

Onaturliga dödsfall måste utredas bättre – risk att brott missas

Granskning av polisens och sjukvårdens dödsfallshandläggning i tre län

GISELA PETERSSON, ST-läkare
gisela.pettersson@rmv.se
ANDERS ERIKSSON, professor,
överläkare, Umeå universitet;

båda Rättsmedicinalverket,
rättsmedicinska avdelningen,
Umeå

Dödsfall som »har eller kan ha orsakats av yttre påverkan (skada eller förgiftning) och alltså inte enbart av sjukdom« [1] ska polisanmälas av den läkare som har konstaterat dödsfallet [1-4], för att därefter i normalfallet på polisens begäran genomgå rättsmedicinsk undersökning [3, 4]. Enligt officiell statistik hade dock endast 55 procent av sådana sk onaturliga dödsfall under år 2008 genomgått rättsmedicinsk undersökning [5]. Den studie som presenteras här syftade till att undersöka om denna förhållandevis låga andel beror på att läkare inte polisanmäler aktuella dödsfall eller på att polisen inte begär rättsmedicinsk undersökning.

MATERIAL OCH METOD

Kopior på samtliga dödsorsaksintyg där underliggande eller bidragande dödsorsak varit onaturlig (V01-Y98 enligt den internationella sjukdomsklassifikationen ICD-10) avseende avlidna folkbokförda inom Västerbottens, Gävleborgs och Östergötlands län under år 2008 begärdes från Socialstyrelsens dödsorsaksregister. Materialet indelades i dels intyg utfärdade från rättsmedicinsk avdelning (Umeå, Uppsala respektive Linköping), dels intyg utfärdade inom sjukvården. Kopior på anmälan och slutredovisningsuppgift för polisanmälda dödsfall under år 2008 begärdes från respektive polismyndighet.

Dödsfall som inträffat före eller efter år 2008 exkluderades, liksom dödsfall som genomgått rättsmedicinsk undersökning vid någon annan rättsmedicinsk avdelning eller där personen avlidit i utlandet.

Dödsorsaksintygen och polishandlingarna grupperades utifrån huruvida intyg och handlingar över samma avlidna individ via personuppgifter kunde sammankopplas eller inte. Antalet polishandlingar var högre än antalet studerade dödsorsaksintyg, eftersom dödsfall där skäl för rättsmedicinsk undersökning förelegat även kan bero på sjukdom (tex då en missbrukare avlidit i akut hjärtinfarkt), dvs av en dödsorsak utanför det studerade kodintervallet.

Polishandlingarna bedömdes utifrån omständigheterna vid dödsfallet och om skäl för rättsmedicinsk undersökning förelegat eller inte. Därefter värderades huruvida dödsfallet hade hanterats korrekt av polis med efterföljande rättsmedicinsk undersökning i enlighet med bestämmelserna [1-4]. I varje län fanns ett antal polisanmälda dödsfall som inte kunde återfinnas i Rättsmedicinalverkets databas, där omständigheterna talat för naturlig död (enbart sjukdom) och/eller det noterats att ärendet hade »övergått till sjukvården«.

Handläggningen av de onaturliga dödsfall som läkare verksam inom sjukvården självständigt hanterat utan polisens kännedom värderades genom granskning av varje enskilt dödsorsaksintyg. Dödsfallen delades in i fyra grupper som utvecklets utifrån fallens karaktär och den praktiska medicinskojuridiska verkligheten:

- Död på grund av komplikationer till benbrott efter fall i

samma plan, exempelvis i bäcken, höft, lårben, underben eller överarm. Benbrotten hade lett till immobilisering, med efterföljande infektion eller organsvikt som lett till döden.

- Död på grund av skullskador efter fall i samma plan, tex traumatisk hjärnhinneblödning. Till denna grupp räknades även fall från säng och från stol (2 dödsfall).
- Dödsfall efter fall i samma plan utan påtaglig skelett- och/eller skullskada, med efterföljande immobilisering och dödlig organsvikt. Till denna grupp räknades också komplikationer efter kirurgiska ingrepp av andra orsaker än benbrott (tex hjärtinfarkt ett par veckor efter kataraktoperation) eller av chocktillstånd på grund av infektion eller allergi. Även dödsfall som berott på sjukdomstillstånd som inträtt lång tid (>3 år) efter tidigare trauma som resulterat i bestående skada fördes till denna grupp.
- Dödsfall på grund av skador efter högenergitrauma (tex trafikolycka), fall från höjd (tex nedför trappa eller från en steg), projektil från skjutvapen, skarpt våld med eggvasst föremål, drunkning, läkemedels- och/eller alkoholförgiftning, sk bolusdöd och andra »uppenbart onaturliga« yttre orsaker.

RESULTAT

Sammanlagt emottogs från Socialstyrelsen 534 dödsorsaksintyg, varav 515 kvarstod efter exkludering. Ungefär hälften av intygen hade utfärdats inom sjukvården (n = 256) och den andra hälften (n = 259) från någon av de tre rättsmedicinska avdelningarna. Från polismyndigheterna emottogs handlingar i 537 dödsfall. Utöver dessa återfanns polishandlingar i Rättsmedicinalverkets databas i ytterligare 52 fall, varför totalsumman av polishandlingar blev 589.

Totalt 266 dödsorsaksintyg och polishandlingar gällande samma individ kunde sammankopplas, varav 7 intyg hade utfärdats inom sjukvården, dvs var onaturliga dödsfall som läkare inom sjukvården handlagt med polisens kännedom. För de tre länen fanns sammanlagt 25 polisanmälda dödsfall, som hade återvisats till sjukvården och som – sannolikt – hade bedömts som sjukdomsorsakade.

Sammanfattningsvis hade 557 rättsmedicinska undersökningar utförts på uppdrag av polismyndighet av totalt 589 polisanmälda dödsfall (95 procent) (Figur 1).

Majoriteten av de onaturliga dödsfallen som handlagts inom sjukvården utan polisanmälan hade bedömts bero på fall i sam-

■ SAMMANFATTAT

För att undersöka orsakerna till att endast 55 procent av de onaturliga dödsfallen i Sverige år 2008 genomgick rättsmedicinsk undersökning studerades läkarnas och polismyndigheternas handläggning av onaturliga dödsfall i Västerbottens, Gävleborgs och Östergötlands län. **De flesta onaturliga** dödsfall som inte hade genomgått rättsmedicinsk undersökning hade

drabbat äldre personer som fallit i samma plan och ådragit sig benbrott eller skullskada.

Bland de övriga onaturliga dödsfallen fanns en högriskgrupp, extrapolerad till att utgöra ca 300 dödsfall årligen i Sverige, där en mer omfattande dödsfallsutredning inom rättsväsendet hade varit motiverad för att utesluta att brott legat bakom dödsfallet.

KLINIK & VETENSKAP ORIGINALSTUDIE

ma plan (grupp 1 och 2), som orsakat antingen benbrott ($n = 155$; 60 procent) eller skullskada ($n = 48$; 19 procent). De flesta av dessa dödsfall (95 procent) hade drabbat individer över 70 års ålder. Dödsfall till följd av yttre påverkan men utan benbrott eller skullskada (grupp 3) utgjorde för de tre länen sammanlagt 16 dödsfall (6 procent). Av sjukvården handlagda »uppenbart onaturliga dödsfall« (grupp 4) uppgick i de tre länen till sammanlagt 37, motsvarande 14 procent av de onaturliga dödsfall som sjukvården hanterat utan polisanmälan (Figur 2).

På de dödsorsaksintyg som handlagts av sjukvården saknades uppgift om dödssätt i 63 procent ($n = 161$), medan dödssättet angetts som »olycksfall« i 29 procent ($n = 74$). I resterande intyg ($n = 21$; 8 procent) hade dödssättet angetts som »själtvillfogad« eller »oklart« (Figur 3). Andelen intyg som utfärdats efter klinisk obduktion understeg 5 procent i alla tre län ($n = 11$).

DISKUSSION

Onaturliga dödsfall inom sjukvården

Nära 80 procent av de onaturliga dödsfall som läkare verksamt inom sjukvården underlåtit att polisanmäla hade inträffat hos äldre, sköra och sjukliga individer efter fall i samma plan med åtföljande benbrott eller skullskada. I ett praktiskt och samhällsekonomiskt perspektiv förefaller det acceptabelt att inte utnyttja rättsväsendet vid dessa typer av dödsfall, även om denna praxis formellt kan anses strida mot gällande författningsbestämmelser. Det har föreslagits att dessa dödsfall ändå skulle kunna hanteras inom rättsväsendet, men genom en enklare typ av dödsfallsutredning, snarlikt det system som tillämpas i Danmark [6].

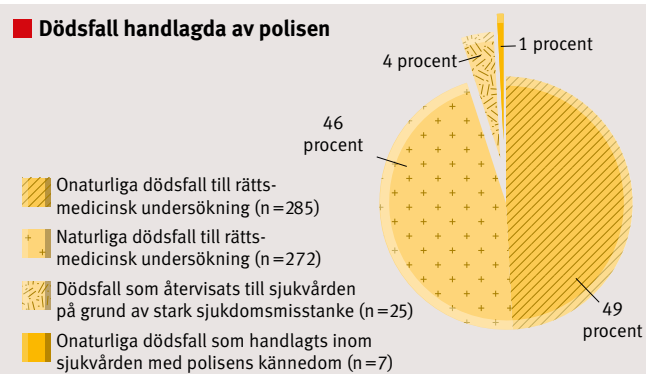
Det är dock oroväckande att hela 14 procent av de onaturliga dödsfallen inte hade kommit till rättsväsendets kännedom, trots att de varit »uppenbart onaturliga« och skäl för rättsmedicinsk undersökning helt klart förelegat. Det är tidigare känt att 4–10 mord varje år upptäcks först vid rättsmedicinsk undersökning [7], och det finns risk att det är just bland dessa »uppenbart onaturliga dödsfall« som ytterligare ett antal dödsfall till följd av brott kan finnas, som alltså aldrig kommer rättsväsendet tillkänna. Extrapolerat till hela riket utgör denna »högriskgrupp« årligen ca 300 dödsfall som alltså inte utreds av polis.

Sverige har enligt officiell statistik en mycket låg incidens av homicid (mord, dråp, barnamord och vållande till annans död), och av 222 länder har endast 3 lägre incidens [8]. Vi bedömer att detta speglar det verkliga förhållandet, även om det med stor sannolikhet (i alla länder) är så att ett okänt antal homicid förblir oupptäckta, tex då den döda kroppen aldrig återfunnits eller varit i alltför dåligt skick då den hittats, eller vid vissa former av förgiftningar [9] – men också till följd av att (såsom vi här påvisat) den döda kroppen inte genomgått rättsmedicinsk undersökning.

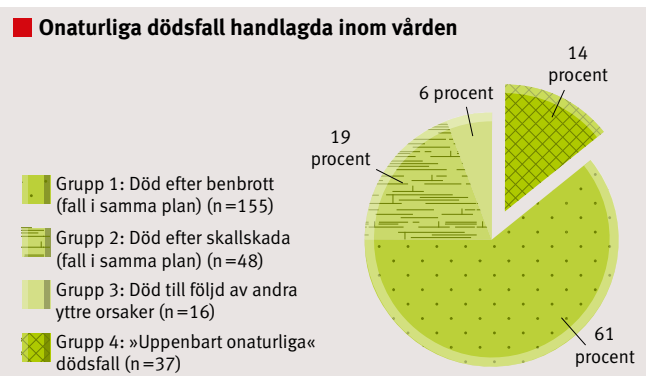
Polisens dödsfallsutredning

Cirka 95 procent av de polisanmälda dödsfallen i de tre studerade länen genomgick rättsmedicinsk undersökning när sådan var indicerad. Det förefaller rimligt att polisen har möjlighet att till sjukvården återvisa vissa dödsfall, dvs resterande 5 procent, eftersom även naturliga dödsfall kan inträffa under omständigheter som föranleder polisanmälan. Polisen åläggs i varje enskilt fall, eventuellt efter konsultation med rättsläkare, att bedöma om dödsfallet kan anses naturligt eller onaturligt, och har möjlighet att avstå från rättsmedicinsk undersökning om det inte föreligger skäl för sådan [1, 3, 4]. Vid de dödsfall som i studien inte gick vidare till rättsmedicinsk undersökning innefattade polishandlingarna i de flesta fall stark sjukdomsmissstanke. I sådana fall är det korrekt av polisen att låta dödsfallet utredas inom sjukvården.

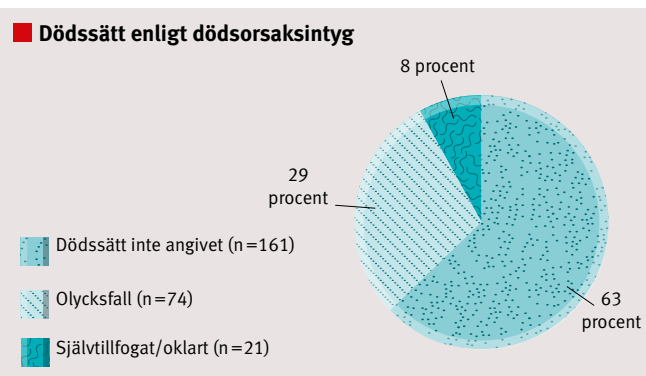
I påtagligt många av de dödsfall i Östergötlands län som po-



Figur 1. Fördelning av polisens handläggning av dödsfall.



Figur 2. Fördelning av onaturliga dödsfall som handlagts inom sjukvården utan polisens kännedom. Grupp 1 utgör en relativt väldefinierad (och stor) grupp, som mycket sällan torde bli föremål för rättsväsendets intresse. Grupp 2 utgör en likaledes väldefinierad (men mindre) grupp, som inte sällan blir föremål för rättsväsendets intresse. Grupp 4 utgör en väldefinierad grupp, som alltid borde bli föremål för rättsväsendets intresse. Grupp 3 utgörs av en svårdefinierad grupp med »övriga fall«.



Figur 3. Fördelning av uppgift om dödssätt på de dödsorsaksintyg som utfärdats av kliniskt verksam läkare inom hälso- och sjukvården efter onaturliga, icke-polisanmälda dödsfall.

lisen lät genomgå rättsmedicinsk undersökning ($n = 21$; ca 8 procentenheter högre än i de andra två länen) fanns notering om att dödsfallet inträffat »utanför sjukhus« som enda skäl till varför dödsfallet skulle utredas vidare av polisen. Detta kan eventuellt tolkas som en hänvisning till den förra begravningslagen som år 1991 ersattes med dagens [2], och det indikerar möjligen bristande orientering om gällande författningsbestämmelser [10].

I Gävleborgs län fanns fler onaturliga dödsfall som utretts inom sjukvården med polisens kännedom ($n = 5$) och en lägre andel dödsorsaksintyg över onaturliga dödsfall utfärdade av rättsläkare (44 procent) än för de andra två länen. Möjligen

KLINIK & VETENSKAP ORIGINALSTUDIE

speglar detta bristande orientering om författningsbestämmelserna hos både polis och läkare i sjukvården.

För de tre länen saknades i samtliga fall notering om att polis hade konsulterat rättsläkare innan man beslutat att avstå från rättsmedicinsk undersökning, trots gällande myndighetsföreskrifter [4]. Anledning till varför polisen avstått konsultation med rättsläkare framgick inte i något fall.

Kontakten med polis

Eftersom studiematerialet endast innefattat polisanmälda dödsfall, har det inte varit möjligt att granska de dödsfall där polisen enbart konsulterats av läkare, men där ingen formell polisanmälan har gjorts. Läkare verksamma inom sjukvården vittnar stundom om att de har kontaktat polis vid ett dödsfall, men att polisen inte har övertagit ärendet med hänvisning till att man »inte misstänker något brott«. Enligt bestämmelserna dras dock skiljelinjen inte vid misstänkt brott/inte brott utan vid naturlig död/onaturlig död.

Eftersom polisen torde ha lägre medicinsk kompetens än den läkare som konstaterat dödsfallet, kan det vara svårt för polisen att argumentera emot läkarens bedömning av den fortsatta handläggningen. Om läkaren felaktigt bedömer att ärendet inte ska övertas av polis och även polisen saknar kunskap om de aktuella bestämmelserna, blir resultatet därefter. I förlängningen ger felaktigheterna konsekvenser i form av bl a inadekvat utnyttjande av samhällets resurser, bristande rättssäkerhet och felaktig dödsorsaksstatistik.

Kvaliteten på dödsorsaksintygen

Det bör noteras att de dödsorsaksintyg som utfärdats av kliniskt verksam läkare generellt var av låg kvalitet och ofullständigt ifyllda. Den terminala dödsorsaken angavs ofta i form av symtom på död, tex »cirkulationsstopp« – vilket inträffar hos alla personer som dör – och inte en dödsorsak, tex hjärtinfarkt. Risken är därför uppenbar att relevanta uppgifter inte kommit Dödsorsaksregistret tillhanda och att den faktiska dödsorsaken har felbedömts. De dödsfall som handlagts inom sjukvården där sjukdomsdiagnos har angetts som underliggande eller bidragande dödsorsak har hamnat utanför det studerade kodintervallet, även om yttre påverkan, skada eller förgiftning förelegat och inte framkommit av dödsorsaksintyget.

Tänkbara förbättringsåtgärder

I dag saknar målbeskrivningarna för specialistutbildning inom de flesta medicinska specialistområden som handlägger många dödsfall helt delmål avseende dödsfallshandläggning. Socialstyrelsens pågående revision av målbeskrivningarna bör därför innefatta tillägg av delmål för dödsfallshandläggning för ett flertal specialistområden. I Socialstyrelsens i juni 2014 utsända remiss om (bl a) nya målbeskrivningar saknas emellertid helt krav på kunskap om dödsfallshandläggning bland de kliniska specialistområden som har att ta ställning till onaturliga dödsfall [11].

Socialstyrelsen bör även revidera blanketterna för dödsbevis [12] och dödsorsaksintyg [13]. Om det på blanketten för dödsbevis tydligare kunde framgå i vilka typfall läkaren ska kontakta polis, och inte enbart av instruktionstexten på blankettens baksida, skulle misstag kunna undvikas i direkt anslutning till dödsfallet. Blanketten för dödsorsaksintyg inbjuder i nuvarande form till felaktiga bedömningar, eftersom många av de uppgifter som ska fyllas i (och instruktionen för detta) utgör vägledning för rättsläkare, inte för läkare verksam inom sjukvården.

Eftersom många studier har visat att den intygade dödsorsaken ofta är felaktig [14–16] och kvaliteten på Sveriges dödsorsaksregister har ifrågasatts [17, 18], föreligger ett samhällsintresse att förbättra situationen.

I framtiden kan dödsorsakerna kanske komma att rapporteras digitalt och med mindre utrymme för felaktigheter, likt det system som i dag finns i delstaten Vermont, USA. Där kontrolleras samtliga dödsorsaksintyg av rättsläkare eller särskilt utbildade rättsmedicinska utredare, oavsett om dödsfallet varit naturligt eller onaturligt. En direkt återkoppling görs till läkaren om dödsorsaksintyget ifyllts felaktigt, om uppgifter behöver förtydligas eller om den ifyllda dödsorsaken eller dödsorsättet utgör skäl för rättsmedicinsk undersökning [19].

Även i Finland granskas samtliga dödsorsaksintyg av rättsläkare, som också vid behov initierar vidare utredning av dödsfallet [20].

Tidigare har föreslagits en ny »lag om dödsfallsutredning« för ett bättre sammanhållet regelverk vid dödsfallshandläggning i Sverige [6]. En sådan lag skulle enligt förslaget innehålla samtliga bestämmelser som i dag reglerar dödsfallsutredning [1–4] för att tydligare lyfta fram bl a vid vilka dödsfall polis ska kontaktas.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vissa åtgärder inom hälso- och sjukvården vid dödsfall. SOSFS 1196:29.
2. Begravningslag. SFS 1990:1144.
3. Lag om obduktion m m. SFS 1995:832.
4. Rikspolisstyrelsens allmänna råd om åtgärder vid dödsfall som kan ha orsakats av yttre påverkan med mera. RPSFS 2000:14 – FAP 414-1.
5. Dödsorsaker 2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010. Artikelnr 2010-4-31.
6. Rammer L. Kvalitetsarbete inom svensk rättsmedicin i en internationell jämförelse. Stockholm: Rättsmedicinalverket; 2011. RMV-rapport 2011:2.
7. Hasselqvist D, Rammer L. Criminal death detected at forensic autopsy. Nordisk Rettsmedisin. 2003;172:9-11.
8. BRÅ (National Council for Crime Prevention), National Research Institute of Legal Policy, Universiteit Leiden. Homicide in Finland, the Netherlands and Sweden. A first study on the European homicide monitor data. Research report 2011:15/Sweden.
9. Finnberg A, Junuzovic M, Eriksson A, et al. Homicide by poisoning. Am J Forensic Med Pathol. 2013;34:38-42.
10. Rammer L, Gustavsson E, Forsberg M, et al. Bristar i handläggningen av dödsfall utanför sjukhus. Läkartidningen. 1997; 94:4759-63.
11. Remiss avseende förslag till reviderade föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiserings-tjänstgöring – inklusive målbeskrivningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. Dnr 4.1.1-27795/2014.
12. Blankett Dödsbevis. Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/Blankett-sosfs-2013-4-bilaga3.pdf>
13. Blankett Dödsorsaksintyg. Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/Blankett-sosfs-2013-4-bilaga4.pdf>
14. Johansson LA, Björkenstam C, Westerling R. Unexplained differences between hospital and mortality data indicated mistakes in death certification: an investigation of 1,094 deaths in Sweden during 1995. J Clin Epidemiol. 2009;62:1202-09.
15. Shojania KG, Burton EC, McDonald KM, et al. Changes in rates of autopsy-detected diagnostic errors over time – a systematic review. JAMA. 2003;289:2849-56.
16. Roulson J, Benbow EW, Hasleton PS. Discrepancies between clinical and autopsy diagnosis and the value of post mortem histology; a meta-analysis and review. Histopathology. 2005;47:551-9.
17. Krey J. Kunskap om hur vi dör blir sämre. Tema: Döden. Dagens Medicin. 2014;1-3:13.
18. Ågren G, Theorell T, Hogstedt C, et al. Allvarligt slarv med statistik kring dödsfall. Svenska Dagbladet. SvD Opinion. 22 okt 2012.
19. Tatsumi K, Shapiro S, Bundock E. Death certificate surveillance: a component of death investigation. Academic Forensic Pathology. 2013;3:99-104.
20. Förordning om utredande av dödsorsak 21.12.1973/948. <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajanta-sa/1973/19730948>

■ SUMMARY

In 2008 only 55 % of all deaths not deemed to be natural in Sweden underwent a medicolegal autopsy. In the present study we describe and compare the characteristics of unnatural deaths in three counties through review of death certificates for unnatural deaths and, when applicable, corresponding police reports. The majority of unnatural deaths that were not reported to the police were among elderly decedents, with the deaths most often resulting from a fall-related fracture or head injury. One subgroup among these deaths that were not recognized as reportable by the involved physician, estimated by extrapolation to a total of approximately 300 annually, nationwide, was considered to be at elevated risk for a criminal death (homicide). The causes of death in this group were due to, for example, high energy or sharp force trauma, gunshot injury, asphyxia, and drug and/or alcohol intoxication. We conclude that additional training in the handling of unnatural deaths is indicated for Swedish physicians.