
Dette kan vi lære av de døde

ESSAY

IDA KATHRINE GRAVENSTEEN

idagra@ous-hf.no

Ida Kathrine Gravensteen er overlege i rettspatologi og klinisk rettsmedisin ved Avdeling for rettsmedisinske fag, Oslo universitetssykehus og førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo. Hun formidler rettsmedisin og medisinsk populærvitenskap i podkaster og sosiale medier.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun er forfatter av den populærvitenskapelige boken «Hva vi levende kan lære av de døde – fortellinger fra obduksjonssalen», med tematikk som essayet er basert på.

Moderne medisin er bygget lag på lag av kunnskap hentet fra døde kropp. Hva risikerer vi å miste dersom vi vender oss bort fra obduksjonssalen?



Det begynner i en kjeller. En trapp ned fra dagslyset og bråket fra byggearbeidene rundt Rikshospitalet. Gjennom tunge branndører, forbi en hylle med grønne gummistøvler og blå plastforklær, inn i et rom med skarpt lys, som til forveksling ligner en operasjonssal. Men lukten av rengjøringsmiddel blandet med en karakteristisk søtlig eim avslører at det ikke er de levende som er pasientene her.

Skallesagen står i hjørnet, og skarpe instrumenter er sirlig lagt frem på disseksjonsbordet: skalpeller, sakser, sonder, øse, organkniv. Kroppen som skal undersøkes, venter stille på den blanke stålbenken.

Det er ingen dramatik her inne. Ingen hevede stemmer. Bare systematisk arbeid med skisser, diktafon og kniven i hånden. Disseksjonssalen og obduksjonssalen er relativt likt utformet, og på et tidspunkt i karrieren har vi alle vært leger for de døde. Noen av oss slutter aldri å være det (1).

Å se med egne øyne

Grenseoppgangen mellom liv og død er ikke bare et filosofisk spørsmål. Den er en praktisk og medisinsk nødvendighet. Når skal vi behandle, og når er det på tide å avslutte? Når er døden et faktum? Når kan et menneske legges på kjølerom, klargjøres for begravelse – eller donasjon av organer som gir andre en ny sjanse til liv? For å kunne svare på dette har vi måttet forstå døden fysisk, konkret og håndfast.

Det greske ordet *autopsi* betyr «å se med egne øyne» (2) og rommer en rettesnor som strekker seg langt ut over kjellerlokalet der jeg jobber: Å ikke nøye seg med kvalifiserte gjetninger. Å ikke anta den mest sannsynlige diagnosen, men faktisk åpne opp og undersøke.

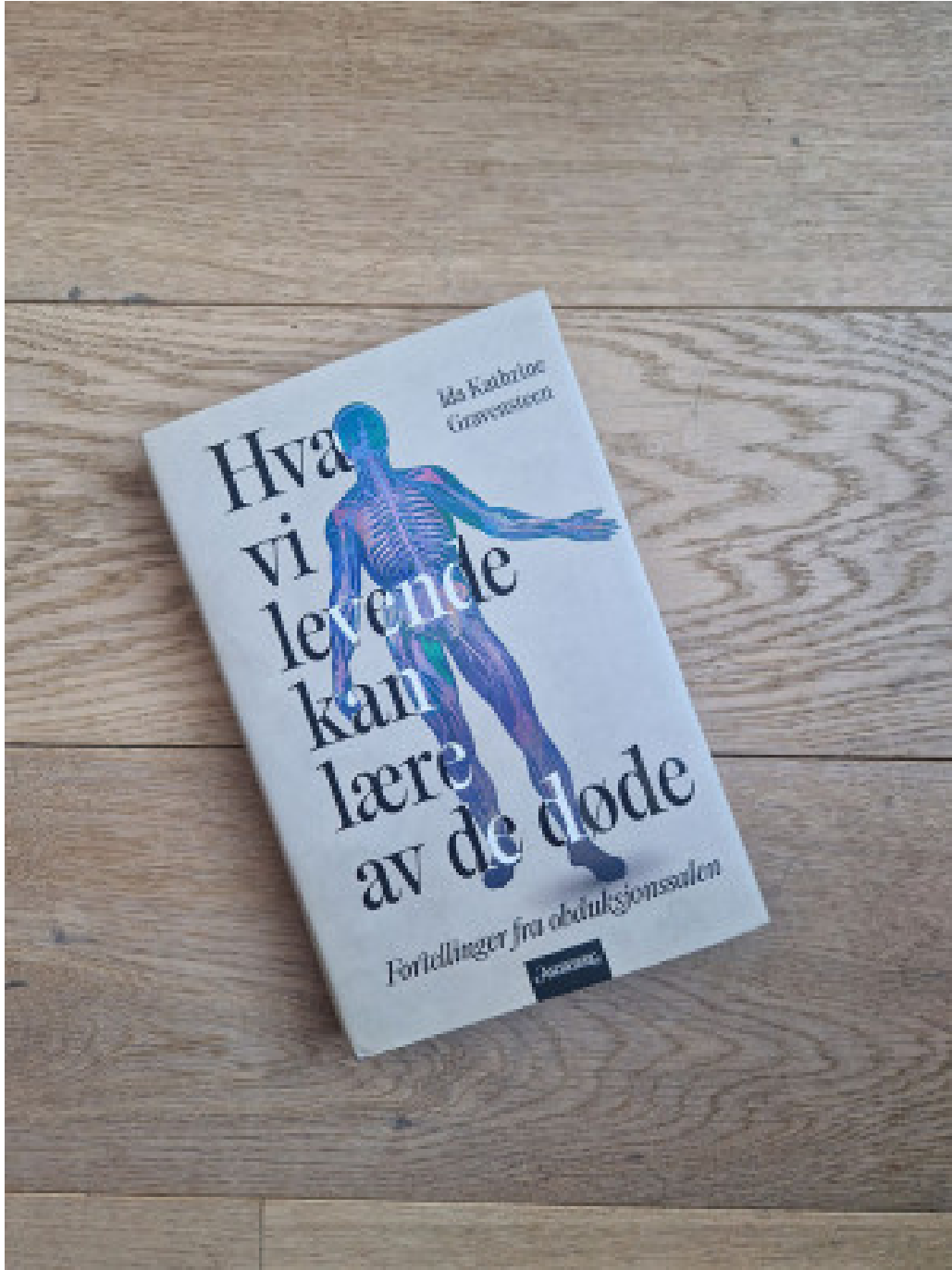
Dette er ikke nytt. Moderne medisin står på skuldrene til døde kropp. Kunnskapen om kroppens oppbygning, organenes funksjoner, sykdommenes uttrykk og skademekanismer er frembrakt fordi noen har brettet opp ermene, fått blod på hendene.

«Kunnskapen om kroppens oppbygning, organenes funksjoner, sykdommenes uttrykk og skademekanismer er frembrakt fordi noen har brettet opp ermene, fått blod på hendene»

Den første sakkyndige likundersøkelsen som er nedtegnet, sies å være av Julius Cæsar i år 44 fvt. (3). Forrådt og drept av sine allierte ble han undersøkt av sin livlege, som nøye inspiserte de 23 stikkskadene. Kun ett av dolkestikkene hadde vært dødelig. Det hadde penetrert brystkassen og skåret gjennom hovedpulsåren.

Medisinens korrektiv

I klinikken lever vi med sannsynligheter. Vi vurderer symptomer, tolker prøver, starter behandling. Ofte har vi rett. Noen ganger tar vi feil. De fleste feil oppdager vi ikke, fordi pasienten enten blir frisk – eller dør uten at det foretas videre undersøkelser.



Artikkelforfatterens bok «*Hva vi levende kan lære av de døde – fortellinger fra obduksjonssalen*». Utgitt på Aschehoug, 2025.

Obduksjonen er medisinens mest direkte korrektiv. Den gir oss anledning til å sammenholde det vi trodde med det som faktisk forelå. En lungeemboli som ikke ble mistenkt.

En aortadisseksjon tolket som muskelsmerter. En blodforgiftning skjult bak demenssymptomer. Ofte bekrefter obduksjonen den kliniske vurderingen. Andre ganger korrigeres den. Dette er ikke et oppgjør med klinikeren. Det er en forlengelse av klinisk praksis.

Men selv ikke en obduksjon kan blottlegge alle sannheter. Hjertet kan se normalt ut etter en fatal rytmeforstyrrelse. Hjernen kan være uten synlige tegn på et dødelig epileptisk anfall. Selv når alle kroppens hulrom er blottlagt, hulorganer klippet opp og parenkymatøse organer skåret i skiver, finnes det grenser for hva vi kan finne ut – dersom forskningen og fagutviklingen ikke får fortsette.

Gjennom historien har obduksjonen både opplyst og forledet. Fra 1600-tallet og flere århundrer fremover ble den såkalte lungeflyteprøven brukt for å avgjøre om et nyfødt barn hadde levd etter fødselen (4). Fløt lungene i vann, tydet det på at barnet hadde trukket pusten utenfor livmoren, og moren kunne anklages for barnedrap. Metoden fremsto naturvitenskapelig og objektiv og var en forbedring fra tidligere praksis, der anklagen alene kunne sikre en henrettelse. Senere forsto man hvor usikker den var.

«Fløt lungene i vann, tydet det på at barnet hadde trukket pusten utenfor livmoren, og moren kunne anklages for barnedrap»

Historien minner oss om at også obduksjonsfunn må tolkes med varsomhet. Funnene er ikke ufeilbarlige. De er avhengige av kunnskap, metoder, ydmykhet og viljen til å stille spørsmål også ved egne konklusjoner.

Samtidig har systematiske likundersøkelser reddet liv. På 1980-tallet, da krybbedødsepidemien nådde sitt toppunkt, ga gjennomgang av obduksjonsfunn, sykehistorie og dødsstedsundersøkelser grunnlag for anbefalingen om ryngleie hos spedbarn. Dødeligheten falt betydelig (5).

Er det ikke tungt?

Spørsmålet jeg oftest får, er dette: Er det ikke fryktelig tungt å jobbe med dette? Hvorfor velge å være lege for de døde når man kan vie yrkeslivet til å redde de levende?

I en debrif med Kripos i fjor lærte jeg et mantra som har festet seg: Noen må faktisk gjøre denne jobben. Det kan like gjerne være oss. Det korte svaret er at det er meningsfylt. Obduksjonssalen er ikke et dystert rom befolket av kyniske mennesker. Det er en arbeidsplass. Vi diskuterer fag. Vi planlegger helgen. Noen ganger gråter vi. Så bretter vi opp ermene igjen.

Arbeid med døde kroppar krever ikke overmenneskelighet, men tilvenning. Det er som å trene en muskel. Etter et lengre fravær, i forbindelse med mammapermisjon, merket jeg hvor tydelig det brutale trådte frem igjen: De istykkerrevne kroppene, de blodige organene, det uopprettelige fraværet av liv. Men ganske raskt kom forankringen tilbake. Fokuset på oppgaven. Systematikken. Lagarbeidet.

Slik jeg ser det, er det tre forutsetninger for å overleve i dette faget: nysgjerrighet, engasjement og fellesskap.



Obduksjonsbord i kjelleren på Rikshospitalet. Foto: Ida Kathrine Gravensteen

Svarene på hva som *ikke* førte til døden, er vel så viktige. Som den middelaldrende mannen som døde etter at en fuktig kveld endte i et angivelig basketak. Kameraten husket lite og satt varetektsfengslet, siktet for drap. Vi lette etter skader, skallebrudd og hjernehinneblødning, tegn til vold. Det var sparsomt. Derimot fant vi et stort hjerteinfarkt med ruptur og tamponade. Ikke et drap. Ikke et selvmord. Ikke en feilbehandling. Bare et sett med uheldige tilfeldigheter.

«Svarene på hva som ikke førte til døden, er vel så viktige. Som den middelaldrende mannen som døde etter at en fuktig kveld endte i et angivelig basketak. Kameraten husket lite og satt varetektsfengslet, siktet for drap»

Min erfaring er at obduksjonen i de fleste tilfeller gir de svarene det faktisk er mulig å få.

En uavhengig kilde til kunnskap

Obduksjonen kan fremstå som et gammeldags ritual i en tid med høyteknologi og kunstig intelligens. Men nye pandemier vil komme. Ukjente rusmidler krysser grensene. Legemidler får uforutsette bivirkninger. Selvmords-, draps- og overdosetallene bølger opp og ned. Samfunnet endrer seg – og vi må fortsatt vite hva vi dør av.

Uten systematiske undersøkelser av døde mister vi en av våre mest uavhengige kilder til kunnskap. Hos oss spiller det liten rolle hvem den døde var. Kroppen forteller sin historie uavhengig av status og bakgrunn.

Obduksjoner handler ikke bare om rettssikkerhet, men også om folkehelse. Andelen plutselige og forebyggbare dødsfall – selvmord, trafikkulykker, overdoser, infeksjoner, plutselig hjertedød – er en termometer på hvordan det står til her i landet.

Medisin er kunsten å utsette døden, ikke å avskaffe den. For å gjøre det klokt må vi forstå hva som faktisk tar livet av oss – i detalj.

Mortui vivos docent. De døde lærer de levende.

Spørsmålet er ikke om vi skal dø.

Spørsmålet er hva vi velger å lære av det.

LITTERATUR

1. Gravensteen IK. Hva vi levende kan lære av de døde – fortellinger fra obduksjonssalen. Oslo: Aschehoug, 2025.
2. Roald B. Autopsi. Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/autopsi> Lest 5.1.2026.
3. Lundevall J. Rettsmedisinsk institutt 50 år. Oslo: Rettsmedisinsk institutt, Universitetet i Oslo, 1988: 6–7.
4. Alfsen CG, Ellingsen CL, Hernæs L. «Barnet har levet og aandet» – sakkyndighet ved døde nyfødte 1910–12. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2498–501. [PubMed][CrossRef]
5. Rognum TO, Opdal SH, Vege Å et al. Krybbedød. I: Rognum TO. Lærebok i rettsmedisin. Oslo: Gyldendal akademisk, 2010: 187–210.

Publisert: 23. mars 2026. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.26.0147
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 23. juni 2026.