

Pårørendegruppen – unaturlige dødsfall i norske sykehus  
v/Unni Tobiassen Lie  
Bingsveien 393  
3330 SKOTSELV

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 – Dep.  
0030 OSLO

31. mars 2016

## **Høringsuttalelse til utredningen NOU 2015: 11 Med åpne kort – forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene**

Pårørendegruppen – unaturlige dødsfall i norske sykehus takker for anledningen til å komme med innspill og synspunkter på NOU 2015:11 Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene.

### **Innledning**

Etter at Pårørendegruppen startet arbeidet med å sette fokus på manglende ivaretagelse, involvering og rettigheter etter unaturlige dødsfall i norske sykehus, har vi sett flere positive endringer. Fra å være brysomme pårørende som ikke en gang ble regnet som part, har heldigvis både virksomheter, helsepersonell og tilsynsmyndigheter innrømmet at de pårørendes bidrag for å klarlegge fakta etter en alvorlig hendelse er av stor og avgjørende betydning. Selv om pårørende er sterkt følelsesmessig involvert, er det viktig at den usminkede sannheten kommer frem - uansett hvor brutal den kan være. Det har vært en altfor stor belastning i alle år at de pårørende får en følelse av at hverken virksomheter eller tilsynsmyndigheter tar dem på alvor.

### **Kap.7.2 Pasienter, brukere, pårørende; rettigheter, ivaretagelse og involvering**

På bakgrunn av våre og andres erfaringer hilser vi en bedre oppfølging og ivaretagelse av pasienter, brukere og pårørende, samt styrking av deres rettigheter, velkommen. Vi vil kommentere utvalgets ulike vurderinger og forslag som omhandler de nevnte gruppene, men vil understreke at disse bør involveres som gode informasjonskilder og en ressurs som kan gi et utfyllende perspektiv i gjennomgangen av en alvorlig hendelse. Dette gjelder både i kontakt med helseforetaket, tilsynsmyndigheten og påtalemyndigheten.

#### **7.2.3 Utvalgets tilrådninger om bedre ivaretagelse og involvering**

Å bli møtt med åpenhet og respekt fra helsepersonell og ledere er viktig når alvorlige hendelser har funnet sted. Det er viktig å etablere møtepunkter for de involverte parter kort tid etter hendelsen. Vi ønsker imidlertid å påpeke at pårørende i sjokk og sorg er i en svært sårbar fase kort tid etter hendelsen. Man er mest sannsynlig ikke i stand til å stille viktige relevante og kritiske spørsmål. Helsepersonellet kan også være i en sårbar situasjon fordi de kanskje har gjort feilvurderinger eller ikke har helt oversikt over hva som har skjedd.

Ut fra vår erfaring ser vi at helsepersonell kan være fristet til å innta en «forvarsposisjon» hvor det pyntes på sannheten for å dekke seg selv eller kolleger. Et møte mellom partene stiller svært store krav til ærlighet, redelighet og etikk. Vi mener derfor at objektive og uhildede fagpersoner bør komme inn for å delta i gjennomgangen. For eksempel burde pasient- og brukerombudene automatisk innkalles til et slikt møte.

Pasienter, brukere og pårørende vil først og fremst ha behov for å få fakta på bordet. Det skaper tillit

når det er åpenhet om hva som skjedde, hvorfor det skjedde og hva som gjøres for at det ikke skal skje igjen. Dette må være i alles interesse. Når dette har skjedd, er en oppriktig unnskyldning fra helsepersonell og ledere både viktig og riktig.

Når det gjelder de øvrige punktene i dette kapitlet vil vi komme tilbake til meldeordning, tilsyn, politietterforskning og straff senere i uttalelsen. Vi støtter utvalgsmedlem Bistrup som mener det er viktig å legge enda større vekt på innhenting av informasjon fra pårørende. Vi støtter også forslaget om fri rettshjelp.

### **Kap 7.3 Pasient- og brukerombudene**

Helse- og omsorgstjenestene er pålagt å informere om pasient- og brukerombudet ved skade og alvorlige hendelser. Vår erfaring er at dette gjøres i svært liten grad, og vi støtter tiltak for å gjøre ordningen bedre kjent, for eksempel via en folder/brosjyre som deles ut til pasienter og pårørende, med informasjon om hvilke muligheter/rettigheter de har og hvordan man kommer i kontakt. Vi mener pasient- og brukerombudene automatisk bør innkalles til møte mellom partene og der være tydelige i sin rolle som pårørendes representant.

Pasientombudene er i stor grad opptatt av dialogmøter, men de må ikke glemme at de er pårørendes talerør og må hjelpe videre i varsling av tilsynsmyndigheter. Generelt stiller vi oss noe spørrende til pasientombudenes rolle og arbeidsområde. Vi er også noe usikre på hva utvalget legger i at ombudet skal ha en nøytral rolle. Det er viktig at tilbudet er gratis og at det gjøres godt kjent for pårørende i en krisesituasjon. Når varslingsplikten er til stede ved §3.3a, bør pasientombudene automatisk varsles av virksomheten. De bør ha en mye mer aktiv rolle og innen rimelig tid etter hendelsen ta kontakte med pårørende – helst ta en telefon.

### **7.4. Ledelse, risikostyring og alvorlige hendelser**

"Dette må ikke skje igjen" - Pårørendegruppen merker seg at utvalget legger stor vekt på betydningen av ledelse for risikostyring og forebygging, og vi er selvfølgelig enig i at dette er helt avgjørende. Selv om det nå er foretatt en bred gjennomgang av forhold omkring ledelse og risikostyring, frykter vi dessverre at endringer av format krever mer enn forslagene fra Arianson-utvalget. Det er generelt mange ulike og gode forslag, men Pårørendegruppen mener den øverste politiske myndighet innen helse må kreve at det også skjer en stor kulturendring blant alle typer ledere og helsepersonell. Jamfør mange medieoppslag om ukultur og fryktkultur innen norsk helsevesen.

#### **7.4.2.2 Risiko og kompleksitet**

Det må ikke være en unnskyldning at både helsepersonell og pasienter vet det finnes en risiko. Man må tilstrebe å være så godt forberedt som overhodet mulig, hva gjelder både medisinsk kompetanse og medisinsk utstyr. Hvis personalet mener man ikke er godt nok forberedt, bemannet eller utstyrt må det være en plikt å melde fra og eventuelt avlyse/overføre til annet foretak som har bedre forutsetninger/er bedre kvalifiserte for å gjennomføre inngrepet. Dessverre erfarer Pårørendegruppen at de får henvendelser om alvorlige hendelser som nettopp kan ha sin årsak i ovennevnte forhold. Som det står i utvalgsrapporten: Økonomiske rammer må respekteres, men sparetiltak må ikke føre til at tjenestene blir uforsvarlige.

#### **7.4.3.1 Risikobeviste ledere på alle nivå – forebygging og håndtering**

Benjamin-saken – eksemplet som utvalget viser til, vitner om at det er veldig mye som kan forebygges eller hindres om det blir mer fokus på at rutiner og prosedyrer skal følges. Jamfør andre sektorer der sikkerhet er mye høyere prioritert og der det er helt uhørt å fravike retningslinjer og prosedyrer. Vi ser at det på andre samfunnsområder avstedkommer helt andre reaksjoner dersom enkeltpersoner bryter rutiner og prosedyrer.

### **7.4.3.2 Ledere som fremmer åpenhet og ansvarlighet**

Igjen bruker utvalget begrepet åpenhetskultur. Pårørendegruppen støtter spesielt dette punktet om at ledelsen må sørge for å fastslå om helsepersonell har opptrådd kritikkverdig. Vår erfaring er i hovedsak at ledere også kan gå i forsvarsposisjon og/eller lener seg tilbake og avventer tilsynsmyndighetenes gjennomgang. I stedet bør de raskt ta ansvar, sørge for en ærlig gjennomgang, være åpne – ikke dekke til og gjerne gi en beklagelse selv om skyldforhold ikke er avklart.

### **Kap 7.4.6 Utvalgets tilrådinger**

Vi er enig i utvalgets tilråding, men har dessverre ikke helt tillit til at åpenhet, ærlighet og «alle fakta på bordet» fungerer i praksis. At dette er en utfordring, vitner anonymiseringen av Meldeordningen om. Hva får oss til å tro at det vil være åpenhet og ærlighet omkring de svært alvorlige hendelsene, når det ikke er tillit til samme åpenhet om mindre alvorlige hendelser?

### **Internkontroll og læring**

Utvalget har i sin rapport valgt å nærme seg læring i et organisasjonsperspektiv, men virksomhetene må også være oppmerksomme på individfeil. Det er et ledelsesansvar å gripe inn og reagere overfor arbeidstaker som ikke har tilstrekkelig fagkompetanse eller som av andre grunner kan utgjøre en fare for pasientsikkerheten. Helseforetakene har et særskilt krav på seg, siden de i sin yrkesutøvelse holder «liv og død» mellom hendene.

### **Kap 7.5 Utdanning og opplæring av helsepersonell**

Det bør være gode systemer for rekruttering, opplæring, oppfølging og etterutdanning for alle ansatte. Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring bør også i større grad enn i dag integreres i helsepersonellutdanningen. Erfaringer fra pasienthistorier bør brukes mer i læringsøyemed.

### **Kap. 7.6 Meldeordninger**

Pårørendegruppen er usikre på om retten til å *melde* fra om uønskede hendelser vil kunne forveksles med retten til å *varsle* en alvorlig hendelse. Vi har betenkeligheter rundt meldeordningens effekt og mener det bør innhentes mer kunnskap om ordningen før man vurderer om den bør bestå eller utvides. Det har vært lite forskning omkring dette. Sintefs evaluering av Meldeordningen og tilbakemeldinger fra helsepersonell gir ingen entydige svar om at denne ordningen skaper læring. Innføringen av ordningen ble gjort uten særlig forutgående diskusjon. Sett i lys av hvor mange millioner ordningen koster, så mener vi Departementet må se nærmere på om det er mulig med en samordning med en ny undersøkelseskommissjon. Vi støtter for øvrig utvalgsmedlem Bistrup i hennes særmerknader og dissens.

### **Kap 7.6.3**

Pårørendegruppen mener plikten Kunnskapscenteret/Helsedirektoratet har til å varsle tilsynsmyndighetene ved mistanke om alvorlig systemsvikt bør bestå.

### **Kap 7.6.5 Melderett for pasienter/pårørende**

Vi er noe betenkt over retten til å melde ifra for pasienter/pårørende. Det kan medføre at pårørende vil tro at melding om en alvorlig hendelse vil bli gransket, noe den faktisk ikke vil utfra utvalgets anbefalinger. Den som melder vil heller ikke få noen tilbakemelding, og det kan føles meningsløst å melde uten at man får vite i etterkant hva som er gjort for å skape forbedring/ending.

### **Kap 7.6.6 Utvidelse av meldeordningen**

Pårørendegruppen støtter mindretallet som er uenig i at Meldeordningen utvides. Vi mener denne ordningen fører til at tilsynsmyndighetene går glipp av viktig kunnskap om mange alvorlige hendelser. Det er så stor forskjell på antall alvorlige hendelser som meldes anonymt til Kunnskapscenteret og som blir varslet undersøkelsesesenheten, at det kan tyde på at et ikke ubetydelig antall alvorlige

hendelser blir skjult i den anonyme meldeordningen. Dette har også vist seg ved henvendelser. Pårørendegruppen har fått fra andre pårørende om alvorlige unaturlige dødsfall som aldri er varslet tilsynsmyndigheten. Hvor er det da meldt?

### **KAP 7.7 Tilsyn og administrative reaksjoner**

Pårørendegruppen har merket seg at utvalget har stor tro på tilsynsmyndighetenes evne og mulighet til å granske alvorlige hendelser og finne ut hva har skjedd, hvorfor det har skjedd og hva som kan gjøres for å hindre at det skjer igjen. Som vi tidligere har påpekt er tilsynet stort sett basert på skriftlig korrespondanse med de aktuelle helseforetak. Vår erfaring er at informasjonen som rapporteres fra helseforetaket sjelden blir kvalitetssikret. Tilsynet etterspør sjelden mer informasjon, de oppsøker ikke det aktuelle sykehuset, samtaler ikke med involvert helsepersonell - til tross for at de har klare retningslinjer for dette i sin egen veileder.

Undersøkelsesenheten (tidl. utrykningsenheten fra 1.6.2010) jobber noe annerledes, men i praksis rykker de sjelden ut på meldinger fra helseforetak. Antallet undersøkelser der enheten reiser ut, er prosentvis svært lav. I 2014 mottok undersøkelsesenheten 414 varsler etter spesialisthelsetjenestens § 3-3a. I kun fem prosent av sakene ble det foretatt stedlig tilsyn. Pårørendegruppen mener dette ikke er tilfredsstillende tall. Det blir også meldt om svært lang saksbehandlingstid, noe som er belastende for pårørende og uheldig for læringen.

Pårørendegruppen er kritisk til at utvalget ikke har kommentert kvaliteten på evalueringen av utrykningsgruppen. Vi synes denne evalueringen er mangelfull. Allikevel valgte forrige regjering på bakgrunn av denne evalueringen å gjøre utrykningsgruppen, nå undersøkelsesenheten, permanent. Selv om undersøkelsesenheten nå har virket i snart seks år, ser vi at det som fortsatt er fokus er om det er begått lovbrudd av helsepersonell/virksomhet etter en alvorlig hendelse. En grundigere gjennomgang av bakenforliggende årsaker til den alvorlige hendelsen synes mindre prioritert. Her bør tilsynet få et tydeligere mandat for å endre sin praksis.

Pårørendegruppen støtter for øvrig utvalgets vurderinger i pkt 7.7.2.4 om tilsynsmyndighetens rolle og oppgaver. Allikevel vil vi gjenta vårt krav om at tilsynsmyndighetene skal undersøke alvorlige hendelser, ikke bare finne ut om plikter og krav er overholdt, men for å kartlegge hendelsesforløp og årsaksforhold fullt ut.

Når det gjelder læring etter tilsynets/undersøkelsesenhetens granskning, kan vi ikke se at den har vært av en slik art at nye alvorlige og lignende hendelser kan forebygges og hindres, verken i det aktuelle foretak eller andre. Måten Statens helsetilsyn offentliggjør sine rapporter på, mener vi heller ikke bidrar til den store læringseffekten. Det holder ikke at sakene kun er tilgjengelig på Statens helsetilsyns nettsider.

Utvalget har mange forslag som går på å styrke tilsynet både ved omorganisering/regionalisering og ved flere ressurser, men få forslag til tiltak som kan bidra til at virksomheter og helsepersonell kan lære noe av tilsynsrapportene. Helsetilsynet bør kunne ha en overordnet rolle i forhold til å skape læring og overføre kunnskap til helseforetakene på grunnlag av hendelsesbaserte tilsynsrapporter. Kunnskap bør også overføres til andre aktører som har med eksempelvis legemiddelhåndteringen å gjøre. Går for eksempel en tilsynsrapport som har med legemidler å gjøre til legemiddelverket? Om bedre læring vil Pårørendegruppen kommentere under Kap 7.9 Undersøkelseskommisjon.

De faktiske forhold må ligge til grunn - både for læringens del, men også for at helsetilsynet skal komme med de rette reaksjoner og sanksjoner overfor helsepersonell og -foretak. Pårørendegruppens erfaring er at helsetilsynet så å si aldri griper inn eller gir sanksjoner der det er påvist brudd på lov og regelverk. Vi viser her til undersøkelser som er gjort av blant andre Olav Molven.

Pårørendegruppen er enig med utvalgets pkt 7.7.1 – unntatt der det står at tilsynsmyndighetene

rutinemessig skal vurdere om pasienter og pårørende skal kontaktes for innhenting av informasjon. Dette bør være en plikt.

Pårørende har dessverre mange dårlige erfaringer fra møter med arrogante og nedlatende saksbehandlere og ledere hos tilsynsmyndigheten lokalt og sentralt. En høytstående leder hos Statens helsetilsyn uttalte til og med i intervju med Dagsrevyen få år tilbake at man faktisk ikke burde høre så mye på pårørende da de var for følelsesmessig involvert i hendelsen. Noen nye signaler er kommet, og det ser ut til at det er høstet gode erfaringer med involvering av pårørende. Alvorlige hendelser bør bli belyst fra flere sider enn at man kun leser virksomhetenes fremstilling.

Tilsynet opererer med altfor lange frister overfor helsevirksomhetene. Det gis sjelden reaksjoner fra tilsynet når virksomheter unnlater å svare. Listen for administrative reaksjoner overfor helsepersonell har blitt lagt veldig høyt. Tilsynsmyndigheten har i for stor grad godtatt gjentakelser av alvorlige hendelser, uten å ha iverksatt tilstrekkelig reaksjoner. At flere alvorlige hendelser ikke blir varslet, bør følges tettere opp av lederne i helseforetakene og av Statens helsetilsyn.

### **7.7.3 Ordningen med varsel om alvorlig hendelse**

Pårørendegruppen støtter utvalgets forslag om at det innføres varslingsrett for pårørende når det har skjedd en alvorlig hendelse. At pårørende underrettes rutinemessig om at saken forelegges tilsynsmyndigheten bør være en plikt for foretakene. Vi forutsetter at undersøkelsesenheten som får varslene, også påser at politiet forskriftsmessig er varslet om unaturlig dødsfall.

#### **7.7.5.4 Lovbruddsgebyr**

Pårørendegruppen er enig i at det innføres et lovbruddsgebyr, ved en viss type lovbrudd, som for eksempel brudd på varslingsplikten. Det bør kunne reageres sterkere overfor virksomheter som ikke pliktmessig melder om eksempelvis unaturlige dødsfall. Dette begrunner vi i de stadige meldinger vi får om slike alvorlige hendelser som ikke er varslet.

### **Kap. 7.7.6 Omorganisering av tilsynsvirksomheten**

Pårørendegruppen har valgt ikke å ta stilling til hvilken organisering av tilsynsmyndigheten som er mest hensiktsmessig. Dette er en omfattende vurdering som vi ikke har grunnlag for å si noe om uten at dette utredes grundig. Det er imidlertid klart at dagens ordning er uholdbar, med blant annet ulik praksis hos de forskjellige fylkesmennene og lang saksbehandlingstid.

### **Kap 7.8 Politietterforskning og straff**

Vi støtter langt på vei utvalgets forslag når det gjelder politietterforskning og straff. Å korte ned tilsynsmyndighetens frist for å gi politiet tilrådning om etterforskning til fem virkedager er viktig. I et etterforskningsperspektiv er dette fortsatt lang tid. Kilder i politiet mener denne fristen burde være tre dager.

Det er imidlertid særlig viktig at politiet ikke gjør seg avhengig av tilsynsmyndigheten for å vurdere igangsetting av etterforskning. Vi mener politiet må få en mye større selvstendighet i denne vurderingen. Bakgrunnen for dette er tilsynets manglende stedlige tilsyn og kvalitetssikring av informasjon som kommer fra helseforetakene etter alvorlige hendelser (ref. kommentarer til kap. 7.7) Benjamin-saken er et eksempel på en alvorlig sak hvor tilsynet frarådet etterforskning i flere omganger, men hvor politiet kom på banen etter sterkt påtrykk fra helsepersonell i pårørendes familie.

Politiet har per i dag ikke helsefaglig kompetanse i egne rekker. Dette er sannsynligvis en av grunnene til at politiet lener seg på tilsynets tilrådninger. At sakene er krevende bør ikke være grunn nok til å avstå fra å etterforske. Dette gjelder faktisk rettsikkerheten til personer som bør ha like rettigheter som de som dør eller skades utenfor sykehusveggene. Vi minner om at det skjer flere unaturlige

dødsfall i norske sykehus årlig, enn det gjør i trafikken. For at politiet skal kunne opptre mer selvstendig, bør Kripes trekkes inn i helsesakene og bygge opp noe helsefaglig kompetanse på fast basis, for eksempel med en lege og en sykepleier. I tillegg må det hentes inn spesialistkompetanse der det er nødvendig.

Pårørendegruppen støtter at Riksadvokatens og Helsetilsynets rundskriv med retningslinjer revideres. Vi er også enige i at politiet rutinemessig bør underrette de pårørende om at saken forelegges tilsynsmyndigheten og at de pårørende kan ta kontakt med politiet dersom de ønsker å bidra med opplysninger.

Det blir sagt at terskelen for straffeforfølgning mot helsepersonell eller virksomhet på grunn av den faglige utøvelsen fortsatt bør være høy. Pårørendegruppen ønsker å understreke at også helsepersonell må stå til rette for – og straffeforfølges, når de utviser grov faglig uaktsomhet. Det må også sees alvorlig på når helsepersonell forsømmer sine arbeidsoppgaver eller slurver i jobben.

### **Kap 7.9 Undersøkelseskommisjon**

Pårørendegruppen støtter mindretallet og deres argumentasjon når det gjelder spørsmålet om opprettelse av en undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten. Målet må først og fremst være å oppnå læring. For pårørende som får sin sak undersøkt, vil en granskning også kunne bidra til å gi svar på hva som har skjedd og hva som er årsaken til den alvorlige hendelsen. For pårørende som har mistet sin kjære helt uventet, der det også kan være mistanke om at alvorlige feil har skjedd i behandlingsforløpet, vil det gi stor mening at hendelsen blir analysert og bakenforliggende årsaker blir funnet. Det kan bidra til læring og forebygging slik at lignende ikke skjer igjen.

Det er en kjent sak at det er liten eller ingen læring etter hendelsesbaserte tilsynssaker. Tilsynets ledelse har selv i en årrekke uttalt at helseforetakene ikke lærer, verken av egne eller andres feil. Det er på tide å spørre hvorfor? Det argumenteres fra flere hold mot en undersøkelseskommisjon grunnet høye kostnader. Vi ønsker å holde fram viktigheten av å skape læring for å unngå tusenvis av skader og hundrevis av dødsfall årlig. Hva koster ikke dette samfunnet, både av menneskelige lidelser, men også i kroner og øre? Vi minner om at det på andre samfunnsområder settes inn store ressurser for å øke sikkerheten og unngå skader og dødsfall.

Pårørendegruppen mener en kommisjon vil ha et mye bredere perspektiv og bredere kompetanse enn et tilsyn. For pårørende som står igjen når noen dør etter en alvorlig hendelse, er en uavhengig gjennomgang viktig for å få tillit til systemet. Åpenhet om hva som har skjedd og hvordan det kan forebygges må til. Ved å fortsette med bare tilsyn (Fylkesmann/Statens helsetilsyn) så kommer man ikke nærmere årsakene til en alvorlig hendelse, og man får heller ikke muligheten til å forebygge problemene. Vi har større tro på at en Undersøkelseskommisjon vil "snu hver stein" og bestrebe seg på å avdekke bakenforliggende årsaker til den alvorlige hendelsen. For pårørende som ønsker svar er dette svært viktig.

Et mindretall i utvalget går inn for en undersøkelseskommisjon. Det er vel verdt å merke seg at disse ikke representerer verken helsetilsyn, fylkesmann, helsepersonell, jurister eller pasientombud.

Dagens system har i årevis hatt sjansen til å vise at man kan lære av virksomhetenes "egne granskninger", fylkesmannens eller statens helsetilsyns gjennomgang ved hendelsesbaserte tilsyn. Det er faktisk slik at læring etter alvorlige hendelser sjelden eller aldri blir kjent utover den arbeidsplassen der den fatale hendelsen skjedde – knapt nok der. Meldeordningen for alvorlige hendelser som ble flyttet fra Fylkesmennene til Kunnskapscenteret fra 2012 har heller ingen resultater å vise til hva læring angår av alvorlige hendelser. Da står man igjen med Undersøkelsesenheten i Statens helsetilsyn som ble opprettet i 2010. Det skjedde etter påtrykk fra pårørende som var fortvilet over at ikke det var noen som ivaretok deres behov for å finne ut årsakssammenhenger. Problemet med Undersøkelsesenheten er at den i stor grad foretar juridiske

vrderinger om lov og forskrifter er fulgt, og ingen omfattende årsaksanalyse eller granskning av årsakene. Resultatene av deres arbeid bidrar heller ikke til læring utover det aktuelle helseforetaket.

Pårørende har opplevd at de selv må opptre som privatetterforskere for å finne ut hvorfor et helt uventet og unaturlig dødsfall kunne skje. De har opplevd å måtte være sin egen saksbehandler og presse seg på tilsynsmyndigheten for å komme i dialog. Det er faktisk slik at det ikke bare er innen virksomhetene det må skje en kulturendring i åpenhet, men også hos ledelse og saksbehandlere hos tilsynsmyndighetene. Pårørende i stor sorg og krise har dessverre blitt møtt med kritikkverdige og lite respektfulle holdninger hos saksbehandlere.

Vi slutter oss for øvrig til mindretallets argumentasjonen i kap 7.9.4.

**31. mars 2016**

*Pårørendegruppen – unaturlige dødsfall i norske sykehus*