



Dödsfall inom slutenvården Region Östergötland sommaren 2023

Rapport efter journalgranskning

Handläggare: Christer Andersson, Rune Sjö Dahl
Verksamhet: Chefläkarkfunktionen
Datum: 2023-10-05
Diarienummer: RÖ 2023-10823

Innehållsförteckning

1 Uppdrag.....	3
2 Bakgrund.....	3
3 Metod.....	3
4 Resultat.....	5
4.1 Samsjuklighet.....	5
4.2 Skörhet.....	5
4.3 Boende vid inläggning.....	6
4.4 Vårdande sjukhus vid dödstillfället.....	6
4.5 Typ av inläggning.....	6
4.6 Mer än 6 timmars registrerad tid på akutmottagningen.....	6
4.7 Vårdtid.....	7
4.8 Tidigare sjukhusvård under 2023.....	7
4.9 Genomförda brytpunktsbedömningar.....	7
4.10 Bedömd risk för död vid inläggningstillfället.....	7
4.11 Utlokaliserade patienter.....	7
4.12 Intensivvård.....	8
4.13 Vårdskada.....	8
4.14 Bedömning av undvikbarhet vid dödsfallet.....	8
4.15 Huvudsaklig dödsorsak.....	9
5 Sammanfattande kommentar.....	9

Dödsfall inom slutenvården Region Östergötland sommaren 2023

1 Uppdrag

Uppdragsgivare: Chefläkare Anna Oscarsson Tibblin, Chefläkarenheten Region Östergötland (RÖ)

Uppdrag: Studera patientsäkerheten genom att analysera dödsfallen på sjukhusen i RÖ under neddragningen av vårdplatser sju veckor sommaren 2023.

Uppdragsledare: Christer Andersson, senior chefläkare och Rune Sjö Dahl, professor emeritus, tidigare vetenskapligt råd, Socialstyrelsen.

Frågeställningar: Hur stor är dödligheten hos sjukhusvårdade patienter under semesterstängningen? Finns det undvikbara dödsfall? Hur ofta förekommer vårdskador och i vilken utsträckning är dessa undvikbara? Hur belastad är vården på akutmottagningarna och sker några dödsfall där?

2 Bakgrund

Under semesterperioden på sommaren utsätts sjukvården för stora påfrestningar när neddragningar sker till följd av minskning av personal, färre vårdplatser och minskat utrymme för planerad vård som elektiv kirurgi. Det är oklart om dödsfall och vårdskador påverkas av neddragningarna.

I patientsäkerhetsarbete är redovisning av undvikbara dödsfall en hörnsten. Avsikten med denna journalgranskning var att under en 7-veckorsperiod identifiera dödsfall på sjukhus och dödsfall inom 30 dagar efter utskrivning samt om dödsfallen bedömts vara undvikbara eller sannolikt undvikbara. I denna delrapport har dock inte dödsfallen efter utskrivning medtagits.

Återkoppling ska ske till chefläkargruppen för eventuell vidarebefordran till vederbörande verksamhetschef för diskussion t ex vid klinikernas morbiditets- och mortalitetskonferenser.

3 Metod

Uppgifter om dödsfallen har erhållits från Data- och Analysenheten, Region Östergötland.

Undvikbarhet klassificeras enligt Sveriges Kommuner och Regioner (sid 17 i Markörbaserad journalgranskning) i fyra grupper:

1. Inte undvikbar
2. Sannolikt inte undvikbar
3. Sannolikt undvikbar
4. Undvikbar

I handboken Markörbaserad journalgranskning från Sveriges Kommuner och Landsting framförs "att bedöma om en skada skulle ha kunnat undvikas är ibland svårt och erfarna läkare och sjuksköterskor bör därför involveras i bedömningen" (www.skl.se/publikationer, sid 17). I denna rapport har bedömningarna gjorts gemensamt av två läkare med omfattande erfarenhet av patientsäkerhetsarbete.

Bedömningen av samsjuklighet och skörhet är anpassad till journalgranskning och är publicerad i internationell litteratur. (BMC Geriatrics 2021; 21:262)

Samsjuklighet har baserats på antalet kända sjukdomar hos patienten före inläggningen och har graderats i tre grupper:

- Grad 1 Ingen samsjuklighet (0-1 sjukdom)
- Grad 2 Måttlig samsjuklighet (2 sjukdomar)
- Grad 3 Omfattande samsjuklighet (≥ 3 sjukdomar)

Skörhet bedöms utifrån patientens tillstånd månaden före den aktuella inläggningen och dess påverkan på det dagliga livet. Graderingen är en modifiering av Performance Status enligt WHO/ECOG och Frailty Score enligt Rockwood, som anpassats till journalgranskning och indelats i fyra grupper:

- Grupp 1 Ingen skörhet. Klarar normala aktiviteter utan begränsning
- Grupp 2 Måttlig skörhet. Uppegående och kan sköta sig själv, men klarar inte fysiskt krävande aktiviteter eller förvärvsarbete.
- Grupp 3 Betydande skörhet. Kan sköta sig själv, men är ibland bunden till säng eller stol mer än halva sin vakna tid. Har egen bostad med kommunala insatser.
- Grupp 4 Allvarlig skörhet. Kan inte sköta sig själv (ADL) och/eller är bunden till säng. Här ingår även demens som är vårdkrävande

Risken för död eller förutsättningarna för att förhindra dödsfallet har bedömts vid inläggningen och det första dygnet som $>50\%$ eller $<50\%$. (Hogan et al, BMJ Qual and Saf; doi10.111136/bmjqs-2012-001159 2012). Detta är i en del fall osäkert eftersom några patienter bedömts ligga i närheten av 50% utan tydlig övervikt uppåt eller nedåt.

Övriga parametrar:

Ålder, kön, etnicitet

Vårdskador

Vårdrelaterad infektion (bör som generell princip betraktas som undvikbar, sid 17 i SKR Markörsaserad journalgranskning),

Här redovisas även ett antal andra parametrar som kan relateras till rådande vårdplatsläge:

- Dödsfall på akutmottagningen
- Dödsfall hos utlokaliserade patienter
- Dödsfall på intensivvårdsavdelning (IVA)
- Antal inläggningar på sjukhus under 2023 före dödsfallet
- Inläggningar från särskilt boende, LSS eller annat vårdboende

4 Resultat

Åldersfördelning		Etnicitet: utrikesfödd
1-19	2	1
20-39	3	2
40-59	4	1
60-69	16	2
70-79	39	1
80-89	47	3
90-99	23	0
Medianålder	81 (1-99)	
Man/kvinna	1,2:1	
Utrikesfödda	10 (7 %)	

Kommentar: Av de avlidna på sjukhus var den övervägande andelen 70 år eller äldre (81 %). Andelen utrikesfödda var högre i de yngre åldersgrupperna och utgjorde nästan hälften (44 %) av de avlidna under 60 år, men det var få avlidna patienter i dessa åldrar. Det var fler män (54 %) än kvinnor som avled på sjukhus.

4.1 Samsjuklighet

Grad 1	14 (11 %)
Grad 2	20 (15 %)
Grad 3	100 (74 %)

Kommentar: Graden av samsjuklighet var hög och tre av fyra avlidna patienter hade tre eller fler tidigare kända sjukdomar (Grad 3).

4.2 Skörhet

Grupp 1	3 (2 %)
Grupp 2	3 (2 %)
Grupp 3	79 (59 %)
Grupp 4	49 (37 %)

Kommentar: Nästan samtliga avlidna (96 %) hade en betydande eller allvarlig skörhet och därmed sammanhängande nedsättning av funktionen.

4.3 Boende vid inläggning

Eget hem	106
Korttidsboende/särskilt boende	21
LSS-boende	1
Övrigt (trygghetsboende m.m.)	6
Utomlänspatient	10 (7 %)

Kommentar: De flesta patienterna (79 %) kom från ett boende i eget hem utan kommunala insatser. Det var 21 patienter (16 %), som kom från särskilt boende eller korttidsboende. Utomlänspatienter remitterade till Universitetssjukhuset utgjorde 7 % av de avlidna på sjukhus.

4.4 Vårdande sjukhus vid dödstillfället

Universitetssjukhuset	75 (56 %)
Vrinnevisjukhuset	36 (27 %)
Motala lasarett	17 (13 %)
Finspång	6 (4 %)

Kommentar: Nitton patienter hade under vårdtiden flyttats mellan sjukhusen i Östergötland. I ovanstående registrering anges på vilket sjukhus patienten befann sig vid dödstillfället. Drygt hälften (56%) av dödsfallen inträffade på Universitetssjukhuset och var fjärde patient (27%) avled på Vrinnevisjukhuset medan 17 patienter (13%) avled på Lasarettet i Motala. De avlidna i Finspång hade oftast vårdats på Vrinnevisjukhuset i nära anslutning till dödsfallet.

4.5 Typ av inläggning

Akut	130 (97%)
Planerad	4 (3%)

Kommentar: En övervägande majoritet av patienterna hade lagts in akut på sjukhus. Endast i fyra fall blev patienten inlagd för ett planerat kirurgiskt ingrepp

4.6 Mer än 6 timmars registrerad tid på akutmottagningen

Detta förekom hos 44 patienter.

Kommentar: Denna tidsuppgift baseras på patientens ankomsttid till akutmottagningen och den första registrerade tiden i Cosmic av mottagande vårdavdelning. Om den senare tiden utgör faktisk ankomsttid till avdelningen är däremot osäkert, eftersom patienten kan ha anlänt till avdelningen innan någon tidsnotering gjorts i Cosmic. Dessutom görs ofta röntgenundersökningar och andra tidskrävande konsultationer innan patienten flyttas från akutmottagningen till vårdavdelningen. I

en del fall har patienten behållits över natten på akutmottagningen p.g.a. platsbrist på vårdavdelningarna. En patient som inkom efter hjärtstopp behandlades utan framgång med hjärt-lungräddning och förklarades död på akutmottagningen.

4.7 Vårdtid

Mediantid 6 (1-85) dygn

Kommentar: Vårdtiderna varierade betydligt men var vanligtvis omkring en vecka.

4.8 Tidigare sjukhusvård under 2023

Ett vårdtillfälle	40 patienter
Två vårdtillfällen	15 patienter varav 8 med total vårdtid >10 dygn
Tre eller fler vårdtillfällen	10 patienter – alla med total vårdtid >10 dygn

Uppgifter saknas för 7 utomlänspatienter.

Kommentar: Mer än hälften (65 patienter; 51 %) av de avlidna patienterna hade tidigare vårdats på något av regionens sjukhus under 2023. Av dem hade 18 patienter (28 %) vårdats vid minst två tillfällen och varje patient hade då en sammanlagd vårdtid på 10 dygn eller mer.

4.9 Genomförda brytpunktsbedömningar

Brytpunktsbedömning fanns dokumenterad i Cosmic för 96 (72%) patienter.

Kommentar: Brytpunktsbedömning gjordes på nästan tre av fyra patienter men informell brytpunktsbedömning gjordes hos fler eftersom det angivits i Cosmic att de vårdades i livets slutskede.

4.10 Bedömd risk för död vid inläggningstillfället

Risk >50 %	122 patienter (91 %)
Risk <50 %	12

Kommentar: Som nämnts ovan finns det en osäkerhet i bedömningen av risken för död och ibland har hög ålder fällt utslag. Patienter som bedömts ha låg risk för död utgörs inte sällan av patienter som lagts in för planerad operation.

4.11 Utlokaliserade patienter

Det var sex patienter (4 %) som varit utlokaliserade det vill säga fått vård på annan avdelning än som primärt önskats

Kommentar: Det var få av dessa svårt sjuka och sköra patienter, som hade utlokaliserats. Ibland flyttades patienter visserligen mellan olika avdelningar, men det skedde då planerat beroende på ändrat vårdbehov.

4.12 Intensivvård

(IVA, BrIVA, NIVA, ThIVA, HIA) 30 patienter

IVA >2 dygn 12 patienter

Kommentar: De flesta patienterna tillbringade mindre än 2 dygn på berörd intensivvårdsenhet. Fem patienter vårdades en vecka eller längre. Den längsta vårdtiden (57 dygn) hade en patient med svår brännskada.

4.13 Vårdskada

Femton patienter drabbades av vårdskador (11%) varav två patienter fick två vårdskador. Fyra hade en vårdrelaterad infektion (VRI; 3%).

Sannolikt inte undvikbar	9
Sannolikt undvikbar	6
Undvikbar	2

Kommentar: Bland sannolikt inte undvikbara vårdskador var pneumoni vanligast (n=4). Misstänkt eller säkerställd aspiration förekom hos två av dem. Postoperativ blödning sågs hos två patienter och hos två andra, sepsis respektive perforation av tarm vid sondering. Sex patienter bedömdes ha sannolikt undvikbar vårdskada där trycksår förekom hos tre patienter, aspiration hos två och övervätskning hos en patient. En av patienterna med trycksår hade även en pneumothorax som uppkom i samband med tappning av pleuravätska. Den senare vårdskadan bedömdes som sannolikt inte undvikbar. Undvikbar vårdskada sågs hos två patienter. Det ena fallet var pneumothorax vid inläggning av central venkateter och det andra var fördröjd diagnostik och behandling av hjärtinfarkt.

4.14 Bedömning av undvikbarhet vid dödsfallet

Inte undvikbart	117
Sannolikt inte undvikbart	15
Sannolikt undvikbart	2
Undvikbart	0

Kommentar: Några uppenbart undvikbara dödsfall förekom inte, och 88 procent av dödsfallen bedömdes "inte undvikbara". Dödsfall som bedömdes "sannolikt inte undvikbart" är mindre kategoriskt och förekom hos 11 procent. "Sannolikt undvikbart" dödsfall förekom vid två tillfällen: A) 79-årig utomlänspatient som opererades för instabil fraktur i halskotpelaren. Direkt efter operationen hade patienten andningssvårigheter och lungröntgen visade bilaterala pneumonier. Det bedömdes vara en vårdrelaterad pneumoni men det är oklart när den debuterade, möjligen kan patienten ha aspirerat. B) Det andra fallet var en 81-årig patient som opererades med by pass av hjärtats kranskärl (CABG). Två dagar efter operationen noterades kaffesumpfärgade kräkningar och följande dag kräktes patienten upp maginnehåll flera gånger. När patienten kom tillbaka efter en lungröntgen kräktes hen igen och påträffades medvetslös i en stor kräkning och med hjärtstopp. Troligen hade patienten aspirerat som följd av en obehandlad ventrikelretention.

4.15 Huvudsaklig dödsorsak

Tumörsjukdom	39
Hjärt-kärlsjukdom	25
Lungsjukdom	22
Trauma inkl. brännskada	12
Neurologisk sjukdom	11
Sepsis	9
Buksjukdom	8
Övrigt	8

Kommentar: Framför allt hos de äldsta patienterna var multiorgansvikt den terminala dödsorsaken men här anges den dominerande bakomliggande sjukdomen. Tumörsjukdom omfattade vanligast framskriden cancer i stadium IV, men även några patienter med malign blodsjukdom. Hjärt-kärlsjukdom omfattar främst hjärtinfarkt och hjärtsvikt, men även patienter som avlidit till följd av akut kärlsjukdom till exempel aortaaneurysm. Lungsjukdom utgörs av akut lunginflammation inklusive aspirationspneumoni, men även enstaka patienter med avancerad KOL. Trauma uppkom vanligen efter fall i hemmet där patienten ofta hittats efter flera timmar, vilket bidrog till ett komplicerat efterförlopp. En patient inkom med 70-80 procent brännskada och avled efter lång vårdtid. Neurologisk sjukdom inkluderar akut hjärnblödning, enstaka patienter med hjärntumör och en patient med hjärnhinneinflammation. För dödsorsaken sepsis krävs här att diagnosen bekräftats med positiva blododlingar. Buksjukdom omfattar inte cancersjukdom i buken, men kan till exempel utgöras av avancerad leversjukdom, tarmperforation, bukspottkörtelinflammation. I kategorin övrigt ingår enstaka patienter med t ex diabeteskoma, misstänkt överdosering av läkemedel, demens med avtackling och åtföljande multiorgansvikt.

5 Sammanfattande kommentar

I en tidigare publikation i Läkartidningen redovisades mortaliteten under perioden 15 juni-15 augusti 2017 och 2018 på Universitetssjukhuset i Linköping. En jämförelse gjordes med två månader under våren samma år och slutsatsen blev att mortaliteten inte ökade under sommaren. Den här aktuella analysen gjordes av samma granskare. Den baseras på strukturerad journalgranskning av alla dödsfall på samtliga sjukhus i Östergötland under en 7-veckors period sommaren 2023. Det finns flera likheter mellan fynden i undersökningarna trots att det gått några år mellan dem. Medianåldern var nu 81 år jämfört med 79 år i den förra undersökningen och åtta av tio avlidna var 70 år eller äldre. Det avspeglas även av en omfattande samsjuklighet och nästan samtliga hade en betydande eller allvarlig skörhet med nedsatt funktion. Endast sju procent av de avlidna var utrikesfödda vilket är mindre än hälften av den totala andelen utrikesfödda (20 %) i Östergötland. Drygt hälften av dödsfallen inträffade på Universitetssjukhuset vilket till viss del kan bero på överflyttningar från de andra sjukhusen och förekomsten av utomlänspatienter. Det bör nämnas att Näs sjukvården i Finspång har räknats som sjukhus även om det inte har samma resurser som övriga sjukhus. Överflyttningar för eftervård från Vrinnevisjukhuset var vanligt.

Nästan samtliga patienter som avled var inlagda akut vilket även var fallet under 2017 och 2018. Endast fyra patienter blev inlagda för planerade operativa ingrepp. Under sommartid finns risk för att patienterna stannar kvar längre än vanligt på akutmottagningen bland annat p.g.a. svårigheter

att finna lediga vårdplatser. Här registrerades tiden mellan ankomst till akutmottagningen och tidpunkt för inskrivning på vårdavdelning eller IVA. Den angivna tiden för inskrivning på vårdavdelning kan dock vara osäker. Under tiden på akutmottagningen utförs ofta röntgenundersökningar och konsultationer med olika kliniska specialiteter vilket innebär att det inte rör sig om ren väntetid. Med detta i åtanke var dock ändå var tredje patient registrerad mer än sex timmar på akutmottagningen. Oavsett skälen till detta kan det dock innebära en betydande påfrestning för sköra patienter.

Mer än hälften av de avlidna patienterna hade tidigare under året vårdats på något av sjukhusen vilket tyder på att livet närmade sig sitt slut för många av dem. Endast sex patienter blev utlokaliserade vilket är glädjande och som tyder på att man ville skydda denna utsatta grupp från att byta vårdavdelning och möta ny personal med annan inriktning på vården. Någon typ av IVA-vård förekom hos 30 patienter men majoriteten vårdades där mindre än två dygn.

Totalt kunde 17 vårdskador upptäckas hos 15 patienter, varav fyra var vårdrelaterad infektion. Åtta av vårdskadorna bedömdes vara sannolikt undvikbara eller undvikbara. Inget dödsfall bedömdes vara tydligt undvikbart men i två fall som sannolikt undvikbart vilket var i nivå med utfallet 2017 och 2018.

Överhuvudtaget var den vanligaste dödsorsaken avancerad cancersjukdom och därefter kom hjärt-kärlsjukdomar och lungsjukdomar.

Sammanfattningsvis kunde denna genomgång inte påvisa några systematiska brister i patientsäkerheten hos de 134 patienter som avled på sjukhusen i Östergötland under en 7-veckorsperiod sommaren 2023. Journalgranskningen visade att inga undvikbara dödsfall förekom medan två dödsfall sannolikt var undvikbara. Så många som 87 procent (n=117) av dödsfallen var inte undvikbara och 11 procent (n=15) sannolikt inte undvikbara.