

Både klinikere og patologer må ha et bevisst forhold til når, hvorfor og hvordan obduksjon i sykehus skal utføres

## Obduksjon – kvalitetssikring i siste ledd

Obduksjonen har historisk sett vært knyttet til medisinske fremskritt, særlig innen anatomi og sykdomslære. Et høydepunkt ble nådd på 1800- og 1900-tallet, blant annet ved Allgemeine Krankenhaus i Wien, der patologen Karl Rokitsky selv skal ha utført over 30 000 obduksjoner. William Osler utførte over 800 obduksjoner mens han var i full klinisk aktivitet som indremedisiner i Montreal. Til sammenlikning er spesialistkravet for norske patologer i dag på 200 obduksjoner.

I 1980-årene ble det utført over 6 000 sykehusobduksjoner per år i Norge. Etter 1990 har det vært under 3 000 per år (1). Den nasjonale obduksjonsfrekvensen ligger nå på rundt 12 %, men det er store regionale forskjeller (1, 2). Tendensen er den samme i andre land (3). Årsakene er mange og sammensatte. Molekylærbiologiske og bildediagnostiske fremskritt har økt klinikerens tiltro til den premortale diagnostikken samtidig som patologenes arbeid er endret, slik at obduksjon ikke lenger anses som en kjerneoppgave. Pasienter og pårørende har med rette fått økt medbestemmelse i pasientbehandlingen, og det er ikke lenger mulig å gjøre inngrep på tvers av deres ønsker, verken før eller etter dødens inntreden.

Berget og medarbeidere (4) har i dette nummer av Tidsskriftet sett på antall obduksjoner før og etter innføringen av de nye forskriftene for obduksjon i 2004. Antall obduksjoner avtar fortsatt. Haukeland Universitetssykehus har i norsk sammenheng en relativt høy obduksjonsfrekvens – på rundt 30 %. Den synkende tendensen er urovekkende, ettersom det fortsatt er behov for å kvalitetssikre kliniske diagnoser og dødsårsaker (3). Det synes blant alle typer leger i de fleste land å være stor enighet om at obduksjonen fortsatt er viktig for klinisk medisin (5–8). Til tross for dette fortsetter altså antallet obduksjoner å synke. Kirurger, for eksempel, mener at obduksjon er viktig, men rekviserer obduksjon sjeldnere enn hva oppgitt praksis skulle tilsi (5).

Klinikere og patologer må samarbeide for bedre å forstå hvordan pasienter og publikum oppfatter og forholder seg til dagens obduksjonsvirksomhet. Endringene i forskriftene i 2004 var i samsvar med utviklingen i andre land. Pårørendes aksept av obduksjon henger sammen med hvordan, av hvem, når, og under hvilke omstendigheter en forespørsel formidles. Avgjørende vil være om kliniker selv oppfatter obduksjonen som nødvendig eller ønskelig. Vi mener at det at man ikke ber pårørende om tillatelse til obduksjon, har større betydning for den lave obduksjonsraten enn at de pårørende nekter. Religion oppgis sjelden som årsak til å nekte obduksjon – langt vanligere er «sekulære» begrunnelser som kultur, følelser, mutileringsfrykt («la avdøde være i fred»), eller man er usikker på nytten av obduksjonen (3).

Moderne diagnostisk utstyr har ikke fjernet behovet for postmortale undersøkelser. Klinisk viktige diagnoser oppdages fortsatt først ved obduksjon, hvorav flere sannsynligvis hadde gitt endret behandlingsvalg dersom de hadde vært kjent tidligere (8). Lungeemboli, rumpert aortaneurisme, hjerteinfarkt, tarmiskemi, pankreatitt og uoppdaget malign sykdom er eksempler på dette. Bildeteknologiske undersøkelser og minimal invasiv tilgang er forsøkt som alternative obduksjonstilnærminger, gjerne omtalt som virtuelle obduksjoner og biopsiobduksjoner, uten at dette til nå har fått stor innpass (3).

Noe av nedgangen i antall obduksjoner kan tilskrives patologenes holdninger (3, 6, 7). Med økende subspecialisering innen histologi, cytologi og molekylærpatologi kan obduksjonen lett bli nedprioritert som en ubehagelig, tidkrevende og uviktig prosedyre. Obduksjonen blir av sekundær betydning i forhold til andre oppgaver og overlates til leger i utdanningsstilling. Ufullstendige, mangelfulle og/eller forsinkede obduksjonsrapporter med manglende vektlegging av den kliniske problemstillingen kan gi kliniker en følelse av at en obduksjon ikke betyr så mye, noe som kan påvirke rekvisisjonshyppigheten.

Berget og medarbeidere viser at svartiden gikk ned ved å legge om avdelingens rutiner, men at endringen opphørte etter prosjektperioden (4). Forbedring gjennom enkle endringer er mulig, men noen må ta initiativet og drive endringene igjennom. Obduksjon krever en multidisiplinær tilnærming. Patologene må gjøre sitt ved å tilpasse prosedyren for at den i størst mulig grad besvarer klinikerens spørsmål. Der det er indisert, må spesialiserte disseksjonsteknikker benyttes, og funnene må samordnes med resultater fra radiologiske, mikrobiologiske, biokjemiske og molekylærbiologiske undersøkelser. Førstehåndserfaring er viktig for både patologer og klinikere – direkte egen erfaring korrelerer med hvilken betydning man tillegger obduksjonen (6). Kliniske avdelinger må ha et bevisst forhold til når, hvorfor og hvordan obduksjon skal utføres, og resultatene må tas med i det systematiske kvalitetssikringsarbeidet ved et sykehus. Det er vanskelig å angi et minimumstall for antall obduksjoner. Av hensyn til kvalitetskontrollen burde det kanskje utføres obduksjon ved minst en tidel av alle dødsfall – i tillegg til de dødsfall der det er usikkerhet omkring den kliniske diagnosen. Fortsatt er det slik at en del obduksjoner må utføres for å bli «sikker» på dødsårsaken – obduksjonen er rett og slett kvalitetssikring i siste ledd.

**Kjetil Søreide**  
ksoreide@mac.com

**Christian Lycke Ellingsen**  
elch@sus.no

*Kjetil Søreide (f. 1977) har vært stipendiat ved Avdeling for patologi, Stavanger universitetssykehus, der han nå er lege ved Kirurgisk-ortopedisk klinikk. Han er dessuten medisinsk redaktør i Tidsskriftet.*

*Christian Lycke Ellingsen (f. 1967) er overlege ved Avdeling for patologi ved samme sykehus. Han har særlig interesse for obduksjonspatologi og rettsmedisin og er faglig medarbeider i Tidsskriftet.*

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

### Litteratur

- Den norske patologforening. [www.legeforeningen.no/index.gan?id=51749](http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=51749) (23.7.2007).
- Sundar T. Sykehusobduksjon – sterk tradisjon under press. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2746–9.
- Burton JL, Underwood J. Clinical, educational, and epidemiological value of autopsy. Lancet 2007; 369: 1471–80.
- Berget E, Ramnefjell M, Svendsen EB et al. Færre sykehusobduksjoner – lang svartid. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2800–2.
- Stiven PN, Frampton CM, Lewis DR. Use of autopsy in general surgery: a comparison of practice and opinion. ANZ J Surg 2007; 77: 722–6.
- Hooper JE, Geller SA. Relevance of the autopsy as a medical tool: a large database of physician attitudes. Arch Pathol Lab Med 2007; 131: 268–74.
- Hull MJ, Nazarian RM, Wheeler AE et al. Resident physician opinions on autopsy importance and procurement. Hum Pathol 2007; 38: 342–50.
- Aalten CM, Samson MM, Jansen PA. Diagnostic errors; the need to have autopsies. Neth J Med 2006; 64: 186–90.