

Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for allmenn og samfunnsmedisin

Sykehusobduksjoner

Hvordan øke obduksjonsraten ved Ullevål Universitetssykehus HF?

MARIUS B HARALDSEN

HANNE HØILUND

HANNA STRØM

ØYSTEIN WINNEM

LILL ANETTE ØYEN

31. mars 2009

INNHold

DEL 1	4
Innledning.....	4
Hypotese.....	4
Kunnskapsgrunnlag	6
Problemstilling.....	6
Kunnskapsgrunnlaget – fagområdet.....	6
Fagområdet obduksjon	6
Lovregulering.....	6
dødsårsaksregisteret.....	7
Hva ønsker vi svar på som kunnskapsgrunnlag?	7
1.Hvordan har obduksjonsraten endret seg?.....	7
Internasjonalt	7
Nasjonalt	7
2. Hva kan være årsaken(e) til denne endringen?	8
Metode for 1 og 2.....	9
Utfyllende bakgrunn.....	10
Diskrepans i diagnosesetting	11
Metode for spørsmål 3.....	11
Diskusjon - materiale og metode.....	11
Forbedringsarbeidet.....	12
Observasjoner og praksis.....	12
Indikatorvalg.....	15
MÅL.....	15
Hovedindikator	15
Prosessindikator	15
Ad hovedindikator	15
Begrunnet tiltak	15
Forslag til retningslinje:	16
Prosess og organisering for bedre praksis	17
Implementering og evaluering av ny retningslinje	18
TRINN 1 – Forberedelser.....	21
TRINN 2 – Planlegging (Plan)	21

TRINN 3 – Utføring (Do)	22
Praktisk gjennomføring	23
TRINN 4 – Kontroll (Study)	23
TRINN 5 – Korrigere, Standardisere og følge opp (Act).....	24
Diskusjon	25
DEL II – Gruppeprosessen.....	Error! Bookmark not defined.

TAKK!

Vi vil gjerne takke Jan Mæhlen ved Ullevål universitetssykehus for tid, gode råd og nyttig bakgrunnsstoff til oppgaven. Det var av uvurderlig hjelp! Tusen takk.

DEL 1

INNLEDNING

Døde personer ble obdusert allerede i antikken, og det var i de tidligste tider den eneste metoden man hadde for å skaffe seg kunnskap om menneskekroppen på. I tidene før avansert laboratorieteknikk og ulike metoder for bildediagnostikk var også obduksjon av døde personer den eneste måten å avdekke, forstå og kartlegge patologiske prosesser på. Slik har obduksjon vært en betydelig bidragsyter i feltet patofysiologisk forståelse og påfølgende behandling av patologiske tilstander på. Obduksjoner har bidratt med basalmedisinsk kunnskap på en måte som har gjort det mulig å sette inn tiltak og behandling som har reddet folks liv. I tillegg til disse aspektene har obduksjon stått som, og står fortsatt som et viktig element i mye klinisk forskning og ikke minst utdanning av medisinsk personell.

Selv om vi i dag har et uttall metoder å avdekke sykdomsprosesser og tilstander hos pasientene våre, er fortsatt obduksjoner av stor verdi, og det er hevet over enhver tvil at det er ønskelig å opprettholde en viss obduksjonsfrekvens ved norske sykehus.¹

Antall sykehus obduksjoner går ned. Nedgangen startet på 1960-tallet og har fortsatt frem til i dag. I 2004 ble det foretatt en endring i forskrift om obduksjon.² Endringen innebar en presisering av informasjonsplikten til pårørende.

I denne oppgaven har vi sett på denne nedgangen og forsøkt å kartlegge mulige årsaker til denne med det siktemål å foreslå tiltak som kan være med på å øke andelen og antall utførte sykehusobduksjoner ved Ullevål Universitetssykehus HF (UUS).

HYPOTESE

Det er ønskelig med en høy frekvens på sykehusobduksjoner av ulike grunner. Retningslinjer og prosedyrer er i dag ikke optimale for å opprettholde ønskelig obduksjonsfrekvens ved de ulike sykehusene. En grundig gjennomgang av dagens retningslinjer og prosedyrer vil kunne avdekke mulige forbedringspunkter. Implementering av nye retningslinjer vil måtte involvere flere grupper

ansatte på sykehuset og andre helseinstitusjoner, samt informasjonsmedarbeidere ut mot brukere/pasientgrupper.

KUNNSKAPSGRUNNLAG

PROBLEMSTILLING

Hvordan kan man øke obduksjonsraten?

KUNNSKAPSGRUNNLAGET – FAGOMRÅDET

Vi har gjennom studiet gjentatte ganger hørt om den generelle nedgangen i obduksjonsraten. Etter samtale med patologene ved UUS forsto vi at en ny forskrift som krevde pårørendes samtykke ble oppfattet som en hindring for å få gjennomført det ønskede antall obduksjoner. Dette satte oss på ideen om å fordype oss i nettopp problematikken rundt reduksjonen.

FAGOMRÅDET OBDUKSJON

Obduksjon er systematisk undersøkelse av en død persons organer og vev i den hensikt å bestemme dødsårsak.

Materialet brukes i forskning, undervisning og til fremstilling av biologisk materiale.

Obduksjoner medfører forbedring og korrigering av kliniske diagnoser. Dette vil igjen medvirke til bedre behandlingstilbud og økt pasientsikkerhet.

LOVREGULERING

”Lov om transplantasjon” innehar en egen obduksjonsforskrift. 1. april 2004 trådte ny forskrift om obduksjon i kraft. Denne har til hensikt å styrke reservasjonsretten til avdøde og pårørende. Forskriften er en presisering i forhold til reservasjonsrett og krav til informasjon.

Forskriften setter krav til informasjon fra virksomheten som driver obduksjon. Dette innebærer generell informasjon om utførelsen og formålet ved obduksjon. Videre skal det informeres om at materialet kan bli brukt i undervisning og forskning, benyttet til fremstilling av biologiske produkter og om retten til å reservere seg mot slik bruk eller mot selve obduksjonen. Det er i tillegg en egen del som omhandler spesifikk informasjon til pårørende om det foregående. Det benyttes et rekvisisjonsskjema der det fremgår at pårørende er informert. Dersom det er grunn til å tro at avdøde eller pårørende ikke ønsker obduksjon fordi dette strider mot deres livssyn, skal den ikke utføres med mindre spesielle grunner taler for at dødsårsak må fastsettes med sikkerhet.

I forarbeidet til forskriften fremgår det at hvor omfattende informasjonen skal meddeles, avhenger av hver enkelt situasjon. ³

DØDSÅRSAKSREGISTERET

Alle dødsfall meldes dødsårsaksregisteret. Det skal da oppgis en ICD-10-kode. Formålet med dødsårsaksregisteret er å følge med på sykdomsutvikling over tid, endring i mortalitet innen de enkelte sykdommer og levealder.

Klinisk diagnose til dødsårsak endres ifølge en studie av over 50 internasjonale obduksjonsserier i over 12 % av tilfellene. Det konkluderes her med at feilraten minkes med minst 12 % for hver ti prosentsøkning av obduksjoner. Dette taler for at en økning i antall obduksjoner vil forbedre diagnostisering og behandlingstilbudet.

Ifølge leder for Den norske patologforening bør den generelle obduksjonsfrekvensen være på 25 % for at diagnosene registret i dødsårsaksregisteret skal kunne være representativt⁴⁵.

HVA ØNSKER VI SVAR PÅ SOM KUNNSKAPSGRUNNLAG?

1. HVORDAN HAR OBDUKSJONSRATEN ENDRET SEG?

INTERNASJONALT

Obduksjonsratene har sunket internasjonalt, både i land hvor det er kommet lovreguleringer til og i land uten, raten er for øvrig relativt sett blitt lavere både i land med lovregulering og i land uten. Som eksempel har ratene i USA sunket fra 26,7 % i 1967 til 12,4 % i 1993. I Storbritannia fra 42,7 % i 1979 til 15,3 % i 2001. I Ungarn som er et av landene som ikke har lovregulering er tilsvarende tall 100 % (1938-51) til 68,9 % (1990-02)⁶.

NASJONALT

Det utføres i dag på landsbasis 3000 (12% generell obduksjonsfrekvens) sykehusobduksjoner årlig. Frekvensen ved de enkelte sykehus varierer sterkt. Det har vært en nedgang siden starten av 90-tallet. På 70 – og 80-tallet ble det gjort omtrent 6000 obduksjoner per år.⁷

Ved UUS utføres det nå årlig omkring 300 obduksjoner, mot 1400 på 80-tallet.

Før og etter forskriften var sykehusobduksjonsraten henholdsvis 39 og 31%. Antall nektelser fra pårørende økte fra 23 til 35 %. Imidlertid var det 20 % at de pårørende som etter innføringen av forskriften ikke fikk informasjon i det hele tatt.

Denne nedgangen er ikke signifikant i forhold til forventet nedgang. Dette viser tall fra patologiforeningen som foreløpig konkluderer med at negativt svar fra pårørende ikke medvirker ekstra til reduksjonen.^{8, 9, 1}

2. HVA KAN VÆRE ÅRSAKEN(E) TIL DENNE ENDRINGEN?

Da vi i gruppen hadde bestemt oss for temaet som vi ville arbeide med ønsket vi å finne mulige årsaker til nedgangen. Vi brukte da et fiskebeinsdiagram i kartleggingsprosessen. Ved hjelp av denne metoden fikk vi et godt oversiktsbilde av mulige årsaker. Vi har funnet igjen en del av disse i artikler vi har lest. Selv om dette er en multifaktoriell problemstilling kan man i følge Paretomodellen (80/20-regelen) anta at noen av årsakene har større betydning enn andre. I og med at vi ikke har vitenskapelig dokumenterte årsaksforhold blir det vanskelig å gjøre en nøyaktig paretoanalyse i vårt tilfelle.

Det fremsettes en rekke teorier som ikke er vitenskapelig dokumentert.

1. Manglende obduksjonsrutiner

Patologene selv peker på manglende rutiner, tilfeldige avgjørelser og at de selv prioriterer andre oppgaver fremfor obduksjoner.

2. Tid og økonomi

Økende krav til vevsdiagnostikk spiser av obduksjonstiden. Enkelte patologer foreslår et eget DRG-system for obduksjoner.

3. Mangel på standardisering av informasjonen.

Andre hevder forskriftens restriksjoner med reservasjonsrett medvirker til nedgangen og peker på vanskeligheten ved informasjonsgivningen. Den norske patologiforening har i denne forbindelse utarbeidet en brosjyre med generell informasjon om obduksjon, "Den siste legeundersøkelsen". Ved å standardisere informasjonen håper de å kunne lette informasjonsbiten. Brosjyren ble utarbeidet i 2008, og det er ikke gjort noen analyser av effekten.^{10, 1}

Følgende parametre er vitenskapelig dokumentert:

- Kunnskap om obduksjon generelt Kunnskap om obduksjon generelt – dette reduserer vilje til å gjennomføre samtalen som trengs. Motivasjonskunnskap. En av de sikreste måtene å øke motivasjon og arbeidsvilje på, samt stolthet ovenfor eget arbeide er kontinuerlig kunnskapsheving. Dersom man underviser, utdanner og kurser sine medarbeidere får de større forståelse for helheten i arbeidet de utfører, dette skaper motivasjon og er vist i en rekke undersøkelser¹¹ at det hever både effektivitet og kvalitet.

- Tiltro til premortal diagnostikk. Og sykehuspresten sier at han er redd for at legene og studentene kommer inn i en kultur der antakelser blir sett på som sikker kunnskap. Man baserer sine avgjørelser på diagnostiske antakelser, og står dermed tilbake uten en ordentlig kvalitetssikring av pasientbehandlingen.⁷
- En av årsakene til reduksjon kan nok være at klinikere synes de får mer svar av tilgjengelige undersøkelsesmetoder som finnes i dag kontra før. En studie fra Norge viser at de fleste klinikere ser nytten av obduksjon, spesielt som en del av kvalitetskontrollen, men at 82 % mener at fremskrittene innen radiologi, spesielt CT, har redusert verdien av obduksjon.⁶

METODE FOR 1 OG 2

Vi undersøker norske forhold og valgte å finne alle artikler som omhandlet obduksjon i "Tidsskriftet for den norske legeforening" som hovedkunnskapsgrunnlag. Vi antar at de viktigste norske artikler om dette temaet, vil finnes der.

Ved avansert søk på "obduksjon" i Tidsskriftet for den norske legeforening, fikk vi 25 treff hvorav 17 relevante for oppgaven.

Videre har vi enkeltkilder som vi har fått anbefalt av overlege og professor II ved Patologisk - anatomisk avdeling UUS, dr. med Jan Mæhlen.

3. Hvilken nytteverdi kan sykehusobduksjoner ha og hvorfor er det viktig å øke obduksjonsraten?

Oppsummering

- Tilbakemelding til klinikerne mhp. klinisk diagnose og valg av behandling.
- Bekreftelse eller korrigerende av diagnose
- Kvalitetssikring for pasientene
- Økt overlevelse ved reduserte feildiagnoser
- Ny eller utvidet kunnskap ved komplekse sykdomsbilder
- Utdannelse av medisinstudenter, relatere patologi til klinikk.
- Tilfredsstillende pårørendes ønske om informasjon av dødsårsak.
- For statistisk analyse i et større perspektiv for eksempel mtp. endring av dødsårsaker over tid.
- Bedret kartlegging av tilfeldige patologiske funn som ikke er oppdaget klinisk, og som ikke nødvendigvis er forventet.
- Økt kunnskap om organer som normalt er lite tilgjengelig for grundige undersøkelser – som hjerte og hjerne.
- Genetisk analyse og veiledning ved dødsfall som skyldes sykdom med sannsynlig arvelig årsak.

UTFYLLENDE BAKGRUNN

Obduksjon har altså flertallige nytteverdier også i moderne medisin. Mye diagnostikk, både pre- og postmortem, gjøres i dag vha. biopsi og MRI, det er likevel vist at en fullstendig obduksjon gir oss informasjon utover hva vi kan innhente ved disse mindre invasive prosedyrene.⁶

Obduksjoner kan gi oss instruksjoner og bekræftelser, videre er det relevant for studier og kilde til videre undersøkelser. Det er også et nødvendig verktøy for å belyse endring i spektrum av sykdommer.¹² Eksempelvis ble det gjort en undersøkelse av resultater av obduksjon gjort på Baylor College of Medicine, Houston, Texas som evaluerte resultatene av postmortem undersøkelser. Dette ble gjort mellom 1992 og 1993, hvor AIDS-dødsfall var relativt høyt. Man fant at av de 16 % som ble obdusert fant man diagnoser som man ikke hadde antatt hos 35 %, og for pasientene med AIDS var tallet enda høyere.¹³ Slike funn kan være med på å gi et bredere bilde av en kompleks patologi rundt f.eks en sykdom som AIDS.

Et annet viktig mål for obduksjon er at klinikere skal kunne lære av sine pasientkasus og sine feil.

I tillegg har mye kunnskap om patologi som vedrører hjerne og hjerte vært avhengig av funn ved obduksjon. Grunner til dette er at 1) sykdommer i hjerne og hjerte står for de fleste av dødsfallene i den vestlige verden, 2) disse organene blir sjelden biopsert i live og 3) organene har høy symbolsk betydning, hvilket kan gjøre at pårørende unnlater å tillate obduksjon. Andre områder som obduksjon gir nyttig informasjon er ved sykdommer i CNS, transplantasjoner, virkning og bivirkning av genterapi for å nevne noen. Postmortem gentesting kan også være nyttig for genetisk veiledning f.eks ved et dødfødt barn.

Obduksjon er viktig for å etablere dødsårsak. Det er viktig for opplæring av medisinstudenter i form av å få et helhetlig bilde mellom klinikk og patologi.

Pårørende ønsker ofte svar på dødsårsak, spesielt ved barnedød.

Diskrepansen mellom klinisk diagnose og diagnosen gitt postmortem er en av årsakene til at man fortsatt vil utføre obduksjoner. Som nevnt ovenfor finnes det andre metoder som er mindre invasive, som MRI og finnålsbiopsi og endoskopi f.eks, men det er vist at selv med disse hjelpemidlene er diagnosen som stilles ofte feil. I tillegg til at det også kan komme til syne tilleggsdiagnoser ved obduksjon. Flere studier har vist at diskrepansen på dødsårsak ligger på mellom 10-30 % mellom

diagnose gitt antemortem og ved obduksjon. Denne diskrepansen er også tilstede når klinikeren har hatt sett pasienten i live, og hatt tilgjengelighet til radiologiske og laboratorieundersøkelser i forbindelse med avsigelse av dødsårsak.⁶

Noen studier klassifiserer graden av diskrepans inn i alvorlighetsgrad, hvor den mest alvorlige feildiagnostiseringen innebærer at pasientene potensielt kunne overlevd hvis de hadde fått riktig diagnose. Det er funnet at inntil 10 % har en slik signifikant feildiagnostisering at man kunne forvente overlevelse hvis den kliniske diagnosen hadde vært riktig.^{13 14}

DISKREPANS I DIAGNOSESETTING

En av grunnene til at fullstendige obduksjoner gjøres sjeldnere kan bl.a. være pga. alternative metoder, og muligens økonomiske aspekter rundt valg av metode, disse metodene gir også mye informasjon, men det viser seg likevel at en fullstendig obduksjon er best:^{6, 11, 12}

- Finnålsbiopsi viser lik diagnose som ved full obduksjon i 83-85 % av tilfellene.
- Endoskopisk obduksjon viste 60-100 % enighet med fullstendig obduksjonsundersøkelse, men disse undersøkelsene har liten verdi ved vurdering av sykdommer hvor man ikke kommer til med endoskop.
- Obduksjon vha. radiologiske bilder som MRI er vist å gi samsvarende diagnose i 87 % av tilfellene og regnes nå som et godt alternativ til full obduksjon. Men MRI kan være opptil fem ganger så dyrt som en full obduksjon, så man kan jo spørre seg om hvorfor man skal foretrekke MRI da, i tillegg har MRI også begrenset omfang anatomisk, områder som nakke, nedre abdomen og pelvis utelates ofte.

METODE FOR SPØRSMÅL 3

For å finne relevant bakgrunnsinformasjon er det søkt i PubMed på ord i tittel/abstract som inneholder autopsy, education og diagnosis på første søk, her ble det 68 treff, søkte videre på "related articles" hvor det ved søk i to anledninger kom opp hhv 496 og 278 treff. Videre søk på autopsy, quality og control ga 53 resultater. Dvs. at det var svært mange artikler som kunne være aktuelle. Søket var ikke begrenset til engelsk/norsk. Det ble valgt ut ca. 35 artikler som virket relevante for oppgaven, hvorav en del av disse var på andre språk og dermed ikke aktuelle. Begrenset til slutt til fire artikler. I tillegg har det blitt brukt to artikler som er gitt oss direkte av patolog Jan Mæhlen, disse har han valgt ut som særlig aktuelle, hvorav den ene også var i vårt søk, det var følgende to artikler.^{6,11} Vi har lagt hovedvekt på disse to artikler da veldig mye av stoffet i de andre artiklene går igjen i disse.

DISKUSJON - MATERIALE OG METODE

Vi har søkt i anerkjente internasjonale databaser. Det ligger utenfor oppgaven å vurdere kredibiliteten til disse databasene, og man får ta utgangspunkt i den kvalitetssikringen som ligger til grunn her fra

annet hold. Når det gjelder utvalg av artikler kunne dette ha blitt gjort mer systematisk, det er lagt mer vekt på en kvalitativ tilnærming til problemet, enn å sette sammen noen videre statistikk rundt ovenstående spørsmål. De to review-artiklene som er brukt ^{6, 11} har systematiske gjennomganger av et flertall andre artikler.

Utgangspunktet vårt er patologenes fremstilling av behov for obduksjonsøkning, og det er lagt til grunn i oppgaven at det er en reduert rate og at obduksjon er viktig, og derfor bør det settes i gang tiltak for å øke denne. Vi har ikke konsentrert oppgaven rundt å gå i sømmene etter i hvilken grad obduksjon faktisk er viktig, dette kan kanskje synes noe uklart, og det spørres om man spør patologene eller klinikerne. Men vi har da basert oss på at det er sånn, og de artiklene vi har funnet har også understøttet hypoteser om at det er riktig. Det vi derimot ikke har gjort er å gjøre en metodisk metaanalyse av de dataene vi har funnet, det synes likevel som om det er tilstrekkelig begrunnelse til at det å heve sykehusobduksjonsraten er viktig og nødvendig, og at å sette i gang tiltak for å øke denne er anbefalt fra flere artikkelforfattere. Vi har ikke funnet noen begrunnelse for hvorfor dette ikke er nødvendig, eller at andre metoder er likestilte. Det synes å være konsensus vedrørende dette.

FORBEDRINGSARBEIDET

OBSERVASJONER OG PRAKSIS

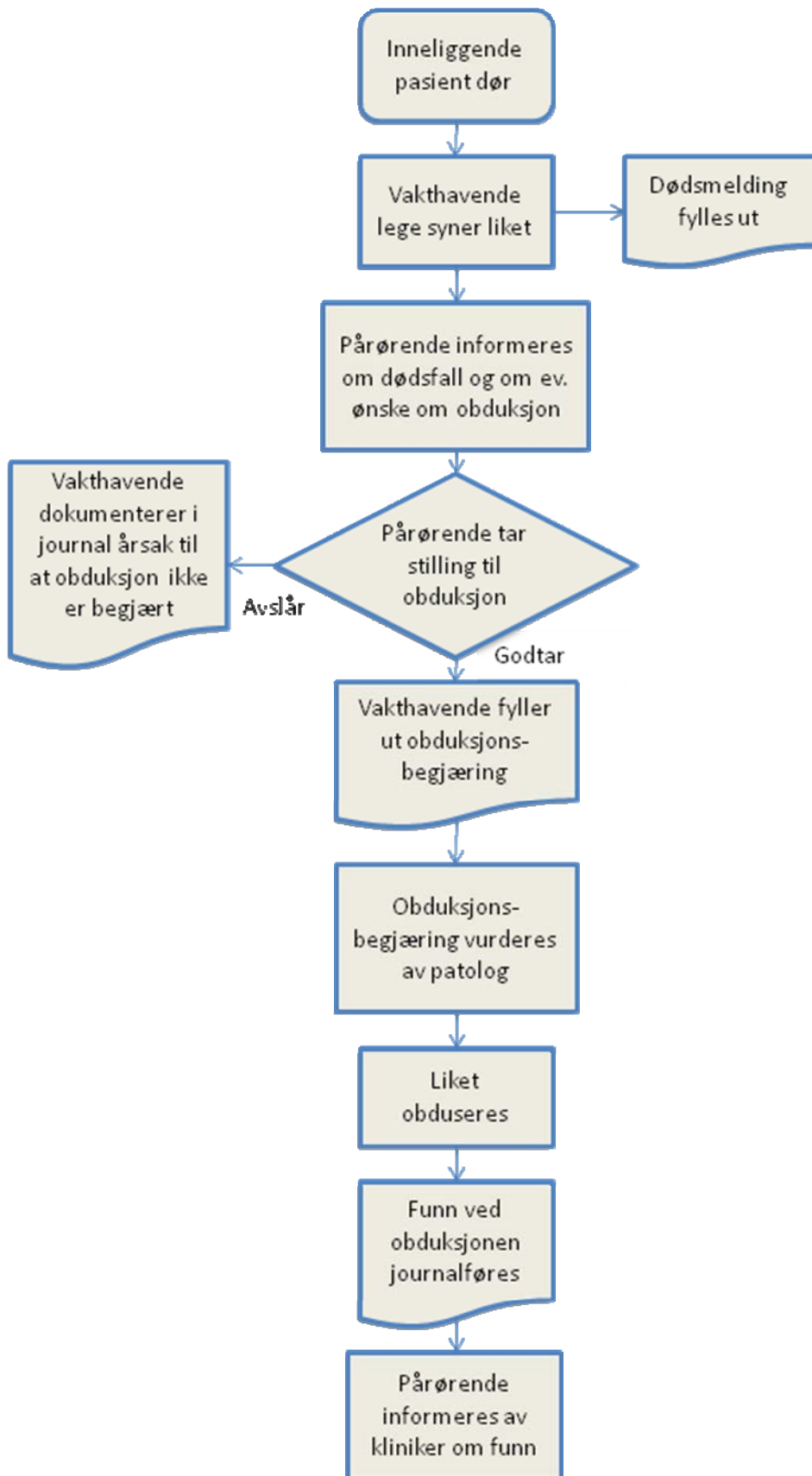
Vi har valgt å bruke UUS som utgangspunkt for oppgaven vår. I samtaler med overleger ved avdelingene for geriatri, infeksjonsmedisin og nevrokirurgi kommer det fram at det ikke foreligger noen generell prosedyre for vakthavende leges oppgaver ved et dødsfall. En slik prosedyre er i så fall ikke kjent av klinikerne eller tilgjengelig i verken gjeldende elektroniske eller manuelle håndbøker. Retningslinjer for eventuell organdonasjon er tilgjengelig lett tilgjengelig.

Den enkelte avdelings praksis knyttet til obduksjon viser seg derfor å være tuftet på en kollektiv eller individuell skjønnsvurdering fra pasient til pasient. I de tilfellene der det blir valgt å begjære obduksjon er det typisk at det er knyttet usikkerhet til årsaken til pasientens lidelser og død. Både kliniker og pårørende kan være pådrivere til dette. Men også i disse tilfellene kan vanlig obduksjon bli valgt bort til fordel for eksempelvis radiologiske undersøkelser *post mortem*. Dermed er det naturlig med en variasjon mellom avdelingene rundt obduksjonspraksis. Indremedisinske og infeksjonsmedisinske dødsfall vil som eksempel ofte kunne by på større faglige utfordringer rundt spørsmål om årsakssammenheng enn nevrokirurgiske, der moderne MR- og CT-maskiner gir relativt sikre diagnoser. Ved infeksjonsmedisinsk avdeling gis det uttrykk for at en i utgangspunktet begjærer obduksjon ved alle dødsfall, men at et rådende inntrykk er at få blir prioritert til obduksjon av patologene uansett. Dette hevdes å senke motivasjonen hos kliniker for å ta den jobben som kreves av papirarbeid og mulige ekstra samtaler med pårørende. Det nevnes også at det ikke er uvanlig å ta

telefonisk kontakt med patologen i tilfeller der det er særskilt interessant å få utført en obduksjon. Alle former for skjønnsvurderinger settes selvfølgelig til side ved dødsfall etter ulykker eller ved andre forhold der en rettsmedisinsk undersøkelse er påkrevd.

For å kartlegge obduksjonstallene ved Ullevål Univeritetssykehus hadde vi et møte med Jan Mæhlen. Han har lang fartstid innen faget og har engasjert seg i problematikken rundt lave obduksjonsrater. Ifølge tall vi får av han ble det på dette sykehuset i 2008 foretatt 344 obduksjoner derav 122 på barn. I dette materialet er det ikke dokumentert hvor mange pasienter som totalt døde eller hvorfor det ikke har blitt utført obduksjon for den majoriteten der dette er tilfelle. En obduksjonsrate synes derfor å være vanskelig å framskaffe.

For bedre å forstå hele prosessen fra dødsfall til utført obduksjon har vi laget et flytdiagram. Dette diagrammet viser hvordan gangen overveiende går med dagens praksis. Diagrammet visualiserer også på en lettfattelig og oversiktlig måte hvor de nedenfor foreslåtte tiltak blir gjeldende.



INDIKATORVALG

Av grunner som kommer frem i det videre av teksten har vi valgt å bruke én hovedindikator for selve problemstillingen som svarer til målsetningen og én prosessindikator som brukes i evaluering av et kvalitetsforbedringsprosjekt som kan følge av forarbeidet som vi har gjort.

MÅL

Øke frekvensen av sykehusobduksjoner.

HOVEDINDIKATOR

Andelen dødsfall i sykehus som ender i sykehusobduksjon, samt en vurdering av det faktiske antall obduksjoner som gjennomføres ved UUS. Antallet er tatt med som et vurderingspunkt på grunn av dets praktiske betydning for UUS sitt undervisnings – og utdanningsansvar.

PROSESSINDIKATOR

Andelen dødsfall der sjekkliste er utfylt og ny retningslinje er fulgt for vurdering av obduksjon.

AD HOVEDINDIKATOR

Vi har valgt andel sykehusobduksjoner utført som indikator for forbedringstiltaket. Dette blir allerede registrert, så det blir lett å følge resultatet.

Denne indikatoren er gyldig. Den måler det vi ønsker å måle, i den forstand at den måler om andelen sykehusobduksjoner øker etter at vårt tiltak er satt inn. Indikatoren er pålitelig, da den baserer seg på registrerte fakta, og hendelsene måles likt over tid. Denne indikatoren er svært sensitiv og vil fange opp en økning/reduksjon i andelen som blir obdusert, og det er ingen sårbarhet i sensitiviteten da andelen er lett å måle. Når det gjelder spesifisitet, har vi ingen garanti for at ikke andre eksterne faktorer enn vårt tiltak kan påvirke utvikling.

Eksempler på andre faktorer kan være informasjon og påvirkning fra pasientforeninger og media.

Alternativt kan en vurdere forbedringen en økt obduksjonsrate fører til. Altså undersøkt om det ble færre gale kliniske diagnoser når obduksjonsraten ble økt. Dette er i motsetning mye vanskeligere å måle. Det blir lavere sensitivitet da en først må ha en signifikant økning i obduksjonsraten samt en signifikant bedring i de kliniske diagnosene. Dessuten er antall utførte obduksjoner nå så lavt at det er usikkert om en eventuell forbedring da ville være pga av at flere obduseres (flere mere opplagte kliniske diagnoser) eller om det er en reel forbedring av de kliniske diagnosene. I tillegg er det flere positive sider ved obduksjon f.eks. bedre undervisning og opplæring av studenter og patologer som ville være vanskelig å måle.

BEGRUNNET TILTAK

Vi har tenkt ut flere muligheter til tiltak for å øke obduksjonsraten. Tiltak kan være rettet mot flere nivåer som har regulerende og administrativt ansvar for tjenesten og disse vil bli utdypet senere:

- Politisk: endring av lover, forskrifter og retningslinjer.
- Øke bevissthet og holdninger i befolkningen generelt gjennom informasjon: I helseinstitusjoner, på legekantor eller gjennom media
- Helsepersonell/institusjoner:

Rammene for denne oppgaven, som vi kommer inn på senere, var tiltak rettet mot helsepersonell/institusjoner.

Patologene mente at manglende rutiner og tilfeldige avgjørelser var en viktig grunn til lav obduksjonsrate. Etter samtale med overleger ved avdelingene for geriatri, infeksjonsmedisin og nevrokirurgi kom det også frem at det ikke forelå noen generell prosedyre for vakthavende leges oppgaver ved et dødsfall. Vi mener at et tiltak som kan øke obduksjonsraten er å innføre en retningslinje som sikrer at det faktisk vil bli vurdert om obduksjon skal utføres ved ethvert dødsfall.

FORSLAG TIL RETNINGSLINJE:

Ved dødsfall i sykehuset skal vakthavende lege alltid vurdere om obduksjon skal rekvireres. Dersom obduksjon ikke blir rekvirert skal det være nøye vurdert og årsaken skal begrunnes og dokumenteres.

Et slikt tiltak bør være relativt enkelt å gjennomføre da det retter seg på ledelsesnivået i systemet. Når det er klart dokumentert at høyre obduksjonsrate gir bedre kvalitet på behandling koster det lite ekstra for avdelningen å innføre en slik i forhold til utbyttet. Undersøkelser har vist at 10 % har en så signifikant feildiagnostisering at man kunne forvente overlevelse hvis den kliniske diagnosen hadde vært riktig.

For å kontrollere at den nye prosedyren følges ønsker vi at en sjekkliste skal utfylles ved hvert dødsfall i en 6 måneders periode etter innføringen av retningslinjen. Dette vil gjøre det enklere for oss i ettertid å undersøke om retningslinjen har blitt fulgt samt at det vil minne legene på at prosedyren skal gjennomføres.

I en travel sykehushverdag ser vi for oss at vi kan møte motstand blant legene mot økte krav til dokumentasjon. Kan tenke oss at legene også kan kvie seg mot å oftere måtte ta opp obduksjonsspørsmålet med pasienten, spesielt når pasient dør om natten. Men på den annen side vil det være lettere for vakthavende lege alltid å ha en fast prosedyre som skal følges ved dødsfall.

Alternativt forslag var at det alltid automatisk rekvireres obduksjon, så er det opptil patologen å avgjøre om obduksjon skal utføres eller ikke. Patologen er kanskje mer erfaren med når dødsårsaken

funnet ved obduksjon avviker fra den kliniske diagnosen. Men vi anså dette som mer ressurskrevende da patologen da eventuelt måtte sette seg inn i alle sykdomsforløp til folk som dør på sykehus. Klinikeren kjenner jo pasientforløpet vanligvis på forhånd. I tillegg blir det mer jobb for klinikeren for da må han alltid ta samtale om obduksjon med pårørende.

Vi har tenkt på flere virkemidler for at retningslinjen skal godtas av legene og lette gjennomføringen:

- En påminnelse i datasystemet ved dødsfall
- Informasjon om betydning og informasjonen en får fra obduksjon på morgenmøter/internundervisning
- Rapport fra patolog på morgenmøter om resultatet av obduksjon, spesielt der dødsårsak påvist ved obduksjon avviker fra den kliniske diagnosen.
- En brosjyre å støtte seg til når legen skal spørre pårørende om obduksjon

PROSESS OG ORGANISERING FOR BEDRE PRAKSIS

Av det over mener vi at et forbedringstiltak i forhold til problemstillingen (fall i andel og antall sykehusobduksjoner med en rekke negative konsekvenser til følge) vil være å få på plass en retningslinje og en prosedyre ved UUS som sikrer at det gjøres en vurdering om obduksjon skal utføres slik at en kan få til en så høy obduksjonsrate ved sykehuset som overhodet mulig.

En ny retningslinje vil ikke i seg selv være nok til å nå målet, og som vi tidligere har pekt på vil måloppnåelse kun være et faktum ved at man gjennomfører en rekke tilleggstiltak som en del av et større kvalitetsforbedringsprosjekt.

I det over har vi skissert hvordan man kan gå frem for å utarbeide en ny retningslinje og under vil vi skissere hvordan man kan gå frem for å gjennomføre et slikt kvalitetsforbedringsprosjekt, deriblant vurdere utfordringer ved de ulike ledelsesnivåene som må inngå i en slik utforming. Deretter vil vi skissere hvordan man kunne gå fram for å gjennomføre selve implementeringen av denne nye retningslinjen.

Aktuelle ledelsesnivåer som inkluderes ved prosjekt med siktemål å forsøke å øke andelen utførte obduksjoner ved sykehus:

- Politisk
- Helse foretak
- Det enkelte sykehus – UUS
- Den enkelte avdeling med leder

- Den enkelte pasientansvarlige lege

Alle disse ledelsesnivåene spiller inn i den aktuelle problemstillingen, og det er ulike utfordringer knyttet til hvert enkelt nivå. Vi anser det som utenfor denne oppgavens rammer å diskutere problemer og utfordringer knyttet til de overordnede ledelsesnivåene, men en kort skisse av ansvarsforhold beskrives i det følgende:

Man kan selvsagt diskutere hvorvidt det politiske nivå er et ledelsesnivå i helsevesenet eller befinner seg på siden av tjenesten. Av praktiske grunner velger vi å sette det opp slik som over. På dette nivået kreves langsiktighet og evne og vilje til å formulere overordnede visjoner og målsetninger for tjenesten. Det er helt avgjørende for arbeidet i de lavere nivåer at det er gjort et tilstrekkelig og godt fundert arbeide med lovgivning og forskrifter. I tillegg hviler ansvaret for opplæring og presisering av meningsinnhold i de ulike lover og forskrifter ovenfor de enkelte foretak på dette nivået.

Foretakene spisser formuleringer av visjoner for tjenestens om skal gjennomføres i sitt område. Optimalt sett skal da ressurser og ansvar fordeles ut i fra disse visjonene og foretakene legger føringer på de enkelte sykehus i forhold til ressursbruk og effektivitetskrav.

Det enkelte sykehus, her UUS, har gjennom sin øverste ledelse ansvar for den drift og de tjenester organisasjonen tilbyr. I tillegg til å være lojal ovenfor de føringer som alt er lagt på driften og ressursbruk formulerer også dette nivået sin visjon for tjenestene den skal levere. Å lage en retningslinje vil for mange praktiske formål være å utforme en konkretisering av organisasjonens visjon for egen (fram)drift. Man kan se på en retningslinje av den typen vi skisserer over som en del av et strategidokument for en organisasjon da den legger føringer på ressursbruk og fokusområde for en del av organisasjonens drift.

Et forslag til retningslinje må derfor presenteres for organisasjonens øverste ledelse når forarbeidet er gjort som over.

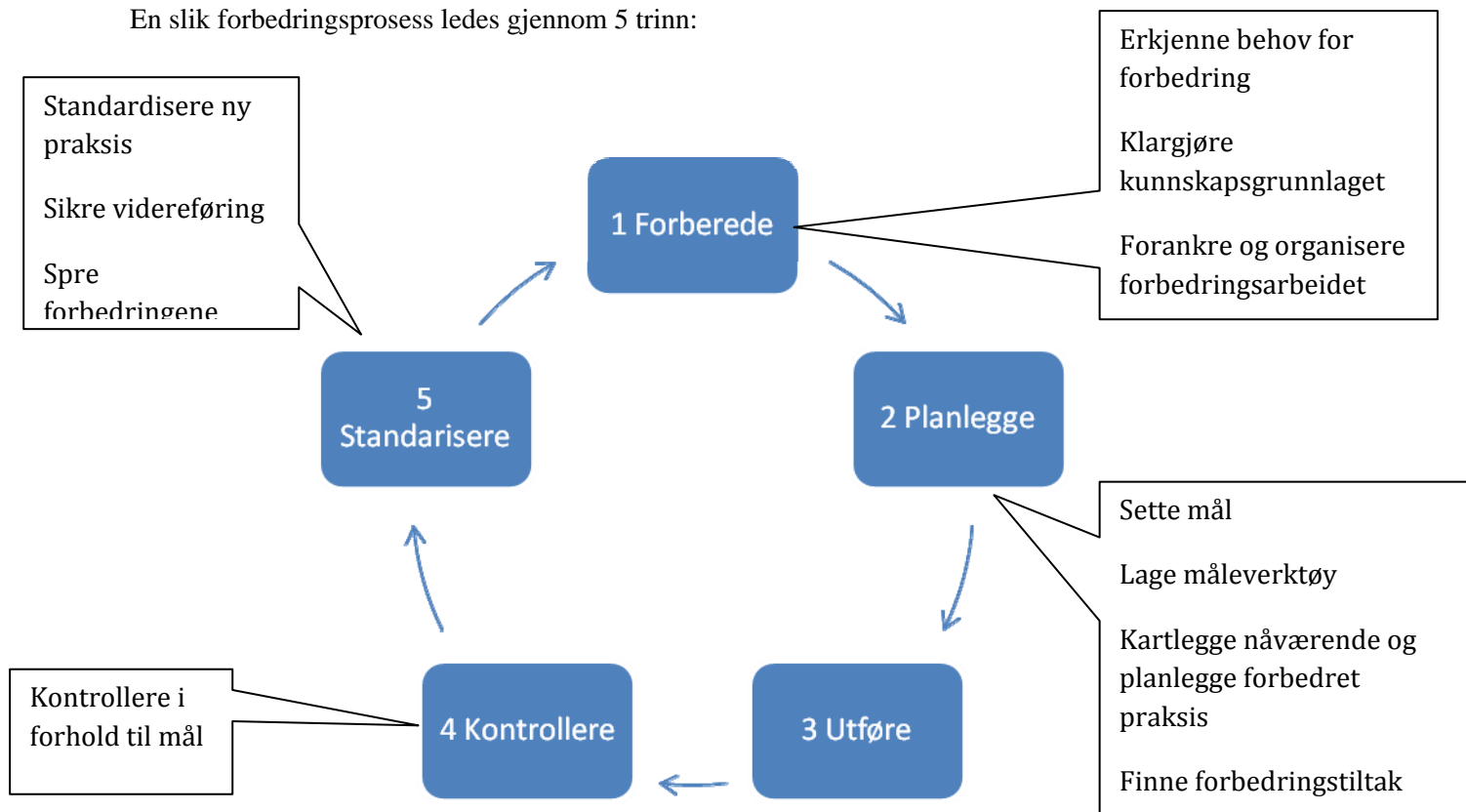
Sykehusets som kunnskapsorganisasjon bør forsøke å utføre en så høy andel obduksjoner som overhodet mulig ut i fra det pasientgrunnlag det har. En retningslinje som den vi foreslår, kan i prinsippet komme fra strategisk nivå i organisasjonen der det formuleres føringer som sikrer drift der obduksjonsratene opprettholdes.

IMPLEMENTERING OG EVALUERING AV NY RETNINGSLINJE

Vi foreslår å lage en retningslinje for gjennomføring av sykehusobduksjoner der vi ønsker en prosedyre som har til hensikt å sikre at slik obduksjon blir vurdert ved hvert enkelt dødsfall for om mulig å øke antall utførte obduksjoner. Visjonen for et slikt tiltak vil være at det ALLTID gjennomføres obduksjoner der det er INDIKASJON for det.

Videre har vi ovenfor pekt på at det kan være mange mulige årsaker til nedgangen i andelen utførte sykehusobduksjoner og at det er vanskelig å peke ut den eller de årsaker med størst innvirkning på dette. Det betyr for alle praktiske formål at det er vanskelig å vite hvilket tiltak som vil være best egnet til å nå målsetningen. I en slik situasjon kan det derfor være fornuftig å benytte en relativt standardisert metode som bygger på Langley og Nolands Metode for kvalitetsforbedring¹⁵ som gjør det mulig å teste ut ulike tiltak i forbedringsarbeidet.

En slik forbedringsprosess ledes gjennom 5 trinn:



Hentet fra Kunnskapssenterets publikasjon " ... og bedre skal det bli ved å involvere brukerne"¹⁶

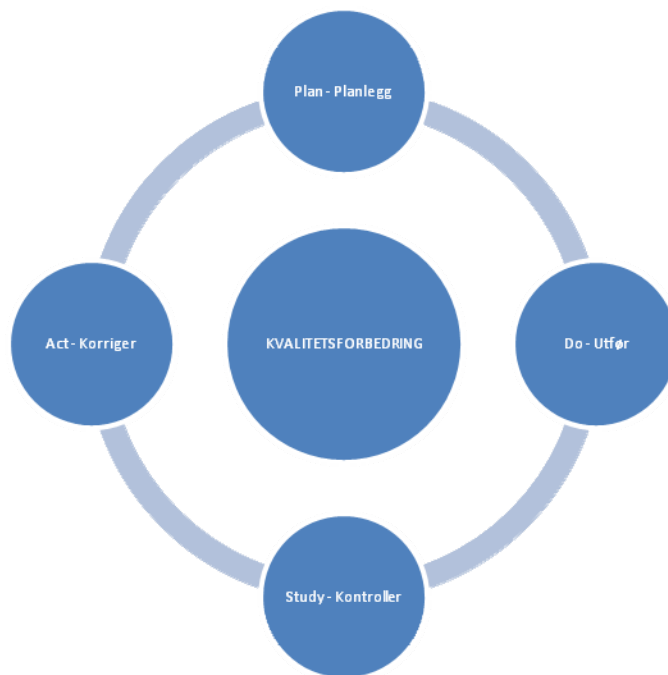
Å erkjenne behovet for forbedring av kvaliteten på et eller flere områder av tjenestene er utgangspunktet for alt forbedringsarbeide, og det har vist seg, og understrekes i Sosial og Helsedirektoratets publikasjon "Og bedre skal det bli"¹⁷ at det særlig er det første trinnet i prosessen som bør vektlegges og vies ekstra tid og ressurser.

Det finnes utallige metoder til bruk for arbeid med kvalitetsforbedring og gjennomføring av kvalitetsforbedringsprosjekter, men de har alle de samme elementene som de fem som er nevnt over.

Langley, Nolan & Nolan arbeidet med kvalitetsforbedring både på person –og organisasjonsnivå, og deres utgangspunkt var at forbedringer kommer gjennom å anvende kunnskap. De mener at det finnes tre grunnleggende spørsmål som utgjør grunnlaget for "Forbedringsmodellen" (Model for Improvement).¹⁸

1. Hva forsøker du å oppnå?
 - a. Skap et mål for forbedringsarbeidet
 - b. Hold innsatsen fokusert
2. Hvordan kan vi vite at en endring er en forbedring?
 - a. Finn kriterier/indikatorer for å vurdere hvorvidt endringen har ført til en forbedring.
All endring er ikke forbedring, men all forbedring krever endring.
 - b. Hvis kriteriene viser forbedring over tid, kan en anta at endringen er en forbedring.
3. Hvilke endringer kan vi gjøre som resulterer i en forbedring?
 - a. Planlegge en endring og teste den i liten skala
 - b. Man benytter neste trinn, PDSA-sirkelen for å forutsi effekten av endringen

Sosial og helsedirektoratet (SHDIR) benytter seg også av denne modellen når de beskriver metoder for kvalitetsforbedring. Etter at man har anvendt disse tre grunnspørsmålene på den gitte problemstillingen iverksetter man utprøving av tiltak gjennom å bruke trinnene i Demings sirkel, PDSA-sirkelen (Plan, Do, Study, Act).¹⁵



Denne metoden likner flere andre metoder for gjennomføring av prosjekter, men fortrinnet ved en slik syklisk metode er at den tillater småskala utprøving der hovedmål er en storskala implementering.

Dette er derfor en god grunn til å velde akkurat denne metoden i et prosjekt der det hersker usikkerhet om hva som er det optimale tiltaket.

I det videre vil vi derfor skissere hvordan en forbedringsprosess med tanke på implementering evaluering av den nye prosedyren vil kunne gjennomføres ved UUS. Forberedelse til prosjektet vil

sikre en ekte erkjennelse av forbedringsbehovet og skaffe kunnskapsgrunnlag for det videre arbeidet opp mot de som vil være utøvende ledd i prosjektet, nemlig ledelsen ved sykehuset. Planleggingsfasen omhandler utarbeidelse av den nye retningslinjen og prosedyren for å implementering som har aksept hos ledelsen. I neste fase, ”Utførelse” tester man rutinen hvorpå man gjennomfører kontroll og evaluering av den nye prosedyren, eventuelt legger til korreksjoner.

TRINN 1 – FORBEREDELSE

Dette er alt beskrevet i detalj under arbeidet over. Når arbeidet med kunnskapsgrunnlag og utforming av retningslinjeforslag er gjort er det nødvendig å ta kontakt med den øverste ledelsen ved sykehuset da det er denne som må anses å ”eie rettighetene” et eventuelt forbedringsprosjekt. Innføringen av retningslinjen i seg selv er ingen stor sak ressursmessig verken når det gjelder økonomi eller personell., men som vi tidligere har påpekt er akkurat dette en type retningslinje med innhold som kan tenkes å ligge innunder ”strategidokumentnivå” og, med potensielt store konsekvenser for ressursbruken ved sykehuset og på den måten kreves god kontakt og nøye avklaringer med toppledernivået før en prosjektleder kan utnevnes og få sitt mandat.

Toppledernivået vil mest sannsynlig ha innspill og ønske om å legge føringer på prosjektet og på grunn av de potensielt vidtrekkende ressursmessige konsekvensene.

TRINN 2 – PLANLEGGING (PLAN)

I denne fasen tar man kontakt med ledelsen og avtale møter der man presenterer prosjektet. I denne fasen er det avgjørende å identifisere alle sentrale personer på ledelses- og avdelingsnivå som bør delta.

Sentrale aktører i dette prosjektet foruten prosjektgruppen må inkludere sentrale aktører fra alle ledelsesnivåer (unntatt det politiske) og personer med fagkompetanse av spesiell interesse: personer fra den øverste ledelsen ved sykehuset inkludert personell med juridisk kompetanse, administrerende avdelingsledere, avdelingsoverleger og prosedyreansvarlige sykepleiere ved utvalgte avdelinger, sentrale personer fra Anatomisk - Patologisk avdeling og fra enheter med utdannings- og undervisningsansvar, samt tillitsvalgte eller andre representanter for de ansatte. Når det gjelder dette innledende møtet kan det være naturlig at en man har hatt kontakt med som nøkkelperson i forberedelsesarbeidet kommer med forslag til hvem som bør være til stede.

Før møtet bør man lage en kort beskrivelse av tema slik at alle får mulighet til å forberede seg. Under møtet bør følgende punkter gjennomgås:

- Beskrivelse av problemstilling og hypoteser
- Nøktern beskrivelse av kunnskapsgrunnlaget

- En oversikt over mulige årsaker til nedgangen og en kort drøfting av sikkerheten i disse sammenhengene
- Innspill fra partene
- Diskusjon om mulige løsninger og tiltak

For å komme videre herfra er man avhengig av at møtet konkluderer med at det eksisterer et forbedringsbehov og ledelse må uttrykke et ønske om forbedring.

- Presentere tiltak
- Presentere forslag til retningslinje

Også etter dette er det viktig med åpen diskusjon og innspill fra alle parter. Dette vil fungere som en runde to i arbeidet med å erkjenne behovet for forbedring. Det er fullt mulig at prosjektteamet har oversett elementer eller at andre parter kan vurdere problemstillingen fra andre perspektiv. Under denne delen av prosessen kommer alle med innspill til retningslinjen slik at den modifiseres på en måte som alle kan stille seg bak.

Planleggingsdelen av prosessen tar tid, og det er viktig å bruke tid her. Svein Arne Jessen ¹⁹ skriver i sin bok om prosjektledelse at *”Planlegging er ikke å forutsi fremtiden, men å styrke vår evne til å leve med både det forutsigbare og det uforutsigbare i fremtiden”*. Dette er alle parter mulighet til å skape et ”eieforhold” til prosjektet og det vil i senere faser gjøre utførelsen enklere. Jessen skriver også at *”planlegging er egentlig vår unike mulighet til å eksperimentere med våre ressurser uten ennå å utsette dem for virkelighetens problemer”*.

TRINN 3 – UTFØRING (DO)

Forutsatt at ledelsen ønsker å implementere vårt forslag til ny retningslinje (eventuelt en modifisert/endret utgave) og prosedyre for å ta denne i bruk bør en så starte informasjonsarbeidet til alle involverte. Hensikten med denne fasen er å sikre forståelse for og kunnskap om forbedringstiltaket.

Når man skal gjennomføre et slikt prosjekt hvor man er avhengig av at den enkelte utøver følger opp den nye retningslinjen må man gjøre et grundig arbeid med å informere og heve kunnskapsnivået. En leders kanskje viktigste funksjon i dette trinnet er å motivere sine medarbeidere til å ta i bruk retningslinjen, og det er bred enighet blant ledelsesforskere at det finnes klare forbindelseslinjer mellom motivasjon og jobbytelse. Opplevelse av mestring og kompetanseheving er to faktorer som anses å påvirke motivasjon og dermed jobbytelse og lojalitet ovenfor arbeidsoppgavene en er satt til å gjøre i stor grad. God informasjon og undervisning om emnet må derfor anses som hjørnesteiner og viktig suksessfaktorer for måloppnåelse.¹¹

Arbeidet til lederen for prosjektet vil i denne fasen for det meste bestå i å opprettholde god kontakt og dialog med de enkelte avdelingens ledelse og prosedyreansvarlige. Prosjektlederen vil også ta del i tilretteleggings- og informasjonsarbeidet.

Herunder kommer en rekke av de tilleggstiltak som vi nevnte tidligere i oppgaven:

- Allmøter
- Morgenmøter
- Internundervisning
- Brosjyrer

På avdelingsnivå vil det være den formelle ledelsesstrukturen som tas i bruk for å gjennomføre endringene. Her avhenger implementeringen av at de enkelte avdelingsledere og avdelingsoverleger kjenner sine avdelinger godt nok til å kunne iversettede de tiltak som de mener på den beste måten vil sikre at retningslinjen tas i bruk. Det blir disse som får ansvaret for å klargjøre strategier og prioriteringer.

Den som er prosedyreansvarlig ved avdelingen fungerer som ansvarshavende for implementeringen av at den nye retningslinjen tas i bruk. Fra prosjektleders hold kan det være gunstig å lage en sjekklister for å kunne kontrollere hvorvidt retningslinjen tas i bruk eller ikke. Et eksempel på sjekklister til bruk her vises i Vedlegg 1. Prosedyreansvarlig ved den enkelte avdeling har sammen med avdelingsoverlege ansvar for å håndtere innsamling av disse sjekklisterne.

PRAKTISK GJENNOMFØRING

- Prosedyre legges i prosedyremapper som er lett tilgjengelig. Informasjonsskriv og informasjonsmøter.
- Sjekklister plasseres i nærheten og lett tilgjengelig, for eksempel sammen med andre skjema legen har ansvar for å fylle ut.
- Det skal fylles ut sjekklister for bruk av retningslinjen ved hvert dødsfall.
- Prosedyreansvarlig samler inn sjekklisterne og overleverer til forbedringsprosjektteamet.

Vi vil foreslå at sjekklisterne brukes til registrering av retningslinjeetterlevelser de første 6 måneder etter innføring. Etter et halvt år vil vi regne med at prosedyren er godt innarbeidet ved de enkelte avdelinger.

TRINN 4 – KONTROLL (STUDY)

I kontrollfasen skal vi bruke tilleggsindikatoren (sjekklister for retningslinjeetterlevelse) for å følge arbeidet med implementering av den nye retningslinjen. Vi foreslår at man gjør statistikk på de innsamlede skjema etter 3 og 6 måneder. Da vil man kunne skaffe seg et bilde av om forarbeidet har

vært godt nok med tanke på å informasjon og presisering av viktighet. Dersom oversiktene som lages viser at implementeringen ikke går som den skal, må man gå tilbake og vurdere tiltakene og leder for forbedringsprosjektet har et overordnet ansvar for å følge opp dette ovenfor de enkelte avdelingsledere. Ved behov utvides tiden da man sjekker for tilleggindikator med 3 – 6 måneder.

Hovedindikatoren skal kontrolleres etter 12 måneder og da kan man også forsøke en foreløpig vurdering av forbedringstiltaket. Men som det vil fremgå av den enkle oppstillingen under, er man avhengig av at man har vært lojale ovenfor bruken av sjekklister for tilleggindikator å kunne vurdere dette. Man er altså helt avhengig av å følge prosessindikatoren for å kunne evaluere prosjektet og tiltakets riktighet.

Følgende scenarioer og vurdering av dem er mulige:

- 1) Retningslinje uformes og prosedyre innføres, ingen kontroll for hvorvidt prosedyren tas i bruk, ingen utvikling av obduksjonstall → Ikke-konklusivt
- 2) Retningslinje utformes og prosedyre innføres med kontroll av om prosedyren tas i bruk, ingen utvikling av obduksjonstall → Vurdere tiltakets verdi, velge annet forbedringstiltak
- 3) Retningslinje uformes og prosedyre innføres, ingen kontroll for hvorvidt prosedyren tas i bruk, økt antall obduksjoner → Ikke-konklusivt, fare for å feilslutte av tiltaket har hatt effekt og slå seg til ro med det som årsaksforklaring
- 4) Retningslinje utformes og prosedyre innføres med kontroll av om prosedyren tas i bruk, økt antall obduksjoner → Mulig sammenheng mellom tiltak og utvikling

TRINN 5 – KORRIGERE, STANDARDISERE OG FØLGE OPP (ACT)

I denne fasen skal tiltaket evalueres og eventuelt korrigeres. Man må benytte seg av data fra evalueringsmøte ved 3 og eventuelt 6 måneder for å gjøre dette. Av det over fremgår det at man kan begynne å vurdere hvorvidt man har lyktes i implementering av den nye retningslinjen ved 6 måneder, men at det først er etter 12 måneder at det er mulig å gjøre en vurdering av hvorvidt tiltaket har sin berettigelse som årsaksfaktor i de fallende obduksjonstallene.

12 måneder etter implementering av ny retningslinje bør man gjøre en evaluering der man spesielt vurderer valg av tiltak og om det har vært riktig og eventuelt om det er tilstrekkelig til å nå målsetningen om å øke antall obduksjoner.

For å sikre fremtidig oppfølging av etterlevelse av retningslinjen kan man ta stikkprøver ved bruk av sjekklister igjen. Det viktigste vil allikevel være å fortsette å vurdere utviklingen i både antall utførte obduksjoner, da dette har konsekvenser for blant annet undervisning og spesialistutdanning og andel utførte obduksjoner i forhold til antall dødsfall, da dette kan si oss noe om kvalitetsmålet for diagnostikken og det kliniske arbeidet som gjøres ved sykehuset.

DISKUSJON

Vi finner få gode argumenter for ikke å gjennomføre vårt kvalitetsforbedringsprosjekt. Det synes for oss som om kunnskapsgrunnlaget trekker sterkt i retning av at en slik forbedring som måloppnåelse vil gi her er ønskelig av flere ulike grunner. Prosjektet er ikke spesielt ressurskrevende, det er relativt enkelt å gjennomføre rent praktisk etter at det er blitt enighet om hvordan retningslinjen skal utformes og at den skal tas i bruk ved sykehuset. Selve implementeringen og kontrollen med denne er heller ikke nødvendigvis verken ressurs- eller tidkrevende og kontrollen besørges ved bruk av sjekklister (prosessindikator). Selv om antall involverte kan virke omfattende, er det bare noen få og veldefinerte ansvars- og ledelsesnivåer involvert, og dette letter arbeidet i betydelig grad.

Vi ser imidlertid for oss at planleggingsprosessen med godkjenning kan bli tidkrevende. Det er særlig én grunn til det, og det er som vi har påpekt at selv om prosjektet i seg selv er av relativt begrenset omfang er konsekvensene potensielt ressurskrevende, spesielt mht de økonomiske og mer langsiktige aspektene. Dette kan derfor kreve tid og ressurser i en slags ”modningsfase” for den øverste ledelsen, samt at det settes av tid hos kvalifisert personell til å foreta en økonomisk vurdering og kost-nytte analyser. Det siste har ligget utenfor vårt kompetanseområde og er derfor ikke vurdert i tilstrekkelig grad så langt.

Det er flere mulige årsaker til nedgangen som vi har sett, og det innebærer at det kan være flere tiltak som vil lede til måloppnåelse. Det er derfor en viss usikkerhet knyttet til valget av tiltak. Dette kan av flere grunner gjøre det nødvendig å gjennomføre et pilotprosjekt der en forsøker implementering av retningslinjeforslaget ved noen få avdelinger før man vurderer å gjøre det samme for hele UUS. Men som vi har skissert er den prosessen vi har valgt å bruke nærmest designet for akkurat dette formålet og vil kun innebære en forsinkelse på omlag 12 måneder for hele UUS dersom resultatet av pilotprosjektet viser seg å trekke i retning av at en ny retningslinje er et egnet tiltak for å nå målet om å øke obduksjonsraten generelt og tallet spesielt.

Det synes for oss som om kunnskapsgrunnlaget i svært sterk grad trekker i retning av at det både er ønskelig og mulig å gjøre noe med problemstillingen. Vi ønsker derfor å gjennomføre vårt kvalitetsforbedringsprosjekt.

VEDLEGG 1

SJEKKLISTE VED DØDSFALL PÅ INNELIGGENDE PASIENT

Etter at vakthavnede lege har synet liket skal det alltid vurderes om det skal begjæres obduksjon. Hvis obduksjon ikke begjæres skal årsak dokumenteres i pasientens journal. I en innkjøringsfase skal dette skjemaet fylles ut ved alle dødsfall. Ferdig utfylt skjema legges hos sekretær.

Pasientens navn,
personnummer
og adresse

Ja	Nei

Er melding om dødsfall/dødsattest fylt ut?

Er prosedyre ved dødsfall fulgt?

Dato og klokkeslett for dødsfall:

Vakthavende leges signatur og stempel:

-
- 1 Brev fra Universitets- og høgskolerådet datert 10/3/2008 med deres referanse: 08/127TRT
 - 2 Forskrift om obduksjon m.m 2004-03-19
 - 3 Sundar T, Sykehusobduksjon – Sterk tradisjon under press. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123:2746 - 9
 - 4 Shojania KG, Burton EC, McDonald KM, Goldman L. Changes in rates of autopsy-detected diagnostic errors over time: a systematic review. JAMA 2003; 289: 2849-56.
 - 5 Folkehelseinstituttet, Dødsårsaksregisteret: www.fhi.no
 - 6 Burton JL, Underwood J. Clinical, educational, and epidemiological value of autopsy. Lancet 2007; 369:1471-80. Ref # 1-8
 - 7 Engelstad E & Slettholm A. Trenger flere lik. Universitets onsdag 25.februar 2009, s.8
 - 8 Berget E et al. Færre sykehusobduksjoner – Lang svartid. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127:2800-2
 - 9 Bakken C. Sier ikke nei til obduksjon. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126:208
 - 10 Kongsvik LT. Informasjon til pårørende om obduksjon. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128:971
 - 11 Kaufmann G & Kaufmann A (2003) Psykologi i organisasjon og ledelse. 3. Utgave. Fagbokforlaget
 - 12 Ayoub Y T, Chow J. The conventional autopsy in modern medicine. J R SOC MED 2008; 101:177-181
 - 13 Autopsy: A tool for diagnosis and for education. Ann Intern Med 1998 Nov 15; 129 (10):844
 - 14 Roulson J et al. Discrepancies between clinical and autopsy diagnosis and the value of postmortem histology: a meta-analysis and review. Histopathology 2005; 47:551-559
 - 15 Sosial og helsedirektoratet: www.ogbedreskaldetbli.no/metoder_verktoy (27.mars 2009)
 - 16 Sosial og helsedirektoratet: www.ogbedreskaldetbli.no/237/2812_SHdir_SFK_Styrke_Brukeren_1_.pdf (30.mars 2009)
 - 17 Sosial og helsedirektoratet: http://www.ogbedreskaldetbli.no/237/IS-1162_4390a.pdf
 - 18 Studentoppgave om personlig forbedring: <http://student.hib.no/infotorg/veiledninger/pfp/PFP-arbeidsbok-studiestrategi.pdf>
 - 19 Jessen (Jessen, S.A (2008) Prosjektledelse trinn for trinn. En håndbok i ledelse av små og mellomstore prosjekter. 2. Utgave, Universitetsforlaget)