

Två register över dödlighet: dödsorsaksregistret och dödsfallsregistret

Yvonne Lönn

Dödsorsaksregistret är ett av våra klassiska och fortfarande mest använda instrument för att mäta ohälsa. Mindre känt torde däremot dödsfallsregistret vara, som genom koppling till Folk- och bostadsräkningen möjliggör analyser av dödlighet fördelad på bostadsort, hushållstyp, yrke m m. Kvaliteten på dessa bägge register får internationellt sett anses vara högt, men ytterligare kvalitetsförbättringar är önskvärda.

Yvonne Lönn, avdelningsdirektör vid Statistiska centralbyrån, ger här en beskrivning av de bägge registren och visar på möjligheter till kvalitetsförbättringar.

Statistiska centralbyrån för två register över dödligheten, dödsorsaksregistret och dödsfallsregistret:

1. **Dödsorsaksregistret:** Detta omfattar samtliga avlidna som vid dödsfallet var kyrkobokförda i Sverige. Det bygger helt på de av läkarna utfärdade dödsbevisen och innehåller uppgifter om dödsorsaker, obduktion och vissa andra uppgifter som framgår av figur 1.

2. **Dödsfallsregistret.** Detta innehåller dödsorsaksregistret samkört med folk- och bostadsräkningar (FoB). Det ligger för närvarande på två delregister, det ena baserat på FoB 1960, det andra på FoB 1970. Man har sålunda fått dödsuppgifter för tio år framåt för dem som ingick i de respektive folk- och bostadsräkningarna. Med denna samkörning har man alltså till dödlighetsdata kopplat uppgifter om hushåll, sysselsättning/yrke samt socioekonomiska variabler. Exempel på dessa återfinns i figur 1.

Man bör hålla i minnet att dödsfallsregistret inte innehåller samtliga avlidna i riket, eftersom de i befolkningen som tillkommer under tioårsperioden efter folk- och bostadsräkningen, och som avlider under den perioden, återfinns i dödsorsaksregistret men inte i dödsfallsregistret.

Kvalitet

Bortfallet i dödsorsaksregistret ligger på 0,3 ‰ dvs färre än 25 personer per år. I dödsfallsregistret är det något högre 3 ‰.

Figur 1. Schematisk beskrivning över innehåll och omfattning av dödsorsaksregistret och dödsfallsregistret.

Dödsorsaksregistret för perioden 1961–1982

Innehåll

Personnummer	Obduktion/icke obduktion
Hemförsamling	Underliggande dödsorsak
Civilstånd	Bidragande dödsorsak
Nationalitet	Dödsdatum

Omfattning

Alla avlidna som vid dödstillfället var kyrkobokförda i Sverige

Dödsfallsregistret för perioderna 1961–70 och 1971–80

Innehåll

Samtliga variabler från dödsorsaksregistret för respektive period samt variabler från Folk- och Bostadsräkningarna (FoB) 1960 resp 1970. Några exempel:

Hushållstyp	Sysselsättning	Socioek grupp
Hushållsställning	Yrkeställning	Utbildning
	Yrke	Bilnehav
	Näringsgren	

Omfattning

Alla avlidna under respektive period som ingick i föregående FoB

Den stora frågan är hur dödsbevisen fylls i.

Tillförlitligheten, och med det menar jag kvaliteten på diagnoserna, är det stora problemet. Den kodning av uppgifterna på dödsbevisen som görs på Statistiska centralbyrån har diskuterats mycket. De undersökningar som gjorts har visat att cirka 86 % av diagnoserna är rätt och 14 % har något fel. Av dessa 14 % är cirka hälften osäkra, dvs det går inte att avgöra vilken diagnos som är den riktiga på grundval av de uppgifter som finns i dödsbeviset.

Dessa undersökningar gällde alltså kodningsproceduren. Ett större problem är dock hur dödsbevisen är ifyllda. Om detta har vi inte några säkra uppgifter. I en liten undersökning som gjordes på 100 dödsbevis hade 40 % rätt diagnos, dvs diagnos som överensstämde med journaluppgifter. Några slutsatser om hela dödsorsaksmaterialet kan dock inte dras av den undersökningen.

Vad gäller variabler från FoB så var yrkesvariabeln felklassificerad i 6,5 % av fallen på 1-siffernivå och 19 % på 3-siffernivå, enligt en validitetsundersökning som gjordes på FoB 70.

Hur höja kvaliteten?

1. Ta fram mått på kvalitet där det saknas. Detta gäller framför allt diagnoserna. Den stora frågan är hur dödsbevisen fylls i, och vi prövar och utvecklar metoder för att undersöka detta. Man måste bli gå igenom journaler och medicinsk expertis behövs.

2. Kontrollera vår egen kodning. Detta är som sagt lättare och en del har redan gjorts. Vi vill dock även göra en löpande kontroll-kodning. Med en sådan skulle vi också få en jämnare kvalitet på kodningen genom att olikheter i kodning mellan olika kodare elimineras.

Det behövs bättre utbildning av läkare och läkarsekreterare.

3. Förbättra ifyllandet av dödsbevisen. För detta behövs bättre utbildning av läkare och läkarsekreterare. För läkarna verkar denna undervisning otillräcklig, och ligger kanske väl tidigt i utbildningen, så att de hinner glömma den. Läkarsekreterarna är en viktig grupp som genom bättre utbildning skulle kunna hjälpa läkarna att kontrollera att dödsbevisen är korrekt ifyllda.

4. Dödsbevisen kan förbättras. Den medicinska delen av dödsbeviset är utformat enligt WHO:s rekommendationer, men instruktioner och anvisningar på blanketten kan göras tydligare.

5. Kontroll mot andra register. Cancerregistret är ett exempel på register som skulle användas för att kontrollera dödsorsaksregistrets tillförlighet.

6. Bättre feedback till läkarna. Läkarna skulle bättre se resultat av sitt arbete med exempelvis mer detaljerad regional redovisning av dödsorsaksstatistiken, snabbare publicering och ökad tillgänglighet av registren.

Ytterligare utveckling av registren

Några mer detaljerade planer på att ta in ny information i registren finns inte. Man kan dock tänka sig att ytterligare uppgifter förs in i dödsbeviset, om detta görs om, vilket skulle kunna ge bättre underlag för kodning.

Vad gäller dödsfallsregistret kan man tänka sig flera typer av utbyggnader. Dödsfallsregistret baserat på FoB 60 kan byggas ut med dödsfall under 70-talet, så att man får en längre uppföljningsperiod. Det register som är baserat på 1970 års FoB kan byggas ut med uppgifter från FoB 60, vilket gör det möjligt att studera exempelvis stabilitet i yrket.