

Erlanger Basiskurs Palliativmedizin

Symptomanamnese und -erfassung

Tobias Steigleder



Friedrich-Alexander-Universität
Medizinische Fakultät

**Universitätsklinikum
Erlangen**



Erlanger Basiskurs Palliativmedizin

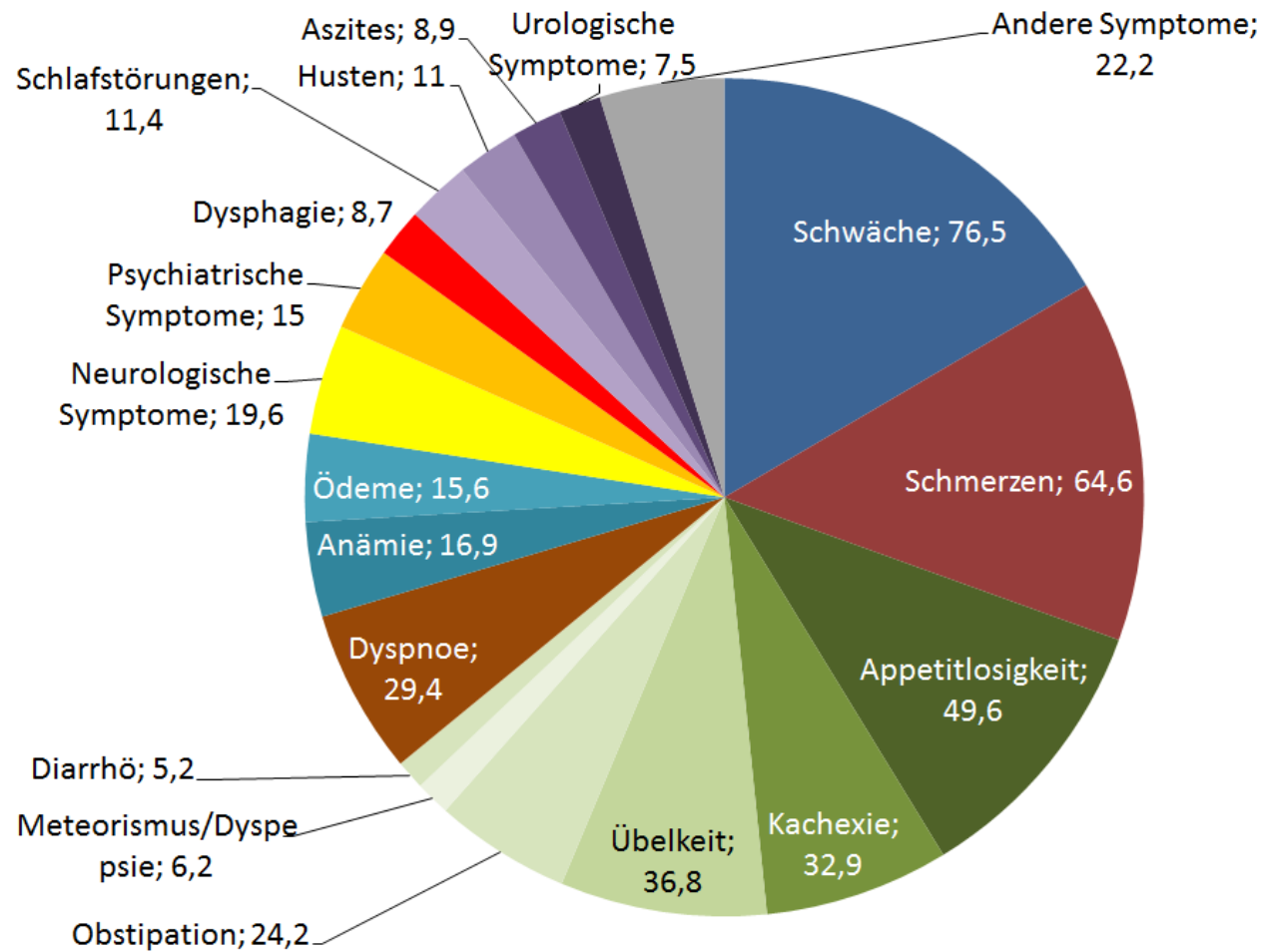
HÄUFIGE SYMPTOME

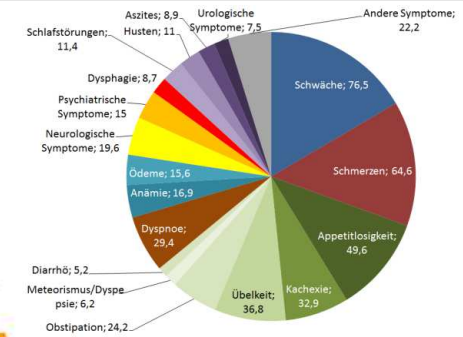


Häufige Symptome palliativmedizinischer Patienten

in Häufigkeit
der Angabe
[%]

93,7%
Mehrfach-
nennungen






Erlanger Basiskurs Palliativmedizin

OFFENE UND STRUKTURIERTE SYMPTOMERFASSUNG



Strukturierte Symptomerfassung

Journal of Palliative Medicine, VOL. 12, NO. 5 | Original Articles

 normal

“Now that You Mention it, Doctor ... ”: Symptom Reporting and the Need for Systematic Questioning in a Specialist Palliative Care Unit

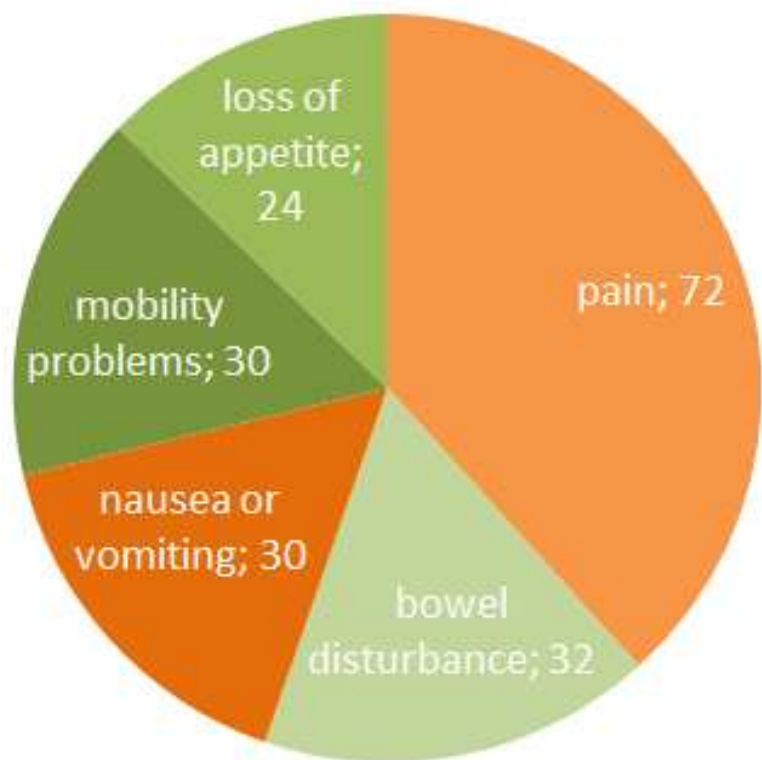
Clare White , Damien McMullan, , and Julie Doyle

Published Online: 5 May 2009 | <https://doi.org/10.1089/jpm.2008.0272>

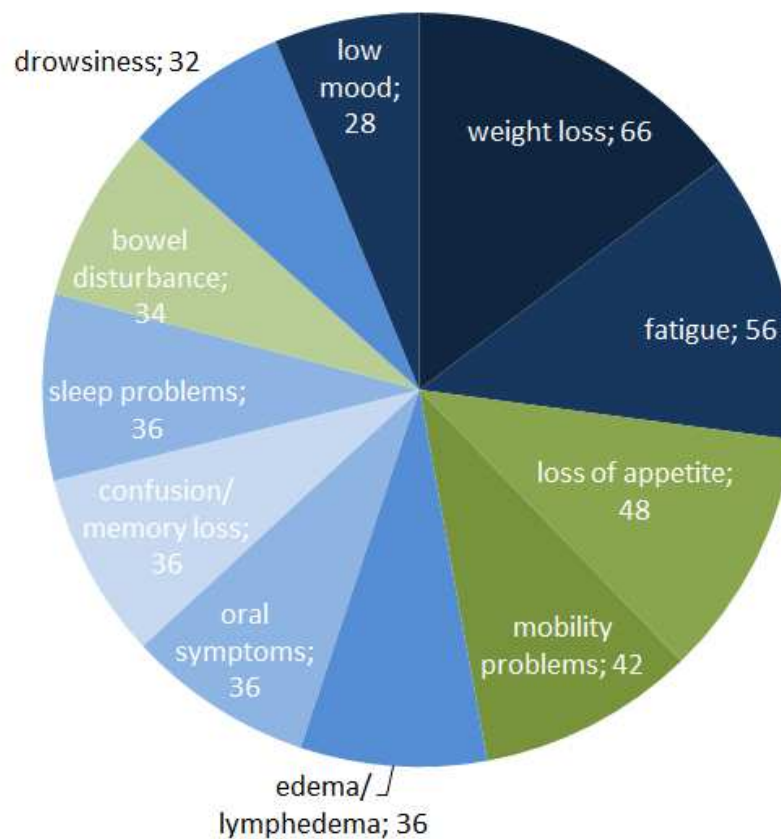


Strukturierte Symptomerfassung

Volunteered



Systematic questioning



Strukturierte Symptomerfassung

ORIGINAL ARTICLE

**Symptom evaluation in palliative medicine:
patient report vs systematic assessment**

Interview

Structured
assessment



Strukturierte Symptomerfassung

- $N_{\text{Patienten}} = 200$
- Interview:
 - “How are you feeling?”
 - “What symptoms are you having now?”
 - “Is it bothering or distressing you?”
 - “Is there anything else?”

Interview

Structured
assessment



Strukturierte Symptomerfassung

1. Agitation	Mi	Mo	S	B
2. Anorexia	Mi	Mo	S	B
3. Anxiety	Mi	Mo	S	B
4. Bad dreams	Mi	Mo	S	B
5. Belching	Mi	Mo	S	B
6. Blackout	Mi	Mo	S	B
7. Bloating	Mi	Mo	S	B
8. Confusion	Mi	Mo	S	B
9. Constipation	Mi	Mo	S	B
10. Cough	Mi	Mo	S	B
11. Chills	Mi	Mo	S	B
12. Depression	Mi	Mo	S	B
13. Dry mouth	Mi	Mo	S	B
14. Diarrhea	Mi	Mo	S	B
15. Dizziness	Mi	Mo	S	B
16. Drowsiness	Mi	Mo	S	B
17. Dysphagia	Mi	Mo	S	B
18. Dyspnea	Mi	Mo	S	B
19. Early satiety	Mi	Mo	S	B
20. Edema	Mi	Mo	S	B
21. Fatigue	Mi	Mo	S	B
22. Fever	Mi	Mo	S	B
23. Hallucinations/visual	Mi	Mo	S	B
24. Hallucinations/auditory	Mi	Mo	S	B
25. Headache	Mi	Mo	S	B
26. Hearing problems	Mi	Mo	S	B
27. Heartburn	Mi	Mo	S	B
28. Hiccup	Mi	Mo	S	B
29. Hoarseness	Mi	Mo	S	B
30. Incontinence/Urine	Mi	Mo	S	B
31. Incontinence/stool	Mi	Mo	S	B
32. Itching	Mi	Mo	S	B
33. Indigestion	Mi	Mo	S	B
34. Memory Problems	Mi	Mo	S	B
35. Myoclonus	Mi	Mo	S	B
36. Nausea	Mi	Mo	S	B
37. Numbness/tingling in hands and feet	Mi	Mo	S	B
38. Pain	Mi	Mo	S	B
39. Skin changes	Mi	Mo	S	B
40. Sleep Problems	Mi	Mo	S	B
41. Sore mouth	Mi	Mo	S	B
42. Sweats	Mi	Mo	S	B
43. Taste Change	Mi	Mo	S	B
44. Tremors	Mi	Mo	S	B
45. Vision problems	Mi	Mo	S	B
46. Vomiting	Mi	Mo	S	B
47. Weight loss	Mi	Mo	S	B
48. Wheezing	Mi	Mo	S	B
<i>Other symptoms and medical or psychosocial problems that the patient may</i>				
49. _____	Mi	Mo	S	B
50. _____	Mi	Mo	S	B
51. _____	Mi	Mo	S	B
52. _____	Mi	Mo	S	B
1. Pain	Mi	Mo	S	B
2. Fatigue	Mi	Mo	S	B
3. Dry Mouth	Mi	Mo	S	B
4. Sore Mouth	Mi	Mo	S	B
5. Changes in the way food tastes	Mi	Mo	S	B
6. Difficulty swallowing (dysphagia)	Mi	Mo	S	B
7. Nausea	Mi	Mo	S	B
8. Vomiting	Mi	Mo	S	B
9. Decreased appetite (anorexia)	Mi	Mo	S	B
10. Feeling full after few bites of food (early satiety)	Mi	Mo	S	B
11. Weight Loss	Mi	Mo	S	B
12. Burping (Belching)	Mi	Mo	S	B
13. Hiccup	Mi	Mo	S	B
14. Constipation	Mi	Mo	S	B
15. Diarrhea	Mi	Mo	S	B
16. Heartburn	Mi	Mo	S	B
17. Indigestion	Mi	Mo	S	B
18. Feeling bloated (abdominal bloating)	Mi	Mo	S	B
19. Shortness of Breath (dyspnea)	Mi	Mo	S	B
20. Whistling sound while breathing (wheezing)	Mi	Mo	S	B
21. Hoarseness	Mi	Mo	S	B
22. Cough	Mi	Mo	S	B
23. Difficulty concentrating (confusion)	Mi	Mo	S	B
24. Memory problems	Mi	Mo	S	B
25. Shakiness (tremors)	Mi	Mo	S	B
26. Jerking of arms and legs (myoclonus)	Mi	Mo	S	B
27. Numbness/tingling in hands/feet	Mi	Mo	S	B
28. Feeling irritable (agitation)	Mi	Mo	S	B
29. Dizziness	Mi	Mo	S	B
30. Headache	Mi	Mo	S	B
31. Feeling sleepy (drowsiness)	Mi	Mo	S	B
32. Sleep Problems	Mi	Mo	S	B
33. Bad dreams	Mi	Mo	S	B
34. Vision problems	Mi	Mo	S	B
35. Seeing things not there (visual hallucinations)	Mi	Mo	S	B
36. Hearing problems	Mi	Mo	S	B
37. Hearing things that are not there (auditory hallucinations)	Mi	Mo	S	B
38. Depression	Mi	Mo	S	B
39. Anxiety	Mi	Mo	S	B
40. Temporary loss of consciousness (blackout)	Mi	Mo	S	B
41. Swelling in arms or legs (edema)	Mi	Mo	S	B
42. Itching	Mi	Mo	S	B
43. Skin problems	Mi	Mo	S	B
44. Fever	Mi	Mo	S	B
45. Chills	Mi	Mo	S	B
46. Sweats	Mi	Mo	S	B
47. Inability to control urine (urine incontinence)	Mi	Mo	S	B
48. Inability to control stool (stool incontinence)	Mi	Mo	S	B
<i>Other symptoms and medical or psychosocial problems that the patient may volunteer while asking questions</i>				
49. _____	Mi	Mo	S	B
50. _____	Mi	Mo	S	B
Bedside Confusion Scale				
I. Access level of alertness				
0 Normal 1 Hyperactive 2 Hypoactive				
II. Test of attention: can you say the months of the year backward?				
Delay greater than 30 second add 1				
1 omission add 1				
2 omission add 2				
> 2 omission, reversal of task add 3				
Termination of task add 3				
Inability to perform add 4				
Total up the score from I and II				

(0 normal, 1 borderline, >2=confusion)				
Initials: _____				

Interview

Structured assessment

Psychometrisches Instrument:

Mi – mild
Mo – moderate
S – severe
B – bothersome

1. Agitation	Mi	Mo	S	B
2. Anorexia	Mi	Mo	S	B
3. Anxiety	Mi	Mo	S	B
4. Bad dreams	Mi	Mo	S	B
5. Belching	Mi	Mo	S	B
6. Blackout	Mi	Mo	S	B
7. Bloating	Mi	Mo	S	B

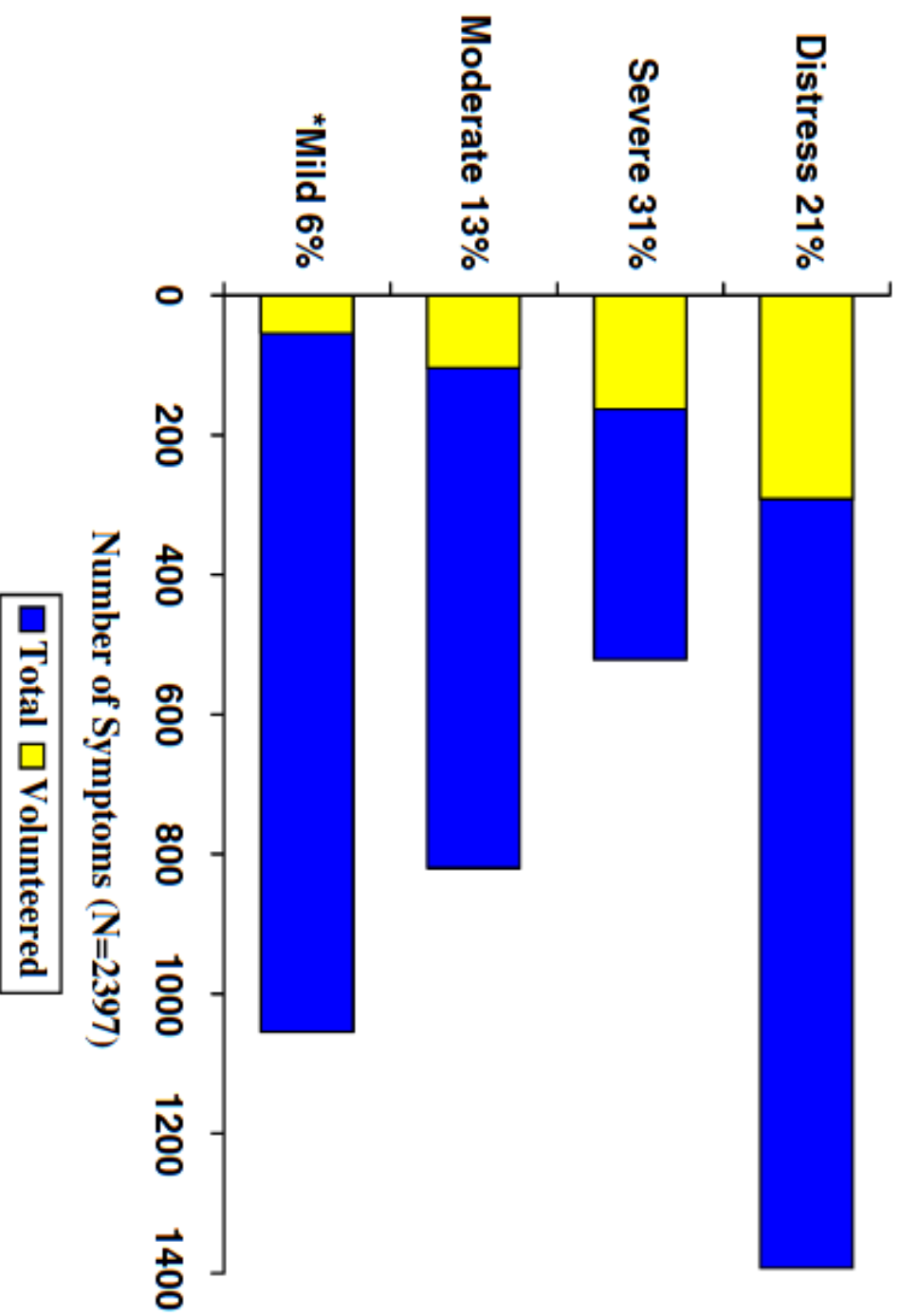
31. Incontinence/	M
32. Itching	M
33. Indigestion	M
34. Memory Prob	M

Strukturierte Symptomerfassung

- Zahl der selbständig angegebenen Symptome:
Median: 1 (0 bis 6)
- Zahl der systematisch erfassten Symptome:
Median: 10 (0 bis 25)
- Kein Unterschied zwischen
 - Geschlechtern
 - Alter
 - Kognitiver Einschränkung (bedside confusion test ≥ 2 vs. < 2)



Strukturierte Symptomerfassung



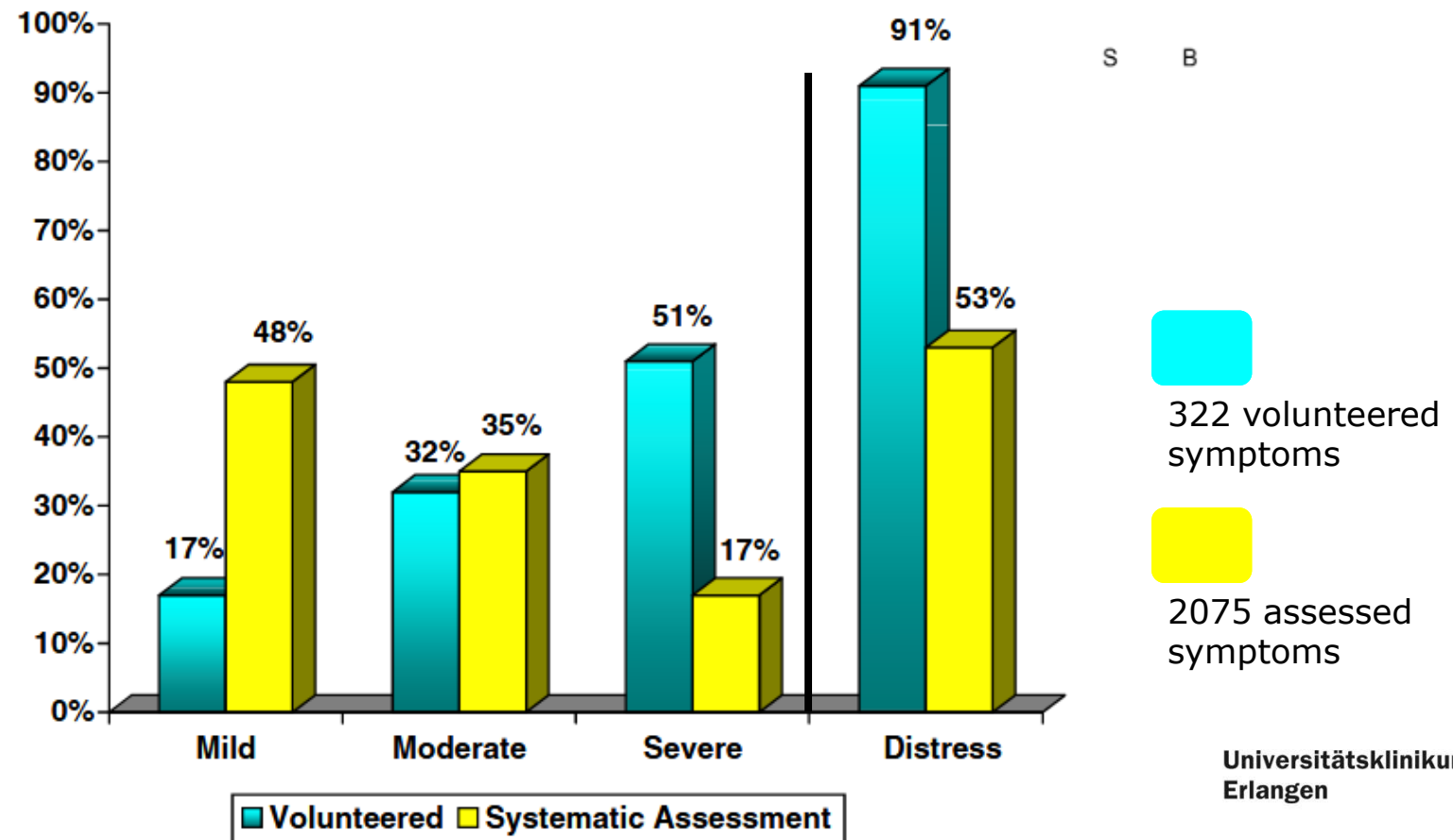
Strukturierte Symptomerfassung

"I want to go over a routine list of symptoms, your answers will be looked at with the answers of other patients to improve our patient care. All the information will be kept confidential"

Question: Have you had any _____ (Symptom) _____ today?

You don't have to repeat the question with every symptom

Don't ask about any symptom the patient has volunteered already



Strukturierte Symptomerfassung

Symptom	Not distressing			Distressing		
	Mild	Moderate	Severe	Mild	Moderate	Severe
Pain	40	53	74	72	81	92
Fatigue	8	12	27	24	35	58
Headache	8	12	26	24	34	57
Dizziness	7	11	24	21	31	54
Nausea	5	8	19	17	25	46
Diarrhea	5	8	18	17	25	46
Vomiting	5	8	18	16	24	45
Cough	4	7	17	15	23	44
Dyspnea	4	7	17	15	23	43
Anorexia	4	6	14	13	19	38
Constipation	2	4	9	8	13	28
Other symptom	1	2	4	3	6	13

Modell-basierte
Wahrscheinlichkeit
selbständig
angegebener
Symptome in %

Erlanger Basiskurs Palliativmedizin

INSTRUMENTE DER STRUKTURIERTEN SYMPTOMERFASSUNG



Strukturierte Symptomerfassung Leitlinienempfehlung

 Leitlinienprogramm
Onkologie

S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung

4.8.	Konsensbasierte Empfehlung
EK	Kriterien für die Qualität der Palliativversorgung <i>sollen</i> auch <i>patient-reported-outcomes</i> (PRO) beinhalten.

Strukturierte Symptomerfassung

8-982

Palliativmedizinische Komplexbehandlung

Exkl.: Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung ([8-98e ff.](#))

Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst ([8-98h ff.](#))

Hinw.: Mindestmerkmale:

- Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung
- Ganzheitliche Behandlung unter Leitung eines Facharztes mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung von Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung, ggf. unter Einbeziehung ihrer Angehörigen
- Aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege durch besonders in diesem Bereich geschultes Pflegepersonal
- Erstellung und Dokumentation eines individuellen Behandlungsplans bei Aufnahme
- Wöchentliche multiprofessionelle Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele pro vollständiger Woche

Kerndatensatz Basisassessment

Angaben zum Behandlungsbedarf	kein	leicht	mittel	stark
Schmerzen	kein	leicht	mittel	stark
Übelkeit	kein	leicht	mittel	stark
Erbrechen	kein	leicht	mittel	stark
Luftnot	kein	leicht	mittel	stark
Verstopfung	kein	leicht	mittel	stark
Schwäche	kein	leicht	mittel	stark
Appetitmangel	kein	leicht	mittel	stark
Müdigkeit	kein	leicht	mittel	stark
Pflegeprobleme wegen Wunden / Dekubitus	kein	leicht	mittel	stark
Hilfebedarf bei Aktivitäten des tägl. Lebens	kein	leicht	mittel	stark
Depressivität	kein	leicht	mittel	stark
Angst	kein	leicht	mittel	stark
Anspannung	kein	leicht	mittel	stark
Desorientiertheit, Verwirrtheit	kein	leicht	mittel	stark
Probleme mit Organisation der Versorgung	kein	leicht	mittel	stark
Überforderung der Familie, des Umfeldes	kein	leicht	mittel	stark
Andere Symptome	kein	leicht	mittel	stark

1. Kerndatensatz für Palliativpatienten: Erfassung zu Beginn und Ende der Palliativversorgung	
Items	Antworten, Kategorien
Identifikationsnummer	Fortlaufende eindeutige Nr. des Patienten
Demographische Angaben	
Alter	numerisch
Aufnahmedatum	Datum
Geschlecht	weiblich männlich
Wohnsituation	allein Heim mit Angehörigen Sonstige
Angaben zur Erkrankung	
Hauptdiagnose/Grundkrankheit (palliativmedizinisch relevant)	ICD (eine)
Funktionsstatus (ECOG)	Normale Aktivität Gehfähig, leichte Arbeit möglich Nicht arbeitsfähig, kann > 50% der Wochzeit aufstehen Begrenzte Selbstversorgung, > 50% Wochzeit betragend Pflegebefürdung, permanent bettlägerig
Angaben zur Versorgung (Strukturqualität)	
Behandlung, Begleitung (bei Behandlungsbeginn oder bei Übernahme des Patienten)	ambulant SAPV Team Hausarzt Ambulante Pflege Palliativarzt (CPA) Palliativpflege (AHPF, APD) Palliativberatung (AHPB) Ehrenamtlicher Dienst Palliative Care Team stationär KH KH (Palliativstation) Heim Stationäres Hospiz <i>Spezialien</i>
Angaben zur Therapie (Prozessqualität)	
Opiode der WHO Stufe III	ja / nein
Steroide	ja / nein
Chemotherapie	nein / fortgesetzt / initiiert
Strahlentherapie	nein / fortgesetzt / initiiert
besonderer Aufwand mit:	Text
Angaben zum weiteren Verlauf, Abschluss (Ergebnisqualität)	
Welches Problem konnte besonders gut gelöst werden?	Text
Welches Problem konnte nicht ausreichend gelöst werden?	Text
Datum (Erlassung / Änderung der Betreuung / Tod)	Datum
Therapieende	Verstorben Verlegung, Entlassung Sonstiges:
Sterbeort	Zuhause Heim Krankenhaus Palliativstation Hospiz unbekannt
Zufriedenheit mit der Behandlung	sehr schlecht schlecht mittel gut sehr gut

Wöchentliche multiprofessionelle Teamvisite

Therapiebeschreibung

Dokumentation erfolgt unter Bezugnahme auf ausführliche Darstellung an anderer Stelle

Aktuelles	Übelkeit gebessert nach ANpassung der Bedarfs- und Regelmedikation; in der Nacht zweimalige Schmerzkrisen, Besserung auf Bedarfs- und Krisenmedikationsgabe; kreisende Gedanken in der Nacht; objektiv und subjektiv schlechte Schlafqualität
Wochenergebnis	Ileostoma fördert nach Anpassung der Laxantien und PAMORA Therapie regelmässig; nach 5 Tagen antimykotischer Behandlung Rückgang Exanthem unter St-Platte und nach 7 Tagen Acic Rückgang Bläschen; häufig angespannt, erschwerte Auseinandersetzung mit Immobil. und Au-
Symptomkomplex und Anamnese	Ü/E bei Ileus, Schmerzen, progredientes, multipel metastasiertes Ov-Ca ED 12/16 mit multiplen Chemotherapien
Therapieziel	Symptomlinderung, Unterstützung der Angehörigen, ggf. Versorgungsplanung, ggf. Begleitung in der Sterbephase
Prozedere / Aufträge / Termine	Ärzte: klinische Verlaufsevaluation; Symptomevaluation; Anpassen der Sz-Medikation, Steigerung Festmedik., Aciclovir noch vier Tage fortsetzen, Unterstützung der Angehörigen, ggf. Versorgungsplanung Pflege: begleitende/aktivierende Pflegemaßnahmen; Stomatherapie reuieren Seelsorge: - Psychologie: Gesprächsangebot an weiterführen. Grübelzwang und Autonomieverlust adressieren; Physiotherapie: auf Wohlbefinden ausgerichtete Behandlung ergänzen um Mobilitäts-fördernde Maßnahmen Case Management: Stomatherapie der Med I / Chirurgie einbinden:



Strukturierte Symptomerfassung

Best Practice Empfehlungen der CCC

6. Einbezug der spezialisierten Palliativmedizin in Entscheidungsprozesse innerhalb eines CCC

6.1 Die spezialisierte Palliativmedizin soll in Lenkungsorganen eines CCCs zur prospektiven Förderung der fachübergreifenden Zusammenarbeit mit eingebunden sein.

6.2 Bei allen Patienten des CCC mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung soll die Erfassung von Symptomen und psychosozialen Belastungen der Patienten mit Hilfe von validierten multidimensionalen Erfassungsinstrumenten erfolgen.

6.3 Die Möglichkeit, zu den Sprechstundenzeiten einen Spezialisten aus dem Bereich der spezialisierten Palliativmedizin hinzuzuziehen, sollte von onkologisch tätigen Ärzten bei Bedarf an Betroffene kommuniziert werden.

6.4 Im Wartebereich der Ambulanzen von Fachbereichen, die Tumorpatienten behandeln, sollen Informationen zur Palliativmedizin gut sichtbar ausgelegt sein.



Strukturierte Symptomerfassung iPOS

For staff use
Patient number:

IPOS Patient Version



www.pos-pal.org

Name:

Date (dd/mm/yyyy): / /

Please write clearly, one letter or digit per box. Your answers will help us to keep improving your care and the care of others.

Thank you.

Q1. What have been your main problems or concerns over the past 3 days?

1. _____

2. _____

3. _____



Strukturierte Symptomerfassung iPOS

Q2. Below is a list of symptoms, which you may or may not have experienced. For each symptom, please tick one box that best describes how it has affected you over the past 3 days.

	<i>Not at all</i>	<i>Slightly</i>	<i>Moderately</i>	<i>Severely</i>	<i>Overwhelmingly</i>
Pain	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Shortness of breath	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Weakness or lack of energy	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Nausea (feeling like you are going to be sick)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Vomiting (being sick)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Poor appetite	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Constipation	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sore or dry mouth	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Drowsiness	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Poor mobility	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Please list any other symptoms not mentioned above, and tick one box to show how they have affected you over the past 3 days.

1. _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2. _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3. _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>



Strukturierte Symptomerfassung iPOS

Over the past 3 days:

	<i>Not at all</i>	<i>Occasionally</i>	<i>Sometimes</i>	<i>Most of the time</i>	<i>Always</i>
Q3. Have you been feeling anxious or worried about your illness or treatment?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q4. Have any of your family or friends been anxious or worried about you?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q5. Have you been feeling depressed?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	<i>Always</i>	<i>Most of the time</i>	<i>Sometimes</i>	<i>Occasionally</i>	<i>Not at all</i>
Q6. Have you felt at peace?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q7. Have you been able to share how you are feeling with your family or friends as much as you wanted?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q8. Have you had as much information as you wanted?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>



Strukturierte Symptomerfassung iPOS

	<i>Problems addressed/ No problems</i>	<i>Problems mostly addressed</i>	<i>Problems partly addressed</i>	<i>Problems hardly addressed</i>	<i>Problems not addressed</i>
Q9. Have any practical problems resulting from your illness been addressed? (such as financial or personal)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	<i>On my own</i>	<i>With help from a friend or relative</i>	<i>With help from a member of staff</i>
Q10 How did you complete this questionnaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Erlanger Basiskurs Palliativmedizin

SELBSTERFASSUNG UND FREMDERFASSUNG



Strukturierte Symptomerfassung Selbsterfassung

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:					
<input type="checkbox"/> Sprachproblemen <input type="checkbox"/> Schwäche <input type="checkbox"/> Kognitiven Störungen <input type="checkbox"/> Patient lehnt ab <input type="checkbox"/> keine Zeit					



Strukturierte Symptomerfassung

Fremderfassung

Cerner Tobias Steigleder, Dr. med. UKER

Geb.-Dat.: [redacted] PM Station 1 Arzt

Allergien: (0) Nicht konfiguriert DRG Fall-Nr.: [redacted] Pat-Nr.: [redacted] Palliativmedizin Aufnahme datum: 18.06.201

Patientenakte Übersicht Dokumentieren Behandlungsplan Anforderungen Maßnahmen Aufenthalt

Leistungserfassung {PM} Eingetragen/geändert von Tobias Steigleder, Dr. med.

Leistungserf...
Symptomerfas...

Beurteilung/Dok
Arztbrief
Kodierung
Notizen

Symptom Verlauf Palliativmedizin

Symptome

Die einzelnen Symptome in ganzen Zahlen von 0 bis 3 angeben:
- leeres Feld: nicht erfasst
- 0: kein
- 1: leicht
- 2: mittel
- 3: stark

Schmerz	2	
Übelkeit	1	
Erbrechen	0	
Luftnot	1	
Verstopfung	0	
Schwäche	2	
Appetitmangel	2	
Pflegeprobleme Wunden	1	
Hilfe bei ATL	1	
Müdigkeit	2	
Depressivität	1	
Angst	1	
Anspannung	2	
Desorientiertheit	0	
Organisation Versorgung	1	
Überforderung Familie	2	
Sonstiges 1	psychomotorische Verlangsamung	1
Sonstiges 2		
Sonstiges 3		



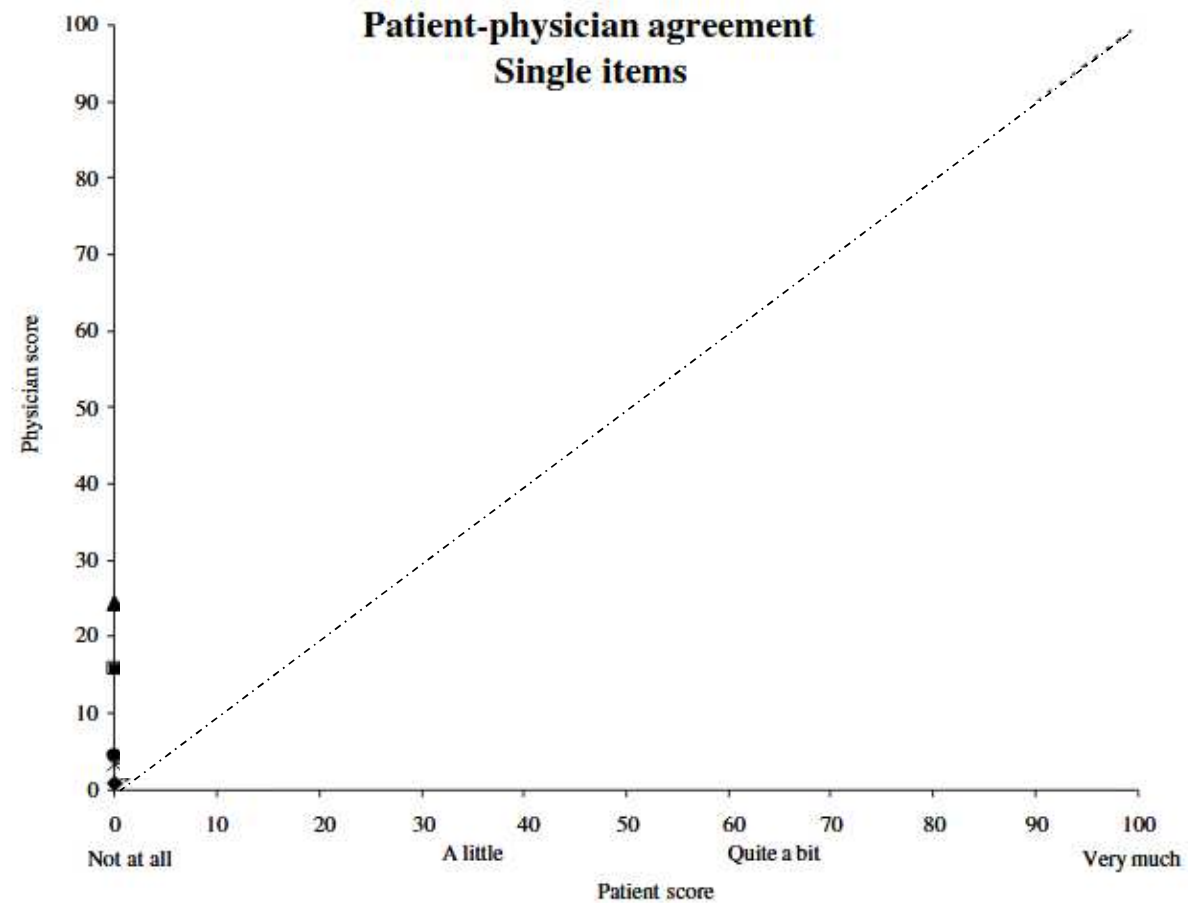
Fremd- und Selbsterfassung

Somatische und psychosoziale Symptomlast



Fremd- und Selbsterfassung

Health related quality of life

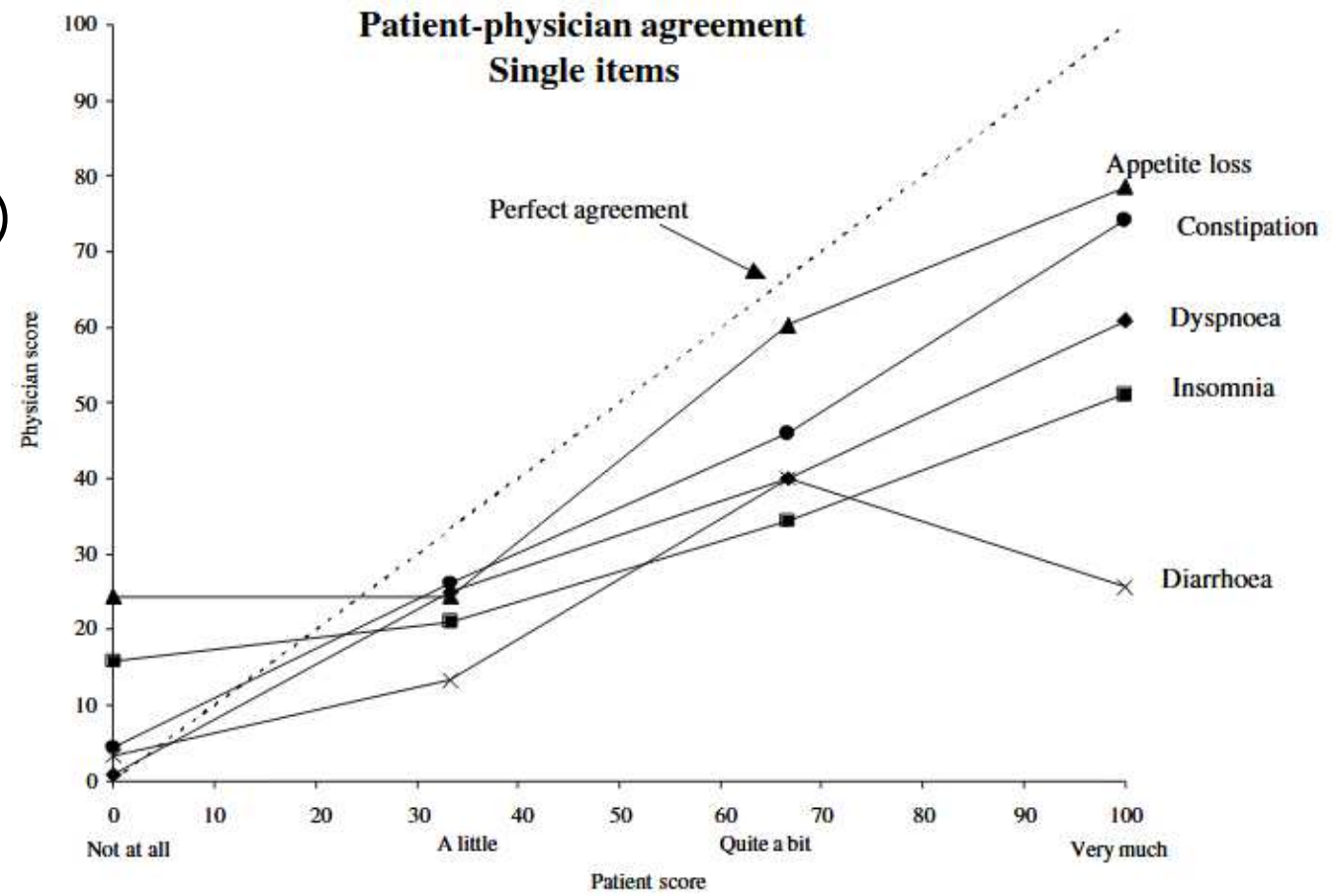


Fremd- und Selbsterfassung

Health related quality of life

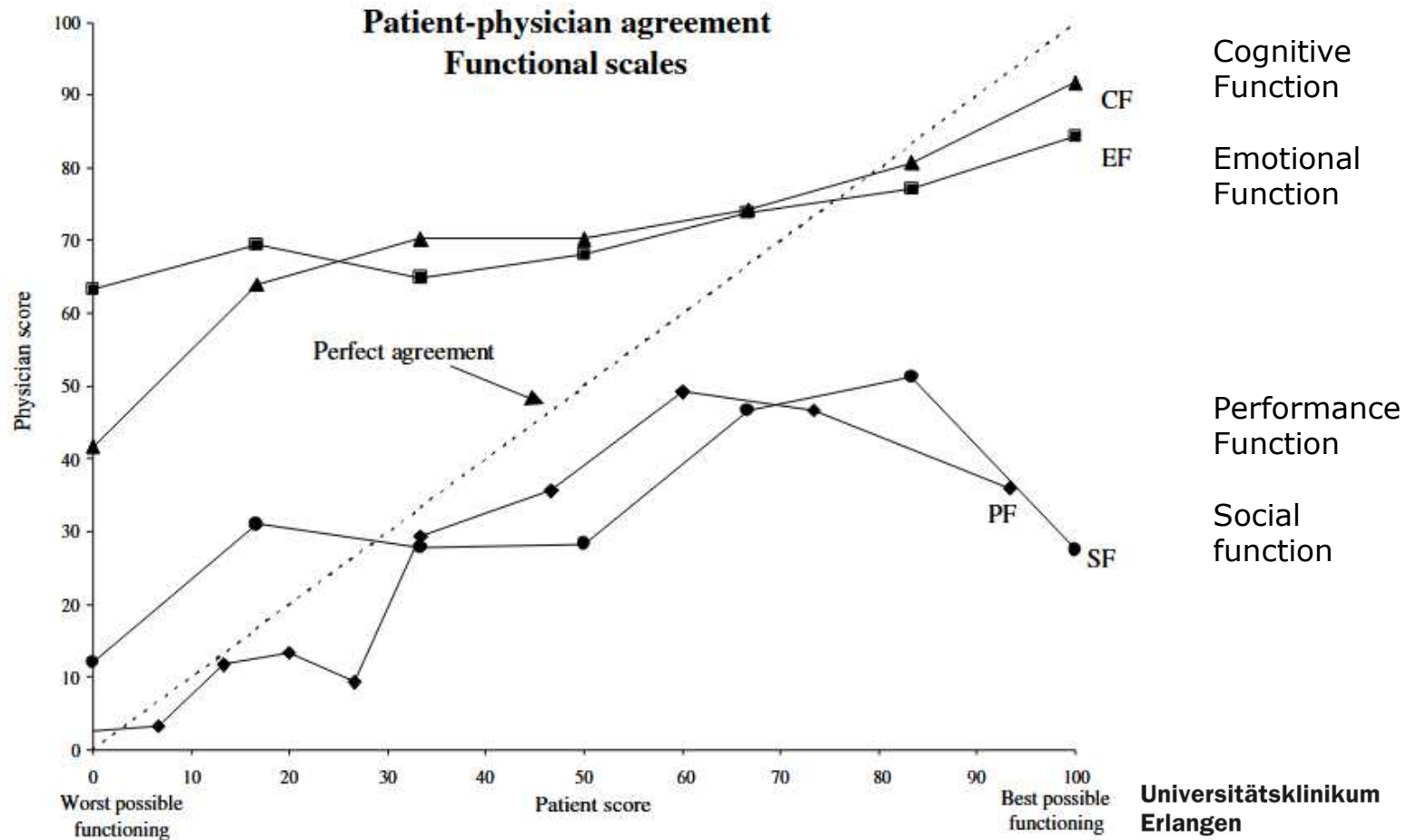
Am schlechtesten:
 Luftnot (-15)
 Sozialfunktionen (+18)

Am besten:
 Fatigue (-7.0)
 Verstopfung (-8.7)



Fremd- und Selbsterfassung

Health related quality of life



Überschätzt:
Physische Funktion
Sozialfunktionen

Alle anderen Domänen unterschätzt,
u.a. kognitive und emotionale Funktion und Schlafstörungen als stärkste Abweichende

Erlanger Basiskurs Palliativmedizin

MULTIDIMENSIONALE SYMPTOMERFASSUNG



Symptomerfassung und Spiritualität

JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE
Volume 9, Number 5, 2006

Spiritual Pain among Patients with Advanced Cancer in Palliative Care

CATERINA MAKO, Th.M.,¹ KATHLEEN GALEK, Ph.D.,² and SHANNON R. POPPITO, Ph.D.³



Symptomfassung und Spiritualität

TABLE 1. DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF PARTICIPANTS (*n* = 57)

	%	n
Gender		
Male	40.4	23
Female	59.6	34
Age		
43–58	28.1	16
59–74	42.1	24
75–89	29.8	17
Religion		
Catholic	54.4	31
Protestant	29.8	17
Jewish	8.8	5
Muslim	5.3	3
Hindu	1.8	1
Ethnicity		
Caucasian	54.4	31
Black	21.1	12
Caribbean	10.5	6
Jewish	7.0	4
Asian	3.5	2
Hispanic	3.5	2

1. What is spiritual pain to you?
2. Are you experiencing spiritual pain now?
3. "How would you rate the intensity of your spiritual pain?"

Symptomerfassung und Spiritualität

- 96% der Patienten berichten *spiritual pain*
- Intensität NRS, 0-10:
4.7 (*standard deviation* 4.03)
- Hohe Korrelation mit Depression
 - Vorhandensein: $r = 0.43$, $p < .001$
 - Schwere: $r = 0.50$, $p < 0.001$
- Korrelation mit Opiateinnahme
 - $r = 0.31$, $p < 0.05$



Symptomerfassung und Spiritualität

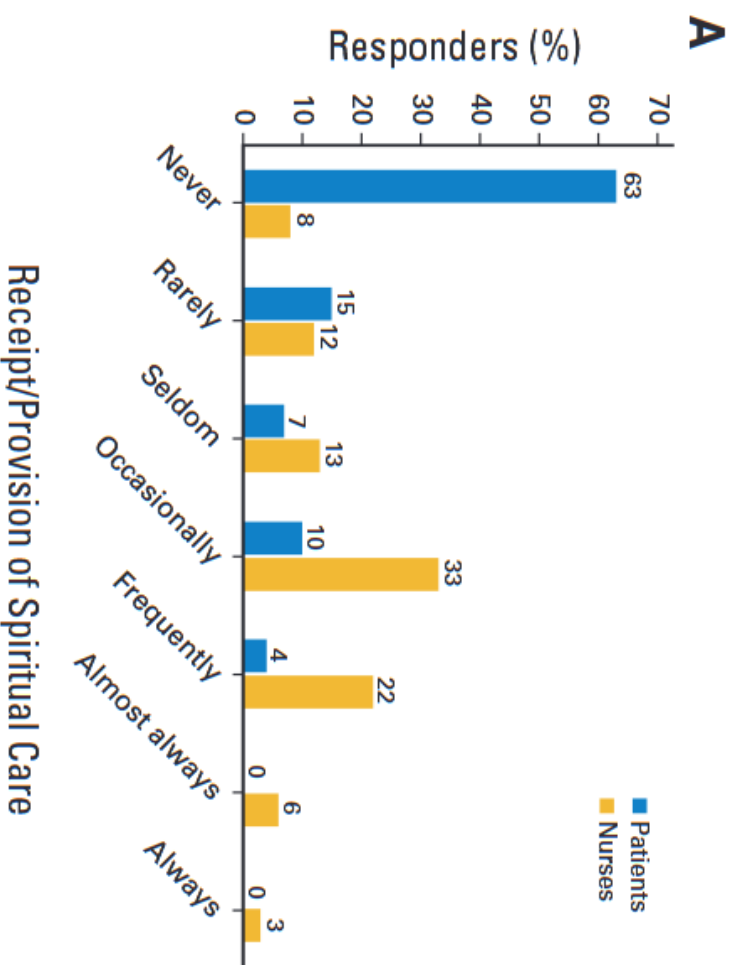
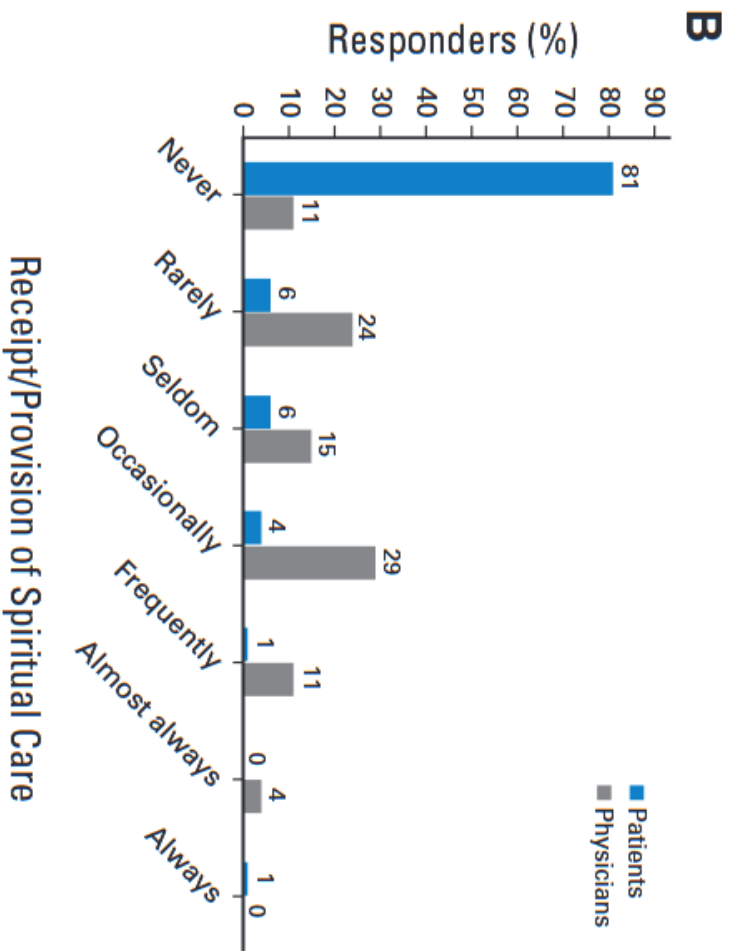
- Keine Korrelation mit
 - Schmerz (NRS)
 - Schwere der Erkrankung (*perceived seriousness of illness*)
- Keine Korrelation mit
 - Alter
 - Geschlecht
 - Krankheitsverlauf
 - Religiosität



Symptomfassung und Spiritualität

<i>Tripartite model</i>	<i>Relational domain</i>	<i>Emotional distress resulting from rupture in relational domain</i>
Intrapsychic 48%	Self	Despair (40%) Isolation (20%) Regret (10%) Anxiety (10%)
Interpersonal 38%	Others	Isolation (71%) Regret (24%) Despair (32%)
Divine 13%	The Transcendent God/Higher power Life/Nature	Anxiety (28%) Isolation (8%)

Symptomerfassung und Spiritualität




Symptomerfassung und Spiritualität

For staff use
Patient number:

IPOS Patient Version

Name: _____

Date (dd/mm/yyyy):

 www.pos-pal.org

Please write clearly, one letter or digit per box. Your answers will help us to keep improving your care and the care of others.

Thank you.

Q1. What have been your main problems or concerns over the past 3 days?

1. _____

2. _____

3. _____

Q2. Below is a list of symptoms, which you may or may not have experienced. For each symptom, please tick one box that best describes how it has affected you over the past 3 days.

	Not at all	Slightly	Moderately	Severely	Overwhelmingly
Pain	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Shortness of breath	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Weakness or lack of energy	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Nausea (feeling like you are going to be sick)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Vomiting (being sick)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Poor appetite	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Constipation	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sore or dry mouth	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Drowsiness	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Poor mobility	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Please list any other symptoms not mentioned above, and tick one box to show how they have affected you over the past 3 days.

1. _____ 0 1 2 3 4

2. _____ 0 1 2 3 4

3. _____ 0 1 2 3 4

Over the past 3 days:

	Not at all	Occasionally	Sometimes	Most of the time	Always
Q3. Have you been feeling anxious or worried about your illness or treatment?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q4. Have any of your family or friends been anxious or worried about you?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q5. Have you been feeling depressed?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	Always	Most of the time	Sometimes	Occasionally	Not at all
Q6. Have you felt at peace?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q7. Have you been able to share how you are feeling with your family or friends as much as you wanted?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q8. Have you had as much information as you wanted?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	Problems addressed/ No problems	Problems mostly addressed	Problems partly addressed	Problems hardly addressed	Problems not addressed
Q9. Have any practical problems resulting from your illness been addressed? (such as financial or personal)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	On my own	With help from a friend or relative	With help from a member of staff
Q10. How did you complete this questionnaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Frage nach Spiritualität



Symptomerfassung und Spiritualität



Frage nach seelischem / spirituellem Leid



Frage nach Spiritualität

1. What is spiritual pain to you?
2. Are you experiencing spiritual pain now?
3. "How would you rate the intensity of your spiritual pain?"



MULTIDIMENSIONALE SYMPTOM- ERFASSUNG - PSYCHISCHES LEID



Multidimensionale Symptomerfassung

psychisches Leid

- Ansprechen und aussprechen
- „Angst“ und „Sorgen“ als Begriffe benennen und danach explizit fragen



Multidimensionale Symptomerfassung *psychisches Leid – formale Diagnose*

■ Depression

- Die Symptome mindestens zwei Wochen
- Keine manischen/hypomanischen Symptome in der Anamnese
- nicht infolge organischer Störung oder psychotroper Substanzen

- **Gedrückte Stimmung**
- **Interessenverlust**
- **Antriebsverlust**
- Verminderung von Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Schuldgefühle, Gefühl der Wertlosigkeit
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Gedanken an Selbstverletzung oder Suizidhandlungen
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit

Multidimensionale Symptomerfassung

psychisches Leid – deskriptive Diagnose unter operationaler Intention

bei Patienten mit schwerer und fortgeschrittener Erkrankung,
bei Krebspatienten

Depressionsscreening:

Fühlten Sie sich im letzten Monat niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos? ja / nein

Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun? ja / nein



Erlanger Basiskurs Palliativmedizin

SYMPTOMERFASSUNG BEI UNZUREICHENDER KONTAKTFÄHIGKEIT



Symptomerfassung bei unzureichender Kontaktfähigkeit

- Kontaktfähigkeit sicherstellen
- Nicht (*nur*) der Eindruck zählt, sondern (*vor allem*) die Untersuchung
- Zwei Aufforderungen, die zwei verschiedene motorische Funktionsbereiche betreffen
 - Zunge herausstrecken / Augen zukneifen / Mund weit öffnen
 - Arm heben / Faust schließen / Hand drücken
- Bei fehlender Kontaktfähigkeit → indirekte Zeichen zur Erhebung der Symptomlast



Indirekte Zeichen von Symptomlast

- **Grimassieren**
- **Artikulieren**
- **Abwehrbewegung / Muskeltonuserhöhung**
- **Autonome Parameter**
 - Gesichtsrötung
 - Tränenlaufen
 - Schwitzen
- **Vitalparameter**
 - Blutdruck
 - Puls
 - Atemfrequenz



Items on Pain Assessment Tools for Nonverbal Older Adults with Dementia Compared to AGS Guidelines Behavioral Pain Indicators^{41,a}

AGS Guidelines ⁵¹	Abbey Scale ⁶⁸	ADD ⁴⁹	CNPI ⁴⁴	Doloplus 2 ⁷⁰	DS-DAT ⁶⁹
Facial expressions Slight frown; sad, frightened face Grimacing, wrinkled forehead, closed or tightened eyes Any distorted expression Rapid blinking	Frowning, grimacing, looking frightened, looking tense	Sad or frightened facial expression	Facial grimacing or wincing, (clenched teeth, furrowed brow, tightened lips, narrowed eyes)	Expression: - Showing pain - Unusually blank look (voiceless, staring, blank looks)	Frown Sad facial expression Frightened facial expression Content of facial expression
Verbalizations, vocalizations Sighing, moaning, groaning Grunting, chanting, calling out Noisy breathing Asking for help Verbally abusive	Whimpering, groaning	Intense repetitive verbalization Verbal outburst toward another person Noisy breathing	Vocal complaints (that hurts, ouch, stop) Nonverbal vocalization (sighs, gasps, moans, cries)	Somatic complaints: - Expressed upon inquiry only - Occasional involuntary - Continuous involuntary	Negative vocalization Noisy breathing
Body movements Rigid, tense body posture, guarding Fidgeting Increased pacing, rocking Restricted movement Gait or mobility changes	Guarding part of body Fidgeting Rocking	Tense body language Fidgeting Tense repetitive movement During transfers: grimace, brace himself, groan	Massaging the affected area Restlessness (shifting, rocking, inability to sit still) Bracing behavior (clutching or holding affected area during movement)	Somatic reactions: Protective body postures at rest: - Avoiding certain positions - Protective postures - Protection of sore areas Mobility: - Usual activities reduced - Resistive to movement	Guarding body language Fidgeting Relaxed body language
Changes in interpersonal interactions Aggressive, combative, resisting care Decreased social interactions Socially inappropriate, disruptive Withdrawn	Withdrawn	Physical aggression Withdrawn behavior		Communication: - Heightened, demanding attention, lessened, absence/refusal of any form of communication Social life: - Participation in activities: normally, only when asked to do so, sometimes refuses, refuses to participate in anything Behavioral problems	

grimacing, frown


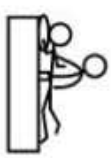

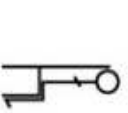
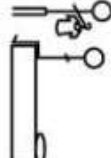
vocalization, noisy breathing

tension, bracing/ clenching

Social withdrawal, aggressive behaviour







+
-

Indirekte Zeichen von Symptomlast

		Did you do this? Check Yes or No	Did you see pain when you did this? Check Yes or No
(a) Put resident in bed OR saw resident lying down		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(b) Turned resident in bed		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(c) Transferred resident (bed to chair, chair to bed, standing or wheelchair to toilet)		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(d) Sat resident up (bed or chair) OR saw resident sitting		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(e) Dressed resident		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

NOPPAIN (Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument) Activity Chart Check List

Pain Response (What did you see and hear during care?)

<p>Pain Words?</p> <ul style="list-style-type: none"> • "That hurts!" • "Ouch!" • Cursing • "Stop that!" <p>How intense were the pain words? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p>  <p>0 1 2 3 4 5 Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity</p>	<p>Pain Faces?</p> <ul style="list-style-type: none"> • grimaces • furrowed brow • winces <p>How intense were the pain faces? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p>  <p>0 1 2 3 4 5 Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity</p>	<p>Bracing?</p> <ul style="list-style-type: none"> • rigidity • holding (especially during movement) • guarding <p>How intense was the bracing? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p>  <p>0 1 2 3 4 5 Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity</p>
<p>Pain Noises?</p> <ul style="list-style-type: none"> • moans • cries • gasps • grunts • sighs <p>How intense were the pain noises? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p>  <p>0 1 2 3 4 5 Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity</p>	<p>Rubbing?</p> <ul style="list-style-type: none"> • massaging affected area <p>How intense was the rubbing? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p>  <p>0 1 2 3 4 5 Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity</p>	<p>Restlessness?</p> <ul style="list-style-type: none"> • frequent shifting • inability to stay still • rocking <p>How intense was the restlessness? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p>  <p>0 1 2 3 4 5 Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity</p>