

Innlegg på inntil 400 ord lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/tidsskriftet>. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Forfattere av vitenskapelige artikler har automatisk tilsvaretsrett (jf. Vancouver-gruppens regler).

Heller flere enn færre obduksjoner

Vi har med interesse lest Anders Svares kronikk om obduksjoner i Tidsskriftet nr. 7/2010 (1). Selv om obduksjonen historisk har hatt enorm innflytelse for utvikling av medisinsk kunnskap, betyr ikke det automatisk at den fortsatt har samme betydning. Det er heller ikke gitt hva som er en optimal obduksjonsfrekvens. Det kommer an på hva man ønsker å oppnå med obduksjonene.



Obduksjonens formål er å avdekke til grunnliggende dødsårsak samt skader og sykdomstilstander som kan ha bidratt til dødens inntreden. Et annet formål er å *utelukke* skade og sykdom, f.eks. mistenkte behandlingskomplikasjoner. Etter en adekvat utført obduksjon vil man ofte ha bedre grunnlag for en korrekt dødsårsaksanalyse, men som for andre diagnostiske prosedyrer er sensitiviteten og spesifisiteten under 100%.

Etter vår mening er obduksjonen viktig både for den avdødes familie, for helsevesenet og for samfunnet. For mange vil det være utilfredsstillende ikke å vite hva en nær slektning døde av. Noen ganger kan det også være spørsmål om familiære sykdomsdisposisjoner eller kanskje erstatning etter en yrkessykdom. Andre ganger kan familien være kritisk til hva slags diagnostikk og behandling som er gitt.

For helsevesenet bør obduksjonsfrekvensen være høy, fordi dette er den siste mulige kvalitetskontroll av diagnostikk og behandling. Vi erfarer stadig hvordan møtet mellom obdusent og kliniker gir ny innsikt og læring som bidrar til redusert skråsikkerhet. Obduksjonssalen er derfor en viktig arena for utdanning og etterutdanning av leger.

Hvis man ønsker å bruke obduksjonsresultatene for å overvåke kvaliteten av helsevesenet (eller et sykehus) på en systematisk måte, kan man enten foreta tilfeldig utvelgelse til obduksjon (stikkprøver) eller rekvirere obduksjon ved definerte kliniske diagnoser. Her er det forbedringspotensial!

Dødsårsaksregisteret er egnet til å se

regionale variasjoner i sykdomsspesifikk dødelighet og til å studere endringer i dødelighetstrender. Dette er viktig både for generell helseovervåking og for å gi svar på om ulike helsetiltak har hatt effekt på dødeligheten (f.eks. om mammografi-screeningen gir en forventet 30% nedgang i brystkreftdødeligheten). Kvaliteten på Dødsårsaksregisteret bestemmes av kvaliteten på dødsmeldingene fra klinikerne og obduksjonsrapportene fra patologene. Det er beklagelig hvis Svare har rett i at kvaliteten på dødsmeldingene synker fordi utfylling av dødsmelding i økende grad nedprioriteres i en travelt klinisk hverdag. Men hvis han har rett, bør vel konklusjonen være at det bør foretas flere – og ikke færre – obduksjoner?

Christian Lycke Ellingsen

Stavanger universitetssykehus

Jan Mæhlen

Oslo universitetssykehus

Litteratur

1. Svare A. Trenger vi virkelig flere obduksjoner? Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 756–8.

Ja, vi trenger flere obduksjoner!

Men først må vi patologer skjerpe oss, vi som har mishandlet denne siste legeundersøkelsen på en måte som gjør at Anders Svare i sin kronikk i Tidsskriftet tror at sykehusobduksjoner er til for patologenes skyld (1).

La det være helt klart: Sykehusobduksjonen er først og fremst til for de behandlende leger. Vår legevitenskap er kunnskapsbasert; årsak og virkning etterprøves. Den ultimate etterprøving er fortsatt å se selv, *autopsi*. Sammenlikningen med håndverkeren kan synes banal, men er likevel illustrerende: Ville vi stole på en snekker som ikke sjekket årsaken til at huset han bygde ramlet ned? Hva slags leger får vi hvis vi ikke fastholder nødvendigheten av å følge sykehistorien til siste slutt, kontrollere egen praksis og diskutere usikre funn? Vil vi tolerere leger som stoler blindt på egne diagnoser, MR og ulike skopier, og som ikke systematisk sørger for at følgene av egne handlinger etterprøves av tredjepart?

Sykehusobduksjonen burde brukes for

det den er verdt – til å reflektere over sykehistorie og forløp ved organdemonstrasjonen samme dag – og til å lære av når mikroskopi og tilleggsundersøkelser er avsluttet. Obduksjonen er en gullgrube for klinikere som vil bedre sine ferdigheter, vedlikeholde kunnskap og diskutere de spørsmål som fortsatt gjenstår etter døden.

Så hva har gått galt?

Mye skyldes oss, patologene. I tider med økning av prøver fra levende har vi nedprioritert de døde. Dessuten vil også vi heller jobbe med fancy teknikker, snarere enn å nøste i hverdagens dødsfall.

Svartiden illustrerer hvor fokus i patologien ligger: Når konklusjonen på obduksjonen endelig foreligger, kan det ha gått et kvart år eller mer – og behandlende lege har for lengst sluttet. Det er ikke til å undres over at klinikerne ikke forstår hva de går glipp av!

I motsetning til hva Svare tror, er obduksjon en billig undersøkelse. Trygdens refusjon er for lav (kr 1 496, takst 705h og 705i), men gjenspeiler det norske kostnadsnivået. Til orientering koster en rettsmedisinsk undersøkelse mindre enn 10 000 kroner. En gjenopplivning av obduksjonsfaget vil derfor være den billigste kvalitets-sikringen som helsevesenet kan få. Det er tvingende nødvendig, ikke minst av hensyn til fremtidens klinikere og helsevesenets omdømme.

Som patologer «på salen» lærer vi hver dag noe nytt, men dessverre er vi feil målgruppe. Å se selv, autopsi, er av størst betydning for legene i klinisk praksis. Ennå kan ikke det erstattes av simulerte modeller på tenkte problemstillinger. Til det er virkeligheten for kompleks og overraskende.

G. Cecilie Alfsen

Patologisk-anatomisk avdeling
Akershus universitetssykehus

Litteratur

1. Svare A. Trenger vi virkelig flere obduksjoner? Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 756–8.