
Når skal et dødsfall i sykehus meldes til politiet?

REDAKSJONELT

OLAV A. HAUGEN

Olav A. Haugen (f. 1934) er professor i rettsmedisin ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim, spesialist i patologi og medlem av Den rettsmedisinske kommisjon.

Email: olav.haugen@medisin.ntnu.no

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

7005 Trondheim

Institutt for Laboratoriemedisin

Alle norske leger bør vite at "unaturlige dødsfall" skal meldes til politiet. Dette fremgår av legeloven § 41. Likevel er det åpenbart at bestemmelsen ikke etterleves fullt ut, spesielt gjelder dette "sykehusdødsfall" der feil, forsømmelser og uhell ved undersøkelse og behandling av sykdom kan være årsak til dødsfall (1).

Det er dokumentert store geografiske forskjeller i meldingsrutinene ved unaturlige dødsfall i sykehus. Til Den rettsmedisinske kommisjon kom det i 1997 i alt 101 rettsmedisinske obduksjonsrapporter vedrørende slike dødsfall (2). Mens det fra Hordaland fylke ble meldt i alt 24 tilfeller, var det bare ett fra Rogaland, og bare tre ved statssykehusene. Dette gjenspeiler neppe noen kvalitetsforskjeller i helsevesenet, men heller høyst ulike kulturer og melderutiner.

Retningslinjene for melding til politiet er meget generelle og åpner for en skjønnsmessig vurdering i hvert enkelt tilfelle. Ifølge legeloven er det den som har konstatert at en pasient er død, og har plikt til å fylle ut dødsattesten, som snarest skal gi melding til politiet. I praksis er det nok slik at det skjer en intern diskusjon om dødsfallet skal meldes, og at det er en overordnet lege som deretter kontakter politiet.

Siden tiden er knapp, må det fattes en rask beslutning. Melding til politiet flere dager, uker eller måneder etter at dødsfallet inntraff, virker fullstendig meningsløst. Da er muligheten ikke lenger til stede for å sikre bevis i saken, sakkyndig likundersøkelse er i praksis umulig, og dokumentasjonen for hva som har hendt, kan være mangelfull. Dersom det dessuten kan påvises feil ved dødsattesten eller i journalen der hensikten

har vært å skjule fakta i saken, blir forholdet enda verre og kan også rammes av straffebestemmelser om dokumentforfalskning. Slike episoder er sterkt kritikkverdige og bidrar til å opprettholde forestillingen om at leger beskytter hverandre (3).

Man burde likevel vente en viss forståelse for at det kan være vanskelig å avgjøre om en bestemt handling kan ha bidratt til dødsfall, spesielt når det foreligger en alvorlig grunnsykdom. Enklere er vurderingen ved uventede dødsfall knyttet til diagnostiske prosedyrer og operative inngrep hos pasienter uten livstruende sykdom, eller i tilfeller av alvorlig feilmedisinering.

Hvis man ser på hvilke tilfeller som blir meldt og etterforsket, og der rettsmedisinsk obduksjon også blir utført, var det i 1997 i alt 37 pasienter som døde som en direkte følge av medisinsk intervensjon (2). Mange av disse pasientene var på forhånd svært syke. Forblødning i forbindelse med kirurgiske inngrep, komplikasjon til endoskopi og koronar angiografi, feilintubering og feilinjeksjoner av medikamenter var dominerende dødsårsaker. Statens meldesentral fikk 28 meldinger om unaturlige dødsfall som var knyttet til prosedyrer av typen endoskopi (særlig laparoskopi), miniinvasive prosedyrer som ERCP og PTCA og ulike typer av kateterisering. Videre ble det meldt 26 dødsfall som komplikasjon til andre typer undersøkelser og behandling. Fire av dødsfallene var relatert til utstyrssvikt, mens ni tilfeller var relatert til feilmedisinering (4).

Alle suicid, dødsfall etter ulykker og tilfeller av plutselig uventet død, skal meldes på linje med tilsvarende dødsfall utenfor sykehus. Hvorvidt et dødsfall kan defineres som plutselig og uventet i tilfelle av sykdom, kan være høyst problematisk, og vurderingene kan komme ulikt ut.

Dødsfall der pårørende har vært kritiske til legenes innsats og utfallet av en behandling, bør vurderes nøye og i slike saker bør terskelen for melding til politiet være meget lav. En sakkyndig utredning av dødsfallet, inklusive rettsmedisinsk obduksjon, vil i mange tilfeller kunne vise at dødsårsaken ikke kan tilskrives behandlingsfeil, men skyldes kjente og påregnelige komplikasjoner til underliggende grunnsykdom. I disse tilfellene er det klart i legenes interesse at dødsårsaken blir klarlagt, og at utredning omkring behandlingstiltak og andre forhold skjer på en måte som ivaretar rettssikkerheten for alle parter.

Det er kjent at tilfeller av ”sykehusdødsfall” blir meldt til internt skadeutvalg og ikke til politiet. I slike saker kan det bli rekvidert ordinær sykehusobduksjon, men dette vil være i strid med obduksjonsloven. Patologene må derfor forsikre seg om at klinikerne har vurdert melding til politiet før obduksjonen utføres og sørge for at dette dokumenteres i obduksjonsrapporten.

Skadeutvalgenes vurdering av hvorvidt et dødsfall skyldes hendelig uhell, personlige feil, ressursmangel eller annet, er uten betydning for meldeplikten. Det er påtalemyndigheten som skal avgjøre om det dreier seg om et mulig straffbart forhold. Meldeplikten går foran taushetsplikten, og melderens skal utelukkende forholde seg til det objektive faktum at det har hendt noe som kan være forklaring til dødsfallet. Skyldvurderinger er ikke et medisinsk anliggende og skal i tilfelle overlates retten.

Man kan spørre om politietterforskning av mulige behandlingsfeil er en god måte å bedre kvaliteten i helsevesenet på, og om det er noe å tjene på å identifisere og straffe den enkelte helsearbeider. Noen hevder at straffetrusselen kan føre til at man forsøker å skjule feil i stedet for å analysere dem som grunnlag for lærdom og fremtidige forebyggende tiltak (5).

Politiet har selv forsøkt å avdramatisere sin inntreden på helsearenaen ved at man nå snakker mer nøytralt om ”sykehusdødsfall” og ikke automatisk assosierer unaturlige dødsfall i sykehus som ”mulig uaktsomt drap” (6). Belastningen ved politietterforskning med mulighet for sanksjoner og angst for tap av faglig anseelse, kan likevel være medvirkende til at det ved enkelte sykehus unnlates å melde om dødsfall og at slike tilfeller kan bli håndtert som en intern personalsak. I ettertid vil dette kunne vise seg å være en feilvurdering som også bidrar til å opprettholde oppfatningen om manglende åpenhet i helsevesenet.

I praksis er det ikke mulig å gi detaljerte anvisninger om når et ”sykehusdødsfall” skal meldes til politiet. Hovedkonklusjonen må være at når man er i tvil, bør man kontakte politiet. Ingen kan da i ettertid kritisere legen for å ha forsømt meldeplikten, og politiet får full frihet til å bestemme nødvendige etterforskningstiltak. Med sjeldne unntak vil sakene bli henlagt som ”straffbart forhold ikke påvist” (7).

LITTERATUR

1. Hafting M. Melding av unaturlige dødsfall til politiet. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 3519.
2. Årsberetning for Den rettsmedisinske kommisjon, Alminnelige gruppe 1997. Oslo: Justisdepartementet, 1999.
3. Hafstad A. Ville dysse ned dødsfall. Aftenposten 27.7.2000.
4. Årsrapport 1997 fra Meldesentralen. Oslo: Statens helsetilsyn, 1998.
5. Promoting patient safety by preventing medical error. JAMA 1998; 280: 1444 – 7.
6. Haugsgjerd H. Fra ”uaktsomt drap” til ”sykehusdødsfall”. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 3520 – 1.
7. Rognum TO, Vege Å. Rettsmedisinsk obduksjon ved spørsmål om medisinsk feilbehandling. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2969 – 73.

Publisert: 20. januar 2001. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 10. september 2026.