

Norge er et relativt homogent og oversiktlig samfunn med de beste forutsetninger for god registrering av epidemiologiske data. Hensiktsmessig bruk av dødsårsaksstatistikk kan forebygge alvorlige hendelser. Er registreringen god nok?

Hvor pålitelig er dødsårsaksstatistikken?

I dette nummer av Tidsskriftet publiseres en artikkel av Ebba Wergeland og medarbeidere om underrapportering av dødelige arbeidsulykker (1). Denne type dødsfall blir ikke bare underreportert; mange dødsfall som skulle vært registrert som arbeidsulykker i dødsårsaksregisteret er simpelthen ikke registrert. Det viser seg også at det foreligger en betydelig diskrepans mellom dødsårsaksstatistikken fra Folkehelseinstituttet og Arbeidstilsynets egen statistikk. Selve tallene i de to registrene er nokså like, men når man undersøker hvert enkelt tilfelle, er det minst 30 % som bare er registrert ett av stedene (1).

En forklaring på diskrepansen er nok at dødsårsaksregisterets data-grunnlag er for dårlig. Opplysningene baserer seg først og fremst på «Legeerklæring om dødsfall/melding om unaturlig dødsfall» (dødsattest), og dermed på den enkelte leges utfylling av dette skjemaet. I den delen som omhandler dødsårsaken skal man på øverste linje fylle ut den umiddelbare dødsårsaken og nedenunder den tilgrunnliggende dødsårsaken (f.eks. kan den umiddelbare årsaken være lungebetennelse og den tilgrunnliggende lungekreft).

Nedenfor disse rubrikkene finner man avkrysningsbokser for omstendighetene rundt dødsfallet. Dersom dødsfallet skyldes en ulykke, skal det bl.a. oppgis hvorvidt det er en yrkesulykke og hvordan ulykken skjedde. Et dødsfall skal registreres som et ulykestilfelle også når dødsfall pga. komplikasjon inntreffer lang tid etter selve ulykken. Det finnes også avkrysningsbokser for andre omstendigheter. Disse svarer direkte til definisjonen av «unaturlig dødsfall» ifølge forskriftene til helsepersonelloven § 36, dvs. dødsfall som skal meldes til politiet. En korrekt utfylt dødsattest er en nødvendig forutsetning for at gode data tilflyter dødsårsaksregisteret. I praktisk rettsmedisinsk arbeid ser vi tallrike eksempler på hvordan slike dødsattester *ikke* skal fylles ut, hovedsakelig fordi veiledningen ikke er blitt fulgt. Av den grunn underviser vi nå i utfylling av dødsattest ved Universitetet i Oslo og gir eksamensoppgaver i dette. Det gjenstår å se om dette kan gi noen bedring. Veiledning for utfylling av dødsattesten finnes på skjemaets bakside.

Skarpe lesere vil se at det refereres til legeloven av 1981, noe som burde vekke tanken om at man burde få fatt i en oppdatert dødsattest. Utkast til ny dødsattest ble sendt på høring fra Statens helsetilsyn med frist 1.10. 2000. I Tidsskriftets korrespondansespalte ble den nye dødsattesten etterspurt i 2001, og helsedirektøren svarte at man tok sikte på å slutføre prosessen med ny dødsattest når Forskrift for dødsårsaksregisteret var på plass (2, 3). Denne forskriften trådte i kraft 1.1. 2002, men den nye dødsattesten venter vi på fremdeles.

En dødsattest kan ha både formelle, logiske og juridiske feil i tillegg til de rent medisinske. Formelle feil er f.eks. ufullstendige personalia. Logiske feil er når det er svikt i årsaksrekkefølgen, slik som at tilgrunnliggende og umiddelbar dødsårsak bytter plass. Juridiske feil forekommer når meldeplikt til politiet (og andre instanser, som f.eks. Arbeidstilsynet) ikke overholdes. Dødsårsaksstatistikken er imidlertid ikke bare avhengig av at dødsattestene er korrekt utfylt, men også av at den angitte dødsårsaken er riktig. Dersom obduksjonsfrekvensen hadde vært høyere, ville statistikken ha vært mer pålitelig. Er obduksjon blitt utført, vil data fra denne alltid tilflyte dødsårsaksregisteret, uansett om det har vært utført en sykehusobduksjon eller en rettsmedisinsk obduksjon.

Dersom dødsfallet er unaturlig i helsepersonellovens forstand, har legen meldeplikt til politiet. Politiet skal da, med bakgrunn i straffeprosessloven § 228 samt Påtaleinstruksens kap. 13 vurdere hvorvidt sakkyndig likundersøkelse (rettsmedisinsk obduksjon) skal finne sted. En rettsmedisinsk obduksjon er et ledd i etterforskningen. Dreier det seg f.eks. om et dødsfall som følge av en ulykke, kan obduksjonsfunnene være av vesentlig betydning for å kartlegge selve ulykken. Skademønsteret kan si noe om kreftene som har virket. Andre funn, både sykelige forandringer og påvisning av legemidler/rusmidler, kan være av vesentlig betydning, både strafferettslig og sivilrettslig. Obduksjonsfunnene kan også bidra til at tiltak kan iverksettes for å forebygge liknende hendelser.

Sykehusobduksjon er hjemlet i lov om transplantasjon, sykehusobduksjon og avgivelse av lik m.m. (transplantasjonsloven). Den rekvireres av helsepersonell og skal først og fremst gi tilbakemelding på diagnostikk og behandling. Transplantasjonsloven fastslår at dersom det er grunn til å tro at en sakkyndig likundersøkelse skal foretas, skal sykehusobduksjon ikke utføres.

For begge typer obduksjon gjelder imidlertid at frekvensen er fallende, mest for sykehusobduksjoner: Mens totalt 9 085 obduksjoner (hvorav knapt ca. 30 % rettsmedisinske) ble utført i 1985, var det bare 4 125 (hvorav 40 % rettsmedisinske) i 2007 (4). Dette betyr at ca. 90 % av de døde ikke ble obdusert i 2007. Dødsårsaksstatistikken kan aldri bli bedre enn de grunnlagsdata den bygger på. For å bedre disse dataene bør legene bli flinkere til å fylle ut dødsattest. Våre helsemyndigheter bør også vise en større interesse, bl.a. ved å fullføre arbeidet med en ny dødsattest. Statistikken er nå flere år på etterskudd, noe som vel heller ikke virker motiverende på dem som skal levere grunnlagsdata.

Dessuten bør man arbeide for at obduksjonsraten økes. For rettsmedisinske obduksjoners vedkommende kan dette gjøres ved at finansieringen sentraliseres, slik at det ikke blir en salderingspost på den enkelte politimesters budsjett. Når det gjelder sykehusobduksjoner, har nok obduksjonsforskriften av 2004 vært en medvirkende årsak til at antallet har gått ned, ettersom hovedregelen nå er at man skal be pårørende om tillatelse. Det betyr at klinikerne må være ekstra overbevist for at avdøde skal bli obdusert og kunne motivere de pårørende, f.eks. ved å tilby en samtale når resultatene foreligger. Patologforeningen har utarbeidet en nyttig informasjonsfolder for pårørende om «den siste undersøkelsen» (5).

Sidsel Rogde

sidsel.rogde@medisin.uio.no

Sidsel Rogde [f. 1952] er professor dr.med. ved Rettsmedisinsk institutt ved Universitetet i Oslo og spesialist i rettsmedisin.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Wergeland E, Gjertsen F, Lund J. Arbeidsskadedødsfall blir underrapportert. Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129: 981–6.
2. Lønberg NC. Ny dødsattest. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2995.
3. Hanssen LE. Ny dødsattest. Tilsvar. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2996.
4. Den norske legeforening. www.legeforeningen.no/id/52632.0 [15.4.2009].
5. Den norske legeforening. www.legeforeningen.no/asset/38137/1/38137_1.pdf [15.4.2009].