
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 rettssak der bevisbyrden påhvilerpasienten. De fleste leger og pasienter er tilfreds med denne ordning, men fra juristhold har det vært hevdet at detbryter 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 somhar skjedd. Spørsmål om ansvar og mulig lovovertrødelse må avklares på en betryggende måte, både av påtalemyndighetenog 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. TorleivRognum & 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 medisinskfeilbehandling. I perioden 1992-95 mottok Kommisjonen 100 rapporter vedrørende sykehusdødsfall (2). Dette skyldes neppeen reell økning, men er sannsynligvis uttrykk for en bedre oppfølging av meldeplikten vedrørende unaturlige dødsfallslik legelovens 1/441 krever. Det er fortsatt grunn til å anta at meldeplikten praktiseres forskjellig. Man må derforvære varsom med tolking av data over meldte dødsfall fra de enkelte sykehus. Paradoksalt nok kan det være at det er debeste avdelingene som oftest rapporterer sine uhell (3). Terskelen for å melde uforutsette komplikasjoner og uhell børvære lav. Dette signaliserer vilje til åpenhet og tillit til eget personale og egne rutiner. Dessuten forebygger detkritikk, som kan komme i ettertid.

Utredning av sykehusdødsfall kan være en stor faglig utfordring for rettsmedisinere og patologer. Den praksis somRettsmedisinsk institutt har etablert ved å tilkalle ekstern klinisk 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.

Erfarnesykehuspatologer 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 påvirke vurdering 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 at rettsmedisinere skulle reise rundt i Norge eller at likene skulle transporteres fra det øvrige Norge til Rettsmedisinsk institutt i Oslo for å sikre en uholdt undersøkelse. Påtalemyndigheten bør i alle tilfeller sørge for uttalelse fra nøytralt 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 mange tilfeller pasienten ikke blir obdusert og på hvilket grunnlag politiet prioriterer enkeltsaker. Spørsmålet kan reises om melderens innflytelse på politiets beslutning. Politiet er selvsagt avhengig av medisinsk veiledning på dette kompliserte 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 nøytrale konsulenter. Dette betyr ikke at rettsmedisinere skal være tungen på vektskålen, men siden de er trent i å forklare kompliserte medisinske forhold på en måte som jurister kan forstå, kunne dette likevel være en bedre ordning enn dagens praksis. Rettsmedisinere kan også gi råd om å innhente ekspertuttalelse fra andre og bidra til å finne frem til denne ekspertisen.

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 frykt for politiets inntreden på helsearenaen. Inntil nylig har straffesaker mot norske leger til nå praktisk talt ikke forekommet, men det er utvilsomt at tiltale nå kan bli reist når påtalemyndigheten mener at en lege uaktsomt har forvoldt 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 i 1990-91 tiltalt for det samme (5, 6). Anestesileger var sterkt overrepresentert blant de tiltalte. Politiets aktive engasjement i New Zealand har utløst betydelig uro blant legene, og man har advart utenlandske kolleger om de spesielle forhold som eksisterer i landet. Domstolene i New Zealand og England tolker åpenbart begrepene feil, forsømmelser og uaktsomhet på ulike måter.

Selv om det ikke avdekkes noe straffbart forhold ved de fleste sykehusdødsfall her i landet, og sakene blir henlagt, over tilsynsmyndigheten kritikk i relativt mange saker. Når det avdekkes alvorlige systemfeil og uheldige rutiner, må dette sees som en gevinst av etterforskningen. Noen vil hevde at dette kan være følger av manglende ressurser som presser 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 kritikk fra Fylkeslegen eller Statens helsetilsyn. Den risiko gjelder oss alle. Legene har sannsynligvis hatt en viss tradisjon for å karakterisere mye av det som går galt som "hendelig uhell". Det er viktig å få skilt "ulykkelige hendelser" fra feil 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 rettssikkerhet. 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 2025. Lastet ned fra tidsskriftet.no 19. desember 2025.