durch die Psychoonkologie, die Palliativmedizin und die onkologische (Fach)Pflegerie
- PHQ-8: Depressive Symptomatik
- GAD-7: Angst
- Distress-Thermometer (allgemeine Belastung)
- MIDOS2: Symptome
- Ergänzende Fragen zu pflegerischen Aspekten

Wann wird gefragt?

Ambulanz



1x/Quartal



Steran
r
Therapiepatient Wiedervorstellung
CTX + P3, SN
Aufnahmedokumente nötig; EPOS Rücklauf Bogen; ← ionsbogen fehlt!; Bi

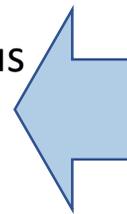
Station

Bei Aufnahme



Versorgungsalgorithmus

Abgeleitet aus
ePOS -
Diagnostik



		Subjektiver Bedarf	
		Nein	Ja
Objektiver Bedarf	Nein	Keine Intervention	Kontaktaufnahme mit Patient:in durch Psychoonkologie Palliativmedizin Onkologische (Fach)Pflege
	Ja	Kontaktaufnahme Behandler:in und/oder Patient:in, Information über den objektiven Bedarf durch Psychoonkologie Palliativmedizin Onkologische (Fach)Pflege	Kontaktaufnahme mit Patient:in durch Psychoonkologie Palliativmedizin Onkologische (Fach)Pflege

möglicher Prozess



Internationaler Consensus

Time-based (verlaufsorientiert)	Innerhalb 3 Monate nach Diagnosestellung einer fortgeschrittenen inkurablen Tumorerkrankung mit einer voraussichtlichen Lebenserwartung von weniger als 1 Jahr
	2. Linie der palliativen systemischen Therapie
Need-based (bedarfsorientiert) 	Schwere Symptome
	Emotionale Belastung
	Suizidalität
	Spirituelle Krise
	Vorausplanung
	Patientenwunsch
	Delirium
Cerebrale oder meningeale Metastasierung	
Spinalkanalkompression	

Hui D, et al. Referral criteria for outpatient specialty palliative cancer care: an international consensus. Lancet Oncol. 2016 Dec;17(12):e552-e559.

Wem dient das Assessmentinstrument?

Wie kann ich helfen?...



Ich brauche Hilfe...

Fiebersenkende Maßnahmen...

Weiterführende Untersuchungen, Antibiose?...



Meine Physiotherapie wäre hier kontraproduktiv...

Wie kann ich helfen?...



HCPPE © 2013 - MIDDS M Glasstoppfen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
 Sie kennen Ihre Situation selber am Besten. Darum
 bitten wir Sie, diesen Bogen sorgfältig auszufüllen
 und die Aussagen so anzukreuzen, wie Sie sie im
 Augenblick bei sich wahrnehmen.

1. Name
 13. Datum

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

M1. Bitte kreuzen Sie an, wie stark heute Ihre Beschwerden sind

Schmerz	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Schmerzen
Übelkeit	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Übelkeit
Erbrechen	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leichtes	<input type="checkbox"/> mittleres	<input type="checkbox"/> starkes Erbrechen
Luftnot	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Luftnot
Verstopfung	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Verstopfung
Schwäche	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Schwäche
Appetitmangel	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leichter	<input type="checkbox"/> mittlerer	<input type="checkbox"/> starker Appetitmangel
Müdigkeit	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Müdigkeit
Depressivität	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Depressivität
Angst	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Angst
Andere:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke
Andere:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke

M2. Bitte kreuzen Sie an, wie Sie sich heute fühlen:

Befinden sehr schlecht schlecht mittel gut sehr gut

M3. Bemerkungen:

M4. Selbstbefassung nicht möglich wegen:

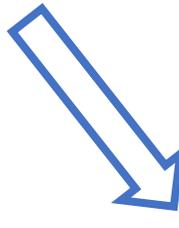
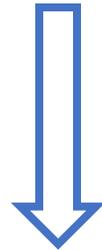
Sprachproblemen Schwäche Kognitiven Störungen Patient lehnt ab keine Zeit



Ich brauche Hilfe...

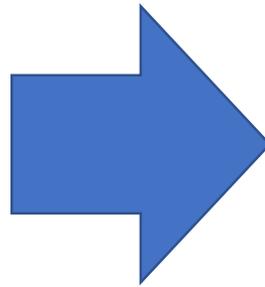
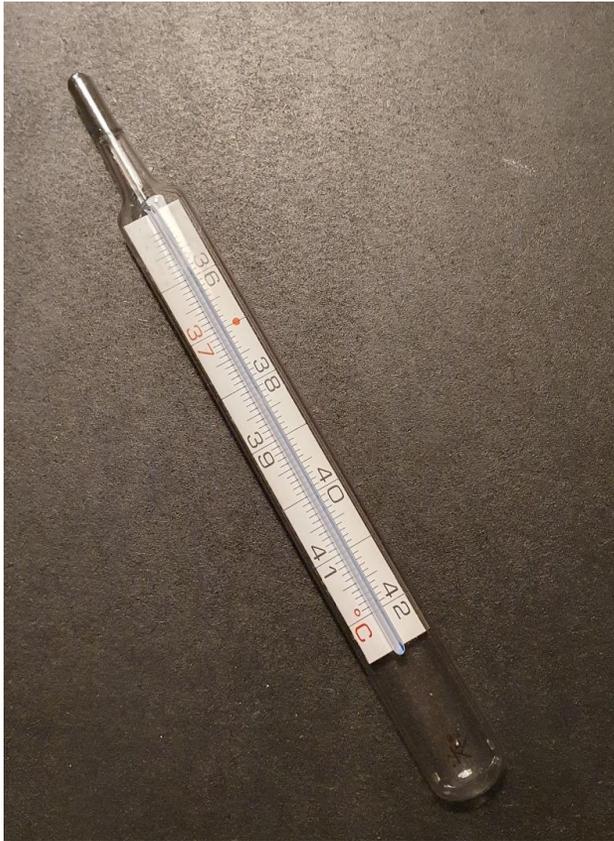
Gegenmaßnahmen ...

Weiterführende Untersuchungen? ...



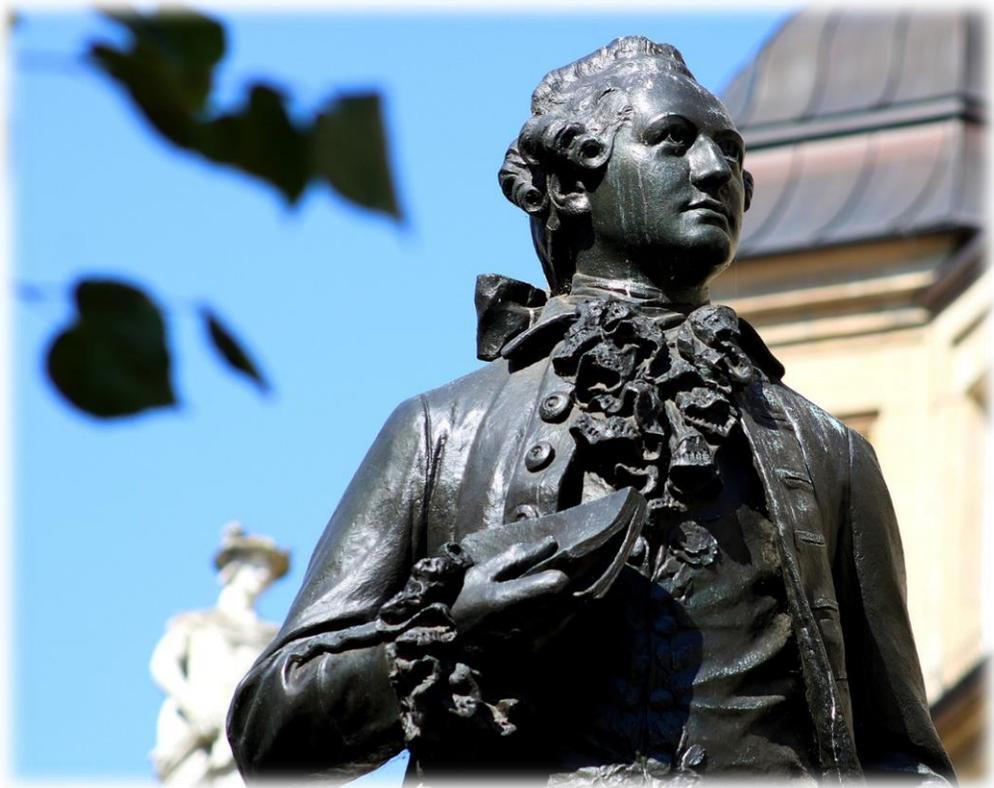
Meine Physiotherapie wäre hier hilfreich...





- Art der Anwendung
- Normwerte
- Möglichkeiten der Gegenmaßnahmen
- Ansprechpartner

...man sieht den Ferrari erst, wenn man ihn kennt!



*„Man erblickt nur, was man schon weiß und versteht.
Oft sieht man lange Jahre nicht, was reifere Kenntniß und Bildung an dem täglich vor uns liegenden Gegenstände erst gewähren läßt.“*

HOPE-Midos
Symptom

GAD7 / PHQ8
Angst / Depression

Befragung – 1x pro Quartal oder bei stationärer Aufnahme

„Besteht die
Indikation einer
Vorstellung?“
-
Stetige Schulung

A
r
z
t

P
f
l
e
g
e

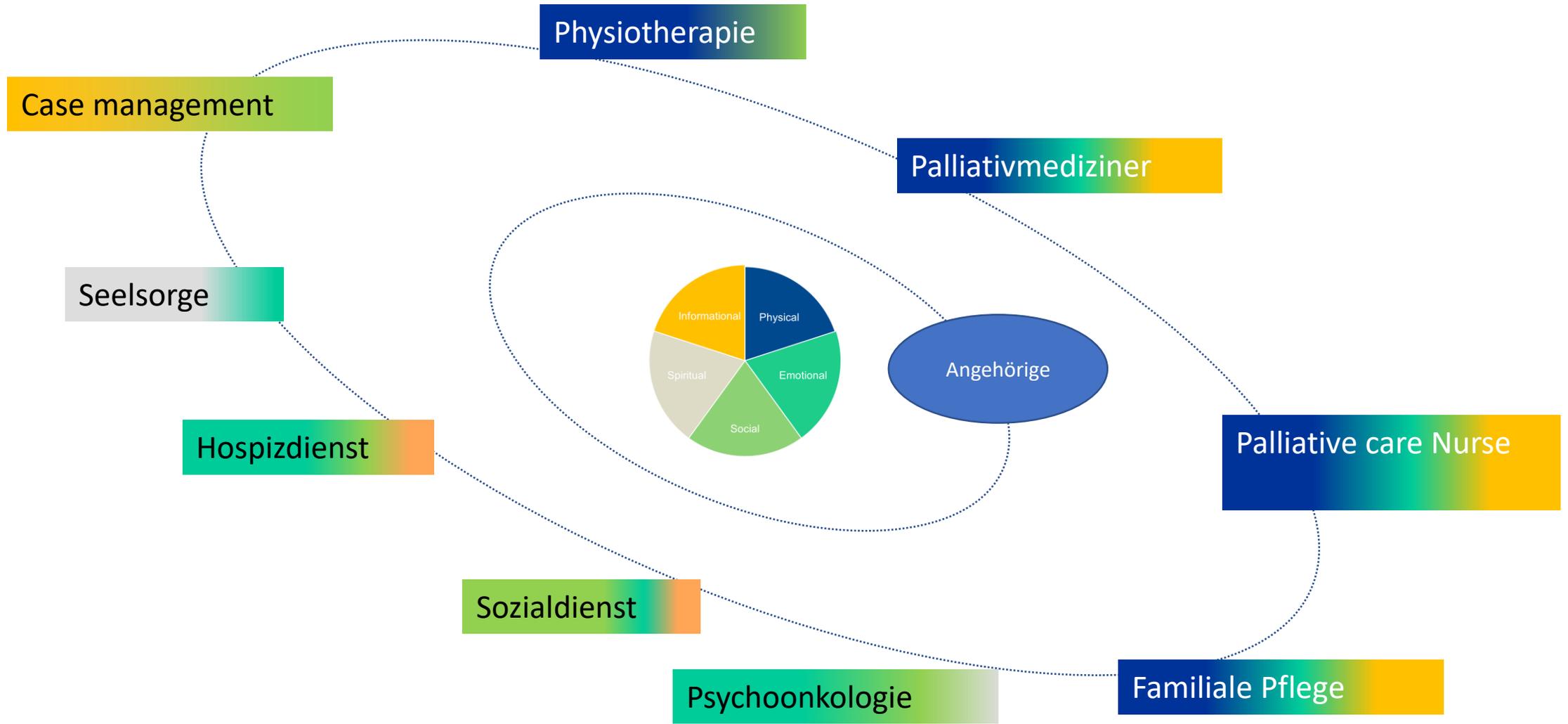
P
a
t
i
e
n
t

„Wünschen Sie
ein Gespräch?“
-
regelmäßige
Abfrage



Vorstellung in der Palliativmedizin der UME

Team-based Palliative Care



Nach Hui D, Hannon BL, Zimmermann C., Bruera E. Improving patient and caregiver outcomes in oncology: Team-based, timely, and targeted palliative care. CA Cancer J Clin. 2018 Sep;68(5):356-376

Ich diskutiere gerne mit Ihnen!



Priv. Doz. Dr. med. Mitra Tewes

Ärztl. Leitung Palliativmedizin der Universitätsmedizin Essen
Universitätsklinik Essen (AöR)
Hufelandstr. 55
45122 Essen

Telefon: 0201 723 85014

Fax: 0201 723 6296

mitra.tewes@uk-essen.de