



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030

Deres ref.: 200802045-/ASD

Vår ref.: 08/2576

Dato: 22.8.2008

Høring - Forslag om endringer i forskrift om leges melding til politiet om unaturlige dødsfall og lignende

Det vises til høringsbrev datert 13.5. 2008. Selv om Rådet for legeetikk ikke er oppført som høringsinstans, har Rådet besluttet å avgi en selvstendig uttalelse til de problemstillinger som saken reiser – spesielt ut i fra et legeetisk perspektiv.

Rådet for legeetikk behandlet saken i sitt møte den 11.6. 2008 og **vedtok** slik høringsuttalelse:

I brev av 13.5. 2008 har Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) fremmet forslag om å etablere et obligatorisk tilbud om dødsstedsundersøkelse i regi av helsetjenesten ved alle tilfeller av plutselig uventet død hos barn på 0-3 år. Undersøkelsen skal være et hjelpemiddel for å fastsette dødsårsak.

HOD mener videre at dødsstedsundersøkelsen bør utføres av ett av to spesialteam – ett lokalisert i Helse Midt-Norge HF og ett i Helse Sør-Øst. Disse skal dekke hele landet og kunne rykke ut innen 48 timer etter dødsfallet. Begrunnelsen for å etablere to spesialteam er at oppgaven krever spesiell kompetanse. Den årlige kostnaden er beregnet til vel 5,5 millioner kroner.

HOD viser til gode erfaringer med et forsøksprosjekt som omfatter 64 dødsfall der mistanke om kriminelle forhold ble avkreftet i 14 tilfeller og der uaktsomhet/uforstand – uten at dette førte til videre oppfølging fra påtalemyndighetenes side – ble funnet i 6 tilfeller. Så vidt man forstår ble det ikke i noen tilfeller påvist straffbare forhold på grunnlag av dødsstedsundersøkelsen. Polititjenestemann med spesiell kompetanse i denne typen etterforskning var sentralt medlem av dette teamet.

Det presiseres at utrykningsteamet ikke skal representere noe helsetilbud overfor familiene, men bare oppfattes som en del av omsorgen for det døde barnet. Teamet skal rapportere tilbake til sykehuset som har tatt mot barnet, og rapporten fra dødsstedsundersøkelsen skal legges i barnets journal.

Rådet for legeetikk er kritisk og uenig i mange av forslagene:

1. Forhold til informert samtykke og taushetsplikt

Dødsstedsundersøkelsen er ment som et *frivillig* tilbud for familiene fra *helsevesenet*, men den skal skje innen 48 timer. Det betyr at disse familiene i en sjokkpreget situasjon nærmest

umiddelbart må gi *informert, frivillig og forstått* samtykke til at en for dem helt ukjent gruppe mennesker (det er ikke medlemmer av teamet som skal be om samtykke) skal komme inn i hjemmet deres og *etterforske* årsaken til at barnet døde. Det er meget tvilsomt om familiene i denne situasjonen er i stand til fullt ut å forstå konsekvensen av hva samtykket innebærer. De må bl.a. gjennom informasjonen forstå at en hensikt med hjemmebesøk er å lete etter straffbare forhold.

I høringsutkastet er motivet for et sentralt utrykningsteam uklart. Det anføres at det skal bidra til å finne årsak/diagnose, men ut fra sammenhengene er det åpenbart at det vesentlige underliggende motivet er å avdekke straffbare forhold, noe som er politiets oppgave. Dette fremgår bl.a. av at forslaget er forankret i "Handlingsplan mot vold i nære relasjoner". Samtidig skal teamet *ikke* rykke ut dersom obduksjonen avdekker sannsynlig straffbare forhold. Da skal politiet overta primært.

Her vil det åpenbart kunne oppstå vansker i fht taushetsplikten:

- Hvis den rettsmedisinske obduksjonen fører til at dødsfallet blir en politisak, så er videre prosedyrer klare og uavhengige av helsevesenet.
- Dersom helsepersonell på hjemmebesøk finner forhold som kan tyde på at mangelfull omsorg *kanskje* kan ha bidratt til, men ikke være årsak til dødsfallet, kan ansvarsforholdene være uklare: Helsepersonell har til og med taushetsplikt i forhold til straffbare forhold dersom opplysning ikke er nødvendig for å forhindre videre skade. Plikt til å informere påtalemyndighetene vil sannsynligvis kreve en endring i lovverket. I Etske regler for leger heter det også at "*Den etiske plikt til taushet og diskresjon kan være mer omfattende enn den lovgitte*" (Kap I, § 4). Barnet er allerede dødt, og dersom det ikke er søsken, er det vel heller ikke grunnlag for å rapportere dårlig omsorgsmiljø til barnevernet.
- Taushetsplikten innebærer at helsepersonell har en plikt til å påse at ikke flere enn nødvendig informeres om en pasients/menneskers helseforhold. Det å involvere et utenforstående team innebærer at flere enn nødvendig gis taushetsbelagt informasjon, d.v.s. gevinsten står ikke i rimelig forhold til betenkelighetene ved å involvere en utenforstående gruppe helsepersonell.

2. Omsorgsmessige og medisinsk faglige forhold

I innstillingen slås det fast at konklusjonen om dødsårsak skal fattes av rettsmedisineren som obduserer barnet på oppdrag fra politiet. Men rettsmedisineren skal *ikke* være med på dødsstedsundersøkelsen – heller ikke barnelegen eller sykepleieren som har tatt opp sykehistorien, undersøkt den døde og hatt nær kontakt med familien etter dødsfallet, d.v.s. viktige forhold når det gjelder å se sammenheng mellom mulige årsaksfaktorer og dødsfallet. I innstillingen er det vist til internasjonale krav om at dødsstedsundersøkelse hører med før et dødsfall bør klassifiseres som krybbedød. Ut fra en slik premiss mener Rådet for legeetikk at dødsstedsundersøkelsen nettopp bør utføres av dem som skal fastslå dødsårsaken, nemlig den aktuelle rettsmedisiner og barnelege som har tatt opp den primære sykehistorien, undersøkt barnet og dokumentert funnene, og eventuelt andre primærkontakter som har bidratt til å klargjøre hendelsesforløpet, for eksempel ambulansepersonell og kontakter i primærhelsetjenesten. Det er rettsmedisiner som uansett skal rapportere til politiet, og konklusjonen om dødsfallet bør da være sikrest mulig.

Ved at samme team som undersøker den døde og har kontakten med familien, også utfører dødsstedsundersøkelsen, ivaretar man også et viktig støtte- og omsorgsbehov overfor familien. Det er derfor naturlig at kontaktsykepleier deltar for å bidra til å ivareta familien.

I innstillingen er det fremhevet at teamene bør ha spesiell kompetanse. Rettsmedisinere og erfarne barneleger har kompetanse når det gjelder å forstå sammenhenger mellom omstendigheter og funn. De spesielle risikofaktorene og fokusområdene som er listet i innstillingen, krever ikke høyspesialiserte nasjonale team. I en nasjonal veileder for dødsstedsundersøkelser kan behovet for systematikk ivaretas. I forhold til krybbedød er det god erfaring med dette ved at hvert aktuelt sykehus har en nasjonalt utarbeidet "krybbedødsperm" som punkt for punkt angir hvordan forhold skal registreres og dokumenteres. Det er vårt inntrykk at denne følges på en god måte selv om det ikke, så vidt vi vet, foreligger noen formell evaluering av dette.

Rådet for legeetikk ser betydningen av den ene målsetningen om at dødsstedsundersøkelse skal bidra til oppbygging av kunnskap i forebyggingsøyemed. Rådet mener at denne målsetningen kan ivaretas på annen måte, bl.a. ved å utarbeide retningslinjer for dødsstedsundersøkelse og opprette et register der konkrete forhold skal registreres.

Rådet etterlyser en begrunnelse for at tilbudet bare skal gjelde barn i alderen 0-3 år. Hva skiller en 2-åring fra for eksempel en 4-åring i en slik sammenheng?

Rådet vil også påpeke at primærhelsetjenestens rolle ikke er nevnt. Dette er uheldig fordi det er primærhelsetjenesten som sannsynligvis kjenner familien best og som skal følge opp denne i ettertid.

3. Konklusjon

Rognumutvalget, som er utgangspunktet for denne innstillingen, hadde tre mulige modeller for dødsstedsundersøkelse. *Alle* innebar obligatorisk (og ikke frivillig) dødsstedsundersøkelse, og alle inneholdt politifaglig ekspertise som nødvendig kompetanse.

Den modellen som foreslås fra HOD inneholder ingen av disse forutsetningene. Hensikten og målet blir derfor høyst uklart: Ikke skal det være obligatorisk annet enn at det skal være et obligatorisk *tilbud*, og ikke skal det ha en formell etterforskningsmessig rolle i forhold til straffbare forhold.

Kravet om samtykke til dødsstedsundersøkelse, som i praksis stort sett vil bety besøk i hjemmet, innebærer at det må være frivillig, informert og *forstått*. Det innebærer ikke minst at omsorgspersonene også må ha forstått at man vil se etter straffbare forhold. Med dette samtykkekravet er det lite trolig at det vil gis samtykke dersom omsorgspersonene er redd for at de kan straffeforfølges. Et fundamentalt spørsmål blir da hva som skal gjøres dersom familien nekter dødsstedsundersøkelse samtidig som rettsmedisinere og barnelege føler seg utrygge på om uaktsomhet eller omsorgssvikt kan være en av kanskje flere årsaksfaktor, men uten at de finner noen tegn til straffbare forhold ved hendelseshistorie og undersøkelsene av barnet?

Rådet for legeetikk støtter forslaget om at det bør tilbys dødsstedsundersøkelse for å kunne fastslå årsaksforhold så langt som mulig. Dette kan oppleves viktig for de pårørende og for faglig forståelse av uventet død. Men da er det viktig at dette gjennomføres av dem som har stått for øvrig diagnostikk hos barnet, d.v.s. i første rekke den aktuelle rettsmedisineren og erfarne barnelegen som også kan få informasjon fra andre primærkontakter, slik som fastlege, ambulansepersonell og andre førstekontakter.

Ved en lokal modell vil hjemmebesøk også bidra til at omsorgsbehovet dekkes på en god måte. I forslaget om sentrale team er det eksplisitt påpekt at dette *ikke* er en oppgave for dem – den oppgaven skal tas hånd om av det stedlige helsevesen. Men det er en erfaringssak at dersom det kommer inn et "superteam", vil dette ikke unngå å måtte gå inn i en slik rolle til en viss grad – i alle fall vil de pårørende i stor grad forvente og oppfatte det slik. Dette er nok også innsett av

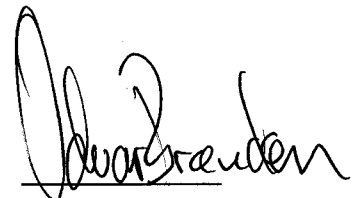
forfatterne av innstillingen all den tid det er foreslått at sykepleier ”..med klinisk erfaring fra fagområder som er vant til å håndtere akutte hendelser..” bør være en del av teamet. Modellen med sentralt team vil derfor kunne pulverisere ansvar for krisehjelp, forvirre de pårørende og svekke kontakten med den lokale sykehusavdelingen og primærhelsetjenesten.

Det eneste målet som etter Rådet for legeetikks mening står igjen som ønskelig, er å oppnå mer kunnskap om plutselig død i en forebyggingshensikt. En kan ikke se at Barnedødsprosjektet som i flere år har bestått av et sammensatt team som har gjort dødsstedsundersøkelser, har sannsynliggjort at dette vil gjøres bedre med sentralt team i stedet for et tilsvarende lokalt tilbud. Dette dreier seg om kvalitetssikring og forskning som sannsynligvis kan dekkes på en minst like god måte gjennom en god og nøyaktig nasjonal veileder, ved at prosedyrene gjennomføres av hjelpeapparatet knyttet til den lokale barneavdeling/rettsmedisinsk avdeling i samarbeid med primærhelsetjeneste/fastlege. For å oppnå kunnskap til bruk i senere forebygging, bør det opprettes et frivillig nasjonalt forskningsregister på sammemåten som ved en rekke andre tilstander, for eksempel syke nyfødte og barn med cerebral parese. Det er trolig at et slikt system vil gi bedre kunnskap enn om opplysningene baserer seg på et engangsbesøk av et fremmed team fordi opplysningene kan bli mer komplette all den tid de kan innhentes over en lengre tidsfase og fra flere kilder, særlig fra primærhelsetjenesten.

Et annet viktig aspekt er at en lokal løsning vil bli langt billigere.

Rådet for legeetikk

(sign.)
Trond Markestad
leder



Odvar Brænden

Kopi: Den norske legeforening