

Bilaga B - IPOS

IPOS är ett skattningsinstrument med frågor som behandlar fysiska, psykologiska, sociala och existentiella områden [1]. Förutom frågor om vanligt förekommande symtom inkluderar det exempelvis frågor om närståendes oro, patientens informationsbehov och praktiska problem.

För att läsa mer, registrera dig och ladda ner formuläret, följ länken: [IPOS | Palliativt utvecklingscentrum](#)

IPOS Patientversion



www.pos-pal.org

In collaboration with:



www.palluc.se

Namn: _____

Personnummer: -

Datum (år-månad-dag) - -

F1. Vilka har dina huvudsakliga problem eller bekymmer varit de senaste 3 dagarna?

1. _____
2. _____
3. _____

F2. Vänligen markera den ruta som bäst beskriver hur nedanstående symptom har påverkat dig de senaste 3 dagarna.

	<i>Inte alls</i>	<i>Lite</i>	<i>Måttligt</i>	<i>Mycket</i>	<i>Värsta tänkbara</i>
Smärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andnöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svaghet eller bristande energi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Illamående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kräkningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dålig aptit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förstoppning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ont eller torr i munnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dåsighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedsatt rörlighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eventuella <u>andra</u> symptom:					
1. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Under de senaste 3 dagarna:

	<i>Nej, inte alls</i>	<i>Vid enstaka tillfällen</i>	<i>Ibland</i>	<i>Ofta</i>	<i>Ja, hela tiden</i>
F3. Har du känt ångest eller oro över din sjukdom eller behandling?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
F4. Har någon av dina närstående känt oro eller varit bekymrad för dig?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
F5. Har du känt dig nedstämd?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	<i>Ja, hela tiden</i>	<i>Ofta</i>	<i>Ibland</i>	<i>Vid enstaka tillfällen</i>	<i>Nej, inte alls</i>
F6. Har du känt lugn och ro inombords?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
F7. Har du berättat för dina närstående hur du mår? (i den utsträckning du önskat)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
F8. Har du fått så mycket information som du önskat?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	<i>Har fått hjälp/ Inga problem</i>	<i>Har oftast fått hjälp</i>	<i>Har delvis fått hjälp</i>	<i>Har knappast fått hjälp</i>	<i>Har inte fått hjälp</i>
F9. Har du fått hjälp med praktiska problem? (problem som uppkommit i samband med sjukdomen)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	<i>På egen hand</i>	<i>Med hjälp av en vän eller släkting</i>	<i>Med hjälp av vårdpersonal</i>
F 10. Hur besvarade du detta frågeformulär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du känner dig orolig över någon av frågorna som tagits upp i frågeformuläret, vänligen tala med din läkare eller sjuksköterska.

Referenslista för Bilaga B. IPOS

1. Beck I, Olsson Möller U, Malmström M, Klarare A, Samuelsson H, Lundh Hagelin C, et al. Translation and cultural adaptation of the integrated palliative care outcome scale including cognitive interviewing with patients and staff. BMC Palliat Care 2017;16(49) DOI 10.1186/s12904-017-0232-x