



Dödsfall med Covid-19 på sjukhus
respektive utanför sjukhus i
Kronoberg

RAPPORT EFTER JOURNALGRANSKNING

Pär Lindgren
Regional Chefläkare
2020-09-22



Innehållsförteckning

Dödsfall med Covid-19 i Kronoberg	3
Uppdrag	3
Sammanfattande punkter	4
Bakgrund	4
Definitioner	5
Samsjuklighet	5
Skörhet.....	5
Dödsorsak	6
Behandlingsstrategi.....	6
Resultatbeskrivning.....	7
Ålder och kön	7
Boende och skörhet.....	7
Samsjuklighet	8
Behandlingsstrategi.....	9
Åtgärder.....	9
Dödsorsak	9
Diskussion.....	10
Slutsatser	11

Dödsfall med Covid-19 i Kronoberg

Uppdrag

Uppdragsgivare: Regional särskild sjukvårdsledning Region Kronoberg

Uppdrag: Genom journalgranskning redovisa dödsfall associerade till Covid-19 infektion i Region Kronoberg.

Syfte: Utifrån data rapporterade från Socialstyrelsen bedöma bakgrunden till mortalitet på sjukhusen denna rapport jämför avlidna på sjukhus respektive utanför sjukhus.

Analysledare: Pär Lindgren, regional chefläkare

Analysgrupp Staffan Sandgren överläkare medicinkliniken, Kristofer Lundgren Soldan överläkare infektionskliniken och Staffan Jangmalm överläkare kirurgkliniken för sjukhus och Gunilla Östgaard chefläkare och Håkan Ivarsson tidigare chefläkare för patienter som avlidit utanför sjukhus.

Sammanfattande punkter

- Region Kronoberg känner deltagande med alla närstående som förlorat en anhörig under coronapandemin oberoende av orsak.
- Förbättringspotential föreligger inom flera områden där vi vill nämna bedömning och dokumentation av skörhet och processer, dokumentation och information kring behandlingsstrategi.

Bakgrund

När denna rapport initierades hade 109 personer med Covid-19 infektion avlidit i Kronoberg. Av dessa hade 49 (45 %) avlidit på sjukhus och 60 (55 %) avlidit utanför sjukhus. Sju av de som inträffade på sjukhus hade inträffat på IVA. Ytterligare en patient hade vårdats på IVA men överförts till covidenhets eftersom intensivvård inte bedömdes behövas. Utskrivningen från IVA har inte bidragit till dödsfallet hos aktuell patient. Av de sextio personer som avled utanför sjukhusen avled 6 stycken i hemmet och 54 på SÄBO. Sex av dessa 60 hade under sin covidsjukdom vårdats på sjukhus.

Urvalet har varit patienter med en positiv PCR test för SARS CoV-2 och att patienten avlidit.

Vid jämförelser mellan regioner avseende dödlighet och sjukhusvård gällande patienter med Covid-19 måste den totala förekomsten av sjukdomen i den aktuella regionen beaktas. Det kan också ha förekommit skillnader i hur man bedömde patienters behov av sjukhusvård vilket kan ha medfört skillnader i fördelning mellan avlidna som avlidit på sjukhus eller på särskilda boenden alternativt i hemmet. Se figur 1 och 2.

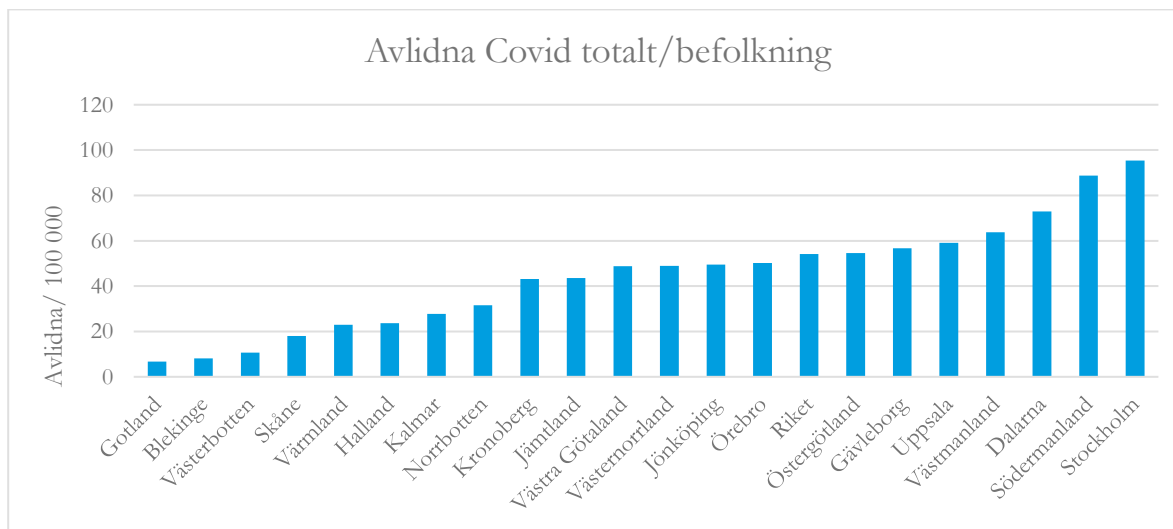


Fig 1. Antal avlidna (enligt Socialstyrelsen) relaterat till befolkning) per 100 000 invånare.

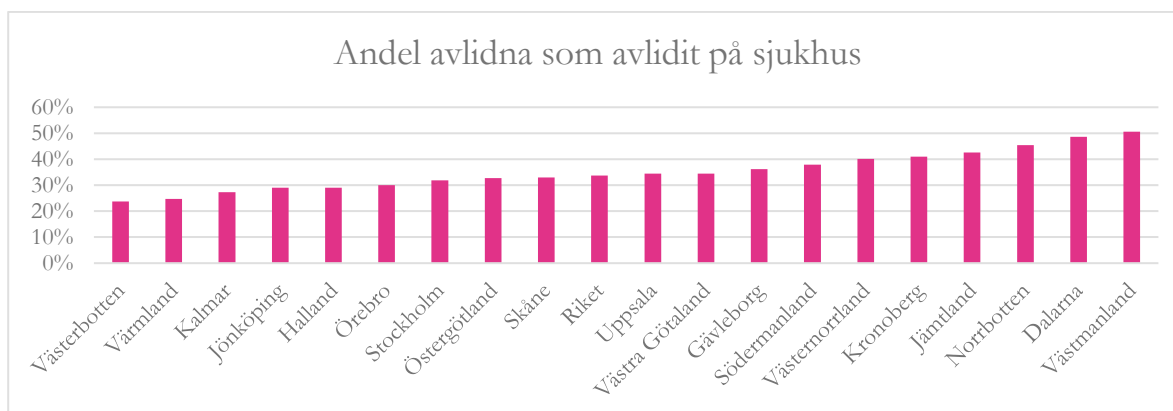


Fig 2. Andel avlidna som avlidit på sjukhus. (från siffror publicerade av Socialstyrelsen) Inte samma patientunderlag som används i denna rapport varför siffran skiljer sig något från det vi rapporterar.

Samma försiktighet behöver användas när man jämför andelen patienter som vårdats på intensivvårdsavdelning. Förekomst av möjligheten till andningsstöd på andra enheter på sjukhuset t.ex. en intermediäravdelning kommer att påverka dessa siffror. Det föreligger dessutom små skillnader för flertalet regioner som faller inom slumpmässig spridning.

Definitioner

Samsjuklighet

Samsjuklighet har definierats som att individen haft minst två sjukdomar utöver Covid-19 och har graderats i tre grupper:

- Ingen samsjuklighet (0 -1 övrig sjukdom)
- Måttlig samsjuklighet (2 sjukdomar)
- Omfattande samsjuklighet (≥ 3 sjukdomar med symtom som påverkar det dagliga livet)

Skörhet

Bedömningen av **funktionsstatus/skörhet** har utgått från individens tillstånd före insjuknandet i Covid-19. Vi har först bedömt Performance Status enligt WHO/ECOG och Clinical Frailty Score. Därefter har vi använt samma indelning som Region Östergötland gjort i sin rapport med fyra grupper:

Grupp 1 Ingen skörhet. Klarar normala aktiviteter utan begränsning.

Grupp 2 Måttlig skörhet. Uppegående och kan sköta sig själv, men klarar inte mer fysiskt krävande aktiviteter eller förvärvsarbete.

Grupp 3 Betydande skörhet. Kan sköta sig själv, men kan periodvis vara bunden till säng eller stol.

Grupp 4 Allvarlig skörhet. Kan inte sköta sig själv och/eller är bunden till säng eller stol. Här ingår även demens som är vårdkrävande.

Dödsorsak

Indelning av dödsfallen har vi också valt samma indelning som Region Östergötland.

Grupp 1 Covid-19 var helt dominerande dödsorsak

Grupp 2 Covid-19 bidrog tillsammans med andra sjukdomar till dödsfallet (hjärtsvikt, demens, framskriden malign sjukdom)

Grupp 3 Sannolikt orsakades dödsfallet av annan sjukdom än Covid-19. I dessa fall var det ofta längre tid mellan bekräftad smitta med Covid-19 och dödsdatum samt att dessa individer inte hade kvarstående besvär från luftvägarna.

Bedömningen av Covid-19 som orsak till dödsfallet värderade bl a den tid som förflutit från bekräftad diagnos av Covid-19 till dödsdatum. Om det var lång tid mellan bekräftad smitta och dödsfallet och om det dessutom förelåg få kliniska tecken på pågående infektion bedömdes det mer sannolikt att det fanns en annan orsak till döden än Covid-19. Andra sjukdomar och tillstånd hos patienterna har också värderats.

Huruvida dödsfallet varit undvikbart har självklart inte kunnat bedömas fullständigt. T.ex. så har vi inte kunnat göra en bedömning om covidinsjuknandet kunnat undvikits t.ex. via bättre isolering/karantän förfarande. Vi har inte gjort någon utredning av hur patienten smittats. Vid bedömning av undvikbarhet har vi utgått från att patienten har covid-19 och tittat på om adekvata vårdåtgärder givits, om adekvat vårdnivå har erbjudits och om beslut om behandlingsstrategi varit korrekta.

Behandlingsstrategi

HSLF-FS 2017:26 (Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling) och SOSFS 2011:7 (Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling).

När det inte är förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet att ge livsuppehållande behandling 1 § Enligt 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska hälso- och sjukvårdspersonalen utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull vård som uppfyller dessa krav. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt.

Förtydligande för Region Kronoberg har fastställts i [Behandlingsstrategi – beslut om begränsning av livsuppehållande åtgärd](#). Vid journalgranskningen har anteckningar om behandlingsstrategi identifierats och granskats.

1. Ingen anteckning om behandlingsstrategi föreligger.
2. Dokumenterad behandlingsstrategi som innebär att ingen begränsning föreligger
3. Dokumenterad behandlingsstrategi som innebär behandlingsbegränsning.

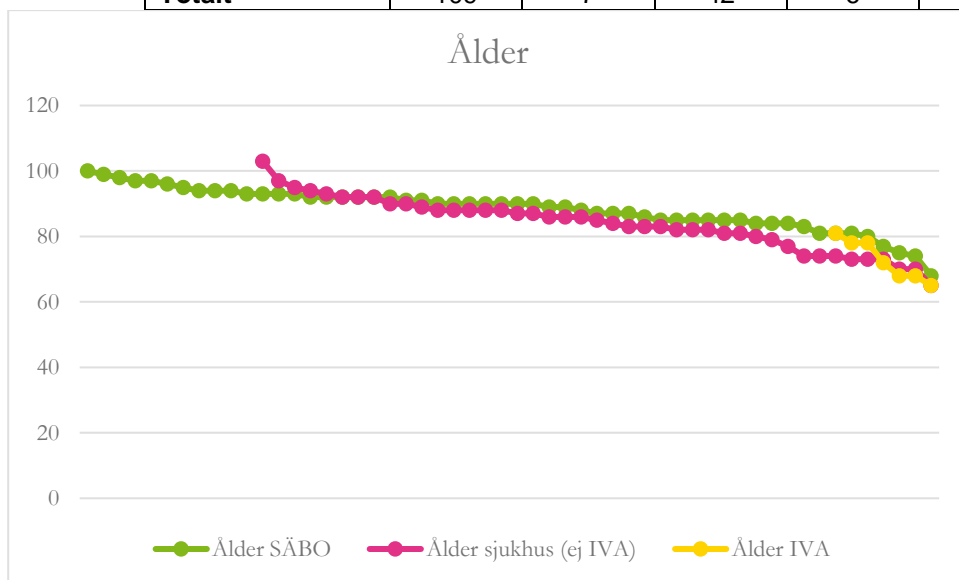
Behandlingsbegränsning kan innebära att åtgärd inte bedöms vara till gagn för patienten och inte påbörjas eller att åtgärd som påbörjats inte medför någon nytta för patienten och därför avslutas. Granskningen har försökt bedöma om beslutet utifrån journalen uppfattas som adekvat och om Socialstyrelsens föreskrift och Regionens riktlinje har följts.

Resultatbeskrivning

Ålder och kön

52 män och 57 kvinnor har avlidit totalt. Tre män och 4 kvinnor har avlidit på IVA, 24 män och 18 kvinnor har avlidit på avdelning (inklusive covidenheter), i hemmet har 2 män och 4 kvinnor avlidit och slutligen på SÄBO är det 23 män och 31 kvinnor. I hela gruppen avlidna på sjukhus var medelålder 82,5 och medianålder 83 (åldersspridning 65–103 år). Medelålder och medianåldern för gruppen som avlidit på IVA var lägre, 73 respektive 72 år. För avlidna på SÄBO var medelåldern 88,4 och medianåldern 90 år (åldersspridning 68 – 100) samt för avlidna i hemmet var medianåldern 84 år.

Ålder i år	Antal (totalt)	Antal (IVA)	Antal (avd)	Antal (hem)	Antal (SÄBO)
29 - 59	1	0	0	1	0
60 - 69	5	3	1	1	0
70 - 79	16	3	9	1	3
80 - 89	47	1	22	3	21
90 - 103	40	0	10	1	29
Totalt	109	7	42	6	54



Figur 3. Åldersfördelning för avlidna

Boende och skörhet

	SÄBO	Eget boende med hemhjälp/hemsjukvård	Eget boende	Annat
Sjukhus	20	21	6	2
Utanför	52	6	2	0
Totalt	72	27	8	2

Av de avlidna bodde enligt journalanteckningar 66 % på särskilt boende och 24,7 % bodde i eget boende med stöd av hemtjänst och/eller hemsjukvård. Endast 8 personer (7,3 %) bodde i eget boende utan kommunala stödresurser.

Skörhet bedömdes med två olika bedömningsinstrument enligt tidigare beskrivning och sedan gjordes en sammanfattning enligt nedanstående tabell. För de patienter som avlidit utanför sjukhus kunde vi inte göra en bedömning hos 17 av patienterna.

	Ingen skörhet. Klarar normala aktiviteter utan begränsning	Måttlig skörhet. Uppgående och kan sköta sig själv, men klarar inte mer fysiskt krävande aktiviteter eller förvärvsarbete.	Betydande skörhet. Kan sköta sig själv, men kan periodvis vara bunden till säng eller stol.	Allvarlig skörhet. Kan inte sköta sig själv och/eller är bunden till säng eller stol. Här ingår även demens som är vårdkrävande.
Sjukhus	5	15	16	13
Utanför	1	7	16	19
Totalt	6	22	32	32

Sextiofyra personer eller 70 % har betydande eller allvarlig skörhet innan insjuknandet i Covid-19. Endast i ett fåtal fall är skörhet specifikt dokumenterats i journalen t.ex. enligt CFS (Clinical Frailty Score). Betydande eller allvarlig skörhet förelåg för avlidna på sjukhus 59 % och utanför sjukhus 81 %. Bedömningen har gjorts utifrån journalanteckningar före och i samband med covidinsjuknandet. Den förekommande skörheten spelar sannolikt stor roll för olika beslut även om den inte dokumenterats. Men vi kan inte se tydlig hänvisning till den vid dokumentation av beslut. Skörhet är en del i indikationen för SÄBO så det är ganska naturligt att det är en högre andel av personer som avlidit utanför sjukhus som har en betydande eller allvarlig skörhet.

Samsjuklighet

	Ingen samsjuklighet (0-1 övrig sjukdom)	Måttlig samsjuklighet (2 sjukdomar)	Omfattande samsjuklighet (≥ 3 sjukdomar med symtom som påverkar det dagliga livet)
Sjukhus	1	18	30
Utanför	5	16	38
Totalt	6	34	68

Alla avlidna på sjukhus utom en uppvisade någon form av samsjuklighet, utanför sjukhus var antalet utan samsjuklighet 5. För avlidna på sjukhus var förekomsten av omfattande samsjuklighet som påverkade vardagen 61 % medan 37 % hade måttlig samsjuklighet. Exempel på samsjuklighet hos avlidna var hypertoni (71 %), hjärtsjukdom (71 %), diabetes (29 %), njursvikt (43 %), lungsjukdom (27 %) och demens (14 %).

För avlidna utanför sjukhus var omfattande samsjuklighet 63 % medan 27 % hade måttlig samsjuklighet. Exempel på samsjuklighet var hypertoni (73 %), hjärtsjukdom (67 %), diabetes (17 %), njursvikt (15 %), lungsjukdom (23 %) och demens (48 %).

Patienter som avled på sjukhus hade sålunda en högre grad av samsjuklighet med högre frekvens av bakomliggande diabetes och njursvikt medan patienter avlidna utanför sjukhus hade en högre frekvens demenssjukdom.

Behandlingsstrategi

Vi har granskat journalerna utifrån beslut dokumenterade före aktuellt vårdtillfälle/insjuknande, på vårdavdelning under aktuellt vårdtillfälle samt på Intensivvårdsavdelningen.

Beslut begränsning avlidna på sjukhus före vårdtillfället		
Inget beslut	Beslut åtgärder	Beslut begränsning
32	0	17
Beslut begränsning SÄBO		
Inget beslut	Beslut åtgärder	Beslut begränsning
11	0	49

Majoriteten av patienter vårdade på sjukhus hade inget beslut dokumenterat före vårdtillfället. Åtta av de 20 patienter som bodde på SÄBO och lades in på sjukhus hade ett beslut som innefattade begränsningar vanligtvis handlade dessa om åtgärder vid hjärtstopp.

För patienter som avled på vårdavdelning fanns dokumenterat beslut om behandlingsstrategi fattat under vårdtiden hos samtliga patienter, även hos den patient som initialt vårdades på IVA och därefter överflyttades till covid-enhet. I 25 % av fallen var information till patient alternativt närstående negerat i anteckningen vilket är otillfredsställande men i ett antal av dessa fanns en senare anteckning av sjuksköterska eller läkare att informationen givits vid ett senare tillfälle. Hos två av patienterna som överflyttades till intensivvården fanns redan på vårdavdelningen beslut om behandlingsstrategi dokumenterade som då inte innehöll begränsning av samtliga IVA-åtgärder.

Samtliga patienter som avlidit på IVA hade dokumenterade beslut om behandlingsstrategi på vårdavdelning eller på intensivvårdsavdelningen före dödsfallet.

Av de patienter som avlidit utanför sjukhus fanns det hos 44 patienter ett dokumenterat VILS-beslut (Vård i livets slutskede) som innebär att man aktivt tagit ställning till att det rör sig om palliativ vård. Hos 27 fanns även beslut att patienten ej skulle gagnas av vård på sjukhus vid försämring.

I 14 av fallen finns det dokumenterat att läkare varit fysiskt på plats på boendet. Här har vi ett stort bortfall eftersom vi inte granskat kommunala journalanteckningar eller anteckningar från privata vårdcentraler. Det finns också 22 dokumenterade kontakter mellan läkare och närstående. Även här gäller att vi inte granskat dokumentation från kommun och privata vårdcentraler.

Åtgärder

De åtgärder som satts in skiljer sig förstås beträffande den vård som erbjudits på sjukhus respektive utanför sjukhus. Vi har dock i journalgranskningen inte uppmärksammat några fall där adekvata vårdåtgärder inte givits pga den plats som patienten vårdats på.

Dödsorsak

I gruppen som avled utanför sjukhus har dokumentationen vi kunnat granska varit otillräcklig för att bedöma i vilken utsträckning covid-19 har bidragit till dödsfallet.

Hos 22 patienter som avled på sjukhus(45 %) har vi bedömt att covid-19 varit den helt dominerande dödsorsaken. Motsvarande siffra utanför sjukhuset var 10 eller 20 %. För hela gruppen avlidna som vi kunnat göra bedömningen av så är det 32 eller 32,7 %.

	Covid-19 var helt dominerande dödsorsak	Covid-19 bidrog tillsammans med andra sjukdomar till dödsfallet (hjärtsvikt, demens, framskriden malign sjukdom)	Sannolikt orsakades dödsfallet av annan sjukdom än Covid-19. I dessa fall var det ofta längre tid mellan bekräftad smitta med Covid-19 och dödsdatum samt att dessa individer inte hade kvarstående besvär från luftvägarna.
Sjukhus	22	20	7
Utanför	10	27	12
Totalt	32	47	19

Hos 20 (41 %) patienter var Covid-19 starkt bidragande men det fanns andra sjukdomar som bidrog till dödsfallet för avlidna på sjukhus. Motsvarande utanför sjukhus var 27 eller 55 %. Hos 14 % bedömdes att andra sjukdomar var huvudorsak till dödsfallet på sjukhus medan det var 24 % utanför sjukhus.

	Dödsorsak								
	Andning/respiratorisk svikt	Covid-19	Hjärtsvikt	Pneumoni	Malignitet	Njursvikt	Stroke	GI-blödning	Demens
Vårdavdelning	27	7	3		2	1	1	1	
Utanför	7	36	6	5	1		1		3

Vid genomgång av dödsorsaksintyg så ser man en skillnad i val av orsak. På sjukhus har man oftare valt andningssvikt/respiratorisk svikt och angivit denna som orsakad av covid-19 medan man utanför sjukhus i större utsträckning har valt att ange covid-19 som dödsorsak. I båda grupperna är majoriteten av patienter som avlidit i andningssvikt och även pneumoni associerad med covid-19. De som avlidit på IVA har som regel avlidit i multiorgansvikt.

Diskussion

Antalet avlidna i covid-19 var vid undersökningens tidpunkt 109. Dessa individer har enligt de journaler som granskats erhållit adekvata vårdinsatser. Det är totalt 30 journaler som vi inte granskat fullständigt.

Gruppen avlidna har en relativt hög ålder med en hög förekomst av skörhet och samsjuklighet. En relativt stor andel vårdas på SÄBO, även i gruppen som avlidit på sjukhus, vilket ytterligare belyser detta. Dokumentation av skörhet kan struktureras bättre och tydligare vara tillgänglig i journalen.

Beträffande behandlingsstrategi så har samtliga avlidna på sjukhus under vårdtiden fått ett dokumenterat beslut om behandlingsbegränsningar som enligt vår bedömning är korrekta och adekvata. Vi ser några patienter där beslutet kunde ha tagits tidigare. Beträffande övriga rutiner kring dessa beslut så noterar vi att det i för stor utsträckning är dokumenterat att patient/närstående inte informerats även om vi i majoriteten av dessa kan utläsa av annan journaldokumentation att informationsskyldigheten förefaller ha uppnåtts. Dock något där vi kan förbättra processen. För beslut fattade utanför sjukhus är det endast hos 14 patienter där vi

kan se att beslutet sker i samband med ett fysiskt besök. Denna siffra kan dock var högre om vi hade granskat dokumentation från kommun och privata vårdgivare.

Beträffande dödsorsak så ser vi en skillnad mellan avlidna på och utanför sjukhus. I 45 % av patienterna var Covid-19 dominerande dödsorsak medan det utanför sjukhus enbart var 20 %. På sjukhus bedömdes det att 14 % av dödsfallen hade en annan orsak än covid-19 medan denna siffra utanför sjukhus var 24 %. Man kan kanske säga att på sjukhus avled personerna av covid-19 medan de utanför sjukhus avled med covid-19. Dödsfallen på IVA orsakades i majoriteten av fall på multipelt sviktande organsystem medan det på vårdavdelning och utanför sjukhuset i stor utsträckning var en isolerad svikt av respirationen (andningen) som var den omedelbara dödsorsaken.

Vi kunde utifrån vår granskning av vårdnivå, vårdåtgärder och behandlingsstrategi inte upptäcka några uppenbara undvikbara dödsfall och inte heller något fall där vi ser behov av fördjupad utredning med avseende misstanke på vårdskada. Vi kan dock inte utesluta undvikbarhet i insjuknandet i covid-19 eftersom det ligger utanför vår utredning. Det finns individer som sannolikt smittats under sjukhusvård vilket vi behöver utreda närmare.

Slutsatser

Alla dödsfall innebär en sorg för de närstående och vi hoppas att vi efter bästa förmåga kunnat ge alla patienter en god och säker vård. Vi är medvetna om att de besöksrestriktioner som förelegat under pandemin och varit nödvändig för begränsning av smittspridning har varit negativ för alla inblandade parter såväl patienter, närstående som vårdpersonal.

Vi anser utifrån den genomgång och analys som vi gjort att patienterna erhållit adekvat vård. Det gäller både på sjukhusen som i kommunal sjukvård. Vi har dock inte kunnat göra en fullständig undersökning av vården utanför sjukhusen då journalgranskningen begränsats till Region Kronobergs journaldokumentation.

Vi ser några områden där förbättringspotential föreligger. Vi vill speciellt lyfta följande tre beträffande sjukhusvården.

- Intermediärvård
- Tydligare information och dokumentation av behandlingsstrategi
- Tydligare dokumentation av skörhet

Förbättringar utanför sjukhus inkluderar dessa.

- Vikten av fysiska läkarbesök vid beslut om behandlingsbegränsningar. Detta påverkades påtagligt i början av pandemin och avviker från våra vanliga rutiner. Vi kommer att följa upp att det återgår till ett normalläge
- Tydligare dokumentation av skörhet innan en akut försämring för att underlätta beslut på jourtid
- Tydligare beslut om behandlingsbegränsningar eller avsaknad av sådana.
- Tydligare dokumentation om anhörigkontakter

