

Att sluta sina dagar i storstaden



Gunnar Biörck



Evy Lind



Kristina Orth-Gomér

Inledning

Under senare år har *döden* blivit diskuterad i massmedia — Tv och tidningar — på ett mera när-gånget sätt än förut. Många omständigheter har samverkat till det.

En faktor är naturligtvis det allmänna angreppet på sådana erfarenhetsområden, som tidigare var mer eller mindre tabubelagda. Sådana ämnen har därför också fått ett speciellt nyhetsvärde, eftersom det så länge varit ganska tyst om dem.

En annan faktor är den livliga debatten kring olika medicinskt-etiska problem, sådana som abort, eutanasi (barmhärtsighetsdöd), transplantationer och samtidigt härmed det nya intresset för relationen mellan patienter och läkare.

Det är också självklart, att åldringsvårdens ständiga bristsituation och de samhällsekono-

miska bekymren i samband därmed gör sitt till för att hålla vid liv ett allmänt intresse för de gamlas problem. Ett av dessa är att vänta på döden.

Alla dessa omständigheter tillsammans gjorde att vi som gjort denna studie — en läkare (Gunnar Biörck), en medicine kandidat (Kristina Orth-Gomér) och en socialkurator (Evy Lind) — började fråga oss, om vi verkligen visste tillräckligt om hur "resans slut" i allmänhet gestaltar sig för människorna i vårt samhälle, i detta fall Stockholmsområdet. Vi fann ganska snart, att vi inte visste tillräckligt, och vi bestämde oss för att på ett anspråkslöst sätt försöka ta reda på hur det är att gå döden till mötes i Stockholm.

För oss, som arbetar på sjukhus, och kanske i synnerhet på en medicinsk klinik, är döden en vardaglig gäst. Dödligheten hos de på landets medicinkliniker intagna ligger nog kring 8—10 %.

Vi vill tacka Folksam, vars ekonomiska stöd till klinikkens forskning möjliggjort denna undersökning.

Icke så få fall är redan döda, när de förs till sjukhuset. Hela sjukhussituationen har på det senaste decenniet undergått en snabb förändring: 1959 utgjordes ca 10 % av de på Serafimerlasarettets medicinska klinik intagna av jourfall, men vid en tidpunkt under hösten 1969 var siffran 90 %. Genomsnittligt torde $\frac{2}{3}$ — $\frac{3}{4}$ av de intagna ha kommit in som akutfall. Det kan redan nu sägas, att i vår undersökning visade sig hälften av de avlidna ha dött på akutsjukhus. En sådan siffra kan ge anledning till reflexioner om sjukhusets roll i det moderna samhället.

När vi började vår studie, hade vi inte klart för oss *hur* stor andel av dödsfallen, som faktiskt äger rum på akutsjukhusen. Vi hade däremot kommit i kontakt med ganska många långtidsvårdfall, som under månader, halvår och år vårdats hos oss, innan plats kunnat beredas på långtidsvårdsinrättningar av olika slag. Vi visste, att många av dessa patienter var gamla kvinnor och vi hade på känn, att många av dem var ganska ensamma vid "resans slut". Det föreföll oss därför angeläget att få ett begrepp om ensamheten och hjälplösheten hos sjuka gamla under den tid, som närmast föregått döden, och vi valde att försöka kartlägga deras sista år i livet, så gott detta var möjligt. I det följande skall vi redogöra för, hur vi gått tillväga. Men redan dessförinnan vill vi framhålla, att detta inte är någon sofistikerad statistisk undersökning och att vi är medvetna om att vissa iakttagelser vi gjort, särskilt när det gäller små tal, kanske inte är representativa i statistisk mening. Vad vi har avsett har varit att få en någorlunda meningsfull konkret bild av hur 100 stockholmare hade det året innan de dog och vilken död de mötte.

På något sätt hoppades vi, att den här studien skulle kunna lära oss något om människans liv, om samhället och om vår sjukvård i dag.

Undersökningens genomförande

Vi bestämde oss för att i första hand försöka studera etthundra dödsfall i Stockholmsområdet, och vi fick hjälp av begravningsfirmor, anslutna till Sveriges Begravningsentreprenörers Förbund (SBF)*), med att utvälja de dödsfall, som bildade utgångspunkt för studien.

Vårt urval blev inte strikt begränsat till Stockholms stad, utan det kom även att innefatta ett mindre antal avlidna från två kommuner utanför stadsgränsen. Alla jämförelsetal, som inhämtats från Statistiska Centralbyrån, gäller dock förhållandena i Stockholms stad.

Under år 1968 avled 9.254 personer i Stockholms stad. Begravningsarna i samband med dessa dödsfall ombesörjdes dels av privata begravningsbyråer (ca 5.000), dels av Begravningsföreningen (ca 2.800) och dels av Eldbegängelsebyrån (ca 1.500). Huvuddelen av de privata begravningsbyråerna i Stockholm är anslutna till Sveriges Begravningsentreprenörers Förbund. I runt tal hälften av alla begravningsbyråer i Stockholm ombesörjdes således år 1968 av SBF:s medlemmar.

Genom SBF har urvalet av dödsfall till vår undersökning gjorts, och här ingår även s. k. sociala begravningsbyråer, d.v.s. begravningsbyråer som bekostats av kommunen. Först valde vi ut fem begravningsbyråer i olika delar av Stockholmsområdet. Från var och en av dessa fick vi därefter namn och persondata på tre personer, som avlidit den 1:a och tre som avlidit den 15:e under januari, februari, mars och april månader 1969. I några fall tvingades vi välja intilliggande dag. Dessutom erhöll vi namn på närmaste anhörig till varje avliden, i regel den som beställt begravningsbyråen. Härigenom borde teoretiskt vårt urval omfatta 120 avlidna personer (5 begravningsbyråer $\times$ 4 månader $\times$ 2 dagar $\times$ 3 dödsfall = 120 avlidna). Materialet kom dock att omfatta 122 avlidna.

Fullständiga intervjuuppgifter föreligger om 39

*) För vänligt tillmötesgående och effektiv hjälp i detta hänseende vill vi tacka disponent Arne Beckman, Beckmans Begravningsbyrå.

män och 61 kvinnor, d.v.s. för 100 av de 122 dödsfallen. För de övriga 22 har inte fullständiga uppgifter kunnat erhållas av anhöriga. Orsakerna härtill redovisas längre fram.

Undersökningen bygger i första hand på *anhörigas uppgifter* om de avlidna. I vissa fall har dessa data kompletterats med uppgifter från *vårdpersonal* på vårdinstitutioner, där de avlidna vårdats sista levnadsåret. Det har då i regel rört sig om en längre vårdperiod på exempelvis vårdhem, ålderdomshem eller liknande, där vårdpersonalen kan tänkas ha haft personlig kännedom om den avlidne. I de fall då den avlidne vistats en kortare tid på ett akutsjukhus har uppgifter inte inhämtats därifrån. De uppgifter som vi varit mest intresserade av har mestadels varit av sådan art, att de inte varit införda i patientjournalerna. Vårt huvudintresse har legat på den psykologiska och sociala sidan, och dessa båda sidor är ofta försummade, vad gäller journalskrivning på akutsjukhus.

I samtliga fall har *försäkringskassan* kontaktats för att vi skulle erhålla uppgifter på eventuell sjukhusvistelse, sjukskrivningsperiod, sjukpenning, tidpunkt för pensionering, pensionens storlek samt kommunalt bostadstillägg. I en del fall har också respektive *sjukhus' patientkontor* tillfrågats om vårdperiodens längd.

I ett par fall, då vi inte kunnat få tillräckliga uppgifter av anhöriga, har vi kontaktat den *socialbyrå*, som den avlidne haft kontakt med. Tre män och två kvinnor har under sitt sista levnadsår fått hjälp därifrån i samband med sjukdom och arbetslöshet.

I samtliga fall har dödsbevis inhämtats från *Statistiska Centralbyrån*. En del anhöriga har ej varit säkra på dödsorsaken, och vi har då kontrollerat denna hos Statistiska Centralbyrån. Vår dödsstatistik har på så sätt blivit jämförbar med landets övriga statistik över dödsorsaker.

Den första kontakten med anhöriga har alltid tagits per telefon. Dessa har därvid informerats om undersökningens syfte, varefter de tillfrågats om de var villiga att lämna uppgifter om den avlidne släktingen. Samtliga har upplysts om, att deras uppgifter skulle behandlas konfidentiellt.

En del anhöriga har därefter infunnit sig på Serafimerlasarettet, där en intervju ägt rum. I andra fall har anhöriga av en eller annan anledning ej kunnat infinna sig på sjukhuset. Om de ändå varit villiga att deltaga, har intervjun skett helt telefonledes. Intervjuerna har utförts av en medicine kandidat och en socialkurator under våren och sommaren 1969. Ingen intervju har skett tidigare än tre månader efter dödsfallet.

Intervjusituationen har inte varit standardiserad, utan den har mera haft formen av ett informellt samtal. Vi hade i förväg ställt upp vissa frågor, men dessa kom inte alltid i samma ordningsföljd och var inte alltid formulerade på exakt samma sätt vid varje intervju, utan inpassades allt eftersom den anhörige berättade om den döde. Samtliga frågor var s.k. öppna frågor, d.v.s. utan fasta svarsalternativ. Genom att ha öppna frågor hoppades vi kunna få mera värdefull och kanske även oförutsedd information. Vi har hela tiden varit medvetna om, att de öppna frågorna är svårare att klassificera och bearbeta, men valde ändå denna metod, eftersom vår studie i första hand avsåg att vara deskriptiv.

När vi planerade undersökningen satte vi upp vissa punkter, som vi var intresserade av. För att inte göra intervjun alltför betungande för de anhöriga inskränkte vi oss till ett femtiotal frågor, som vi ansåg vara väsentliga. Nedan följer en förteckning över våra frågor i sammandrag.

1. Persondata
2. Bostadsförhållanden
3. Barn — ålder, kön, sysselsättning, boställningsort m. m.
4. Tidpunkt och plats för dödsfall, dödsorsak, redogörelse för den yttre situationen kring dödsfallet, vem som gjorde upptäckten, om anhörig varit närvarande i själva dödsögonblicket samt tidrymden mellan dödsfall och upptäckt.
5. Om *förvärvsarbete*: senaste sysselsättning, arbetsplats, anställningsförhållanden, sjukpenningklass, sjukskrivningsperioder under sista levnadsåret samt förekomst av övertidsarbete.

6. Om pensionärer: tidpunkt för pensionering, omständighet kring eventuell förtidspensionering, pensionens storlek, förekomst av kommunalt bostadstillägg, förvärvsarbete efter pensionering.
7. Ekonomiskt stöd från socialbyrå eller annan slags hjälp.
8. Sjukdomar sista året, sjukhusvistelse, annan form av vård på exempelvis ålderdomshem, vårdhem m. m., tidpunkt för senaste läkarbesök, anledning till läkarbesök, mediciner.
9. Hobby- eller fritidsintressen, förekomst av sällskapsdjur.
10. Kontakter med andra människor: *personliga sammanträffanden* a) släktingar, b) bekanta; *telefonkontakt* a) släktingar, b) bekanta; förekomst av kommunal eller privat hjälp i hemmet, kontakt och besök av församlings-syster eller liknande, föreningsaktiviteter.
11. Förlust av anhörig eller nära vän, tecken på allvarlig depression — självmordsförsök, dödslängtan.
12. Allmän karakteristik av den avlidne, inställning till livet, ålderdomen och döden.

Det har varit intressant och lärorikt att göra intervjuerna, samtidigt som det också varit svårt. I början upplevde vi en viss ovana att tala om döden och dödens problematik. Ibland hade vi t.ex. svårt för att ta ordet *dö* i vår mun, och vi använde hellre omskrivningar. Även anhöriga tycks ha haft svårt för att nämna sakerna vid deras rätta benämningar. För vår egen del märkte vi, att detta var en fråga om träning, och för varje ny intervju kändes det naturligare och lättare att tala om döden med en helt främmande person.

Inledningsvis försökte vi att skapa en förtroendefull atmosfär genom att dels ingående berätta om undersökningens syfte, dels mera allmänt diskutera den sörjandes svårigheter. Våra frågor var ofta emotionellt laddade, och någon gång provocerades den intervjuade till känsloutbrott. I allmänhet tror vi att samtalen haft en terapeutisk effekt för anhöriga. Genom att tala ut med en

helt utomstående person har ibland sorg- och skuld-känslor lättats, och den sörjande har på ett nytt sätt kunnat se sig själv utifrån. Intervjun har med andra ord utgjort en del av sorgearbetet.

Vårt intresse kring de avlidna har huvudsakligen omfattat händelserna under deras sista levnadsår. I flera fall har vi även fått detaljerade redogörelser över många år tillbaka i tiden. Intresset för undersökningen har givetvis varit varierande bland de intervjuade anhöriga. En del har funnit vårt ämne mycket intressant, och de har försökt ge så uttömmande svar som möjligt på våra frågor om den bortgångne. Deltagandet har för andra verkat betungande och svårt, men de har ändå medverkat. Bland bortfallet återfinnes de som varit minst intresserade av vår undersökning.

I vissa fall har vi kanske fått en förskönad bild av den avlidne. Detta kan ha skett mer eller mindre medvetet från den anhöriges sida. En anhörigs inställning till en avliden är ju i många fall inte densamma före och efter dödsfallet. — ”Ingen är så bra som när han dör, och så dålig som när han gifter sig”. Få har således sagt något ofördelaktigt om den döde, och har det gjorts, så har det oftast varit med ett generat leende.

Några, särskilt de som ej haft så mycket kontakt med den avlidne, har blivit illa berörda av vissa frågor, t.ex. angående besöksfrekvens, andra vid frågan om depression eller dödslängtan. Anhöriga har i allmänhet haft svårt för att finna de rätta orden och vändningarna för att karakterisera den döde och hans inställning till livet och ålderdomen. Det har ibland blivit stereotypa omdömen, hämtade från en religiös sfär, som ”hon var redo”, ”döden kom som en befriare”.

Redovisning av bortfallet

Av olika anledningar kunde vi inte erhålla uppgifter över 22 av de totalt 122 avlidna. Bortfallet utgöres av 12 män och 10 kvinnor, och härrör från 13 anhöriga som avböjt att medverka, och 9

som ej varit anträffbara. Bland dem som ej velat medverka märks främst sådana som varit så ledsna och nedstämda, att de ej ansett sig orka med en intervju. I några av dessa fall hade dödsfallet inträffat mycket hastigt och oväntat. Bortfallet utgör 18 %.

I tabell 1 kan man se hur dödsorsakerna bland bortfallet förhåller sig till *motsvarande* grupp av dödsorsaker hos de 100 avlidna. Bland bortfallet återfinnes således 6 som avlidit i cancersjukdom,

12 i hjärtsjukdom, 2 i lunginflammation och 2 genom självmord. 1968 begick 190 män och 105 kvinnor självmord i Stockholm. Under 1964 — 1966 begick i genomsnitt 1.100 män och 410 kvinnor självmord årligen i Sverige. För hela landet räknar man med 5 självmord per 10.000 invånare. 2 självmord på 122 döda är ungefär vad man kunnat vänta sig, eftersom vart 40:e dödsfall bland män och vart 90:e bland kvinnor är ett självmord.

Tabell 1. Dödsorsaker.

	A) Bortfallet			B) 100 avlidna (enbart motsvarande dödsorsaker)		
	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt
Cancersjukdom	5	1	6	8	10	18
Hjärtsjukdom	5	7	12	21	18	39
Lunginflammation	1	1	2	—	5	5
Självmord	1	1	2	—	—	—
	12	10	22	29	33	62

Tabell 2 visar civilstånd. Bland bortfallet märks en viss övervikt för gifta män.

Tabell 2. Civilstånd vid dödsfall.

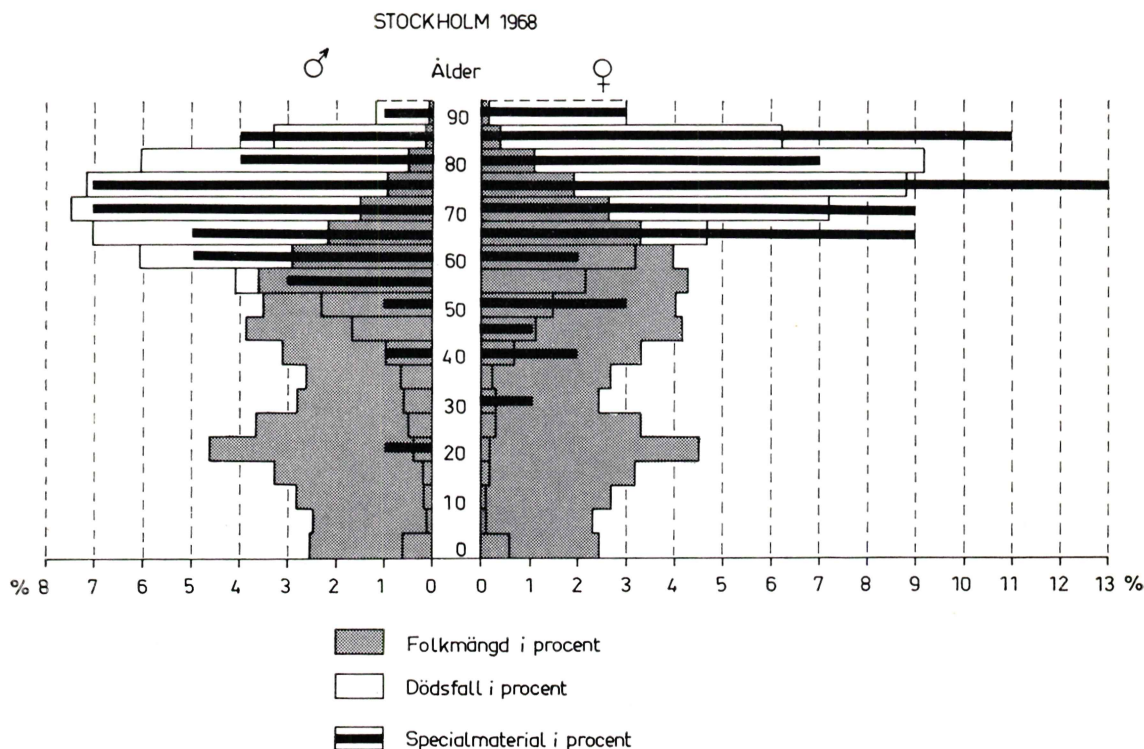
	A) Bortfallet			B) 100 avlidna		
	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt
Gift	10	2	12	23	16	39
Ogift	1	1	2	3	14	17
Änkling/änka	1	5	6	10	26	36
Frånskild	—	2	2	3	5	8
	12	10	22	39	61	100

Bland bortfallet har sammanlagt 8 personer avlidit på akutsjukhus, och här märks ett underskott av män döda på akutsjukhus. Vidare har 6 avlidit på andra vårdinrättningar, 6 i bostaden och 2 utomhus. Medelåldern för männen är 63 år och för kvinnorna 67 år.

Vad vi fann

Stockholms stad hade den 31/12 1968 759.946 invånare. Under 1968 avled knappt 10.000 personer i Stockholm. 1967 var medellivslängden i hela riket 71.85 år för männen och 76.54 år för kvinnorna. Fördelningen av folkmängden i Stockholms stad samt åldersfördelningen vid dödsfall illustreras av befolkningspyramiden (figur 1). På denna pyramid finns även vårt material markerat.

Figur 1. Befolkningspyramid för Stockholms stad den 31/12 1968.



I tabell 3 redovisas åldersfördelningen vid dödsfall för de 100 avlidna. Medelåldern var för kvinnorna 74 år och 3 månader och för männen 71 år och 3 månader. De avlidnas ålder varierar från 23 år till 92 år. Sammanlagt hälften av de avlidna återfinnes i åldersgrupperna 75 år och däröver.

Tabell 3. Åldersfördelning vid dödsfall

Ålder	Män	Kvinnor	Totalt
20—24	1	—	1
25—29	—	—	—
30—34	—	1	1
35—39	—	—	—
40—44	1	2	3
45—49	—	1	1
50—54	1	3	4
55—59	3	—	3
60—64	5	2	7
65—69	5	9	14
70—74	7	9	16
75—79	7	13	20
80—84	4	7	11
85—89	4	11	15
90—	1	3	4
	39	61	100

I övrigt se befolkningspyramiden, figur 1, där ovan nämnda dödsfall finns markerade.

Dödsorsaker

För att få dödsorsakerna i vårt material jämförbara med exempelvis hela dödligheten under ett visst år i Stockholm, har vi använt oss av Statistiska Centralbyråns klassifikation. Genom den kodbeteckning som Statistiska Centralbyrån tillämpar på dödsorsaker har vi även kunnat få veta om den avlidne obducerats, eller om dödsorsaken framkommit på annat sätt.

Sammanlagt 77 avlidna har obducerats och av dessa har 12 obducerats av rättsläkare, medan resterande 65 obducerats på sjukhus. Det är huvudsakligen de som avlidit i sina hem som obducerats av rättsläkare. De övriga 23 avlidna har ej obducerats, utan dödsorsaken har klarlagts på annat sätt (se tabell 4 och 5).

Tabell 4. Plats för dödsfall — obduktion/ej obduktion.

Plats för dödsfall	OBDUCERADE			EJ OBDUCERADE		
	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt
A-sjukhus	18	25	43	—	6	6
B-sjukhus	6	6	12	1	1	2
Sjukhem	—	—	—	1	4	5
Mentalsjukhus	—	3	3	—	1	1
Pensionärshem	—	1	1	—	1	1
Ålderdomshem	—	—	—	—	3	3
Vårdhem	4	3	7	1	1	2
Bostaden	4	4	8	—	2	2
Utomhus	1	—	1	1	—	1
Arbetsplatsen	1	—	1	—	—	—
På väg till sjukhus	1	—	1	—	—	—
	35	42	77	4	19	23

Tabell 5. Obduktion/ej obduktion.

	Män	Kvinnor	Totalt
Obducerad av rättsläkare	28	37	65
Obducerad av rättsläkare	7	5	12
Diagnos ställd på sjukhus	4	14	18
Diagnos ställd utom sjukhus	—	5	5
	39	61	100

I tabell 6 redovisas dödsorsakerna för de 100 avlidna enligt den internationella klassifikationen av dödsorsaker. Siffrorna inom parentes anger klassifikationsnummer. Alla grupper av dödsorsaker finns ej representerade i vårt material. Det bör särskilt påpekas att centrala nervsystemets *kärlsjukdomar* under 1968 hörde till nervsystemets

och sinnesorganens sjukdomar, medan de 1969 ingår i cirkulationsorganens sjukdomar. Detta torde vara förklaringen till att vi i vår undersökning (1969) har så många fall bland cirkulationsorganens sjukdomar. Enligt 1968 års klassifikation skulle nämligen 2 män och 10 kvinnor från den gruppen ingått i nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar.

Tabell 7 återger dödsorsakerna för samtliga avlidna i Stockholms stad 1968 enligt den internationella klassifikationen.

Tabell 6. Dödsorsaker

	Män	Kvinnor	Totalt
Tumörer (140—239)	8	10	18
Endokrina systemets sjukdomar, nutritionsrubbingar och ämnesomsättningsjukdomar (240—279)	—	1	1
Mentala rubbningar (290—319)	1	1	2
Cirkulationsorganens sjukdomar (390—458)	25	38	63
Andningsorganens sjukdomar (460—519)	1	7	8
Matsmältningsorganens sjukdomar (520—577)	1	—	1
Uro-genitala sjukdomar (580—629)	—	3	3
Medfödda missbildningar (740—759)	1	—	1
Symtom och ofullständigt preciserade fall (780—796)	—	1	1
Skador genom yttre våld och förgiftning (800—999)	2	—	2
	39	61	100

Tabell 7. Döda efter kön och dödsorsak i Stockholms stad 1968.

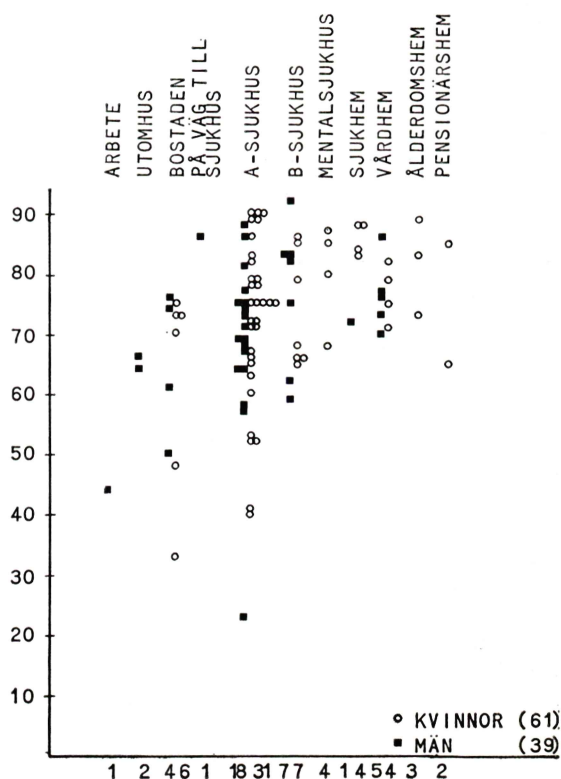
Dödsorsak	Män	Kvinnor	Totalt
1. Infektionssjukdomar och parasitära sjukdomar	66	30	96
2. Tumörer	1 001	1 047	2 048
3. Allergiska sjukdomar, endokrina systemets sjukdomar, ämnesomsättningssjukdomar, nutritionsrubbingar	82	76	158
4. Blodbildande organens och blodets sjukdomar	11	21	32
5. Mentala sjukdomar, psykoneuroser, patologiska personlighetstyper	47	11	58
6. Nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar	354	486	840
7. Cirkulationsorganens sjukdomar	1 846	1 920	3 766
8. Respirationsorganens sjukdomar	337	346	683
9. Matsmältningsorganens sjukdomar	299	208	507
10. Urogenitala organens sjukdomar	102	110	212
11. Havandeskapets, förlösningens och barnsängstidens sjukdomar	—	3	3
12. Hudens och underhudens sjukdomar	2	2	4
13. Skelettets och rörelseorganens sjukdomar	3	9	12
14. Medfödda missbildningar	29	20	49
15. Sjukdomar hos nyfödda och spädbarn	32	29	61
16. Senilitet. Ofullständigt preciserade fall	22	14	36
17. Skador genom yttre våld och förgiftning	432	257	689
	4 665	4 589	9 254

Platsen för dödsfallet

Tabell 8 visar platsen för dödsfallet för de 100 avlidna. Se även figur 2. Nästan hälften av de 100 har avlidit på akutsjukhus, men bara knappt 1/4 på B-sjukhus (sjukhus för långvarigt sjuka), sjukhem eller mentalsjukhus. Förvånansvärt få har mött döden på pensionärshem, ålderdomshem eller vårdhem — bara 14 personer, och lika många har avlidit utanför vårdinrättning.

Av dem som dött på akutsjukhus, borde en del ha kunnat vårdas på B-sjukhus, eftersom de inte var akut sjuka, men platsbristen omöjliggjorde detta. Det finns ett klart underskott av vårdplatser, när det gäller vård av långvarigt sjuka och gamla. Behovet av läkarvård är ju ungefär dubbelt så stort hos personer över 65 år som i de lägre åldersgrupperna. En del av dem, som avlidit på akutsjukhus, hade dock endast vårdats där kort tid före sin död. I ett par fall hade vederbörande avlidit samma dag som han eller hon intagits på sjukhuset. Att förflyttas från sitt hem till exempelvis ett sjukhus eller ålderdomshem innebär ofta en stor påfrestning för en gammal människa.

Fig. 2. Ålder och plats för dödsfall (100 avlidna)



Tabell 8. Plats för dödsfall.

Plats för dödsfall	Män	Kvinnor	Totalt
A-sjukhus	18	31	49
B-sjukhus	7	7	14
Sjukhem	1	4	5
Mentalsjukhus	—	4	4
Pensionärshem	—	2	2
Ålderdomshem	—	3	3
Vårdhem	5	4	9
Bostaden	4	6	10
Utomhus	2	—	2
Arbetsplatsen	1	—	1
På väg till sjukhus	1	—	1
	39	61	100

I vårt material avled 9 män och 12 kvinnor inom loppet av 7 dagar efter det att de förflyttats. Sammanlagt 15 av dem kom direkt från sina hem till akutsjukhus, och det kan förmodas att deras hälsotillstånd redan vid inkomsten till sjukhuset var allvarligt, men man kan inte helt bortse från flyttningens inverkan.

Det är främst de yngre männen som avlidit utanför sjukhus — på sitt arbete, i hemmet eller utomhus. På pensionärshem, ålderdomshem och vårdhem återfinner vi framför allt de äldre kvinnorna. Både ålders- och könsfördelningen är ganska jämn bland dem som avlidit på akutsjukhus.

Döden tycks ha inträffat *oväntat* för 7 män och 4 kvinnor. De hade i stort sett känt sig friska, och de flesta hade inte legat på sjukhus sista året. 5 av dem avled i sin bostad, 1 på arbetsplatsen och de övriga 5 på akutsjukhus, där de dock vår-

dats mycket kort tid, oftast bara någon eller några dagar. Flera av dem var unga.

För de återstående 89 personerna tycks döden ha varit mer eller mindre *väntad*. Vissa led av en obotlig tumörsjukdom och var medvetna om vad som skulle hända. I en del sådana fall kände den sjuke inte till sin diagnos, men anhöriga var då oftast informerade. Många hade hjärtbesvär sedan flera år tillbaka, och döden kom inte helt oväntat. Bland de gamla människorna var det åtskilliga som besvärats av ett flertal sjukdomar. Sjukdomarnas sammanlagda effekt samt den tilltagande åldern tycks ha gjort de gamla medvetna om att de snart skulle dö. Flera av dem hade vårdats på sjukhus och andra vårdinrättningar upprepade gånger utan förbättring.

Av dem som avlidit *oväntat* var det endast en man som längtat efter att få dö. Bland de *väntade* dödsfallen fanns åtskilliga personer, som uttryckt en önskan om att få dö.

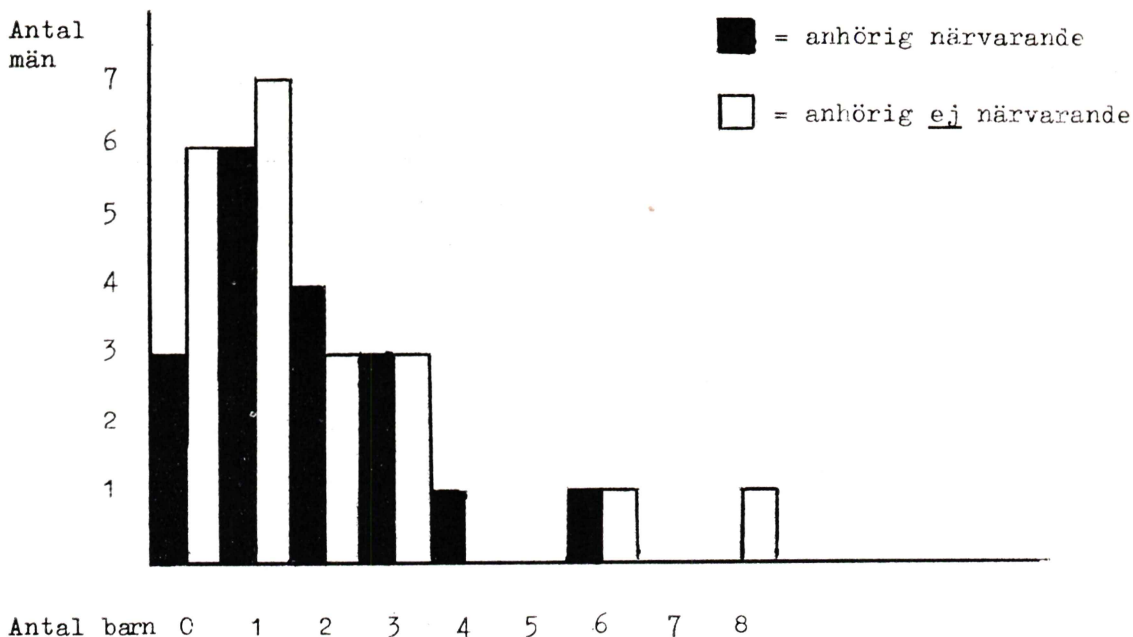
Anhörigas närvaro vid dödsbädden

Endast 38 personer hade någon anhörig hos sig i själva dödsögonblicket. Kvinnorna är de som oftast saknat anhörigas närvaro. Det kan delvis bero på, att de flesta kvinnorna varit ensamstående. En annan förklaring, som främst gäller dem, som vårdats på sjukhus, kan vara att dödsfallet kommit oväntat, att det ägt rum nattetid eller att den döende varit medvetlös en längre tid, och att de anhöriga då upplysts om att han eller hon inte mer skulle komma till medvetande. I övrigt se tabell 9.

Tabell 9. Anhörigs närvaro i dödsögonblicket.

Döden inträffade på	Anhörig närvarande:			Anhörig ej närvarande:		
	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt
A-sjukhus	7	12	19	11	19	30
B-sjukhus	3	2	5	4	5	9
Sjukhem	1	2	3	—	2	2
Mentalsjukhus	—	—	—	—	4	4
Pensionärshem	—	—	—	—	2	2
Ålderdomshem	—	2	2	—	1	1
Vårdhem	1	1	2	4	3	7
Bostaden	3	1	4	1	5	6
Utomhus	2	—	2	—	—	—
Arbetsplatsen	—	—	—	1	—	1
På väg till sjukhus	1	—	1	—	—	—
	18	20	38	21	41	62

Fig 3. Relation mellan antalet barn och närvaro av anhörig vid dödsögonblicket för män.



30 män efterlämnade 69 barn, varav 46 var bosatta i Stockholmstrakten. 9 män var barnlösa, men 3 av dem hade ändå någon anhörig hos sig, då de avled. Männen hade oftare än kvinnorna någon anhörig hos sig i dödsögonblicket. Se fig. 3.

44 kvinnor efterlämnade sammanlagt 97 barn, varav 81 var bosatta i Stockholmstrakten. Av dessa 44 kvinnor hade endast 15 någon anhörig hos sig i dödsögonblicket. 17 kvinnor var barnlösa, men 5 av dem hade ändå någon anhörig hos sig, då de avled. Se fig. 4.

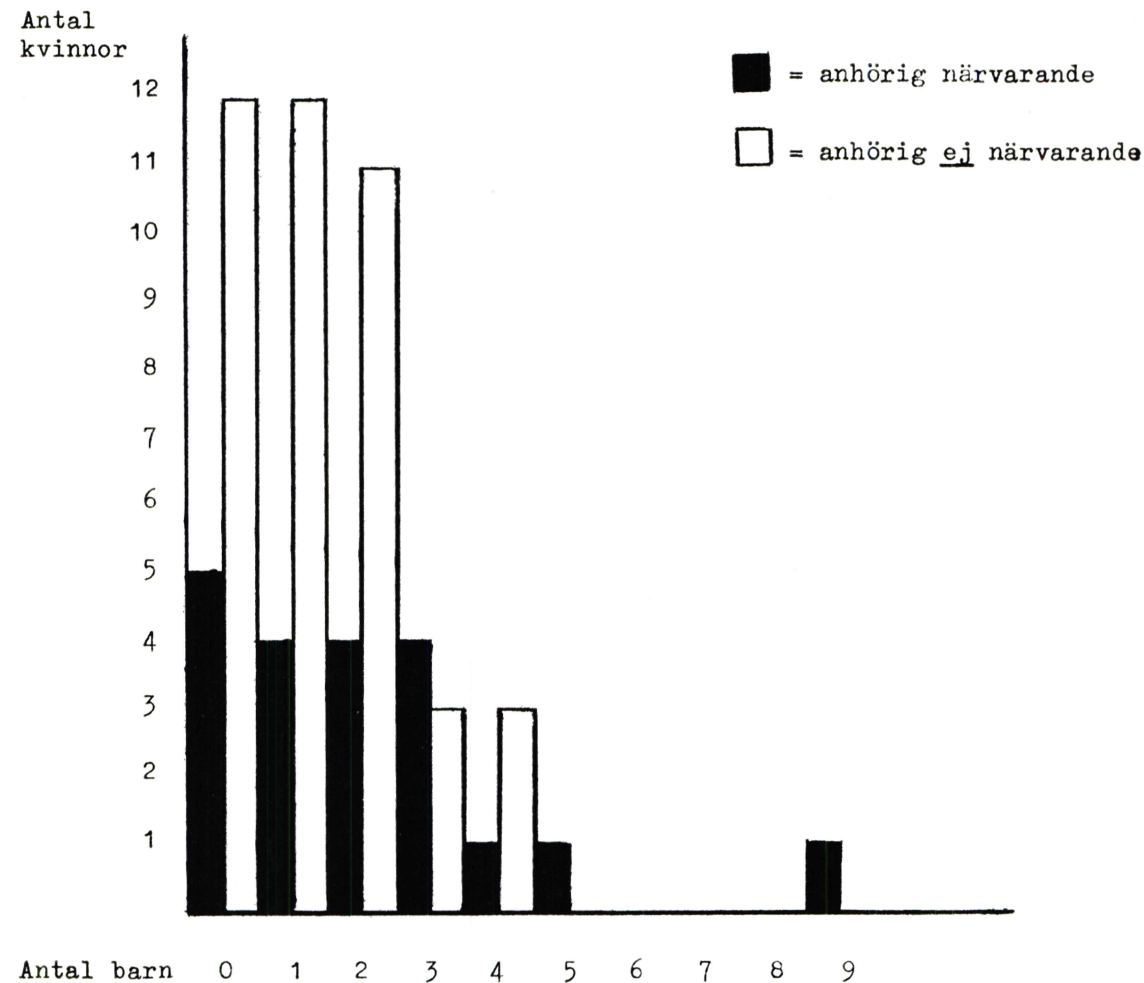
Flertalet dödsfall, 94 av 100, upptäcktes omedelbart, men för de återstående 6 förflöt viss tidrymd innan dödsfallet observerades. Av dessa 6 hittades en man död i sin bostad. Upptäckten gjordes av hyresvärden och skedde ett par timmar efter dödsfallet. Spritförtäring hade ägt rum innan. En kvinna låg död på golvet på morgonen, då hennes man vaknade. Hon hade då varit död högst 6 timmar. En annan kvinna hittades död i sin bostad. Hennes övervakare kom av en tillfällighet, och fick se vad som hänt. Kvinnans fästman låg bredvid, apatisk och omtöcknad av alkohol. Hon hade ej legat död mera än 12 timmar,

då övervakaren fann henne. På ett pensionärshem hittades en kvinna liggande död. Städhjälpen fann henne, och hon hade ej legat död mera än ett dygn. Vidare hittades en kvinna död i sin bostad cirka 6 timmar efter dödsfallet. Den avlidna skulle ha sammanträffat med en väninna ute på stan, men uteblev. Då väninnan kom till hennes bostad gjordes upptäckten. Slutligen avled en kvinna under sömnen. Detta upptäcktes på morgonen, då det ej gick att få liv i henne. En väninna hade visserligen övernattat hos den avlidna, men hon var ej vaken, när den sjuka avled.

Civilstånd

I tabell 2 B redovisas civilstånd vid dödsfall. 23 av de 39 männen var gifta men bara 16 av de 61 kvinnorna, av vilka således 45 var ensamstående. Två gifta kvinnor avled kort tid efter respektive makes frånfalle. I ena fallet avled maken i hjärtsvagheter ungefär en vecka innan den 90-åriga hustrun fick hjärtinfarkt och dog. I det andra fallet avled maken i cancer 1 1/2 månad innan hustrun drabbades av hjärntrombos och avled 75 år gammal.

Fig 4. Relation mellan antalet barn och närvaro av anhörig vid dödsögonblicket för kvinnor.



Bostad

Av de 70 personer som inte levde inom någon vårdinrättning sista året har mer än hälften bott modernt (41 personer), men ändå har 29 av dem saknat någon eller några av de bekvämligheter, som vi allmänt räknar till behövlig standard. Detta har varit särskilt betungande för de äldre, eftersom de ofta har dåliga kroppsliga resurser att sköta sin hygien och sin hälsa. Beträffande bostadsförhållanden se tabell 10.

Tabell 10. Bostad större delen av sista levnadsåret.

	Män	Kvinnor	Totalt
Modern villa	1	1	2
Halvmodern villa	5	5	10
Omodern villa	—	2	2
Modern lägenhet	19	19	38
Halvmodern lägenhet	3	8	11
Omodern lägenhet	1	3	4
Inneboende (modernt)	1	—	1
Sommarstuga-skjul	1	1	2
Pensionärshem	—	3	3
Äldershem	1	5	6
Vårdhem	3	2	5
B-sjukhus	4	2	6
Sjukhem	—	6	6
Mentalsjukhus	—	4	4
	39	61	100

Som *omodern* bostad har räknats bostad där uppvärmning sker med ved, vattenledning saknas helt eller också finns enbart kallt rinnande vatten samt eventuellt vatten-toilett. I *halvmodern* bostad har badrummet ofta varit beläget i källaren, i vissa fall saknades badrum, uppvärmning av bostaden har dock inte skett med vedeldning. Husen eller lägenheterna var ofta av äldre årgång, och äldre hus som *delvis* moderniserats räknades också hit.

I tabell 11 redovisas bostadstyp för gifta och i tabell 12 bostadstyp för ensamstående. Större delen av sista levnadsåret har drygt 1/3 av kvinnorna vårdats på institution, och av dem har nästan alla varit ensamstående, medan bara 1/5 av männen varit institutionsbundna. Männen dör i allmänhet tidigare än kvinnorna — kvinnans medellivslängd är längre än mannens. Resultatet blir att det bland äldre människor finns flera kvinnor än män. För en gift kvinna innebär detta, att det är större risk att hon blir änka, än att hennes man blir änklings. Detta beror dels på medellivslängden och dels på att den gifta kvinnan oftast är yngre än sin make. Sannolikheten är ganska stor, att hon blir ensam på sin ålderdom, och därmed i större behov av vård. De gifta männen kan i större utsträckning få vård i hemmen av sina hustrur, och de blir inte lika "hjälplösa" som kvinnorna.

Tabell 11. Bostad för gifta större delen av sista levnadsåret.

	Gifta män	Gifta kvinnor	Totalt
Sammanboende med make/maka	20	15	35
B-sjukhus	3	—	3
Sjukhem	—	1	1
Mentalsjukhus	—	1	1
Ålderdomshem	—	1	1
	23	18	41

Tabell 12. Bostad för ensamstående större delen av sista levnadsåret.

	Ensamma män	Ensamma kvinnor	Totalt
Ensamboende	8	14	22
Sammanboende med barn	1	2	3
Sammanboende med syskon	1	3	4
Sammanboende med syskon + förälder	—	1	1
Sammanboende med annan släkting	—	1	1
Sammanboende med fästman/fästmö	1	3	4
B-sjukhus	1	2	3
Sjukhem	—	5	5
Mentalsjukhus	—	3	3
Pensionärshem	—	3	3
Ålderdomshem	1	4	5
Vårdhem	3	2	5
	16	43	59

Vård på sjukhus och institutioner

Av männen har 30 vårdats på akutsjukhus vid något tillfälle sista året. Medelvårdtiden är 39 dagar, och den varierar mellan 1—151 dagar. 19 av männen har legat inne endast en gång, medan 11 har vårdats vid upprepade tillfällen. För kvinnornas del är det 40 som har vårdats på akutsjukhus vid något tillfälle sista levnadsåret. Medelvårdtiden är 36 dagar, och den varierar mellan 1—156 dagar. 31 kvinnor har legat inne endast vid ett tillfälle, medan 9 har legat inne flera gånger. Se tabell 13. Som jämförelse kan nämnas att medelvårdtiden på akutsjukhus i Stockholm 1969 var ungefär 15 dagar, varav de medicinska klinikerna hade något längre vårdtid än de kirurgiska.

Tabell 13. Antal vårdtillfällen på akutsjukhus.

	Män	Kvinnor	Totalt
Antal vårdtillfällen			
1 gång	19	31	50
2 gånger	8	4	12
3 gånger och däröver	3	5	8
	30	40	70

Bara 15 män har vårdats på långvårdsinrättningar. Deras vårdtid framgår av tabell 14. Vissa är dubbelförda, eftersom de vårdats på flera institutioner under sista året.

Tabell 14. Vårdenheter och vårdperioder för männen.

Vårdenhet	Antal män	Vårdperiodens längd
A-sjukhus	30	Medeltal: 39 dagar
B-sjukhus	7	2 mån., 71 d., 76 d., 83 d., 222 d., 1 år, 5 år
Sjukhem	1	7 d.
Ålderdomshem	2	7 mån., 11 mån
Vårdhem	5	15 d., 1 mån., 35 d., 44 d., 5 år

34 kvinnor har vistats på långvårdsinrättning någon gång under sista levnadsåret. Typ av vårdinrättning och tidslängd framgår av tabell 15. Här gäller samma förhållanden med dubbelföring som för männen.

Tabell 15. Vårdenheter och vårdperioder för kvinnorna.

Vårdenhet	Antal kvinnor	Vårdperiodens längd
A-sjukhus	40	Medeltal: 36 dagar
B-sjukhus	8	2 d., 21 d., 45 d., 79 d., 83 d., 89 d., 3 år, 5 år
Sjukhem	7	46 d., 1 år, 1 år, 1,5 år, 1,5 år, 2 år, 3 år
Pensionärshem	3	5 mån., 5 år, 15 år
Ålderdomshem	4	1 år, 1,5 år, 2 år, 6 år
Vårdhem	4	5 d., 104 d., 2,5 år, 8 år
Mentalsjukhus	6	16 d., 21 d., 4 år, 5 år, 6,5 år, 7 år
Konvalescenthem	1	22 d.
Alkoholistanstalt	1	2—3 mån.

5 män av 39 och 5 kvinnor av 61 har ej erhållit någon form av sluten vård, d. v. s. ej varit intagna på sjukhus, ålderdomshem eller liknande under sista levnadsåret.

Besök

2/3 av de gifta kvinnorna har i allmänhet fått minst ett besök per vecka av släktingar (tabell 16), och vänner och bekanta har besökt dem ungefär en gång i månaden (tabell 17).

Tabell 16. Giftnor: besök av eller hos släktingar sista året.

	Dagligen	Någon gång i veckan	Någon gång i månaden	Mera sällan än 1 gång/mån	Aldrig
Sammanboende med make (15)	3	6	5	—	1
Sjukhem (1)	—	1	—	—	—
Mentalsjukhus (1)	—	1	—	—	—
Ålderdomshem (1)	—	1	—	—	—
Totalt = 18	3	9	5	—	1

Tabell 17. Giftnor: sammanträffanden med vänner, bekanta, hemhjälp.

	Dagligen	Någon gång i veckan	Någon gång i månaden	Mera sällan än 1 gång/mån	Aldrig
Sammanboende med make (15)	—	4	7	1	3
Sjukhem (1)	—	—	—	—	1
Mentalsjukhus (1)	—	—	—	—	1
Ålderdomshem (1)	—	—	—	—	1
Totalt = 18	—	4	7	1	6

Knappt hälften av de *gifta männen* har haft minst ett besök per vecka av släktingar (tabell 18), och 1/3 har haft minst ett besök per månad av vänner och andra utomstående (tabell 19).

Tabell 18. *Gifta män: besök av eller hos släktingar sista året.*

	Dagligen	Någon gång i veckan	Någon gång i månaden	Mera sällan än 1 gång/mån	Aldrig
Sammanboende med maka (20)	2	5	7	5	1
B-sjukhus (3)	1	2	—	—	—
Totalt = 23	3	7	7	5	1

Tabell 19. *Gifta män: sammanträffanden med vänner, bekanta, hemhjälp.*

	Dagligen	Någon gång i veckan	Någon gång i månaden	Mera sällan än 1 gång/mån	Aldrig
Sammanboende med maka (20)	—	—	7	8	5
B-sjukhus (3)	—	—	1	—	2
Totalt = 23	—	—	8	8	7

Drygt hälften av de *ensamstående kvinnorna* har fått besök av släktingar minst en gång i veckan (tabell 20), men bara 1/3 har fått besök av vänner och bekanta minst en gång i veckan (tabell 21). Hälften av de ensamstående kvinnorna har sällan eller aldrig fått besök av vänner eller bekanta. På ett mentalsjukhus fanns t.ex. en 85-årig dam, som inte haft ett enda besök av vare sig släktingar eller bekanta sedan 1962, då hon kom till sjukhuset.

Tabell 20. *Ensamma kvinnor: besök av eller hos släktingar sista året.*

	Dagligen	Någon gång i veckan	Någon gång i månaden	Mera sällan än 1 gång/mån	Aldrig
Ensamboende (14)	1	9	4	—	—
Sammanboende med barn (2)	1	—	1	—	—
Sammanboende med syskon (3)	—	—	2	1	—
Sammanboende med syskon + förälder (1)	—	—	1	—	—
Sammanboende med annan släkting (1)	—	—	—	1	—
Sammanboende med fästman (3)	—	1	1	—	1
B-sjukhus (2)	—	1	1	—	—
Sjukhem (5)	—	5	—	—	—
Mentalsjukhus (3)	—	1	—	—	2
Pensionärshem (3)	—	—	2	1	—
Älderdoms hem (4)	1	3	—	—	—
Vårdhem (2)	—	1	1	—	—
Totalt = 43	3	21	13	3	3

Tabell 21. *Ensamma kvinnor: sammanträffanden med vänner, bekanta, hemhjälp.*

	Dagligen	Någon gång i veckan	Någon gång i månaden	Mera sällan än 1 gång/ mån	Aldrig
Ensamboende (14)	2	5	5	2	—
Sammanboende med barn (2)	—	—	—	2	—
Sammanboende med syskon (3)	—	1	—	1	1
Sammanboende med syskon + förälder (1)	—	1	—	—	—
Sammanboende med annan släkting (1)	—	1	—	—	—
Sammanboende med fästman (3)	—	—	1	—	2
B-sjukhus (2)	—	—	1	1	—
Sjukhem (5)	—	1	1	2	1
Mentalsjukhus (3)	—	1	—	—	2
Pensionärshem (3)	—	1	—	1	1
Ålderdomshem (4)	—	—	—	1	3
Vårdhem (2)	—	1	—	—	1
Totalt = 43	2	12	8	10	11

Knappt hälften av de *ensamma männen* har (tabell 22), och av vänner och bekanta har bara fått besök av släktingar minst en gång i veckan 1/3 fått besök en gång i veckan (tabell 23).

Tabell 22. *Ensamma män: besök av eller hos släktingar sista året.*

	Dagligen	Någon gång i veckan	Någon gång i månaden	Mera sällan än 1 gång/ mån	Aldrig
Ensamboende (8)	—	3	2	1	2
Sammanboende med barn (1)	—	—	—	—	1
Sammanboende med syskon (1)	—	1	—	—	—
Sammanboende med fästmö (1)	—	—	—	1	—
B-sjukhus (1)	1	—	—	—	—
Ålderdomshem (1)	—	1	—	—	—
Vårdhem (3)	—	1	—	1	1
Totalt = 16	1	6	2	3	4

Tabell 23. *Ensamma män: sammanträffanden med vänner, bekanta, hemhjälp.*

	Dagligen	Någon gång i veckan	Någon gång i månaden	Mera sällan än 1 gång/ mån	Aldrig
Ensamboende (8)	1	3	2	1	1
Sammanboende med barn (1)	—	—	—	—	1
Sammanboende med syskon (1)	—	1	—	—	—
Sammanboende med fästmö (1)	—	—	—	1	—
B-sjukhus (1)	—	—	1	—	—
Ålderdomshem (1)	—	—	—	—	1
Vårdhem (3)	—	—	—	1	2
Totalt = 16	1	4	3	3	5

Det bör observeras att vi i gruppen "vänner och bekanta" även inräknat hemhjälp. 5 män och 15 kvinnor har haft kommunal hemhjälp under sista året. En del har haft daglig hjälp, medan andra bara haft hjälp någon eller några dagar per vecka.

De gifta kvinnorna är alltså de som haft mest kontakt med sina släktingar, barn, barnbarn och dylikt. De ensamstående kvinnorna har haft det sämre ställt och de ensamstående männen är de som haft minst kontakt med sina anhöriga.

Av dem som inte vistats på vårdinrättning större delen av sista levnadsåret har flertalet haft telefon. Fyra män och en kvinna har dock saknat telefon. Många har haft telefonkontakt med släktingar och bekanta varje dag, och rent allmänt kan sägas att telefonkontakterna varit tätare än besöken.

Några typiska fall

För att kunna ge en mera åskådlig bild av hur de avlidna har haft det under sitt sista levnadsår har vi valt ut tjugo dödsfall, som vi försökt återge i form av fallbeskrivningar. En del detaljer och data har vi dock måst utesluta för att inte göra de avlidna identifierbara. Eftersom det fanns flera kvinnor än män i vårt material, har vi valt att redogöra för tolv kvinnor och åtta män.

Fru A hade fyllt 33 år, då hon avled. Hennes dödsfall kom mycket hastigt och oväntat. Sista månaderna hade hon ibland klagat över huvudvärk, men för övrigt känt sig fullt frisk.

Fru A var gift och hade två minderåriga barn. Hon var mycket fäst vid sina barn, och blev alltid orolig, när någon av dem blev sjuk. Hon kunde då lätt bli deprimerad och nedstämd. Fru A var utåtriktad och hade lätt för att få vänner. Hon var medlem i ett par föreningar och gick ibland på kurser. Äktenskapet var harmoniskt, och fru A var lycklig och nöjd med sin tillvaro.

En dag i början av året insjuknade hon hastigt. Maken bestämde sig för att ta ut några semesterdagar för att kunna vara hemma och hjälpa till. Dagen efter insjuknandet hade hon hög feber, varför jourhavande läkare kallades till bostaden. Hongkonginfluensa misstänktes. På tredje dagen kände hon sig bättre, och febern var då på tillbakagång. På kvällen låg fru A och hennes man länge vakna och pratade. Efter midnatt sade de godnatt till varandra. Maken uppmanade henne att väcka honom, om hon skulle behöva någon hjälp under natten. Följande morgon fann herr A sin hustru liggande död på golvet. Av allt att döma hade hon varit uppe på toaletten och därefter försökt lägga sig, men stupat innan hon hunnit fram till sin säng. Dödsorsaken visade sig vara en hjärnblödning.

Fröken B avled 53 år gammal. Sista tjugo åren hade hon haft förtidspension från det hantverksyrke, som hon tidigare utövat.

Då fröken B var i 12—13-årsåldern genomgick hon en operation av bröstkorgen på grund av lungtuberkulos, och hon blev därefter sned i kroppsställningen. Sista levnadsåren besvärades hon av svår värk i rygg och nacke. Hon hade ofta huvudvärk och svårt för att sova. Dessutom hade hon besvär med hjärtat och fick regelbundet ta hjärtmedicin. Fröken B var liten och späd till växten och hade ett ungdomligt utseende. Hon försökte dölja sina krämpor så mycket som möjligt och ville sköta sig själv. Tanken att bli intagen på ålderdomshem eller liknande var helt främmande för henne.

Hon hade dagligen telefonkontakt med sina släktingar och vänner. Hon var uppoffrande och försökte alltid hjälpa dem som hade det besvärligt. Genom att hjälpa andra blev hon inte fastlåst vid sin egen sjukdom. Trots sitt handikapp var hon relativt nöjd med livet. Hon kände att hon gjorde en insats genom att hjälpa andra, och vann därigenom tillfredsställelse med livet och med sig själv. Döden var något avlägset för henne.

Fröken B bodde i en omodern rivningsfastighet tillsammans med två närstående släktingar, som båda var sjukliga. Lägenheten var stor och rymlig, men svårskött. Hon fick t.ex. elda i spisen med koks och varmvatten saknades.

Tidigare hade fröken B legat på sjukhus på grund av magsår. I början av 1969 hade hon tid beställd för intagning på sjukhus. Hennes hjärtbesvär hade nämligen förvärrats. Hon ville inte gärna bli inlagd på sjukhus, men blev det i alla fall.

På sjukhuset konstaterades att hennes hjärtbesvär var allvarliga. Fröken B hade en nära anhörig, som samtidigt var intagen på ett annat sjukhus, och en dag fick hon permission för att besöka denna släkting. Efter det besöket försämrades hennes tillstånd snabbt. Hjärtbesvären tilltog, och sista dagarna låg hon med syrgas. Efter knappt 14 dagars sjukhusvistelse avled hon. En anhörig var närvarande i det ögonblick, då hon insomnade.

Fröken B har ej obducerats, enligt anhörigas önskemål. Den troliga dödsorsaken tycks ha varit hjärtsvaghet.

Fröken C avled i en ålder av 63 år. De sista femton åren hade hon varit förtidspensionerad. Hon bodde i en halvmodern lägenhet tillsammans med två närstående släktingar och hade ofta telefonkontakt med sina andra släktingar, som var bosatta på annan ort.

Fröken C hade mycket svårt för att gå, och i drygt tjugo års tid hade hon måst använda sig av käppar för att kunna förflytta sig. Under senare hälften av 1968 hade hon fått löfte om att få genomgå en ortopedisk operation. Denna skulle äga rum i början av 1969 och hon var mycket förhoppningsfull inför operationen. Sista åren hade hennes hörsel varit starkt nedsatt, och mot slutet var hon i det allra närmaste döv.

Fröken C var religiöst intresserad och tog åldrandet på ett naturligt sätt. Hon ville inte placeras på något hem för gamla, utan ville klara sig själv.

I december 1968 kände hon, hur hon plötsligt blev tröttare och tröttare för varje dag. Hon fick samtidigt värk i axlarna och yrsel. Jourhavande läkare besökte henne vid ett tillfälle, och han konstaterade, att hon hade en slags muskelinflammation. Några veckor senare fick anhöriga på nytt kalla på läkare. Fröken C var då sämre och ville själv bli inlagd på sjukhus. Så skedde dock inte. Hennes tillstånd försämrades successivt, samtidigt som hennes utseende förändrades. Slutligen blev hon inlagd på sjukhus, och där avled hon efter fyra dagar.

En anhörig samt en väninna var närvarande vid dödsbädden. Fröken C hade svår andnöd och låg med syrgas och dropp. Dödsorsaken visade sig vara cancer i grovtarmen. Varken fröken C eller hennes anhöriga hade känt till, att hon led av en sådan sjukdom.

Fröken D avled 66 år gammal. De sista tre åren tillbringade hon på ett sjukhus för långvarigt sjuka.

Hon föddes handikappad och kunde aldrig lära sig gå själv, utan måste använda kryckor hela livet. Tre år innan hon dog fick hon en hjärnblödning, och hennes högra sida blev därefter förlamad. Efter den händelsen måste hon vårdas på sjukhus, eftersom hon inte längre kunde klara sig ensam i hemmet. Hon led dessutom av hjärtbesvär sedan många år tillbaka.

I början av sjukhusvistelsen hade hon svårt för att finna sig tillrätta. Hon vistades då på en avdelning med mestadels oklara och omtöcknade patienter. Efter en tid blev hon förflyttad till en annan avdelning, och där kom hon att trivas bättre. Hon satte en ära i att vara glad och hjälpsam mot alla, och hon hade fin kontakt med såväl personal som andra medpatienter.

Fröken D var kyrkligt intresserad och deltog aktivt i den kyrkliga syföreningens verksamhet. Ibland fick hon besök på sjukhuset av någon av församlingsmedlemmarna. Flera gånger i veckan fick hon dessutom besök av sina syskon, och nästan varje helg var hon på besök hos någon av

dem. Hon var mycket barnkär och var alltid glad, då hon fick träffa sina syskonbarn.

Fröken D var mestadels glad och utåtriktad, men emellanåt blev hon deprimerad och nedstämd. Under hela sjukdomstiden visade hon en stark livslust och var fast besluten att leva vidare.

Sista månaden var hon mestadels sängliggande och kände sig mycket trött. Under denna tid fick hon en lungkomplikation. Hon kände då att hon närmade sig slutet och förklarade sig vara redo inför döden. Anhöriga var närvarande i dödsögonblicket.

Dödsorsaken var en blodpropp till lungorna i kombination med hjärnblödning.

Fru E avled 72 år gammal. Sista två åren var hon tidvis intagen på sjukhus.

Hon var fränksild sedan många år tillbaka, och bodde ensam i en modern lägenhet. Sista åren hade hon hemhjälp ett par timmar om dagen. Hon levde tämligen isolerad och hade inget umgänge utöver sina släktingar. Av allt att döma kände hon sig missnöjd med livet och längtade ibland efter att få dö.

Fru E hade sockersjuka, och varje morgon kom en stadssjuksköterska och gav henne en insulininjektion. Hon hade övervikt och hade svårt för att hålla diet. På våren året innan hon dog gick hon som dagpatient på ett sjukhus för att hålla diet och samtidigt minska i vikt.

En dag ramlade hon omkull på väg från sjukhuset och måste läggas in. Efter sjukhusvistelsen var hon på konvalescenthem under några veckor. Sista halvåret började hon bli alltmera förvirrad, och anhöriga vågade ej ha henne ensam i lägenheten. En släkting måste tidvis bo hos henne. Mitt i natten kunde hon t.ex. gå ned i soprummet i källaren och sätta sig där. Anhöriga lyckades till sist få henne att gå med på att ansöka om intagning på vårdhem, efter lång övertalning.

En kväll hittades hon av anhöriga liggande på golvet i sin lägenhet. Hon fördes omedelbart till sjukhus, där det konstaterades att hon fått en propp i hjärnan. Så småningom överfördes hon

till ett sjukhem, där hon fick en ny hjärnblödning och åter måste läggas in på akutsjukhus.

Efter att ha legat medvetslös ett par dagar avled hon. En av hennes anhöriga var närvarande, då hon insomnade. Dödsorsaken visade sig vara hjärnblödning i kombination med sockersjuka.

Fru F avled 79 år gammal. Hon var änka sedan många år och bodde ensam i en modern lägenhet. Ibland hyrde hon tillfälligt ut ett rum till någon studerande.

De senaste tio åren hade hon haft besvär med hjärtat och hade även haft ett par hjärtinfarkter, dock ej senaste året. Hon tog regelbundet hjärtmedicin och besvärades dessutom av reumatisk värk. Någon månad innan hon avled opererades hon för bräck och blev därefter överflyttad till ett eftervårdssjukhus.

Fru F hade två barn, varav den ene var bosatt i Stockholm, medan den andre bodde utomlands. Hon hade ofta kontakt med sina anhöriga i Stockholm och träffade dem ungefär en gång i veckan. Varje vecka kom hennes städhjälp, men för övrigt klarade hon sig själv.

Som ung var fru F mycket vacker, och hon förblev mån om sitt utseende även på sin ålderdom. Hon klädde sig alltid elegant och försökte vara så vital som möjligt. Döden tycktes hon inte räkna med eller reflektera över.

Drygt en månad efter operationen blev hon plötsligt mycket dålig, och avled inom loppet av ett par dagar på grund av hjärtsvaghet. Sista tiden var hon införstådd med att slutet nalkades. Anhöriga var närvarande, då hon helt stilla insomnade.

Fröken G avled dagen efter det att hon fyllt 80 år. Sista sju åren var hon psykiskt sjuk och vårdades på mentalsjukhus.

Hon hade tidigare tjänstgjort som lärare och varit mycket intresserad av barn och skolarbete.

Religionshistoria låg henne särskilt varmt om hjärtat.

Då fröken G blev gammal och kände att hon inte kunde klara sig själv längre, bad hon några släktingar ta hand om sig, men då de inte kunde göra det, bröt hon kontakten med dem. I slutet av 50-talet lyckades hon få en pensionärlägenhet i en privat stiftelse. Hon fick dock allt svårare för att klara sig och måste till sist få en plats på stiftelsens sjukavdelning. Allt eftersom sjukdomen framskred blev hon mycket svårhanterlig och aggressiv. 1962 intogs hon på mentalsjukhus och vistades där till sin död.

I början hade hon svårt för att finna sig till rätta på sjukhuset, men med tiden blev hon allt mera avtrubbad och brydde sig inte om någonting. Under senare år var hon mestadels sängliggande och kunde inte göra någonting själv. Mitt på dagen satt hon uppe en stund i en stol, men för övrigt var hon helt bunden vid sängen.

Under hela sjukhusvistelsen fick fröken G regelbundet två besök i veckan av ett par gamla väninnor. Dessa fick alltid en fastställd summa pengar för sina besök. Hon fick dessutom ytterligare ett besök i månaden av en bekant. Sista åren kunde hon inte meddela sig med sin omvärld, och man vet därför inte hur hon kan ha känt det.

Fröken G var bitter på livet — en tragisk kärlekshistoria i hennes ungdom låg troligen bakom detta. Hon hade gott ställt ekonomiskt och hade även förberett sin bortgång genom att upprätta testamente. Hela hennes behållning gick till välgörande ändamål. Vidare hade hon uttryckt särskilda önskemål om att få bli obducerad i hopp om att vara till *någon* nytta här i livet.

Ungefär tre veckor innan fröken G avled, ramlade hon och bröt ena benet. Hon fördes då till ett kroppssjukhus, men där kunde de inget göra, varför hon fick återvända till sitt gamla ställe. Sista dygnet låg hon medvetslös. På morgonen dagen efter sin 80-årsdag insomnade hon. Ingen anhörig var närvarande vid dödsbädden. Dödsorsaken visade sig vara en hjärtinfarkt.

Fru H avled 82 år gammal. Hon hade då varit inlagd på sjukhus drygt en vecka efter ett lårbensbrott.

Fru H var änka sedan ungefär tio år tillbaka och bodde ensam i en stor omodern lägenhet, där hon själv fick elda i kakelugn och där badrum saknades. Hon trivdes dock mycket bra med sin bostad och ville absolut inte flytta. Tidigare hade hon haft en egen rörelse, men överlätit den till en anhörig. Samtliga barn var bosatta i Stockholm, och varje dag fick hon besök av något av dem. Dessutom hade hon goda vänner som besökte henne då och då. Tre gånger i veckan kom en hemsamarit och hjälpte till med det som behövdes.

Fru H var gladlynt och pigg och följde väl med i aktuella händelser i pressen. Någon dödslängtan hade hon inte. Ibland tyckte hon att det kändes svårt att bli gammal, och samtidigt tyckte hon att hon arbetat för hårt i sin krafts dagar.

Sedan flera år hade hon hjärtbesvär, och 1965 låg hon senast på sjukhus på grund av detta. Hennes läkare hade ordinerat henne att regelbundet ta en viss hjärtmedicin, men detta ogillade fru H och i stället tog hon en albyl då och då, ty dessa ansåg hon hjälpa mot det mesta. Ibland kunde hon förbruka en halv ask albyl på en dag.

I början av 1969 råkade fru H ramla i lägenheten och föll så olyckligt att hon bröt ena lårbenet. Ett av hennes barn var närvarande, då olyckan inträffade. Fru H blev inlagd på sjukhus, och där avled hon efter drygt en vecka. Samtliga barn var närvarande då hon insomnade. Dödsorsaken var hjärtsvagheter i kombination med lårbensfraktur.

Fru I avled en vecka efter det att hon fyllt 85 år. De sista trettio åren tillbringade hon på olika mentalsjukhus.

Som ung hade hon arbetat som sekreterare. I 50-årsåldern dog hennes man, och hon blev då helt ensamstående, varefter sjukdomen — schizofreni — började ge sig till känna.

Hon var utåtriktad och kokett och gav intryck

av att vara en fin liten dam, med ett välbalanserat uppträdande. Hon ville t.ex. själv vara med och bestämma sina klädinköp, och hon blev mycket lycklig om hon någon gång kunde få inta en måltid på restaurang. Hon läste mycket — gärna kärleksromaner — samt tittade på TV, då hon dock oftast somnade. Hon hade mycket god kontakt med såväl personal som andra patienter. Sedan 1962, då hon kom till sjukhuset, hade hon inte haft ett enda besök. Döden var något avlägset för henne, och hon undvek att tala därom. Tidvis kunde hon höra röster, men hon hade aldrig några grava vanföreställningar.

1962 genomgick hon en blindtarmsoperation, och ådrog sig kort tid därefter en lårbensfraktur, som hon dock snabbt repade sig ifrån. På sin 85-årsdag ramlade hon i golvet och blev därefter helt sängliggande. Inom loppet av en vecka var hon död. Sista tiden låg hon medvetslös. Ingen anhörig var närvarande i dödsögonblicket. Dödsorsaken var hjärnblödning.

Fröken J avled i en ålder av 85 år. De sista femton åren tillbringade hon på ett pensionärshem.

Hon hade tidigare haft en liten lantgård som hon försörjt sig på. I slutet av 40-talet blev hon förtidspensionerad, och i början av 50-talet fick hon en plats på pensionärshemmet, där hon storrivdes. Fröken J hade bott i samma trakt, och när det blev bestämt att det skulle byggas ett pensionärshem, anmälde hon sig genast som sökande. Hon blev också en av de första gästerna på hemmet.

Ungefär en gång i månaden fick hon besök av dottern och hennes familj. De sista sex åren hade hon inte varit utanför pensionärshemmets område. Fröken J var glad över att få leva, och hon tyckte att hon fått det så bra. Mentalt var hon klar och hon hade mycket väl reda på sig.

Ungefär 1 1/2 år innan hon dog, ramlade hon ur sin säng och bröt ena axeln. Efter den händelsen blev hon mera försiktig och rädd av sig. Hon kunde inte längre klä sig själv utan måste få

hjälp. Hennes gång blev mera vinglig och osäker, och sista tiden kunde hon enbart gå med levande stöd. Hon var dock uppegående varje dag. Vid jultiden drabbades hon av influensa och fick hög feber och blev helt sängliggande. Sista halvåret var hon inställd på att dö. Hon förberedde sin bortgång genom att tala om för sin dotter var hennes saker fanns, och vem som skulle få vad.

Efter att ha varit sängliggande i hög feber under en vecka avled hon. Anhöriga var ej närvarande då hon insomnade. Dödsorsaken var lunginflammation.

Fröken K avled i en ålder av 85 år. Sista halvåret tillbringade hon på ett pensionärshem.

Fröken K hade varit husföreståndarinna i en familj i många år. Året innan hon dog slutade hon sin tjänst. Hon erbjöds då att få bo hos en anhörig, men avböjde. I stället fick hon en plats på ett pensionärshem, där hon dock aldrig kom att trivas.

Hon var en viljestark kvinna med mycket bestämda åsikter. Hon ville helst sköta sig själv och var mycket rädd för att bli beroende av någons hjälp. Utöver sina släktingar umgicks hon inte med så många. Varje vecka fick hon besök av dem, och ibland vistades hon hos dem en tid. Hon tyckte att det var svårt att åldras och ville aldrig tala om döden.

Ett par månader innan hon dog fick hon hög feber med frosskakningar. Ett bensår var infekterat och hon blev inlagd på sjukhus. Hjärtat var svagt och hennes tillstånd försämrades successivt. Hennes anhöriga planerade att hon skulle få vara hos dem ett tag efter sjukhusvistelsen, men så blev det inte. Fröken K fick en blodpropp till lungorna och avled på sjukhuset. Anhöriga var ej närvarande då hon insomnade. Den hjärtmedicin som hon ordinerats på sjukhuset hittades gömd i natteduksbordet efter hennes död.

Fru L hade fyllt 86 år några dagar innan hon avled. Sedan 1966 hade hon mestadels varit sängliggande i hemmet. De sista två veckorna vårdades hon på sjukhus.

Hon bodde i en villa tillsammans med maken, som fortfarande förvärvsarbetade. Tidigare hade hon varit aktiv inom lottaverksamheten. De sista åren levde hon alltmåra isolerad och ville inte att någon skulle besöka henne. Maken utgjorde hennes stora stöd.

Ungefär tio år innan hon avled, ramlade hon baklänges och slog i huvudet. Hon brydde sig inte om att uppsöka någon läkare. Sedan dess har hon ofta ramlat och slagit sig. Maken tror att balanssinnet skadats vid den första kraftiga smällen. Drygt två år innan hon dog, ramlade hon inne i lägenheten, varvid näsbenet spräcktes. Hon förloerade då medvetandet och fick tillbringa en tid på sjukhus. Därefter har hon mestadels varit sängliggande. Hon ville inte höra talas om att hon blev gammal. Ibland hade hon uttryckt önskemål om att få dö, och vid några tillfällen hade hon hotat med att ta livet av sig. Hon ville absolut inte bli intagen på något hem. Maken hade därför skött henne under dessa år, samtidigt som han innehåft en anställning. Ibland hade han kunnat komma hem till henne en stund mitt på dagen, men ofta hade hon legat ensam hela dagarna.

I samband med att hennes hälsotillstånd kraftigt försämrades i början av året, måste maken kalla på läkare. Denne konstaterade att fru L omedelbart måste läggas in på sjukhus, och följande dag fick hon en plats.

Efter 14 dagars sjukhusvistelse avled hon efter att ha fått en blodpropp till lungorna. Maken var ej närvarande i själva dödsögonblicket.

Herr M avled i en ålder av 50 år. Han hade inte vårdats på sjukhus sista året.

Herr M hade bott i Sverige sedan början av 50-talet, då han kom hit med sin familj. Omkring 1960 avled hustrun, och han blev ensam med åtta barn. Samtliga barn, utom de två äldsta, blev placerade i fosterhem.

Redan innan hustrun dog missbrukade han sprit. Missbruket ökade efter hennes död, och han släppte så småningom kontakten med sina barn. Äldste sonen tycktes vara den ende av barnen som han hade någon kontakt med. Tidvis bodde herr M hos denne son och hans familj, och sonen försökte då hjälpa honom. Efter en tid lämnade han dem dock och återgick till sina gamla kamrater och spriten.

Efter att ej ha träffat äldste sonen på ungefär 1 1/2 år uppenbarade han sig hos honom på hösten samma år som han dog. Han berättade då att han varit utomlands. Av släktingar har sonen fått veta, att fadern vid ett tillfälle besökt sitt hemland. Han hade då berättat för sin släkt hur bra han hade det i Sverige med bl.a. ordnat arbete och fast bostad, vilket inte var sant.

Vid ett tillfälle de sista åren var herr M intagen på alkoholistanstalt. Sista året erhöi han ekonomiskt bidrag från socialbyrå och saknade fast bostad.

Herr M var missnöjd med livet och tyckte att allting var meningslöst. Han ansåg sig inte ha någonting att leva för. Sista tiden hade han flera gånger sagt till sina kamrater, att han skulle vara död innan årets slut. Då han avled bodde han för tillfället i en mycket bristfällig bostad, som saknade alla bekvämligheter, och som egentligen inte var avsedd som bostad.

Tidigt på julaftonsmorgonen växlade herr M några ord med sin hyresvärd. Några timmar senare hittade värden honom liggande död. Dödsorsaken var akut alkoholförgiftning.

Herr N avled dagen innan han skulle fylla 65 år. De sista tjugofem åren var han förtidspensionerad på grund av svårartade hjärtbesvär samt nedsatt syn. Han var gift och bodde i en halvmöden lägenhet tillsammans med sin hustru. Nästan varje dag fick de besök av dottern och hennes familj.

Herr N hade en lång sjukhistoria bakom sig. I 20-årsåldern fick han reumatisk feber och besvärades därefter av ledgångsreumatism. Han blev

synskadad i 25—30-årsåldern, och vid 40 års ålder blev han förtidspensionerad på grund av tilltagande hjärtbesvär. Därefter orkade han inte göra någonting.

Så fort han försökte ta en promenad fick han svår andnöd. Han låg därför mestadels påklädd ovanpå sin säng om dagarna. Sista tiden kunde han knappast raka sig själv längre. På grund av synskadan kunde han inte läsa några tidningar, utan hustrun fick läsa högt för honom.

Våren 1968 genomgick han en gallstensoperation. Han var mycket orolig inför operationen och trodde inte att han skulle överleva. Efteråt fick han en hjärtinfarkt, men kunde ändå så småningom bli utskriven från sjukhuset. Operationen hade dock tagit hårt på hans krafter, och han var mycket svag efteråt.

Herr N var besviken på livet, och tyckte att han haft väl många motgångar i sitt liv. Han tyckte inte att han var till någon nytta, utan längtade efter att få dö. En tillvaro på ett ålderdomshem eller liknande kunde han inte tänka sig. Familjens ekonomiska situation var hela tiden starkt begränsad, men de kunde ändå klara sig utan att behöva begära någon hjälp.

Kanske kände herr N på sig att slutet var nära. Han hade nämligen strax innan sagt till sin hustru, att han trodde att han inte skulle få uppleva sommaren igen.

Vid påsktiden skulle herr N fylla 65 år. Till sammans med dottern och hennes familj hade herr och fru N bestämt sig för att resa norrut och tillbringa påsken, inklusive högtidsdagen, där. Dagen innan herr N skulle fylla år, kände han sig ovanligt yr och sjönk plötsligt ihop utomhus. Tillkallad läkare kunde endast konstatera att livet flytt. Dödsorsaken visade sig vara ett svårt klafffel.

Herr O avled ett par dagar efter det att han fyllt 69 år. Han hade i stort sett varit frisk fram till 67 års ålder.

Han var gift och bodde i en villa tillsammans med sin hustru, som delvis var sjuklig och inte så

stark. Äktenskapet var barnlöst. Tidigare hade han varit egen företagare, men upphörde med det i och med pensionen.

På sommaren 1967 började han känna smärtor i bröstet och konsulterade därför läkare. Han fick genomgå en prostataoperation och måste därefter gå på månatlig hormonbehandling. Så småningom började han få värk även i benen. Till att börja med trodde han att det var ischias, vilket han haft i sin ungdom. Följande år fick han besked att han hade cancer. Hustrun blev först informerad om detta och därefter herr O. Meddelandet om sjukdomen tog honom mycket hårt. Först tyckte han att det var ofattbart, men insåg sedan hur allvarligt det var.

I samband med att han fick veta sin diagnos inträdde en markant personlighetsförändring. Han hade tidigare haft ett flertal hobbies, men upphörde nu med dem. Han tappade intresset för det mesta och blev mera tyst och inbunden. Under sjukdomstiden ville han inte längre umgås med några bekanta. Hustrun hade mycket svårt för att känna igen sin man sista året. Herr O var dessutom mycket orolig för hur hustrun skulle kunna klara sig, då hon blev ensam. Han tyckte inte att han kände sig gammal och han var mycket rädd för att dö.

På hösten året innan han dog, fick han långväga besök av några nära anhöriga. Han hade då varit intagen en tid på sjukhus, men fick komma hem några månader och kände sig då tillfälligt bättre en tid.

Hans tillstånd försämrades dock, och han måste åter tas in på sjukhus. Hustrun besökte honom så ofta hon kunde under sjukhusvistelsen, men hon hade långt att resa och det var besvärligt för henne att ta sig till sjukhuset.

Samma dag som herr O skulle fylla 69 år fick han permission för att få fira högtidsdagen i hemmet. Han fick därefter lunginflammation och avled på sjukhuset efter ett par dagar. Hustrun och en annan nära anhörig var närvarande vid dödsbädden. Han var hela tiden vid medvetande men hade mycket svåra plågor.

Dödsorsaken visade sig vara en tumör i prostata i kombination med lunginflammation.

Herr P avled i en ålder av 70 år. De sista två åren tillbringade han på ett vårdhem.

Som ung hade han lärt sig ett hantverksyrke, och han fortsatte sedan med det yrket tills han erhöll pension vid 67 års ålder. Han var fränskild sedan många år och hade en son i äktenskapet. Efter skilsmässan träffade han aldrig sin f.d. hustru. Sonen däremot träffade han på sin höjd en gång om året, men hade därutöver inget umgänge. Arbetet kom i stället att betyda allt för honom. Han hade ett strävt humör, och detta fördjupades efter skilsmässan.

Då herr P fick allt svårare för att klara sig ensam i sin bostad, fick han en plats på ett vårdhem. Han hade svårt för att trivas på hemmet och höll sig mest för sig själv. Genom att han fick ett enkelrum kunde han nästan helt avskärma sig från omgivningen. Man skulle kunna säga att han var något av en enstöring.

Med tiden tynade han av och blev allt svagare och ungefär ett halvår innan han dog, fastställdes att han hade cancer i matstrupen. Han genomgick en operation, men kunde inte äta själv efteråt, utan måste få mat genom en sond genom matstrupen till magsäcken. Han klagade aldrig över sin sjukdom. Vid sonens sista besök, ett par månader innan han dog, verkade han ganska pigg, men undvek att tala om sjukdomen och döden. Det var som om han inte ville tillstå varken inför sig själv eller inför andra, att framtiden såg så mörk ut. En tid senare fick han en förkylning; lunginflammation tillstötte, och han avled efter drygt ett halvårs sjukdom. Ingen anhörig var närvarande vid dödsbädden. Dödsorsaken var cancer i matstrupen i kombination med lunginflammation.

Herr Q avled i en ålder av 75 år. Under de fyra sista åren hade han besvärats av svår ryggvärk, och de sista nio månaderna tillbringade han på sjukhus.

Han hade tidigare varit egen företagare, men avvecklade rörelsen då han fick pension. Han var gift och hade ett barn. I unga år hade han vistats utomlands en längre tid, och hade fortfarande

brevkontakt med sina vänner och bekanta från den tiden.

På grund av nedsatt hörsel hade herr Q sista åren isolerat sig från allt umgänge och träffade i stort sett bara sin familj, som han var mycket fäst vid. Med åren blev han allt mera nedstämd och besviken över att ingen kunde fastställa orsaken till hans svåra ryggvärk. Ungefär fyra år innan herr Q avled började hans ryggbesvär. Under årens lopp konsulterade han många olika läkare, men någon lindring märktes inte. Sista sommaren hade han mycket svåra plågor och var tvungen att ta smärtstillande medicin var 4:e timma. Han fördes så småningom till sjukhus, där han sent omsider blev inlagd, och det först sedan anhöriga vägrat ta hem honom.

Först vårdades herr Q på en långvårdsavdelning, där han dock blev mentalt omtöcknad och måste överflyttas till en psykiatrisk avdelning. Hans förvirringstillstånd medförde att han ibland lämnade sjukhuset, varefter han eskorterades tillbaka av polis. Hans tillstånd förbättrades successivt, och han blev mera klar och redig. Anhöriga tror att hans tillfälliga förvirringstillstånd kan ha berott på att han var överkänslig mot viss medicin.

Herr Q:s ryggbesvär ville inte släppa, tvärtom blev han sämre och sämre. Han började även minska i vikt och gick ner 20 kilo på kort tid. Slembildning i halsen tillstötte och då prover togs på detta upptäcktes att han hade lungtuberkulos. Han hade då vistats nio veckor på sjukhus, men överfördes genast till ett annat sjukhus. Under de nio veckorna hade flera försök till utskrivning gjorts, men anhöriga hade inte ansett sig kunna ta hem honom.

Efter en tid punkterades hans prostata och ryggen röntgades. Det framkom då, att han hade en cancer med metastaser. Strålbehandling sattes in, men livet stod inte att rädda. Anhöriga var närvarande in i det sista. Mot slutet låg han i en slags dvala och kunde inte svara på tilltal. Herr Q var inte informerad om sin diagnos, men anhöriga var underrättade.

Dödsorsaken var en tumör i prostata samt lungtuberkulos.

Herr R avled 75 år gammal. Han hade endast varit intagen på sjukhus några dagar, då han avled.

Han var änkemann sedan drygt fem år tillbaka och bodde ensam i en modern lägenhet. Dottern var bosatt i Stockholmstrakten, och han träffade henne och hennes familj en gång i veckan, och hade dessemellan telefonkontakt. Herr R var utåtriktad och hade en ganska stor bekantskapskrets.

Han förblev yrkesverksam ända till sin död, och innehade en viktig post inom en stor organisation, där han trivdes mycket bra. Ålderdomen hade han svårt för att acceptera, och han försökte hålla den på avstånd genom att helt gå in för sitt arbete. Varje dag var han således på sin arbetsplats mellan kl. 11 och 17. Han bodde i närheten och kunde gå dit till fots. Den övriga personalen behövde hans kunnande och erfarenhet, och detta gav hans ålderdom ett innehåll, som han inte kunde undvara.

Herr R hade besvärats av kärlkramp i många år. Sjukdomen förvärrades undan för undan, och han fick till sist en hjärtinfarkt och avled inom loppet av några dagar. Sista tiden låg han i respirator och var ej längre vid medvetande. Anhöriga var ej närvarande då han avled.

Herr S avled i en ålder av 77 år. Sedan 60-årsåldern var han förtidspensionerad på grund av hjärtbesvär.

Han kom till Sverige 1957, kort tid efter det att hustrun avlidit. Dottern var bosatt här med sin familj, och han kom ursprungligen för att hälsa på henne, men kom sedan inte att återvända till sitt hemland. Trots de många åren i Sverige lärde han sig inte svenska, utan behöll sitt modersmål.

Herr S bodde hela tiden hos dottern och hennes familj. De sista tre åren vistades han mestadels inomhus på grund av svåra smärtor i benen samt sår på fötterna. Dottern ville gärna skaffa honom en rullstol, så att han skulle kunna få komma ut ibland, men detta motsatte han sig. Han var mycket glad över att få vara hos dot-

tern. Något umgänge utöver familjens bekanta hade han inte. Ofta saknade han sitt hemland och sina gamla vänner. Han var ej rädd för att åldras utan tog det på ett naturligt sätt. De sista två åren längtade han efter att få dö.

I november året innan han dog, blev han sämre och orkade inte längre vara uppe om dagarna. Han orkade inte heller längre gå på toaletten själv utan måste lyftas dit och därifrån. Dottern lånade vissa hjälpmedel på en uthyrningsfirma för att underlätta skötseln, men han ville inte gärna använda dem.

Upprepade gånger måste dottern kalla på jourhavande läkare, då han hade svåra smärtor i ben och fötter. Läkarna rådde henne att försöka få en plats åt fadern på någon långvårdsinrättning, men hon ville inte göra det, då hon befarade att fadern inte skulle trivas bl.a. på grund av språksvårigheter. Dottern bestämde sig för att försöka hjälpa fadern så länge som möjligt. Sista tre månaderna erhöll hon hemsjukvårdsbidrag med 150:-/månad. Hon kunde inte lämna honom ensam ett ögonblick på grund av rädsla att han skulle ramla ur sängen, vilket skett vid ett par tillfällen.

Sista månaderna måste herr S ta sömnmedel och smärtstillande medel i stora mängder. Han hade tidigare skött sin medicinering själv, men sista tiden hade dottern hand om den. Han hade nämligen upprepade gånger uttryckt önskemål om att få dö, och han hade hoppats kunna åstadkomma detta med hjälp av tabletter. Vid flera tillfällen bad han sin svärson om hjälp att få slut på livet och lidandet.

I slutet av januari fick herr S svår diarré och kunde inte hålla tillbaka urin eller avföring. Samtidigt fick han hög feber. Jourhavande läkare kom och ordnade omgående med intagning på sjukhus. Herr S var då själv införstådd med att han inte längre kunde vara hemma. På sjukhuset konstaterades lunginflammation och njurbäckinflammation. Hans tillstånd försämrades successivt och mot slutet kände han inte längre igen sina anhöriga. Efter mindre än en veckas sjukhusvistelse avled han. Ingen anhörig var närvarande vid dödsbädden.

Dödsorsaken var förhöjt blodtryck med hjärt- och njursjukdom.

Herr T avled i en ålder av 88 år. Han vårdades på sjukhus de sista två veckorna.

I mitten på 60-talet blev han änkeman och helt ensamstående. Efter den händelsen förändrades han märkbart. Han började bl.a. läsa psalmboken och grubbla över livet och över livet efter döden. Vid ett par tillfällen gick han i kyrkan, något som han inte gjort sedan sin ungdom. Han hade det gott ställt ekonomiskt och kunde ge stora belopp till religiösa ändamål.

Det hus som han bodde i lät han sälja efter hustruns död. Han kom dock att bo kvar i ena våningen, medan den nya ägaren och hans familj fick bo i den andra. Härigenom kunde han få daglig hjälp och tillsyn. Tanken att hamna på någon vårdinstitution var helt främmande för honom.

Herr T hade juridisk utbildning och hade haft en hög post inom ämbetsmannavärlden. Han var mycket inbunden och røjde aldrig något av sig själv. Något umgänge ville han helst inte ha. Ett par gånger i månaden fick han dock besök av syskonbarn. Han var mycket vital och duktig. Dagstidningarna läste han gärna och utträttade själv sina bankaffärer.

Ett par månader innan han avled försämrades hans hälsotillstånd plötsligt. Han tappade då helt intresset för sin omvärld och slutade t.ex. att prenumerera på tidningar. Efter en tid blev han helt sängliggande och kunde inte längre hålla tillbaka urin eller avföring. Han fick svårt för att tala. Efter det att läkare besökt honom i hemmet, blev han inlagd på sjukhus, där han avled inom loppet av två veckor. Mot slutet kände han inte längre igen sina anhöriga.

Dödsorsaken var hjärtinfarkt.

Vad har det gett oss att tänka på?

Vi har fått intrycket, att det har förekommit mycket litet samtal om döden. Den döende har endast någon gång i förbigående låtit förstå, att han känt slutet närma sig. Han tycks ha velat skona sin omvärld, både anhöriga och vårdpersonal, från en konfrontation med så allvarliga ting. Å andra sidan kan han också — omedvetet — ha velat skona sig själv från denna konfrontation. Antingen det är en kulturellt betingad, etisk-moralisk inlärningsprocess — det är inte riktigt passande att tala om döden — eller helt enkelt den eviga förhoppningen att undgå den, kvar står det faktum, att döden är något man inte talar om.

Denna tabuföreställning upphävs inte på sjukhuset, den snarare förstärks. Läkare och vårdpersonal undviker vanligen att själva beröra ämnet, trots att de mer än andra måste vara förtrogna med tanken. Denna grundinställning kan också till en del förklara, varför så få har vågat eller velat planera för tiden efter sin död genom att upprätta testamente eller beställa gravplats. Man förlitar sig i allmänhet på de anhörigas eller samhällets åtgärder.

Att man inte har talat om döden har emellertid inte hindrat att åtskilliga längtat efter den. Denna dödslängtan kan i vissa fall möjligen vara ett sätt att dra omvärldens uppmärksamhet till sig, medan den i andra fall kan vara uttryck för en verklig och uppriktig dödslängtan. Nio män och tjugotvå kvinnor hade uttryckt önskemål om att få dö. Medelåldern för dessa män var 67 år, medan den för kvinnorna var 76 år.

Med stigande ålder decimeras vänskapskretsen, allt fler dör bort — allra mest kännbart blir det när livskamraten avlider. I två fall har också hustrun gått bort endast dagar eller veckor efter maken. Med stigande ålder blir man också mindre fysiskt rörlig, tillfällena att skapa nya kontakter blir färre. Även den mentala rörligheten avtar, värderingarna och åsikterna blir skarpare i konturerna, man blir mindre öppen för nya intryck.

Så konfronteras man då plötsligt med någon

form av vårdinstitution. Man blir medveten om, att man kostar samhället pengar, att man innebär tungt och uppoffrande arbete för andra människor.

Många av de gamla har vantrivts på vårdinstitutionerna. Bland dem som varit placerade på olika slags vårdinrättningar större delen av sista levnadsåret, d.v.s. åtta män och tjugotvå kvinnor, tycktes en tredjedel ha funnit sig tillrätta, medan de återstående trivdes mindre bra. Några har t.o.m. praktiskt taget mot sin vilja, tvingade av omständigheterna, utsatts för samhällets barmhärtighet. Men hos en del har det medicinska tillståndet efter en tids vård så förbättrats, att man kunnat göra litet nytta, ge den vårdande personalen ett handtag. Då har umgänget med denna likom blivit intimare, man är inte längre den som har att tacka och ta emot, man har en om aldrig så liten aktiv del i vårdarbetet. Känslan att kunna vara till någon nytta ger ett egenvärde, som många gamla inte längre tycker sig äga, och som de ofta smärtsamt saknar.

Å andra sidan har många anhöriga spontant lovat vårdpersonalens stora tålamod med de gamla, vilka ibland genom sin sjukdom kan bli egensinniga och tredsande som barn.

Inom dagens vårdapparat finns dock mycket litet utrymme för patientens individuella insats. Den utnyttjas snarare *trots* vårdorganisationen. I stället byggs stora påkostade anläggningar med arbetsterapi, där patienterna får väva, sy och snickra för sitt nöjes skull, och t.o.m. enheter speciellt utrustade för att klara de dagliga praktiska sysslorna som att klä på sig, tvätta sig etc., för att patienten skall kunna skrivas hem och klara sig hemma på egen hand. Det är dock endast en mindre andel av de sjuka gamla som medicinskt förbättras så mycket att de kan skrivas hem. Fler-talet — de som inte kan rehabiliteras — får finna sig i en tillvaro, som alltmer förlorar sitt innehåll. Döden blir då till slut en befriare.

Tre män och fyra kvinnor i vårt material har hotat med självmord, och två kvinnor har försökt att ta livet av sig utan att lyckas.

Att känslan av social isolation och kontaktlöshet inte bara är en vanföreställning ger besöks-siff-

rorna en antydning om. De gamla får förhållandevis få besök. De gifta kvinnorna, alltså de som bor tillsammans med sin make, hör till den mest gynnade gruppen, de ensamstående männen till de minst gynnade. Kvinnor med barn tycks oftare än männen ha fått besök av släktingar. Det förefaller också som om man får färre besök ju längre och svårare sjuk man är. En besöksfrekvens av en gång per vecka, som är det vanligaste i vårt material, kan ändå innebära en svår ensamhet för den gamle.

Det är naturligtvis vårdinstitutionernas uppgift att se till att alla sjuka får ett visst mått av mänsklig kontakt. Men den kontakt, som det ofta fysiskt hårt ansträngda vårdbiträdet eller den med pappersarbete överhopade sjuksköterskan orkar och hinner ge, inskränker sig oftast till ett glatt god morgon eller litet småprat vid medicinutdelningen. Men finns det någon, som kan ta sig tid att intressera sig för den ensamma patientens speciella problem?

För somliga av oss föregås döden av en lång och plågsam tid, t.ex. vid vissa former av cancer, medan den för andra kan komma plötsligt och oväntat, exempelvis vid hjärtinfarkter och trafikolyckor.

För de flesta av oss är döden någonting avlägset och främmande, något som vi inte kan eller vill föreställa oss. Vi *kan* inte tänka oss att detta skall hända just oss eller just nu. Somliga fruktar döden och vad som skall komma därefter. Andra har svårt att tänka sig att ta avsked från livet och de levande och inte få vara med längre. De allra flesta fruktar troligen döendet som process: hjälplösheten, avtynandet, plågor och lidande, den egna personens successiva undergång. Den död som kommer plötsligt och oväntat är för den moderna människan troligen den minst fruktade.

Förr var det vanligt att människorna avled i sina hem. Numera dör de flesta på sjukhus eller institutioner. När någon dog i hemmet kunde de anhöriga bistå med hjälp och tröst på ett annat sätt, och den döende kom mera i centrum. Familjen, ibland även små barn, var närvarande i själva dödsögonblicket, och döden var något man blev förtrogen med. Människor, som dör på sjukhus

och andra vårdinstitutioner, möter döden på ett annat sätt. Ofta är de mycket ensamma, kanske till och med i själva dödsögonblicket.

Förna tiders begravningar skiljer sig också från nutidens. Förr avslutades de ofta med ett stort kalas, och det var många som deltog i begravningståget. Numera läser vi allt oftare i tidningarna, att begravningarna sker i stillhet. Likaså tycks bruket av sorgkläder ha minskat avsevärt. Den bortgångne har i många fall redan länge varit ur spelet, och är kanske glömd. Den fysiska döden inträffade alltför långt efter den personliga. Bland dem som dör i dag har somliga måhända "överlevt sig själva".

De erfarenheter den här studien har gett oss behöver säkert begrundas och smältas en längre tid. Vi anser oss inte kunna eller böra ge några specifika rekommendationer från detta lilla material. Vad vi hoppas är, att våra läsare skall dra sina egna slutsatser och omsätta dessa i sin verksamhet, på olika sätt — något som vi för vår del också hoppas kunna göra.

LITTERATURFÖRTECKNING:

Ansohn, E.: Der Arzt und das endende Leben. Wiener Medizinische Wochenschrift 48: 1025—1029, 1968.
Asplund, Brita: Vården av sjuka äldre. Svensk sjuksköterskeförenings tidskrift 18: 674—676, 1961.

Blomkvist, Bernt: Långtidssjuka i våra storstäder 1962. Socialmedicinsk analys. Tidskrift för allmän försäkring, 11: 493—500, 12: 547—555, 1964.

Blomquist, Clarence: Livet, döden och läkaren. Om medicinsk dödshjälp. Göteborg 1964.

Breed, J. Ernest: New questions in medical morality. Illinois Med. J. 135: 504—, 1968.

Feifel, Herman: Attitudes toward death: A psychological perspective. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1969, vol. 33, no. 3, 292—295.

Inghe, Gunnar och Maj-Britt: Den ofärdiga välfärden. Stockholm 1967.

Maginnis, Edward L.: The Dying Patient. Nebraska Med. J. 54: 217—220, 1969.

Solms-Rödelheim, W.: Grenzgebiete zwischen Leben und Tod. Psychiatrische und psychohygienische Gedanken. Wiener klinische Wochenschrift 81: 366—369, 1969.

Sundén, Hjalmar: Om ålderdomen. Diakonistyrelsens förlag. Stockholm 1964.

Tarnower, William: Thy Dying Patient: Psychological Needs of the Patient, his Family and the Physician. Nebraska Med. 54: 6—10, 1969.

Thapper, Fridolf: Vården av långvarigt sjuka och äldre — problem för landsting och primärkommuner. Svensk Socialvårds Tidning, sid 242—252, 1962.

De Wind, E.: Begegnung mit dem Tod. Psyche, vol. 22: 423—441, 1968.

Wollstad, Harald: Sjukjournal. Gummessons bokförlag 1968. Stockholm.

Statens Offentliga Utredningar 45: 1966: Aktiv åldersvård och handikappvård. Socialpolitiska kommitténs slutliga ståndpunkt.

Tala om döden — 17 debattinlägg kring ett undantänt problem i det moderna samhället. Svenska Dagbladet och Diakonistyrelsens Bokförlag 1967. Stockholm.