

Döden på akutsjukhuset

Förhållanden kring dödsfall skildrade av läkare och anhöriga

Dödsfallen på Akademiska sjukhuset har studerats genom intervjuer med de avlidnas läkare samt genom enkäter till anhöriga. I knappt hälften av fallen var döden oväntad och vårdtiden kort. Majoriteten av de anhöriga var dock med vid dödsfallet, ett av flera tecken på att deras delaktighet ökat. Obduktionsfrågan aktualiserades i 70 procent av fallen och obduktionsfrekvensen var hög, 53 procent, även om anhörigas eventuella negativa inställning tillmättes stor betydelse – en fjärdedel av tillfrågade anhöriga var negativ. Fortfarande finns brister i fråga om information till anhöriga även om utvecklingen har gått i positiv riktning jämfört med tidigare studier.

Ungefär 40 procent av alla dödsfall i Sverige inträffar på akutsjukhus. Även om dödsfall i ordinärt boende har ökat genom Ädelreformen och i dag är 20 procent och i särskilt boende 30 procent (muntligt meddelande av Per Lindvall, Landstingsförbundet), svarar akutsjukhusen fortfarande för en avsevärd andel. Från vårdutvecklingssynpunkt är det därför angeläget att besvara frågor om förhållandena kring dödsfallen på sjukhus, vilka det är som dör där och under vilka omständigheter. Även anhörigas situation när det gäller information och beslut i samband med dödsfallen behöver belysas.

I en studie om beslut kring obduktionsfrågor undersökte vi alla dödsfall

Författare

MARGARETA SANNER

docent, leg psykolog, institutionen för socialmedicin, Akademiska sjukhuset, Uppsala

KERSTIN KWARNMARK

psykolog, Landstinget Västmanland, Habiliteringscentrum Eriksborg, Västerås.

vid Akademiska sjukhuset i Uppsala under fyra månader genom intervjuer med de avlidnas läkare och enkäter till anhöriga.

Syftet med den här presenterade delstudien är att beskriva förhållandena kring dödsfallet. Resultaten kan ses som en uppdatering av tidigare svenska undersökningar.

Den mest omfattande av dessa initierades av utredningen om vård vid livets slut 1975 [1]. En uppföljning gjordes 1978 på Enköpings lasarett [2]. 1989 gjordes en undersökning på Regionsjukhuset i Örebro [3]. Slutligen belystes dödsfallen på Akademiska sjukhuset i samband med Obduktionsutredningen 1990 [4]. Den aktuella studien tar delvis upp samma frågor som ovannämnda, och jämförelser görs där så är möjligt.

METOD OCH MATERIAL

Samtliga avlidna på Akademiska sjukhuset tiden 1–18 juni samt 15 augusti–30 november 1995 registrerades (n=320). De fall i vilka behandlande läkare kunde nås för intervju inom en månad efter dödsfallet inkluderades i studien (n=258). Den övervägande delen (58 av 62) av bortfallet berodde på att läkaren inte nåddes inom utsatt tid på grund av jourtjänstgöring/ledighet. Inga skillnader föreligger mellan avlidna i bortfallet och i undersökningsgruppen vad gäller köns- och åldersfördelning och obduktionsfrekvens. Sammanlagt intervjuades 130 läkare. Intervjun fokuserade 1. omständigheterna kring dödsfallet såsom vårdtid, diagnos, tidigare kännedom om patienten; 2. förfrågan till anhöriga om obduktion samt anhörigas reaktioner. Svaren har kategoriserats och kodats enligt en kodnyckel.

248 närstående kunde spåras. Efter samråd med behandlande läkare tillställdes de en enkät 7–8 månader efter dödsfallet. Påminnelse skickades efter två veckor. Enkäten omfattade sex bakgrundsfrågor och 26 respektive 21 frågor (beroende på om den avlidna obducerats eller inte) om dödsfallet. Frågorna rörde den avlidnas sjukdom och död, de anhörigas närvaro vid dödsfallet, om

obduktionsfrågan kommit upp och i så fall hur, mottagen information samt önskemål om information.

191 (77 procent) av de anhöriga besvarade enkäten. I flertalet variabler skilde sig inte de fall i vilka anhöriga svarat från bortfallet, enligt uppgifter från läkarintervjuerna. Andelen icke-svenska avlidna är dock större i bortfallet, vilket tyder på att språksvårigheter kan vara orsak till att man inte svarat (P<0,01). Det fanns också en tendens (P=0,03) att anhöriga i bortfallet oftare var negativa till obduktion enligt läkarna.

Skillnader i svarsmonster mellan grupper har prövats med χ^2 -analyser, t ex mellan anhöriga i olika släktskapsrelationer till den avlidna, olika ålder och kön, olika inställning till obduktion, anhöriga till avlidna som blivit obducerade eller ej, anhöriga som blivit tillfrågade om obduktion eller ej, anhöriga som blivit informerade på olika sätt. Alla test var tvåsidiga. Endast skillnader som är signifikanta på 1-procentsnivån redovisas i det följande. I vissa fall ges uppgifter som härrör från läkarintervjuerna (258 dödsfall), i andra fall från anhöriga (191 dödsfall). Detta anges i text och tabeller. Falljämförelser görs där uppgifter lämnats av både läkare och anhöriga.

RESULTAT

De avlidna, deras läkare och anhöriga

Mellan 1 och 18 juni och mellan 15 augusti och 30 november 1995 avled sammantaget 320 personer (Tabell I). Dessa 320 avlidna, de 258 som ingick i intervjustudien, liksom de 191 vars anhöriga besvarat enkäten, stämmer väl överens i fråga om kliniktillhörighet, kön och ålder. Åldersfördelningen framgår av Tabell II. 94 procent av de döda var svenskfödda.

Av de 130 intervjuade läkarna var 28 procent kvinnor. 5 procent var AT-läkare, 37 procent underläkare, 39 procent avdelningsläkare och 19 procent överläkare. 85 procent hade svenskt ursprung.

Flertalet som besvarade enkäten var makar (43 procent) eller barn (40 pro-

Tabell I. Fördelning av avlidna på de olika klinikerna vid Akademiska sjukhuset 1–18 juni samt 15 augusti–30 november 1995 samt av avlidna för vilka läkarintervjuer gjorts och av avlidna vars anhöriga besvarat enkät.

Klinik	Avlidna		Läkarintervjuer, procent	Anhörigenkäter, procent
	Antal	Procent		
Medicinkliniken	90	28,1	28,3	30,5
Kliniken för allmän onkologi	42	13,1	13,6	14,2
Anestesikliniken (IVA)	39	12,2	14,0	12,6
Kirurgkliniken ¹	24	7,5	3,9	3,2
Akutkliniken	23	7,2	7,4	6,3
Kardiologkliniken	21	6,6	7,0	7,4
Lung- och allergikliniken	20	6,3	7,4	5,2
Neurocentrum (NIVA)	13	4,1	3,9	4,2
Thoraxkirurgi- och -anestesikliniken	10	3,1	2,7	2,6
Barnsjukhuset	10	3,1	2,7	2,6
Infektionskliniken	9	2,8	2,7	3,2
Urologikliniken	6	1,9	2,3	1,6
Ortopedkliniken	5	1,6	1,2	1,1
Kliniken för gynekologisk onkologi	4	1,3	1,6	0,5
Öron-, näs- och halskliniken	2	0,6	0,8	1,1
Plastik- och handkirurgikliniken	1	0,3	0,4	0,5
Hudkliniken	1	0,3	0,4	0,5
Totalt	320	100	100	100
Andel kvinnor, procent	44		43	41

¹Kirurgkliniken är den enda klinik där inte merparten av dödsfallen inkluderats, beroende på administrativa svårigheter. Inga statistiskt signifikanta skillnader föreligger mellan de avlidna som inkluderats i undersökningen och övriga vad gäller kön, ålder och obduktionsfrekvens. Vi bedömer därför de inkluderade patienterna som representativa för hela gruppen kirurgpatienter.

Tabell II. Avlidna på Akademiska sjukhuset 1–18 juni samt 15 augusti–30 november 1995 fördelade efter ålder. (Samtliga avlidna, avlidna för vilka läkarintervjuer gjorts samt avlidna där anhöriga besvarat enkät.)

Ålder, år	Samtliga avlidna		Avlidna i intervjugruppen		Avlidna i enkätgruppen	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
<1	10	3	7	3	5	3
1–29	8	2	7	3	6	3
30–59	56	18	42	16	32	17
60–69	49	15	40	16	29	15
70–79	78	24	65	25	51	27
80–89	98	31	83	32	57	30
90–99	21	7	14	5	10	5
Totalt	320	100	258	100	191	100
Medelålder, år	69,5 (SD 20,2)		69,9 (SD 19,4)		69,2 (SD 19,8)	

cent) till den avlidna; 70 procent var kvinnor. Medelåldern var 58,5 år med ett intervall på 19–90 år. 96 procent var svenskfödda.

Omständigheterna vid dödsfallet

De anhöriga uppgav i 40 procent av fallen att den avlidna varit sjuk av och till under lång tid, i 24 procent flera månader, i 13 procent ett par veckor till en månad; 9 procent av de avlidna hade varit sjuka endast en eller ett par dagar, och 14 procent var tidigare helt friska. Enligt anhöriga var således 23 procent

av dödsfallen oväntade med ingen eller ringa förberedelse.

Enligt läkarnas bedömning var i 45 procent av fallen döden oväntad även om den avlidna varit sjuk tidigare. I omkring en tredjedel av fallen förlöpte processen som förväntat. På akutkliniken och neurocentrum var alla dödsfall oväntade, och även barnsjukhuset och anestesikliniken hade en majoritet av sådana dödsfall.

I 60 procent av fallen inträffade dödsfallet inom en vecka efter intagningen, i 81 procent inom två veckor (Tabell III). Längsta vårdtiderna hade

Tabell III. De avlidnas vårdtid vid sista vårdtillfället enligt läkaruppgifterna.

Vårdtid	Antal	Procent
<1 timme	17	7
1 tim–1 dygn	44	17
2–4 dygn	58	22
5–7 dygn	39	15
8–14 dygn	50	20
15–29 dygn	29	11
30–89 dygn	16	6
≥90 dygn	3	1
Uppgift saknas	2	1
Totalt	258	100

kliniken för allmän onkologi och lungkliniken. Vårdtiden tycks ha minskat jämfört med tidigare studier [1–3], vilket överensstämmer med allmänt minskande vårdtider inom akutsjukvården. 69 procent var kända vid sjukhuset före sista vårdtillfället, 51 procent vid samma klinik. 5 procent var regionpatienter. 22 procent var tidigare okända inom någon form av sjukhusvård.

Jämfört med dödsorsaksregistret 1993 föreligger en viss underrepresentation av sjukdomar i cirkulationsorganen och en viss överrepresentation av tumör- och infektionssjukdomar, vilket speglar akutsjukhusets karaktär. I 37 procent av fallen uppgav läkarna att det var fråga om en plågsam sjukdom. Ytterligare 19 procent hade besvär och behandlades med smärtlindrande medel. När döden inträffade ansågs 6 procent ha haft plågor. Merparten av dessa hade dött plötsligt och oväntat, och smärtlindring hade inte hunnit ges. Motsvarande fråga ställdes inte i anhörigenkäten.

Enligt anhöriga var någon närstående med vid själva dödsögonblicket i 53 procent av fallen, vilket stämmer väl med läkarnas uppgifter. De förra uppgav också att i 14 procent var närstående där strax innan, eller både före och efter (8 procent). Av dem som kom strax efter dödsfallet (16 procent) var det för hälften fråga om ett oväntat dödsfall. Oftast var flera anhöriga med vid dödsbädden. 24 procent av patienterna dog utan att någon anhörig var med vid eller strax före dödsögonblicket.

Obduktionsfrågor

Akademiska sjukhuset har den högsta obduktionsfrekvensen av undervisningssjukhusen i landet [opubl data]. I 70 procent av de 258 dödsfall där läkarintervjuer gjorts, togs obduktionsfrågan upp antingen av läkare/sjuksköterska eller av de anhöriga. 137 avlidna blev obducerade, 49 procent vid en klinisk och 4 procent vid en rättsmedicinsk obduktion.

Av anhöriga till obducerade avlidna uppgav 83 procent att de kände till ob-

duktionen, 11 procent svarade att den avlidna inte var obducerad och ytterligare 6 procent visste inte hur det förhöll sig. En närmare granskning visade att i tre fall hade frågan tagits upp med anhöriga, men dessa hade sedan inte fått besked om att obduktionen skulle utföras. I övriga fall finns inga säkra uppgifter om huruvida frågan tagits upp.

I fråga om 172 avlidna (67 procent) fanns det från sjukhusets sida direkta önskemål om obduktion (Tabell IV). För omkring två tredjedelar angavs flera än ett och upp till fyra skäl för en obduktion. Anhörigas uppgifter om obduktionsskäl fördelar sig annorlunda än läkarnas (Tabell IV). Enligt läkarna var osäkerhet i dödsdiagnosen det vanligaste skälet, enligt anhöriga forskning. Just när det gällde forskning var överensstämmelsen svag mellan läkarnas och anhörigas uppgifter. I de 42 fall där de anhöriga markerat forsknings-skälet, var detta enligt läkaren motivet i endast fyra fall. Oftast angav läkaren i de andra fallen oklarheter i sjukdomens förlopp eller utbredning.

Anhörigas inställning till obduktion var oftast positiv enligt både läkarna (Tabell V) och de anhöriga (Tabell VI). Jämförelser har gjorts i varje enskilt fall mellan de båda parternas uppgifter. I ett fall där den anhöriga markerat att hon motsatt sig obduktion, angav läkaren att anhöriga inte haft invändningar. I tre fall där läkaren angett att de anhöriga samtyckt, markerade anhöriga att de motsatt sig obduktion men inte kunnat framföra detta.

Några samband förelåg inte mellan anhörigas inställning till obduktion och omständigheterna kring dödsfallet, såsom vårdtidens längd, om de haft kontakt med läkaren före dödsfallet, om dödsfallet var oväntat osv.

Medicinsk information till anhöriga

14 personer ansåg sig inte känna till dödsorsaken; 7 av dessa visste inte heller vilka sjukdomar den avlidna haft. Det var fråga om barn eller makar till avlidna där dödsorsaken varit osäker, och i de fall som en obduktion genomförts hade de inte fått någon information om resultatet. 67 procent av de anhöriga till obducerade avlidna hade fått information om vad obduktionen visade. Av dessa var ca 70 procent helt nöjda med informationen, medan 6 procent var missnöjda. Drygt en tredjedel hade själva tagit kontakt med sjukhuset för att få veta resultatet. 80 procent av dem som fått information ansåg att detta varit värdefullt. Det fanns inget signifikant samband mellan hur nöjd med informationen man var eller hur värdefull man ansåg denna vara och det sätt man blivit informerad på, dvs via besök

Tabell IV. Av läkarna och av de anhöriga angivna skäl till att obduktion efterfrågades. Flera än en anledning per fall kan anges. Observera att läkarnas uppgifter baseras på 258 fall och anhörigas på 191 fall!

Obduktionsskäl	Läkarnas uppgifter			Anhörigas uppgifter		
	Antal	Procent	Andel obducerade	Antal	Procent	Andel obducerade
Av intresse för medicinsk forskning	10	3	80	42	29	85
Dödsorsaken osäker	107	34	78	33	23	88
Undersöka andra sjukdomar/ytterligare orsaker	62	19	74	24	17	96
Kontroller av behandling	26	8	88	16	11	81
Dödsorsaken hade inte alls kunnat fastställas	42	13	86	10	7	100
Utbildning eller fortbildning av läkare	17	5	59	8	6	88
Policy ¹	43	14	53	1	1	0
Rättsmedicinsk obduktion	10	3	100	3	2	100
Speciellt önskemål från anhöriga	5	3	100	–	–	–
Donation av organ	1	1	0	–	–	–
Pacemakeruttagning	1	1	100	–	–	–
Totalt antal angivna skäl	318	100	53	143	100	55
Vet inte alls orsaken	–	–	–	10	–	56
Osäker om anledningen	–	–	–	7	–	71

¹Policyskålet kunde vara att klinikledningen eller läkaren personligen helst såg att alla avlidna obducerades. Detta var fallet vid kliniken för allmän och gynekologisk onkologi samt vid barnsjukhuset. Det kunde också innebära att man ansåg att alla anhöriga skulle tillfrågas för att ta tillfället i akt när de var på sjukhuset.

hos läkaren, via telefon eller genom brev.

I de fall ingen obduktion gjordes, markerade 72 procent av de anhöriga att de fått veta tillräckligt om de medicinska frågorna.

De anhörigas attityder

21 procent av anhöriga till obducerade avlidna markerade att de känt obehag vid tanken på obduktionen (Tabell VII). Anhöriga till ej obducerade ställdes inför den hypotetiska frågan om tanken på en obduktion skulle ha väckt obehag. 42 procent svarade ja medan en femtedel var osäkra på hur de skulle reagera. Denna grupp inkluderade dem som sagt nej till obduktion liksom dem som läkarna bedömt skulle ha svarat nekande eller tagit illa vid sig vid en förfrågan. 80 procent av anhöriga såg den avlidna i samband med dödsfallet. Nästan alla, 98 procent, deltog i jordfästningen, och en fjärdedel tog också farväl av den avlidna i kistan. En större andel anhöriga till dem som obducerats än till de övriga avstod från att se den avlidna i kistan på grund av olust inför utseendeförändringar. Men även i den andra gruppen angav omkring en femtedel utseendeförändringar efter döden som skäl till att de inte tog ett sådant farväl.

Majoriteten, 70 procent, ansåg att anhöriga bör ta ställning i obduktionsfrågan. De som faktiskt blivit tillfrågade ansåg oftare detta än de icke tillfrågade, 81 procent mot 54 procent. Det var också fler av dem som uppgav olustkänslor

Tabell V. De intervjuade läkarnas uppgifter om anhörigas inställning till obduktion i de fall där obduktion aktualiserats (n=181).

De anhörigas inställning till obduktionen	Antal	Procent
<i>Positiva</i>		
Tog initiativ till obduktion	6	3
Positivt intresserade av obduktion	32	18
Samtycke till obduktion	59	33
Ville ha betänketid, sedan ja	16	9
<i>Negativa</i>		
Tog initiativ till att förhindra obduktion	9	5
Starkt negativa till obduktion	9	5
Sa nej till obduktion	22	12
Ville ha betänketid, sedan nej	7	4
Uppgift saknas	21	11
Totalt	181	100

inför obduktion som ansåg att de anhöriga skulle avgöra om en obduktion skulle få vidtas eller ej. Flertalet, 69 procent, angav att de skulle vilja ha frågan i direkt anslutning till dödsfallet. En jämförelse mellan när de själva blivit tillfrågade (direkt vid dödsfallet eller någon dag senare) och deras önskemål, visade att de flesta föredrog den tidpunkt som de själva hade erfarenhet av.

En tredjedel ville informeras om ob-

ANNONS

duktionsresultatet vid ett läkarbesök. Detta gällde främst dem under 60 år, 49 procent mot 18 procent av de äldre. Av dem som faktiskt fått informationen vid ett läkarbesök uttryckte 93 procent önskan om detta även för framtiden. Av dem som informerats över telefon önskade en tredjedel samma sak igen.

DISKUSSION

De avlidna i läkarintervjugruppen bedöms representativa för dödsfallen på Akademiska sjukhuset. Däremot bedöms bortfallet i anhöriggruppen (23 procent) i viss mån vara selektivt när det gäller inställning till obduktion. Enkät-svaren bör således tolkas med viss försiktighet. Resultaten torde i de flesta avseenden gälla även andra akutsjukhus. Frågor som berör obduktion är svårast att bedöma. Obduktionsfrekvensen på Akademiska sjukhuset är hög, vilket torde påverka bedömningarna i fråga om obduktion och hur förfrågan görs, och därmed också de anhörigas reaktioner.

Obduktionsfrågan ansågs känslig; ändå aktualiserades den i drygt två tredjedelar av fallen. Tidpunkten för frågan tycks ha bedömts riktigt i de enskilda fallen eftersom de allra flesta anhöriga var nöjda med den. Att anhöriga uppskattade att det faktiskt var de som fick ta ställning kan vara en viktig upplysning för dem vars uppgift det är att ta upp frågan. Mest angelägna om att få avgöra frågan var de som kände olust inför en obduktion. Detta betyder rimligen att de skulle vilja ha möjlighet att säga nej. Den reviderade obduktionslagen från 1 juli 1996 vidgar också självbestämmandet för den avlidna/de anhöriga när det gäller obduktion av annan orsak än brottsmisstanke.

I en analys av vilka faktorer som avgör om en avliden faktiskt obduceras fann vi att de anhörigas inställning var viktigast [opubl data]. Deras inställning var i sin tur främst korrelerad med läkarens bedömning av hur angelägen obduktionen var. Detta kan tolkas som att de anhöriga antingen gjorde samma bedömning av angelägenhetsgraden som läkaren eller att de övertygades om värdet av en obduktion genom läkarens förklaringar och argumentering. Intressant att notera i detta sammanhang är att 0,1 procent svarade ja när allmänheten tillfrågades om de kunde tänka sig medge obduktion av sin närmaste av forskningsskäl [4]. Här, i den faktiska situationen, accepterade 36 av 42 anhöriga. Skälen för obduktion var oftast forskning enligt de anhöriga, enligt läkarna oklarheter i sjukdomsförloppet. För de anhöriga är forskning sannolikt ett vitt begrepp: att klarlägga något man inte vet tillräckligt mycket om, i detta fall

Tabell VI. De anhörigas uppgift om sin inställning till obduktion (endast anhöriga som angett att obduktion aktualiserats; n=123).

Svarskategori	Anhöriga till obducerade		Anhöriga till ej obducerade	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Tog själv initiativ	10	12	2	5
Hade inga invändningar	64	76	5	13
Motsatte sig obduktionen, och uttryckte också detta	2	2,5	26	67
Hade invändningar men fick ej möjlighet att yppa dessa	2	2,5	0	0
Kan ej svara	5	6	1	2
Uppgift saknas	1	1	5	13
Totalt	84	100	39	100

Tabell VII. Anhörigas uppgifter om obehag inför tanken på obduktion.

Svarsalternativ	Anhöriga till obducerade ¹		Anhöriga till ej obducerade	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Nej, inte tänkt/skulle ej tänkt så mycket på obduktionen	67	75	30	35
Ja, haft/skulle ha haft en del olustkänslor närmaste tiden	17	19	13	15
Ja, känt/skulle känt mig mycket olustig	2	2	23	27
Kan inte svara	4	4	17	20
Uppgift saknas	–	–	3	3
Totalt	90	100	86	100

¹Endast de 90 anhöriga som hade vetskap om obduktionen svarade på denna fråga.

den avlidnas sjukdom. (För läkarna betyder forskning troligtvis en systematiskt upplagd studie.) För många anhöriga tycks alltså läkarens sätt att aktualisera frågan bli avgörande för deras inställning.

En slutsats är att den läkare som diskuterar obduktion med de anhöriga bör tydliggöra syftet och föra ett samtal om vinsterna både för familjen och för övriga parter. Det är också sannolikt att olusten inför en obduktion skulle minska om det blir klart att kroppen inte kommer att se överkad ut vid en visning efteråt.

Vi har inte frågat hur anhöriga upplevde kontakten med läkarna, men dessa data kring obduktionsfrågorna kan tolkas i termer av empatisk följsamhet. Detta gäller också övervägandena kring att alls ta upp frågan eller att använda den medicinska/legala auktoriteten till att genomdriva en obduktion. Många läkare nämnde den vikt de fäste vid anhörigas inställning; samtyckte de inte försökte man klara sig på det material som fanns till dödsorsaksintyget, även om det var magert. När denna studie gjordes gällde den gamla obduktionslagen, vilken tillät att anhöriga informerades om att obduktion skulle ske endast om dödsorsaken inte kunnat fastställas eller om brottsmisstanke förelåg. Här visade det sig alltså att man i praktiken redan

föregripit den utvidgade autonomi i den nya lagen.

Det finns emellertid indikationer på brister i anhörigkontakten som främst gäller informationen. En tredjedel till en fjärdedel av anhöriga uppgav att de ville veta mera om de medicinska frågorna. Att dessa är upplärade är en väsentlig aspekt av sorgearbetet. Att 14 anhöriga inte kände till obduktionen innebär att dessa inte fått information om resultatet och inte kan efterfråga sådan. Mot detta skall ställas att 80 procent av dem som fått veta något om resultatet ansåg att detta varit värdefullt. Sedan 1990 [4] tycks dock informationen till de obducerades anhöriga ha förbättrats.

Jämfört med tidigare studier tycks anhörigas delaktighet vid dödsfallet ha ökat [1-3, 5]. Kanske har vi nu nått en vändpunkt i den process som lett till en avskärmning av dödsystemet från samhället i övrigt och en professionalisering av omhändertagandet av döende och döda. Cirka 80 procent av anhöriga hade sett den döda i samband med dödsfallet och/eller vid ritualer efteråt, en mycket hög siffra [6]. En förklaring kan vara ökad medvetenhet hos vårdpersonalen om betydelsen av det sista avskedet, som gör att man aktivt kallar in anhöriga när slutet nalkas. Det finns flera andra tecken på en sådan vändpunkt, t ex konsumentinformation om

ANNONS

begravningar och dokumentärfilmer om hur den döda sveps av sin familj. Även invandrare från kulturer där det är brukligt att släkten själv tar hand om sina döda, åskådliggör ett mindre avståndspräglat förhållningssätt. Vi tror att detta är en positiv utveckling när det gäller sorgearbetet och upplevelsen av dödens existentiella dimensioner.

Referenser

1. Bolund C, Ekstam A, Qvarnström U. I livets slutskede. Att dö på sjukhus. Rapport från utredningen rörande vissa frågor beträffande sjukvård i livets slutskede. SOU 1977:82.
2. Hulter Åsberg K. Att dö på sjukhus – en jämförelse mellan storstadssjukhus och landsortslasarett. Läkartidningen 1980; 77: 2191-5.
3. Andershed B. Omvårdnad i livets slutskede. Palliativ vård i Örebro län. Centrum för omvårdnadsvetenskap, Örebro läns landsting. Rapportserie 1991:1.
4. Sanner M. Den sista undersökningen – obduktionen i ett psykologiskt perspektiv. SOU 1992:17.
5. Rinell Hermansson A. Det sista året. Om sorg och vård vid livets slut [dissertation]. Uppsala: institutionen för socialmedicin, Uppsala universitet, 1990.
6. Feigenberg L. Döden i sjukvården. Stockholm: Svenska föreningen för psykisk hälsovård, 1976. Sfph:s monografiserie nr 3.

Summary

Deaths at a tertiary hospital as described by physicians and relatives

Margareta Sanner, Kerstin Kwarnmark

Läkartidningen 1998; 95: 4596-4602

Cases of death occurring at University Hospital (Akademiska sjukhuset), Uppsala, during a four-month period were studied by means of interviews (n=258) with the attending physicians and questionnaires answered by relatives (191) of the deceased. In half the cases death was unexpected and the preceding treatment period short. In most cases the family was present at the time of death, one of several signs that family participation has increased. The question of autopsy was raised in 70 per cent of cases, autopsy being performed in 53 per cent. Great importance was attached to relatives' attitudes toward autopsy, which were negative in only about one case in four. Shortcomings remain in the information provided to families, although there was improvement in this respect as compared with findings in earlier studies.

Correspondence: Associate Professor Margareta Sanner, Dept of Social Medicine, Akademiska sjukhuset, SE-751 85 Uppsala, Sweden.

Minnet av några korta sommarmånader som "Frau Doktor" för f d koncentrationslägerfångar har följt mig genom livet

För mig som var med under några korta sommarmånader 1945, då lägerfångar – judar såväl som motståndsmän och -kvinnor – kom till Sverige med Folke Bernadottes vita bussar har den senaste tidens diskussioner i medierna väckt många minnen till liv. Det synes vara så, att det fallit i glömska att det faktiskt kom tusentals fångar till Sverige från i stort sett hela Centraleuropa, många även från Norge och Danmark.

Själv blev jag som medicine kandidat i slutet av juni 1945 inkallad till beredskapssjukhuset i Norrköping. Jag tror att de flesta av mina kvinnliga studiekamrater också blev inkallade åt olika håll. Jag var 22 år, hade fullgjort sex månaders medicintjänstgöring och tre månaders kirurgi på Serafimerlasarettet i Stockholm.

Jag kom alltså till Norrköping, där man omvandlat två stora folkskolor till beredskapssjukhus, S:t Olov och S:t Matteus.

Skrämmande väntan

Någon av de första dagarna i juli stod jag tillsammans med personal och en del andra personer från staden på kajen i Norrköping. Det var söndag morgon och klockan 7 anlände lasarettsfartyget »Prins Carl» från Lübeck med 106 patienter plus personal.

Att jag fortfarande vet detta så exakt beror på att jag i min ägo har brev, som jag skrev till mina föräldrar, och som de bevarade. Det är svårt att säga så här långt efteråt hur det kändes – högtidligt, men också skrämmande, förstår jag av breven.

Chef för beredskapssjukhuset var dåvarande överläkaren på medicinkliniken i Norrköping, Leonard Brahme. Då den första transporten

kom var vi endast två underläkare, en något äldre manlig kollega och jag. Efter någon vecka kom ytterligare en transport med »Prins Carl», och då fick vi förstärkning med två färdiga läkare och en kvinnlig medicine kandidat.

Ansvarig för 60 patienter

Jag blev läkare för två kvinnliga avdelningar med sammanlagt 60 patienter. Till min hjälp hade jag erfarna sjuksköterskor, turligt nog! Patienterna var alla otroligt magra, en del extremt så, ner mot 30 kg. De flesta kom från läger i Bergen-Belsen i norra Tyskland.

De berättade samstämmigt att de under sista veckorna-månaderna hade varit mer eller mindre dödssjuka i infektionssjukdomar, huvudsakligen tyfus och fläcktyfus. Vi i sjukvårdspersonalen blev för övrigt vaccinerade mot tyfus och paratyfus vid ankomsten till Norrköping.

Berättelser om övergrepp

Det var alltså endast kvinnor, mest unga flickor, som jag fick på min lott. Alla var amenorroiska, och hade varit så under lägertiden. Jag skrev journaler på samtliga, och ju mer vi lärde känna varandra, desto mer fick jag höra om den fruktansvärda lägertiden, om alla övergrepp, inte minst sexuella, som de utsatts för av lägervakterna.

När kvinnorna kunde börja äta igen var det svårt att få dem att hålla måttan – en del blev tjocka, nästan som små klot. De flesta var judinnor – från Tjeckoslovakien, Ungern, Rumänien och Polen. Bland polskorna fanns det även en del icke judinnor. Många hade varit internerade i andra