
Samordning av dödsorsaksstatistiken i de nordiska länderna

Förutsättningar och förslag



NOMESKO
Nordic
Medico
Statistical
Committee
51:1998

Samordning av dödsorsaksstatistiken i de nordiska länderna

Förutsättningar och förslag

51:1998

Nordisk Medicinalstatistisk Komité
(NOMESKO)

Samordning av dödsorsaksstatistiken i de nordiska länderna

Förutsättningar och förslag

© Nordic Medico-Statistical Committee

ISBN 87-89702-24-7

Tryk: Notex – Tryk & Design a-s

Rapporten er gratis ved henvendelse til:

Nordisk Medicinalstatistisk Komité

Sejrøgade 11

DK-2100 København Ø

Tlf. (+45) 39 17 39 91

Fax (+45) 39 18 51 22

E-mail: nom-nos@inet.uni2.dk

Inledning

Dödsorsaksstatistiken i de nordiska länderna avspeglar knappast längre de dominerande hälso-problemen bland den aktiva befolkningen. Trots detta spelar den fortfarande en central roll i och med att vissa viktiga hot mot liv och hälsa avspeglas tydligast i dödsorsaksstatistiken. Det gäller bl a självmord och olycksfall där de drabbade avlidit innan de kommit under vård. Dödsfall i förtid, och framför allt dödsfall till följd av i princip åtgärdbara orsaker ("avoidable deaths"), används dessutom alltmer som en indikator på hälso- och sjukvårdsarbetets effektivitet (1).

Vid alla statistiska jämförelser ställs man inför frågan om materialet verkligen tillåter de analyser man vill göra. Jämförelserna blir ju meningslösa, eller t o m missvisande, om data inte samlats in och bearbetats på ett någorlunda likartat sätt. Man kan tycka att internationella jämförelser av dödsorsaksstatistik skulle vila på solidare grund än många andra. Det finns ju internationella, av WHO fastställda regler för hur materialet skall samlas in, dödsfallen klassificeras och resultatet redovisas. Dessvärre vet vi att dessa regler tillämpas på högst olika sätt i olika länder, och att internationella jämförelser följaktligen kan vara mycket problematiska (2,3,4).

Ute i världen uppfattas Norden som ett relativt väl koordinerat område, också vad hälsostatistik beträffar. Ändå uppvisar dödsorsaksstatistiken från de nordiska länderna skillnader som är svåra att förklara annat än som artefakter (se nedan avsnitt 2). Mot bl a denna bakgrund beslutade NOMESKO under sitt plenarmöte i Røros (19-20 juni 1996) att tillsätta en arbetsgrupp med uppgift att undersöka förutsättningarna för bättre samordning av dödsorsaksstatistiken i de nordiska länderna. Sverige fick i uppdrag att leda arbetsgruppen och till ordförande utsågs Lars Age Johansson, Statistiska Centralbyrån.

Gruppen hade ett första sammanträde i Uppsala 20 september 1996, där arbetsuppgifterna diskuterades i närmare detalj. Detta resulterade i ett förslag till mandat, vilket godkändes av NOMESKO:s styrelse i december 1996 (Bilaga 1). Enligt mandatet är arbetsgruppens uppgift att kartlägga hur dödsorsaksstatistiken produceras i de nordiska länderna – främst vad avser insamling av material, klassificering och annan bearbetning, tillgängliga resurser, dödsorsaksregistrens innehåll och publiceringsformer – och lämna rekommendationer för fortsatt arbete på ökad samordning mellan de nordiska länderna. Det första arbetsmötet hölls i Reykjavík 26-27 maj 1997. Deltagare var Hedda Bille (Danmark), Hilikka Ahonen (Finland), Sigrún Helgadóttir (Island), Finn Gjertsen (Norge), Yvonne Lönn (Sverige), Lars Age Johansson (Sverige och Island) och Johannes Nielsen (NOMESKO). Gruppen träffades för ett andra arbetsmöte i Oslo 2-3 mars 1998. Vid detta möte deltog också Lilja Sigrún Jónsdóttir (Island), medan Danmark var förhindrat att delta.

I föreliggande rapport, som har utarbetats av Lars Age Johansson, redovisar arbetsgruppen tänkbara orsaker till jämförbarhetsproblem. Gruppen har också försökt bedöma i vilken utsträckning de olika faktorerna påverkar jämförbarheten. I möjligaste mån läggs också konkreta förslag till samordning. Om tillräckligt underlag saknas, lämnas istället förslag till studier som kan ligga till grund för framtida rekommendationer.

Innehållsförteckning

1. Rekommendationer och viktigaste skillnader	5
1.1. Rekommendationer	5
1.1.1 Datainsamling och statistikunderlag	5
1.1.2 Kodning och klassificering	5
1.1.3 Registerinnehåll och publicering	6
1.2. Sammanfattning av de viktigaste skillnaderna mellan länderna	7
1.2.1 Datainsamling och statistikunderlag	7
1.2.2 Kodning och klassificering	7
1.2.3 Registerinnehåll och publicering	7
1.2.4 Resurser	7
2. Bakgrund	8
3. Statistikproduktion och datadisseminering	11
3.1. Datainsamling och statistikens omfattning	11
3.1.1 Statistikunderlag och bortfall	12
3.1.2 Dödsorsaksundersökning	14
3.1.3 Dödsattesten – utformning och hantering	15
3.1.4 Läkharhandledning	17
3.1.5 Granskning av dödsattesterna	18
3.1.6 Samarbete med andra medicinska register	18
3.2. Klassificering och kodning	19
3.2.1 Kodare: arbetsuppgifter, bakgrund och utbildning	20
3.2.2 Klassificering: regelbaserad eller interpretativ	21
3.2.3 Datorstöd och automatisk kodning	24
3.2.4 Medicinsk konsult	27
3.2.5 Förfrågningar till utfärdande läkare	27
3.2.6 Valideringsrutiner och andra mjukvarukontroller	28
3.2.7 Kodningsstudie	28
3.3. Registrens innehåll och datadisseminering	29
3.3.1 Registerförare, lagstiftning och andra bestämmelser om register	30
3.3.2 Nationella koder	30
3.3.3 Multipla dödsorsaker	30
3.3.4 Kortlistor	31
3.3.5 Standardpopulationer	32
3.3.6 Statistikermöten	32
3.4. Resurser	32
Referenser	34
Bilaga 1. Mandat for arbejdsgruppen til kortlægning af forudsætningerne for samordning af dødsårsagsstatistikken i de nordiske lande	35
Bilaga 2. Insamlingssystem i de olika länderna	37
Bilaga 3. Rutiner för kodning och klassificering	40
Bilaga 4. Statistikens innehåll och datadisseminering	42
Bilaga 5. Resurser	44
Bilaga 6. De nordiska dödsattestblanketterna	45
NOMESKO's publikationer	63

1. Rekommendationer och viktigaste skillnader

1.1. Rekommendationer

1.1.1 *Datainsamling och statistikunderlag*

- (a) Statistikproducenterna och NOMESKO bör utarbeta en nordisk mall för redovisning av statistikens täckningsgrad och bortfall.
- (b) Om en person avlider i ett annat nordiskt land än där han/hon är folkbokförd, bör statistikmyndigheten i landet där dödsfallet inträffade sända en kopia av dödsorsaksuppgiften till statistikmyndigheten i den avlidnes hemland.
- (c) De nordiska hälsomyndigheterna bör verka för att attestering av dödsfall ingår i kunskapskontrollen för läkarexamen.
- (d) De nordiska statistikproducenterna bör i samarbete med NOMESKO och Nordiskt WHO-center utveckla en nordisk mall för anvisningar till läkarna om hur dödsattesten skall fyllas i.
- (e) Tilastokeskus/Statistikcentralen och ansvariga hälsovårdsmyndigheter bör undersöka hur de finska rättsläkarnas granskning av dödsattesterna inverkar på dödsorsaksuppgifternas kvalitet. Om granskningen visar sig medföra en väsentlig förbättring, bör de övriga länderna överväga att införa ett liknande system.
- (f) Tilastokeskus/Statistikcentralen bör också undersöka konsekvenserna av att den finska dödsattesten har ett fält för beskrivning i fri text av förloppet som ledde fram till döden. Om en väsentlig kvalitetsförbättring kan påvisas, bör de övriga länderna överväga att införa ett liknande fält på sina blanketter.
- (g) Statistisk sentralbyrå bör undersöka effekten av sitt nära samarbete med andra medicinska register. Bör de övriga länderna införa liknande rutiner?
- (h) Statistikproducenterna bör samarbete kring utvecklingen av en elektronisk dödsattest.

1.1.2 *Kodning och klassificering*

- (a) Statistikproducenterna bör i samarbete med nordiskt WHO-center genomföra en kodningsstudie som belyser skillnader i klassificering av dödsorsaker, rutiner för förfrågningar och konsultläkarnas inflytande.
- (b) Nordiskt WHO-center bör anordna en nordisk grundutbildning för dödsorsakskodare och årligen återkommande nordiska kodarmöten.
- (c) Statistikproducenterna bör i samarbete med nordiskt WHO-center utarbeta en mall för nordiska kodningsinstruktioner.

- (d) Tilastokeskus/Statistikcentralen bör i samarbete med Nordiskt WHO-center genomföra en studie som belyser hur den särskilda dödsattesten för perinatal dödlighet påverkar dödsfallens klassificering.
- (e) Tilastokeskus/Statistikcentralen bör undersöka hur de finska läkarnas ICD-kodning utnyttjas av statistikmyndigheten vid klassificering av underliggande dödsorsak. Om läkarnas kodning tillför viktiga upplysningar bör de övriga länderna överväga att också begära ICD-koder av läkarna.
- (f) De statistikproducerande myndigheterna bör beakta att klassificering av dödsorsaker är ett kvalificerat arbete som kräver många års erfarenhet, och anpassa kodarnas lönesättning därefter.
- (g) Nordiskt WHO-center bör anordna ett seminarium om automatisk kodning. Framför allt bör erfarenheter, teknik, ekonomi, fördelar och nackdelar belysas.
- (h) Statistikproducenterna bör ställa sina datoriserade granskningsrutiner till varandras förfogande, och tillsammans med NOMESKO och Nordisk WHO-center utarbeta en gemensam standard för datagranskning.

1.1.3 Registerinnehåll och publicering

- (a) Dödsorsakspublikationerna bör klart redovisa nationella avvikelser från ICD, både vad avser använda koder och tillämpning av klassificeringsreglerna. Används nationella tilläggs-koder, skall översättning till den internationella ICD-koden anges.
- (b) Dödsorsakspublikationerna bör innehålla redovisningar baserade på den nya europeiska förkortade dödsorsakslistan. Statistik användarna skall uppmärksammas på att tidsserier som omfattar material klassificerat enligt olika revisioner av ICD kan innehålla artificiella trendbrott vållade av klassifikationsbytet.
- (c) Statistikproducenterna bör enas om en gemensam standardpopulation för beräkning av standardiserade dödstal. Dödsorsakspublikationerna bör innehålla en klar redovisning av vilka standardpopulationer som använts.
- (d) Statistikproducenterna bör i samarbete med Nordiskt WHO-center och NOMESKO utarbeta en nordisk standard för kodning och redovisning av multipla dödsorsaker.
- (e) Dödsorsakspublikationerna bör inkludera tabeller med obduktionsfrekvens per diagnos.
- (f) Statistikansvariga myndigheter bör göra detaljdata som inte ingår i den tryckta publikationen lätt tillgängliga, t ex via Internet.
- (g) Statistikproducenterna i samarbete med Nordisk WHO-center och NOMESKO bör på roterande bas anordna årliga möten för mortalitetsstatistiker och statistikansvariga.

1.2. Sammanfattning av de viktigaste skillnaderna mellan länderna

1.2.1 *Datainsamling och statistikunderlag*

Finland använder WHO:s attest för perinatala dödsfall. För denna gäller särskilda kodningsregler, vilket kan ge en annan underliggande dödsorsak än om man använder standardblanketten.

På de finska dödsattesterna skall läkaren beskriva i fri text hur dödsfallet gick till. Denna beskrivning ger ofta mer information om dödsfallet än vad som anförts i dödsattestens Del 1 och Del 2.

I Finland kontrolleras alla attester av rättsläkare innan de sänds in till Tilastokeskus/Statistikcentralen.

I Norge utnyttjas data från andra medicinska register då man sammanställer dödsorsaksregistret.

Sverige har inte fullständig sekretess gentemot anhöriga – närmast anhörig får oftast se dödsattesten och kan tvinga fram ändringar.

1.2.2 *Kodning och klassificering*

Danmark följer i huvudsak ICDs kodningsinstruktioner, samtidigt som man gör en rimlighetsbedömning ("interpretativ kodning"). Island och Sverige följer ICDs instruktioner mycket strikt. Finland och Norge följer fastställda kodningsrutiner som i huvudsak baseras på ICDs regler, men i vissa fall avviker från ICD.

Sverige har automatisk kodning. Datorstöd, men inte automatisk kodning, finns i Danmark, Finland och Norge.

I Danmark och Finland anlitas rättsläkare som medicinska konsulter, i Island en patolog och epidemiolog, i Norge en onkolog, i Sverige dels en socialmedicinare och dels en invärtesmedicinare.

1.2.3 *Registerinnehåll och publicering*

Multipla dödsorsaker kodas och registreras efter olika principer.

Länderna använder olika tilläggs-koder (koder som inte finns i den internationella versionen av ICD).

Länderna publicerar data på olika detaljnivå och använder olika kortlistor.

Standardiserade dödstal beräknas efter olika standardpopulationer.

1.2.4 *Resurser*

Danmark saknar en ämnesansvarig statistiker med specialkunskaper i dödsorsaksstatistik.

2. Bakgrund

Även om de nordiska länderna uppvisar likartade dödsorsaksmönster, finns tydliga skillnader. Danmark har ett högre dödstal för maligna tumörer än de övriga länderna. Danmark och Norge har flest döda i "plötslig död" och andra symtomdiagnoser, och har tillsammans med Finland högre dödlighet i fallolyckor än Island och Sverige. Alkoholism och alkoholförgiftning tycks i viss utsträckning konkurrera: länder med höga dödstal för alkoholism har låga tal för alkoholförgiftning, och vice versa. Ännu tydligare konkurrensförhållande tycks gälla för lunginflammation och kronisk obstruktiv lung-sjukdom.

I Tabell 1 anges samtliga dödsorsaker enligt den nordiska listan där landet med det högsta standardiserade dödstalet (efter den europeiska standardpopulationen) redovisar minst dubbelt så stort värde som landet med det lägsta värdet. Vanliga dödsorsaker (minsta dödstalet ≥ 10) där avvikelser överstiger 30% har också inkluderats i tabellen. Island har uteslutits vid beräkning av skillnader, eftersom antalet döda är så litet att slumpvariationerna kan bli betydande.

Givetvis kan man inte förutsätta att samtliga skillnader i statistiken är artefakter. Några kan förklaras med livsstilsfaktorer (t ex fler dödsfall i rökningsrelaterade sjukdomar i Danmark, fler alkoholförgiftningar och alkoholrelaterade olycksfall i Finland). Danmark har inte bara högre dödlighet i maligna tumörer än Finland och Sverige, utan också högre incidens av cancer (5), vilket tyder på att Danmarks mortalitetssiffror återspeglar ett faktiskt förhållande. Problemet är att vi vet, t ex från nordiska konferenser för dödsorsakskodare, att danska dödsorsakskodare dessutom tenderar att välja malign tumör som underliggande dödsorsak i högre utsträckning än t ex sina finska och svenska kollegor.

Andra skillnader är svårare att förstå. Varför skulle t ex fallolyckor vara vanligare i Danmark och Norge än i Island och Sverige, och varför har Danmark och Norge så många dödsfall i plötslig död och ospecifika symtom?

Olikheter i insamlings- och bearbetningspraxis kan både ge upphov till artificiella skillnader mellan länderna och maskera eller förvränga reella olikheter. Så länge man inte vet mer om hur olika diagnosgrupper påverkas, och i vilken grad och riktning, kommer statistiska analyser grundade på jämförelser mellan de nordiska ländernas dödsorsaksstatistik att ge enbart preliminära resultat. Det är givetvis önskvärt att de nordiska statistikproducenterna samarbetar för att minimera de artificiella skillnaderna. En kartläggning av aktuella rutiner för insamling och bearbetning är därför påkallad, liksom förslag till konkreta åtgärder grundade på resultatet av denna kartläggning.

Tabell 1 (k). Åldersstandardiserade dödstal (ESP), kvinnor

	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige	Kvot
	1995	1995	1994	1994	1995	max/min
Tuberkulos	0,54	1,57	0,47	0,72	0,72	2,91
Esofaguscancer	2,91	1,85	4,34	1,23	1,26	2,36
Cancer i respirationsorgan	42,04	11,13	41,99	20,18	18,70	3,78
Bröstcancer	42,56	24,97	32,09	28,62	24,76	1,72
Cervixcancer	5,13	1,37	3,52	4,68	2,54	3,74
Annan malign tumör	43,40	31,21	44,46	33,13	35,12	1,39
<i>Alla cancerformer</i>	<i>209,01</i>	<i>129,47</i>	<i>170,43</i>	<i>153,63</i>	<i>142,19</i>	<i>1,61</i>
Metabola sjukdomar utom diabetes	3,43	1,06	0,47	2,51	3,12	3,24
Blodsjukdomar	1,72	0,55	1,37	0,94	1,96	3,56
Alkoholism	2,02	0,73	–	1,88	1,03	2,77
Andra mentala rubbningar	9,48	24,78	0,94	10,46	14,97	2,61
Ischemisk hjärtsjukdom	114,42	136,57	110,26	94,01	100,79	1,45
Annan hjärtsjukdom	38,84	25,05	28,55	38,03	36,73	1,55
Cerebrovaskulära sjukdomar	59,87	80,16	57,09	64,80	53,57	1,50
Andra cirkulationssjukdomar	25,45	11,08	6,66	10,82	20,22	2,35
Influensa	1,53	0,60	0,94	1,27	0,69	2,55
Pneumoni	19,40	25,72	37,46	31,90	17,94	1,78
Kron obstr luftvägssjukdom	36,47	7,10	25,32	13,90	12,57	5,14
Sjukdomar i svalg, magsäck och duodenum	8,45	4,54	2,12	3,44	3,23	2,62
Levercirros	10,46	4,72	1,57	3,60	4,03	2,90
Njurinfektion, njursten	1,53	4,83	–	1,44	0,60	8,05
Komplikationer vid graviditet och förlossning	0,27	0,04	–	–	0,09	6,75
Plötslig död	17,94	1,48	2,11	10,51	0,70	25,63
Andra symtom	35,70	1,18	0,94	10,92	7,99	30,25
Trafikolyckor	6,32	3,75	1,63	3,56	3,25	1,94
Alkoholförgiftning	0,51	2,19	1,87	0,67	0,37	5,95
Fallolyckor	13,34	9,34	4,15	9,94	5,03	2,65
Andra olyckor	4,76	6,42	5,12	3,38	3,28	1,96
Oklart om uppsåt eller olycka	2,12	2,11	–	0,26	2,59	9,96
Mord/dråp	0,82	1,95	–	0,72	0,68	2,87

Källa: Helsestatistik i de nordiske lande (NOMESCO 49:1997)

Tabell 1 (m). Åldersstandardiserade dödstal (ESP), män

	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige	Kvot
	1995	1995	1994	1994	1995	max/min
Tuberkulos	0,76	2,80	2,32	1,61	1,05	3,68
Annan infektion	13,22	4,99	1,35	5,51	5,07	2,65
Esofaguscancer	7,97	5,72	7,80	4,14	3,74	2,13
Cancer i tunn- och grovtarm	9,68	14,95	16,04	14,83	10,07	2,26
Cancer i respirationsorgan	23,96	10,60	12,39	19,77	14,13	2,27
Prostatacancer	12,60	7,65	6,49	12,37	8,18	1,31
Annan malign tumör	70,56	49,28	68,52	55,25	50,16	1,43
<i>Alla cancerformer</i>	<i>273,17</i>	<i>218,09</i>	<i>187,73</i>	<i>227,01</i>	<i>189,30</i>	<i>1,44</i>
Metabola sjukdomar utom diabetes	2,89	2,10	3,52	4,16	5,56	2,65
Blodsjukdomar	2,69	0,72	0,75	1,11	2,62	3,74
Alkoholism	7,07	4,23	2,40	10,00	5,88	2,36
Andra mentala rubbningar	9,88	20,64	2,48	10,76	13,53	2,09
Nervsystemets sjukdomar	13,19	18,99	14,21	14,66	12,14	1,56
Ischemisk hjärtsjukdom	221,08	298,04	233,03	217,84	224,38	1,37
Annan hjärtsjukdom	57,75	38,60	39,65	50,89	49,76	1,50
Cerebrovaskulära sjukdomar	135,88	97,90	65,64	76,93	66,66	2,04
Andra cirkulationssjukdomar	35,33	22,77	18,92	24,96	33,94	1,55
Influensa	1,90	0,66	0,75	1,40	0,72	2,88
Pneumoni	26,68	47,84	44,13	41,74	29,60	1,79
Kron obstr luftvägssjukdom	55,84	31,33	18,60	29,96	20,69	2,70
Levercirros	21,60	15,76	–	5,90	7,49	3,66
Annan sjukdom i matsmältningsorganen	17,21	17,36	11,11	11,48	12,09	1,51
Nefrit/nefros	2,11	2,24	4,75	4,58	4,84	2,29
Njurinfektion, njursten	1,20	2,22	–	1,42	0,91	2,44
Annan sjukdom i urogenitalorganen	3,92	1,84	–	2,88	4,00	2,17
Plötslig död	26,30	2,76	2,53	25,26	1,40	18,78
Andra symtom	49,68	1,21	3,84	11,87	8,32	41,06
Trafikolyckor	14,16	11,90	5,78	9,03	7,36	1,92
Alkoholförgiftning	0,65	14,08	0,67	1,86	1,21	21,66
Fallolyckor	16,97	18,77	7,01	15,04	8,59	2,19
Andra olyckor	13,72	27,71	23,89	14,03	10,88	2,55
Själv mord	22,75	41,81	16,38	17,34	20,27	2,41
Oklart om uppsåt eller olycka	4,07	5,03	2,98	0,83	7,53	9,07
Mord/dråp	1,55	4,02	–	0,79	1,31	5,09

Källa: Helsestatistik i de nordiske lande (NOMESCO 49:1997)

3. Statistikproduktion och datadissemnering

3.1. Datainsamling och statistikens omfattning

En sammanställning av dödsorsaksstatistikens underlag och aktuella insamlingsrutiner ges i nedanstående tabell. En närmare redogörelse för insamlingsrutinerna återfinns i Bilaga 2.

Tabell 2. Insamlingsrutiner och underlag

	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
<i>Statistikunderlag:</i>					
– döda/år	65000	50000	2000	45000	95000
– referenspopulation	folkbokförda	folkbokförda	folkbokförda	folkbokförda	folkbokförda
– bortfall	ca 10	7	0	100	334
– saknade dödsfall	ingår	ingår	ingår	ingår	ingår från 1997
– döda i utlandet	ingår ej	ingår	ingår	ingår	ingår
<i>Dödsorsaksundersökning</i>					
– alltid läkare	ja	ja	ja	undantag förekommer	ja
– obduktionsfrekvens	13%	31%	20%	9%	19%
– andra med reg	nej	nej	nej	Kreftregistret, Medisinsk fødselsregister, register över vägtrafikolyckor	nej
<i>Dödsattesten</i>					
– delad	ja	ja	nej	nej	ja
– specialattester	nej	dödfödda, neo-natala	nej	lensmanns-melding	nej
– läkarhandledning	ja	ja	ja	ja	ja
– lokal kontroll	nej	ja	nej	delvis	nej
– elektr rapportering	nej	civila uppgifter	nej	civila uppgifter	från rättsmed
– sekretess anhörig	ja	ja	ja	ja	nej

Förklaringar:

- referenspopulation: befolkningsgrupp för vilken dödsfallen skall redovisas.
- bortfall: antal saknade dödsattester senaste tillgängliga dataår.
- saknade dödsfall: tas dödsfall där dödsattest inte inkommit med i dödsorsaksregistret?
- döda i utland: ingår folkbokförda som avlidit i utlandet?
- alltid läkare: grundas dödsattesten alltid på en läkarundersökning?
- obduktionsfrekv: obduktionsfrekvens senaste tillgängliga dataår.
- andra med reg: utnyttjar dödsorsaksregistret medicinska uppgifter från andra register?
- delad [attest]: olika blanketter och separata insamlingsvägar för civila resp medicinska uppgifter?
- specialattester: t ex för dödfödda, andra perinatale dödsfall, dödsfall utan läkarundersökning.
- läkarhandledning: finns särskilt instruktionshäfte för hur dödsattesten skall fyllas i?

- lokal kontroll: kontrolleras dödsattesten av läkare på lokal nivå innan den skickas in till statistikförande myndighet?
- elektr rapportering: förekommer elektronisk rapportering?
- sekretess anhörig: ja – anhöriga har inte rätt att se dödsattesten, nej – anhöriga har rätt att se den.

3.1.1 Statistikunderlag och bortfall

Island har ett avsevärt mindre antal döda än de övriga länderna, vilket påverkar möjligheten till statistisk analys – för att antalet döda per tabellcell inte skall bli för litet, måste man för Islands del använda antingen ett längre tidsintervall eller färre dödsorsaksgrupper. Annars finns inga avgörande skillnader rörande statistikunderlaget. Samtliga länder använder samma referenspopulation – personer som vid sitt frånfälle var folkbokförda i landet. Alla har ett internationellt sett mycket litet bortfall. I Sverige ökade bortfallet markant 1991 när blankettgången ändrades (se nedan avsnitt 3.1.3). Före omläggningen hade man ett bortfall på ca tio dödsfall per år, men efter 1991 saknas årligen 300-400 attester.

Alla länder utom Danmark inkluderar i möjligaste mån folkbokförda personer som avlidit i utlandet i sin statistik. Danmarks motivering för att inte ta med döda i utlandet är dels att diagnosuppgifterna ofta håller låg kvalitet, dels att fullständigheten inte kan kontrolleras. Också i de övriga länderna har det visat sig problematiskt att få in uppgifter om dödsfall i utlandet, särskilt för personer som utvandrat utan att anmäla detta till folkbokföringsmyndigheterna. En tänkbar konsekvens är att överlevnaden i invandrargrupper kan överskattas. Däremot är det osannolikt att dödsfallen i utlandet skulle kunna påverka dödsorsaksmönstret i stort och därmed försvåra statistiska jämförelser.

Några av länderna har problem att få in dödsattester för personer som avlidit i ett annat nordiskt land. De nordiska statistikproducenterna bör i möjligaste mån hjälpa varandra på den punkten, t ex genom att på begäran skicka kopior av dödsattester för nordiska medborgare till andra nordiska länder.

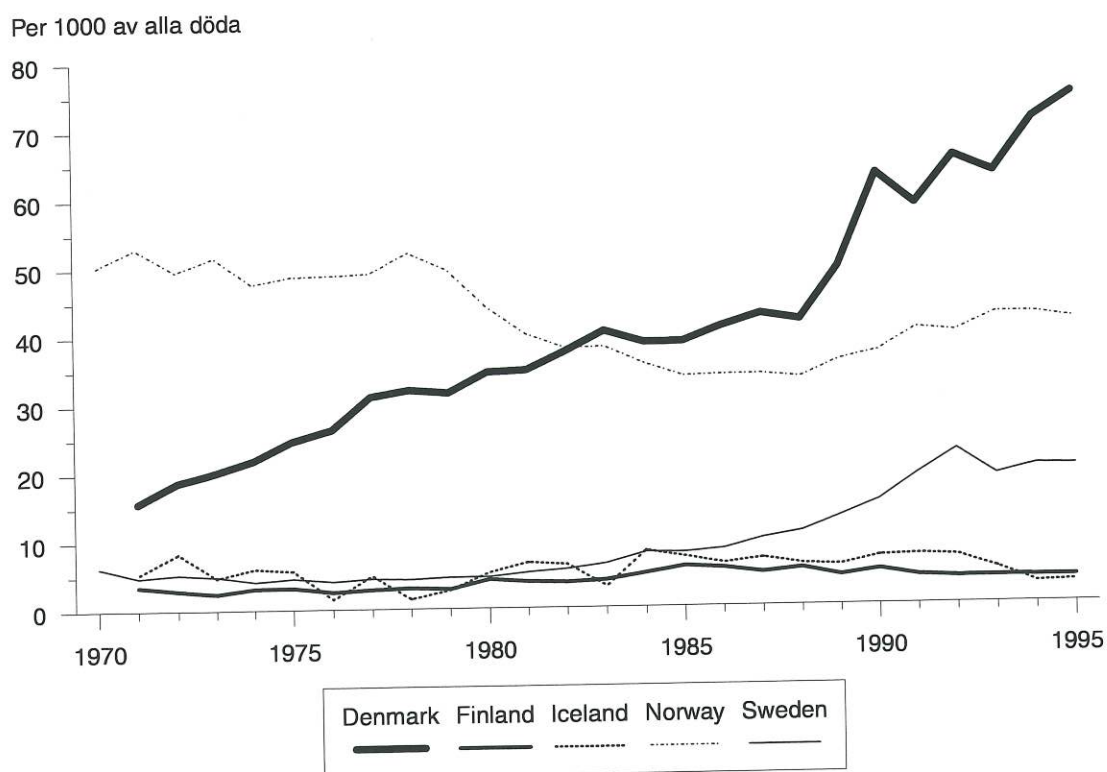
Med viss förvåning konstaterades att länderna hanterar dödsfall där någon dödsattest inte inkommit till statistikmyndigheten på olika sätt. Alla länder utom Sverige tar med saknade dödsfall i sina register och klassificerar dem under "okänd dödsorsak", medan Sverige istället redovisar dem som bortfall i inledningen till årsboken och inte tar med dem i vare sig register eller dödsorsakstabeller. Man avser dock att ändra rutiner från 1997 och, liksom de andra länderna, lägga in dem med "okänd dödsorsak" som underliggande dödsorsak. Detta påverkar givetvis siffrorna för antal dödsfall i symptomkapitlet, vilka dessutom används som indikator av registrets kvalitet! Det finns också andra skillnader i hur länderna redovisar bortfallet i statistiken. Sålunda redovisar Island ibland dödsorsak även om någon dödsattest inte inkommit, t ex för drunkningar där den döda kroppen inte återfunnits. Arbetsgruppen föreslår att en gemensam nordisk standard för redovisning av statistikens täckningsgrad och bortfall utarbetas.

I Norge finns en tradition bland läkarna att beskriva uppenbart naturliga dödsfall, men med okänd dödsorsak, med termen "plötslig död". I de andra nordiska länderna är sannolikheten stor att sådana dödsfall istället rapporteras som "hjärtinfarkt" eller ges någon annan diagnos som läkaren av erfarenhet vet att statistikmyndigheten inte brukar ifrågasätta. Detta innebär att antal avlidna med underliggande dödsorsak i symptomkapitlet inte utan vidare kan användas som

kvalitetsindikator när man bedömer dödsorsaksstatistik från de nordiska länderna – Norges höga siffra pekar förmodligen på större uppriktighet hos den norska läkarkåren och behöver inte tyda på sämre kvalitet.

I Diagram 1 visas andelen dödsfall som klassificerats i ICDs symtomkapitel (kap XVI i ICD-8 och ICD-9, kap XVIII i ICD-10). Som framgår av diagrammet har Finland och Island den lägsta andelen. I Sverige stiger andelen i samband med övergång till ny folkbokföring 1991 (bortfallet har här adderats till antalet döda i symtomkapitlet) men nivån är ändå relativt låg. För Danmark har andelen ökat markant under perioden och man har nu den högsta andelen döda med symtomdiagnos. Tänkbara anledningar kan vara att danska läkare ibland gör en mindre ambitiös dödsorsaksutredning och/eller skriver mindre utförliga dödsattester, eller att man har annan praxis vid attestering av oklara dödsfall och, som i Norge, kanske ärligt anger att man ibland inte vet dödsorsaken istället för att rapportera en diagnos som ser någorlunda acceptabel ut på pappret. Också skillnader i klassificering kan spela in. Förhoppningsvis kan den kodningsstudie som föreslås i avsnitt 3.2.7 ge några ledtrådar.

Diagram 1. Andel döda med underliggande dödsorsak i ICDs symtomkapitel, 1970–1995



Källa: Sundhedsstyrelsen, Tilastokeskus, Hagstofa Íslands, Statistisk sentralbyrå, Statistiska Centralbyrån

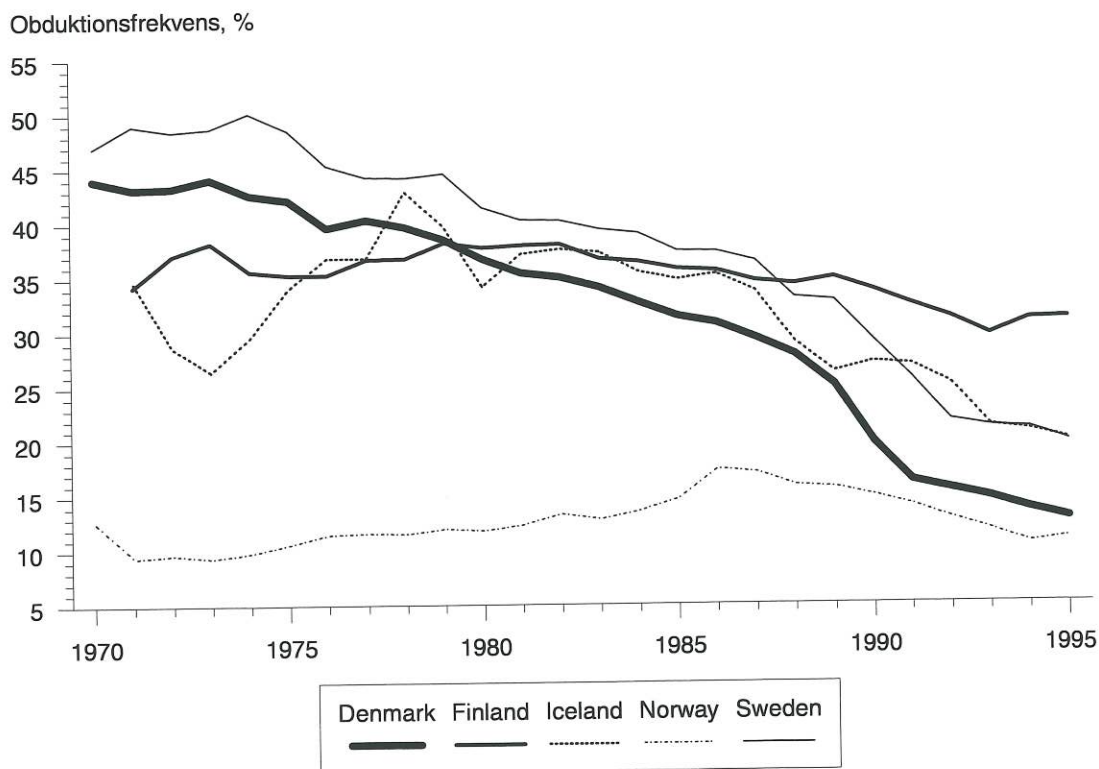
3.1.2 Dödsorsaksundersökning

De största osäkerhetsmomenten för dödsorsaksstatistik, och därmed de största potentiella felkällorna, är dels själva dödsorsaksundersökningen, dels läkarens rapportering till statistikförande myndighet. Dödsorsaksundersökningens noggrannhet och inriktning påverkas av bl a tillgängliga resurser, prioriteringar och läkarens personliga intresse. Skillnader i diagnostisk kultur och medicinsk skolriktning kan också förekomma. Det skulle vara svårt att genom en studie direkt kontrollera om eller hur mycket de nordiska länderna skiljer sig åt i detta avseende, men en analys baserad på t ex andelen dödsfall i ICDs restgrupper skulle kanske kunna ge viss vägledning.

I Norge kan under vissa förhållanden en tjänsteläkare utfärda dödsattest ("lensmannsmelding") även om han/hon inte haft tillfälle att inspektera den döda kroppen. Antalet sådana fall är så litet att det knappast kan påverka jämförbarheten.

Samtliga länder har noterat en minskad obduktionsfrekvens, vilket förmodligen bidrar till en nedgång i dödsorsaker där diagnosen är svår att ställa utan obduktion, eller där tillståndet ofta upptäcks först vid obduktionen (t ex levercirros, prostatacancer). Obduktionsnivåerna är dessutom olika i de olika länderna, vilket minskar jämförbarheten för sådana diagnoser.

Diagram 2. Obduktionsfrekvens 1970-1995



Källa: Sundhedsstyrelsen, Tilastokeskus, Hagstofa Íslands, Statistisk sentralbyrå, Statistiska Centralbyrån

Obduktionsfrekvensen beror av bl a finansieringssystem (rättsmedicinska obduktioner betalas centralt av staten i Finland men bekostas av den lokala polismyndigheten i de andra länderna), lagstiftning (i praktiken behövs anhörigas samtycke i Danmark och Sverige), allmänhetens attityder och tillgång till faciliteter och personal. Det är svårt för statistikproducenterna att direkt påverka någon av dessa faktorer, men man bör ta alla tillfällen i akt att informera om obduktionernas stora betydelse för dödsorsaksstatistikens tillförlitlighet.

Arbetsgruppen föreslår att tabeller med obduktionsfrekvens per diagnos, t ex efter den förkortade europeiska dödsorsakslistan, tas med i de nationella dödsorsakspublikationerna. Eventuella skillnader skulle bli lättare att utvärdera. Ett exempel: om ett land har både hög obduktionsfrekvens och hög dödlighet i prostatacancer, behöver den "sanna" dödligheten i prostatacancer ändå inte vara högre än i ett annat land med både låg obduktionsfrekvens och låg redovisad dödlighet i prostatacancer. Anledningen är givetvis att en betydande del av dödliga prostatacancer upptäcks först vid obduktion.

I Norge får Statistisk sentralbyrå tillgång till resultaten av alla obduktioner, men det är oklart hur mycket det påverkar val av underliggande dödsorsak. Man bedömer dock att rapporterna är särskilt viktiga vid kodning av dödsfall genom yttre våld och dödsfall under första levnadsåret.

3.1.3 Dödsattesten – utformning och hantering

Danmark, Finland och Sverige har en "delad" blankett, dvs civila uppgifter för folkbokföring och begravning rapporteras på en blankett, medan de medicinska uppgifterna anges på en annan. Blankettgången för de båda delarna är olika, så att de medicinska uppgifterna inte är tillgängliga för folkbokförings- och begravningsmyndigheterna. I Island och Norge finns uppgifterna samlade på samma blankett, men i båda länderna pågår diskussioner om att dela blanketten. I länder med delad dödsattest har läkarna i regel längre tid på sig att utfärda en dödsattest, vilket möjligen skulle ge bättre kvalitet på dödsorsaksuppgiften. I praktiken är skillnaden inte så stor, eftersom läkaren också i länder med en enda blankett har möjlighet att utfärda en preliminär dödsattest och sedan skicka in en slutgiltig om nya uppgifter skulle framkomma. Erfarenheter från Sverige, där en delad attest infördes 1991, tyder inte heller på att systemet med delad blankett skulle ge större precision i diagnossättningen (6), medan däremot bortfallet ökade markant (se ovan avsnitt 3.1.1).

Danmark och Norge har förhållandevis mindre plats i dödsattestens Del 2 (bidragande dödsorsaker) än de andra länderna, vilket skulle kunna leda till färre antal rapporterade dödsorsaker. Finska läkare är vana att ange ICD-koder på t ex läkarintyg, anmälningar och vid utskrivningar, och uppmanas också att ange såväl diagnos som ICD-koder på dödsattesten. Den främsta fördelen med detta är att läkarna tvingas slå i klassifikationen och ser ungefär vilken detaljnivå som är nödvändig. Däremot kan det ge bearbetningsproblem hos Tilastokeskus/Statistikcentralen när text och koder inte stämmer överens. De finska koderna uppmanas i princip att inte ta någon hänsyn till läkarens koder utan att koda dödsattesterna enbart med ledning av texten. Det finns några undantag, t ex då man tror att läkaren med koden velat förmedla information som man inte velat att andra personer med tillgång till dödsattesten skall förstå. Eftersom frågan om finska läkares kodning diskuterats också i internationella sammanhang, föreslår arbetsgruppen att man genomför en studie för att belysa hur ofta och hur mycket läkarnas egen ICD-kodning påverkar Tilastokeskus/Statistikcentralens kodning, framför allt beträffande val av underliggande dödsorsak.

Finland använder ICDs särskilda dödsattest för dödfödda och neonatala dödsfall. Eftersom andra kodningsregler gäller för denna blankett än för den vanliga, innebär det att finsk statistik över dödsfall där tillstånd hos modern påverkat fostret inte är jämförbar med statistik från de övriga nordiska länderna.

Norge har en särskild blankett (dødsmelding fra lensmann til den offentlige lege) som används då läkaren inte haft tillfälle att undersöka den döda kroppen. Detta förfarande används bara undantagsvis och kan knappast påverka jämförbarheten.

Den största skillnaden mellan länderna är annars att den finska blanketten uppmanar läkaren att lämna en kort beskrivning av förloppet i fri text. Detta är ett unikt initiativ även internationellt, och denna sammanfattning av sjukhistorien har lett till att antalet förfrågningar från Tilastokeskus/Statistikcentralen till utfärdande läkare har minskat drastiskt. Sammanfattningen används också av länsläkarna när de kontrollerar om blanketten blivit korrekt ifylld. På minussidan står att fritexten ger kodningsproblem, eftersom kodarna ibland har svårt att avgöra om de skall fästa störst vikt vid diagnoserna i Del 1 resp Del 2, eller vid fritextfältet.

Det skulle vara intressant att undersöka om fältet med fri text har påverkat den finska dödsorsaksstatistiken. Arbetsgruppen föreslår därför en analys av finska data före och efter att man införde fritextrutan 1987. Om det visar sig att fritexten tillfört väsentlig information, bör de andra länderna överväga att införa ett liknande system.

Ytterligare några skillnader mellan blanketterna konstaterades. På den norska blanketten frågar man om dödsfallet var narkotikarelaterat, vilket kodas som en särskild variabel. I Danmark anger läkaren dödstecken, men uppgiften registreras inte. De finska läkarna skall ange sjukhuskod och tjänsteställe, vilket Island planerar att införa på sin nya dödsattest. Syftet är att man skall kunna ta fram uppgifter över dödsfall per specialitet. Sverige begärde klinikkod på 1987 års blankett, men uppgifterna höll så dålig kvalitet att man senare bestämde sig för att inte registrera dem. Finland begär att läkaren i samtliga fall explicit skall identifiera den underliggande dödsorsaken ("1C = ..."), men arbetsgruppen kunde inte se att det skulle kunna leda till skillnader i jämförbarhet. Finland kommer också att ha kryssrutor motsvarande ICD-10s aktivitets-koder.

Trots de talrika skillnaderna mellan dödsattestblanketterna konstaterade arbetsgruppen att de nordiska blanketterna i stort sett begär samma uppgifter och alltså stämmer bättre överens än vad det första intrycket ger vid handen.

Elektronisk dödsattest förekommer ännu så länge inte i någon större utsträckning. I Finland och Norge kan de civila uppgifterna lämnas elektroniskt, men inte själva dödsorsakerna. I Sverige rapporterar rättsläkarstationerna sina dödsfall elektroniskt (ca 6000 fall/år), men detta görs parallellt med sedvanlig rapportering på papper. Anledningen till att elektronisk rapporteringen ännu inte fått större utbredning är framför allt problem sammanhängande med sekretess och attestens legala status. Redan nu finns dock system för t ex elektronisk förmedling av recept från läkare till apotek, och av journalhandlingar mellan sjukhus. Det bör vara möjligt att utnyttja den typ av sekretesskydd som förekommer i dessa system även för elektroniska dödsattester.

Elektronisk rapportering, när den blir allmänt genomförd, skulle kunna ge stora möjligheter att förbättra dödsorsaksstatistikens kvalitet. Man skulle t ex kunna kontrollera data redan när läka-

ren lägger in dödsorsaksuppgifterna, och direkt meddela om det behövs förtydligande information. Elektroniskt rapporterade data skulle också göra automatisk kodning betydligt mer ekonomiskt tilltalande, med åtföljande potentiella vinster i stabilitet och jämförbarhet. Samtidigt krävs stora resurser för att utveckla bra system för elektronisk rapportering, och det finns därför all anledning för de nordiska statistikproducenterna att samarbeta nära inom området.

Alla nordiska länder har eller planerar att införa elektronisk lagring av blanketterna. Danmark har utvecklat ett system för inscanning av bilderna och försöker också tolka diagnostexterna. Finland planerar att utveckla ett scanningsystem med hjälp av expertis från Postgirot. Norge har tagit ett PC-baserat system med scanning och datorstödd kodning i drift under 1997. Sverige arbetar på ett nytt system baserat för automatisk kodning (se vidare avsnitt 3.2.3), och ämnar införa scanning inom något år.

Samtliga länder utom Sverige har sekretess gentemot anhöriga. I Sverige har anhöriga rätt att få information om dödsorsaken från den läkare som vårdat den avlidne, eller som utförde dödsorsaksundersökningen. Ofta begär anhöriga dessutom en kopia av dödsattesten, och en praxis har utvecklats som innebär att närmast anhörig – efter sekretessprövning – kan få en kopia av dödsattesten från Socialstyrelsen eller Statistiska Centralbyrån. Detta har inte varit utan problem, och det har förekommit att anhöriga tvingat läkaren att stryka mindre smickrande diagnoser som alkoholism och drogmissbruk från attesterna. Om Sverige kunde införa samma stränga sekretess gentemot anhöriga som de övriga nordiska länderna borde det ge ett tillförlitligare underlag, och bättre jämförbarhet för t ex missbruksrelaterade diagnoser.

3.1.4 Läkarhandledning

Läkarhandledningar med instruktioner och exempel finns i alla de nordiska länderna. Arbetsgruppen var dock ense om att sådana handledningar inte påverkar vad som skrivs på attesterna särskilt mycket. Man skall inte heller förvänta sig någon större effekt av instruktioner på blankettens baksida. Det är betydligt viktigare hur själva blanketten ser ut, och framför allt själva ledtexterna.

Särskilt utbildningsmaterial (förutom handledningarna) finns inte i något nordiskt land, och alla statistikproducenterna har haft svårt att komma till tals under läkarutbildningen. Inte desto mindre är det viktigt att läkarna känner till huvudprinciperna för attestering av dödsfall. Arbetsgruppen vill därför gärna se att man vid examination av blivande läkare genom ett praktiskt prov kontrollerar att studenten förstått innebörden av de två grundbegreppen "sekvens" och "underliggande dödsorsak". Provet skall inte avse legala förhållanden (t ex när ett dödsfall skall rapporteras till polisen) utan gälla attestering av ett standarddödsfall. Statistikproducenterna hjälper gärna till med att formulera en lämplig fråga.

Arbetsgruppen föreslår att de nordiska länderna tillsammans utvecklar en läkarhandledning för attestering av dödsfall, som varje land sedan kan komplettera efter sina egna behov. Handledningen skulle kunna användas både vid utbildning av läkare och tillställas yrkesverksamma läkare som frågar efter mer detaljerade instruktioner än de som finns på blanketten. Den kan också vara till hjälp för dödsorsaksregistrens personal när de får förfrågningar från läkare om hur dödsfall skall attesteras.

3.1.5 Granskning av dödsattesterna

I Finland kontrolleras dödsattesterna av länsläkaren (en rättsläkare) innan de skickas in till Tilastokeskus/Statistikcentralen, och erfarenheterna är mycket goda. Uppgiftslämnarna är medvetna om att deras dödsattester kommer att granskas av en kollega, vilket förmodligen gör dem mer motiverade att skriva en korrekt dödsattest. Dessutom bevakar rättsläkarna att den avlidne obducerats när bestämmelserna så kräver, och vid dödsfall med otillräckligt preciserade dödsorsaker kan rättsläkaren begära utförligare dödsorsaksundersökning och t ex föreslå obduktion. Förmodligen ger kontrollen bättre data framför allt för våldsam död, dödsfall i hemmet, missöden inom sjukvård och arbetsrelaterade dödsfall. Möjligen innebär detta att finska data för våldsam död inte utan vidare kan jämföras med uppgifter från andra länder. I Norge kontrolleras blanketten av kommunläkaren, och där, liksom tidigare i Danmark, beror resultatet mycket av den person som utför den. Detta stämmer med intrycket från Finland – i de tre största städerna har kontrollen hittills gjorts av läkare som inte är rättsmedicinare, och utbytet blev då mycket osäkrare än då en rättsläkare gick igenom attesterna. Detta kommer att ändras i den nya lagstiftningen.

Sammantaget tyder de nordiska erfarenheterna på att lokal kontroll kan, om den är rätt utformad, förbättra underlaget. Att införa ett system liknande det finska i de övriga nordiska länderna innebär dock en ökad kostnad för datainsamlingen, och arbetsgruppen vill inte göra någon rekommendation i den riktningen innan mer är känt om effekterna av de finska rättsläkarnas granskning av primärmaterialet. Arbetsgruppen föreslår därför en undersökning för att bedöma hur ofta de finska rättsläkarnas granskning medför att en angiven dödsorsak ändras, och hur viktig ändringen är. Det är därför mycket angeläget, och av stort intresse både för Norden och internationellt, att det nya datoriserade finska insamlingssystemet blir sådant att man lätt kan följa upp om en dödsattest har ändrats, när ändringen gjordes och av vem.

Om studien visar att kvalitetsförbättringen är betydande, bör de övriga länderna överväga att införa ett liknande system. I Island finns inte någon klar boskillnad mellan klinisk patologi och rättsmedicinsk patologi, varför ett ev förslag i denna riktning inte äger någon tillämpning där.

3.1.6 Samarbete med andra medicinska register

I dagsläget är det bara det norska dödsorsaksregistret som uppdaterar sina medicinska data med uppgifter från andra register, nämligen Krefregistret, Medisinsk fødselsregister och SSBs statistik över trafikolyckor. Detta konstaterande ledde till en principiell debatt inom gruppen. Skall statistikproducenten nöja sig med de uppgifter som finns på blanketten (dvs ett tvärsnitt av den information som var tillgänglig vid dödsfallet), eller skall man också systematiskt hämta in uppgifter från andra källor? I praktiken torde det vara svårt att skilja effekterna av uppdatering med data hämtade från andra register (vilket inte nämns i ICDs instruktioner för mortalitetsstatistik) från effekterna av förfrågningar till utfärdande läkare (vilket ICD rekommenderar), eller av kompletteringar som läkarna självmant sänder in. Det bör också påpekas att även om dödsorsaker rapporteras efter vissa regler och på en fastställd blankett, ligger högst olika undersökningsformer bakom varje enskild upplysning om dödsorsaken. Det är alltså inte tal om någon ur vetenskaplig synpunkt sett standardiserad insamlingsprocedur, och det kan då inte heller vara ett metodfel att försöka bättra på materialet med de medel som står till buds.

Kvalitets- och innehållsskillnader till följd av uppdatering är ett problem som uppmärksammas också på andra håll. I några länder, t ex England, har man därför två dödsorsaksregister – en icke uppgraderad fil som innehåller data från originalblanketterna, och en fil som är uppgraderad med statistikproducentens kontroller och rättningar. En liknande metod har använts i det svenska hjärtinfarktregistret, där man helt enkelt sammanfört uppgifter från patientregistret och dödsorsaksregistret. Man överlåter sedan åt de enskilda användarna att avgöra om de helst vill utnyttja patientregistrets eller dödsorsaksregistrets uppgifter.

Det är oklart hur ofta Statistisk centralbyrå ändrar underliggande dödsorsak till följd av uppgifter som inkommit från andra medicinska register. För att utvärdera betydelsen av samkörningar med andra register vill arbetsgruppen föreslå en studie som fastställer hur ofta – och på vilken klassifikationsnivå – samkörningen mellan Statistisk centralbyrås preliminära register och andra register leder till att underliggande dödsorsak ändras.

I Sverige skulle det vara svårt att uppdatera dödsorsaksregistret med t ex cancerdata, eftersom cancerregistret oftast är försenat jämfört med dödsorsaksregistret. Däremot skulle det förstås vara möjligt att lägga upp en samlad databas med hälsodata, där man påför uppgifter från olika medicinska register efterhand som de blir tillgängliga.

Ambitionen att få så bra data som möjligt kan minska jämförbarheten, eftersom länder med bra resurser kan lägga ner mer arbete på att rätta och komplettera än andra. Det verkar dock rimligare att varje land försöker komma upp till en så hög kvalitetsnivå som möjligt, än att man skall avstå från kvalitetshöjande åtgärder som inte kan utföras i samtliga nordiska länder.

Norge hämtar uppgift om ålder på nyfödda från medicinska födelseregistret, medan de andra länderna tar dem från blanketten. Det är okänt hur stora avvikelser som detta skulle kunna orsaka, men de kan knappast vara betydande annat än för det första levnadsdygnet.

3.2. Klassificering och kodning

En närmare redogörelse land för land lämnas i Bilaga 3.

Tabell 3. Klassificering och kodning

	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
<i>Kodare:</i>					
– enbart kodning	ja	ja	nej	nej	nej
– utbildning/bakgrund	sundhets- väsendet, inter- nutbildn	röntgenskötare, internutbildn	ej medicinsk, internutbildn	sjuusköt, inter- nutbildn, WHO- centret	sjuusköt, inter- nutbildn, WHO- centret, gäst- föreläsare
<i>Klassificering:</i>					
– regler/bedömning	ICD-regler samt egna tilläggs- regler, bedöm- ning	ICD-regler samt egna tilläggs- regler	ICD-regler	ICD-regler samt egna tilläggs- regler	ICD-regler
– skrivna instruktioner	delvis	ja	planeras	planeras	ja
– kontrollkodning	nej	nej	nej	planeras	ja
– datorstöd	ICD-10-databas	ICD-10-databas, aut länkning av ICD-koder ev ACME	planeras	ICD-10-databas	Mikado, ACME
<i>Medicinsk konsult</i>	rättsmedicin	rättsmedicin, allm patologi	patologi epidemiologi	onkologi	internmedicin, socialmedicin
<i>Förfrågningar</i>	8%	1,3%	8-9%	2%	2%

Förklaringar:

- referenspopulation: befolkningsgrupp för vilken dödsfallen skall redovisas.
- enbart kodning: sysslar de som kodar dödsattesterna enbart med dödsorsakskodning?
- utbildning/bakgrund: har kodarna någon medicinsk grundutbildning, och i så fall vilken? Hur har utbildningen i dödsorsakskodning arrangerats? I samtliga länder får kodarna handledning av den medicinske konsulten.
- regler/bedömning: baseras klassificeringen av dödsfallen på strikt tillämpning av givna instruktioner, eller på en bedömning från fall till fall av vad som verkar vara den rimligaste dödsorsaken?
- skrivna instruktioner: finns skrivna kodningsinstruktioner utöver WHO's anvisningar?
- kontrollkodning: genomförs oberoende kontrollkodning?
- datorstöd: ADB-hjälpmedel vid klassificering och kodning.
- Medicinsk konsult: konsultens/konsulternas medicinska specialitet.
- Förfrågningar: andel dödsattester som skickas tillbaka till utfärdande läkare för komplettering.

3.2.1 Kodare: arbetsuppgifter, bakgrund och utbildning

I Danmark och Finland arbetar kodarna uteslutande med kodning av dödsorsaker. Också i Island arbetar kodaren huvudsakligen med dödsorsaker, men på deltid. I Norge har kodarna annat att växla om med, men kodning är fortfarande den huvudsakliga arbetsuppgiften. I Sverige arbetar några av kodarna mer med annat än med dödsorsakskodning. Det är svårt att uppskatta betydelsen av detta. En tänkbar konsekvens är att dödsorsakskodare med många andra arbetsuppgifter får mindre erfarenhet av ICD och alltså kodar osäkrare, å andra sidan kan arbete med

t ex specialbearbetningar och kontakter med statistikanvändare göra kodarna mer medvetna om vikten av konsekvens i klassificeringsarbetet. I den mån något av detta påverkar statistikutfallet bör det framkomma vid den kodningsstudie som föreslås längre fram i detta avsnitt.

Sverige har sedan ca tio år tillbaka i huvudsak anlitat sjuksköterskor som dödsorsakskodare, och Norge gör detta fr o m att man inför ICD-10. De andra länderna har internutbildad personal, oftast utan medicinsk grundutbildning, men Danmark har under 1997 anställt tre personer med bakgrund inom sundhetsväsendet. Alla länderna kräver goda baskunskaper, framför allt i engelska. Också här är det svårt att uppskatta effekterna på statistiken. Den största skillnaden är antagligen att sjuksköterskor snabbare kan komma in i löpande produktionskodning och dessutom har lättare att identifiera felaktiga dödsattester. Det skall dock påpekas att internationella erfarenheter visar på en större risk för idiosynkratisk kodning med medicinskt utbildad personal, eftersom frestelsen att "korrigera" otillfredsställande dödsattester – utan att kontakta utfärdande läkare – ofta blir för stor (7). Arbetsgruppen var ense om att fortlöpande utbildning, som skall omfatta både klassificeringskunskap och elementär medicinsk statistik, var mycket viktig vare sig kodarna har medicinsk bakgrund eller ej.

Jämförbarheten skulle med största sannolikhet öka om det funnes närmare kontakter mellan de nordiska dödsorsakskodarna. De norska och svenska dödsorsakskodarna har deltagit i internationella ICD-10-kurser, och Norge och Sverige har också gett sina kodare en grundkurs i dödsorsakskodning enligt ICD-10, baserad på en kurs för de baltiska länderna som hölls vid WHO-centret i Uppsala under våren 1996. Norge och Sverige deltar också aktivt i den elektroniska diskussionsgrupp för dödsorsakskodare som startade hösten 1996. För att öka samarbetet mellan de nordiska kodarna föreslår arbetsgruppen därför att de nordiska dödsorsakskodarna ges en gemensam grundutbildning, och att den sedan följs upp med årligen återkommande möten. Resultaten av den kodningsjämförelse som föreslås nedan i avsnitt 3.2.7, och diskussion av skillnader som framkommit i den studien, skulle kunna bli basen för sådana kodarmöten.

I detta sammanhang vill arbetsgruppen peka på ett relaterat problem. Personalomsättningen bland dödsorsakskodare är oftast låg, vilket innebär att problemen blir desto större om en erfaren kodare slutar. I genomsnitt tar det ca ½ år innan en ny kodare kan börja arbeta självständigt med de enklare fallen. Det tar ca ett år innan han/hon klarar merparten av rutinfallen, och två-tre år innan han/hon kan koda mer komplicerade fall. De allra besvärligaste attesterna kräver ytterligare några års erfarenhet. I Island har den kodare som i många år klassificerat dödsfallen nyligen bytt arbetsuppgifter, och i Norge är tre av fem kodare nyanställda. I alla länderna har man upplevt att nya kodare slutat efter en tid, antingen för att arbetet var för komplicerat eller upplevdes som alltför deprimerande. Det är viktigt att personalansvariga chefer inser att klassificering av dödsorsaker är ett kvalificerat arbete som kräver många års erfarenhet, och att yrkets status och lönesättning blir därefter.

3.2.2 Klassificering: regelbaserad eller interpretativ

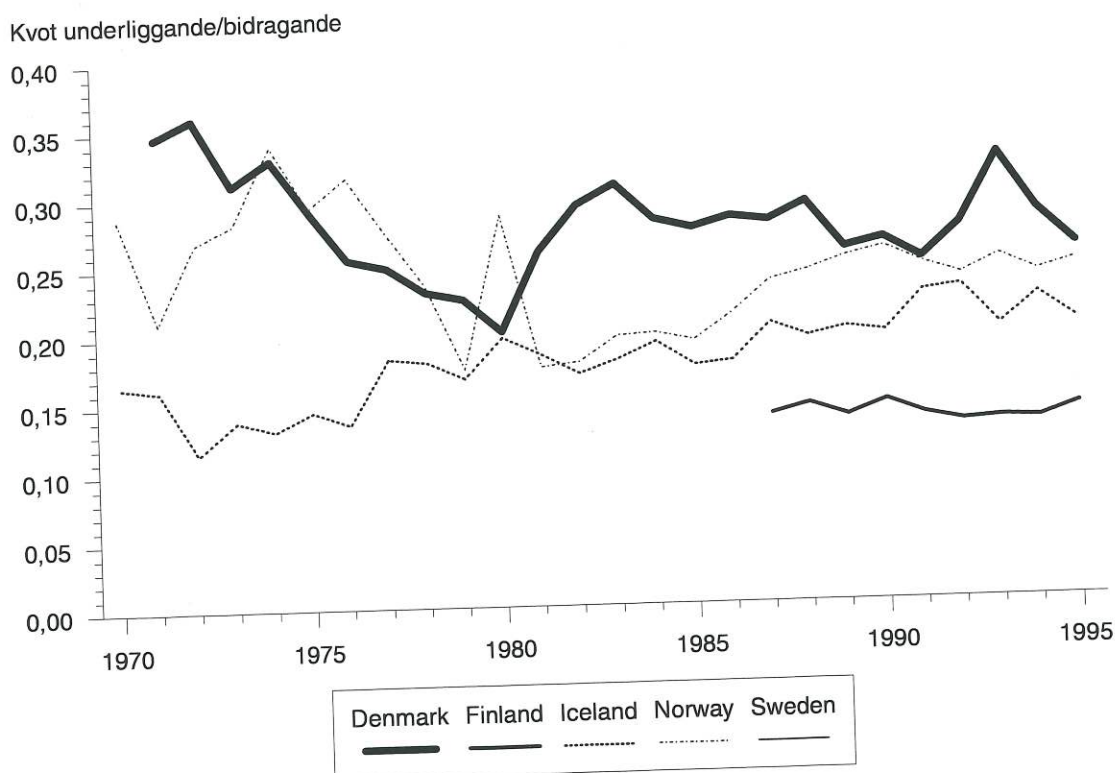
ICD innehåller inte bara själva sjukdomsklassifikationen, utan också detaljerade regler för hur klassifikationen skall användas. Vissa länder uppfattar reglerna som bindande och tillämpar dem slaviskt, andra ser dem mer som allmänna rekommendationer. Skillnaden i synsätt är begriplig – regelbaserad kodning kan kännas otillfredsställande för personer med goda medicinska kunskaper, men är å andra sidan en garanti mot artificiella trender vållade av att kodarna börjat ge större tyngd åt en eller annan favoritdödsorsak.

Vid de årliga möten för nordiska dödsorsakskodare som WHO-centret anordnade 1986-1991 framträdde klara skillnader mellan hur de nordiska länderna klassificerar vissa dödsfall. Finland, Island och Sverige följde ICDs regler tämligen bokstavligt, medan Danmark och Norge förhöll sig betydligt friare till ICD-reglerna och istället försökte göra en helhetsbedömning av vad som var den rimligaste dödsorsaken ("interpretativ kodning"). Detta visade sig särskilt tydligt i kodning av diabetes, bröstcancer och fallolyckor, där bara en liten del av dödsattesterna kodats på samma sätt i alla fem länderna (8).

Både Finland och Norge har numera ändrat sina klassificeringsprinciper och intar ett mellanläge. Man är noga med att följa nationellt fastlagda och klart dokumenterade procedurer, men dessa kan i några avseenden avvika från ICDs regler.

Sverige hade tidigare tillämpat interpretativ kodning. Detta resulterade i stora problem med instabil kodning under 1970-talet, vilket bl a resulterade i många artificiella trender i statistiken (9). I början av 1980-talet beslutade man därför att i fortsättningen tillämpa ICD-reglerna bokstavligt. Man har också lagt ner mycket arbete på att kontrollera och övervaka kodningsprocedurerna, med bl a oberoende kontrollkodning och regelbundet återkommande kodarmöten där man jämför och diskuterar kodning av ett urval dödsattester. Rutinmässig kontroll av stabilitet och precision i kodningen förekommer inte i de andra länderna. Danmark genomförde en kodningsstudie vid övergången från ICD-8 till ICD-10, vilken i första hand avsåg att belysa skillnader mellan de båda klassifikationerna, men som också visade på inkonsekvenser på kapitelnivå i ca 5% av fallen (10). Norge planerar att införa oberoende kontrollkodning.

Diagram 3. Kvot diabetes som underliggande/diabetes som bidragande, 1970-1995



Källa: Sundhedsstyrelsen, Tilastokeskus, Statistisk sentralbyrå, Statistiska Centralbyrån. Island börjar registrera multipla dödsorsaker 1996 och är därför inte med i redovisningen.

Dödsattester med diabetes anses bjuda på ovanligt stora kodningsproblem, och i brist på oberoende kontrollkodning kan en tidsserie med diabetes användas som indikator på ev problem med instabil kodningspraxis. I Diagram 3 visas kvoten mellan antal dödsattester med diabetes som underliggande dödsorsak och antal attester med diabetes som bidragande dödsorsak. En jämn kvot indikerar stabila kodningsrutiner, medan fluktuationer visar på instabil kodning. Diagrammet visar på en mycket jämn kodningspraxis i Finland, och att de finska kodarna är mer restriktiva än sina nordiska kollegor med att välja diabetes som underliggande dödsorsak. De norska kodarna har tenderat att prioritera diabetes mer med tiden, men förändringen är måttlig och kan kanske till en del förklaras med förändrad befolkningsstruktur. Den förbleknar dessutom helt vid jämförelse med de dramatiska svängningarna i Sverige, där en stabil praxis etableras först mot slutet av 1980-talet. Också i Danmark har kodningspraxis skiftat under perioden, men inte lika våldsamt som i Sverige. En nedåtgående trend under 1970-talet bryts 1981, men efter ett par år är läget stabilt. Danmarks nivå ligger högre än i de övriga länderna.

Arbetsgruppen var ense om att skrivna kodningsinstruktioner behövs, inte minst med tanke på att reglerna i ICDs Volume 2 ofta är mycket kryptiskt formulerade och lätt kan tolkas på olika sätt. Nationella instruktioner måste därför innehålla dels en översättning av reglerna i ICD-10, dels kommentarer och fler kodningsexempel. Gruppen var också överens om att instruktionerna måste vara baserade på ICDs kodningsregler och inte får gå emot dessa.

De flesta länderna har redan någon form av interna kodningsinstruktioner, men omfattning och ambitionsnivå skiljer sig åt. I Danmark har man nyligen sammanställt en exempelsamling, men den är inte slutgiltig och gör inga anspråk på att vara fullständig. Finland har en skriven instruktion som också innehåller de viktigaste ICD-reglerna. Den är endast för internt bruk. Island har ännu inga egna kodningsinstruktioner, men arbetar med en översättning av reglerna i Vol 2 av ICD-10. I Norge finns handskrivna instruktioner, och man planerar att samla och systematisera dem. Man skall dessutom översätta ICDs kodningsregler. I Sverige finns en detaljerad kodningsinstruktion som uppdateras relativt ofta, eftersom man vill undvika att kodarna gör många egna anteckningar och följer dem snarare än texten i instruktionshäftet. Den svenska kodningsinstruktionen delas också ut till statistikanvändare som vill veta hur dödsorsakerna klassificeras.

De nordiska länderna bör, med bistånd från Nordisk WHO-center, kunna hjälpa varandra med att utarbeta kodningsinstruktioner. Till att börja med bör länderna byta kodningsinstruktioner med varandra och ge varandra kommentarer. Detta kräver dock att instruktionerna finns på ett skandinaviskt språk eller engelska. Med tanke på klassificeringsprocedurernas stora betydelse för den färdiga statistiken föreslår arbetsgruppen att ett möte för nordiska mortalitetsstatistiker och kodare anordnas där man diskuterar uppläggning av kodningsinstruktioner, ev skillnader mellan de olika ländernas instruktioner och hur man skall kunna samordna dem.

Som nämnts ovan i avsnitt 3.1.3 använder Finland den särskilda dödsattesten för perinatala dödsfall, medan de övriga nordiska länderna använder samma dödsattest för nyfödda som för vuxna. Till följd av att särskilda kodningsregler gäller för perinatalblanketten, kan diagnoskoder i intervallet P00-P04 (Fetus and newborn affected by maternal factors) aldrig bli underliggande dödsorsak i finsk statistik, medan de mycket väl kan förekomma i statistik från de andra nordiska länderna. Betydelsen och omfattningen av detta bör utredas.

3.2.3 Datorstöd och automatisk kodning

Vid traditionell, manuell kodning klassificeras dödsfallen genom att kodarna antecknar kodnummer för underliggande (och eventuellt också bidragande) dödsorsaker på själva dödsattesten, varpå attesterna skickas till dataregistrering. Samtliga nordiska länder har nu infört, eller kommer inom kort att införa, produktionssystem där kodaren själv matar in koderna i ADB-systemet. Kodaren kan ha mer eller mindre hjälp av applikationen för att göra detta.

Vid *datorstödd kodning* har man åtminstone tillgång till en datoriserad version av ICD-10 och kan söka efter termer eller koder. Validitetskontroller brukar också ingå, så att kodaren t ex inte kan skriva in en kod som inte finns i ICD. Systemet ger också ofta hjälp med andra åtgärder i samband med kodning, t ex att skicka frågor till läkaren, eller markera blanketter för specialbehandling.

Vid *automatisk kodning* matar man in diagnostexterna i systemet, inte ICD-koder som vid datorstödd kodning. Den datoriserade kodningen genomförs oftast i tre steg: termkodning, kodning av underliggande dödsorsak och kodlänkning (också kallat multipelkodning).

I termkodningen tilldelas varje diagnos term en ICD-kod, och för varje diagnos term anges också termens position på attesten. Vanligtvis matchar kodningssystemet först diagnostexterna mot systemets lexikon, och påför automatiskt en ICD-kod för alla termer som återfinns. Termer som inte har någon motsvarighet i lexikonet markeras för interaktiv termkodning, vilket innebär

att en kodare får gå igenom de icke kodade termerna och tilldela dem ICD-koder, t ex genom att rätta stavfel, byta ut en ovanlig term mot en synonym eller direkt skriva in en ICD-kod. Termkodning är språkberoende, och mjukvara som utvecklats för ett visst land eller språkområde kan inte utan vidare användas för ett annat språk. Detta gäller inte bara systemets lexikon över diagnostermer. Skillnader i syntax och ordbildning kan också medföra att en programvara som fungerar bra för ett språk är olämplig för ett annat.

Vid kodning av underliggande dödsorsak väljer systemet ut en underliggande dödsorsak enligt ICDs regler, och i det tredje steget (kodlänkning) elimineras överflödigt information genom att koddubletter tas bort och att ICDs kombinationskategorier utnyttjas så mycket som möjligt. Exempelvis kodas nu hjärtsvikt till följd av hypertoni med koden för "hypertoni med hjärtsjukdom", inte som i termkodningen med två separata koder för "hypertoni" resp "hjärtsjukdom". I båda dessa steg baseras bearbetningen på ICD-koder, och man kan utnyttja internationell programvara. I praktiken innebär "internationell programvara" det amerikanska programpaketet ACME ("Automated Classification of Medical Entities", kodning av underliggande dödsorsak) och TRANSAX ("TRANSLation of record AXis", kodlänkning), som blivit de facto-standard inom området.

Danmark, Finland och Norge har datorstött kodning, och Finland har också en programvara som automatiskt länkar olika ICD-koder enligt föreskrifterna i klassifikationens manualer (kodlänkning). I dagsläget har bara Sverige fullt utbyggd automatisk kodning.

Eftersom några nordiska länder överväger att införa automatisk kodning, kan det vara lämpligt att presentera Sveriges erfarenheter närmare.

Det fanns flera anledningar till att Sverige införde automatisk kodning. I början av 1980-talet blev man medveten om att inkonsekvent kodning hade skapat många artificiella trender i statistiken, och enligt en studie är minst hälften av de statistiskt signifikanta trenderna under 1970-talet artefakter (9). Man bestämde sig för att överge den interpretativa kodningen, som ledde till stora skillnader mellan kodarna, och bestämde att ICD-reglerna fortsättningsvis skulle tillämpas bokstavligen. Detta ledde inte omedelbart till en tillräcklig stabilisering av läget. Kodare som under många år arbetat "interpretativt" kunde inte utan vidare ställa om sig till den nya metoden. Sverige såg inget annat val än att införa automatisk kodning, med förhoppningen att det skulle göra kodningen mindre beroende av enskilda personers bedömningar. Ett annat skäl att införa automatisk kodning var att man fått en kraftig eftersläpning i statistiken, och att det inte var ekonomiskt möjligt att nyanställa så många kodare som hade behövts för att arbeta in eftersläpningen.

Eftersom det största kodningsproblemet var inkonsekvenser vid val av underliggande dödsorsak började man med att datorisera val av underliggande dödsorsak. Fullständig – till att börja med manuell – termkodning infördes därför i samband med övergången till ICD-9 1987, och underliggande dödsorsak valdes med hjälp av den amerikanska programvaran ACME. Detta gav ett stabilare val av underliggande dödsorsak. Samtidigt innebar den fullständiga multipelkodningen visst merarbete – Sverige hade redan tidigare haft multipelkodning, men inte fullständig – och för att göra kodningen snabbare beslöt man sig för att gå vidare med automatisk termkodning. Under 1989 började Statistiska Centralbyrån därför att utveckla Mikado ("MultiPelKodning Av DödsOrsaker"), en programvara för termkodning. Den har använts i löpande produktion sedan 1993.

Diagnostexter och annan information på dödsattesterna registreras av professionella dataaregistrerare, inte av kodarna själva. Det bearbetas sedan i arbetsomgångar på ca 450 blanketter. Mikado matchar de registrerade uttrycken mot ett lexikon. Om Mikado inte hittar uttrycket i lexikonet redigeras det i en språkstandardiseringsmodul, varpå Mikado gör om lexikonsökningen. Utformningen av språkstandardiseringsmodulen är av kritisk betydelse för ett textkodningssystem, vilket illustreras av att före redigering återfinns ca 40% av uttrycken i lexikonet, men efter redigering stiger träffprocenten till ca 90. För 65% av attesterna löser Mikado samtliga kodningsproblem, medan resterande 35% kodas interaktivt. Efter termkodning körs posterna genom ACME, som utan problem kan välja ut en underliggande dödsorsak i ca 99% av fallen. Återstående poster måste kontrolleras av en erfaren kodare. Efter ACME följer TRANSAX-bearbetningen, där termkoderna översätts till länkade koder. Eftersom antalet kombinationskategorier var relativt litet i ICD-9 använde Sverige inte TRANSAX under perioden 1987-1996, men det blir nödvändigt att göra det med ICD-10, som har betydligt fler kombinationskoder.

Statistiska Centralbyrån har nu kodat ca 400 000 dödsattester med Mikado och ACME. Fördelarna är uppenbara och kodningen är nu både stabilare och snabbare. Under 1992, året innan Mikado infördes, var kodningsfelet 7.2% på ICD-9s fyrteckennivå. Året efter hade det sjunkit till 3.1%. Av dessa berodde 0.7% på fel i själva kodningssystemet, 2.1% på fel i den interaktiva kodningen, och bara 0.3% på registreringsfel. Tack vare den förbättrade kvaliteten på kodningen har det varit möjligt att skära ner antalet kontroller av kodningskvalitet, vilket också gett en tidsvinst.

Själva kodningen går uppskattningsvis dubbelt så fort med Mikado och ACME som manuellt. Paradoxalt nog får kodarna ofta intrycket att kodningen går långsammare än förut. Det beror på att kodningssystemet klarar alla enklare fall, och att den interaktiva kodningen mest gäller komplicerade blanketter. Det är viktigt att komma ihåg att automatisering innebär att arbetsuppgifter skapas: köra batchjobb, uppdatera lexikonet, lösa problem med dataflödet mm. Större delen av detta görs av kodarna själva, inte av ADB-personal.

Kostnaderna för dataregistrering blir förstås betydligt högre med automatisk kodning, som kräver diagnoser i klartext, än med manuell kodning, där det räcker att registrera koder. Därför blir automatisk kodning förmodligen inte "lönsam" förrän man har ett system där en stor del av blanketterna kommer in i elektronisk form till statistikproducenten och man på så sätt får ner kostnaderna för dataregistrering.

Ett problem med automatisk kodning är att kunskaperna i dödsorsaksklassificering riskerar att försvinna. Kodarna blir så vana att systemet oftast har rätt att de inte bryr sig om att kontrollera vad systemen presterar. För att kodningskunskaperna inte skall gå förlorade måste personalen regelbundet koda ett visst antal blanketter manuellt.

När Mikado och ACME infördes sågs ingen märkbar förändring av dödsorsaksmönstret i Sverige, vilket till största delen berodde på att man under ett par års tid använde manuell och automatisk kodning parallellt, och kunde justera de automatiska systemen efter svensk kodningspraxis. Vid övergången till ICD-10 kommer man istället att följa internationella normer, eftersom en av tankarna bakom automatisk kodning är just att eliminera nationella särdrag vid klassificeringen. Har man inte möjlighet att justera programvaran efter den manuella kodningen kommer förmodligen trendbrott att inträffa vid övergång till automatisk kodning, särskilt om man använder programvara som utvecklats i ett annat land. Omfattande bridgekodning blir då

nödvändig för att analysera skillnaderna som vållats av övergången från manuell till datoriserad kodning (11).

Automatisk kodning diskuteras mycket bland de nordiska statistikproducenterna. Åtminstone Finland kommer förmodligen att införa något sådant system, men man har problem med att få in texterna i databasen till rimlig kostnad. Man hoppas mycket på scanning och texttolkning (en stor del av de finska attesterna är maskinskrivna), men några resultat föreligger ännu inte. I Norge är man mera tveksam, särskilt som det är svårt att kombinera automatisk kodning av dödsattesterna med uppdatering av data från andra källor än dödsattesten. Med tanke på detta kunde det vara lämpligt att anordna ett seminarium om automatisk kodning, t ex i regi av det nordiska WHO-centret. Det skulle kunna baseras på den EU-rapport som kommer att föreligga i juni 1998 (det sk SupCom/Lot11-projektet, som leds av Frankrike och där Sverige är en av deltagarna). Under seminariet bör man diskutera för- och nackdelar med automatisk kodning, inte minst ur kodarnas synpunkt, demonstrera några programvaror och gärna ha någon gästföreläsare med gedigen erfarenhet inom området, t ex från USA eller Frankrike.

3.2.4 Medicinsk konsult

Samtliga nordiska länder anlitar medicinska konsulter, men konsulterna företräder olika medicinska specialiteter. Detta kan möjligen påverka bedömningarna: t ex har Island en patolog och epidemiolog som också förestår cancerregistret, och vid de nordiska kodningsmötena har man också haft den största andelen döda i maligna tumörer. Finland anlitar rättsläkare, och det skulle vara intressant att studera om detta påverkar klassificeringspraxis. Sverige utnyttjar också internationella experter, framför allt genom den internationella diskussionsgruppen för mortalitetsklassifikation. En ytterligare skillnad är att de svenska konsulterna bara i undantagsfall har något inflytande över klassificeringen av enskilda dödsfall. De deltar i utformandet av generella instruktioner, och utfärdar vid behov nya dödsattester baserade på journalhandlingar. Däremot överlämnas kodning och klassificering till kodarna.

Genom den föreslagna kodningsstudien, och jämförelse av de nordiska ländernas kodningsinstruktioner, bör man kunna bedöma i vilken grad konsultläkarnas specialitet och sätt att arbeta påverkar statistiken.

3.2.5 Förfrågningar till utfärdande läkare

Sverige begär ytterligare information för dödsfall med illa preciserad dödsorsak om personen var under 75 år gammal, samt vid misstanke om operationskomplikation, HIV eller våldsam död. Omfattningen är ca 2%. Danmark har inga skrivna instruktioner för vilka dödsattester som skall returneras till utfärdande läkare, men man bedömer att rutinerna är ungefär samma som i Sverige. Andelen förfrågningar är högre, ca 8%. Också Finland tillämpar ungefär samma principer, men antalet förfrågningar har minskat sedan man införde rutan med fri text. I Island avgör den medicinske konsulten från fall till fall vilka attester som skall returneras till utfärdande läkare. Omfattningen är 8-9%/år. Också Norge tillämpar i stort sett samma regler och man skickar förfrågningar för ca 2% av dödsattesterna.

Det förefaller alltså inte finnas några större skillnader beträffande principerna för att skicka tillbaka attesterna till utfärdande läkare, men frekvensen är olika. Självfallet kan det avspegla såväl skillnader i praxis för förfrågningar som skillnader i basmaterialets kvalitet. Den föreslagna kod-

ningsstudien skulle kunna visa om man har olika praxis för förfrågningar, i och med att kodarna anger vilka attester de skulle ha skickat tillbaka till attestator.

3.2.6 Valideringsrutiner och andra mjukvarukontroller

Alla länderna använder någon typ av maskinell kontroll av dödsorsaksfilerna, oftast baserade på t ex diagnos kontrollerad mot ålder och/eller kön. Gruppen enades om att vi bör utbyta kontrollfiler (validitetskontroller, "file edits"), och på sikt försöka utarbeta en nordisk minsta gemensamma nämnare för datoriserade kontroller, även om den gemensamma bedömningen var att de fel som fångas upp via maskinella kontroller är så få att det knappast påverkar jämförbarheten.

3.2.7 Kodningsstudie

Det är i dagsläget inte möjligt att säga varken hur stora klassificeringsskillnaderna mellan de nordiska länderna är eller vilka diagnosgrupper som i första hand berörs, eftersom det dödsattestmaterial som användes vid WHO-centrets kodarmöten inte baserades på ett slumpurval. Det är ändå helt klart att klassificerings- och kodningsrutiner har grundläggande betydelse för jämförbarheten, och arbetsgruppen föreslår därför att en nordisk kodningsstudie genomförs. För att undvika ett ohanterligt stort urval föreslås en serie mindre årliga studier, och att de fem nordiska länderna i tur och ordning ansvarar för att dra urvalet och distribuera blanketterna till de övriga länderna. Varje år identifieras en problemdiagnos, och det land som har den högsta andelen döda i denna problemdiagnos får i uppdrag att göra ett slumpmässigt urval om 50 attester för personer med problemdiagnosen som underliggande dödsorsak. På så sätt får man viss uppfattning om vilka diagnoser som de andra länderna väljer istället. Dessutom skall en kontrollgrupp om 150 attester dragna från alla andra dödsorsaker också ingå, detta för att ge något begrepp om andelen falskt negativa. Materialet bör vara uppdelat på två åldersgrupper, 0-64 resp 65+ år.

Arbetsgruppen inser att urvalet är litet och att konfidensintervallen kan bli obehagligt vida, men kan inte se någon annan möjlighet att göra studien hanterlig. Det måste också vara värdefullare att ha kontinuerliga kodningsjämförelser mellan länderna som regelbundet följs upp vid nordiska möten än en enstaka större studie som kanske snabbt sjunker i glömska.

Av praktiska skäl bör Sverige göra urvalet för det första året eftersom Sverige redan har kodat ett större antal dödsattester i ICD-10 och har diagnostexterna lagrade i en databas. Det gör det relativt enkelt både att göra urvalet och att distribuera materialet. Utskicket görs under hösten 1998 och i form av en fil med elektroniska blanketter. Om varje land påför ICD-koder i elektronisk form blir bearbetning och analys betydligt enklare. Vid kodningen bör varje land också ange om man hade velat skicka tillbaka attesten till utfärdande läkare och om man har anlitat medicinsk konsult för kodningen. Kodningen skall omfatta både underliggande och bidragande dödsorsak.

Arbetsgruppen föreslår att WHO-centret i Uppsala står för analysen av resultatet, och att centret också leder diskussionen av resultatet. Man bör då koncentrera sig på skillnaderna mellan regelbaserad och interpretativ kodning, och ta upp de ICD-regler som är aktuella i sammanhanget. På så sätt skulle de årliga kodningsjämförelserna bli utgångspunkten för en gemensam nordisk kodarutbildning (jfr ovan).

Resultatet av jämförelserna kan möjligen också användas för beräkning av korrektionsfaktorer vid jämförelser av nordisk dödsorsaksstatistik.

3.3. Registrens innehåll och datadissemnering

För en redogörelse nationsvis, se Bilaga 4.

Tabell 4. Registrenes innehåll och datadissemnering

	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
<i>Elektroniskt register:</i>					
– innehåll bestäms av	Sundhedsstyrelsen/ Registertilsynet	Statistikcentralen	Hagstofa/ Medicinalstyrelsen	Helsetilsynet/ Statistisk Sentralbyrå	Socialstyrelsen
– framställs av	Sundhedsstyrelsen	Statistikcentralen	Hagstofa	Statistisk Sentralbyrå	Statistiska Centralbyrån
– från år	1970	1960	1971	1951	1952
– multipla år (antal)	1961 (3) 1997 (3)	1970 (2) 1996 (60)	1987 (24) (fullständig)	1996 1969 (4)	1959 (3) 1969 (6) 1987 (33) 1997 (48)
– data också från	befolkningsregistret	utgör del av befolkningsdatabasen	befolkningsregistret	befolkningsregistret	befolkningsregistret
– kortlistor	DK-listan (49) 14 grupper 8 grupper	finsk A-lista (48) finsk B-lista (79)	BTL (2-siffer) 7 grupper 4 grupper	BTL (3-siffer) nordisk lista	BTL (3-siffer) nordisk lista
– standardpopulation	1985 års befolkn 1986	män 1960 standard pop	European "new"	används ej årligen	fastställs livslängdstabell
<i>Publicering:</i>					
– former	egen årsbok Internet planeras ev CD-ROM	egen årsbok	gemensam årsbok, egen 10-års-publikation	egen årsbok Internet	egen årsbok diskett med Excel-ark Internet
– senaste år	1994/95	1995	1995	1995	1996

Förklaringar:

- referenspopulation: befolkningsgrupp för vilken dödsfallen skall redovisas.
- elektroniskt register: dödsorsaksregister i elektronisk form.
- innehåll bestäms av: vem/vilka bestämmer över registrets innehåll.
- registret framställs av: vem/vilka sammanställer registret.
- från år: från och med år.
- multipla från (antal): multipla dödsorsaker från och med år; inom parentes anges maximalt antal multipla dödsorsaker per avliden, vid ändringar anges första dataår med det nya antalet multipla dödsorsaker.
- data också från: vilka andra icke medicinska register utnyttjas vid framställningen av dödsorsaksregistret?

- kortlistor: de förkortade dödsorsakslistor eller grupperingar av dödsorsaker som används i publikationerna.
- standardpopulation: standardbefolkning som används vid beräkning av standardiserade dödstal.
- publicering: huvudsakliga publiceringsformer.
- senaste år: senaste tillgängliga dataår.

3.3.1 Registerförare, lagstiftning och andra bestämmelser om register

I Danmark framställs registret av Sundhedsstyrelsen, medan de nationella statistikbyråerna ansvarar för registret i Finland och Island. I Norge ägs registret av Helsetilsynet, men framställs och administreras av Statistisk sentralbyrå, som också får anslaget för verksamheten. I Sverige är Socialstyrelsen ansvarig för registret, förvaltar anslaget och handhar publicering. Däremot framställs registret av Statistiska Centralbyrån.

Organisationsskillnaderna i sig betyder förmodligen lite för jämförbarheten mellan de nordiska länderna. Däremot kan skillnader mellan hur de nationella hälsovårdsmyndigheterna prioriterar olika statistikgrenar påverka jämförbarheten. Om man i ett land bestämmer för sig en ambitionssänkning inom dödsorsaksstatistiken kan det medföra att vissa jämförelser med de andra nordiska länderna inte kan utföras.

Det finns vissa skillnader mellan lagstiftning och övriga registerbestämmelser i de nordiska länderna, men inget som bedömdes påverka registerkvalitet, statistikproduktion eller jämförbarhet.

3.3.2 Nationella koder

Flera länder har infört egna dödsorsakskoder, oftast en ytterligare finindelning av ICD-koden. Detta medför att innehållet i variablerna "underliggande dödsorsak" och "multipel dödsorsak" inte är helt jämförbart. Så länge man kan komma fram till den internationella ICD-koden genom att helt enkelt trunkera koden är detta inget problem för jämförbarheten. Det är mer komplicerat om en nationell anpassning innebär att man placerar ett tillstånd i en annan kategori (t ex att Sverige i ICD-10 kodar "metastaser UNS" under C79 istället för under C80), eller har klassificeringsanvisningar som inte följer instruktionerna i ICD-10 (t ex Norges regler för kodning av bronkiektasier och kronisk obstruktiv luftvägssjukdom i ICD-9). Arbetsgruppen föreslår därför att varje land publicerar listor med nationella koder som inte stämmer överens med ICD-10, och anger för varje kod hur den skall översättas till internationell ICD-kod. Avvikelser från ICDs kodningsinstruktioner bör också specificeras i dödsorsakspublikationerna.

Den finska versionen av ICD-10 har ett stort antal fördjupningskoder, men man avser att gå över till den internationella versionen för dödsorsaksstatistikens del. Det innebär att samtliga nordiska länder kommer att basera sin dödsorsaksstatistik på ICD-10s engelskspråkiga utgåva. Island har översatt ICD-10 utan att göra några modifikationer, vilket gör att något problem med nationell version inte existerar där.

3.3.3 Multipla dödsorsaker

Det är svårt att se några avgörande skillnader mellan de nordiska dödsorsaksregistrens innehåll utom på en punkt: multipla dödsorsaker. I gengäld varierar principerna för kodning och lagring av multipla dödsorsaker desto kraftigare. ICD-manualerna innehåller inga anvisningar om kod-

ning av multipla dödsorsaker, utan det står varje land fritt att utforma sina egna kodningsprinciper. I Finland och Sverige kodar man allt som nämns på blanketten, eftersom det behövs för korrekt bearbetning i de programvaror som används vid registerframställningen. Även Island kommer att få ett register som omfattar alla tillstånd på blanketten. Övriga länder kodar antingen "länkade" koder (dvs man kombinerar så många diagnoser som möjligt i en ICD-kod) eller ett mellanting, där man kombinationskodar vissa tillstånd men kodar andra separat. Man gör då också ett urval och kodar bara sådana tillstånd som bedöms vara särskilt intressanta.

Den stora skillnaden i kodning gör att nordiska analyser av multipla dödsorsaker inte verkar möjliga, vilket är en allvarlig begränsning. I och med att befolkningens medelålder stiger kan man räkna med att multipla dödsorsaker kommer att få en allt större betydelse, eftersom äldre relativt ofta dör till en följd av samverkande, men sinsemellan orelaterade sjukdomar, och analyser baserade på enbart underliggande dödsorsak alltså kan bli missvisande. Arbetsgruppen slår därför att ett nordiskt protokoll för kodning av multipla dödsorsaker utarbetas. Det skall specificera en "minsta gemensam nämnare" för redovisning av multipla dödsorsaker och beskriva slutresultatet av multipelkodningen och den uppsättning multipla dödsorsaker som skall finnas i den färdiga registerfilen. Ev kan ett sådant protokoll baseras på programvaran TRANSAX (se ovan avsnitt 3.2.3). I princip innebär detta att statistiska redovisningar och jämförelser skall baseras på länkade koder och inte på termkodning.

3.3.4 Kortlistor

Ett annat praktiskt problem vid försök till jämförelser mellan publicerade siffror är att länderna använder olika grupperingar av dödsorsaker. T ex publicerar inte Finland data på ICDs detaljnivå utan efter en finsk kortlista, eftersom detaljdata inte efterfrågas särskilt ofta och man bedömer att publiceringen skulle bli omotiverat kostsam om den baserades på ICDs detaljkod. Sveriges erfarenheter är däremot att statistik användarna är mycket intresserade av detaljuppgifter. Även om arbetsgruppen alltså inte var ense om vilken detaljnivå som är önskvärd i den tryckta publikationen, enades vi om att det är önskvärt att göra detaljdata tillgängliga i någon form, gärna på Internet.

Norge, Island och Sverige använder internationella kortlistor (Basic Tabulation List, Norge och Sverige dessutom den nordiska listan), medan Danmark och Finland använder nationella förkortade listor. Den som vill jämföra nordisk dödsorsaksstatistik får gå till *Nordisk statistisk årsbok*, som har antal döda efter nordisk lista, eller *Helsestatistik for de nordiske lande*, som redovisar standardiserade dödstal (efter European Standard Population) enligt nordisk lista. Arbetsgruppen var ense om att man bör använda den nya europeiska kortlistan i sina publikationer för ICD-10.

Övergången till ICD-10 kommer att vålla problem med tidsserier. Dels har vissa diagnostiska grupper bytt plats (t ex förs "bakteriemi" till kapitel I i ICD-10, men klassificerades tidigare i kapitel XVI), dels har klassificeringsreglerna ändrats (t ex kunde Kaposi sarkom inte bero på HIV-infektion i ICD-9, vilket däremot accepteras i ICD-10). Omflyttningarna kan i viss mån hanteras med hjälp av en detaljerad översättningslista (i detta sammanhang bör det observeras att den nordiska morbiditetslistan oftast har noggrannare översättningar från ICD-10 till ICD-9 än den europeiska dödsorsakslistan). För att uppskatta inverkan av förändringar i kodningsreglerna krävs däremot omfattande dubbelkodning (bridge coding) i de båda ICD-revisionerna.

Användarna måste uppmärksammas på att klassifikationsbytet kan åstadkomma trendbrott, och att enbart listor med kodöversättningar inte löser problemet.

3.3.5 Standardpopulationer

När de nordiska länderna beräknar standardiserade dödstal använder man olika standardpopulationer. Skillnaderna kan bli betydande, särskilt med någon internationell standardpopulation som avviker mycket från den faktiska åldersstrukturen i de nordiska länderna. Samtidigt är det svårt att argumentera för en särskild nordisk standardpopulation, eftersom internationella jämförelser ofta baseras på väletablerade internationella standardpopulationer och många statistik-användare efterfrågar just de siffrorna. En möjlighet skulle kunna vara att dels använda någon internationell standardpopulation, t ex den nya europeiska standardpopulation som utarbetats av WHO:s Europakontor, och dessutom redovisa icke standardiserade dödstal i femårsgrupper. Eftersom standardpopulationer är ett generellt problem som inte bara berör dödsorsaker, gör arbetsgruppen ingen rekommendation utan avvaktar en generell diskussion inom NOMESKO. Under alla förhållanden bör ländernas publikationer klart ange vilka standardpopulationer och beräkningsmetoder som använts. Användarna bör också uppmärksammas på att dödstalen kan påverkas mycket kraftigt av standardpopulationen.

3.3.6 Statistikermöten

Arbetsgruppen konstaterade att det finns många frågor rörande t ex statistikens innehåll, allmänna principer för registerframställning, publicering och rutinanalys som vi med fördel skulle kunna avhandla tillsammans. Vi föreslår därför att årliga möten för nordiska mortalitetsstatistiker och statistikansvariga anordnas. Av kostnadsskäl vore det lämpligt att samordna dessa möten med de nordiska kodarmöten som avhandlats tidigare. Arbetsgruppen vill framhålla att denna typ av samarbete är särskilt viktig nu i samband med övergången till ICD-10. Eftersom man ännu inte hunnit utbilda några nationella traditioner avseende ICD-10, är detta ett gyllene tillfälle att öka jämförbarheten genom att de nordiska statistikproducenterna diskuterar och löser sina produktionsproblem tillsammans och inte var för sig. Flera länder har också nya medarbetare och för dem skulle nordiska möten kunna ge viktig information och bli en värdefull vidareutbildning. Målet skall vara att återskapa det nära samarbete mellan de nordiska länderna som bröts när länderna införde ICD-10 vid olika tillfällen.

3.4. Resurser

Givetvis påverkas statistikens kvalitet, och därmed jämförbarheten med andra länder, av de tillgängliga resurserna. Detta avgör bl a hur fullständigt registret blir, hur många av de ofullständigt ifyllda attesterna som kan returneras till utfärdande läkare för komplettering, hur mycket man kan kontrollera konsekvens i kodning och annan bearbetning, och hur mycket de medicinska konsulterna kan anlitas.

Ländernas olika finansieringssystem och olikheter i uppläggningsen av arbetet (t ex om kodarna enbart sysslar med kodning eller också har andra arbetsuppgifter) gör det svårt att direkt jämföra resurserna (se också Bilaga 5). Det är ändå klart att Sverige har färre antal kodare per dödsfall än övriga länder, vilket förklaras av att man använder automatisk kodning. Av de övriga länderna har Norge flest kodare, men de har andra arbetsuppgifter utöver kodning. Det skall

också betonas att fyra av de fem kodarna fortfarande är under inskolning och inte kommer att uppnå full produktionskapacitet förrän om några år. I Danmark är fyra personer (varav tre fortfarande under utbildning) sysselsatta med kodning, och ytterligare två personer arbetar med scanning av blanketterna. Dessutom är två statistiker delvis knutna till dödsorsaksregistret.

Referenser

1. Westerling R. *The "avoidable" mortality method. Empirical studies using data from Sweden.* Department of Social Medicine, Uppsala University Hospital. 1993.
2. Percy C., Dolman A. *Comparison of the coding of death certificates related to cancer in seven countries.* Public Health Rep, 93:335-50. 1978.
3. Jougl E., Papoz L., Balkau B. and the Eurodiab Subarea C study group. *Death certificate coding practices related to diabetes in European countries – the Eurodiab study.* Int J Epidemiol, 21:343-351. 1992.
4. Balkau B., Jougl E., Papoz L. and the Eurodiab study group. *European study of the certification and coding of causes of death of six clinical case histories of diabetic patients.* Int J Epidemiol 22:116-126. 1993.
5. Engeland A et al. *Prediction of cancer mortality in the Nordic countries up to the years 2000 and 2010.* APMIS Suppl. 49: Vol. 103. 1995.
6. Johansson LA. *Changes in Swedish Death Certification Practice.* WHO/HST/ICD/C/97.56. 1997.
7. Harding A, Taylor E. Personligt meddelande.
8. Carsjö K., Johansson LA och Mosbech J. *Comparisons of mortality coding practices in the Nordic countries.* [WHO/]SES/ICD/C/92.12. 1992.
9. Lindahl BIB., Johansson LA. *Multiple cause-of-death data as a tool for detecting artificial trends in the underlying cause statistics: a methodological study.* Scan J Soc Med. 22:2. 1994.
10. Bille H., Schiøler G.: *Bridge Coding Between ICD-8 and ICD-10 of 5000 Death Certificates.* WHO/ESS/ICD/C/95.33. 1995.
11. Rooney C., Devis T. *Mortality trends by cause of death in England and Wales 1980-94: the impact of introducing automated cause coding and related changes in 1993.* Population Trends No. 86, Winter 1996.
12. Gjertsen F. *Dødsårsagsregistret i Statistisk sentralbyrå. Rapport om virksomheten i 1996.* Statistisk sentralbyrå, notater 1997/65. 1997.

Bilaga 1

Mandat for arbejdsgruppen til kortlægning af forudsætningerne for samordning af dødsårsagsstatistikken i de nordiske lande

Arbejdsopgaver:

Arbejdsgruppen undersøger først forudsætningerne for en samordning af produktionsrutinerne for den ICD-10-baserede dødsårsagstatistik i de nordiske lande. I den forbindelse skal der ske en kortlægning af den aktuelle produktionssituation i de nordiske lande i 1997 samt en beskrivelse af planlagte ændringer.

Følgende aspekter skal belyses og sammenlignes:

Indsamling af materiale

- Registerlovgivningen
- Lovgivningen i øvrigt (krav om attest, datasikkerhed, tidsfrister m.v.)
- Blanketgang
- Praksis med hensyn til dødsårsagskodning/obduktion
- Instruktion til lægerne
- Datasikkerhedsbestemmelser
- Attestens udformning

Kodning og anden bearbejdning

- Hvilke kodeinstruktioner anvendes?
- Hvor omfattende er de?
- Hvorledes uddannes nye kodere?
- Bruges edb til støtte for kodningen?
- Kontrol af indkommet materiale?
- Fuldstændighedskontrol?
- Hvorledes håndteres problematiske dødsattester? (Spørgsmål til læger, konsulenter, kontrol gennem kørsel mod andre registre m.v.).
- Hvilke rutiner for fuldstændighedskontrol har man?
- Foregår der kontrollkodning, og hvorledes er den organiseret?
- Eksisterer der automatisk logisk kontrol?

Ressourcer

- Antal kodere
- Antal konsulenter
- Statistikere
- Andet personale
- Edb-faciliteter
- Økonomi

Dødsårsagsstatistikens indhold

- Indeholder registrene multiple dødsårsager, og hvorledes kodes disse?
- Hvilke øvrige variable indeholder de enkelte landes dødsårsagsregistre?
- Hvilke interesser påvirker valget af variable?
- Forudsætninger for kobling til andre registre
- Hvilke år omfatter de edb-baserede registre?
- Hvem fastlægger indholdet i registrene?

Forudsætninger og konsekvenser for samordning

Samordningen af produktionsmetoder og klassifikationsprincipperne kan kræve, at landene ændrer deres nuværende rutiner. Fordele og ulemper ved sådanne forandringer og de praktiske forudsætninger for at gennemføre dem må derfor også undersøges. Arbejdsgruppen vil afslutte sit arbejde med en rapport, hvori der indgår en rekkommendation for, hvordan arbejdet bør fortsættes.

Bilaga 2

Insamlingssystem i de olika länderna

Beskrivning från arbetsgruppens möte 1997-05-26--27

Danmark: Ca 65 000 dödsfall/år. ICD-10 från 1994. Obduktionsfrekvens 13%. Nytt insamlingssystem från 1 mars 1997 med bl a ny blankett och nya insamlingsvägar.

Den nya blanketten består av två A4-blad i ett blankettset. Första bladet innehåller demografiska/juridiska uppgifter, men har inga medicinska uppgifter förutom dödstecken. Andra bladet innehåller de medicinska uppgifterna, på baksidan finns instruktioner för hur blanketten skall fyllas i. Uppgifter om CPR-nummer (personnummer), kön, dödföddhet och namn förs över från blad 1 till blad 2 med hjälp av karbonpapper. Dessutom har båda bladen ett påtryckt löpnummer (samma för blad 1 och blad 2), som finns både som sifferkod och som streckkod.

Blad 1 lämnas till prästen som efter begravningen skickar in den till Sundhedsstyrelsen. Prästen anmäler också dödsfallet till befolkningsregistret. Läkaren skickar blad 2, med de medicinska uppgifterna, direkt till Sundhedsstyrelsen.

På Sundhedsstyrelsen scannas blanketterna och de båda bladen paras ihop automatiskt med hjälp av löpnumret. Vid scanningen kontrolleras att CPR-numret är korrekt. Scanningprogrammet försöker också tolka texten på blanketten, men eftersom många blanketter är handskrivna krävs en hel del manuell rättning.

Elektronisk rapportering av dödsorsaker är f n inte möjlig pga lagstiftningen.

Samma blankett används för alla dödsfall.

Danskar döda i utlandet tas inte med i dödsorsaksregistret, men ingår i befolkningsstatistikens uppgifter om antal avlidna.

Personer som dör i Danmark men inte är folkbokförda där ingår inte i registret.

Perinatala dödsfall: Dödfödda ingår i registret.

Uppgifterna i fältet "supplerende oplysninger" används främst vid kodning av dödsfall till följd av yttre våld/förgiftning.

På ca 30-40% av blanketterna finns bara en enda dödsorsak angiven.

Anhöriga har inte rätt att se dödsattesten.

Finland: Ca 50 000 dödsfall/år. ICD-10 från 1996. Obduktionsfrekvens 19% (rättsmedicinska) resp 12% (kliniska). Det finns två dödsattester, en för dödfödda och neonatala, och en för övriga. Man planerar att införa ett blankettset med tre delar: ett blad till befolkningsregistret, ett till släktingarna (eller annan person som ansvarar för begravningen), en till Tilastokeskus/Statistikcentralen. Befolkningsregistrets och släktingarnas exemplar saknar medicinska uppgifter. Uppgifterna till befolkningsregistret kan rapporteras elektroniskt. Ett nytt informationssystem för befolkningsstatistiken är under uppbyggnad och tas i bruk under 1999.

Man avser att införa scanning, men först måste den nya blanketten fastställas. Man avvaktar dessutom testresultat från företagsregistret. Man kommer att anlita experter från Posten för att utforma scannersystemet.

De medicinska uppgifterna skickas först till länsläkaren (en rättsläkare), som kontrollerar att blanketten är korrekt ifylld. Länsläkaren kan också vid behov uppmana utfärdande läkare att kontakta polismyndigheten för utredning om obduktion behövs, eller direkt uppmana polismyndigheten att låta obducera den avlidne. Det är polismyndigheten som sedan fattar beslutet om obduktion. I de tre största städerna skickas blanketterna inte till länsläkaren utan till den lokala hälsovårdsmyndigheten, men deras kontroll av blanketterna fungerar inte lika bra som länsläkarnas. Detta kommer att ändras fr o m 1 mars 1998. Man arbetar med nya instruktioner till läkarna. Elektronisk rapportering av dödsorsaker är f n inte möjlig pga lagstiftningen. Läkarna skriver också ICD-koder på blanketten, men Tilastokeskus/Statistikcentralen gör om kodningen. Man utnyttjar läkarnas koder i vissa fall då koden ger mer information än diagnos-texten.

Dödsfall i utlandet tas med i registret (ca 200 fall/år), men en finsk läkare skall skriva en ny dödsattest baserad på dels det material som kommit från platsen där dödsfallet skedde, dels på journalhandlingar som kan finnas i Finland.

Ej folkbokförda ingår inte i registret.

Kod från kapitel XX saknas på ca 60% av skadefallen.

Dödfödda tas med i statistiken.

Inga dödsorsaksuppgifter lagras regionalt.

Island: Ca 2000 dödsfall/år. ICD-10 sedan 1996. Obduktionsfrekvensen var ca 20% för 1995, och låg på 31% för hela perioden 1971-1995. Man kommer att koda hela 1996 i både ICD-9 och ICD-10 och man kommer fortsättningsvis att koda och registrera alla dödsorsaker som nämns på attesten. Man planerar en omläggning av insamlingssystemet och en ny blankett (nuvarande bestämmelser är från 1962), och ett lagförslag framlades för Alltinget i februari 1998. Man hoppas på att de nya bestämmelserna skall kunna träda i kraft 1 januari 1999. I det nuvarande systemet lämnar läkaren attesten till sockenprästen i den församling där dödsfallet inträffade. Prästen rapporterar dödsfallet till befolkningsregistret, och skickar in dödsattesten till Hagstofa efter begravningen. Jordfästning får inte äga rum innan prästen fått dödsattesten. Enligt lagförslaget skall istället läkaren lämna attesten till närmaste släkting, som i sin tur lämnar den till sysslomannen. Denne utfärdar ett begravningstillstånd som lämnas till släktingen, och skickar sedan dödsattesten till Hagstofa.

Döda i utlandet: alla folkbokförda i Island inkluderas, men det är ofta svårt att få fram en dödsattest för dödsfall i utlandet.

Ej folkbokförda ingår inte i registret.

Dödfödda tas inte med i statistiken.

Den nya lagen tillåter inte elektronisk rapportering av dödsorsaker.

Man tillämpar fullständig sekretess, varken släktingarna eller prästen kan se de medicinska uppgifterna. När läkaren fyllt i blanketten klistrar han ihop den så att bara de juridiska uppgifterna syns.

Norge: Ca 45 000 dödsfall/år. ICD-10 sedan 1996. Man har dels en "vanlig" och dels en läns-mansattest som används då en läkare inte haft möjlighet att undersöka den döda kroppen. Attesten skickas till skifterätten som utfärdar de övriga blanketter som behövs, bl a anmälan till befolkningsregistret. Skifterätten kan se dödsorsaken, men antecknar den inte. Skifterätten skickar sedan blanketten till kommunläkaren, några av dem kontrollerar kvaliteten och kompletterar uppgifterna vid behov, men långt ifrån alla. Kommunläkaren skickar med jämna mel-

lanrum in blanketterna till Statistisk centralbyrå. SSB utför en fullständighetskontroll, ca 1000 blanketter saknas vid den första kontrollen, ca 100 efter infordring av saknade dödsfall. Man samkör med cancerregistrets uppgifter och för över vissa uppgifter därifrån till dödsorsaksregistret. Man har nyss ändrat finansieringssystemet för obduktionerna, så att pengarna nu fördelats ut från justitiedepartementet till de lokala polismyndigheterna. Det har medfört en minskning (nu ca 12%) – polisen använder hellre pengarna till annat än obduktioner.

Under 1995 genomfördes en internutredning på Statistisk centralbyrå om man också i fortsättningen skulle åta sig ansvaret för dödsorsaksstatistiken (12). SSB beslutade att behålla produktionsansvaret, men man bestämde sig samtidigt att göra en total genomgång av produktionsrutinerna. Man kommer bl a att titta på scanning och ADB-stödd kodning (detta har införts under hösten 1997). Även rutiner för inrapportering skall gås igenom, eventuellt kommer man att få en delad blankett.

Dödsfall i utlandet inkluderas i registret.

Ej folkbokförda ingår inte i registret.

Man har ingen särskild blankett för perinatal dödsfall. Dödfödda ingår ej, men uppgifterna lagras i en särskild fil.

Anhöriga har inte rätt att se dödsorsaksuppgifterna.

Sverige: Ca 95 000 dödsfall/år. ICD-10 från 1997. Obduktionsfrekvens 15% (kvinnor) resp 24% (män). Ny lagstiftning 1991, sedan dess har man en blankett i två delar. Första bladet (dödsbevis) innehåller folkbokföringsuppgifter och lämnas till folkbokföringen, det andra (dödsorsaksintyg) innehåller de medicinska uppgifterna och skickas direkt till Statistiska Centralbyrån. Första året efter ändringen saknades ca 7000 blanketter, efter infordran ca 700. Nu saknas ca 2000 blanketter vid första kontroll, och ca 350 efter infordran. Anledningen till att man införde en tvådelad blankett var att man hoppades på bättre kvalitet i dödsorsaksuppgifterna, men både bortfallet och andelen oprecisa diagnosuttryck har ökat. Detta senare beror delvis på att läkarna har slutat skriva diagnos på latin och numera oftast använder svenska (mindre exakta) termer. Statistiska Centralbyrån tar också emot dödsorsaksuppgifter elektroniskt från rättsläkarna (ca 6000 fall om året), men de legala problemen är ännu inte lösta. Vid statistikårets slut får Statistiska Centralbyrån en kopia av skattemyndighetens fil med anmälda dödsfall, och Statistiska Centralbyrån kontaktar sedan de läkare/institutioner som utfärdat dödsbevis men inte skickat in något dödsorsaksintyg. Läkarens namn och adress hämtas från skattemyndighetens register, men måste ofta korrigeras manuellt. Sedan 1993 uppdaterar Statistiska Centralbyrån löpande gamla årsregister om nya uppgifter kommer in.

Döda i utlandet (ca 1000/år) ingår i registret.

Dödfödda ingår inte i registret.

Ej folkbokförda utlänningar ingår inte i registret.

Det finns ingen särskild dödsattest för perinatale dödsfall.

Närmast anhörig har rätt att – efter sekretessprövning – få en kopia av attesten.

Bilaga 3

Rutiner för kodning och klassificering

Beskrivning från arbetsgruppens möte 1997-05-26--27

Danmark: Man har tre internutbildade kodare (2.8 heltider) som arbetat länge med dödsorsaker och som skall sköta kodningen i det nya systemet. Dessutom har man tre medicine studerande som skall koda färdigt 1996 och de två första månaderna på 1997 (det som är kvar att göra i det gamla systemet). Vid årsskiftet 1997/1998 fick 3.3 nya kodare fast anställning, varav de tre senast anställda alla har en bakgrund inom sundhetsväsendet. Detta förväntas vara den framtida kodarbemanningen för dödsorsaksregistret.

Man har inte ändrat sina kodningsprinciper nämnvärt sedan mötena i Uppsala. Man har en exempelsamling med vissa övergripande kodningsinstruktioner, men utan detaljinstruktioner. I det nya systemet finns visst datorstöd. I samband med övergången till ICD-10 dubbelkodades 5000 dödsattester i både ICD-8 och ICD-10. Vid analysen framkom vissa skillnader i kodning som inte kunde förklaras med klassifikationsbytet, och som man hoppas kunna utreda närmare längre fram (10). Det finns en medicinsk konsult.

Finland: Man har två kodare (internutbildade), varav en arbetat med dödsorsaker i 20 år. Man har datorstödd kodning sedan 1987, och kan välja koder från en databas med den finska versionen av ICD. Det finns en skriven instruktion med kodningsregler (på finska), och kombinationskoderna (ICD-koder som beskriver mer än ett sjukdomstillstånd) sätts av ett särskilt datorprogram. Kodarna väljer ut de fall som skall diskuteras med de medicinska konsulterna, men alla obstetriska dödsfall går igenom med konsulterna. Båda kodarna är närvarande då fallen diskuteras. Konsulterna tittar på ca 3600 blanketter om året, och kodarna är instruerade att visa alla blanketter som inte kan kodas enligt General Principle för konsulterna (utom om det finns skrivna specialregler). Man använder inte uppgifter från andra medicinska register, eftersom de i regel är sämre än uppgifterna på dödsattesterna. Man har ingen kontrollkodning och vet inte vilka kodningsskillnader som ev finns för de vanligaste dödsfallen. Man skickar ca 600 förfrågningar till utfärdande läkare varje år.

Island: Man har två kodare, varav en lånas från befolkningsregistret och har många års erfarenhet av ICD-kodning. Denna person kommer att övergå till andra arbetsuppgifter, men slutar med att koda alla dödsorsaker (underliggande och bidragande) i ICD-9 för 1996 års material. Fram till 1996 kodades enbart underliggande dödsorsak. Den nya kodaren utbildas i ICD-10, bl a med hjälp av Tendon, och arbetar f n med 1996 års dödsfall.

All kodning kontrolleras av medicinsk konsult, som vid behov skickar tillbaka attesten till den läkare som utfärdat den (formellt går detta via Medicinalstyrelsen). En nyss anlitad konsult kommer också att handleda den nya kodaren i ICD-10 och kommer också att biträda i frågor rörande t ex registrets innehåll. Man har ingen kontrollkodning, och hämtar inte in uppgifter från andra register. Skrivna kodningsinstruktioner finns ännu inte.

Norge: Man står nu inför ett generationsskifte i kodarstaben. Man har haft mycket stabil personal under 20 år (2-3 kodare), nu har man nyanställt tre personer (sjuksköterskor). Det finns

inte mycket skriven dokumentation, men man skall försöka få den kodare som snart pensioneras att skriva ner kodningsprinciperna innan hon slutar. Man planerar att införa återkommande kodarmöten. Man har medicinsk konsult. Kodningen är datorstödd sedan man införde ICD-10. Kontrollkodning planeras. Inför övergången till ICD-10 använde man sig av Tendon. Alla kodade ett testmaterial, och skillnader i kodningen diskuterades av hela staben. På basis av diskussionerna, och i samarbete med den medicinske konsulten, utarbetas nu skriftliga kodningsinstruktioner.

Sverige: Runt 1980 uppmärksammade man att kodningen under 1970-talet hade varit inkonsekvent och i gett upphov till artificiella trender. En senare studie visade att mer än hälften av de statistiskt signifikanta trenderna under 1970-talet snarare berodde på ändrad kodningspraxis än på ändrad rapportering på dödsattesterna. Förklaringen var att kodarna tillämpat "interpretativ" kodning, men gjort mycket olika bedömningar. Samma sak gällde de två medicinska konsulter som då anlätades. Man bestämde sig därför att överge "interpretativ" kodning och i stället tillämpa ICDs kodningsregler bokstavligen. Resultatet blev att de artificiella trenderna försvann och statistiken blev lättare att analysera. Däremot lyckades man inte helt få bukt med variationerna mellan kodare, och därför infördes ACME (program för automatiskt val av underliggande dödsorsak) 1987, samtidigt med ICD-9. Vissa skillnader mellan kodarna kvarstod, och man gick därför vidare med automatisk kodning av multipla dödsorsaker (programvara: Mikado), som infördes under 1993. Sedan dess har kodningen varit i stort sett stabil.

Man nyanställde kodare senast 1989. Statistiska Centralbyrån har sex personer som behärskar ICD-kodning (varav två är statistiker), men de flesta ägnar större delen av sin arbetstid åt annat än kodning. Fyra är f d sjuksköterskor, två internutbildade. Två av sjuksköterskorna har specialkunskaper i kodning och tar hand om de mest komplicerade fallen. Under övergången till ICD-10 har man kodningsmöten en gång i veckan (varannan vecka under normala förhållanden), där man går igenom 100 blanketter som alla kodat oberoende av varandra. Under normala produktionsår har man dessutom oberoende kontrollkodning av ett slumpurval på ca 2500 blanketter. Man har detaljerade skrivna kodningsinstruktioner. Man har två medicinska konsulter som anlitas dels för att skriva nya dödsattester för komplicerade fall (baserat på journalhandlingar), dels för att medverka vid principbeslut om tolkning av ICDs regler, t ex om en viss sjukdom skall godkännas eller om en viss sjukdom skall betraktas som en direkt följd av en annan. Själva klassificeringen görs däremot inte av konsulterna.

Bilaga 4

Statistikens innehåll och datadissemnering

Beskrivning från arbetsgruppens möte 1997-05-26--27

Danmark: Registrets data är hämtade från attesten och befolkningsregistret. Det finns uppgifter om CPR, dödsorsak enligt DK-listan, dödsdatum, dödsätt, dödsorsak, olycksplats, kontaktorsak, klockslag, obduktion, kön, nationalitet, arbetsolycka. Man ger ut en årlig publikation, den senaste är för 1994-1995. Man planerar också att lägga ut dödsorsaksstatistiken på Internet. De scannade attesterna lagras på CD-ROM. I registret finns fr o m 1997 maximalt fyra dödsorsaker (tidigare max tre). Ev ändringar i registrets innehåll skall godkännas av Registertilsynet, det har dock inte varit några problem med det hittills.

Finland: Man har registerfiler fr o m 1960, men åren fram till 1968 är tekniskt svårtillgängliga. Data är bättre från 1969. Dödsorsakerna ligger i en databas fr o m 1987, och det finns multipla dödsorsaker från samma år, totalt som mest 24 dödsorsaker per person. Fr o m 1996 och ICD-10 har man plats för max 60 orsaker per person. Dödsorsakerna är inget separat register utan ingår i befolkningsdatabasen, vilket medför att man har direkt tillgång till många andra data som folkbokföring, hälsoundersökningar etc. Man har avtal med andra institutioner, bl a Helsingfors universitet, om samarbete kring analyser av socioekonomiska faktorer och dödlighet. Detta resulterar i ett antal specialpublikationer (t ex yrkesdödlighet). Ev kommer man att lägga ut data på Internet senare. Statistikcentralen skall vid anfordran kunna lämna ut papperskopior av attesterna för forskning och statistik. Statistikcentralen bestämmer själv vilka variabler som skall ingå.

Island: Man registrerar den avlidnes personnummer, namn, adress, kön, dödsorsak, dödsplats, typ av dödsorsaksundersökning och religionstillhörighet. Man avser att koda alla dödsorsaker fr o m 1996. Data finns på ADB-medium sedan 1971. ICD-8 användes under 1971-1980, ICD-9 1981-1995. Man använder data från befolkningsregistret, och levererar rutinmässigt data till Heart Association och cancerregistret. Registerinnehållet kontrolleras av Data Protection Commission, som också bedömer om data kan utlämnas till forskare. Man använder standardprogram för tabelleringar, och data publiceras dels i den statistiska årsboken, dels i tio-årspublikationer (f n försenade). Man har många uppdrag åt forskare, och mycket tid går åt till specialuttag för forskning. Registrets innehåll är inte reglerat i lag utan Hagstofa bestämmer själva vad som skall ingå, men medicinalstyrelsen har stort inflytande. Man vill gärna öka sin publicering.

Norge: Man har data på band från 1951, intyg från 1928. Personnummer finns från november 1960, multipla dödsorsaker sedan 1950-talet. Man har upp till fyra dödsorsaker sedan 1969. Någon yrkesuppgift ingår inte. Namn och personnummer hämtas från befolkningsregistret. Data publiceras i en separat årsbok (den senaste är för 1994) samt i SSBs översiktspublikationer. Dessa publikationer finns också på Internet. Man byter data med andra register, och använder data från cancerregistret vid registerframställningen. Årsfilen har tidigare skickats till tre andra institutioner, men man har slutat med det pga sekretessproblem. Vid forskning krävs tillstånd från både datainspektionen och Helsetilsynet. Registrets innehåll bestäms i praktiken av SSB, men de formella besluten fattas av Helsetilsynet.

Sverige: Datoriserat register från 1952, men kvaliteten (bl a på personnummer) är tveksam t o m 1960. För 1961-1968 finns tre multipla dödsorsaker (utöver underliggande dödsorsak), för 1969-1986 sex och för 1987-1996 33. Fr o m 1997 kommer det att finnas plats för 48 "singelkodade" dödsorsaker (koder för enstaka tillstånd, utan kopplingar till andra diagnoser på blanketten), underliggande dödsorsak, underliggande skada (kod från kapitel XIX då underliggande dödsorsak är i kapitel XX) och 20 "länkade" multipelkoder (koder för de enskilda tillstånden *efter* att man tagit hänsyn till de andra uppgifterna på blanketten). I registret ingår också uppgifter från folkbokföringen (personnummer, nationalitet, dödsdatum, regionkod). Statistik publiceras i en särskild årsbok (senaste årgång är 1995) och i översiktspublikationer. Förkortade tabeller finns på Internet. Statistiska Centralbyrån levererar data till andra medicinska register men inte tvärtom – Statistiska Centralbyrån ligger oftast före i bearbetningen. Registerdata och kopior av attester kan lämnas ut till forskare efter sekretessprövning, som görs av Socialstyrelsen. Registrets innehåll bestäms av Socialstyrelsen, som också äger registret – Statistiska Centralbyrån framställer registret på uppdrag av Socialstyrelsen.

Bilaga 5

Resurser

Beskrivning från arbetsgruppens möte 1997-05-26--27

Danmark: Utöver de 2.8 kodarna finns en statistiker (heltid), en medicinsk konsult (10 timmar/vecka) samt tre medicine studerande (vardera 20 timmar/vecka). Vid årsskiftet 1997/1998 anställdes 3.3 kodare och två personer som skall sköta scanningen. Dessutom är två personer med statistikutbildning knutna till registret.

Finland: Sex personer arbetar med registret, varav två kodare, två statistiker (en för rutinbearbetningar, en för specialuppdrag), två assistenter (datainsamling, kodning av övriga variabler mm). Man har också en halv årsperson för ADB-systemet nu i samband med övergången till ICD-10, normalt har man ADB-konsult bara motsvarande 2 veckor om året. Produktions-systemet ligger nu helt i stordator, ev kommer man att byta till PC-system. Man har tre medicinska konsulter (3 timmar/vecka vardera), som går igenom ca 3000 fall/år.

Island: I princip en kodare, men vid övergången från ICD-9 till ICD-10 arbetar två kodare parallellt. Kodaren registrerar också blanketterna och kontrollerar personuppgifterna. Det mesta av produktionssystemet ligger i PC-nät. Det isländska personregistret ligger i stordator, och man får regelbundet kopior därifrån. Det är svårt att uppskatta hur mycket resurser som går åt för att framställa dödsorsaksregistret, eftersom arbetet flyter samman med andra jobb.

Norge: En statistiker. En kodare arbetar med det som är kvar på ICD-9, en kodare utbildar de tre nyanställda kodarna. Man kommer att ha fem kodare för ICD-10, motsvarande 3-3.5 heltider. Man har 1-1.5 personer för postöppning och scanning, de kontrollerar dessutom personnummer och kodar de icke-medicinska uppgifterna. Man har sin egen programvara (databas). Svårt att hinna med specialbearbetningar och annat utlämnande av data. Den medicinske konsulten kommer ca två gånger/mån.

Sverige: Åtta personer, varav två statistiker (man kan också anlita metodstatistisk konsult) och två assistenter. Samtliga åtta har dessutom andra arbetsuppgifter. Uppgift om antal heltider som läggs på dödsorsaksregistret kan inte lämnas. Man kommer att ha ett PC-baserat system från 1997 års produktion, eftersom Statistiska Centralbyrån beslutat att överge stordatorn 1999.

Bilaga 6

De nordiska dödsattestblanketterna

Nr. 138252 **Dödsattest** Side 1
Til begravelsesmyndigheden
i henhold til lov nr. 402 af 13. juni 1990 om ligsyn, obduktion og transplantation m.v.
PERSONNUMMER (CPR nummer) Mand Kvinde DØDFØDT For dødfødt angives moderens personnummer

FULDE NAVN

ERHVERV/Tidligere erhverv

BOPÆL adresse, kommune, amt

DØDSSTED adresse, postnr.

Sygehus Plejehjem/
beskyttet bolig Eget hjem Andet Specificer:
FINDESTED hvis dødssted er ukendt

DØSDATO Dag Måned År Time Minut FINDEDATO, hvis dødsdato er ukendt Dag Måned År
DØDSTEGN Rigor Livores Cadaverositas Maceratio Andet

A. UNDERTEGNEDE LÆGE

Har den kl. synet liget af ovennævnte
og forefundet de ovennævnte dødstegn.

Bekræfter, at der ikke foreligger tilknytningsforhold, som omhandlet i Justitsministeriets bekendtgørelse om lægers adgang til at konstatere dødens indtræden, foretage ligsyn, udstede dødsattest og foretage obduktion § 1.

Har ikke fundet omstændigheder af den i lov om ligsyn, obduktion og transplantation m.v. § 4 stk. 1 nævnte art, og der er efter mit skøn således ikke grund til mistanke om, at døden er forårsaget ved en forbrydelse, jf. Kirkeministeriets bekendtgørelse om begravelse og ligbrænding § 2 stk. 2, 2. og 3. punktum.

B. UNDERTEGNEDE LÆGE

Har den kl. synet liget af ovennævnte
og forefundet de ovennævnte dødstegn.

Bekræfter, at der ikke foreligger tilknytningsforhold, som omhandlet i Justitsministeriets bekendtgørelse om lægers adgang til at konstatere dødens indtræden, foretage ligsyn, udstede dødsattest og foretage obduktion § 1.

Har fra politiet modtaget meddelelse om, at stedfunden indberetning efter lov om ligsyn, obduktion og transplantation m.v. § 4 stk. 1, ikke giver anledning til retslægelig ligsyn, og der er intet til hinder for, at ligbrænding kan finde sted, jf. Kirkeministeriets bekendtgørelse om begravelse og ligbrænding § 2 stk. 2, 2. og 3. punktum.

Vejledning: se bagsiden

Dato Underskrift

Lægens navn og adresse evt. stempel

C. UNDERTEGNEDE EMBEDSLÆGE (RETSLÆGE)

Har ved retslægeligt ligsyn den kl.
forefundet dødstegn eller andre forhold der er uforenlige med livets beståen.

Bekræfter, at der ikke foreligger tilknytningsforhold, som omhandlet i Justitsministeriets bekendtgørelse om lægers adgang til at konstatere dødens indtræden, foretage ligsyn, udstede dødsattest og foretage obduktion § 1.

Dato Underskrift

Embedslægens (retslægens) navn og adresse evt. stempel

Dato Underskrift

Lægens navn og adresse evt. stempel

D. POLITIETS PÅTEGNING

Det bekræftes i medfør af lov om ligsyn, obduktion og transplantation m.v. § 7 stk. 2., at der intet er til hinder for at liget begraves, brændes eller - efter udstedelse af ligpas - føres ud af landet.

Dato Underskrift

Politiets stempel

0113825201



En detaljeret vejledning om afholdelse af ligsyn og udfyldelse af dødsattester findes i

Vejledning vedrørende ligsyn og dødsattester
Sundhedsstyrelsen, 1997

Dødsattesten har retslig betydning.
Alle oplysninger skal angives omhyggeligt.
Dødsattesten skal kunne indlæses elektronisk

Den skal udfyldes med maskinskrift eller blokbogstaver.
Der må ikke anvendes prægeplade.

Dødsattesten omfatter oplysninger til begravelsesmyndigheden og lægelige oplysninger til Sundhedsstyrelsens Dødsårsagsregister. Side 1 udfyldes umiddelbart ved ligsynet og "følger" liget. Skal liget begravet i udlandet kræves *ligpas*, som udstedes af embedslægeinstitutionen ud fra oplysninger fra den dødsattestudstedende læge på en særlig blanket om dødsårsag og evt. smittefarlige sygdomme. Dødsattestens side 2 med de lægelige oplysninger udfyldes af den læge, der har det optimale grundlag for angivelse af dødsårsag og døds måde, og kan afvente resultaterne af en obduktion eller oplysninger fra behandlende læge. Dødsattestens side 2 skal indsendes til Sundhedsstyrelsen senest 2 uger efter dødsfaldet.

Dødsattestens side 1

Udleveres til den, der drager omsorg for afdødes begravelse (pårørende eller bedemand).

Begravelsesmyndigheden indsender denne del af dødsattesten til
Sundhedsstyrelsen, 4. kontor, Amaliegade 13,
Postboks 2020, 1012 København K

Vejledning vedrørende ligsyn og udfyldelse af dødsattestens side 1

1. Attesten udfyldes og underskrives af den læge, der har afholdt ligsynet og konstateret afdødes identitet og forekomsten af dødstejn (rigor, livores, cadaverositas, maceratio eller andet).
2. I henhold til Justitsministeriets bekendtgørelse nr. 474 af 22. juni 1990 må en læge ikke foretage ligsyn og udstede dødsattest når den afdøde:
 1. Har været lægens nuværende eller tidligere ægtefælle
 2. Er lægens barn, stedbarn, plejebarn eller adoptivbarn
 3. Er lægens slægtning i opadstigende linje
 4. På død tidspunktet tilhørte lægens husstand
3. Den læge, der tilkaldes til ligsynet, skal telefonisk anmelde dødsfaldet til politiet såfremt:
 1. Dødsfaldet skyldes et strafbart forhold, selvmord eller ulykkestilfælde
 2. Personen er dødfunden
 3. Dødsfaldet er indtruffet pludseligt og ikke forudset af lægelige grunde
 4. Der er grund til at antage, at dødsfaldet kan skyldes en erhvervssygdom, der er omfattet af ulykkesforsikringsloven
 5. Døden kan være en følge af fejl, forsømmelse eller ulykkelig hændelse i forbindelse med behandling eller forebyggelse af sygdom
 6. Dødsfaldet forekommer i fængsel, arresthus el. lignende institution
 7. Det ikke kan udelukkes, at dødsfaldet skyldes et strafbart forhold, selvmord eller ulykkestilfælde, eller dødsfaldet af andre grunde skønnes at kunne have politimæssig betydning.
4. Alle oplysningsrubrikker om afdøde udfyldes omhyggeligt. Lægen skal specielt bemærke: Ved dødfødsel anføres barnets fødselsdato sammen med moderens CPR-nummer samt "barn af" og moderens navn. For nyfødte uden CPR-nummer anføres kun fødselsdato og år, samt "barn af" og moderens navn. Oplysninger om erhverv udfyldes med angivelse af evt. tidligere erhverv for pensionister. Underskrift rubrikker udfyldes med underskrift og lægens navn og adresse.

Side 2

Nr. 138252

Dødsattest

Til Sundhedsstyrelsen

i henhold til lov nr. 402 af 13. juni 1990 om ligsyn, obduktion og transplantation m.v.

PERSONNUMMER (CPR nummer)

Mand

Kvinde

DØDFØDT

For dødfødt angives moderens personnummer

FULDE NAVN

Tidsinterval mellem sygdommens eller skadens opståen og dødens indtræden

DØDSÅRSAG I Det sygdoms- og skadesforløb som førte til døden:
den umiddelbare dødsårsag var

A
B
C
D

som var en følge af

som var en følge af

som igen var en følge af (den tilgrundsiggende lidelse)

DØDSÅRSAG II Andre væsentlige sygdomme, misbrug eller skader, der kan have medvirket til dødens indtræden. Ved misbrug angives misbrugets art.

DØDSMADEN
Naturlig død

Ulykke

Selv mord

Drab/Vold

Uoplyst

**OPERATION
FORETAGET**

I bekræftende fald,
for hvilken lidelse:

ja

Operationens art:

nej

Operationsdato:

OBDUKTION

retslig

anden

forbud

ingen

Hvis yderligere undersøgelser - specificer hvilke:

Supplerende oplysninger:

Vejledning: se bagsiden

Det retslægelige ligsyn har fundet sted i forbindelse med (politiets repræsentant stilling, navn og tjenestested)

Dato

Lægens underskrift (skal altid udfyldes)

Lægens navn og adresse evt. stempel

Væsentlige obduktionsfund

Underskrift

(af den læge der har påført obduktionsfundene)

0113825202



Form. 1431

Vejledning i udfyldelse af dødsattestens side 2

Denne del af dødsattesten indeholder de lægelige oplysninger, der indgår i dødsårsagsstatistikken. Med henblik på en korrekt angivelse af dødsårsagerne og de øvrige oplysninger om afdøde udfyldes dødsattestens side 2, når det optimale grundlag herfor er tilstede. Side 2 kan derfor udfyldes af den læge, der har bedst kendskab til afdøde (dvs ikke nødvendigvis af den læge, der har udfyldt dødsattestens side 1) - og på et tidspunkt, hvor resultaterne af en obduktion og/eller andre undersøgelser foreligger.

1. Dødsårsager skal så vidt muligt anføres i overensstemmelse med WHO's sygdomsklassifikation (ICD-10) og oplyse om hovedforløbet for den tilgrundliggende lidelse i afsnit I, samt om medvirkende årsager til dødens indtræden i afsnit II.

Dødsårsag I: Det sygdoms- eller skadesforløb, der har haft den største betydning for dødsfaldet:

- A Den umiddelbare dødsårsag.
- B og C Den lidelse eller de lidelser, der førte til den umiddelbare dødsårsag.
- D Den tilgrundliggende dødsårsag.

Består forløbet af mindre end fire diagnoser, anvendes tilsvarende færre linier. Tilstande som senilitas, dehydratio, vomitus, ascites, icterus m.fl. bør ikke stå alene, men følges af en diagnose, der angiver den tilgrundliggende lidelse. Kendes dødsårsagen ikke, angives uoplyst (causa ignota).

Dødsårsag II: Andre væsentlige sygdomme, misbrug eller skader, der kan have medvirket til dødens indtræden. Ved misbrug specificeres misbrugets art, fx alkohol, heroin, stesolid etc.

2. Tidsangivelse skal udfyldes for både afsnit I og II med oplysninger om tidsintervallet mellem sygdommenes eller tilstandenes opståen og dødens indtræden..

3. Døds måden angives ved afkrydsning af ét enkelt felt. Såfremt døds måden ikke kan fastslås med sikkerhed vælges feltet "uoplyst".

4. Operation indenfor afdødes sidste sygdomsperiode skal oplyses med angivelse af lidelsens art, operationsdato og operationens art.

5. Obduktion: Der oplyses om retslig eller hospitalsobduktion har fundet sted, eller om der evt. er nedlagt obduktionsforbud som årsag til ingen obduktion. Resultaterne af en obduktion skal påføres i rubrikken "Væsentlige obduktionsfund".

6. Yderligere undersøgelser: Her anføres resultaterne af fx retskemiske analyser.

7. Supplerende oplysninger: Rubrikken kan anvendes til yderligere beskrivelse af omstændighederne ved dødsfaldet. Den udfyldes altid i forbindelse med et retslægeligt ligsyn med baggrund i de politimæssige og lægelige oplysninger og med en beskrivelse af den ydre undersøgelse af afdøde. Det anbefales også ved andre dødsfald, fx ulykkesdødsfald, hvor politiet ikke har ønsket et retslægeligt ligsyn, at anføre supplerende oplysninger i dette felt.

8. Underskriftrubrik: Udfyldes med underskrift og lægens navn og adresse med stempel eller blokbogstaver eller maskinskrift.

Lægen indsender dødsattestens side 2 senest 2 uger efter dødsfaldet til
Sundhedsstyrelsen, 4. kontor, Amaliegade 13,
Postboks 2020, 1012 København K

DÖDSATTEST för 28 dygn gammal eller äldre avliden

X

X

1. Släktnamn

2. Förnamn

3. Personbeteckning

dag månad år signum

4. Dödstid

dag månad år

☐ bekräftad

☐ beräknad

5. Senaste hemkommun

6. Magistrat

7. Dödsorsaker

7.1 Sjukdomar, skador, förgiftningar och yttre orsaker som lett till döden (I)
Omedelbar dödsorsak (avser inte dödsättet)

varaktighet

Koder enligt ICD-10 Klassifikation av sjukdomar
(Koder anges utan punkt) Sjukdomens ungefärliga
Orsakskod Symptomkod*

Yttre orsak

Allvarligaste skada/ mest påverkande substans (ATC)

A

B

C

Intermediär dödsorsak/dödsorsaker

Underliggande dödsorsak

7.2 Andra viktiga orsaker som medverkat till dödsfallet (II), men inte sådana som är anknutna till orsakerna i punkt 7.1

8. Dödsklass (Fastställs enligt den underliggande dödsorsaken i punkt 7.1 C.)

☐ Sjukdom

☐ Yrkerssjukdom

☐ Olycksfall

☐ Medicinsk vård eller undersökningsåtgärd

☐ Själv mord

☐ Brott mot liv

☐ Krig

☐ Oklar

9. Vid olycksfall som dödsklass väljs första lämpliga alternativ bland följande:

☐ Transport

☐ Förrävararbete

☐ Idrott eller motion

☐ Fritidsintressen

☐ Hemmet

☐ Verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård

☐ Annat

☐ Uppgift saknas

10. Dödsplats

☐ Verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård, vilken?

☐ Hemmet/ bostaden

☐ Annan, vilken?

☐ Utomlands, var?

11. Har under de fyra veckorna närmast före dödsfallet utförts någon mera betydande medicinsk åtgärd som inte har redovisats i punkt 7?

☐ Nej

☐ Ja. Meddela under punkt 12 orsaken till åtgärden, vilken åtgärd det gäller och när den vidtagits.

12. Händelseförloppet (Hälsotillståndet före uppkomsten av händelseförloppet som lett till döden. Förloppet av den sjukdom, som lett till döden, de viktigaste undersökningsresultat och behandling.) Om skada eller förgiftning är förknippad med dödsfallet skall de yttre omständigheterna beskrivas detaljerat.

Kontrollera att de uppgifter som uppges här verifierar de dödsorsaker som angetts i punkt 7 och den dödsklass som angetts i punkt 8.

13. Uppgifterna om dödsorsaken grundar sig på:

☐ Klinisk undersökning

☐ Medicinsk obduktion

☐ Rätts- medicinsk obduktion

☐ Annat, vad?

Obduktions plats / Annat, vad?

Obduktionskod

14. Ovanstående intygar jag på heder och samvete (Varje exemplar undertecknas särskilt.)

Ort och tid

Tjänsteställe

Tfn:
Fax:

Läkarens underskrift

Namnförtydligande

Tjänsteställning

15. Koden för verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård (tjänsteställe)

Länsstyrelsen: Dödsorsaken är utredd och dödsattesten är uppgjord på behörigt sätt

Datum

Underskrift

(Punkterna 7 - 15 fylls i och dödsattesten undertecknas när dödsorsaken har utretts.)

X

BEGRAVNINGSTILLSTÅND

för 28 dygn gammal eller äldre avliden

1. Släktnamn

2. Förnamn

3. Personbeteckning

dag månad år signum

4. Dödstid

dag månad år

☐ bekräftad☐ beräknad

5. Senaste hemkommun

6. Magistrat

Detta begravningstillstånd skall företes för ägaren till den begravningsplats där den avlidne skall begravas. Om den avlidne skall kremeras företes begravningstillståndet för krematoriets ägare.

En nära anhörig till den avlidne eller någon annan som stått den avlidne nära har rätt att av den läkare som undertecknat detta tillstånd få en kopia av dödsattesten med uppgift om dödsorsakerna samt övriga upplysningar om dödsfallet.

16. Om personen vid sin död hörde till evangelisk-luthersk

ortodox församling, uppges församlingens namn

eller

Dödsorsaken har utretts/ undersökningar som direkt hänför sig till liket har utförts enligt bestämmelserna i lagen (459/1973) och förordningen (948/1973) om utredande av dödsorsak. Enligt min uppfattning föreligger inte hinder för begravning.

14. Ovanstående intygar jag på heder och samvete (Varje exemplar undertecknas särskilt.)

Ort och tid		Läkarens underskrift
Tjänsteställe	Tfn:	Namnförtydligande
	Fax:	Tjänsteställning

15. Koden för verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård (tjänsteställe)

(OBS! Även punkterna 15 - 16 fylls i.)

Ges till den som sköter begravningen. En kopia av begravningstillståndet sänds till den länsstyrelse inom vars område den avlidne senast hade sin hemkommun.

Ägare till begravningsplats eller krematorium fyller i

Om den avlidnes lokala registermyndighet inte är begravningsplatsens eller krematoriets ägare, skall den som äger begravningsplatsen eller krematoriet meddela den avlidnes lokala registermyndighet om tid och plats för begravningen/ kremeringen. Anmälan kan göras med denna blankett.

Begravningstid	Begravningsplats/Krematoriet
Tid för kremering	
Datum	Underskrift och namnförtydligande. Represantant för ägaren till begravningsplatsen/krematoriet fyller i
Om personen vid sin död hörde till evangelisk-luthersk eller ortodox församling sänds anmälan till den i punkt 16 nämnda församlingen och i annat fall till den magistrat, som nämnts i punkt 6. Om hemkommunen inte är känd sänds anmälan till magistraten på dödsorten.	

OBS! Personuppgifter skall uppges vid behov.

ANMÄLNING OM DÖDSFALL TILL BEFOLKNINGSDATASYSTEMET

för 28 dygn gammal eller äldre avliden

1. Släktnamn

2. Förnamn

3. Personbeteckning
dag månad år signum4. Dödstid
dag månad år
☐ bekräftad
☐ beräknad

5. Senaste hemkommun

6. Magistrat

Anvinsningar för den som fyller i blanketten

Så snart begravningstillstånd utfärdats skall denna anmälan avskiljas, undertecknas och sändas till den magistrat inom vars verksamhetsområde personen hade sin hemkommun vid sin död. Magistraten för omedelbart in uppgifterna om dödsfallet i befolkningsdatasystemet. Om den avlidne inte har någon hemkommun i Finland eller om uppgift om hemkommun saknas, sänds denna anmälan till den magistrat inom vars verksamhetsområde dödsfallet inträffat.

Anvisningar om anmälan av uppgifter om dödsfall direkt till befolkningsdatasystemet i maskinläsbar form

Om sjukhus eller hälsocentral har tillstånd att anmäla dödsfallet direkt till befolkningsdatasystemet i maskinläsbar form, behövs inte denna blankett. Anmälan i maskinläsbar form kan registreras i befolkningsdatasystemet endast om uppgiftslämnaren känner till den avlidnes personbeteckning och namn och om dessa finns registrerade i befolkningsdatasystemet. Anmälan i maskinläsbar form kan inlämnas först när begravningstillstånd har utfärdats. Om den avlidnes personbeteckning och namn inte finns i befolkningsdatasystemet eller om det i kvitteringen av anmälan finns ett felmeddelande, skall anmälan om dödsfallet göras till magistraten med denna blankett. I så fall skall också punkten "Tilläggsuppgifter ..." nedan fyllas i.

Tilläggsuppgifter till anmälan som sänts i maskinläsbar form till befolkningsdatasystemet (anmälan misslyckades)

Ort och tid	Kontaktpersonen vid verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård för utredning av fel
Felkod i kvitteringsanmälan	Kontaktpersonens telefonnummer under tjänstetid

14. Ovanstående intygar jag på heder och samvete (Varje exemplar undertecknas särskilt.)

Ort och tid	Läkarens underskrift
Tjänsteställe	Namnförtydligande
Tfn: Fax:	Tjänsteställning

15.
Koden för verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård (tjänsteställe)

(OBS! Även punkt 15 fylls i.)

Sänds till magistraten i den avlidnes hemkommun.

TILKYNNING til skiptaráðanda um mannslát, samkv. 1. gr. skiptalaga nr. 3/1878

Nafn hins látna	Dánardægur
Heimili	Fæðingard. og ár - númer

Aðstandandi hins látna útfyllir þessa tilkynningu, rífur hana frá dánarvottorðinu og afhendir hana skiptaráðanda eða hreppstjóra gegn móttökukvittun hans, er síðan skal afhent hlutaðeigandi presti fyrir útförina.

(Undirskrift)



Dánarvottorð

Samkvæmt lögum nr. 64, 25. apríl 1962

Fullt heiti hins látna (Ef barn deyir áður en því er gefið nafn, skal hér rita: sveinbarn eða meybarn og nafn föður og móður)

Kennitala (Fæðingard., mán. og ár -númer)	Atvinna
Hjúskaparstétt ☐ Ógift(ur) ☐ Gift(ur) ☐ Ekkil/ekkja ☐ Skilin(n) að borði og sæng ☐ Skilin(n) að lögum ☐ Samvistum slitið	
Löghelmsli	Óvígð sambúð ☐ Já ☐ Nei

Dánarstaður Ef um slys er að ræða utan heimilis, skal jafnframt greina slyssað. Um fundið lík skal greina fundarstað

Dánardægur	Ef barn dó innan sólarhr. frá fæðingu klst. eftir fæðingu	Barn á 1. ári ☐ Fætt í hjónabandi ☐ Fætt utan hjónabands
------------	--	---

Framhald hins vegar

► skráð eftir bestu vitund

(Undirskrift læknis)		(Dagsetning undirskriftar)
Áritun sóknarprests (safnaðarstjóra)	Nr. í kirkjubók (safnaðarbók)	Prestakall (söfnuður)
	Útför ☐ Jarðsetning ☐ Bálför ☐ Lík flutt úr landi	
	Dags. athafnar	
Nafn prests (safnaðarstjóra)		

Þá er útför er gerð í sama prestakalli og látið bar að, skal dánarvottorð hins látna afhent þeim þjóðkirkjupresti eða safnaðarstjóra, sem annast útfararathöfnina. En ef lík er flutt í annað prestakall (eða til útlanda) til útfarar, skal dánarvottorðið ávallt afhent þjóðkirkjupresti þess prestakalls, þar sem látið bar að. Hann gefur út staðfestingu um móttöku dánarvottorðsins, og skal hún fylgja líkinu til þess þjóðkirkjuprests eða safnaðarstjóra, sem annast útfararathöfnina. Má ekki gera útför manns (annarra en andvana fæddra barna), hvort sem er jarðarför eða bálför, nema sá, sem hana annast, hafi áður fengið í hendur dánarvottorð hans eða staðfestingu þjóðkirkjuprests um, að dánarvottorðið hafi verið afhent honum. — Þjóðkirkjuprestar og safnaðarstjórar senda Hagstofunni móttekin dánarvottorð reglulega með öðrum skýrslum. — Dánarvottorð má ekki opna fyrr en það er gert í Hagstofunni til skýrslugerðar.

HAGPRENT

Samkvæmt lögum skal löggiltur læknir rita dánarvottorð fyrir hvern mann, er deyr hér á landi, nema um mannskaða sé að ræða og lík hafi ekki fundist. Ef lík látins manns er flutt inn í landið til útfarar, skal rita dánarvottorð hans. Fyrir andvana fædd börn eru ekki rituð dánarvottorð. Dánarvottorð ritar að jafnaði sá læknir, er stundaði hinn látna í banaalegunni. Þar sem læknir situr og í næsta nágrenni, er þess krafist, að læknir skoði lík látins manns, áður en hann ritar dánarvottorð hans. Annars staðar er heimilt, að læknir, sá er stundaði hinn látna í banaalegunni, eða **embættislæknir**, riti dánarvottorð eftir skýrslu hlutaðeiganda og eigin kunnugleika, enda telji hann ekki ástæðu til líkskoðunar. Ætíð skal gætt fyrir mæla laga nr. 42 10. nóvember 1913, ef ástæða er til að gruna **vovelflegt mannslát**.

Aðdragandi, hér um bil hve langur, frá því að hófst og þar til dauða bar að

Dánarmein

I. Sjúkdómur eða ástand, sem telst beln orsök dauða*)	a)	
Undanfarandi orsakir Sjúkdómsástand, ef verið hefur, sem telst undirrot fyrrgreinds ástands, og skal greina aðalundirrot síðast.	b) Orsök eða undirrot a)	
	c) Orsök eða undirrot b)	
II. Annað ástand, óskýlt, en samverkandi að dauða.		

*) Þetta táknar ekki venjulega og sjálfsagða aðför dauðans, þ. á m. ekki paralysis cordis, asthenia o. s. frv. Það táknar sjúkdóm, áverka eða eftirköst sjúkdóms eða áverka, sem dauðanum olli.

Viðaukagreinargerð um slysfarardauða (vovelflegt mannslát)

☐ Sjónarvottur að slysinu ☐ Fundið lík ☐ Sjálfsmorð ☐ Manndráp ☐ Annað slys ☐ Veit ekki

Um ölvun að ræða

☐ Hins látna ☐ Annarra ☐ Hinn látni ☐ Aðrir

Hvar slysið varð (nánara en undir dánarhelmilli)

Við hverja athöfn (vinnu og þá hverja, umferð og getið farartækja, íþróttir og þá hverja o. s. frv.)

Nánara um eðli slyssins og öll tildrög

.....

.....

.....

Helmildir	Séuð þér hinn látna í banaalegunni og þá hvenær síðast	Séuð þér líkið og þá hvenær
	Er vottorðið skrifað eftir skýrslu annarra og þá hvers eða hverra	
	Fór mannskaðarannsókn fram og þá hvenær og hvar – Hver annaðist rannsóknina	
	Var líkið krufið og þá hvenær, hvar og af hverjum	
	Eru væntanlegar rannsóknarniðurstöður varðandi dánarorsök	

Framhald og undirskrift hins vegar.

Dánarvottorð þetta er ►

Vedlegg 1

Annex 1

Fastsatt av Sosialdepartementet 1983

Legeerklæring om dødsfall/melding om unaturlig dødsfall

Jfr. lov om leger av 13/6 1980 §§ 40 og 41.

Blanketten fylles ut i samsvar med rettledningen på baksiden og leveres rekvirenten (den som har plikt til å melde dødsfallet) i forseglett konvolutt som i byene adresseres til skifteretten og på landet til lensmannen på dødsstedet. Kopi av legeerklæringen sendes den lokale politimyndighet, hvis dødsfallet kan være unaturlig. (Se rettledning på baksiden.)

Avdødes slektsnavn, for og mellomnavn		Kjønn 1 M 2 K	Født dag, mnd., år	Personnr.	Fylles ut av Statistisk Sentralbyrå
Bosted, kommune	gate og husnr.	postadresse			
Dødssted, kommune	Døds utenfor institusjon 1 Hjemme 2 Annet sted 3 Under transport til sykehus 4 Dødt i sykehus eller annen institusjon				
For døde i sykehus eller annen institusjon: Institusjonens navn				Dødt dag, mnd., år	
Hvis sykehus: Avdeling. For annen institusjon. Type institusjon					
Yrke (eget, eventuelt forsørgerens)					
Ekteskapelig status 1 Ugift 2 Gift 3 Enke-mann 4 Skilt 5 Separert		For barn døde innen 24 timer etter fødselen, hvor lenge varte livet?		Timer	Minutter
Navn og adresse på den lege som har behandlet avdøde under siste sykdom					

Opplysning om dødsårsaken

Alle rubrikker må fylles ut. (Se rettledning på baksiden.)

I. Sykdom eller tilstand som direkte (umiddelbart) har ført til døden. (Her skal ikke føres dødsårsaken f.eks. hjertesvikt, hjertelammelse, asteni, men den sykdom, skade eller komplikasjon som umiddelbart fremkalte døden.) a)				Omtrentlig tid mellom sykdommens begynnelse og døden	
Oppgi den eller de sykelige tilstander, skader eller misdannelser som har ført til (la bak) den dødsårsak som er nevnt ovenfor. Den tilstand som innledet sykdomsforløpet, føres sist b)				som skyldtes (var en følge av)	
c)				som skyldtes (var en følge av)	
II. Andre vesentlige tilstander som kan ha bidratt til dødens inntreden, men som ikke står i direkte årsaksforhold til den sykdom eller tilstand som har fremkalt døden.					
Dersom døden skyldtes skade (ulykke) eller følger av denne:	Dato skaden (ulykken) skjedde	Sted ☐ I ved hjemmet ☐ Annet sted	Yrkesulykke? ☐ Ja ☐ Nei		
Hvordan skjedde ulykken?					
Spesielle omstendigheter ved dødsfallet/foretatte undersøkelser typer på (sett kryss) ☐ Drap ☐ Selvmord ☐ Misbruk av narkotika ☐ Meisinsk ☐ Ukjent ☐ Plutselig uventet ☐ Dødsfall i fengsel/arrest ☐ Ukjent lik ☐ Yrkes-sykdom					
Ble det foretatt operasjon?	Dato operert	Viktigste funn			
☐ Ja ☐ Nei					
Opplysningene under I bygger på ☐ Obduksjon ☐ Unders. for døden ☐ Syning av liket		Vil den oppgitte dødsårsak senere bli revurdert? ☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke			
Undertegnede lege som har synet liket og som har behandlet den døde under siste sykdom (sett event. kryss), erklærer herved at dødsårsaken er den ovenfor nevnte.		Melding om unaturlig dødsfall er sendt/gitt muntlig til politiet/lensmannen ☐ ja ☐ nei			
Dato _____ Lege _____		Undertegnede lege erklærer herved at det ikke er grunn til å anta at døden er voldt ved en straffbar handling. (Erklæringen gir bare når kremasjon ønskes eller liket føres ut av riket.)			
Adresse: _____		Dato _____ Lege _____			
I. Forevist skifteretten/lensmannen og sendes den offentlige lege/politiet på dødsstedet		II. Forevist politiet og sendes den offentlige lege på dødsstedet		III. Off. lege/heiseråd (stempel)	
Dato _____ For skifteretten/lensmannen		Dato _____ For politimesteren			
Adresse: _____		Adresse: _____			

IK-1025 B

Blankett 2.

Fastsatt av Sosialdepartementet 1983.

Dødsmelding fra lensmann til den offentlige lege.

(Se veiledningen på baksiden.)

Blankett 2 fylles ut i alle tilfelle hvor legeerklæring om dødsfallet på blankett 1 ikke foreligger, og sendes uoppholdelig til den offentlige lege på dødsstedet. Hvis legeerklæring foreligger, gir lensmannen sin påtegning på denne og sender den videre til vedkommende offentlige lege.

Avdødes slektsnavn, for- og mellomnavn		Kjønn ☐ 1 M ☐ 2 K	Født dag, mnd., år	Personnr.	Fylles ut av Statistisk Sentralbyrå
Bosted, kommune	Gate og husnr.	Postadresse			
Dødssted, kommune	Død utenfor institusjon 1 ☐ Hjemme 2 ☐ Annet sted 3 ☐		Under transport til sykehus 4 ☐	Død i sykehus eller annen institusjon	
For døde i sykehus eller annen institusjon. Institusjonens navn				Død dag, mnd., år	
Hvis sykehus, avdeling. For annen institusjon, type institusjon					
Yrke (eget, eventuelt forsørgerens)					
Ekteskapelig status 1 ☐ Ugift 2 ☐ Gift 3 ☐ Enke, -mann 4 ☐ Skilt 5 ☐ Separert		For barn døde innen 24 timer etter fødselen, hvor lenge varte livet		Timer	Minutter
Navn og adresse på den lege som har behandlet avdøde under siste sykdom					
Antatt dødsårsak (etter de pårørendes opplysninger)					

Sendes den offentlige lege i

..... dato lensmann
sted

Opplysning om dødsårsaken.

(Se veiledning fra Helsedirektøren.)

Fylles ut av den offentlige lege som — hvis han ikke selv har behandlet avdøde under den siste sykdom — har plikt til å innhente de nødvendige opplysninger fra den behandlende lege (blankett 3).

I. Sykdom eller tilstand som direkte (umiddelbart) har ført til døden. (Her skal ikke føres dødsårsaken f.eks. hjertesvikt, hjertelammelse, asteni, men den sykdom, skade eller komplikasjon som umiddelbart fremkalle døden.)		Omtrentlig tid mellom sykdommens begynnelse og døden	
a)	som skyldtes (var en følge av)		
b)	som skyldtes (var en følge av)		
Oppgi den eller de sykelige tilstander, skader eller misdannelser som har ført til (lå bak) den dødsårsak som er nevnt ovenfor. Den tilstand som innledet sykdomsforløpet, føres sist.		c)	
II. Andre vesentlige tilstander som kan ha bidratt til dødens inntreden, men som ikke står i direkte årsaksforhold til den sykdom eller tilstand som har fremkalt døden.			
Dersom døden skyldtes skade (ulykke) eller følger av denne:	Dato skaden (ulykken) skjedde	Sted ☐ I/ved hjemmet ☐ Annet sted	Yrkesulykke? ☐ Ja ☐ Nei
	Hvordan skjedde ulykken		

..... dato lege
sted

VEND!

IK-1026

148

Rettledning for legen ved utfylling av meldingen

En døds melding er et dokument som har rettslig betydning. Alle opplysninger må derfor gis med største nøyaktighet, og meldingen må fylles ut med tydelig skrift.

For de enkelte rubrikker må følgende iakttas:

Avdødes navn: Både slektsnavn, for- og mellomnavn skrives helt ut. For barn som dør før det har fått navn, oppgis foreldrenes (morens) slektsnavn.

Bosted: Her oppgis hvor den døde var registrert bosatt. Personer som på grunn av utdanning eller arbeid midlertidig oppholder seg borte fra hjemmet, regnes som bosatt på hjemstedet. Personer som dør i sykehus, fengsel o.l., regnes som bosatt der de hadde sitt bosted før anbringelsen. For barn født på sykehus/klinikk, som dør umiddelbart etter fødselen, oppgis foreldrenes (morens) bosted. Personer som ved døden var anbragt i andre institusjoner (aldershjem, skolehjem o.l.) eller i privat pleie, regnes som bosatt der. Norsk personell ved norske diplomatiske stasjoner i utlandet regnes fortsatt som bosatt i den kommunen de hadde sitt bosted ved utreisen.

Dødssted: Her oppgis kommune, og det krysses av hvor døden inntraff (hjemme, annet sted, under transport til sykehus, i sykehus eller annen institusjon). Ved dødsfall i sykehus oppgis sykehusets navn og avdeling, ved dødsfall i annen institusjon oppgis navn, type og postadresse.

Yrke: Oppgi avdødes yrke eller levevei. For yrkesaktive og tidligere yrkesaktive oppgis hovedyrket, for arbeidsløse vanlig yrke. For pensjonister og trygdede oppgis tidligere yrke med tilføyelse «fhv». For forsørgede oppgis forsørgers, eventuelt forsørgelsesmåten.

Dødsarsaken: (det vises også til særskilt rettledning)

Under Ia) skal føres den sykdom, komplikasjon eller tilstand som direkte fremkalte døden. I de fleste tilfelle vil denne umiddelbare dødsarsak skyldes eller være en følge av en eller flere sykdommer, skader eller tilstander. Disse føres under b) og c), og den tilstand som etter legens mening startet arsakskjeden føres sist. Hvis den sykdom eller tilstand som føres opp under Ia) beskriver hendelsesforløpet fullstendig, er det ikke nødvendig å fylle ut b) og c).

Arsakssammenhengen mellom Ia, b og c omfatter ikke bare den etiologiske eller patogenetiske sammenheng, men også sekvenser der grunnlidelsen antas å ha ført til den direkte dødsarsak p.g.a. funksjonsnedsettelse eller andre forstyrrelser.

Under II føres andre vesentlige tilstander som bidro til den dødelige utgang, men som ikke sto i direkte arsakshold til den sykdom eller tilstand som fremkalte døden.

Hvis mulig oppgis om tilstanden var akutt eller kronisk og hvor lenge hver tilstand har vart. Ved sykdomsbetegnelser hvor lokalisasjon ikke går fram av sykdommens navn, eks. ved kreft og tuberkulose, må sykdommens anatomiske sete oppgis.

Ved unaturlig død skal legen opplyse om det foreligger drap, selvmord eller ulykke. Utførlige opplysninger om den ytre årsak bes gitt uansett om døden er en umiddelbar følge av skaden eller av den patologiske tilstand som skaden kan ha ført til.

Ved unaturlig død skal legen sende skriftlig melding til politiet/lensmannen på dødsstedet, jfr. § 41 i lov om leger av 13/6 1980 nr. 42 og forskrifter for legens melding om unaturlig dødsfall o.l. Se forøvrig særskilt rettledning nedenfor.

Rettledning for legen ved melding om unaturlig dødsfall

Legeloven § 41 bestemmer at den lege som skal gi erklæring om dødsfall, uten opphold skal underrette politiet dersom det er grunn til å regne med at dødsfallet kan være unaturlig. På samme måte meldes funn av ukjent lik, og dødsfall i fengsel eller i politi- eller militærarrest. Unnlattelse av å melde fra er straffbar. Meldeplikten går foran taushetsplikt.

Melding til politiet om unaturlig dødsfall skal først skje muntlig eller telefonisk så snart som mulig. Deretter skal sendes skriftlig melding. Denne er en kopi av legeerklæringen om dødsfall, for at legene skal slippe et ekstra meldings-skjema. På skjemaet er det en del spørsmål som knytter seg til unaturlig dødsfall. Opplysningene her hører med til den vanlige legeerklæring om dødsfall.

Grensen mellom naturlig og unaturlig død er ikke skarp. Det kan ofte være uklart om et dødsfall er naturlig eller unaturlig. Arsaksforholdene er ofte usikre, og kan hyppig bare bringes på det rene ved etterforskning eller ved sakkyndig likundersøkelse.

Legen behøver ikke ta et bestemt standpunkt til om det foreligger naturlig eller unaturlig død, til arsaks- eller skyldforhold e.l. Hans plikt til å gi muntlig melding til politiet inntrer når han skjønner at den kan foreligge unaturlig død. Når han så gir skriftlig melding, kan legen gi uttrykk for at svaret er usikkert ved å sette spørsmålstegn istedenfor kryss ved de spørsmål som gjelder unaturlig død eller ved å kryss av i rubrikken for ukjent årsak. Et dødsfall vil kunne falle inn under flere rubrikker; et narkotikadødsfall kan samtidig være et selvmord, en ulykke eller et uaktsomt drap, og det kan inntruffe under anholdelse eller i arrestrom.

Har legen gitt muntlig melding, bør i alle tilfeller skriftlig melding sendes, også om dødsfallet ikke lenger antas å være unaturlig.

Oversendelse av døds meldinger

Ved begravelse skal skifteretten (lensmannen) etter å ha fylt ut skjema for melding til soknepresten, (jfr. Justisdepartementets rundskriv av 1. desember 1938) sende denne legeerklæring direkte (i posten) til den offentlige lege på dødsstedet.

Ved kremasjon eller hvis liket skal føres ut av riket, skal skifteretten (lensmannen) etter å ha fylt ut skjema for melding til soknepresten (jfr. Justisdepartementets rundskriv av 1. desember 1938) oppfordre rekvirenten til å bringe legeerklæringen videre til politiet, som gir ham (henne) særskilt erklæring om at det fra politiets side ikke er noe til hinder for kremasjon eller at liket føres ut av riket.

Politiet sender deretter legeerklæringen direkte (i posten) til den offentlige lege på dødsstedet.

Den offentlige lege skal sende de døds meldingene han mottar til Statistisk Sentralbyrå, postboks 8131 Dep., Oslo. Fra byene skal meldingene sendes den 1. i hver måned, fra landdistriktene kvartalsvis innen 8 dager etter kvartalets utløp (jfr. årlig rundskriv fra Helsedirektøren). Denne blankett fås ved henvendelse til den offentlige lege, som får det nødvendige antall fra fylkeslegen. Fylkeslegen rekvirerer skjema fra Statens helsetilsyn, postboks 8128 Dep., 0032 OSLO.

Veiledning for lensmannen ved utfyllingen av meldingen til den offentlige lege på dødsstedet.

En døds melding er et dokument som har rettslig betydning, og alle opplysninger må derfor gis med størst mulig nøyaktighet, og meldingen må fylles ut med tydelig skrift.

Når meldingen fylles ut, skal følgende iakttas:

Avdødes navn: Både slektsnavn, for- og mellomnavn skrives helt ut. For barn som dør for det har fått navn, oppgis foreldrenes (morens) slektsnavn.

Bosted: Her oppgis hvor den døde var registrert bosatt. Personer som på grunn av utdanning eller arbeid midlertidig oppholder seg borte fra hjemmet, regnes som bosatt på hjemstedet. Personer som dør i sykehus, fengsel o.l., regnes som bosatt der de hadde sitt bosted før anbringelsen. For barn født på sykehus/klinikk, som dør umiddelbart etter fødselen, oppgis foreldrenes (morens) bosted. Personer som ved døden var anbragt i andre institusjoner (aldershjem, skolehjem o.l.) eller i privat pleie, regnes som bosatt der. Norsk personell ved norsk diplomatiske stasjoner i utlandet regnes fortsatt som bosatt i den kommunen de hadde sitt bosted ved utreisen.

Dødssted: Her oppgis kommune, og det krysses av hvor døden inntrådte (hjemme, annet sted, under transport til sykehus, i sykehus eller annen institusjon). Ved dødsfall i sykehus oppgis sykehusets navn og avdeling, ved dødsfall i annen institusjon oppgis navn, type og postadresse.

Yrke: Oppgi avdødes yrke eller levevei. For yrkesaktive og tidligere yrkesaktive oppgis hovedyrket, for arbeidsløse vanlig yrke. For pensjonister og trygdete oppgis tidligere yrke med tilføyelse «fHV.». For forsørgede oppgis forsørgerens, eventuelt forsørgelsesmåten.

Var dödsbeviset utfärdas (klinik, mottagning etc. samt adress, telefonnr och ev. telefaxnr) ①

DÖDSBEVIS

Personuppgifter (personnr, efter- och förnamn, adress) ②

För barn under 7 dygn anges

☐ 1 Dödfött ☐ 2 Under 24 tim ☐ 3 24 tim t.o.m. 6 dygn

Dödsdatum (år, mån, dag, klockslag, ev. intervall) ③

Anträffad död (år, mån, dag) – Övriga upplysningar ④

☐ 1 Säkert ☐ 2 Sannolikt

Dödsort och typ av dödsplats/lyndplats ⑤

Bar den döde något implantat som kan explodera? ⑥ För att tillåta kremering kräver krematorierna regelmässigt att sådana implantat har avlägsnats

☐ Ja, och det har avlägsnats ☐ Ja, men det har inte avlägsnats ☐ Nej

Finns skäl för polisanmälan (yttre påverkan m.m., se nedan)?

Har kroppen undersökts efter dödsfallet (se nedan)? (år, mån, dag)

☐ 1 Ja ☐ 2 Nej (sjukdom)

☐ 1 Ja ☐ 2 Nej, senast undersökt före döden:

Ort Datum

Läkarens namnteckning

Tjänsteställe

Tjänsteställning

Namnförtydligande

Telefonnr (inkl. riktnr)

Den läkare som konstaterat dödsfallet ansvarar för att dödsbeviset utfärdas. Beviset skall lämnas (ej B-post) till det lokala skattekontoret senast första vardagen efter det att dödsfallet konstaterades.

Polisen skall kontaktas snarast möjligt om förhållandena vid dödsfallet är sådana att det kan finnas skäl för en rättsmedicinsk undersökning. Dödsbeviset skall då i stället genast lämnas till polismyndigheten. Gravsättning eller kremering får då inte ske innan polismyndigheten lämnat tillstånd enligt nedan till skattekontoret.

FÖRESKRIFTER M.M.

Vid varje dödsfall i Sverige skall ett dödsbevis och ett intyg om dödsorsaken utfärdas av läkare. Denne får inte vara nära anhörig eller på något annat sätt närstående till den avlidne. Övriga regler, bl.a. föreskrifter om journalföring, framgår av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:29) Vissa åtgärder inom hälso- och sjukvården vid dödsfall.

Polisanmälan görs (se SOSFS 1996:29 avsnitt 5):

- När dödsfallet har eller kan ha orsakats av yttre påverkan (skada eller förgiftning) och alltså inte enbart sjukdom, dvs. av någon annan person, olycksfall eller självmord.
- När det är svårt att avgöra om dödsfallet har orsakats av yttre påverkan. Detta gäller
 - när någon anträffas död och tidigare sjukdomsbild inte kan förklara dödsfallet, dvs. vid helt oväntade dödsfall hos både barn – bl.a. vid plötslig spädbarnsdöd – och vuxna när det finns anledning till tveksamhet om dödsfallet har naturliga orsaker,
 - när en missbrukare anträffas död,
 - vid framskriden förruttnelse.
- När dödsfallet kan misstänkas ha samband med fel eller försummelse inom hälso- och sjukvården.
- När den döde inte har kunnat identifieras.

Den läkare som har utfärdat dödsbeviset skall även ansvara för att dödsorsaksintyget utfärdas. När denne begär det, är den läkare som har vårdat den avlidne för den sjukdom eller det tillstånd som ledde till dödsfallet skyldig att utfärda intyget. Det skall sändas in inom tre veckor från det att dödsbeviset utfärdades. Om tidsgränsen tre veckor undantagsvis behöver överskridas, skall underrättelse om förseningen och skälen för denna sändas till Dödsorsaksstatistiken, Box 24064, 104 50 STOCKHOLM.

Efter rättsmedicinsk undersökning svarar Rättsmedicinalverket för att dödsorsaksintyget utfärdas och sänds in.

INSTRUKTIONER

- Blanketten fylls i med skrivmaskin eller textas. För klinik- och personuppgifter kan tydliga avtryck med stämpelbrickor godtas.
- För dödfött barn eller barn som avlidit inom 28 dygn efter födseln får inte stämpelbricka användas utan uppgifterna skall fyllas i med skrivmaskin eller textas. Överst anges barnets personnummer eller födelsedatum (år, mån, dag) samt kön och eventuellt namn. Under anges moderns personnummer, namn och adress.
- Kan inte ett säkert dödsdatum fastställas, anges ett sannolikt datum eller, när detta inte är möjligt, ett intervall (1997-01-01–07, feb–maj 1997, 1980-talet).
- När ett säkert dödsdatum inte kan anges, uppges även när den avlidne anträffades död. Ange då om möjligt också t.ex. när denne senast sågs i livet.

⑤ T.ex. "Eksjö, bostaden", "Stockholm, ortopedavd 56, Södersjukhuset", "Falun, Svärdsjö sjukhem", "Marks kommun, Lindängs servicehus", "motorväg E4, 5 km söder om Uppsala".

⑥ Detta gäller bl.a. hjärtstimulatorer, defibrillatorer, insulinpumpar och infusionspumpar.

⑦ Ange vad som gäller när dödsbeviset utfärdas. Underrätta skattekontoret om implantatet senare avlägsnats. Har det inte avlägsnats när intyget för gravsättning eller kremering utfärdas, skall skattekontoret tydligt ange detta på intyget.

⑧ Beslutas att någon rättsmedicinsk undersökning inte skall göras, underrättar polismyndigheten den som har lämnat dödsbeviset om detta. Denne ansvarar då för att dödsorsaksintyget utfärdas.

Polismyndigheten meddelar härmed TILLSTÅND till gravsättning eller kremering

Polismyndigheten i	Namnteckning
Datum	Dnr
	Namnförtydligande

Polismyndigheten sänder dödsbeviset med tillståndet till det lokala skattekontoret

ÖVERFÖRS FRÅN DÖDSBEVISET	Var dödsbeviset utfärdas (klinik, mottagning etc. samt adress, telefonnr och ev. telefaxnr) 1		DÖDSORSAKSINTYG Personuppgifter (personnr, efter- och förnamn, adress) 2	
	För barn under 7 dygn anges ☐ 1 Dödfött ☐ 2 Under 24 tim ☐ 3 24 tim t.o.m. 6 dygn			
	Dödsdatum (år, mån, dag, klockslag, ev. intervall) 3		Anträffad död (år, mån, dag) – Övriga upplysningar 4	
	☐ 1 Säkert ☐ 2 Sannolikt			
	Dödsort och typ av dödsplats/lydnplats 5			
Bar den döde något implanterat som kan explodera? 6 För att tillåta kremering kräver krematorierna regelmässigt att sådana implanterat har avlägsnats				
☐ Ja, och det har avlägsnats ☐ Ja, men det har inte avlägsnats ☐ Nej				
Finns skäl för polisnämnan (yttre påverkan m.m., se nedan)?				
☐ 1 Ja Polisen skall genast kontaktas 7 ☐ 2 Nej (sjukdom)				
Ort		Datum		Har kroppen undersökts efter dödsfallet (se nedan)? (år, mån, dag)
				☐ 1 Ja ☐ 2 Nej, senast undersökt före döden:
Tjänsteställe		Tjänsteställning		Läkarens namnteckning
				Namnförtydligande
				Telefonnr (inkl. riktnr)

LÄKARENS UTTALANDE OM DÖDSORSAKEN **8**

1 Det sjukdoms- eller skadeförlopp som lett till döden **9**

	Den terminala dödsorsaken var:	Ungefärlig debut eller varaktighet:	
	A		
	som var en följd av:	Ungefärlig debut eller varaktighet:	
B			
som i sin tur var en följd av:	Ungefärlig debut eller varaktighet:		
C			

2 Andra sjukdomar och skador som bidragit till dödsfallet (ange även debut eller varaktighet) **10**

Ifylls inte – SCB-kod		Dpl	Ul orsak
		Kap 17	Gk
Dödsorsaksuppgifterna grundas på undersökning före döden			
☐ 1 klinisk obduktion 11	☐ 5 på sjukhus 12	☐ 6 utanför sjukhus	☐ 7 yttre likbesiktning ☐ 8 därutöver annan källa
Opererad inom 4 veckor före döden? 13		Operationsdatum	Vilket tillstånd föranledde ingreppet?
☐ 1 Ja ☐ 2 Nej ☐ 3 Uppgift saknas			
Vid skada/förgiftning anges 14			
☐ 1 olycksfall ☐ 2 avsiktligt självtillfogad ☐ 3 avsiktligt tillfogad av annan ☐ 4 oklart om avsikt förelagat 15 ☐ 5 annat dödsätt			
Kort beskrivning av hur skadan/förgiftningen uppkommit (ange även typ av plats för händelsen) 16			
Ort		Datum	
Tjänsteställe		Tjänsteställning	
		Läkarens namnteckning	
		Namnförtydligande	
		Telefonnr (inkl. riktnr)	

Noterna **1**–**16** hänvisar till instruktionerna på blankettens baksida

☐ e Intyget ersätter ett tidigare utfärdat

Vänd!

Dödsorsaksintyget sänds inom tre veckor till **Dödsorsaksstatistiken, Box 24064, 104 50 STOCKHOLM**

ÖVERFÖRS FRÅN DÖDSBEVISET	Var dödsbeviset utfärdas (klinik, mottagning etc. samt adress, telefonnr och ev. telefaxnr) ¹		DÖDSORSAKSINTYG (kopia för journalen) Personuppgifter (personnr, efter- och förnamn, adress) ²	
	För barn under 7 dygn anges ☐ 1 Dödfött ☐ 2 Under 24 tim ☐ 3 24 tim t.o.m. 6 dygn			
	Dödsdatum (år, mån, dag, klockslag, ev. intervall) ³		Anträffad död (år, mån, dag) – Övriga upplysningar ⁴	
	☐ 1 Säkert ☐ 2 Sannolikt			
	Dödsort och typ av dödsplats/fyndplats ⁵			
Bar den döde något implantat som kan explodera? ⁶ För att tillåta kremering kräver krematorierna regelmässigt att sådana implantat har avlägsnats ☐ Ja, och det har avlägsnats ☐ Ja, men det har inte avlägsnats ☐ Nej				
Finns skäl för polisanmälan (yttre påverkan m.m., se nedan)? ☐ 1 Ja Polisen skall genast kontaktas ⁷ ☐ 2 Nej (sjukdom)				
Ort		Datum		Har kroppen undersökts efter dödsfallet (se nedan)? (år, mån, dag) ☐ 1 Ja ☐ 2 Nej, senast undersökt före döden:
Tjänsteställe		Tjänsteställning		Läkarens namnteckning
				Namnförtydligande
				Telefonnr (inkl. riktnr)

LÄKARENS UTTALANDE OM DÖDSORSAKEN ⁸
1 Det sjukdoms- eller skadeförlopp som lett till döden ⁹

	Den terminala dödsorsaken var:	Ungefärlig debut eller varaktighet:
	som var en följd av:	Ungefärlig debut eller varaktighet:
	som i sin tur var en följd av:	Ungefärlig debut eller varaktighet:

2 Andra sjukdomar och skador som bidragit till dödsfallet (ange även debut eller varaktighet) ¹⁰

Ifylls inte – SCB-kod		Dpl	Ul orsak
		Kap 17	Gk
Dödsorsaksuppgifterna grundas på undersökning före döden ☐ 1 klinisk obduktion ¹¹ ☐ 5 på sjukhus ¹² ☐ 6 utanför sjukhus ☐ 7 yttre likbesiktning ☐ 8 därutöver annan källa			
Opererad inom 4 veckor före döden? ¹³ ☐ 1 Ja ☐ 2 Nej ☐ 3 Uppgift saknas		Operationsdatum	Vilket tillstånd föranledde ingreppet?
Vid skada/förgiftning anges ¹⁴ ☐ 1 olycksfall ☐ 2 avsiktligt självtillfogad ☐ 3 avsiktligt tillfogad av annan ☐ 4 oklart om avsikt förelagat ¹⁵ ☐ 5 annat dödsätt			
Kort beskrivning av hur skadan/förgiftningen uppkommit (ange även typ av plats för händelsen) ¹⁶			
Ort		Datum	
Tjänsteställe		Tjänsteställning	
		Läkarens namnteckning	
		Namnförtydligande	
		Telefonnr (inkl. riktnr)	

S-120 © Capax/Åhr KOMMENTAR BLANKETTER 97-04

Noterna ¹–¹⁶ hänvisar till instruktionerna på blankettens baksida
Denna kopia läggs i den avlidnes patientjournal

☐ e Intyget ersätter ett tidigare utfärdat

Vänd!

ALLMÄNT

Vid varje dödsfall i Sverige skall ett dödsbevis och ett intyg om dödsorsaken utfärdas av läkare. Denne får inte vara nära anhörig eller på något annat sätt närstående till den avlidne. Övriga regler, bl.a. föreskrifter om journalföring, framgår av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:29) Vissa åtgärder inom hälso- och sjukvården vid dödsfall.

Den läkare som har utfärdat dödsbeviset skall även ansvara för att dödsorsaksintyget utfärdas. När denne begär det, är den läkare som har vårdat den avlidne för den sjukdom eller det tillstånd som ledde till dödsfallet skyldig att utfärda intyget. Det skall sändas in inom tre veckor från det att dödsbeviset utfärdades. Om tidsgränsen tre veckor undantagsvis behöver överskridas, skall underrättelse om förseningen och skälen för denna sändas till

Dödsorsaksstatistiken, Box 24064, 104 50 STOCKHOLM.

Efter rättsmedicinsk undersökning svarar Rättsmedicinalverket för att dödsorsaksintyget utfärdas och sänds in.

INSTRUKTIONER

- 1 Blanketten fylls i med skrivmaskin eller textas. För klinik- och personuppgifter kan tydliga avtryck med stämpelbrickor godtas.
- 2 För dödfött barn eller barn som avlidit inom 28 dygn efter födseln får inte stämpelbricka användas utan uppgifterna skall fyllas i med skrivmaskin eller textas. Överst anges barnets personnummer eller födelsedatum (år, mån, dag) samt kön och eventuellt namn. Under anges moderns personnummer, namn och adress.
- 3 Kan inte ett säkert dödsdatum fastställas, anges ett sannolikt datum eller, när detta inte är möjligt, ett intervall (1997-01-01–07, feb–maj 1997, 1980-talet).
- 4 När ett säkert dödsdatum inte kan anges, uppges även när den avlidne anträffades död. Ange då om möjligt också t.ex. när denne senast sågs i livet.
- 5 T.ex. "Eksjö, bostaden", "Stockholm, ortopedavd 56. Södersjukhuset", "Falun, Svärdsjö sjukhem", "Marks kommun, Lindängs servicehus", "motorväg E4, 5 km söder om Uppsala".
- 6 Detta gäller bl.a. hjärtstimulatorer, defibrillatorer, insulinpumpar och infusionspumpar.

Ange vad som gäller när dödsbeviset utfärdas. Underrättat skattekontoret om implanterat senare avlägsnas. Har det inte avlägsnats när intyget för gravsättning eller kremering utfärdas, skall skattekontoret tydligt ange detta på intyget.

- 7 Beslutas att någon rättsmedicinsk undersökning inte skall göras, underrättar polismyndigheten den som har lämnat dödsbeviset om detta. Denne ansvarar då för att dödsorsaksintyget utfärdas.
- 8 Uppgifter om dödsorsak används huvudsakligen i medicinsk forskning. Ange därför diagnosen så specifikt som möjligt så att dödsorsaken kan klassificeras enligt WHO:s föreskrifter. Undvik förkortningar. Kodnummer anges *inte*. Uppgifter om debut eller varaktighet är mycket väsentliga för registrering enligt WHO:s regler.

Ange för

- **tumör**: malign, benign etc.; primärtumörens läge,
- **diabetes mellitus**: komplikationer,
- **klaffel**: etiologi,
- **njursjukdomar**: komplikationer (t.ex. hypertoni), etiologi till njursvikt.

Vid skada/förgiftning: Se även punkterna 14–15.

Ange särskilt om någon uppgift inte kan lämnas. Därmed undviks onödigt arbete för att begära in uppgiften.

- 9 Beskriv det sjukdoms- eller skadeförlopp som haft störst betydelse för dödsfallet. Ange bara **ett** förlopp, skriv **en** diagnos per rad och ange **debut eller varaktighet** för varje tillstånd.

Skriv på

- **rad A**: den terminala (direkta) dödsorsaken,
- **rad B**: den sjukdom/skada som närmast framkallade det terminala tillståndet,
- **rad C**: den sjukdom/skada som i sin tur framkallade tillståndet på rad B.

Om fler än tre rader krävs, kan extra rader läggas till under rad C. Räcker en eller två rader, lämnas resten tomt. Skriv den sjukdom/skada som inledde förloppet (den underliggande dödsorsaken) på den sist ifyllda raden så att det bildas en sammanhängande kedja från den inledande orsaken på den raden upp till den terminala orsaken på rad A.

För hjärtsvikt och lunginflammation anges eventuella bakomliggande tillstånd, t.ex.

- rad A: hjärtsvikt; rad B: larbensbrott,
- rad A: lunginflammation; rad B: influensa.

- 10 Ange här sådana sjukdomar/skador som har bidragit till dödsfallet men inte kan inordnas i det förlopp som beskrivits under punkt 9. Sjukdomarna anges i rangordning efter den betydelse de haft för dödsfallet med den allvarligaste sjukdomen först. Ange tillståndens debut eller varaktighet inom parentes efter varje diagnos.
- 11 När obduktion görs, fylls inte uppgifterna om dödsorsaken i förrän obduktionsresultatet föreligger.
- 12 Används när patienten varit **intagen** på sjukhus (motsvarande). Har diagnos ställts vid undersökning på t.ex. sjukhusmottagning markeras "utanför sjukhus".
- 13 Som operation räknas åtgärder enligt avsnitten I–XV i Socialstyrelsens "Klassifikation av operationer". Ange den sjukdom/skada som ledde till ingreppet.
- 14 Vid skada/förgiftning görs alltid polisanmälan. Om rättsmedicinsk undersökning inte beslutas (se punkt 7), kan läkaren få behövliga uppgifter om t.ex. omständigheterna vid dödsfallet från polisen.
- 15 Används när man inte har kunnat avgöra om skadan/förgiftningen skedde med avsikt eller genom olycksfall. Om ett alternativ är sannolikt, skall det i stället kryssas för även om man inte har full visshet. Finns det inte något som talar för avsikt, markeras "olycksfall" även om man inte har kunnat klarlägga omständigheterna vid dödsfallet.
- 16 Beskriv kortfattat det förlopp som ledde fram till skadan/förgiftningen. Ange för
 - **trafikolycka**: om den döde var t.ex. förare, passagerare eller fotgängare och vilka typer av fordon som var inblandade (personbil, lastbil, motorcykel etc.),
 - **förgiftning**: aktuell substans,
 - **fall**: t.ex. fall i trappa, från stege, halkat på mattkant,
 - **drunkning**: t.ex. under bad, från småbåt, genom isen.

Ange också **typ av plats för händelsen** enligt punkt 5 ovan.

NOMESKO's publikationer

1. Medisinsk fødselsregistrering. Forslag fra en arbeidsgruppe opprettet av NOMESKO. NOMESKO, Bergen 1971.
2. Planning Information Services for Health/Administration. Decision – Simulation – Approach. Recommendations submitted by a Working Party within NOMESCO. NOMESCO, Stockholm 1973.
3. Computer-based Patient Statistics. Part I. Hospital In-patients. Recommendations submitted by a Working Party within NOMESCO. NOMESCO, Stockholm 1974.
4. Databaseorienteret patientstatistik. 1. Del. Indlagte patienter. Förslag från en arbetsgrupp inom NOMESKO. NOMESKO, Stockholm 1974.
5. Code-list for Diagnoses used in Ambulatory Care. Based on the International Classification of Diseases (8th Rev). Recommendations submitted by a working party within NOMESCO. NOMESCO, Stockholm 1976.
6. Databaseorienteret patientstatistik. 2. del. Statistik om lægebesøg. Förslag från en arbetsgrupp inom NOMESKO. NOMESKO, Stockholm 1978.
7. Översyn av ICD-8. 1. del. Jämförelse mellan de nordiska versionerna av klassifikationen adapterad för sjukhusbruk. Förslag från en arbetsgrupp inom NOMESKO, Stockholm 1978.
8. Översyn av ICD-8. Andra delen: 1. ICD-8 och de nordiska versionerna jämförda med ICD-9. Tabellarisk del. NOMESKO, Stockholm 1978.
9. Översyn av ICD-8. 2. del: 2. ICD-8 och de nordiska versionerna jämförda med ICD-9. Kommentarer. NOMESKO, Stockholm 1978.
10. Computer-based Patient Statistics. Part II. Statistics on Doctor-visits. Recommendations submitted by NOMESCO/APAT-group. NOMESCO, Copenhagen 1979.
11. Health Statistics in the Nordic Countries. 1978. NOMESCO, Stockholm 1980.
12. Osnes, M.: Sammenligning mellom diagnoseklassifikasjoner. ICD-8 Islandsk-dansk-finsk & svensk-norsk (4 siffer) og ICD-9. NOMESKO, Oslo 1980.
13. Sigurðsson, G., et al: Egilsstadir-projektet. Problemorienterad journal och individbaserat informations-system för primärvård. NOMESKO, Stockholm 1980.
14. Härö, A.S. (ed.): Planning Information Services for Health. Decision – Simulation – Approach. Report of NOMESCO/ADAT working group. NOMESCO, Helsinki 1981.
15. Health Statistics in the Nordic Countries 1980. NOMESCO, Copenhagen 1982.
16. Rapport fra Nordisk konference om Besöksorsaker inom primärvården. NOMESKO, København 1982.
17. Fødsler i Norden. Medicinsk fødselsregistrering 1979. (Births in the Nordic Countries. Registration of the Outcome of Pregnancy 1979). NOMESCO, Reykjavík 1982.
18. Health Statistics in the Nordic Countries 1981. NOMESCO, Copenhagen 1983.
19. Health Statistics in the Nordic Countries 1982. NOMESCO, Copenhagen 1984.
20. Nordisk klassifikation til brug i ulykkesregistrering. NOMESKO, København 1984.
21. Nordisk dødsårsagsstatistik. Analyse af kodepraksis. NOMESKO, København 1985.
22. Health Statistics in the Nordic Countries 1983. NOMESCO, Copenhagen 1985.

23. Datorstödda informationssystem inom primärvården i Norden. NOMESKO, Helsinki 1985.
24. Health Statistics in the Nordic Countries 1984. NOMESCO, Copenhagen 1986.
25. Fødsler i Norden. Medicinsk fødselsregistrering 1979-1983. (Births in the Nordic Countries. Registration of the Outcome of Pregnancy 1979-1983). NOMESCO, Reykjavík 1987.
26. Health Statistics in the Nordic Countries 1985. NOMESCO, Copenhagen 1987.
27. Computerized Information Systems for Primary Health Care in the Nordic Countries. NOMESCO, Copenhagen 1988.
28. Health Statistics in the Nordic Countries 1986. NOMESCO, Copenhagen 1988.
29. Health Statistics in the Nordic Countries 1987. NOMESCO, Copenhagen 1989.
30. Nordic Short List of Surgical Operations 1989. NOMESCO, Copenhagen 1989.
31. Health Statistics in the Nordic Countries 1988. NOMESCO, Copenhagen 1990.
32. Trender i hälsoutvecklingen i de nordiska länderna. Annus Medicus 1990, Helsingfors 1990.
33. Health Trends in the Nordic Countries. Annus Medicus 1990, Helsingfors 1990.
34. Nordisk klassifikation til brug i ulykkesregistrering. 2. reviderede udgave. NOMESKO, København 1990.
35. Classification for Accident Monitoring. 2nd revised edition. NOMESCO, Copenhagen 1990.
36. Health Statistics in the Nordic Countries 1966-1991. NOMESCO, Copenhagen 1991.
37. Mats Brommels (ed.): Resultat, kvalitet, valfrihet. Nordisk hälsopolitik på 90-talet. NOMESKO, København 1991.
38. Health Statistics in the Nordic Countries 1990. NOMESCO, Copenhagen 1992.
39. Births and Infant Mortality in the Nordic Countries. NOMESCO, Copenhagen 1993.
40. Health Statistics in the Nordic Countries 1991. NOMESCO, Copenhagen 1993.
41. Primary Health Care in the Nordic Countries in the early 1990s. NOMESCO, Copenhagen 1994.
42. Health Statistics in the Nordic Countries 1992. NOMESCO, Copenhagen 1994.
43. Rates of Surgery in the Nordic Countries. Variation between and within nations. NOMESCO, Copenhagen 1995.
44. Health Statistics in the Nordic Countries 1993. NOMESCO, Copenhagen 1995.
45. Sygehusregistrering i de nordiske lande. NOMESKO, København 1995.
46. Classification of Surgical Procedures. NOMESCO, Copenhagen 1996.
47. Health Statistics in the Nordic Countries 1994. NOMESCO, Copenhagen 1996.
48. NOMESCO Classification of External Causes of Injuries. 3rd revised edition. NOMESCO, Copenhagen 1997.
49. Health Statistics in the Nordic Countries 1995. NOMESCO, Copenhagen 1997.
50. Health Statistics in the Nordic Countries 1996. NOMESCO, Copenhagen 1998.
51. Samordning av dödsorsaksstatistiken i de nordiska länderna. Förutsättningar och förslag. NOMESKO, Köpenhamn 1998.

Samordning av dödsorsaksstatistiken i de nordiska länderna

Förutsättningar och förslag



ISBN 87-89702-24-7