
En nasjonal strategi for obduksjoner mangler

DEBATT

GLENNY CECILIE ALFSEN

cecilie.alfsen@medisin.uio.no

Glenny Cecilie Alfsen er spesialist i patologi og førsteamanuensis emeritus, tidligere leder av faggruppe for obduksjonspatologi i Den norske patologforening samt stifter og tidligere leder av arbeidsgruppe for obduksjonspatologi i European Society of Pathology. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

GEIR SVERRE BRAUT

Geir Sverre Braut er spesialist i samfunnsmedisin, seniorrådgiver ved Stavanger universitetssjukehus og professor ved Høgskulen på Vestlandet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er medlem av fagrådet i Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten.

CHRISTIAN LYCKE ELLINGSEN

Christian Lycke Ellingsen er spesialist i patologi og seksjonsoverlege ved Avdeling for patologi, Stavanger universitetssjukehus. Han er leder av faggruppe for obduksjonspatologi i Den norske patologforening. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er leder av faggruppe for obduksjonspatologi i Den norske patologforening.

Dagens tilfeldige rekvisisjonspraksis og lave obduksjonstall tyder på at lovverket rundt kvalitetssikring av helsevesenet ikke etterfølges.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten omtaler plikten til å evaluere uønskede hendelser (1). Helsedirektoratet nevner ulike evalueringsmetoder, men vier ikke helsetjenestens viktigste kvalitetssikringsmetode ved død, den medisinske obduksjonen, ett ord (2).

Medisinske framskritt er ingen garanti for korrekt diagnose og behandling, og lave obduksjonsrater kan dessuten medføre en overestimert diagnostisk treffsikkerhet (3). En litteraturstudie fra 2003 viste at diagnostiske feil var korrelert til obduksjonsfrekvens, også etter korreksjon for synkende obduksjonstall (4). Ved en obduksjonsrate på 5 % ville man forvente alvorlige feildiagnoser i 24 % av obduksjonene. Feilratene har ikke endret seg vesentlig de siste tiårene (5).

Medisinske feil er et helseproblem

Det hevdes at 2–4 % av dødsfallene i USA skyldes medisinske feil (6). Dødelige feil i norske sykehus anslås i en studie å forekomme i 0,3 % av alle sykehusinnleggelses (7). Tallene er beheftet med usikkerhet, men det er enighet om at medisinske feil utgjør et helseproblem (8).

«Helsemyndighetene må nå på banen og klargjøre obduksjonstjenestens rolle»

Helsetilsynsloven og spesialisthelsetjenesteloven pålegger å varsle om dødsfall som kan skyldes medisinske feil eller uhell (9, 10). En stor andel rapporteres ikke, og problemet er internasjonalt (11, 12). At det er mangelfull etterfølgelse av lovverket, er intet nytt, men meldekulturen kan forbedres med enkle midler (13).

Medisinske obduksjoner utføres i dag sporadisk og tilfeldig og i et antall som er for lavt til å være av betydning for helsevesen, forskning eller statistikk. Synkende obduksjonsandeler vakte bekymring, og en ny obduksjonslov fra 2016 stadfestet derfor at leger har plikt til å vurdere obduksjon ved alle dødsfall, med kostnader dekket av det offentlige (14, 15). Loven framstår med en intensjon om at obduksjoner aktivt skal benyttes i kvalitetssikring av medisinsk virksomhet.

«Obduksjonsloven er ikke gjort allment kjent, og ingen kontrollerer om den blir etterfulgt»

Problemet er imidlertid at obduksjonsloven ikke er gjort allment kjent, og ingen kontrollerer om den blir etterfulgt. Helsemyndighetene må nå på banen og klargjøre obduksjonstjenestens rolle.

Hva er nødvendig?

Det er flere tiltak som må til for at obduksjonstjenesten skal kunne fylle sin tiltenkte rolle. Obduksjonsandelen må gjøres til en kvalitetsindikator i helsetjenesten (16). Kvalitetsavdelingene må samarbeide med obduksjonspatologene, som må integreres i det kliniske kvalitetsarbeidet.

Nasjonale retningslinjer for utvelgelse til obduksjon og gjennomføring må på plass. Den europeiske og den norske patologforeningen har publisert standarder, disse må løftes og gjøres forpliktende (17, 18).

Den medisinske obduksjonspatologien må dessuten styrkes faglig. Subspesialisering må vurderes og ses i sammenheng med organisering og faglig styrking også av de rettsmedisinske obduksjonstjenestene (19, 20).

Obduksjonstjenestene må kvalitetssikres, både med hensyn til gjennomføring og rapportering. Lange svartider er et av flere problem som må løses (21). Et sentralt organ for overvåking av medisinsk obduksjonsvirksomhet kunne ligge under Dødsårsaksregisteret.

Oppgradering av fasiliteter er kritisk. Norge har ingen obduksjonssaler for agens ved smitterisikogruppe 3, for eksempel tuberkulose eller SARS-CoV-2, og smitterisikoobduksjoner utføres med «forsterkede» arbeidsprosedyrer (22). Tilgang til alle nødvendige spesialundersøkelser og mulighet for demonstrasjon av funn ved videooverføring må sikres.

Det er på høy tid at sentrale helsemyndigheter tar i bruk obduksjonsverktøyet. Skandaleoppslag om feil i helsetjenesten fører regelmessig til krav om mer effektive tilsynsordninger. At det allerede eksisterer fullverdige kvalitetssikringsordninger som ikke benyttes, er den egentlige skandalen.

REFERENCES

1. FOR-2016-10-28-1250. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten. <https://lovdata.no/forskrift/2016-10-28-1250> Lest 19.1.2022.
2. Helsedirektoratet. Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/evaluere#paragraf-8e-gjennomga-avvik-og-uonskede-hendelser-praktisk> Lest 19.1.2022.
3. Shojania KG, Burton EC, McDonald KM et al. Overestimation of clinical diagnostic performance caused by low necropsy rates. *Qual Saf Health Care* 2005; 14: 408–13. [PubMed][CrossRef]
4. Shojania KG, Burton EC, McDonald KM et al. Changes in rates of autopsy-detected diagnostic errors over time: a systematic review. *JAMA* 2003; 289: 2849–56. [PubMed][CrossRef]

5. Sanchez H, Chamberlin G. Utilizing the autopsy for quality improvement. I: Hooper JE, Williamson AK, red. Autopsies in the 21st century. Basel: Springer Nature Switzerland, 2019: 19–38.
6. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. red. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academies Press, 2000.
7. Deilkås ET, Risberg MB, Haugen M et al. Exploring similarities and differences in hospital adverse event rates between Norway and Sweden using Global Trigger Tool. *BMJ Open* 2017; 7: e012492. [PubMed][CrossRef]
8. Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ* 2016; 353: i2139. [PubMed][CrossRef]
9. LOV-2017-12-15-107. Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven). <https://lovdata.no/lov/2017-12-15-107> Lest 14.1.2022.
10. LOV-1999-07-02-61. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61> Lest 19.1.2022.
11. Huuse CF, Berg R, Norman MG et al. Fire av fem sykehushendelser varsles aldri. *VG* 14.11.2021. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/g6JB9B/fire-av-fem-alvorlige-sykehus-hendelser-varsles-aldri> Lest 19.1.2021.
12. Farley DO, Haviland A, Champagne S et al. Adverse-event-reporting practices by US hospitals: results of a national survey. *Qual Saf Health Care* 2008; 17: 416–23. [PubMed][CrossRef]
13. Alfsen GC, Lyckander LG, Lindboe AW et al. Kvalitetssikring ved dødsfall i sykehus. *Tidsskr Nor Legeforen* 2010; 130: 476–9. [PubMed][CrossRef]
14. NOU 2011: 21. Når døden tjener livet – et forslag til nye lover om transplantasjon, obduksjon og avgivelse av lik. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-21/id666923/> Lest 19.1.2022.
15. Prop. 38 L (2014–2015). Transplantasjonslov og obduksjonslov. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Prop-38-L-20142015/id2342856/> Lest 19.1.2022.
16. Helsedirektoratet. Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI). <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer> Lest 19.1.2022.
17. Den norske patologforening. Veileder i obduksjon, voksne. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/den-norske-patologforening/faggrupper/obduksjon/fagstoff/veileder-i-obduksjon-voksne/> Lest 19.1.2022.
18. Alfsen GC, Gulczyński J, Kholová I et al. Code of practice for medical autopsies: a minimum standard position paper for pathology departments

performing medical (hospital) autopsies in adults. *Virchows Arch* 2022; 480: 509–17. [PubMed][CrossRef]

19. van den Tweel JG. Autopsy pathology should become a recognised subspecialty. *Virchows Arch* 2008; 452: 585–7. [PubMed][CrossRef]

20. Williamson AK. Evolving autopsy practice models. I: Hooper JE, Williamson AK, red. *Autopsies in the 21st century*. Basel: Springer Nature Switzerland, 2019: 57–76.

21. Eng HM, Bie RB, Skjulsvik AJ et al. Kvaliteten på medisinske obduksjonsrapporter. *Tidsskr Nor Legeforen* 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.20.1000. [PubMed][CrossRef]

22. Arbeidstilsynet. Forskrift om tiltaks- og grenseverdier. Vedlegg 2: Liste over klassifiserte biologiske faktorer (smitterisikogrupper). <https://www.arbeidstilsynet.no/regelverk/forskrifter/forskrift-om-tiltaks--og-grenseverdier/vedlegg/2/> Lest 19.1.2022.

Publisert: 20. mai 2022. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0061

Mottatt 23.1.2022, første revisjon innsendt 11.3.2022, godkjent 7.4.2022.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 15. juni 2026.