

# Dödsfallsenkät 2007 05 01 – 2010 12 31

## Svenska palliativregistret Enkät i samband med personens dödsfall.

Ifylles av ansvarig läkare eller sjuksköterska. All inrapportering görs via [www.palliativ.se](http://www.palliativ.se)

1. Enhetskod \_\_\_\_\_ (erhållen efter anmälan om deltagande via hemsidan [www.palliativ.se](http://www.palliativ.se))

2. Personnummer \_\_\_\_\_

3. Namn på den avlidne \_\_\_\_\_ (tilltalsnamn + efternamn)

4. Postnummer \_\_\_\_\_

5. Kön  man  kvinna

6. Datum då den avlidne skrevs in på den enhet där dödsfallet inträffade (för primärvård/hemsjukvård="aktiv hemsjukvård") \_\_\_\_\_

7. Avliden datum \_\_\_\_\_

8. Dödplatsen beskrivs bäst som:

- särskilt boende
- korttidsplats
- sjukhusavdelning - ej palliativ
- hospice/palliativ slutenvårdsplats
- eget hem, med stöd av avanc hemsjukvård
- eget hem, med stöd av basal hemsjukvård
- övrig \_\_\_\_\_

9. Grundsjukdom som ledde till döden:

- Cancer
- Hjärtsjukdom
- Lungsjukdom
- Demens
- Stroke
- Annan neurologisk sjukdom
- Infektion
- Diabetes
- Övrigt, nämligen \_\_\_\_\_

10. Kommer den avlidne att genomgå en rättsmedicinsk obduktion?

- ja  nej

**Om svaret är JA på fråga 10 är enkäten färdig. Underteckna längst ner på sista sidan. Vid dödsfall orsakat av sjukdom besvara även följande frågor.**

11. Dödsfallet var utifrån sjukdomshistorien

- väntat                       oväntat                       vet ej

12. Vilket datum, senast före dödsfallet, undersökte/besökte läkare  
vårdtagaren/patienten? \_\_\_\_\_

13. Har ett informerande samtal, om att hon/han var döende, förts med  
vårdtagaren/patienten under den sista tiden i livet?

- nej               ja, av läkare               ja, av sjuksköterska  
 ja, av både läkare och sjuksköterska               vet ej

14. Har ett informerande samtal, om att vårdtagaren/patienten var döende, förts med  
närstående?

- nej               ja, av läkare               ja, av sjuksköterska  
 ja, av både läkare och sjuksköterska               vet ej

15. Hur lång tid före dödsfallet tappade vårdtagaren/patienten sin förmåga till  
självbestämmande?

- timmar     dagar     veckor     månader     år               vet ej

16. Har VAS/NRS-skala (0 – 10) använts för skattning av smärta under sista veckan i  
livet?

- ja               nej               patienten kan ej medverka               vet ej

17. Markera det/de symtom som inte lindrades helt sista veckan i livet.

- andnöd                       rosslighet                       annat \_\_\_\_\_  
 förvirring                       smärta                       inga besvärande symtom  
 illamående                       oro/ångest                       vet ej

18. Har specialkompetens utanför teamet/avdelningen konsulterats avseende  
patientens icke lindrade symtom?

- nej               ja, yrkesgrupp/specialitet \_\_\_\_\_

19. Hade vårdtagaren/patienten trycksår sista veckan i livet?

- grad 1     grad 2     grad 3     grad 4     nej     vet ej

20. Fanns senast ett dygn före dödsfallet vid behovsläkemedel i injektionsform  
ordinerade för

- smärta               ja               nej  
rosslighet               ja               nej  
illamående               ja               nej  
oro/ångest               ja               nej

21. Vem/vilka var närvarande vid dödsögonblicket?

- personal  närstående  
 personal och närstående  ingen

22. Överrenstämde dödsplatsen med vårdtagarens/patientens senast uttalade önskan?

- ja  nej  vet ej

23. På hur många andra platser än dödsplatsen (ex: hemmet, olika avdelningar, säbo, korttid) vårdades vårdtagaren/patienten under de sista två veckorna i livet?

- 0  1  2  3  >3  vet ej

24. Har närstående haft eller kommer de att erbjudas ett särskilt eftersamtal en tid efter dödsfallet?

- ja  nej  vet ej

25. Är ni nöjda med den vård vid livets slut som ni kunde ge vårdtagaren/patienten?

- |           |                          |                          |                          |                          |  |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
|           | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5  |
| inte alls | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> helt och hållet |

26. Datum för besvarandet av frågorna \_\_\_\_\_

27. Ifyllt av \_\_\_\_\_ (Namn)

läkare  sjuksköterska e-postadress \_\_\_\_\_