


OBS: All inrapportering görs digitalt efter inloggning via www.palliativ.se

Dödsfallsenkät fr o m 2015 10 01

Fylls i av ansvarig läkare eller sjuksköterska – gärna efter samråd i arbetslaget.

Förtydligande till frågorna hittar du genom att klicka på  - symbolen i den digitala dödsfallsenkäten efter inloggning.

1. Enhetskod _____ (fylls i automatiskt i den digitala enkäten)

2. Personnummer på den avlidne personen (12 siffror) _____

3. För- och efternamn på den avlidne personen _____

4. Dödsdatum (åååå-mm-dd) _____ Klockslag (tt:mm) _____

5a. Datum (åååå-mm-dd) då personen skrevs in på den enhet där dödsfallet inträffade

(för hemsjukvård, ange datumet då den aktiva hemsjukvården inleddes) _____

5b. Inskriften ifrån:

- särskilt boende / vård- och omsorgsboende
- korttidsplats
- sjukhusavdelning (ej specialiserad palliativ slutenvård)
- specialiserad palliativ slutenvård
- eget hem, med stöd av specialiserad palliativ hemsjukvård
- eget hem, med stöd av allmän palliativ hemsjukvård
- eget hem, med stöd av daglig kontakt med hemtjänst
- annan, nämligen _____

6. Dödsplatsen beskrivs bäst som:

- särskilt boende / vård- och omsorgsboende
- korttidsplats
- sjukhusavdelning (ej specialiserad palliativ slutenvård)
- specialiserad palliativ slutenvård
- eget hem, med stöd av specialiserad palliativ hemsjukvård
- eget hem, med stöd av allmän palliativ hemsjukvård
- eget hem, med stöd av daglig kontakt med hemtjänst
- annan, nämligen _____

OBS: All inrapportering görs digitalt efter inloggning via www.palliativ.se

Dödsfallsenkät fr o m 2015 10 01

7. Grundtillstånd som ledde till döden (fler än ett svarsalternativ är möjligt):

- cancersjukdom
- hjärt- / kärlsjukdom
- lungsjukdom
- demens
- stroke
- annan neurologisk sjukdom
- diabetes
- tillstånd efter fraktur
- multisjuklighet
- övrigt, nämligen _____

8. Kommer den avlidne personen att genomgå obduktion?

- ja, rättsmedicinsk
- ja, vanlig klinisk
- nej

Om svaret är JA, rättsmedicinsk - besvara endast fråga 28 – 30.

Om svaret är NEJ eller JA, vanlig klinisk - fortsätt till fråga 9.

9. Var dödsfallet väntat utifrån sjukdomshistorien?

- ja
- nej
- vet ej

Om svaret är JA eller VET EJ, besvara samtliga följande frågor. Om svaret är NEJ, besvara endast fråga 14, 16, 18, 28 – 30.

10. Hur lång tid innan dödsfallet förlorade personen förmågan att uttrycka sin vilja och delta i beslut om den medicinska vårdens innehåll?

- bibehållen förmåga till livets slut
- timme/timmar
- dag/dagar
- vecka/veckor
- månad eller mer
- vet ej

11 a. Finns det i den medicinska journalen ett av ansvarig läkare dokumenterat beslut om att behandlingen/vården övergår till palliativ vård i livets slutskede?

- ja i fri text
- ja som klassifikationskod
- nej
- vet ej

OBS: All inrapportering görs digitalt efter inloggning via www.palliativ.se

Dödsfallsenkät fr o m 2015 10 01

11 b. Fick personen ett s.k. brytpunktssamtal, alltså ett individuellt anpassat och i den medicinska journalen dokumenterat informerande läkarsamtal om att han/hon befann sig i livets slutskede och att vården var inriktad på livskvalitet och symtomlindring?

- ja nej vet ej

12. Var personens senast uttalade önskemål om dödsplats känt?

- ja nej vet ej

13 a. Hade personen trycksår vid ankomsten till er enhet (ange högsta förekommande grad)?

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

Om svaret är JA (grad 1–4), besvara fråga 13 b.

Om svaret är NEJ eller VET EJ, fortsätt till fråga 14 a.

13 b. Dokumenterades trycksåret?

- ja nej vet ej

14 a. Avled personen med trycksår (ange högsta förekommande grad)?

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

Om svaret är JA (grad 1–4), besvara fråga 14 b.

Om svaret är NEJ eller VET EJ, fortsätt till fråga 15 a.

14 b. Dokumenterades trycksåret?

- ja nej vet ej

OBS: All inrapportering görs digitalt efter inloggning via www.palliativ.se

Dödsfallsenkät fr o m 2015 10 01

15 a. Bedömdes personens munhälsa någon gång under den sista veckan i livet?
(Lär dig mer om munhälsa genom att läsa på hemsidan under rubriken Förbättringsarbete/Kunskapsstöd)

ja nej vet ej

Om svaret är JA, besvara fråga 15 b.

Om svaret är NEJ eller VET EJ, fortsätt till fråga 16.

15 b. Noterades någon avvikelse vid bedömningen?

ja nej vet ej

Om svaret är JA eller NEJ, besvara fråga 15 c.

Om svaret är VET EJ, fortsätt till fråga 16.

15 c. Dokumenterades bedömningen av munhälsan?

ja nej vet ej

16. Var någon närvarande i dödsögonblicket?

ja, närstående ja, närstående och personal ja, personal
 nej vet ej

17. Fick personens närstående ett s.k. brytpunktssamtal, alltså ett individuellt anpassat och i den medicinska journalen dokumenterat informerande läkarsamtal om att personen befann sig i livets slutskede och att vården var inriktad på livskvalitet och symtomlindring?

ja nej vet ej hade inga närstående

Om svaret är JA, NEJ eller VET EJ, fortsätt till fråga 18.

Om svaret är HADE INGA NÄRSTÄENDE, fortsätt till fråga 19.

18. Erbjöds personens närstående ett efterlevandesamtal 1 – 2 månader efter dödsfallet?

ja nej vet ej

OBS: All inrapportering görs digitalt efter inloggning via www.palliativ.se

Dödsfallsenkät fr o m 2015 10 01

19. Hade personen dropp/sondtillförsel av vätska eller näring under det sista dygnet i livet?

ja nej vet ej

20. Förekom genombrott av något av följande symtom (20 a – f) vid något tillfälle hos personen under den sista veckan i livet?

20 a. Smärta ja nej vet ej

Om svaret är JA, besvara följdfrågan.

Om svaret är NEJ eller VET EJ, fortsätt med fråga 20 b.

smärtan lindrades: helt delvis inte alls

20 b. Rosslighet ja nej vet ej

Om svaret är JA, besvara följdfrågan.

Om svaret är NEJ eller VET EJ, fortsätt med fråga 20 c.

rossligheten lindrades: helt delvis inte alls

20 c. Illamående ja nej vet ej

Om svaret är JA, besvara följdfrågan.

Om svaret är NEJ eller VET EJ, fortsätt med fråga 20 d.

illamåendet lindrades: helt delvis inte alls

20 d. Ångest ja nej vet ej

Om svaret är JA, besvara följdfrågan.

Om svaret är NEJ eller VET EJ, fortsätt med fråga 20 e.

ångesten lindrades: helt delvis inte alls

20 e. Andnöd ja nej vet ej

Om svaret är JA, besvara följdfrågan.

Om svaret är NEJ eller VET EJ, fortsätt med fråga 20 f.

andnöden lindrades: helt delvis inte alls

OBS: All inrapportering görs digitalt efter inloggning via www.palliativ.se

Dödsfallsenkät fr o m 2015 10 01

20 f. Förvirring ja nej vet ej

Om svaret är JA, besvara följdfrågan.

Om svaret är NEJ eller VET EJ, fortsätt med fråga 21.

förvirringen lindrades: helt delvis inte alls

21. Skattades personens smärta vid något dokumenterat tillfälle under den sista veckan i livet med VAS, NRS eller något annat validerat smärtskattningsinstrument?

ja nej vet ej

22. Hade personen svår smärta vid något tillfälle under den sista veckan i livet (t.ex. VAS/NRS > 6 eller svår smärta enligt något annat validerat instrument)?

ja nej vet ej

23. Skattades personens övriga symtom vid något tillfälle under den sista veckan i livet med VAS, NRS eller något annat validerat symtomskattningsinstrument?

ja nej vet ej

24. Fanns det en individuell ordination av läkemedel i injektionsform vid behov på läkemedelslistan innan dödsfallet?

opioid mot smärta ja nej vet ej

läkemedel mot rosslighet ja nej vet ej

läkemedel mot illamående ja nej vet ej

läkemedel mot ångest ja nej vet ej

25. Hur lång tid innan dödsfallet undersöktes personen av en läkare senast?

dag/dagar vecka/veckor månad eller mer vet ej



OBS: All inrapportering görs digitalt efter inloggning via www.palliativ.se

Dödsfallsenkät fr o m 2015 10 01

26. Konsulterades kompetens utanför teamet/avdelningen för personens symtomlindring under den sista veckan i livet? (fler än ett svarsalternativ är möjligt)

- ja, smärtenhet ja, palliativt team ja, annan sjukhusenhet
 ja, paramedicinare ja, andlig företrädare nej vet ej

27. Hur nöjda är ni i arbetslaget med den vård ni gav personen under den sista veckan i livet?

- 1 = inte alls 2 3 4 5 = helt och hållet

28. Datum (åååå-mm-dd) för besvarandet av frågorna _____

29. Enkäten är besvarad av:

- enskild medarbetare fler i arbetsgruppen gemensamt

30. Ansvarig uppgiftslämnare (namn) _____

- läkare sjuksköterska annan personalgrupp

e-postadress _____