

PÅTEGNINGSARK**Riksadvokatembetet
Postboks 2102 Vika
0125 Oslo**

Dok nr 01,10

14196945 6067/18-63/SWO008

19. desember 2018

[REDACTED], [REDACTED] - **KLAGE OVER HENLEGGELSE**Sendes med vedlegg Hordaland, Sogn og Fjordane statsadvokatembeter.**1. Innledning**

Saken gjelder klage over statsadvokatens henleggelse 5. oktober 2018 etter bevisets stilling for så vidt gjelder lege [REDACTED], som begikk feil under kreftbehandling av [REDACTED] ved Haukeland sykehus 22. august 2017. Feilen ledet til at gutten døde, se nærmere om dette i punkt 2 og 3 nedenfor. Henleggelsesbeslutningen er rettidig påklaget av avdødes foreldre [REDACTED] og [REDACTED] ved advokatene Jan Inge Thesen og Torsteinn J. Skansbo i Advokatfirmaet Robertsen.

De sentrale dokumenter i saken er gjennomgått.

2. Sakens bakgrunn

Bakgrunnen for saken, og de rettslige spørsmål den reiser, er utførlig beskrevet i statsadvokatens ovennevnte påtegning. Riksadvokaten siterer derfor innledningsvis fra påtegningen. I punkt 3 refereres Statens helsetilsyns vurdering som står sentralt, og i punkt 4 hovedpunktene i klagen. I punkt 5 gis det enkelte supplerende merknader, og deretter følger riksadvokatens vurdering.

[REDACTED] ble i august 2017 innlagt Haukeland sykehus (HUS), Barne- og ungdomsklinikken (BUK) med hjernesvulst med kreftform medulloblastom med spredning.

[REDACTED] skulle motta behandling med cellegiften vinkristine som skulle settes intravenøst og med cellegiften Metotreksat som skulle settes intratekalt i cerebrispinalvæsken (i hjernen) 22.08.2017. Under prosedyren ble det ved en feil satt vinristine i cerebrispinalvæsken. [REDACTED] som følge av feilbehandlingen.

Politiet ble varslet 23.08.2017 og har etterforsket saken.

Saken er vurdert opp mot helsepersonelloven, og opp mot straffeloven § 281 om uaktsom forvoldelse av død.

Legen [REDACTED] og sykepleier [REDACTED] var begge tilstede på behandlingsrommet da sprøyten med vinkristin ble satt på pasient av legen. Begge har vært avhørt som mistenkt i saken.

Det har vært en omfattende etterforskning der politiet har søkt å avdekke faktum i saken gjennom avhør, foretatt rekonstruksjoner, undersøkelse av elektroniske spor mv. Videre har politiet gjennomgått gjeldende regelverk, prosedyrer, rutiner mv, som har betydning i aktuelle sak.

Det er innhentet en sakkyndig vurdering av overlege Per-Erik Sandstrøm fra Sverige, som sitter i det Svenske Vitenskapelige råd i Barneonkologi (barnekreft). Det er også innhentet Haukeland sykehus sin egen hendelsesanalyse, og Statens helsetilsyn sine vurderinger og anbefalinger.

I saken er lege [REDACTED] ved vedtak av Statens helsetilsyn av 13.12.2017 gitt en advarsel etter helsepersonelloven § 4, jfr § 56[.]

Helsetilsynet har i brev til politiet av 15.06.2018 vurdert at det grunnlag for å begjære påtale av foretaket og anbefalt påtalemyndigheten å ilegge foretaksstraff. Helsetilsynet har ikke funnet grunn til å begjære påtale mot legen eller sykepleieren. I Helsetilsynets anbefaling er inntatt deres vurdering av hjemmelsgrunnlag og hendelsene som førte til [REDACTED] død.

...

Det rettslige grunnlaget for vurderingen er Helsepersonellovens §§ 67, 4 og straffelovens § [23 annet ledd og § 281- riksadvokatens innskudd]For øvrig er [r]iksadvokatens rundskriv 3/2017 og Statens Helsetilsyns rundskriv IK-2/2008 sentrale. Herav fremkommer at terskelen for å anvende straff ved uhell/feil under pasientbehandling skal være høy. Det skal reageres overfor "markante avvik fra forsvarlig yrkesutøvelse/virksomhet". Det vil derfor i hovedsak være aktuelt å straffeforfølge de sterkt klanderverdige og forsettlige forhold. Terskelen for å begjære påtale overfor enkeltpersoner antas generelt å være høyere enn straff overfor virksomheten. Fra [r]iksadvokatens rundskriv fremkommer også at terskelen for å anvende straff overfor helsepersonell ved uønskede hendelser i forbindelse med utøvelse av helsehjelp er og skal være høy.

...

Det fremkommer av saken at det er generell kunnskap i fagmiljøet at utilsiktet intratekal innsprøyting av vinkristin er en kjent og fryktet feil som får fatale følger og oftest fører til død. På grunn av den kjente skadefaren må kravet til aktsomhet hos involvert helsepersonell være særlig høyt i risikosituasjoner.

WHO anbefaler at vinkristin leveres i minibag for å settes intravenøst, begrunnet i følgene av og farene ved forveksling. HUS følger ikke denne anbefalingen. Den svenske sakkyndige Sandstrøm har undersøkt ved 10 ulike barneonkologiske sentre i Norden, der samtlige har angitt at de følger WHO sine anbefalinger for å minimalisere risikoen for forveksling.

Det er avdekket at det på HUS ikke er utarbeidet egen rutinebeskrivelse for denne behandlingsformen, der medisin blir gitt intratekalt på behandlingsrommet.

Det fremkommer at det er gitt informasjonsskriv til LIS'er (leger i spesialisering) ved den aktuelle avdelingen der det står at ved behandling i narkose skal foretas dobbelkontroll av (dvs at minst to personer kontrollerer) at det er rett legemiddel som er gis. Videre fremkommer i skrivet at det kun er Metotreksat som skal tas med inn på rommet.

Tilsvarende rutiner er som nevnt ikke gitt for situasjon der medikamentet administreres på avdelingen av lege.

Videre er tilsvarende informasjon ikke gitt sykepleierne. Sykepleieren i nærværende sak hadde ikke blitt gitt opplæring i eller var kjent med faren ved forveksling. De var heller ikke kjent med at flere medikamenter ikke skal være til stede samtidig på behandlingsrommet. Sykepleierne var derfor ikke på samme måte kjent med de rutiner og barrierene som var ment å skulle forhindre forbyttning av legemidlene metotreksat og vinkristin. Sykepleieren tok derfor alle tre kurene pasienten skulle motta, inklusiv vinkristin og metotreksat, inn på behandlingsrommet. Dette muliggjorde forveksling av legemidlene.

Av legemiddelhåndteringsforskriften fremgår at dobbelkontroll bør innføres på de trinnene i prosessen der risikoanalyse avdekker stor risiko for feil. Dobbeltkontroll vil si at minst to personer kontrollerer at man er i ferd med å gi pasienten riktig medikament i riktig dose til riktig tid og satt på rett måte/sted. Forsvarlig legemiddelhåndtering tilsier at dobbelkontroll også må innføres som rutine på områder der det er kjent at forveksling av visse typer legemidler kan få fatale konsekvenser for pasienten.

Etterforskningen har avdekket at det på Haukeland ikke var innført rutiner for dobbelkontroll av legemiddel når det ble gitt av lege, på avdeling.

Det er et faktum at det fant sted en alvorlig hendelse med forbyttning av cellegift ved samme sykehus i 1999.

Videre er et faktum at HUS etter denne hendelsen 22.08.17 har utarbeidet ny rutinebeskrivelse, bla benyttes kun vinkristin i minibag, som settes intravenøst.

På bakgrunn av den kunnskap som forelå om at utilsiktet intratekal innsprøyting av vinkristin får fatale følger, valget om ikke å følge WHO's anbefaling om at vinkristin kun leveres i minibag, og erfaringer fra hendelsen i 1999 ved sykehuset, foreligger en særlig plikt for Helse Bergen HF å sørge for å etablere forsvarlige rutiner for intratekal cellegiftbehandling på avdelingen. Dette ved å etablere retningslinjer og instruksjer, og å sørge for tilstrekkelig opplæring og kontroll og/eller andre tiltak. Det å ikke sørge for slike rutiner representerer et markant avvik fra forsvarlig virksomhetsstyring som tilsier at det etter min oppfatning [statsadvokaten i Hordaland – innskutt her] må reageres med foretaksstraff, ved at Helse Vest ilegges et forelegg.

...

Sykepleier [redacted] tok alle legemidlene, inklusiv vinkristin og metotreksat, inn på behandlingsrommet. [redacted] hadde ikke fått opplæring i faren ved å sette vinkristin intratekalt, og dermed heller ikke hvorfor kun legemiddel som skal gis intratekalt skal

være i rommet ved slik behandling. Hun hadde ikke oppgaver knyttet til kontrollfunksjoner i forbindelse med prosedyren, herunder dobbeltkontroll forut for at sprøyten ble satt, eller viktigheten av oppmerksomhet omkring farge på væsken som skulle injiseres.

For sykepleier [redacted] blir derfor saken henlagt som intet straffbart forhold bevist. [av statsadvokaten i Hordaland – innskutt her]

Saksavgjørelse overfor lege [redacted];

I vurderingen av legens aktsomhet legges til grunn det faktum at lege [redacted], da hun kom inn på behandlingsrommet, oppdaget at alle tre cellegiftkurene var på rommet. Legen var vel kjent med farene ved forveksling. Det var ingen akuttsituasjon. Hun gjorde ikke tiltak for å fjerne de øvrige medikamentene fra rommet før behandling ble igangsatt og gjennomført.

Det er ulike forklaringer gitt av lege og sykepleier på hvor de ulike legemidlene lå i rommet forut for og under behandlingen. Det er imidlertid enighet om at alle medisinerne på et tidspunkt ble lagt sammen på behandlingsrommet.

Ut fra bevisene i saken synes det som at det kun var en cytostatika (cellegift) som var pakket ut av emballasjen inne på behandlingsrommet, og det var vinkristin. De to aktuelle sprøytene var begge merket med navn på medikamentet, det var ulik størrelse på sprøytene og ulik farge på medikamentet (metotreksat er klar gul på farge, mens vinkristin er uten farge). Det er opplyst at det var svakere belysning i rommet av hensyn til pasienten.

Det konstateres at ved håndtering av cellegiften kan ikke lege [redacted] tilstrekkelig ha kontrollert at det var riktig legemiddel som ble gitt umiddelbart før injisering.

...

Det aktuelle å vurdere er om legens handlinger er et brudd på helsepersonelloven § 4 om faglig forsvarlighet, og om hun handlet grov uaktsomt. Grov uaktsomhet foreligger når handlingen er "svært klanderverdig og det er grunnlag for sterk bebreidelse" jf [straffeloven] § 23 annet ledd. Det vises til det som er nevnt under rettslig grunnlag, om at terskelen for å anvende straff overfor helsepersonell ved uhell under pasientbehandling skal være høy.

Det følger av helsepersonelloven § 67, 2. ledd at offentlig påtale finner sted hvis allmenne hensyn krever det eller etter begjæring fra Statens helsetilsyn. Av riksadvokatens rundskriv følger at påtalebegjæring fra Helsetilsynet bør være det prinsipale. Dette er begrunnet i hensyn til likebehandling og at Helsetilsynet som sentralt og uavhengig fagorgan er tilsynsmyndighet og kvalifisert til å vurdere hvilke handlinger som innebærer et så grovt brudd på faglig forsvarlighet at straff bør anvendes på forholdet.

Statens helsetilsynet har vurdert det slik legen har handlet uforsvarlig og har gitt henne en advarsel. Det er likevel deres vurdering at

"manglende risikooppmerksomhet fra foretakets side var sterkt medvirkende til at hendelsen kunne skje. Dette medførte at det lot seg gjøre å ta feil legemiddel i forbindelse med prosedyren ved at legemidlene lå på samme bord. I dette tilfelle var ikke barrierene som var i bruk ved behandling i narkoserommet tilstrekkelig overført til behandlingsrommet". ...
"Sykepleieren hadde ikke oppgaver knyttet til kontrollfunksjoner i forbindelse med den aktuelle prosedyren".

Statens helsetilsyn finner videre etter helhetlig vurdering at legens handlemåte ikke er av en slik karakter at det kan anses som markant avvikende fra kravet til forsvarlig virksomhet.

Helsetilsynet fant derfor ikke er grunnlag for å begjære påtale mot lege [REDACTED].

Det er min vurdering [statsadvokaten i Hordaland – innskutt her] at legen har handlet uforsvarlig utfra at hun ikke har kontrollert at hun satte riktig medikament, til tross for at hun var klar over at også vinkristin befant seg på behandlingsrommet og var godt kjent med de fatale følgene ved en forveksling. Det vurderes likevel ikke å være grovt uaktsomt, "et markert avvik fra kravet til forsvarlighet". Jeg [statsadvokaten i Hordaland – innskutt her] tiltrer Helsetilsynets begrunnelse på dette punkt, og her må det sees hen til den manglende risikooppmerksomheten fra foretakets side, som medføre at det lot seg gjøre å ta feil legemiddel.

Saken er også vurdert opp mot om det er etter grunnlag for straffansvar for uaktsomt drap etter straffelovens § 281. I riksadvokatens rundskrivet 3/2017 fremgår at i de aller fleste saker mot helsepersonell vil det bare være aktuelt å vurdere straffansvar etter helsepersonelloven. Tiltale for uaktsom forvoldelse av død bør – til tross for at skyldkravet er simpel uaktsomhet – bare være aktuelt ved de mest alvorlige forhold, se for eksempel Rt-1977-639. Det er slik jeg [statsadvokaten i Hordaland – innskutt her] vurderer det ikke grunnlag for å ilegge straffansvar etter straffelovens § 281.

For lege [REDACTED] blir saken henlagt på bevisets stilling [av statsadvokaten i Hordaland – innskutt her].

3. Statens helsetilsyns vurdering av påtalespørsmålet

I Statens helsetilsyns vurdering 15. juni 2018 side 6 heter det:

Den aktuelle legen har seks års grunnutdannelse i medisin fra Latvia og fire års utdanning i pediatri (barnesykdommer). Hun har jobbet som barneonkolog (kreftlege for barn), siden 1994. Hun har jobbet seks år som overlege på barne- og ungdomsklinikken på Haukeland universitetssjukehus i en 100 % stilling.

Legen var i kraft av sine kvalifikasjoner og lange erfaring på området klar over at prosedyren kunne medføre fare og død for pasienter, dersom den ble utført feil. Dette var kjent i fagmiljøet, og det fantes rutiner/informasjonskriv som skulle forhindre forbyttning av de aktuelle legemidlene. Legen har opplyst at hun identifiserte legemiddelet på behandlingsrommet under forberedelsene til injeksjonen da hun så at samtlige legemidler pasienten skulle ha var tatt med inn på rommet. Hun oppfattet imidlertid ikke at farge og mengde på medikamentet i sprøyten var feil og satte

vinkristin i stedet for metotreksat i Ommaya reservoaret. Hun kontrollerte ikke at det var rett legemiddel som ble gitt umiddelbart før injisering.

Det er diskrepans mellom legens og sykepleiers redegjørelser i saken. Det er imidlertid enighet om at medisinerne på et tidspunkt ble lagt sammen og befant seg på samme bord i behandlingsrommet, slik at det lot seg gjøre å ta feil medikament i forbindelse med prosedyren.

Statens helsetilsyn har kommet til at den involverte legen handlet uforsvarlig og har gitt henne en advarsel etter helsepersonelloven § 56 for brudd på samme lov § 4. Det er allikevel vår vurdering at manglende risikooppmerksomhet fra foretakets side når denne aktuelle prosedyren skulle utføres i avdelingen, var sterkt medvirkende til at hendelsen kunne skje. Dette medførte at det lot seg gjøre å ta feil legemiddel i forbindelse med prosedyren ved at legemidlene lå på samme bord. I dette tilfelle var ikke barrierene som var i bruk ved behandling i narkoserommet tilstrekkelig overført til behandlingsrommet. Administrasjon av legemiddelet i Ommaya reservoaret foregikk derfor uten at det var tilstrekkelig kontrollert om sprøyten som ble valgt inneholdt rett legemiddel rett før injiseringen skulle finne sted. Sykepleieren hadde ikke oppgaver knyttet til kontrollfunksjoner i forbindelse med den aktuelle prosedyren.

Statens helsetilsyn finner etter en helhetlig vurdering at legens handlemåte ikke er av en slik karakter at det kan anses som markant avvikende fra kravet til forsvarlig virksomhet. Vi har ved vår vurdering særlig lagt vekt på manglende risikooppmerksomhet fra foretakets side, se tidligere under vurderingen av foretaket. Statens helsetilsyn ser alvorlig på hendelsen og forholdene som kan ha medvirket til at den fant sted. Vi mener imidlertid at en tilsynsmessig oppfølging av den aktuelle legen, vil være tilstrekkelig for å fremme pasientsikkerheten for fremtidige pasienter. Statens helsetilsyn har kommet til at det ikke er grunnlag for å begjære påtale mot den involverte legen etter helsepersonelloven § 67 jf. § 4.

4. Anførsler i klagen

I klagen er det anført at legens uaktsomhet er av en slik graverende art at vilkårene for straff er oppfylt både etter helsepersonelloven § 4 jf. § 67, og etter straffeloven § 281.

Statsadvokaten har tilsynelatende ikke sett hen til at legen i foreliggende sak *ikke var under tidspress*, hvilket normalt er tilfellet i denne typen saker. Feilen som ble begått var heller ikke liten, dvs. av et slikt omfang som lett kan hende under tidspress og likevel få katastrofale følger, jf. RA-rundskriv 3/2017 punkt 1.4. Den forhøyede terskel for strafforfølgning kommer ikke til anvendelse i en (slik) "ordinær" behandlingssituasjon.

Legen visste at de to aktuelle medikamentene var i behandlingsrommet, at det forelå klar fare for forveksling og at slik forveksling ville være fatal. Likevel kontrollerte hun ikke om hun hadde tatt riktig sprøyte, før hun benyttet den. Dette kunne lett ha vært kontrollert i og med at sprøytene var merket med etikett, samt at både fargen på medikamentet og størrelsen på sprøytene var ulike. Legen overså således medikamentets farge, etikett og størrelsen.

Aktsomhetskravet er skjerpet når forveksling kan være dødelig. Det skal således lite til for at uaktsomheten anses som grov.

Saken mot legen gjelder ikke en enkelt feil under et øyeblikks uoppmerksomhet, men flere behandlings- og prosedyrefeil som ble begått over tid. Feilene utgjør både enkeltvis og samlet et markant avvik fra forsvarlig opptreden. Legen burde bl. a. ha avbrutt behandlingen, da hun oppdaget at begge medikamentene var i behandlingsrommet.

Dersom henleggelsen blir stående, er resultatet at aktuelle straffebestemmelser ikke lenger praktiseres overfor helsepersonell. Det er i så fall i strid med lovgivers vilje, og vil virke støtende på allmennheten samt redusere tilliten til påtalemyndigheten og helsevesenet.

Det vises til Rt-1977-639. Høyesteretts vurderinger i den saken gjør seg også gjeldende i [REDACTED] tilfelle.

5. Riksadvokatens merknader og vurdering

For å kunne utferdige tiltale for overtredelse av helsepersonelloven må det enten foreligge en påtalebegjæring fra Statens helsetilsyn, hvilket ikke er tilfelle, eller så må allmenne hensyn kreve offentlig påtale, jf. helsepersonelloven § 67 annet ledd. Lovens skyldkrav er forsett eller grov uaktsomhet, jf. første ledd i samme bestemmelse. Graden av subjektiv skyld vil stå sentralt også i vurderingen av om allmenne hensyn krever påtale.

Uaktsomhetsvurderingen består av to hovedspørsmål, jf. den alminnelige legaldefinisjonen i straffeloven § 23 første ledd. For det første må det klarlegges om den utviste handlemåte avviker fra de krav som stilles til forsvarlig handlemåte på området. Dernest må det tas stilling til om den det gjelder kan bebreides ut fra sine personlige forutsetninger. For at uaktsomheten skal anses som grov, må handlingen være svært klanderverdig, og det må være grunnlag for sterk bebreidelse, jf. § 23 annet ledd.

Når det gjelder den norm som skal legges til grunn som uttrykk for en forsvarlig handlemåte, følger det av helsepersonelloven § 4 at helsepersonell skal "utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig". I riksadvokatens rundskriv 3/2017 punkt II nr. 2 er forsvarlighetsstandarden presisert slik:

"Kravet til faglig forsvarlighet er en rettslig standard. Innholdet vil endres over tid, i takt med endringer i fagkunnskap og verdioppfatninger. Avgjørelsen av hva som regnes som faglig forsvarlig knyttes således ikke til bestemte, entydige kriterier, men til en norm for hvordan den enkeltes yrkesutøvelse bør innrettes. Normen legger ikke til grunn optimal og ideell atferd, men hva som kan forventes av en faglig kvalifisert person som utviser normal aktsomhet. Det vil regelmessig være behov for sakkyndig bistand for å kunne definere normen for hva som utgjør faglig forsvarlig atferd."

På denne bakgrunnen kan riksadvokaten i det vesentlige slutte seg til Statens helsetilsyns vurdering av legens arbeidsutførelse:

"Legen var i kraft av sine kvalifikasjoner og lange erfaring på området klar over at prosedyren kunne medføre fare og død for pasienter, dersom den ble utført feil. Dette var kjent i fagmiljøet, og det fantes rutiner/informasjonskriv som skulle hindre forbyttning av de aktuelle legemidlene. Legen har opplyst at hun identifiserte legemiddelet på behandlingsrommet under forberedelsen til injeksjonen da hun så at

samtligel legemidler pasienten skulle ha var tatt med inn på rommet. Hun oppfattet imidlertid ikke at farge og mengde på medikamentet i sprøyten var feil og satte vinkristin i stedet for metotreksat i Ommaya-reservoaret. Hun kontrollerte ikke at det var rett legemiddel som ble gitt umiddelbart før injisering.

Statens helsetilsyn har kommet til at den involverte legen opptrådte uforsvarlig."

Av ovennevnte følger også at hun kan bebreides ut fra sine personlige forutsetninger.

Et springende punkt er om uaktsomheten må regnes som grov. Et første spørsmål i den forbindelse er om avviket fra forsvarlig opptreden er markant, jf. lovens uttrykk "svært klanderverdig". Det er korrekt, som anført i klagen, at en ved vurderingen av avvikets størrelse må se hen til summen av feil som er begått. Riksadvokaten er også enig med klageren i at aktsomhetskravet skjerpes når legen var klar over at eventuelle feil kunne medføre død.

Det forhold at legen i den aktuelle situasjon, som ikke var akutt, og med et skjerpet aktsomhetskrav ut fra sin kunnskap og erfaring, verken oppfattet det som sto på legemidlets etikett, fargen på innholdet i sprøyten eller avviket i størrelse, som alle var kjente faktorer etablert for å påkalle hennes oppmerksomhet og for å hindre at nettopp det som skjedde ikke skulle skje, skiller seg etter riksadvokatens syn markant fra det en forventer av en faglig kvalifisert person som utviser normal aktsomhet. Riksadvokaten har på dette punkt i aktsomhetsvurderingen følgelig kommet til en annen konklusjon enn Statens helsetilsyn og statsadvokaten, slik det fremgår foran, idet det *objektive avviket* mellom den utviste handlemåte og normen for forsvarlig opptreden isolert sett er stort nok for å konstatere at det forelå et markant avvik.

Som det fremgår innledningsvis, er dette imidlertid ikke tilstrekkelig til å oppfylle lovens vilkår om grov uaktsomhet. I tillegg krever loven at det må det være grunnlag for sterk bebreidelse. Det må med andre ord spørres om det foreligger omstendigheter som – selv om avviket fra forsvarlighetskravet er markant – kan bidra til å forklare handlemåten og redusere den grad av bebreidelse som kan rettes mot legen.

Det som særlig gjør seg gjeldende i denne vurderingen, er at en "manglende risikooppmerksomhet fra foretakets side var sterkt medvirkende til at hendelsen kunne skje", slik Helsetilsynet uttrykker det. Dette "medførte at det lot seg gjøre å ta feil legemiddel", og sykepleieren "hadde ikke oppgaver knyttet til kontrollfunksjoner i forbindelse med den aktuelle prosedyren". Sentrale rutiner som kunne forhindre hendelsen var med andre ord ikke på plass, men de ansatte på sykehuset måtte likevel utføre løpende behandling av et stort antall pasienter, ofte under tidspress. Det markante avviket fra forsvarlighetskravet i dette konkrete tilfellet må delvis forklares med en svikt på systemnivå, hvilket reduserer den bebreidelse som kan rettes mot legen i en slik grad at uaktsomheten ikke kan bedømmes som grov. Helseforetaket ble som kjent av disse grunner ilagt en foretaksstraff, se foran.

Disse medvirkende årsaksfaktorene medfører at det ikke foreligger grov uaktsom overtredelse av helsepersonelloven for legens del, idet lovens skyldkrav ikke er oppfylt. Det er dermed ikke nødvendig for riksadvokaten å vurdere om "allmenne hensyn krever" offentlig påtale, jf. helsepersonelloven § 67 annet ledd. Riksadvokaten vil imidlertid gi uttrykk for forståelse for at barnets foreldre har ønsket å få belyst spørsmålet gjennom klagebehandling av saken, og

problematikken som saken har reist vil på generelt grunnlag bli drøftet med Statens helsetilsyn ved en senere anledning.

Riksadvokaten har også vurdert saksforholdet opp mot straffeloven § 281 om uaktsom forvoldelse av en annens død. Skyldkravet her er i alminnelighet simpel uaktsomhet. Men den generelle bestemmelsen i straffeloven må forstås og anvendes i lys av retts- og påtalepraksis og de vurderinger lovgiveren har gitt tilkjenne ved vedtakelsen av helsepersonelloven, jf. Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) kapittel 5 og kapittel 11. Det innebærer ikke at straffeloven § 281 skal tolkes innskrenkende slik at bestemmelsen aldri kan gis anvendelse for helsepersonell som begår feil som leder til dødsfall, men de to straffebestemmelsene må avstemmes mot hverandre slik at § 281 bare er aktuell ved de mest graverende forhold, jf. RA-rundskriv 3/2017 punkt II nr. 5. Den foreliggende sak skiller seg vesentlig fra Rt. 1977 s. 639, som det er vist til i klagen. Etter riksadvokatens syn er straffeloven § 281 ikke aktuell i denne saken.

Statsadvokatens avgjørelse opprettholdes derfor, og klagen tas ikke til følge.

Underretning bes gitt, herunder om at riksadvokatens avgjørelse ikke kan påklages, og at privat straffesak kan reises i medhold av straffeprosesslovens kap. 27.

Knut Erik Sæther
ass. riksadvokat

Anders Blix Gundersen
statsadvokat