

## Ny dödsfallsenkät fr o m 2011 01 01 – Varför det?

Svenska Palliativregistrets huvudsyfte är att människor som vårdas i livets slutskede ska få en optimal vård oavsett diagnos och typ av vårdenhet. Strävan i registrets dödsfallsenkät har varit att efterfråga mätbara men samtidigt tydliga, enkla och allmängiltiga mått på hur man arbetar med vårdbehoven i livets slutskede (processmått) och hur det blir för patient och närstående (resultatmått).

Fr.o.m. 2011-01-01 förändras Svenska Palliativregistrets dödsfallsenkät och genom detta kommer även utseendet på hemsidans resultatsbilder (realtidsrapporter) att påverkas. Orsaken till att en ny version av dödsfallsenkät tagits fram är dels kontinuerlig feedback från många av våra användare (1000 användarkommentarer har analyserats), dels ett omfattande valideringsarbete som genomförts inom ramen för två vetenskapliga projekt.

Syftet med den första vetenskapliga studien var att jämföra inrapporterade data med avlidna patienters vanliga journalinformation. Vid journalgenomgång noterades stor förbättringspotential av såväl medicinsk som omvårdnadsdokumentation avseende viktiga aspekter i livets slutskede som beslutsprocess, delaktighet, vårdinnehåll och närståendestöd. Mer än hälften av de händelser/aktiviteter som rapporterats i registrets dödsfallsenkät saknade dokumentation.

Den andra studiens syfte var att för samma individ jämföra information i datoriserad journalmall (prospektiva data) med inrapporterad dödsfallsenkät (retrospektiva data). Åtta av det nuvarande formulärets 25 frågor visade en samstämmighet under 80 %. Det samlade resultatet av dessa initiativ har legat till grund för den omarbetade dödsfallsenkät som nu efter pilottestning och professionell språkgranskning kommer att tas i drift vid årsskiftet 2010/2011.

Syftet med den nya versionen av dödsfallsenkät är att frågorna ska vara mer preciserade och tydliga och därmed lättare att besvara på ett konsekvent sätt. Vi har medvetet lyft fram vikten av att åtgärden är dokumenterad i flera frågor. Anledningen är att dokumentation är en förutsättning för adekvat uppföljning och konsekvent genomförande av vissa åtgärder. Dokumentation i journalhandlingar behövs också för att teamet, oavsett vem som tjänstgör, tryggt ska kunna arbeta vidare efter överenskomna riktlinjer för den enskilde patienten/vårdtagaren. Helt enkelt veta vad som gäller, vem som är informerad om vad och vilka åtgärder som ska göras vid ytterligare försämring.

I ett par frågor har vi valt att betona läkarmedverkan vid s.k. brytpunktssamtal. Det innebär inte att de insatser som sjuksköterskorna gör när det gäller information ska förringas. Vi menar dock att läkaren är skyldig att leva upp till sitt lagstadgade ansvar att informera om vad som är möjligt och rimligt vad gäller ytterligare medicinska åtgärder. Resultaten på dessa frågor skulle i bästa fall kunna underlätta för enheter som behöver större läkarmedverkan för att få till en optimal vård i livets slutskede. Vikten av att kontinuerligt bedöma personens munhälsa och ta ställning till eventuell tillförsel eller avveckling av vätska via dropp belyses av två helt nya frågor.

Sammanfattningsvis hoppas vi att den nya versionen underlättar Ert registreringsarbete och bättre bidrar till Ert fortsatta förbättringsarbete. Vi hoppas att Ni fortsätter kommentera enkäten i sig, så att även vi får ett bra underlag för ytterligare förbättringar i framtiden.