

palliative.so

gemeinsam kompetent

Teach locally 2022

23. Juni 2022, Zentrum Passwang, Breitenbach

Programm

1. Begrüssung und Vorstellungsrunde
2. Kurze Einführung zur Idee von Teach locally
3. Den Palliative Care Patienten erkennen...
4. Vorstellung und Anwendung von Palliative Care Tools (Assessment, Runder Tisch, Betreuungsplan, Netzwerk) anhand einer Fallvignette
→ interaktive Falldiskussion
5. Ausblick und Verabschiedung
6. Ausklang/Ende/Austausch



palliative.so

gemeinsam kompetent

Vorstellungsrunde



palliative.so

gemeinsam kompetent

Teach locally – Versorgungskette Kanton Solothurn

Die Geschichte beginnt mit...



palliative so gemeinsam + kompetent

mfe Hausärzte Solothurn HASO
médecins de famille et d'enfance



Überall für alle

SPITEX

Kanton
Solothurn

Eine Krankengeschichte beginnt u.a. beim Hausarzt oder zu Hause mit der Spitex...

- Hier finden Gespräche statt über:
 - Krankheit (neue Diagnose, ev. nicht mehr kurativ) und deren Symptome
 - Therapien, Konzepte, Prognosen
 - Sorgen, Hoffnung, Wünsche, Werte
 - Patientenverfügung
 - Versorgung, Netzwerke



palliative.so

gemeinsam kompetent

Wie den Palliative Care-Patienten erkennen?

3 Triggerfragen

- **1. Überraschungsfrage**
„Würde es Sie erstaunen, wenn Ihr Patient in den nächsten 6-12 Monaten verstirbt?“
- **2. Bedürfnisse?**
Patient mit fortgeschrittener Erkrankung entscheidet sich gegen lebensverlängernde Massnahmen, für eine reine Komforttherapie oder hat schon eine palliativmedizinische Behandlung.
Perspektive des Betroffenen berücksichtigen.
- **3. Klinische Indikatoren?**
Spezifische Indikatoren für fortgeschrittene Erkrankung
 - fortschreitender Tumor
 - Organinsuffizienz (z.B. Herz-Kreislauf, COPD, Niere, Motoneuron, Parkinson, MS)
 - Betagte & Demenz



«Wenn wir jemandem helfen wollen, müssen wir zunächst herausfinden, wo er steht. Das ist das Geheimnis der Fürsorge. Wenn wir das nicht tun können, ist es eine Illusion zu denken, wir könnten anderen Menschen helfen. Jemandem zu helfen impliziert, dass wir mehr verstehen als er, aber wir müssen zunächst verstehen, was er versteht.»

Søren Kierkegaard 1951



palliative.so

gemeinsam kompetent

Assessment



palliative.so

gemeinsam kompetent

Bedarf erkennen – SENS

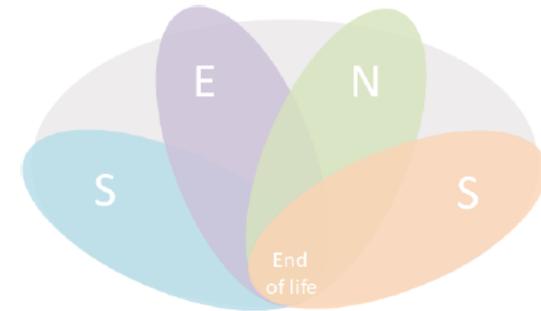
SENS steht für

Symptom Management

Entscheidungsfindung und Erwartungen

Netzwerkorganisation

Support für das Umfeld (persönlich und fachlich)



Anwendungen von SENS in der Praxis

- ✓ Zur Durchführung eines palliativen Assessments zu Beginn oder als Follow-up unter laufender Betreuung
- ✓ Als Instrument zur Vorbereitung von Diskussionen über die Bedürfnisse und Ressourcen von Patienten und Angehörigen in Form des Prompt Sheet
- ✓ Als Tool zur Erstellung eines Betreuungsplanes und Koordination des Betreuungsnetzwerkes (Angehörige wie auch professionelle Betreuer)
- ✓ Als Struktur zur Dokumentation der Betreuung und Verrechnung an Dritte (inklusive Krankenversicherungen)
- ✓ Ein Raster für Fallbesprechungen und Unterricht



SENS[®]: Problemfelder und Ressourcen

Übergreifend erfassen:

Allgemeines Wohlbefinden, aktuelle Problembereiche, Ressourcen und Copingstrategien von Patient*in und Angehörigen



Symptome und Auswirkungen der Erkrankung

Körperliche Symptome	Schmerzen, Nausea, Dyspnoe, Erschöpfung/ Fatigue, Appetit, Verdauung, Pruritus, Ödeme
Psychische Symptome	Verschlechterung der Kognition, Angst Depression, Demoralisation inkl. Todeswunsch, Schlafstörung
Soziale Stressoren	Auswirkungen auf Beziehungen und soziale Aktivitäten, Hobbies, Beruf und Finanzen
Wichtigste persönliche Ressourcen/ Energiequellen	

Entscheidungsfindung und Erwartungen

Persönliche Geschichte und Werte	Bisherige Lebensinhalte (Familie, Beruf), Werte, Lebensqualität
Spirituelle/ kulturelle Bedürfnisse	Zugehörigkeit Glaubens-/spirituelle Gemeinschaft, Umgang mit Sinnfragen
Erwartungen und Patientenziele	Wichtigste Ziele und Wünsche Realistisch? Messgrösse (Funktion)?
Medizinische und pflegerische Entscheide	aktuelle med. Situation/ geplante Therapien, vorbestehende Grundsatzentscheide (CPR, Intub., Notfallplan); aktuelle Urteilsfähigkeit Vertretungsperson für med. Entscheide
Planung Lebensende	"Unfinished business", Testament, Wünsche bzgl. Sterbeort, Rituale, Beerdigung

Netzwerkorganisation

Lebensumstände	Aktuelle Wohnsituation (Treppen etc?), Alternativen, Hilfsmittel, Mitbewohnende, Antrag AUF/IV
Privates Netzwerk	Angehörige, Freunde, Freiwillige etc., Verfügbarkeiten?
Professionelles Netzwerk + Verfügbarkeit	Hausarzt/ärztin (Hausbesuche?), Spitex. mobiler Palliativdienst, Sozialarbeit, psychologische Unterstützung, Seelsorge; Notfallknopf, Rettungskette?

Support für Angehörige / Betreuende

*Wichtig: erfassen Sie, was den/ die Patient*in belastet!*

Belastung und Entlastungsmöglichkeiten von Angehörigen/ Freunden	Vorhanden oder notwendig: <ul style="list-style-type: none"> - Support bei Pflege - Allgemeine Betreuung (z.B. Nachtwache, Haushalt) - Psychologische Unterstützung
Finanzielle Stressoren für Angehörige	Möglichkeiten, von der Arbeit freigestellt zu werden? Finanzielle Engpässe in der Zukunft?

www.sens-plan.com

Universitäres Zentrum für Palliative Care, Inselspital, Universitätsspital Bern, Schweiz
 SENS steht unter folgender Creative Commons Lizenz: CC BY-NC-SA-Lizenz (Namensnennung – Nicht-kommerziell – Weitergabe unter gleichen Bedingungen) 2018 / Version 14.09.2021



palliative.so

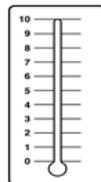
gemeinsam kompetent

Distress-Thermometer nach NCCN soH-adaptierte Version

Liebe Patientin, Lieber Patient

Mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens helfen Sie uns, Ihre momentane Belastungssituation besser zu erfassen und die Behandlung Ihren Bedürfnissen anzupassen.

Datum: _____ Unterschrift: _____



Extrem belastet

Gar nicht belastet

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

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
		Praktische Probleme		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wohnsituation/Haushaltführung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Versicherung/Finanzielle Sorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Arbeit/Schule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Beförderung (Transport)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Betreuung/Pflege Angehöriger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Soziale Probleme		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Im Umgang mit dem Partner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Im Umgang mit den Kindern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Im Umgang mit Freunden/Bekannten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Einsamkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Emotionale Probleme		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ängste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Traurigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depressive Stimmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hoffnungslosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nervosität/innere Unruhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Scham, Selbstunsicherheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schuldgefühle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gereiztheit/Ärger/Wut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verlust des Interesses an alltäglichen Aktivitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Körperliche Probleme		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Übelkeit/Erbrechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erschöpfung/Kraftlosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gedächtnis/Konzentration	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verwirrtheit/Halluzinationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bewegung/Mobilität/Schwindel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Waschen/Ankleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Äusseres Erscheinungsbild	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Atmung/Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Essen/Appetit/Gewicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mund: Entzündungen/Trockenheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Geschmacksveränderungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schluckprobleme/Schluckauf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verdauungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stuhlgang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Veränderungen beim Wasser lösen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fieber/Schwitzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haut: trocken/juckend/offene Stellen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hände/Füsse: Kribbeln/Kälte/Taubheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Angeschwollen/aufgedunsen fühlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Intimität/körperl.Nähe/Sexuelle Probl.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Sonstige Probleme		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Religion/Glaube/Spiritualität		

DRITTENS: Welche der oben angegebenen Probleme tragen am Meisten zu Ihrer Belastung bei?

Edmonton Symptom Erfassungs-System (ESAS)

Datum: _____ Visum: _____

Bitte markieren Sie mit einer Nummer das Ausmass/die Stärke in den letzten 24 Stunden:

Im Moment kein Schmerz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Im Moment stärkste vorstellbare Schmerzen
Stärkster Schmerz in den letzten 24 h	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Geringster Schmerz in den letzten 24 h	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Bestmögliche Aktivität	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Keine Aktivität
Keine Übelkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Stärkste vorstellbare Übelkeit
Nicht bedrückt	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Stärkste vorstellbare Depressivität
Nicht ängstlich	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Stärkste vorstellbare Ängstlichkeit
Nicht schläfrig	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Stärkste vorstellbare Schläfrigkeit
Bestmöglicher Appetit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Kein Appetit
Bestmögliches Wohlbefinden (Wie Sie sich insgesamt fühlen)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Kein Wohlbefinden
Keine Kurzatmigkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Stärkste vorstellbare Kurzatmigkeit
Anderes Problem?:												
Bestmöglicher Zustand	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Schlechtestmöglicher Zustand

- Weitgehend ausgefüllt durch Patient ohne Hilfe
 - Weitgehend ausgefüllt durch Patient mit Hilfe Pflegefachperson / Arzt
 - Weitgehend ausgefüllt durch angehörige Person des Patienten
 - Kann nicht erhoben werden. Begründung: _____
- Falls ausgefüllt durch angehörige Person: Wer?: _____

Fallvignette

- Herr Muster, 53j.



palliative.so

gemeinsam kompetent

Fallvignette

- Herr Muster, 53j.
- Fortgeschrittenes Tumorleiden (Appendix-Ca) mit Peritonealcarcinose
- Sept 2019 Ileus
 - Wundheilungsstörung
 - Erstkontakt Spitex



palliative.so

gemeinsam kompetent

Fallvignette

- Herr Muster, 53j.
- Fortgeschrittenes Tumorleiden (Appendix-Ca) mit Peritonealcarcinose
- Sept 2019 Ileus
 - Wundheilungsstörung
 - Erstkontakt Spitex
- Mai 2020 erneuter Ileus, Bauchrevision, neu Stoma
 - Spitex weiterhin involviert
- Herbst 2020 zunehmende Verschlechterung



palliative.so

gemeinsam kompetent

Distress-Thermometer nach NCCN soH-adaptierte Version

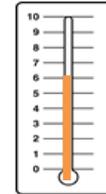


Liebe Patientin, Lieber Patient

Mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens helfen Sie uns, Ihre momentane Belastungssituation besser zu erfassen und die Behandlung Ihren Bedürfnissen anzupassen.

Datum: **Sep 2020** _ Unterschrift: **M.Muster**

ERSTENS: Bitte kreisen Sie am Thermometer rechts 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
Praktische Probleme		Körperliche Probleme	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Wohnsituation/Haushaltführung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Schmerzen
<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Versicherung/Finanzielle Sorgen	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen
<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Arbeit/Schule	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Erschöpfung/Kraftlosigkeit
<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Beförderung (Transport)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Gedächtnis/Konzentration
<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Betreuung/Pflege Angehöriger	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Verwirrtheit/Halluzinationen
Soziale Probleme		<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Schlaf
<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Im Umgang mit dem Partner	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Bewegung/Mobilität/Schwindel
<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Im Umgang mit den Kindern	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Waschen/Ankleiden
<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Im Umgang mit Freunden/Bekannten	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Äusseres Erscheinungsbild
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Einsamkeit	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Atmung/Husten
Emotionale Probleme		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Essen/Appetit/Gewicht
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Sorgen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Mund: Entzündungen/Trockenheit
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Ängste	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Geschmacksveränderungen
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Traurigkeit	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Schluckprobleme/Schluckauf
<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Depressive Stimmung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Verdauungsstörungen
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Hoffnungslosigkeit	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Stuhlgang
<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Nervosität/innere Unruhe	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Veränderungen beim Wasser lösen
<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Scham, Selbstunsicherheit	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Fieber/Schwitzen
<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Schuldgefühle	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Haut: trocken/juckend/offene Stellen
<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Gereiztheit/Ärger/Wut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Hände/Füsse: Kribbeln/Kälte/Taubheit
<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Verlust des Interesses an alltäglichen Aktivitäten	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Angeschwollen/aufgedunsen fühlen
		<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Intimität/körperl. Nähe/Sexuelle Probl.
		Sonstige Probleme	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Religion/Glaube/Spiritualität	
		

DRITTENS: Welche der oben angegebenen Probleme tragen am Meisten zu Ihrer Belastung bei?

Erschöpfung, Kraftlosigkeit, Hoffnungslosigkeit

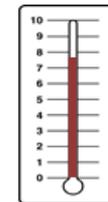
Distress-Thermometer nach NCCN soH-adaptierte Version

Liebe Patientin, Lieber Patient

Mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens helfen Sie uns, Ihre momentane Belastungssituation besser zu erfassen und die Behandlung Ihren Bedürfnissen anzupassen.

Datum: **Okt 2020** Unterschrift: **Herr Muster**

ERSTENS: Bitte kreisen Sie am Thermometer rechts 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 checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Praktische Probleme		Körperliche Probleme	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Wohnsituation/Haushaltführung		Schmerzen	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Versicherung/Finanzielle Sorgen		Übelkeit/Erbrechen	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Arbeit/Schule		Erschöpfung/Kraftlosigkeit	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Beförderung (Transport)		Gedächtnis/Konzentration	
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Betreuung/Pflege Angehöriger		Verwirrtheit/Halluzinationen	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
		Schlaf	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
		Bewegung/Mobilität/Schwindel	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Soziale Probleme		Waschen/Ankleiden	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Im Umgang mit dem Partner		Äusseres Erscheinungsbild	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Im Umgang mit den Kindern		Atmung/Husten	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Im Umgang mit Freunden/Bekannten		Essen/Appetit/Gewicht	
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Einsamkeit		Mund: Entzündungen/Trockenheit	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
		Geschmacksveränderungen	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
		Schluckprobleme/Schluckauf	
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
		Verdauungsstörungen	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
		Stuhlgang	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
		Veränderungen beim Wasser lösen	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
		Fieber/Schwitzen	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
		Haut: trocken/juckend/offene Stellen	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
		Hände/Füsse: Kribbeln/Kälte/Taubheit	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
		Angeschwollen/aufgedunsen fühlen	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
		Intimität/körperl. Nähe/Sexuelle Probl.	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
		Sonstige Probleme	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Sonstige Probleme	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Religion/Glaube/Spiritualität	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	

DRITTENS: Welche der oben angegebenen Probleme tragen am Meisten zu Ihrer Belastung bei?

Hoffnungslosigkeit

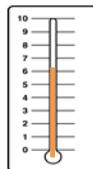
Distress-Thermometer nach NCCN soH-adaptierte Version

Liebe Patientin, Lieber Patient

Mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens helfen Sie uns, Ihre momentane Belastungssituation besser zu erfassen und die Behandlung Ihren Bedürfnissen anzupassen.

Datum: **Sep 2020** Unterschrift: **M. Muster**

ERSTENS: Bitte kreisen Sie am Thermometer rechts 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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Praktische Probleme		Körperliche Probleme	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Wohnsituation/Haushaltführung		Schmerzen	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Versicherung/Finanzielle Sorgen		Übelkeit/Erbrechen	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Arbeit/Schule		Erschöpfung/Kraftlosigkeit	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Beförderung (Transport)		Gedächtnis/Konzentration	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Betreuung/Pflege Angehöriger		Verwirrtheit/Halluzinationen	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
		Schlaf	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
		Bewegung/Mobilität/Schwindel	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Soziale Probleme		Waschen/Ankleiden	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Im Umgang mit dem Partner		Äusseres Erscheinungsbild	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Im Umgang mit den Kindern		Atmung/Husten	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Im Umgang mit Freunden/Bekannten		Essen/Appetit/Gewicht	
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Einsamkeit		Mund: Entzündungen/Trockenheit	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
		Geschmacksveränderungen	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
		Schluckprobleme/Schluckauf	
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
		Verdauungsstörungen	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
		Stuhlgang	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
		Veränderungen beim Wasser lösen	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
		Fieber/Schwitzen	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
		Haut: trocken/juckend/offene Stellen	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
		Hände/Füsse: Kribbeln/Kälte/Taubheit	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
		Angeschwollen/aufgedunsen fühlen	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
		Intimität/körperl. Nähe/Sexuelle Probl.	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
		Sonstige Probleme	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Religion/Glaube/Spiritualität	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	

DRITTENS: Welche der oben angegebenen Probleme tragen am Meisten zu Ihrer Belastung bei?

Erschöpfung, Kraftlosigkeit, Hoffnungslosigkeit

Liebe pflegende Angehörige

Mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens helfen Sie uns, Ihre momentane Belastungssituation und den Bedarf an Unterstützung besser zu erfassen.

Datum: Okt. 2020 Unterschrift: Frau Muster

Erstens: Bitte kreisen Sie am Thermometer rechts die Zahl ein (0-10), die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschliesslich heute gefühlt haben



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

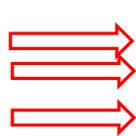
Praktische Probleme

- Wohnsituation/Haushaltführung
- Versicherung/Finanzielle Sorgen
- Arbeit/Schule
- Beförderung (Transport)
- Betreuung/Pflege des Patienten
- Gesamtorganisation

Ja Nein

Emotionale Probleme

- Gereiztheit, Ärger, Wut
- Ängste, Sorgen, Angespanntheit
- Unsicherheit, Scham, Schuldgefühl
- Emotional erschöpft
- Kontrollverlust
- Machtlosigkeit
- Trauer
- Umgang mit Symptomen des Pat

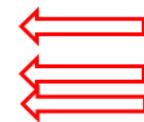


Soziale Probleme

- Zeit für sich selbst
- Zeit für die Familie, Freunde
- Beziehung Familie, Freunde
- Eigene Rolle
- Einsamkeit

Körperliche Probleme

- Eigene Gesundheit
- Körperliche Erschöpfung
- Schlaf



Religion/Glaube/Spiritualität

- Begleitungsbedarf

Sonstige Probleme

Herzbeschwerden

Fehlende Informationen/Beratungsbedarf

- Diagnose/Verlauf der Erkrankung/Zukunft
- Pflegerische Verrichtung
- Hilfsmittel
- Entlastungsmöglichkeiten

Drittens: Welche der oben angegebenen Probleme tragen am meisten zu Ihrer Belastung bei?

Gesamtorganisation, Herzbeschwerden

Fallvignette

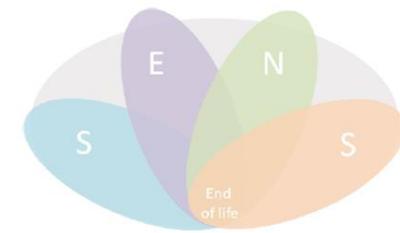
- Herr Muster, 53j.
- Fortgeschrittenes Tumorleiden (Appendix-Ca) mit Peritonealcarcinose
- Sept 2019 Ileus
 - Wundheilungsstörung
 - Erstkontakt Spitex
- Mai 2020 erneuter Ileus, Bauchrevision, neu Stoma
 - Spitex weiterhin involviert
- Herbst 2020 zunehmende Verschlechterung
- Nov 2020 **Hospitalisation** Palliativstation Olten



palliative.so

gemeinsam kompetent

SENS Spital



- **S**: Schmerzen (speziell Haut um Stoma massiv gereizt), Müdigkeit/Fatigue, psychosoziale Belastung
- **E**: möchte noch leben, aber nicht um jeden Preis Erstellen einer PV
- **N**: bisher zu Hause. Ehefrau, 2 Kinder, Spitex (Stoma-Pflege und parenterale Kost) Hausarzt & Onkologe
- **S**: Entlastungsdienste für Ehefrau, psycholog. Betreuung der Ehefrau



palliative.so

gemeinsam kompetent

Der Runde Tisch



palliative.so

gemeinsam kompetent

Der Runde Tisch

- **Standortbestimmung:**
(med.) **Information** bei Patient, Angehörigen und involviertem Betreuungsteam auf gleichen Level bringen
- **Wie geht es weiter?**
 - Wo? Wer/Was/Welche Unterstützung ist nötig? Lead (Fallverantwortung)?
 - Wann/Wie häufig?
 - Plan B? Notfallplan? (Adressen, Nummern, Erreichbarkeit)



palliative.so

gemeinsam kompetent

Betreuungsplan



palliative.so

gemeinsam kompetent



- S** = Symptomkontrolle
- E** = Entscheidungsfindung
= end of life/Lebensende
- N** = Netzwerk
- S** = Support



palliative.so
gemeinsam kompetent

Palliativer Betreuungsplan[©] PBP

Personalien		
Name / Vorname		
Geburtsdatum		
Zivilstand / Soziales		
Adresse (Strasse, Ort)		
Tel. Nr. (Festnetz/Mobil)		
E-Mail		
Erstellt	am:	von:
	Institution:	

Hauptdiagnosen / -anliegen		S E N S
Hauptdiagnose		
Hauptanliegen des Betroffenen		
Vordergründige Probleme		
Bemerkungen		

Entscheidungsfindung		S E N S
Reanimation (kardiopulmonal) gewünscht?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> anderes:
Patientenverfügung vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beiliegend
Stellvertreter 1		
Stellvertreter 2		
Vorsorgeauftrag erstellt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beistand für	<input type="checkbox"/> Personensorge	<input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Rechtsverkehr
Testament erstellt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bemerkungen		
Bestehen Hinweise für/ gegen medizinische Massnahmen?	<input type="checkbox"/> Keine	
Besonderes	Verlegung ins Spital	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> Ja
	Antibiotika	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zur Symptomlinderung
	Künstliche Ernährung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> Ja
	Hydrisierung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> Ja
Bemerkungen		

Netzwerk (Kontakte)			S E N S
Informelles Netzwerk	Namen	Erreichbar unter (Tel. / Mobil / E-Mail)	
Angehörige / Nahestehende	1.	<input type="checkbox"/> tagsüber	<input type="checkbox"/> immer
	2.	<input type="checkbox"/> tagsüber	<input type="checkbox"/> immer
	3.	<input type="checkbox"/> tagsüber	<input type="checkbox"/> immer
Bemerkungen			
Professionelles Netzwerk	Namen	Erreichbar unter (Tel. / Mobil / E-Mail)	
Spitex / ambulante Dienste			
Hausarzt		<input type="checkbox"/> tagsüber	<input type="checkbox"/> immer
Hospiz- und Freiwilligendienst			
Seelsorge			
Sozialdienst			
Mobile Pall. Care Equipe / Brückendienst			
Weitere			

Support			S E N S
	Namen	Erreichbar unter (Tel. / Mobil / E-Mail)	
Für den Patienten (neben den oben erwähnten)			
Für die Angehörigen			
Für das betreuende Team			
Bemerkungen			

Lebensende / end of life		S E N S
Grösste Kraftquelle / Ressource		
Wünsche am Lebensende / Unerledigtes		
Spezielles		
	Namen	Erreichbar unter (Tel. / Mobil / E-Mail)
Benachrichtigung bei Todesfall	1.	<input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> immer
	2.	<input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> immer
	3.	<input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> immer

Ist Entscheidungsfähigkeit vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> eher ja	<input type="checkbox"/> eher nein	<input type="checkbox"/> Nein
Bemerkungen				

Palliative Reservemedikation[®]

Die aktuelle Medikation wurde geprüft und unnötige Medikamente abgesetzt: Ja Nein

Aktuelle Medikamentenliste im Anhang: Ja Nein

Namen des Patienten: _____

Visum/ Dat. Arzt*	Reservemedikation in der Palliativsituation				Stop/ Visum Arzt
	Schmerz	Übliche Dosierung	Innerhalb von 24 Stunden	Anmerkungen	
	<input type="checkbox"/> Morphin Lösung 2% (1 Tropfen = 1 mg)	2-5 Trpf.	bis 1 stündlich		
	<input type="checkbox"/> Morphin Amp. (10 mg / 1 ml)	1-2.5 mg sc	bis 1 stündlich		
	<input type="checkbox"/> Mind. 1/10 der bisherigen Tagesdosis bei Vorbehandlung mit Opiaten		X		
	<input type="checkbox"/> anderes				
	Angst				
	<input type="checkbox"/> Temesta Exp 1.0 mg	1 mg	bis 1 stündlich bis max. 8/d		
	<input type="checkbox"/> Dormicum Amp. (5mg / 5 ml)	0.5 - 1 mg sc	bis 1 stündlich		
	<input type="checkbox"/> anderes				
	Unruhe und/oder Delir				
	<input type="checkbox"/> Haldol Trpf. 2 mg / 1 ml (10 Tropfen = 1 mg)	3-5 Trpf.	bis 1 stündlich max. 6/d		
	<input type="checkbox"/> Haldol Amp. (5 mg / 1 ml)	0.5 mg sc (0.1 ml)	bis 1 stündlich max. 6/d		
	<input type="checkbox"/> Bei massiver Unruhe, Agitiertheit 3 Dosen Haldol, dann 1 Dosis Benzodiazepine (Temesta od. Dormicum)				
	<input type="checkbox"/> anderes				
	Atemnot				
	<input type="checkbox"/> Morphin Lösung 2% (1 Tropfen = 1 mg)	2-5 Trpf.	bis alle 20 Min.		
	<input type="checkbox"/> Morphin Amp. (10 mg / 1 ml)	1-2.5 mg sc	bis alle 20 Min.		
	<input type="checkbox"/> Temesta Exp 1.0 mg	1 mg	bis 1 stündlich max. 8/d		
	<input type="checkbox"/> Dormicum Amp. (5 mg / 5 ml)	1 mg sc	bis alle 20 Min.		
	<input type="checkbox"/> anderes				

Rasselatmung				
<input type="checkbox"/>	Buscopan Amp. (20 mg / 1 ml)	20 mg sc	bis max. 6/d	
<input type="checkbox"/>	anderes			
Übelkeit / Erbrechen				
<input type="checkbox"/>	Motilium lingual 10 mg	1 Tbl.	bis max. 3/d	
<input type="checkbox"/>	Paspertin Trpf. (30 Trpf. = 10 mg)	30 Trpf.	bis 6/d	
<input type="checkbox"/>	Paspertin Amp. (10 mg / 2 ml)	10 mg sc	bis 6/d	
<input type="checkbox"/>	Haldol Trpf. 2 mg / 1 ml (10 Tropfen = 1 mg)	3-5 Trpf.	bis 6/d	
<input type="checkbox"/>	Haldol Amp. (5 mg / 1 ml)	0.5 mg sc	bis 6/d	
<input type="checkbox"/>	anderes			
Epileptische Anfälle / Status epilepticus				
<input type="checkbox"/>	Dormicum Amp. (5 mg / 5 ml)	1 mg sc	Nach 30-60 Min. max. 2/d	
<input type="checkbox"/>	anderes			

Quelle: Palliativzentrum KSSG

Diese Verordnung gilt für alle hier aufgeführten Medikamente inkl. Dossierung (Einzelne Medikamente streichen möglich)	
Datum	Unterschrift Arzt 

Erreichbarkeit mit Arzt ist abgeklärt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Mobile-Nr.
Datum	Unterschrift Arzt 	
Erstverordnender Arzt		
Behandelnder Arzt		

* Ein neuer Plan kann unter: www.palliative-so.ch heruntergeladen werden oder via E-Mail: info@palliative-so.ch angefordert werden.

Herausgeber:

Verein palliative.so, Patriotenweg 10A, 4500 Solothurn, T 077 522 29 84, www.palliative-so.ch, info@palliative-so.ch

Urheberrecht:

Änderungen im Dokument «Palliative Reservemedikation[®]» sind nur in Absprache mit *palliative ostschweiz* möglich (info@palliative-ostschweiz.ch oder T 071 245 80 80).



Palliativer Betreuungs

Personalien	
Name / Vorname	Herr Muster
Geburtsdatum	
Zivilstand / Soziales	
Adresse (Strasse, Ort)	
Tel. Nr. (Festnetz/Mobil)	
E-Mail	
Erstellt	am: Institution:

Hauptdiagnosen / -anliegen	
Hauptdiagnose	Pentonealkarzinose eines muzi Nebendiagnosen: Chemische T
Hauptanliegen des Betroffenen	Noch möglichst viel Zeit zu Hau Keine Schmerzen, nicht leiden
Vordergründige Probleme	
Bemerkungen	

Entscheidungsfindung	
Reanimation (kardiopulmonal) gewünscht?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
Patientenverfügung vorhanden?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Stellvertreter 1	Ehefrau
Stellvertreter 2	Sohn
Vorsorgeauftrag erstellt	<input type="checkbox"/> Ja
Beistand für	<input type="checkbox"/> Personensorge
Testament erstellt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Bemerkungen	
Bestehen Hinweise für/ gegen medizinische Massnahmen?	<input checked="" type="checkbox"/> Keine
Besonderes	Verlegung ins Spital Antibiotika Künstliche Ernährung Hydrierung
Bemerkungen	Spitaleinweisung auf die Palliat Keine IPS Keine Künstliche Beatmung

Krankheits- und Prognoseverständnis		
Krankheits- und Prognoseverständnis vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt (Einschätzung durch Fachperson)	
Bemerkungen	Der Patient sucht immer wieder nach Lösungen, damit er geheilt werden kann	
Erfasst von	Name Arzt: Dr. Jungl	Datum: Dez. 2020
	Name Pflege: N. Affolter	Datum: Dez 2020
	Weitere:	Datum:
	Mit Patient / Patientin besprochen: <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Datum: Dez 2020
	Mit Angehörigen besprochen: <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Datum: Dez 2020
Bemerkungen		
Unterschrift verantwortliche Person		
Dokument digital versendet an		
Bemerkungen		

Relevante Änderungen des PBP		
Datum	Was	Unterschrift

Quelle: © modifiziert nach «Palliativer Betreuungsplan» palliative ostschweiz

Symptomerfassung

Empfehlung: Die Symptomerfassung erfolgt bei Bedarf über weitere Assessmentinstrumente (siehe Erläuterungen).

* Ein neuer Plan kann unter: www.palliative-so.ch heruntergeladen werden oder via E-Mail: info@palliative-so.ch angefordert werden.

Herausgeber:

Verein palliativ.so, Patriotenweg 10A, 4500 Solothurn, T 077 522 29 84, www.palliative-so.ch, info@palliative-so.ch

Urheberrecht:

Änderungen im Dokument «Palliativer Betreuungsplan» sind nur in Absprache mit *palliative ostschweiz* möglich (info@palliative-ostschweiz.ch oder T 071 245 80 80).

S E N S	
	Erreichbar unter (Tel. / Mobil / E-Mail)
	<input type="checkbox"/> tagsüber <input checked="" type="checkbox"/> immer
	<input checked="" type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> immer
	<input type="checkbox"/> tagsüber <input checked="" type="checkbox"/> immer
	Erreichbar unter (Tel. / Mobil / E-Mail)
	<input type="checkbox"/> tagsüber <input checked="" type="checkbox"/> immer

S E N S	
	Erreichbar unter (Tel. / Mobil / E-Mail)
	<input type="checkbox"/> tagsüber <input checked="" type="checkbox"/> immer

S E N S	
	Erreichbar unter (Tel. / Mobil / E-Mail)
	<input type="checkbox"/> tagsüber <input checked="" type="checkbox"/> immer
	<input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> immer
	<input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> immer

eher nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nein
-----------	--

Netzwerk

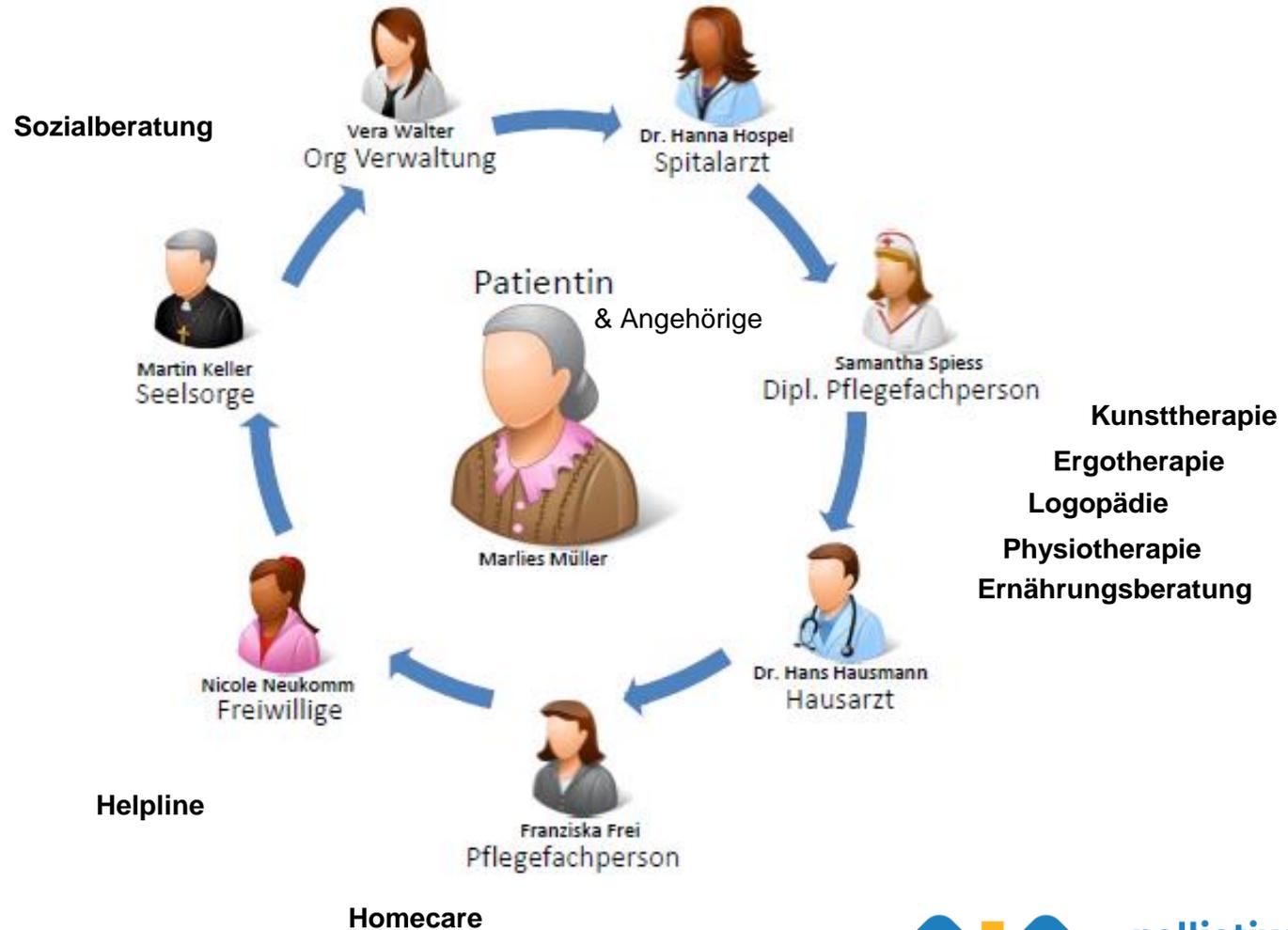
- Engagement verschiedener Professionen
- Einfache und rasche Kommunikationswege
- Gemeinsame Instrumente/Dokumentation
- Sich kennen & verstehen
- Vertrauen



palliative.so

gemeinsam kompetent

Interprofessionelles Team



palliative.so

gemeinsam kompetent

Fallvignette

- Herr Muster, 53j.
- Fortgeschrittenes Tumorleiden (Appendix-Ca) mit Peritonealcarcinose
- ...
- Hospitalisation Nov 2020 PaC Olten
- Ende Nov 2020 Rückkehr nach Hause mit Spitex
- Dez 2020 neue Beschwerden: Schluckauf



palliative.so

gemeinsam kompetent

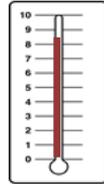
Distress-Thermometer nach NCCN soH-adaptierte Version

Liebe Patientin, Lieber Patient

Mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens helfen Sie uns, Ihre momentane Belastungssituation besser zu erfassen und die Behandlung Ihren Bedürfnissen anzupassen.

Datum: Okt 2020 Unterschrift: Herr Muster

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



Extrem bela

Gar nicht be

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

JA	NEIN		JA	NEIN	
		Praktische Probleme			Körperliche Probleme
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Wohnsituation/Haushaltführung	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schmerzen
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Versicherung/Finanzielle Sorgen	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Übelkeit/Erbrechen
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Arbeit/Schule	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erschöpfung/Kraftlosigkeit
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Beförderung (Transport)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Gedächtnis/Konzentration
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Betreuung/Pflege Angehöriger	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Verwirrtheit/Halluzinationen
		Soziale Probleme	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlaf
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Im Umgang mit dem Partner	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Bewegung/Mobilität/Schwindel
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Im Umgang mit den Kindern	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Waschen/Ankleiden
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Im Umgang mit Freunden/Bekannten	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Äusseres Erscheinungsbild
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Einsamkeit	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Atmung/Husten
		Emotionale Probleme	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Essen/Appetit/Gewicht
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Sorgen	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Mund: Entzündungen/Trocken
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ängste	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Geschmacksveränderungen
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Traurigkeit	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Schluckprobleme/Schluckauf
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depressive Stimmung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Verdauungsstörungen
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hoffnungslosigkeit	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Stuhlgang
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Nervosität/innere Unruhe	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Veränderungen beim Wasser lö
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Scham, Selbstunsicherheit	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fieber/Schwitzen
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Schuldgefühle	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Haut: trocken/juckend/offene St
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gereiztheit/Ärger/Wut	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Hände/Füsse: Kribbeln/Kälte/T
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Verlust des Interesses an alltäglichen Aktivitäten	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Angeschwollen/aufgedunsen fü
					Intimität/körperl.Nähe/Sexuelle
					Sonstige Probleme
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Religion/Glaube/Spiritualität		

DRITTENS: Welche der oben angegebenen Probleme tragen am Meisten zu Ihrer Belastung?
Hoffnungslosigkeit

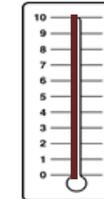
Distress-Thermometer nach NCCN soH-adaptierte Version

Liebe Patientin, Lieber Patient

Mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens helfen Sie uns, Ihre momentane Belastungssituation besser zu erfassen und die Behandlung Ihren Bedürfnissen anzupassen.

Datum: Nov 2020 Unterschrift: Herr Muster

ERSTENS: Bitte kreisen Sie am Thermometer rechts 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	
		Praktische Probleme			Körperliche Probleme
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Wohnsituation/Haushaltführung	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schmerzen
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Versicherung/Finanzielle Sorgen	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Übelkeit/Erbrechen
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Arbeit/Schule	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erschöpfung/Kraftlosigkeit
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Beförderung (Transport)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gedächtnis/Konzentration
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Betreuung/Pflege Angehöriger	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verwirrtheit/Halluzinationen
		Soziale Probleme	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlaf
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Im Umgang mit dem Partner	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bewegung/Mobilität/Schwindel
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Im Umgang mit den Kindern	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Waschen/Ankleiden
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Im Umgang mit Freunden/Bekannten	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Äusseres Erscheinungsbild
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Einsamkeit	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Atmung/Husten
		Emotionale Probleme	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Essen/Appetit/Gewicht
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Sorgen	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mund: Entzündungen/Trockenheit
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ängste	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Geschmacksveränderungen
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Traurigkeit	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schluckprobleme/Schluckauf
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depressive Stimmung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Verdauungsstörungen
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hoffnungslosigkeit	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Stuhlgang
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Nervosität/innere Unruhe	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Veränderungen beim Wasser lösen
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Scham, Selbstunsicherheit	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Fieber/Schwitzen
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Schuldgefühle	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Haut: trocken/juckend/offene Stellen
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Gereiztheit/Ärger/Wut	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Hände/Füsse: Kribbeln/Kälte/Taubheit
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Verlust des Interesses an alltäglichen Aktivitäten	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Angeschwollen/aufgedunsen fühlen
					Intimität/körperl.Nähe/Sexuelle Probl.
					Sonstige Probleme
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Religion/Glaube/Spiritualität		

DRITTENS: Welche der oben angegebenen Probleme tragen am Meisten zu Ihrer Belastung bei?
Hoffnungslosigkeit, Schluckauf

Fallvignette

- Herr Muster, 53j.
- Fortgeschrittenes Tumorleiden (Appendix-Ca) mit Peritonealcarcinose
- ...
- Hospitalisation Nov 2020 PaC Olten
- Ende Nov 2020 Rückkehr nach Hause mit Spitex
- Dez 2020 neue Beschwerden: Schluckauf
→ Re-Hospitalisation Palliativstation Olten



palliative.so

gemeinsam kompetent

Liebe Patientin, Lieber Patient

Mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens helfen Sie uns, Ihre momentane Belastungssituation besser zu erfassen und die Behandlung Ihren Bedürfnissen anzupassen.

Datum: 7.12.2020 Unterschrift: _____

ERSTENS: Bitte kreisen Sie am Thermometer rechts 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

Praktische Probleme

- Wohnsituation/Haushaltführung
- Versicherung/Finanzielle Sorgen
- Arbeit/Schule
- Beförderung (Transport)
- Betreuung/Pflege Angehöriger

Soziale Probleme

- Im Umgang mit dem Partner
- Im Umgang mit den Kindern
- Im Umgang mit Freunden/Bekannten
- Einsamkeit

Emotionale Probleme

- Sorgen
- Ängste
- Traurigkeit
- Depressive Stimmung
- Hoffnungslosigkeit
- Nervosität/innere Unruhe
- Scham, Selbstunsicherheit
- Schuldgefühle
- Gereiztheit/Ärger/Wut
- Verlust des Interesses an alltäglichen Aktivitäten

Religion/Glaube/Spiritualität

JA NEIN

Körperliche Probleme

- Schmerzen
- Übelkeit/Erbrechen
- Erschöpfung/Kraftlosigkeit
- Gedächtnis/Konzentration
- Verwirrtheit/Halluzinationen
- Schlaf
- Bewegung/Mobilität/Schwindel
- Waschen/Ankleiden
- Äusseres Erscheinungsbild
- Atmung/Husten
- Essen/Appetit/Gewicht
- Mund: Entzündungen/Trockenheit
- Geschmacksveränderungen
- Schluckprobleme/Schluckauf
- Verdauungsstörungen
- Stuhlgang
- Veränderungen beim Wasser lösen
- Fieber/Schwitzen
- Haut: trocken/juckend/offene Stellen
- Hände/Füsse: Kribbeln/Kälte/Taubheit
- Angeschwollen/aufgedunsen fühlen
- Intimität/körperl.Nähe/Sexuelle Probl.

Sonstige Probleme

DRITTENS: Welche der oben angegebenen Probleme tragen am Meisten zu Ihrer Belastung bei?

Fallvignette

- Herr Muster, 53j.
- Fortgeschrittenes Tumorleiden (Appendix-Ca) mit Peritonealcarcinose
- ...
- Ende Nov 2020 Rückkehr nach Hause mit Spitex
- Dez 2020 neue Beschwerden: Schluckauf
→ Re-Hospitalisation Palliativstation Olten

u.a. Infekt → Port-Explantation und neu PICC-Katheter
Umstellung auf Micrel-Pumpe



palliative.so

gemeinsam kompetent

Fallvignette

- Herr Muster, 53j.
- Fortgeschrittenes Tumorleiden (Appendix-Ca) mit Peritonealcarcinose
- ...
- Dez 2020 neue Beschwerden: Schluckauf
→ Re-Hospitalisation Palliativstation Olten

u.a. Infekt → Port-Explantation und neu PICC-Katheter
Umstellung auf Micrel-Pumpe

- Ende Dez 2020 nochmalige Rückkehr nach Hause mit ausgebautem Netzwerk



palliative.so

gemeinsam kompetent

Fallvignette

- Herr Muster, 53j.
- Fortgeschrittenes Tumorleiden (Appendix-Ca) mit Peritonealcarcinose
- ...
- ...
- Ende Dez 2020 nochmalige Rückkehr nach Hause mit ausgebautem Netzwerk
- Im Verlauf weiterer AZ-Abbau nach 3 Wochen Entscheid zum Stopp aller potenziell lebensverlängernden Massnahmen
Wiedereintritt Palliativstation für End of Life Care



palliative.so

gemeinsam kompetent

Ausblick

- Koordinationsstelle Palliative Care beim/durch Verein palliative.so
- Regelmässige Anlässe/Fortbildungen in den Regionen
 - «teach locally» geht weiter, Fallbesprechungen
- Fachdialog, Fachtagungen
- Zusammenführen der Kontakte/Adressen auf einer Webplattform: pallianet.ch
- Letzte Hilfe-Kurse



palliative.so

gemeinsam kompetent

Dank

- Organisatorinnen
- Zentrum Passwang
- Teilnehmer*innen
- Nadja Affolter



palliative.so

gemeinsam kompetent