

Vilken information ger dödsbeviset om dödsplatsen?

En studie av ett Tierpsmaterial för åren 1971–82

Alice Hermansson

Samtliga döda i Tierps kommun under en tolvårsperiod har studerats med avseende på var dödsfallet hade inträffat. Omkring 20 procent av dödsfallen inträffade utanför institution, drygt hälften av dessa i hemmet. Av dem som avlidit på sjukhus dog lika många på akutsjukhus som inom långtidsvården.

Alice Hermansson är sjuksköterska och forskarstuderande vid Socialmedicinska institutionen och Program för omvårdnadsforskning, Uppsala universitet.

Bakgrunden till denna studie utgörs av frågan om en utbyggd primärvård och hemsjukvård har medfört förändringar beträffande var människor dör. Har det blivit vanligare att dö hemma? Är det fler som dör inom långvården än på akutsjukhus? Vilken information ger dödsbeviset om omständigheterna omkring dödsfallet?

Syftet har varit att kartlägga dödsplatsen utifrån uppgifterna i dödsbeviset. Det finns bara ett fåtal dödsbevisbaserade studier som berör frågan om var dödsfallet har inträffat. Dödsplatsen redovisas inte heller i den dödsorsaksstatistik som utges av SCB. Populationen utgjordes av samtliga avlidna i Tierps kommun under perioden 1971–82, sammanlagt 3 228 dödsfall. I Tierpsbefolkningen är andelen män och andelen äldre jämförelsevis hög under det att dödligheten är något lägre än dödligheten för riket.

Inom ramen för Tierps-projektet hade dödsbevisen för samtliga avlidna inom kommunen successivt

insamlats och registrerats alltsedan 1971. Härvid utnyttjades SCBs kodning beträffande underliggande dödsorsak. Övriga uppgifter kodades direkt från primäruppgifterna i dödsbevisen. På blanketten finns ett särskilt utrymme där uppgiftslämnaren markerar om den avlidne var intagen för vård eller ej vid tidpunkten för dödsfallet. Dessutom finns en rad för uppgiften om dödsplats/fyndplats. Inom ramen för bearbetningar inom Tierps-projektet hade man utnyttjat uppgiften om intagning, men inte den om dödsplats. Bland dem som var intagna för vård avled de flesta på sjukhus. Avvikelse förekom dock, där tex dödsfallet inträffat under permission från sjukhuset. Därför har en omkodning av dödsbevisen skett efter uppgiften om dödsplats/fyndplats. Fördelningen av de avlidna efter dödsplats har studerats i relation till variablerna kön och ålder, underliggande dödsorsak och grund för fastställande av dödsorsaken.

RESULTAT

Fördelning av dödsplats och uppgifter om inskrivning

Resultatet av fördelningen av de avlidna efter inskrivningskoden och efter den nya dödsplatskoden framgår av *tabell 1*. Enligt dödsbeviset hade inskrivningskoden indelats i lasarett (motsvarande), annat sjukhus/sjukhem, ålderdomshem, annan vårdinrättning och ej intagen för vård. I den nya koden har de första två kategorierna ersatts av akutsjukhus respektive långvårdssjukhus/sjukhem.

Tabell 1. Avlidna fördelade efter dödsbevisens uppgifter om intagna för vård och dödsplats enligt egen ny kod

Intagen för vård	Ny kod för dödsplats				
	Akutsjukhus	Långvårdssjukhus/sjukhem	Övriga	Totalt	
				Antal	Procent
Lasarett (motsvarande)	1 206	855	12	2 073	64
Annat sjukhus/sjukhem	6	381	9	396	12
Övriga	7	13	739	759	24
Totalt	1 219	1 249	760	3 228	100
antal procent	38	39	24	100	

Tabell 2. Fördelning av samtliga avlidna efter dödsplats och kön

Dödsplats	Män		Kvinnor		Totalt	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Akutsjukhus	692	39	527	37	1 219	38
Långvårdssjukhus/sjukhem	598	33	651	45	1 249	39
Ålderdomshem	44	3	59	4	103	3
Annan vårdinrättning	4	0	5	0	9	0
Ej intagna för vård	452	25	190	13	642	20
Uppgift saknas	4	0	2	0	6	0
Totalt	1 794	100	1 434	100	3 228	100

Eftersom fördelningen på de övriga kategorierna överensstämmer rätt väl mellan de båda kodningarna har i tabell 1 endast de två första kategorierna preciserats.

Enligt koden för intagning hade 64 procent avlidit på lasarett och 12 procent på annat sjukhus/sjukhem. Enligt den nya koden avled 38 procent på akutsjukhus och 39 procent inom långvården. Denna skillnad förklaras till största delen av att avlidna på Tierps sjukhus, vilket är ett långvårdssjukhus, ofta hade registrerats på dödsbevisen som avlidna på lasarett. Dödsbevisens uppgifter differentierade alltså inte mellan akutsjukhus och långvårdssjukhus/sjukhem.

Dödsplats efter kön och ålder

I fortsättningen utnyttjas i denna redovisning dödsplatsuppgifterna så som de angivits vid omkodningen av materialet. Av tabell 2 framgår fördelningen av samtliga döda efter dödsplats och kön. Av alla döda utgjordes 56 procent av män. Utöver de 77

procent som hade avlidit på sjukhus/sjukhem hade 3 procent avlidit på ålderdomshem/annan vårdinrättning under det att 20 procent inte var intagna för vård när de dog. En större andel av kvinnorna än av männen avled inom långvården och bland ej intagna var 70 procent män.

Tabell 3 visar fördelningen av avlidna efter dödsplats och ålder. Av 33 dödsfall i åldersgruppen 0–14 år avled 70 procent på akutsjukhus mot endast 30 procent av dem i åldersgruppen 15–44 år. Därefter ökade andelen avlidna på akutsjukhus med stigande ålder, för att reduceras igen i de äldsta åldersgrupperna. Andelen avlidna inom långvården ökade successivt med åldern. Bland avlidna från 85 år och äldre avled 86 procent på sjukhus/sjukhem och ytterligare 7 procent på ålderdomshem.

Andelen ej intagna för vård var högst (70 procent) i åldersklassen 15–44 år men utgjorde endast 8 procent i den äldsta ålderskategorin. Vid en närmare analys visar det sig att var fjärde man men endast var åttonde kvinna inte var intagna för vård när de

Tabell 3. Procentuell fördelning av avlidna efter dödsplats för olika åldersgrupper

Ålder	Antal dödsfall	Dödsplats					Totalt
		Akut-sjukhus	Långv-sjukhus/sjukhem	Ålder-d- hem/annan vårdinrättn	Ej intagen för vård	Uppgift saknas	
0-14	33	70	0	6	24	0	100
15-44	87	29	1	0	70	0	100
45-64	408	46	15	0	38	1	100
65-74	684	48	25	1	26	0	100
75-79	600	43	37	3	17	0	100
80-84	626	33	49	5	13	0	100
85-	790	24	62	7	8	0	100
Totalt	3 228	38	39	4	20	0	100

Tabell 4. Fördelning av dödsfall utanför vårdinrättning efter dödsplats och kön

Dödsplats	Män		Kvinnor		Totalt	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Transport	83	18	51	27	134	21
Bostaden	254	56	104	55	358	56
Annan plats	94	21	26	14	119	19
Uppgift saknas	21	5	9	5	31	5
Totalt	452	100	190	100	642	100

Tabell 5. Procentuell fördelning av avlidna ej intagna för vård efter dödsplats för olika åldersgrupper

Ålder	Antal dödsfall	Dödsplats				Totalt
		Transport	Bostaden	Annan plats	Uppgift saknas	
0-14	8	38	50	13	0	100
15-44	61	12	31	56	2	100
45-64	156	20	51	27	3	100
65-79	275	22	58	13	6	100
80-	142	23	68	4	6	100
Totalt	642	21	56	19	5	100

dog. Bland de 642 dödsfall som inträffat bland ej intagna avled 56 procent i hemmet och 19 procent på annan angiven plats, som tex vid viss gat korsning i samband med trafikolycka, på arbetsplatsen eller vid besök i affärer eller hos bekanta (tabell 4). Bland avlidna på annan angiven plats var 80 procent män. En tredje kategori avled under transport eller vid ankomsten till sjukhus. Denna kategori som ut-

gjorde 21 procent av de ej intagna var delvis svårkodad. Gränsdragningen mellan de dödsfall som inträffat vid ankomsten till sjukhus och dem som skett på akutmottagning var problematisk och materialet innehåller en viss överslagning av avlidna under transport. Totalt utgjorde dock dessa endast omkring 4 procent av samtliga avlidna.

Andelen av de ej intagna som avlidit hemma öka-

Tabell 6. Procentuell fördelning av avlidna efter underliggande dödsorsak för olika dödsplatser

Diagnosgrupp	Antal dödsfall	Dödsplats					
		Akut-sjukhus	Långv-sjukhus/sjukhem	Ålder-d-hem/annan vårdinr	Ej intagen för vård	Uppgift saknas	Totalt
Tumörsjukdomar	719	29	26	11	4	50	22
Cirk org sjukd	1 801	50	53	68	71	17	56
Respir org sjukd	229	5	11	8	4	17	7
Våldsam död	168	4	1	2	18	17	5
Alla övr sjukd	311	13	10	12	3	0	10
Totalt		100	100	100	100	100	100
Procent							
Antal	3 228	1 219	1 249	112	642	6	3 228

Tabell 7. Procentuell fördelning av avlidna efter grund för fastställande av dödsorsak för olika dödsplatser

Grund för dödsorsak	Antal dödsfall	Dödsplats					
		Akut-sjukhus	Långv-sjukhus/sjukhem	Ålder-d-hem/annan vårdinr	Ej intagen för vård	Uppgift saknas	Totalt
Rättsmedicinsk obduktion	379	2	0	13	53	0	12
Annan rättsmed undersökn	8	0	0	0	1	0	0
Sjukhusobduktion	1 334	70	32	8	10	17	41
Klinisk unders på sjukhus	1 339	27	67	44	20	50	42
Klinisk unders utanför sjukhus	145	0	1	36	14	0	5
Annan undersökn av den döda kroppen	20	0	0	0	3	0	1
Attest från utlandet	4	0	0	0	0	33	0
Totalt		100	100	100	100	100	100
Procent							
Antal	3 228	1 219	1 249	112	642	6	3 228

de med stigande ålder och omfattade två tredjedelar av dödsfallen i åldersgruppen från 80 år och äldre (tabell 5). I åldersgruppen 15–44 år avled 56 procent på annan angiven plats. Andelen vuxna som avlidit under transport till sjukhus var högst i de äldsta åldersgrupperna där mer än var femte tillhörde denna kategori.

Dödsplats och underliggande dödsorsak

De vanligaste underliggande dödsorsakerna utgjordes av cirkulationsorganens sjukdomar (56 procent) och av tumörsjukdomar (22 procent). Av tabell 6 framgår att respirationsorganens sjukdomar och våldsam död svarade för ytterligare 7 respektive 6

procent av dödsfallen. För samtliga dödsplatser dominerade cirkulationsorganens sjukdomar, särskilt bland avlidna ej intagna för vård, där 71 procent av dödsfallen hade denna grund. Tumörsjukdomarna svarade för närmare 30 procent av dödsfallen både inom akutsjukhusen och inom långvården, men för endast 4 procent av de ej intagna. En närmare analys visar att av avlidna i hemmet tre fjärdedelar avled i cirkulationsorganens sjukdomar liksom 80 procent av de som dog under transport till sjukhus. Mönstret för dödsfallen bland ej intagna vilka avlidit på annan angiven plats är dock annorlunda. I denna grupp avled 45 procent av cirkulationsorganens sjukdomar och 52 procent i våldsam död.

Grunden för fastställande av dödsorsak

Dödsfallen har i *tabell 7* indelats efter dödsplats och grunden för fastställande av dödsorsakerna. I hela materialet hade 53 procent obducerats, varav 12 procent hade varit föremål för rättsmedicinsk obduktion. För 42 procent hade dödsorsaken fastställts genom klinisk undersökning på sjukhus. Sjukhusobduktion var vanligast bland avlidna på akutsjukhus och klinisk undersökning på sjukhus bland avlidna inom långvården. På ålderdomshemmen dominerade klinisk undersökning på eller utanför sjukhus. Bland avlidna ej intagna hade rättsmedicinsk obduktion skett i 53 procent av dödsfallen och ytterligare 10 procent hade sjukhusobducerats. Vid en närmare analys framgår att den högsta obduktionsfrekvensen återfinns bland avlidna på annan angiven plats. Av dessa hade inte mindre än 77 procent obducerats rättsmedicinskt och ytterligare 6 procent obducerats på sjukhus.

Tabell 8. Procentuell andel obducerade bland samtliga avlidna under olika perioder

Period	Rättsmedicinsk undersökning	Sjukhusobduktion	Obducerade totalt
1971–73	10	48	58
1974–76	12	43	55
1977–79	13	40	53
1980–82	13	35	48
Totalt	12	41	53

Tabell 9. Procentuell andel avlidna på sjukhus/sjukhem och avlidna ej intagna för vård under olika perioder

Period	Dödsplats		
	Akutsjukhus	Långvårdssjukhus/sjukhem	Ej intagna för vård
1971–73	34	39	22
1974–76	34	42	22
1977–79	41	40	18
1980–82	42	35	19
Totalt	38	39	20

I materialet kan påvisas att det hade skett en nedgång av andelen obduktioner under den period som studerats (*tabell 8*). Andelen obduktioner 1971–73 var 58 procent mot endast 48 procent under åren 1980–82. Det är andelen sjukhusobduktioner som har minskat. Denna ökning motsvaras av en minskning av andelen avlidna inom långvården och bland ej intagna.

Under perioden har också en viss förskjutning skett i själva dödsplatsmönstret (*tabell 9*). Tydligast är detta för avlidna på akutsjukhus, där andelen under åren 1971–73 var 34 procent mot 42 procent under åren 1980–82. Denna ökning motsvaras av en minskning av andelen avlidna inom långvården och bland ej intagna.

DISKUSSION

Bearbetningen och analysen av materialet pågår fortfarande varför de rapporterade resultaten är preliminära. Några tendenser skall dock avslutningsvis understrykas.

Det finns i det studerade materialet inga belägg för att andelen avlidna i hemmet har ökat under den studerade perioden. Det utesluter inte att andelen hemsjukvårdade kan ha ökat, men dödsfallen har inte inträffat i det egna hemmet. Mot slutet av perioden har tvärtom andelen dödsfall på akutsjukhus ökat under det att andelen som avlidit inom långvården och utanför sjukhus har minskat.

För Tierps-materialet gav inte dödsbeviset information om på vilken vårdnivå en patient hade avlidit, eftersom den indelningsgrund som användes inte differentierade mellan akutsjukhus och långvårdssjukhus/sjukhem. Ur forsknings- och planeringssynpunkt vore det en fördel om en ny kod infördes, som på ett tydligare sätt informerade om var den avlidne var intagen. För närvarande sker en revision av dödsbevisblanketten vid SCB, där också denna aspekt finns med i ändringsförslagen.

Det bör också understrykas att uppgifter om dödsplats/fyndplats och om intagning för vård i själva verket utgör två skilda variabler. De sammanfaller oftast, men inte alltid. Det förekommer tex att inskrivna patienter avlider under permission i hemmet. För dödsfall bland ej intagna skulle också

dödsplatsen behöva preciseras bättre. Den inkonsekvens i registreringen av dödsfall under transport eller vid ankomsten till sjukhus, som finns i de studerade dödsbevisen torde inte vara unik för Tiperp. Kanske vore det möjligt att uppnå en högre reliabilitet i denna rapportering om anvisningarna på dödsbevisen följdes konsekventare. Enligt dessa skall en person som inkommer till sjukhus och omhändertages för vård och avlider innan inskrivning

hunnit ske ändå anses ha varit intagen. Frågan är dock vad som avses med omhändertagen för vård. Inräknas tex där ett återupplivningsförsök som ej lyckats?

Vill man veta något om vårdutnyttjande och livskvalitet i livets slutskede måste man gå till andra källor. Därför planerar vi att i en kommande studie närma oss problemet genom en kartläggning av vården undet det terminala skedet.

Socialmedicinsk tidskrifts temanummer

Hälsoekonomi, nr 7–8/81

Ur innehållet:

R Berfenstam: T Thorburn: **Några synpunkter på hälsoekonomi som vetenskap**

G Wennström: **En planerares kommentar till prioriteringsproblematiken**

H Hultin: **Roller och krav vid prioritering inom sjukvården**

M Johnsson: **Samhällsekonomska lönsamhetsbedömningar som underlag för resursfördelning inom sjukvården**

K Kolstad: **Sjukhuskostnadernas fördelning**

B Smedby: **Vad är hälsoekonomi**

L Johansson: **Kan socialtjänstens resurser utnyttjas bättre?**

P Holmberg: **Socialtjänsten och samhällsekonomin**

Numret kan rekvireras från
Socialmedicinsk tidskrift
17283 SUNDBYBERG