

Prioritering av sykehusobduksjon

Bakgrunn. Ved dødsfall i sykehus i Norge er det ulike rutiner for begjæring av obduksjon. Ved Sentralsjukehuset i Rogaland er praksis at det fylles ut rekvisisjon til obduksjon ved omtrent alle dødsfall, gradert ved «høy prioritering», «vanlig prioritering» og «lav prioritering». I denne studien så vi på hvem som ble prioritert høyest og hvilke faktorer som hadde betydning for rekvirentens prioritering.

Materiale og metode. Alle obduksjonsbegjæring med unntak av rettsmedisinske og perinatale dødsfall ved Sentralsjukehuset i Rogaland år 2000 ble gjennomgått. Av de 785 avdøde som fylte inklusjonskriteriene, ble 237 obdusert. Det gir en obduksjonsfrekvens på 30,2 %. Av de 785 ble 17 % «høyprioritert», 44 % ble «vanlig prioritert» og 39 % ble «lavprioritert» av rekvirenten.

Resultat og fortolkning. Det var flere høyt prioriterte obduksjoner blant yngre pasienter, pasienter med kort liggetid og pasienter fra intensivavdelinger. Kjønn og tidspunkt for dødsfallet hadde ingen betydning for hvilken prioritering som ble gitt. Obligatorisk vurdering om det er indikasjon for sykehusobduksjon kan bidra til konsekvente rutiner og eventuelt styrke samarbeidet mellom kliniker og patolog.

Rutinene for begjæring av obduksjon er forskjellige i norske sykehus. Ved Sentralsjukehuset i Rogaland er praksis at det fylles ut rekvisisjon til obduksjon ved nesten alle dødsfall. Rekvisisjonsskjemaet inneholder tre prioriteringsgrader som rekvirerende lege tar stilling til: «høy prioritet», «vanlig prioritet» og «lav prioritet». Legen kan også ved å la være å fylle ut skjemaet signalisere at obduksjon ikke har noen klinisk interesse. Dersom de pårørende nekter obduksjon, blir dette også anført på rekvisisjonen. Legen må i tillegg ta stilling til om det er et dødsfall som skal meldes til politiet (1, 2).

Begrunnelsen for en slik praksis er at klinikerne blir tvunget til å vurdere om det er ønskelig med obduksjon. Samtidig gir det patologen en mulighet til å fange opp tilfel-

Torgeir Wergeland Sørbye

dr_torgeir@hotmail.com

Avdeling for kirurgi

Oppland sentralsykehus Lillehammer

2629 Lillehammer

Christian Lycke Ellingsen

Avdeling for patologi

Sentralsjukehuset i Rogaland

4068 Stavanger

Kenneth Dickstein

Universitetet i Bergen

Kardiologisk seksjon

Sentralsjukehuset i Rogaland

4068 Stavanger

Sørbye TW, Ellingsen CL, Dickstein K.

Factors that influence priority when requesting hospital autopsies.

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2787–90

Background. Routines for requesting autopsies in hospitals in Norway differ. At the Central Hospital in Rogaland, physicians usually fill out a form requesting an autopsy when a patient dies. The physician can choose between «high», «ordinary» or «low priority». In this study we investigated which patients were given highest priority and which factors influenced the priority made by the referring physician.

Material and methods. This was a retrospective study. All requests for an autopsy during the year 2000 were reviewed, except forensic medicine cases and perinatal deaths. We included 785 requests in the study. 237 autopsies were performed: an autopsy rate of 30.2%.

Results and interpretation. The requesting physicians considered 17 % «high priority», 44 % «ordinary priority» and 39 % «low priority». Significantly higher priorities were set for those who died young, those who died after a short stay in hospital, and for those who died in intensive care units. Sex and time of death did not influence priorities. The recommendation required on the autopsy request form leads to more appropriate decisions by pathologists and strengthens the relationship between clinicians and pathologists.

ler der det bør gjøres en omprioritering eller der et dødsfall bør meldes til politiet. I utgangspunktet obduserer patologene alltid ved høyt prioriterte rekvisisjoner. Ved «vanlig prioritet» vurderer patologen, basert på informasjon fra journalen i tillegg til kliniske opplysninger fra rekvisisjonsskjemaet, hvorvidt det skal obduseres. Praksis er at det ved «liten/ingen interesse» ikke obduseres

med mindre det kommer frem nye opplysninger som gir grunn for en omprioritering. Forutsetningen for enhver sykehusobduksjon, uansett prioritering fra kliniker, er selv sagt at ikke familien nekter eller at det er andre grunner til at det ikke skal foretas en obduksjon (3).

Det er naturlig at det er flere som blir obdusert i gruppen med høy prioritet, men den nøyaktige fordelingen av gradene er ikke blitt beskrevet. Håheim fant i tall fra dødsårsaksregisteret at sykehusobduksjonsfrekvensen varierte mellom ulike pasientgrupper (4). For eksempel var sannsynligheten for at pasienter som døde av hjerteinfarkt ble obdusert større enn at pasienter som døde av hjerneslag ble. Frekvensen var lavere for kvinner og eldre. I en dansk studie ble det konkludert med at obduksjonsfrekvensen var uavhengig av kjønn, alder eller liggetid og at den var høyere i kirurgisk avdeling (5).

Vi har i denne studien ønsket å kartlegge fordelingen av prioriteringsgradene mot parametrene alder, kjønn, avdeling, tidspunkt for død, ukedag og antall liggedøgn ved siste innleggelse. Vi ville også undersøke forholdet mellom disse faktorene og om pasienten faktisk ble obdusert eller ikke. Det var også naturlig å se om obduksjonsstatistikken fra et større sykehus i Norge er i samsvar med tidligere publiserte undersøkelser.

Materiale og metode

Vi gjorde en retrospektiv kvantitativ studie basert på alle dødsfall ved Sentralsjukehuset i Rogaland i år 2000. Følgende opplysninger er hentet direkte fra rekvisisjonsskjemaene: kjønn, alder, prioriteringsgrad, avdeling, klokkeslett og ukedag for dødsfallet. Informasjon om antall liggedøgn ved siste innleggelse og supplerende opplysninger er hentet fra obduksjonsrapporter og pasientenes journaler.

I 2000 var det registrert 1 162 døde ved patologiavdelingen. Vi ønsket å se på hvilke prioriteringer sykehusleger gjorde, derfor ble rettsmedisinske tilfeller og dødsfall utenfor sykehuset ekskludert. Samtidig valgte vi å ekskludere fosterdød og perinatale dødsfall (inntil fire uker etter fødsel), siden disse utgjør en spesiell gruppe både når det gjelder prioritering og alder. Det ble utført til sammen 115 rettsmedisinske obduksjoner og 305 sykehusobduksjoner, totalt 420 obduksjoner. I 21 tilfeller var det notert at pårøren-

Tabell 1 Prioritering til obduksjon relatert til alder

	Gjennomsnitt (år)	Median (år)	Spredning (år)	Antall (n = 785)	P-verdi
Høy prioritet	71,2	75	< 1–91	132	0,019
Vanlig prioritet	75,0	77	25–98	346	
Lav prioritet	74,6	79	15–101	101	
Obdusert	71,6	76	< 1–91	237	0,0005
Ikke obdusert	75,3	78	15–101	548	
Hele materialet	74,2	77,5	< 1–101	785	

de ikke ønsket obduksjon. I ett tilfelle var det avdøde selv som hadde uttrykt ønske om ikke å bli obdusert.

Dataene er behandlet ved hjelp av dataprogrammet SPSS. Det ble benyttet khikvadrattest for å vurdere prioriteringsgraden mot variablene kjønn, vakt (dagvakt, kveldsvakt, nattevakt), ukedag (hverdag, helg), avdeling og liggetid. Det ble brukt enveis variansanalyse (ANOVA) for å sammenlikne gjennomsnittsalderen i de ulike prioriteringsgruppene og de obduserte og dem som ikke ble obdusert. For enkelte variabler manglet opplysninger i noen tilfeller, slik at totalantallet kan variere noe.

For liggetid ble følgende intervaller valgt: 1–2 døgn, 3–7 døgn, 8–15 døgn og over 15 døgn. Disse ble valgt fordi vi først og fremst ønsket å sammenlikne pasienter med få liggedøgn med pasienter med flere liggedøgn ved siste innleggelse. Kirurgisk avdeling (generell kirurgi, kar/thorax, urologi, mage/tarm og ortopedi) ble sammenliknet med medisinsk avdeling (hjerterovervåkingen, post for kardiologi, lungesykdommer, gastroenterologi, nefrologi, endokrinologi, geriatri,

generell medisin med infeksjonsmedisin og hematologisk avdeling). Intensivavdelingene (intensivavdelingen, akuttmottaket, hjerterovervåkingen og øvrige rekvisisjoner gjort av anestesileger) ble sammenliknet med de øvrige avdelingene. Gynekologisk avdeling, øre-nese-hals-avdeling og nevrologisk avdeling hadde så få dødsfall at det ikke var naturlig å sammenlikne disse med andre avdelinger.

Resultater

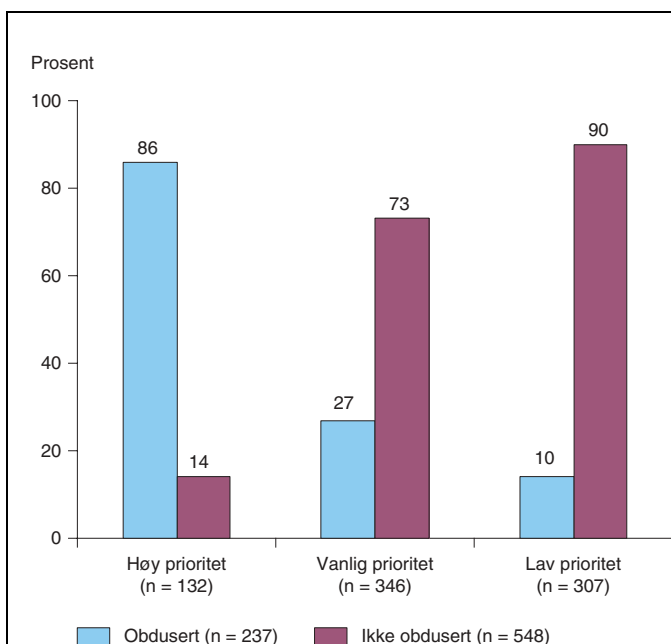
785 avdøde fylte inklusjonskriteriene. Gjennomsnittsalderen var 74,2 år (median 77,5 år). Den yngste var tre måneder, den eldste 101 år (tab 1). Det var 432 menn (55%) og 353 kvinner (45%), med gjennomsnittsalder på henholdsvis 73,4 år og 75,1 år. Av de 785 avdøde ble 237 obdusert. Det gir en obduksjonsfrekvens på 30,2%.

17% ble «høyprioriterte», 44% ble «vanlig prioriterte» og 39% ble «lavprioriterte» av rekvirenten. Av de «høyprioriterte» ble 86% obdusert, av de «vanlig prioriterte» ble 27% obdusert, mens av de «lavprioriterte» ble kun 10% obdusert (fig 1). Av dem som ble

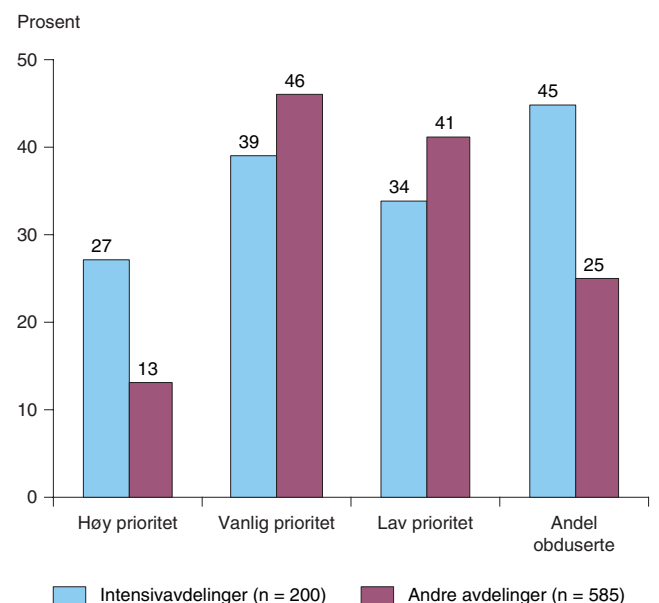
obdusert, var 48% høyt prioritert av rekvirenten. Gjennomsnittsalder for de høyprioriterte var 71,2 år, og henholdsvis 75,0 år og 74,6 år ($p = 0,019$) for pasientene med vanlig og lav prioritet (tab 1). Gjennomsnittsalder for de obduserte var 71,6 år, for de ikke-obduserte 75,3 år ($p < 0,001$) (tab 1). Av menn ble 18% høyprioritert, tilsvarende 15% for kvinner (ikke signifikant). 32% av mennene ble obdusert og 28% av kvinnene (ikke signifikant).

Obduksjoner rekvirert av anestesileger og leger fra hjerterovervåking, intensivavdeling og akuttmottak ($n = 199$) ble høyprioritert i 27% av tilfellene, mot 13% for de andre avdelingene ($n = 584$) ($p < 0,001$). Tilsvarende ser vi at obduksjonsfrekvensen var høyere for pasienter som døde i intensivavdelingene (45%) enn for de andre (25%) (fig 2). I kirurgisk avdeling ble 21% høyprioritert, 16% i medisinsk avdeling. Likevel ble en like stor andel (31% for kirurgisk avdeling og 30% for medisinsk avdeling) obdusert. Høyprioriterte tilfeller på dag-, kvelds- og nattevakt utgjorde henholdsvis 19%, 17% og 16% (ikke signifikant) (fig 3). Obduksjonsfrekvensen viste samme tendens. Både på hverdager ($n = 448$) og i helger ($n = 336$) var det 17% som ble begjært obdusert med «høyprioritet», altså likt uavhengig av hvilken ukedag pasienten døde. Vi så tilsvarende tendens for obduksjonsfrekvensene.

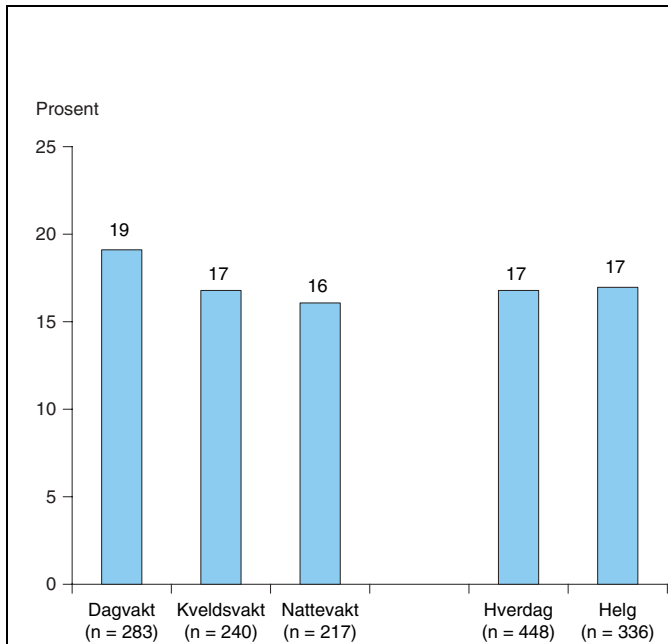
Resultatene fordelte seg rimelig likt på intervallene middels (3–7 døgn), lengre (8–15 døgn) og langt (16–121 døgn) opphold. Ved å slå sammen disse blir fremstillingen enklere (fig 4). Av dem som hadde liggetid på ett til to døgn ($n = 185$) ble 30% høyprioritert, mens bare 13% av dem som hadde liggetid over to døgn ($n = 597$) ble



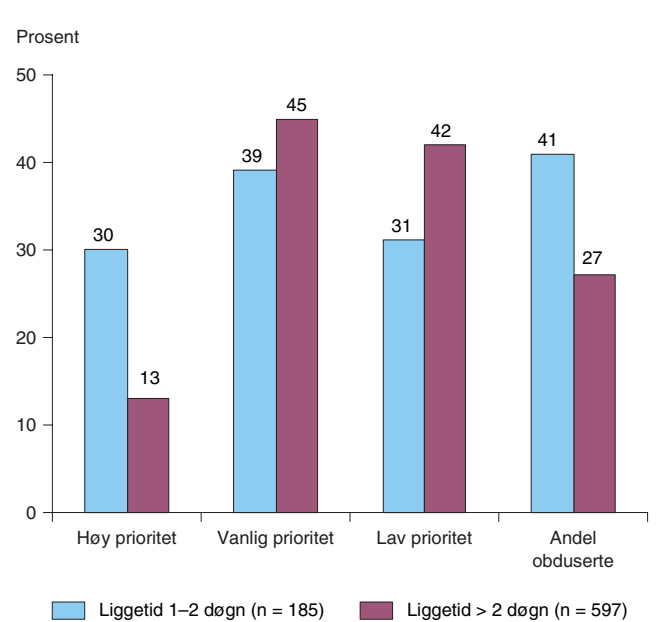
Figur 1 Prioriteringsgrad og obduksjonsfrekvens. Samsvar mellom prioriteringsgrad og andel obduserte



Figur 2 Prioriteringsgrad og andel døde som ble obdusert ved intensivavdelinger i forhold til andre avdelinger



Figur 3 Andel høyprioriterte obduksjoner fordelt på tidspunkt og ukedag



Figur 4 Fordeling av prioriteringsgrader hos pasienter med kort ($n = 185$) og lang ($n = 597$) liggetid og obduksjonsfrekvensene til disse to gruppene

høyprioritert ($p < 0,001$). Obduksjonsfrekvensen var i de to gruppene henholdsvis 41 % og 27 % ($p < 0,001$).

Diskusjon

Denne studien viser at ved Sentralsjukehuset i Rogaland er obduksjonsfrekvensen høyere når det dreier seg om yngre enn om eldre pasienter. Dette er i tråd med det som er kjent fra tidligere undersøkelser (4, 6–8). Det er ingen signifikant forskjell mellom kjønnene når det gjelder prioritering eller obduksjonsfrekvens. Den lille overvekten av høyprioriteringer blant menn kan eventuelt henge sammen med at mennene var yngre.

Obduksjonsfrekvensen for kirurgisk avdeling og medisinsk avdeling var lik (henholdsvis 31 % og 30 %), dette til tross for høyere prioritering for de kirurgiske pasientene (21 %, for de medisinske 16 %, ikke signifikant). Dette kan skyldes at flere leger fra medisinsk avdeling gjorde en revurdering av prioriteringen og etterkraverte obduksjon per telefon. Særlig gjaldt dette pasienter som hadde deltatt i farmakologiske overlevelsesstudier. I en dansk studie med dobbelt så stort materiale fant man at obduksjonshyppigheten var høyere i kirurgisk avdeling enn i medisinsk avdeling (5).

Pasienter som døde i intensivavdelinger ble prioritert høyere av rekvirerende leger enn avdøde fra de øvrige avdelingene. I denne pasientgruppen fantes de som døde i akuttmottaket, under operasjon, i intensivavdelingen og hjerteovervåkingen. Den høyere prioriteringen når det gjelder disse pasientene, kan reflektere plutselige og uventede dødsfall med usikker diagnose. I tillegg til

kirurg eller indremedisiner kan dessuten anestesilegen ha interesse av obduksjon. Det er dessuten nesten rutinemessig obduksjon ved perioperative dødsfall. Mange av pasientene i denne gruppen blir utsatt for invasive prosedyrer, og det er mulig at legene ønsker å få utført en obduksjon for å få avkrefret mulige komplikasjoner til disse. Hjerteovervåkingen ($n = 121$) alene hadde 30 % høyprioriteringer, og 46 % av de avdøde derfra ble obdusert. Høy prioritering for pasienter med kort liggetid kan delvis forklares på samme måte som for dem som rekvireres fra intensivavdelingen. Indikasjonen for obduksjon styrkes når pasienter dør under utredning. I den danske studien hadde ikke liggetiden betydning for obduksjonsfrekvensen (5).

Prioriteringsgradene fordelte seg likt uavhengig av klokkeslett og hvilken dag pasienten døde på. Dette gav en tilsvarende fordeling av obduksjonsfrekvensen. Resultatet gir uttrykk for at legene er konsekvente i prioriteringen uansett dag-, kvelds- eller nattevakt og om de har vakt på hverdag eller helg. Studien har ikke tatt hensyn til om rekvisisjonen var skrevet av turnuslege, assistentlege eller overlege. Slik vaktene er bemannet, er det flere assistentleger på kveldsvakt, nattevakt og i helgene. Den jevne fordelingen gjenspeiler kanskje en viss konsensus om faste og konsekvente rekvisisjonsrutiner. Vi har imidlertid opplevd at rekvisisjoner som er lavt prioritert av vaktstående leger, i ettertid blir prioritert opp av postens faste leger.

Avdeling for patologi, Sentralsjukehuset i Rogaland, har en av landets mest aktive obduksjonsseksjoner. Rutinene for begjæ-

ring av obduksjon ved sykehuset, der alle dødsfall helst skal vurderes for obduksjon, bidrar sannsynligvis til en god dialog mellom kliniker og patolog. Faste rekvisisjonsrutiner kan kanskje bidra til en mer konsekvent praksis ved begjæring av obduksjon, da kliniker blir tvunget til å være mer delaktig i vurderingen av dødsårsaken. Dette gir også anledning til en ekstra vurdering fra patologens side. Hensikten er ikke at det skal foretas obduksjon ved alle dødsfall, men at man skal fange opp de dødsfallene der obduksjon har en reell medisinsk interesse. Noen ganger kan patologen se andre grunner til prioritering av obduksjon enn en kliniker. Dersom patologen ut fra opplysningene på rekvisisjonen får mistanke om at dødsfallet kan være meldepliktig, kan kliniker få tilbakemelding om dette.

Det kan være en diskrepans mellom premortemdiagnose stilt av kliniker og postmortemdiagnose stilt av patolog på 5–54 % (6). I norske studier er det funnet en diskrepans på 12 % (6, 9). Dette understreker at undervisningsverdien av obduksjon er stor.

Ved Sentralsjukehuset i Rogaland foregår det obduksjonsdemonstrasjoner nesten daglig for de kliniske avdelingene. Dette er også med på å stimulere samarbeidet mellom kliniker og patolog. Iversen (10) uttrykte hvor viktig dette samarbeidet var for å holde obduksjonsfrekvensen oppe. Det har i flere år vært en stadig synkende obduksjonsfrekvens både internasjonalt og nasjonalt, og i Norge i dag ligger den på 12 % (6, 9–16). For blant annet å sikre en korrekt dødsårsaksstatistikk er det ønskelig at obduksjonsfrekvensen holdes på 30–40 % (6).

Konklusjon

Det var i dette materialet flere høyt prioriterte obduksjoner blant yngre pasienter, pasienter med kort liggetid og pasienter fra intensiv-/anestesiavdelinger. Den avdødes kjønn og tidspunkt for dødsfallet hadde ingen betydning for hvilken prioritering som ble gitt.

For å forsøke å opprettholde eller øke obduksjonsfrekvensen i Norge kan det være hensiktsmessig å vurdere innføring av obligatorisk vurdering om obduksjon ved flere sykehus.

Litteratur

1. Lov av 2. juli 1999 nr. 62. Lov om helsepersonell. Kap 7, § 36. Melding om dødsfall.
2. Forskrift om leges melding til politiet om unaturlig dødsfall o.l. 2000.12.21 nr. 1378.
3. Lov av 9. februar 1973 nr. 6. Lov om transplantasjon, sykehusobduksjon og avgivelse av lik m.m. Kap II. Sykehusobduksjon § 7.
4. Håheim LL. Validering av dødsårsaker etter alder. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 826–30.
5. Behrendt N, Heegaard S, Fornitz GG. Hospitalobduksjonen – en væsentlig faktor i sykehusenes kvalitetssikring. Ugeskr Læger 1999; 161: 5543–7.
6. Karwinski B. The significance of autopsy in modern medicine. A study from Western Norway. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, 1995.
7. Arroliga AC, Tai DYH, El-Bilbeisi H, Tewari S, Mascha EJ, Wiedemann HP. A study of consecutive autopsies in a medical ICU: a comparison of clinical cause of death and autopsy diagnosis. Chest 2001; 119: 530–6.
8. Cocchi A, Vecchio FM, Pahor M, Antico L, Franceschini G, Farina G et al. Autopsy rate in younger and older hospitalized patients. Eur J Epidemiol 1986; 2: 151–7.
9. Midelfart J, Aase S. Obduksjonens verdi i dagens helsevesen. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1784–5.
10. Iversen OH. Fornyelse av obduksjon. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 1191–2.
11. Haugen O. Har vi råd til å obdusere? Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 780.
12. Fenger C. Obduksjon i år 2000. Ugeskr Læger 2000; 162: 5755–7.
13. Esteban A, Ferenández-Segoviano P. The autopsy as a tool to monitor diagnostic error. Intensive Care Med 1999; 25: 343–4.
14. Gut AL, Ferreira ALA, Montenegro MR. Autopsy: quality assurance in the ICU. Intensive Care Med 1999; 25: 360–3.
15. Smith CJ, Scott SM, Wagner BM. The necessary role of the autopsy in cardiovascular epidemiology. Hum Pathol 1998; 29: 1469–79.
16. Svendsen E. Obduksjon – kvalitetskontroll og kilde til lærdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 509.

○

Å leve med kronisk sykdom

Swanson W, Swanson MD, red

Kroniske smerter

166 s. Oslo: Genesis, 2002. Pris NOK 245
ISBN 82-476-0208-3



Boken anmeldes både av en pasient og av en lege. Den henvender seg til ungdom og voksne med kroniske sykdommer. Den er også godt egnet for familie og venner som vil vite mer om hvordan det er å ha en kronisk sykdom. Dessuten kan boken også

gi enkelte svar på spørsmål det kan være vanskelig å stille som pårørende.

Forfatterens intensjon er å formidle den kunnskap som er opparbeidet ved Mayo-klinikken i USA. Klinikken har drevet årelang forskning på det å forstå og takle kroniske smerter. Et sentralt tema er betydningen av rett informasjon og veiledning, for å kunne leve et bedre liv med en smertesykdom.

Forfatteren har laget en lettfattelig og oversiktlig bok. Innledningsvis beskrives generell kronisk smerte; hvorfor og hvordan disse smertene oppstår og ulike smertetyper. Boken har også en oversikt over ulike sykdommer som gir kronisk smerte, og de sosiale og personlige utfordringene slike sykdommer kan medføre. Forskjellige grupper medisiner i forbindelse med dette blir også kort presentert.

Boken avrundes med konkrete råd man kan følge for å få kontroll over smerten både fysisk og psykisk.

Jeg som lever med kronisk smerte fikk mange svar på ting jeg har lurt på, og kjente meg godt igjen i mange av bokens problemstillinger. Boken gir mange gode råd uten å være belærende. Den gir deg en oppmuntning til å prøve å finne noe som passer akkurat deg. Vi som lever med kroniske smerter er alle forskjellige og opplever smerter og sykdom ulikt. Det er ofte slik at legene forteller deg hvordan du har det og hva som må gjøres. Denne boken kan hjelpe deg til å bli mer selvstendig og bevisst på din egen kropp. Å leve med kroniske smerter er ikke alltid lett og det finnes ingen mirakelkur som kan gjøre deg bedre, men man kan prøve forskjellige hjelpemidler som kan øke livskvaliteten.

Maja Berge
Oslo

Boken henvender seg til dem som lider av kroniske smerter og som ikke får hjelp til tross for gjentatte legebesøk, og pasienter som har forsøkt alt som de fleste kroniske smertepasienter forsøker for å få bukt med smertene. Forfatterne presiserer at smerter kan ha mange årsaker, inkludert følelsesmessige traumer og stress.

Det viktigste med boken er at den gir leseren praktiske og gjennomførbare råd om hvordan de kan forholde seg til smerte. Den tar opp ulike problemstillinger knyttet til atferd og livsstil, som søvnproblemer, depresjon og vanskeligheter på jobben. Forfatterne ønsker å stimulere til økt fysisk aktivitet. De forklarer hvorfor inaktivitet er spesielt lite hensiktsmessig for dem med kroniske smerter, og de gjør det på en ikke moraliserende måte. Men forfatterne vektlegger også viktigheten av å lære å slappe av og hvordan man kan redusere eller kontrollere stress. Balanseringen mellom aktivitet og hvile er vel det som mange med kroniske smerter synes er vanskelig.

I boken settes smerter inn i et større perspektiv, og tar opp temaer som hvordan tanker og følelser påvirker kroppen, den kroniske smertens kretsløp (som bl.a. handler om egenatferd og familieatferd), hvordan ta vare på seg selv og medisinerings.

Selvrespekt og selvtillit påvirker smerteopplevelsen, sinne og glede likedan. Boken gir lettfattelige «oppskrifter» på hvordan man kan gjøre den «indre monologen» mer hensiktsmessig for seg selv, hvordan man kan forholde seg til for eksempel eget sinne slik at det påvirker kroppen best mulig. I det hele tatt er dette en lettfattelig og inspirerende bok som alle som sliter med kroniske smerter vil ha nytte av – og kanskje de som behandler mennesker med kroniske smerter kan få noen tips også.

Liv Haugli

Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings-
og kompetansesenter
Diakonhjemmets sykehus
Oslo