

Dödsfallsanalys i Sollentuna

Ingrid Linnarsson

Gösta Tibblin

I artikeln redovisas en analys av dödsorsaker i ett storstadsområde, Sollentuna. Analysen bygger på successivt insamlade dödsbevis som kompletterats med uppgifter från slutenvårdsregister, försäkringskassestatistik och journalhandlingar. Riskfaktorer och riskområden kunde spåras med metoden. Många av de för tidiga dödsfallen kunde principiellt förebyggas.

Artikeln utgör en bearbetning av ett föredrag vid Läkaresällskapets Riksstämma 1979, sektionen för allmänmedicin.

Ingrid Linnarsson var distriktsläkare vid vårdcentralen i Sollentuna liksom även Gösta Tibblin vid tiden för studiens genomförande.

För att undersöka om man med ökade preventiva åtgärder skulle kunna minska för tidig död, har vi i Sollentuna gjort en analys av omständigheterna kring samtliga för tidiga dödsfall, som inträffat under en niomånadersperiod.

För tidig död har vi definierat som död före 70 års ålder, då vi anser, att man vid normal hälsa idag borde kunna uppnå pensionsåldern och ytterligare ett par levnadsår.

Kommunegenskaper

Sollentuna är en kommun inom Stockholms län och har ungefär 45 000 invånare. Sollentuna kommun ligger nära regiongenomsnittet med hänsyn till olika kommunegenskaper. Antalet småhus samt medianinkomsten och antalet höginkomsttagare ligger något över regiongenomsnittet. Åldersfördelning i kommunen är så gott som genomsnittlig för regionen i stort, dock med ett lätt minskat antal åldring-

ar. Antalet invandrare ligger något under genomsnittet. Socialvårdens omfattning är helt genomsnittlig för regionen liksom vårdkonsumtionen.

Datainsamling

Dödsfallsanalysen utfördes genom att så mycket information som möjligt om de döda insamlades.

Genom *dödsbevisen* fick vi en preliminär dödsdiagnos och vi kunde där konstatera var dödsfallen hade inträffat. Vidare kunde vi se vilka som genomgått rättsmedicinsk obduktion och samla in dessa protokoll.

Slutenvårdsregistret gav oss upplysningar om samtliga vårdtillfällen inom slutenvården två år före det aktuella dödsfallet. Samtliga *epikriser* inhämtades samt i möjligaste mån aktuella *journalkopior*.

Genom *försäkringskassan* fick vi upplysningar om sjukskrivningar före dödsfallet. Vidare kunde *företagsläkare* och *privatläkare* spåras i den mån besök hos denne lett till sjukskrivning. Dessas journalhandlingar inhämtades i relevanta fall.

Slutligen inhämtades uppgifter från *landstingets vårdcentraler*, *primärvård*, *distriktsköterskor* och *socialvård*.

Resultat och diskussion

Under den tid vår undersökning pågick, dvs 11 november 1978–11 augusti 1979 (tre kvartal), dog 232 personer i Sollentuna. Av dessa var 86 personer

Genom dödsbevisen fick vi en preliminär dödsdiagnos och vi kunde där konstatera var dödsfallen har inträffat.

Vid en noggrann analys av det insamlade materialet fann man i 34 av de 86 dödsfallen kända riskfaktorer.

under 70 år, vilka utgör 37 procent av dödsfallen.

Ser man till dödsorsakerna enligt dödsbevisen (tabell 1) avled de flesta i hjärt- och kärlsjukdomar (29 personer) respektive maligna sjukdomar (25 personer). Den därefter vanligaste dödsorsaken var våldsam död. Endast 7 personer av de 86 hade avlidit till följd av missbruk (alkohol resp narkotika) enligt dödsbeviset.

Tabell 1

Dödsorsaker:

A Hjärt- och kärlsjukdomar	29
B Maligna sjukdomar	25
C Våldsam död (mord, suicid och olycksfall)	14
D Missbruk (alkohol, narkotika)	7
E Övriga sjukdomar	5
F Barn under 10 år	6

Vid en noggrann analys av det insamlade materialet fann man i 34 av de 86 dödsfallen kända riskfaktorer. Teoretiskt skulle vi genom att förebygga dessa riskfaktorer kunna minska frekvensen av för tidig död (tabell 2).

De riskfaktorer vi hänförde till denna grupp var högt blodtryck (>160/90 mm Hg) och rökning (>20

Tabell 2

Kunde förebyggas teoretiskt

Infarkt	11
Slaganfall	2
Lungcancer	2
Alkoholskada + somatisk åkomma	5
Alkoholskada	5
Alkohol + dråp	1
Alkohol + mord	1
Alkohol + narkotika + aspiration	1
Narkotika + mord	1
Olycksfall	2
Själv mord	3
	34

cig/dag eller motsvarande tobaksmängd) för kardiovaskulära sjukdomar, samt rökning (enligt def som ovan) för lungcancer. Övriga cancersjukdomar ansåg vi ej kunde förebyggts i dagens läge, även om detta skulle kunna diskuteras angående tex mammarcancer. Vidare ansåg vi alkohol- resp narkotikamissbruk som bidragit till dödsfallet höra till förebyggbara riskfaktorer. Ett intressant fynd i vår analys var att det i dubbelt så många fall som vad dödsbeviset visar, alkohol eller narkotika spelat en betydande roll. Två olycksfall hade genom bättre information kanske kunnat förebyggas. Likaså borde tre fall av självmord kanske ha kunnat förhindras genom förebyggande åtgärder och omsorg.

Genom att bättre utnyttja befintliga sjukvårdsresurser bedömde vi att dödsfallet endast i 8 fall av de 86 skulle kunnat ha förhindrats eller uppskjutas. Det rör sig här både om "doctor's delay" "patient's delay" samt ett fall av direkt felremittering.

I 34 fall bedömde vi att dödsfallet i dagens läge ej skulle ha kunnat förebyggas.

Slutligen fanns i materialet 10 dödsfall där den information som vi hade var för bristfällig för att vi skulle kunna bedöma om dödsfallet hade kunnat förebyggas eller ej.

Undersökningen visar sammanfattningsvis att i nära hälften av de för tidiga dödsfallen skulle dessa principiellt ha kunnat förebyggas genom preventiva åtgärder (tabell 3).

Av dödsbevisen framgår att de flesta som vårdats för sin sjukdom före dödsfallet hade avlidit på sjuk-

Tabell 3

	n	%
Kunde förebyggas teoretiskt	34	40
Kunde förhindras med bättre utnyttjande av vårdresurser	8	9
Kunde i dagens läge ej förebyggas	34	40
Brist på information	10	11
	86	100

Undersökningen visar att i nära hälften av de för tidiga dödsfallen skulle dessa principiellt kunna förebyggas genom preventiva åtgärder.

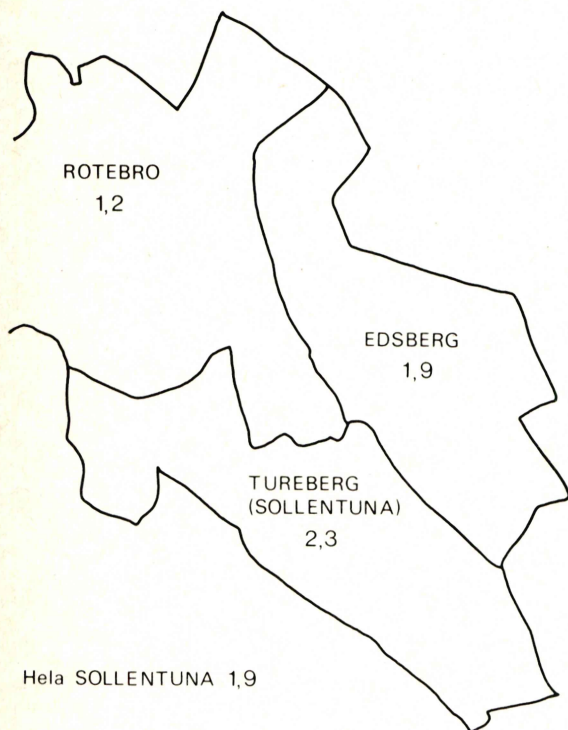
Fördelningen av dödstalen kan alltså hjälpa oss att förlägga preventiva insatser så att de blir så lättillgängliga för patienterna som möjligt.

hus (49 st varav 9 på långvårdsavdelning) medan endast ett fåtal (3) patienter vårdats och avlidit i hemmet. Man frågar sig, om detta verkligen var de avlidnas önskan, eller om inte ett större antal patienter hellre hade velat vårdas och dö i hemmet, om de kunnat få adekvat hjälp i sina hem.

Dödstalet för personer <70 år räknades ut för hela kommunen samt för olika statistikområden. Man finner då skillnader mellan de tre olika vårdcentralernas upptagningsområden (figur 1).

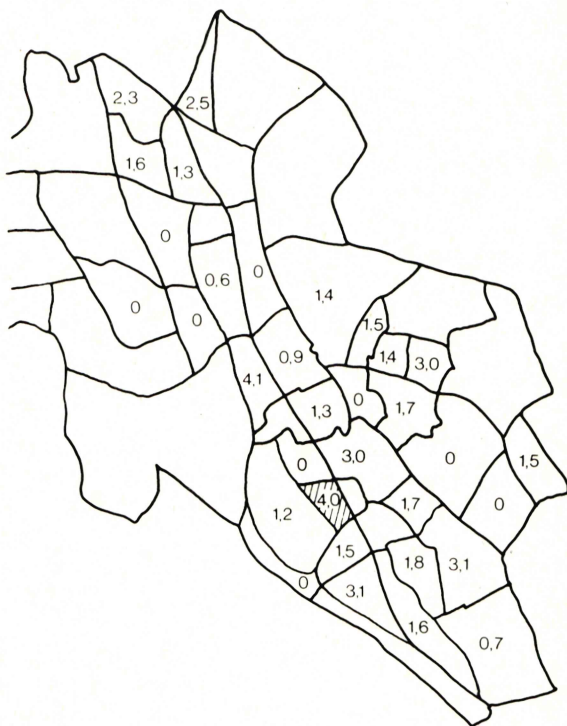
Än större blir skillnaderna när man går ner på dödstal för mindre statistikområden (figur 2). Vår observationstid är alltför kort och våra siffror för

Figur 1. De tre primärvårdsområdena inom Sollentuna kommun. Siffrorna anger dödstalen för innevånare under 70 års ålder under en 9-månadersperiod.



Figur 2. Sollentuna kommun uppdelad i mindre statistikområden. I områden med bostäder har dödstalet under en 9-månadersperiod hos innevånare under 70 års ålder angivits.

Bebyggelsen inom det streckade området utgör flerfamiljshus av servicetyp.



små för att kunna leda till några definitiva slutsatser, men en trend föreligger för höga dödstal i höghusområden medan dödstalen är mycket små i mer nybyggda villaområden. Ett enstaka höghusområde (streckat på fig 2) står för inte mindre än 18 av de 86 dödsfallen men bara 3 000 av de 45 000 kommuninvånarna. Ser man närmare på detta område finner vi

Tabell 4

	Region 074		Hela Sollentuna	
	n=18	%	n=86	%
1 Kunde förhindras	9	50	34	40
2 Kunde förhindras med bättre utnyttjande av sjukvårdsresurser	2	11	8	9
3 Kunde idag ej förhindras	3	17	34	40
4 Brist på information	4	22	8	9

att väl så många om inte fler dödsfall än genomsnittligt i kommunen hade kunnat förhindras (*tabell 4*). Fördelningen av dödstalen kan alltså hjälpa oss att förlägga preventiva insatser så att de blir så lättillgängliga för patienterna som möjligt.

REFERENSER

1. Haglund, Bo: Allmänläkaren som hälsoarbetare i ett hälsopolitiskt perspektiv. Skrivet för Svensk Förening för Allmänmedicin. Vetenskapligt möte i Skövde, 1979. Stencil. Landstingets Hälsovård, Hälsovårdsenheten, Skövde.
2. Hälsoproblem i ett landsting – ett planeringsunderlag. Spri rapport 14/79
3. Tibblin, Gösta och Johansson, Leif: Ett folks hälsa speglar med hjälp av dödstalen. Manus, 1979
4. Vaillant, George E.: Natural history of male psychologic health. N Engl J Med 301:1249–1254, 1979
5. Walldén, Marja och Öhlund, Birgitta: Kommunegen-skaper. Rapport från Stockholms läns landsting, Regionplanekontoret, 1978. Stencil
6. Åberg, Hans och Smedby, Björn: En dödsfallsstudie i Tierps kommun med särskild hänsyn till möjligheterna av förebyggande insatser. Föredrag vid Läkaresällskaps Riksstämma i Stockholm 1979

PSYKIATRI

Einar Kringlen

Psykiatrisk sjukdomslära –

terapeutisk hållning i vårdarbetet

Einar Kringlen är psykiater och professor vid Oslo universitet. Han är ett välkänt och uppskattat namn i Sverige genom sin bok Psykiatri. Denna bok har av författaren förkortats och bearbetats för att bli användbar för en bredare läsekrets. Översättningen och anpassningen av texten till svenska förhållanden har gjorts av Inger Fredriksson, lärare i hälso- och sjukvård.

272 s Best nr 24-29358-X

Ingalill Hallberg

Vårdprocessen vid schizofrena psykoser

(prel titel)

med tonvikt på psykoteraapeutiskt orienterat arbetssätt

Boken behandlar teorier om vårdprocessen och om schizofreni. Mycket utrymme ägnas personalens förhållningssätt till patienterna, hur man utvecklar en terapeutisk relation. Exempel ges på behandlingsprogram, speciellt diskuteras öppen vård och eftervård.

Ca 128 s Best nr 24-31064-5

Marianne Cederblad

Barn- och ungdomspsykiatri

Barnet i familjen – familjen i samhället

Andra omarbetade upplagan.

En grundläggande bok som ger en bred genomgång av teorier, symtom och behandlingsmetoder inom barn- och ungdomspsykiatri. Ett genomgående drag i boken är att författaren inte ser barnet isolerat utan hela tiden i samspel med sin miljö.

209 s Best nr 24-29332-6

 ESSELTE STUDIUM

Norra regionen UMEÅ 090/13 70 00

Ostra regionen STOCKHOLM 08/52 06 60

Västra regionen GÖTEBORG 031/17 99 30

Södra regionen MALMÖ 040/770 70