

(I.A)

**RETTLEDNING  
VED  
UTFYLLING AV DØDSMELDING**

## INNHOLD

	Side
1. Legens plikt ved dødsfall .....	4
2. Definisjon av dødsårsak .....	4
3. Utfylling av legeerklæring om dødsfall/ Melding om unaturlig dødsfall .....	6
4. Etablering av årsakssekvenser og den underliggende dødsårsak .....	8
5. Eksempler .....	10
6. Meldingsgangen .....	16
7. Skjema for melding om dødsfall .....	17
<b>Vedlegg:</b>	
1. Legeerklæring om dødsfall/melding om unaturlig dødsfall .....	19
2. Forskrift om leges melding til politiet om unaturlig dødsfall o.l. gitt av Sosialdepartementet 15. mars 1982 i medhold av § 41 i lov av 13. juni nr. 42 om leger .....	20

## Forord

I oktober 1950 utgav Helsedirektøren «Veiledning for legen» til bruk ved utfylling av den medisinske dødsmeldingen. Foranledningen den gang var vedtaket i Verdens Helseorganisasjon om en internasjonal liste over sykdommer og dødsårsaker og om bestemte regler for statistisk klassifikasjon av sykdommer, skader og dødsårsaker. Denne veiledningen er ikke blitt trykt opp igjen.

En spesiell bearbeiding av de mottatte dødsmeldingene i Statistisk Sentralbyrå med sikte på å få en oversikt over feil og mangler ved utfyllingen av meldingene, har vist at mange leger i dag ikke har fått tilstrekkelig informasjon om sitt ansvar når det gjelder utfylling av dødsmeldinger, og at de kjenner for lite til de internasjonale prinsipper og retningslinjer på dette området. Hensikten med denne publikasjonen er derfor å gjøre rede for de skjemaer som skal fylles ut ved dødsfall, meldingsgangen for de ulike skjemaene, og ikke minst hvordan spørsmålene om dødsårsaken – grunnliggende og medvirkende tilstander – skal besvares.

Legenes melding om dødsfall danner som kjent blant annet grunnlaget for dødsårsaksstatistikken, og kvaliteten av denne er i høy grad avhengig av hvordan opplysningene om dødsårsaken blir gitt på dødsmeldingen. Dødsårsaksstatistikken spiller fortsatt en viktig rolle i det medisinske arbeidet, så vel for den praktiserende lege som for vitenskapsmannen.

En nærmere innføring i klinisk dødsårsaksfastsettelse og utfylling av den medisinske dødsmeldingen vil bli gitt i egen publikasjon fra Statistisk Sentralbyrå ved Byråets medisinske konsulent dr. Eystein Glattre.

Oslo, mai 1982

*Torbjørn Mork*

## 1. Legens plikt ved dødsfall

Lov om leger av 13. juni 1980 §§ 40 og 41 gjør det klart at legene har plikt til å gi erklæring om dødsfall som de har hatt med å gjøre under utøvelsen av sin virksomhet. Et vilkår for å avgi en slik erklæring er at legen har vært til stede ved dødsfallet eller har synet liket.

I § 40 blir det også slått fast at en lege har plikt til å gi den offentlige lege på dødsstedet de opplysninger som kreves om dødsårsaken for personer som legen har behandlet under siste sykdom eller har skrevet ut døds melding for.

I henhold til § 41 er legen pliktig til å sende melding til politiet om dødsfall som skyldes unaturlig årsak og når dødsfallet inntreffer under spesielle omstendigheter. Forskrifter om leges melding til politiet om unaturlig dødsfall o.l. gitt av Sosialdepartementet 15. mars 1982 i medhold av § 41 i lov av 13. juni 1980 nr. 42 om leger er tatt inn som vedlegg.

## 2. Definisjon av dødsårsak

### Bakgrunn.

I medisinen godtas som postulat at døden alltid har en årsak, det vil si en forutgående, sykkelig tilstand som er nødvendig og tilstrekkelig for dødens inntreden. I de tilfelle en slik tilstand ikke kan påvises, blir derfor konklusjonen at dødsårsaken er ukjent – ikke at den ikke finnes.

Det å bestemme årsakene til at en pasient dør, har et dobbelt formål: 1) En fastlegging av dødsårsaken gir, på samme måte som en obduksjonsrapport, et utmerket grunnlag for en sammenfattende forståelse av kasus. Den gir en utvidet medisinsk erkjennelse – i det minste for egen del – og muliggjør en faglig selvkritikk av betydning for ens legevirksomhet. 2) En fastlegging av årsaken til dødsfallet legger grunnlaget for en tilfredsstillende utfylling av legeerklæring om dødsfall.

### Definisjoner.

Som medlem av Verdens Helseorganisasjon har Norge fra 1. januar 1951 forpliktet seg til å utarbeide sin offisielle dødsårsaksstatistikk i samsvar med de prinsipper og retningslinjer som organisasjonen har vedtatt. Dødsårsaksstatistikken bygger derfor på den underliggende dødsårsak som, ifølge WHO, defineres som «den sykdom eller skade som startet rekken av sykkelige tilstander som førte direkte til døden» (1). Rekken av sykkelige tilstander kalles en dødsårsakssekvens.

Den tilbakeføring av tilstander eller årsaker som denne definisjonen innebærer, skal ikke fortsette lenger enn til første veldefinerte sykdomstilstand. En skal ikke gå videre til denne tilstands etiologiske faktorer. Unntatt er de

tilfelle der døden skyldes en skade. I disse tilfelle er den underliggende dødsårsak definert som «de ytre omstendigheter ved den ulykke eller voldshandling som forårsaket den dødelige skade».

Den tilstand eller døds måte som umiddelbart fører til døden, og som derfor avslutter den sekvens som innledes av den underliggende dødsårsak, kalles den direkte eller umiddelbare dødsårsak.

Medvirkende dødsårsaker er av WHO definert som «andre vesentlige tilstander som kan ha bidratt til dødens inntreden, men uten å stå i direkte årsaksforhold til den tilstand som framkalte døden» (1).

### Kausalsammenheng.

For bestemmelsen av årsakssammenhenger er det nødvendig å være klar over tidsrelasjonen mellom årsak og virkning: Sistnevnte kan aldri gå forut for førstnevnte i tid. Derfor må en i prinsippet kunne tidfeste alle sykdomstilstander som skal vurderes med hensyn til årsakssammenheng i forhold til avdødes livshistorie. En må fastsette tiden for tilstandens begynnelse på grunnlag av tiden for første symptom eller diagnosetidspunktet, eventuelt på grunnlag av mer usikre opplysninger. Tiden for eventuell helbredelse kan også ha betydning for vurderingen av en årsakssammenheng.

Påvisningen av en tilstand som årsak til en annen tilstand må i utgangspunktet være bestemt av det en vet om disse tilstanders etiologi, patogenese og komplikasjoner. Dette er likevel ofte ikke tilstrekkelig til å identifisere en blant avdødes øvrige sykkelige tilstander som årsak til en gitt tilstand. Mange vil derfor godta en registrert tilstand som årsak til en senere inntrått tilstand såfremt det ikke kan framlegges gode grunner mot en slik årsakssammenheng. En godtar årsakssammenhengen om den er tenkelig. Denne måten å fastlegge en årsak på har imidlertid som vilkår at en er kjent med de sykdommer, misdannelser og skader som etter gjeldende sykdomslære umulig eller usannsynlig kan være årsak til en gitt tilstand. Nåtidens medisin vil f.eks. ikke godta senile vorter som direkte årsak til hjerneslag eller sinnslidelse som direkte årsak til bindevevssykdom. Det følger herav at evnen til å påvise leddene i en dødsårsakssekvens dels vil avhenge av den medisinske erkjennelse til enhver tid, dels av den enkelte leges kunnskaper og erfaring.

(1) Standard for gruppering av sykdommer – skader – dødsårsaker i offentlig norsk statistikk. Statistisk Sentralbyrås håndbøker nr. 24. Oslo 1968.

### 3. Utfylling av legeerklæring om dødsfall/melding om unaturlig dødsfall

En døds melding er et dokument av rettslig betydning. Alle opplysninger må derfor gis med største nøyaktighet og skrives tydelig. Samtidig danner døds meldingene grunnlaget for den offisielle dødsårsaksstatistikken, som de fleste ønsker så god som mulig når de har bruk for den – noe et flertall av legene før eller senere vil ha.

#### Sivile opplysninger. (Skjema gjengitt i vedlegg.)

*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 fortsatt som bosatt på hjemstedet. Personer som dør i sykehus, fengsel o.l., regnes som bosatt der de bodde før anbringelsen. For barn født på sykehus eller klinikk, som dør umiddelbart etter fødselen, oppgis foreldrenes (morens) bosted. Personer som ved døden var anbrakt 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 for hvor døden inntrådte (i hjemmet, annet sted utenfor institusjon, under transport til sykehus, i sykehus eller annen institusjon). Ved dødsfall i sykehus oppgis sykehusets navn og avdeling. For andre institusjoner oppgis navn, adresse og type institusjon.

*Dødsdato:* Her oppgis dag, måned og år. Hvis dødsdato ikke kan fastsettes, oppgis den dato den døde ble funnet. For barn som dør innen 24 timer etter fødselen, oppgis hvor lenge livet varte i timer og minutter.

*Yrke:* Her oppgis avdødes yrke eller levevei. For yrkesaktive og tidligere yrkesaktive oppgis hovedyrket. For arbeidsløse oppgis vanlig yrke. For pensjonister og trygdede oppgis tidligere yrke med tilføyelsen «fHV». For forsørgede oppgis forsørgerens yrke, eventuelt forsørgelsesmåten.

*Navn og adresse på den lege som har behandlet avdøde under siste sykdom:* Denne opplysning skal også gis om det er samme lege som skriver ut døds meldingen. Når en lege blir tilkalt for å skrive ut døds melding for person som har vært behandlet av lege under siste sykdom, i eller utenfor sykehus, skal navn og adresse på behandlende lege oppgis.

#### Medisinske opplysninger. (Skjema gjengitt i vedlegg.)

Rubrikk I på skjemaet er utformet med tanke på dødsårsakssekvenser med tre eller færre ledd. Når sekvensen består av den underliggende dødsårsak, én mellomliggende årsak og den umiddelbare årsak, føres den umiddelbare årsak under I a, den mellomliggende årsak under I b og den underliggende årsak under I c.

Når dødsårsakssekvensen har flere enn tre ledd, beholder den underliggende og den umiddelbare dødsårsak samme plassering. Til føring under I b kan en velge mellom to eller flere mellomliggende dødsårsaker. En bør fortrinnsvis velge den av disse som best karakteriserer utviklingen fra den underliggende fram til den umiddelbare dødsårsak. En annen utvei er å skyte inn flere mellomliggende årsaker – i riktig rekkefølge – i mellomrommet mellom I a og I c.

Dersom dødsårsakssekvensen har to eller ett ledd, kan rubrikk I fylles ut på flere måter som, hva tolkningen angår, alle er likeverdige. Er det to ledd, er den eneste betingelse at den underliggende dødsårsak føres. Er det bare ett ledd, og dette er den umiddelbare dødsårsak, føres denne helst under I a. Dreier det seg derimot om den underliggende dødsårsak, føres denne helst under I b eller I c.

I kolonnen for tid angis tilstandenenes antatte varighet.

I rubrikk II føres de medvirkende årsaker og deres antatte varighet. En kan føre opp flere diagnoser dersom dette synes viktig for en god beskrivelse av dødsfalllets årsaksforhold.

De opplysninger om dødsårsaken som føres på døds meldingen, må være gitt så presist som mulig på norsk eller latin og i samsvar med anerkjent medisinsk terminologi. Når det er nødvendig for en fyldestgjørende angivelse av en tilstand, angis også sykdommens anatomiske sete (lokalisasjon), om tilstanden er akutt eller kronisk, arten av eventuelle mikro-organismer m.m.

Forkortelser som ikke er umiddelbart forståelige eller internasjonalt anerkjente, må ikke brukes.

*Dødelige skader:* Dersom døden skyldtes en skade eller følger av denne, skal de ytre omstendigheter som førte til denne skaden defineres som den underliggende dødsårsak. For å få en fyldestgjørende beskrivelse av den ytre skaden er det nødvendig å opplyse om tid og sted for ulykken, om det var en yrkesulykke og om hvordan ulykken skjedde, f.eks. påkjørsel av motorvogn, fall fra høyde m.m. Skadens art, f.eks. brudd, kvesting, forbrenning m.v. må også føres opp med angivelse av de skadde organer. Ved forgiftning angis giftstoffet.

*Unaturlige dødsfall:* Ved de spesielle former for dødsfall som finnes angitt med rute i egen rubrikk, krysses det av i aktuelle rute(r). Etter at legeerklæringen er ferdig utfylt, rives Melding om unaturlig dødsfall av og sendes politiet. Selve legeerklæringen sendes i forseglert konvolutt til skifteretten i

bykommunene/leismannen i herredskommunene. I alle andre tilfelle kan Melding om unaturlig dødsfall beholdes som kopi (til journalen) av den utfylte dødsmelding.

*Operative inngrep:* Dersom avdøde gjennomgikk operasjon innenfor siste sykdomsperiode – som godt kan omfatte flere sykehusopphold – skal feltet for operasjon og viktigste funn fylles ut. (I noen tilfelle kan også funn fra tidligere operasjoner være av betydning for den kausale forståelse av dødsfallet.)

*Grunnlag for diagnosen:* Den som fyller ut legeerklæring om dødsfall, skal alltid ha synet liket, og derfor skal det alltid være krysset av i ruten for syning. Hvis opplysningene om dødsårsaken også bygger på undersøkelser gjort før dødens inntreden, skal det i tillegg krysses av i ruten for dette. Bygger årsaksopplysningene på obduksjon, krysses det av i ruten for obduksjon. Avkrysning i denne ruten må ikke foretas med mindre seksjonsresultater foreligger på utfyllingstidspunktet. Om det derimot senere vil foreligge resultater av post mortem undersøkelser eller opplysningene om dødsårsaken vil bli revurdert, f.eks. av overordnet lege, krysser en av i ruten for ja i det aktuelle feltet på skjemaet. Om det ikke er klart om senere opplysninger vil foreligge, krysser en av i ruten for vet ikke. Det er svært viktig at disse feltene fylles ut så nøyaktig som mulig.

*Underskrift:* Underskriften må kunne leses og bør uten unntak ledsages av stempel, maskinskrevet navn eller navnet skrevet med trykte bokstaver.

#### 4. Etablering av årsakssekvenser og den underliggende dødsårsak

Den underliggende dødsårsak er, som sagt, definert som den initiale tilstand i den sekvens av sykelige tilstander som fører direkte til døden. Sekvensen er med andre ord bestemt ved at den slutter med den umiddelbare dødsårsak som er en terminaltilstand, det vil si en sykelig tilstand tilstede i den premortale livsfase.

##### Retrospektiv metode.

Når den underliggende dødsårsak skal bestemmes, skal en prinsipielt ta utgangspunkt i den umiddelbare dødsårsak og på grunnlag av kausalitet rekonstruere sekvensens ledd bakover inntil en kommer til den første årsak, den underliggende dødsårsak.

Om det blant de registrerte terminaltilstander ikke peker seg ut noen umiddelbar dødsårsak, må rekonstruksjonen av årsakssekvensen begynne med den sist oppståtte terminaltilstand. Den kan ikke være årsak til noen annen av avdødes sykelige tilstander. Om det så, etter rekonstruksjonen av

denne sekvens, viser seg å være terminaltilstander til overs, det vil si som ikke inngår i den etablerte sekvens, gjentas framgangsmåten med utgangspunkt i den sist oppståtte av disse terminaltilstander. Slik holder en på til alle terminaltilstander inngår i sekvenser. Blant de årsakssekvenser som er etablert, velges den som, etter beste skjønn, var hovedansvarlig for dødens inntreden. Første og siste ledd i denne representerer henholdsvis den underliggende og umiddelbare dødsårsak.<sup>(2)</sup>

##### Prospektiv metode.

I tilfelle der det ikke har vært mulig å konstatere terminale tilstander, er det selvsagt ikke mulig å fastsette den underliggende dødsårsak ved hjelp av den retrospektive metoden. Har en imidlertid registrert tidligere tilstander, kan en prøve å rekonstruere et dødelig hendelsesforløp prospektivt ved å ta utgangspunkt i den av de registrerte tilstander som mest sannsynlig utgjør den underliggende dødsårsak. Resultatet blir en sekvens som nødvendigvis vil ende med terminaltilstander som en kan tenke seg har forekommet hos avdøde. Virker derfor årsakssekvensen som helhet betraktet, rimelig, er det nærliggende å godta det valgte utgangspunkt som underliggende dødsårsak. Den umiddelbare dødsårsaken kan selvsagt ikke angis. Virker derimot den konstruerte sekvens lite rimelig alt i alt, må en forsøke på ny med et annet utgangspunkt. Det er innlysende at på denne måten blir den underliggende dødsårsaken langt mindre sikker.

De gjennomgåtte framgangsmåter forutsetter at begynnelsestidspunktet kan bestemmes for alle tilstander – uten at derfor presisjonen på tidsangivelsen behøver å være så stor. Det er nemlig et faktum at en ikke av tilstandene per se vanligvis kan avgjøre hva som er årsak og hva som er virkning. Det dødelige hendelsesforløp må derfor rekonstrueres med støtte i dateringer.

I noen tilfelle kan en likevel greie å etablere rimelige årsakssekvenser uten slike dateringer. Det dreier seg om tilfelle der en kan benytte seg av enkle hjelperegler:

1) Når en ikke kjenner tiden for to tilstanders begynnelse, kan en fastsette den årsakssammenheng som hyppigst forekommer mellom disse.

2) Dersom to tilstander kan bedømmes med hensyn til i hvilken grad de er livstruende, kan en årsakssammenheng gjennomgående etableres fordi den mer livstruende tilstand hyppigst opptrer senere enn en mindre livstruende.

3) Har en å gjøre med en akutt tilstand som skal plasseres i en dødelig sekvens av kroniske tilstander, vil den akutte tilstand gjennomgående komme før eller etter de kroniske.

<sup>(2)</sup> Glattre, E. og Blix, E.: En vurdering av dødsårsaksstatistikken. Rapporter fra Statistisk Sentralbyrå 80/13. Oslo 1980.

Ut over slike primitive hjelperegler er det først og fremst autopsi som kan bidra til å klarlegge den innbyrdes rekkefølge av sykkelige tilstander uten kjent begynnelsestidspunkt.

## 5. Eksempler

En detaljert beskrivelse av framgangsmåten ved etablering av årsakssekvenser og fastlegging av dødsårsaken er gitt til slutt i dette avsnittet.

De følgende eksempler på hvordan dødsårsakene fastlegges vil bare presentere problemet og resultatet. Det mellomliggende årsaksdiagnostiske tankearbeid etter de metoder som ble omtalt i avsnitt 4, er utelatt av plasshensyn.

### Eksempel 1.

Et barn blir født til termin, men fødselen kompliseres av en kraftig ristorm og barnet dør to dager senere på grunn av et subduralt hematom:

Ia	Haematoma subdurale .....	2 døgn
b	Partus difficilis .....	2 døgn
c	.....	

II .....

Ved tilfelle av perinatal og annen, altfor tidlig død vil tilbakeføringen av dødsårsakssekvensen kunne omfatte tilstander hos moren. Maternell sykdom, skade eller misdannelse vil kunne bli regnet som underliggende dødsårsak, og kjente patologiske tilstander hos moren bør da føres på meldingen.

### Eksempel 2.

En kvinne i slutten av 50-årene dør etter hematemeser og aspirasjon. Av sykehistorien framgår det at hun hadde en akutt, infeksjøs hepatitt for 20 år siden. 10 år senere ble det diagnostisert en begynnende levercirrhose. I samsvar med dette ble det ved seksjon påvist en postinfeksjøs skrumplever og rumperte øsofagus-varicer.

Ia	Aspiratio .....	Få min.
	Haematemesis .....	
b	Venectasiae oesophagi .....	
	Cirrhosis hepatis .....	10 år
C	Hepatitis A .....	20 år

II

I dette tilfellet er det tatt med flere mellomliggende dødsårsaker enn det strengt tatt er plass til på skjema. Dette er gjort for å belyse det dødelige hendelsesforløp så godt som gjørlig. To av de tre mellomliggende diagnoser kan eventuelt utelates.

### Eksempel 3.

En eldre kvinne med hjertesvikt etter hjerteinfarkt for 3 år siden, ble påkjørt av bil og påført et venstresidig lårhalsbrudd. To uker senere utvikler kvinnen en dyp årebetennelse i den skadete ekstremiteten, og en uke senere får hun lungeemboli og dør i løpet av minutter.

Ia	Embolia pulmonis .....	Få minutter
b	Thrombophlebit.v.femor.sin. ....	1 uke
c	Fract.colli femor.sin. ....	3 uker

II Infarctus cordis .....

Skadedato: 30.4.80. Sted: Ved hjemmet. Yrkesulykke: Nei. Hvordan skaden skjedde: Påkjørt av bil i vegkryss.

Etter definisjonen er det de ytre omstendigheter i forbindelse med lårhalsbruddet, det vil si bilpåkørsel, som representerer den underliggende dødsårsak. En fører imidlertid ikke bilpåkørsel opp i rubrikk I fordi dette framgår godt nok av den beskrivelsen av ulykken som gis nedenfor rubrikk II.

### Eksempel 4.

En 75 år gammel mann ble innlagt i sykehus med behov for øyeblikkelig hjelp på grunn av sammensnørende, retrosternale smerter. Etter få timer dør han med EKG-forandringer som ved hjerteinfarkt. For ett år siden var det blitt påvist en coecumcancer som ble behandlet med hemicolecctomi. Ingen sikker spredning, men leverscintigrafien antydte metastaser til hepar.

Ia	Infarctus cordis .....	Få timer
b	.....	
c	.....	

II Ca.coli .....

### Eksempel 5.

En eldre kvinne som hadde vært ekstremt fet de siste 2–3 årene, ble innlagt i sykehus på grunn av en myomatøs uterus som hadde plaget henne gjennom lengre tid. Det ble gjort en ukomplisert hysterectomi, men 2 dager senere utviklet hun en bronchopnevmoni og døde etter ett døgn.

Ia	Bronchopnevmonia .....	1 døgn
b	Hysterectomia .....	3 døgn
c	Fibroma uteri .....	Flere år
<hr/>		
II	Adipositas .....	2–3 år

Når rekonstruksjonen av en årsakssekvens innbefatter behandlingsopplegg, vil dette – i det minste når det er lege artis utført – definisjonsmessig være forårsaket av den tilstand behandlingen er iverksatt mot.

### Eksempel 6.

En 70 år gammel mann, med en lettere senil demens de siste 4 år, døde helt plutselig i sitt hjem. En fant at han hadde tatt en overdose av digitoxin og fant det mest nærliggende å anta at dette skyldtes en akutt forvirringstilstand. Avdøde hadde tatt digitoxin de siste 5 årene på grunn av en hjertesvikt. Om lag 10 år før var det blitt påvist at mannen led av en aortaklaffefeil.

Ia	Hjertestans .....	Momentant
	Overdose av digitoxin	
b	Hjertesvikt .....	5 år
c	Aortaklaffefeil .....	15 år
<hr/>		
II	Alderdomssløvhet .....	4 år

### Eksempel 7.

En 30-årig kvinne døde etter 2 dager av en kraftig stafylokokk-sepsis. Hun hadde lidd av kronisk polyarthritt i flere år. 14 dager før døden ble det påvist en agranulocytose som en antok skyldtes behandling iverksatt mot polyarthritten. Hun hadde også hatt en juvenil, men forholdsvis velkontrollert, diabetes mellitus fra 15-års alder.

Ia	Sepsis (staphylococci) .....	2 døgn
b	Agranulocytosis medicamentalis .....	14 døgn
c	Polyarthritts chronica .....	Flere år
<hr/>		
II	Diabetes mellitus .....	15 år

### Eksempel 8.

I de tilfelle rekonstruksjonen av dødsårsakssekvensen vanskeliggjøres av mangel på kunnskap om kasus, skal dette framgå av dødsmeldingen. Den manglende kunnskap kan gjelde dødsfallet som sådant eller tidlige eller sene ledd i dødsårsakssekvensen. Måten en skal uttrykke seg på, vil avhenge av den situasjon som gir grunnlag for usikkerhet.

En kvinne i 45-års alder ble funnet død i hjemmet. Det var ingen umiddelbar grunn til mistanke om homi- eller suicid. Fra avdødes private lege fikk en opplysning om at kvinnen hadde vært behandlet for essensiell hypertensjon de siste 7 årene. Hun hadde dessuten ved et par anledninger vært sykemeldt på grunn av lumbago.

Ia	Mortuus inventus .....	
b	.....	
c	Hypertensio art. essentialis .....	ca. 7 år
<hr/>		

II .....

En krysser dessuten av i de aktuelle rutene i rubrikken for spesielle omstendigheter ved dødsfallet og sender Melding om unaturlig dødsfall til den lokale politimyndighet.

Mortuus inventus = funnet død.

### Eksempel 9.

En 40 år gammel mann som alltid tidligere hadde vært frisk, fikk plutselig en profus melæna og døde i løpet av en halv times tid.

Ia	Melaena causae ignotae .....	½ time
b	.....	
c	.....	
<hr/>		

II .....

Her kan en utvilsomt anta melænaen som den umiddelbare dødsårsak, men det er ikke mulig å tilbakeføre tilstanden til dens årsak – uten ved seksjon som det ikke ble gitt anledning til.

### Eksempel 10.

En ½ år gammel gutt som hele tiden hadde vært frisk og aktiv, ble av moren funnet død i lekegrunden etter kort fravær. Det kunne ikke påvises noen grunn til at gutten døde. Senere seksjon avslørte ikke noe galt.

Ia Mors subita .....  
b .....  
c .....

II .....

Det krysses av i de aktuelle ruter i rubrikken for uvanlige dødsfall og Melding om unaturlig dødsfall sendes den lokale politimyndighet. På grunn av planlagt seksjon krysses også av for senere revurdert eller mer spesifikk diagnose.

Mors subita = plutselig død.

#### Eksempel 11.

Dødsfall der det ikke er mulig å si noe om hvorvidt døden inntraff hurtig eller om årsakene til dødsfallet, kan fylles ut på følgende måte:

Ia Mors causae ignotae .....  
b .....  
c .....

II .....

Det krysses av i aktuelle rute i rubrikken for uvanlige dødsfall og Melding om unaturlig dødsfall sendes den lokale politimyndighet.

Mors causae ignotae = død av ukjent årsak.

#### Eksempel 12.

En frisk fireåring som under et besøk på farens arbeidsplass hadde fått tak i og spist sublimat-tabletter, døde etter 1/2-1 time på veg til sykehus – under bildet av kvelning og glottisødem.

Ia Kvelning .....  
b Glottisødem ..... 1/2-1 time  
c Akutt forgiftning ..... 1/2-1 time

II .....

I rubrikken for opplysninger om hvordan ulykken skjedde oppgis ulykkesdato, det krysses av for ulykkesstedet og opplyses om omstendighetene omkring ulykken: Tilfeldig funnet og spist sublimat-tabletter (kvikksølvklo-

rid) på fars arbeidsplass. Det krysses dessuten av i den aktuelle rute i rubrikken for spesielle omstendigheter ved dødsfallet, og Melding om unaturlig dødsfall sendes til den lokale politimyndighet.

#### Algoritme.

a) En lager en oversikt over alle avdødes sykdommer, skader og misdannelser. De av disse tilstander som er terminale, avmerkes.

b) En stiller opp den historiske rekkefølge av alle avdødes tilstander etter tidspunktet for deres begynnelse.

c) En tar så utgangspunkt i den sist oppståtte terminaltilstand (som strykes av den historiske rekkefølge). En spør så om den nærmest forutgående tilstand i den historiske rekkefølge kan være årsak til terminaltilstanden. Hvis svaret er nei, går en videre til nærmest forutgående tilstand, og slik holder en på til en kommer til første tilstand som kan være årsak. Denne innlemmes så i sekvensen (og strykes av den historiske rekke). Deretter fortsetter en på samme måte å søke etter en årsak til den fastsatte årsak til sist oppståtte terminaltilstand. Når en er kommet igjennom hele den historiske rekke, er årsakssekvensen etablert. Om det etter dette er terminaltilstander til overs (som ikke er strøket), tar en utgangspunkt i den sist oppståtte av disse og rekonstruerer på samme måte en ny årsakssekvens blant de tilstander som er tilbake (ikke strøket). Slik fortsetter en å rekonstruere årsakssekvenser inntil alle terminaltilstander inngår i disse.

d) Blant de etablerte sekvenser velges så den som ender med den umiddelbare dødsårsak. Om det ikke er klart hvilken terminaltilstand er den umiddelbare dødsårsak, velges den sekvens som mest sannsynlig er hovedansvarlig for dødsfallet.

e) I den utvalgte årsakssekvens er den underliggende dødsårsak identisk med første ledd/tilstand, den umiddelbare med siste ledd/tilstand.

f) Medvirkende dødsårsaker kan velges blant ledd/tilstander, fortrinnsvis begynnelsesleddene, i andre årsakssekvenser som har bidradd vesentlig til den dødelige utgang.

#### Eksempel.

En 30 år gammel kvinne døde 10.08.65 etter et par dagers sykeleie på grunnnav bronchopnevmoni. Som 4-åring gjennomgikk hun meslingene. I en alder av 13 år fikk hun en astma som sluttet å plage henne de siste leveårene. 10 år etterpå ble det konstatert cor pulmonale. I juli 1960 gjennomgikk avdøde en kraftig cystopyelitt, og som følge av denne, led hun av nedsatt nyrefunksjon de siste 3 måneder av sitt liv.



a)

Terminale tilstander	Øvrige
Cor pulmonale Bronchopneumonia Hypofunctio renalis	Morbilli Cystopyelitis Asthma bronchiale

b)



Morbilli 1939  
Asthma bronchiale 1948  
Cor pulmonale 1958  
Cystopyelitis juli 1960  
Hypofunctio renalis mai 1965  
Bronchopneumonia 08.08.65  
Mors 10.08.65

c) Årsakssekvenser:

- i) Bronchopneumoni ← cor pulmonale ← asthma bronch.  
ii) Hypofunctio renal. ← cystopyelitis

d-f)

Ia	Bronchopneumonia .....	2 døgn
b	Cor pulmonale .....	7 år
c	Asthma bronchiale .....	17 år
II	Cystopyelitis .....	5 år

## 6. Meldingsgangen

Ved dødsfall i bykommuner – og ved dødsfall i herredskommuner når den døde skal kremeres eller liket skal føres ut av riket – må lege ha synet liket, og «legeerklæring om dødsfall» skal fylles ut. Denne erklæringen medbringes av den som har plikt til å melde dødsfallet til skifteretten/lensmannen på dødsstedet i *forseglet konvolutt*. Ved dødsfall som nevnt i § 41 i lov om leger og etter forskrifter fra Helsedirektøren, skal Melding om unaturlig dødsfall (kopien til legeerklæringen) sendes til politiet på dødsstedet.

Skifteretten/lensmannen på dødsstedet skriver ut en særskilt melding, «Dødsmelding til sognepresten», til begravellesmyndighetene. Denne meldin-

gen må forevises før begravelse kan finne sted. Kopi av denne meldingen, «Dødsmelding til folkeregisteret», sender skifteretten/lensmannen til folkeregisteret i den kommune den døde hadde sitt bosted (var registrert i folkeregisteret).

Skifteretten/lensmannen gir påtegning på de mottatte legeerklæringer. Hvis den døde skal kremeres eller føres ut av riket, må legeerklæringen bringes videre til politiet som gir en erklæring om at det ikke er noe til hinder for dette. Politiet sender deretter legeerklæringen direkte (i posten) til den offentlige lege på dødsstedet. I de tilfelle den døde skal begraves, sender skifteretten/lensmannen legeerklæringen direkte til den offentlige lege på dødsstedet.

Hvis dødsfall blir meldt muntlig, dvs. at legeerklæring ikke foreligger, fyller lensmannen ut skjemaet «Dødsmelding fra lensmann til den offentlige lege», og meldingen sendes til den offentlige lege på dødsstedet. På samme måte som når legeerklæring foreligger, skriver lensmannen ut «Dødsmelding til sognepresten» (med kopi til folkeregisteret).

Den offentlige lege på dødsstedet gjennomgår alle mottatte dødsmeldinger. For de mottatte lensmannsmeldinger – som har rubrikk for dødsårsaken med samme ordlyd som på legeerklæringen – innhenter den offentlige lege opplysninger om dødsårsaken i de tilfelle han/hun ikke selv har behandlet den døde under siste sykdom, og rubrikken for dødsårsaker fylles ut. For de mottatte legeerklæringer innhenter den offentlige lege eventuelle tilleggsopplysninger fra den lege som har skrevet ut erklæringen eller som har behandlet den døde under siste sykdom (skjema 3).

Den offentlige lege på dødsstedet skal sende melding om dødsfall (skjema 4) til den offentlige lege på bostedet, når avdødes bosted var et annet enn dødsstedet.

Den offentlige lege skal føre journal over alle dødsfall han/hun mottar melding om. I en protokoll, eller på registerkort, registreres opplysninger fra de originale dødsmeldingene – også om dødsårsaken.

I bykommunene skal den offentlige lege sende alle de originale dødsmeldingene til Statistisk Sentralbyrå innen 8 dager etter utløpet av hver måned. I herredskommunene skal dødsmeldingene sendes innen 8 dager etter utløpet av hvert kvartal. Dersom fylkeslegen ønsker det, kan meldingene sendes om ham/henne.

## 7. Skjema for melding om dødsfall

For melding om dødsfall og dødsårsaker i henhold til de gjeldende lover foreligger følgende skjema:

Blankett 1 (I-1025)

– Legeerklæring om dødsfall/Melding om unaturlig dødsfall

Blankett 2 (I-1026)

- Dødsmelding fra lensmann til den offentlige lege

Blankett 3

- Tilleggsopplysninger om dødsårsak

Blankett 4

- Melding om dødsfall (fra den offentlige lege på dødsstedet til den offentlige lege på den døde bosted)

GA 5205

- Dødsmelding til sognepresten/Dødsmelding til folkeregisteret

Blankett 1 (legeerklæringen) rekvirerer legene fra den offentlige lege som får skjema ved henvendelse til fylkeslegen. Denne rekvirerer skjema fra Statens trykksaksekspedisjon, Postboks 8169, Dep. Oslo 1. Skjema 3 og 4 rekvirerer den offentlige lege direkte fra Statens trykksaksekspedisjon. Skjema 2 og GA 5205 rekvirerer lensmann/skifterett fra Statens trykksaksekspedisjon.

## Vedlegg 1

Blankett 1  
Fastsatt av Sosialdepartementet 1982

### Legeerklæring om dødsfall/melding om unaturlig dødsfall

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

Blanketten fyller ut i samsvar med rettleiningen 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 rettleining på baksiden.

Avdødes slektsnavn, for- og mellomnavn	Kjønn 1 <input type="checkbox"/> M 2 <input type="checkbox"/> K	Født dag, mnd., år/pers.nr.	Fylles ut av Statistisk Sentralbyrå
Bosted, kommune	gate og husnr.	postadresse	
Dødssted, kommune	Død utenfor institusjon 1 <input type="checkbox"/> Hjemme 2 <input type="checkbox"/> Annet sted 3 <input type="checkbox"/>	Under transport til sykehus 4 <input type="checkbox"/>	I sykehus eller annen institusjon 5 <input type="checkbox"/>
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)			
Ektekapselig status 1 <input type="checkbox"/> Ugilt 2 <input type="checkbox"/> Gift 3 <input type="checkbox"/> Enke-mann 4 <input type="checkbox"/> Skilt 5 <input type="checkbox"/> Separert		For barn døde innen 24 timer etter fødselen, hvor lenge var de levende	Timer Minutter
Navn og adresse på den lege som har behandlet avdøde under siste sykdom			

#### Opplysning om dødsårsaken

Alle rubrikker må fylles ut (Se rettleining 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)	Om trentlig tid mellom sykdommens begynnelse og døden		
..... som skyldtes (var en følge av)			
Oppgi den eller de sykelige tilstander, skader eller misdannelser som har ført til (å bak) den dødsårsak som er nevnt ovenfor. Den tilstand som innledet sykdomsforløpet, føres sist ..... 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.			
Dørsom døden skyldtes skade (ulykke) eller følger av denne:	Dato skaden (ulykken) skjedde	Sied i/ved <input type="checkbox"/> hjemmet <input type="checkbox"/> Annet sted	Yrkesulykke? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	Hvordan skjedde ulykken		
Spesielle omstendigheter ved dødsfallet/foretatte undersøkelser tyder på (sett kryss)	<input type="checkbox"/> Drap <input type="checkbox"/> Selvmord <input type="checkbox"/> Misbruk av narkotika <input type="checkbox"/> Medisinsk <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Plutselig/ <input type="checkbox"/> Dødsfall i <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Yrkes- <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Ble det foretatt operasjon?	Dato operert	Viktigste funn	
Opplysningene under I bygger på <input type="checkbox"/> Unders <input type="checkbox"/> Syning <input type="checkbox"/> Obduksjon <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Av liket	Vil det senere foreligge røvdrett eller mer spesiell diagnose <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> 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.	Undertegnede lege erklærer herved at det ikke er grunn til å anta at døden er voldt ved en straffbar handling. (Erklæringen gis bare når kremsjon ønskes eller liket føres ut av riket.) Melding om unaturlig dødsfall er sendt/gitt muntlig til politiet/lensmannen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
Dato _____ Lege _____	Dato _____ Lege _____		
Adresse: _____	Adresse: _____		
I. Forevist skifteretten/lensmannen og sendes den offentlige lege/politiet på dødsstedet.	II. Forevist politiet og sendes den offentlige lege på dødsstedet.		
Dato _____ For skifteretten/lensmannen _____	Dato _____ For politimesteren _____		
Adresse: _____	Adresse: _____		

## Vedlegg 2

### FORSKRIFT

om leges melding til politiet om unaturlig dødsfall o.l., gitt av Sosialdepartementet 15. mars 1982 i medhold av § 41 i lov av 13. juni 1980 nr. 42 om leger.

#### § 1. Melding til politiet.

Når en lege har med et dødsfall å gjøre og plikter å gi erklæring om det, jfr. legelovens § 40, skal han uten opphold melde fra til politiet dersom det er grunn til å anta at dødsfallet kan være unaturlig.

Melding gis snarest mulig muntlig eller telefonisk til politikammer – i landdistrikt til lensmann. Denne muntlige melding skal følges av en skriftlig melding på fastsatt skjema, som er kopi av den vanlige legeerklæring om dødsfall.

På legens erklæring om dødsfall anmerkes at muntlig melding er gitt til politiet.

#### § 2. Unaturlig dødsfall o.l. som skal meldes.

Som unaturlig meldes til politiet dødsfall som antas å kunne skyldes:

1. drap eller annen legemskrenkelse,
2. selvmord eller selvvoldt skade,
3. ulykke som forlis, brann, skred, lynnedslag, drukning, fall, trafikkulykke o.l.,
4. yrkesulykke eller yrkesskade,
5. feil, forsømmelse eller uhell ved undersøkelse eller behandling av sykdom eller skade,
6. misbruk av narkotika,
7. ukjent årsak når døden er inntrådt plutselig og uventet.

Som unaturlig meldes også:

8. dødsfall i fengsel eller under sivil eller militær arrest,
9. funn av ukjent lik.

#### § 3. Ikrafttreden.

Denne forskrift trer i kraft 1. april 1982.

---