

Verksamhetsenkät

1. Verksamheten

Verksamhetens namn _____
Besöksadress _____
Postnummer _____
Postadress _____
Telefon _____
E-post _____
Hemsida _____
Verksamhetschef eller motsvarande _____
HSAID för verksamheten _____

2a. Kommun där verksamheten har sin huvudsakliga hemvist _____

2b. Ytterligare kommuner där verksamheten bedriver verksamhet

Valda kommuner

Valbara kommuner

< - Lägg till

Ta bort - >

3. Huvudman/utförare

- landsting/landsting
- landsting/privat
- kommun/kommun
- kommun/privat

I boxen till vänster visas de enheter som idag är kopplade till din verksamhet. Om någon enhet inte längre finns kvar ska du markera den och klicka på Ta bort. Om du saknar någon enhet så skall du leta upp den i boxen till höger, markera den och klicka på Lägg till. Om du inte hittar en specifik enhet så får du antingen kontakta palliativregistrets kansli eller anmäla enheten via hemsidan.

4. Tillhörande enheter

Enheter i min verksamhet

Valbara enheter

< - Lägg till

Ta bort - >

5. Vårdformer där verksamheten bedrivs

Markera nedan var din verksamhet bedriver vård. Ange även vårdinnehåll som erbjuds för resp. verksamhet. Dina val kommer sedan att styra de efterföljande frågorna.

Vårdinnehåll teckenförklaring:

A= Allmän palliativ vård

SK= Palliativt konsultteam

SP=Specialiserad palliativ vård

SD=Palliativ dagvård

Verksamheten bedrivs i	Platser	Vårdinnehåll
<input type="checkbox"/> Ordinärt boende, med hemsjukvård	Antal <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> SK <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> SD
<input type="checkbox"/> Ordinärt boende, utan hemsjukvård	Antal <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> SK <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> SD
<input type="checkbox"/> Särskilt boende, äldreboende	Antal <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> SK <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> SD
<input type="checkbox"/> Särskilt boende, demensboende	Antal <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> SK <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> SD
<input type="checkbox"/> Särskilt boende, socialpsykiatri	Antal <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> SK <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> SD
<input type="checkbox"/> Korttidsplats	Antal <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> SK <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> SD
<input type="checkbox"/> LSSboende	Antal <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> SK <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> SD
<input type="checkbox"/> Länsdelssjukhus	Välj klinik <input type="text" value="<Välj kliniktyp>"/>	Antal <input type="text"/> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> SK <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> SD
<input type="checkbox"/> Länssjukhus	Välj klinik <input type="text" value="<Välj kliniktyp>"/>	Antal <input type="text"/> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> SK <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> SD
<input type="checkbox"/> Universitetssjukhus	Välj klinik <input type="text" value="<Välj kliniktyp>"/>	Antal <input type="text"/> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> SK <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> SD
<input type="checkbox"/> Annan slutenvård	<input type="text"/>	Antal <input type="text"/> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> SK <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> SD

P1. Återkoppling. Här visas antal dödsfallsenkäter som din verksamhet har rapporterat till Svenska palliativregistret det senaste året.

S1 Specialiserad palliativ vård

Ange antal diplomerade läkare i palliativ vård _____

Ange antal diplomerade sjuksköterskor i palliativ vård _____

S2 Tillgång till kompetenser

Tillgång till	Anställd	Konsult	Saknas
Läkare kontorstid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjuksköt. kontorstid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läkare dygnet runt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjuksköt. dygnet runt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukgymnast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetsterapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Undersköterska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Präst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diakon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dietist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volontär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S3 Intagningsförfarande

Akutremiss	<input type="checkbox"/>
Elektiv remiss	<input type="checkbox"/>
Egen remiss från patient eller närstående	<input type="checkbox"/>
Biståndsbedömare	<input type="checkbox"/>
Annan väg	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>

S4 Finns det någon form av utbildningsplatser?

Praktiktjänstgöring för studenter

Läkare	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej
Sjuksköterska	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej
Präst	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej
Diakon	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej
Kurator	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej
Sjukgymnast	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej
Arbetsterapeut	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej

Utbildningsplatser för leg. personal under specialistutbildning

Läkare	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej
Sjuksköterska	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej
Annan	<input type="text"/>

Auskultationsplatser för specialistutbildade

<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej

S5 Verksamhetsbeskrivning. Ge en kort beskrivning av din verksamhet

6. Hur lång tid tar det i genomsnitt om en döende patient/vårdtagare behöver akut bedömning på plats under kontorstid

av en läkare	<input type="radio"/> 0-2 tim	<input type="radio"/> < 1 dygn	<input type="radio"/> 1-3 dygn	<input type="radio"/> saknas
av en sjuksköterska	<input type="radio"/> 0-2 tim	<input type="radio"/> < 1 dygn	<input type="radio"/> 1-3 dygn	<input type="radio"/> saknas
av en präst/diakon	<input type="radio"/> 0-2 tim	<input type="radio"/> < 1 dygn	<input type="radio"/> 1-3 dygn	<input type="radio"/> saknas
av en kurator	<input type="radio"/> 0-2 tim	<input type="radio"/> < 1 dygn	<input type="radio"/> 1-3 dygn	<input type="radio"/> saknas
av en sjukgymnast	<input type="radio"/> 0-2 tim	<input type="radio"/> < 1 dygn	<input type="radio"/> 1-3 dygn	<input type="radio"/> saknas
av en arbetsterapeut	<input type="radio"/> 0-2 tim	<input type="radio"/> < 1 dygn	<input type="radio"/> 1-3 dygn	<input type="radio"/> saknas

7. Hur lång tid tar det i genomsnitt om en döende patient/vårdtagare behöver akut bedömning på plats under jourtid

av en läkare	<input type="radio"/> 0-2 tim	<input type="radio"/> < 1 dygn	<input type="radio"/> saknas
av en sjuksköterska	<input type="radio"/> 0-2 tim	<input type="radio"/> < 1 dygn	<input type="radio"/> saknas

8. Finns det på enheten möjlighet för vakande närstående att

sova i samma rum som patienten över natten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nej
sova i annat rum på enheten över natten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nej

9. Finns skriftliga rutiner för:

Hur läkare dokumenterar att personen bedömts som döende	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej
Hur personen som bedömts vara döende informeras	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej
Användandet av vak	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Hur närstående skall erbjudas eftersamtal efter inträffat dödsfall	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Hur trycksår klassificeras och dokumenteras	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nej
Hur munhälsa bedöms och dokumenteras?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Regelbunden symtomvärdering av döende patient/vårdtagare gällande:	
smärta	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
illamående	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
oro/ångest	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
rosslighet	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
övriga symtom	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Vilka behovsläkemedel som skall finnas ordinerade till en döende patient/vårdtagare	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Vilka åtgärder som skall vidtas vid dödsfallet	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
När och hur palliativt konsultteam eller annan behövlig kompetens utanför den egna verksamheten kontaktas	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Hur närstående informeras om att personen är döende	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Information angående möjligheten till närståendepenning	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Hur personalen skall uppmärksamma specifika önskemål utifrån etnisk bakgrund	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Hur personalen skall uppmärksamma andliga/religiösa behov	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej

10. Finns tillgång jourtid till:

injicerbart medel mot smärta (morfin el annan stark opioid)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
injicerbart medel mot illamående	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
injicerbart medel mot ångest	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
injicerbart medel mot rosslighet	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej

11. Finns tid för personalen att reflektera över vården av en patient/vårdtagare som dött?

Ja Nej

12. Använder ni något av följande kvalitetsregister?

BPSD	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Senior alert	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Svedem	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej

13. Är någon av nedanstående samordningar av kvalitetsregister intressanta för er?

Gemensam inloggning	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Gemensam utdataportal	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej

14. Har ni de senaste 12 månaderna genomfört ett eller flera förändringsarbeten inom något av följande områden som berör vården i livets slut? Om ja, kryssa för det eller de alternativ som stämmer in.

Ja Nej

Brytpunktsprocessen till palliativ vård i livets slut	<input type="checkbox"/>
Aktivt efterhöra patientens behov och önskemål (t ex om vårdplats, specifika religiösa eller etniska behov)	<input type="checkbox"/>
Trycksår	<input type="checkbox"/>
Nutritions- och vätskebehandling	<input type="checkbox"/>
Symtomskattning och symtomkontroll	<input type="checkbox"/>
Munhälsa	<input type="checkbox"/>
Planering inför dödsfallet (t ex människor eller djur i rummet, belysning/ljus, ljud/musik/tystnad)	<input type="checkbox"/>
Stöd till närstående inklusive att erbjuda eftersamtal	<input type="checkbox"/>
Tillgång till olika kompetenser och lokal teambildning	<input type="checkbox"/>
Annat	<input type="text"/>

15. Planerar ni de kommande 12 månaderna att genomföra ett eller flera förändringsarbeten inom något av följande områden som berör vården i livets slut? Om ja, kryssa för det eller de alternativ som stämmer in.

Ja Nej

Brytpunktsprocessen till palliativ vård i livets slut	<input type="checkbox"/>
Aktivt efterhåra patientens behov och önskemål (t ex om vårdplats, specifika religiösa eller etniska behov)	<input type="checkbox"/>
Trycksår	<input type="checkbox"/>
Nutritions- och vätskebehandling	<input type="checkbox"/>
Symtomskattning och symtomkontroll	<input type="checkbox"/>
Munhälsa	<input type="checkbox"/>
Planering inför dödsfallet (t ex människor eller djur i rummet, belysning/ljus, ljud/musik/tystnad)	<input type="checkbox"/>
Stöd till närstående inklusive att erbjuda eftersamtal	<input type="checkbox"/>
Tillgång till olika kompetenser och lokal teambildning	<input type="checkbox"/>
Annat	<input type="text"/>

16. Kommentarer till eventuella inledda och/eller planerade förändringsarbeten

17. Inrapporterat av _____ **Datum** _____

Ansvarig uppgiftslämnare

Namn _____

Titel _____

E-post _____