

Dødsårsaker blant eldre i Tromsø og rutiner vedrørende utfylling av dødsmeldinger

En validering av dødsmeldinger

Valgfri oppgave i stadium IV –
medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø

Jørgen Valeur og Dag-Helge Rønnevik
Medisin Kull-00

Veiledere:
Torgeir Engstad og Samuel Hykkerud
Geriatrisk avdeling Universitetssykehuset Nord Norge (UNN)

Tromsø
September 2005

Innhold

Innhold	2
1 Forord	3
2 Resymè	3
3 Introduksjon	3
4 Bakgrunn	4
4.1 Dødsårsaksstatistikk	4
4.2 Utfylling av dødsmelding.....	5
4.3 Kan vi stole på Dødsårsaksregisteret?.....	5
4.3.1 Lave obduksjonsrater	6
4.3.2 Dårlige rutiner for utfylling av dødsmelding	6
4.4 Målsetning.....	7
5 Materiale og metode	7
5.1 Grunnlagsdata fra 1997: "De eldre i Tromsø"	7
5.2 6 års oppfølging.....	8
5.2.1 Registrering av død.....	8
5.2.2 Validering av dødsårsaker	8
5.2.3 Gullstandard: konsensus og/eller obduksjonsrapport.....	9
5.2.4 Vurdering av overensstemmelse.....	9
5.2.5 Døde utenfor UNN.....	9
6 Resultater	10
6.1.1 Antall døde	10
6.1.2 Diagnoser på dødsmeldingene	11
6.1.3 Validerte dødsårsaker	11
6.1.4 Grad av overensstemmelse.....	12
6.1.5 Formelle feil ved utfylling.....	13
7 Diskusjon og konklusjon	14
8 Litteraturliste	16

1 Forord

Denne oppgaven ble skrevet over en periode fra vinteren 2003 til høsten 2005. Mange timer har blitt tilbragt i UNNs arkiver. Arbeidet med oppgaven har vært krevende, men lærerikt. Vi takker våre veiledere ved geriatrik avdeling UNN (Universitetssykehuset Nord Norge), Torgeir Engstad og Samuel Hykkerud, for kyndig veiledning underveis. Vi håper studien kan bidra til å sette søkelys på rutineene rundt utfylling av dødsmeldinger.

2 Resymè

Vi har i denne studien fulgt opp et utvalg eldre født i 1918 eller tidligere og bosatt i Tromsø. Disse var 80 år eller eldre da de ble undersøkt i 1997-1998. Vi har registrert antall dødsfall i perioden januar 1998 til november 2003. Vi ønsket i tillegg å undersøke om dødsmeldingene var korrekt utfylt. Vi gjennomførte derfor en manuell validering av diagnosene på dødsmeldingene til pasientene som døde på UNN og hadde sine journaler i UNNs arkiver. Formålet var å vurdere rutineene for utfylling av dødsmeldinger er gode nok på norske sykehus.

Av et utvalg på 699 fant vi at 313 var avgått ved døden i nevnte periode. Av disse hadde 138 dødd på UNN. 133 av disse hadde dødsmelding vedlagt i journalen. Vi validerte samtlige dødsmeldinger og fant fullt eller delvis overensstemmelse 117 av 133 dødsmeldinger. I 16 tilfeller var det ikke samsvar. Ut fra det vi hadde trodd er dette et bedre resultat enn forventet. De fleste dødsmeldingene er stort sett bra fylt ut. En stor andel av de feilføringene og ulogiske hendelsesforløpene som vi har registrert, finner vi i et fåtall av dødsmeldingene.

3 Introduksjon

Den aller eldste delen av befolkningen blir ofte utelatt fra medisinsk forskning, det være seg epidemiologiske studier eller utprøving av nye medikamenter. Gamle pasienter har gjerne et sammensatt sykdomsbilde og funksjonssvikt som gjør at de som gruppe også uteblir fra helseundersøkelser. Utredning og behandling av gamle pasienter stiller dessuten andre og til dels større krav til behandlende lege. Symptombildet kan avvike fra yngre pasienters symptomer, og det kan være vanskelig å få god oversikt over hvordan de ulike sykdommene påvirker og griper inn i hverandre og betydningen av den enkelte komponent i det komplekse

bildet. Kompleksiteten gjør den eldre til en vanskelig pasient. Dette gjenspeiler seg også i dødsmeldingene.

Studier har vist at diskrepansen mellom klinikers diagnose ("Legeerklæring om dødsfall") og obduksjonsdiagnose øker jo eldre pasientene er ¹. Klinikeren er oftere usikker på hva som er dødsårsak, og han tar oftere feil de gangene han tror han har rett. Ved utfylling av dødsmelding vil det være vanskeligere å sette opp et logisk hendelsesforløp når det er flere tilstander/sykdommer involvert og dødsårsakene synes diffuse.

4 Bakgrunn

4.1 Dødsårsaksstatistikk

Statistisk Sentralbyrå har hatt ansvaret for drift og publisering av dødsårsaksstatistikk siden 1925. I årene 1927 – 1940 ble dødsårsakene kodet etter en interskandinavisk liste av 1926. Som medlem av verdens helse organisasjon (WHO) forpliktet Norge seg fra 1. januar 1951 til å utarbeide offisiell dødsdiagnosestatistikk i overensstemmelse med den internasjonale sykdomsklassifiseringen (ICD, International Classification of Disease) og de prinsipper som gjelder for koding av underliggende dødsårsak.

Ved alle dødsfall, i eller utenfor Norge, som tilstøter personer som på død tidspunktet er registrert som bosatt i Norge ² skal det fylles ut en "Legeerklæring om dødsfall" (heretter kalt dødsmelding). I tillegg finnes et skjema som heter "Dødsmelding fra lensmann til offentlig lege", men dette brukes ikke ofte ³. Dødsårsaksregistret skal gi grunnlag for utarbeidelse av nasjonal, regional og lokal dødsårsaksstatistikk, samt overvåke dødsårsaker og belyse endringer i dødsårsaker over tid. Videre skal registret fremme og gi grunnlag for forskning. Dødsårsaksregistret skal også gi grunnlag for informasjon og kunnskap for planlegging, kvalitetssikring og kvalitetsutvikling av helsetjenesten. Statistikken tar sikte på å gi helsemyndigheter en oversikt over helsetilstanden i Norge. En pålitelig statistikk over dødsårsaker og en adekvat obduksjonsfrekvens er viktige indikatorer på et godt helsevesen ⁴.

I Norge er det etablert et system for kvalitetssikring ved at det innhentes tilleggsopplysninger fra Kreftregistret, Medisinsk fødselsregister, seksjon for samferdsel og fra politiets rapporter ved veitrafikk ulykker, samt resultater av obduksjon fra sykehus og rettsmedisinske

laboratorier. I Norge sendes det også ut et eget skjema med spørsmål om tilleggsopplysninger når dødsmeldingene er dårlig utfylt eller mangelfulle. Dødsårsaksstatistikken har også et samarbeid med medisinsk konsulent hvor viktige medisinske spørsmål blir drøftet. Tilleggsopplysninger samt tilbakespørring av lege er viktig for å sikre et bedre grunnlag for dødsårsaksstatistikken enn om man utelukkende skulle basere seg på informasjon som gis på dødsmeldingene. Om lag en tredel av dødsfallene kodes ved hjelp av tilleggsopplysninger.

Mange land bruker utelukkende informasjon på dødsmeldingen ved koding av dødsårsaker⁵. For å få en mer enhetlig internasjonal registrering (ACME) vurderes det å innføre automatisk istedenfor manuell koding av dødsårsaker⁶.

4.2 Utfylling av dødsmelding

Under punkt Ia på dødsmeldingen skal den sykdom, skade eller komplikasjon som direkte (umiddelbart) har ført til døden føres opp. Under punkt Ib og Ic oppgis den eller de sykelige tilstander eller skader som har ført til (lå bak) den dødsårsak som er nevnt ovenfor. Her føres den tilstand som innledet sykdomsforløpet sist. Under punkt II fylles 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.

Ved koding av dødsårsak skiller det mellom underliggende og medvirkende årsak. Den underliggende dødsårsaken (Ic) er den initiale tilstand i sekvensen av sykelige tilstander eller skader som fører til døden. Det er diagnosen som føres i denne rubrikken på dødsmeldingen som danner grunnlaget de vanlige tabellene fra Dødsårsaksregisteret.

Det finnes et lite hefte med retningslinjer vedrørende utfylling av dødsmelding.

4.3 Kan vi stole på Dødsårsaksregisteret?

De største kildene til usikkerhet knyttet til dødsårsaksstatistikken er diagnosesettingen samt legens utfylling av dødsmeldingen. For at Dødsårsaksstatistikken skal kunne tillegges vekt er det derfor avgjørende at obduksjonsfrekvensen er tilstrekkelig høy⁷ og at dødsmeldinger fylles ut korrekt

4.3.1 Lave obduksjonsrater

Obduksjonsdiagnoser er "gullstandard" for dødsårsaker, dvs. at dersom det ble utført obduksjon ved samtlige dødsfall ville dødsårsaksstatistikken være nær 100 % korrekt. Lave obduksjonsrater gir en mindre korrekt dødsårsaksstatistikk. Obduksjon har dessuten betydning for bl.a. klinisk behandlings- og kvalitetskontroll, læremiddel i undervisning og medisinsk forskning.

Obduksjonsraten i Norge har lenge vært synkende, og verre ble det etter at det i april 2004 ble innført en ny forskrift om obduksjon hvor det stilles strengere krav til pårørendes samtykke enn tidligere (tidligere krevdes kun *antatt samtykke*). I 2004 ble kun 12 % av alle døde obdusert, hvorav 3/5 var sykehusobduksjoner og resten rettslige. Statens Helsetilsyn fastslo i 1999 at nasjonal obduksjonsfrekvensen burde ligge på minst 20%⁸, og sykehusobduksjonsfrekvensen minst 50 %. Obduksjonsfrekvensen ved Universitetssykehuset i Nord-Norge har variert fra 30 til 40 %⁹.

I en studie fra Universitetet i Tromsø fra 1986 påviste Mannsverk til dels store avvik mellom diagnosene fra kliniker og patolog¹⁰. Avviket ble større jo eldre pasientene var (38 % når pasientene var over 70 år mot 19 % når pasientene var under 70 år). Flere andre undersøkelser viser samme tendens og sier noe om hvor vanskelig diagnostikken hos eldre kan være.

4.3.2 Dårlige rutiner for utfylling av dødsmelding

I dag kan alle leger med norsk autorisasjon fylle ut en dødsmelding, det vil si turnusleger, assistentleger og overleger. Altså er det en oppgave som blir gjort av både erfarne og uerfarne leger. Tidligere undersøkelser har vist at det i stor grad forekommer feil i utfylling av dødsmeldinger, både med hensyn til det logiske hendelsesforløpet og rent teknisk¹¹. En studie fra 1980 viste at så mange som ¼ av alle dødsmeldinger inneholdt feil. Gale, uklare eller motstridende opplysninger om dødsårsaken forekom i 8 % av dødsmeldingene. Det er også usikkert om Dødsårsaksregisteret (drevet av SSB) har nødvendige ressurser til å registrere og validere endringer i årsaker til død på et mer detaljert nivå, slik intensjonen er (etter å ha hentet inn opplysninger fra Kreftregisteret osv.).

Dårlige rutiner og manglende kvalitetssikring rundt utfylling av dødsmeldinger i det norske helsevesenet vil resultere i en feilaktig dødsårsaksstatistikk.

4.4 Målsetning

I vår studie har vi forsøkt å validere dødsmeldingene på en kohorte gamle født i 1918 eller tidligere fylt ut ved Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN) for å se i hvor stor grad disse blir korrekt utfylt.

Grad av uoverensstemmelse mellom klinikers dødsmelding og de validerte dødsmeldingene (eller obduksjonsrapportene i de tilfeller det foreligger) vil kunne gi en viktig pekepinn på hvorvidt rutine utfylling av dødsmeldinger er gode nok eller ikke. Dersom våre resultater skulle vise seg å være i tråd med tidligere undersøkelser er vi av den oppfatning at det burde debatteres hvorvidt utfylling av dødsmeldinger skulle vært underlagt en større kvalitetskontroll enn hva dagens rutiner tilsier.

5 Materiale og metode

I 1997-1998 ble det gjort en undersøkelse blant 699 gamle i Tromsø født i 1918 eller tidligere (80 år eller eldre)¹², inkludert 91 gamle fra studien "Hjerneslag i Tromsø"¹³. I denne studien fulgte vi opp denne kohorten for å se hvor mange som var døde, hva dødsårsakene var og i hvor stor grad dødsmeldingene var korrekt utfylt. Dødsmeldingene ble vurdert i lys av kompletterende informasjon om de avdøde hentet fra de avdødes pasientjournaler, epikriser, obduksjonsrapporter, labrapporter og patologi-svar.

5.1 Grunnlagsdata fra 1997: "De eldre i Tromsø"

I 1997 ble det startet en studie kalt "De eldre i Tromsø. Betydning av vaskulære faktorer for funksjonsbortfall" under ledelse av Matti Viitanen ved Institutt for klinisk medisin ved universitetet i Tromsø. Hele befolkningen i den aktuelle aldersgruppen i Tromsø kommune ble invitert til å være med i studien, $n = 1586$. Av disse møtte 699 til undersøkelse. Datainnsamling ble gjort gjennom intervju og klinisk undersøkelse av utvalget. Det ble også hentet inn opplysninger fra sykehus og journal samt et eget spørreskjema for pårørende vedrørende kognitive funksjoner til den gamle.

I tillegg ble det hentet inn opplysninger om respondenten fra sykehus og journal. Dataene ble registrert i en egen database på isolert PC og eget innelåst journalarkiv. Det ble registrert fødselsnummer for å gjøre det mulig å foreta koplinger til andre helseregistre. Navn, adresse

og fødselsnummer ble erstattet med en kode (løpenummer) som viser til en atskilt liste med disse opplysningene.

5.2 6 års oppfølging

5.2.1 Registrering av død

I november 2003 gikk vi gjennom listen bestående av utvalget på 699 gamle fra 1997-1998 og registrerte alle dødsfall ved hjelp av Folkeregisteret. Vi brukte dataprogrammet "Reflection" i UNNs arkiver til å søke på personnummer slik at vi fikk fram dødsdato og alder ved død på de i utvalget som var avgått med døden siden grunnlagsdataene ble samlet inn i 1997-1998. Ved hjelp av allerede eksisterende databaser ble det lagd en liste med personnumrene til alle som hadde dødd.

5.2.2 Validering av dødsårsaker

Listen med personnumrene til de avdøde ble levert i UNNs journalarkiv. Vi fikk da utlevert journalene til samtlige som hadde dødd i oppfølgingsperioden, både i og utenfor UNN. Vi gjennomgikk deretter alle journaler, dødsmeldinger og obduksjonsrapporter manuelt for å registrere dødsårsaker og validere disse.

Vi utarbeidet et registreringsskjema¹⁴ der vi registrerte personnummer, løpenummer fra 1997-1998, dødsårsaker (Ia, Ib, Ic og II), dødsdato og dødssted. Diagnosene som vi kom fram til i vår validering ble ført i hovedrubrikkene på skjemaet. Ved diskrepans mellom våre validerte diagnoser og de opprinnelige diagnosene ble klinikers diagnoser ført ved siden av rubrikkene for de validerte diagnosene. Diagnosene ble kodet etter 10. revisjon av WHO's tresifrede kodesystem, ICD (ICD10).

I tillegg registrerte vi et utvalg hendelser som hadde funnet sted etter undersøkelsen i 1997-1998 (f.o.m. 010198) og fram til døden inntraff. Vi valgte å gruppere disse diagnosene i ischemisk hjertesykdom (akutt myokard infarkt, akutt myokard infarkt 2, 3, 4... gang, gammelt infarkt før 1998, angina pectoris, annen kronisk ischemisk hjertesykdom), hjerneslag (hjerneblødning, hjerneinfarkt, TIA) og lårbensbrudd. Disse sistnevnte tilleggsopplysningene ble registrert som en del av en større oppfølgingsstudie av utvalget fra 1997-1998 og vil ikke bli videre omtalt i vår oppgave.

Gjennomgangen av alle journalene fant sted dels i UNNs arkiver og dels på egne anviste kontorer på UNN.

5.2.3 Gullstandard: konsensus og/eller obduksjonsrapport

I de tilfellene der det forelå obduksjonsrapporter ble disse brukt som "gullstandard", dvs. vi validerte ikke disse diagnosene. Det ble registrert på valideringsskjemaene om det forelå obduksjonsrapport eller ikke.

I de tilfeller der det forelå tvil om hva som burde oppgis som korrekte diagnosekoder, ble det oppnådd konsensus gjennom felles gjennomgang med våre 2 veiledere som er erfarne spesialister i geriatri og indremedisin.

5.2.4 Vurdering av overensstemmelse

Etter at valideringen var gjort ble resultatene sammenlignet opp mot hverandre. Det ble bestemt å sammenligne 1a i dødsmeldingen mot 1a i valideringen, hvis disse stemte ble de kategorisert som full overensstemmelse, hvis 1a ikke stemte så ble den sammenlignet mot diagnoser i 1b og 1c. Hvis den validerte 1a diagnosen ble funnet igjen i 1b, eller 1c på dødsmeldingen, så ble den kategorisert som delvis overensstemmelse. Fant man derimot ikke diagnosen igjen noen plass på 1a, b eller c så ble den registrert som ikke overensstemmelse.

5.2.5 Døde utenfor UNN

For de som døde utenfor UNN forelå det ufullstendige journalopplysninger, og dødsmelding manglet. Så langt vi kunne registrerte vi alle relevante opplysninger som forelå (ischemisk hjertesykdom osv.). I tillegg noterte vi øverst på skjemaet når den siste informasjonen i journalen stammet fra (dvs. når avdøde sist hadde vært på UNN) og eventuelt hvor den avdøde hadde bodd (hvilket sykehjem, hjemme osv.). Dette gjorde vi for å lette registreringsarbeidet dersom det skulle bli aktuelt å la studien omfatte denne gruppen også (noe det ikke ble).

6 Resultater

6.1.1 Antall døde

Vi fant at 313 av de 699 i utvalget fra 1997-1998 var døde (per november 2003). Hos 138 av disse hadde døden inntruffet på sykehuset, slik at journalene samt kopi av døds melding lå lagret i UNNs arkiver. 174 døde utenfor sykehuset og inngår derfor ikke i vårt datagrunnlag.

Av de 138 avdøde var det 74 menn med gjennomsnittsalder ved død 86.5 år og 64 kvinner med gjennomsnittsalder ved død 86.6 år. Den eldste mannen ble 99 år, mens den eldste kvinnen ble 96 år. (Tabell 1).

80 av de 138 avdøde var i alderen 80-84 år ved døden. 46 var i alderen 85-89 år, og 12 stykker var 90 år og eldre. Totalt var 79.7% under 90 år da de døde (akkumulativ prosent). Det var dobbelt så mange menn som kvinner i vår studie som døde i alderen 90 år eller eldre (8 menn mot 4 kvinner). (Tabell 2).

Tabell 1: Antall døde fordelt på alder og kjønn:

	Kjønn		
	<u>Alle</u>	<u>Menn</u>	<u>Kvinner</u>
Antall (n)	138 (100%)	74 (53.6%)	64 (46.4%)
Gjennomsnittsalder (ved død)	86.56	86.5	86.6
Spredning	80-99	81-99	80-96

Tabell 2: Antall døde fordelt i aldersgrupper (alder ved død):

<u>Alder ved død:</u>	Antall døde UNN		
	<u>I alt</u>	<u>Menn</u>	<u>Kvinner</u>
80 – 84 år (1918-1914)	80 (58.0%)	41 (55.4%)	39 (61.0%)
85 – 89 år (1913-1908)	46 (33.3%)	25 (33.8%)	21 (32.8%)
90 år og eldre (1908 -)	12 (8.7%)	8 (10.8%)	4 (6.2%)
Totalt	138 (100%)	74 (100%)	64 (100%)

6.1.2 Diagnoser på dødsmeldingene

Ved registrering av dødsårsaker valgte vi å dele disse inn i kategoriene hjertedød, hjerneslag, malignitet, infeksjoner, lungesykdommer og andre sykdommer. Under lungesykdommer registrerte vi alle lungesykdommer bortsett fra pneumoni (KOLS, lungeemboli, lungeødemer osv.). Cancer pulm sorteres sammen med andre maligne tilstander under "malignitet". Eksempler på tilstander under "andre sykdommer" er terminal nyresvikt, skallefraktur, blødning og aortadisseksjon.

Hos 5 av de 138 avdøde manglet dødsmelding i journalen. I alle de 133 dødsmeldingene var punkt Ia fylt ut. I 62 dødsmeldinger var punkt Ib fylt ut, og i 20 dødsmeldinger var punkt Ic fylt ut. Under punkt Ia fant vi 33 tilfeller av hjertedød, 20 tilfeller av hjerneslag, 16 tilfeller av malignitet, 9 tilfeller av infeksjoner, 7 tilfeller av lungesykdommer og 19 "andre" sykdommer (tabell 3). Vi ser at nær halvparten av diagnosene (62 av 133) ført under punkt Ia i dødsmeldningene kan sorteres under hjertedød og pneumoni. Punkt II var fylt ut i 55 av de 133 dødsmeldingene, og totalt var det registrert 88 diagnoser her. (Tabell 5).

Tabell 3: Klinikers diagnose (frekvenser)

	Hjertedød	Hjerneslag	Malignitet	Infeksjoner	Pneumoni	Lunge- sykdommer	Andre	Mangler dødsmelding	Totalt
Ia	33 (23.9%)	20 (14.5%)	16 (11.6%)	9 (6.5%)	29 (21.0%)	7 (5.1%)	19 (13.8%)	5 (3.6%)	138 (100%)
Ib	21	1	9	2	1	6	22	-	62
Ic	11	1	2	1	0	0	5	-	20

6.1.3 Validerte dødsårsaker

Ved de validerte diagnosene finner vi tall som i all hovedsak er nokså like som for diagnosene på dødsmeldingene. Ved ferdig registrering ser vi at vi har registrert 31 hjertedød, 20 hjerneslag, 17 malignitet, 10 infeksjoner, 35 pneumonier, 11 lungesykdommer, og 14 andre. Her har vi validert alle de 138 pasientene inkludert de 5 som manglet dødsmelding. (Tabell 4).

Vi har også registrert i hvor stor grad utfyllingen av Ib, Ic og punkt II er gjort ved validering. Her går det frem at av 138 validerte dødsmeldinger så var alle fylt inn Ia, 95 hadde diagnose

på punkt 1b, 38 på punkt1c, mens det var 122 utfylte punkt II. Av de 122 utfylte Punkt II var der til sammen 254 spesifikke diagnoser. (Tabell 5).

Tabell 4: Validerte diagnoser (frekvenser)

	Hjertedød	Hjerneslag	Malignitet	Infeksjoner	Pneumoni	Lunge	Andre	Tot
Ia	31 (22.5%)	20 (14.5%)	17 (12.3%)	10 (7.2%)	35 (25.4%)	11 (8.0%)	14 (10.1%)	138 (100%)
Ib	37	5	13	3	2	13	22	95
Ic	21	0	5	0	0	2	10	38

Tabell 5: Utfylling av punkt Ia-c og II samt antall diagnoser under punkt II.

	Dødsmeldinger	Validerte diagnoser
Ia	133	138
Ib	62	95
Ic	20	38
II	55	122
II (antall diagnoser)	88	254

6.1.4 Grad av overensstemmelse

Etter at valideringen var gjort ble resultatene sammenlignet opp mot hverandre. 107 (77.5%) av dødsmeldingene hadde full overensstemmelse med valideringen. 10 (7.2%) stemte delvis, mens det i 16 av tilfellene (11.6%) ikke var noen overensstemmelse (vi fant ikke igjen validerte Ia noen plasser i dødsmeldingen). Totalt er det da 26 tilfeller (18.8%) der det ikke er full overensstemmelse (dvs. hvor vi har satt en annen diagnose under Ia enn den som kliniker satte på dødsmeldingen). (Tabell 6).

Om vi ser på kjønnsfordelingen ser vi at det er noe bedre overensstemmelse for menn enn for kvinner (11 av de 16 tilfellene av "ikke overenskomst" var blant kvinnene). (Tabell 7).

Tabell 6: Grad av overensstemmelse

Full	Delvis	Ikke	Mangler døds melding	Totalt
107 (77.5%)	10 (7.2%)	16 (11.6%)	5 (3.6%)	138 (100%)

Ia mot Ia = full overensstemmelse

Ia i døds melding finnes igjen i validerte diagnoser = delvis overensstemmelse

Ia i døds melding finnes ikke igjen i validerte diagnoser = ikke overensstemmelse

Tabell 7: Grad av overensstemmelse fordelt på kjønn

	Full	Delvis	Ikke	Mangler døds melding	Totalt
Menn	61 (82.4%)	6 (8.1%)	5 (6.8%)	2 (2.7%)	74 (100%)
Kvinner	46 (71.8%)	4 (6.3%)	11 (17.2%)	3 (4.7%)	64 (100%)
Alle	107 (77.5%)	10 (7.2%)	16 (11.6%)	5 (3.6%)	138 (100%)

6.1.5 Formelle feil ved utfylling

I noen døds meldinger fant vi logiske feil. Eksempler på dette:

Eksempel 1: Ia Kachexi

Ib Dehydrering

Eksempel 2: Ia Plutselig uventet død

Ib Pacemaker

Eksempel 3: Ia Hjertesvikt

Ib Cancer prostata

Eksempel 4: Ia Hjerteinfarkt

Ib Funnet komatøs, EKG-forandringer

I to dødsmeldinger var det ført to diagnoser under punkt Ia (eksempel: Ia Sepsis/pneumoni). I 6 dødsmeldinger hadde kliniker oppgitt "hjertesvikt" som endelig dødsårsak under punkt Ia. Dette er i strid med retningslinjene for utfylling av dødsmeldinger (man skal oppgi dødsårsaken, ikke dødsmåten). I 6 andre dødsmeldinger var Ia fylt ut med "mors subita" (plutselig uventet død) der vi ved validering fant et logisk hendelsesforløp som førte til døden.

7 Diskusjon og konklusjon

Vi har i denne studien gjort enkelte funn som det er verdt å se nærmere på.

I 107 av 133 utfylte dødsmeldinger var det fullt samsvar mellom klinikers diagnose og vår validerte diagnose under punkt Ia. I tillegg var det delvis overensstemmelse i 10 av de 133, slik at det totalt er full eller delvis overensstemmelse i 117 av de 133 dødsmeldingene som var fylt ut. Dette må kunne sies å være tilfredsstillende. Men 16 dødsmeldinger er fra klinikers side ført med feil diagnose under punkt Ia, dersom vi bruker vår validering som gullstandard.

(Mange ville nok hevde at uerfarne studenter umulig kan fylle ut en dødsmelding mer korrekt enn en erfaren kliniker. Det vil nok være riktig i alle tilfeller der klinikerer bruker tilstrekkelig tid til å fylle ut dødsmeldingen. Det kan derimot virke som utfylling av dødsmeldinger er noe som mange leger tar litt for lett på med det resultat at dødsmeldingene gir et feilaktig bilde av hendelsesforløpet og er i uoverensstemmelse med fyldigere opplysninger som kan hentes ut av avdødes journalnotater. Så til og med for uerfarne studenter var det i mange tilfeller ganske enkelt å forstå at dødsmeldningene var dårlig fylt ut, og at man ved å lese gjennom journalen etc. kunne avdekke et logisk og korrekt forløp).

Vi ser at i mange av disse 16 dødsmeldingene går det igjen flere feil, for eksempel er det ført "hjertesvikt" under punkt Ia i tillegg til at det foreligger et ulogisk hendelsesforløp og at dødsmeldingen generelt er dårlig/minimalt utfylt. Det kan virke som at "når det først går galt, går det skikkelig galt".

Årsakene til dette kan jo være at behandlende lege rett og slett tar seg for dårlig tid til utfyllingen av dødsmeldingen, og at det blir nedprioritert i en travel hverdag. En annen årsak kan være at utfylling av dødsmeldinger er en jobb av en slik karakter at den blir drenert nedover i hierarkiet, dvs. de erfarne legene overlater til mer uerfarne leger å gjøre denne jobben. Noen ganger blir kanskje dødsmeldinger fylt ut av yngre leger som ikke har så god kjennskap til avdøde? Dette blir spekulasjoner, all den tid det ikke er registrert hvem som har fylt ut dødsmeldingene. Vi kan bare registrere at det i 16 tilfeller foreligger dødsmeldinger som er dårlig og feilaktig utfylt, og som vil være med på å danne et feilaktig grunnlag for dødsårsaksstatistikken i Norge. Utfylling av dødsmeldinger bør være en prioritert arbeidsoppgave som kvalitetskontrolleres av erfarne leger. Det bør heller ikke være så vanskelig å unngå feil i utfyllingen, dødsmeldingen kommer jo med klare instruksjoner om hvordan den skal fylles ut, og til og med instruksjoner om hvordan den IKKE skal fylles ut.

En annen tendens i de valideringene som ble gjort, var at utfyllingen av 1b, 1c og punkt II i dødsmeldingene i mange tilfeller er mangelfullt utfylt. Det er jo ikke alltid det går an å fylle ut disse punktene, men i veldig mange tilfeller vil litt grundigere gjennomgang av journalen vise at det i de fleste tilfellene vil være grunnlag for å fylle inn disse punktene.

Ferske leger bør ikke bli satt til å fylle ut dødsmeldinger uten å få opplæring i det. Samtidig bør alle leger bevisstgjøres viktigheten av en korrekt utfylt dødsmelding.

8 Litteraturliste

- ¹ Artikkel om obduksjoner: eldre pasienter gir større usikkerhet
- ² Det Norske Folkeregisteret
- ³ Gjertsen F. Dødsårsaksregisteret og forskning. Tidssk Nor Lægeforen 2000; 120: 723-5
- ⁴ Nordrum IS. Hva var dødsårsaken? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1618
- ⁵ http://www.ssb.no/emner/03/01/10/notat_200401/notat_200401.pdf
- ⁶ http://www.ssb.no/emner/03/01/10/notat_200401/notat_200401.pdf
- ⁷ http://www.ssb.no/emner/03/01/10/nos_dodsarsak/nos_d189/nos_d189.pdf + <http://www.ssb.no/dodsarsak/arkiv/art-2004-02-27-02.html>
- ⁸ Nordrum IS. Hva var dødsårsaken? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1618
- ⁹ Clausen V. Obduksjoner, er de nødvendige... s.4
- ¹⁰ Mannsverk J. Autopsi og kliniske diagnoser.
- ¹¹ Mannsverk og Clausen + Nordrum IS. Hva var dødsårsaken? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1618
- ¹² Prosjektbeskrivelsen (Matti Viitanen): "De eldre i Tromsø. Betydning av vaskulære faktorer for funksjonsbortfall".
- ¹³ Engstads hjerneslagstudie: "Hjerneslag i Tromsø. Prediktorer for prognose".
- ¹⁴ Registrerings skjema – se vedlegg.