

Godt diagnostisk arbeid og god helsehjelp avsluttes ikke når pasienten dør, men når endelig diagnose er avklart

Obduksjon – fremdeles gullstandard?

Det har lenge vært kjent at det er mange feil i dødsmeldingene (1–3). Glattre & Blix (1) fant feil i hver fjerde dødsmelding. Alfsen og medarbeidere fant at i hver femte dødsmelding registrerte klinikerne sannsynligvis feil dødsårsak (2). Mange faktorer bidrar til feilene, som tidsnød hos legen som fyller ut meldingen, manglende erfaring med dødsmeldinger og noen ganger manglende kunnskap om pasienten.

Det er derfor interessant at Akershus universitetssykehus siden 2008 har gjennomført fortløpende kvalitetskontroll av dødsmeldingene. I en artikkel i denne utgaven av Tidsskriftet redegjør Alfsen & Lyckander (4) for dette prosjektet. De finner at sykehusets korrigeringer sammen med Dødsårsaksregisterets dataprogram ACME førte til endring av til grunnliggende dødsårsak i 176 av 1 001 dødsmeldinger fra mai 2008 og ut år 2009. ACME er et dataprogram som fjerner ulogiske diagnoser i den årsaksrekken som er ført i dødsmeldingene. Alfsen & Lyckander fant at fortløpende korrigering av dødsmeldinger var en viktig justering på individnivå, mens korrigeringene ga små utslag på den totale statistikken over dødsårsaker på sykehuset. Disse korreksjonene ble gjort på bakgrunn av journalopplysninger, og ikke obduksjon. I en annen artikkel tar Alfsen (5) for seg 89 medisinske obduksjoner som ble utført ved dødsfall utenfor sykehus i årene 2007–11. Hun fant at denne gruppen hadde lavere alder enn ved øvrige medisinske obduksjoner, og at bare ti av dødsfallene skjedde på pleie- eller helseinstitusjon.

Det er et tankekors at man ikke benytter seg oftere av obduksjon når noen dør på sykehjem eller omsorgssenter, ettersom myndighetene så tydelig har formulert krav til kvalitetssikring og internkontroll (6). Tilsynsmyndighetene behandler en god del klager over behandling gitt på sykehjem, også i forbindelse med dødsfall. Noen slike saker understreker sterkt sykehjemmenes behov for kvalitetssikring og kvalitetskontroll. Obduksjon kan være et middel til dette. De fleste som dør på sykehjem eller i omsorgsbolig, blir behandlet av allmennleger. Jana Midelfart fant i 1998 (7) at ca. 70 % av allmennlegene så på obduksjon som (svært) nyttig. Det er grunn til å anta at nytten er større i dag, bl.a. siden pasienter med komplekse sykdomsbilder flyttes fra sykehus til sykehjem pga. samhandlingsreformen. En kartlegging blant landets patologiavdelinger har vist at også patologene synes det bør obduseres flere (8). At det likevel ikke skjer, har sannsynligvis sammenheng med mange forhold (8), som sykehusøkonomi og generelt press på patologiavdelingene.

Likevel er det nødvendig å minne om at også obduksjon har begrensninger. Tidligere ble obduksjon sett på som gullstandarden for diagnostikk. Radiologiske undersøkelser gir i dag bedre muligheter for å stille diagnoser mens pasienten lever. Dessuten har obduksjonstallet falt. Obduksjon gjennomføres nå ved bare ca. 10 % av alle dødsfall. Siden antall patologer har økt betydelig siden 1970-årene, innebærer dette at den enkelte patolog får mindre erfaring med obduksjoner.

Obduksjon – som enhver manuell metodikk – har en verdi som begrenses av den flid og grundighet som legges i utførelsen. Der som det ved obduksjon bare legges ett snitt gjennom en lever, kan man overse en kreftsvulst som ville ha blitt oppdaget hvis man la flere snitt. Ofte er det assistentlegene som gjør de medisinske obduksjonene, og resultatet er gjerne avhengig av hvor mye tid erfarne patologer bruker på veiledning av assistentlegene.

Ved medisinske obduksjoner (tidligere kalt sykehusobduksjoner for å skille dem fra de rettslige) der man ikke har klart å finne eksakt årsak, fører man noen ganger den dødsårsaken som man ut fra en totalvurdering finner mest sannsynlig. «Gullstandardens» verdi kan da avhenge av hvor grundig man har ledd. Dessuten er obduksjon mest basert på visuell diagnostikk. Dette er kanskje en av grunnene til at man i noen få obduksjoner ikke finner dødsårsak. Kanskje burde patologene vært bedre trent i patofysiologi og årsaksmekanismer som kan føre til døden uten å gi store synlige forandringer? Kanskje tas det også for sjelden prøver til kjemiske undersøkelser ved obduksjon? Her er mange spørsmål som fortjener oppmerksomhet.

Uansett står det fast at verdien av en dødsmelding avhenger av grundigheten den er utarbeidet med, med eller uten obduksjon. Ettergransking av dødsmeldinger i lys av journaldata, kontroll ved hjelp av datasystemer, klinisk-patologiske konferanser, CT og MR utført etter døden (9) samt obduksjoner – alt dette er nyttige hjelpemidler som til dels kan supplere hverandre. Obduksjonene forsvaret fortsatt sin plass som gullstandard i de fleste tilfeller, dersom de er utført med grundighet og om nødvendig med adekvat supervisjon.

Det er viktig å få leger til å være bevisst på at det diagnostiske arbeidet og kvalitetssikringen av helsehjelpen ikke slutter når en pasient dør. Arbeidet som legges i dødsmeldingen og i å avklare de endelige diagnosene, kan være viktig for pårørende, for helsepersonell og i tilsynssaker. For samfunnet er det viktig å ha pålitelig statistikk over sykdommer og dødsårsaker, siden dette brukes for å planlegge hvordan vi skal bygge ut og prioritere i helsevesenet. Cecilie Alfsen og Lars Gustav Lyckander gjør en svært god og prisverdig innsats for å sette disse spørsmålene på dagsordenen og minne oss på det ansvaret vi har.

Steinar Aase
sta@fmte.no

Steinar Aase (f. 1952) er fylkeslege i Telemark og har bistilling som professor i patologi ved Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo. Han er tidligere leder av Den norske patologforening. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Glattre E, Blix E. En vurdering av dødsårsaksstatistikken. Rapport fra Statistisk sentralbyrå 80/13. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1980. www.ssb.no/a/histstat/rapp/rapp_198013.pdf [18.3.2013].
2. Alfsen GC, Lyckander LG, Lindboe AW et al. Kvalitetssikring ved dødsfall i sykehus. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 476–9.
3. Ravakhah K. Death certificates are not reliable: revivification of the autopsy. South Med J 2006; 99: 728–33.
4. Alfsen GC, Lyckander LG. Har kvalitetskontroll av dødsmeldinger i sykehus betydning for dødsårsaksstatistikken? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 750–4.
5. Alfsen GC. Medisinsk obduksjon ved dødsfall utenfor sykehus. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 756–9.
6. FOR-2002-12-20 nr. 1731. Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. www.lovdata.no/for/si/ho/xo-20021220-1731.html [18.3.2013].
7. Midelfart J, Aase S. The value of autopsy from a clinical point of view. A survey of 250 general practitioners and hospital clinicians in the county of Sør-Trøndelag, Norway. APMIS 1998; 106: 693–8.
8. Hagestuen PO, Aase S. Organisering og nytteverdi av obduksjon. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 152–4.
9. Ayoub T, Chow J. The conventional autopsy in modern medicine. J R Soc Med 2008; 101: 177–81.

 Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no