



Principper og vejledning i registrering af dødsårsager og andre kliniske oplysninger i dødsattesten

version 1.0.2

”Dødsattesten - principper og vejledning i registrering af dødsårsager og andre kliniske oplysninger i dødsattesten”, version 1.0.2 (november 2013)
© SSI 2013

SSI vedligeholder klassifikationer efter aftale med andre klassifikationsmyndigheder. Hele eller dele af denne publikation må ikke anvendes i kommercielt øjemed uden aftale med SSI.

Hele eller dele af publikationen må umiddelbart anvendes til alle ikke-kommercielle formål, der omhandler kodning, registrering og indberetning af dødsårsager.

Denne publikation findes elektronisk (pdf) på: <http://www.ssi.dk/dar>

Denne vejledning er den komplette vejledning i registrering af de kliniske oplysninger i dødsattesten. Der er desuden udarbejdet en kort version af vejledningen, som også kan findes på hjemmesiden.

Publikationen vil løbende blive revideret efter behov og ønsker til eksempler. Der er udarbejdet en eksempelsamling som supplement til denne vejledning. Eksemplerne vil løbende blive suppleret.

Om version 1.0.2

Denne version 1.0.2 erstatter version 1.0.1. Opdateringen drejer sig primært om sproglige tilpasninger og en kodeændring på side 29.

Udfyldelse af dødsattestens kliniske del

Dødsattestens kliniske del anvendes til registrering af dødsårsager og øvrige kliniske oplysninger af relevans for døden til Dødsårsagsregisteret (DAR). Dødsårsagerne i dødsattestens Del I beskriver forløbet, som fører frem til dødsfaldet, og skal klassificeres efter WHO's internationale anvisninger.

Med henblik på korrekt angivelse af dødsårsagerne og de øvrige medicinske oplysninger, skal de kliniske oplysninger udfyldes af den læge, som ud fra sit kendskab til afdøde har de bedste forudsætninger for dette, herunder skal klinikeren **...især tage stilling til den tilgrundliggende dødsårsag...** registreres i felt D - som er den vigtigste statistisk-epidemiologiske oplysning.

De kliniske oplysninger skal udfyldes med hensyntagen til sygehistorie, journaloptegnelser, epikriser og andre tilgængelige kliniske oplysninger, samt eventuelle obduktionsfund, politirapporter og andre undersøgelsesresultater med relevans for klarlægning af forløbet til død.

De **kliniske oplysninger** på dødsattesten består af elementerne:

- Døds måde
- Dødsårsager I (betegnes her blot "Del I")
- Dødsårsager II (Del II)
- Medicin
- Obduktion
- Yderligere undersøgelser
- Retskemi
- Supplerende oplysninger

Alle disse elementer beskrives mere eller mindre udførligt i denne vejledning.

Dødsårsagerne i Del I er den vigtigste del. Disse beskriver **det sammenhængende kliniske forløb** fra tilgrundliggende dødsårsag til umiddelbar dødsårsag.

Oplysningerne i de øvrige dele supplerer Del I og understøtter Dødsårsagsregisterets dannelse og anvendelse, men udfyldelsen af Del I er altafgørende for, at dødsårsagsstatistikken bliver korrekt.

Vejledningen refererer til principper, betegnelser og udfyldelsen i Statens Serum Instituts elektroniske dødsattest, som har erstattet papirattesten. Attesten bygger logisk set på de samme principper som papirattesten.

Indførelsen af den nye attest har medført en række ændringer, hvoraf det især skal nævnes, at lægen nu selv skal klassificere dødsårsagerne og kun kan angive en tilstand per linje, hvilket skal understøtte en højere kvalitet af dødsattesterne og dermed af dødsårsagsstatistikken.

Til hjælp for dette arbejdes der løbende på forbedringer og forenklinger af dels selve attestens struktur, udseende og funktionaliteter, dels af den tilhørende klassifikation af dødsårsager (se videre i afs. 2.1-2).

Kapitel 1 handler om valg af døds måde. Dette indledende trin er bestemmende for kravene til den videre angivelse af dødsårsagerne

Kapitel 2 beskriver kort de anvendte klassifikationer

Kapitel 3 omhandler dødsattestens Del I. Beskrivelsen er generel for både naturlig og ikke-naturlig død.

Kapitlerne 4 og 5 beskriver de forskellige krav til registreringen ved *naturlig* hhv. *ikke-naturlig død*

Kapitel 6 omhandler døds måden 'Uoplyst' – kun for embedslæger

Endelig beskrives i kapitlerne 7-8 "Del II" og "Andre oplysninger"

Kommentarer og forslag til denne vejledning, samt i det hele taget spørgsmål og idéer til dødsattesten og klassifikationen modtages gerne i Dødsårsagsregisteret, der har sine egen postkasse: d-kodning@ssi.dk

På forhånd tak for hjælpen.

Statens Serum Institut, november 2013

1 Døds måde

Hele forståelsen af dødsattesten som klinisk dokumentationsredskab, herunder principper og krav til struktur og kodeanvendelse, tager udgangspunkt i "Døds måden".

I 'Døds måde' angives den overordnede kategorisering af det aktuelle dødsfald. Overordnet opdeles døds måde i 'Naturlig død', 'Ikke-naturlig død' og 'Uoplyst'.

Naturlig død er død primært som følge af sygdom eller eventuelt symptom på ikke-erkendt sygdom. Naturlig død omfatter også død som følge af arbejdsbetinget sygdom, misbrug, psykisk sygdom, alderdomssvækkelse samt bivirkninger og andre komplikationer til undersøgelse og behandling.

Ikke-naturlig død opdeles yderligere i 'Ulykke', 'Selvmord', 'Drab/vold' samt 'Legal intervention/krigshandling'. Ikke-naturlig død er alle tilfælde af død, som ikke direkte skyldes sygdom, og hvor forløbet til død er initieret af en "ydre årsag" – klassificeres efter WHO's kap. 20 – dvs. en bevidst eller ubevidst udført handling eller hændelse, der har ført til en skade. Skader inkl. forgiftninger klassificeres efter WHO's kap. 19.

Se videre i Kap. 4 og 5 om, hvad der henregnes til naturlig død hhv. ikke-naturlig død, samt hvilke principper og koder, der anvendes ved de forskellige døds måder.

Ved tvivlstilfælde, hvor det ikke kan fastslås, om der er tale om naturlig eller ikke-naturlig død, anvendes døds måde '**Uoplyst**'. Dette bør dog først ske efter, at der er gjort den nødvendige indsats for at søge at afklare, om der er tale om naturlig eller ikke-naturlig død. Det er kun embedslæger, der kan anvende 'uoplyst'. Dette betyder, at embedslægen altid skal indtages i alle tilfælde, hvor der er mistanke om ikke-naturlig død.

I den nyeste udgave af den elektroniske dødsattest er 'Døds måde' flyttet op til toppen af attesten. På denne måde tvinges lægen til at tage stilling til døds måden samtidig med, at dette åbner mulighed for at indrette den videre udfyldelse af attesten på baggrund af dette overordnede valg.

2 Klassifikation af dødsårsager (ICD10-mortalitet)

Til kodning af dødsårsagerne (Del I og II) anvendes en tilpasset udgave af WHO's internationale sygdomsklassifikation ICD10, der også indeholder koder for ydre årsager (kap. 20) til skade ved ikke-naturlig død, dvs. ved ulykker, drab/vold, tilsigtet selvskade og legalintervention/krigshandling. Denne del af klassifikationen er ikke kendt fra den normale diagnoseregistrering, hvorimod de øvrige dele af klassifikationen stort set er de samme, som anvendes i den almindelige sygdomsregistrering.

Der er i forhold til sygdomsklassifikationen, der anvendes i patientregistreringen, en række diagnosekoder, der ikke kan være dødsårsager. Disse er fjernet fra den klassifikation, der ligger bagved dødsattesten. Der er herudover koder, der ikke kan være tilgrundliggende dødsårsag (TD). Disse vil senere blive blokeret i felt D.

2.1 Find dødsårsagen

I diagnoselisten til dødsattesten er der indarbejdet en lang række synonymer til de enkelte koder, således at tekstsøgning af dødsårsagerne er gjort lettere. Synonymlisten vil løbende blive udvidet efter behov.

Kan man ikke finde den rette kode eller savner en søgetekst (synonym), er man velkommen til at henvende sig til Dødsårsagsregisterets postkasse: d-kodning@ssi.dk

2.2 Diagnosebrowser

Den til enhver tid gældende klassifikation af dødsårsager med synonymer ligger bag diagnosefelterne i SSIs elektroniske dødsattest (SEI-attest) og også i hjælpeværktøjet (diagnosebrowser) "Diagnoser i dødsattesten", der findes her: <http://medinfo.dk/daars/index.php>

3 Del I: det sammenhængende forløb til død

Dødsårsagerne i Del I (Dødsårsager I) beskriver det sammenhængende kliniske forløb fra tilgrundliggende dødsårsag til umiddelbar dødsårsag.

De i det følgende beskrevne principper er WHO's og er internationalt anerkendte og anvendte. Det er vigtigt at gøre sig klart, at formålet med disse principper er at skabe en pålidelig international dødsårsagsstatistik.

Udfyldelsen skal afspejle klinikerens bedste kliniske bud på forløbet til død

Der er ingen facitliste, men klinikerer er altid den nærmeste til at lave den bedste dokumentation. Kvaliteten af Dødsårsagsregisteret er helt afhængig og begrænset af klinikerens udfyldelse af Del I.

Det i det følgende beskrevne er generelt og søger at illustrere principper, der anvendes ved udfyldelsen af alle attester, snarere end det skal være skabelon for udfyldelsen af enkelte dødsattester. De særlige forhold vedr. krav og koder anvendt ved naturlig hhv. ikke-naturlig død er nærmere beskrevet i de følgende *kapitel 4 og 5*

3.1 Rækkefølgen - fra felt D til A

Rækkefølgen af dødsårsagerne i Del I skal afspejle den ubrudte årsagskæde fra start til slut af forløbet til død, dvs. fra den tilgrundliggende dødsårsag (i felt D) til den umiddelbare dødsårsag (i felt A), evt. via mellemliggende trin (indgående dødsårsager i C og evt. B), der binder forløbet sammen. Der er således mulighed for at udfylde maksimalt 4 dødsårsager i årsagskæden, startende med den tilgrundliggende.

Tilgrundliggende dødsårsag i Felt D skal altid udfyldes

Her anføres altid den tilgrundliggende dødsårsag (TD), som klinikerer ud fra de i det følgende beskrevne principper har valgt som den mest sandsynlige starttilstand for forløbet til død. Den tilgrundliggende lidelse kan være nyopstået, men den har oftest været til stede i kortere eller især længere tid.

Felt D er ved *naturlig død* en sygdom, mens det ved *ikke-naturlig død* er en "ydre årsag til skade". *Dette er nærmere beskrevet i Kap. 4 hhv. 5.*

I linjerne ovenfor (C til A) anføres de tilstande, der relevant beskriver det kliniske videre forløb frem til den umiddelbare dødsårsag.

Felt C-A skal kun udfyldes, hvis det er relevant i det aktuelle tilfælde

Det er ved alle tilfælde af ikke-naturlig død ud over "ydre årsag" i Felt D obligatorisk at udfylde et af de ovenstående felter med en skade-diagnose. *Se videre i kap. 5.*

Felt 'A' er den umiddelbare dødsårsag. Det tidligere i papirattesten for ofte anvendte "hjertestop" har ingen mening - næsten alle dør af det - og en kode for hjertestop kan heller ikke findes på diagnoselisten. Det er årsagen og forløbet, der fører til det ultimative hjertestop, der er interessant og adskiller de forskellige patienter - "*Hvorfor hjertestop?*"

Hvis dødsårsagen ikke kendes overhovedet, og dette er det bedste, der kan siges i det aktuelle tilfælde, er den rigtige dødsårsag således ikke "hjertestop", men derimod (R999) 'Død uden kendt årsag'.

Felterne 'B' og 'C' anvendes til eventuelle mellemliggende trin, der sammenkæder et klinisk sammenhængende årsagsforløb – se eksempler senere i dette dokument.

Hvis der kun angives 2 dødsårsager (tilgrundliggende og umiddelbar) anvendes linje D og en af de andre linjer

Det er logisk set og i praksis ligegyldigt, om felt A, B eller C anvendes til "ikke-TD". De udfyldte felter danner under alle omstændigheder og bliver læst som en årsagskæde.

eksempel (simpelt, ikke-naturlig død – 2 linjer D-A)

A	S062	Traumatisk diffus hjernelæsion
B		
C		
D (=TD)	X72	Forsætlig selvbeskadigelse ved skud fra håndvåben

Der skal altid registreres mindst 2 koder ved ikke-naturlig død – den alvorligste skade og den ydre årsag (=TD)

Ved 3 årsager i kæden er det ligegyldigt, om A, B eller C står tom. Selvom der klinisk, årsagsmæssigt og tidsmæssigt er tale om en sammenhængende kæde, kan der altså godt være tomme pladser ind imellem i attestens. Attesten vil f.eks. blive læst som "A var en følge C, som var en følge af D".

eksempel (naturlig død)

A	G935	Compressio cerebri
B		
C	C793	Hjernemetastase
D (=TD)	C509	Brystkræft

Der skal altid ved metastaseret malign sygdom registreres mindst 2 koder – primær tumor og metastase(lokalisation). Om metastase-koden angives i felt C, B eller i A er ikke afgørende

eksempel (naturlig død)

A	J180	Bronkopneumoni
B	R649	Kakeksi
C	C793	Hjernemetastase
D (=TD)	C509	Brystkræft

Eksemplet inddrager umiddelbar dødsårsag og mellemtrin. Det er afgørende, at kæden trækkes helt tilbage til den **tilgrundliggende dødsårsag** - her c. mammae. Dette er den statistiske dødsårsag

I de sjældne tilfælde, hvor forløbet er for langt til at kunne indeholdes i de 4 linjer, fravælges de seneste (dvs. øverste) trin frem for mellemliggende trin. Det er afgørende, at kæden er klinisk sammenhængende, og at TD er repræsenteret, da det er denne, der skal være dødsårsagen i Dødsårsagsregisteret.

eksempel

A	J969	Respirationsinsufficiens uden specifikation
B	G838	Tværsnitlæsion
C	C795	Knoglemetastase
D (=TD)	C619	Prostatakræft

Det er afgørende, at kæden er klinisk sammenhængende. Hvis ”Knoglemetastase” ikke angives i kæden, er der ingen oplagt klinisk forbindelse mellem tværslæsion og cancersygdommen

Det er omvendt selvfølgelig ikke meningen, at Del I skal indeholde hele patientens anamnese tilbage til fødslen – med mindre dette i sjældne tilfælde er relevant; eller til kroniske sygdomme, som måske nok har været medvirkende til at svække patienten, men som ikke direkte indgår i årsagskæden.

Konklusionen af de indledende betragtninger er, at det er altafgørende at identificere og angive starten af forløbet som TD i linje D

De særlige krav til dobbelt-kodning af skade og ydre årsag (=TD) ved ikke-naturlig død omtales i Kap. 5

Medvirkende, fremmende og komplicerende sygdomme og skader angives i Del II – se Kap. 7

3.2 Tilgrundliggende dødsårsag (TD) og forløbet til død

Der kan ske mange ting, lige før patienten dør, men det er ofte ikke det mest interessante, set ud fra et epidemiologisk, forsknings- eller forebyggelsesmæssigt perspektiv. I dødsårsagsstatistikken er det den tilgrundliggende dødsårsag (TD), der er i fokus.

Man kan også sige, at den *samme* TD kan have mange forskellige forløb til døden. Disse forskellige forløb skal i dødsårsagsstatistikken tælle til *samme* dødsårsag, hvad der i forhold til formålet med statistikken giver god mening.

Det er således for statistik, epidemiologi, forskning og forebyggelse af død helt uinteressant, at den umiddelbare dødsårsag er ”hjertestop” eller ”respirationsstop”. Men det er meget interessant, om baggrunden (TD) var lungekræft eller brystkræft eller AMI.

Mange dødsattester bærer præg af, at den udfyldende læge ikke er bekendt med formålet med udfyldelsen af den kliniske Del I – ”angiv TD!” – i felt D

Denne må meget gerne suppleres med hele kæden af efterfølgende tilstande til døden (felt C-A), men det, der er helt afgørende, er, at kæden spoles helt tilbage til TD – og helst ikke længere.

Sagt med andre ord er det afgørende, at der kan skelnes mellem *forskellige* TD - også når forløbet umiddelbart før død er det samme for to forskellige patienter - er det død på baggrund (TD) af cancer, eller er det f.eks. pga. apoplexi eller AMI?

eksempler

Eksemplerne illustrerer, hvor vigtigt det er, at det er klinikerens, der fortæller den kliniske historie – og hele historien, således at D, dvs. den tilgrundliggende dødsårsag, korrekt bliver den tilstand, der indledte forløbet til død via færre eller flere trin

1.

A	I649	Apoplexia cerebri
B		
C		
D (=TD)	I219	Akut myokardieinfarkt

Klinikerens illustrerer, at hun anser apopleksien for at være primært forårsaget af det foranliggende AMI. Patienten dør af den akutte sygdom AMI, og apopleksien er blot en følgetilstand i forløbet

2.

A		
B		
C		
D (=TD)	I 219	Akut myokardieinfarkt

Patienten dør umiddelbart og tilgrundliggende af hjertesygdommen akut myokardieinfarkt

3.

A	I 219	Akut myokardieinfarkt
B		
C		
D (=TD)	I 649	Apoplexia cerebri

Selv om den umiddelbare dødsårsag er AMI, så er dette kommet til i forløbet af apopleksi, som således er den tilgrundliggende dødsårsag, dvs. den statistiske dødsårsag. AMI'et er her en følgetilstand i forløbet. Klinikeren dokumenterer denne sammenhæng

4.

A		
B		
C		
D (=TD)	I 649	Apoplexia cerebri

Eksemplerne 1-4 illustrerer typisk kortere varende forløb uden anden sygdom som baggrund. Arteriosklerose (subs. koronar arteriosklerose) behøves ikke medtaget. I dødsattestens felter angives først og fremmest de objektive kliniske manifestationer af risikofaktorer

5.

A	I 219	Akut myokardieinfarkt
B		
C		
D (=TD)	I 501	Venstresidig inkomenseret hjerteinsufficiens

AMI som umiddelbar dødsårsag i forløbet af langvarende og progredierende (ikke-iskæmisk) hjertesvigt

6.

A	I 219	Akut myokardieinfarkt
B		
C		
D (=TD)	I 259	Kronisk iskæmisk hjertesygdom

AMI som umiddelbar dødsårsag i forløbet af progredierende iskæmisk hjertesygdom

7.

A	I649	Apoplexia cerebri
B		
C		
D (=TD)	C619	Cancer prostatae

Kræftsygdomme og andre alvorlige sygdomme kan have mange forskellige følgetilstande. I eksemplet er patienten død akut af et slagtilfælde i terminalforløbet af en malign sygdom

8.

A	J189	Pneumoni
B		
C		
D (=TD)	C619	Cancer prostatae

Kræftsygdomme og andre alvorlige sygdomme kan have mange forskellige følgetilstande. I eksemplet er patienten død akut af en lungebetændelse i terminalforløbet af en malign sygdom

9.

A	I219	Akut myokardieinfarkt
B		
C	C795	Knoglemetastaser
D (=TD)	C619	Cancer prostatae

10.

A	R649	Kakeksi
B		
C	C795	Knoglemetastaser
D (=TD)	C619	Cancer prostatae

Eksemplerne 7-10 viser forskellige forløb til død ved den samme tilgrundliggende dødsårsag

Det er vigtigt, at hele det sammenhængende kliniske forløb dokumenteres for, at TD bliver korrekt. Apopleksien, lungebetændelsen og AMI'et er følgetilstande til belastningen ved malign fremskreden sygdom og altså her ikke udtryk for primær hjernekar-, lunge- eller hjertekarsygdom

3.2.1 Langvarige forløb fra tilgrundliggende dødsårsag til død

Forløbet fra TD til død kan være kortvarigt, og det kan være langvarigt, evt. mangeårigt – se også ovenstående eksempler

eksempler – langvarige forløb

A	J960	Akut respiratorisk insufficiens
B	J961	Kronisk respiratorisk insufficiens
C	G825	Tetraplegia
D (=TD)	G359	Dissemineret sklerose

Patient, der dør af følger til mangeårig tilgrundliggende sygdom, der herved er den statistiske dødsårsag

A	J180	Bronchopneumoni
B	R649	Kakeksi
C		
D (=TD)	I649	Apoplexia cerebri

Patient, der er svækket efter apopleksi 5 år tidligere, og som dør af denne (tiltagende) svækkelse. Lægen har angivet den klinisk set bedste forklaring på startpunkt og forløbet til død

A	R090	Asfyksi (naturlig død)
B	R048	Blødning fra lunge
C		
D (=TD)	A162	Tuberkulose i lunge

Patient, der havde aktiv lungetuberkulose under 2. verdenskrig, dør akut af massiv blødning med intern kvælning (asfyksi) fra bristet kaverne. Uanset hvor langt tilbage i tiden det er, er det TB-sygdommen, der startede dette forløb, og denne er derfor tilgrundliggende dødsårsag

Angivelse af og kodningen af tilgrundliggende dødsårsag (TD) er med andre ord helt afgørende for kvaliteten af dødsårsagsstatistikken, og det er klinikeren, der bedst kender forløbet. Det er klinikerens afgørelse, hvad der skal være TD. Lægen har i Del I ud fra sit kendskab til patienten angivet den for hende/ham ...

... mest sandsynlige årsagssammenhæng fra den mest sandsynlige årsag (=TD)

Dødsårsagsregisteret og dødsårsagsstatistikken er ikke til for at være et sygelighedsregister. Dette er vigtigt at erkende for klinikeren, der *kun* skal fokusere på *det klinisk sammenhængende og det enkle med det overordnede formål for øje*.

Sygdomme, der ikke har en relation til forløbet til døden, hører ikke hjemme i dødsattesten overhovedet – hverken i Del I eller II - og vil kun bidrage til mulige fejltolkninger i Dødsårsagsregisteret

Maligne sygdomme er ofte dødsårsag, men det er ikke sikkert, at det i det aktuelle tilfælde er den maligne sygdom, som patienten har, der er den tilgrundliggende dødsårsag. Patienter kan med andre ord dø *med* en malign sygdom, frem for *af* sygdommen. ”Med-sygdomme” hører

ikke til i Del I, men kan dokumenteres i Del II, hvis klinikeren mener, at denne (disse) har haft en klinisk betydende medvirkende eller fremmede effekt på forløbet til død – se Kap. 7

3.2.2 "Causa ignota" og trivielle tilstande

Alt for mange dødsattester angiver "causa ignota" (R999) som dødsårsagen. Det er der kun god information i, hvis det er korrekt, og det er det oftest ikke. Der er selvfølgelig (sjældne) tilfælde, hvor dødsårsagen faktisk ikke kendes, og så er det selvfølgelig den korrekte angivelse, men ..."**causa ignota" må aldrig være andet end en udelukkelsesdiagnose**

Ikke mindst ved naturlig død er det for kvaliteten af dødsårsagsstatistikken vigtigt, at klinikerens samvittighedsfuldt opsøger al den nødvendige og tilgængelige kliniske information, der kan vejlede i det kliniske valg af TD og ikke stiller sig til tåls med mindre.

Ofte ses "causa ignota" angivet i Del I og talrige potentielt dødelige sygdomme angivet i Del II, hvoraf én af dem nok er den primære. Mange tror måske, at man skal være 100% sikker på, at dødsårsagen i Del I er korrekt og vælger derfor at angive den relevante sygdom sammen med andre i den tilsyneladende mindre forpligtende Del II. **Dette er en misforståelse.**

Det er bedre klinisk praksis og intentionen med dødsattesten at give sit bedste - dvs. det klinisk set mest sandsynlige bud - end at angive en upræcis diagnose som eneste (tilgrundliggende) dødsårsag.

Dødsårsagsregisteret (SSI) har med sit manglende kendskab til det aktuelle forløb ikke mulighed for se, hvilke af flere sygdomme, der er det bedste valg som tilgrundliggende dødsårsag, hvis ikke klinikerens suverænt har gjort dette i Del I.

Dette er den væsentligste baggrund for, at loven angiver, at det bør være den læge, der bedst kender patientens sygehistorie, der udfylder de medicinske oplysninger. Det er under alle omstændigheder lægen, der har de bedste forudsætninger for at gøre det mest (sandsynligt) korrekt, og den videre behandling af attesten og den deraf følgende statistik er afhængig af og begrænset af kvaliteten af udfyldelsen.

Et andet ofte set udtryk for den samme problematik er, at der i Del I kun indgår, hvad man kan betegne som "trivielle tilstande", upræcise og i nogle tilfælde selvindlysende symptomer og andre tilstande, der oplagt ikke er tilgrundliggende. "Hjertestop" (kan som anført ikke bruges mere), "respirationsinsufficiens" og "(multi)organsvigt" er ofte set eksempler. Disse angivelser er i orden som umiddelbar dødsårsag (felt A) hhv. som et skridt på vejen (B/C), men det er ikke tilstrækkeligt, og det er et udtryk for, at klinikerens ikke har tænkt forløbet tilbage til TD – se "Tænk hvorfor?..." i det følgende. Der er en grund til disse tilstande.

Trivielle tilstande bør aldrig angives som eneste tilstand(e) i Del I

3.2.3 Generelle principper – årsagskæden til død og valg af TD

Den tilgrundliggende dødsårsag (TD) er den sygdom, tilstand eller hændelse, der starter og er en forudsætning for den uafvendelige videre rækkefølge af tilstande, der fører til døden. Dette generelle princip er fælles for naturlig og ikke-naturlig død, hvorimod kodeanvendelsen er forskellig og er derfor beskrevet særskilt i de følgende kapitler 4 hhv. 5.

Generelt kan TD identificeres ved at gå tilbage i årsagskæden fra den umiddelbare dødsårsag, som beskrevet i følgende afsnit (3.2.4) - "Tænk hvorfor (?)..."

En ofte refereret tommefingerregel er, at TD ofte vil være "den tilstand (subs. hændelse ved ikke-naturlig død), der lagde patienten i seng", men denne holder ikke ved langvarig tilgrund-

liggende sygdom, hvor det ofte er en følgetilstand til TD, der lægger patienten i seng. Her er det, som det også er vist i nogle af eksemplerne, vigtigt, at lægen tænker tilbage og udpeger dén sygdom, der bedst udgør baggrunden for forløbet, dvs. identificerer starten af det dokumenterede forløb.

- De dokumenterede tilstande i Del I skal beskrive den sammenhængende kliniske naturhistorie fra tilgrundliggende dødsårsag til død
- ved flere konkurrerende sekvenser skal klinikerens vælge og dokumentere den klinisk set vigtigste årsagsrækkefølge
- ... herunder den klinisk set mest sandsynlige ved komorbiditet, hvor flere forløb er konkurrerende eller samspillende; en konkurrerende tilstand kan dokumenteres i Del II
- Del I må ikke indeholde tilstande, som ikke indgår i årsagskæden
- symptomkoder og andre følgetilstande af en sygdom bør aldrig anvendes som tilgrundliggende dødsårsag; angiv i stedet den bagvedliggende sygdom som tilgrundliggende dødsårsag. *Se også afs. 3.2.2 "Causa ignota og trivielle tilstande" ovenfor*
- "Tænk hvorfor (?)" – *se følgende afsnit 3.2.4*
- Del II og "Supplerende oplysninger" må ikke indeholde tilstande, som indgår direkte i årsagskæden i Del I

3.2.4 "Tænk hvorfor (?)"

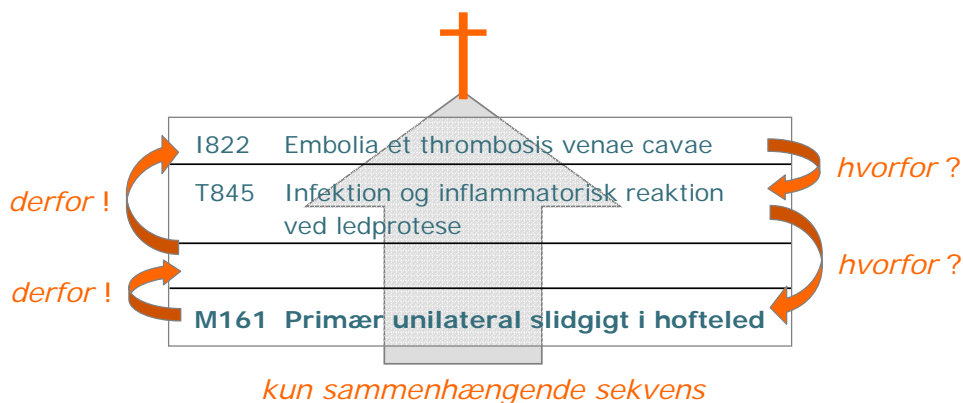
Dødsårsagerne i Del I skal afspejle det kliniske forløb fra tilgrundliggende dødsårsag til døden, dvs. til umiddelbar dødsårsag. Afhængigt af det aktuelle forløb udfyldes dødsårsagen D og efter behov en eller flere af de ovenstående med de sammenhængende tilstande.

Ofte ses dødsattester, hvor det er klart, at lægen ikke har forstået, at det ikke er slutningen af forløbet, der er det væsentligste, men derimod starten af forløbet – startende med tilgrundliggende dødsårsag (TD)

Der skal være en klinisk meningsfuld årsagsrækkefølge i dødsårsagerne i Del I. En god metode til at fremfinde denne kæde er at tænke successivt nedad "**hvorfor denne tilstand?...**" lige så længe, som det tager at komme ned til den tilgrundliggende dødsårsag (TD) – altså fra A til D.

Derved identificeres på et tidspunkt TD samtidig med, at der ikke opstår et (klinisk) hul i kæden. *Se også tidligere eksempler.*

eksempel – kompliceret fatalt forløb efter behandling af normalt ikke-dødelig sygdom



En patient dør af en stor central venøs tromboembolisk komplikation efter et kompliceret postoperativt forløb med dyb infektion ved protese efter hofteoperation for slidgigt

Slidgigten i hoften er tilgrundliggende dødsårsag, fordi det er denne tilstand, der blev behandlet og dermed startede årsagskæden til død

Der er ikke forskel på udfyldelsen af Del I, blot fordi der er forskel i tidsforløbet

3.2.5 Mindre sandsynlige dødsårsager

WHO angiver en række koder for diagnoser, symptomer og andre tilstande, som betegnes ”mindre sandsynlige (tilgrundliggende) dødsårsager”. Det drejer sig om tilstande, hvor der altid eller oftest ligger en anden klinisk tilstand bagved som årsag, og hvor det er denne sidste, der skal findes frem og angives, da dette er eller i hvert fald er nærmere den tilgrundliggende årsag.

Eksempler er ekstern otit, cataract, nasopharyngitis, 1. grads forbrændinger og overfladiske læsioner.

Men **enhver sygdom, symptom eller tilstand kan dog blive tilgrundliggende dødsårsag**, hvis tilstanden behandles medicinsk eller kirurgisk, og der opstår en dødelig bivirkning eller anden komplikation i forløbet, jf. ovenstående eksempel. I sådanne tilfælde, er det tilstanden, der behandles, der er den tilgrundliggende dødsårsag – se også afs. 4.3 ”Bivirkninger og komplikationer”.

eksempel

Død af lægemiddelbivirkning (NSAID) og følgetilstand til dette ved behandling af ”banal lidelse”, der i sig selv normalt ikke er årsag til død. Patienten havde kendt astma

Del I		
A	J469	Status asthmaticus
B	T886	Anafylaktisk shock ved korrekt administration af lægemiddel
C		
D (=TD)	M029	Reaktiv artrit
Del II		
	J450	Asthma bronchiale allergicum

Det involverede lægemiddel, der fremkaldte den anafylaktiske reaktion kan angives under "Medicin" – se afs. 8.1. Se også afs. 4.2 om bivirkninger og andre komplikationer

eksempel

Død af kompliceret nosokomial infektion under indlæggelse for operation af hofte (slidgigt)

Del I		
A	A419	Sepsis
B	T814	Infektion efter indgreb ikke klassificeret andetsteds
C		
D (=TD)	M161	Primær unilateral slidgigt i hofteled

Operationen dokumenteres ikke mere i dødsattesten. Det gør til gengæld de opståede tilstande i Del I

Eksemplerne ovenfor viser, at også banale lidelser kan blive tilgrundliggende dødsårsag, når der opstår en bivirkning eller anden komplikation til behandling af lidelsen.

3.2.6 "Obs. pro"

"Obs. pro"-diagnoser kan *ikke* anvendes i dødsattesten. Der er således nu ikke mulighed for at gradbøje en diagnose til en mindre sandsynlighed, som det ofte har været set på papirattesterne. Med andre ord må lægen afgøre, om diagnosen med overvejende klinisk sandsynlighed er til stede, og så dokumenteres den, når den er et led i årsagskæden til død. Ellers er diagnosen der ikke, og så hører den ikke til i dødsattesten, heller ikke i del II, der ikke må anvendes som parkeringsplads for "måske-diagnoser" og andre tilstande, der ikke er relevante for forløbet.

Ved mistanke om sygdom eller skade må klinikerens altså vælge, om han mener, at der er klinisk belæg for at registrere sygdoms-/skade-diagnosen som dødsårsag, eller om han vil nøjes med en symptomdiagnose, fordi der ikke er en acceptabel klinisk evidens for den mistænkte sygdom/skade. Lægen bør altid vælge en mere sandsynlig sygdomsdiagnose eller evt. symptom på et relevant specificeringsniveau frem for end en mindre sandsynlig "ukendt dødsårsag".

eksempel

En patient dør efter en stor central venøs tromboemboli, før end udredning af sygdom i det lille bækken er udført. Klinikerens mener, at det er overvejende sandsynligt, at den umiddelbare dødsårsag er forårsaget af en stor (palpabel) tumor i de indre kvindelige kønsorganer. Der er ikke foretaget yderligere undersøgelser eller obduktion

A	I822	Embolia et thrombosis venae cavae
B		
C		
D (=TD)	D399	Svulst i kvindeligt kønsorgan af usikker karakter

Kodeafsnittet D37-48 anvendes ved tumor uden viden om malign eller andet

eksempel

En patient dør i eget hjem 2 måneder efter indlæggelse på sygehus efter faldeepisoder i hjemmet pga. gastroenteritis og svimmelhed. I den sidste uge før død har patienten været febril igen, uden at dette har været videre udredt eller behandlet. På sygehuset klagede patienten over hovedpine og synsforstyrrelser, og der observeredes varierende motoriske og andre neurologiske udfaldssymptomer. I følge epikrisen er der symptomatisk, billediagnostisk og objektivt bedømt tale om en ikke nærmere identificeret hjernetumor. Patienten ønskede ikke videre udredning eller behandling. Den praktiserende læge, som skriver dødsattesten, baserer denne på oplysningerne fra sygehuset, idet hun med sin viden om patienten ikke har andre oplagte årsager til død

A		
B		
C		
D (=TD)	D432	Svulst i hjernen af usikker karakter

Kodeafsnittet D37-48 anvendes ved tumor uden viden om malign eller andet

eksempel

64 årig patient dør på sygehus under indlæggelse for svær dobbeltsidig pneumoni, der udviklede sig til sepsis. Patienten har haft Alzheimer demens i ca. 2 år, på det seneste med stærkt progredierende symptomer. Patienten har ingen kendte maligne, hjerte- eller karsygdomme

A	A401	Septikæmi forårsaget af Streptococcus B
B	J153	Pneumonia streptococcica, gruppe B
C		
D (=TD)	G300	Alzheimers sygdom med tidlig debut

Selvom den umiddelbare dødsårsag kan være en selvstændig dødsårsag, har klinikerens ud fra sit kendskab til den samlede sygehistorie dokumenteret, at han anser forløbet til død som værende primært forårsaget af Alzheimer demensen, der derved er tilgrundliggende dødsårsag

eksempel

74 årig patient dør i eget hjem efter kort tids sygdom med symptomer på gastroenteritis. Set af vagtlæge, uden at der har været behandling af tilstanden. Patienten har ingen kendte kroniske, maligne, hjerte- eller karsygdomme eller andre sygdomme, der kan forklare døden. Egen læge vælger derfor den sidst kendte tilstand som tilgrundliggende dødsårsag

A		
B		
C		
D (=TD)	A099	Diarré og gastroenteritis af formodet infektiøs oprindelse

4 Naturlig død

”Naturlig eller ikke-naturlig død – det er spørgsmålet”...

Det første, der skal tages stilling til ved udfyldelsen af de kliniske oplysninger i dødsattesten, er, om der er tale om **naturlig død** eller **ikke-naturlig død**, idet den videre udfyldelse afhænger af dette primære valg.

Start derfor altid med udfyldelse af dødsårsagen – jf. Kap. 1

I dette kapitel gennemgås principperne ved naturlig død. Disse bygger videre på de generelle principper for Del I, som de er *beskrevet i Kap. 3*

Naturlig død bør ikke accepteres, før end ikke-naturlig død så vidt muligt er udelukket

Ikke-naturlige dødsårsager har i dødsattesten prioritet over bagvedliggende sygdom, f.eks. selvmord frem for den bagvedliggende depression.

Se Kap. 5 vedr. ikke-naturlig død

4.1 Generelle principper ved 'Naturlig død'

Naturlig død – egentlig død af naturlig årsag – er alle tilfælde af død, der *ikke* er ikke-naturlig.

Ved naturlig død er det altid en sygdom eller eventuelt et symptom på ikke-erkendt sygdom, der er den tilgrundliggende dødsårsag (TD)

Naturlig død inkluderer død som følge af

- sygdom inkl. Alzheimer demens (G30_)
- arbejdsbetinget sygdom
- misbrug (F10_-F19_ *ekskl.* F1_0 beruselse/intoksikation), når der ikke er oplysninger om anden sygdom, der mere sandsynligt kan forklare døden
- psykiatriske sygdomme (inkl. demens (*ekskl.* Alzheimer)), når der ikke er oplysninger om anden sygdom, der mere sandsynligt kan forklare døden
- bivirkninger og komplikationer til undersøgelse og behandling af sygdom (T80-T88 som umiddelbar eller indgående dødsårsag) ved regelret udført procedure; TD er sygdommen, der behandles – se afs. 4.2
- sygdom opstået tidsmæssigt efter skade (f.eks. efter fald), men hvor der *ikke* er en sandsynlig sammenhæng fra skade til død (skade og fald kodes derfor ikke; komplicerede eller medvirkende skade kan dog angives i Del II)
- alderdomssvækkelse (R549)
- ukendt årsag (R999), hvor ikke-naturlig død er udelukket

Naturlig død *ekskluderer*

- alle tilfælde af ikke-naturlig død, dvs. ulykker, drab, vold og tilsigtet selvskade med døden til følge
ikke-naturlig død har prioritet over naturlig død og skal så vidt muligt altid udelukkes
- død som følge af utilsigtede hændelser (fejl) opstået i forbindelse med undersøgelse og behandling – *se afs. 5.2.1*
- død som følge af bivirkninger og andre komplikationer ved undersøgelse eller profylakse uden tilstedeværende sygdom – *se afs. 5.2.2*
- død som følge af allergiske reaktioner og andre lignende reaktioner, der opstår uden, at der er tale om undersøgelse, behandling eller profylakse – *se afs. 5.2.3*
- alle tilfælde af død, hvor dødsårsagen ikke kan fastlægges, idet ikke-naturlig død ikke kan udelukkes. I disse tilfælde anvendes dødsårsagen 'Uoplyst' (altid en embedslæge)

Ved naturlig død må følgende koder **ikke** anvendes i dødsattesten

- kap. 20-koder (V/W/X/Y-koder for ydre årsager til skade) ikke i Del I og II
- skade-koder i kodeafsnittene S00-S99; T00-T75; T780-T781; T79 ikke i Del I
- beruselse/intoksikation (F1_0) ikke i Del I

”Obs. pro”-diagnoser kan ikke anvendes som dødsårsager – *se afs. 3.2.6*

4.1.1 Om hjernedød

Hjertedød og hjernedød er lovgivningsmæssigt ligestillede.

Der er således ikke noget i vejen for, at dødsattesten kan udfyldes efter konstateret hjernedød. Hjernedød kan registreres med koden R991 'Hjernedød i henhold til Sundhedsloven §176 og §177', som et senere element i forløbet, men denne må aldrig være tilgrundliggende dødsårsag.

TD skal efter de generelle principper for valg af TD (kap. 3) være den sygdom ved naturlig død subs. den ydre årsag ved ikke-naturlig død, der er den bagvedliggende årsag, som startede forløbet, der endte i hjernedød.

4.1.2 Multimorbiditet

I de tilfælde, hvor der er flere parallelle sygdomsforløb, der indgår i forløbet, skal klinikerens altid udvælge det for ham/hende mest sandsynlige forløb som forklaring på døden og dermed undertrykke mindre prioriterede årsager (sekvenser).

Denne prioritering kan i nogle tilfælde synes kunstig – men er nødvendig, da der statistisk set ikke kan være flere tilgrundliggende dødsårsager.

Lægen skal således altid prioritere og udvælge den klinisk set mest sandsynlige sekvens og dermed én prioriteret tilgrundliggende dødsårsag

Andre sygdomme kan rapporteres i Del II som medvirkende, men kun hvis dette er klinisk sandsynligt.

Sygdomme og andre tilstande, der intet har med forløbet til død at gøre, skal ikke findes i dødsattesten – heller ikke i Del II

4.1.3 Samtidige og fremmende hændelser

Fald og andre hændelser, der forudgår eller indgår tidsmæssigt i forløbet til død, men hvor døden overvejende er begrundet i dødelig sygdom, skal ikke betragtes som ulykker (dødsårsager) i dødsattesten – der er tale om naturlig død af uafvendeligt dødelig sygdom, blot fremskyndet af den trufne hændelse.

eksempel

Del I		
A	I219	AMI
B		
C	C793	Hjernemetastase
D (=TD)	C509	Cancer mammae
Del II		
	S722	Fractura subtrochanterica femoris

At der skete en ulykke, gør ikke dette forløb til ikke-naturlig død. Det er naturlig død af kræftsygdommen, der blot blev fremskyndet af ulykkestilfældet, idet frakturen, indgreb og sygehusopholdet oveni den dødelige sygdom blev en for stor belastning for hjertet hos den syge patient

Det er kun klinikeren, der kender det rigtige forløb og dermed kan afgøre og dokumentere korrekt, hvad patienten døde faktisk af

Enhver sygdom, tilstand (inkl. misbrug) og hændelse kan dokumenteres i Del II – men kun, hvis der er tale om en reelt medvirkende faktor, og at denne ikke indgår direkte i årsagskæden i Del I.

Se også Kap. 7 om "Del II"

4.2 Bivirkninger og andre komplikationer ved undersøgelse og behandling af sygdom

- Se også:*
- 5.2.1 *Utilsigtede hændelser (fejl) ved undersøgelse og behandling*
 - 5.2.2 *Bivirkninger og andre komplikationer ved undersøgelse eller profylakse uden tilstedeværende sygdom*
 - 5.2.3 *Allergiske reaktioner og andre lignende reaktioner, der opstår uden, at der er tale om undersøgelse, behandling eller profylakse*

Bivirkninger og andre komplikationer eller hændelser ved regelret udført undersøgelse og behandling ved tilstedeværende sygdom er altid **naturlig** død. Lægemiddelbivirkninger, postoperative komplikationer og andre nosokomielle infektioner og tilstande kodes efter kap. 19, kodeafsnit T80-T88, og kan indgå i årsagskæden, men den tilgrundliggende dødsårsag (TD) er altid den **sygdom**, som der behandles eller undersøges for, når der ikke er tale om egentlige fejl ved undersøgelse eller behandling, der er ulykker – *se afs. 5.2.1*

Kap. 19-koden for komplikationen registreres som umiddelbar eller indgående dødsårsag. Den kan aldrig være TD. Ved disse tilfælde (naturlig død) skal der **ikke** registreres kode for ydre årsag - kap. 20-koder anvendes kun ved ikke-naturlig død.

eksempel

A	T886	Anafylaktisk shock ved korrekt administration af lægemiddel
B		
C	A419	Sepsis
D (=TD)	C619	Cancer prostatae

Eksemplet viser igen, hvor vigtigt, det er, at det ikke kun er den umiddelbare dødsårsag, der registreres. Dette er dødsårsagsstatistisk naturlig død af prostatacancer, fordi der er tale om behandling af en følgetilstand til sygdommen prostatacancer

eksempel

A	R402	Coma
B	I619	Haemorrhagia cerebri
C	T887	Lægemiddelbivirkning uden specifikation
D (=TD)	I489	Atrieflagren og atrieflimren

Grundlidelsen, der behandles, er tilgrundliggende dødsårsag. Den øverste angivne tilstand er egentlig overflødig

4.3 Reaktioner, der klinisk opfattes som led i eksisterende sygdom

Bivirkninger til anvendte lægemidler er omtalt ovenfor (afs. 4.2). Ved dødelig allergisk eller lignende reaktion, der ikke kan relateres til indtaget lægemiddel, anvendte utensilier eller kontraststoffer eller til indtaget fødemiddel eller lignende, vil denne reaktion i nogle tilfælde kunne betragtes som led i den sygdom, som patienten behandlede for.

I sådanne tilfælde registreres sygdommen efter de generelle principper som tilgrundliggende dødsårsag. Reaktionen angives som umiddelbar eller indgående dødsårsag.

eksempel

A	R090	Asfyksi (naturlig død)
B		
C	T783	Quinckes ødem
D (=TD)	M321	Systemisk lupus erythematosus med involvering af organsystemer

Reaktion, der tolkes som led i eksisterende sygdom, og som ikke kan relateres til eksterne årsager

4.4 Misbrug (F10-19) og naturlig død

Misbrugsdiagnoserne (F10-19 (ekskl. F1_0)) vil ofte ikke være TD, idet mange dødsfald hos misbrugere vil være ikke-naturlig død ved forgiftning – utilsigtet eller tilsigtet – *se afs. 5.6*. I disse tilfælde må misbrugsdiagnose ikke indgå i Del I. Misbruget (F1*-kode) angives da i Del II.

Kun ved naturlig død som direkte følge af misbrug eller følgetilstand til misbrug anvendes misbrugsdiagnoserne som TD

Der er særlige koder for følgetilstande til alkoholmisbrug:

K292	Alkoholisk gastritis
K70*	Alkoholisk leversygdom
K852	Akut alkoholisk pankreatitis
K860	Alkoholisk kronisk pankreatitis
G312	Degenerative forandringer i nervesystemet forårsaget af alkohol
G621	Alkoholisk polyneuropati
I426	Alkoholisk myokardiopati

Disse følgetilstande skal altid registreres, når de indgår i årsagskæden til død

eksempel

A	I850	Varices oesophagi med blødning
B		
C	K703	Cirrhosis hepatis alcoholica
D (=TD)	F101	Skadelig brug af alkohol

Der er ikke tilsvarende specialiserede koder for følgetilstande ved andre former for misbrug. I disse tilfælde registreres følgetilstanden i sig selv som umiddelbar eller indgående dødsårsag, og misbruget registreres som TD.

eksempel

A	A419	Sepsis
B		
C	I330	Infektøs endokarditis
D (=TD)	F112	Afhængighedssyndrom ved misbrug af opioider

eksempel

A	I619	Haemorrhagia cerebri non specificata
B		
C		
D (=TD)	F101	Skadelig brug af alkohol

Ovenstående eksempel illustrerer, hvor vigtigt det er, at klinikerer dokumenterer hele årsagskæden, så patienten dør af den korrekte dødsårsag – statistisk set. Lægen har dokumenteret

den for ham mest sandsynlige årsagssammenhæng, hvorved det er alkoholmisbruget, der bliver den tilgrundliggende dødsårsag og dermed den statistiske dødsårsag.

Hvis lægen omvendt mener, at misbruget (med størst sandsynlighed) *ikke* er en primær årsag, er det lige så afgørende, at misbrugskoden ikke figurerer i del I. Hvis lægen mener, at misbruget kan have været medvirkende (multiple årsager), kan dette angives i Del II - men aldrig blot fordi, at der er tale om misbrug.

Registrer kun misbrug, hvis det har haft en klinisk betydning for forløbet til død

eksempel

Naturlig død af AIDS hos kendt heroinmisbruger, der er smittet seksuelt

Del I		
A		
B		
C	B377	Septikæmi forårsaget af infektion med Candida albicans
D (=TD)	B249	AIDS uden specifikation
Del II		
	F112	Afhængighedssyndrom som følge af opioider

Klinikeren har dokumenteret, at misbruget er medvirkende, men ikke tilgrundliggende. Hvis misbruget ikke har haft en signifikant klinisk betydning for forløbet, skal det ikke medtages

eksempel

Naturlig død af stofmisbrug, der har ført til smitte med HIV og udvikling af AIDS

Del I		
A		
B	B377	Septikæmi forårsaget af infektion med Candida albicans
C	B249	AIDS uden specifikation
D (=TD)	F112	Afhængighedssyndrom som følge af opioider
Del II		

Klinikeren har valgt, at misbruget er tilgrundliggende og årsagen til (via HIV-inficeret nål) udvikling af AIDS og død af følgetilstande

4.5 Psykiatriske diagnoser (ved naturlig død)

Vedr. misbrug – se afs. 4.3 ovenfor

Psykiatriske diagnoser som depression eller skizofreni er kun i sjældne tilfælde tilgrundliggende dødsårsag. Kun ved dødsfald, hvor der ikke er kendskab til mere sandsynlig somatisk tilgrundliggende dødsårsag, vil en kendt psykiatrisk diagnose være dødsårsagen.

Demens (ekskl. Alzheimer (G30_)) medregnes traditionelt til de psykiatriske diagnoser. Vaskulær demens (F01), senil og præsenil demens (F03) samt organiske anamnesticke syndromer (F04) og ikke misbrugsbetinget delir (F05) er hyppigere som tilgrundliggende dødsårsag end de egentlige psykoser og adfærdsmæssige forstyrrelser.

De psykiatiske diagnoser kan også være tilgrundliggende dødsårsag ved dødsfald som følge af bivirkning eller anden komplikation til behandling af den psykiatiske diagnose.

eksempel

Naturlig død hos kendt psykiatrisk patient, der også er heroinmisbruger

Del I		
A		
B		
C	G210	Malignt neuroleptisk syndrom
D (=TD)	F200	Paranoid skizofreni
Del II		
	F112	Afhængighedssyndrom som følge af opioider

Hvis det skønnes, at en psykiatrisk lidelse har været medvirkende til forløbet til død ved naturlig død af anden (tilgrundliggende) sygdom, angives denne i Del II.

Registrer kun psykiatriske diagnoser, der har haft en klinisk betydning for forløbet til død

Ved selvmord og andre ikke-naturlige dødsfald kan en psykiatrisk lidelse ligeledes angives i Del II, hvis det er klinisk relevant i det aktuelle tilfælde.

4.6 Særlige kodeafsnit anvendt ved naturlig død

Ikke alle klassificerede begreber er lige lette at finde, hvis man leder systematisk. Søgningen i dødsattesten er søgt gjort lettere ved indførelsen af synonymer, hvorved tekstbaseret søgning gerne skulle være tilstrækkeligt i de fleste tilfælde.

Relevante synonymer vil løbende blive tilføjet efter ønsker og behov.

Det er imidlertid nogle gange tillige ønskeligt at kunne overskue mulighederne systematisk. Der er derfor i det følgende vist særlige kodeintervaller, der anvendes i bestemte situationer.

4.6.1 Bivirkninger og andre komplikationer til medicinsk og kirurgisk undersøgelse og behandling [T80-88]

Vedr. dødelig reaktion i forbindelse med undersøgelser og profylakse hos rask person – se afs. 5.2.2

Der er særlige koder (T80-88 i kap. 19), der skal anvendes ved bivirkninger og andre komplikationer. Når komplikationen opstår i forløbet af sygehusbehandling, er det altid sygdommen, der behandles, der skal angives som tilgrundliggende dødsårsag – dvs. naturlig død.

Ovenstående er yderligere beskrevet i afs. 4.2

eksempel

A		
B	A419	Sepsis uden specifikation
C	T814	Infektion efter indgreb
D (=TD)	I219	Akut myokardieinfarkt (AMI) uden specifikation

Død som følge af komplikation (nosokomial infektion) til sygehusforløbet efter primært indgreb. Sygdommen, der behandlede, er tilgrundliggende dødsårsag

4.6.2 Metastaserende cancer [metastaser: C77-79]

Diagnoseklassifikationen har særskilte koder for primære tumorer og metastaser, idet begge klassificeres efter lokalisation (topografi).

Ved død med metastaser fra kendt primærtumor registreres efter princippet i følgende eksempel.

eksempel

A	G935	Inkarceratio cerebri
B		
C	C793	Neoplasma malignum cerebri et meningum cerebri metastaticum
D (=TD)	C509	Neoplasma malignum mammae non specificata
Del II		
	C787	Neoplasma malignum hepatis metastaticum

Det er ikke muligt samtidigt at klassificere flere metastase-lokalisationer i Del I. Lægen må vælge den klinisk set tungeste. Øvrige lokalisationer kan eventuelt registreres i Del II.

Ved metastase uden kendt primærtumor registreres koden for metastasen og som tilgrundliggende dødsårsag ”Kræft uden angivelse af lokalisation”.

eksempel

A		
B		
C	C787	Neoplasma malignum hepatis metastaticum
D (=TD)	C809	Neoplasma malignum loco non indicato

Primære lymfomer klassificeres for sig selv i C81-90

5 Ikke-naturlig død

Det første, der skal tages stilling til ved udfyldelsen af de kliniske oplysninger i dødsattesten, er, om der er tale om **naturlig død** eller **ikke-naturlig død**, idet den videre udfyldelse afhænger af dette primære valg.

Start derfor altid med udfyldelse af dødsårsagen – jf. Kap. 1

I dette kapitel gennemgås principperne ved ikke-naturlig død. Disse bygger videre på de generelle principper for Del I, som de er *beskrevet i Kap. 3*

5.1 Generelle principper ved ikke-naturlig død

Ikke naturlig død omfatter alle dødsfald, der er sket primært som følge af skade forårsaget af ulykker, drab og vold, tilsigtet selvskade, samt legal intervention og krigshandlinger.

Ved ikke-naturlig død er tilgrundliggende dødsårsag (TD) i felt D altid en ydre årsag

Samtidig skal det første udfyldte felt ovenfor felt D altid være en skade-kode (kap. 19, inkl. forgiftninger).

Dette er et krav, der ikke kan fraviges, og attesten vil ikke blive accepteret, hvis dette ikke er opfyldt (tvungen kombination).

Der skal altid registreres mindst 2 koder ved ikke-naturlig død. Ikke-naturlig død har altid en ydre årsag som tilgrundliggende dødsårsag og en skadediagnose som indgående eller umiddelbar dødsårsag

Ydre årsager klassificeres efter ICD10's kap. 20, og skaden (forgiftningen) klassificeres efter diagnoseklassifikationens kap. 19.

Klassifikationen af ydre årsager til skade (kap. 20) er unik for dødsattesten, idet dette kapitel ikke anvendes i den almindelige patientregistrering. I den danske udgave er klassifikationen reduceret voldsomt i forhold til WHO's meget specificerede klassifikation. Registrering af ydre årsag som tilgrundliggende dødsårsag sker således på et fortrinsvis overordnet niveau.

Kap. 20-koder for ydre årsager anvendes kun ved ikke-naturlig død, kun i Del I og kun som TD i felt D

Der kan ved multiple (årsags)sammenhængende læsioner/skader/komplikationer og i visse andre situationer være flere skade-diagnoser (kap. 19-koder) i rækkefølgen.

eksempel

A	T791	Fedtemboli
B		
C	S720	Fractura femoris
D (=TD)	W01	Fald på samme niveau som følge af gliden, snublen og fejltrin

Ikke-naturlig død inkluderer død som følge af

- ulykke med døden til følge – *se afs. 5.2*
 - utilsigtede hændelser (fejl) ved undersøgelse og behandling – *se afs. 5.2.1*
 - bivirkninger og andre komplikationer ved undersøgelse eller profylakse uden tilstedeværende sygdom – *se afs. 5.2.2*
 - allergiske reaktioner og andre lignende reaktioner, der opstår uden, at der er tale om undersøgelse, behandling eller profylakse – *se afs. 5.2.3*
- vold med døden til følge – *se afs. 5.3*
- selvmord inkl. selvmordsforsøg og anden tilsigtet selvskade med døden til følge – *se afs. 5.4*
- ulykker (utilsigtet hændelse) ved undersøgelse og behandling, der er primær årsag til døden – *se afs. 5.2.1*
- dødsfald som følge af legale interventioner og krigshandlinger – *se afs. 5.5*

Ikke-naturlig død ekskluderer

- alle tilfælde af død af naturlige årsager, herunder
 - død pga. bivirkninger og andre komplikationer ved regelret udført undersøgelse og behandling
 - død pga. sygdom efter fald og andre ulykker, hvor ulykken ikke er direkte eller primær årsag til sygdom og død
- alle tilfælde af død, hvor dødsmanden ikke kan fastlægges, idet hverken naturlig død og ikke-naturlig død kan udelukkes. I disse tilfælde anvendes dødsmanden 'Uoplyst' (kun embedslæger)

Ved ikke-naturlig død er der følgende krav til felter og koder

- tilgrundliggende dødsårsag (felt D) skal altid være en kap. 20-kode for ydre årsag til skade (V/W/X/Y-koder); disse koder må ikke anvendes i andre felter
- det første udfyldte felt over felt D skal altid være en kap. 19-kode for skade eller forgiftning (S00-S99; T00-T78)

Ved ikke-naturlig død må følgende koder **ikke** anvendes i dødsattesten

- medicinske og kirurgiske sygdomme og symptomer kan ikke være tilgrundliggende dødsårsag (felt D) og må heller ikke være i felt C eller det først udfyldte felt over felt D (den tilgrundliggende *ydre årsag*)
- psykiatriske diagnoser (F00-F09; F20-F99) må ikke være i del I
- misbrug (F10_-F19_) må ikke være i del I
- beruselse/intoksikation (F1_0) må ikke være i del I – *se også afs. 7.1*

”Obs. pro”-diagnoser kan ikke anvendes som dødsårsager – *se afs. 3.2.6*

Karakteristisk for ikke-naturlig død er, at der godt kan gå dage til uger og evt. måneder fra ”ydre årsag” til døden indtræder. Det afgørende er, at der er en årsagssammenhæng fra ydre årsag til umiddelbar dødsårsag – den ubrudte kliniske kæde.

eksempel

A	I649	Apoplexia cerebri
B		
C	S062	Traumatisk diffus hjernelæsion
D (=TD)	V27	Motorcyklist skadet ved kollision med fast/stillestående genstand

Der skal altid registreres mindst 2 koder ved ikke-naturlig død – skaden og den ydre årsag (=TD). Selv om den umiddelbare dødsårsag er apopleksi, er dette en følgetilstand i forløbet af en ulykke, der førte til døden hos en i forvejen rask person

Det sker ikke sjældent, at en ulykke f.eks. et fald tidsmæssigt udløser en indlæggelse og efterfølgende død på sygehus hos en patient, der allerede er inde i et forløb mod døden – f.eks. en cancerpatient, en inkompenaseret hjertepatient, en diabetes patient eller en patient med dødeligt forløbende lungesygdom.

Med mindre patienten primært dør som direkte følge af den opståede skade eller følger heraf, er der her tale om *naturlig* død, idet ulykkestilfældet blot har været medvirkende til eller ofte snarere fremskyndende på forløbet – og hører altså ikke til i Del I. Reelt medvirkende skader kan dokumenteres i Del II.

Dette er en vigtig sondring, som kun klinikerer kan svare på, og hvor det er helt afgørende, at døds måde og den heraf følgende udfyldelse af dødsårsagerne i Del I og Del II gøres korrekt.

Se også afs. 4.1.3

5.1.1 Multiple skader

Ved multiple skader skal der altid fokuseres på den alvorligste skade i forløbet til død

Medvirkende skader, der har haft en reel betydning for forløbet til død, angives i Del II.

Det er vigtigt, at felterne i Del I kun bruges, som de er tænkt, dvs. som en reel klinisk meningsfuld årsagskæde fra (tilgrundliggende) ydre årsag til alvorligste skade til evt. følgetilstand til skaden.

eksempel - arbejdsulykke

Del I		
A	A419	Sepsis
B	J809	'Adult respiratory distress' syndrom, ARDS
C	T589	Kulilteforgiftning
D (=TD)	X00	Eksposition for ukontrolleret ild i bygning/bygningskonstruktion
Del II		
	T303	Forbrænding af 3. grad uden specifikation

At patienten også blev alvorligt forbrændt, er klinisk vurderet som mindre alvorligt og mindre sandsynligt som vigtigste skade i forhold til forgiftningen. Da det har haft en medvirkende betydning for forløbet, har lægen valgt at dokumentere dette i Del II

5.1.2 Samtidige og fremmede sygdomme

Se også afs. 4.1.3

Sygdom, der forudgår eller indgår tidsmæssigt i forløbet til død, men hvor døden overvejende er begrundet i en ikke-naturlig hændelse, skal ikke betragtes som (døds måde) naturlig død i dødsattesten. Dette gælder også, selv om der er tale om potentielt dødelig sygdom, f.eks. malign sygdom, men hvor sygdommen ikke er nået til ”forløbet til død”.

Samtidig(e) sygdom(me) er eventuelt komplicerende og fremmede på forløbet til død, der er initieret af den ikke-naturlige hændelse. I sådanne tilfælde angives den medvirkende sygdom i Del II, ellers ikke.

eksempel

Del I		
A	A419	Sepsis
B	T814	Infektion efter indgreb ikke klassificeret andetsteds
C	S722	Fractura subtrochanterica femoris
D (=TD)	W11	Fald på/fra stige
Del II		
	C509	Cancer mammae

At der samtidig er alvorlig sygdom, gjorde ikke dette forløb til naturlig død. Kræftsygdommen har været fremmede for forløbet, men er ikke den primære dødsårsag. Det er i det enkelte tilfælde lægens kliniske afgørelse, hvad der vejes tungest og dermed, om der er tale om naturlig eller ikke-naturlig død i disse grænsetilfælde. Klinikeren har i dette tilfælde valgt skaden. Forløbet blev i det aktuelle tilfælde kompliceret af den maligne sygdom, hvorfor denne angives i Del II

Det er kun klinikeren, der kender det rigtige forløb og dermed kan afgøre og dokumentere korrekt, hvad patienten faktisk døde af

Enhver sygdom, tilstand (inkl. misbrug) og hændelse kan dokumenteres i Del II – men kun, hvis der er tale om en reelt medvirkende faktor, og at denne ikke indgår direkte i årsagskæden i Del I.

Se også Kap. 7 om ”Del II”

5.1.3 Komplikationer til behandling af skade

Som ved naturlig død skal komplikationer opstået under sygehusbehandling eller senere dokumenteres i årsagskæden, der ved ikke-naturlig død starter ved hændelsen (= ydre årsag)

eksempel

A	A419	Sepsis uden specifikation
B	T874	Infectio post amputationem
C	S771	Conquassatio femoris
D (=TD)	V13	Cyklist skadet ved kollision med personbil/varevogn

Død som følge af komplikation (nosokomial infektion) efter operation af skaden opstået ved trafikulykke. Komplikationen registreres som indgående dødsårsag i forløbet af ulykke

5.2 Ulykker

En ulykke er en ufrivillig hændelse karakteriseret ved en hurtigtvirkende kraft eller påvirkning, som ytrer sig i skade på kroppen.

Ulykker har som ikke-naturlig død altid en ydre årsag som tilgrundliggende dødsårsag. Ydre årsager klassificeres efter Kap. 20 – kodeafsnittene V, W, X00-59, Y60-69.

Skaden (inkl. forgiftninger) klassificeres obligatorisk efter Kap. 19.

Til ulykker medregnes ulykker (inkl. fejl) ved undersøgelse og behandling – *se afs. 5.2.1* – samt dødelige bivirkninger og reaktioner til medicin, kontraststoffer og andre diagnostiske hjælpemidler, når disse er givet/anvendt i forebyggelsesøjemed eller i forbindelse med udredning, uden at der er tale om behandling af sygdom – *se afs. 5.2.2*

5.2.1 Utilsigtede hændelser (fejl) ved undersøgelse og behandling

Vedr. bivirkninger og andre komplikationer til behandling, som ikke er ulykker og derfor regnes for naturlig død, se afs. 4.2 under naturlig død

Fejl, defineret som utilsigtet og uhensigtsmæssigt udført procedure eller handling med følger for patienten, kan være den primære årsag til patientens død.

Død som følge af fejl ved undersøgelse og behandling er ulykker - og derfor ikke-naturlig død

Eksempler på ulykker i forbindelse med undersøgelse og behandling er utilsigtet læsion af organ under operation af andet organ, fejlintubering og forgiftning pga. fejlagtig overdosering af lægemiddel, der primært medfører patientens død.

Kravene til registrering af fejl følger de generelle principper for ikke-naturlig død. Dette betyder, at kun fejl, der er den primære årsag til patientens død, skal dokumenteres i årsagskæden. Medvirkende skader sfa. fejl skal tilsvarende angives i Del II.

eksempel

Del I		
A	A419	Sepsis
B		
C	T812	Utilsigtet punktur af organ under indgreb
D (=TD)	Y609	Snit, punktur, perforation eller blødning som følge af uheld under kirurgisk eller medicinsk procedure
Del II		
	C619	Cancer prostatae

Eksemplet viser, at det ved ikke-naturlig død er hændelsen, der er TD – ikke sygdommen, der behandles. Denne indgår ikke i kæden, fordi der her er tale om en ulykke. Sygdommen registreres i Del II

Det er – igen jf. de generelle principper – en klinisk afgørelse, hvad patienten primært dør af. Der kan således være konkurrerende årsager, og lægen skal vælge den klinisk set tungeste sekvens.

Der findes følgende koder for ydre årsag (kap. 20) (=tilgrundliggende dødsårsag) ved fejl i forbindelse med undersøgelse og behandling:

Y60	Snit, punktur, perforation eller blødning som følge af uheld under kirurgisk eller medicinsk procedure
Y61	Fremmedlegeme efterladt i kroppen ved uheld under kirurgisk eller medicinsk procedure
Y62	Svigt af sterile forholdsregler under kirurgisk eller medicinsk procedure
Y63	Overdosering eller eksponering ved uheld under kirurgisk eller medicinsk procedure
Y64	Inficeret medicinsk eller biologisk substans anvendt ved kirurgisk eller medicinsk procedure
Y650	Blod fra forkert blodgruppe ved transfusion
Y651	Forkert væske ved infusion
Y652	Svigt af sutur/ligatur under operation
Y653	Trakealtube fejlplaceret ved narkose
Y654	Fejl ved indsættelse/udtagning af andet rør/instrument
Y655	Gennemførelse af forkert operation
Y658	Andet specificeret uheld under kirurgisk/medicinsk behandling
Y66	Manglende/for tidligt afbrudt kirurgisk eller medicinsk behandling
Y69	Uspecificeret uheld under kirurgisk eller medicinsk behandling

5.2.2 Bivirkninger og andre komplikationer opstået ved undersøgelse eller profylakse *uden tilstedeværende sygdom*

Vedr. utilsigtet hændelse (fejl) i forbindelse med undersøgelse og behandling – se afs. 5.2.1 under ulykker

Dødelige bivirkninger eller andre komplikationer til korrekt udført procedure på rask person betragtes som ulykker. Registreringen følger derfor de generelle principper for ulykke. Den ydre årsag, der er den tilgrundliggende dødsårsag, er den procedure (handling), der har initieret forløbet.

eksempel

Person død af anafylaktisk shock efter indtagelse af profylaktisk penicillindosis pga. mulig udsættelse for meningokok-meningitis i nærmiljø

A		
B		
C	T886	Anafylaktisk shock ved korrekt administration af lægemiddel
D (=TD)	X58	Lægemiddel som årsag til skade/reaktion

Alvorlig uforudset dødelig reaktion på profylaktisk indgivet lægemiddel. Ingen tilstedeværende sygdom. Ingen specificeret kode findes. Oprettet som dansk synonym

5.2.3 Allergiske reaktioner og andre lignende reaktioner, der opstår uden, at der er tale om undersøgelse, behandling eller profylakse

Vedr. allergiske og lignende reaktioner som led i sygdom – se under naturlig død afs. 4.3

Reaktioner, oftest allergiske, efter indtagelse af madvarer eller lignende – uden at der er tale om forgiftning - er i sjældne tilfælde dødelige. Dette betragtes ligeledes som ulykker. Registreringen følger derfor de generelle principper for ulykke. Tilgrundliggende dødsårsag, er handlingen, der har initieret forløbet.

eksempel

A		
B		
C	T782	Anafylaktisk shock
D (=TD)	X58	Indtagelse af madvare el. lign med følgende skade/reaktion

Alvorlig uforudset dødelig reaktion på indtaget fødeemne

WHO's klassifikation indeholder ingen koder, der specificerer dette. Der er derfor oprettet danske synonymer, der specificerer visse handlinger/hændelser, som illustreret i dette og forrige eksempel. Synonymerne gør, at brugeren kan finde noget anvendeligt.

Tilsvarende reaktioner kan forekomme uden, at der er kendt eksposition eller kendt tendens til reaktion. I disse tilfælde anvendes som tilgrundliggende dødsårsag X59 'Eksposition for uspecificeret ulykkesomstændighed'.

5.3 Drab og vold

Ekskluderer legale interventioner og krigshandlinger – se afs. 5.5

Alle tilfælde af drab og vold med døden til følge er ikke-naturlig død og følger derfor de generelle principper for registrering ved ikke-naturlig død med obligatorisk kombination af skadekode (Kap. 19) og Kap. 20-kode for ydre årsag som tilgrundliggende dødsårsag.

Skaden klassificeres ligesom tilsvarende skader ved ulykker.

De ydre årsager ved drab og vold er klassificeret særskilt fra ydre årsager ved andre dødsårsager og findes i kodeintervallet X85-Y09. Afsnittet indeholder følgende overordnede kategorier.

Ydre årsager til skade ved drab og vold [X85-Y09]	
X85	Voldelig skade ved brug af lægemiddel eller andet biologisk stof
X86	Voldelig skade ved brug af ætsende stof
X87	Voldelig skade ved brug af pesticid
X88	Voldelig skade ved brug af gasart eller damp
X89	Voldelig skade ved brug af andet kemisk eller giftigt stof
X90	Voldelig skade ved brug af uspecificeret kemisk eller giftigt stof
X91	Voldelig skade ved hængning, strangulation eller kvælning
X92	Voldelig skade ved drukning
X93	Voldelig skade ved skud fra håndskydevåben
X94	Voldelig skade ved skud fra større skydevåben

X95	Voldelig skade ved skud fra andet eller ikke specificeret skydevåben
X96	Voldelig skade ved brug af eksplosivt materiale
X97	Voldelig skade ved brug af røg, ild eller flammer
X98	Voldelig skade ved brug af varm damp eller varm genstand
X99	Voldelig skade ved brug af skarp genstand
Y00	Voldelig skade ved brug af stump genstand
Y01	Voldelig skade ved skub fra højde
Y02	Voldelig skade ved skub foran genstand i bevægelse
Y03	Voldelig skade ved kollision med motorkøretøj
Y04	Skade ved korporlig vold
Y05	Seksuel korporlig vold
Omsorgssvigt [Y06]	
Y060	Omsorgssvigt fra ægtefælle/partner
Y061	Omsorgssvigt fra forældre
Y062	Omsorgssvigt fra bekendt eller ven
Y068	Omsorgssvigt fra anden specificeret person
Y069	Omsorgssvigt fra uspecificeret person
Andre mishandlingssyndromer [Y07]	
Y070	Mishandling fra ægtefælle eller partner
Y071	Mishandling fra forældre
Y072	Mishandling fra bekendt eller ven
Y073	Mishandling fra myndigheder
Y078	Mishandling fra anden specificeret person
Y079	Mishandling fra ikke specificeret person
Y08	Voldelig skade ved anden specificeret metode
Y09	Voldelig skade ved ikke specificeret metode

Der skelnes ikke mellem forskelle i tidsforløb. Det er alene voldshandlingen, som primær årsag til forløbet, der afgør, at der er tale om døds måden 'Drab og vold'.

5.4 Selvmord

Alle tilfælde af selvmord og selvmordsforsøg med døden til følge – uanset tidsforløb – er ikke-naturlig død og følger derfor de generelle principper for registrering ved ikke-naturlig død med obligatorisk kombination af skadekode (Kap. 19) og Kap. 20-kode for ydre årsag som tilgrundliggende dødsårsag.

Skaden klassificeres ligesom tilsvarende skader ved ulykker.

De ydre årsager ved selvmord er klassificeret særskilt fra ydre årsager ved andre døds måder og findes i kodeintervallet X60-X84. Afsnittet indeholder følgende overordnede kategorier.

Ydre årsager til skade ved forsætligt selvtilføjet skade [X60-X84]	
X60	Forsætlig selvbeskadigelse med ikke-opioidt analgetikum (panodil, NSAID)
X61	Forsætlig selvbeskadigelse med psykofarmaka, antiepileptika eller antiparkinsonmiddel
X62	Forsætlig selvbeskadigelse med narkotikum, psykodyseptikum eller psykotropt stof
X63	Forsætlig selvbeskadigelse med andet middel med virkning på autonome nervesystem
X64	Forsætlig selvbeskadigelse med andet eller uspecificeret lægemiddel eller biologisk stof
X65	Forsætlig selvbeskadigelse med alkohol
X66	Forsætlig selvbeskadigelse med organisk opløsningsmiddel eller halogen-kulbrinte
X67	Forsætlig selvbeskadigelse med anden gasart eller damp
X68	Forsætlig selvbeskadigelse med pesticid
X69	Forsætlig selvbeskadigelse med andet kemisk eller giftigt stof
X70	Forsætlig selvbeskadigelse ved hængning, strangulation eller kvælning
X71	Forsætlig selvbeskadigelse ved drukning
X72	Forsætlig selvbeskadigelse ved skud fra håndvåben
X73	Forsætlig selvbeskadigelse ved større skydevåben
X74	Forsætlig selvbeskadigelse ved skud fra andet eller ikke specificeret skydevåben
X75	Forsætlig selvbeskadigelse ved eksplosivt materiale
X76	Forsætlig selvbeskadigelse ved røg, ild eller flammer
X77	Forsætlig selvbeskadigelse ved varm damp eller varm genstand
X78	Forsætlig selvbeskadigelse med skarp genstand
X79	Forsætlig selvbeskadigelse med stump genstand
X80	Forsætlig selvbeskadigelse ved spring fra højde
X81	Forsætlig selvbeskadigelse under køretøj eller genstand i bevægelse
X82	Forsætlig selvbeskadigelse ved kollision med motorkøretøj
X83	Forsætlig selvbeskadigelse ved anden specificeret metode
X84	Forsætlig selvbeskadigelse ved ikke specificeret metode

5.5 Legale interventioner og krigshandlinger

Følger principperne for drab og vold, men afviger i døds måde og anvendte koder for ydre årsager. Der er følgende kodemuligheder.

Ydre årsager til skade ved legale interventioner og krigshandlinger [Y35-Y36]	
Legale interventioner	
Y350	Legal intervention med skud fra skydevåben
Y351	Legal intervention med eksplosivt materiale
Y352	Legal intervention med gas
Y353	Legal intervention med stump genstand
Y354	Legal intervention med skarp genstand
Y356	Legal intervention med anden specificeret metode
Y357	Legal intervention med ikke specificeret metode
Krigshandlinger	
Y360	Krigshandling med eksplosion af marinevåben
Y361	Krigshandling med ødelæggelse af luftfartøj
Y362	Krigshandling med anden eksplosion eller fragment heraf
Y363	Krigshandling med ild, brand eller varm genstand
Y364	Krigshandling med skud fra skydevåben eller anden form for konventionel krigsførelse
Y365	Krigshandling med kernevåben
Y366	Krigshandling med biologisk våben
Y367	Krigshandling med kemisk våben eller anden form for ukonventionel krigsførelse
Y368	Krigshandling, som indtræffer efter fjendtlighedernes ophør
Y369	Ikke specificeret krigshandling

5.6 Misbrug (F10-19) og ikke-naturlig død

Vedr. misbrug og naturlig død – se afs. 4.4

Vedr. beruselse og anden intoksikation som medvirkende eller udløsende årsag til ikke-naturlig død – se afs. 5.7

De fleste dødsfald hos misbrugere vil være ikke-naturlig død ved forgiftning – ulykke (*se eksempel*) eller selvmord. I disse tilfælde må misbrugsdiagnose ikke indgå i Del I. Misbruget (F1*-kode) skal da angives i Del II, idet dette jo er en helt obligatorisk baggrundsfaktor i disse tilfælde.

eksempel

Død af utilsigtet overdosis hos heroinmisbruger

Del I		
A		
B		
C	T401	Forgiftning med heroin
D (=TD)	X42	Utilsigtet fejlbrug af narkotikum, psykodyseptikum eller psykotropt stof
Del II		
	F112	Afhængighedssyndrom som følge af opioider

5.7 Psykiatriske diagnoser (ved ikke-naturlig død)

Vedr. misbrug – se afs. 5.6

De psykiatriske diagnoser er kun sjældent tilgrundliggende dødsårsag og er det efter WHO's principper kun ved naturlig død. Hvis således en patient dør af bivirkninger til medicinsk behandling "efter bogen", vil den psykiske lidelse, der behandlede, være tilgrundliggende dødsårsag – se afs. 4.2

Skader, overdosis og anden forgiftning hos psykiatrisk patient er ikke-naturlig død, og dette registreres efter principperne for ulykker, drab og vold og selvmord (afs. 5.2-4).

At der er tale om en psykiatrisk grundsygdom som baggrund for det skete, registreres i Del II

Så selvom man i mange tilfælde ville antage, at selvmordet havde sin årsag i depressiv lidelse, så er det ikke sådan, det registreres.

eksempel

Død ved selvmord hos kendt depressiv patient

Del I		
A		
B		
C	T719	Kvælning (ekstern årsag)
D (=TD)	X70	Forsætlig selvbeskadigelse ved hængning, strangulation eller kvælning
Del II		
	F319	Bipolar affektiv sindslidelse uden specifikation

6 Døds måde 'Uoplyst'

Døds måde 'Uoplyst' kan kun anvendes af embedslægerne. Denne døds måde anvendes i de tilfælde, hvor det efter ligsyn og udførte undersøgelser ikke kan afgøres, hvilken døds måde, der er tale om i det aktuelle tilfælde.

Der påhviler embedslæger særlige krav til udredningen af dødsårsagen, således at det så vidt muligt udelukkes, at der kan være tale om ulykke, drab/vold, selvmord eller legal intervention/krigshandling.

Ved døds måden 'Uoplyst' er tilgrundliggende dødsårsag enten R989 'Dødsfunden, uden kendt årsag' eller Y10-34 "Skadehændelser, der hverken kan klassificeres som ulykke, selvmord eller vold".

7 Del II (Dødsårsager II)

Se også afs. 4.1.3 "Samtidige og fremmende hændelser" og afs. 5.1.2 "Samtidige og fremmende sygdomme"

I Del II (Dødsårsager II) kodes andre sygdomme og tilstande, der har været medvirkende ved at forringe personens modstandskraft eller på anden måde indirekte har fremskyndet forløbet.

Diagnoserne i Del II supplerer de primære medicinske oplysninger i Del I.

Del II må ikke indeholde diagnoser og tilstande, som indgår i den primære årsagskæde i Del I

I Del II registreres kun reelt medvirkende tilstande – sygdom(me) eller skade(r). Del II må heller ikke indeholde diagnoser og tilstande, som ikke har nogen relevans for forløbet til død. Dødsattesten er ikke et sygdomsregister.

Usikkerhed ved udfyldelsen skal ikke medføre, at attesten overfyldes med patientens samlede sygehistorier. Der er ofte for meget "støj", der medfører, at SSI er nødt til at kontakte klinikerne for en udredning af, hvad der er relevant og, hvad der ikke er relevant, hvilket er en ulempe for begge parter og stærkt medvirkende til en forsinkelse af registeret.

Samtidig er det vigtigt, at lægen fokuserer på det væsentlige i Del I og ikke bruger Del II som (uprioriteret) pladsholder. Det er lægen, der ved bedst, og dermed kan angive det vigtigste i Del I og kun det yderligere relevante i Del II. Dødsårsagsregisterets kodere har reelt ingen mulighed for at trække fra eller lægge til.

Tilstandene i Del II prioriteres i forhold til (antaget) klinisk betydning – tungest øverst.

I **Del II** registreres følgende obligatorisk

- reelt klinisk medvirkende, fremmende eller komplicerende sygdomme, skader og ikke-dødelige forgiftninger
dette inkluderer følgende, hvis det har haft en klinisk medvirkende, fremmende eller komplicerende betydning
 - konkurrerende sygdomme og skader (inkl. ikke-dødelige forgiftninger) ved letal multikausalitet
 - misbrug
 - psykiatrisk sygdom
 - beruselse eller anden form for intoksikation (påvirket) *ved ikke-naturlig død*

Del II må *ikke* indeholde

- sygdomme, skader og andre tilstande, der indgår i den primære årsagskæde i Del I
- sygdomme, skader og andre tilstande uden klinisk betydning for forløbet til død

I Del II må følgende koder *ikke* anvendes

- kap. 20-koder (V, W, X, Y) for ydre årsag
- R959, R989, R999

7.1 Beruselse og anden form for intoksikation (F1_0)

Alkoholberuselse eller lignende akut intoksikation med andet psykotropt stof kan være en medvirkende eller eventuelt udløsende årsag til forløbet til død ved ikke-naturlig død. Hvis dette er tilfældet, registreres kode for intoksikationen i Del II – se også eksempel i afs. 5.7

- koderne for intoksikation (F1_0) må kun anvendes ved ikke-naturlig død og da kun i Del II, som medvirkende eller foranliggende årsag
- koderne for intoksikation (F1_0) må ikke anvendes ved naturlig død.
- koderne for intoksikation (F1_0) må ikke anvendes i Del I

Det er kun den afdødes eventuelle beruselse (intoksikation), der registreres – ikke anden involveret persons.

7.2 Psykiatrisk diagnose ved ikke-naturlig død

Som det er omtalt i afs. 5.8, skal klinisk medvirkende, fremmende eller komplicerende psykiatrisk lidelse registreres i Del II ved ulykker, drab og vold samt selvmord.

eksempel

Død af utilsigtet overdosis hos kendt skizofren patient

Del I		
A		
B		
C	T401	Forgiftning med heroin
D (=TD)	X42	Utilsigtet fejlbrug af narkotikum, psykodysleptikum eller psykotropt stof
Del II		
	F209	Skizofreni uden specifikation
	F191	Skadeligt brug af multiple og andre psykoaktive stoffer
	F101	Skadelig brug af alkohol

8 Andre oplysninger

8.1 Medicin

Kun medicin med relevans eller med mulig relevans for døden skal dokumenteres. Medicinoplysningerne refererer til de registrerede dødsårsager i Del I og II. Medicin skal under alle omstændigheder ikke registreres, hvis det ikke referer til en angivet dødsårsag.

Medicinoplysningerne rangordnes efter (formodet) faldende betydning.

Medicin er selvfølgelig særligt interessant ved ikke-naturlig død, men det kan også være relevant ved naturlig død hos misbrugere, samt ved lægemiddelbivirkninger ved behandling af sygdom.

Ofte vil og bør det være resultaterne af de retskemiske undersøgelser, der er vejledende for, hvad der er eller med stor sandsynlighed kan være relevant som direkte eller medvirkende årsager til døden.

Dødelige bivirkninger til medicinsk behandling registreres efter principperne beskrevet i afs. 4.2. Ved naturlig død er det altid sygdommen, der behandles, der er den tilgrundliggende dødsårsag.

8.2 Obduktion

Hvis der er foretaget obduktion, skal de væsentligste fund, som har dannet grundlag for fastlæggelse af døds måde og dødsårsag, dokumenteres her.

Bifund og fund, der ikke eller med lille sandsynlighed er årsag til død, bør ikke medtages.

Det er den udfyldende læge eller embedslæge, der har ansvaret for, at væsentlige, og kun de væsentlige, oplysninger medtages.

8.3 Yderligere undersøgelser

I dette felt dokumenteres andre undersøgelser, herunder retskemiske undersøgelser, der har haft indflydelse på fastlæggelse af døds måde og dødsårsag.

Resultater fra de retskemiske undersøgelser, der ikke eller med lille sandsynlighed er årsag til død, bør ikke medtages.

Det er den udfyldende læge eller embedslæge, der har ansvaret for, at væsentlige og kun de væsentlige oplysninger medtages.

8.4 Retskemi

Se "Yderligere undersøgelser" ovenfor (afs. 8.3)

8.5 Supplerende oplysninger

Feltet kan anvendes til angivelse af omstændigheder ved dødsfaldet. Dette er især relevant ved ikke-naturlig død. Feltet udfyldes ved retslægeligt ligsyn med politimæssige og lægelige oplysninger. Evt. oplysning om nylig operation kan også angives her.

Det er vigtigt, at dette felt ikke anvendes til eneste pladsholder for oplysninger, der efter principperne skal indgå i de kodede dele I og II.