

Obduksjoner ved norske sykehus i 1984 og 2001

I 1984 ble de 17 norske sykehusene med patologiavdeling forespurt om obduksjonspraksis. Resultatet tydet på at informasjon til allmennheten og pårørende var den største mangelen (1). Oppmerksomhet omkring tilfeller av uheldig obduksjonspraksis foranlediget Statens helsetilsyn til å gjennomføre en tilsvarende undersøkelse i 2001. Sju av spørsmålene fra 1984 ble også stilt i 2001.

Rekvireringspraksis

I 1984 ble spørsmålet besvart fra 16 av de 17 sykehusene. Årsak til rekvirering av obduksjon var uklar dødsårsak, ønsket om å få mer kunnskap om sykdommer, ønsket om å kunne vurdere effekt av behandling og verifisere sykdomsutbredelse, vurdere trekk ved medfødte misdannelser og lære av egne feil. Ved ti sykehus var overlege rekvirent, ved seks behandlende lege.

I 2001 ble spørsmålet besvart fra alle de 18 sykehusene som da hadde patologiavdeling, men 13 svar var fullstendige. Uklar dødsårsak var eneste angitte rekvireringsgrunn. Behandlende lege var rekvirent ved 12 sykehus, avdelingsoverlege ved ett.

Kriteriene for å rekvirere obduksjon og hvem som rekvirerer har altså endret seg. Dårlig sykehøkonomi og få patologer har gjort det nødvendig med en restriktiv rekvireringspraksis. Vi savner kvalitetskontroll med egen klinisk virksomhet som rekvireringsgrunn i 2001. Dødsårsak bestemt ved obduksjon er ofte ikke identisk med klinisk dødsårsak (2–4). Siden feilbehandling kan avdekkes ved obduksjon, kan en ordning med behandlende lege som rekvirent åpne for muligheten til å dekke over egne feil. Kombinasjonen restriktiv rekvirering og behandlende lege som rekvirent kan således svekke tilliten til obduksjoner som hjelpemiddel til å avdekke feil.

Informasjon og samtykke

I 1984 ble spørsmålet besvart fra 16 sykehus, og det var 13 fullstendige svar. Ved ti sykehus informerte man generelt om obduksjonsvirksomheten. Ved dødsfall ble det gitt orientering bare ved ett. Alle støttet seg på presumert samtykke dersom eksplisitt samtykke ikke ble innhentet.

I 2001 kom det svar fra alle 18 sykehus, 16 fullstendige. Ved 15 sykehus informerte man på ulike måter om at sykehuset utfører obduksjoner. Ved dødsfall gav man ved 13 sykehus oppfordret orientering dersom obduksjon var planlagt, ved tre gjorde man det bare på oppfordring. Pårørende samtykket som regel dersom de ble spurt. Ved 15 sykehus støttet

man seg på presumert samtykke dersom eksplisitt samtykke ikke ble innhentet.

Selv om man ved flere sykehus nå informerer om at obduksjon kan finne sted dersom man dør i sykehuset, utvises det fortsatt forsiktighet med generell informasjon om dette følsomme emnet. Noen steder forutsetter man også nå at befolkningen kjenner til at man kan bli obdusert dersom man dør i sykehus. Bruk av pasientbrosjyrer er blitt mer vanlig, men obduksjon er sjelden omtalt i mer enn et par setninger i slike. Hvorvidt befolkningen har tilstrekkelig informasjon om hva obduksjon er, hvorfor det utføres og hvilken nytte medisinen og samfunnet har av det, er usikkert. Ved barnedødsfall er det vanlig å informere om at obduksjon er ønskelig. Inngrepet utføres nå normalt ikke før de pårørende har samtykket. Ved voksen dødsfall er det også blitt mer vanlig å informere pårørende om at obduksjon er planlagt eller vil bli utført. Spørreundersøkelsen avdekket ingen endring i de pårørendes holdning til obduksjon.

Undervisning og forskning

I 1984 besvarte man spørsmålet ved 16 sykehus. Ved åtte drev man undervisning rundt obduksjonsmateriale, ved ni drev man trening på kirurgiske inngrep og ved sju forskning. Forskningsprosjektene var knyttet til dødsårsak, forståelse av sykdomsutvikling og produksjon av hormonpreparater.

I 2001 kom det svar fra 16 sykehus, hvorav 13 drev undervisning. Ved to trente man på kirurgiske inngrep. To hadde forskningsprosjekter, ett knyttet til plutselig uventet spedbarnsdød og ett til forandringer i hjernen hos narkomane.

Undervisning ble gitt ved demonstrasjon av funn makroskopisk og mikroskopisk. I 1984 var dette hovedsakelig en universitets-sykehusfunksjon. Nå utføres dette også ved sentralsykehusene. Trening på kirurgiske inngrep forekommer nå sjeldnere. I 1984 trente man på flere typer inngrep. Nå gjøres bare inngrep på tinningbeinet. Mindre trening kan skyldes koordineringsvansker mellom klinisk og patologisk avdeling. Usikkerhet om hvorvidt slike inngrep er tillatt, kan også være en forklaring. Forskning på obduksjonsmateriale gjøres i mindre grad nå.

Håndtering av organer

Alle 17 sykehus i 1984 besvarte spørsmålet. Ved åtte praktiserte man tilbakelegging av organene i liket etter endt obduksjon alltid eller vanligvis, ved to unntaksvis, ved sju aldri. Av 16 sykehus det var svar fra i 2001, la man ved 15 organene tilbake hvis mulig.

Praksisen er endret i løpet av de siste to årene. Presseoppslag kan ha bidratt til dette. Fagmiljøet har selv gjort en dugnad. Det arbeides nå med å få god praksis for håndtering av fikserte organer som ikke kan legges tilbake.

Kjennskap til regelverket

Det var svar fra 17 sykehus i 2001. Ved bare ett angav man at vedlegget til forskrift om obduksjon m.m. av 1988 var kjent.

En offentlig utredning om sykehusobduksjoner i 1985 konkluderte bl.a. med at det var behov for mer informasjon om obduksjon (1). I en kongelig resolusjon av 18. mars 1988 ble en forskrift om obduksjoner vedtatt. Et vedlegg til forskriften inneholdt informasjon om obduksjon beregnet på allmennheten. Ifølge forskriftens § 2 burde vedlegget gis til alle pasienter ved innleggelse i sykehus. Det er derfor bemerkelsesverdig at dette vedlegget er så lite kjent som undersøkelsen vår tyder på.

Konklusjon

Undersøkelsen viser at det har vært endring i alle de etterspurte forholdene. At det i større grad gis informasjon om obduksjon ved dødsfall, er gledelig. Det gjenstår å få til en mer enhetlig praksis ved alle landets sykehus.

Hvorvidt man bør kreve eksplisitt samtykke til obduksjon, diskuteres mye. Tiden da man helt og fullt baserte seg på antatt samtykke er forbi. Kravene til åpenhet, informasjon og medvirkning gjør at antatt samtykke, slik det ble praktisert for 20–30 år siden, vil være i strid med dagens lovverk og i tillegg kan bidra til å svekke nødvendig tillit i helsevesenet.

Grethe Hellstrøm Hoddevik
grethe.hoddevik@helsetilsynet.dep.no
Petter Schou
Jørgen Holmboe
Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep
0032 Oslo

Litteratur

1. Norges offentlige utredninger. Sykehusobduksjoner. NOU 1985: 37. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1985.
2. Anderson RE, Hill RB, Key CR. The sensitivity and specificity of clinical diagnostics during five decades. Toward an understanding of necessary fallibility. JAMA 1989; 261: 1610–7.
3. Veress B, Alafuzoff I. A retrospective analysis of clinical diagnosis and autopsy findings in 3042 cases during two different time periods. Hum Pathol 1994; 25: 140–5.
4. Karwinski B. The significance of autopsy in modern medicine. A study from western Norway. Bergen: Universitetet i Bergen, 1995.

○