

Obduksjon – et verdifullt verktøy

I 1976 ble det utført 5 610 sykehusobduksjoner ved landets avdelinger for patologi. Det tilsvarende tallet for 2000 var 3 232 (1). Antall spesialister i patologi i Norge i 1976 og 2000 var henholdsvis 47 og 174. Mange nye avdelinger for patologi er opprettet. Den betydelige reduksjonen i antall sykehusobduksjoner har altså skjedd i en utbyggingsperiode for faget.

Det er blitt hevdet at diagnostiske nyvinninger som MR og CT ville gjøre obduksjonen overflødig. Dette synes ikke å være tilfellet. Karwinski & Hartveit har vist at dødsårsaken ble forandret post mortem for 12 % av alle obduserte ved Haukeland Sykehus (2). Den diagnostiske treffsikkerheten med moderne teknologi er ikke så stor som antatt, og obduksjon er derfor viktig som ledd i kvalitetssikringen av det kliniske arbeidet (3).

Einar Svendsen skriver i Tidsskriftet nr. 5/2002 at det er stor forskjell mellom medisinsk kunnskap tuftet på utvetydig viten og kunnskap basert på usikkerhet og tvil (4). Kun 12 % av dem som dør i Norge blir obdusert. Dette har betydning for den offisielle dødsårsaksstatistikken og konsekvenser for de prioriteringer som gjøres i helsevesenet.

Tiltak bør derfor iverksettes for å øke obduksjonsraten. Målet bør være minst 20 %. Østerrike har over 30 % og har svært gode statistikker hva sykdom og dødsårsak angår (5).

De fleste klinikere oppfatter obduksjon som et godt hjelpemiddel for kvalitetssikring og kvalitetskontroll i sitt daglige arbeid (6). Det er påfallende hvor lite obduksjonene likevel vektlegges. Helseplanleggere og helseadministratorer synes i stor grad å neglisjere et av de beste midler for kvalitetskontroll av diagnoser og behandlingsresultater.

Kommunikasjonen mellom klinikere og patolog må bedres gjennom tverrfaglige møter og instruktive demonstrasjoner av obduksjonsfunnene. Ved hjelp av telepatologi kan obduksjonsfunn demonstreres for leger både i og utenfor eget sykehus. Tid er også en viktig faktor. Tilbakemelding fra patolog må komme for både pasient og problemstilling er glemt!

Bergen/Skien/Oslo *Jana Midelfart Hoff
Steinar Aase*

Litteratur

1. Den norske patologforening. <http://www.patologi.net> (8.3.2002).
2. 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* 1989; 42: 13–7.

3. Podebregar M, Voga G, Krivec B, Skale R, Pareznik R, Gabrsek L. Should we confirm our clinical diagnostic certainty by autopsies? *Intensive Care Med* 2001; 27: 1750–5.

4. Svendsen E. Obduksjon – kvalitetskontroll og kilde til lærdom. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 5: 509.

5. Halzner JH. The role of autopsy in the control of mortality in Austria. *IARC Monogr Eval Carcinogen Risks Hum* 1991; 112: 23–35.

6. Midelfart J, Aase S. The value of autopsy from a clinical point of view. *APMIS* 1998; 106: 693–8.

E. Svendsen svarer:

For en tid tilbake hadde dagspressen oppslag om episoder innen obduksjonstjenesten som satte denne klassiske delen av patologifaget i vanry. Det er derfor prisverdig at kolleger med innsikt i obduksjonens betydning kommer på banen, slik Jana Midelfart Hoff & Steinar Aase gjør med sitt innlegg.

Patologene må antakelig ta sin del av ansvaret for utviklingen. I prioriteringen ved stramme avdelingsbudsjetter blir obduksjon lett en salderingspost i konkurranse med vevsprøver og celleutstryk. Man kan spørre seg om denne salderingen har vært riktig, for obduksjon er en av de viktigste kvalitetskontroller vi har innen medisinen. Obduksjon er avgjørende for korrekt dødsårsaksstatistikk, slik det bl.a. er vist i en fersk doktoravhandling fra Tromsø (1).

Som følge av den teknologiske utviklingen og av økonomiske og andre grunner har obduksjonsraten i USA falt dramatisk de siste 20–30 årene. Direktøren ved obduksjonsavsnittet ved Baylor College of Medicine i Dallas, Texas, uttalte nylig (egen oversettelse): «I USA er det en illusjon om at dagens teknologi er så god at vi ikke trenger obduksjoner mer. Denne forestillingen er feil. Andelen dødsfall der det er diskrepans mellom hva som skrives i dødsattesten og den egentlige dødsårsaken, har ikke endret seg de siste tiårene. Obduksjoner gir fortsatt overraskelser i 30–40 % av tilfellene – 10 % er alvorlige feil som kunne ha endret behandling og utsikt for pasienten» (2).

Obduksjonen gir svar til klinikere og har stor betydning for opplæring og vedlikehold av kunnskap for patologene. Patologers kunnskap og erfaring er ofte avgjørende i diagnostikken av alvorlige og livstruende sykdommer.

Da NRK skulle omgjøres til aksjeselskap, fastsatte et revisjonsselskap verdiene i institusjonen til en milliard kroner. Til dette hadde Førde følgende kommentar: «Då visste eg at dei ikkje hadde vore i nærleiken av det

som egentleg har stor verdi i NRK, kompetansen, mangfaldet av kunnskap» (3). I medisinen har kompetanse og mangfaldet av kunnskaper enda større verdi.

Bergen

Einar Svendsen
Avdeling for patologi
Gades Institutt

Litteratur

1. Nordrum IS. Forensic pathology in Northern Norway. A study of autopsy rates and manners of death, and occurrence of alcohol among medicolegally autopsied deaths. Doktoravhandling. Tromsø: Universitetet i Tromsø, 2002.

2. Coglan A. Look to Europe for a second opinion. *New Scientist* 2.2.2002.

3. Førde E. Dobbelt bokhalderi i krise. *Bergens Tidende* 30.1.2002.

Antikoagulasjonsbehandling ved atrieflimmer

Jeg viser til innlegg av Helge Ræder & Odd Kildahl-Andersen i Tidsskriftet nr. 6/2002 angående antikoagulasjonsbehandling ved atrieflimmer (1). Jeg er svært glad for at de engasjerer seg i denne viktige problemstillingen med warfarinbehandling av eldre pasienter, men har noen kommentarer til deres noe negative syn på slik behandling for personer i denne aldersgruppen.

Det er vel kjent at atrieflimmer som årsak til hjerneslag øker med alderen, og den risikoen for hjerneslag som kan forklares av atrieflimmer, øker fra 1,5 % i aldersgruppen 50–59 år til 23,5 % i aldersgruppen 80–89 år (2). Jeg synes det er litt provokativt når de trekker frem en enkeltstudie (SPAF-II-studien) for å konkludere med at blødningsrisikoen for pasienter over 75 år er 4,2 % per år. Denne studien anbefalte et altfor høyt INR-nivå (2,0–4,5), mens det i alle internasjonale (3) og nasjonale (4) retningslinjer er anbefalt et INR-nivå på mellom 2,0 og 3,0. Det er jo vel kjent at økt INR-nivå gir økt blødningsrisiko. Forut for SPAF-II-studien var det publisert fem primærprofylaktiske studier med warfarin ved atrieflimmer som viste en risiko for intrakranial blødning på bare 0,3 % per år hos pasienter over 75 år, altså bare en sjettedel av hva man observerte i SPAF-II-studien (3). Det er sannsynligvis ikke høy alder, men for høyt INR-nivå, som gjør at blødningsrisikoen blir så høy i SPAF-II-studien.

Warfarinbehandling er svært effektivt hos eldre når den gjennomføres på en ordentlig måte. God kunnskap om dosering og monitorering hos behandlende lege og god pasientetterlevelse er en forutsetning. På grunn av den enorme økningen i embolifaren hos