



Dödsfall med Covid-19 på sjukhus i Kronoberg

RAPPORT EFTER JOURNALGRANSKNING

Pär Lindgren
Regional Chefläkare
2020-08-22

Innehållsförteckning

Dödsfall med Covid-19 på sjukhus i Kronoberg	3
Uppdrag	3
Sammanfattande punkter	4
Bakgrund	4
Definitioner	5
Samsjuklighet	5
Skörhet.....	5
Dödsorsak	6
Behandlingsstrategi.....	6
Vårdnivå och andningsstöd	7
Resultatbeskrivning.....	7
Ålder och kön.....	7
Boende och skörhet.....	8
Samsjuklighet.....	9
Vårdtid	9
Vårdnivå	10
Behandlingsstrategi.....	10
Intensivvård	11
Andningsstöd.....	11
Dödsorsak	11
Diskussion.....	12
Slutsatser	13

Dödsfall med Covid-19 på sjukhus i Kronoberg

Uppdrag

Uppdragsgivare: Regional särskild sjukvårdsledning Region Kronoberg

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

Syfte: Utifrån data rapporterade från Socialstyrelsen bedöma bakgrunden till mortalitet på sjukhusen och andelen som intensivvårdats.

Slutenvårdade covid-19-patienter med bekräftad smitta, uppdelat på inrapporterande region

Statistiken baseras på uppgifter om slutenvårdade covid-19-patienter med laboratoriebekräftad covid-19 som har kunnat följas minst 30 dagar sedan inskrivningsdatum

	Slutenvårdade patienter med bekräftad smitta av covid-19			
	Totalt antal	Andel avlidna	Intensivvårdade	
	Antal	Andel (%)*	Antal	Andel (%)*
Totalt för alla inrapporterande regioner	16 957	16,0	2 182	12,9
Rapporterande region				
Blekinge**	Ingen uppgift	Ingen uppgift	Ingen uppgift	Ingen uppgift
Dalarna	455	17,1	57	12,5
Gotland†	Ingen uppgift	Ingen uppgift	Ingen uppgift	Ingen uppgift
Gävleborg	470	13,0	58	12,3
Halland	282	13,8	36	12,8
Jämtland	141	12,8	17	12,1
Jönköping	635	14,3	77	12,1
Kalmar	255	12,9	33	12,9
Kronoberg	217	19,8	23	10,6
Norrbottnen	173	13,3	36	20,8
Skåne	778	17,5	89	11,4
Stockholm	7 247	16,6	791	10,9
Södermanland	707	21,2	117	16,5
Uppsala	664	18,2	145	21,8
Värmland	263	18,6	29	11,0
Västerbotten	123	10,6	32	26,0
Västernorrland	317	16,7	45	14,2
Västmanland	477	13,0	45,0	9,4
Västra Götaland	2 438	15,3	375	15,4
Örebro	515	11,5	80	15,5
Östergötland	789	12,9	93	11,8

Källa: Frivillig särskild inrapportering om slutenvård från regionerna till Socialstyrelsen,

SmiNet, Folkhälsomyndigheten samt svenska intensivvårdsregistret

* andel av totalt antal slutenvårdade per inrapporterande region

** Blekinge har ett fåtal coronasmittade som vårdats på sjukhus men de ingår inte i denna statistik

då uppgift om underliggande diagnos antingen saknas eller så vårdades patienten för en annan diagnos än covid-19

† Gotland har för få patienter för att redovisas på regionnivå

Analysledare: Pär Lindgren, regional chefläkare. Analysgrupp Staffan Sandgren överläkare medicinkliniken, Kristofer Lundgren Soldan överläkare infektionskliniken och Staffan Jangmalm överläkare kirurgkliniken.

Sammanfattande punkter

- Region Kronoberg känner deltagande med alla närstående som förlorat en anhörig under coronapandemin oberoende av orsak.
- Alla patienter utom en hade samsjuklighet.
- Det förelåg skörhet hos majoritet av patienterna.
- Samtliga bedömdes utifrån behandlingsstrategi vilket medförde begränsningar i åtgärder.
- Med utgångspunkt av att patienterna vårdades på sjukhus görs bedömningen av vården utfördes på rätt vårdnivå och att adekvata vårdåtgärder genomfördes.

Bakgrund

När denna rapport påbörjades hade 109 personer med Covid-19 infektion avlidit i Kronoberg. Av dessa hade 49 (45 %) avlidit på sjukhus. Sju av dessa har inträffat på IVA. Ytterligare en patient har vårdats på IVA men överförs till covidenheter eftersom intensivvård inte bedömdes behövas. Utskrivningen från IVA har inte bidragit till dödsfallet hos aktuell patient.

Urvalet har varit patienter med en positiv PCR test för SARS CoV-2 och att patienten avlidit i samband med sjukhusvård. Alla patienter utom 1 har Covid-19 med som dödsorsak eller bidragande dödsorsak på dödsorsaksintyget.

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.

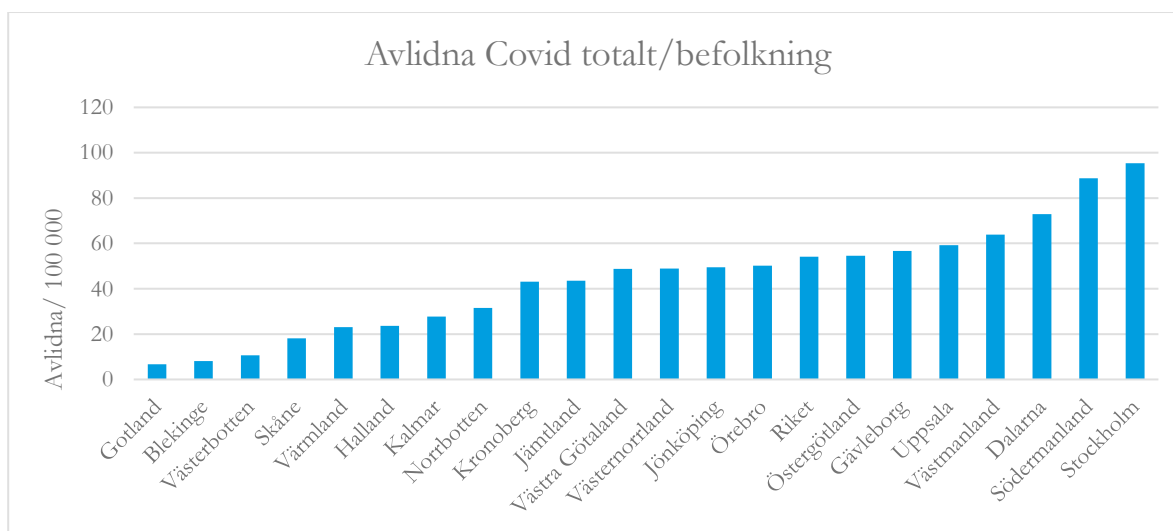


Fig 1. Antal avlidna (enligt Socialstyrelsen) relaterat till befolkning) per 100 000 invånare.

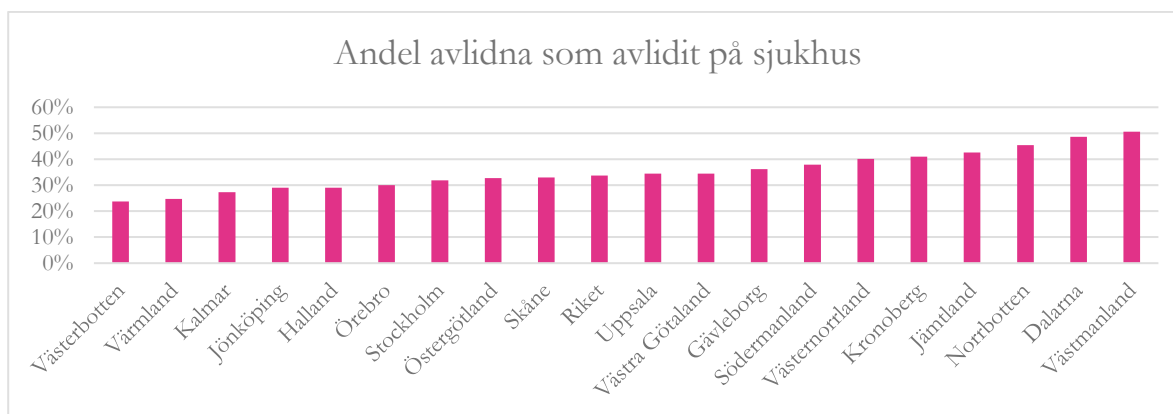


Fig 2. Andel avlidna som avlidit på sjukhus. (från siffror publicerade av Socialstyrelsen)

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 Fraility 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.

Vid bedömningen av dödsorsak har hög ålder inte varit en parameter som räknats.

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.

Vårdnivå och andningsstöd

Vi har i granskningen försökt identifiera tre vårdnivåer.

1. Vanlig vårdavdelning
2. Covidenhet
3. Intensivvård

Region Kronoberg har ingen intermediärvårdsavdelning men under Corona pandemin har covidheten på infektionskliniken till del ökat sin möjlighet till att ge andningsstöd vid höglödessyrgasbehandling sk Optiflow. Dessa patienter har dock inte pekats ut som intermediärvårdspatienter utan alla patienter som vårdats på infektionskliniken (avd 13 och avd 17) har angetts som vård på covidheten. Avd 2 i Ljungby har också under en period varit covidhet men det har inte alltid varit tydligt i journalen om patienten vårdats på covidhet där. Avdelning 2 har inte heller haft tillgång till Optiflow utan andningsstöd har varit samma oberoende på om avdelningen varit utpekad som covidavdelning eller inte.

Patienter i behov av Optiflow har antingen flyttats till IVA eller överförts till covidheten i Växjö.

Beträffande behandlingsåtgärder har vi koncentrerat analysen till erhållen nivå av andningsstöd.

1. Syrgasbehandling på grimma eller mask
2. Syrgasbehandling via Optiflow
3. Non-invasiv respiratorbehandling
4. Invasiv respiratorbehandling

Respiratorbehandling har enbart varit möjligt på intensivvårdsavdelningarna. Optiflow har också varit tillgängligt på intensivvårdsavdelningarna men även på covidheten i Växjö.

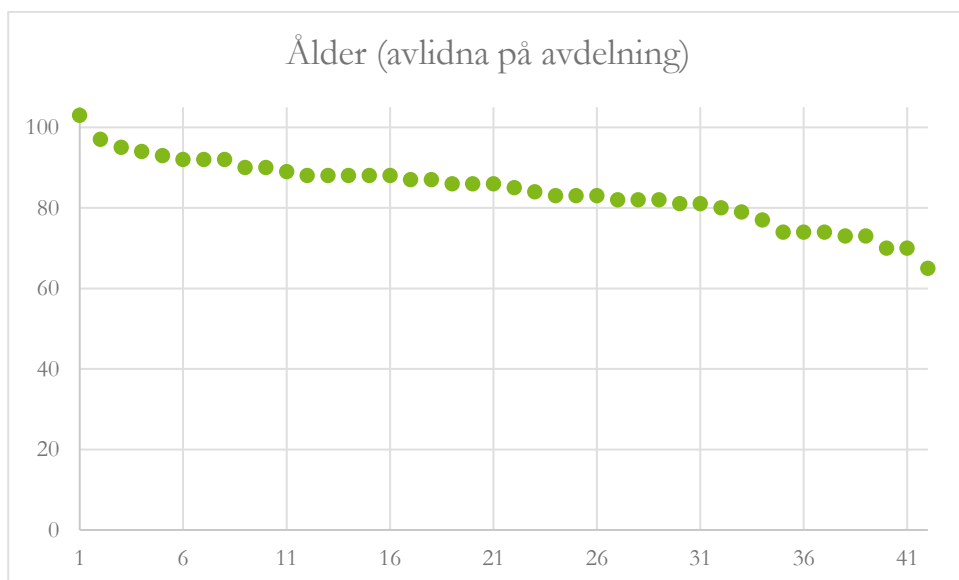
Beslut om nivå av andningsstöd har bedömts utifrån journalanteckningar inklusive anteckningar angående Behandlingsstrategi.

Resultatbeskrivning

Ålder och kön

27 män och 22 kvinnor har avlidit totalt. (3 män och 4 kvinnor har avlidit på IVA och 42 (24 män och 18 kvinnor) har avlidit på avdelning (inklusive covidheten)) I hela gruppen avlidna 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.

Ålder i år	Antal (totalt)	Antal (IVA)	Antal (avd)
60 – 69	4	3	1
70 – 79	12	3	9
80 - 89	23	1	22
90 - 103	10		10



Figur 3. Åldersfördelning för avlidna på avdelning och covid-enhet



Figur 4. Åldersfördelning för avlidna på intensivvårdsavdelning.

Boende och skörhet

SÄBO	Eget boende med hemhjälp/hemsjukvård	Eget boende	Annat
20	21	6	2

Av de avlidna bodde enligt journalanteckningar 40,8 % på särskilt boende och 42,8 % bodde i eget boende med stöd av hemtjänst och/eller hemsjukvård. Endast 6 personer (12,2 %) bodde i eget boende utan kommunala stödresurser.

Skörhet bedömdes med två olika bedömningsinstrument enligt tidigare beskrivning och sedan gjordes en sammanfattning enligt nedanstående tabell.

Ingen skörhet. Klarar normala aktiviteter utan begränsning	Måttlig skörhet. Uppegående 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.
5	15	16	13

Tjugonio eller 59,2 % 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). Bedömningen har gjorts utifrån journalanteckningar före och i samband med vårdtillfället. 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.

Samsjuklighet

Ingen samsjuklighet (0-1 övrig sjukdom)	Måttlig samsjuklighet (2 sjukdomar)	Omfattande samsjuklighet (≥ 3 sjukdomar med symtom som påverkar det dagliga livet)
1	18	30

Alla avlidna utom en uppvisade någon form av samsjuklighet. Omfattande samsjuklighet som påverkade vardagen förekom hos 30 personer (61 %) medan 18 hade måttlig samsjuklighet (37 %). Exempel på samsjuklighet hos avlidna var hypertoni (71 %), hjärtsjukdom (71 %), diabetes (29 %), njursvikt (43 %), lungsjukdom (27 %) och demens (14 %).

Vårdtid

Vi har dels tittat på total vårdtid på sjukhus och för de 8 patienter som vårdats på intensivvård även tittat på antalet dagar på intensivvårdsavdelningen.

1 - 5	6 - 10	11 - 15	16 - 20	> 20
24	9	5	1	7
Vårdtid på sjukhus (inkluderande ev IVA-vård)				

Majoriteten (49 %) har vårdats 1 till 5 dagar på sjukhuset. Tre av dessa patienter har avlidit på IVA. En grupp (14,2 %) har vårdats längre än 20 dagar med en patient vårdad i 41 dagar. Av dessa har 4 vårdats mer än 3 veckor på intensivvårdsavdelning innan de har avlidit.

1 - 5	6 - 10	11 - 15	16 - 20	>20
3	1	0	0	4
IVA-vårdtid				

Vårdnivå

Vanlig avd	Covidenhet	IVA
9	32	8

Majoriteten (65 %) har vårdats på covidenhet. Andelen som vårdats på IVA är 16,3 %. En av dessa IVA-vårdade patienter har kunnat lämna IVA och senare avlidit på covidenheten.

MIG (Mobil intensivvårdsgrupp) bedömning har dokumenterats hos 9 patienter. I fem av dessa fall innebar bedömningen en överflyttning till IVA i övriga 4 att patienten kunde/borde fortsätta vårdas på avdelning/covidenhet. Tre patienter flyttades till IVA utan MIG-bedömning. En av dessa patienter var en patient som kom till akuten med pre-hospitalt hjärtstopp. I majoriteten av fall finns ingen dokumenterad MIG bedömning men alla av dessa har haft dokumenterad behandlingsstrategi som inneburit att man bedömt att IVA-åtgärder inte skulle gagna patienten.

Beslut till IVA	Beslut ej IVA	Ingen bedömning	Ingenbedömning men till IVA ändå
5	4	37	3

Behandlingsstrategi

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

Beslut begränsning före vårdtillfället		
Inget beslut	Beslut åtgärder	Beslut begränsning
32	0	17

Majoriteten av patienter hade inget beslut dokumenterat. Åtta av de 20 patienter som bodde på SÄBO hade ett beslut som innefattade begränsningar vanligtvis handlade dessa om åtgärder vid hjärtstopp.

Beslut på vårdavdelning			
	Inget beslut	Beslut åtgärder	Beslut begränsning
Patient IVA vårdad	5	1	2
Patient ej IVA vårdad	0	0	41

För patienter som avled på vårdavdelning fanns dokumenterat beslut om behandlingsstrategi hos samtliga patienter, även hos den patient som initialt vårdades på IVA och därefter överflyttades till covidenhet. 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.

Beslut på IVA		
Inget beslut	Beslut åtgärder	Beslut begränsning
0	1*	7
* flyttades till vårdavdelning		

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

Intensivvård

Här anges den högsta (mest avancerade) andningsstöd som givits. Finns flera av patienterna som fått invasiv ventilation som innan dess fått Optiflow alternativt NIV.

Andningsstöd IVA	NIV	Invasiv ventilation
	2*	6
*En gick till avdelning innan död och ett beslut om ej intubation		

Alla patienter som avlidit på intensivvården erhöll invasiv ventilation utom 2, i det ena fallet beroende på att patienten kunde överflyttas till covid-enhet och i det andra fallet beroende på beslut innan intensivvården påbörjades att patienten inte skulle intuberas. Övriga åtgärder som utförts på IVA t.ex. dialys kommer att belysas i en annan utvärdering där vi utvärderar alla intensivvårdade patienter.

Andningsstöd

Här anges den högsta nivån av andningsstöd som givits. Flertalet av patienter som vårdats med Optiflow har också erhållit syrgas via gramma eller mask före och/eller efter Optiflowbehandling.

Hos en patient finns inget andningsstöd dokumenterat vilket vi tolkat som att indikation för syrgasbehandling inte förelåg innan beslut om palliativvård. Majoriteten 22 (69 %) av patienter vårdade på covid-enhet har erhållit Optiflow. Observera att några av de som inte har erhållit Optiflow har vårdats på avd 2 där Optiflow inte varit tillgängligt.

Andningsstöd (ej IVA)		
Inget angivet	Syrgas	Optiflow
1	26	22

Dödsorsak

Hos 22 patienter (45 %) har vi bedömt att covid-19 varit den helt dominerande dödsorsaken.

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.
22	20	7

Hos 20 patienter var Covid-19 starkt bidragande men det fanns andra sjukdomar som bidrog till dödsfallet. Hos 14 % bedömdes att andra sjukdomar var huvudorsak till dödsfallet.

Av de sju som avlidit på IVA har 5 avlidit pga. multiorgansvikt dvs att flera organsystem sviktat t.ex. andning, cirkulation, njurar, lever och/eller kognitiva funktioner. De två som avlidit av andra orsaker har avlidit tidigt i förloppet pga. att andra sjukdomar bidragit till dödsfallet.

Dödsorsak IVA		
Multiorgansvikt	Andning/respiratorisk svikt	Hjärtsvikt
5	1	1

I sju av patienterna som avlidit på vårdavdelning har Covid-19 angivits som dödsorsak. Antagligen har det i praktiken varit respiratorisk svikt som varit den mer korrekta dödsorsaken. Även om så inte varit fallet så är den klart dominerande dödsorsaken andnings eller respiratorisk svikt.

Dödsorsak (avdelning)						
Andning/respiratorisk svikt	Covid-19	Hjärtsvikt	GI-blödning	Malignitet	Njursvikt	Stroke
27	7	3	1	2	1	1

Diskussion

Antalet avlidna i covid-19 var vid undersökningens tidpunkt 49. Två av dessa patienter har i praktiken inte erhållit vård utifrån påvisad covid-19 infektion utan helt och hållet pga andra indikationer. För de resterande 47 är det möjligt att adekvat vård kunde ha getts utanför sjukhus, med facit i hand, för fyra av patienterna. En av patienterna som hamnade på IVA kan man också med facit i hand säga att IVA-vården inte hade några möjligheter att rädda vederbörande. I inget av dessa fall kan vi dock se några fel med att patienterna kom till sjukhus respektive intensivvårdsavdelningen.

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

Vår bedömning är att utifrån det faktum att patienterna kommit till sjukhus så har vård bedrivits på rätt nivå och med adekvata vårdåtgärder insatta.

Beträffande behandlingsstrategi så har samtliga avlidna 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.

Beträffande dödsorsak så var den hos 45 % av patienterna Covid-19 och 41 % där Covid-19 var starkt bidragande medan det i ca 14 % av fallen bedömdes att dödsfallet sannolikt

orsakades av andra tillstånd. Dödsfallen på IVA orsakades i majoriteten av fall på multipelt sviktande organsystem medan det på vårdavdelning 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.

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. Denna genomgång belyser dock bara vården som givits på våra två sjukhus och möjliggör ingen analys av de patienter som inte vårdats inlagda. Den utredningen får göras senare med avseende patienter som avlidit utanför sjukhusen.

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

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

