



Har vi råd til å obdusere?

REDAKSJONELT

HAUGEN OA

Obduksjonsfrekvensen i Norge har i flere år vist en stadig synkende tendens. I 1987 var obduksjonsraten 19,5%, mens den i 1995 var sunket til 12,9% (Den norske patologforening, personlig meddelelse). Utviklingen har fulgt det samme mønster som i USA, Storbritannia og i Skandinavia for øvrig (1, 2). Patologer og rettsmedisinere har lenge pekt på at dette vil få langsiktige negative konsekvenser for påliteligheten av dødsårsaksstatistikken, medisinsk kvalitetssikring, undervisning og forskning, spesialistutdanningen og rettsikkerheten (3).

I dette nummer av Tidsskriftet reises spørsmålet om vi kan stole på dødsårsaksstatistikken med den lave obduksjonsfrekvens vi har i dag (4). Dødsårsaksstatistikken blir mer og mer basert på kliniske funn og validering av dødsårsakene vil derfor bli langt vanskeligere og kreve økte ressurser.

Sammenlikning av dødsårsaker basert på klinisk informasjon og obduksjonsdiagnose, har vist til dels betydelige uoverensstemmelser med 5-54% (2). Analyse av 222 obduksjoner ved Regionsykehuset i Trondheim, viste at i 12% av tilfellene var den underliggende dødsårsaken ikke klinisk diagnostisert eller mistenkt. I seks tilfeller ville dette også ha hatt behandlingsmessige konsekvenser (5). En stor retrospektiv undersøkelse ved Haukeland Sykehus med over 20000 obduksjoner kom også til et liknende resultat (6). Det synes ikke å ha vært noen vesentlig endring i graden av uoverensstemmelser til tross for alle medisinske fremskritt de siste 80 årene (2). Med en obduksjonsfrekvens på 10% må 25-30% av dødsattestene fra sykehus ansees for å være feil (7). Ved dødsfall utenfor sykehus vil feilen trolig være større.

Andre undersøkelser har vist at uventede funn ved obduksjon var hyppigst i de grupper hvor obduksjonen var lavt prioritert (8). Ved Rigshospitalet i København fant man vesentlige uoverensstemmelser mellom kliniske diagnoser og obduksjonsfunn i 40% av tilfellene ved 97 postoperative dødsfall (9). Det er altså fortsatt noe å lære av obduksjonene.

Årsakene til den reduserte obduksjonsvirksomheten er sammensatt. Offentlig debatt om obduksjonspraksis har medført hyppigere nektelse fra pårørende. Dette har særlig vært merkbart i Danmark (7), men spiller trolig også en rolle i Norge selv om det her ikke kreves positivt samtykke til obduksjon. Ved Regionsykehuset i Trondheim blir om lag 10% av alle døde nektet obdusert hvert år. Det svinger litt i takt med den offentlige diskusjon om emnet. Klinikerne har fått større tiltro til egne diagnostiske metoder og ser dermed et mindre behov for obduksjon. Innstramninger i sykehusenes økonomiske rammer og krav til økt innsats på behandlingssiden, har ført til at patologene har redusert antall obduksjoner til fordel for annet arbeid som i tillegg kan være inntektsgivende og bidra til å styrke avdelingenes økonomi. I motsetning til økt klinisk virksomhet, gir flere obduksjoner

ingen bonuseffekt. Det kan heller ikke skjules at det innad i patologlauget ansees mindre prestisjefyllt å utføre obduksjoner enn å drive pasientrettet arbeid, helst med hjelp av de mest sofistikerte metoder. Noe av rekrutteringsproblemene i patologifaget kan også henge sammen med yngre legers ulyst til å starte sin spesialistutdanning på obduksjonssalen.

Har vi råd til å obdusere? De faktiske kostnader per obduksjon kan anslås til ca. 5000 kroner. Totalkostnadene hvert år dreier seg derfor om 25-30 millioner kroner med dagens praksis. I tillegg kommer eventuelle transportkostnader. Arbeidsinnsatsen tilsvarer ca. 15 spesialistårsverk og utgjør omtrent 10% av de årsverkene som disponeres innenfor fagområdet patologi og rettsmedisin. Sett i en større sammenheng er ressursinnsatsen meget beskjeden. Spørsmålet blir derfor heller om vi har råd til å la være å obdusere.

Statens helsetilsyn, Riksadvokaten og Kirke-, undervisnings- og forskningsdepartementet burde se en samlet interesse i å sørge for nødvendige ressurser slik at obduksjonsvirksomheten kunne øke i løpet av de nærmeste årene. Helsemyndighetene har spørsmålet under vurdering og helseministeren har nylig uttrykt vilje til å se nærmere på hvilke tiltak som kan være aktuelle (10).

Olav A. Haugen

LITTERATUR:

1. Nemetz PN, Ludwig J, Kurland LT. Assessing the autopsy. *Am J Pathol* 1987; 128: 362-79.
2. Karwinski B. The significance of autopsy in modern medicine. A study from western Norway. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, Patologisk avdeling, Gades Institutt, 1995.
3. Iversen OH. Fornyelse av obduksjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1990; 110: 1191-2.
4. Håheim LL. Validering av dødsårsaker etter alder. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 826-30.
5. Midelfart J, Aase S. Obduksjonens verdi i dagens helsevesen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 1784-5.
6. Karwinski B, Hartveit F. Death certification: increased clinical confidence in diagnosis and lack of interest in confirmation by necropsy is not justified. *J Clin Pathol* 1998; 42: 13-7.
7. Hjorth L, Noer H, Rasmussen KS, Sørensen IM. Obduktionsfrekvensens betydning. *Ugeskr Læger* 1994; 156: 4459-61.
8. Becker C, Jensen NK. Uventede sektionsfunn *Ugeskr Læger* 1986; 148: 3199-202.
9. Jensen OJ, Nielsen AL. Berettigelsen af rutinemæssig obduktion ved postoperativ død. *Ugeskr Læger* 1994; 156: 4456-8.
10. Stortingets spørretime (nr. 4) 19.11.1998.

Publisert: 17. oktober 2018. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no