

Empfehlung klinische Assessments für Patienten in Palliative Care Situationen

1. Anwendungskontext

Fachpersonen, welche Patienten in einer Palliativsituation betreuen. Basis-Assessmentinstrumente werden in der Grundversorgung resp. durch Professionelle mit Grundausbildung (Level A, B1) in Palliative Care eingesetzt, ein vertieftes Assessment, wird durch Fachpersonen mit Ausbildungsniveau B2 oder C durchgeführt.

2. Ziel

- die Besonderheiten des Assessments für Patienten in Palliativsituationen zu beschreiben,
- einen Überblick über ausgewählte spezifische Assessmentinstrumente in der Palliative Care zu geben,
- den Stellenwert der Assessmentinstrumente im Kontext des Assessments darzustellen,
- dies um die best mögliche klinische Beurteilung, Betreuung und Kontinuität in der Einschätzung und Evaluation von Palliativ-Patienten zu erlangen.

3. Definition und Hintergrund

Assessment ist das englische Wort für Einschätzung. Wenn wir von Assessment sprechen in der Palliative Care, ist dies viel mehr als die Anwendung eines Assessmentinstrumentes. Assessment ist die klinische Einschätzung als Prozess, bei dem auch Priorisierungsschritte anfallen.

3.1. Assessment versus Assessmentinstrument

Das **palliative Assessment** schliesst die möglichst umfassende Beurteilung einer Patientensituation ein und bedient sich dazu der Anamnese (Pflege, Arzt und andere Professionelle) und weiteren diagnostischen Massnahmen. Diese Informationen können durch den Einsatz von ausgewählten, spezifischen Assessmentinstrumenten ergänzt werden. Ein diesbezüglich wichtiger Punkt ist, dass Assessmentinstrumente der Palliative Care Faktoren / Probleme messen, die in kurativen Situationen häufig im Hintergrund stehen, in der palliativen Situation aber wesentlich sind und somit erfasst werden müssen. Dies können u.a. sein: spontan wenig geäusserte Symptome, familiäre Unterstützung, spiritueller Stress oder spirituelle Ressourcen, Verarbeitungsmuster oder Entscheidungspräferenzen.

Die Besonderheiten und Herausforderungen des palliativen Assessments sind, dass wir sowohl Leiden als auch Lebensqualität sowie Probleme als auch Ressourcen des Patienten und seiner Angehörigen erfassen möchten.¹ Das Stellen von Diagnosen im medizinischen Sinn steht nicht im Vordergrund. Es kann aber wichtig sein bekannte Ursachen der aktuellen Problematik besser zu verstehen und veränderbare Krankheiten erkennen zu können (z.B. Knochenmetastasen bei Krebspatienten mit Schmerzen, sekundäre Ursachen für eingeschränkte Nahrungsaufnahme bei Patienten mit körperlicher Müdigkeit, metabolische Störungen bei Verwirrung).

Ein **Assessmentinstrument** ist ein Instrument (Fragebogen, Darstellung u.a.) mit vordefinierten Kriterien, das eine strukturierte Vorgehensweise hat, um typische und umschriebene Situationen im Leben von Patienten einzuschätzen. Idealerweise liegt dem Instrument eine evidenz- und/oder konsensus-basierte Klassifikation² zugrunde.

Die klinische Verwendung eines Assessmentinstrumentes ist nicht selbsterklärend. Vielmehr ist

*Aus Gründen der Lesefreundlichkeit wird nur die männliche Schreibweise verwendet. Selbstverständlich ist die weibliche Form mit angesprochen



es ein Baustein des Assessments. Oft wird angenommen, dass die Anwendung eines Assessmentinstrumentes alleine ausreicht für die klinische Beurteilung eines Problems, dem ist aber nicht so, vielmehr kann dies irreführend und somit auch gefährlich sein.

3.2. Validation eines Assessmentinstrumentes

Assessmentinstrumente sollten validiert sein, damit sie die Phänomene messen, die sie zu messen vorgeben. Dies geschieht typischerweise gegen einen Goldstandard (= aktuell bestes Beurteilungsinstrument). Die Validierung umfasst zusätzlich die Beurteilung der Zuverlässigkeit des Instruments (sog. Reliabilität) und der Fähigkeit des Instrumentes Unterschiede (z.B. bei einer Verlaufserfassung) zu messen (sog. Validität). Ebenso ist immer zu prüfen, ob das eingesetzte Assessmentinstrument für Palliativpatienten getestet wurde.¹

3.3. Einsatz von Assessmentinstrumenten

Assessmentinstrumente werden im klinischen Alltag häufig auch dort eingesetzt wo wir etwas messen oder vergleichen möchten oder müssen: Zur Qualitätsbeurteilung und zum Monitoring, zum Vergleich von Dienstleistungen (sog. Benchmarking), bei wirtschaftlichen Vergleichen (sozio-ökonomische Aspekte, Kostenkontrolle und Anreize).

3.4. Einflussfaktoren auf das Assessment

a) Symptominteraktionen:

Bei jedem Assessment eines Symptoms (subjektive Empfindung) eines Patienten – egal ob es sich um die Erfragung während der Anamnese oder bei der Anwendung eines Assessmentinstrument handelt – muss beachtet werden, dass verschiedene Faktoren die Symptomexpression (Äusserung, Ausdrücken eines Symptoms) verändern können.

Deshalb müssen folgende Faktoren berücksichtigt werden:

- Eingeschränkte kognitive Fähigkeiten (*dementielle Entwicklung, Delir u.a.*)
- Emotionale Belastung (*Angst, depressive Episode, existentielle Belastung u.a.*)
- Coping des Patienten / der Familie (*Art mit belastenden Erlebnissen umzugehen*)
- Symptominteraktionen (*z.B. Angst kann den Schmerz verstärken und umgekehrt*)
- Sich schnell ändernde Patientensituation (rapide Verschlechterung)
- Syndromspezifische Einflussfaktoren (*z.B. bei Müdigkeit: körperlich, emotional und kognitiv*)

b) Setting:

Der Anwendungskontext kann die Aussagekraft eines Assessments beeinflussen:

- Befinden sich Patient und Untersucher in einer möglichst angenehmen Situation?
- ist der Patient aufgeklärt über den Zweck, die Art, und die notwendige Zeit des Assessments?
- hat der Patient die Gewissheit, dass der Untersucher seinen Willen und Grenzen respektiert?

c) Involvierte Personen: Wer wendet das Assessment-Instrument an?

Gewisse Assessmentinstrumente sind so ausgelegt, dass sie von Fachpersonen ausgefüllt werden müssen, viele andere Instrumente sollen und können von den Patienten selbst ausgefüllt werden. Wenn jemand dabei hilft (z.B. Angehörige, Pflegefachpersonen), soll dies dokumentiert werden. Die Person, die ein Assessmentinstrument verwendet, muss dieses Instrument gut kennen, um es effektiv einzusetzen und richtig interpretieren zu können.

4. Bedeutung des Assessment

Assessments haben charakteristischerweise verschiedene Bedeutungen, abhängig vom Ziel (Früherkennung [screening], Priorisierung, Verlaufsbeurteilung, und Verständniss-Förderung über das Erleben von Patienten im klinischen Alltag; strukturierte und kontinuierliche patientenzentrierte Kommunikation zwischen Fachpersonen; Qualitätsbeurteilung; oder Effektivitätsforschung), dem Anwendungskontext (Ambulatorium, Station, Netzwerk) und den individuellen Fachpersonen (Kernkompetenzen, persönliche Arbeitsweisen).

4.1 Bedeutung des Assessment für die Fachperson und das therapeutische Team

Für Professionelle ist das Assessment eine Möglichkeit, eine Patientensituation einzuschätzen. Es ermöglicht eine ganzheitliche Erfassung, durch ein strukturiertes Vorgehen, auf dieser Grundlage kann eine Priorisierung erfolgen. Das Assessment ist die Basis auf der mögliche Interventionen oder Therapien beruhen, pflegerisch wie ärztlich. Je nach Assessment wird auch ein Verlauf ersichtlich und dokumentiert, Behandlungen können sinnvoll angepasst werden. Es zeigt ein erstes „Bild“ des Patienten und seiner Angehörigen sowie der Situation, je nachdem können daraus noch gezielter Assessments eingesetzt werden. Auch strukturierte Assessments können eine Brücke zum Gespräch mit dem Patienten und seinen Angehörigen darstellen. Teils erleben Professionelle jedoch auch dass ein Assessment nicht immer gleich angewendet wird (subjektiv), und dass dadurch Interpretationsmöglichkeiten entstehen. Professionelle bringen unterschiedliche Erfahrungswerte mit, es können Unsicherheiten in der Anwendung des Assessments bestehen. Das strukturierte Vorgehen empfinden nicht alle Ausführenden als Vorteil, es wird manchmal als zu wenig narrativ empfunden, lässt zu wenig Spielraum. Trotz des ganzheitlichen Ansatzes wird es oft als unzureichend empfunden, um ein Gesamtbild zu erhalten. Bei schwerkranken Menschen, die geschwächt sind und rasch ermüden haben die Professionellen manchmal Mühe ein Assessment direkt beim Patienten zu erheben, sie finden es in diesem Moment dann nicht zumutbar und können das sog. Dritt-Personen-Assessment durchführen. Der Zeitaufwand und die mögliche Belastung die ein Assessment für den Patienten darstellen kann im Vergleich zum klinischen Nutzen erfordern konstruktiv-kritische Entscheidungsprozesse der jeweils involvierten Professionellen.

4.2 Assessment aus Sicht des Patienten und der Angehörigen

Für den Patienten kann ein standardisiertes Vorgehen (s. 3.1.) Vertrauen in die Professionalität des betreuenden Teams zur Folge haben. Der Patient fühlt sich ernst genommen durch die ganzheitliche Form der Erfassung, die auch die psycho-soziale und spirituelle Aspekte einbezieht, dadurch wird eine Fokussierung oder Reduktion auf seine rein körperlichen Symptome oder Probleme, vermieden. Bei schwerkranken oder sterbenden Patienten kann ein quantitativ-strukturiertes Assessment selten die Menschen in ihrer Ganzheit erfassen, eine narrative Form des klinischen Assessments ist meistens angebrachter. Manchmal wird es von den Patienten als schwierig erlebt das Ausmass eines Symptoms z.B. in einer Zahl zu benennen oder sie können den Zusammenhang bzw. den Sinn des Assessments in ihrer jetzigen Situation nicht erkennen. Angehörige von Patienten können die ganzheitliche Erfassung als positiv erleben und auch als entlastend, da auch schwierige Themen angesprochen werden. Die Offenlegung schwieriger Themen, können jedoch auch innerhalb des persönlichen Umfeldes des Patienten unter Umständen Konflikte verursachen.

5. Klinisches Assessment in der Palliative Care: Praktisches Vorgehen

Das klinische Assessment von Patienten in Palliative Care Situationen orientiert sich an den Hauptinterventionen der Palliative Care: Verständnis und Umgang mit der unheilbaren Krankheit unterstützen, multidimensionale Symptomkontrolle, krankheitsbezogene Entscheidungsprozesse problem-orientiert begleiten, multidisziplinäre Unterstützung von Patient und Angehörigen in der Behandlungskette, Vorbereitung auf das Lebensende und Begleitung im Sterbe- und Trauerprozess. Das Assessment beinhaltet das periodische Basisassessment, das Screening im Alltag, und das problem-orientierte vertiefte Assessment gemäss Prioritäten.

Die praktische Umsetzung ist, kann und darf unterschiedlich sein in den verschiedenen klinischen Settings (Zentrums-Palliativstationen, Konsiliardienst im Akutspital, Ambulatorium Palliative Care, spezialisierte Ambulatorien [onkologische Palliativmedizin, chronischer Schmerz, etc.], Betreuung zuhause mit Hausarzt und Spitex, ergänzt durch palliativen Brückendienst, Fachspezialist [praktizierender Onkologe], Hospiz oder Pflegeheim). Wichtig ist, dass zentrale Informationen im Netzwerk kommuniziert werden [s. 6.2.].

5.1. Das palliative Assessment beginnt mit der Exploration/Gespräch mit dem Patienten (Anamnese: Pflege, Arzt), schliesst dann meist die Exploration des Familiensystems ein (Fremdanamnese) und ergänzt diese mit Informationen der bisher betreuenden Personen (Spitex, Hausarzt, Brückendienst u.a.). Diese Informationen werden durch den gezielten Einsatz von Assessmentinstrumenten zum Screening und vertieften, modularen Zusatzuntersuchungen ergänzt/vervollständigt, um Prioritäten festzulegen.

Ein von **spezialisierten Palliative Care Teams** oft angewendetes Vorgehen erfasst gezielt die für den Behandlungs- und Betreuungsplan wichtigen Dimensionen: Symptome, Entscheidungen, Netzwerk, Support (Familien), und End-of-life (sog. SENS-E). Ein ähnliche Vorgehensweise erfolgt (Schwerpunkt Onkologie) mit Erfassung der Dimensionen der „5 Kerninterventionen“: Krankheitsverständnis, Symptomkontrolle, Entscheidungen (insbes. krebsspezifische Therapien), Netzwerk-Koordination und Familien, Umgang mit der lebensbedrohlichen Krankheit. Ein weitere Vorgehensweise orientiert sich konsequent an den 4 Dimensionen körperlich, psychisch, sozial, und spirituell und dokumentiert in jedem Feld die aktuellen Informationen.

5.2. Es werden drei Arten von Assessments und Assessmentinstrumenten (s. Tabelle) unterschieden: Basisassessments zum Screening, vertiefende Assessment für Prioritäten und Verlaufsassessments und Assessmentinstrumente.

5.2.1. Assessments zum Screening

(sog. Basisassessments – siehe Screeningblatt im digitalen Pall-Ordner):

- a) **Symptome:** Proaktives Erfassen von körperlichen (Schmerz, Müdigkeit, Atemnot, Appetitlosigkeit, Uebelkeit, Benommenheit, u.a.) und psychischen (Angst, Depression, u.a.) Beschwerden und deren Quantifizierung (1-10). Die Erfassung erfolgt typischerweise mit einem Formular (Papier oder elektronisch), sie kann auch unterstützt oder indirekt durch Angehörige oder Fachpersonen erfolgen und einfacher (ja/nein, kein-leicht-mittel-schwer) kategorisiert werden. Dieses Vorgehen soll vermerkt werden. Bei Patienten mit kognitiver Einschränkung können Fremdassessments eingesetzt werden (z.B. DoloPlus für Schmerz).

→ etabliertes Instrument: **r-ESAS** (Edmonton Symptom Assessment System).³



- b) **Kognitive Funktion:** Eine Frage an Patient und Angehörige („haben Sie das Gefühl in den letzten Tagen Mühe zu haben mit dem Denken?“ oder „haben Sie beobachtet, dass in den letzten Stunden/Tagen ihr Angehöriger Mühe hatte mit dem Denken oder Gedächtnis?“) ist validiert zur Früherkennung (sog. **SQIDS**).⁴ Die Kurzform des Mini-Mental-Status-Questionnaire (**m-MMSE**) mit 4 Fragen (2 x zeitliche Orientierung, zurück buch-stabieren, Graphik abzeichnen) ist etabliert um die eingeschränkte kognitive Funktion auszuschliessen (guter negativ prädiktiver Faktor).
- c) **Körperliche Funktion:** Eine grobe Einschätzung ist wichtig
→ etabliertes Instrument: Karnofsky Performance Scale (**KPS / ECOG**)
- d) **Spirituelle, existenzielle Dimension:** 1-2 Fragen sind ausreichend, es gibt zurzeit keinen Konsensus für ein Instrument. Typische Fragen sind: „Ist für Sie der Glaube an etwas Höheres oder die Spiritualität wichtig?“ oder „was gibt Ihnen **Sinn** im Leben?“
- e) **Soziale Dimension:** Hier sollte grob erfasst werden, wie der Patient sich eingebettet, unterstützt oder belastet fühlt in seinem **sozialen Umfeld**. Typische Fragen: „Wie stark fühlen Sie sich getragen durch andere Menschen, wie Ihre Angehörigen oder auch weitere Personen wie Bekannte oder Fachpersonen wie Spitex?“.

5.2.2. Vertiefende Assessments und Assessmentinstrumente

Es können, teilweise überlappende, Kategorien vertiefender Assessments und Assessment-Instrumente unterschieden werden, welche verschiedene Aspekte der Palliative Care Vorgehensweise in der aktuellen Situation oder Begleitumstand beleuchten.

- a) Stützung einer **Diagnose**, z.B.
- Delirium: Delirium Observation Scale (DOS); Confusion Assessment Measure (CAM)
- Kognition: z.B. Uhrentest, Mini-Mental Status Questionnaire (MMSQ)
- Angst und Depression: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
- b) **Kategorisierung** / Klassifizierung eines Symptoms oder Syndroms, z.B.
- Müdigkeit: Single Item Fatigue (SIF), Brief Fatigue Inventory (BFI), u.a.
- Schmerz: Edmonton Classification System of Cancer Pain (ECS-CP), Lokalisation
- Malnutrition: Sekundäre Nutrition Impact Symptoms (S-NIS),
- Kachexie: SIPP-Assessment (Storage, Intake, Potential, Performance), FAACT
- c) Krankheits**verständnis**, Entscheidungs**präferenzen**, **Umgang** mit unheilbarer Krankheit
Dies sind keine eigentlichen Assessmentinstrumente, aber strukturierte Vorgehensweisen.
- Erfassung wie der Patient (und Angehörige) die Krankheit versteht (Verlauf, Therapien)
- Rückfragen, wie der Patient Entscheidungen treffen möchte
- Patientenverfügung, Testament, Vermächtnisarbeits, Präferenz Todesort, Ziele, Wünsche
- d) **Spirituell – existenzielle Aspekte**
- Religiosität: FICA (Glauben, Wichtigkeit, Gemeinschaft, Wunsch darüber zu sprechen).
- Sinn: SmiLE-Fragebogen
- e) **Körperliche Funktion** und palliatives **Rehabilitations-Potential**
- ADL, IADL (Aktivitäten des täglichen Lebens, unabhängig)
- Muskelfunktions-Test (get-up-and-go, Handgrip-test)
- f) Beurteilung einer **Prognose**
- Überlebenswahrscheinlichkeit: Palliative Prognostic Score (PaP), Vit B12, u.v.a.



g) Beurteilung von **Co-Morbiditäten** und **geriatrischen Syndromen**

- Charlson-Index
- Geriatric Assessments (geriatrische Syndrome / GDS)

h) Erfassung der vertiefteren **sozialen Dimension**, z.B.

- Erstellen eines Sozio-Genogramms (inkl. Interaktionen in der Familie)
(bei komplexeren familiären Verhältnissen können diese bildlich einfach wiedergegeben werden und zusätzlich auch gelebte Beziehungen abbilden)

i) Fachliche Ressourcen (Kompetenzen, Kapazität) von **Support-Netzwerken**

- Erfassungen der bereits involvierten Dienste

5.2.3. Assessmentinstrumente zur Verlaufsbeurteilung von Symptomen / Syndromen, z.B.:

Zur Verlaufsbeurteilung von palliativen Interventionen ist es meistens indiziert, das Ergebnis zu messen (aus klinischer Argumentation und zur Qualitätssicherung), oder zum besseren Verständnis der Beschwerden können Spontanverläufe hilfreich sein. Beispiele:

- Schmerzprotokoll
- Symptome: r-ESAS
- Angst, Depression: HADS
- Delirium: DOS
- Müdigkeit: BFI
- Stuhlgang: Stuhlprotokoll
- Gesamtbefinden: KPS

6. Assessment in Teams und Netzwerken

Aus Respekt gegenüber dem Patienten sowie zur möglichst geringen Belastung des Patienten und der Angehörigen muss darauf geachtet werden, dass Daten und Informationen nicht unnötig mehrfach erfasst werden und der Informationsaustausch unter den Professionellen eines Teams und zwischen den Teams optimal geschieht. Wer was erfasst und die Kanäle des Austausches (mündlich und schriftlich) müssen vordefiniert und strukturiert sein. Häufig ist die gleichzeitige Anwesenheit verschiedener Professionen von Vorteil, da dadurch die Information von mehreren zugleich gehört wird und allfällige Lücken sofort gefüllt werden können.

6.1 Grunddaten

Zur Kommunikation im Netzwerk liegt auf der Hand, dass Name, Alter, Geschlecht, event. Ethnizität und Sprache sowie wichtige Aspekte der Grund-Diagnose und Auswirkungen dokumentiert und kommuniziert werden.

6.2 Kommunikation von Assessmentinstrumenten in Teams und Netzwerken

Die Kommunikation von Assessmentinstrumenten an den Nahtstellen (bei Übergabe des Patienten) im Netzwerk resp zwischen Teams oder Professionen ist wichtig.

Folgende Assessmentinstrumente sind zur Kommunikation im Netzwerk nützlich:

- a) Basisassessmentinstrumente (siehe 5.1. a-e)
- b) Diagnosestützende, prognostische oder kategorisierende Assessmentinstrumente: sollten in einem Bericht erwähnt werden, um zu dokumentieren, auf welcher Basis die Diagnose und die Prognose gestützt wurde und wie die Einteilung des Symptoms/Syndroms erfolgt ist.
- c) Assessmentinstrumente zur Verlaufsbeurteilung sollten konsequent kommuniziert werden.

In Teams und Netzwerken werden weitere wichtige Informationen ausgetauscht, die für die Behandlung, Betreuung und Begleitung wegleitend sind:



a. Priorisierung der wichtigsten Probleme

- Prioritäten des Patienten: diese werden auf Grund des Assessments mit dem Patienten festgelegt/erarbeitet
- Prioritäten der Angehörigen: diese sollen auch erfasst werden. Sie müssen sich aber immer den Prioritäten des Patienten unterordnen.
- Problemliste und Pflegediagnosen: In den Akten wird aus medizinischer Sicht eine Problemliste erstellt und aus pflegerischer Sicht die Pflegediagnosen erarbeitet. Beide werden gegenseitig ausgetauscht und abgeglichen
- Priorisierung der 3 wichtigsten Probleme (mehr ist meistens nicht überschaubar)
- Prognose, Prävention: Elemente der medizinischen Diagnoseliste und Begleiterkrankungen werden soweit erhoben und kommuniziert, als sie die Prognose, den Verlauf, die Entscheidungen beeinflussen können und für die Prävention von Komplikationen von Belang sind.
- Priorisierung im erweiterten Sinn: weitere Prioritäten werden oft breiter gefasst, z.B. Priorisierung des Abschiedsprozesses, des Netzwerkaufbaus, der Befähigung Medikamente im Netzwerk durch Patient, Angehörige und Spitex einzusetzen etc.

b. Entscheidungsfindung

- Reanimationsentscheid
- Patientenverfügung*
- Krankheitsspezifische Massnahmen
- Entlassungsmanagement*

c. Netzwerk

- Familiensystem
- Involvierte Dienste (multi-disziplinäre Professionelle, Freiwillige)

d. Ressourcen

Es ist wünschenswert Information zu den Aspekten der Patientenressourcen zu kommunizieren, vor allem wenn sie in der Betreuung als wichtig erkannt wurden. Dazu können gehören: Verarbeitungsstil (sogenanntes Coping), Aspekte des Familiensystems (siehe auch Sozio-Genogramm), Compliance etc.

7. Assessmentinstrumente in der spezialisierten Palliative Care

Typische Assessments in der spezialisierten Palliative Care

Bei Patient mit:	Wofür	Instrument	Anmerkungen
alle	Basisdaten	SAP, PMS	Demographische Angaben
alle	Screening Symptom	r-ESAS	Bei Erstkontakt, Verlauf
alle	Kognition-Screening	SQIDS und m-MMSE	Zur Abschätzung der Kognition bevor sonst ein intensiveres Assessment gemacht wird Bei Depression nicht verlässlich von Schulbildung abhängig
alle	Krankheitsverständnis	Screening-Frage	Dokumentation von bereits erfolgter Assessments wichtig in der Behandlungskette
alle	Familie, Beziehungen	Sozio-Genogramm	Zeigt Support und kann emotionale Bindungen aufzeigen
alle	Funktion	KPS/ ECOG	
alle	Prognose	PaP	
alle	Spirituelles Assessment	Sinn-Frage oder FICA	
alle	Vorbereitung Lebensende	Screeningfrage (PV, u.a.)	Dokumentation von bereits erfolgter Assessments wichtig in der Behandlungskette

Schmerz	Schmerzerfassung	Schmerz-Klassifikation	
	Schmerzverlauf	Schmerz-protokoll für 3 Tage	Für 3 Tage: stationär: tägliche Evaluation interprofessionell Ambulant: Evaluation spätestens nach 3 Tagen interprofessionell
	V.a. neuropathischen oder gemischten Schmerz	painDETECT	Einmalig: Nicht diagnostisch Diagnose wird mit Pathogenese, Klinik und Anamnese gestellt
	Schwierig einzustellender Schmerz?	ECSA	
	Nicht kommunikative Patientinnen	<i>DoloPlus, ECPA, ZOPA</i>	Unklar, ob es einen Schwellenwert gibt, whs Verlauf wichtiger
	Chronische Schmerzen	Spezielle Assessment-instrumente	
Fatigue*	Einteilung Fatigue	SIF	Alle Patienten mit Fatigue
	Bedeutung Fatigue	BFI	Nur in speziellen Fällen
Atemnot*		Frage aus r-ESAS	
Obstipation*		Victoria Bowel Index (Englisch)	Beschaffenheit von Stuhlgang
		Stuhlprotokoll	Intervall und Beschaffenheit des Stuhlgangs
Kachexie*		S-NIS: sekundäre Kachexieformen	
		SIPP-Kachexie	Zur Entscheidungsfindung Ernährungstherapie
		Essprotokoll	
		ERD	Belastung durch Ernährungsprobleme
Mucositis*		Mundassessment	
Nausea /Vomitus*			Keine spezielles Assessment empfohlen
Kognition		MMSQ, Uhrentest	Bei Depression nicht verlässlich von Schulbildung abhängig
Delir	Screening	DOS	Assessment wird von Pflege durchgeführt. Einmal auf jeder Schicht
	Diagnose	CAM	
Psychologisches Assessment			Was sind ihre Bedenken/Befürchtungen für die Zukunft? mWas bedeutet die Krankheit in Beziehung auf ihre Familie/Freunde? Was hat sich verändert? Was vermissen sie am meisten, seit sie krank sind? Wie ist es zu ihrer Krankheit gekommen? (Auslöser?) Was hat ihnen geholfen frühere Erkrankungen/Krisen zu überwinden?
Depression*	Unklar ob depressive Entwicklung oder existentieller Stress	Frage aus r-ESAS	Es gibt keinen Goldstandard
		HADS	Validiert für Palliativpatienten
Angst*	Diagnose: falls unklar ob Angst oder andere Symptome Verlauf: d Angst	HADS	Validiert für Palliativpatienten
Religion/Spiritualität		FICA	

Spirituelles Assessment		GOFER SPIRIT	5 Punkte des spirituellen Assessments Gover Restoration Relationship Religion Reason Reflection
Sinn		SMiLe	Was gibt ihrem Leben aktuell einen Sinn? Was hat Ihnen früher in schwierigen Lebenssituationen geholfen, diese zu überstehen? Gibt es einen Weg, der den Dingen, die geschehen einen Sinn geben? Welches ist die Quelle, die ihnen hilft/die sie unterstützt, wenn das Leben schwierig wird? Wünschen sie mit jemandem zu sprechen, der ihnen hilft über die Dinge (die Krankheit und deren Bedeutung) zu sprechen oder über diese nachzudenken?
Palliative Rehabilitation	Körperliche Funktion	KPS / ECOG Funktionstests	
	Reha-Potential Reha-Ziele	Interdisziplinäre Checkliste	Umfasst Krankheitssituation (Tumor, u.a.), Ernährung, körperliche Funktion und Potential, Partizipationsfähigkeit mit emotionalen Aspekten, soziale und finanzielle Aspekte
Krankheits-spezifische Therapie	Indikationskriterien für krankheits-spezifische Therapie in palliativer Intention	Checkliste Chemotherapie palliative Intention	Auswirkungen der Krebserkrankung Therapie-bedingte Nebenwirkungen Bedeutung von Lebenszeit-Gewinn
Ko-morbiditäten	Multimorbide Patienten	Charlson Index	v.a. bei nicht onkologischen Patienten
Geriatrische Patienten		GDS	Psychisches Befinden
Spezialisiertes Netzwerk	Kompetenzen und Kapazität	Zuweisungs-kriterien	

* Assessment deren Anwendung und Wertigkeit in den Empfehlungen vom Palliativzentrum, kürzlichen Publikationen oder in einem Konsensus-Papier von Bigorio beschrieben ist.

7.4 Elektronisch unterstützte Assessments

Zur Reduktion der notwendigen Fragen, je nach Beschwerdebild von Patienten, werden zunehmend elektronisch unterstützte Assessment eingesetzt, welche dem Patienten nur aktuell relevante vertiefte Fragen in modularer Form vorlegen. (Referenz: Walker et.al., E-MOSAIC). In Zukunft werden viele Assessments whs. mit elektronischer Unterstützung Eingabe und Kommunikationsmöglichkeiten verwendet werden (Stichwort Smartphones, Tablet-PC, Internet).

8. Schulung

Bevor ein Assessmentinstrument angewendet wird, muss eine Schulung erfolgt sein, angepasst an die aktuell Kompetenz und Aufgaben der Person. Wichtig ist, dass die Relevanz an der Patientensituation eingeschätzt werden kann und auch reflektiert wird. Diese Empfehlung dient als Grundlage, um an verschiedenen Anwendungsorten die adäquate Einführung zu unterstützen, verantwortlich sind die Personen, welche spezialisierte Palliative Care in diesen Settings anbieten und unterstützen. Die interprofessionelle Entscheidung, wer welches Assessment durchführt, ist je nach Anwendungskontext und Teamzusammenstellung unterschiedlich und wird hier explizit nicht festgelegt.

Wichtig ist, dass die Verantwortlichkeiten abgesprochen werden und die adäquate Kompetenz (Einführung, Schulung, Umgang mit Reaktionen bei Patienten) vorhanden und reflektiert wird.



- Bei der Einführung eines neuen Assessmentinstrumentes kann das Palliativzentrum die Koordination übernehmen.
- Je nach Assessmentinstrument werden Fachpersonen für die Einführung eingeladen.
- Bei neuen Mitarbeitenden ist die Station/der jeweilige Dienst für die Einführung zuständig.

Abkürzung	Instrument	Zielgruppe: Schulung zur Anwendung
	Entlassungsmanagement	Pflege
	Erstbeurteilung bei Eintritt auf Palliativstation / Problemliste	Ärzte
r-ESAS	Edmonton Symptom Assessment System	Ärzte, Pflege
SQID	Kognition	Pflege? Ärzte
MMSQ, m-MMSE	Mini-Mental Status Questionnaire /Evaluation ; MMS Kurzform	Ärzte, Pflege
	Uhrentest	Ärzte
	Sozio-Genogramm	Ärzte, Pflege, Sozialdienst, Seelsorge
KPS	Karnofsky Performance Status	Pflege, Ärzte
PaP	Palliative Prognostic Score	Ärzte
	Ersterfassung Schmerz	Ärzte
BPI	Brief Pain Inventory	Ärzte
	Schmerzprotokoll	Pflege
	Schmerz-Assessment Pflege	Pflege
	painDETECT	Ärzte
ECSA	Edmonton Classification System of Cancer Pain	Ärzte
ECPA	Echelle Comportementale de la douleur pour Personnes Agées non communicantes	Pflege
Dolo-Plus2		Pflege
SIF	Single Item Fatigue	Pflege, Ärzte
BFI	Brief Fatigue Inventory	Pflege, Ärzte
BPS	Victoria Bowel Performance Index	Pflege
	Stuhlprotokoll	Pflege
S-NIS	Sekundäre Kachexie	Ärzte
	Essprotokoll	Pflegeassistentin, Pflege, Ernährungsberaterin
	Mund-Assessment	Pflege
DOS	Delirium Observation Scale	Pflege
CAM		
HADS	Hospital Anxiety Depression Scale	Ärzte, Pflege
	Indikation zur Sedation, Sedationsprotokoll	Interprofessionell, Pflege. Ärzte
FICA		Pflege. Ärzte
GOFER		Pflege, Ärzte
SPIRIT		Pflege, Ärzte
Charlson	Charlson Komorbiditäts Index	Ärzte



9. Anhang

Alle erwähnten Assessmentinstrumente sind im Pall-Ordner unter Qualität – Arbeitsmittel abgelegt.

11. Literatur

- ¹ Daniel Büche: Assessment und Assessmentinstrumente in der Palliative Care. Therapeutische Umschau 2011
- ² Jaworski S, Strasser F. Evaluation und Entwicklung von praxisleitenden Assessmentinstrumenten bei Palliativpatienten mit fortschreitendem Tumorleiden. palliative-ch 2009;3:36-40 und Schulungs-Broschüre (verfügbar via Literaturservice Palliativzentrum).
- ³ Watanabe S et al. JPSM 2010.
- ⁴ Sans M. et.al SQUIDS

Redaktionsteam:

Florian Strasser (verantwortlich)
Claudia Buess-Willi
Daniel Büche
Renate Praxmarer

©Palliativzentrum KSSG

Autorin	Dateiname_Erstellungsdatum	freigegeben durch	Überarbeitung
Erstellt: Palliativzentrum 2013	Klinisches Assessment	D.Büche Dez 2013	Dez. 2018