

# KIP dataskema for Dansk Palliativ Database

(Tidligere har KIP dataskema heddet KMS dataskema)

Opdateret den 19.12.23

## Vejledning

- Spørgsmål 1-6 udfyldes for alle patienter, der er henvist til specialiserede, palliative funktioner.
- Spørgsmål 7 udfyldes for alle patienter, der ikke har modtaget palliativ indsats.
- De resterende spørgsmål udfyldes for alle patienter, der har haft mindst en behandlingsmæssig kontakt med den specialiserede, palliative funktion.

1. CPR-nr.: \_\_\_\_\_ 2. Patient navn \_\_\_\_\_ (skal ikke testes)

## Henvielse

### 3. Henvist fra:

- A. Egen læge
- B. Praktiserende speciallæge
- C. Sygehusafdeling
- D. Anden palliativ enhed
- E. Patienten selv eller pårørende
- F. Anden

### 4. Diagnose (hvis flere diagnoser, angiv da den diagnose, der formodes at have været mest livstruende):

#### A. Kræft:

- A1. Mundhule og svælg
- A2. Spiserør
- A3. Mavesæk
- A4. Tyndtarm
- A5. Tyktarm og endetarm
- A6. Lever og intrahepatiske galdeveje
- A7. Bugspytkirtel
- A8. Strubehoved
- A9. Lunge, bronkier og luftrør
- A10. Modermærke
- A11. Bryst
- A12. Livmoderhals
- A13. Livmoder
- A14. Æggestok
- A15. Blærehalskirtel
- A16. Testikel
- A17. Blære
- A18. Nyre, nyrebækken, urinleder
- A19. Hjerne og centralnervesystem
- A20. Skjoldbruskkirtel
- A21. Hodgkin malignt lymfom
- A22. Non-Hodgkin malignt lymfom
- A23. Myelomatose
- A24. Leukæmi
- A25. Sarkomer og andre bløddeler
- A26. Anden kræft (ikke nævnt ovenfor)
- A27. Ukendt kræft

#### B. Ikke kræft

- B1. Hjertekarsygdom
- B2. Neurologisk sygdom (ikke apopleksi)
- B3. Apopleksi (cerebral thrombose/hæmorrhagi)
- B4. Lungesygdom
- B5. Nyresygdom
- B6. Anden sygdom

5. Henvisningsdato: \_\_\_\_\_

Ved elektronisk henvielse er dette dato for afsendelse

## Palliativ indsats

### 6. Palliativ indsats startet?

- A. Ja (gå til spørgsmål 8)  B. Nej

---

## Patienter, der ikke blev modtaget til palliativ indsats

### 7. Visitationskriterierne opfyldt?

- A. Ja

Årsag til manglende behandling?

- A1. Uegnet til behandling.  
 A2. Ønskede ikke behandling  
 A3. Døde før behandling  
 A4. Manglende kapacitet  
 A5. Behandlet af anden palliativ enhed  
 A6. Anden årsag

- B. Nej

Hvilke visitationskriterier var ikke opfyldt?

- B1. Ikke uhelbredelig syg  
 B2. Ikke symptomatologi, som kræver en specialiseret/tværfaglig indsats  
 B3. Ikke diagnostisk færdigudredt  
 B4. Patienten ikke velinformeret om sin sygdom  
 B5. Andet

- C. Kan ikke afgøres

***Der skal ikke registreres yderligere for patienter, der ikke har modtaget palliativ indsats.***

---

## Patienter, der blev modtaget til palliativ indsats

### 8. Dato for start af palliativ indsats: \_\_\_\_\_

*Start af palliativ indsats er den første fysiske kontakt, hvor der tages stilling til og evt. indledes behandling. dvs. et visitationsbesøg tæller ikke med, med mindre det foretages af en læge, der ikke kun visiterer, men også tager stilling til palliativ behandling*

### 8b. Hvis patienten blev tilbudt en tidligere dato for start af palliativ indsats, så skriv datoen her: \_\_\_\_\_

### 9. Første kontakt

- A. Ambulant  
 B. Indlæggelse i egen palliativ enhed

### 9b. Var lægen til stede med patienten ved start af specialiseret palliativ indsats?

*Ved start menes ved første ambulante kontakt eller senest et døgn fra indlæggelsestidspunktet på den specialiserede palliative enhed.*

- A. Ja  
 B. Nej  
 C. Ukendt/uoplyst

### 10. Sted for første kontakt (bevares ikke når første kontakt er 'indlæggelse i egen palliativ enhed')

- A. Fremmøde i ambulatoriet (den palliative enheds ambulatorium)  
 B. Hjemmebesøg  
 C. Tilsyn anden afdeling **uden** samtidig tilknytning af patienten til det palliative team  
 D. Tilsyn anden afdeling **med** samtidig tilknytning af patienten til det palliative team

---

## Socialt

### 11. Børn (*patientens egne biologiske/adoptiv børn*)

- A. Ingen
- B. Børn, mindst et barn under 18 år
- C. Børn, alle mindst 18 år
- D. ukendt

### 12. Bopæl

- A. Privat bolig (lejlighed, hus, etc.)
- B. Plejehjem/ældrebolig (*gå til spørgsmål 14*)
- C. Andet (*gå til spørgsmål 14*)
- D. Ukendt (*gå til spørgsmål 14*)

### 13. Boede patienten (*Udfyldes kun hvis patienten boede i privat bolig (12A)*)

- A. Alene
- B. Med ægtefælle/partner
- C. Med børn
- D. Med ægtefælle/partner og børn
- E. Med forældre
- F. Med andre
- G. Ukendt

*(Der medregnes kun personer med samme adresse som patienten)*

---

## Tværfaglig konference

### 14. Tværfaglig konference

- A. Afholdt med minimum 4 specificerede faggrupper og konklusion
- B. Afholdt med 2-3 specificerede faggrupper og konklusion
- C. Ikke dokumenteret i journalen (*gå til spørgsmål 16*)

### 15. Dato for konference \_\_\_\_\_ (*udfyldes kun ved afkrydsning i 14A eller 14B*)

---

## EORTC-skemaer

### EORTC-skema ved modtagelse

16. EORTC-skema udfyldt (af patienten indenfor de seneste 3 dage før eller på dagen for første kontakt)

- A. Ja på papir
- B. Ja elektronisk (fx i MinSP, MitSygehus eller Ambuflex)
- C. Nej – for dårlig
- D. Nej – afslog
- E. Nej – ikke i live
- F. Nej – ikke begrundet

EORTC-skema vedlægges dette skema og indtastes

### EORTC-skema 1-4 uger efter modtagelse

17. EORTC-skema udfyldt (af patienter 7-28 dage efter første ambulante kontakt eller 7-14 dage efter første indlæggelsesdag)

- A. Ja på papir
- B. Ja elektronisk (fx i MinSP, MitSygehus eller Ambuflex)
- C. Nej – for dårlig
- D. Nej – afslog
- E. Nej – ikke i live
- F. Nej – ikke begrundet

EORTC-skema vedlægges dette skema og indtastes

---

## Afslutning

18. Afsluttet

- A. Som død
- B. I live (besvar ikke spørgsmål 19)

19. Hvor døde patienten? (udfyldes hvis 18A er afkrydset)

- A. Hjemmet (eget hjem/plejehjem/beskyttet bolig, etc.)
- B. I 'denne palliative afdeling/enhed/hospice'
- C. I 'anden palliativ afdeling/enhed/hospice'
- D. Ikke-palliativ sygehusafdeling
- E. Aflastningsplads
- F. Andet sted/ukendt