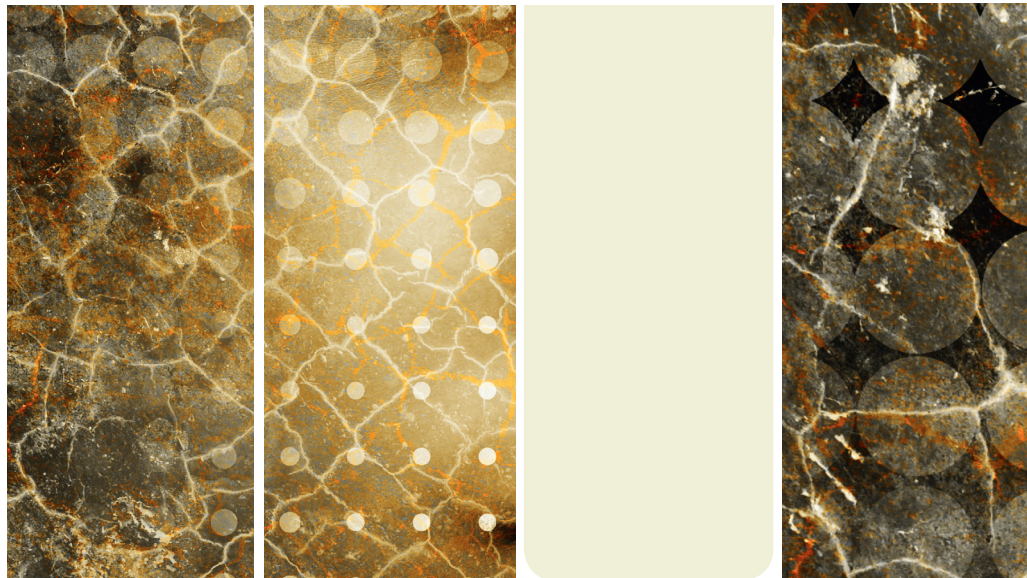


2015



Dødsstedsundersøkelse

–helsehjelp ved plutselig og uventet barnedød

Perioden 01.11.2010–31.12.2014

Torleiv Ole Rognum

Lillian Bøylestad

Dødsstedsundersøkelse

– helsehjelp ved plutselig og uventet barnedød

Perioden 01.11.2010–31.12.2014

Torleiv Ole Rognum

Lillian Bøylestad

Utgitt av Nasjonalt folkehelseinstitutt
Divisjon for rettsmedisinske fag
Avdeling for forskning og utvikling i rettspatologi
Mars 2015

Tittel:

Dødsstedsundersøkelse
– helsehjelp ved plutselig barnedød
Perioden 01.11.2010–31.12.2014

Forfattere:

Torleiv Ole Rognum
Lillian Bøylestad

Intern referee:

Divisjon for rettsmedisinske fag, Avdeling for rettspatologi
Overlege Per Hoff-Olsen, førsteamanuensis dr med

Bestilling:

Rapporten kan lastes ned som pdf
på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

Rapporten kan også bestilles fra
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo
publikasjon@fhi.no
Telefon: 21 07 82 00
Telefaks: 21 07 81 05

Grafisk designmal:

Per Kristian Svendsen og Grete Sjøimer

Layout omslag:

Unni Harsten

Opplag: Print on demand**Foto omslag:**

Colourbox

ISBN 978-82-8082-661-9 trykt utgave
ISBN 978-82-8082-662-6 elektronisk utgave

Innhold

Sammenfatning	6
1. Innledning	7
1.1 Bakgrunnen for etablering av ordningen av dødsstedsundersøkelser i regi av helsetjenesten	7
2. Vilkår og metode for utførelse av dødsstedsundersøkelse	11
2.1 Vilkår for dødsstedsundersøkelse	11
2.2 Prosessen som leder frem til dødsstedsundersøkelse	11
2.3 Tilbud til foreldre om dødsstedsundersøkelse	12
2.4 Innholdet i en dødsstedsundersøkelse	12
3. Etikk og personvern hensyn	15
3.1 Etske hensyn	15
3.2 Hensynet til personvern – hjemmelsgrunnlag for behandling av personopplysninger	15
4. Evaluering av dagens ordning	17
5. Innføring av etterforskningsplikt i politiet	19
5.1 Forarbeider til lovendringen	19
5.2 Rundskriv fra Riksadvokaten	19
5.3 Politiets adgang til undersøkelse på steder hvor personer finnes omkommet (uavhengig av dødes alder)	20
6. Resultater	21
6.1 Rettslige obduksjoner - hvor mange barn er rettslig obdusert i denne perioden?	21
6.1.1 Finnes det mørketall?	21
6.1.2 Regionale forskjeller i antall gjennomførte rettslige obduksjoner	22
6.2 Dødsstedsundersøkelser - hva har dødsstedsundersøkelsene bidratt til i form av mer kunnskap om dødsfallene?	22
6.2.1 Omfang av dødsstedsundersøkelser	22
6.2.2 Omstendighetene rundt dødsfallene	23
6.2.3 Hvordan døde barna? Døds måte i saker med gjennomført dødsstedsundersøkelse	23
6.2.4 Funn i de sakene hvor dødsfallet ble konkludert som krybbedød - hva slags informasjon hadde man i de sakene som forble uløst?	24
6.2.4.1 Mageleie	25
6.2.4.2 Hvor mange har hodet tildekket?	25
6.2.4.3 Samsoving	25
6.2.4.4 Røyking	26
6.2.4.5 Foreldrenes observerte symptomer på infeksjon	26
6.2.5 Dødsstedsundersøkelsens betydning for fastsetting av dødsårsak	26

7	Utfordringer ved dagens ordning med dødsstedsundersøkelser i regi av helsetjenesten	28
7.1	Bruk av diagnosen SIDS uten å ha undersøkt dødsstedet – utfordring	28
7.1.1	Økt bruk av obligatoriske dødsstedsundersøkelser i andre land	29
7.2	Manglende lovfesting av tilbudet – noen foreldre mister tilbudet	29
7.3	Foreldre som takker nei	29
7.4	Forholdet til politiets etterforskningsplikt	30
7.5	Saker som «faller mellom to stoler»	31
7.6	Bør ordningen med dødsstedsundersøkelser utvides til også å omfatte saker hvor barn opp til 18 år dør plutselig og uventet?	31
7.7	Helsepersonells taushetsplikt ved barnedødsfall	32
7.7.1	Særlig om taushetsplikten til teamet som utfører dødsstedsundersøkelse	34
8	Hovedbudskap	35

Sammenfatning

Plutselige og uventede barnedødsfall representerer en stor utfordring for helsetjeneste, politi og rettsmedisinere. Erfaringene til nå viser verdien av en systematisk undersøkelse av dødsstedet og at rekonstruksjoner er avgjørende for å fastslå dødsårsaken. Dette gjelder både for krybbedødstilfeller og for ulykker, omsorgssvikt og mishandling.

Før 1991 ble åstedet for plutselig barnedød besøkt av en politipatrulje på samme måte som ved unaturlige dødsfall hos voksne. Noen uheldige episoder - den gangen hvor nesten 0,25 % av alle levende fødte barn døde plutselig og uventet - førte til at politipatruljen ble trukket vekk fra åstedet. Politipatruljen ble ikke erstattet av annet personell. Viktig informasjon fra åstedet gikk derfor tapt for fastsettelse av døds måte og dødsårsak.

Derfor ble dødsstedsundersøkelser ved plutselig og uventet sped- og småbarnsdød innført som en frivillig helsetjeneste den 1. november 2010. Dødsstedsundersøkelse er en systematisk gjennomgang av omstendighetene ved dødsfallet. Hovedformålet er å bidra til å fastsette dødsårsak. Vi har her sammenfattet noe av den informasjonen som er fremkommet ved dødsstedsundersøkelsene og peker samtidig på noen utfordringer ved dagens ordning.

Alle saker hvor det har blitt gjennomført dødsstedsundersøkelse er inkludert i denne sammenfatningen; totalt 51 dødsstedsundersøkelser på landsbasis. Rapporten viser hvilke vilkår som må være til stede for at en sak skal omfattes av ordningen og tar for seg prosessen som leder frem til en slik undersøkelse.

De fleste barna blir funnet livløse i forbindelse med en sovesituasjon. Det har vært 34 tilfeller av krybbedød og dødsstedsundersøkelsen konsentrerer seg ofte om hvorvidt det foreligger risikofaktorer i barnets sovemiljø.

Knapt halvparten (47 %) av barna som døde i krybbedød ble funnet i mageleie, og fem ble funnet med hode tildekket (typisk av egen dyne). Det var 29 % tilfeller av samsoving, og halvparten av barna hadde foreldre som røyket daglig.

Dødsstedsundersøkelse er et viktig bidrag i fastsettelsen av dødsårsak, både ved å bekrefte rettsmedisinerens opprinnelige konklusjon om dødsårsak, men også i noen tilfeller ved å tilføre nye opplysninger som kan føre til en endring av dødsårsaken.

1. juli 2011 fikk politiet etterforskningsplikt ved alle plutselige dødsfall hos barn opp til 18 år. Politiet har siden dette gått inn med full etterforskning i stadig flere saker. For de sakene som politiet åpner full etterforskning, er det ikke aktuelt å tilby foreldrene dødsstedsundersøkelse i regi av helsetjenesten.

Dagens ordning medfører at ikke alle dødssted blir undersøkt. Det at politiet oftere igangsetter etterforskning har medført at andelen tilfeller frivillig dødsstedsundersøkelse har blitt mindre. Dessuten er det hvert år flere saker som faller utenfor systemet ved at foreldre takker nei til dødsstedsundersøkelse, og hvor politiet heller ikke finner grunn til å undersøke nærmere. Helt avgjørende informasjon som kan være nødvendig for å klarlegge dødsårsaken går da tapt. For å øke rettssikkerheten til både barn og foreldre bør det innføres en obligatorisk ordning med dødsstedsundersøkelser, og ordningen bør gjelde barn opp til 18 år.

1. Innledning

Ordningen med dødsstedsundersøkelser trådte i kraft i november 2010. Siden den gang har det blitt gjennomført systematiske dødsstedsundersøkelser i tilfeller når barn mellom 0 og 3 år dør plutselig og uventet, og hvor dødsårsaken er ukjent. Formålet med dødsstedsundersøkelsene er å bidra til å fastslå dødsårsak, samle kunnskap omkring plutselige og uforklarlige dødsfall hos små barn, og å øke rettssikkerheten.

Det ble før oppstarten diskutert hvorvidt ordningen skulle være obligatorisk eller frivillig, og om den skulle utføres av helsetjenesten eller politiet. Løsningen ble en obligatorisk plikt for spesialisthelsetjenesten å tilby barns foreldre dødsstedsundersøkelse. Det kreves skriftlig samtykke fra foreldre/foresatte før dødsstedsundersøkelsen kan gjennomføres.

Det er Folkehelseinstituttet som har ansvar for å koordinere ordningen og det er et landsdekkende tilbud. Selve dødsstedsundersøkelsen gjennomføres av den rettsmedisiner som har undersøkt barnet sammen med en person (utreder) med politifaglig bakgrunn.

Ordningen har nå vært operativ i over fire år. I denne rapporten vil vi beskrive utviklingen/utbredelsen av tilbudet med dødsstedsundersøkelse. Fungerer ordningen med dødsstedsundersøkelser etter intensjonen?

1.1 Bakgrunnen for etablering av ordningen av dødsstedsundersøkelser i regi av helsetjenesten

På slutten av 1980-tallet hadde man i Norge det som omtales som en «krybbedøds-epidemi». Dødsfall hos spedbarn registreres som krybbedød når de inntreffer plutselig og uventet og når gjennomgang av sykehistorien, undersøkelse av dødsstedet og en grundig obduksjon ikke avdekker noen dødsårsak. Krybbedød er således en eksklusjonsdiagnose som stiller store krav til undersøkelsen.

Krybbedødsepidemien nådde en topp i 1989 da hele 142 barn døde i krybbedød. Dødsfallene skjedde i alle samfunnslag. Politiet håndterte dødsfallene ved å komme hjem, ofte uniformert, og episoder med lite skjønnsom åstedsundersøkelse og avhør ved politiet gjorde at flere familier klaget over at de følte seg mistenkeliggjort.

Helsetjenesten var ofte totalt fraværende, og den eneste «oppfølgingen» familien av og til fikk, var et skjema fra politiet der det fremgikk at saken var henlagt etter bevisets stilling eller som intet straffbart forhold.

I den påfølgende samfunnsdebatten ble myndighetene satt under et sterkt press, blant annet gjennom en artikkel hvor rettsmedisiner, barnelege og politi slo seg sammen for å gi sitt bidrag i debatten (Rognum, Saugstad og Lier 1991). Gruppen tok til orde for en instruksfesting av den praksisen som hadde utviklet seg i Oslo-området hvor de døde barna ble lagt inn på nærmeste barneavdeling og foreldrene fikk oppfølging gjennom barneavdelingen.

Presset resulterte blant annet i at Riksadvokaten i 1991 sendte ut et rundskriv (R. 2420/89) til landets politi- og påtalemyndighet om hvordan politiet skulle håndtere krybbedødstilfellene. I rundskrivet fremgår følgende:

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 spedbarnsalder.

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. (...)

Riksadvokaten understreket altså at obduksjon skulle utføres i alle tilfeller av krybbedød, men trakk samtidig politiet bort fra dødsstedet. Politiet skulle avvente resultater fra obduksjonen før de eventuelt tok direkte kontakt med familien. Resultatet ble at ingen undersøkte dødsstedet. (Dette rundskrivet er nå opphevet.)

Statens helsetilsyn fulgte opp med tilsvarende retningslinjer for helsevesenet i 1992 (Rundskriv IK-22/92). Helsetilsynet viste til politiets nye rutiner, det ble poengtert at barnet skulle innlegges ved nærmeste sykehus, og at sykehuset og primærhelsetjenesten hadde ansvar for oppfølgingen av de rammede familiene. Denne ordningen var ment å skulle være en hjelp for de rammede familiene. Dette rundskrivet gjelder fortsatt. Vi har vært i kontakt med Helsedirektoratet (som nå er ansvarlig for rundskrivet) for å høre om det foreligger planer for å revidere eller oppdatere rundskrivet, og fått til svar at det gjør det ikke.

Fra 1990 avtok krybbedødstallene dramatisk, på grunn av kunnskap om risikofaktorer som mageleie, røyking hos foreldrene og overoppheting. I løpet av de 10 første årene etter at de fleste barna ble lagt til å sove i ryggeleie, var det likevel mer enn 370 barn som døde i krybbedød. Det viste seg snart at det forhold at dødsstedet ikke lenger ble undersøkt, ikke var holdbart. I 1995 påpekte rettsmedisiner Torleiv O. Rognum sammen med etterforskningsleder i Oslo-politiet, Leif A. Lier, behovet for en tilbakeføring av politiet til dødsstedene (Rognum og Lier 1995).

Parallelt med at krybbedød ble sjeldnere, økte relativt sett andelen av andre årsaker til plutselig død, som akutte sykdommer, ulykker, omsorgssvikt, mishandling og drap (Rognum og Vege 1999). Denne forandringen, med andelsmessig flere dødsfall som skyldes mishandling og omsorgssvikt, representerte en stor utfordring for rettsmedisinerne. De ønsket en ny tilnæringsmåte ved undersøkelsene av dødsfallene med større krav til undersøkelsen. Gjennom 1990-årene hadde rettsmedisinere i Norden bygd opp et nettverk og i 1999 ble dette nordiske samarbeidet om plutselig spedbarnsdød videreført og utvidet til også å omfatte andre fagdisipliner som barneleger, radiologer og mikrobiologer (Rognum 1999).

Utfordringen med dødsfall som kunne skyldes såkalte «gråsonedødsfall» (omsorgssvikt eller mishandling) ble presentert på Nordisk kongress i rettsmedisin i juni 2000. Her tok fire norske rettsmedisinere til orde for et prøveprosjekt med dødsstedsundersøkelse ved uventede barnedødsfall (Rognum et al. 2000).

I 2001 fikk Rettsmedisinsk institutt (RMI) i Oslo tillatelse til å gjennomføre et slikt prøveprosjekt. Dette *Barnedødsårsaksprosjektet* ble designet som et forskningsprosjekt med frivillig deltakelse fra foreldre og med skriftlig samtykkeerklæring. I prosjektperioden undersøkte man alle plutselige barnedødsfall i alderen 0-3 år i Helseregion Sør og Helseregion Øst. Barna ble rettslig obdusert ved RMI og dødsstedsundersøkelsen ble foretatt av den rettsmedisiner som hadde undersøkt barnet, sammen med en politiekspert.

Det ble gjennomført 46 dødsstedsundersøkelser (totalt var det 64 plutselige barnedødsfall i regionen i denne perioden). Dødsstedsundersøkelsen bidro til å avkrefte kriminelle forhold i 14 tilfeller. I 6 tilfeller konkluderte dødsstedsundersøkelsen med at det forelå *ren («grov») uaktsomhet/uforstand*, men dette førte ikke til videre oppfølging av forholdet fra påtalemyndighetens side. Derfor kan en si at det ikke i noen av tilfellene ble avdekket straffbare forhold som det ikke i utgangspunktet allerede var mistanke om. Enkelte tilfeller av uaktsomhet hadde imidlertid ikke blitt avdekket uten dødsstedsundersøkelse. Prosjektgruppen anbefalte obligatoriske dødsstedsundersøkelser ved plutselige barnedødsfall (Rettsmedisinsk institutt 2004).

Senter for Krisepsykologi foretok en evaluering av prosjektet. Hovedmålsettingen for evalueringen var å undersøke hvordan foreldre som mister barn i plutselig spedbarnsdød opplevde å delta i frivillig dødsstedsundersøkelse, samt å kartlegge hvilke faktorer som bidro til en positiv eller negativ opplevelse. Dødsstedsundersøkelsen ble som helhet vurdert som meget positiv av 31 foreldre, tre foreldre var positive, en forelder var nøytral, mens ingen var negative eller meget negative.

Evalueringen ble konkludert med følgende;

Den foretatte evaluering av den frivillige dødsstedsundersøkelsen viser at det ikke er noen motsetning mellom en undersøkelse av stedet der barnet døde og god ivaretagelse av foreldrene. Dersom en slik undersøkelse gjennomføres av fagfolk med god fagkompetanse og erfaring i å møte pårørende i en vanskelig situasjon kan dette bli en positiv opplevelse for foreldrene og en støtte til å mestre smertefulle opplevelser. Det er imidlertid viktig å sikre at informasjonen som gis på forhånd er så klar og tydelig som mulig, både når det gjelder formål med undersøkelsen og gjennomføring. (Heltne og Dyregrov 2003)

Etter prosjektperioden mente mange at man burde ha en ordning med undersøkelse av dødsstedet når barn dør uventet og der ikke finnes noen forklaring på dødsfallet. Spørsmålet var hvordan ordningen skulle organiseres. Skulle den være obligatorisk eller frivillig? Skulle det være en politioppgave eller skulle den ligge inn under helsetjenesten? Eller kunne det tenkes en kombinasjon, en såkalt sakkyndig-modell, slik prosjektgruppen anbefalte?

Sosial- og helsedirektoratet nedsatte en arbeidsgruppe (ledet av Hans Petter Aarseth) med en representant fra Riksadvokaten og tre representanter fra direktoratet for å vurdere anbefalingene fra Barnedødsårsaksprosjektet. Helse- og omsorgsdepartementet mottok denne arbeidsgruppens rapport i november 2006. Arbeidsgruppen delte seg i et flertall (representantene fra direktoratet) og et mindretall (representanten fra Riksadvokaten). Det var bred enighet i arbeidsgruppen om at helsetjenesten burde ha et tilbud om dødsstedsundersøkelse ved alle tilfeller av plutselig uventet barnedød. Uenigheten gjaldt i det vesentlige spørsmål om utstrekningen av helsepersonells taushetsplikt i saker med plutselige barnedødsfall og hvordan eventuelle dødsstedsundersøkelser burde organiseres.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) sendte den 13.5.08 ut et høringsnotat vedrørende etablering av et obligatorisk tilbud om dødsstedsundersøkelse i regi av helsetjenesten ved alle tilfeller av plutselig uventet barnedød, og om endring i forskrift 21. desember 2000 nr. 1378 om leges melding til politiet om unaturlig dødsfall og lignende. Dødsstedsundersøkelsen skulle være å anse som en del av omsorgen for det døde barnet og et hjelpemiddel for å fastsette dødsårsak, og var en del av regjeringens (Stoltenberg) handlingsplan

mot vold i nære relasjoner (Vendepunkt - handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2008 – 2011). Undersøkelsen skulle gjennomføres senest 48 timer etter at døden er konstatert.

Helse- og omsorgsdepartementet henvendte seg videre til Justis- og beredskapsdepartementet (JD) i brev av 23.12.2009 for å be om at JD kunne vurdere en skissert ordning med dødsstedsundersøkelser i forhold til Grunnloven § 102 og EMK artikkel 8. Det ble også bedt om en vurdering av om ordningen måtte eller burde lovfestes, og vurderingene skulle gjøres under forutsetningene av at ordningen enten ble gjort frivillig eller tvungen.

Lovavdelingen i JD kom med en prinsipputtalelse den 4.3.2009: *Dødsstedsundersøkelse ved plutselig og uventet barnedød – forholdet til Grunnloven § 102 og EMK artikkel 8* (Ref: 200807477 EO ATV). Lovavdelingen skriver at den finner en tvungen ordning med dødsstedsundersøkelse grunnlovsmessig problematisk. Departementet skriver:

Tvilen knytter seg dels til rettslig usikkerhet om hvor langt Grunnloven § 102 rekker i tilfeller hvor avdekking av ulovlige forhold ikke umiddelbart fremstår som den sentrale begrunnelsen for å foreta undersøkelsen, og dels til at det (foreløpig) er uklart hvor sentralt spørsmålet om avdekking av straffbare forhold vil stå når ordningen settes i verk. I den sammenheng finner vi grunn til å peke på at ordningen ikke kan «frikjennes» selv om flertallet av dem som undersøkes, skulle oppleve ordningen som uproblematisk. Slik vi ser det, taler mye for at det her foreligger en «Hus-Inkvistion».

En løsning med tvungen ordning for dødsstedsundersøkelser ble med dette skrinlagt og som det fremgår i St. prp. nr. 67 (2008-2009) s. 65-66 ble dødsstedsundersøkelsene i stedet et frivillig tilbud organisert av helsetjenesten. Nasjonalt Folkehelseinstitutt fikk ansvar for å organisere tilbudet.

2. Vilkår og metode for utførelse av dødsstedsundersøkelse

2.1 Vilkår for dødsstedsundersøkelse

Følgende vilkår må være oppfylt for at en sak skal være aktuell for dødsstedsundersøkelse;

- barnet må være under 4 år
- barnet må ha blitt funnet livløs utenfor institusjon
- dødsfallet må ha skjedd plutselig og uventet, og dødsårsaken er ukjent
- det må ikke være mistanke om en straffbar handling
- foreldrene må samtykke

2.2 Prosessen som leder frem til dødsstedsundersøkelse

Barn som blir funnet livløs hjemme fraktes som oftest med ambulanse til nærmeste sykehus. I tråd med Helsetilsynets rundskriv legges barnet inn på barneavdelingen og sykehuset fører journal på samme måte som om barnet var i live.

Etter helsepersonelloven § 36 har leger plikt til å melde fra til politiet hvis det er grunn til å tro at et dødsfall er «unaturlig». I Forskrift om melding av unaturlig dødsfall § 2 er det utdypet hva som ligger i begrepet «unaturlig dødsfall». Her fremgår det at et dødsfall anses unaturlig blant annet ved *ukjent årsak når døden har inntrådt plutselig og uventet*. Melding om barnets død skal sendes til politiet så snart som mulig.

Disse barna blir rettslig obdusert på oppdrag fra politiet. En slik rettslig obduksjon/sakkyndig likundersøkelse skal etter straffeprosessloven § 228 *foretas når det er grunn til mistanke om at noens død er voldt ved en straffbar handling eller når dødsårsaken er uviss og særlige forhold krever slik undersøkelse*. Påtaleinstruksen § 13-2 fastsetter at politiet i alminnelighet skal sørge for sakkyndig likundersøkelse i tilfeller hvor barn under 18 år dør utenfor helseinstitusjon og dødsårsaken er uviss, med mindre særlige grunner gjør det ubetenkelig å unnlate slik undersøkelse. Riksadvokaten har presisert at unntaket «særlige grunner» skal tolkes snevert (Rundskriv Riksadvokaten nr. 2 2011).

Det er fem rettsmedisinske sentre i Norge som utfører rettslige obduksjoner på barn; Oslo (Folkehelseinstituttet), Bergen (Gades institutt ved Universitetet i Bergen, Haukeland universitetssykehus), Trondheim (St. Olavs hospital, Universitetssykehuset i Trondheim), Tromsø (Universitetssykehuset Nord-Norge) og Stavanger (Stavanger universitetssykehus).

Det er en uttalt målsetting å øke obduksjonsfrekvensen i Norge, noe som gjenspeiles i Regjeringens forslag til ny lov om obduksjoner, jf. Prop. 38 L (2014-2015) kapittel 10. I forslag til ny obduksjonslov avgrenses det mot rettslige obduksjoner, men formålsbetraktningene om hvilken stor samfunnsmessig betydning obduksjoner har, gjelder uavhengig av om obduksjonen er gjennomført i henhold til obduksjonslov eller straffeprosesslov. Som nevnt over, er det lite rom for skjønnsutøvelse i vurderingen av om barn som dør plutselig og uventet skal obduseres eller ikke. Dette skal skje i praktisk talt alle slike tilfeller, og da som rettslig obduksjon.

I proposisjonen fremgår også forskjellen mellom rettslige obduksjoner og sykehus-obduksjoner. Det som skiller en rettslig obduksjon fra medisinsk obduksjon, er først og fremst det primære formålet. Medisinske obduksjoner utføres av sykehuspatologer ved dødsfall på sykehus for å avklare dødsårsaken og registrere bifunn. Rapporten er utarbeidet med tanke på helsepersonell og har mye fagterminologi. Rettslige obduksjoner er en del av rettsvesenets etterforskning og legger mer vekt på å beskrive skader, foruten sykelige forandringer og påvirkning av alkohol og andre stoffer. Formålet er også her å avklare dødsårsak og døds måte, samt om funnene er forenlige med oppgitte omstendigheter. Rapporten utarbeides på forståelig norsk og er beregnet på lekfolk.

Konsekvensene av disse ulikhetene mellom en rettslig obduksjon og en sykehusobduksjon beskrives i artikkel publisert i 2000 (Rognum 2000).

2.3 Tilbud til foreldre om dødsstedsundersøkelse

Foreldrene skal få tilbud om en dødsstedsundersøkelse i alle tilfeller hvor barn under 4 år dør plutselig og uventet, og hvor man ikke kjenner dødsårsaken. (Med mindre det er mistanke om noe straffbart, for ved slik mistanke igangsetter politiet full etterforskning. Etterforskningen utelukker altså dødsstedsundersøkelse i regi av helsetjenesten.) Tilbudet presenteres av ansvarlig barnelege på det sykehuset hvor barnet er innlagt, ved at foreldrene får både skriftlig og muntlig informasjon. Foreldrene undertegner et eget samtykkeskjema dersom de ønsker å ta imot tilbudet.

Orientering til foreldre, samtykkeskjema og orientering til helsepersonell kan lastes ned fra nettsidene til Folkehelseinstituttet.

2.4 Innholdet i en dødsstedsundersøkelse

Dødsstedsundersøkelse er en systematisk gjennomgang av omstendighetene ved dødsfallet og foretas *etter* at barnet er rettslig obdusert. Folkehelseinstituttet har utarbeidet egne retningslinjer for utførelsen av dødsstedsundersøkelsen. Denne ligger også tilgjengelig på Folkehelseinstituttets nettsider.

Teamet som besøker dødsstedet består av to personer; den rettsmedisiner som har undersøkt barnet og en utreder med politifaglig bakgrunn.

I henhold til retningslinjene for dødsstedsundersøkelser, skal både obduksjon og dødsstedsundersøkelse være gjennomført innen 48 timer etter at barnet ble erklært dødt. Når det gjøres avtale om tidspunkt for undersøkelsen bes foreldrene samtidig om å holde dødsstedet intakt, dersom dette er mulig. Det er ønskelig at forholdene på dødsstedet er så like som mulig som det var på det tidspunktet da barnet ble funnet. Det innebærer å ikke bytte sengetøy, endre temperatur i rommet, rydde i sengen, ta bort leker etc.

Dødsstedsundersøkelsen består av tre hoveddeler. Besøket innledes med en strukturert samtale med foreldrene. Formålet med samtalen er å få frem så mye informasjon som mulig om barnet (tidligere sykdommer etc.) og forholdene rundt det tidspunktet barnet ble funnet livløst. Deretter undersøkes selve dødsstedet og det gjennomføres en rekonstruksjon ved bruk av dukke. Rekonstruksjonen dokumenteres ved foto. Dukkene er spesiallaget for dette formålet, og man søker å bruke en dukke som tilsvarer det avdøde barnets størrelse og vekt.



Fig 1. Aldersriktige dukker som benyttes ved rekonstruksjoner

Foreldrene forklarer og viser ved hjelp av dukken hvordan barnet ble lagt for å sove og i hvilken stilling barnet så senere ble funnet livløst. I noen tilfeller hjelper dette foreldrene til å huske mer nøyaktig hva som skjedde. Avslutningsvis forteller rettsmedisiner om foreløpige funn fra obduksjonen og foreldrene får mulighet til å stille spørsmål. De foreløpige funn fra obduksjonen sammenholdes den informasjon som er fremkommet gjennom dødsstedsundersøkelsen, og dokumenteres i en egen rapport.

Rapporten fra dødsstedsundersøkelsen sendes sykehuset og legges der inn i barnets journal.

Når alle resultater fra obduksjonen er klar, avholdes en kasekonferanse. Der inviteres det personell som har vært involvert i saken til å delta. Saken gjennomgås kronologisk og resultatene fra de ulike prøvene som er tatt av barnet, samt funn ved dødsstedsundersøkelsen, drøftes grundig med deltakerne. Formålet med kasekonferansen er å komme frem til en tverrfaglig enighet om dødsårsaken og en grundig drøfting av hver enkelt sak er av stor betydning for forståelsen av dødsfallet (Rognum, de Lange og Vege 2003).

Kasekonferansene avholdes 3-6 måneder etter dødsfallet, og bidrar til kvalitetssikring av hver enkelt sak. I noen tilfeller har drøftingene i kasekonferansen medført at man har endret konklusjonen om dødsårsak. Da sendes et tilleggsbrev om dette både til politi (som oppdragsgiver for den rettsmedisinske obduksjonen) og til sykehuset for innleggelse i barnets journal der.

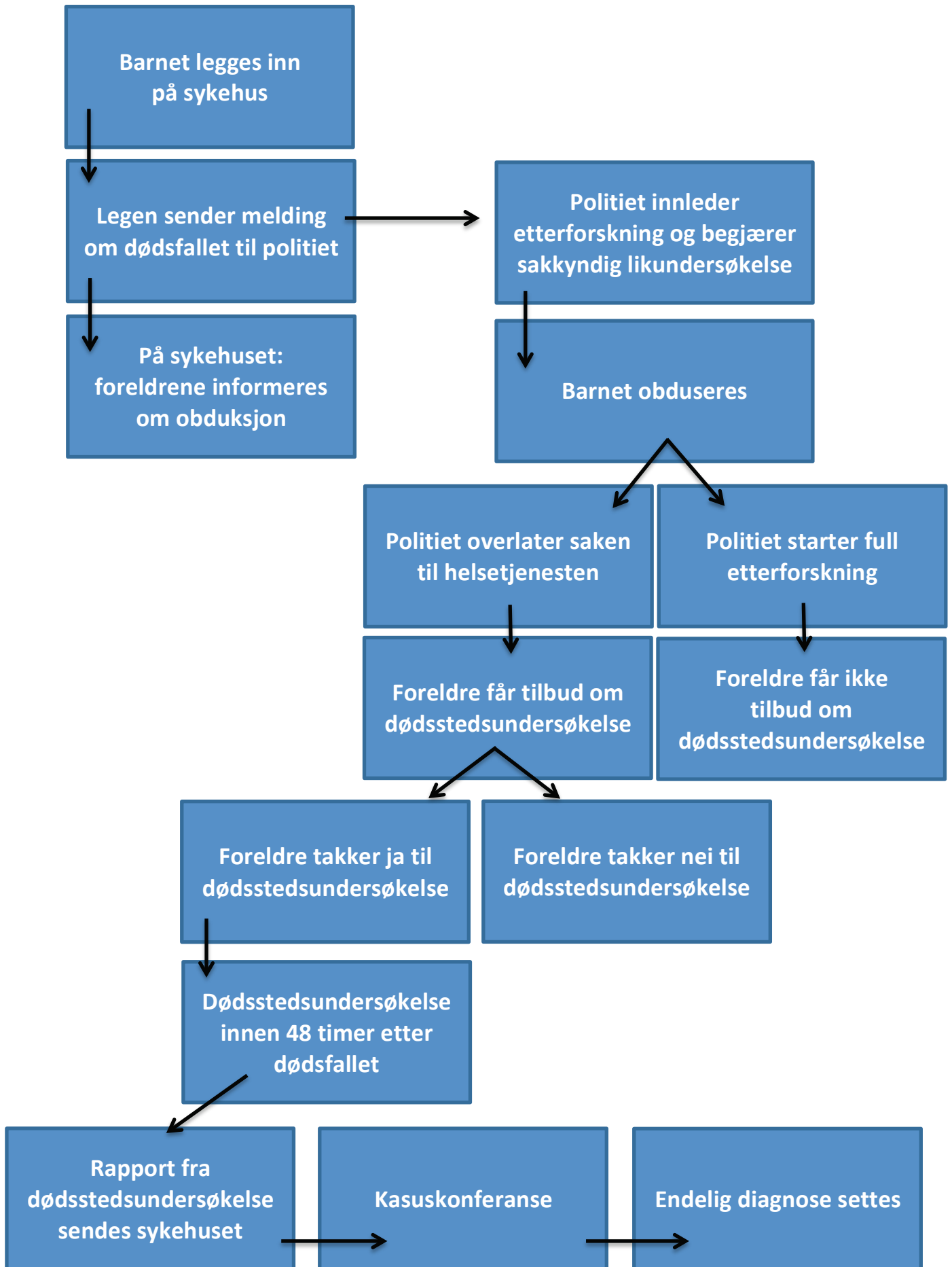


Fig. 2 Flytskjema over prosessen som leder til dødsstedsundersøkelse.

3. Etikk og personvern hensyn

3.1 Etske hensyn

For at resultatene skal bli så gode som mulig, tilstrebes det å få gjort både obduksjon og dødsstedsundersøkelse innen 48 timer fra barnet ble erklært dødt. Foreldrene er på dette tidspunktet i en svært sårbar situasjon og må få informasjon på en skånsom og hensynsfull måte.

Dødsstedsundersøkelsen defineres som helsehjelp for barnet og må ikke forveksles med et psykologisk hjelpetilbud til foreldrene. Pårørende skal, uavhengig av deltakelse i dødsstedsundersøkelse, følges opp av helsetjenesten i sykehus og kommunene (Helsetilsynets Rundskriv IK-22/92).

Teamet som undersøker dødsstedet og har samtaler med foreldrene, legger stor vekt på å la undersøkelsen gå i foreldrenes tempo, ta hensyn til den krisen foreldrene er i og ikke legge noe press på. Til tross for at dødsstedsundersøkelsen ikke er ment som et hjelpetilbud til foreldre, ser man at foreldre likevel opplever dødsstedsundersøkelsen som en hjelp i sorgarbeidet. Dette kom tydelig frem av evalueringen av barnedødsårsakprosjektet (Heltne 2011) og gjennom den evalueringen som nå pågår av dagens ordning med dødsstedsundersøkelser (Kristensen 2013), ser mer i punkt 4.

3.2 Hensynet til personvern – hjemmelsgrunnlag for behandling av personopplysninger

Ordnningen er frivillig og samtykkebasert, og betraktes som helsehjelp til det avdøde barnet. Ved oppstarten av ordningen ble rettsgrunnlaget for å behandle helseopplysningene vurdert til å være helsepersonelloven § 39 jf. den gang helseregisterloven § 6, nå pasientjournalloven § 6. Folkehelseinstituttet er databehandlingsansvarlig for behandlingen av de person- og helseopplysninger gjennomføringen av ordningen krever. Helsepersonelloven § 39 første ledd om plikt til å føre journal:

Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient. Plikten til å føre journal gjelder ikke for samarbeidende helsepersonell som gir hjelp etter instruksjon eller rettledning fra annet helsepersonell.

Pasientjournalloven § 6 første og annet ledd om rett til å behandle helseopplysninger:

Behandlingsrettede helseregistre må ha hjemmel i lov. Konesjonsplikt etter personopplysningsloven § 33 gjelder ikke for behandling av helseopplysninger som skjer med hjemmel i denne loven.

Helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre kan bare behandles når det er nødvendig for å kunne gi helsehjelp, eller for administrasjon, internkontroll eller kvalitetssikring av helsehjelpen.

Datatilsynet har tatt til orde for at det kan oppfattes som en personvernmessig utfordring at opplysninger helsepersonellet blir kjent med etter omstendighetene kan bli gitt videre til politiet. Dette vil være observasjoner og funn man blir kjent med gjennom dødsstedsundersøkelsen, og som kan bidra til å oppklare dødsårsaken. Slike opplysninger skal rutinemessig videreformidles politiet.

Det er derfor av stor betydning at man er sikker på at foreldrene oppfatter at tilbudet er frivillig. For å oppfylle kravet til informert samtykke skal valgfriheten derfor bli opplyst foreldrene flere ganger gjennom prosessen; i barnelegens samtale, i den skriftlige orienteringen foreldrene mottar på sykehuset, i telefonkontakt med teamet som skal avtale tidspunkt for dødsstedsundersøkelsen, og det vil bli gjentatt på nytt ved starten av selve dødsstedsundersøkelsen.

Helse- og omsorgsdepartementet skrev i brev av 30.06.2010 til Justis- og politidepartementet at det ville bli gjort endringer i forskrift 21. desember 2000 nr. 1378; *slik at det klart fremgår at observasjoner og funn ved dødsstedsundersøkelsen i regi av helsetjenesten skal nedtegnes i avdødes journal. Videre vil det fremgå at alle funn som kan bidra til å oppklare dødsårsaken skal utleveres til politiet.*

Pr. 2.3.2015 er ikke forskriften endret, se mer i punkt 7.7 om utfordringer knyttet til helsepersonells taushetsplikt.

4. Evaluering av dagens ordning

Tilbudet om dødsstedsundersøkelser blir evaluert av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Evalueringen gjøres for å sikre at ordningen fungerer tilfredsstillende, slik at framgangsmåten kan forbedres dersom noe oppleves som negativt eller støtende. Evalueringen gjennomføres ved et intervju av foreldrene ca. 5 uker etter dødsstedsundersøkelsen. Det bes om samtykke til deltakelse i evalueringen i avslutningen av selve dødsstedsundersøkelsen. Dersom foreldrene samtykker, sendes samtykkeskjema med kontaktinformasjon til foreldrene til NKVTS.

Det har så langt kommet tre delrapporter i forbindelse med evalueringen (Kristensen 2013). Delrapport I om *Foreldrenes opplevelse av dødsstedsundersøkelsen* kom den 26.9.13, og det siteres fra konklusjonen i punkt 11:

Den foreløpige konklusjonen er at ordningen med frivillig dødsstedsundersøkelse fungerer godt slik den er organisert nå. Foreldre som har deltatt så langt i 2013 er godt fornøyd med gjennomføringen. Det er lite som tilsier at dødsstedsundersøkelsen gjør situasjonen vanskeligere for foreldre. Allikevel ser det ut til at det er enkelte forbedringspotensialer. Det er uklart for de fleste foreldre når tilbakemelding på endelige funn fra obduksjonsrapport og dødsstedsundersøkelsen skal skje. Utarbeidelse av skriftlig informasjon med hva som skal skje videre i etterkant av dødsstedsundersøkelsen kan gjøre dette mer oversiktlig for foreldrene.

Delrapport II er en kvalitativ analyse av 10 dybdeintervjuer. I denne rapporten kommer NKVTS med følgende forbedringspotensialer:

- *Det er viktig at man er tydelig når man informerer om dødsstedsundersøkelsen, og at man forsøker å forsikre seg om at foreldre har oppfattet informasjonen korrekt (f.eks. i forhold til frivillighet). Det samme gjelder bruk av dukke og gjennomføring av rekonstruksjon. Noen er ikke i stand til å gjennomføre denne delen av undersøkelsen. Det kan være av betydning å fremheve at andre foreldre har hatt nytte av undersøkelsen.*
- *Det er viktig å gi god og tydelig informasjon om hvor man kan henvende seg hvis man har flere spørsmål knyttet til dødsstedsundersøkelsen. Ikke alle har like lett for å stille spørsmål mens dødsstedsundersøkelsen pågår. Dette kan være særlig viktig for foreldre som ikke bor sammen og/eller er i konflikt. For noen kan spørsmål dukke opp i etterkant av undersøkelsen.*
- *Det anbefales tydeligere informasjon om når og hvor tilbakemelding på undersøkelsen (og obduksjonen) skal foretas. Dette er formidlet til FHI som har utarbeidet et skriv som deles ut til foreldre.*

Delrapport III av 05.12.14 er en kvalitativ analyse av 6 foreldrepars opplevelse av dødsstedsundersøkelsen etter plutselig, uventet spedbarnsdød. Her skriver NKVTS følgende om politiets rolle ved plutselig uventet spedbarnsdød, jf. punkt 8.5.1 i rapporten:

Av de seks foreldrepar som har deltatt i denne evalueringen har alle utenom ett par fortalt at de har hatt direkte kontakt med politiet på en eller annen måte i etterkant av dødsfallet. Det varierer imidlertid hvordan denne kontakten har fungert. Det synes som om alle er innforstått med politiets involvering. Allikevel opplever flere en mistenkeliggjøring ved at politiet involveres, og at man på et vis føler seg anklaget når politiet skal komme. Ett par kunne ikke huske annet enn at en fra ambulanse-

tjenesten hadde ringt til politiet, og at de som foreldre ikke hadde møtt politiet direkte. Tre par hadde opplevd avsperring av leilighet/hus/soverom (to par over en lengre periode), og vansker i samarbeidet mellom helsevesen og politi. Et av foreldreparene fikk først informasjon om at de fikk lov til å reise hjem (på sykehuset) for rett etterpå bare å få vite av politiet at huset var avsperrert, og at de måtte overnatte et annet sted. Dette ble beskrevet som ubehagelig for foreldrene. Et annet par synes også de fikk for dårlig informasjon og for sen informasjon om at huset deres var avsperrert, og at de måtte overnatte på hotell. Manglende informasjon om hva som skulle skje når politiet kom (f.eks. avsperring av rom med tape), og hva som var rutine i slike situasjoner har også den siste av informantene reagert på. I tillegg nevner vedkommende at det blir svært mye oppstuss når man kommer uniformert i politibiler, særlig på en liten plass. Også her nevnes betydningen av personlig egnethet og det å kunne vise medfølelse og varme kombinert med profesjonalitet som svært avgjørende for foreldres opplevelse av politiets involvering. Det synes som om god informasjon og kommunikasjon samt bedre samarbeid mellom helsevesen og politi kan forebygge at dette blir en ekstra belastning for foreldrene.

5. Innføring av etterforskningsplikt i politiet

I 2011 ble straffeprosesslovens krav til politiets etterforskning av uventede barnedødsfall skjerpet og politiet fikk det som kalles etterforskningsplikt. Politiet skal etter dette innlede etterforskning i alle saker hvor barn under 18 år dør plutselig og uventet, selv om det ikke er mistanke om noe straffbart, jf. straffeprosessloven § 224. Innføringen av slik ubetinget etterforskningsplikt når barn dør brått og uventet har styrket barns rettsvern.

5.1 Forarbeider til lovendringen

Under Stortingets behandling av spørsmålet om etterforskningsplikt, ble også spørsmålet om obligatoriske dødsstedsundersøkelser tatt opp på ny. I proposisjon til Stortinget om forslag til endringer i straffeprosessloven (Prop.105 L (2010-2011) *Endringar i straffeprosesslova mv. (etterforskningsplikt mv.)*) drøftes problemstillingen og man har blant annet tatt med en oversikt over andre lands organisering.

Justis- og politidepartementet hadde henvendt seg til Danmark, Finland, Island, Sverige, Storbritannia og Tyskland. I redegjørelsene fra disse landene fremkommer at ingen gjennomfører obligatoriske (tvungne) dødsstedsundersøkelser ved plutselig og uventet barnedød *uten* at det foreligger mistanke om straffbare forhold. (Nederland var i ferd med å utarbeide en ordning for å styrke undersøkelsene, men dette arbeidet var pr. 3.6.2010 ikke ferdig.)

Departementet så ikke grunnlag for å gå nærmere inn på et alternativ med obligatorisk dødsstedsundersøkelse, og viste til at lovavdelingen i Justisdepartementet tidligere hadde uttalt at det er tvilsomt at en slik ordning ville være i samsvar med Grunnloven § 102, samt at ingen av de landene departementet hadde kontaktet hadde en slik ordning med obligatorisk dødsstedsundersøkelse.

5.2 Rundskriv fra Riksadvokaten

Riksadvokaten utarbeidet etter endringene i straffeprosessloven § 224 et rundskriv om hvorledes politi- og påtalemyndighet skal forholde seg til plutselige barnedødsfall (Rundskriv fra Riksadvokaten nr. 2/2011 Etterforskningsplikt – barn og unge under 18 år). I rundskrivet gjennomgås også helsevesenets meldeplikt og politiets forhold til dødsstedsundersøkelser i regi av helsetjenesten.

Legens melding om dødsfallet initierer saken hos politiet og den informasjonen legen kommer med vil danne grunnlaget for politiets begjæring av sakkyndig likundersøkelse etter straffeprosesslovens bestemmelser. Etterforskningens videre opplegg vil variere fra sak til sak. Riksadvokaten har i sitt rundskriv listet opp flere ulike innledende etterforskingsskritt som kan være aktuelle; eksempelvis gjennomgang av legejournaler og avhør av de pårørende.

Dersom politiet mistenker at barnets død kan skyldes en straffbar handling, skal foreldene ikke få tilbud om dødsstedsundersøkelse i regi av helsetjenesten. Det er derfor nødvendig for teamet ved Folkehelseinstituttet å ha en dialog med politiet i hver enkelt sak, for å avklare videre saksgang.

5.3 Politiets adgang til undersøkelse på steder hvor personer finnes omkommet (uavhengig av dødes alder)

Det er viktig å merke seg at reglene om bruk av tvangsmidler, som ransaking og beslag, står uendret etter innføringen av etterforskningsplikten.

I høringsnotat fra lovavdelingen i Justis- og politidepartementet om forslag til utvidet adgang til etterforskning når barn dør plutselig og uventet, beskrives gjeldende rett om politiets adgang til undersøkelser på steder hvor personer finnes omkommet:

Det følger av politiloven § 12 tredje ledd at politiet har adgang til å ta seg inn på steder for å ettersøke bortkomne eller hjelpe syke, tilskadekomne eller andre som er eller antas å være ute av stand til å ta vare på seg selv når omstendighetene gir grunn til å frykte at vedkommendes liv eller helse kan være truet. Det samme gjelder hvis det er behov for å undersøke om en person er død, for eksempel fordi ingen har oppnådd kontakt med vedkommende over lang tid.

For at politiet skal ha adgang til å ransake boligen hvor en person er funnet død (uansett alder), kreves at lovens vilkår for bruk av et slikt tvangsmiddel (blant annet skjellig grunn til mistanke om straffbart forhold) er oppfylt, og den nødvendige prosedyre er fulgt, jf. straffeprosessloven § 192 flg.

Når politiet rykker ut til hus fordi de blir varslet om at noen har dødd, vil de som regel bli sluppet inn frivillig av dem som bor i huset. Selv om de pårørende slipper inn politiet frivillig, har politiet ikke adgang til å ransake huset uten at lovens vilkår for bruk av slikt tvangsmiddel (blant annet skjellig grunn til mistanke om straffbart forhold) er oppfylt, og den nødvendige prosedyre er fulgt. Sakkyndig gransking av hus eller annet privat område kan skje når vilkårene for ransaking eller annen undersøkelse etter reglene i straffeprosessloven kapittel 15 er oppfylt, jf. straffeprosessloven § 156. (...)

Forskrift 22. juni 1990 nr. 3963 (politiinstruksen) § 10-6 har regler om likfunn. Politiet plikter å ta hånd om lik som blir funnet og har ansvaret for at liket blir identifisert, og skal «uten opphold» (...) bringe klarhet i de omstendigheter som kan være egnet til å kaste lys over dødsårsaken».

Politolovens § 12 tredje ledd og politiinstruksen § 10-6 ble ikke endret i forbindelse med innføringen av etterforskningsplikt ved uventet barnedød. Politiets adgang til undersøkelser på steder hvor personer finnes omkommet, og hvor det ikke foreligger mistanke om straffbare forhold, avhenger etter dette dels av at de blir sluppet inn frivillig og dels av at liket fremdeles befinner seg på åstedet (ikke har blitt fraktet bort av begravellesbyrå).

6. Resultater

6.1 Rettslige obduksjoner - hvor mange barn er rettslig obdusert i denne perioden?

Fra etableringen av tilbudet om dødsstedsundersøkelser (1.11.10) og ut 2014, har **totalt 138 barn under 4 år** blitt rettslig obdusert. Dette er barn som døde plutselig og uventet, og uten at dødsårsaken var kjent. Det var **76 gutter og 62 jenter**. 70 % av barna døde i løpet av sitt første leveår.

I 2012 ble det utført 38 rettsmedisinske obduksjoner på barn i alderen 0- t.o.m 3 år. I halvparten av tilfellene ble det utført frivillig dødsstedundersøkelse. I de andre årene var antallet rettsmedisinske obduksjoner lavere, og andelen med slik dødsstedsundersøkelse mindre enn 50 %. (Tabell 1).

Tabell 1. Rettsmedisinske obduksjoner og frivillige dødsstedsundersøkelser 1.11.2010 -2014

	Antall rettslige obduksjoner, barn 0-3 år	Antall gjennomførte dødsstedsundersøkelser, barn 0-3 år
2010 (1.11-31.12)	5	3
2011	32	11
2012	38	19
2013	34	9
2014	29	9

Tallene svinger noe fra år til år, men dette må ansees som små talls variasjon. Det er foreløpig ikke mulig å slutte at det er en nedgang i plutselig uventet barnedød.

6.1.1 Finnes det mørketall?

Mørketall i denne sammenhengen ville måtte skyldes en rutinesvikt, enten ved at et barn dør uten at politiet får kjennskap til dødsfallet slik politiet skal i tråd med lovverket, eller at politiet i sin tur unnlater å begjære rettslig obduksjon.

Det er liten grunn til å tro at det her finnes store mørketall. Regelverket er klart; legen plikter å melde alle tilfeller av unaturlig død til politiet, og politiet skal begjære rettsmedisinsk obduksjon ved alle slike dødsfall hos barn. Folkehelseinstituttet er imidlertid kjent med tilfeller hvor det har vært svikt i et av leddene, slik at dødsfallet ikke har blitt behandlet i tråd med lovverket. I ett tilfelle ble barnet funnet livløst, men man lyktes å gjenopplive barnet. Barnet døde imidlertid noen uker senere på sykehuset. Barnet hadde etter gjenopplivningen vært veldig dårlig, og da det etter en tid døde, vurderte legen dødsfallet som påregnelig – altså ikke uventet – og melding til politiet ble ikke sendt.

På den andre siden er vi også kjent med tilfeller hvor leger har meldt om uventet dødsfall til politiet, men hvor det likevel ikke blir begjært rettslig obduksjon. Legene som meldte dødsfallene har undret seg over dette, men hvilke vurderinger som ligger til grunn hos politiet i de enkelte sakene er ikke kjent for Folkehelseinstituttet.

6.1.2 Regionale forskjeller i antall gjennomførte rettslige obduksjoner

Godt over halvparten (63 %) av barna ble obdusert i Oslo ved Divisjon for rettsmedisinske fag, Folkehelseinstituttet. Dette er noenlunde i samsvar med folketallet i Sørøst Norge - som er ansvarsområdet til det rettsmedisinske senteret i Oslo - hvor man finner om lag mer enn halvparten av landets befolkning (ca. 55 %, jf. Statistisk sentralbyrå, Statistikkbanken tabell 01222).

Fordelingen på de øvrige rettsmedisinske sentrene har i perioden vært som følger: Bergen 18 %, Trondheim 8 %, Tromsø 7 % og Stavanger 4 % av sakene. Det ser ut til at de regionale forskjellene i ulikt antall utførte rettslige barneobduksjoner kan forklares med ulikheter i innbyggertall.

6.2 Dødsstedsundersøkelser - hva har dødsstedsundersøkelsene bidratt til i form av mer kunnskap om dødsfallene?

6.2.1 Omfang av dødsstedsundersøkelser

Det skal ikke tilbys dødsstedsundersøkelse i alle saker hvor politiet har begjært rettslig obduksjon av et barn. Et av vilkårene for dødsstedsundersøkelser er at barnet må ha blitt funnet livløst utenfor institusjon. Saker hvor barnet døde på sykehus, f. eks i forbindelse med fødsel eller som en uventet komplikasjon til operasjon, faller etter dette utenfor.

Et annet av vilkårene for dødsstedsundersøkelse, er at det ikke skal foreligge mistanke om en straffbar handling. Ved slike tilfeller åpner politiet full etterforskning, og dette ekskluderer tilbudet fra helsetjenesten. Politiet har åpnet full etterforskning i totalt 20 % av sakene. Vi ser at politiet i økende grad iverksetter slik etterforskning – fra 9 % av sakene i 2011 til 39 % i 2014 (se mer om dette i punkt 7.4 nedenfor).

Det har i perioden 1.11.10-31.12.14 blitt gjennomført **51 dødsstedsundersøkelser**. Foreldrene ønsket ikke dødsstedsundersøkelse i 14 saker. I ytterligere fem saker har ikke foreldrene fått tilbudet.

Det har blitt gjennomført dødsstedsundersøkelse i forbindelse med dødsfallet til **28 gutter og 23 jenter**. Av disse var totalt 15 av barna over 1 år (29 %)(fig. 3). Det at nesten en tredjepart av de plutselig uventede dødsfallene nå skjer i småbarnsalderen er en ny trend i forhold til 1980- og 90-tallet, da aldersgruppen mellom 2 og 4 måneder etter fødselen dominerte (Vege et al. 1998). Kanskje står vi overfor ennå uoppdagede risikofaktorer eller predisponerende tilstander der de eldre barna er spesielt sårbare? Sammenheng med feberkramper diskuteres internasjonalt (Kinney, Amsterdam 2014).

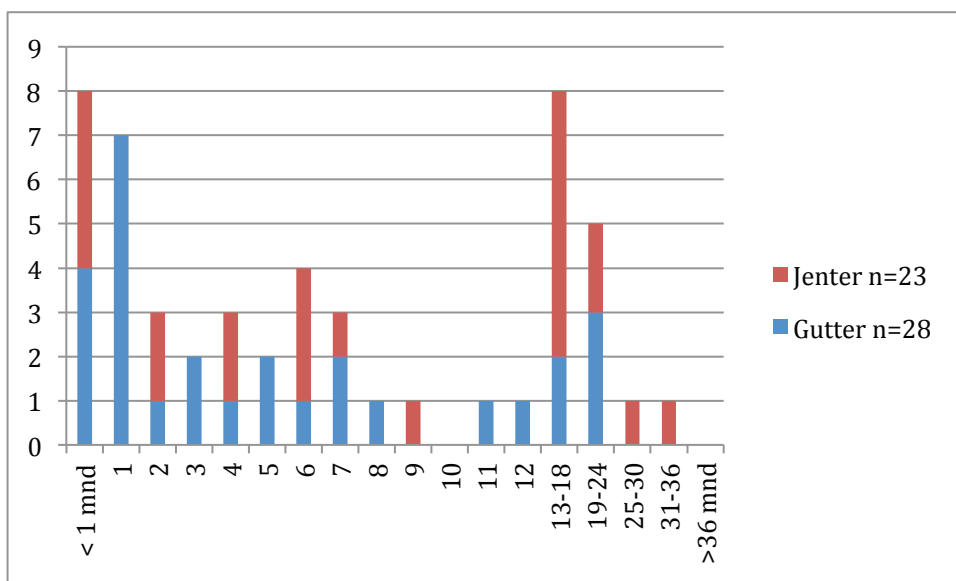


Fig. 3 Alders- og kjønnsfordeling i saker med dødsstedsundersøkelse

6.2.2 Omstendighetene rundt dødsfallene

De fleste barna blir funnet av sine primære omsorgspersoner; mor eller far. I noen av sakene har barna vært på overnatting hos besteforeldre, og blir funnet av disse. I slike saker kreves samtykke til dødsstedsundersøkelse også fra dem barnet har vært hos, eksempelvis besteforeldre, for at dødsstedsundersøkelsen skal kunne gjennomføres der.

Det store flertallet av barna ble funnet i forbindelse med en sovesituasjon, enten i egen seng eller i foreldreseng. Basert på de opplysninger som fremkom ved dødsstedsundersøkelsene ble rett under halvparten (21 barn =41 %) funnet livløse i tidsrommet kl. 04:00-08:00. Utvider man tidsrommet ytterligere, ser vi at totalt 34 (67 %) ble funnet et sted mellom midnatt og kl. 10:00.

De fleste av barna ble altså funnet livløse på nattetid eller tidlig om morgenen. Dette er også den perioden på døgnet hvor barna er lengst sammenhengende uten tilsyn fra voksne. Under dødsstedsundersøkelsen fokuseres det derfor særlig på om det er forhold ved barnets sovesituasjon som kan ha representert en risiko for barnet.

6.2.3 Hvordan døde barna? Dødsmåte i saker med gjennomført dødsstedsundersøkelse

Dødsfallene deles inn i dødsmåter og dødsårsak. *Dødsmåte* er den ytre omstendighet som forklarer hvorfor døden oppstod, *dødsårsak* er hva barnet døde av; sykdom eller skade.

Av de 51 tilfellene med dødsstedsundersøkelse fikk 34 (67 %) diagnosen SIDS (krybbedød), 11 (22 %) døde av sykdom, det var 1 ulykkesdødsfall, ett som ikke er ferdig diagnostisert og 4 tilfeller (8 %) som har fått diagnosen ubestemt («undetermined») (Tabell 2).

Tabell 2. Dødsmåte ved 51 tilfeller av dødsfall med frivillig dødsstedsundersøkelse

Dødsmåte	antall	(%)
SIDS	34	(67%)
Sykdom		
Hjerte- lungesykdom inkl. misdannelser	4	
Lungebetennelse, generell infeksjon	4	
Medfødt stoffskifte sykdom (MCAD-mangel)	1	
Tarminvaginasjon	1	
Lungebetennelse/mulig forgiftning m/hostesaft	1	
	11	(22 %)
Ulykke	1	(2%)
Usikker dødsårsak (undetermined)	4	(8 %)
Ikke ferdig konkludert	1	(2%)

6.2.4 Funn i de sakene hvor dødsfallet ble konkludert som krybbedød - hva slags informasjon hadde man i de sakene som forble uløst?

Krybbedød – *sudden infant death syndrome* (SIDS) – defineres slik: *plutselig død i spedbarnsalder som er uforklarlig etter gjennomgang av sykehistorien, undersøkelse av omstendighetene (dødsstedsundersøkelse) og obduksjonen* (Rognum 2010). Krybbedød er en eksklusjonsdiagnose som man internasjonalt er enige i kriteriene for (Rognum et al. 2003).

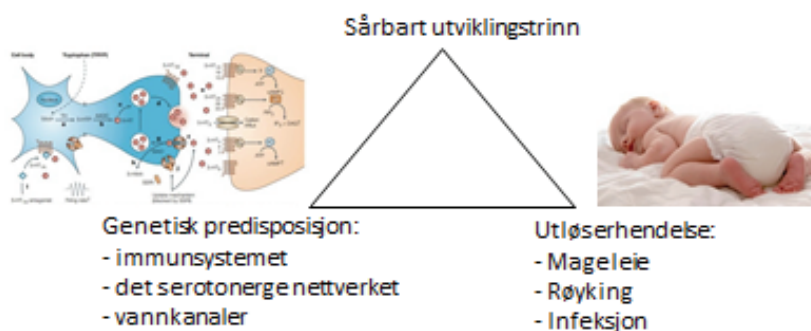


Fig 4. Forskningen om krybbedød i Norge baserer seg på teorien om en fatal trekant.

Dødsmekanismen ved krybbedød: I teorien om en fatal trekant tenker man seg at spedbarnet befinner seg i en spesielt sårbar utviklingsfase av sentralnervesystem og immunforsvar. Videre finnes det en svakhet, en disposisjon, hos disse barna som dør i krybbedød. Dette kan f.eks. være en genetisk variant. I tillegg trengs en utløserhendelse, eks. en banal infeksjon eller at barnet ligger i mageleie med ansiktet rett ned i mykt underlag. Foreligger alle disse faktorene samtidig, kan det være fatalt for barnet. Åndedrettet nedreguleres, selvgjenopplivningen svikter og barnet dør av oksygenmangelskade.

Av de 51 gjennomførte dødsstedsundersøkelsene resulterte 34 (67 %) av utredningene med diagnosen krybbedød (Tabell 2). Det var 20 gutter og 14 jenter. Tre fjerdedeler av barna som døde i krybbedød var under ett år gamle, det vil si at hele 25 % av barna som døde plutselig, uventet og uforklarlig, var mer enn ett år gamle. Diagnosen SIDS skal brukes på barn opp til ett år. Er barnet over et år brukes diagnosen *sudden unexplained death in childhood* (SUDC). For enkelthets skyld kaller vi her alle plutselig uventede og uforklarlige dødsfall hos sped- og småbarn for krybbedød.

Det ble gjort patologiske funn i 9 av krybbedødsfallene, men funnene alene ble ikke vurdert som tilstrekkelige forklaringer til dødsfallet.

6.2.4.1 Mageleie

Den Nordiske SIDS studien viste at mageleie øker risikoen for krybbedød 14 ganger (Nordisk ministerråd 1997). Dersom ansiktet er plassert rett ned i mykt underlag øker risikoen 60 ganger. Mange foreldre har under dødsstedsundersøkelsen fortalt at barnet foretrakk nettopp å ligge på magen med bena trukket opp under seg når det skulle sove, selv om det ble lagt på rygg for å sove.

Blant krybbedødsfallene i det aktuelle materialet ble rett under halvparten (16 av 34) av barna funnet liggende på magen. De fleste av dem var gamle nok til å snu seg selv rundt, slik at selv om de i utgangspunktet hadde blitt lagt i ryggeleie for å sove, kunne de ha snudd seg rundt i senga under søvn.

De aller fleste foreldre opplyser også at barna *ble* lagt på ryggen, noe som viser at informasjonen som gis til nybakte foreldre ved barselavdelingen rundt om i landet sammenholdt med kampanjen *Denne side opp* (et samarbeid mellom Landsforeningen Uventet Barsedød og utstyrskjeden Barnas Hus) ser ut til å ha stor gjennomslagskraft. Det er videre slik at flere av de barna som døde av infeksjon *også* ble funnet liggende på magen. Betydningen av mageleie som risikofaktor for SIDS er entydig bevist (Arnestad et al. 2001), og en overhyppighet av mageleie ved infeksjonsdødsfall og ved plutselig død hos epileptikere er også alminnelig akseptert.

6.2.4.2 Hvor mange har hodet tildekket?

Uavhengig av liggstilling, ble 5 barn som døde i krybbedød funnet med hodet tildekket (typisk av egen dyne).

6.2.4.3 Samsoving

Samsoving er omstridt som selvstendig risikofaktor. Samsoving med forelder som er røyker er bevist å øke risikoen for SIDS (Nordisk ministerråd 1997), men flere studier tyder på at samsoving i seg selv øker risikoen hos de aller minste barna, det vil si opp til 18 uker etter fødselen (Carpenter et al. 2004). De fleste eksperter vil hevde at de minste barna bør ligge i en egen seng plassert ved siden av foreldresengen etter amming når mor skal sove. Det frarådes å ha barn sammen med seg i sengen om en er svært trett, er røyker eller om en er alkoholpåvirket. Ved samsoving er det en risiko for «overligging» om en er alkoholpåvirket eller svært trett.

Av de 34 krybbedødstilfellene var det 10 (29 %) tilfeller med samsoving, med enten den ene eller begge foreldrene, 8 gutter og 2 jenter. 7 av de 10 barna var under sju uker gamle da de døde. Dette bekrefter at særlig de minste barna er sårbare og at samsoving kan ha representert en risiko i disse tilfellene.

6.2.4.4 Røyking

Et stort antall studier viser at etter liggstilling er røyking under svangerskapet den viktigste risikofaktoren for krybbedød (Nilsen og Lærdal 1991, Mitchell 1995, Arnestad et al. 2001, Nordisk ministerråd 1997).

Av de sakene hvor det ble gjennomført dødsstedsundersøkelse og barnet døde i krybbedød, oppgav enten den ene eller begge foreldrene at de røykte i knapt halvparten av sakene (16 av 34 saker, 47 %).

Sammenholdt med generelle røykevaner hos befolkningen i aldersgruppen 16-44 år (den alder hvor småbarnsforeldre flest befinner seg), oppgir 12 % at de røyker daglig, jf. Statistisk sentralbyrå – Statistikkbanken, *Tabell: Andel dagligrøykere etter begge kjønn, alder 16-44 år, tid 2011-2013 og statistikkvariabel.*

6.2.4.5 Foreldrenes observerte symptomer på infeksjon

En viktig del av det dramatiske fallet i krybbedødsraten skyldes at de barna som var mellom 2.- og 4. måneder gamle og som lå på magen og var forkjølet forut for dødsfallet etter hvert er blitt en sjeldenhet (Vege et al. 1998). Risikofaktorer som mageleie kombinert med forkjølelse/feber sees nå hyppigere hos større barn; barn over ett år. En mulig forklaring kan være at barn med en disposisjon for å dø plutselig og uventet, overlever spedbarnsalderen pga. kampanjen mot mageleie, men at de rammes i småbarnsalderen når de selv velger liggstilling. Kanskje finnes det også risikofaktorer som ennå ikke er avdekket. Muligheten for uoppdagede risikofaktorer er et argument for at en dødsstedsundersøkelse der rettsmedisiner deltar bør opprettholdes.

Dødsstedsundersøkelsene har avdekket at 18 av barna som døde i krybbedød (53 %) hadde vært forkjølet den siste uken før de døde. Tredjedelen av barna med forkjølelse var over ett år gamle og ble funnet døde i mageleie. Enkelte observasjoner kan tyde på at noen av disse eldre barna hadde dødd i en form for krampetilstand. Dette bør bli et viktig forskningsområde fremover.

Åtte (24 %) hadde i tillegg til forkjølelse hatt feber den siste uken – hvorav fire ble behandlet med febernedsettende medikament. Elleve (32 %) av barna som døde i krybbedød hadde hatt legetilsyn den siste leveuken. Forkjølelse er imidlertid vanlig i barns liv. I en tidligere studie er det vist at 26 % av spedbarn til enhver tid er, eller har nettopp vært forkjølet (Arnestad et al. 2001).

Tre (9 %) av barna hadde fått vaksine den siste uken. En mulig sammenheng mellom vaksinerings og krybbedød er blitt avkreftet i en studie publisert i British Medical Journal (Fleming et al. 2001), senere i en kontrollstudie i 2007 (Vennemann et al. 2006) og i 2012 (Kuhnert et al.). En internasjonal studie utført ved Robert Koch Instituttet i Berlin (TOKEN- studien) konkluderer med at booster dose vaksinerings med hexavalent vaksine heller ikke sikkert viser noen sammenheng med plutselig uforklarlig død hos to-åringer (Schlaud et al. 2011).

6.2.5 Dødsstedsundersøkelsens betydning for fastsetting av dødsårsak

Plutselige og uventede barnedødsfall representerer en stor utfordring for helsetjenesten, politiet og rettsmedisinerne. Det er bred enighet om verdien av systematisk undersøkelse av dødsstedet, og rekonstruksjoner har vist seg å være av avgjørende betydning både ved krybbedødstilfeller som ved f.eks. antatte ulykker (Rognum et al. 1999) eller mistanke om mishandling (Rognum og Vege 2002).

I de fleste sakene har dødsstedsundersøkelsen (inkludert kasuskonferansen) fremstått som et viktig og nødvendig bidrag i fastsettelsen av dødsårsak. Dette gjelder særlig for de saker som ble konkludert med krybbedød; for ettersom dette er en eksklusjonsdiagnose, så skal man først undersøke dødsstedet for å se om det er noe der som kan ha hatt betydning for dødsfallet, før diagnosen kan settes. Det er ikke i noen saker gjort funn som strider mot foreldrenes forklaringer om hendelsesforløpet.

7. Utfordringer ved dagens ordning med dødsstedsundersøkelser i regi av helsetjenesten

7.1 Bruk av diagnosen SIDS uten å ha undersøkt dødsstedet – utfordring

Diskusjon om SIDS-definisjonen har pågått nokså kontinuerlig siden den første ble formulert av den amerikanske patologen JB Beckwith i 1969. Alle internasjonale definisjoner av krybbedød gjennom de sist 25 år forutsetter imidlertid at dødsstedet er undersøkt før diagnosen kan benyttes. Klarest er dette uttrykt i NIH (National Institutes of Health, USA) sin definisjon fra 1989:

Plutselig uventet død hos et barn under ett år som forblir uoppklart etter gjennomgang av sykehistorien, undersøkelse av dødsstedet og obduksjon.

En oppsummering av diskusjonen om SIDS-definisjonen ble foretatt etter SIDS-verdenskongressen i Stavanger i 1994 (Rognum og Willinger 1995). Task Force gruppen i Stavanger foreslo en definisjon, kalt *Stavanger definisjonen* som lød:

Plutselig uventet død i spedbarnsalder, uforklarlig etter gjennomgang av sykehistorien, undersøkelse av omstendighetene ved dødsfallet og obduksjon.

Ettersom forskningen på SIDS tiltok, ønsket noen å formulere en definisjon med positive inklusjonskriterier, f. eks. at døden må inntreffe under søvn. Denne diskusjonen er oppsummert i standard boken om SIDS fra 2001 (Rognum 2001). Diskusjonen er foreløpig avsluttet med San Diego-definisjonen av 2004 som mange av verdens ledende SIDS-forskere står bak, deriblant opphavsmannen til den første definisjonen, J. B Beckwith (Krous et al. 2004):

SIDS is defined as the sudden unexpected death of an infant < 1 year of age, with onset of the fatal episode apparently occurring during sleep, that remains unexplained after thorough investigation, including performance of a complete autopsy and review of the circumstances of death and the clinical history.

Død under søvn er altså kommet inn som et positivt inklusjonskriterium. En del SIDS-forskere hadde nok gjerne sett at deres spesielle oppfatninger når det gjelder forklaring på dødsfallene, hadde blitt tatt inn i definisjonen. Dette gjelder blant annet angivelse av mer spesifiserte aldersgrupper og potensielle døds mekanismer. Alle nye teorier må naturligvis bekreftes av andre internasjonale forskere før de blir allment akseptert.

Til nå har reduksjonen i SIDS-hyppighet vesentlig skyldes kunnskapen om risikofaktorene: mageleie, foreldrenes røyking og overoppheting. I tillegg har en oppdaget tilstander som gir forklaring på plutselig uventet død, f. eks. stoffskiftesykdommen MCAD-mangel, som innebærer manglende evne til å nedbryte fett slik at døden inntreffer som følge av lavt blodsukker (Tabell 2), eller Lang QT-tid-syndrom som kan gi plutselig hjertestans. Flere tilstander som kan gi plutselig død er i ferd med på bli oppdaget. Likevel vil det bli igjen noen dødsfall som forblir uforklarlige. I disse tilfellene er det viktig å utelukke omsorgssvikt, mishandling og drap.

7.1.1 Økt bruk av obligatoriske dødsstedsundersøkelser i andre land

En studie publisert i 2014 (Fraser et al. 2014) har sett på organiseringen av håndteringen av barnedødsfall (*Child Death Review= CDR*) i USA, England, Australia og New Zealand, og hva man kan lære av denne formen for gjennomgang av barnedødsfall. CDR er ulikt organisert mellom landene (og også tidvis innen samme land), men innebærer som oftest en tverrfaglig informasjonsutveksling mellom sosialtjeneste, politi- og påtalemyndighet, barneverntjeneste, helsevesen og rettsmedisinere. Målet med CDR er å identifisere omstendigheter og risikofaktorer, og se hvordan disse har påvirket det dødelige utfallet, for å kunne bidra til ny forståelse av plutselige barnedødsfall og forebygge disse. I studien fremkommer det at dødsstedsundersøkelser utføres i varierende grad som et ledd i dette arbeidet. I USA avhenger det av de ulike statenes jurisdiksjon, i Australia er dødsstedsundersøkelse ikke en standardisert prosess, mens det i New Zealand er standard prosedyre ved SUDI (sudden death in infancy). I England har dødsstedsundersøkelser vært obligatorisk ved alle uventede dødsfall hos barn under 2 år siden 2008 (Garstang et al. 2013).

7.2 Manglende lovfesting av tilbudet – noen foreldre mister tilbudet

I løpet av perioden har det vært 5 saker hvor foreldrene skulle fått tilbud om dødsstedsundersøkelse, men hvor dette ikke ble gjort. Det er vanskelig å si hva dette rent faktisk skyldes, men vi vet at i noen av disse tilfellene har det vært manglende kunnskap hos helsepersonell som har til oppgave å informere foreldrene om ordningen og be om samtykke. Vi er også kjent med at noen leger ikke er enige med utformingen av ordningen. Legens holdning kan influere på foreldrenes beslutning når det gjelder å samtykke til dødsstedsundersøkelse.

En lovfesting av tilbudet ville tydeliggjøre for alle at dette er en rettighet for familiene, at de **skal** få tilbud om dødsstedsundersøkelse så sant vilkårene foreligger. En lovfesting ville i større grad hindret at foreldre mister muligheten til å få valget om deltakelse, og man ville sikret en lik praksis for hele landet.

7.3 Foreldre som takker nei

Det totale antallet dødsfall hos barn under 4 år varierer noe fra år til år. Det samme gjør antallet foreldre som ønsker å ta imot tilbudet om dødsstedsundersøkelse (Tabell 1).

Det er totalt 14 familier som ikke har ønsket å ta imot tilbudet med dødsstedsundersøkelser.

Oversikten nedenfor viser fordelingen av foreldre som har samtykket til dødsstedsundersøkelser (blå farge) og antallet foreldre som har takket nei (rød farge) i perioden 2011-2014.

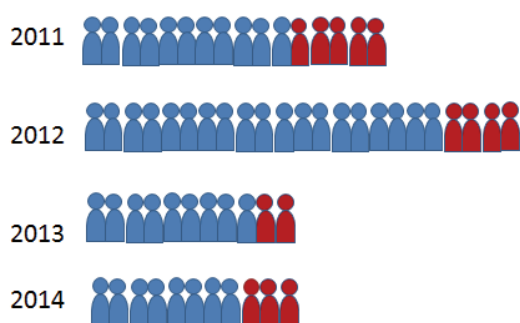


Fig 5. Andel foreldre som takket nei til den frivillige dødsstedundersøkelsen

Det kan være mange ulike årsaker til at foreldre ikke ønsker en dødsstedsundersøkelse og vi kjenner ikke til hvorfor foreldrene har takket nei i alle sakene. Det ligger i frivillighetens natur at familiene skal kunne takke nei, uten å måtte forklare mer rundt det, og uten at et nei skal mistenkeliggjøres.

En av årsakene kan imidlertid ha sammenheng med hvordan tilbudet presenteres, at foreldrene ikke har helt klart for seg hva tilbudet innebærer. Dersom barnelegen er usikker på innholdet i en dødsstedsundersøkelse, har det betydning for hvordan ordningen presenteres for foreldrene. Folkehelseinstituttet har derfor prioritert å reise rundt om til landets barneavdelinger for å informere både sykehuspersonell og ansatte i politiet om ordningen.

7.4 Forholdet til politiets etterforskningsplikt

I retningslinjene for utførelse av dødsstedsundersøkelser fremgår det at dersom det avdekkes mistanke om straffbart forhold etter at dødsstedsundersøkelsen er påbegynt, skal denne avbrytes. Den videre oppfølging skal da skje i regi av politiet. Det har i den aktuelle perioden ikke vært aktuelt å avbryte en dødsstedsundersøkelse. Dette kan ha sammenheng med at sakene helt i starten «siles» på en riktig måte, ved at politiet gjennom sine innledende undersøkelser tidlig avdekker forhold som må undersøkes nærmere/avdekker mistanke om straffbare forhold.

Politiet har siden innføringen av etterforskningsplikten gått inn med full etterforskning i stadig flere saker, fra 9 % av sakene i 2011 til 39 % av sakene i 2014, se figur 6.

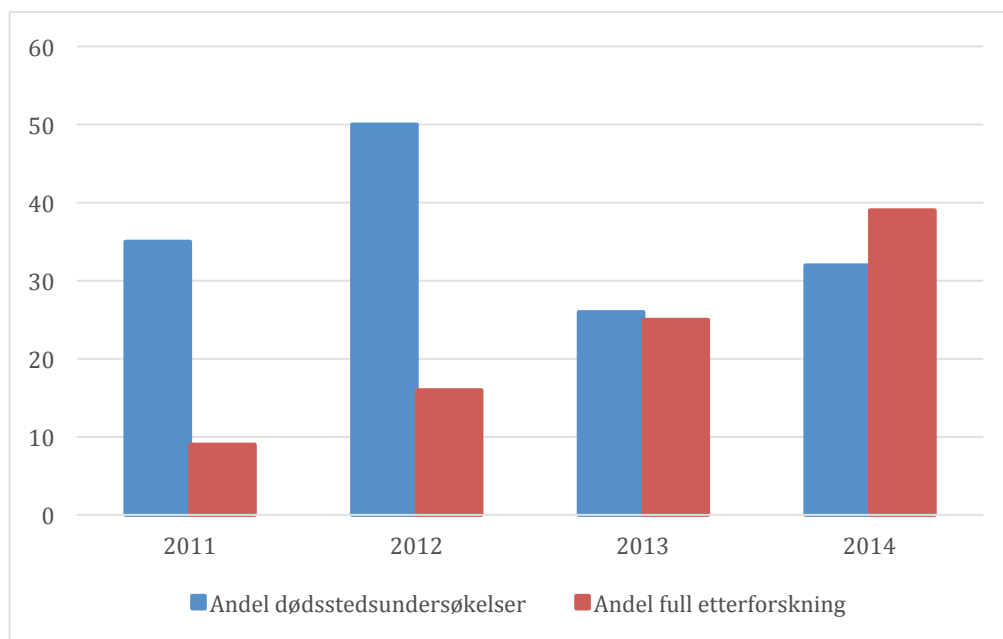


Fig. 6. Prosentmessig fordeling av saker etter type undersøkelse (i forhold til det totale antallet som har blitt rettslig obdusert)

De fleste av landets 27 politidistrikt har siden ordningen med dødsstedsundersøkelser ble innført hatt en sak med plutselig barnedødsfall. Det er likevel slik at det er få slike saker i hvert distrikt og således liten mulighet til erfaringsoppbygging.

Full etterforskning ekskluderer som nevnt dødsstedsundersøkelse i regi av helsetjenesten. Det er ikke kjent for Folkehelseinstituttet hva som har blitt utfallet av politiets

etterforskning i sakene som ikke har mottatt frivillig dødsstedsundersøkelse. Det som vi derimot vet skjer i stadig flere tilfeller, er at politiet undersøker hjemmet med kriminalteknikere og tar avhør av foreldre, før saken overlates til helsetjenesten. Da blir det et «dobbeltløp»; hvor både politiet og dødsstedsundersøkelsesgruppen undersøker dødsstedet.

7.5 Saker som «faller mellom to stoler»

Politiets adgang til å benytte tvangsmidler (eks. ransaking og beslag) er ikke endret. Hvert år er det, til tross for ordningen med frivillig dødsstedsundersøkelse og til tross for politiets etterforskningsplikt, fremdeles saker hvor et barn dør plutselig og uventet, uten kjent dødsårsak, og hvor ingen undersøker dødsstedet. Dette er saker hvor politiet ikke har mistanke om noe straffbart og derfor ikke iverksetter tiltak utover noen innledende etterforskingsskritt som ikke inkluderer å reise hjem til familien, og hvor foreldrene takker nei til tilbud om dødsstedsundersøkelse.

I denne gruppen kan det tenkes at det finnes mørketall i forhold til mishandling eller omsorgssvikt som ikke blir oppdaget.

7.6 Bør ordningen med dødsstedsundersøkelser utvides til også å omfatte saker hvor barn opp til 18 år dør plutselig og uventet?

Politiet har fått etterforskningsplikt i alle unaturlige dødsfall hos barn opp til 18 år. Det er flere gode grunner til at dødsstedsundersøkelser også burde omfatte alle barn opp til 18 år. En slik ordning ville innebære en omtrent en dobling av antallet dødsfall som må undersøkes per år. Fordelingen av de unaturlige dødsfallene forandrer seg ettersom barna blir eldre: andelen ulykker øker, og det samme gjelder selvdrap og narkotikarelaterte dødsfall (Fig. 7).

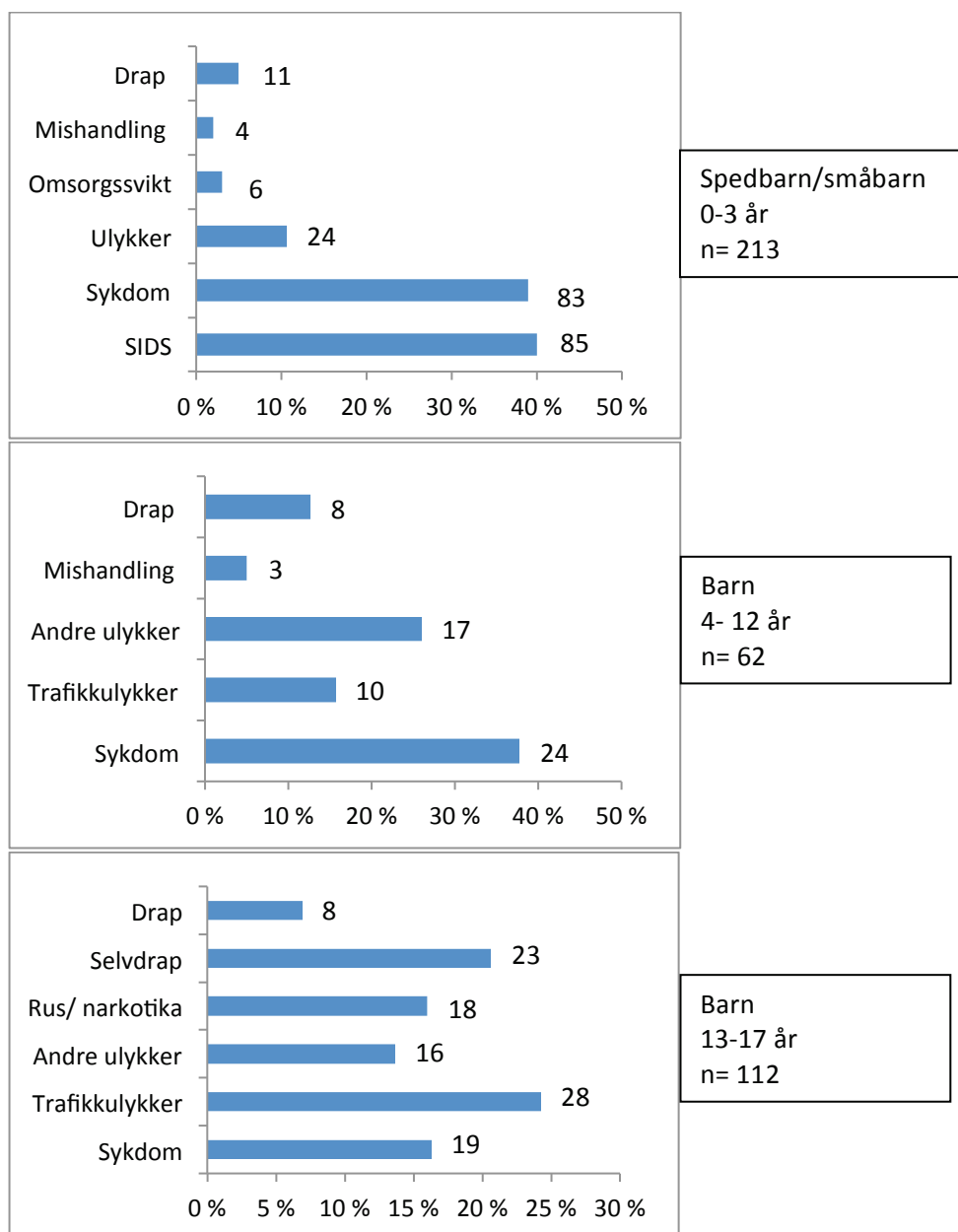


Fig 7. Fordelingen av dødsårsaker for 387 barn 0-18 år undersøkt ved Rettsmedisinsk institutt i 8 årsperioden 2000-2007. Antall dødsfall i hver kategori er angitt utad for hver søyle. Prosentfordelingen er angitt på x-aksen. (Fra Stray-Pedersen og Rognum 2010, 324-325)

Også ved plutselig uventet død hos eldre barn er åstedsundersøkelse og rekonstruksjon avgjørende. Flere unaturlige dødsfall hos eldre barn der undersøkelse av dødsstedet ikke ble gjennomført i utgangspunktet, understreker behovet for å utvide dødsstedsundersøkelsene til å omfatte barn opp til 18 år. Eksempler er Christoffer saken fra 2005, 10-åringen som døde av underernæring i 2014, og Monica-saken fra 2011 (Riksadvokaten; Rapport fra arbeidsgruppe – «Monica-saken» i Hordaland, 2015).

7.7 Helsepersonells taushetsplikt ved barnedødsfall

Et par av de tiltakene som listes opp i Riksadvokatens rundskriv og som regnes som innledende etterforskingsskritt, er gjennomgang av opplysninger fra blant annet lege-

journal, samt avhør av sentrale vitner som antas å kunne ha opplysninger om årsaken til dødsfallet, for eksempel behandlende lege.

I de fleste sakene løser dette seg greit ved at politiet får tilgang på nødvendig informasjonen for å kunne danne seg et helhetsinntrykk av saksforløpet.

I noen saker viser det seg imidlertid å være utfordringer knyttet til nettopp disse tiltakene som tilgang på legejournal og avhør av lege, da regelverket om helsepersonells taushetsplikt synes å fremstå noe uklart i praksis. Folkehelseinstituttet er kjent med flere saker hvor politiet har hatt utfordring i forhold til å få informasjon om saken fra sykehuset, utover selve meldingen om dødsfallet, da helsepersonell påberoper seg taushetsplikt. Det har i minst ett tilfelle tatt flere dager før politiet har fått de de mener er nødvendig informasjon fra helsepersonell. Det er naturlig å tenke seg at dette vanskeliggjør politiets arbeid i den innledende etterforskningsfasen, noe som igjen blir en utfordring i arbeidet med dødsstedsundersøkelser, fordi politiet er usikre på hvorvidt saken faller inn i «politisporet» - med full etterforskning, eller om saken kan overlates til «helse-sporet» med tilhørende tilbud om dødsstedsundersøkelse til foreldrene.

Utgangspunktet er klart; helsepersonell er bundet av taushetsplikt, jf. helsepersonelloven § 21.

§ 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.

Det er imidlertid flere unntak fra denne hovedbestemmelsen, blant annet at den som har krav på taushet kan samtykke til at opplysninger gis videre, jf. helsepersonelloven § 22, eller ved at meldeplikten om plutselige barnedødsfall går foran taushetsplikten, jf. helsepersonelloven § 36.

Når det gjelder meldeplikten så følger det av merknadene til helsepersonelloven § 36 at den i første omgang bare gjelder det objektive faktum at legen antar det foreligger et unaturlig dødsfall – ikke opplysninger utover dette. Dette presiseres i brev fra Helse- og katastrofesituasjoner (et brev som ble skrevet i kjølvannet av 22. juli-kommisjonens anbefaling om at det burde tas initiativ til en grundig gjennomgang av taushetsbestemmelsene i helselovgivningen i forbindelse med håndteringen av katastrofesituasjoner):

Helsepersonell kan ikke utlevere opplysninger til politi i etterforskningsøyemed. I slike situasjoner må pasienten eller den som kan samtykke på vegne av pasienten gi sitt samtykke til utlevering av opplysninger.

Helsedirektoratet er altså tydelig på at helsepersonell ikke kan utlevere opplysninger til politi i etterforskningsøyemed uten samtykke fra pasienten selv eller fra andre på vegne av pasienten. Unntak fra dette finnes i helsepersonelloven § 36 fjerde ledd; dersom etterforskning settes i gang, har legen plikt til å gi *retten* de opplysninger han har som kan ha betydning for saken. Da går hans plikt lenger enn den gjør ved underretning om dødsfallet til politiet, og den går foran taushetsplikten.

Helsepersonelloven § 23 nr. 4 inneholder også et unntak fra taushetsplikten. Her slås det fast at taushetsplikten ikke er til hinder for *at opplysninger gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre*. Denne

bestemmelsen gir helsepersonellet en opplysningsrett. Legen *kan* altså uten hensyn til taushetsplikt gi øvrige opplysninger som han/hun mener kan ha betydning for saken, men har etter bestemmelsen ikke *plikt* til å gjøre det. Det er en skjønnsmessig vurdering hos det enkelte helsepersonell som her vil ligge til grunn for avgjørelsen om å sette taushetsplikten til side. Det er i praksis lagt til grunn en streng norm for når det kan være aktuelt å benytte opplysningsretten, og hensyn som taler for å tilsidesette taushetsplikten må veie vesentlig tyngre enn hensyn som taler for å bevare taushet.

7.7.1 Særlig om taushetsplikten til teamet som utfører dødsstedsundersøkelse

Teamet som utfører dødsstedsundersøkelser er som annet helsepersonell i utgangspunktet bundet av taushetsplikten, jf. helsepersonelloven § 21. Ordningen med dødsstedsundersøkelser er spesiell ved at den forutsetter et uttrykkelig samtykke fra foreldrene/foresatte. Ved å gi samtykke til å delta i ordningen, samtykker man samtidig til at opplysninger som kan bidra til å oppklare dødsårsaken rutinemessig kan meldes videre til politiet. Dette fastsettes i oppdragsbrevet til Folkehelseinstituttet fra Helse- og omsorgsdepartementet om etablering av dødsstedsundersøkelser. Departementet skriver: *alle funn som kan bidra til å oppklare dødsårsak skal rutinemessig meldes til politiet.*

Helse- og omsorgsdepartementet så opprinnelig for seg å endre forskrift om leges melding til politiet om unaturlig dødsfall og lignende i forbindelse med etableringen av ordningen med dødsstedsundersøkelser i regi av helsetjenesten, for å presisere nettopp dette at opplysninger som fremkommer ved en dødsstedsundersøkelse kan utleveres til politiet, dersom det er mistanke om at barnets død skyldes straffbare forhold. Forskriften er, som nevnt, så langt ikke endret.

8 Hovedbudskap

Dødsstedsundersøkelsen er et viktig bidrag i fastsettelsen av døds måte og dødsårsak. Ved plutselig sped- eller småbarnsdød takker de fleste foreldrene ja til tilbudet om dødsstedsundersøkelse i regi av helsetjenesten.

Erfaringen er at det hvert år er en eller flere saker hvor ingen, verken helsetjenesten eller politiet, undersøker dødsstedet.

For å øke rettssikkerheten til både barn og foreldre bør det innføres obligatorisk ordning med dødsstedsundersøkelser. Denne kan med fordel utføres i samarbeid mellom politi og rettsmedisiner. Ordningen bør gjelde barn opp til 18 år.

Referanseliste

- Arnestad M, Andersen M, Vege Å og Rognum TO. 2001. «Changes in the epidemiological pattern of sudden infant death syndrome in southeast Norway, 1984-1998: implications for future prevention and reserarch.» *Arch Dis Child* 2001; 85: 108-115.
- Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, England PD, Fleming P, Huber J, Jorch G og Schreuder P. 2004. «Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study.» *Lancet* 2004; 363:185-91.
- Fleming PJ, Blair PS, Platt MW, Tripp J, Smith IJ og Golding J. «The UK accelerated immunisation programme and sudden unexpected death in infancy: case control study.» *BMJ* 2001; 322: 822.
- Fraser J, Sidebotham P, Frederick J, Covington T og Mitchell EA. 2014. «Learning from child death review in the USA, England, Australia, and New Zealand.» *Lancet* 2014; 384: 894-903.
- Garstang J, Debelle G og Aukett A. 2013. «Investigating Unexpected Child Deaths: An Audit of the New Joint Agency Approach.» *Wiley Online Library*; 2013 DOI: 10.1002/car.2271.
- Helsetilsynet. 1992. *Plutselig, uventet død i spedbarnsalder – krybbedød; rutiner og oppfølging*. Rundskriv IK-22/92.
- Heltne UM og Dyregrov A. 2003. «Foreldrenes opplevelser ved deltakelse i frivillig dødsstedsundersøkelse.» Rapport. Senter for Krisepsykologi. Februar.
- Heltne UM. 2011. «Evaluering av frivillig dødsstedsundersøkelse ved plutselig barnedød.» Rapport. Senter for Krisepsykologi.
- Kinney H. 2014. «*Hippocampal pathology in sudden unexplained death in young children: an extended series*». The 2014 International Conference on Stillbirth, SIDS and Baby Survival; Global Action Needed! 18-21 September 2014, Amsterdam, Nederland
- Kristensen P. 2013. «*Forskningsbasert evaluering av dødsstedsundersøkelse ved plutselig, uventet spedbarnsdød. Delrapport I: Foreldrenes opplevelse av dødsstedsundersøkelsen.*» Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Kristensen P. 2013. «*Forskningsbasert evaluering av dødsstedsundersøkelse ved plutselig, uventet spedbarnsdød. Delrapport II: Foreldrenes opplevelse av dødsstedsundersøkelsen. En kvalitativ analyse av 10 dybdeintervjuer.*» Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Kristensen P. 2014. «*Forskningsbasert evaluering av dødsstedsundersøkelse ved plutselig, uventet spedbarnsdød. Delrapport III: En kvalitativ analyse av 6 foreldreparers opplevelse av dødsstedsundersøkelsen etter plutselig, uventet spedbarnsdød.*» Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Krous HF, Beckwith JB, Byard RW, Rognum TO, Bajanowski T, Corey T, Cutz E, Hanzlick R, Keens TG og Mitchell EA. 2004. «Sudden infant death syndrome (SIDS) and unclassified sudden infant deaths (USID): a definition and diagnostic approach.» *Pediatrics* 114: 234-238.

- Kuhnert R, Schlaud M, Poethko-Muller C, Vennemann M, Fleming P, Blair PS, Mitchell E, Thompson J og Hecker H. 2012. "Reanalyses of case-control studies examining the temporal association between sudden infant death syndrome and vaccination." *Vaccine* 30 (2012) 2349-2356.
- Mitchell EA. 1995. Smoking: The next major and modifiable risk factor. In: Sudden Infant Death Syndrome. *New trends in the nineties*. Ed Rognum TO. Scandinavian University Press 1995 pp 114-118.
- Nilsen ST og Lærdal A. 1991. «Krybbedød og røyking i svangerskapet.» *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1991; 111: 3493-3495.
- Nordisk ministerråd. 1997. «Plutselig spædbarnsdød i Norden.» Tema Nord 1997:600. Nordisk Ministerråd København. ISBN 92-893-0116-5.
- Rettsmedisinsk institutt, Universitetet i Oslo. 2004. «*Bedre undersøkelse ved plutselig uventet død i sped- og småbarnsalder.*» Rapport til Riksadvokaten fra Rettsmedisinsk Institutt.
- Riksadvokaten. 1991. *Brå og uventa død i spedbarnsalder (krubbedød) – sakkundig likundersøking – informasjon til dei næraste til den døde*. Rundskriv R. 2420/89.
- Riksadvokaten. 2011. *Etterforskningsplikt – barn og unge under 18 år*. Rundskriv nr. 2/2011.
- Riksadvokaten. 2015. *Rapport fra arbeidsgruppe – «Monica-saken» i Hordaland*.
- Rognum TO, Saugstad OD og Lier LA. 1991. «Politietterforskning ved krybbedød?» *Tidsskrift for Den norske lægeforening* nr. 14/1991.
- Rognum TO og Lier LA. 1995. «Police investigation and SIDS: An improved system of cooperation between health personnel, forensic pathologists, and the police?» *Scandinavian University Press* 1995.
- Rognum TO og Willinger M. 1995. «The story of the «Stavanger definition»." *Sudden Infant Death Syndrome, New trends in the Nineties*. Scandinavian University press, Oslo, pp 21-25.
- Rognum TO og Vege Å. 1999. «Plutselig uventet død i spedbarnsalder etter «krybbedødsepidemien».» *Nordisk Rettsmedisin* 1999; 5: 20-23.
- Rognum TO. 1999. «Det nordiske samarbeidet om spedbarnsdød fortsetter.» *Nordisk Rettsmedisin* 1999; 5: 71-72.
- Rognum TO, Vege Å og Brekke O. 1999. «En farlig leketøykasse.» *Nordisk rettsmedisin* 1999; 5: 19 og 25
- Rognum TO, Vege Å, Opdal SH og Arnestad M. 2000. «Plutselig uventet dødsfall i spedbarnsalder. Et spørsmål om rettssikkerhet, forebyggelse og forskning.» XIV Nordiske kongress i rettsmedisin. Reykjavik, Island, 25.-28. juni, 2000. Abstract. *Nordisk Rettsmedisin* 2000; 6: 36.
- Rognum TO. 2000. «Hvem bør obdukere tilfeller av plutselig uventet død? Hva er forskjellen på en rettsmedisinsk obduksjon og en sykehusobduksjon?» *Nordisk Rettsmedisin* 2000; 6: 95-98.

Rognum TO. 2001. «Definition and pathologic features.” *Sudden infant death syndrome. Problems, progress and possibilities*. Oxford University Press Inc., pp 4-30.

Rognum TO og Vege Å. 2002. «Kan spedbarn dø etter fall fra bordhøyde?» *Nordisk rettsmedisin* 2002; 8: 64-71.

Rognum TO, Arnestad M, Bajanowski T, Banner J, Blair P, Borthne A, Byard RW, Gaustad P, Gregersen M, Grøgaard J, Holter E, Isaksen CV, Jørgensen JV, Krous HF, de Lange C, Moore I, Mørland J, Opdal SH, Råsten-Almquist P, Schlaud M, Sidebotham P, Skullerud K, Stoltenberg-Didinger G, Stray-Pedersen A, Sveum L og Vege Å. 2003. «Consensus on diagnostic criteria for the exclusion of SIDS. » *Nordisk Rettsmedisin* 2003; 9: 62-73.

Rognum TO, de Lange C og Vege Å. 2003. «Radiology, autopsy and the importance of correlation.” *Nordisk Rettsmedisin* 2003; 9: 74-75.

Rognum TO. 2010. *Krybbedød (SIDS)*. I Lærebok i rettsmedisin, red TO Rognum, s 178. 2. utgave. Gyldendal Norsk Forlag.

Schlaud M, Poethko-Muller C, Kuhnert R og Hecker H. 2011. *Study on deaths in young children (2nd to 24th month of life) (TOKEN Study) Study report*. Robert Koch Institute.

Stray-Pedersen A og Rognum TO. 2010. “*Barnemishandling.*” I Lærebok i rettsmedisin, red TO Rognum, s 324-325, 2. utgave. Gyldendal Norsk Forlag.

Vege Å, Rognum TO og Opdal SH. 1998. «SIDS – changes in the epidemiological pattern in Eastern Norway 1984-1996.” *Forensic Science International* 93 (1998) 155-166.

Vennemann MMT, Hoffgen M, Bajanowski T, Hense HW og Mitchell EA. 2007. «Do immunisations reduce the risk for SIDS? A meta-analysis.»
Doi:10.1016/j.vaccine.2006.07.027.

www.fhi.no

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Mars 2015
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider www.fhi.no