

Dødsstedsundersøkelser ved plutselig uventet barnedød
Vurdering av forslag fra Barnedødsårsaksprosjektet

Heftets tittel: Dødsstedsundersøkelser ved plutselig uventet barnedød

Utgitt: 11/2006

Rapport nummer: IS-1415

Utgitt av: Sosial- og helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling sykehustjenester
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 200 50
Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no

Innhold

Vurdering av forslag fra Barsedødsårsaksprosjektet	1
1 Sammen drag og konklusjoner	5
2 Arbeidsgruppens sammensetning, arbeidsform og mandat	7
2.1 Bakgrunn	7
2.2 Arbeidsgruppens sammensetning	8
2.3 Mandat	8
2.4 Arbeidsmåte	9
3 Historikk: krybbedød	10
3.1 Epidemiologi	10
3.2 Politiets etterforskning	11
3.3 Helsetjenestens tilbud	11
4 Rapport fra Barsedødsårsaksprosjektet – hovedkonklusjoner og forslag	13
4.1 Om prosjektet	13
4.2 Konklusjoner	14
4.3 Nærmere om rapportens forslag	14
4.4 Innspill fra Landsforeningen uventet barnedød	15
5 Arbeidsgruppens flertalls vurderinger	16
5.1 Behov for dødsstedsundersøkelser	16
5.2 Sakkyndigmodellen	17
5.3 Riksadvokatens skisse	19
5.4 Arbeidsgruppens flertalls konklusjoner	19
6 Helsehjelp ved plutselig uventet barnedød	21
6.1 Helsetjenesten tilbud når barnet dør	21
6.2 Videre oppfølging	22
7 Taushetsbestemmelsene i helsepersonelloven	23
7.1 Rettskilder	23
7.2 Helsetjenesten og politiet: ulike oppgaver – ulike roller	24
7.3 Hvem og hva er vernet av taushetsplikten?	24
7.4 Vurdering av de aktuelle bestemmelser	25
7.4.1 § 21 Hovedregel om taushetsplikt	25
7.4.2 § 36 Melding om dødsfall	26
7.4.2.1 Nærmere om meldepliktens innhold	26
7.4.3 § 27 Opplysninger som sakkyndig	28
7.4.3.1 Helsepersonellens ulike roller	28

7.4.4	§ 22 Samtykke til å gi informasjon	28
7.4.5	§ 24 Opplysninger etter en persons død	29
7.4.6	§ 23, nr. 4 Begrensninger i taushetsplikten	29
7.4.7	§ 31. Opplysninger til nødetater	31
7.4.8	§ 33. Opplysninger til barneverntjenesten	32
7.4.9	Forholdet mellom §§ 31 og 33	33
8	Rettslig obduksjon – rettsgrunnlag	34
9	Særmerknad til Sosial- og helsedirektoratets rapport- fra riksadvokatens representant i arbeidsgruppen	36
9.1	Innledning – hovedpunkter m.v.	36
9.2	Særmerknad vedrørende de forutsetninger som lå til grunn da BARNEDØDSÅRSAKSPROSJEKTET startet opp 1. april 2001 og senere oppfølging av rapporten	37
9.3	Særmerknad til spørsmålet om det er behov for å etablere en nyordning for bedre undersøkelser ved plutselig, uventet død i sped- og småbarnsalder	41
9.3.1	Diagnosen	41
9.3.2	Historikk – politiets og helsevesenets håndtering av tilfeller med krybbedød	42
9.3.3	Endret syn	43
9.3.4	Skisse til nyordning	46
9.3.5	Skisse til "konkrete aktiviteter"	49
9.4	Særmerknad til informasjonsflyt – opplysningsplikt/rett	51
9.4.1	Innledning	51
9.4.2	Informasjonsflyt dersom foreldrene opphever taushetsplikten	52
9.4.3	Helsepersonelloven § 36, jf. forskrift av 21. desember 2000 nr. 1378 om leges melding til politiet om unaturlig dødsfall o.l.	53
9.4.4	Helsepersonelloven § 24	54
9.4.5	Helsepersonelloven §§ 23 nr. 4 og 31	55
9.4.6	Direktoratets praksis om opplysningsplikt til politiet	56
9.4.7	Avslutning informasjonsflyt	57

1 Sammendrag og konklusjoner

Alle tilfeller av plutselig, uventet barnedød skal meldes til politiet, og politiet skal rutinemessig begjære rettslig likundersøkelse/obuksjon. Mellom 40 og 50 dødsfall årlig omfattes av meldeplikten. På grunnlag av opplysninger fra meldingen og fra obduksjonen vurderer politiet om det er behov for ytterligere undersøkelser. Svært få tilfeller gir grunnlag for mistanke mot foreldrene, og politiet igangsetter ytterligere undersøkelser kun i et fåtall saker årlig, (kap. 3).

Det er sykehusets ansvar å følge opp foreldrene, i samarbeid med den kommunale helsetjenesten. Rundskriv IK 22/92 gitt av Helsedirektoratet i 1992, gjelder fremdeles. Det er ikke utarbeidet noe særskilt tilbud om helsehjelp, men de fleste sykehus organiserer tjenesten i tråd med anbefalingene i Krybbedødspermen som Landsforeningen uventet barnedød er ansvarlig for, (kap. 3).

Barnedødsårsaksprosjektet, Rettsmedisinsk institutt, Universitetet i Oslo 2004, har i sin rapport konkludert med at det er behov for undersøkelser på dødsstedet for å kunne si noe sikkert om dødsårsaken. Det foreslås at prosjektets tilbud om dødsstedsundersøkelser videreføres, at det opprettes en nasjonal ekspertgruppe, og at ordningen gjøres obligatorisk. Det foreslås en sakkyndig modell, men hvem som skal være oppdragsgiver drøftes ikke. Også Landsforeningen uventet barnedød støtter forslaget om obligatoriske dødsstedsundersøkelser. Landsforeningen uttaler til arbeidsgruppen at de legger stor vekt på de døde barnas rettssikkerhet, (kap. 4).

Riksadvokaten har avvist forslaget om å ta ansvar for dødsstedsundersøkelser med den begrunnelse at det ikke er grunnlag i straffeprosessloven for slike undersøkelser. Riksadvokaten har sendt saken over til helsemyndighetene med anmodning om at dødsstedsundersøkelser organiseres i regi av helsetjenesten. Sosial- og helsedirektoratet har sluttet seg til at en oppfølging av deler av forslaget kan være et ansvar for helsemyndighetene, (kap.2).

Under forutsetning av at påtalemyndigheten ikke kan ta ansvar for dødsstedsundersøkelser vil arbeidsgruppens flertall foreslå at det i regi av spesialisthelsetjenesten opprettes et tilbud om dødsstedsundersøkelser og oppfølging ved plutselig, uventet barnedød. Dødsstedsundersøkelsen bør ha til hensikt å følge opp familien, men vil også kunne bidra med avklaringer når det gjelder årsaksforhold, særlig i en forebyggende sammenheng. Tilbudet overfor foreldrene som har mistet sitt barn vil være et tilbud om helsehjelp, og reguleres som all helsehjelp bl.a. av pasientrettighetslovens samtykkebestemmelser og av bestemmelsene om taushetsplikt. Det er ikke rettslig grunnlag for obligatoriske dødsstedsundersøkelser i regi av helsetjenesten, (kap.5).

Helsetjenestens tilbud ved barnedød bør organisatorisk knyttes til barneavdelingene ved det sykehus hvor det døde barnet blir lagt inn. Dødsstedsundersøkelser krever særlig kompetanse, og det må vurderes hvordan man best kan sikre at denne kompetansen er tilgjengelig for barneavdelingene. Arbeidsgruppens flertall kan ikke

tilrå at den rettsmedisiner som utfører obuksjonen deltar i undersøkelsen, da rollen som sakkyndig med informasjonsplikt overfor påtalemyndigheten og rollen som behandlende helsepersonell vil være svært vanskelig å kombinere, (kap. 6).

Dødsstedsundersøkelser organisert i regi av helsetjenesten vil ikke bidra til å sikre politiet opplysninger til bruk i den videre etterforskning. Det er arbeidsgruppens flertalls vurdering at bestemmelsene om taushetsplikt som hovedregel er til hinder for informasjonsflyt fra helsetjenesten til politi og påtalemyndighet, også i saker med barnedød. Et forhåndssamtykke om å gi opplysninger til politiet i forbindelse med at det gis samtykke til hjemmebesøk, vil etter direktoratets vurdering være ugyldig. Et samtykke etter helsepersonelloven § 22 kan videre alltid trekkes tilbake.

Arbeidsgruppens flertall vurderer imidlertid dette som uproblematisk fordi den nødvendige informasjon om dødsfallet allerede er meldt politiet med hjemmel i helsepersonelloven § 36. Politiet vil med dødsmeldingen og med resultatet fra obuksjonen ha grunnlag for å iverksette egne undersøkelser av dødsstedet i den grad dette er nødvendig, (kap. 5 og 7).

Helsetjenesten kan ikke ta ansvar for å sikre politi og påtalemyndighet bevis med tanke på en oppklaring av et straffbart forhold, heller ikke ved barnedød.

Helsetjenesten kan bare bidra overfor politiet når de engasjeres som sakkyndige, slik de gjør i forbindelse med den rettslige obuksjonen. Et sakkyndig oppdrag krever imidlertid at politiet står som oppdragsgiver, (kap. 5 og 7).

Arbeidsgruppen er delt i sin innstilling. Medlemmet fra Riksadvokaten har levert sine egen merknader til arbeidsgruppens utredning og innstilling. Uenigheten er bl.a. knyttet til det nærmere innholdet i og betydningen av helsepersonellovens bestemmelser om taushetsplikt.

Slik flertallet i arbeidsgruppen ser det, er det ikke mulig i regi av helsetjenesten å ivareta de oppgaver prosjektet har anbefalt videreføres. Det må vurderes om det likevel er ønskelig å etablere dødsstedsundersøkelse som helsetjeneste, med de begrensninger det innebærer. Dersom det konkluderes med at det er ønskelig, vil direktoratet komme tilbake med en nærmere utforming av et slikt helsetilbud, og samtidig gi en vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser.

2 Arbeidsgruppens sammensetning, arbeidsform og mandat

2.1 Bakgrunn

Direktoratet mottok i juni 2005, fra Riksadvokaten, rapport fra Barsedødsårsaksprosjektet. Prosjektet ble gjennomført i perioden 2001- 2004 med professor dr.med. Torleiv Ole Rognum, Rettsmedisinsk institutt, som prosjektleder. Prosjektet var initiert av Rettsmedisinsk institutt, med støtte fra både Landsforeningen til støtte ved krybbedød og stiftelsen Helse & Rehabilitering. Rapporten som er utformet i etterkant, bygger på hovedkonklusjonene i prosjektet, og inneholder forslag til fremtidig organisering av dødsstedsundersøkelser. Den er avgitt til Riksadvokaten.

Riksadvokaten har i oversendelsesbrevet til direktoratet uttalt at rapporten, og forslagene i denne, etter riksadvokatens vurdering, ikke er et ansvar for politi eller påtalemyndighet, men snarere et ansvar for helsemyndighetene.

Den 12. september 2005 ble det avholdt et møte mellom Sosial- og helsedirektoratet og Riksadvokaten om den videre oppfølging av rapporten. Det er enighet i møtet om at det ikke er ønskelig med dødsstedsundersøkelser i regi av politiet i enhver sak med plutselig uventet spedbarnsdød. Det er videre enighet om at spørsmål om dødsårsak og bistand til foreldrene som har mistet sitt barn, kan være et ansvar for helsetjenesten.

Fra direktoratets side gjøres det klart at helsepersonellovens taushetspliktbestemmelser vil komme til anvendelse om helsetjenesten organiserer dødsstedsundersøkelser. Videre gjøres det klart at dødsstedsundersøkelser i regi av helsetjenesten må bygge på samtykke, og kan ikke gjøres obligatorisk. På denne bakgrunn påtar direktoratet seg ansvar for oppfølging av rapporten.

Det avtales i møtet 12. september at direktoratet oppnevner en arbeidsgruppe med deltagelse også fra riksadvokaten, for å vurdere rapporten og forslagene i denne. Arbeidsgruppen skal komme med forslag til organisering av dødsstedsundersøkelser innenfor helsetjenesten, med det formål å bidra til å avklare årsaksforhold knyttet til dødsfallet, samt også å bistå foreldrene.

2.2 Arbeidsgruppens sammensetning

Sosial- og helsedirektoratet oppnevnte i november 2005 følgende arbeidsgruppe:

Fra Sosial- og helsedirektoratet:
Seniorrådgiver Arne-Birger Knapskog
Seniorrådgiver Inger Øverlie
Seniorrådgiver Anne Christine Breivik

Fra Riksadvokaten:
Statsadvokat Bjørn Feyling

Arbeidsgruppen har vært ledet av divisjonsdirektør Hans Petter Aarseth.

2.3 Mandat

Arbeidsgruppen skal vurdere de konklusjoner og forslag til løsninger som fremkommer i rapporten. Med grunnlag i prosjektrapporten skal arbeidsgruppen foreslå løsninger for organisering av dødsstedsundersøkelser i regi av helsetjenesten, og innenfor rammen av den såkalte "sakkyndighetsmodell" rapporten beskriver. Arbeidsgruppen skal se på mulige løsninger innenfor rammen av eksisterende lovgivning, dvs. innenfor samtykkebestemmelsene og taushetsplikten. Arbeidsgruppen skal ha som utgangspunkt at formålet med slike undersøkelser er å fastslå dødsårsak og ivareta hensynet til foreldrene som har mistet sitt barn.

Arbeidsgruppen er ikke bundet av rapporten når det gjelder løsninger, men skal likevel foreta sin vurdering innenfor rammen av de funn og konklusjoner som fremkommer i rapporten, herunder dødsstedsundersøkelsene, kasuskonferanse og den psykologiske effekten for foreldrene.

Arbeidsgruppen skal videre gi en beskrivelse av, og vurdere

- rutiner for å melde dødsfall til politiet
- rutiner knyttet til obduksjon
- forholdet til politiets arbeid
- kompetansebehov for en slik helsetjeneste

Arbeidsgruppen avgjør selv om de har behov for ytterligere informasjon i saken, og om det er behov for møter med en eller flere av deltagerne i prosjektet, Rettsmedisinsk institutt, Landsforeningen til støtte ved krybbedød, eller andre.

Arbeidsgruppen skal levere sin vurdering og innstilling i saken til Sosial- og helsedirektoratet innen utgangen av mai 2006.

2.4 Arbeidsmåte

Arbeidsgruppen hadde sitt første møte 13. januar 2006, og har hatt til sammen 9 møter. Arbeidsgruppen inviterte Landsforeningen til støtte ved krybbedød og Barneombudet til sitt møte 28. februar. Landsforeningen har etter dette endret navn til Landsforeningen uventet barnedød. Fra Landsforeningen møtte generalsekretær Trond Mathiesen og fagsjef Trine G. Karlstad. Barneombud Reidar Hjermann møtte sammen med jurist. Landsforeningen har bidratt til sakens opplysning med materiale og informasjon av betydning for arbeidsgruppens arbeid. Det gjelder særlig Krybbedødpøtten, som inneholder retningslinjer utarbeidet til bruk både for helsetjeneste og politi ved plutselig uventet spedbarnsdød.

Arbeidsgruppen har innhentet informasjon hos landets sykehus om sykehusets praksis ved plutselig uventet barnedød.

Riksadvokaten har i møte juni 2006 mellom Riksadvokat Tor Aksel Buch og direktør Bjørn-Inge Larsen, Sosial- og helsedirektoratet, kommet med en skisse for organisering av dødsstedsundersøkelser i regi av helsetjenesten, som også ivaretar politi og påtalemyndighetens behov for informasjonsflyt med tanke på straffeforfølgning. Forslaget er kun fremstilt muntlig, men er behandlet av arbeidsgruppen.

Direktoratet er i brev av 17.2.2006 fra Helse- og omsorgsdepartementet bedt om å vurdere eventuelle behov for lovendringer. Spørsmål om lovendring gjelder om det også utover den melde- og opplysningsplikt som § 36 åpner for, skal være anledning til å informere politiet når helsepersonell har grunn til å tro at foreldre har drept sitt barn, eller når de får kunnskap om et slikt forhold. I møte med ledelsen i Helseerettsavdelingen 7. mars blir det avklart at spørsmål om lovendring kun skal vurderes for saker med plutselig, uventet spedbarnsdød. Spørsmålet vil bli utredet av direktoratet uavhengig av arbeidsgruppen.

Riksadvokatens representant i arbeidsgruppen har uttrykt uenighet med direktoratets medlemmer i arbeidsgruppen når det gjelder forståelsen av helsepersonellovens bestemmelser om taushetsplikt, og samtykkebestemmelsene i pasientrettighetsloven. Uenigheten gjelder også betydningen av disse bestemmelsene for organisering av helsetjenesten og for de tilbud som kan anbefales. Riksadvokatens representant har derfor valgt ikke å tiltre arbeidsgruppens utredning, men vil i en egen merknad gjøre rede for riksadvokatens syn.

3 Historikk: krybbedød

Forekomst av krybbedød – myndighetenes håndtering

Krybbedød - Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) – er plutselig død i spedbarnsalder som er uforklarlig etter gjennomgang av sykehistorien, undersøkelse av omstendighetene ved dødsfallet og obduksjon. Krybbedød er med andre ord en eksklusjonsdiagnose som innebærer en negativ sykehistorie, upåfallende omstendigheter og ingen dødsårsak ved obduksjon.

3.1 Epidemiologi

Omtrent 2/3 av krybbedødsopfrene er gutter. Krybbedød skjer hyppigere i den kalde årstiden. Spedbarn mellom 2. og 4. levemåned rammes hyppigst. Ifølge definisjonen kalles det krybbedød fra og med 2. leveuke til og med utgangen av 1. leveår. Ca. 10 % av plutselig uventede dødsfall skjer etter 1. leveår.

De fleste vestlige land opplevde en krybbedødsepidemi fra 1970-tallet som kulminerte på slutten av 80-tallet. Fra 1980-årene har risikofaktorer som mageleie, overoppheting og røyking under svangerskapet stått i sentrum, og kunnskapen om disse risikofaktorene førte uten tvil til nedgangen i krybbedødstallene på 90-tallet.

Inntil 1989 var Norge et av de landene i verden som hadde høyest krybbedødsrate; 2,4 dødsfall per 1000 levende fødte; 142 dødsfall i 1989. Fra 1989 til 1993 førte forebyggingskampanjer til at krybbedød ble redusert med 75 %. Siden 1993 har antallet krybbedøde holdt seg stabilt rundt 30 dødsfall per år (0,5 per 1000 levende fødte). Krybbedød er imidlertid fremdeles en av de hyppigste årsakene til død i barnealderen, og den største i spedbarnsalder, og er derfor stadig et stort folkehelseproblem.

I Norden førte krybbedødsepidemien på 1980-tallet til et felles nordisk forskningsprosjekt. Bakgrunnen for forskningsprogrammet var både den økte SIDS-raten, særlig i Norge og Danmark, og den store forskjellen i raten mellom de nordiske land. Forskningen har gitt ny viten om risikofaktorer, og flere kampanjer har med bakgrunn i denne kunnskapen redusert antall dødsfall. Årsakene til krybbedød er fortsatt ikke kjent, og forskning i dag utelukker heller ikke at noen barn har disponerende faktorer. Denne predisposisjonen kan være arvelig genetisk feil eller et utviklingsavvik som skjer under svangerskapet.

3.2 Politiets etterforskning

På 80-tallet ble politiet kritisert for "lite skjønnssom åstedsgranskning og avhør" i saker med plutselig uventet spedbarnsdød. Noen uheldige episoder, også med bruk av "blålys" og uniformering gav grunnlag for kritikk. Helsetjenesten syntes totalt fraværende ved disse tragediene, og den eneste "oppfølgingen" familien ofte fikk, var et skjema fra politiet (Melding om avgjørelse i straffesak) der det fremgikk at saken var "henlagt etter bevisets stilling" eller som "intet straffbart forhold".

Fra midten av 1980-tallet hadde politiet i Oslo endret sin praksis. Politiet avstod fra undersøkelse/avhør i hjemmet, og det ble isteden benyttet sivilkledde polititjenestemenn på sykehuset der de var sammen med barnelegen under samtalen med foreldrene.

Problemets størrelse ved slutten av 1980-tallet – hvor ¼ % av alle levende fødte spedbarn døde i krybbedød – førte til samtaler mellom Riksadvokaten, Helsedirektoratet, Landsforeningen til støtte ved krybbedød og Rettsmedisinsk institutt i Oslo, med tanke på å utarbeide bedre rutiner ved undersøkelse av dødsfallene.

I 1991 gav Riksadvokaten en ny instruks til politiet i hele landet. Følgende hovedpunkter ble innskjerpet:

1. *Det gjøres rettslig likundersøkelse i alle tilfeller av plutselig uventet spedbarnsdød (krybbedød).*
2. *Politiet skal avvete resultatet av den rettslige obduksjonen før de eventuelt tar direkte kontakt med den berørte familien.*
3. *Dersom intet mistenkelig finnes ved obduksjonen, avslutter politiet saken og videre oppfølging av familiene skjer gjennom helsevesenet.*
4. *Politiet avstår fra å sende standardskjema om at saken er henlagt fordi det ikke foreligger straffbart forhold.*

3.3 Helsetjenestens tilbud

I 1992 sendte Helsedirektoratet et rundskriv til sykehus og primærhelsetjenesten, som var harmonisert med Riksadvokaten rundskriv til politiet, Rundskriv IK-22/92. Her fremgikk det at sped- og småbarn som dør plutselig og uventet skal legges inn på nærmeste sykehus. Sykehus og primærhelsetjeneste ble pålagt ansvaret for oppfølging av de rammede familiene.

Retningslinjer ved innkomst til sykehus/barneavdeling:

De fleste sykehus har detaljerte retningslinjer for håndtering av barnet ved innkomst. Mange avdelinger baserer sine tilbud på Krybbedødspermens nedskrevne rutiner ved mottak og oppfølging av barns død. De fleste sykehusavdelinger har likeledes detaljerte retningslinjer for håndtering av familien i den akutte fasen, etter innkomst.

Retningslinjer for ivaretagelse av familien:

Sykehuset har primæransvaret for oppfølging av familier som mister barn. Helsepersonellet på sykehuset har ansvar for og skal ta initiativ til videre oppfølging.

I Helsedirektoratets rundskriv nr IK-22/92 pålegges sykehuset å utarbeide rutiner for "adekvat utredning av dødsårsak og for informasjon og oppfølging av de pårørende". I samme rundskriv fremgår det også at primær-/kommunehelsetjenesten bør utarbeide rutiner for oppfølging, og helsesøsters rolle nevnes spesielt. Sykehuset har hovedansvaret for oppfølging av familiene, og det er lagt vekt på et samarbeid med helsesøster, spesielt der det er lang vei mellom sykehus og familie.

Krybbedødspermen

Krybbedødspermen: rutiner ved mottak og oppfølging av barns død. En veileder for helsepersonell ved mottak, oppfølging og forebygging av krybbedød og annen barnedød. Ansvarlig for permen er Landsforeningen uventet barnedød. Det er foreningens medisinske fagråd som kvalitetssikrer permen. Fagrådet er ledet av avdoverlege dr. med Jens Grøgaard ved Ullevål universitetssykehus. Permen kom ut første gang i 1991 og ble totalrevidert i 2004.

Permen omtales som et "verktøy for helsepersonell som tar i mot eller følger opp familier etter barnedødsfall". Krybbedødspermen finnes i dag ved de fleste norske sykehus. I tillegg abonnerer ca. 600 helsestasjoner og noen politikamre.

Gjennom Krybbedødspermen tilbys helsetjenesten skriftlige rutiner for mottak og oppfølging av pårørende ved krybbedød og andre barnedødsfall. Det understrekes at det er viktig å ha god tid til familien, og minimum en lege og en sykepleier tar seg av familien i egnet lokale. Foreldre tilbys prest eller representant for trossamfunn hvis ønskelig. Helsesøster kontaktes etter samtykke fra foreldrene. Foreldrene tilbys oppfølging etter at de er kommet hjem, og viktigheten av å avtale ny samtale er understreket.

4 Rapport fra Barnedødsårsaksprosjektet – hovedkonklusjoner og forslag

4.1 Om prosjektet

Barnedødsårsaksprosjektet ble startet opp i april 2001, og avsluttet i april 2004. Som nevnt innledningsvis er rapporten fra Barnedødsårsaksprosjektet (heretter omtalt som rapporten) utarbeidet etter prosjektets avslutning, og avgitt til Riksadvokaten. Rapporten gjengir prosjektets hovedinnhold og hovedfunn, og myndighetene anmodes om å organisere dødsstedsundersøkelser i tråd med erfaringene fra prosjektet.

Som bakgrunnen for prosjektet er anført både behov for utvidet faglig kunnskap om krybbedød, hensynet til familiene og oppfølgingen av dem, og hensynet til barnets rettsikkerhet. Det forutsettes at dødsstedsundersøkelser er en nødvendig forutsetning for bruk av diagnosen Sudden Infant Death Syndrome (SIDS), krybbedød.

I 1989 vedtok The National Institute of Health (NIH) i USA en ny definisjon for krybbedød som nå gjelder i USA og ellers brukes i store deler av verden:

Plutselig uventet død hos et spedbarn under ett år som forblir uforklart etter en grundig undersøkelse som inkluderer en komplett obduksjon, undersøkelse av dødsstedet og gjennomgang av sykehistorien.

Bruk av denne definisjonen innebærer at dødstedssundersøkelse skal være gjennomført for å kunne bruke diagnosen. Dette medførte i henhold til rapporten problemer internt i Norge. Politiet var instruert i å holde seg borte fra dødsstedet og ingen annen instans har overtatt politiets oppgaver. Rapporten viser også til at plutselig uventet spedbarnsdød har endret karakter, og at "økningen av "gråsonedødsfall" stiller større krav til undersøkelsen enn tidligere."

Rapporten legger videre vekt på at fordi krybbedød er en eksklusjonsdiagnose så stilles det store krav til undersøkelsen. "Intet forsøk på å forklare dødsfallet må være uprøvd. Internasjonalt finnes omfattende prosedyrer på hvordan dødsfallene bør undersøkes". Det vises også til forskningsprosjekter både i England og i Tyskland.

Også foreldrenes behov for å få avkreftet mistanke om et straffbart forhold er del av bakgrunnen for prosjektet, og for støtten fra Landsforeningen uventet barnedød.

Studien ble designet som et forskningsprosjekt med frivillig deltagelse fra foreldrene og med skriftlig samtykkeerklæring. De som har deltatt i Barnedødsårsaksprosjektet har gitt sitt samtykke til både dødsstedsgranskning og samtidig også til at opplysninger og funn fra granskningen kan gis videre til politiet.

Forskningsprosjektet omfattet helseregion sør og øst, dvs. 10 fylker og 2.5 mill.

innbyggere. Inkludert var alle plutselige og uventede dødsfall i sped- og småbarnsalder fra 0–3 år. I prosjektperioden var det i alt 64 plutselige uventede dødsfall i sped- og småbarnsalder. I 46 tilfeller ble det gjennomført dødsstedsundersøkelse og i de fleste tilfellene ble det arrangert kasuskonferanse etter at svar på alle undersøkelser forelå. Ved kasuskonferansene deltok koordinator, rettsmedisinere, involverte barneleger samt eksterne eksperter i radiologi, neuropatologi, mikrobiologi, kriminaltaktikk/teknikk.

4.2 Konklusjoner

Rapporten konkluderer med at "dødsstedsundersøkelsen har bidratt vesentlig til fastsetting av riktig diagnose der barn dør plutselig og uventet, og til å belyse omstendighetene rundt dødsfallene. I henhold til rapporten har undersøkelsen således bidratt til å fjerne mistanke om straffbare forhold i 14 av 46 saker, dvs. ca. 30 %. Rapporten opplyser imidlertid også at undersøkelsene ikke har avdekket straffbare forhold som det ikke allerede i utgangspunktet var mistanke om.

Rapporten anbefaler at det innføres en obligatorisk dødsstedsundersøkelse ved alle tilfeller av plutselig uventet død i sped- og småbarnsalder (ca. 40-50 tilfeller pr. år).

4.3 Nærmere om rapportens forslag

Det oppsummeres tre ulike målsetninger med dødsstedsundersøkelser:

- fastsetting av dødsårsak
- oppfølging av foreldrene
- straffeforfølging

Det foreslås at dødsstedsundersøkelser gjøres obligatoriske. Tre modeller drøftes:

- alminneliggjort politimodell
- spesialisert politimodell
- sakkyndigmodell

Rapporten konkluderer med at sakkyndigmodellen bør innføres.

"Dødsstedsundersøkelsen bør utføres av noen få "sakkyndige" politiekspert og rettsmedisinere som rapporterer til påtalemyndighetene uten å være en del av denne." Spørsmål om oppdragsgiver drøftes ikke, (ref: rapporten s. 7).

"Sakkyndig-modellen" innebærer at det opprettes et landsdekkende kompetansenettverk for undersøkelse av plutselig uventede dødsfall i sped- og småbarnsalder. De sentrale medarbeiderne består av 2-3 eksperter med politifaglig bakgrunn, uten at disse er knyttet til politiet, hvorav en fungerer som landskoordinator. Dessuten tilknyttes rettsmedisinere fra de fire rettsmedisinske institusjonen i landet. Ved plutselig uventede dødsfall i sped- og småbarnsalder utføres i alle tilfeller dødsstedsundersøkelse ved ekspert med politifaglig bakgrunn og den rettsmedisineren som foretar obduksjonen. Alle medarbeiderne i nettverket har status som sakkyndig og ingen er ansatt av påtalemyndigheten. Det samarbeides med lokalt politi på samme måte som det har vært gjort i løpet av

*Barnedødsårsaksprosjektet på sørøstlandet, dvs at alle funn rapporteres både til politiet og etter nærmere regler til ansvarlig instans i helsetjenesten”
(Ref: rapporten s. 29).*

4.4 Innspill fra Landsforeningen uventet barnedød

Landsforeningen uventet barnedød har i brev av 9.9.2005 til direktoratet gitt sin tilslutning til rapportens forslag om dødsstedsundersøkelser. Det understrekes fra Landsforeningens side, også i møte med arbeidsgruppen, at det er hensynet til foreldrene som har mistet sitt barn som begrunner dette standpunktet. Fra Landsforeningens side legges også vekt på at foreldre som mistenkes for å ha medvirket til barnet død kan renavaskes med en slik undersøkelse. Landsforeningen har i møte med direktoratet også uttalt at de ønsker obligatoriske undersøkelser. De legger stor vekt på hensynet til barnets rettssikkerhet.

Arbeidsgruppen forstår Landsforeningen slik at dødsstedsundersøkelser slik de ble gjennomført i regi av barnedødsårsaksprosjektet har gitt et tilbud til familien som i dag er mer eller mindre fraværende. Dødsstedsundersøkelsene har ivaretatt familiens behov for informasjon og forståelse i en vanskelig situasjon. Foreningen viser også til den undersøkelse som Senter for Krisepsykologi, v/ psykolog Unni Marie Heltne og psykolog Atle Dyregrov har gjennomført, rapport av februar 2003. Rapporten fra psykologene bekrefter både foreldrenes behov og de positive erfaringer de har hatt med prosjektet. I henhold til denne rapporten er foreldrene delt i synet på om undersøkelsen bør være obligatorisk for alle eller om den bør være frivillig.

Landsforeningen har i sitt brev lagt vekt på at erfaringene gjort av familier som har mistet barn også må trekkes inn når myndighetene skal ta stilling til organisering av dødsstedsundersøkelser.

5 Arbeidsgruppens flertalls vurderinger

I det følgende vil flertallets vurderinger og anbefalinger presenteres. Særmerknad fra riksadvokatens representant i arbeidsgruppen følger i kap. 9.

5.1 Behov for dødsstedsundersøkelser

Barnedødsårsaksprosjektet har avdekket et behov for en annen og mer omfattende oppfølging ved plutselig uventet spedbarnsdød enn familiene får tilbud om i dag. Rapporten følges opp med sterke anbefalinger både fra Landsforeningen uventet barnedød og fra Barneombudet. Det er særlig tilbud om og organisering av dødsstedsundersøkelser anbefalingene er konsentrert om. Det uttrykkes et ønske om at det i regi av helsetjenesten etableres en sakkyndig gruppe for gjennomføring av dødsstedsundersøkelser.

Det oppsummeres tre ulike målsetninger med dødsstedsundersøkelser:

- fastsetting av dødsårsak
- oppfølging av foreldrene
- straffeforfølging

Dødsstedsundersøkelser i regi av helsetjenesten, som helsehjelp, vil kunne ha betydning når det gjelder to av de tre målsetninger:

- avklare årsaksforhold knyttet til dødsfallet
- oppfølging av foreldrene.

Det tredje hensyn, straffeforfølging, vil ikke kunne bli ivaretatt, noe som er en nødvendig konsekvens av å organisere tilbudet i regi av helsetjenesten, som helsehjelp. I rapporten konkluderes med at dødsstedsundersøkelser ikke gir grunnlag for mistanke i flere saker enn obduksjonen/likundersøkelsen allerede har gjort. Rapporten viser imidlertid at dødsstedsundersøkelsen kan bidra til å avkrefte en eventuell mistanke om noe straffbart.

Det har vært et utgangspunkt for arbeidsgruppen at det verken er ønskelig eller nødvendig med en ordning med husundersøkelse foretatt av politiet i alle saker der spedbarn dør plutselig og uventet. Erfaringene fra før 1991 har ligget til grunn for denne vurderingen. (Se kap 3.) Begrunnelsen er både knyttet til de påkjenninger det er for de foreldre som har mistet sitt barn å bli gjenstand for politietterforskning, men også til at det i de aller fleste tilfeller anses som unødvendig med slike undersøkelser. Svært få av de døde barna har vært utsatt for noe kriminelt.

Dødsstedsundersøkelser i regi av påtalemyndigheten er avvist av Riksadvokaten, og det begrunnes med at det ikke er rettslig grunnlag i straffeprosessloven for gjennomføring av slike undersøkelser. Det vises til kap 8 for en nærmere gjennomgang av straffeprosessloven i dette spørsmålet.

Arbeidsgruppens flertall har forstått det slik at det ikke er rettslig grunnlag i straffeprosessloven for undersøkelse av dødsstedet med mindre det foreligger skjellig grunn til mistanke, heller ikke om det benyttes sakkyndig oppnevnte rettsmedisinere til en slik oppgave.

Det har vært arbeidsgruppens utgangspunkt at avklaring av årsaksforhold, og det å ivareta familiene når spedbarn dør plutselig og uventet, kan være en oppgave for helsetjenesten. Som hovedregel vil det ikke være anledning til å gi informasjon fra dødsstedsundersøkelsen til den rettsmedisiner som har obduksjonen og som har ansvaret for å fastsette dødsårsak. Informasjonsflyt til rettsmedisinere vil i realiteten måtte vurderes som informasjonsflyt til politiet. Verdien av dødsstedsundersøkelsen for rettsmedisinerens arbeid med fastsetting av dødsårsak vil således ikke være særlig stor hvis denne gjennomføres i regi av helsetjenesten.

I rapporten vises også til definisjon av krybbedød hentet fra The National Institute of Health i USA, og det legges til grunn at slik undersøkelse er nødvendig for å bruke diagnosen. I Norge føres diagnoser i henhold til det internasjonale kodeverket ICD-10, og det er i dag ikke krav om dødsstedsundersøkelser ved bruk av diagnosen *R95 Krybbedødsyndrom*. Arbeidsgruppen har imidlertid forståelse for at det i en internasjonal forskningssammenheng vil være problemer forbundet med avvikende diagnostisk praksis.

5.2 Sakkyndigmodellen

"Sakkyndigmodellen" slik denne er beskrevet i rapporten, og som foreslås som modell for dødsstedsundersøkelser, innebærer etter flertallets vurdering at helsepersonell gis et sakkyndig oppdrag fra politi/påtalemyndighet. Spørsmål om oppdragsgiver er ikke drøftet eksplisitt i rapporten, men det fremgår som en ikke uttalt forutsetning, (*"Alle medarbeiderne i nettverket har status som sakkyndig og ingen er ansatt av påtalemyndigheten"*) og det presiseres også at det er politiet som skal motta opplysningene (s. rapporten s.29).. I prosjektet er deltagelsen regulert med samtykke, skriftlig samtykke, og det opplyses at det ved inngåelse av samtykket blir informert om at opplysninger vil bli overlevert politiet.

Bruk av sakkyndige i helsetjenesten reguleres av helsepersonelloven § 27. (Se omtale av bestemmelsen i kap. 7.) I direktoratets rundskriv IS-9/2006 fremgår at det stilles følgende krav til et sakkyndigoppdrag:

"Dersom helsepersonellet opptrer som sakkyndig, handler vedkommende som hovedregel på vegne av en annen oppdragsgiver enn pasienten. Som sakkyndig regnes helsepersonellet når han eller hun avgir erklæringer, attestasjoner og lignende som ikke står i direkte forbindelse med behandlingen av skade eller sykdom, men er ment å skulle tilrettelegge grunnlaget for avgjørelser av forskjellig slag. Det foreligger ikke lenger et tosidig behandler/pasientforhold. En tredjepart kommer inn og skal ha opplysninger, og helsepersonellet kan ha selvstendige plikter i forhold til denne. Oppdragsgiveren kan være domstolen, trykdeetaten,

forsikringsselskaper, utlendingsmyndighetene osv.

Opplysninger som helsepersonellet innhenter som sakkyndig vil i utgangspunktet ikke være taushetsbelagte for oppdragsgiver, jf. helsepersonelloven § 27.

Bestemmelsen oppstiller krav som må være oppfylt, før det anses å foreligge et sakkyndighetsoppdrag som gir grunnlag for utlevering av helseopplysninger til oppdragsgiver. Det kreves at helsepersonellet gjør pasienten oppmerksom på at vedkommende opptrer som sakkyndig, og at opplysninger som skriver seg fra sakkyndigoppdraget vil bli utlevert til oppdragsgiver.

Bestemmelsen gir ikke pasienten adgang til å reservere seg mot at den sakkyndiges informasjon utleveres til oppdragsgiver, dersom denne er innhentet og benyttet i samsvar med kravene som følger av bestemmelsen. Pasienten kan imidlertid reservere seg mot at det blir foretatt sakkyndig vurdering, med mindre det finnes lovhjemmel som gir grunnlag for at sakkyndig vurdering skal foretas.”

Når det med hjemmel i et gyldig rettslig grunnlag er gjennomført en sakkyndig undersøkelse, så vil ikke taushetsplikten være til hinder for at opplysninger gis til oppdragsgiver, her til politiet. Overfor oppdragsgiver gjelder ikke taushetsplikten. Både oppdragsgiver og oppdraget må gjøres klart overfor familien for at taushetsplikten skal kunne settes tilside med hjemmel i § 27. Dette er situasjonen når det gjelder obduksjonen. Her er rettsmedisinerne sakkyndige på oppdrag fra politiet.

Informasjonsflyt til politiet uten at det sakkyndig oppdrag er i tråd med vilkårene i helsepersonelloven § 27, vil etter flertallets vurdering være i strid med bestemmelsene om taushetsplikt. Vi viser til en nærmere drøftelse av dette spørsmål i kap. 7.

Helsetjenesten kan ikke i egen regi gjennomføre ”sakkyndige oppdrag” hvor mottaker av informasjonen er politiet. I den grad det skal kunne gjennomføres dødsstedsundersøkelser, må politi og påtalemyndighet stå som ansvarlig, slik de gjør for den rettslige obduksjonen. Det er arbeidsgruppens flertalls vurdering at bruk av begrepet sakkyndige i en helserettslig sammenheng ikke bør benyttes på forhold som ikke faller inn under helsepersonelloven § 27.

Arbeidsgruppens flertall har kommet til at sakkyndigmodellen slik den er beskrevet og foreslått i rapporten, ikke er aktuell som modell for dødsstedsundersøkelser i regi av helsetjenesten. Det er imidlertid elementer i ”sakkyndigmodellen” som vil være av betydning også ved en organisering av dødsstedsundersøkelser som helsehjelp. Det gjelder bl.a. kompetanse, arbeidsform, tidspunkt for undersøkelse m.m. Vi kommer nærmere tilbake til dette i kap. 6.

5.3 Riksadvokatens skisse

Riksadvokaten har i møte med direktoratet i juni 2006 foreslått at sakkyndig-modellen slik denne er organisert i prosjektet, kan videreføres med rettslig grunnlag i deltagernes samtykke, i regi av helsetjenesten. Riksadvokaten har i sin vurdering av modellen lagt stor vekt på at det må sikres at det ikke er noen bånd mellom de som deltar i en dødsstedsundersøkelse og påtalemyndigheten. Rollekonflikt i helsetjenesten drøftes imidlertid ikke.

Samtykke til å sette taushetsplikten til side og til å gi opplysninger til politiet reguleres av helsepersonelloven § 22 første ledd. Samtykket til besøk i hjemmet/dødsstedsundersøkelse reguleres av pasientrettighetsloven § 4.1. Samtykket må være informert, og samtykke til å gi informasjon til politiet kan etter arbeidsgruppens flertalls vurdering ikke kobles til et samtykke til dødsstedsundersøkelse. Det er videre viktig å være klar over at samtykket til enhver tid kan trekkes tilbake.

Et forhåndssamtykke om informasjonsflyt til politiet etter dødsstedsundersøkelser, vil etter arbeidsgruppens vurdering ikke være gyldig med mindre undersøkelsen gjennomføres som et sakkyndig oppdrag for politiet. Et gyldig rettslig grunnlag for å gi opplysninger til politiet krever med andre ord at politiet står som oppdragsgiver for undersøkelsen, og at det klart fremgår at det er et sakkyndig oppdrag og ikke en behandlingssituasjon.

Å bistå politiet med sikring av åsted, og med informasjonsflyt med tanke på politietterforskning, er ikke en oppgave for helsetjenesten. Helsemyndighetene kan ikke ta ansvar for å organisere en tjeneste med det formål å avklare strafferettslige forhold. Arbeidsgruppens flertall vurderer det både som etisk betenkelig, og muligens også som uforsvarlig, om det som del av et helsetilbud til foreldrene skulle knyttes betingelser om informasjon til politiet. I hvilken grad innhenting av et samtykke til dette fremstår som en betingelse eller noe som faktisk er frivillig er ikke av vesentlig betydning, avgjørende er at det uansett vil kunne føles som et press, og det vil være vanskelig å avslå uten at det vil kunne oppfattes som mistenkelig.

5.4 Arbeidsgruppens flertalls konklusjoner

I de tilfeller hvor politi eller påtalemyndighet ikke har rettslig grunnlag i straffeprosessloven for undersøkelse av dødsstedet, så vil arbeidsgruppens flertall anbefale at det tilbys dødsstedsundersøkelse i regi av helsetjenesten.

Arbeidsgruppens flertall kan ikke slutte seg til forslaget om en obligatorisk ordning med dødsstedsundersøkelser. Et tilbud fra helsetjenesten om dødsstedssundersøkelse må være frivillig, og må baseres på samtykke, jf. pasientrettighetsloven § 4-1. Tilbudet vil også reguleres av bestemmelsene om taushetsplikt i helsepersonelloven. Det er enighet i arbeidsgruppen om at

taushetspliktbestemmelsene kommer til anvendelse, men det er uenighet om det nærmere innhold i disse bestemmelsene, og hvilken betydning bestemmelsene får for tilbudet om helsehjelp. Det redegjøres nærmere for disse bestemmelsene i kap. 7.

Forslaget i rapporten inneholder en forutsetning om at den rettsmedisiner som foretar obduksjonen også skal delta ved undersøkelse av dødsstedet. Rettsmedisiner som utfører obduksjon opptrer som sakkyndig overfor politiet, og vi kan vanskelig se at den samme rettsmedisiner kan utøve en behandlerrolle samtidig som vedkommende er sakkyndig for påtalemyndigheten. Spørsmål om de ulike roller for helsepersonellet i "sakkyndigmodellen" er ikke drøftet i rapporten, kun spørsmål om rettsmedisinerens selvstendighet overfor politiet.

6 Helsehjelp ved plutselig uventet barnedød

Ethvert barnedødsfall er en tragedie for den familien som rammes, og vil være en spesiell utfordring for helsetjenesten, både når det gjelder håndtering av det døde barnet og omsorgen for familien. I dette kapitlet beskrives en mulig organisering av og innhold i helsehjelp knyttet til slike dødsfall.

6.1 Helsetjenesten tilbud når barnet dør

I de fleste tilfelle vil legevakt/AMK være første instans som mottar melding om formodet dødsfall. Ambulanse og lege bør umiddelbart rykke ut til dødsstedet.

Legevakt/AMK må avklare om det er grunnlag for å starte gjenoppliving. Dersom foreldrene har satt i gang gjenoppliving, vil de anbefale at de fortsetter med det til legen kommer. Hvis gjenopplivning ikke er satt i gang må Legevakt/AMK klargjøre om det kan være grunnlag for å be foreldrene starte gjenoppliving. Erfaringen er at gjenoppliving nesten aldri lykkes.

Barnet sendes til nærmeste sykehus. Foreldre/pårørende og legen følger med i ambulansen. Legen som ankommer dødsstedet og som konstaterer at barnet er død, skal omgående varsle politiet om at det er et unaturlig dødsfall, og skal også melde dødsfallet til dødsårsaksregisteret. På sykehuset tas barnet hånd om på barneavdelingen, eller annen egnet avdeling når barneavdeling ikke finnes (ref. Legevakthåndboka; 2005: 988-989). Det forutsettes at alle sykehus har utarbeidet prosedyrer med henblikk på håndtering av plutselig uventet barnedød.

Barnet skrives inn som pasient, og det opptas vanlig journal. Legen på barneavdelingen foretar de faste prøver og undersøkelser av barnet. (Krybbedødspermen 1.2.4 Journalopptak og prøvetaking ved innleggelse i barneklinikk.)

Det er ønskelig at eventuelle søsken også kommer til sykehuset sammen med foreldrene. Hele familien bør tas hånd om på sykehuset. (Krybbedødspermen pkt. 1.2.2 Retningslinjer for ivaretagelse av familien.) Dette bør fortrinnsvis være helsepersonell spesielt utpekt til denne oppgaven, og som skal delta i en videre oppfølging av familien. Når den medisinske undersøkelsen er utført, skal familien få være sammen med det døde barnet.

I henhold til gjeldende retningslinjer skal politiet begjære rettslig obduksjon. Barnet bringes fra barneavdelingen til det regionale rettsmedisinsk institutt (RMI) så snart foreldrene har tatt foreløpig avskjed med barnet.

Dersom geografi eller andre forhold gjør at barnet ikke umiddelbart blir sendt til sykehus, vil barnet bli brakt fra dødsstedet til nærmeste RMI, men også i slike tilfelle

bør barnet innom barneavdeling sammen med foreldre. Dette fordi det er barneavdelingen som har ansvar for videre oppfølging av den berørte familien.

Helsepersonell bør følge barnet til RMI når barnet overflyttes

Obduksjon bør foretas innen 24 timer.

Barneklubben (eller eventuelt annen sykehusavdeling) har ansvaret og skal være sentral i koordinering både når det gjelder undersøkelser av det døde barnet og av den videre oppfølging av familien.

6.2 Videre oppfølging

Oppfølging etter dødsfallet bør skje i hjemmet snarest, i hovedsak innen ett døgn etter dødsfallet. Oppfølgingen består i samtale med familien om hendelsesforløpet om hva som videre skal skje. Det bør også gjøres dødsstedsundersøkelse for å klarlegge omstendighetene omkring dødsfallet. Dette gjøres både av hensyn til foreldre/pårørende og som et ledd i arbeidet med å fastsette årsaksforholdene.

Spesialisthelsetjenesten, representert ved barneavdelingen i sykehus, bør være ansvarlig for oppfølgingen på dødsstedet, i samarbeid med helsesøster fra den lokale helsestasjonen, og eventuelt også fastlegen. I tillegg tilrås at personer med rettsmedisinsk og politifaglig kompetanse deltar. Personer som vil bli brukt av påtalemyndighet som sakkyndig i samme sak (for eksempel rettsmedisiner som utfører obduksjon), kan ikke delta.

Det må vurderes nærmere hvordan man eventuelt skal organisere tilgjengelighet av slik spesialkompetanse, og om det bare skal være ett eller to nasjonale team som rykker ut ved slike hendelser.

Denne oppfølgingen, og dødsstedsundersøkelsen, er et tilbud til foreldrene hvor hensikten som nevnt er å gi omsorg, informasjon og for øvrig ivareta foreldrene. Videre er hensikten å bidra til å klarlegge årsaksforhold, og med det gi kunnskapsgrunnlag for forskning og forebygging. Obdusentens rapport stilles til rådighet for helsepersonellet.

Barneavdelingen skal ha ansvaret for den videre oppfølgingen av familien, og skal samarbeide med den lokale helsetjenesten. (Jf. Krybbedødspermen kap.2.) Det kan være hensiktsmessig om det er disse som informerer foreldrene om den endelige dødsårsaken, men det er ingen forutsetning.

Ved mistanke om straffbart forhold vil politiet foruten å rekvirere obduksjon, umiddelbart iverksette politietterforskning. I slike tilfelle vil en undersøkelse av dødsstedet skje i form av en etterforskningsmessig åstedsgransking i regi av politiet. Helsetjenestens tilbud om hjelp til foreldrene vil da ikke omfatte en dødsstedsundersøkelse.

7 Taushetsbestemmelsene i helsepersonelloven

Det er flertallet vurdering at det er taushetspliktbestemmelsene i helsepersonelloven som regulerer politiets tilgang til informasjon/bevis. Det er imidlertid ikke enighet om forståelsen av disse bestemmelsene. I det følgende gjør Sosial- og helsedirektoratet rede for sin forståelse av bestemmelsene. Særmerknad til informasjonsflyt - opplysningsplikt/rett fra riksadvokatens representant i arbeidsgruppen fremgår i kap. 9.

7.1 Rettskilder

Direktoratet tar utgangspunkt i lovens forarbeider, Ot.prp. nr. 13 (1998-99), om lov om helsepersonell, heretter benevnt som proposisjonen. Videre bygger vi på NOU 1993:33 (utkast til lov om helsepersonell, levert av prosjektleder Bente Ohnstad).

Merknader til lovens forståelse er videre gitt i Sosial- og helsedepartementet rundskriv I-20/2001 Lov om helsepersonell.

Med de nye helselovene har en rekke spørsmål knyttet til pasientenes rettigheter fått sin rettslige forankring i helsepersonelloven, pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven. Tidligere ble ulovfestet rett løst med en tolkning av legeloven, med analogier, reelle hensyn og andre rettslige konstruksjoner, Svært mange problemstillinger får videre sin løsning ved at helsemyndighetene utarbeider rundskriv.

Direktoratet har gitt ut to rundskriv som behandler spørsmål om taushetsplikten overfor politi og barnevern. Rundskriv IS-7/2003: Helsepersonells rett og /eller plikt til å gi informasjon til politi og militære myndigheter om pasienters helsetilstand, og rundskriv IS-17/2007 som omhandler taushetsplikten overfor politiet i saker med barnemishandling. Alminnelig rettskildebruk tilsier at også disse rundskrivene har vekt ved tolkningen av loven. Rundskriv IS-8/2004, Helsepersonells opplysningsplikt og opplysningsrett overfor sosialtjenesten og barneverntjenesten er opphevet.

I tillegg til lovens ordlyd og forarbeider, vil forvaltningspraksis også tillegges vekt i forståelsen av loven. Det gjelder vedtak fattet av Helsetilsynet, Helsepersonellnemnda og direktoratet. Direktoratets lovtolkning bygger på en helhetlig forståelse og kjennskap til denne forvaltningspraksis. Lovavdelingens uttalelser er også rettskilde ved tolkningen, og to avgjørelser er relevante: Saksnummer: 2004/01843 og saksnummer: 2754/83.

Av kommentarutgave til helsepersonelloven foreligger i dag Helsepersonelloven (Anne Kjersti Befring og Bente Ohnstad, Fagbokforlaget 2001). Merknader til loven er også gitt i Karnov: Norsk kommentert lovsamling (Anne Kjersti Befring). Direktoratet viser også til Ørnulf Rasmussen "Kommunikasjonsrett og taushetsplikt i helsevesenet" (Ålesund 1997). Rasmussens doktoravhandling fra 1994 gjelder

legeloven m.m. Rasmussen drøfter imidlertid utførlig en rekke problemstillinger som forarbeidene ikke behandler i samme grad, og som har relevans også ved tolkning av helsepersonelloven. Det gjelder bl.a. spørsmål om taushetspliktens objekt, og med det spørsmål om hva og hvem som er vernet.

7.2 Helsetjenesten og politiet: ulike oppgaver – ulike roller

I et seminar om helserett ved Ullevål universitetssykehus 2.6.2005 uttaler dr.juris. Tor-Geir Myhrer at avveiningen må ta utgangspunkt i at politi og helsepersonell har ulike interesser å ivareta, og at det ikke er gitt at det kan være en "felles forståelse" av hvor grensen går. Han snakker om "likevekt" eller manglende likevekt når det gjelder politi og helsetjenesten. Politiet og helsevesenet representerer ytterpunktene i en interesseavveining. Helsetjenestens oppgave er "å gi befolkningen helsehjelp", fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste, og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd. Politiet skal beskytte person, eiendom og fellesgoder, forebygge, avdekke og stanse kriminalitet. Han slår fast at manglende likevekt er til hinder for en felles forståelse av kommunikasjonsflyten mellom de to etater. Foredragets overskrift er: *Beskytte pasienten eller hjelpe politiet å fange skurker?* Myhrer presiserer i foredraget at det vil alltid være uoverensstemmelse mellom politiets behov og det helselovgivningen gir mulighet til.

Helsetjenesten kan ikke ha som oppgave å ivareta politiets behov knyttet til etterforskningen og til straffereaksjoner. Som hovedregel vil det bare være for å verne barnet at taushetsplikten kan settes tilside.

7.3 Hvem og hva er vernet av taushetsplikten?

Avgjørende for forståelsen av taushetspliktbestemmelsene er ikke bare lovens ordlyd og tolkningen av denne. Det må avklares hvem taushetsplikten gjelder overfor, hvem som er pasient, hvem det er opprettet journal på, men også hvem som beskyttes utover det. Det spesielle i en situasjon når et barn er død, er at både barnet og foreldrene må regnes for å være beskyttet av taushetsplikten. Foreldrene og det døde barnet er en familie som i utgangspunktet har felles interesser, og foreldrene med foreldreansvar representerer barnet, gir samtykke m.m. Ved mistanke om mishandling kan det være motstrid mellom barnets og foreldrenes interesser.

Når et barn blir brakt død til sykehus blir det, i tråd med rundskriv fra Helsedirektoratet, opprettet journal på barnet. Det blir sannsynligvis ikke opprettet egen journal på foreldrene, og det er grunn til å tro at også notater fra samtaler med foreldrene tas inn i barnets journal. Foreldrene, og eventuelle søsken, blir tatt hånd om av helsepersonell, og i den grad sykehuset følger opp både egne retningslinjer og Krybbebedødspermen, får foreldrene tilbud om krisehjelp av helsepersonell på sykehuset. Om de tar imot tilbudet, og eventuelt i hvilket omfang, vil variere.

Krisehjelp må regnes som helsehjelp, og foreldrene, ikke barnet, må regnes som

pasient i en slik sammenheng. Hvis det skal tilbys og gjennomføres dødsstedsundersøkelser i regi av helsetjenesten, bør det vurderes å opprette egen journal på foreldrene. Det er imidlertid ingen betingelse at foreldrene formelt får en pasientstatus og at det blir opprettet journal for at de eventuelt skal være beskyttet av taushetsplikten. Avgjørende for om de er beskyttet av taushetsplikten er om de mottar helsehjelp. At foreldrene mottar helsehjelp innebærer at det er opprettet et tillitsforhold mellom foreldrene og helsepersonell på sykehuset.

7.4 Vurdering av de aktuelle bestemmelser

- § 21. Hovedregel om taushetsplikt
- § 36. Melding om dødsfall
- § 27. Opplysninger som sakkyndig
- § 22. Samtykke til å gi informasjon
- § 24. Opplysninger etter en persons død
- § 23. Begrensninger i taushetsplikten
- § 31. Opplysninger til nødretter
- § 33. Opplysninger til barneverntjenesten

7.4.1 § 21 Hovedregel om taushetsplikt

Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.

Taushetsplikten anses som grunnleggende for tillitsforholdet mellom befolkningen og helsepersonell. Taushetsplikten skal både bidra til at hjelpetrequende oppsøker helsetjenesten og til at de gir nødvendige opplysninger. Unntak fra taushetsplikten utover det som følger av helsepersonelloven selv, krever klar lovhjemmel, jf. § 23 nr. 5.

Taushetsplikten gjelder for helsepersonell i deres virksomhet, når de yter helsehjelp. Den er knyttet til profesjonen, og omtales gjerne som profesjonsbestemt eller yrkesbestemt taushetsplikt. Den er strengere og omfatter mer enn den taushetsplikten som følger av forvaltningsloven. Den profesjonsbestemte taushetsplikten kan som hovedregel ikke settes til side med mindre det foreligger et samtykke fra pasienten, eller bestemmelser om dette er nedfelt i lov. Den kan for eksempel ikke settes tilside av overordnet myndighet, slik det er anledning til når det gjelder den forvaltningsrettslige taushetsplikten.

Taushetsplikten gjelder for alle de opplysninger helsepersonell får i sin virksomhet. Den omfatter opplysninger om legems- eller sykdomsforhold" men også "andre personlige forhold". Personlige forhold omfatter bl.a. sosiale forhold og økonomiske forhold.

Det er ingen uenighet i arbeidsgruppen om forståelsen av § 21 Hovedregel om taushetsplikt, og at den vil komme til anvendelse også når helsetjenesten mottar et dødt barn og ved oppfølgingen av foreldrene. Det er unntaksbestemmelsene uenigheten er knyttet til.

7.4.2 § 36 Melding om dødsfall

Hovedbestemmelsen om opplysningsplikt overfor politiet ved plutselig uventet barnedød er § 36.

(Tredje og fjerde ledd)

Er det grunn til å tro at dødsfallet er unaturlig, skal legen underrette politiet i samsvar med forskrift fastsatt av departementet.

Er etterforskning iverksatt for å avklare om døden er voldt ved straffbar handling, skal legen gi retten opplysninger av betydning for saken, dersom retten ber om dette.

I henhold til forskrift 21.12.2000 nr. 1378 om leges melding til politiet om unaturlig dødsfall, har leger en plikt til å melde plutselig, uventet død til politiet "snarest mulig", "personlig eller telefonisk". Den samme legen skal følge opp denne meldingen med en skriftlig melding. Det kan være barnets ordinære, behandlende lege, men det kan også være en legevaktslege eller en sykehuslege som ikke tidligere har behandlet barnet. Plikten gjelder imidlertid bare leger, ikke helsepersonell generelt.

Det vil så og si alltid foreligge en meldeplikt til politiet når spedbarn dør, fordi døden som oftest vil være plutselig og uventet. Det er derfor svært viktig at legen informerer foreldrene på en tydelig og grundig måte om at melding også blir sendt politiet.

Det er utarbeidet et felles skjema for melding om dødsfall til politiet etter helsepersonelloven § 36 og melding til dødsårsaksregisteret, jf. dødsårsaksregisterforskriften (forskrift 12.12.2001 nr. 1476). Meldeplikten anses oppfylt med utfylling og innsending av meldeskjema.

Det er det døde barnets interesser og rettssikkerhet som skal ivaretas med meldeplikten. På grunnlag av denne meldingen skal politiet vurdere om det er behov for videre oppfølging. "Med mindre det finst særlege grunnar" skal de imidlertid vente på utfallet av den rettsmedisinske obduksjon. Etter dette er det politiet og påtalemyndighetens oppgave eventuelt å forfølge saken fra en strafferettslig side.

I henhold til § 36 fjerde ledd skal legen også gi retten opplysninger dersom den ber om det, hvis det er innledet etterforskning. Legen har vitneplikt. Det heter i forarbeidene til helsepersonelloven, jf. også kommentarutgaven (Befring/Ohnstad), at legen med hjemmel i denne bestemmelsen også har en rett til å gi opplysninger til politiet med tanke på oppklaring av saken, men det foreligger ingen plikt til dette. Det er kun overfor retten at legen har en plikt til å forklare seg.

7.4.2.1 Nærmere om meldepliktens innhold

Meldeplikten i helsepersonelloven er en direkte videreføring av meldeplikten i legeloven. Meldeplikten er heller ikke knyttet til mistanke og spørsmål om straffeforfølgning. Spørsmål om omfanget av meldeplikten er behandlet i forarbeidene til legeloven, Ot.prp. nr. 1 (1979-80), hvor det bl.a. heter (s. 112):

”At meldeplikten knytter seg til det objektive faktum at det foreligger ikke-naturlig død, og ikke forutsetter noen mistanke, betyr en vesentlig lettelse. Riktignok kan det bli flere tilfeller å melde, men legen slipper å avgjøre spørsmålet om det er grunn til mistanke, noe som ofte til måtte oppfattes som rettet mot bestemte personer.”

Utgangspunktet er at alle opplysninger fra likskuet skal gis videre både til politiet og til dødsårsaksregisteret. Det gjelder både opplysninger om skadested og aktivitet i skadeøyeblikket, men også opplysninger som gir grunnlag for legens mistanke om at barnet døde en unaturlig død. Legen må bl.a. ta stilling til

- om det foreligger spesielle omstendigheter ved dødsfallet
- om det er noe som tyder på drap
- om det er grunn til å anta at døden er voldt ved en straffbar handling

Meldeplikten gjelder det objektive faktum at barnet er dødt, og at legen anser dødsfallet for å være unaturlig. Meldeplikten gjelder derfor også der det ikke er grunn til ”å anta at døden er voldt ved en straffbar handling”. I dødsmeldingsskjema skal legen også svare på spørsmål om mulig dødsårsak, og det skal krysses av på spørsmål om legen har grunn til å tro at spørsmål om årsak vil kunne bli endret. Det vil således være en rekke forhold knyttet til det første møtet mellom legen og foreldrene med det døde barnet som omfattes av meldeplikten. Det er imidlertid ikke legens oppgave å følge opp med nye meldinger til politiet ved ny og utvidet kunnskap, for eksempel fra helsehjelp og samtaler med foreldrene i ettertid. Meldeplikten til politiet om dødsfallet og den senere opplysningsplikten overfor retten, jf. § 36, gjelder opplysninger om den døde, og opplysninger hentet fra likskuet. Opplysninger som helsetjenesten får kjennskap til fra et helsetilbud til foreldrene i etterkant omfattes ikke av meldeplikten.

Når det gjelder vitneplikten etter § 36 fjerde ledd, så omfatter den kun de opplysninger som inngår i meldeplikten. Vitneplikten omfatter ikke opplysninger som legen har fått kjennskap til i en behandlingssituasjon overfor foreldrene.

Meldeplikten omfatter i utgangspunktet heller ikke opplysninger som foreldrene gir til helsepersonell om egne forhold i forbindelse med dødsfallet, og dette må gjelde selv om opplysningene er tatt inn i den dodes journal. Her vil det imidlertid kunne oppstå vanskelige avveininger for den lege som melder dødsfallet. I utgangspunktet vil det meste som fremkommer ved syning av liket være informasjon som omfattes av meldeplikten. Det vil imidlertid kunne tenkes informasjon som ikke omfattes av meldeplikten, som innebærer helsehjelp overfor foreldrene. Avgrensning her må legen gjøre selv, etter en konkret vurdering, eventuelt i samråd med den informasjonen omfatter. Direktoratet er kjent med at barnets journal i sin helhet ofte leveres den rettsmedisiner som forestår obduksjonen, og vi utelukker ikke at en slik praksis vil kunne innebære brudd på taushetsplikten.

7.4.3 § 27 Opplysninger som sakkyndig

Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for at helsepersonell som opptrer som sakkyndig gir opplysninger til oppdragsgiver, dersom opplysningene er mottatt under utførelse av oppdraget og har betydning for dette.

Den som opptrer som sakkyndig, skal gjøre pasienten oppmerksom på oppdraget og hva dette innebærer.

På grunnlag om melding om dødsfall til politiet, vil politiet i de fleste saker anmode om rettslig obduksjon, og i et slikt oppdrag vil rettsmedisineren opptre som sakkyndig for politiet.

Når helsepersonell opptrer som sakkyndige, kommer andre hensyn enn hensynet til pasienten og pasientbehandlingen inn. Det foreligger ikke lenger et tosidig behandler/pasientforhold, en tredje part kommer inn og skal ha opplysninger, og helsepersonellet kan ha selvstendig plikter i forhold til sistnevnte. Bestemmelsen pålegger i annet ledd helsepersonell en utvidet informasjonsplikt overfor pasienten om en slik rolle, og det er direktoratets vurdering at hvem som er oppdragsgiver må fremgå klart av den informasjonen pasienten får.

7.4.3.1 Helsepersonellets ulike roller

Direktoratet legger i utgangspunktet til grunn de samme vurderinger som er gjort i proposisjonen, s. 90, at helsepersonell kan ha ulike roller, for eksempel både som sakkyndig og som behandlende lege. Direktoratet ser også at det vil kunne være vanskelig, men ikke umulig, for en lege som har meldt dødsfallet til politiet, og som er bundet av vitneplikten overfor retten etter § 36, å delta i dødsstedsundersøkelser hvor legen kan få kjennskap til forhold knyttet til mulig overgrep.

Det er imidlertid vår vurdering at kombinasjonen av å være sakkyndig for påtalemyndigheten og inneha en behandlerrolle er mer komplisert. Det er vanligvis legen selv som må vurdere om dette er problematisk. I forslag til helsetjeneste med dødsstedsundersøkelser anbefales imidlertid at rettsmedisiner som utfører obduksjonen ikke deltar i eventuell dødsstedsundersøkelse. Se kap. 6.

7.4.4 § 22 Samtykke til å gi informasjon

Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for at opplysninger gjøres kjent for den opplysningene direkte gjelder, eller for andre i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker.

For personer under 16 år gjelder reglene i pasientrettighetsloven §§ 4-4 og 3-4 annet ledd tilsvarende for samtykke etter første ledd.

For personer over 16 år som ikke er i stand til å vurdere spørsmålet om samtykke av grunner som nevnt i pasientrettighetsloven § 3-3 annet ledd, kan nærmeste pårørende gi samtykke etter første ledd.

Det heter i kommentarutgaven s. 128 (Befring, Ohnstad);

”For at samtykke fra en myndig anses informert og i samsvar med lovens krav, må pasienten ha fått opplysninger om hvilke taushetsbelagte opplysninger som omfattes, hvordan disse skal anvendes, og eventuelle konsekvenser av dette, herunder hvem som er mottaker. Informasjonen må gjøres forståelig for pasienten.”

7.4.5 § 24 Opplysninger etter en persons død

Ett annet spørsmål som er reist i denne saken, er om § 24 åpner for at legen kan formidle opplysninger til politiet om ting de får kjenneskap til for eksempel fra en dødsstedsundersøkelse hos foreldrene/familien til det døde barnet.

Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for at opplysninger om en avdød person gis videre dersom vektige grunner taler for dette. I vurderingen av om opplysninger skal gis, skal det tas hensyn til avdødes antatte vilje, opplysningenes art og de pårørende og samfunnets interesser.

Nærmeste pårørende har rett til innsyn i journal etter en persons død hvis ikke særlige grunner taler mot det.

Som hovedregel gjelder taushetsplikten også etter at pasienten er død. Bestemmelsen tilsvarer tidligere bestemmelse i legeloven § 37.

I kommentarutgaven til Befring/Ohnstad heter det:

”I formuleringen ”vektige” ligger at det må foreligge gode grunner for utlevering av pasientopplysninger om avdøde. Det er ikke tilstrekkelig å vise til at det er hensiktsmessig og praktisk å utlevere slik informasjon. De vektige grunnene må være knyttet til en avveining av avdødes vilje mot hensynet til pårørende og samfunnets interesser.

Direktoratet utelukker ikke at opplysningsretten etter § 24 kan gi grunnlag for å tilsidesette taushetsplikten overfor politiet utover det som følger av § 23 nr. 4 og § 31. Bl.a. vil unntaket kunne omfatte situasjoner hvor det kan tolkes inn et antatt samtykke fra den døde. Det er imidlertid her helt klart at bestemmelsen er begrenset til å gjelde informasjon om pasienten, jf. formuleringen ”opplysninger om en avdød”. Bestemmelsen omfatter således ikke informasjon helsepersonell måtte ha om foreldrene til det døde barnet innhentet på et senere tidspunkt enn meldetidspunktet.

7.4.6 § 23, nr. 4 Begrensninger i taushetsplikten

Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for:

- 4. at opplysninger gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre eller*

Det er ikke gjort store endringer i de materielle innholdet i taushetspliktbestemmelsene med helsepersonelloven. Det gjelder også innholdet i

unntaksbestemmelsen i § 23 nr. 4, og bestemmelsen er ment å være en videreføring av rettsstridsreservasjonen i legeloven § 31. Formuleringen "særlige grunner" er skiftet ut med formuleringen "tungtveiende private eller offentlige interesser". Hensikten med endringen er en presisering med angivelse av det skjønnskriterium som skal legges til grunn. Ved vurderingen av hvorvidt taushetsplikten skal settes til side, må de hensyn som taler for å gi ut opplysninger veie vesentlig tyngre enn de hensyn som taler for å bevare taushet. Helsepersonell må selv foreta en avveining av om det er andre (private eller offentlige) interesser som veier tyngre enn formålet med taushetsplikten, og det fremgår klart av lovens forarbeider at det bare er i alvorlige tilfeller at det kan være aktuelt å bryte taushetsplikten, s. 228 i proposisjonen:

"Hensynene som taler for å bryte taushetsplikten, må veie vesentlig tyngre enn hensynet som taler for å bevare taushet, i alminnelighet vil det være nødrettsbetraktninger. Det vil være tilfeller hvor videreformidling av informasjon er egnet til å motvirke skader av et visst omfang, for eksempel hvis et helsepersonell får kunnskap om at pasienten er en kriminell som er til fare for sine omgivelser. Derimot vil ikke ethvert brudd på straffelovgivningen tilsi at taushetsplikten må vike. ... Det er antatt at taushetsplikten først kan vike hvis det dreier seg om grov legemsbeskadigelse etter straffeloven. ... I disse situasjoner settes taushetsplikten til side av hensyn til å motvirke risiko for alvorlig skade på andre mennesker. Denne risiko må anses som en mer tungtveiende interesse enn taushetsplikten."

I Lovavdelingen uttalelse fra 2004, som gjelder spørsmål om utlevering av biologisk materiale til politiet i forbindelse med etterforskning av et straffbart forhold, vises til tidligere uttalelse fra 1983 hvor legeloven og rettsstridsreservasjonen blir behandlet. Lovavdelingens uttalelse 17. januar 1983 (jnr. 2754/83) gjaldt omfanget av legers taushetsplikt overfor politiet i narkotikasaker. Lovavdelingen uttalte seg her på generelt grunnlag om rekkevidden av unntaket for "særlige grunner" i legeloven § 31 annet ledd:

"Lovavdelingen [antar] at opplysninger en lege måtte få om begåtte lovbrudd, f.eks. fra en person som har skadd seg under et innbrudd, vil være undergitt taushetsplikt. Hensynet til at ingen bør unnlate å oppsøke lege av frykt for å bli angitt til politiet, taler for et slikt standpunkt..."

Spørsmålet om taushetsplikt kommer i en annen stilling i en akutt situasjon hvor andre personers liv står på spill. I slike situasjoner må det antas at opplysninger kan gis ut fra rene nødrettsbetraktninger....

Det skal derfor svært mye til for at det vil kunne foreligge særlige grunner som medfører at taushetsplikten må vike. Vi antar at det her også bør legges vekt på hvilken betydning opplysninger fra legen til politiet i den konkrete saken vil ha for å hindre nye lovbrudd.

Vi (lovavdelingen) antar at disse betraktninger fortsatt vil ha relevans ved tolking av helsepersonelloven § 23 nr. 4. Det skal altså meget tungtveiende grunner til for at helsepersonell kan anses løst fra sin taushetsplikt fordi "offentlige interesser gjør det rettmessig". Her vil alminnelige nødrettsbetraktninger kunne være av betydning,

slik at det vil kunne være mer akseptabelt å løse helsepersonell fra taushetsplikt dersom formålet er å ivareta andre menneskers helse eller sikkerhet, enn dersom formålet f.eks. er å straffe.”

Det er direktoratets vurdering at helsepersonell med hjemmel i helsepersonelloven § 23 nr. 4 kan gi opplysninger når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig. Det er lagt til grunn en streng norm for når det kan være aktuelt å benytte denne opplysningsretten. Hvis en person kan utgjøre en alvorlig fare for egen eller andres sikkerhet vil det være adgang til å gi opplysninger til politiet etter denne bestemmelsen. Bestemmelsen åpner for å sette taushetsplikten tilside i en nødvergesituasjon.

Det er videre direktoratets vurdering at ved plutselig uventet barnedød kommer som hovedregel ikke §§ 23 nr. 4 til anvendelse. Det foreligger ingen ”fare for skade”, og heller ingen nødrettssituasjon. Overfor politiet gis opplysninger med hjemmel i § 36. I en situasjon hvor det er flere barn i en familie og det foreligger tydelige tegn på mishandling av det døde barnet, så vil det kunne være grunnlag for å gi opplysninger både til politiet og til barnevernet for eventuelt å beskytte andre barn i familien.

7.4.7 § 31. Opplysninger til nødetater

Helsepersonell skal varsle politi og brannvesen dersom dette er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom.

I § 31 er det overfor helsepersonell fastsatt en plikt til å informere nødetater, også politi, og når vilkårene er oppfylt skal helsepersonell informere relevant etat. Samtidig som bestemmelsen innebærer en presisering av nødrett og sånn sett er en videreføring av rettstridsreservasjonen, inneholder den også en opplysningsplikt. Bestemmelsen er ny med helsepersonelloven. Det er antatt at bestemmelsen går lengre enn plikten som følger av straffeloven § 139, da den ikke er begrenset til de straffebud som straffelovens bestemmelser omhandler, og vilkårene er ikke like strenge.

Vilkåret for at plikten skal tre i kraft, er at brudd på taushetsplikten er ”nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom”. Det kreves ikke visshet om faren eller risikoen i situasjonen, men det er et klart vilkår at hensikten må være å avverge skade/fare.

Helsepersonell skal varsle politiet dersom dette etter en konkret vurdering er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom, jf. hlspl. § 31. Det vil ofte være liten tid til rådighet og det kan derfor ikke alltid kreves visshet om situasjonen. Det er tilstrekkelig at det er gjort adekvate forsøk på å få klarhet i den. Plikten gjelder også i forhold til å begrense omfanget av en allerede oppstått skade.

I kommentarutgaven til Befring/Ohnstad er det lagt til grunn at bestemmelsen ikke åpner for at det kan gis opplysninger til politiet med tanke på straffeforfølgning.

Både § 23 nr. 4 og § 31 kan gi grunnlag for å gi opplysninger til politiet dersom

helsepersonell finner at det er nødvendig for å avverge skade eller fare. § 31 pålegger helsepersonell en opplysningsplikt, og vilkåret er "avverge alvorlig skade".

Det er direktoratets vurdering at begge de to bestemmelser gir grunnlag for at taushetsplikten kan settes tilside ved "grov legemsbeskadigelse". Det er imidlertid også direktoratets vurdering at det ikke er tilstrekkelig at det foreligger grov vold alene, det må også være et element av nødrett, fareavverging i situasjonen. Det er med andre ord ikke skaden i seg selv som er avgjørende for om politiet kan varsles, det er skadeavverging, fare for skade som er bestemmende. Når det gjelder barnemishandling vil det imidlertid som oftest være en sammenheng mellom grov vold og faren for gjentagelse, og direktoratet utelukker ikke at det i enkelte tilfelle vil kunne være riktig å gi opplysninger videre til politi hvis et barn har vært utsatt for grov vold.

Helseopplysninger skal ikke gis videre dersom formålet er et annet enn å avverge alvorlig skade, som f. eks å bistå politiet i etterforskning av saker. Når det gjelder opplysninger til politiet er det direktoratets vurdering at grensen i utgangspunktet må trekkes mot det å gi opplysninger til bruk i politietterforskning og med tanke på straffeforfølgning alene. Slik bestemmelsene om taushetsplikt er utformet i dag, kan taushetsplikten ikke settes tilside for å ivareta disse oppgavene/hensynene alene. Direktoratet støtter seg her på klare anvisninger både i forarbeidene (se merknad til § 23 nr. 4, nedenfor), lovavdelingens avgjørelser (se merknad samme sted) og også Befring/Ohnstads kommentarutgave. Standpunktet kommer også til uttrykk i tidligere utgitte rundskriv.

Det foreligger lite eller ingen rettspraksis på området som kan bidra til å klarlegge eller endre den lovforståelse som fremgår av forarbeider og rundskriv. Høyesteretts kjæremålsutvalg har i RT 2005, s. 1329, og i kjennelse fra januar 2006, behandlet spørsmål som gjelder forståelsen av enkelte av bestemmelsene om taushetsplikt i helsepersonelloven. Ingen av de to kjennelsene omhandler direkte de bestemmelsene som er relevante i denne saken, men avgjørelsene viser tydelig taushetspliktens sterke stilling når det gjelder krav fra politiet om utlevering av opplysninger i forbindelse med straffeforfølgning.

7.4.8 § 33. Opplysninger til barneverntjenesten

Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side.

Uten hinder av taushetsplikt etter § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf. lov om barneverntjenester § 4-10, § 4-11 og § 4-12. Det samme gjelder når et barn har vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker, jf. nevnte lov § 4-24.

Bestemmelsens første og annet ledd inneholder både en oppmerksomhetsplikt og en opplysningsplikt. Formålet er å sikre at helsepersonell tar barnets behov på alvor, de kan ikke "velge om de vil se", eller ikke. Helsepersonell er med bestemmelsen pålagt et ansvar for at barnets behov er ivaretatt, og at barnet får hjelp utover selve

helsehjelpen. Begrunnelsen for denne bestemmelsen er at helsepersonell er i en særlig situasjon når det gjelder å avdekke både manglende omsorg og ren mishandling.

Plikten til å gi informasjon til barnevernet inntreer "når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet, eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt." Det vises til barnevernloven §§ 4-10, 4-11, 4-12 og § 4-24 når det gjelder det nærmere innhold i omsorgsvikten. Vilkårene er knyttet til "mishandling" og "alvorlig omsorgssvikt".

Det presiseres i forarbeidene at helsepersonell skal om mulig informere pasienten før opplysninger videreformidles, og det skal om mulig søkes å innhente pasientenes og/eller foreldrenes samtykke før barnevernet varsles.

7.4.9 Forholdet mellom §§ 31 og 33

Det er videre direktoratets vurdering at i saker med mishandling av barn, vil varslingsplikten overfor barnevernet tre inn forut for varslingsplikten overfor politiet. Vi har i § 33 en spesialbestemmelse om varslingsplikt overfor barnevernet når det foreligger mishandling, og det er barnevernet som har hovedansvaret når det gjelder vern av barnet. Politiet og barnevernet har imidlertid ulike oppgaver, og meldeplikten overfor politiet står på egne ben, og pålegger helsetjenesten en selvstendig plikt uavhengig av meldeplikten overfor barnevernet. Politiet vil bl.a kunne varsles dersom det vurderes som en fare for barnet om det ikke blir grepet inn umiddelbart. Også her er det vern om barnet som må være begrunnelsen.

Det er direktoratets vurdering at det kan være behov for en nærmere vurdering av både politiets og barnevernets rolle og oppgaver i forbindelse med barnemishandling. Det anses imidlertid unødvendig i denne rapporten. Disse spørsmålene er det etter direktoratets vurdering ikke behov for en avklaring av i saker med døde barn. Vernebehovet er opphørt når barnet er dødt. Det kan i saker hvor foreldrene har flere barn være grunnlag for å varsle barnevernet. Politiet blir alltid varslet ved plutselig uventet barnedød. I hvilken grad dødsfallet følges opp med etterforskningsskritt er det opp til politiet å avgjøre.

8 Rettslig obduksjon – rettsgrunnlag

Politiet kan treffe beslutning om det skal foretas sakkyndig likundersøkelse, jf. straffeprosessloven § 228, og politiet vil kunne henvende seg direkte til de sakkyndige for å få undersøkelsen gjennomført, jf. § 148. Sakkyndig likundersøkelse *skal* foretas ved mistanke om at noens død er voldt ved en straffbar handling, jf. første punktum. I de tilfeller hvor det ikke er grunn til mistanke om at noens død er voldt ved straffbar handling *kan* likundersøkelse foretas når dødsårsaken er uviss, jf. annet punktum. I tillegg er det et vilkår at særlige forhold krever slik undersøkelse. I påtaleinstruksen §§ 13-1 og 13-2 er det gitt ytterligere anvisning på bruk av sakkyndig likundersøkelse, bl.a. hvor dødsårsaken er uviss og er inntrådt plutselig og uventet.

Ved krybbedød *skal* det normalt kreves sakkyndig likundersøkelse, jf. riksadvokatens rundskriv av 21. november 1991 (Del-II-nr. 4/1991), som gir nærmere retningslinjer for etterforskning i slike saker:

”Brå og uventa død i spebarnsalder (krubbedød) – sakkunnig likundersøking – informasjon til dei næraste til den døde

Etter reglane i straffeprosesslova § 228 andre punktum, jfr. § 13-2 andre ledd i påtaleinstruksen, bør påtalemakta til vanleg syte for sakkunnig likundersøking når dødsårsaka er ukjend og døden har komme brått og uventa.

Riksadvokaten kjenner til at somme politikammer let vere å be om obduksjon ved tilfelle av såkalla ”krubbedød”. For å hindre at det seinare kan oppstå mistanke om at det ligg eit brotsverk bak dødsfallet, innskjerper riksadvokaten at det normalt skal krevjast sakkunnig likundersøking ved brå og uventa død i spebarnsalder.

Med mindre det finnst særlege grunnar, skal politiet likevel vente på utfallet av den rettsmedisinske obduksjonen, før det blir teke fleir steg i etterforskinga. Dersom obduksjonen ikkje avdekkjer mistenkjelege forhold, melder dei rettsmedisinsk sakkunnige obduksjonsresultatet direkte til sjukehuset, som har ansvar for å varsle dei næraste. På denne måten sikrar ein at informasjonen blir formidla på ein fagleg forsvarleg og skånsam måte. Teieplikta er ikkje til hinder for ei slik ordning, jfr. strpl. § 61 c nr. 6.

Får å unngå kjenslemessige påkjenningar skal det i desse tilfella ikkje sendast melding til dei pårørande om at saka er lagt bort grunna at det ikkje ligg føre straffbart forhold.”

Denne type obduksjoner bør utføres av særskilt kvalifiserte patologer, gjerne med tilknytning til rettsmedisinsk institutt.

Det fremgår av ovennevnte at politiet *ikke* rykker ut rutinemessig til dødsstedet i tilfelle hvor det antas å foreligge krybbedød. Hovedregelen er at en avventer resultatet av den rettsmedisinske obduksjonen, før det tas stilling til hvorvidt annen etterforskning skal iverksettes, med mindre det foreligger omstendigheter som i seg selv etablerer mistankegrunnlag. I praksis mottar politiet en *foreløpig* sammenfatning og konklusjon om omstendighetene ved dødsfallet fra obdusenten 1-2 dager etter dødstidspunktet. Denne danner grunnlag for hva politiet foretar seg videre. Men synlige skader på barnet, manglende samsvar mellom skadens karakter og oppgitt skademekanisme, påfallende oppførsel hos foreldrene, andre særlige omstendigheter rundt dødsfallet, opplysninger om tidligere voldsutøvelse/barnevernsaker/husbråk m.v., *kan* danne grunnlag for *full etterforskning* fra politiet på et tidligere tidspunkt. Den *endelige* sammenfatning og konklusjon fra obduksjonen, mottar politiet etter ca. 2-3 måneder.

Dersom det er grunn til å anta at politiet vil begjære *rettsmedisinsk obduksjon*, jf. straffeprosessloven § 228, skal *sykehusobduksjon* ikke foretas, jf. obduksjonsloven § 8. I NOU 2001:12 side 131-133 er forholdet mellom sykehusobduksjon og rettsmedisinsk obduksjon behandlet.

9 Særmerknad til Sosial- og helsedirektoratets rapport- fra riksadvokatens representant i arbeidsgruppen

9.1 Innledning – hovedpunkter m.v.

Oppsummering av hovedpunkter i påtalemyndighetens særmerknad:

- Det er *behov for et tilbud* til de familier som opplever at et barn dør, og dødsstedsundersøkelse og avklaring i spørsmål om dødsårsak kan være et slikt tilbud. Dette må være et ansvar for helsetjenesten.
- Et eventuelt *bredere helsetilbud* for foreldre som har mistet sitt barn, bør organiseres i en såkalt "*sakkyndighets-modell*", som foreslått i rapporten fra Barnedødsårsaksprosjektet.
- Modellen innebærer at det opprettes et landsdekkende kompetansenettverk for undersøkelse av plutselig uventede dødsfall i sped- og småbarnsalder, bestående av personer med relevant medisinsk ekspertise, eksperter med politifaglig bakgrunn *uten direkte bindinger* til politiet, og rettsmedisinere. Helsetilbudet baseres på *frivillighet* og *informert samtykke*.
- Gjennom begjæring av *rettslig obduksjon* av det døde barnet, vil påtalemyndigheten beholde en viktig premis for å avdekke straffbare forhold. Politiet vil også hensynta annen kunnskap i vurderingen av hvorvidt *full etterforskning* skal iverksettes. Det understrekes at etterforskning *ikke* er basert på *frivillighet* hos foreldrene.
- *Alle funn* helsepersonellet gjør kan *ikke* rapporteres til politiet. Det må selvsagt respekteres at *helsepersonell har taushetsplikt* om opplysninger som omhandler folks legems- eller sykdomsforhold, som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.
- I de få tilfeller hvor taushetspliktproblematikken kommer på spissen, vil det være snakk om mistanke om svært alvorlige straffbare forhold. Det kan ikke være tvilsomt at helsepersonell *må varsle politiet*, som deretter *vurderer* om det skal settes i verk full etterforskning, når helsepersonellet avdekker opplysninger som tyder på at en av foreldrene (eller begge) har påført et barn så store skader at barnet døde. Et slikt varsel vil politiet selvsagt ta på alvor.

Dette medlem kan *kun* i den utstrekning det fremgår av merknader nedenfor tiltre Sosial- og helsedirektoratets rapport. Det bemerkes særskilt – for å unngå

uklarheter – at når det i rapporten skrives ”arbeidsgruppen” så er det i all hovedsak tale om representantene fra direktoratet, slik at dette medlem *ikke* deler ”arbeidsgruppens syn”.

Det er enighet om hovedinnholdet i kapittel 8 ”Rettslig obduksjon”. Men direktoratet synes – uten at dette medlem kjenner årsaken til dette – ikke å dele påtalemyndighetens oppfatning i tredje siste hovedavsnitt om at:

Denne type obduksjoner bør utføres av kvalifiserte rettspatologer, *ikke av sykehuspatologer*, idet det antas at en rettspatolog lettere vil kunne identifisere tilfeller med straffbar årsak. (min understreking)

Vedrørende obduksjon nevnes for sammenhengens skyld at dersom dødsfallet skjer på *sykehus*, vil det ofte bli foretatt obduksjon av liket, jf. lov om transplantasjon, sykehusobduksjon og avgivelse av lik m.v. Formålet med sykehusobduksjon vil først og fremst være å gi klinikerer erfaringsmateriale og bli brukt som ledd i undervisning. Dersom det er grunn til å anta at politiet vil begjære *rettsmedisinsk obduksjon*, jf. straffeprosessloven § 228, skal *sykehusobduksjon* ikke foretas, jf. obduksjonsloven § 8. I NOU 2001:12 side 131-133 er forholdet mellom sykehusobduksjon og rettsmedisinsk obduksjon behandlet.

9.2 Særmerknad vedrørende de forutsetninger som lå til grunn da Barsedødsårsaksprosjektet startet opp 1. april 2001 og senere oppfølging av rapporten

Dette medlem vil gi en relativt kort redegjørelse – men forsøksvis noe mer utfyllende enn Sosial- og helsedirektoratet – for de forutsetninger som lå til grunn da Barsedødsårsaksprosjektet startet opp 1. april 2001 og senere oppfølging av rapporten.

For riksadvokaten har det ikke vært tvilsomt at de i rapporten (fra Barsedødsårsaksprosjektet) beskrevne undersøkelser må være et ansvar for helsemyndighetene, *ikke* politiet eller påtalemyndigheten. Det er grunn til å presisere at Barsedødsårsaksprosjektet ikke var initiert eller ble utført etter oppdrag fra riksadvokaten. Politiet og påtalemyndigheten hadde heller ingen rolle under gjennomføringen. Tvert i mot var det fra riksadvokatens side på forhånd klargjort at en anså prosjektet og den videre oppfølging som et ansvar for helsemyndighetene.

Om den rettslige begrunnelse for dette standpunkt m.v., vises til brev av 12. desember 2000 fra riksadvokaten til prosjektansvarlig, professor dr. med. Torleif O. Rognum, med gjenpart til bl.a. Helse- og sosialdepartementet, hvorfra det gjengis:

”Slik riksadvokaten oppfatter den forslåtte modellen, bygger man på en forutsetning om at rettsmedisiner og kriminaltekniker automatisk skal rykke ut til hjemmet i alle tilfeller av plutselig, uventet sped- og småbarnsdød. Det gjelder uavhengig av om det er noen grunn til å tro at det er begått noe straffbart. På stedet foretas så en åstedsundersøkelse etter en nærmere oppsatt mal. Her skal det foretas undersøkelse av barnets miljø, fotografering m.v.

Uten at det er direkte uttalt, synes det å være en forutsetning at kriminalteknikeren sikrer spor og funn og tar hånd om eventuelle bevismidler.

Utgangspunktet er – som tidligere fremhevet – at all myndighetsutøvelse fra politiets side må ha et såkalt hjemmelsgrunnlag, enten straffeprosessuelt eller i medhold av politilovgivningen. Hjemmelsspørsmålet henger nøye sammen med virksomhetens formål, i dette tilfellet politiets medvirkning ved dødsstedsundersøkelsen.

Riksadvokaten må legge til grunn at formålet er todelt. Undersøkelsen er dels ledd i en systematisk kartlegging av årsaker til plutselig død i sped- og småbarnsalder, dels skal de fange opp og avdekke tilfeller der døden kan skyldes straffbare forhold – mishandling, grov omsorgssvikt m.v. Det innebærer nødvendigvis at den informasjon som samles inn på åstedet, vil kunne bli brukt i strafforfølgende øyemed.

Når formålet dels er å avdekke om det er begått et straffbart forhold må politiets medvirkning bedømmes som etterforskning i lovens forstand. Etter straffeprosessloven § 224 kan etterforskning iverksettes når det er rimelig grunn til å undersøke om det foreligger straffbart forhold. Riksadvokatens rundskriv av 22. desember 1999 om "Etterforskning" (Del II nr. 3/1999), som følger vedlagt, angir nærmere hva som ligger i dette. Iverksettes etterforskning har påtalemyndigheten det totale ansvaret for virksomheten, herunder ledelsen av denne.

I langt de fleste av tilfellene som skal omfattes av prosjektet og derved dødsstedsundersøkelsen, kan man vanskelig forstå at vilkårene for å iverksette etterforskning vil være til stede. Statistiske beregninger basert på bl.a. utenlandske undersøkelser kan ikke etablere et generelt grunnlag for å etterforske alle saker der sped- og småbarn dør plutselig og uventet. Hvert enkelt tilfelle må vurderes konkret.

Politiets medvirkning ved undersøkelsen har også en annen problematisk side: Når politiet som her gjør undersøkelser i et privat hjem – og undersøkelsen forutsetningsvis må anses som etterforskning, jf. ovenfor – vil det lett kunne oppstå spørsmål også om bruk av straffeprosessuelle tvangsmidler. Rettslig sett vil det for politiet, (her kriminalteknikeren) måtte vurderes om vilkårene for ransaking og eventuelt beslag er oppfylt. Ransaking er det bare adgang til når det foreligger skjellig grunn til mistanke, jf. straffeprosessloven § 192 og beslag kan bare tas når gjenstanden har betydning som bevis, jf. straffeprosessloven § 203. Straffeprosessloven fastsetter også formelle regler for fremgangsmåten ved ransaking og beslag. Kriminalteknikeren kommer på denne bakgrunn lett i en svært vanskelig stilling, også fordi det i alminnelighet er opp til påtalemyndigheten i politiet å ta stilling til om det skal benyttes tvangsmidler.

... En har selvsagt forståelse for at det er behov for "kriminalteknisk" kompetanse ved gjennomføringen av prosjektet. En mulig løsning kan være å "frikjøpe" en person med slik kompetanse og at vedkommende gis permisjon fra sin stilling i politiet. De undersøkelser som da foretas forutsettes å skje i regi av helsevesenet og etter andre regler enn det som er beskrevet overfor.

Med dette avslutter riksadvokaten sin behandling av saken. Den videre oppfølging av prosjektet synes i første rekke å høre under Sosial- og helsedepartementet. (min understreking)

Det er således *ikke treffende* når det i rapporten fra BARNEDØDSÅRSAKSPROSJEKTET omtales et *mandat* fra riksadvokaten. (BARNEDØDSÅRSAKSPROSJEKTET side 5)

I rapporten som ble oversendt riksadvokaten i september 2004, oppsummerte prosjektgruppen resultatene fra barnedødsfallene som var undersøkt. For dette medlem er det viktig å understreke at de gjennomførte dødsstedsundersøkelsene *ikke* avdekket forhold hvor det ikke allerede var mistanke om straffbare forhold, jf. rapporten side 6. Politiet var således ikke avhengig av et varsel fra gruppen som gjennomførte undersøkelsen. Eventuelle mistankegrunnlag var etablert på annen måte, jf. bl.a. det som er sagt under *rettslig obduksjon*. (Sosial- og Helsedirektoratet kapittel 8) Det tillegges at Landsforeningen til støtte ved krybbedød (nå endret navn til Landsforeningen uventet barnedød) har fremhevet – med rette – at i de fleste tilfeller av plutselig, uventet død i sped- og småbarnsalder skjer dødsfallene *naturlig* og ikke som følge av drap, mishandling eller omsorgssvikt, jf. brev fra Landsforeningen til riksadvokaten av 16. desember 2003.

Basert på erfaringene, konkluderte rapporten med at dødsstedsundersøkelser ved uventet sped- og småbarnsdød, burde etableres som en permanent *obligatorisk* ordning og organiseres etter følgende modell:

"Sakkyndig-modellen innebærer at det opprettes et landsdekkende kompetansenettverk for undersøkelse av plutselig uventede dødsfall i sped- og småbarnsalder. De sentrale medarbeiderne består av 2-3 eksperter med politifaglig bakgrunn, uten at disse er knyttet til politiet, hvorav en fungerer som landskoordinator. Dessuten tilknyttes rettsmedisinere fra de fire rettsmedisinske institusjonene i landet. Ved plutselig uventede dødsfall i sped- og småbarnsalder utføres i alle tilfeller dødsstedsundersøkelse ved ekspert med politifaglig bakgrunn og den rettsmedisineren som foretar obduksjonen. Modellen innebærer således en videreføring av Barnedødsårsaksprosjektet med den forskjell at undersøkelsen gjøres obligatorisk. Alle medarbeiderne i nettverket har status som sakkyndig og ingen er ansatt av påtalemyndigheten. Det samarbeides med lokalt politi på samme måte som det har vært gjort i løpet av Barnedødsårsaksprosjektet på sørøstlandet, dvs at alle funn rapporteres både til politiet og etter nærmere regler til ansvarlig instans i helsetjenesten."
(Barnedødsårsaksprosjektet side 29)

En tilføyer at Barnedødsårsaksprosjektet *ikke* anbefaler en "Alminneliggjort politimodell" eller "Spesialisert politimodell". (Barnedødsårsaksprosjektet side 29-30)

På bakgrunn av prosjektgruppens tilrådinger ble rapporten fra Barnedødsårsaksprosjektet i juni 2005 oversendt fra Riksadvokatembetet til Sosial- og helsedirektoratet for videre behandling. Riksadvokaten hadde da blitt kjent med – gjennom en henvendelse fra media – at rapporten *ikke* var oversendt helsemyndighetene av prosjektet. Riksadvokaten har tidligere understreket at rapporten selvsagt ville blitt oversendt tidligere dersom en hadde vært oppmerksom på at rapporten kun ble sendt Riksadvokatembetet. Det hitsettes fra "oversendelsesbrevet" fra riksadvokaten til Sosial- og helsedirektoratet av 14. juni 2005:

"Det er åpenbart at den ordning som skisseres faller utenfor politiets og påtalemyndighetens ansvarsområde og at den videre oppfølging og de nærmere vurderinger av prosjektgruppens forslag i første rekke må høre under

helsemyndighetene.”

Det tilføyes at Senter for krisepsykologi i Bergen, ved bl.a. psykolog Atle Dyregrov (også medlem i styringsgruppen i Barsedødsårsaksprosjektet), har utarbeidet rapporten: *”Foreldres opplevelser ved deltagelse i frivillig dødsstedsundersøkelse”*, på grunnlag av tilbakemeldinger fra foreldrene som deltok i dødsstedsundersøkelsen, fra prosjektet startet og frem til september 2002. Intervju i 21 tilfeller og fullstendige data fra 19 intervju utgjør grunnlaget for rapporten.

I møtet mellom representanter fra riksadvokaten og Sosial- og helsedirektoratet 12. september 2005, var det *enighet om* at forslagene slik de er presentert i rapporten *ikke* er mulig å gjennomføre (fullt ut) innenfor rammen av dagens lovgivning, og at det i utgangspunktet er uaktuelt å foreslå de lovendringer som gjør forslaget mulig. Det gjelder både straffeprosessloven og helsepersonelloven. Det var videre enighet om at det er behov for et tilbud til de familier som opplever at et barn dør, og at dødsstedsundersøkelse og avklaring i spørsmål om dødsårsak kan være et slikt tilbud. Enighet var det også om at dette måtte være et ansvar for helsetjenesten, *ikke* politiet eller påtalemyndigheten. Direktoratet besluttet å nedsette en arbeidsgruppe for å vurdere forslagene som fremmes i rapporten, og utformet deretter gruppens mandat. Det vises til brev fra Sosial- og helsedirektoratet til riksadvokaten av 22. november 2005. Det ble 21. mars 2006 gjort noen marginale språklige endringer i mandatet. Arbeidsgruppens mandat fremgår av Sosial- og helsedirektoratets rapport, kapittel 2.3.

For sammenhengens skyld vises det også til riksadvokatens brev til Sosial- og helsedirektoratet av 10. og 29. november 2005, hvor riksadvokaten fremhevet enkelte problemstillinger direktoratets arbeidsgruppe står ovenfor, bl.a.:

- *”Hvis helsemyndighetenes dødsstedsundersøkelse avdekker opplysninger som tyder på at en av foreldrene (eller begge) har påført et barn så store skader at barnet døde, kan/skal helsemyndighetene varsle politiet om at det bør vurderes å sette i verk etterforskning? Hva hvis det er flere barn i familien?”*
- *”Dersom helsepersonell tar med seg materiale fra det sted barnet døde for å gjøre nærmere undersøkelser, hvordan sikrer man at ikke bevis går tapt og at også politiet får anledning til å gjøre undersøkelser?”*
- *”Kan informasjon som er samlet inn av dødsstedsgruppen overlates til politiet dersom foreldrene samtykker? Hva må i tilfelle kreves av formaliteter knyttet til samtykket?”*

Riksadvokaten bemerket videre:

”Spørsmål av denne typen er etter riksadvokatens skjønn viktige å avklare, og det var dette en mente å fange opp i forslaget herfra om tillegg til mandatet. Ut fra den felles forutsetning om ansvarsforholdene er det ikke noen grunn for riksadvokaten å insistere på endringer og en deltager gjerne i en gruppe med det mandat som direktoratet foreslår.”

Det vises også til to avsnitt i brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Sosial- og helsedirektoratet av 17. februar 2006:

"Departementet mener imidlertid at mandatet ikke bør avgrenses til kun å se på mulig løsninger innenfor rammen av eksisterende lovgivning. Hovedformålet med dødsstedsundersøkelsene bør, slik departementet vurderer det, være å fastslå dødsårsak. Samtidig vil det være et viktig formål å ivareta hensynet til foreldrene som har mistet sitt barn.

Videre vil departementet be direktoratet om å ta hensyn til de innspill Riksadvokaten anfører i sine brev av 10. og 29. november 2005."

Leder av arbeidsgruppen har opplyst at det nå er enighet mellom departementet og direktoratet. Vurderinger av løsninger utenfor rammen av eksisterende lovverk skal ikke vurderes av arbeidsgruppen.

Det kan også nevnes at det 29. mai 2006 ble avholdt et møte mellom ledelsen i Sosial- og helsedirektoratet, Riksadvokatembetet og dr. med. Torleif O. Rognum, hvor riksadvokaten presenterte den *"Skisse til nyordning"* og *"Skisse til konkrete aktiviteter"*, som omtales nedenfor.

Arbeidsgruppen har hatt den sammensetning og antall møter som direktoratet redegjør for i Sosial- og helsedirektoratets rapport kapittel 2.2 og 2.4.

I direktoratets rapport er det ikke nevnt at dette medlem – på bakgrunn av arbeidsgruppens diskusjoner om rekkevidden av helsepersonellens opplysningsplikt/rett ovenfor politiet når helsepersonellet har konkrete mistanker om at et barn er drept av en (eller begge) foreldrene – har foreslått at det innhentes en *ekstern utredning* for å utrede/klargjøre problemstillingen *etter gjeldende rett*. Dette medlem har grunn til å tro at en avklaring vil være viktig for helsepersonellet som skal utøve aktuelle helsetilbud, idet påtalemyndigheten har registrert at det synes å være en viss usikkerhet hos helsepersonell om viktige spørsmål knyttet til grensesnittet mellom taushetsplikt og mulighet/eventuelt plikt, til å informere politiet. Forslaget ble like fullt avvist av direktoratet, med begrunnelsen *"helsepersonelloven forvaltes av direktoratet"* og lovforståelsen oppfattes som *"klar"*.

9.3 Særmerknad til spørsmålet om det er behov for å etablere en nyordning for bedre undersøkelser ved plutselig, uventet død i sped- og småbarnsalder

9.3.1 Diagnosen

Det fremgår av *"Krybbedødspermen"*, utarbeidet av Landsforeningen til støtte ved krybbedød, som et verktøy for helsepersonell som tar imot eller følger opp familier etter barnedødsfall, (rev. utgave 2004 side 30):

Krybbedød – sudden infant death syndrome (SIDS) – er plutselig død i spedbarnsalder som er uforklarlig etter gjennomgang av sykehistorien, undersøkelse

av omstendighetene ved dødsfallet og obduksjonen (Stavanger 1994)

Krybbedød er med andre ord en eksklusjonsdiagnose som innebærer

- *Negativ sykehistorie*
- *Upåfallende omstendigheter*
- *Ingen dødsårsak ved obduksjonen*

Så vidt dette medlem forstår er det i dag bred enighet om foranstående definisjon.

9.3.2 Historikk – politiets og helsevesenets håndtering av tilfeller med krybbedød

Et kort tilbakeblikk på hvordan tilfeller av krybbedød inntil nå har vært praktisert, anses hensiktsmessig.

Frem til 1991 var praksis at lege ble varslet ved barnets død. Deretter rykket politiet ut for å gjøre åstedsundersøkelser og for å stille spørsmål til foreldrene. I tillegg ble avdøde obdusert. Professor dr. med. Torleif O. Rognum, prosjektleder i Barsedødsårsaksprosjektet og medlem i fagrådet som kvalitetssikrer arbeidet til Landsforeningen til støtte ved krybbedød (fagrådet står samlet som forfatter til Krybbedødspermen), skriver bl.a.:

"Mange – også innen politiet – innså imidlertid etter hvert at denne praksisen var meget uheldig. Den gav liten eller ingen etterforskningsmessig gevinst, og kunne være en stor belastning for familiene." (Krybbedødspermen side 70)

På grunnlag av flere henvendelser bl.a. fra Landsforening til støtte ved krybbedød, utferdiget *riksadvokaten* rundskrivet av 21. november 1991, gjengitt ovenfor i kapittel 8 rettslig obduksjon, hvor politi- og påtalemyndighet fikk nye instruksjoner for hvordan sakstypen skulle håndteres. Det ble særlig vektlagt at foreldrene måtte slippe belastningen med at politiet kom på døren for å utføre nevnte arbeidsoppgaver. Rundskrivet av 1991 ble – så langt dette medlem kan bedømme – mottatt med tilfredshet av de berørte.

Som en følge av riksadvokatens rundskriv utferdiget *helsedirektøren* et rundskriv av 1. juli 1992, hvor oppfølgingen av foreldrene ved krybbedød ble lagt til helsetjenesten. Fra dette hitsettes:

"Plutselige dødsfall i spedbarnsalder rammer ofte tilsynelatende friske barn. Bare i et mindre antall tilfeller lykkes det å klarlegge mulige dødsårsaker ved obduksjon.

I de fleste tilfeller fremstår derfor dødsfallet både for de pårørende og for helsepersonell som uventet og uforklarlig. Fordi det sjelden lykkes å klarlegge dødsårsaken, reagerer pårørende ofte med skyldfølelse og selvbebreidelser. Slike reaksjoner kan bidra til å komplisere sorgprosessen. De familier som rammes, har uten tvil et særlig behov for omsorg og støtte".

9.3.3 Endret syn

Til tross for at rundskrivet av 1991 langt på vei etterkom de fremsatte ønsker, synes oppfatningen i dag fra flere hold å være at praksisen etter 1991, ikke ivaretar hensynene til barnet og foreldrene på en tilfredsstillende måte. Det har med andre ord skjedd en endring i synet på hvordan sakstypen best kan håndteres, uten at riksadvokaten kjenner den eksakte årsaken til dette.

Landsforeningen til støtte ved krybbedød synes bl.a. å ønske at dødsstedsundersøkelsen blir obligatorisk for å sikre god tilgang på informasjon fra dødsstedet, samt å ivareta foreldre og pårørende. Dette vil ifølge Landsforeningen styrke barnets rettsikkerhet og bidra til at mistenkeliggjøring av pårørende unngås. Landsforeningen forutsetter at dødsstedsundersøkelsen blir utført på en måte som sikrer ivaretagelsen av de etterlatte. Det vises til brev fra Landsforeningen til riksadvokaten av 16. desember 2003. Norsk barnelegeforening har i brev form understreket viktigheten av at dødsårsaken ved sped- og småbarnsdød avklares, og mener "sakkyndighets-modellen" foreslått i Barsedødsårsaksprosjektet bør videreføres. Det vises til brev fra Norsk barnelegeforening til Sosial- og omsorgskomiteen på Stortinget, Helse- og omsorgsdepartementet og riksadvokaten; mottatt ved Riksadvokatembetet 13. mars 2006, og brev fra samme forening til riksadvokaten av 3. mai 2005. Barneombudet er også av den oppfatning at det er behov for en ordning med paralleller til Barsedødsårsaksprosjektet.

Riksadvokaten har tidligere uttalt at det er en relativt enkel sak å justere retningslinjene om politiets aktivitetsplikt tilbake til ordningen før rundskrivet av 1991. Dette medlem finner grunn til å understreke at selv om politiet igjen skal rykke ut til dødsstedet, vil det *ikke på noen måte* imøtekomme ønsket om den type dødsstedsundersøkelse Barsedødsårsaksprosjektet skisserer. Som kjent dreier sistnevnte ordning seg om langt mer omfattende undersøkelser, som bl.a. innbefatter gransking av barnets miljø, fotografering av stedet og sikring av spor og funn. Straffeprosessuelt vil slike undersøkelser reguleres av straffeprosesslovens regler om ransaking og beslag. En minner om det som tidligere er uttalt om politiets og påtalemyndighetens adgang til å bruke slike tvangsmidler.

Argumentene for å etablere en nyordning for bedre undersøkelser kan oppsummeres slik:

1) God kriseintervenerende effekt:

Ethvert barsedødsfall er en tragedie for den familie som rammes (foreldre, søsken, besteforeldre), og helsevesenets oppfølging ved lege/sykepleier/helsesøster/sykehusprest m.fl., er essensiell for familiens sorgarbeid. Helsepersonellens innsats er viktig både i akuttfasen og når det har gått så vidt lang tid at etterlattes omgivelser forventer at sorgprosessen er over.

Foreldre som opplever å miste et barn i krybbedød vil ofte få skyldfølelse, til tross for at de ikke har noen skyld i dødsfallet. Dødssteds- og andre grundige undersøkelser foretatt av helsepersonell, gir et bedre grunnlag for å diagnostisere årsaken til at

barnet døde. Større sikkerhet om dødsårsaken gjennom bistanden fra ekspertise i helsevesenet, oppfattes som meget viktig for foreldrene. Landsforeningen til støtte ved krybbedød, har også fremhevet at foreldrene vil dra nytte av å oppleve at samfunnet tar dødsfallet på alvor, en opplevelse av "å motta omsorg fra samfunnet", samt muligheten til å kunne stille spørsmål til ekspertene som utfører undersøkelsene.

Rapporten fra Senter for krisepsykologi i Bergen, konkluderte med at dødsstedsundersøkelsen var en positiv opplevelse for foreldrene og en støtte til å mestre smertefulle opplevelser. Flertallet opplevde en direkte lindrende effekt. Spesielt ble fremhevet den omsorg og respekt foreldrene følte de fikk, sammen med forståelig informasjon, og at de ble tatt på alvor.

Det gjengis fra rapporten:

"Det er en klinisk erfaring at gjennomgang av dramatiske hendelsesforløp gir bedre oversikt, og hjelper de rammede til å sette hendelsen inn i en forståelig ramme og bidrar til å dempe uro." (Foreldres opplevelser side 21)

Et av de viktigste behovene til foreldre som har mistet barn uten at årsaken er klar, er mulighet til å få stille spørsmål og få svar på alt de grubler over. De har behov for konkret, faglig informasjon mer enn andre som lurer og leter etter svar sammen med dem. Når de får anledning til å få informasjon fra fagfolk, opplever de dette som pålitelig og betryggende. Muligheten til å snakke med eksperter på plutselig spebarnsdød blir understreket som meget positivt. Informasjonen bidrar i flere tilfelle til å redusere skyldfølelse fordi patologen i en del tilfeller kan svare klart på hva som ikke har forårsaket barnets død." (Foreldres opplevelser side 19-20)

Mennesker som har opplevd en stor påkjenning vil ofte ha et stort behov for å snakke om det som har skjedd, gjerne gjentatte ganger...Formidling av praktisk og emosjonell støtte er også viktig...Foreldre som har mistet barn i plutselig spebarnsdød ser ut til å ha særlig nytte av tidlig og forståelig medisinsk informasjon, og at den som gir denne informasjonen er tilgjengelig over tid både til å svare på spørsmål og gi omsorg..." (Foreldres opplevelser side 4)

2) Avdekke risikofaktorer for krybbedød:

Innsamling av informasjon gjennom systematiske undersøkelser fra dødssteder vil kunne bidra til ny kunnskap om risikofaktorer for krybbedød. Denne kunnskapen vil kunne ha betydning for forebygging av nye krybbedødstilfeller. Argumentasjonen under punkt 1) og 2) er også overensstemmende med foreldrenes motivasjon for å delta i undersøkelsen.

"-ønske om å bidra med noe slik at antall tilfeller av krybbedød kan reduseres.

-ønske om å få informasjon og svar på egne spørsmål om krybbedød og om dødsfallet.

-ønske om å støtte arbeidet til Landsforeningen til støtte ved krybbedød."
(Foreldres opplevelser side 11)

3) Forutsetning for fastsettelse av SIDS/krybbedød-diagnose:

SIDS/krybbedød er en internasjonal betegnelse på en *utelukkelses-diagnose* som

først kan settes etter at alle andre dødsårsaker er utelukket. For å fastsette diagnosen er det bl.a. et *vilkår* at dødsstedet er undersøkt.

4) Avkrefte mistanke om straffbare forhold:

Det er gjort gjeldende at i de tilfeller et barn dør som følge av krybbedød og sykdom vil foreldrenes rettsikkerhet bli ivaretatt ved at man gjennom dødsstedsundersøkelsen med større grad av sikkerhet vil kunne fastslå at dødsfallet var naturlig. Dette medlem har selvsagt forståelse for at foreldre kan bære på en uberettiget skyldfølelse og har behov for et helsetilbud for å bearbeide dette, jf. ovenfor. Det må likevel nevnes at en langt på veg forebygger mistenkeliggjøring ved å gjennomføre *obligatorisk* innleggelse i sykehus med opptak av barnets sykehistorie, samt foreta klinisk undersøkelse og obduksjon av barnet.

Rapporten fra Barsedødsårsaksprosjektet vurderer ikke hvorvidt mistanke om kriminelle forhold *uansett* ville ha blitt *avkreftet* (henlagt) uten dødsstedsundersøkelsen. Prinsippet om at enhver rimelig og fornuftig tvil skal komme tiltalte til gode, er en "bærebjelke" i straffeprosessen. Av dette følger at terskelen for å ta ut tiltale også er høy. *Henleggelse fordi forholdet ikke er straffbart* er i realiteten en avkrefte av mistanke om straffbare forhold, og *henleggelse etter bevisets stilling* innebærer ikke noen gradering av mistankens styrke. Som illustrasjon på hvor streng den *strafferettslige bevisterskel* er, tilføyes at personellet i Barsedødsårsaksprosjektet i seks tilfeller konkluderte med at det forelå ("grov") uaktsomhet/uforstand, uten at dette førte til videre oppfølging av forholdet fra påtalemyndighetens side. (Barsedødsårsaksprosjektet side 6) Man skal selvsagt ikke utelukke at det her *kan* være feilvurderinger fra påtalemyndighetens side, men ikke i alle seks tilfeller.

5) Barnets rettsikkerhet antas å kunne styrkes:

Det er også hevdet at gjennomføring av dødsstedsundersøkelser kan avdekke flere straffesaker. Dette medlem finner grunn til å minne om at man gjennom dødsstedsundersøkelsene som ble gjennomført i løpet av prosjektperioden, *ikke* avdekket forhold hvor det ikke allerede var mistanke om straffbare forhold.

Dette betyr *ikke* at politi- og påtalemyndighet fraskriver seg ansvaret for barn som blir utsatt for vold og mishandling. Vold mot barn er uakseptabelt og samfunnet må arbeide for at vold mot barn ikke skjer, men også gjøre noe når vold avdekkes. Selv om dødsstedsundersøkelsene vil måtte ligge "i helsespolet", vil påtalemyndigheten fremdeles *rutinemessig begjære obduksjon* av det døde barnet, for derigjennom å beholde en viktig, og i mange tilfeller avgjørende premiss, for å avdekke straffbare forhold. Politiet vil i sin vurdering av hvorvidt *full etterforskning* skal iversettes også hensynta annen kunnskap, jf. det som er sagt under *rettslig obduksjon*. (Sosial- og helsedirektoratet kapittel 8)

Politi- og påtalemyndighet er også opptatt av gode samarbeidsrelasjoner med helsemyndighetene. Det må selvsagt respekteres at helsepersonell har taushetsplikt om opplysninger som omhandler folks legems- eller sykdomsforhold, som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell, jf. bl.a. helsepersonelloven § 21. Men det kan ikke være tvilsomt at helsepersonell må *varsle politiet* om at det bør vurderes å settes i verk etterforskning, når personellet avdekker opplysninger som tyder på at en av foreldrene (eller begge) har påført et barn så store skader at barnet døde. Et slikt

varsel vil politiet selvsagt ta på alvor og vurdere iverksettelse av relevante etterforskingsskritt.

6) Obligatorisk gjennomføring hindrer stigmatisering:

Direktoratet tok et riktig utgangspunkt når det ble uttalt i møtet 12. september 2005:

"Heller ikke helsemyndighetene har rettslig grunnlag for å tvinge helsehjelp på borgerne. En kan likevel tenke seg dødsstedsundersøkelser som et tilbud til foreldrene, basert på frivillighet og informert samtykke."

Dette medlem er enig og kan således *ikke* tiltre BARNEDØDSÅRSAKSPROSJEKTETS anbefaling om at dødsstedsundersøkelsen ved plutselig uventet død i sped- og småbarnalder defineres som *obligatorisk*. Spørsmålet "Bør dødsstedsundersøkelse bli obligatorisk? ble også omhandlet i rapporten fra Senter for krisepsykologi (merk særlig avsnittets siste punktum):

"Foreldrene som har deltatt i undersøkelsen er så å si entydige i å mene at dødsstedsundersøkelsen bør gjennomføres for alle som mister barn i plutselig, uforklarlig spebarnsdød. Men gruppen er delt i meningen om undersøkelsen bør være obligatorisk for alle eller om den bør være frivillig." (Foreldres opplevelser side 18)

En gjengir også:

"Flertallet har opplevd det som problemfritt å reservere seg fra deler av undersøkelsen dersom de ikke ønsket å delta." (Foreldres opplevelser side 11)

"Ett av spørsmålene som ble stilt til alle var derfor om de opplevde det som stigmatiserende å delta, og om de syntes det var vanskelig å fortelle familie og venner om at de deltok. I den formen dødsstedsundersøkelsen hadde, med sivile fagfolk fra Rettsmedisinsk institutt var denne problemstillingen lite relevant." (Foreldres opplevelser side 12)

Dette medlem kan ikke se betenkeligheter med å basere gjennomføring av dødsstedsundersøkelse – "i helsesporet" – på *frivillighet*. BARNEDØDSÅRSAKSPROSJEKTET viste at en meget høy prosentandel av de pårørende ønsket å ta imot helsetilbudet, og Landsforeningen til støtte ved krybbedød har i møte med arbeidsgruppen gitt uttrykk for at interessen for å ta imot tilbudet er stor blant medlemmene. En viser også til det som er sagt under punkt 5) vedrørende politiets muligheter til å likevel avdekke straffbare forhold.

9.3.4 Skisse til nyordning

Dette medlem finner det ikke vanskelig å legge til grunn at flere av forslagene fra BARNEDØDSÅRSAKSPROSJEKTET synes hensiktsmessige, samt å ha forståelse for deler av synspunktene som forfektes av Norsk barnelegeforening, Landsforeningen til støtte ved krybbedød og Barneombudet. Bedre kvalitet ved undersøkelser av denne type dødsfall er utvilsomt i alles interesse. Rapporten utferdiget av Senter for krisepsykologi fremhever også at hjelpetilbudet bør iverksettes kort tid etter

dødsfallet:

"De fleste dødsstedsundersøkelsene ble gjennomført mellom 1-2 dager etter dødsfallet...Likevel sier mange foreldre når de ser tilbake på det, at det var viktig at undersøkelsen kom raskt. Dersom det hadde gått for lang tid hadde ikke informasjonen hatt samme dempende effekt på skyldfølelse og grubling." (Foreldres opplevelser side 20-21)

Gjennomføring av dødsstedsundersøkelse er en *forutsetning* for fastsettelse av SIDS/krybbedød-diagnose, og antas å ha god kriseintervenierende effekt for foreldrene og kunne bidra til ny kunnskap om risikofaktorer for krybbedød. Hensynet til at gjennomføring av dødsstedsundersøkelse vil *avkrefte mistanke* om straffbare forhold, og *sikre barnets rettssikkerhet*, er *ikke* fullt ut treffende. Ei heller at obligatorisk gjennomføring av dødsstedsundersøkelse *hindrer stigmatisering*. Det vises til redegjørelsen foran, jf. punkt 4) "Avkrefte mistanke om straffbare forhold", punkt 5) "Barnets rettssikkerhet antas å kunne styrkes" og punkt 6) "Obligatorisk gjennomføring hindrer stigmatisering".

Av punkt 4) og 5) kan det også utledes at dette medlem *ikke* deler direktoratets utsagn:

"Det tredje hensyn, straffeforfølging, vil ikke kunne bli ivaretatt, noe som er en nødvendig konsekvens av å organisere tilbudet i regi av helsetjenesten, som helsehjelp."
(Sosial- og helsedirektoratet kapittel 5.1)

Det bør tilføyes at helsepersonellens inngående kjennskap til og praktisering av rutinene som fremgår av Krybbedødspermen, herunder *legens-/sykepleierens-/helsesøsterens 10 bud*, vil kunne være til stor hjelp for foreldre som mister et spedbarn, *innenfor dagens ordning*. Det vil være opp til politiske myndigheter å beslutte etablering av et *bredere hjelpeapparat*, og dette medlem har, i samråd med riksadvokaten, utferdiget en skisse til hvordan et slikt helsetilbud eventuelt kan organiseres. Herunder har en forsøkt å vektlegge viktigheten av at ansvarsforholdene for aktivitetene fremstår som klare, og sikre at det iverksettes full etterforskning i "de riktige sakene".

De *grove avveiningsmarkørene* i skissen til nyordning er:

a) Rolleblending må søkes unngått.

Faren for sammenblanding av roller, uklare ansvarsforhold relatert til ulike aktiviteter og manglende prosessuelle hjemler, gjør at dette medlem ikke kan anbefale noen form for *fellesprosjekt* med deltakelse fra helsemyndighetene og politiet. En viser til at løsningen for gjennomføringen av Barsedødsårsaksprosjektet var at den nødvendige politifaglige kompetanse ble sikret, ved at en kvinne med bakgrunn fra lang tids arbeid i politiet ble ansatt i prosjektet, slik at hun *ikke* skulle ha bindinger til politiet.

Rapporten fra Barsedødsårsaksprosjektet anbefaler at ordningen organiseres etter mønster av forskningsprosjektet, i en såkalt "*sakkyndig-modell*". Det innebærer at det bør opprettes et landsdekkende kompetansenettverk bestående av rettsmedisinere og eksperter med politifaglig bakgrunn. Den foreslåtte modell

forutsetter at de som deltar *heller ikke i fremtiden har bindinger* til politi- eller påtalemyndighet.

b) Politi- og påtalemyndighet styrer en eventuell etterforskning med henblikk på å avdekke om det knytter seg straffbare forhold til et dødsfall.

c) Obduksjon må anses som et etterforskningsskritt.

d) Helsetilbudet er frivillig og basert på informert samtykke.

Foreldrene som mottar tilbudet om dødsstedsundersøkelse må også bli informert om at helsepersonellets taushetsplikt *ikke* er absolutt: Dersom helsepersonellet avdekker opplysninger som trekker i retning av at barnets død er forårsaket av en (eller begge) foreldrene, vil politiet bli *varslet* om mistanken. Det bemerkes at dette ble vurdert som uproblematisk i løpet av den tre-årige prosjektperioden.

e) Helsetilbudet skal *ikke* ta stilling til strafferettslig skyld og ansvar, men klarlegge hendelsesforløpet og årsaksfaktorer med formål å avklare *medisinsk diagnose* og bistå foreldrene i sorgarbeidet, uavhengig av politiets etterforskning.

To hovedmodeller synes aktuelle å organisere *under helsemyndighetene*:

En *sentralisert modell* med et landsdekkende kompetansenettverk (*kommisjon*) som rykker ut ved plutselig uventet sped- og småbarnsdød. Det kan tenkes en to-deling innenfor denne modellen, med nettverk som er ansvarlig for henholdsvis sør/østlandet og landsdeler i nord. Eventuelt en *lokal modell* hvor helsetilbudet primært gis fra barneavdelingen ved det lokale sykehus, fastlege og helsesøster, og eventuelt utfylles av sentralisert bistand fra *kommisjonen*, bl.a. med henblikk på å få tilgang på ekspertise med politifaglig bakgrunn. Det er angitt tall på anslagsvis 50 plutselig og uventede sped- og småbarnsdødsfall pr. år. En sentralisert landsdekkende kommisjon antas av den grunn formålstjenlig, fordi den trenger et slikt volum for å få et godt fundament for å kunne drive forskning på krybbedød, og for å kunne finne fram til nye risikofaktorer.

En viser også til rapporten fra Senter for krisepsykologi (særlig avsnittets siste punktum):

"Det er ivaretagelse i kombinasjon med sakkunnskap som har gitt den positive opplevelsen. Det har vært viktig at fagfolkene har vært troverdige som informasjonskilde samtidig som de har vist respekt og omsorg. Denne troverdigheten er det umulig for det lokale hjelpeapparatet å oppnå."

(Foreldres opplevelser side 23)

I vurderingen av hvilken modell som er mest hensiktsmessig, faller dette medlem ned på en *sentralisert modell*. En har særlig vektlagt viktigheten av erfaring og kompetanse.

9.3.5 Skisse til "konkrete aktiviteter"

Basert på ovennevnte forutsetninger vil dette medlem forsøke å illustrere "aktivitet" fra helsemyndighetene og politiet:

- 1) Et spedbarn dør plutselig og uventet. Lege rykker ut til åstedet eller mottar barnet på sykehuset.
- 2) Legen melder dødsfallet til politiet.
- 3) Politiet (eventuelt legen som melder dødsfallet til politiet) varsler kommisjonen.
- 4)
 - a) Påtalemyndigheten i politiet begjærer obduksjon, som bør gjennomføres innen 1 døgn etter dødsfallet.
 - b) Påtalemyndigheten i politiet tar stilling til hvorvidt andre etterforskingsskritt skal iverksettes, eksempelvis pågripelse, ransaking og beslag, som forutsetter at relevante straffeprosessuelle vilkår er oppfylt.
- 5) Dersom politiet har iverksatt andre etterforskingsskritt i tillegg til obduksjon, jf. punkt 4 b), rykker kommisjonen ut, fortrinnsvis innen 1 døgn etter dødsfallet, som sakkyndige på oppdrag for politiet og med et bestemt mandat, jf. straffeprosessloven § 148, jf. § 139, jf. kap. 12. Påtalemyndigheten har da det totale ansvaret for virksomheten, herunder ledelsen av denne. Det understrekes at denne aktiviteten *ikke* er basert på *frivillighet* hos foreldrene.
- 6) Dersom politiet ikke finner grunn til å foreta noe utover å avvente obduksjonsresultatet, rykker kommisjonen likevel ut – etter forutgående telefonisk kontakt med pårørende foreldre – for å tilby en *helsetjeneste*. Det er *frivillig* for foreldrene å ta imot helsetilbudet. Foreldrene orienteres om helsetjenestens formål, som er å kartlegge den medisinske dødsårsaken. Herunder informeres de – på skånsomt vis – om at helsepersonellet, avhengig av hvilken informasjon som fremkommer, *kan* ha plikt/rett til å *varsle* politiet om enkelte forhold (se kapittel 9.4 særmerknad til informasjonsflyt – opplysningsplikt/rett). De undersøkelser som nå foretas skjer i regi av helsevesenet.
- 7) I forlengelsen av undersøkelsene beskrevet under punkt 6, foretar kommisjonen sine vurderinger.
 - a) Dersom etterforskingmessige hensyn ikke taler mot det og foreldrene samtykker, får kommisjonen tilgang på obduksjonsrapporten (jf. også deler av direktoratets redegjørelse i kapittel 6.2), og anledning til å stille spørsmål til rettsmedisineren som foretok obduksjonen. Informasjonen som da mottas kan anvendes under dødsstedsundersøkelsen og kasuskonferansen. Obdusenten har som kjent allerede utført et sakkyndighetsoppdrag for påtalemyndigheten, og konkludert med at døden ikke er forårsaket av straffbare forhold. Skulle helsepersonellet (herunder obdusenten) deretter, under sin *utøvelse av helsetilbudet* motta en *betroelse* fra

foreldrene, som trekker i retning av at en (eller begge) har forårsaket barnets død, antas det at helsepersonellet vil ha *taushetsplikt* om dette. Sistnevnte situasjon kan vanskelig tenkes, og har vel knapt annet enn teoretisk interesse. En kan på denne bakgrunn ikke tiltre direktoratets uttalelse:

”Rettsmedisiner som utfører obduksjon opptrer som sakkyndig overfor politiet, og vi kan vanskelig se at den samme rettsmedisiner kan utøve en behandlerrolle samtidig som vedkommende er sakkyndig for påtalemyndigheten.”

(Sosial- og helsedirektoratet kapittel 5.4)

I denne sammenheng hitsettes det også fra rapport utferdiget av Senter for krisepsykologi:

”Det har vært emosjonelt viktig, spesielt for mødrene, at den patologen som obduserte barnet også var den som gjennomførte dødsstedsundersøkelsen. Mødrene gir uttrykk for at det har vært godt å møte vedkommende og oppleve at dette er en seriøs og behagelig person. I dette ligger behovet for å vite at barnet er overlatt i de beste hender og at det har blitt behandlet med respekt.”

(Foreldres opplevelser side 21)

b) Hvis kommisjonen mener dødsstedet er et *drapsåsted*, gis det umiddelbart varsel til politiet, slik at politiet kan foreta en vurdering av hvorvidt det skal iverksettes *full etterforskning*. Hurtig melding kan bl.a. bidra til å bedre muligheten for politiet til å sikre bevis, og hindre at etterforskningen blir påvirket på en uheldig måte.

En legger til grunn at riksadvokaten – etter helsemyndighetens eventuelle opprettelse av en kommisjon – vil måtte komme tilbake til hvilke instruksjoner en skal gi om politiets og påtalemyndighetens arbeid med sakstypen. Det vises til riksadvokatens brev av 29. november 2005, og til *illustrasjon* riksadvokatens brev av 17. august 2005 om *etterforskning av veitrafikkulykker og forholdet til Statens havarikommisjon for transport*. Herunder bemerkes at arbeidsgruppen *ikke* har drøftet problemstillinger relatert til ”koordinering” av politiets etterforskning av drap og ”helse-kommisjonens” dødsstedsundersøkelser, jf. tidligere gjengivelser fra riksadvokatens brev til Sosial- og helsedirektoratet av 10. og 29. november 2005 annet kulepunkt.

For dette medlem fremstår det som uklart hva som er *formålet* med og hva som kan *utledes* av direktoratets relativt omfattende redegjørelse av situasjonen når helepersonell opptrer som sakkyndig. (kapittel 5.2 og 7.4.3)

Følgende uttalelser fra direktoratet kan bl.a. være egnet til å skape misforståelser:

”Sakkyndigmodellen... innebærer etter flertallets vurdering at helsepersonell gis et sakkyndig oppdrag fra politi/påtalemyndighet. Spørsmål om oppdragsgiver er ikke drøftet eksplisitt i rapporten, men det fremgår som en ikke uttalt forutsetning (min understreking), og det presiseres også at det er politiet som skal motta opplysningene (s. rapporten s. 29).”

(Barnedødsårsaksprosjektet – min tilføyelse)

(Sosial- og helsedirektoratet kapittel 5.2)

”Helsetjenesten kan ikke i egen regi gjennomføre ”sakkyndige oppdrag” hvor mottaker av informasjonen er politiet. I den grad det skal kunne gjennomføres

dødsstedsundersøkelser, må politi og påtalemyndighet stå som ansvarlig, slik de gjør for den rettslige obduksjonen. Det er arbeidsgruppens flertalls vurdering at bruk av begrepet sakkyndige i en helserettslig sammenheng ikke bør benyttes på forhold som ikke faller inn under helsepersonelloven § 27.”

(Sosial- og helsedirektoratet kapittel 5.2)

Slik dette medlem ser det skal en være varsom med å trekke Barsedødsårsaksprosjektets bruk av begrepet – ”sakkyndighets-modell” – for langt. Et av kjernepunktene i nevnte prosjekt er at dødsstedsundersøkelsen, og den påfølgende ”kasuskonferansen” sammensatt av et sakkyndig kollegium, skal gjennomføres *uten* bistand fra politi- og påtalemyndighet. Den sakkyndigheten det her er tale om har som oppgave å fastlegge den *medisinske utelukkelsesdiagnosen*, og har ingen kobling til strafferettspleien. En er derfor uenig med direktoratet som synes å begrunne politi- og påtalemyndighetens ansvar under henvisning til at det er tale om et *sakkyndig-oppdrag* fra sistnevnte etat. En minner også om at arbeidsgruppen – ved utforming av mandatet – skrev ”den såkalte (min understreking) sakkyndighetsmodell” bl.a. for å klarlegge at Barsedødsårsaksprosjektet ”ikke hadde truffet helt riktig” i forhold til helsevesenets vanlige forståelse av begrepet ”sakkyndighet”.

Dette medlem bemerker at politi- og påtalemyndighet *ikke* kan anses å være oppdragsgiver i forhold til Barsedødsårsaksprosjektet, og i forslaget om å videreføre prosjektet i en såkalt ”sakkyndig-modell”. En minner om tidligere gjengitte brev av 12. desember 2000 fra riksadvokaten til prosjektansvarlig, professor dr. med. Torleif O. Rognum med gjenpart til bl.a. Helse- og sosialdepartementet. En peker også på det som er uttalt ovenfor om ”grove avveiningsmarkører og rolleblanding”, samt til Barsedødsårsaksprosjektets egen beskrivelse av den såkalte ”sakkyndig-modellen”.

I tillegg bemerkes at uttalelser fra riksadvokaten ikke kan ha foranlediget slik påstått ”uavkortet informasjonsflyt” mellom Barsedødsårsaksprosjektet og politiet gjennom prosjektperioden. Det er også uklart for påtalemyndighetens representant om dette faktisk var situasjonen i løpet av prosjektet. En forutsetter imidlertid at politiet mottok opplysninger om dødsfallene gjennom legens pliktige melding, som etablerte grunnlaget for politiets obduksjonsbegjæringer. For påtalemyndigheten har det for øvrig aldri vært tvilsomt at helsepersonellovens regler om taushetsplikt *setter skranker* for omfanget av opplysninger som kan formidles fra helsepersonell til politi.

9.4 Særmerknad til informasjonsflyt – opplysningsplikt/rett

9.4.1 Innledning

Dette medlem kan ikke tiltre direktoratets redegjørelse av *dagens rettstilstand*, vedrørende helsepersonellets/dødsstedsgruppens adgang/plikt til å *varsle* politiet, dersom de avdekker forhold som gir mistanke om at det ligger noe straffbart bak

dødsfallet. Direktoratets avveininger om at helsepersonellet som deltar i gruppen som forestår dødsstedsundersøkelsen, har en tilnærmet absolutt taushetsplikt om opplysninger som peker i en slik retning, kan ikke være riktig, og en kan ikke se at relevante rettskilder underbygger direktoratets oppfatning. I de svært få tilfellene hvor opplysningretten/plikten kommer på spissen, vil helsepersonellet stå ovenfor en *kapital forbrytelse* hvor et barn er blitt drept/mishandlet til døde.

Dette medlem vil innledningvis fremheve at ved fastleggelse av utelukkelsesdiagnosen SIDS, er det *barnets* sykehistorie, omstendigheter ved *barnets* dødsfall, undersøkelse av stedet hvor *barnet* døde og obduksjon av *barnet*, som det er relevant å kartlegge. Helsepersonellet må skrive journalen om det døde *barnet* med tanke på at den kan bli brukt som grunnlag for senere melding og legeerklæring til politi/domstol. En tør foreslå at opplysninger som *kun angår foreldrene*, eksempelvis en foreldes livstruende sykdom, psykiatriske reaksjoner etter barnets død m.v., føres i *egen protokoll*, som helsepersonellet bevarer taushet om i henhold til gjeldende regler.

Dette medlem har merket seg direktoratets "referat" fra et seminar om helserett som skal ha vært avholdt ved Ullevål universitetssykehus 2. juni 2005. Det fremstår imidlertid som uklart om Myhrer er korrekt sitert, og om han har hatt for øye helsepersonellens plikt til å (kun) *varsle* politiet når personellet har mistanke om at et barn er blitt drept/mishandlet til døde av foreldrene. (Sosial- og helsedirektoratet kapittel 7.2)

Det legges til grunn at direktoratet i sin redegjørelse mener å vise til avgjørelse inntatt i Rt-2006-90 i tillegg til Rt-2005-1329. Faktum i disse sakene ligger imidlertid fjernt fra problemstillingene nærværende arbeidsgruppe står ovenfor. Det er også uklart hvor langt direktoratet mener å kunne anvende synspunkter fra Lovavdelingen vedrørende legers taushetsplikt i narkotika- og innbruddssaker. (Sosial- og helsedirektoratet kapittel 7.4.6 jf. 7.1 og 7.4.7)

9.4.2 Informasjonsflyt dersom foreldrene opphever taushetsplikten

Det vises til tidligere fremsatt spørsmål i riksadvokatens brev av 29. november 2005:

- *Kan informasjon som er samlet inn av dødsstedsgruppen overlates til politiet dersom foreldrene samtykker? (min understreking) Hva må i tilfelle kreves av formaliteter knyttet til samtykket?"*

Taushetsplikten etter § 21 er ikke til hinder for at opplysninger gjøres *kjent for andre* i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker, jf. helsepersonelloven § 22. I lovforarbeidene er det oppstilt krav for at samtykket skal være gyldig, jf. Ot.prp. nr. 13 (1998-99) side 228:

"For at samtykke skal være gyldig, forutsettes det at vedkommende har fått informasjon om hvilke opplysninger det gjelder, hvordan disse skal anvendes og

eventuelle konsekvenser av dette. Samtykket må må være informert... Det er viktig at samtykket er gitt under omstendigheter som sikrer at det er skjedd frivillig, etter moden overveielse og med full oversikt over konsekvensene.”

Av hensyn til at pasientens beslutning skal skje på et veloverveid grunnlag og til dokumentasjon i ettertid, kan det være hensiktsmessig å innhente skriftlig samtykke. Det bør også etableres faste informasjon- og dokumentasjonsrutiner. Dette vil være aktuelt i situasjoner hvor det er særlig viktig at pasienten informeres.

Det minnes også om Sosial- og helsedepartementets brev til bl.a. professor dr. med. Torleif O. Rognum av 8. november 2000, forut for igangsetting av Barsedødsårsaksprosjektet, hvor det uttales:

”Taushetsplikten er ikke til hinder for at opplysninger gis til andre i den utstrekning den eller de som har krav på taushet samtykker til det”.

Samt direktoratets eget utsagn i nærværende arbeidsgruppe:

”Den profesjonsbestemte taushetsplikten kan som hovedregel ikke settes til side med mindre det foreligger et samtykke fra pasienten...” (Sosial- og helsedirektoratet kapittel 7.4.1)

9.4.3 Helsepersonelloven § 36, jf. forskrift av 21. desember 2000 nr. 1378 om leges melding til politiet om unaturlig dødsfall o.l.

Dersom det er grunn til å tro at et dødsfall er unaturlig, har *leger plikt* til å underrette politiet snarest mulig, jf. helsepersonelloven § 36 tredje ledd, jf. forskrift om leges melding til politiet om unaturlig dødsfall o.l. av 21. desember 2000 nr. 1378 § 1 første ledd. Dødsfall anses unaturlig bl.a. dersom det kan skyldes drap eller annen legemskrenkelse, eller ukjent årsak når døden har inntrådt plutselig og uventet, jf. forskriften § 2. Helsedirektoratet har tidligere gitt uttrykk for hva som er *formålet* med bestemmelsen, bl.a. i sitt rundskriv av 10. desember 2001 (IK-2001/13) om *”Fylkeslegens bistand til politiet – helsepersonelloven § 67 annet ledd”*. I forbindelse med sin omtale av meldeplikten til politiet uttaler direktoratet:

”Melding skal blant annet sendes når dødsfallet kan skyldes feil, forsømmelse eller uhell ved undersøkelse eller behandling av sykdom eller skade. Slike hendelser i helsetjenesten kan være aktuelt å etterforske for å klarlegge om det har vært foretatt en straffbar handling. (min understreking) (Rundskrivet første side høyre spalte)

Underretning (melding) kan gis personlig eller telefonisk til nærmeste politimyndighet, jf. forskriften § 1 annet ledd første punktum. Det er dette medlems erfaring – som også deles av to av legene i arbeidsgruppen – at leger i denne kontakten ikke vegrer seg for å gi opplysninger om *avdødes* sykehistorie, omstendigheter ved dødsfallet og fra eventuell undersøkelse av dødsstedet. En annen *innskrenkende praktisering* antas å være i strid med meldepliktens formål.

Skriftlig melding skal skrives på fastsatt skjema, jf. forskriften § 1 annet ledd annet punktum. På standardskjemaet direktoratet opplyser blir benyttet ved ”*melding om unaturlig dødsfall*”, skal legen bl.a. opplyse om ”*spesielle omstendigheter ved dødsfallet/foretatte opplysninger tyder på*”, herunder kan legen bl.a. krysse av i rubrikken ”*Drap*”, ”*Ukjent årsak*” og ”*Plutselig uventet*”.

Det er således en *rett og plikt* for legen å gi opplysninger til politiet med tanke på iverksettelse av etterforskning. Dette fremgår også forutsetningsvis av helsepersonelloven § 36 siste ledd.

En kan ikke se at direktoratet har en klar nok begrunnelse for *hvor langt* underrettingsplikten etter helsepersonelloven § 36 med forskriften rekker. Når en står ovenfor et dødt spedbarn som i live er totalt avhengig av foreldrenes omsorg, bør det også avklares hvorvidt det vil være naturlig å formidle opplysninger til politiet om hvilke *familære forhold spedbarnet levde under*. En kan også tenke seg situasjoner hvor den samme eller to forskjellige leger endrer synet på dødsårsaken: det er opprinnelig krysset av på dødsmeldingsskjemaet for ”*Ukjent årsak*”, men legen kommer senere til annen kunnskap slik at han nå åpenbart ville krysset av for ”*Drap*”. En må da reise spørsmålet om han ikke også har plikt til å underrette politiet om dette. Det bemerkes at legen i henhold til standardskjemaet *gis anledning* til å ta forbehold om å *revurdere* oppgitt dødsårsak. Det vises i den sammenheng også til Anne Kjersti Befring og Bente Ohnstad, Helsepersonelloven – med kommentarer (2. utgave 2001), punkt 7.2.3 Meldepliktig etter bestemmelsen: ”leger” – ”kommunelegen”, side 178:

”At en lege har ansvaret for å gi legeerklæring om dødsfallet, innebærer ikke at andre er fritatt for å gi informasjon hvis det er nødvendig. Det fremgår eksplisitt at andre leger som har gitt helsehjelp, kan bli pliktig til å gi kommunelegen opplysninger om dødsfallet. Det må forutsettes å være situasjoner hvor ikke andre har denne informasjonen. Leger som har gitt helsehjelp, kan også måtte gi andre leger eller helsepersonell nødvendig informasjon for at det kan utarbeides legeerklæring.”

I teorien er det videre antatt at legens plikt til å gi opplysninger sannsynligvis også gjelder for *legens medarbeidere*, jf. Olav Molven, Helse og jus (2002), punkt 8.5 Plikt ved dødsfall m.v., side 242.

Synspunktene ovenfor kan trekke i retning av at helsepersonell – også andre enn leger – som deltar i undersøkelsene for å klarlegge den medisinske dødsårsak, har plikt til å *varsle* om slik *revurdert* oppfatning.

9.4.4 Helsepersonelloven § 24

Etter helsepersonelloven § 24 første ledd er taushetsplikt etter § 21 ikke til hinder for at opplysninger om en avdød person gis videre dersom ”*vektige grunner*” taler for dette. I vurderingen av om opplysninger skal gis, skal det tas hensyn til avdødes

antatte vilje, opplysningenes art og de pårørende og samfunnets interesser, jf. annet punktum. Det fremgår av forarbeidene at bestemmelsen åpner for at opplysninger kan gis til politi- og påtalemyndighet, samt at avdødes formodede vilje innebærer en *hypotetisk konstruksjon om hva pasienten ville ha ment* når vedkommende ikke har gitt uttrykk for dette. Det må antas at det er pasientens formodede vilje at politiet får bistand i sin etterforskning. Det vises bl.a. til Anne Kjersti Befring og Bente Ohnstad, Helsepersonelloven – med kommentarer (2. utgave 2001), punkt 5.2.1 Hva er et samtykke? side 127.

Direktoratet skriver i sin redegjørelse for bestemmelsen:

”Direktoratet utelukker ikke (min understreking) at opplysningsretten etter § 24 kan gi grunnlag for å tilsidesette taushetsplikten overfor politiet utover det som følger av § 23 nr. 4 og § 31. Bl.a. vil unntaket kunne omfatte situasjoner hvor det kan tolkes inn et antatt samtykke fra den døde.

Det er imidlertid her helt klart at bestemmelsen er begrenset til å gjelde informasjon om pasienten, jf. formuleringen ”opplysninger om en avdød”. Bestemmelsen omfatter således ikke informasjon helsepersonell måtte ha om foreldrene til det døde barnet innhentet på et senere tidspunkt enn meldetidspunktet.”

(Sosial- og helsedirektoratet kapittel 7.4.5)

Direktoratet åpner her for å tilsidesette taushetsplikten, men det fremstår som uklart for dette medlem *hvilke tilfeller* direktoratet mener er aktuelle. Dersom innhentede opplysninger om *barnet* gir helsepersonellet mistanke om at barnet eksempelvis er kvalt av en forelder, åpner direktoratet da for at helsepersonellet kan varsle politiet, slik at politiet kan vurdere å iverksette relevante etterforskingskritt, eller mener direktoratet at helsepersonellet har taushetsplikt i en slik situasjon?

Direktoratets syn på hvor langt bestemmelsen rekker og interesseavveiningen som skal foretas, jf. bestemmelsens annet punktum, er også uklar. Det er videre uklart hva direktoratet har for øye når *”informasjon helsepersonell måtte ha om foreldrene”* omtales som en skranke. Slike opplysninger antas som tidligere nevnt å ha mindre interesse for kommisjonen. Når en står ovenfor et dødt spedbarn som i live er totalt avhengig av foreldrenes omsorg, må det også her stilles spørsmål om *familieforhold* må defineres som opplysninger om *barnet*. Spørsmålet er stilt i relasjon til rekkevidden av helsepersonelloven § 36.

9.4.5 Helsepersonelloven §§ 23 nr. 4 og 31

Dette medlem har merket seg at direktoratet i sin redegjørelse av helsepersonelloven §§ 23 nr. 4 og 31 uttaler:

”Når det gjelder barnemishandling vil det imidlertid som oftest være en sammenheng mellom grov vold og faren for gjentagelse, og direktoratet utelukker ikke (min understreking) at det i enkelte tilfelle vil kunne være riktig å gi opplysninger videre til politi hvis et barn har vært utsatt for grov vold.” (Sosial- og helsedirektoratet kapittel 7.4.7)

En tillater seg å etterlyse et mer presist svar på tidligere fremsatt spørsmål, jf. brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Sosial- og helsedirektoratet av 17. februar 2006, jf. riksadvokatens brev av 29. november 2005:

- *"Hvis helsemyndighetenes dødsstedsundersøkelse avdekker opplysninger som tyder på at en av foreldrene (eller begge) har påført et barn så store skader at barnet døde, kan/skal helsemyndighetene varsle politiet om at det bør vurderes å sette i verk etterforskning? Hva hvis det er flere barn i familien? (min understreking)*

Det fremstår som uklart om helsepersonellet under slike omstendigheter vil ha plikt til å varsle politiet etter helsepersonelloven §§ 23 nr. 4 og 31. I tillegg bør direktoratet – for å unngå uklarhet hos helsepersonellet – presisere hva som er korrekt hjemmel for varslingsplikt/rett i forhold til politiet hvis barnet som døde av mishandling var *enebarn*. En bemerker at det kan synes som direktoratets oppfatning også ved sistnevnte problemstilling er at *"Vernebehovet er opphørt når (ene) barnet er død."*, jf. deres synspunktet i kapittel 7.4.9.

9.4.6 *Direktoratets praksis om opplysningsplikt til politiet*

Fra Bente Ohnstad, Taushetsplikt, personvern og informasjonssikkerhet i helse- og sosialsektoren (2003), punkt 4.13.1 Opplysningsplikt til politiet, side 90, hitsettes:

"I en annen sak som har vært til behandling hos helsemyndighetene, var det spørsmål fra en psykiatrisk institusjon hvorvidt man kunne gi opplysning til politiet om mistanke mot en pasient for en alvorlig straffbar handling (voldtekt mot mindreårig). Den personen som hadde begått handlingen var etterlyst av politiet, og i forbindelse med etterlysningen var det offentliggjort et fantombilde av mistenkte.

Behandlingspersonellet på den aktuelle institusjonen syntes å gjenkjenne en av sine pasienter. Vedkommende pasient hadde hatt permisjon i det tidsrommet den straffbare handlingen var begått, og pasienten hadde oppført seg eiendommelig i tiden etter permisjonen.

Helsedirektoratet uttalte i sitt svar til institusjonen at det antagelig ikke forelå opplysningsplikt i det aktuelle tilfellet. Dette pga. at den straffbare handling var begått (min understreking), og at opplysningsplikten bare gjelder i tilfeller der det er snakk om å avverge visse alvorlige fremtidige forbrytelser eller følger av disse.

Direktoratet kom imidlertid til at det antagelig ikke ville være rettstridig å gi politiet opplysninger om den mistanke man hadde mot pasienten. Det ble lagt avgjørende vekt på at mistanken dreide seg om et alvorlig straffbart forhold og at de institusjonsansatte ved å gi politiet opplysning om sine mistanker muligens kunne bidra til å oppklare straffesaken, og derved kanskje også avverge senere, lignende straffbare handlinger fra angjeldende person (selv om de institusjonsansatte ikke hadde pålitelig kjennskap til slike) (min understreking)."

Denne praksis (særlig siste hovedavsnitt) synes å avvike fra den oppfatning direktoratet i nærværende arbeidsgruppe gir uttrykk for, og dette medlem kjenner

ikke direktoratets begrunnelse for hvorfor mistenkte skal ha "bedre vern" når sped- og småbarn drepes/mishandles til døde.

9.4.7 Avslutning informasjonsflyt

Av hensyn til tidsfristen for ferdigstilling av rapporten er det ikke mulig for dette medlem å utrede ovennevnte problemstillinger. Men en tilrår helsemyndighetene om å snarest innhente en *ekstern vurdering av gjeldende rett*. Hvis det viser seg at direktoratets syn på at det knapt eksisterer plikt/rett til å *varsle politiet* ved den beskrevne mistanke, gir uttrykk for en allmenngyldig rettsoppfatning hos helsemyndighetene, bør direktoratet snarest ta spørsmålet opp med sine foresatte med henblikk på å initiere en lovendring.

Basert på gjengivelsen av ovennevnte forutsetninger o.a. historikk i denne særmerknad, *kan* flere av direktoratets uttalelser være egnet til å etterlate et inntrykk av at helsemyndighetene nå søker å distansere seg fra ansvaret for å gjennomføre slik dødsstedsundersøkelse som Barsedødsårsaksprosjektet anbefaler. En gjentar som eksempel:

"Det tredje hensyn, straffeforfølgning, vil ikke kunne bli ivaretatt, noe som er en nødvendig konsekvens av å organisere tilbudet i regi av helsetjenesten, som helsehjelp."
(Sosial- og helsedirektoratet kapittel 5.1)

"Å bistå politiet med sikring av åsted, og med informasjonsflyt med tanke på politietterforskning er ikke en oppgave for helsetjenesten. Helsemyndighetene kan ikke ta ansvar for å organisere en tjeneste med det formål å avklare strafferettslige forhold."
(Sosial- og helsedirektoratet kapittel 5.3)

"Sakkyndigmodellen...innebærer etter flertallets vurdering at helsepersonell gis et sakkyndig oppdrag fra politi/påtalemyndighet. Spørsmål om oppdragsgiver er ikke drøftet eksplisitt i rapporten, men det fremgår som en ikke uttalt forutsetning (min understreking), og det presiseres også at det er politiet som skal motta opplysningene (s. rapporten s. 29)." (Barsedødsårsaksprosjektet – min tilføyelse)
(Sosial- og helsedirektoratet kapittel 5.2)

"Helsetjenesten kan ikke i egen regi gjennomføre "sakkyndige oppdrag" hvor mottaker av informasjonen er politiet. I den grad det skal kunne gjennomføres dødsstedsundersøkelser, må politi og påtalemyndighet stå som ansvarlig, slik de gjør for den rettslige obduksjonen. Det er arbeidsgruppens flertalls vurdering at bruk av begrepet sakkyndige i en helserettlig sammenheng ikke bør benyttes på forhold som ikke faller inn under helsepersonelloven § 27."
(Sosial- og helsedirektoratet kapittel 5.2)

