



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep.

0030 OSLO

Når døden tjener livet; høring

Obduksjoner:

Bakgrunn: Obduksjonstallene er jevnt gått ned i den vestlige verden, så også i Norge. Flere har i presse og fagmiljø ytret bekymring over dette. Patologmiljøet reagerer spesielt på denne utviklingen og anser dette som uheldig.

Kapitel 9.1: Formål og virkeområde:

Patologene ser stadig at en obduksjon kan gi ny kunnskap om sykdom, eller overraskende avdekker viktige tilstander som har vært ukjente for klinikere. Død årsak kan forandres på grunn av obduksjon funn. I tillegg, kan det komme andre viktige 'bifunn' under obduksjonen. Alle disse kan være viktig for kvalitets utvikling og øke sykdom forståelse.

- I. Ved mer enn 90 % av dødsfallene i Norge er dødsmeldingen eneste informasjonskilde for registrering av underliggende dødsårsak. Ved bare en liten andel av tilfellene foreligger tilleggsinformasjon, som regel fra sykehusobduksjon eller rettslig obduksjon(1).

I en studie om obduksjon og dødsårsak i Norge (1) undersøkte forfatterne ut fra dødsmeldingen underliggende dødsårsak for dødsfall der det ble utført sykehusobduksjon i 2005. Deretter undersøkte de om underliggende dødsårsak ble endret når de tok hensyn til obduksjonsfunnene. Resultat viser 41152 dødsfall i Norge i 2005. Dødsårsaksregisteret mottok resultat fra sykehusobduksjon for 1773 døde med alder fra 2 år og oppover. Obduksjonsfunn førte til endring av underliggende dødsårsak for 1077 (61 %) dødsfall. For 567 dødsfall (32 %) var endringen stor og medførte skifte av ICD-10 kapittel for dødsårsaken.

Sammenligninger med eldre studier fra Norge(2), USA og Europa har vist tilsvarende funn. Både i denne studien og en svensk studie(3) var hvert tiende krefttilfelle ikke nevnt i dødsmeldingen, og fallende obduksjonsfrekvens kan være årsak til innsidens fall av flere krefttyper. De svenske forskerne advarte derfor mot å trekke konklusjoner om utviklingen i kreftforekomst uten å ta hensyn til forskjeller i obduksjonsrater.

Vi synes at:

- Den høye endringsraten og den til dels betydelige flyttingen mellom de ulike sykdomsgruppene tilsier at obduksjon fortsatt er av vesentlig betydning for dødsårsaksstatistikken.
 - Vi er enig om at det bør obduseres rundt 25 % (mulig 20 % er mer realistisk) av døde for å sikre en representativ og forsvarlig dødsårsaksstatistikk.
 - I tillegg, mener vi at utviklingen i kreftforekomst kan ikke sikres uten å øke obduksjon tallet (prosent).
 - Lav bruk av klinisk-kjemiske tilleggsundersøkelser kan også bidra til at sykdommer uten morfologisk korrelat ikke kommer med blant obduksjonsdiagnosene. Dette bør stimuleres.
- II. Det bør være en selvfølge at et sykehus med patologi avdeling tar i mot obduksjoner fra andre sykehus og fra sykehjem. Også ved dødsfall utenfor institusjon er det ofte meget aktuelt med obduksjon.
- Vi er enig med utvalget at obduksjon i transplantasjonslov bør ikke skille mellom obduksjon av pasienter som dør utenfor institusjon og pasienter som dør på vei til eller i sykehus eller lignende institusjon.

Kapital 9.2- Vilkår for obduksjon-krav om samtykke:

Forholdene som obduksjonsvirksomheten har fått ved norske sykehus kan være en medvirkende årsak til at obduksjonstallet faller:

- I. Ved en undersøkelse ble det sendt et spørreskjema til norske patologiavdelinger og til leger i klinisk virksomhet ved Haukeland universitetssykehus (4). 82 % av klinikerne mente at obduksjoner er et godt hjelpemiddel for kvalitetssikring og kvalitetskontroll av det pasientrettede arbeidet. 83 % mente at det burde obduseres flere enn i dag. I tillegg mente 65 % av klinikerne at obduksjoner er like viktige som tidligere på tross av teknologiske fremskritt i medisinen. Men 56 % av dem oppga at de nærmest aldri deltar på obduksjonsdemonstrasjon (ved patologi avdeling).
- II. De fleste patologiavdelingene rapporterte om redusert obduksjonsfrekvens etter ny forskrift i 2004 som krever at pårørende skal være informert på forhånd. De pårørende ber ofte selv av forskjellige grunner interessert i å få en post-mortem vurdering; Sju patologiavdelinger anga tall for hyppigheten av nektelse av obduksjon fra pårørende, med et gjennomsnitt på ca. 20% av dødsfallene (4).

Vi synes at:

- Helsepersonell bør fortsett forhører seg til pårørende holdning om obduksjon (man går ut fra at avdødes vilje gjenspeiles gjennom pårørende).
- Vi mener pårørende kommer å gi samtykke til obduksjon i de fleste tilfeller, og at klinikere bør vurdere obduksjon i de fleste tilfeller og prøve å få samtykke fra pårørende. Det kan være nyttig at en erfarn lege/overlege ta kontakt med pårørende for at mindre pårørende reservere seg mot obduksjon.
- Demonstrasjon av funnene til klinikere bør anbefales (da dette kan stimulere flere klinikere for obduksjon rekvirering/pårørende kontakt). Vi synes det er grunn til å oppfordre spesielt yngre kolleger til å delta oftere i klinisk-patologiske demonstrasjoner og konferanser. Erfarne klinikere bør legge til rette for dette. Siden obduksjonsfrekvensen

er lav, synes det særlig viktig å sørge for størst mulig læringsverdi av de obduksjonene som utføres.

- *Vi mener at obduksjon av særlig grunner (dvs. uavhengig av avdøde eller pårørende innstilling) opprettholdes men slik rekvisisjon må (og ikke bare bør) godkjennes av Fylkesmannen.*
- *Innhenting av samtykke til obduksjon ved innleggelse skal være uheldig og utgjøre en psykisk belastning på mennesker som i utgangspunktet er syke.*
- *Båretransport til og fra den nærmeste patologi avdelingen bør fortsatt dekkes av folketrygden (folketrygdloven 7-3).*

Kapital 9.3- Rekvisisjonsprosedyrer for obduksjon

I. Patologi avdelinger

I Norge foreligger ikke noen nasjonal standard for hvordan obduksjoner for voksne skal rekvireres gjennomføres og resultater bedømmes(1). Dog ved rettslige likundersøkelser i Norge gjennomfører Den rettsmedisinske kommisjon en systematisk kvalitetskontroll(5).

I tillegg bruker hver patologi avdeling et eget rekvisisjonsskjema.

- *Vi er enige med utvalget at det helsedepartementet gir nærmere forskrifter om rekvisisjonsprosedyrer. Vi mener dette gjøres i samarbeid med Den Norsk Patologi Foreningen.*
- *I tillegg mener vi at innføringen av en nasjonal standard og systematisk kvalitetskontroll for sykehusobduksjoner ville kunne styrke obduksjonens rolle i vurdering av dødsårsaken.*
- *Et felles rekvisisjonsskjema kan også innføres og brukes i hele Norge.*
- *Lav bruk av klinisk-kjemiske tilleggsundersøkelser kan også bidra til at sykdommer uten morfologisk korrelat ikke kommer med blant obduksjonsdiagnosene. Dette bør stimuleres og spesifiseres.*

9.3.5- obduksjon og forskning:

- *Vi mener at dagens forskriftkrav om informasjon om forskning ved rekvirering av obduksjon opprettholdes (og ikke bortfaller, dvs. uenig med utvalget); og at dette og at avdøde pårørende bør gi samtykke om dette som spesifiseres i obduksjonsrekvisisjon.*

9.3.6- Andre tiltak for å øke obduksjonsfrekvens:

Vi er enige med de 8 punktene i side 8.

I tillegg vil vi spesifisere om følgende:

- I. Gjennomsnittlig svartid for obduksjoner varierte mellom avdelingene fra 14 dager til ca. 150 dager, med mediantid på 66 dager(4).
- *Vi mener svartiden ikke bør være over fire uker for ordinære obduksjoner (uten hjerne fiksering). Med hensiktsmessig organisering kan man oppnå stor forbedring av svartiden(4)*

II. Obduksjonssalene ble i gjennomsnitt oppgitt å være 25 år gamle (per 2009), og 72% av dem hadde separat rom til bruk ved demonstrasjoner for klinisk personell(4).

- *Vi mener dette kan forbedres. Helseforetakene bør prioritere obduksjonssalene som en viktig del av sykehuset.*

III. Utdanning og obduksjon

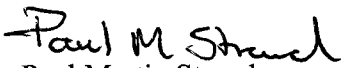
Det er et krav om at leger under utdanning i patologi fortsatt skal ha minst 200 obduksjoner for å bli godkjent spesialist.

- *Viktig at dette opprettholdes og ikke tas ned (tidligere har vært 250). For å få erfaring og opprettholde gode kunnskaper kreves likevel mange flere, noe som tilsier at også ferdige patologer bør arbeide med dette mer ofte.*

Referanser:

1. G Cecilie Alfsen, Jan Mæhlen
Obduksjonens betydning for registrering av dødsårsak. Tidsskr Nor Legeforen nr. 2, 2012; 132:147-51.
2. 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.
3. Lindström P, Janzon L, Sternby NH.
Declining autopsy rate in Sweden: a study of causes and consequences in Malmö, Sweden. J Intern Med 1997; 242: 157 - 65.
4. Per Ove Hagestuen og Steinar Aase:
Organisering og nytteverdi av obduksjon. Tidsskr Nor Legeforen nr. 2, 2012; 132:152-4.
5. Den rettsmedisinske kommisjon. Årsrapport 2009
www.justissekretariatene.no/nb/Innhold/DRK/Arsmeldinger-og-veiledere

Med vennlig hilsen


Paul Martin Strand
Adm.direktør
Nordlandssykehuset HF Bodø