

Helse- og omsorgsdepartementet

Pb 8011 Dep

0030 OSLO

Deres ref: 201200015  
Vår ref: 12/91-5/RELE/BJEG  
Dato: 28.05.2014

## Vedr. vårt høringsvar til NOU 2011: 21 Når døden tjener livet

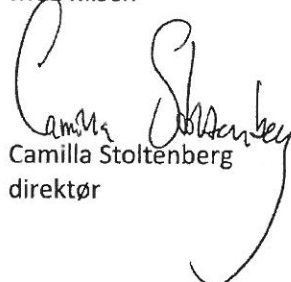
Nasjonalt folkehelseinstitutt viser til denne høringen og til vårt høringsvar av 7.5.2012. Diskusjoner internt som følge av siste tids medieoppslag har ført til at vi har hentet fram vår høringsuttalelse fra 2012. Noen av synspunktene fra den gang ønsker Folkehelseinstituttet nå å moderere. Dette gjelder forholdet til rettsmedisinske obduksjoner.

Det er til dels betydelige forskjeller på sykehusobduksjoner, som særlig er en kvalitetssikring av sykehusets diagnostikk og behandling, og rettsmedisinske obduksjoner, som har til primærformål å fastslå en dødsårsak og å gi en vurdering av skader og eventuelle sykelige forandringer opp mot et oppgitt hendelsesforløp. Dette betyr også at en rettsmedisinsk obduksjon ofte vil innebære et større repertoar av undersøkelsesmetoder. Om politiet begjærer en rettsmedisinsk obduksjon, innebærer det at det ikke kan utføres en sykehusobduksjon. Trass i disse forskjellene mener Folkehelseinstituttet nå at deler av den nye obduksjonsloven også bør gjelde rettsmedisinske obduksjoner, så langt forholdet til straffelovgivningen (straffeprosessloven og påtaleinstruksen særlig) gjør dette mulig.

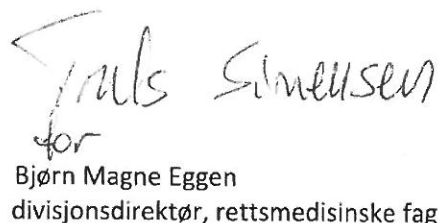
Videre mener vi at i den grad straffelovgivningen muliggjør forskning med utgangspunkt i rettsmedisinske obduksjoner, bør bestemmelsen i obduksjonsforskriften av 1. april 2004 om at de nærmeste pårørende skal informeres om at uttatt obduksjonsmateriale kan bli brukt til undervisning og forskning, gjøres gjeldende også for de rettsmedisinske obduksjonene, og da med tydeliggjøring av reservasjonsadgangen.

De øvrige momentene som er nevnt i vår høringsuttalelse fra mai 2014 har vi nå ingen supplerende eller korrigerende kommentarer til.

Med hilsen



Camilla Stoltenberg  
direktør



Bjørn Magne Eggen  
divisjonsdirektør, rettsmedisinske fag

Helse- og omsorgsdepartementet  
Pb 8011 Dep  
0030 OSLO

Deres ref: 201200015  
Vår ref: 12/91-4/REPA/TOOR  
Dato: 07.05.2012

## Høringssvar til NOU 2011: 21 Når døden tjener livet

Et nytt forslag til nye lover om transplantasjon, obduksjon og avgivelse av lik.

NOU 2011: 21 gir en god oversikt over historikken som ligger til grunn for den eksisterende lovgivningen. Utvalget foreslår å dele bestemmelsene som regulerer transplantasjon, obduksjon og bruk av lik til forskning og undervisning, i to lover. Argumentasjonen for denne delingen synes etter vår oppfatning ikke svært tungtveiende.

Bakgrunnen for en felles lov var de nye dødsriteriene som ble innført gjennom den eksisterende loven av 1973. Ved å innføre hjernedød som dødsriterium, ble tilgang på organer for transplantasjon enklere enn tidligere. Dette historiske faktum kunne vært brukt som et argument for å beholde én lov.

Ved å dele reguleringen av donasjon og obduksjon på to lover risikerer man en ytterligere «usynliggjøring» av obduksjonen som et viktig ledd i helsetjenesten. Dette er uheldig i og med at obduksjonshyppigheten har blitt systematisk nedprioritert de siste 30 årene.

### Forholdet til rettsmedisinske obduksjoner

I kapittel 9, avsnitt 9.3.4 heter det: *Ofte er det imidlertid ingen større forskjell i utførelsen av de to typer obduksjoner enn at den rettslige er rekvirert av politi.* Dette synspunktet kan vi ikke dele. En sykehusobduksjon er en form for kvalitetssikring av sykehusets diagnostikk og behandling. Her er alle funn av stor betydning, også mindre bifunn. En rettsmedisinsk obduksjon har til formål å fastslå en dødsårsak – og å gi en vurdering av skader og eventuelle sykelige forandringer opp mot et oppgitt hendelsesforløp. En rettsmedisinsk obduksjon vil ofte innebære et større repertoar av undersøkelsesmetoder: Radiologi, toksikologi, og av og til genetisk undersøkelse. En sykehusobduksjon kan heller ikke utføres dersom politiet begjærer rettsmedisinsk obduksjon.

Utvalget påpeker riktignok at rettsmedisinsk obduksjon er regulert i Straffeprosessloven §228 og Påtaleinstruksen §13. Likevel synes man å bagatellisere forskjeller mellom sykehusobduksjon og rettsmedisinsk obduksjon. I Påtaleinstruksen refereres 9 typer unaturlig død. Ved to av typene unaturlig død: drap og straffbar handling samt funn av ukjent lik skal politiet rekvirere rettsmedisinsk obduksjon, mens ved de øvrige 7, deriblant tilfeller av mulig sykehusfeil, bør politiet i alminnelighet sørge for at det gjøres rettsmedisinsk obduksjon. På

denne bakgrunn er det litt vanskelig å forstå utvalgets anbefaling om at deler av den nye obduksjonsloven også bør få gyldighet for rettsmedisinske obduksjoner. Utvalget hevder at denne felles gyldighet kan hjemle at utfyllende forskrifter til loven kan gjelde for rettsmedisinske obduksjoner «så langt det passer». Selv om kravet til respekt for avdøde og de pårørende er felles for begge typer obduksjoner, er det likevel noen viktige forskjeller; f.eks. det forhold at ved dødsfall på sykehus kan obduksjon nektes. Dette er ikke tilfelle ved rettsmedisinske obduksjoner. Riktignok står det i Påtaleinstruksen at ved unaturlig død som *ikke* innebærer drap eller ukjent identitet, bør pårørende *i alminnelighet* gis høve til å uttale seg. Politiet er imidlertid helt suverene når det gjelder å ta beslutning om obduksjon.

Det er også noen andre forhold som gjør at en felles forskrift kan bli vanskelig. Dette gjelder forskriften til Lov om transplantasjon, sykehusobduksjon og avgivelse av lik m.m. av 1. april 2004 der det kreves at de nærmeste pårørende skal informeres om at uttatt obduksjonsmateriale kan bli brukt til undervisning og forskning, og til fremstilling av biologiske produkt. Denne bestemmelsen kan av naturlige grunner vanskelig håndheves ved rettsmedisinske obduksjoner der politiet er rekvirent, og der obdusentene ikke har noen direkte mulighet til å kontakt pårørende.

Det er for øvrig å håpe at forskriftens formulering om bruk av materialet til «fremstilling av biologiske produkt» blir fjernet. Vi er ikke kjent med at det i dag benyttes vev fra obduksjoner til å fremstille kommersielle produkter. Dette skjedde i beskjeden grad for mer enn 25 år siden da man samlet hypofyser for fremstilling av veksthormon til behandling av veksthemmende barn. Veksthormon produseres i dag syntetisk.

Utvalget foreslår å ta bestemmelsen om å flytte reguleringen av bruk av vev fra provoserte aborterte fostre fra lovgivningen om transplantasjon og sykehusobduksjon. Vi er enig i at bruk av vev fra provoserte aborterte fostre til forskning har få felles trekk med ordinær organdonasjon.

Utvalget er delt i synet når det gjelder nærmeste pårørendes mulighet til å motsette seg organdonasjon. Et flertall mener at pårørende ikke kan motsette donasjon dersom avdøde har uttrykt ønske om at donasjon skal finne sted. Et mindretall i utvalget mener at de nærmeste pårørende skal kunne motsette seg donasjon på tross av avdødes ønske. Vi mener at avdødes ønske må respekteres og støtter flertallet i denne dissensen.

I kapittel 9, avsnitt 9.3.6 går utvalget inn på tiltak for å øke obduksjonsfrekvensen. Det pekes på at et universitetssykehus bør ha en obduksjonsfrekvens på minimum 30 % av dødsfallene. Man bør også innføre obduksjonsfrekvens som en nasjonal kvalitetsindikator. Dette er gode forslag som vi støtter.

I materialet som nylig er fremlagt hevdes det at det i Norge hvert år dør et tresifret antall pasienter på grunn av feilbehandling i sykehus. På denne bakgrunn burde det innskjerpes at ved dødsfall der det er mistanke om behandlingsfeil, skal dødsfallene meldes til politiet som unaturlig død, og saken bør følgelig håndteres som en rettsmedisinsk obduksjon. I disse tilfellene bør sykehusets egne patologer av habilitetshensyn ikke være utførende obdusenter.

På slutten av 1990-tallet og begynnelsen av 2000-tallet skjedde det en sterk økning i antallet rettsmedisinske obduksjoner på bakgrunn av mulig sykehusfeil. Bare ved Rettsmedisinsk institutt i Oslo hadde man 140 slike obduksjoner i 2005. Antallet av slike obduksjoner har nå falt til ca 70 obduksjoner per år. For hele landet gjøres det 100 obduksjoner på bakgrunn av

mulige behandlingsfeil. Dette tallet er nok alt for lavt. Selv om vi er tvilende til påstanden om at mer enn 4000 pasienter dør ved norske sykehus hvert år som følge av feilbehandling, er det likevel gode grunner for å være mer liberale med å melde mulig feilbehandling til politiet. Politiet bør også *alltid* reagere med å begjære rettsmedisinsk obduksjon i disse tilfellene.

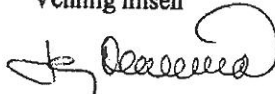
Den såkalte Benjamin-saken viser viktigheten av rettsmedisinske obduksjoner ved mulig feilbehandling. Politiet anså først at det ikke var behov for rettsmedisinsk obduksjon og godtok forklaringen om at Benjamin var død av lungeemboli. På grunn av påtrykk fra familien ble det likevel utført rettsmedisinsk obduksjon. Denne viste forgiftning med opiater. Det er blitt reist sak mot sykehuset for manglende overvåking av Benjamin etter kneoperasjonen.

Det foreslås å opprette en havarikommisjon som skal etterforske dødsfall i sykehus. Dette er muligens en god ide, men uten at det foreligger resultat av en rettsmedisinsk obduksjon, vil en havarikommisjon kunne bli lite kostnadseffektiv.

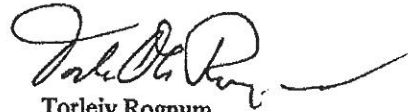
Utvalget peker i kapittel 9.9.3.6 på økonomiske virkemidler for å øke obduksjonstallet. Dette synspunktet støttes. Antall rettsmedisinske obduksjoner ble halvert da man gikk fra en sentral finansiering til en desentralisert finansiering via politidistriktene.

Dødsårsaksstatistikken i et land er en viktig helseindikator. For at den skal være valid må det være en obduksjonshyppighet på minst 25-30 % av alle dødsfall. I Norge er man nå nede i en obduksjonsfrekvens på 8 % av alle dødsfall. Dette betyr at dødsårsaksstatistikken i vårt land er lite egnet som grunnlag for prioritering av helseressurser.

Vennlig hilsen



Jørg Mørland  
divisjonsdirektør



Torleiv Rognum  
avdelingsdirektør