



# **Dödsfall med Covid-19 utanför sjukhus i Kronoberg**

**RAPPORT EFTER JOURNALGRANSKNING**

Pär Lindgren och Gunilla Östgaard

Chefläkare

2020-09-21



**REGION  
KRONOBERG**

## Innehållsförteckning

---

|  |          |
|--|----------|
| <b>Dödsfall med Covid-19 utanför sjukhus i Kronoberg .....</b> | <b>2</b> |
| <b>Uppdrag .....</b>   | <b>2</b> |
| <b>Sammanfattande punkter .....</b>                            | <b>2</b> |
| <b>Bakgrund .....</b>  | <b>2</b> |
| <b>Definitioner .....</b>                                      | <b>3</b> |
| Samsjuklighet .....  | 3        |
| Skörhet.....   | 3        |
| Dödsorsak .....  | 4        |
| Behandlingsstrategi .....                                      | 4        |
| <b>Vård på SÄBO .....</b>                                      | <b>5</b> |
| <b>Resultatbeskrivning.....</b>                                | <b>5</b> |
| Ålder och kön.....   | 5        |
| Boende och skörhet.....  | 6        |
| Samsjuklighet .....  | 7        |
| Vårdcentral.....   | 7        |
| Behandlingsstrategi .....                                      | 7        |
| Åtgärder.....  | 7        |
| Tid mellan prov och död .....                                  | 8        |
| Dödsorsak .....  | 8        |
| <b>Diskussion.....</b>   | <b>8</b> |
| <b>Slutsatser .....</b>  | <b>9</b> |

## Dödsfall med Covid-19 utanför sjukhus i Kronoberg

---

### Uppdrag

**Uppdragsgivare:** Regional särskild sjukvårdsledning Region Kronoberg

**Uppdrag:** Genom journalgranskning redovisa dödsfall associerade till Covid-19 infektion utanför sjukhusen i Region Kronoberg. Majoriteten av dessa är avlidna på SÄBO, enstaka i hemmet.

**Syfte:** Utifrån data rapporterade från Socialstyrelsen bedöma bakgrunden till mortalitet samt kvalitetssäkra handläggningen lokalt.

**Analysledare:** Pär Lindgren, regional chefläkare och Gunilla Östgaard chefläkare primärvården. Analysgrupp Håkan Ivarsson tidigare chefläkare

### Sammanfattande punkter

- Region Kronoberg känner deltagande med alla närstående som förlorat en anhörig under coronapandemin oberoende av orsak.
- Kronoberg är en av de regioner i riket som har lägst andel avlidna utanför sjukhus vilket sannolikt beror på att vi hela tiden haft tillgång till vårdplatser på sjukhuset.
- Medianåldern hos de som dog på SÄBO var 90 år. 81% hade betydande eller allvarlig samsjuklighet innan insjuknandet i Covid-19
- Hos enbart 20 % av patienterna var Covid-19 den dominerande dödsorsaken. Majoriteten dog av en kombination av Covid-19 och underliggande sjukdomar. Hos nästan 25% spelade infektionen bara en mindre roll för dödsfallet, patienten avled av sina övriga sjukdomar.

### Bakgrund

När denna rapport påbörjades hade 109 personer med Covid-19 infektion avlidit i Kronoberg. Av dessa hade 49 (45 %) avlidit på sjukhus, 54 (50 %) avlidit på SÄBO och 6 (5 %) avlidit i hemmet.

Urvalet har varit patienter med en positiv PCR test för SARS CoV-2 och att patienten avlidit på SÄBO eller i hemmet. Journalgranskning är gjord avseende dokumentation i Cosmic. Enbart dokumentation som tillhör Region Kronoberg som vårdgivare. Journalanteckningar från de privata vårdcentralerna inom vårdvalet har inte granskats, ej eller dokumentation från kommunal sjukvård. Dödsorsaksintyg samt förteckning över diagnoser har varit tillgängliga för samtliga patienter.

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.

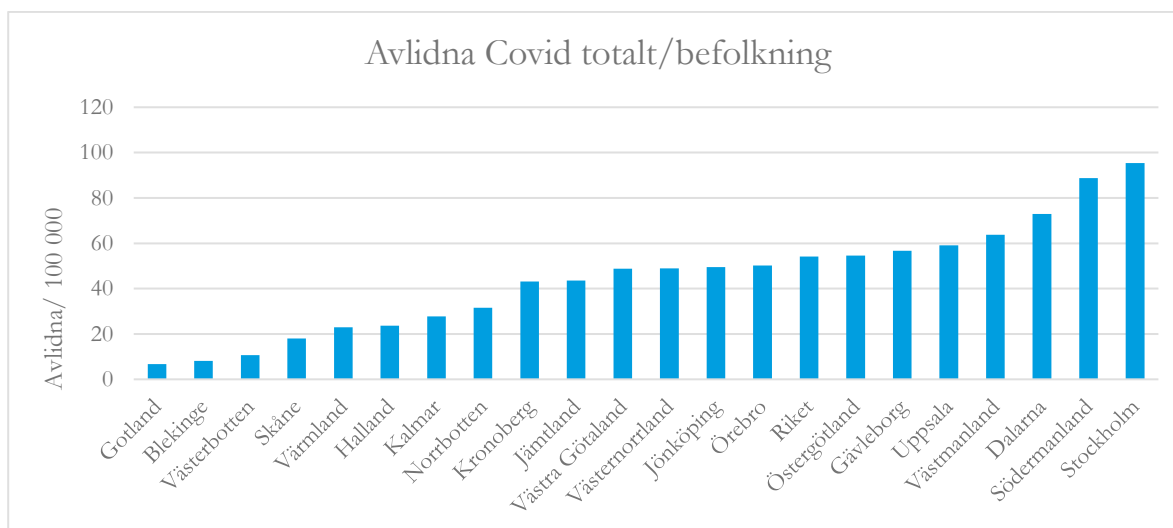


Fig 1. Antal avlidna (enligt Socialstyrelsen) relaterat till befolkning ) per 100 000 invånare.

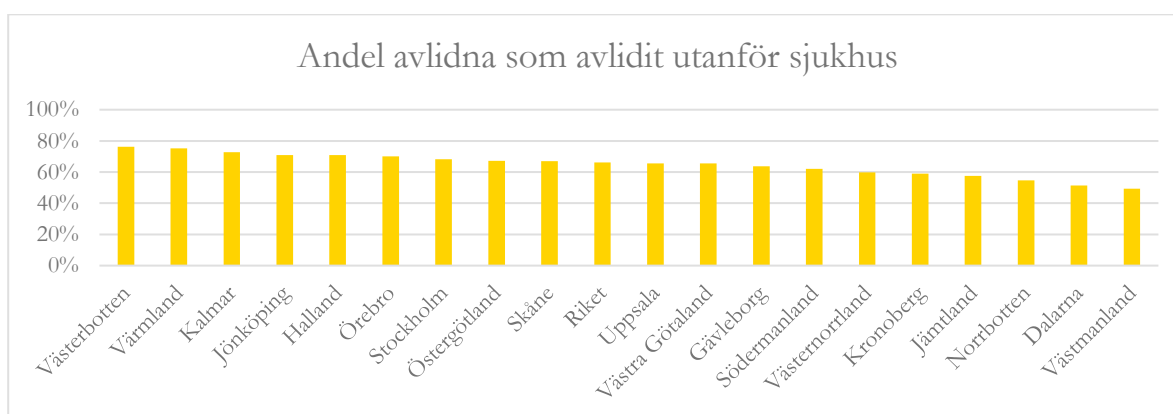


Fig 2. Andel avlidna som avlidit utanför sjukhus. (från siffror publicerade av Socialstyrelsen)

## 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 ( $\geq 3$  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. Vi har bland annat inte kunnat göra en bedömning om covidinsjuknandet kunnat undvikits t.ex. via bättre isolerings- eller karantänförfarande. 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.

## Vård på SÄBO

Vi har tittat efter vårdåtgärder som varit dokumenterade i läkaranteckningar från primärvården.

Vi har varit särskilt intresserade av syrgastillförsel men även om patienten bedömts av andra aktörer t.ex. ambulans, på akutmottagning eller varit vårdad på sjukhus under aktuell tidsperiod.

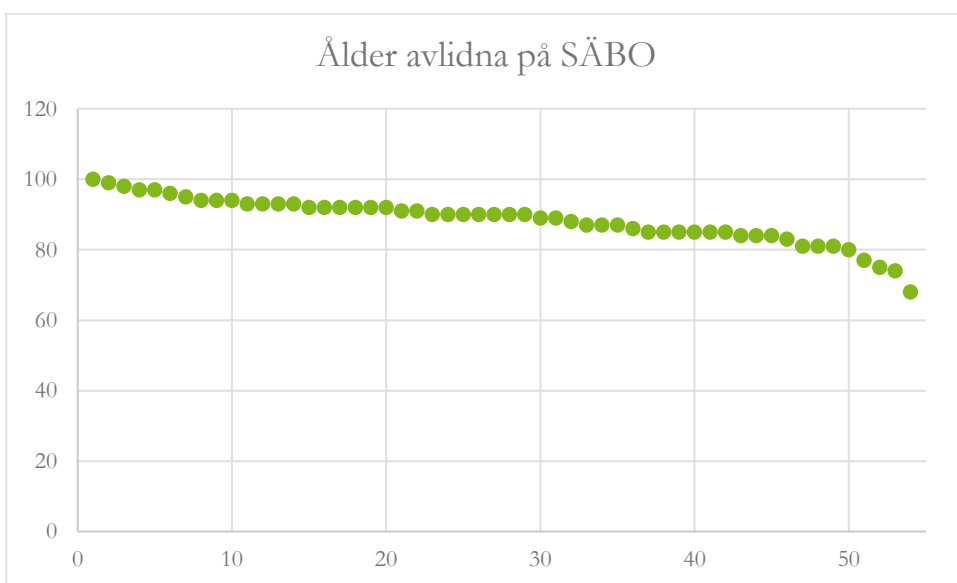
## Resultatbeskrivning

### Ålder och kön

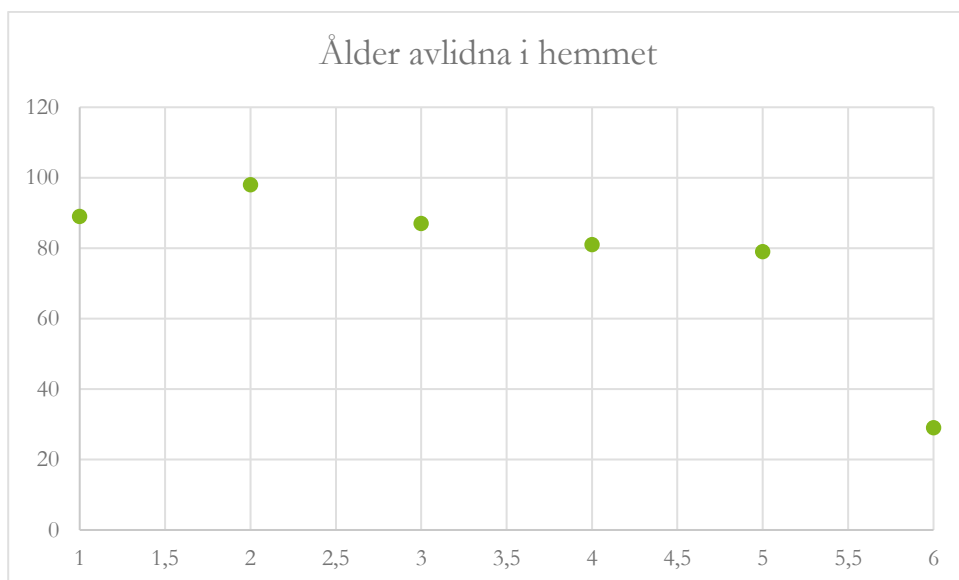
25 män och 35 kvinnor har avlidit utanför sjukhus totalt.

I gruppen som avlidit på SÄBO var medelålder 88,4 och medianålder 90 (spridning 68 – 100). Nittio procent är äldre än 80 år vilket är högre än de för avlidna på sjukhus (82,5 respektive 83 år). Medianålder för personer som avlidit i hemmet var 84 år.

| Ålder  | 29 -60 | 60 -69 | 70 - 79 | 80 - 89 | 90 -105 | Totalt |
|--------|--------|--------|---------|---------|---------|--------|
| Kvinna |        |        |         | 17      | 18      | 35     |
| Man    | 1      | 1      | 4       | 7       | 12      | 25     |
| Totalt | 1      | 1      | 4       | 24      | 30      | 60     |



Figur 3. Åldersfördelning för avlidna på SÄBO



Figur 4. Åldersfördelning för avlidna i hemmet.

### Boende och skörhet

| SÄBO | Eget boende med hemsjukvård | hemhjälp | Eget boende | Annat |
|------|-----------------------------|----------|-------------|-------|
| 52   | 5                           | 1        | 2           |       |

Enstaka patienter bodde innan insjuknandet i eget boende men flyttade in på SÄBO för vård när de fick covid-19.

Skörhet bedömdes med två olika bedömningsinstrument enligt tidigare beskrivning och sedan gjordes en sammanfattning enligt nedanstående tabell. För 17 patienter fanns inte tillräcklig information för att göra en bedömning, då vi inte hade tillgång till journal hos privata vårdgivare.

| Ingen skörhet.<br>Klarar normala aktiviteter utan begränsning | Måttlig skörhet.<br>Uppegående och kan sköta sig själv, men klarar inte mer fysiskt krävande aktiviteter eller förvärsarbete. | Betydande skörhet.<br>Kan sköta sig själv, men kan periodvis vara bunden till säng eller stol. | Allvarlig skörhet.<br>Kan inte sköta sig själv och/eller är bunden till säng eller stol. Här ingår även demens som är vårdkrävande. |
|---|---|--|---|
| 1   | 7   | 16   | 19  |

81% har betydande eller allvarlig skörhet innan insjuknandet i Covid-19. Enbart i enstaka fall är skörhet specifikt dokumenterat i journalen t.ex. enligt CFS (Clinical Frailty Score).

Bedömningen har därför gjorts utifrån journalanteckningar före och i samband med vårdtillfället. Den förekommande skörheten spelar sannolikt stor roll för olika beslut om vårdnivå även om den inte dokumenterats men vi kan inte se tydlig hänvisning till den vid dokumentation av beslut.

## Samsjuklighet

| Ingen samsjuklighet (0-1 övrig sjukdom) | Måttlig samsjuklighet (2 sjukdomar) | Omfattande samsjuklighet (≥ 3 sjukdomar med symtom som påverkar det dagliga livet) |
|---|-------------------------------------|--|
| 5                                       | 16                                  | 38   |

Majoriteten av patienterna hade en omfattande samsjuklighet. Exempel på samsjuklighet hos avlidna var hypertoni (73 %), hjärtsjukdom (67 %), diabetes (17 %), njursvikt (15 %), lungsjukdom (23%), stroke (25 %), malignitet (12 %) och demens (48 %).

## Vårdcentral

Vi har försökt att göra en bedömning utifrån regionens journaldokumentation (inklusive dödsorsaksintyg) vilken vårdcentral som varit huvudsakligen ansvarig.

|                 |                |                   |          |             |          |                |
|-----------------|----------------|-------------------|----------|-------------|----------|----------------|
| Achima Vislanda | Achima Älmhult | Alvesta           | Hovshaga | JLC         | Lammhult | Lessebo        |
| 5               | 6              | 11                | 8        | 1           | 3        | 1              |
| Markaryd        | Moheda         | Palliativa teamet | Rottne   | Skärvet     | Sländan  | Smålandshälsan |
| 5               | 1              | 1                 | 1        | 4           | 2        | 1              |
| Teleborg        | Tingsryd       | Unicare           | Åseda    | Växjöhälsan |          |                |
| 1               | 5              | 1                 | 1        | 1           |          |                |

## Behandlingsstrategi

Vi har granskat journalerna utifrån beslut .

| Beslut begränsning |                 |                    |
|--------------------|-----------------|--------------------|
| Inget beslut       | Beslut åtgärder | Beslut begränsning |
| 11                 | 0               | 49                 |

Hos 44 patienter finns det 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. Samma som ovanstående gäller kommun och privata vårdcentraler.

## Åtgärder

Syrgas finns dokumenterade i 12 av patienterna. Det föreligger bortfall i journalerna enligt samma orsak som in punkten ovan. Sex av patienterna flyttade till SÄBO utifrån konstaterad Covid-infektion. Sex av patienterna vårdades på sjukhus. I ett av fallen blev patienten sannolikt smittad på sjukhuset.



## Tid mellan prov och död

| Tid mellan positivt prov och dödsfall (1 prov taget efter dödsfallet) |       |        |         |        |        |      |
|---|-------|--------|---------|--------|--------|------|
| Dagar   | 1 - 5 | 6 - 10 | 11 - 15 | 16 -20 | 21- 30 | > 31 |
| Antal   | 14    | 14     | 8       | 7      | 8      | 8    |

## Dödsorsak

Hos 10 patienter (20,5 %) har vi bedömt att covid-19 varit den helt dominerande dödsorsaken. Hos 27 patienter har Covid-19 bidragit (55 %) medan vi hos 12 patienter (24,5 %) bedömde att dödsfallet sannolikt orsakades av annan sjukdom. Majoriteten av dessa patienter hade lång tid mellan det positiva provet och tiden för dödsfallet. I 11 av fallen fanns inte tillräcklig dokumentation i Region Kronobergs dokumentation för att göra denna bedömning då en privat vårdcentral varit huvudansvarig för vården

| <b>Covid-19 var helt dominerande dödsorsak</b> | <b>Covid-19 bidrog tillsammans med andra sjukdomar till dödsfallet (hjärtsvikt, demens, framskriden malign sjukdom)</b> | <b>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.</b> |
|--|---|---|
| 10   | 27  | 12  |

| Dödsorsak                   |          |            |          |            |        |        |
|-----------------------------|----------|------------|----------|------------|--------|--------|
| Andning/respiratorisk svikt | Covid-19 | Hjärtsvikt | Pneumoni | Malignitet | Demens | Stroke |
| 7                           | 36       | 6          | 5        | 1          | 3      | 1      |

På Dödsorsaksintyget var följande diagnoser registrerade. Flertalet av respiratorisk svikt och pneumoni hade covid som bakomliggande orsak till andningsproblemet. I några fall hade så lång tid gått från provtagningen att covid rimligen inte bidrog direkt till dödsfallet.

## Diskussion

Analysen försvåras av att vi inte har mandat att granska journaler från privata vårdgivare.

Gruppen avlidna utanför sjukhus har en relativt hög medelålder med en hög förekomst av skörhet och samsjuklighet vilket speglar den population som finns på våra SÄBO idag. Skörhet har nationellt lyfts fram som viktigt för att bedöma prognos för patienter som insjuknar i Covid-19 men även för andra sjukdomar och har en stor relevans för beslut om fortsatt vårdnivå. Detta är inte minst av vikt jourtid när beslut ska fattas av läkare och sjuksköterska som inte känner patienten. Dokumentation av skörhet kan struktureras bättre och tydligare vara tillgänglig i journalen.

Beträffande behandlingsstrategi fanns detta dokumenterat hos majoriteten av patienterna vilket är positivt och underlättar för kommunens personal samt på jourtid. För 27 av de 43 där hela journalen kunnat granskas fanns det ett initialt beslut om att patienten inte skulle gagnas av sjukhusvård. I normala fall ska denna typ av beslut fattas vid ett fysiskt besök men det ser vi att det i stor utsträckning inte har gjorts här vilket speglar den situation som rådde i början av

pandemin. Brist på skyddsutrustning i kommunerna samt rädsla att bidra till smittspridning på boenden gjorde att beslut i stor utsträckning fattades i samråd mellan läkare och sjuksköterska som känner patienten väl men utan ett fysiskt besök. Hur övrig vård av patienterna har sett ut är svårt att dra slutsatser om utan tillgång till kommunernas journal. Tolv patienter har haft angivet i journalen att de fått syrgas men det kan vara ett större antal i praktiken. Vi kan inte heller av denna granskning utläsa om alla som behövt få syrgas har fått det men inte heller sett några indikationer på att det varit problem.

Beträffande dödsorsak så var Covid-19 den dominerande dödsorsaken hos enbart 10 patienter. Hos den största andelen var det en kombination av Covid-19 och många andra underliggande sjukdomar som orsakade dödsfallet. 16 patienter dog mer än 21 dagar efter infektionen påvisats och hos 12 av dessa har övriga sjukdomar bedömts vara den huvudsakliga orsaken till patientens död även om covidinfektionen kan ha bidragit till minskade marginaler.

Vår bedömning är att vård har bedrivits på rätt nivå och med adekvata vårdåtgärder insatta utefter det vi har kunnat granska.

Vi kunde utifrån vår granskning inte hitta några fall där det fanns 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. I ett fall finns indikation på att patienten smittats på sjukhus och detta kommer följas upp i en separat utredning

## 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 på rätt vårdnivå.

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

- 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



