

# **Die Palliativen Vitalparameter – Erfahrungsaustausch zur Anwendung in der klinischen Praxis**

## **Anwendung IPOS**

Julia Wikert, Claudia Bausewein, Farina Hodiamont & Eva Lehmann-Emele

# IPOS – Patient:innenversion

**IPOS Patienten Version** 

Name: ..... Datum: .....

**F1. Welche Hauptprobleme oder Sorgen hatten Sie in den letzten 3 Tagen?**

1. ....  
2. ....  
3. ....

**F2. Unten finden Sie eine Liste mit Symptomen, die Sie unter Umständen haben. Bitte kreuzen Sie an, wie sehr Sie in den letzten 3 Tagen durch folgende Symptome belastet waren.**

	<i>Gar nicht</i>	<i>Ein wenig</i>	<i>Mäßig</i>	<i>Stark</i>	<i>Extrem stark</i>
Schmerzen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Atemnot	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Schwäche oder fehlende Energie	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Übelkeit (das Gefühl erbrechen zu müssen)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Erbrechen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Verstopfung	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Schläfrigkeit	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Eingeschränkte Mobilität	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**Bitte nennen Sie weitere Symptome, die Sie in den letzten 3 Tagen belastet haben.**

1. .... 0  1  2  3  4   
2. .... 0  1  2  3  4   
3. .... 0  1  2  3  4

**In den letzten 3 Tagen:**

IPOS Pat3d 04/05/2020 [www.pos-pal.org](http://www.pos-pal.org) Seite 1 von 2

	<i>Gar nicht</i>	<i>Selten</i>	<i>Manchmal</i>	<i>Meistens</i>	<i>Immer</i>
<b>F3. Waren Sie wegen Ihrer Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>F4. Waren Ihre Familie oder Freunde Ihre Wege besorgt oder beunruhigt?</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>F5. Waren Sie traurig bedrückt?</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	<i>Immer</i>	<i>Meistens</i>	<i>Manchmal</i>	<i>Selten</i>	<i>Gar nicht</i>
<b>F6. Waren Sie im Frieden mit sich selbst?</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>F7. Konnten Sie Ihre Gefühle mit Ihrer Familie oder Ihren Freunden teilen, so viel wie Sie wollten?</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>F8. Haben Sie so viele Informationen erhalten, wie Sie wollten?</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	<i>Probleme angegangen Keine Probleme</i>	<i>Probleme größtenteils angegangen</i>	<i>Probleme teilweise angegangen</i>	<i>Probleme kaum angegangen</i>	<i>Probleme nicht angegangen</i>
<b>F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge Ihrer Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	<i>Ich alleine</i>	<i>Mit der Hilfe eines Angehörigen oder Freundes</i>	<i>Mit Hilfe eines Mitarbeiters</i>
<b>F10. Wie haben Sie den Fragebogen ausgefüllt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie über eine der Fragen beunruhigt sind, sprechen Sie bitte mit Ihrem Arzt oder Ihrer Pflegekraft.

IPOS Pat3d 04/05/2020 [www.pos-pal.org](http://www.pos-pal.org) Seite 2 von 2

# IPOS – Mitarbeiter:innen Version (Proxy)

**IPOS Mitarbeiter Version**



Name: ..... Datum: .....

**F1. Welche Hauptprobleme hatte der Patient\* in den letzten 3 Tagen?**

1. ....

2. ....

3. ....

**F2. Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen durch folgende Symptome belastet war:**

	Gar nicht	Ein wenig	Mäßig	Stark	Extrem stark	Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)
Schmerzen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwäche oder fehlende Energie	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit (das Gefühl erbrechen zu müssen)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläfrigkeit	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eingeschränkte Mobilität	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte nennen Sie weitere Symptome, die aus Ihrer Sicht den Patienten in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben.**

1. .... 0  1  2  3  4

2. .... 0  1  2  3  4

3. .... 0  1  2  3  4

\*Um die Fragen möglichst kurz zu halten, wird im Folgenden nur „der Patient“ genannt. Gemeint ist immer, die Patientin/der Patient.

IPOS Prof3d 04/05/2020 [www.pos-pal.org](http://www.pos-pal.org) Seite 1 von 2

**In den letzten 3 Tagen:**

	Gar nicht	Selten	Manchmal	Meistens	Immer	Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)
F3. War der Patient wegen seiner Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F4. Waren die Familie/ Freunde des Patienten seinetwegen besorgt oder beunruhigt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F5. Denken Sie, dass er traurig bedrückt war?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Gar nicht	Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)
F6. Denken Sie, dass er im Frieden mit sich selbst war?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F7. Konnte der Patient seine Gefühle mit seiner Familie oder seinen Freunden teilen, so viel wie er wollte?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F8. Hat der Patient so viele Informationen erhalten, wie er wollte?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Probleme angegangen/ Keine Probleme	Probleme größtenteils/ angegangen	Probleme teilweise angegangen	Probleme kaum angegangen	Probleme nicht angegangen	Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)
F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge seiner Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IPOS Prof3d 04/05/2020 [www.pos-pal.org](http://www.pos-pal.org) Seite 2 von 2

# IPOS Mitarbeiter Version



Name: ..... Datum: .....

## F1. Welche Hauptprobleme hatte der Patient\* in den letzten 3 Tagen?

1. ....
2. ....
3. ....

## F2. Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen durch folgende Symptome belastet war:

	Gar nicht	Ein wenig	Mäßig	Stark	Extrem stark	Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)
Schmerzen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwäche oder fehlende Energie	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit (das Gefühl erbrechen zu müssen)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläfrigkeit	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eingeschränkte Mobilität	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte nennen Sie weitere Symptome, die aus Ihrer Sicht den Patienten in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben.

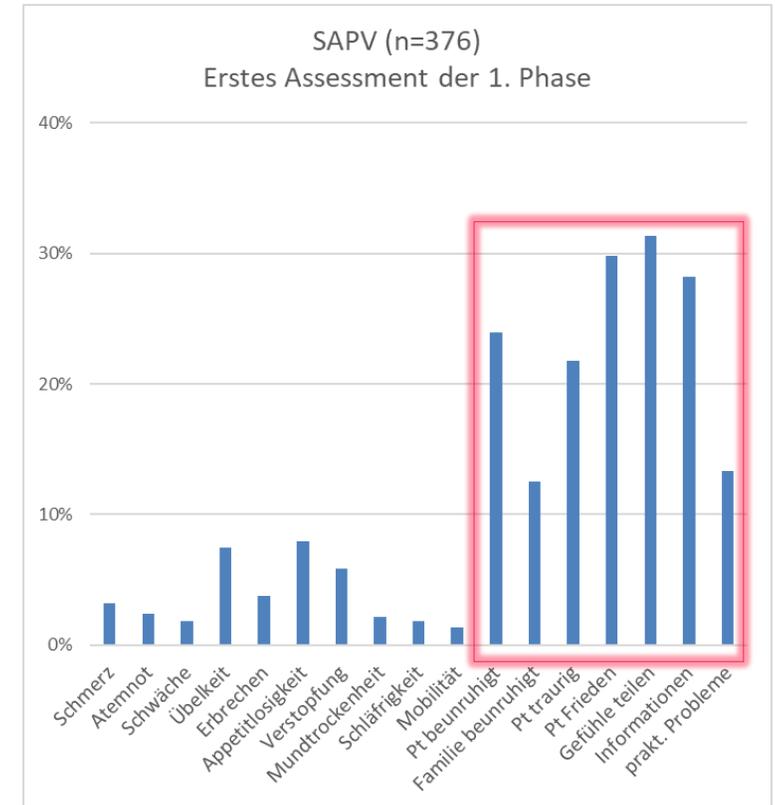
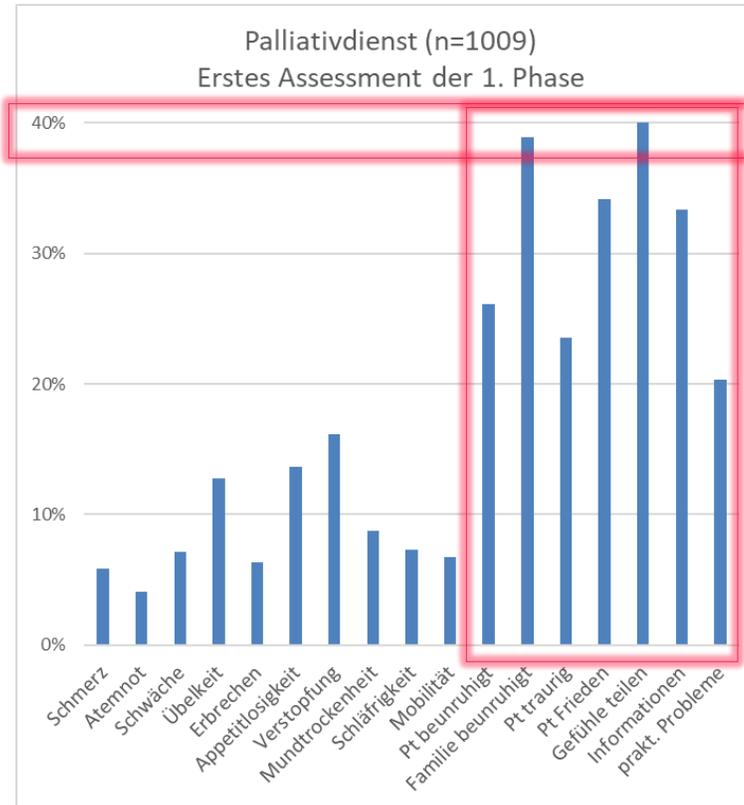
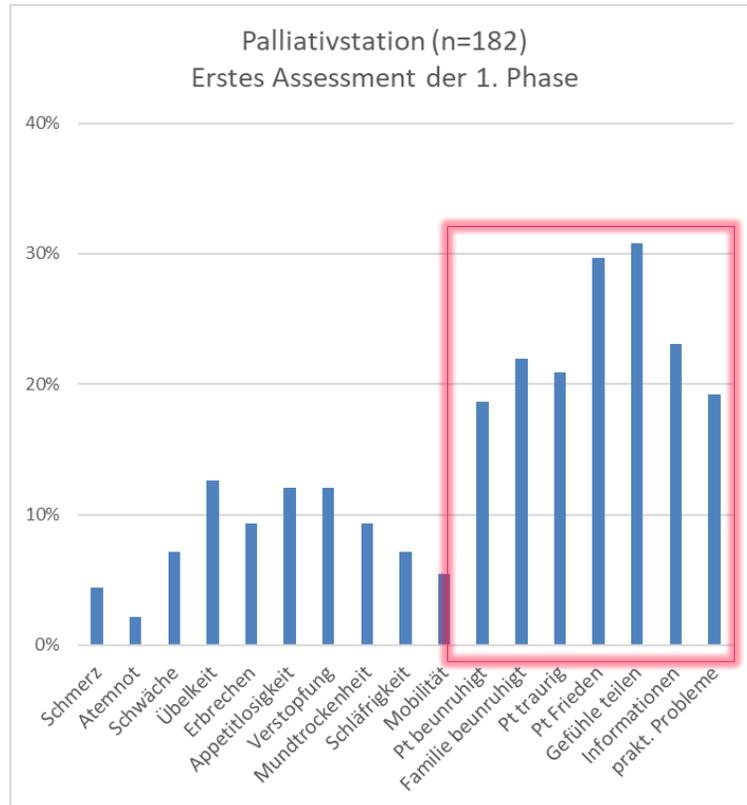
1. .... 0  1  2  3  4
2. .... 0  1  2  3  4

## In den letzten 3 Tagen:

	Gar nicht	Selten	Manchmal	Meistens	Immer	Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)
F3. War der Patient wegen seiner Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F4. Waren die Familie/ Freunde des Patienten seinetwegen besorgt oder beunruhigt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F5. Denken Sie, dass er traurig bedrückt war?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Gar nicht	Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)
F6. Denken Sie, dass er im Frieden mit sich selbst war?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F7. Konnte der Patient seine Gefühle mit seiner Familie oder seinen Freunden teilen, so viel wie er wollte?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F8. Hat der Patient so viele Informationen erhalten, wie er wollte?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Probleme angegangen/ Keine Probleme	Probleme größten- teils/ ange- gangen	Probleme teilweise ange- gangen	Probleme kaum ange- gangen	Probleme nicht ange- gangen	Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)
F9. Wurden praktische Probleme						<input type="checkbox"/>

# Welche IPOS Items sind häufig nicht beurteilbar?

Beispieldaten aus COMPANION



## Wann sind Items „nicht beurteilbar“?

Einschätzungen nach Funktionsstatus – „Denken Sie, dass der Patient im Frieden mit sich war?“

- Beispieldaten aus 182 Stationsepisoden mit je 1 Palliativphase
- Davon war in 54/182 Fällen (**30%**) nicht beurteilbar, ob der/die Patient:in im Frieden mit sich war

### AKPS

100	Keine Beschwerden/Zeichen der Krankheit
90	Normale Aktivität mit Anstrengung möglich, kaum/geringe Symptome
80	Normale Aktivität mit Anstrengung möglich, einige Symptome
70	Selbstversorgung, normale Aktivität nicht möglich
60	Einige Hilfestellung nötig, selbstständig in den meisten Bereichen
50	Hilfe wird oft in Anspruch genommen
40	Mehr als 50% bettlägerig
30	Fast komplett bettlägerig
20	Komplett bettlägerig
10	Komatös/fast nicht kontaktfähig
0	Tod

## Wann sind Items „nicht beurteilbar“?

Einschätzungen nach Funktionsstatus – „Denken Sie, dass der Patient im Frieden mit sich war?“

- Davon in 54/182 Fällen (30%) nicht beurteilbar, ob Patient im Frieden mit sich war

AKPS		Anteil der 54 Fälle in %
100	Keine Beschwerden/Zeichen der Krankheit	0% (n=0)
90	Normale Aktivität mit Anstrengung möglich, kaum/geringe Symptome	4% (n=2)
80	Normale Aktivität mit Anstrengung möglich, einige Symptome	2% (n=1)
70	Selbstversorgung, normale Aktivität nicht möglich	2% (n=1)
60	Einige Hilfestellung nötig, selbstständig in den meisten Bereichen	6% (n=3)
50	Hilfe wird oft in Anspruch genommen	2% (n=1)
40	Mehr als 50% bettlägerig	10% (n=5)
30	Fast komplett bettlägerig	10% (n=5)
20	Komplett bettlägerig	42% (n=23)
10	Komatös/fast nicht kontaktfähig	22% (n=13)
0	Tod	0% (n=0)

## Wann sind Items „nicht beurteilbar“?

Einschätzungen nach Funktionsstatus – „Denken Sie, dass der Patient im Frieden mit sich war?“

- Die insgesamt 30%, die nicht beurteilbar waren verändert sich bei näherer Betrachtung des Funktionsstatus

AKPS		Anteil der 54 n.b. in %	Teilsumme
100	Keine Beschwerden/Zeichen der Krankheit	0% (n=0)	
90	Normale Aktivität mit Anstrengung möglich, kaum/geringe Symptome	4% (n=2)	16 %
80	Normale Aktivität mit Anstrengung möglich, einige Symptome	2% (n=1)	
70	Selbstversorgung, normale Aktivität nicht möglich	2% (n=1)	
60	Einige Hilfestellung nötig, selbstständig in den meisten Bereichen	6% (n=3)	
50	Hilfe wird oft in Anspruch genommen	2% (n=1)	
40	Mehr als 50% bettlägerig	10% (n=5)	84 %
30	Fast komplett bettlägerig	10% (n=5)	
20	Komplett bettlägerig	42% (n=23)	
10	Komatös/fast nicht kontaktfähig	22% (n=13)	
0	Tod	0% (n=0)	

## Wann sind Items „nicht beurteilbar“?

### Einschätzungen nach Palliativphase

- Beispieldaten aus 1009 Palliativdienstepisoden mit je 1 Palliativphase
- Dabei konnte in 679/1009 Fällen (67%) mindestens ein IPOS Item nicht beurteilt werden

#### Palliativphase

stabil

instabil

sich verschlechternd

sterbend

## Wann sind Items „nicht beurteilbar“?

### Einschätzungen nach Palliativphase

- In der Sterbend Phase konnten nur in **12%** der Episoden alle 17 Items eingeschätzt werden

#### Palliativphase

#### Anteile der nicht beurteilbaren Belastung

	alle 17 Items beurteilt
stabil	31 %
instabil	41 %
sich verschlechternd	36 %
sterbend	<b>12 %</b>

# Wann sind Items „nicht beurteilbar“?

## Einschätzungen nach Palliativphase

- In fast der Hälfte der Episoden in der Sterbend Phase konnten über 7 Items nicht eingeschätzt werden

Palliativphase	Anteile der nicht beurteilbaren Belastung			
	alle 17 Items beurteilt	1 oder 2 Items nicht beurteilbar	3 bis 7 Items nicht beurteilbar	> 7 Items nicht beurteilbar
stabil	31 %	35 %	30 %	4 %
instabil	41 %	27 %	23 %	9 %
sich verschlechternd	36 %	26 %	31 %	7 %
sterbend	12 %	8 %	33 %	47 %

## Zwischenfazit

- Die nicht beurteilbaren Belastungen treten **nicht zufällig** auf, sondern vermehrt bei Patient:innen mit niedrigem Funktionsstatus und/oder in der Palliativphase sterbend.
- **Unsicherheit** bei Einschätzung nicht ansprechbarer Patient:innen?
- **Umgang** mit Proxy Erhebung sterbender/nicht ansprechbarer Patient:innen muss diskutiert werden und bedarf einer einheitlichen Vorgehensweise.

# IPOS – Psychosoziale Items - *Wie schätze ich IPOS-Items ein?*

- **Priorität: Ausfüllen durch Patient:in**
  - Bei „hohen“ Werten nachfragen, um besser zu verstehen, warum diese Antworten angekreuzt wurden
  
- **Bei Assessment durch Professionelle**
  - Nachfragen bei Patient:in
  - Fragen bzw. Themen in Gespräche mit einbauen
  - Einschätzung so gut es geht bzw. wie gut Patient:in bekannt ist
  - Ggf. im Team
  - Ggf. Berufsgruppen-spezifisch

	<i>Gar nicht</i>	<i>Selten</i>	<i>Manchmal</i>	<i>Meistens</i>	<i>Immer</i>
F3. Waren Sie wegen Ihrer Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
F4. Waren Ihre Familie oder Freunde Ihre Wege besorgt oder beunruhigt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
F5. Waren Sie traurig bedrückt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	<i>Immer</i>	<i>Meistens</i>	<i>Manchmal</i>	<i>Selten</i>	<i>Gar nicht</i>
F6. Waren Sie im Frieden mit sich selbst?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
F7. Konnten Sie Ihre Gefühle mit Ihrer Familie oder Ihren Freunden teilen, so viel wie Sie wollten?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
F8. Haben Sie so viele Informationen erhalten, wie Sie wollten?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	<i>Probleme angegangen Keine Probleme</i>	<i>Probleme größtenteils angegangen</i>	<i>Probleme teilweise angegangen</i>	<i>Probleme kaum angegangen</i>	<i>Probleme nicht angegangen</i>
F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge Ihrer Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	<i>Ich alleine</i>	<i>Mit der Hilfe eines Angehörigen oder Freundes</i>	<i>Mit Hilfe eines Mitarbeiters</i>
F10. Wie haben Sie den Fragebogen ausgefüllt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie über eine der Fragen beunruhigt sind, sprechen Sie bitte mit Ihrem Arzt oder Ihrer Pflegekraft.

IPOS Pat3d 04/05/2020 [www.pos-pal.org](http://www.pos-pal.org) Seite 2 von 2

# IPOS – Psychosoziale Items - *Wie reagiere ich auf Antworten von Patient:innen, zu denen ich vielleicht keine Antwort habe?*

- Antworten werden nicht unbedingt erwartet, Fragen wollen aber gestellt werden
- Aufhänger für Gespräch um die Situation bzw. Patient:innensicht besser zu verstehen
- Anlass Frage/Thema in der Teambesprechung aufzugreifen
- Möglichkeit nutzen, andere Berufsgruppen in die Versorgung mit einzubinden

	Gar nicht	Selten	Manchmal	Meistens	Immer
F3. Waren Sie wegen Ihrer Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
F4. Waren Ihre Familie oder Freunde Ihretwegen besorgt oder beunruhigt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
F5. Waren Sie traurig bedrückt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Gar nicht
F6. Waren Sie im Frieden mit sich selbst?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
F7. Konnten Sie Ihre Gefühle mit Ihrer Familie oder Ihren Freunden teilen, so viel wie Sie wollten?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
F8. Haben Sie so viele Informationen erhalten, wie Sie wollten?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	Probleme angegangen Keine Probleme	Probleme größtenteils angegangen	Probleme teilweise angegangen	Probleme kaum angegangen	Probleme nicht angegangen
F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge Ihrer Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	Ich alleine	Mit der Hilfe eines Angehörigen oder Freundes	Mit Hilfe eines Mitarbeiters		
F10. Wie haben Sie den Fragebogen ausgefüllt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie über eine der Fragen beunruhigt sind, sprechen Sie bitte mit Ihrem Arzt oder Ihrer Pflegekraft.

IPOS Pat3d 04/05/2020 [www.pos-pal.org](http://www.pos-pal.org) Seite 2 von 2



# IPOS – Psychosoziale Items - Wann kann ich Items nicht beurteilen?"

- Wenn ich Patient:in nicht kenne > Gespräch suchen und Fragen einbauen

## Ansatz aus UK:

- Wenn Patient:in nicht kontaktfähig ist (müde, schläfrig, erschöpft, sterbend) abhängig von der Frage
  - Frage 3, 5, 7, 8: nur möglich, wenn Patient:in kontaktfähig und kommunizieren kann
  - Frage 4, 6, 9: sollten so gut es eingeschätzt werden
- Finden wir im klinischen Alltag nicht so gut umsetzbar

	Gar nicht	Selten	Manchmal	Meistens	Immer
F3. Waren Sie wegen Ihrer Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
F4. Waren Ihre Familie oder Freunde Ihretwegen besorgt oder beunruhigt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
F5. Waren Sie traurig bedrückt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Gar nicht
F6. Waren Sie im Frieden mit sich selbst?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
F7. Konnten Sie Ihre Gefühle mit Ihrer Familie oder Ihren Freunden teilen, so viel wie Sie wollten?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
F8. Haben Sie so viele Informationen erhalten, wie Sie wollten?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	Probleme angegangen Keine Probleme	Probleme größtenteils angegangen	Probleme teilweise angegangen	Probleme kaum angegangen	Probleme nicht angegangen
F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge Ihrer Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	Ich alleine	Mit der Hilfe eines Angehörigen oder Freundes	Mit Hilfe eines Mitarbeiters		
F10. Wie haben Sie den Fragebogen ausgefüllt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wenn Sie über eine der Fragen beunruhigt sind, sprechen Sie bitte mit Ihrem Arzt oder Ihrer Pflegekraft.

IPOS Pat3d 04/05/2020 [www.pos-pal.org](http://www.pos-pal.org) Seite 2 von 2



# IPOS – Psychosoziale Items - Wann kann ich Items nicht beurteilen?"

## Unser Ansatz:

- Wir versetzen uns in den/die Patient:in hinein
  - Beurteilen ob der/die Patient:in durch die Symptome/Probleme belastet wirkt
  - Vertrauen auf unser Urteil
  - Insbesondere wenn wir als Kliniker:innen keine Maßnahmen in Bezug auf das Symptom/Problem ergreifen, gehen wir davon aus, dass keine Belastung vorliegt
- Wichtig ist einheitliches Vorgehen im Team

	Gar nicht	Selten	Manchmal	Meistens	Immer
F3. Waren Sie wegen Ihrer Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
F4. Waren Ihre Familie oder Freunde Ihretwegen besorgt oder beunruhigt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
F5. Waren Sie traurig bedrückt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Gar nicht
F6. Waren Sie im Frieden mit sich selbst?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
F7. Konnten Sie Ihre Gefühle mit Ihrer Familie oder Ihren Freunden teilen, so viel wie Sie wollten?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
F8. Haben Sie so viele Informationen erhalten, wie Sie wollten?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	Probleme angegangen Keine Probleme	Probleme größtenteils angegangen	Probleme teilweise angegangen	Probleme kaum angegangen	Probleme nicht angegangen
F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge Ihrer Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	Ich alleine	Mit der Hilfe eines Angehörigen oder Freundes			Mit Hilfe eines Mitarbeiters
F10. Wie haben Sie den Fragebogen ausgefüllt?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

*Wenn Sie über eine der Fragen beunruhigt sind, sprechen Sie bitte mit Ihrem Arzt oder Ihrer Pflegekraft.*

IPOS Pat3d 04/05/2020 [www.pos-pal.org](http://www.pos-pal.org) Seite 2 von 2

## Fragen/Anregungen?

- Wer wendet IPOS im Alltag an?
- Welche Erfahrungen wurden damit gemacht?

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

Weitere Informationen finden sich auch auf unserer Homepage:

<https://www.lmu-klinikum.de/palliativmedizin/forschung-und-lehre/forschung/aktuelle-projekte/companion/palliative-vitalparameter/f7088a6946172917>

