

«Man må regne med å dø når man
er over 60 år»

*En KLoK-oppgave om utfylling av dødsattest
og unaturlige dødsfall*

Tarjei Tørre Asprusten, Gurminder Kaur Bains, Marius
Bergsmark Bjertness, Steffen Marthinsen, Julie Haugen
Nordby og Astrid Rosenberg



Prosjektoppgave i Kunnskapshåndtering, ledelse og
kvalitetsforbedring ved Det medisinske fakultet.

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2015

© Tarjei Tørre Asprutsen, Gurminder Kaur Bains, Marius Bergsmark Bjertness, Steffen Marthinsen, Julie Haugen Nordby og Astrid Rosenberg

År 2015

Tittel «Man må regne med å dø når man er over 60 år»

Forfatter Tarjei Tørre Asprusten, Gurminder Kaur Bains, Marius Bergsmark Bjertness, Steffen Marthinsen, Julie Haugen Nordby og Astrid Rosenberg

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Gruppen har valgt utfylling av Legeerklæring om dødsfall/Melding om unaturlig dødsfall (dødsattest) som tema i denne prosjektoppgaven, nærmere bestemt delen som omhandler registrering og melding av unaturlige dødsfall. Problemstillingen lyder som følger: *Hvordan endre dødsattesten for å forbedre registrering ,og melding til politiet, av unaturlige dødsfall?*

Kunnskapsgrunnlaget for oppgaven baseres i stor grad på det norske lovverket, i tillegg også publiserte forskningsresultater fra Akershus Universitetssykehus (Ahus).

Kvalitetsforbedringsprosjektet finner sted på Ahus og skal gjennomføres ved å gjøre endringer i dødsattestskjemaet i DIPS. Gruppen planlegger å benytte seg av en resultatindikator der man sammenligner andel unaturlige dødsfall som blir registrert og meldt til politiet før og etter prosjektperioden. Vi vurderer vårt tiltak til å være gjennomførbart. Hvis tiltaket fungerer på Ahus, bør det også innføres på nasjonalt plan.

Forord

Gruppen retter en stor takk til førsteamanuensis Glenny Cecilie Alfsen ved patologisk avdeling på Akershus Universitetssykehus, og overlege Christian Lycke Ellingsen ved Dødsårsaksregisteret. Dette for deres bidrag med kunnskap og veiledning gjennom hele oppgaveperioden.

Innholdsfortegnelse

1 Tema/problemstilling	6
1.1 Bakgrunn for oppgaven	6
1.2 Problemstilling.....	7
1.3 Dødsattesten i et samfunnsmedisinsk perspektiv	7
2 Kunnskapsgrunnlaget.....	9
2.1 Lover og forskrifter	9
2.2 Dødsårsaksregisteret.....	10
2.3 Forskning	12
3 Dagens praksis, tiltak og indikatorer	14
3.1 Dagens praksis.....	14
3.1.1 Flytskjema og fiskebeinsdiagram.....	15
3.2 Tiltak.....	18
3.3 Kvalitetsindikatorer	19
3.3.1 Generelt om indikatorer	19
3.3.2 Struktur- og prosessindikator	20
3.3.3 Resultatindikator	21
4 Prosess, ledelse og organisering	22
4.1 Ledelse og organisering.....	22
4.2 Strukturering av prosjektet	23
4.3 Motstand	25
4. Motstand mot forankring i organisasjonskulturen:	25
4.4 Innarbeiding av forbedring	26
5 Diskusjon/konklusjon.....	27
Litteraturliste & Vedlegg.....	28

1 Tema/problemstilling

1.1 Bakgrunn for oppgaven

I undervisningen i rettsmedisin på 10. semester lærer studentene hvordan man fyller ut Legeerklæring om dødsfall/Melding om unaturlig dødsfall (heretter kalt dødsattest, vedlegg 1). Når studentene kommer ut i praksis opplever flere at det gjøres mange feil blant leger i hvordan de fyller ut dødsattesten. For eksempel skjer det feil i utfylling av dødsårsak (punkt Ia-c og II) og misoppfattelser om dødsfallet er naturlig eller unaturlig, og dermed meldepliktig til politiet. Dette fører blant annet til feil i registrering av dødsårsak og manglende melding av unaturlige dødsfall.

Oppgavens tittel stammer fra en historie fra virkeligheten. En av studentene på gruppen jobbet som forvakt ved medisinsk avdeling på et lokalsykehus. Stansalarmen går. Det er ventet en luftambulans med en tidligere hjertefrisk person som er blitt funnet livløs på tunet utenfor sitt eget hjem. Det forsøkes hjerte-lunge-redning, dessverre uten nytte. Pasienten dør. Det er forvaktens oppgave å fylle ut dødsattesten. Siden studenten akkurat har lært om unaturlige dødsfall og meldeplikt, spør forvakten bakvakten om man ikke skal ringe politiet og melde et plutselig og uventet dødsfall. Bakvakten svarer at «man må regne med å dø når man er over 60 år» og at dødsfallet derfor er naturlig og ikke meldepliktig.

Frustrasjonen stiger i takt med antall dødsattester som fylles ut. Ved hvert eneste dødsfall får studenten høre de utroligste forklaringer på hvordan attesten skal fylles ut riktig. «Man skal alltid fylle ut punkt Ia, Ib og Ic. For eksempel skal man skrive Ia pneumoni, Ib pneumokokker, Ic vært ute i kaldt vær» og «Man må regne med å dø når man er innlagt på sykehus» er andre sitater fra leger for hvorfor de fyller ut slik de gjør og ikke melder.

Med andre ord er det mange problemer å ta tak i. I denne prosjektoppgaven ønsker vi å sette fokus på riktig utfylling av dødsattester. For å gjøre oppgaven så konkret og spisset som mulig, har vi valgt å ta tak i registrering og melding av unaturlige dødsfall ved Akershus universitetssykehus (heretter kalt Ahus).

1.2 Problemstilling

Hvordan endre dødsattesten for å forbedre registrering, og melding til politiet, av unaturlige dødsfall?

1.3 Dødsattesten i et samfunnsmedisinsk perspektiv

Folkehelsen i Norge er i kontinuerlig endring, og påvirkes av både forebyggende, helsefremmende og kurative tiltak. For å opprettholde og forbedre helsen til befolkningen, er det nødvendig med løpende helseovervåkning for å få kunnskap om hvor man skal sette inn ressurser. Store summer brukes årlig innenfor helse- og omsorgssektoren, og det er viktig at disse forvaltes og brukes hensiktsmessig. I 2013 utgjorde ytelser til folketrygden 369 milliarder kroner og tilskudd til helseforetakene omtrent 111 milliarder kroner (1). Ved hjelp av bl.a. helseundersøkelser, forskningsprosjekter og helseregistre, kan man følge med på utviklingen av risikofaktorer, forekomster av sykdommer og død, og se på hvordan dette varierer i ulike befolkningsgrupper over tid.

Et viktig bidrag til helseovervåkingen i Norge er Dødsårsaksregisteret (se pkt 2.2).

Registeret baserer seg på opplysninger fra dødsattester og er helt avhengig av at disse er riktig utfylt. Dessverre viser det seg at det gjøres mange feil i utfyllingen av attesten (2), og det kan føre til at Dødsårsaksregisterets statistikk ikke er nøyaktig nok eller blir feil (3).

Konsekvensene kan bli at man får usikre anslag over dødsfall av ulike sykdommer og problemer med å følge med på utviklingen av folkehelsen. Dette kan igjen føre til at man ikke iverksetter riktige tiltak for å forhindre og bekjempe sykdom på befolkningsnivå, og det blir vanskelig å forsvare en handling med utgangspunkt i en så usikker statistikk. Vi har som nevnt alternativer til Dødsårsaksregisteret i Norge, som helseundersøkelser og andre helseregistre, men det er i Dødsårsaksregisteret man har samlet opplysninger om de ulike årsakene til dødsfall og utviklingen over tid.

Et annet viktig område, som stadig blir mer aktuelt i helsedebatten, er riktig ressursbruk og prioriteringer. Det har kommet nye, dyre medisiner på markedet som kan hjelpe pasienter med alvorlige sykdommer, men sykehusene strever med å få budsjettene til å gå opp, og man er redd for at andre pasientgrupper blir skadelidende (4). Prioriteringsutvalget publiserte nylig

sin rapport som satte søkelyset på hvordan man skal fordele de begrensede ressursene innen helsevesenet mest mulig rettferdig (5). God oversikt over folkehelsen var et essensielt grunnlag for at utvalget kunne komme med anbefalinger, og her var statistikk fra bl.a. Dødsårsaksregisteret viktig.

Utfyllingen av dødsattesten er viktig også på andre områder, som f.eks. innen rettssikkerhet. Underveis kan legen krysse av om dødsfallet var unaturlig, og er da pliktig til å informere politiet slik at de kan vurdere om det er behov for videre etterforskning. Konsekvensen av å ikke krysse av her når man skal, kan i verste fall bli at et drap ikke blir oppdaget og oppklart.

2 Kunnskapsgrunnlaget

2.1 Lover og forskrifter

Kunnskapsgrunnlaget for korrekt utfylling av dødsattester bygger først og fremst på det norske lovverket. En rekke lover og forskrifter er med på å regulere og veilede de ulike prosessene fra en pasient dør til personen gravlegges eller kremeres. Helsepersonelloven (Hpl) og tilhørende forskrifter (6) er den loven som først og fremst ligger til grunn for at legen skal kunne praktisere sin profesjon på en forsvarlig måte. Hpl §36 lyder som følger:

”Leger skal gi erklæring om dødsfall som de blir kjent med i sin virksomhet. Leger som har gitt legeerklæring om dødsfall, eller som har gitt helsehjelp til en person før vedkommende døde, skal gi kommunelegen nødvendige opplysninger om dødsårsaken. Kommunelegen skal gi opplysningene videre til dødsårsaksregisteret. Er det grunn til å tro at dødsfallet er unaturlig, skal legen underrette politiet i samsvar med forskrift fastsatt av departementet [...]”

Begrepet ”i sin virksomhet” betyr for sykehuslegen i praksis dødsfall som skjer på sykehuset på legens vakt. Hva som regnes som unaturlig dødsfall er videre spesifisert i Forskrift om legers melding til politiet om unaturlig dødsfall §2 (7):

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

Som unaturlig meldes også:

- dødsfall i fengsel eller under sivil eller militær arrest og
- funn av ukjent lik

Samme forskrift , §1, sier at

“[...] Underretningen kan gis personlig eller telefonisk til nærmeste politimyndighet. Slik muntlig melding skal følges av en skriftlig melding på fastsatt skjema. På legens erklæring om dødsfall anmerkes dersom muntlig melding er gitt til politiet.”

Det er politiet som avgjør om saken skal etterforskes nærmere eller henlegges, jmf Påtaleintruksens kap 13 (8). Liket skal ikke flyttes før politiet har gitt eksplisitt tillatelse.

Dersom politiet setter i gang etterforskning, har legen plikt til å gi dem opplysninger som er relevante for saken, jmf Hpl § 24 (6).

Gjeldene lovverk er uttrykt i form av et offentlig dødsattestskjema som leger er pålagt å fylle ut ved dødsfall i deres virksomhet. Denne informasjonen blir så registrert i Dødsårsaksregisteret. §15 i Hpl og *Forskrift om krav til helsepersonells attester, erklæringer o.l.* krever at enhver attest eller erklæring skal være utfylt nøyaktig og objektiv, samt inneholde opplysninger som utsteder bør regne med er av betydning for mottaker (6, 9), noe som i dette tilfellet er Dødsårsaksregistret og evt. Politiet. Dette samsvarer med Ethiske regler for leger, kapitel IV §3 og §4, vedtatt av Den norske legeforening (10). Detaljer rundt aktuelle lover om utfylling er inkludert i dødsattestskjemaet, enten direkte som en egen rubrikk på første siden eller indirekte ved at det er en forklaring på side 2 av skjemaet (vedlegg 1). Dødsattesten samsvarer også med utforming i henhold til anbefalinger fra Verdens Helseorganisasjon (Dødsårsaksregisterforskriftene §2-2) (11, 12). I tillegg finnes det en veiledning for utfylling av dødsattest fra 1982 (vedlegg 2), men dessverre er denne både vanskelig å forstå språkmessig og referer til utdaterte paragrafer i lovverket.

2.2 Dødsårsaksregisteret

Helseregisterlovens §1 belyser at det er behov for adekvat informasjon om helseopplysninger for å fremme helse, forebygge sykdom og skade og gi bedre helse- og omsorgstjenester (13). I dette inngår blant annet Dødsårsaksregisteret.

Dødsårsaksregisteret er organisert som en del av Folkehelseinstituttet. Det inneholder opplysninger om personer som befinner seg i Norge på død tidspunktet, samt opplysninger om personer som er registrert bosatt i Norge, men som dør utenlands. Folkehelseinstituttet publiserer årlig statistikk over dødsårsaker som bygger på opplysningene i registeret. Dødsårsaksregisterets overordnede formål er å følge utviklingen av dødsårsaker over tid. Statistikken brukes som et av verktøyene for å overvåke befolkningshelsen, samt kvalitetssikring av helsetjenester. Samtidig danner statistikken ofte utgangspunktet for videre forskning på ulike sykdommer (14).

Statistikken bygger på nærmere 40 000 mottatte dødsattester per år. I tillegg til dødsattester fylt ut av leger som syner liket, mottar registeret resultater fra medisinske og rettsmedisinske obduksjoner. For å øke kvaliteten på registeret, utføres flere typer kontroller av dødsattestene. Dette består blant annet av purring på manglende dødsattester, som man har oppdaget ved å sammenligne opplysningene i Folkeregisteret med de mottatte dødsattestene (15). Selv etter purring mangler det hvert år omkring 600-700 dødsattester. Det er understreket at gjennom de siste 10 årene gjelder omtrent halvparten av de manglende dødsattestene nordmenn som dør i utlandet, da det er spesielt krevende å innhente disse opplysningene (16).

Konsekvensene av manglende dødsattester er flere. Dødsårsaksregisteret får gjennom dødsattesten opplysninger om det er krysset av for om dødsfallet er unaturlig og videre om det er meldt til politiet. Man kan stille spørsmål om hvor mange av dødsfallene der det mangler dødsattest som skulle vært kategorisert som unaturlige. Videre vet man ikke om disse dødsfallene er meldt til politiet. For de fleste dødsfall mottar registeret dødsattest. Da de blant annet ikke har tilgang til pasientens journal, har de svært begrensede muligheter for å etterprøve om et dødsfall som etter gjeldene lovverk skal meldes som unaturlig faktisk har blitt meldt. På bakgrunn av dette er Dødsårsaksregisteret lite egnet til å bidra til en kvalitetsforbedring når det gjelder melding av unaturlige dødsfall til politiet.

Gruppen har gjennom kontakt med Politidirektoratet gjort forsøk på å få tilgang til statistikk som viser hvor mange dødsfall politiet årlig får meldt som unaturlige, både hva gjelder totalt og fra sykehus. Det finnes noen tall på dette, men disse er ikke systematisert. Dessuten representerer disse tallene hovedsakelig opprettede saker som omhandler mistenkelige dødsfall og dødsfall som følge av sykehusfeil. Det har ikke lyktes gruppen i å få besvart sin lignende henvendelse til Romerike politidistrikt, hvor Ahus sogner til.

Gjennom de siste årene har man sett en tendens til at antallet medisinske obduksjonene går ned, mens antallet rettsmedisinske er stabile. Det er påpekt at nedgangen i antall obduksjoner delvis har sammenheng med økonomi. Samtidig er det diskutert om Obduksjonsforskriften av 2004 (17) har bidratt til denne nedgangen. Dette gjennom at man nå er avhengig av pårørendes samtykke til å gjennomføre en medisinsk obduksjon. En økning i antallet obduksjoner ville bidratt til en mer pålitelig dødsårsaksstatistikk, da opplysninger fra disse alltid sendes til Dødsårsaksregisteret (18). Dessuten kan man anta at en økning i antall

obduksjoner ville bidratt til en oppklaring av omstendighetene rundt flere unaturlige dødsfall, med påfølgende konsekvenser for blant annet rettssikkerhet og kvalitetsforbedring i helsevesenet.

2.3 Forskning

Gruppen har funnet lite relevant forskning på utfylling av dødsattester. Søk i McMaster Plus ga ingen relevante treff. Artikkelen gruppen har sett på er dermed enkeltstudier fra PubMed og Tidsskrift for Den norske legeförening. Dette er ikke optimalt, da vi selv har måttet vurdere kvaliteten på disse studiene. Dette er tidkrevende og gjør at gruppen ikke har kunnet gå systematisk gjennom alle treffene man får ved søk i databasene. Det er altså en risiko for at relevante artikler kan være utelatt. For å få best mulig treff ble søkeordene “death certificate”, “unnatural death” og “wrong matter of death” brukt i Pubmed; mens “dødsattest”, “dødsmelding” og “unaturlig” ble brukt i Tidsskriftet.

Den eneste artikkelen gruppen har kunnet finne som svarer direkte på problemstillingen, er en artikkel fra GC Alfsen et al (2). Her beskrives en studie hvor erfarne patologer i en periode på åtte måneder gikk systematisk gjennom journalen til alle som døde på Ahus og sammenliknet informasjonen herfra med de ferdig utfylte dødsattestene. 62 av totalt 496 dødsfall (12,5 %) ble vurdert av patolog å være mulig unaturlig, men av disse var det kun 32 dødsfall som faktisk var meldt til politiet. Det var altså 30 dødsfall som objektivt sett var å regne som mulig unaturlige, men som likevel ikke var blitt meldt videre. Disse dødsfallene utgjorde en andel på 6 % av alle dødsfallene i perioden og 48 % av de antatt unaturlige. De som ikke ble meldt til politiet var særlig dødsfall som følge av beinbrudd etter fallulykke hos eldre pasienter. Ordningen med at erfarne patologer kvalitetssikrer dødsattesten pågår fortsatt. Det er publisert forskning herfra (19), men der har de ikke sett på om ordningen har ført til at en større andel unaturlige dødsfall meldes til politiet.

Det finnes også internasjonale studier av denne problemstillingen (20-22), men generelt for alle disse er at definisjonen av unaturlige dødsfall varierer. Andelen unaturlige dødsfall som ikke meldes er dermed ikke direkte sammenliknbart med norske forhold.

Vi vurderer dermed den norske studien til å være den mest relevante og samtidig den med høyest metodisk kvalitet, vurdert etter sjekklisten fra Kunnskapssenteret (23). Denne artikkelen viser at bare 52 % av de unaturlige dødsfallene ble meldt til politiet, og det er dermed betydelig rom for forbedring.

3 Dagens praksis, tiltak og indikatorer

3.1 Dagens praksis

Når en pasient dør på Ahus tilkaller sykepleieren en lege for syning av liket (se flytskjema). På dagtid er det visittgående lege som har ansvaret, mens på kvelden og natta er det turnuslegen som tilkalles. Legen som syner liket har plikt til å fylle ut dødsattesten. Den fylles ut i DIPS i en digital kopi av det originale dokumentet. Samtidig må det tas stilling til om dødsfallet er naturlig eller unaturlig. Dødsattestskjemaet gir en påminnelse om hvilke dødsfall som skal regnes som unaturlige. Hvorvidt et dødsfall faktisk meldes til politiet er likevel opp til legen. Hvis legen mener at det er unaturlig, har han/hun ansvaret for å melde dødsfallet til politiet. Dette gjøres ved å ringe 02800 og be om å få snakke med vakthavende politijurist. Politiet avgjør om dødsfallet skal etterforskes og om det skal gjøres en rettslig obduksjon.

Når dødsattesten er ferdig utfylt, skrives den ut av en sekretær, og legen som fylte ut attesten må komme og signere. Begravelsesbyrået kommer og henter den ferdig signerte attesten, og sender den videre til skifteretten. Fra skifteretten går attesten videre til kommunelegen, som igjen sender dødsattesten videre til Dødsårsaksregisteret. Hos Dødsårsaksregisteret blir attesten tolket og dødsårsaken kodet i henhold til ICD-10. Hvis det er noen feil og mangler, kan Dødsårsaksregisteret ta kontakt med legen som fylte ut attesten, og be han/henne om å rette opp feilene. Til slutt blir dødsårsaken registrert.

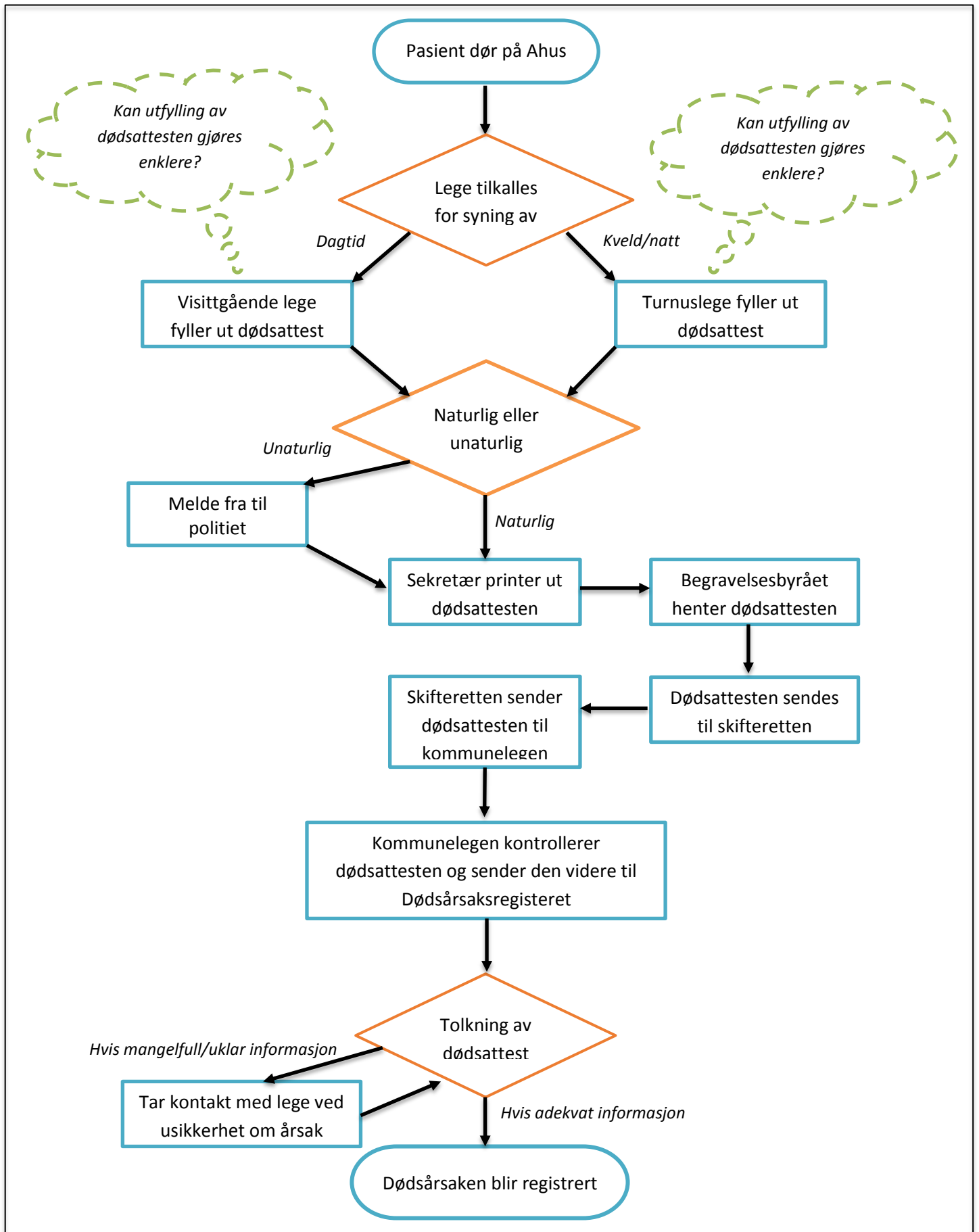
Ved Ahus finnes det i tillegg en ordning hvor patologene går gjennom alle dødsfall som skjedde under innleggelse eller i akuttmottaket, samt utfylte dødsattester, og sammenlikner opplysningene med journalnotater. Om attesten er ulogisk eller feil utfylt, tar patologen kontakt med legen som fylte ut og ber han/hun begrunne hvorfor attesten er fylt ut sånn som den er. Patologen kommer i tillegg med forslag til hvordan attesten kan fylles ut riktig (i deres øyne). Legen velger selv om han/hun vil følge patologens råd. Det er legens endelige utfylling som blir den gjeldende dødsattesten, selv hvis patologen er uenig. Denne ordningen er en videreføring av forskningsprosjektet fra 2008, men er ennå ikke formelt implementert. Denne prosessen er derfor ikke tegnet inn i flytskjemaet.

Hvis det på et senere tidspunkt blir foretatt en obduksjon, fyller patologene ut en ny dødsattest basert på funnene fra obduksjonen. Denne attesten sendes til Dødsårsaksregisteret, og dødsårsaken blir eventuelt korrigert ut i fra opplysninger fra obduksjonen.

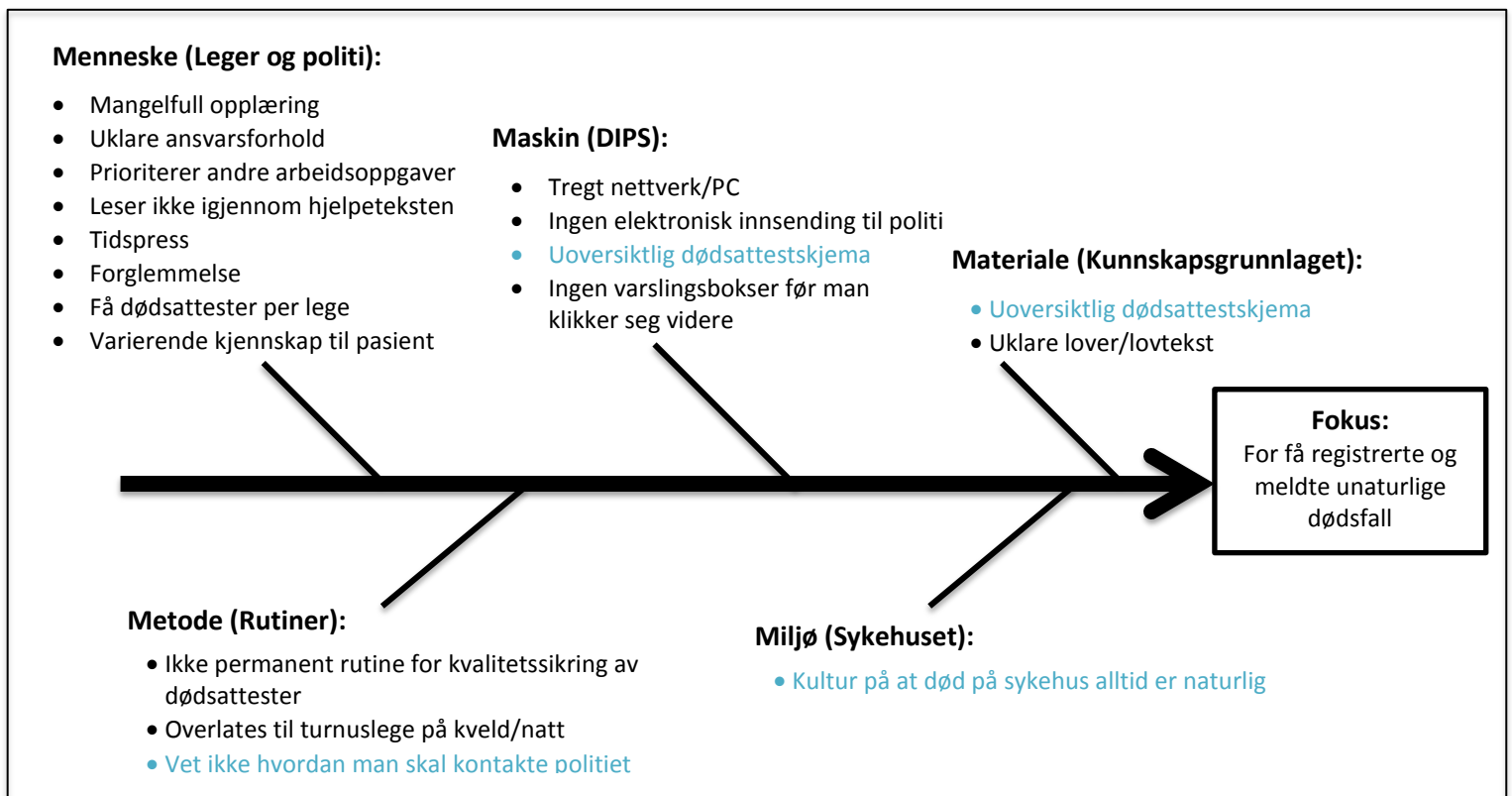
3.1.1 Flytskjema og fiskebeinsdiagram

Kunnskapssenteret og Helsebiblioteket har beskrevet noen nyttige tips til verktøy for kvalitetsforbedring (24). Vi har valgt å bruke flytskjema og fiskebeinsdiagram. Når man skal gjennomføre et forbedringsprosjekt, er det viktig å kartlegge hvor i prosessen det er mulig å gjøre en forbedring. En arbeidsprosess er hele forløpet til en bestemt oppgave, i dette tilfellet fra en pasient dør på Ahus til dødsårsaken blir registrert hos Dødsårsaksregisteret. Man kan tegne et flytskjema for å få oversikten over alle trinnene i en prosess. Flytskjemaet vil kunne avsløre hvilke trinn som fungerer bra eller dårlig, eller om det er overgangen mellom trinnene som er problemet (f.eks. mulige flaskehalser). Med andre ord er flytskjemaet bra til å danne en helhetsforståelse og for å synliggjøre dagens praksis (25).

Et fiskebeinsdiagram kan hjelpe til med å se sammenhengen mellom årsak og virkning. Man ser på ulike mulige årsaker til et problem, og vurderer de ulike faktorenes betydning. Når man lager fiskebeinsdiagrammet, bestemmer man seg for et fokusområde. I vårt tilfelle blir det «for få registrerte og meldte unaturlige dødsfall». Det finnes fem hovedkategorier med årsaker knyttet til dette problemet: menneske, metode, maskin, miljø og materiale. Man identifiserer ulike punkter under de fem hovedkategoriene, og ser hvordan disse har bidratt til problemet. Videre avgjør man hvilke bidragsyttere som har størst betydning eller hvilke man velger å fokusere på i kvalitetsforbedringen. I vårt fiskebeinsdiagram er disse markert med blått (26).



Figur 1: Flytskjema for utfylling av dødsattest



Figur 2: Fiskebeinsdiagrammet identifiserer faktorer som bidrar til at det registreres og meldes for få unaturlige dødsfall. De viktigste faktorene som oppgaven fokuserer på er markert med blått.

3.2 Tiltak

Vi vet at bare rundt halvparten av alle unaturlige dødsfall meldes til politiet (2). En del av løsningen på problemet kan være bedre opplæring i hva som skal regnes som unaturlig dødsfall. Et slikt undervisningsopplegg blir imidlertid for omfattende for denne oppgaven. Gruppen har derfor valgt en annen vinkling, i samråd med dr Alfsen ved patologisk avdeling på Ahus. Alfsen er en av Norges ledende eksperter på området og er enig med gruppen i at selve dødsattesten kan være en del av problemet.

På Ahus er dødsattesten gjort tilgjengelig som en del av journalsystemet DIPS. Her har man imidlertid kun laget en digital kopi av papirutgaven. Det er bred enighet om at dagens dødsattest har en oppbygning som er lite oversiktlig og en språkbruk som kan virke forvirrende (2, 27, 28). Gruppen foreslår derfor et tiltak hvor man endrer strukturen i det digitale skjemaet. Dette vil gi økt fokus på unaturlige dødsfall, og dermed gjøre det enklere å vite når man skal kontakte politiet.

I vårt tiltak drar vi nytte av at legene allerede er vant til å fylle ut dødsattest i DIPS. Det ønsker vi at de skal fortsette med, men i stedet for å få opp en digital kopi av det gamle skjemaet skal de se nye skjermbilder. Måten disse skjermbildene lages på vil gi større oversikt og bedre språk, uten egentlig å endre på selve innholdet i det eksisterende skjemaet. Vårt forslag til nye skjermbilder er presentert i vedlegg 3.

For å gjøre dødsattesten mer oversiktlig ønsker gruppen å dele opp dagens skjema i fire deler. Del 1 er personalia, del 2 er dødsårsak, del 3 handler om unaturlige dødsfall og del 4 er signatur. Vi har i vår oppgave fokusert på unaturlige dødsfall. Selv om det er mye å ta tak i under del 1,2 og 4, har vi kun foreslått endringer i del 3.

Legen som fyller ut skjemaet får kun se relevante skjermbilder. Om man krysser av for naturlig dødsfall, vil man ikke se videre skjermbilder om unaturlige dødsfall. Formålet med å kun se relevante skjermbilder er å få et økt fokus på unaturlige dødsfall. En bieffekt kan være tidsbesparelse. Ved spørsmål om dødsfallet kan være unaturlig er det mulig å trykke på informasjonsbokser som forklarer i mer detalj hva som menes med unaturlige dødsfall.

De ulike kategoriene unaturlige dødsfall i våre skjermbilder er hentet fra forskriften til Helsepersonelloven § 36 (7). I den eksisterende dødsattesten har man til dels valgt en annen inndeling. Ingen gruppen har vært i kontakt med kan gi noe godt svar på hvorfor dagens dødsattest ikke harmonerer med forskriften. Gruppen har derfor valgt å holde seg til forskriften.

Siden denne oppgaven handler om melding til politiet, har gruppen lagt mindre vekt på andre melderutiner som kan inntreffe ved dødsfall. Det er imidlertid en viss overlapp når det gjelder unaturlige dødsfall i kategorien “feil, forsømmelse eller uhell ved medisinsk undersøkelse eller behandling”. Her skal politiet varsles som vanlig, men i tillegg skal Kunnskapscenteret eller Statens helsetilsyn få melding, jfr hhv Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 og § 3-3a (29). Dette meldingssystemet faller utenfor rammene av denne oppgaven, men vi har i tiltaket laget et eget skjermbilde for denne typen dødsfall. Her blir legen bedt om å følge sykehusets retningslinjer.

3.3 Kvalitetsindikatorer

3.3.1 Generelt om indikatorer

Helsetjenester er komplekse prosesser. Multiple variabler interagerer på ulike nivåer, og det er utfordrende å vurdere kvaliteten på tjenestene. Kvalitetsindikatorer er målbare variabler som sier noe om et komplekst fenomen som kan være vanskelig å måle i seg selv (30).

Følgende karakteristikker kan brukes om en ideell kvalitetsindikator (31):

1. Basert på definisjoner man er kommet frem til i enighet, og må være beskrevet inngående.
2. Høy sensitivitet og spesifisitet.
3. God validitet og reliabilitet (måler det den sier den måler, og er reproduserbar).
4. Indikatoren diskriminerer på en god måte.
5. Indikatoren relaterer seg til tydelige hendelser som er gjenkjennelige for brukeren.
6. Muliggjør hensiktsmessig sammenlikning.
7. Indikatoren bør i størst mulig grad være kunnskapsbasert.

Kvalitetsindikatorer deles gjerne inn i tre undergrupper:

- Strukturindikatorer måler forhold som relaterer seg til helsesystemets kapasitet, personalets kompetanse, etc (30).
- Prosessindikatorer gir et inntrykk av i hvilken grad gjeldende praksis er i samsvar med hva som anses som optimal prosedyre.
- Resultatindikatorer kan være intermediaære, eksempelvis blodtrykksmåling for hypertensjonspasienter, men det vanligste er endepunkter som mortalitet, morbiditet, funksjonsstatus osv.

3.3.2 Struktur- og prosessindikator

Personalets kompetanse på utfylling av dødsattester kan tenkes som et utgangspunkt for en strukturindikator. I en travel klinisk hverdag har vi sett det som uaktuelt å gjennomføre obligatoriske prøver for å vurdere dette. Mer gjennomførbart er en rapportering i etterkant av utfylling, hvor det f.eks. blir svart på spørsmålet: «Føler du deg trygg på at du har fylt ut attesten riktig?», hvor man så kan følge eventuelle endringer.

Analysert i lys av de syv karakteristikene av en ideell kvalitetsindikator møter vi raskt problematiske sider ved en slik indikator. Vi har ingen mulighet til å vite noe om sensitivitet, spesifisitet, validitet og reliabilitet, annet enn gjennom teoretiske betraktninger på forhånd. Er det en sammenheng mellom subjektiv oppfattelse av eget kompetansenivå og den reelle situasjonen? Når vi med så lite sikkerhet kan si at indikatoren måler det vi tenker den skal måle er det lite hensiktsmessig å ha den med i prosjektet.

Det optimale vil være hvis alle dødsattester utfylles uten feil, og uten bruk av støtteinformasjon. I vår reviderte dødsattest vil informasjonsbokser være tilgjengelig for hjelp til utfyllingen. Da kan man se for seg indikatorer som baserer seg på tilbakemelding fra DIPS på hvor mye informasjonsboksene er brukt.

Også her møter vi problematiske aspekter knyttet opp mot indikatorenes gyldighet. Har antall klikk på hjelpebokser i DIPS noen sammenheng med faktisk utvikling i kompetansenivå? Et mer grunnleggende spørsmål er hvorvidt det i det hele tatt er hensiktsmessig med en prosessindikator i vårt tilfelle. Endringen vi har beskrevet innebærer en strukturell endring, som rammer alle. Det er ingen valgmuligheter, og den ansvarlige legen plikter å fylle ut

dødsattesten. Dette tatt i betraktning anser vi det som lite nyttig å inkludere en prosessindikator i prosjektet.

3.3.3 Resultatindikator

Vårt prosjekt dreier seg i hovedsak om å forbedre to endepunkter:

1. Andel unaturlige dødsfall som registreres.
2. Andel unaturlige dødsfall som meldes til politiet.

Disse endepunktene er tellbare og gir oss mulighet til å få en god sammenlikning av situasjonen før og etter innføringen av nytt dødsattestskjema, og blir dermed også resultatindikatorer. Som beskrevet tidligere er det i dag patologer ved Ahus som kvalitetssikrer dødsattestene, og blir således faset med tanke på hva som er unaturlige dødsfall. Våre resultatindikatorers gyldighet avhenger da av patologenes kompetanse, og hvorvidt deres vurdering stemmer overens med virkeligheten. Til tross for usikkerheten knyttet rundt det nevnte anser vi indikatorenes validitet, reliabilitet, sensitivitet og spesifisitet som tilfredsstillende. I tillegg relaterer indikatorene seg til en tydelig hendelse.

Totalt sett vurderer vi resultatindikatorene som gode, og disse blir da kvalitetsindikatorene vi bruker i dette prosjektet. Statistikk rundt de aktuelle endepunktene er tilgjengelige tilbake i tid. Det er viktig å vurdere hvorvidt eventuelle endringer i endepunkter skyldes tilfeldigheter eller er faktiske signifikante endringer direkte relatert til kvalitetsforbedringsprosjektet. For å undersøke dette tenker vi å gjøre en tidsserie ved å bruke månedlige registreringer gjennom ett år i forkant av prosjektstart, for så å gjøre månedlige registreringer i prosjektperioden.

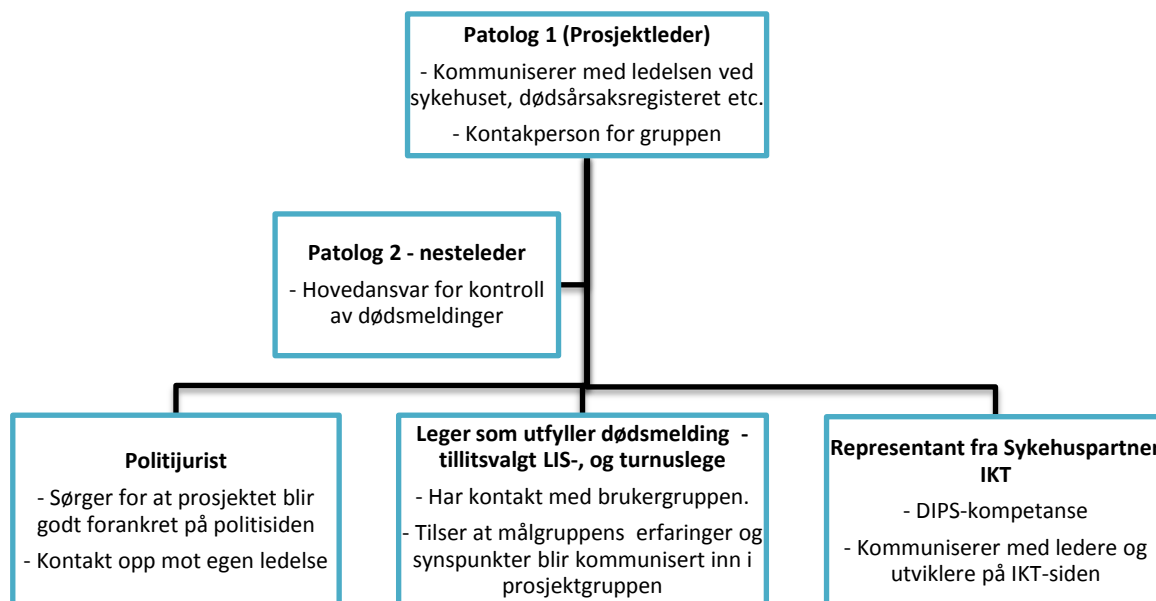
4 Prosess, ledelse og organisering

4.1 Ledelse og organisering

Ved Ahus har det allerede vært gjennomført kvalitetsforbedringsprosjekter i forbindelse med dødsattesten, i hovedsak initiert og ledet av patolog Alfsen. Siden patologene allerede har ledet an i dette arbeidet, og i kraft av sitt arbeid har størst kompetanse på området, er det naturlig at dette prosjektet også har lederrollen forankret her. Det er også hensiktsmessig å opprette en prosjektgruppe, ledet av nevnte patologer, med representanter fra de ulike involverte miljøene:

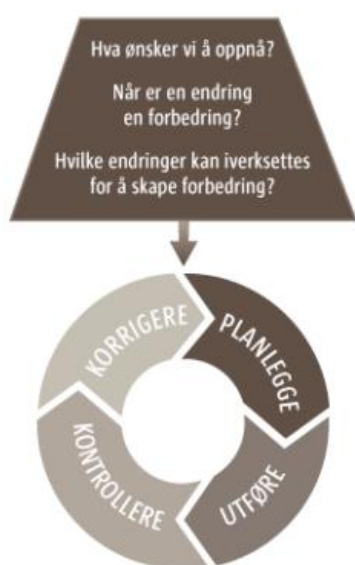
1. Prosjektet innebærer strukturelle endringer i IKT-løsningen, og for å gjøre kommunikasjonen med IT-utviklere enklest mulig ser vi for oss at det bør være en representant fra Sykehuspartener IKT med DIPS-kompetanse i prosjektgruppen.
2. Kvalitetsforbedringsprosjektet vil innebære et økt fokus på melding til politiet. Vi ønsker også økt bevissthet fra politiets side. For å sikre god kommunikasjon mellom sykehus og politi vil det være nyttig å ha en representant fra politiet i prosjektgruppen. Vi ser for oss en at dette vil være en politijurist.
3. For at kvalitetsforbedringsprosjektet skal treffe målgruppen, legene som utfyller dødsattesten, er det vesentlig at disse er representert i prosjektgruppen. Det er høy turnover ved sykehuset på legene som gjør arbeidet med utfyllingene, og for å sikre kontinuitet i gruppen, er det nødvendig med to representanter fra legene som har ansvar for utfylling av dødsattesten. Slik vi ser det vil det naturlige være om de som til enhver tid er tillitsvalgte blant LIS-legene og turnuslegene sitter i prosjektgruppen, da disse allerede har kontakt ut mot disse gruppene, og prosjektet kan således dra nytte av allerede veletablerte kommunikasjonsveier.

En enkel modell for prosjektgruppen kan se slik ut:



Figur 3: Modell for prosjektgruppen

4.2 Strukturering av prosjektet



Figur 4 – Langley og Nolan

Det finnes ulike modeller som kan benyttes som hjelpemidler til å strukturere et kvalitetsforbedringsprosjekt. En av de mest brukte er modellen til Langley og Nolan. Den består av to ulike deler, der den første delen består av tre spørsmål som må besvares (figur 4) (32):

1. Hva ønsker vi å oppnå?

Forbedre registrering, og melding til politiet, av unaturlige dødsfall ved Ahus.

2. Når er en endring en forbedring?

Endringene vi gjennomfører er en forbedring når andelen unaturlige dødsfall, som blir registrert og meldt, øker signifikant.

3. Hvilke endringer kan iverksettes for å skape forbedring?

Det kan skapes forbedringer gjennom digitale endringer i dødsattestskjemaet i DIPS, nærmere bestemt delen som omhandler unaturlige dødsfall og melding til politiet.

Videre består modellen til Langley og Nolan av PUKK-sirkelen (Planlegge, Utføre, Kontrollere, Korrigere). Det er ofte behov for å gjennomføre stegene i PUKK-sirkelen i flere runder (32). I tabellen nedenfor er de to første rundene i PUKK-sirkelen i dette kvalitetsforbedringsprosjektet fremstilt.

Runde	1	2
Planlegge	<ul style="list-style-type: none"> • Kartlegge situasjonen før oppstart av prosjektet: Gjennomgang av dødsfall av patolog ved Ahus. • Avdekket mangler og dermed behovet for endring. • Sette mål for prosjektet. • Opprette en styringsgruppe, sikre at den har nok kunnskap. • Sikre nok ressurser for gjennomføring. • Legge frem forslaget til endring for styringsgruppen, evt. gjøre endringer de finner nødvendig. • Planlegge tidsperspektivet: Pilot: ca 1 uke. 	<ul style="list-style-type: none"> • Innlemme de nye endringene i skjemaet. • Planlegge tidsperspektivet: Prosjektet: 12 mnd, da unaturlige dødsfall er relativt sjeldne.
Utføre	<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomføre pilot av det endelige prosjektet på en testgruppe. 	<ul style="list-style-type: none"> • Endringene i skjemaet omfatter alle brukere av DIPS ved Ahus.
Kontrollere	<ul style="list-style-type: none"> • Tekniske utfordringer i DIPS. • Styringsgruppen får tilbakemeldinger av testgruppen på hvordan skjemaet fungerte, og forslag til evt. endringer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dødsmeldingene kontrolleres av patologer ved Ahus gjennom den beskrevne ordningen. • Sammenligne før og etter innføring av prosjektet ved hjelp av tidsserie (bruker eldre tall + 1 år etter innføring).
Korrigere	<ul style="list-style-type: none"> • Tekniske feil i DIPS. • Endringer i skjemaet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Etablere vellykkede endringer. • Evt. ytterligere endringer i skjemaet. Gjennomføre ny runde i PUKK-sirkelen.

Tabell 2: PUKK – sirkelen

4.3 Motstand

Det kan tenkes at det vil være flere utfordringer ved å planlegge og gjennomføre de nye endringen i dødsattestskjemaet som gruppen har utarbeidet. Vi antar at motstanden mot å implementere det nye skjemaet i DIPS kan oppstå på flere steder under prosessen:

- 1. Ikke tilstrekkelig erkjennelse av at en endring er nødvendig:** Det kan tenkes at sykehusledelsen og leger ikke ser viktigheten av korrekte utfylte dødsattester. Vi har opplevd at det på en del sykehus råder en kultur om at dødsfall på sykehuset som regel er naturlige og generelt manglende kunnskap om hva som regnes som unaturlig dødsfall. Dette gjør det vanskelig å få gjennomslag for forandringer i eksisterende dødsattestskjema. Men på en annen side har vi, gjennom samtale med patologer på Ahus og Dødsårsaksregisteret, også erfart en entusiasme for prosjektoppgaven vår. Dette kan, sammen med gruppens ideer for forbedringer, bidra til å bygge opp forståelse om endringsbehovet.
- 2. Motstand fra ledelsen:** Det kan antas at det vil være en belastning både tidsmessig og økonomisk å endre på dødsattestskjemaet i DIPS. Spesielt det økonomiske perspektivet kan være et problem da sykehuset fra før har et stramt budsjett.
- 3. Motstand fra legene:** Legene kan ha flere innvendinger mot prosjektet.
 - Leger kan ha motvilje for å sitte i prosjektgruppa som skal gjennomføre endringene: Mange leger vegrer seg for å være med i forbedringsgrupper da det er både tidkrevende og må igjennom mange runder for godkjenning før prosjektet i det hele tatt kan utprøves. Dette kan oppleves som svært frustrerende i en hektisk klinisk hverdag.
 - Legene er godt vant med den tidligere løsningen, og er skeptiske med å prøve noe nytt.
 - Legene er redde for at det skal ta lengre tid å fylle ut skjemaet i en travel klinisk hverdag og kan oppleves som ekstrabelastning.
 - Det kan stilles spørsmål om helsepersonell i enkelte tilfeller unnlater å melde dødsfall som unaturlig fordi tidligere erfaringer med liknende dødsfall ikke har resultert i tiltak fra politiet.
- 4. Motstand mot forankring i organisasjonskulturen:** Ordningen med dobbeltsjekk av utfylte dødsattester bør formelt implementeres i organisasjonen. På denne måten vil

det alltid være en kvalitetssikring av, og føres statistikk over, feil i dødsattester selv etter vår prosjektoppgave er ferdig gjennomført.

4.4 Innarbeiding av forbedring

Siden vi ønsker å videreutvikle det eksisterende skjemaet i DIPS, vil det etter implementeringen umiddelbart bli tatt i bruk ved utfylling av dødsattester.

5 Diskusjon/konklusjon

Formålet med vårt kvalitetsforbedringsprosjekt er å forbedre registrering og melding til politiet av unaturlige dødsfall. Vi har foreslått endringer i DIPS, som vi håper vil føre til økt bevissthet rundt unaturlige dødsfall. Vi anser dette prosjektet som både nyttig og gjennomførbart. For det første vil våre endringer gjøre det enklere for legene å få et bevisst forhold til lovverket rundt unaturlige dødsfall. Dette vil igjen verne om rettsikkerheten i større grad enn til dags dato. For det andre, vil statistikken som føres av Dødsårsaksregisteret være mer pålitelig ettersom legene forhåpentligvis fyller ut dødsattestene mer korrekt. Dette vil også kunne gi en pekepinn på hvor i samfunnet tiltak skal settes inn for å hindre disse dødsfallene. På lang sikt kan disse forebyggende tiltakene gi en økonomisk gevinst, og gi verdifull innsikt i prioriteringsdebatten. Derfor mener vi at kostnadene som kreves for å få dette systemet opp og gå, kan veies opp av gevinstene ved forebyggingsarbeid som indirekte vil avlaste sykehuset for unødvendig medisinsk behandling.

Det at det allerede finnes et system for kvalitetssikring av dødsattester ved Ahus, gjør at de økonomiske kostnadene blir enda mindre. Denne kvalitetssikringen er en naturlig resultatindikator for vårt prosjekt, og vil være et objektivt mål på om våre tiltak har fungert.

En mulig innvending legene kan ha er en oppfatning om at endringene i DIPS er mer til belastning enn til nytte. Vi mener tvert i mot at ved å innføre de nye skjermbildene vil dødsattesten få en mer logisk oppbygning som forhåpentligvis vil redusere feilutfylling og korte ned tidsbruken på dødsattester betraktelig.

Vi vurderer derfor tiltakene våre som høyst sannsynlig effektive i et kost-nytte perspektiv. Om dette pilotprosjektet på Ahus viser gode resultater, mener vi at det bør innføres på nasjonalt nivå.

Litteraturliste & Vedlegg

1. Finansdepartementet. Statens inntekter og utgifter 2013. Available from: <http://www.statsbudsjettet.no/Statsbudsjettet-2013/Satsinger/?pid=28448#hopp>.
2. Alfsen G, Lyckander L, Lindboe A, Svaar H. Kvalitetssikring ved dødsfall i sykehus. Tidsskrift for Den norske legeförening. 2010;130(5):476-9.
3. Reseland S. Dødsårsaksregisteret har for dårlig kvalitet. Tidsskrift for Den norske legeförening. 2009;129(9):894.
4. Holm AL. Krever Høie-garanti for kreftmedisin til 850 000. 2014 03.11.2014. TV2 Nyhetene. Available from: <http://www.tv2.no/a/6169973>.
5. Norheim OF. Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten : utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 21. juni 2013 : avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 12. november 2014. 2014. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning Norges offentlige utredninger (tidsskrift : online).
6. Lovdata. Helsepersonelloven: Helse- og omsorgsdepartementet; 1999 [cited 2015 13.04]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>.
7. Lovdata. Forskrift om melding av unaturlige dødsfall: Helse- og omsorgsdepartementet; 2000 [cited 2015 13.04]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1378>.
8. Lovdata. Påtaleinstruksen: Helse- og omsorgsdepartementet; 1985 [cited 2015 28.04]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1985-06-28-1679?q=p%C3%A5taleinstruksen>.
9. Lovdata. Forskrift om krav til helsepersonells attester: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008 [cited 2015 28.04]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-12-18-1486?q=forskrift+om+krav+til+helsepersonells>.
10. legeförening Dn. Etiske regler for leger 1961 [cited 2015 28.04]. Available from: <http://legeforeningen.no/Om-Legeföreningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/etiske-regler-for-leger/>.
11. Lovdata. Dødsårsaksregisterforskriften: Helse- og omsorgsdepartementet; 2001 [cited 2015 13.04]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-12-21-1476?q=d%C3%B8ds%C3%A5rsaksregister>.
12. WHO. Medical certification of cause of death: Geneva: World Health Organization; 1979. Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/40557>.
13. Lovdata. Helseregisterloven - Kapittel 1. Generelle bestemmelser 2014 Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-43?q=helseregisterloven>.
14. Folkehelseinstituttet. Dødsårsaksregisteret -registeret vi alle havner i. 2015. Available from: <http://www.fhi.no/artikler/?id=101085>.
15. Folkehelseinstituttet. Legemeldinger om dødsfall er grunnlaget for dødsårsaksstatistikken. 2012. Available from: <http://www.fhi.no/artikler/?id=99092>.
16. Folkehelseinstituttet. Mangler 1491 dødsmeldinger, oppdatert dødsårsaksstatistikk publiseres i 2015. 2015. Available from: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113368>.
17. Lovdata. Forskrift om obduksjon: Helse- og omsorgsdepartementet; [cited 2015 13.04]. Available from: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2004-03-19-542?q=obduksjonsforskriften#KAPITTEL_5.
18. Rogde S. Hvor pålitelig er dødsårsaksstatistikken? Tidsskr Nor Legefören 2009;10:129.

19. Alfsen GC, Lyckander LG. Does quality control of death certificates in hospitals have an impact on cause of death statistics? Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raeke. 2013;133(7):750-5.
20. Ostrom M, Ahlm K, Eriksson A. [Inadequate management of unnatural deaths]. Lakartidningen. 2001;98(9):955-9.
21. Pritt BS, Hardin NJ, Richmond JA, Shapiro SL. Death certification errors at an academic institution. Archives of pathology & laboratory medicine. 2005;129(11):1476-9.
22. Germerott T, Todt M, Bode-Janisch S, Albrecht K, Breitmeier D. [Post-mortem examination prior to cremation--an instrument to verify the quality of medical post-mortems and uncover non-natural deaths?]. Archiv fur Kriminologie. 2012;230(1-2):13-23.
23. Kunnskapssenteret. Sjekklister for vurdering av forskningsartikler 2014 [cited 2015 20.04]. Available from: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>.
24. Helsebiblioteket. Kvalitetsforbedring - Metoder og verktøy [cited 2015 24.04]. Available from: <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verkt%C3%B8y/alle-verkt%C3%B8y>.
25. Kongsmo T. Flytskjema: Helsebiblioteket; 2010 [cited 2015 24.04]. Available from: <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/slik-kommer-du-i-gang/verkt%C3%B8y/flytskjema>.
26. Brudvik M. Fiskebeinsdiagram: Helsebiblioteket; 2010 [cited 2015 24.04]. Available from: <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/slik-kommer-du-i-gang/verkt%C3%B8y/fiskebeinsdiagram>.
27. Lønberg NC. Ny dødsattest. Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raeke. 2001;121(25):2995-6.
28. Svare A. Trenger vi virkelig flere obduksjoner? Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raeke. 2010;130(7):756-8.
29. Lovdata. Spesialisthelsetjenesteloven: Helse- og omsorgsdepartementet; 1999 [cited 2015 29.04]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>.
30. Rygh LH, Morland B. Jakten på de gode kvalitetsindikatorene. Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raeke. 2006;126(21):2822-5.
31. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua. 2003;15(6):523-30.
32. Kunnskapssenteret. Modell for forbedring- Langley/ Nolan. . Available from: http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder_verktoy/Andre_metoder/Modell_for_forbedring_-_Langley_Nolan.

Vedlegg

Vedlegg 1 – Legeerklæring om dødsfall/melding om unaturlig dødsfall

Vedlegg 2 - Veiledning for utfylling av dødsattest fra 1982

Vedlegg 3 – Forslag til endring i DIPS