

---

## Bør legene straffes?

---

REDAKSJONELT

HAUGEN OA

---

Når det oppstår skader som følge av feil eller forsømmelse ved medisinsk behandling, kan pasientene i dag søkeerstatning gjennom Norsk Pasientskadeerstatning uten å måtte føre en belastende retts sak der bevisbyrden påhviler pasienten. De fleste leger og pasienter er tilfreds med denne ordning, men fra juristhold har det vært hevdet at det bryter med viktige prinsipper for rettssikkerheten når den som har lidd skade får erstatning, mens den som har forvoldtskaden ikke blir straffet.

Den alvorligste konsekvens av feilbehandling er pasientens død. I slike tilfeller krever samfunnet innsikt i hva som har skjedd. Spørsmål om ansvar og mulig lovovertrødelse må avklares på en betryggende måte, både av påtalemyndigheten og av den medisinske tilsynsmyndighet. Derfor må legene være forberedt på å forklare sine handlinger for politiet. Sykehusdødsfallene reiser en rekke vanskelige spørsmål av så vel medisinsk som juridisk og administrativ art. Torleiv Rognum & Åshild Vege behandler dette kompliserte temaet i dette nummer av Tidsskriftet (1).

### OVERHOLDES MELDEPLIKTEN?

Den rettsmedisinske kommisjon fikk i årene 1982-85 sju rapporter om saker som var antatt å skyldes medisinsk feilbehandling. I perioden 1992-95 mottok Kommisjonen 100 rapporter vedrørende sykehusdødsfall (2). Dette skyldes neppe en reell økning, men er sannsynligvis uttrykk for en bedre oppfølging av meldeplikten vedrørende unaturlige dødsfall slik legelovens § 41 krever. Det er fortsatt grunn til å anta at meldeplikten praktiseres forskjellig. Man må derfor være varsom med tolking av data over meldte dødsfall fra de enkelte sykehus. Paradoksalt nok kan det være at det er de beste avdelingene som oftest rapporterer sine uhell (3). Terskelen for å melde uforutsette komplikasjoner og uhell bør være lav. Dette signaliserer vilje til åpenhet og tillit til eget personale og egne rutiner. Dessuten forebygger det kritikk, som kan komme i ettertid.

Utredning av sykehusdødsfall kan være en stor faglig utfordring for rettsmedisinere og patologer. Den praksis som Rettsmedisinsk institutt har etablert ved å tilkalle eksterne kliniske bistand, er god og bør danne mønster for andre. Dette gir undersøkelsen tyngde og skaper tillit i fagmiljøet. En liknende praksis kan vanskelig etableres over hele landet, spesielt ved sykehus utenfor universitetsklinikkene. Dette kan svekke rettssikkerheten. Erfaringspatologer vil nok hevde at de er bedre skolert til å utrede sykehusdødsfall enn noen andre, men problemet er ikke først og fremst mangel

på faglig kompetanse hos patologene. Spørsmålet er om kollegialitetshensyn kan påvirkevurdering av undersøkelsen? Dessuten vil det utvilsomt by på praktiske vansker å tilkalle klinisk ekstern ekspertisedersom dette krever 1-2 dagers fravær fra annen klinisk virksomhet. Det er også vanskelig å forestille seg atrettsmedisinere skulle reise rundt i Norge eller at likene skulle transporteres fra det øvrige Norge til Rettsmedisinsk institutt i Oslo for å sikre en uhildet undersøkelse. Påtalemyndigheten bør i alle tilfeller sørge for uttalelse franøytralt klinisk hold, og rapportene må vurderes av Den rettsmedisinske kommisjon før man konkluderer.

Ingen har kartlagt hvor mange sykehusdødsfall som blir meldt til politiet hvert år. Det er også ukjent i hvor mangetilfeller pasienten ikke blir obdusert og på hvilket grunnlag politiet prioriterer enkeltsaker. Spørsmålet kan reisesom melderer kan influere på politiets beslutning. Politiet er selvsagt avhengig av medisinsk veiledning på dettekompliserte feltet, og med dagens rutiner er denne mulighet klart til stede. Rognum & Vege ser for seg rettsmedisinerensom brobygger mellom politi og helsevesen. Derfor kunne rettsmedisinere ved universitetsklinikkene være mulige nøytralekonsulenter. Dette betyr ikke at rettsmedisinere skal være tunge på vektiskålen, men siden de er trent i å forklarekompliserte medisinske forhold på en måte som jurister kan forstå, kunne dette likevel være en bedre ordning enn dagenspraksis. Rettsmedisinere kan også gi råd om å innhente ekspertuttalelse fra andre og bidra til å finne frem til denneekspertisen.

#### TILTALE ELLER KRITIKK

Ved Oslo politikammer ble meldinger om unaturlige dødsfall i sykehus inntil nylig registrert som "mulig uaktsomt drap". Nå registreres sakene som "sykehusdødsfall" (4). Dette er en avdramatisering som trolig vil dempe legenes fryktfor politiets inntreden på helsearenaen. Inntil nylig har straffesaker mot norske leger til nå praktisk talt ikkeforekommet, men det er utvilsomt at tiltale nå kan bli reist når påtalemyndigheten mener at en lege uaktsomt harforvolddt en annens død.

I New Zealand ble det i løpet av 12 år reist tiltale for uaktsomt drap mot fire leger, og i England stod fem leger i1990-91 tiltalt for det samme (5, 6). Anestesileger var sterkt overrepresentert blant de tiltalte. Politiets aktiveengasjement i New Zealand har utløst betydelig uro blant legene, og man har advart utenlandske kolleger om de spesielleforhold som eksisterer i landet. Domstolene i New Zealand og England tolker åpenbart begrepene feil, forsømmelser oguaktsomhet på ulike måter.

Selv om det ikke avdekkes noe straffbart forhold ved de fleste sykehusdødsfall her i landet, og sakene blir henlagt,øver tilsynsmyndigheten kritikk i relativt mange saker. Når det avdekkes alvorlige systemfeil og uheldige rutiner, mådette sees som en gevinst av etterforskningen. Noen vil hevde at dette kan være følger av manglende ressurser sompresser ansatte og leger til å velge løsninger som ikke er optimale.

Dersom noen har brutt rutiner, gått utover sin kompetanse eller brutt informasjonsplikten, må man regne med kritikkfra Fylkeslegen eller Statens helsetilsyn. Den risiko gjelder oss alle. Legene har sannsynligvis hatt en viss tradisjonfor å karakterisere mye av det som går galt som "hendelig uhell". Det er viktig å få skilt "ulykkelige hendelser" frafeil og forsømmelser. Det er viktig at publikum kan få dokumentert dette på en nøytral og faglig forsvarlig måte. Bareslik kan reaksjonsmåtene fra samfunnets side finne en riktig form og rettssikkerheten bli ivaretatt for alleparter.

*Olav A. Haugen*

---

## LITTERATUR

1. Rognum TO, Vege Å. Rettsmedisinsk obduksjon ved spørsmål om medisinsk feilbehandling. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2969-73.
  2. Årsberetninger for Den Rettsmedisinske Kommisjon 1982-95. Oslo: Justisdepartementet, 1982-95.
  3. Lind B. Feilbehandling og rettsikkerhet. Tidsskr Nor Lægeforen 1988; 108: 2460.
  4. Haugsgjerd H. Fra "uaktsomt drap" til "sykehusdødsfall". Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 3520-1.
  5. Davier MI, Havill JH. Medicolegal threat in New Zealand. Lancet 1994; 344: 478-9.
  6. Korgaonkar GJA, Tribe DMR. Medical manslaughter. Br J Hosp Med 1994; 51: 613.
- 

Publisert: 30. august 1997. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.