

WPO-IC/PT-Falldokumentation (6 - 10 Seiten, getippt)

Bei der Fallbeschreibung sollte es um eine abgeschlossene Beratung, Begleitung oder Behandlung von Betroffenen gehen, in der psychoonkologische Belastungen zum Gegenstand der Intervention wurden. Diese sollte aus mindestens 3 Gesprächskontakten bestehen, die begleitend oder nach Abschluss der WPO-Fortbildung stattgefunden haben. Abgeschlossene Fälle aus früheren Fort- oder Weiterbildungen können nicht eingereicht werden. Die Angaben müssen anonymisiert sein. Die Darstellung sollte sich an der u. g. Gliederung orientieren. Alle Inhaltspunkte sollten behandelt werden. Wenn einzelne Punkte aufgrund Ihres spezifischen Arbeitssettings nicht behandelt werden können, bitten wir Sie, dies zu begründen.

1. Behandlungsumfeld

- Rolle und Auftrag des/der Berichtenden im eigenen Berufssetting der Klinik/Ambulanz/Beratungsstelle/Praxis
- Einbindung psychosozialer/psychoonkologischer Überlegungen in das Arbeitssetting
- Art der Zusammenarbeit mit anderen Kollegen, Abteilungen oder Einrichtungen
- Gab es Fallbesprechungen/Konferenzen/Supervision/Intervention und wie sind psychosoziale Aspekte integriert?

2. Angaben zum Erstkontakt

a) Spontanangaben

- Vom Patienten eingangs geschilderte Probleme, ggf. auch Bericht der Angehörigen des Patienten

b) weitere Angaben

- Alter, Geschlecht
- Anlass des Kontakts, z.B. Screening, klinischer Eindruck, Überweisung, Konsultation
- Anliegen des Betroffenen, Erwartungen an die psychoonkologische Intervention

3. Krankheitsanamnese

- Diagnose (Lokalisation, Monat und Jahr der Erstdiagnose, TNM-Klassifikation)
- Bisherige, für die aktuelle Krankheitssituation relevante, ambulante und stationäre Therapien von medizinischer Relevanz (auch komplementäre Therapien) in Stichpunkten
- Psychopharmaka-Einnahme - welche?
- Vorerfahrung mit Psychotherapie/psychiatrischer Behandlung
- Bisherige psychoonkologische Interventionen

4. Kurze Darstellung der lebensgeschichtlichen Entwicklung (sofern bekannt) und der aktuellen Lebenssituation (Sozialanamnese: personenbezogen/umfeldbezogen)

- Psychische und soziale Entwicklung
- Berufliche und familiäre Situation, soziales Netzwerk, Wohnsituation
- Relevante körperliche Einschränkungen und nicht-onkologische Krankheiten
- Versicherungsrechtliche Basisdaten (Krankenversicherung, Rentenversicherung u.a.)

5. Ausgangssituation und Diagnostik zu Beginn der Beratung/Begleitung/Behandlung

- Körperliche Situation: Beschwerden, Behinderungen, Schmerzen
- Psychische Situation: Schlaf-, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, Ängste, Grübeln, negative Gedanken, Fatigue, Antriebsstörungen, Unruhe usw. (evtl. PO-Bado-, evtl. Screening-Ergebnisse; evtl. bei Komorbiditäten ICD10-Diagnosen)
- Art und Inhalt der verwendeten Diagnostik
- Wie gehen die nächsten Bezugspersonen mit der Situation um?
- Soziale und krankheitsunabhängige Belastungen
- Indikation für die psychoonkologische Betreuung
- Ressourcen des Betroffenen bzw. des Systems
- Exploration der Haltung und Erwartungen des Patienten

6. Krankheitsverarbeitung

- Beschreibung, wie der Patient aktuell mit seiner Erkrankung und dem Behandlungssystem umgeht (Verarbeitungsstrategien, Konfliktlösungsmodelle, subjektive Krankheits-theorien, Psychodynamik), vor dem Hintergrund der jeweiligen therapeutischen Ausrichtung

7. Planung und Zielsetzung der Beratung/Begleitung/Behandlung

- Behandlungsauftrag, Umgang mit „Aufträgen von dritter Seite“
- Welches Vorgehen wird vorgeschlagen und warum? Z.B. Einzel-/Gruppentherapie/körperorientierte Verfahren u.a.
- Frequenz und Dauer der Sitzungen
- Kurz-, mittel- oder langfristige Ziele
- Motivation des Patienten

8. Beratungs-/Begleitungs-/Therapieverlauf

- Beschreibung des Verlaufs (Welche Themen wurden im Wesentlichen behandelt? Welche Interventionen wurden eingesetzt? Ressourcenstärkung, Empowerment)
- Welche Veränderungsprozesse kamen in Gang?
- Welche Ziele wurden erreicht?
- Beschreibung von 1 ausgewählten Therapiekontakt (Wie arbeiten Sie konkret mit dem Patienten zu psychoonkologischen Themen?)
- Empfehlungen

9. Kritische Auseinandersetzung mit dem Verlauf

- Reflexion der Beziehung: Wie entwickelte sich die Beziehung zwischen Patient und Behandler? (Kritische Reflexion der eigenen Rolle, des Übertragungsgeschehens)
- Was waren meine Gedanken, Unsicherheiten und Fragen während der Kontakte?
- Welche Ressourcen wurden genutzt?
- Was war für den Patienten besonders wertvoll?
- Wo gab es Schwierigkeiten und Störungen?
- War das Angebot für den Patienten adäquat?
- Was würde ich rückblickend anders machen wollen?

Abgabefrist: Wenn Sie Ihr Zertifikat im letzten Block erhalten möchten, reichen Sie bitte Ihren Fall möglichst per E-Mail (info@wpo-ev.de) mit Angabe Ihrer Tel.-Nr. für die Rückmeldung bis 4 Wochen vor dem letzten Block ein. Letzter Abgabetermin ist 4 Wochen nach dem letzten Block. Bei evtl. Nachholterminen verlängert sich die Abgabefrist nicht. Bei verspäteter Abgabe erhalten Sie zu Ihrem Fall keine persönliche Rückmeldung. Bitte beachten Sie, dass Rückmeldung und Zertifikatsversand je nach Urlaubszeit 4 bis 6 Wochen dauern können.