



Tidsskriftet

DEN NORSKE LEGEFORENING

Kvaliteten på medisinske obduksjonsrapporter

ORIGINALARTIKKEL

HANNA MARIA ENG

E-post: hanna_maria_e@hotmail.com
Avdeling for patologi
Akershus universitetssykehus
Nåværende arbeidssted:
Avdeling for patologi
Oslo universitetssykehus
Hun har bidratt til innsamling av data og evaluering/tolkning samt revisjon av manus.
Hanna Maria Eng er overlege.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ROLF BRUUN BIE

Avdeling for patologi
Sørlandet sykehus
Han har bidratt til innsamling av data og evaluering/tolkning samt revisjon av manus.
Rolf Bruun Bie er avdelingsoverlege.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANNE JARSTEIN SKJULSVIK

Avdeling for patologi
St. Olavs hospital
og
Institutt for klinisk og molekylær medisin
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)
Hun har bidratt til innsamling av data og evaluering/tolkning samt revisjon av manus.
Anne Jarstein Skjulsvik er overlege, ph.d., og førsteamanuensis.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANNE GRO PEDERSEN

Dødsårsaksregisteret
Avdeling for helsedata og mottak
Folkhelseinstituttet i Bergen
Hun har bidratt til innsamling av data og evaluering/tolkning samt revisjon av manus.
Anne Gro Pedersen er cand.mag. i statsvitenskap og seniorrådgiver.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

GLENNY CECILIE ALFSEN

Avdeling for patologi
Akershus universitetssykehus
og
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo
Hun har bidratt til innsamling av data og evaluering/tolkning samt revisjon av manus.
Glenny Cecilie Alfsen er førsteamanuensis emeritus.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BAKGRUNN

Medisinske obduksjoner er sjelden gjenstand for kvalitetssikring. Vi har undersøkt kvaliteten av obduksjonsrapporter i Norge og vurdert

MATERIALE OG METODE

Hver femte medisinske obduksjonsrapport fra voksne (> 2 år) i 2014 ble gjennomgått. Obduksjonsresultatets betydning for registrering av døds melding med koding i Dødsårsaksregisteret etter obduksjon.

RESULTATER

389 obduksjonsrapporter fra 15 patologiavdelinger ble undersøkt. Obduksjonsbegjæring samt døds melding og dødsårsakskoder fra Døds Klinisk problemstilling forelå i 95 begjæringer, men ble kommentert av patolog i 33 tilfeller. Fedme ble sjelden oppgitt som et funn, selv v virusundersøkelse eller toksikologi var utført i henholdsvis 1 og 28 obduksjoner. Gjennomsnittlig svartid for obduksjoner uten og med ne Feil i oppsett av dødsårsak eller mangelfull rapportering forelå i 69 kasus (18 %), hyppigst ved hjerte- og kardødsfall. Obduksjonssvaret me (57 %) tilfeller med tilgjengelig kodedata. Feil i oppsett av obduksjonssvaret ga feil koding av dødsårsak i 22 av 47 (47 %) kasus med feil.

FORTOLKNING

Andelen obduksjonsrapporter med feil i oppsett av dødsårsak var uventet høy og kan ha konsekvenser for dødsårsaksstatistikken. Lange s med kliniker om funn.

HOVEDFUNN

Kvaliteten på medisinske obduksjoner er preget av lange svartider og feil i oppsett av dødsårsak.

Median svartid for obduksjoner uten spesialundersøkelser eller hjerneundersøkelse var 99 dager, og 138 dager med slike undersøkelser.

Opp mot hver femte obduksjonsrapport hadde feil i oppsett eller manglet dødsårsak, med påfølgende feil koding av dødsårsak i Dødsårs

Synkende obduksjonsfrekvens er en kjent trend internasjonalt (1). I 1980-årene ble det utført rundt 6 000 medisinske obduksjoner årlig i l antallet medisinske obduksjoner 1 397, eller 3 % av alle dødsfall (3, 4). I en spørreundersøkelse fra 2017 om obduksjonspraksis i Europa ble t og klinikere angitt som mulige årsaker til synkende obduksjonstall (5). Det er nærliggende å spørre om også kvaliteten av obduksjonene l

Som medlem av Verdens helseorganisasjon (WHO) er Norge forpliktet til å føre offisiell dødsårsaksstatistikk ved bruk av et internasjonalt of diseases, ICD) (6, 7). Dødsårsak angis av kliniker ved hjelp av Legeerklæring om dødsfall (dødsmelding) og føres som underliggende dø medvirkende dødsårsaker (avsnitt 2). I henhold til Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Dødsårsaksregisteret (E på samme måte som ved utfylling av dødsmelding (8). Det skilles mellom to typer obduksjoner: Rettslige obduksjoner begjæres av påtale obduksjoner begjæres av lege som ledd i kvalitetssikring av medisinsk virksomhet og undervisning. Medisinske obduksjoner i Norge utfø spesialiteten. Formatet for rapporteringen av medisinske obduksjoner i Norge har vært uendret i mange tiår og følger samme mønster i h

Ramme 1 Format av den medisinske obduksjonsrapporten

Klinisk sykehistorie og problemstilling

Fra obduksjonsbegjæring og/eller klinisk journal.

Ytre undersøkelse

Kjønn, vekt, lengde, særlige kjennetegn, arr, tegn til sykdom, skader og lignende.

Indre undersøkelse

Makroskopisk beskrivelse av hulrom, kar, indre organer (inkludert form og vekt).

Mikroskopisk undersøkelse av vev fra hjerte, lunge, lever og nyre (standard), samt fra andre områder med mistenkt patologi.

Eventuelle tilleggsundersøkelser: bakteriologi, virologi, toksikologi, genetikk.

Oppsett av funn, som regel på første side

1 a–d: Dødsårsak som sekvens, fra umiddelbar til underliggende.

2: Medvirkende sykdom/sykdommer.

Bifunn: Sykdommer eller funn uten betydning for dødsprosessen.

Vurdering: Diskusjon av funn, rettet mot kliniker.

Obduksjonsrapportenes første side oversendes Dødsårsaksregisteret, som sammenholder funnene med original dødsmelding og korrigert således en viktig del av datagrunnlaget i dødsårsaksstatistikken (9, 10).

Obduksjon fremheves ofte som gullstandard for morfologisk diagnostikk og dødsårsak, uten at det eksisterer noen systematisk kvalitetsk ønsket derfor å undersøke kvaliteten på obduksjonsrapportene i Norge, både med hensyn til innhold, oppsett av funn og svartider. Videre virket inn på dødsårsaksstatistikken.

Materiale og metode

Hver femte obduksjonsrapport på døde eldre enn to år (voksenobduksjon) i perioden 1.1.–31.12.2014 ble innkalt fra patologiavdelingene i 8 alder, type sykehus hvor obduksjonen var utført (universitetssykehus eller ikke) og svartid definert som tid mellom dato for obduksjon og patologer med erfaring fra obduksjonspatologi (HME, RBB, AJS) roterte obduksjonsrapportene seg imellom i to runder og registrerte om å forstå sykdomsforløpet, data fra utvendig og innvendig undersøkelse, mikroskopi og tilleggsundersøkelser som toksikologi, mikrobiolog utregnet om mulig (12). Ved evaluering av obduksjonsrapportene hadde ikke gruppen tilgang på kliniske opplysninger utover de som var obduksjonsbegjæringene. Prosjektgruppen vurderte feil i oppsett av funn, både i forhold til ICD/WHO-regelverket og innholdet i rapport underliggende dødsårsak i avsnitt 1 a–d, 2) feil plassering av underliggende dødsårsak som medvirkende sykdom i avsnitt 2 eller som bifun underliggende dødsårsak, 4) oppføring av underliggende dødsårsak flere steder, for eksempel både som underliggende og medvirkende s subita, «plutselig død» eller lignende uttrykk uten kobling til spesifikk sykdom, og 7) generelt mangelfulle rapporter uten pålitelig dødsår registrert.

Alle kasus hvor det var uenighet om kategorisering av feil ble diskutert i felleskap for konsensus. Kopi av dødsmelding og endelig koding i hjelp av obduksjonsresultatet ble innkalt fra Dødsårsaksregisteret og sammenlignet med innhold og oppsett av dødsårsak i obduksjonsra

Studien er godkjent av Personvernombudet ved Akershus universitetssykehus (16-106) og Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig helseopplysninger er innhentet fra Datatilsynet (16/01121-2/SBO).

Resultater

Til sammen 389 medisinske obduksjonsrapporter ble tilsendt fra 15 patologiavdelinger.

Antall rapporter utgjorde 23 % av medisinske voksenobduksjoner i 2014 (13). Obduksjonsbegjæringer var tilgjengelig for 339 obduksjonsra obduksjonsbegjæringene ikke vedlagt og var kun tilgjengelig i den enkelte institusjons kliniske journal. Obduksjonsaktiviteten var størst obduserte var menn (62 %). Median alder var 75 år for kvinner og 70 år for menn. 59 (15 %) av obduksjonene var fra dødsfall utenfor sykehus sykehus enn ved universitetssykehus (henholdsvis 23 % og 12 %).

Tabell 1

Obduksjonsrapporter for døde eldre enn to år fra 2014 fordelt på type sykehus, kjønn og alder (n = 389).

	Totalt	Universitetssykehus, n = 6
Antall rapporter (spredning)		389
Antall menn (%)		241 (62)
Median alder (spredning)		
Menn		70 (21–93)
Kvinner		75 (16–98)

BEGJÆRING, KLINISK PROBLEMSTILLING OG SYKEHISTORIE

Problemstilling fra kliniker forelå i 95 av 339 obduksjonsbegjæringer og var ofte formulert som ønske om å bekrefte/avkrefte lungeemboli problemstillingen forsøkt besvart i 33 obduksjonsrapporter. I de øvrige 244 begjæringene var ønsket om obduksjon begrunnet med «Døds Seks obduksjonsrapporter inneholdt ingen sykehistorie. Resultat av premortale laboratorieundersøkelser og medikamentbruk var angitt

YTRE OG INDRE UNDERSØKELSE

Ytre funn og dødstegn var kommentert i henholdsvis 284 og 311 rapporter. Kroppsmasseindeks var utregnet i 41 rapporter. Undervekt (KMI (KMI ≥ 30) var angitt som diagnose i 7 av 85 kasus og i 3 av 10 med KMI > 40. Overvekt var også sjelden angitt som diagnose i dødsmeldinge 5 og 9 av 360), og aldri som underliggende dødsårsak.

De fleste organer og organsystemer var adekvat beskrevet, med unntak for sidespesifisering av lunge- og nyrevekt, som forelå i henholdsvis funn. Lokalisering av sykkelige funn i hjerte og lunger var angitt i henholdsvis 96 og 79 kasus.

Hjernen ble undersøkt i 338 obduksjoner. Undersøkelsene ble foretatt på ufikserte hjerner uten mikroskopering i mer enn halvparten av t 148 fikserte hjerner.

TILLEGGSUNDERSØKELSER

Bruk av tilleggsundersøkelser ved obduksjonene varierte, også i tilfeller av dødsfall utenfor sykehus hvor kliniske opplysninger ofte var s undersøkelse var angitt i henholdsvis 88 og 28 rapporter, mens virus (influenza) var undersøkt i ett tilfelle. Det var ingen tilfeller av geneti

MORS SUBITA

Mors subita, «plutselig død» eller lignende ble angitt som dødsårsak i 13 obduksjonsrapporter. Fem av disse ble vurdert av prosjektgruppe diskusjon av annen mulig forklaring.

VURDERING

En nærmere forklaring av oppsettet av funnene eller kommentering av kliniske spørsmålsstillinger forelå i 329 av 389 rapporter. I 91 av dis allerede framgikk av oppsettet.

SVARTID

Gjennomsnittlige svartider uten eller med nevropatologisk undersøkelse var på henholdsvis 99 og 138 dager. Lengste svartid uten nevropa ingen vesentlig forskjell i svartider mellom patologiavdelinger ved universitetssykehus og andre sykehus.

UNDERLIGGENDE DØDSÅRSAK

Oppsett av funn med dødsårsak i henhold til Verdens helseorganisasjon ble hyppigst vurdert som korrekt i obduksjoner med spørsmål or femte dødsårsak ved dødsfall med hjerte- og karproblematikk ble vurdert som feil satt opp. Samlet ble det påvist feil eller manglende død

Tabell 2

Underliggende dødsårsak i obduksjonsrapporter for døde eldre enn to år fra 2014 (n = 389), vurdert ut fra Verdens helseorganisasjons rege

Type sykdom	Totalt antall	Oppsett av underliggende dødsårsak	
		Korrekt	Ukorrekt
Malign sykdom	95		92
Hjerte- og karsykdom ¹	140		105
Lungesykdom ²	16		13
Infeksjon ³	52		40
Annen sykdom ⁴	68		57
Unaturlig årsak ⁵	18		13
Sum	389		320

¹Inkludert lungeemboli og aneurisme.

²Inkludert lungeemfysem/kols og lungefibrose.

³Inkludert endokarditt, divertikulitt og pankreatitt.

⁴Inkludert alkohol, diabetes, ulcus, amyloidose, demens og multipel sklerose.

⁵Inkludert ulykke, snøskred, fall, hengning og forgiftning.

Type feil er nærmere angitt i tabell 3. Dødsårsaken var nevnt, men på feil sted i oppsettet i 30 kasus (feilkategori 1–4). De øvrige rapportene angitt eller sikker dødsårsak. Det var ingen vesentlig forskjell mellom universitetssykehus og andre sykehus i type feilkategorier. Seks kas dødsårsaksregisterforskriften og kunne derfor ikke kategoriseres. Tolv obduksjonsrapporter ble kategorisert som mangelfulle med så stor henblikk på oppsett og koding.

Tabell 3

Antall obduksjonsrapporter som ble vurdert til ikke å ha korrekt oppsett av underliggende dødsårsak og antall med påfølgende feilkodin obduksjonsrapporter fra 2014 (n = 371). Seks rapporter uten bruk av regelverket til Verdens helseorganisasjon og tolv mangelfulle rapporte

Type feil	Eksempel	Feil oppsett i obduksjonsrapport
-----------	----------	----------------------------------

