

Barnedødsårsaksprosjektet

Bedre undersøkelse ved plutselig uventet død i sped- og småbarnsalder

Forskningsprosjekt i helseregion sør og øst

Rapport til Riksadvokaten



Rettsmedisinsk institutt
Universitetet i Oslo, 2004

Barnedødsårsaksprosjektet

Rapport til Riksadvokaten med forslag til fremtidig organisering av undersøkelser ved plutselig uventet død i sped- og småbarnsalder

Prosjektkoordinator: Lisbeth Sveum

Rettsmedisinere: Torleiv Ole Rognum
Åshild Vege
Marianne Arnestad
Arne Stray-Pedersen

Styringsgruppen: Torleiv Ole Rognum
Rettsmedisinsk institutt, Oslo

Erik Kreyberg Normann
Sykehuset Buskerud HF

Jens Grøgaard
Ullevål Universitetssykehus

Atle Dyregrov
Senter for krisepsykologi, Bergen

Sted: Rettsmedisinsk institutt
Universitetet i Oslo

Sponsorer: Landsforeningen til støtte ved krybbedød
Helse & Rehabilitering

Innhold

1	Mandat	5
2	Sammendrag	6
3	Bakgrunn for prosjektet	8
3.1	Krybbedøpandemien – uheldige episoder	8
3.2	Nye rutiner – politiet i bakgrunnen	9
3.3	Nedgang i krybbedødsrate – nye utfordringer for politi og helsetjeneste	9
3.4	Internasjonalt krav om dødsstedsundersøkelse	11
3.5	Prøveordning med dødsstedsundersøkelse i Norge	12
4	Bedre undersøkelse ved plutselig uventet død i sped- og småbarnsalder	13
4.1	Forskningsprosjektets metode	13
4.2	Dødsstedsundersøkelse	13
4.2.1	Rekonstruksjon med fotografering og video-opptak	13
4.3	Operasjonalisering av observasjoner ved dødsstedsundersøkelsen	14
4.3.1	Grad av uaktsomhet ved ulykker og uforstand ved omsorgssvikt	14
4.3.2	Risikofaktorer for krybbedød i barnets soveomiljø	15
4.4	Evaluering av den psykologiske virkningen av dødsstedsundersøkelsen	16
4.5	Kontroller	16
4.6	Kasuskonferanse	16
4.6.1	Kasuskonferansens betydning for diagnosesetting	17
5	Hva ble observert i prosjektet	18
5.1	Hvordan døde barna?	18
5.2	Grad av uaktsomhet ved ulykker	18
5.3	Grad av uforstand ved omsorgssvikt	20
5.4	Risikofaktorer for krybbedød i barnets soveomiljø	22
5.4.1	Krybbedødfrenes risikoprofil sammenlignet med kontrollbarna	22
6	Betydningen av kasuskonferanser	23
7	Betydningen av de enkelte undersøkelsene for den endelige diagnosen	24
8	Strafferettslige følger av Barsedødsårsaksprosjektet	25
8.1	”Avkriminalisering” – avkreftelse av mistanke om straffbare forhold	25
8.2	Eksempler på ”avkriminalisering”	25
8.2.1	Forutsetningen for å kunne ”avkriminalisere”	26
8.2.2	Avkreftelse av mistanke om ulykke	26

9	Psykologisk effekt av dødsstedsundersøkelsen på de berørte familiene	27
10	Hvilke erfaringer bør videreføres?	28
10.1	Dødsstedsundersøkelse	28
10.2	Hvem bør undersøke omstendighetene?	28
11	Hvordan bør dødsstedsundersøkelser organiseres?	29
11.2	Forskjellige modeller for dødsstedsundersøkelse	29
11.2.1	Alminneliggjort politimodell	29
11.2.2	Spesialisert politimodell	29
11.2.3	Sakkyndig-modellen	29
11.2.4	Vurdering av de enkelte modellene	29
12	Hovedkonklusjon	31
	Referanser	32

1 Mandat

På møtet ved Rettsmedisinsk institutt den 13.05.04 fikk prosjektet følgende mandat av Riksadvokaten:

- Gi en oppsummering av Barsedødsårsaksprosjektet med foreløpige resultater
- Komme med forslag til fremtidig organisering av undersøkelser av plutselig uventet død i sped- og småbarnsalder

2 Sammendrag

Plutselige og uventede dødsfall i sped- og småbarnsalder representerer en stor utfordring for helsetjeneste, politi og rettsmedisinere. I henhold til forskriftene til helsepersonellovens § 36, ansees et dødsfall i utgangspunktet som unaturlig dersom årsaken er ukjent og døden har inntrådt plutselig og uventet. Slike dødsfall skal omgående meldes til politiet, og politiet på sin side skal ifølge påtaleinstruksen, i alminnelighet påse at det uføres rettslig likundersøkelse. I 1991 ble kravet om rettslig obduksjon ved plutselig uventet død hos spedbarn og småbarn innskjerpet gjennom et rundskriv fra Riksadvokaten. Samtidig ble politiet trukket vekk fra dødsstedet og oppfølgingen av familien lagt til helsetjenesten. I begynnelsen av 1990-tallet sank antall krybbedødsfall dramatisk samtidig som det ble økt oppmerksomhet omkring omsorgssvikt og mishandling ved plutselige spedbarnsdødsfall.

Internasjonalt har dødsstedsundersøkelse etter 1989 i stigende grad blitt ansett som en helt nødvendig forutsetning for en adekvat undersøkelse av denne typen dødsfall. I 1998 ble det fra Rettsmedisinsk institutt tatt et initiativ til å etablere en obligatorisk dødsstedsundersøkelse. Initiativet ble støttet av Landsforeningen til støtte ved krybbedød og stiftelsen Helse & Rehabilitering. Av formelle grunner måtte prosjektet utsettes inntil det fikk en form som var i overensstemmelse med norsk lov. Løsningen ble at prosjektet fikk design som forskningsprosjekt med frivillig deltakelse og informert samtykke av de berørte familiene. I denne form ble prosjektet startet 1. april 2001 med politiavdelingssjef Lisbeth Sveum som koordinator. Sveum ble ansatt i prosjektet slik at hun ikke skulle ha bindinger til politiet. For øvrig deltok rettsmedisinere Torleiv Ole Rognum (prosjektleder), Åshild Vege, Marianne Arnestad og det siste året Arne Stray-Pedersen.

I prosjektperioden var det i alt 64 plutselig uventede dødsfall i sped- og småbarnsalder i våre regioner. I 46 tilfeller ble det gjennomført dødsstedsundersøkelse og i de fleste tilfellene ble det arrangert kasuskonferanse etter at svar på alle undersøkelser forelå. Ved kasuskonferansen deltok koordinator, rettsmedisinere, involverte barneleger samt eksterne eksperter i radiologi, nevropatologi, mikrobiologi og kriminalteknikk/taktikk. Dødsstedsundersøkelsen har rent praktisk ført til at kriminelle forhold ble avkreftet i 14 tilfeller der det i utgangspunktet var mistanke om staffbare forhold. 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.

Ingen av tilfellene avdekket straffbare forhold som det ikke i utgangspunktet allerede var mistanke om. Det ble påvist fem tilfeller av uaktsomhet/uforstand i varierende grad. Dødsstedsundersøkelsen var av vesentlig betydning for diagnosen i 31 % av tilfellene med forklarlig død og såkalt "borderline" krybbedød.

En oppfølging av familiene ved *Senter for krisepsykologi* i Bergen, viste at selve dødsstedsundersøkelsen ble oppfattet som positiv av de rammede familiene. Prosjektgruppen anbefaler at det innføres en obligatorisk dødsstedsundersøkelse ved alle tilfeller av plutselig uventet død i sped- og småbarnsalder (ca 50 tilfeller per år i hele landet). En mulig løsning er en politimodell der lokalt politi foretar dødsstedsundersøkelse. Et annet alternativ er en spesialisert politimodell med landsdekkende ansvar plassert på Kriminalpolitisenralen.

Det alternativet som prosjektgruppen anbefaler er en sakkyndig-modell med et landsdekkende kompetansenettverk bestående av eksperter med politifaglig bakgrunn og rettsmedisinere. Dødsstedsundersøkelse bør utføres av noen få ”sakkyndige” politieksperter og rettsmedisinere som rapporterer til påtalemyndigheten uten å være en del av denne.

*Plutselig uventet spedbarnsdød
befinner seg i et vanskelig farvann
mellom helsetjeneste og rettsvesen*

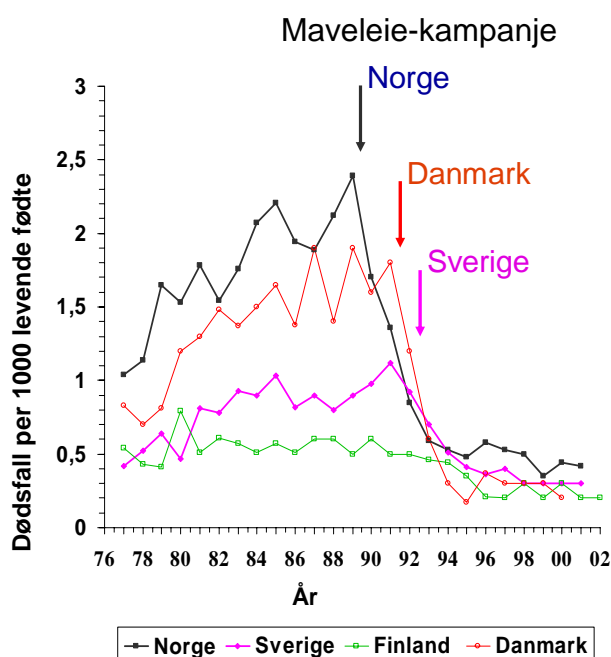
*Ingunn Fossgard
førstestatsadvokat*

3 Bakgrunn for prosjektet

3.1 Krybbedødepidemien – uheldige episoder

Krybbedød er plutselig uventet død hos et spedbarn som forblir uoppklart etter gjennomgang av sykehistorie, omstendigheter ved dødsfallet og en grundig obduksjon.

Utover 1970- og 1980-tallet steg antall plutselig uventede dødsfall i spedbarnsalder (krybbedød) voldsomt fra år til år. "Epidemien" kulminerte i 1989 med 142 slike dødsfall bare i Norge (Fig 1).



Figur 1. SIDS rater i de nordiske land 1977-2002

“Epidemien” rammet familier i alle samfunnslag, og noen uheldige episoder med lite skjønnsom åstedsgranskning og avhør ved politiet, førte til ønsket om at politiet skulle trekkes bort fra denne typen dødsfall (1). Helsetjenesten syntes totalt fraværende ved disse tragediene og den eneste ”oppfølgingen” familien ofte fikk, var et skjema fra politiet (Melding om avgjørelse i straffesak) der det fremgikk at saken var henlagt etter bevisets stilling eller som intet straffbart forhold.

Midt på 1980-tallet hadde politiet i Oslo på egen hånd tilpasset seg situasjonen idet man avstod fra åstedsundersøkelse. I stedet reiste sivilkledd polititjenestemenn til sykehuset der de var sammen med barnelegen under samtalen med foreldrene.

Problemets størrelse ved slutten av 1980-tallet – ¼ % av alle levende fødte spedbarn døde i krybbedød – førte til forhandlinger mellom Riksadvokaten, Helsedirektoratet, Landsforeningen til støtte ved krybbedød og Rettsmedisinsk institutt i Oslo, med tanke på å utarbeide bedre rutiner ved undersøkelse av dødsfallene (2).

3.2 Nye rutiner – politiet i bakgrunnen

I 1991 gav Riksadvokaten en ny instruks til politiet i hele landet. Følgende hovedpunkter ble innskjerpet:

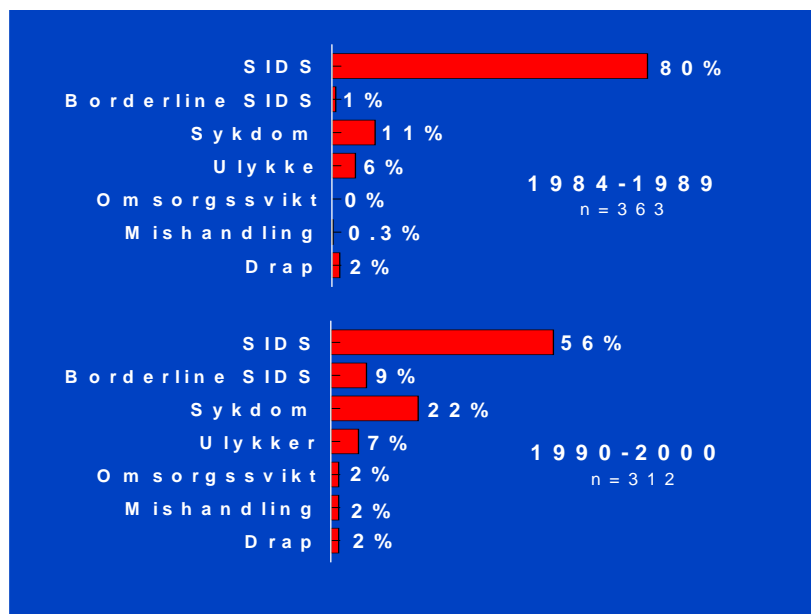
- 1) Det gjøres rettslig likundersøkelse i alle tilfeller av plutselig uventet spedbarnsdød (krybbedød)*
- 2) Politiet skal avvente resultatet av den rettslige obduksjonen før de eventuelt tar direkte kontakt med den berørte familien*
- 3) Dersom intet mistenkelig finnes ved obduksjonen, avslutter politiet saken og videre oppfølging av familiene skjer gjennom helsevesenet*
- 4) Politiet avstår fra å sende standard skjema om at saken er henlagt fordi det ikke foreligger straffbart forhold*

I 1992 sendte Helsedirektøren et rundskriv til sykehus og primærhelsetjeneste som var harmonisert med Riksadvokatens rundskriv til politiet. Her fremgikk det at sped- og småbarn som dør plutselig og uventet skal legges inn på nærmeste sykehus. Sykehus og primærhelsetjeneste ble pålagt ansvaret for oppfølging av de rammede familiene.

3.3 Nedgang i krybbedødsrate – nye utfordringer for politi og helsetjeneste

Rundt 1990 ble mistanken reist om at risikofaktorer som maveleie hadde spilt en vesentlig rolle for økningen i antall krybbedødstilfeller. Store kampanjer ble lansert på begynnelsen av 1990-tallet av Landsforeningen til støtte ved krybbedød og helsemyndighetene, som i ettertid viste seg å føre til en dramatisk nedgang i antallet krybbedødstilfeller – fra 2,4 ‰ av alle levende fødte i 1989 til 0,4 ‰ i 2001 (Fig 1). Tilsvarende trender ble sett i alle vestlige land.

Selv om antall krybbedødstilfeller gikk dramatisk ned, var dette ikke tilfellet for andre plutselig uventede dødsfall i denne aldersgruppen: sykdomsdødsfall, ulykkesdødsfall, dødsfall som skyldtes omsorgssvikt og barnemishandling, samt dødsfall på grunn av drap (Fig 2).

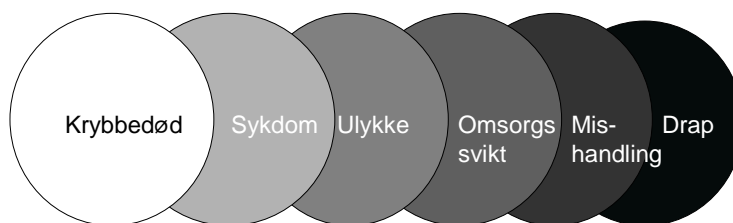


Figur 2. Plutselig uventet spedbarnsdød i sørøst-Norge 1984-1989 og 1990-2000. Andelen av krybbedød er blitt redusert, mens andelen av alle andre dødsårsaker har økt. Tilfeller av omsorgssvikt og mishandling ble nesten ikke sett i den første perioden.

Tvilstilfeller der diagnosen volder store vanskeligheter er også blitt vanligere. Mens krybbedød utgjorde den altoverveiende andel av plutselig uventede dødsfall i spedbarnsalderen på 1980-tallet har den relative andelen av tvilstilfeller – det man kaller ”borderline” krybbedød – økt betydelig. Med ”borderline” krybbedød menes krybbedød der det er forhold i sykehistorien, forhold ved omstendighetene rundt dødsfallet eller der det avdekkes skader og sykkelige forandringer ved obduksjonen. Forhold som ikke ansees å være tungtveiende nok til å forklare dødsårsaken (Fig 2)(3,4).

Fra mange land meldes det om at dødsfall der det er spørsmål om omsorgssvikt eller mishandling, såkalte ”gråsonedødsfall” er blitt et voksende problem (Fig. 3). Fra Bristol i England ble det nylig rapportert at hele 30% av alle plutselig uventede dødsfall i spedbarnsalderen var assosiert med fattige forhold, omsorgssvikt, barnemishandling og av og til drap (Berry JP. Kongressrapport fremlagt ved ESPID kongressen i Barcelona, 1997).

Flere gråsonetilfeller



Figur 3. Å skille mellom ulykker, omsorgssvikt og mishandling kan være svært vanskelig.

Plutselig uventet spedbarnsdød har endret karakter og økningen av ”gråsonedødsfall” stiller store krav til undersøkelsen av hvert enkelt dødsfall. Ekspertene må beherske hele spekteret - fra kriminalteknikk til kunnskap om sjeldne sykelige tilstander i spedbarnsalderen.

Utfordringen er antakelig for stor til at den kan overlates til én og samme person. Ulike fagpersoner som arbeider med problematikken har derfor foreslått at det dannes tverrfaglige team som undersøker disse dødsfallene. Ingen ønsker tradisjonell politietterforskning gjeninnført, men det er gode argumenter for å introdusere et team av spesialtrene fagfolk med rettsmedisinsk og politifaglig bakgrunn. I England og andre land treffes en beslutning om den endelige diagnosen etter en kasuskonferanse der en rettsmedisiner/barnepatolog, barnelege, andre medisinske spesialister, sosialarbeider og eventuelt spesialister fra politiet deltar.

3.4 Internasjonalt krav om dødsstedsundersøkelse

I 1989 vedtok The National Institute of Health (NIH) i USA en ny definisjon for krybbedød som nå gjelder i USA og ellers brukes i store deler av verden:

Plutselig uventet død hos et spedbarn under ett år som forblir uforklart etter en grundig undersøkelse som inkluderer en komplett obduksjon, undersøkelse av dødsstedet og gjennomgang av sykehistorien.

Kravet om at dødsstedsundersøkelse skal være gjennomført for å kunne bruke diagnosen *sudden infant death syndrome (SIDS)*, som er det internasjonale ordet for krybbedød, førte til problemer internt i Norge. Politiet var instruert til å holde seg borte fra dødsstedet og ingen annen instans har overtatt denne oppgaven (5). Det faktum at krybbedød per definisjon er uforklarlig, stiller i seg selv store krav til undersøkelsen. Intet forsøk på å forklare dødsfallet må være uprøvd. Internasjonalt finnes omfattende prosedyrer for hvordan dødsfallene bør undersøkes, og i England og Tyskland er det gjennomført prosjekter med dødsstedsundersøkelse utført av spesialister. En internasjonal obduksjonsprotokoll er

akseptert av mange land (4,6). Kravene til grundig undersøkelse ved alle plutselige spedbarnsdødsfall har ført til forslag om en ny internasjonal definisjon med flere kategorier krybbedød (7).

3.5 Prøveordning med dødsstedsundersøkelse i Norge

I flere enkelttilfeller gikk verdifull informasjon fra dødsstedet tapt, slik at etterforskningen ble alvorlig hindret. Dette førte til et sterkt behov for å gjeninnføre en eller annen form for undersøkelse av dødsstedet. Landsforeningen til støtte ved krybbedød og stiftelsen Helse & Rehabilitering støttet derfor et prosjekt initiert av Rettsmedisinsk institutt der rettsmedisiner og en politifaglig person var tenkt å utføre dødsstedsundersøkelse i alle tilfeller av plutselig død i sped- og småbarnsalder. Det legale grunnlaget for en slik ordning var komplisert, og etter grundig gjennomtenkning fra Riksadvokatens side, ble det besluttet at prosjektet skulle gjennomføres som et forskningsprosjekt med frivillig deltakelse av de berørte familiene (8,9). Prosjektet ble gjennomført i perioden 1. april 2001 til 1. april 2004 og en del av funnene blir presentert nedenfor. Den vitenskapelige bearbeidelsen av observasjonene er ikke avsluttet, og etter hvert som disse resultatene foreligger vil de bli publisert i internasjonale vitenskapelige tidsskrifter (10,11,12).

4 Bedre undersøkelse ved plutselig uventet død i sped- og småbarnsalder

4.1 Forskningsprosjektets metode

Studien ble designet som et forskningsprosjekt med frivillig deltakelse fra foreldrene og med skriftlig samtykkeerklæring. Forskningsprosjektet omfattet helseregion sør og øst, d.v.s. 10 fylker og 2.5 millioner innbyggere. Inkludert er alle plutselig uventede dødsfall i sped- og småbarnsalder fra 0-3 år.

Etter prosjektstart 1. april 2001 ble de første 6 månedene benyttet til å tilrettelegge rutiner for samarbeid med sykehusene og politidistriktene i helseregion sør og øst. Samtlige sykehus med barneavdeling og alle politidistriktene ble besøkt for å informere om prosjektet, og det ble utpekt en kontaktperson ved hvert sykehus og politidistrikt.

4.2 Dødsstedsundersøkelse

Dødsstedsundersøkelsene startet 1. september 2001. Ved dødsfall kontaktet barnelegen ved det lokale sykehuset prosjektkoordinator umiddelbart. Obduksjonen ble forsøkt gjennomført innen 12 timer etter dødsfallet og ble utført av to rettsmedisinere. Prosjektkoordinator var til stede ved obduksjonen og dokumenterte skader og sykkelige forandringer med foto.

Dødsstedsundersøkelsen ble organisert av koordinator innen 24 timer. Koordinator forberedte først foreldrene telefonisk før undersøkelsen fant sted om at en av rettsmedisinerne som gjennomførte obduksjonen og koordinator selv ønsket å intervju dem om barnet, sovmiljøet, kjente risikofaktorer for krybbedød o.s.v. etter en standardisert protokoll, samt stille spørsmål til selve hendelsen da barnet døde. Hendelsene omkring dødsfallet ble rekonstruert med alderstilpassede dukker og dokumentert med foto og video etter en standardisert mal (10).

Ved dødsstedsundersøkelsen fikk foreldrene generell informasjon om krybbedød, og dersom det var mulig av hensyn til saken ble de informert om foreløpige resultater fra obduksjonen. Foreldrene ble gitt anledning til å stille spørsmål dersom de ønsket dette. De ble orientert om videre saksgang, om oppfølging fra lokalt sykehus, om mulighet for profesjonell sorgstøtte og om å motta informasjon om de endelige resultater fra obduksjonen. Dødsstedsundersøkelsen var ikke tidsbegrenset, men varte vanligvis i 2-3 timer.

4.2.1 Rekonstruksjon med fotografering og video-opptak

Den aktuelle hendelsen ble rekonstruert ved hjelp av alderstilpassede dukker (Fig 4).

Både situasjonen da barnet ble lagt til å sove og da det ble funnet dødt ble rekonstruert og dokumentert med fotografier og videofilm (Fig 5).



Figur 4. Dukkene som ble anvendt til rekonstruksjoner. Fra venstre mot høyre: nyfødt-3 måneders alder, 4-6 måneders alder, og 7-12 måneders alder.



Figur 5. Prosjektkoordinator videofilmer et dødssted.

4.3 Operasjonalisering av observasjoner ved dødsstedsundersøkelsen

4.3.1 Grad av uaktsomhet ved ulykker og uforstand ved omsorgssvikt

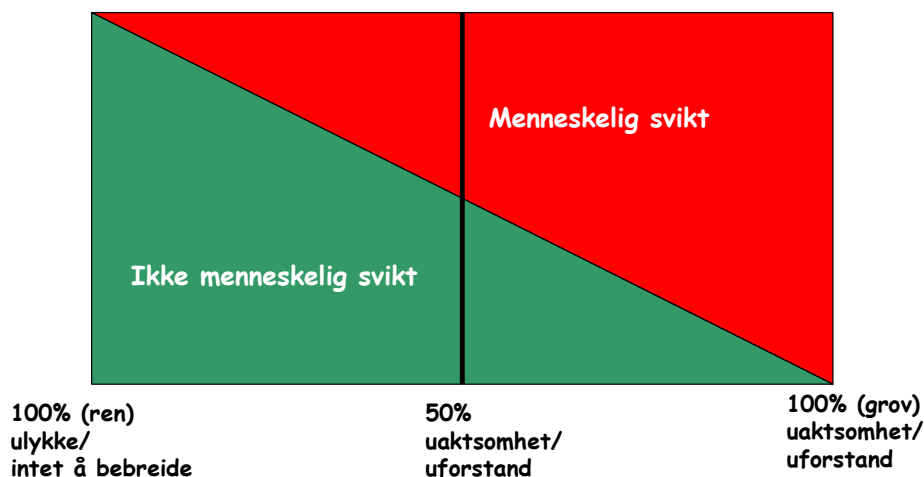
Grad av uaktsomhet/uforstand i tilfellene med ulykker og omsorgssvikt ble (Fig. 6) vurdert som :

”100 % (ren) ulykke/intet å bebreide”

”50 % uaktsomhet/uforstand”

”100 % (grov) uaktsomhet/uforstand”

Begrepene ”uaktsomhet” og ”uforstand” er i vår sammenheng beskrivende formuleringer – ikke strafferettslige begreper. De strafferettslige slutninger er det politi og påtalemyndighet som må vurdere å ta stilling til.



Figur 6. Grad av menneskelig svikt ved ulykker og omsorgssvikt. Den røde trekanten representerer menneskelig svikt og den grønne alle andre forhold enn menneskelig svikt. Alle dødsfallene der ulykker og menneskelig svikt eller omsorgssvikt har spilt en rolle, befinner seg et sted mellom ytterpunktene. For enkelthets skyld har vi delt tilfellene inn i 3 hovedgrupper: 100 % (ren) ulykke/intet å bebreide, 50 % uaktsomhet/uforstand og 100 % (grov) uaktsomhet/uforstand.

4.3.2 Risikofaktorer for krybbedød i barnets sovemiljø

For å vurdere graden av de ulike risikofaktorene i sovemiljøet ble det benyttet et skåringssystem som er modifisert etter Sveum et al (11) (Tabell 1).

En skåre på 7 representerer lavest mulig risiko og en skåre på 20 representerer maksimal risiko.

Tabell 1. Skåringsystem for risikofaktorer i sovemiljø

	Skåre	Variasjon av skåre	
Liggestilling ¹	1 - 4	1 (ryggen)	- 4 (ansiktet rett ned)
Sovested ²	1 - 4	1 (egen seng forelderrom)	- 4 (sofa med foreldre)
Hode tildekket	1 - 2	1 (nei)	- 2 (ja)
Lag med klær ³	1 - 4	1 (1 lag klær)	- 4 (>2 lag og lue)
Madrass	1 - 2	1 (fast)	- 2 (myk)
Dyne	1 - 2	1 (lett / ingen)	- 2 (varm / tung)
Romtemperatur	1 - 2	1 (normal <22° C)	- 2 (varmt >22°C)

Rangering av skåre 7 - 20

¹Skåre 2 betyr sideleie, 3 betyr mageleie med ansiktet til siden.

²Skåre 2 betyr egen seng, på eget soverom, 3 betyr samsoving i seng med foreldre.

³Skåre 2 betyr 2 lag klær uten lue, 3 betyr >2 lag klær uten lue.

4.4 Evaluering av den psykologiske virkningen av dødsstedsundersøkelsen

For å evaluere den psykologiske virkningen dødsstedsundersøkelsen hadde på familiene deltok 20 familier i en parallellstudie i regi av Senter for krisepsykologi i Bergen. Psykolog Unni Marie Heltné besøkte familiene to måneder etter dødsstedsundersøkelsen. Metoden hun benyttet var et kvalitativt intervju med foreldrene med fokus på opplevelsen av dødsstedsundersøkelsen og et spørreskjema med fokus på vurdering av dem som gjennomførte undersøkelsen (13).

4.5 Kontroller

Som kontroller i studien ble det plukket ut tre levende barn for hvert dødsfall. "Kontrollbarnet" hadde samme kjønn, alder og fødested, og kontrollfamiliene ble i likhet med foreldrene til de døde barna bedt om å svare skriftlig på spørsmål om sovemiljø, stallevaner og andre forhold av betydning for krybbedød. Kontrollfamiliene ble spesielt spurt om risikofaktorer knyttet til krybbedød, slik som liggestilling, påkledning o.s.v. for et såkalt referansedøgn.

4.6 Kaskonferanse

Når alle resultatene fra dødsstedsundersøkelse og obduksjon forelå, ble det i hvert tilfelle avholdt kaskonferanse for å diskutere den endelige dødsårsaken. Her deltok eksperter innen aktuelle fagområder, slik som nevropatologi, radiologi og mikrobiologi. Barnelegen som hadde tatt imot barnet da det ble brakt dødt til barneavdelingen var til stede, og i enkelte saker også politiet (Fig 7).



Figur 7. Kasuskonferanse med tilstedeværelse av rettsmedisiner, barnelege, politi, radiolog, mikrobiolog og nevropatolog.

Det er blitt gjennomført 46 kasuskonferanser. Tolv konferanser gjenstår per 26. august 2004.

4.6.1 Kasuskonferansens betydning for diagnosesetting

Etter kasuskonferansen ble den endelige diagnosen satt. Det ble også registrert om råd fra eksterne eksperter hadde ført til forandringer i undersøkelsesprosedyren.

5 Hva ble observert i prosjektet

Ved prosjektets slutt 1. april 2004 hadde det vært 64 dødsfall med obduksjon. I 46 av tilfellene ble det gjennomført dødsstedsundersøkelse. I 11 tilfeller hadde politiet allerede igangsatt etterforskning p.g.a. mistanke om drap, mishandling eller ulykker. I ett tilfelle dreide det seg om dødsfall i sykehus, mens 6 familier reservert seg mot å delta i studien.

5.1 Hvordan døde barna?

Dødsmåtene fordelte seg slik:

- 3 drap
- 1 mishandling
- 6 ulykker
- 7 tilfeller av omsorgssvikt
- 1 dødsfall i sykehus med mistanke om medisinsk feilbehandling
- 17 sykdomsdødsfall
- 29 krybbedød eller såkalte "borderline" krybbedød

5.2 Grad av uaktsomhet ved ulykker



Det var i alt 6 ulykkesdødsfall. To tilfeller ble vurdert som "intet å bebreide," 2 ble vurdert som 50 % "uaktsomhet" og 2 ble vurdert å skyldes ren ("grov") uaktsomhet.

Kasus 1 Ulykke

En 9 måneder gammel gutt ble på morgenen flyttet over i foreldrenes seng. En time senere kom mor for å se til gutten. Han hadde da rullet ut av sengen og blitt kilt fast i stående/knelende posisjon mellom foreldresengen og vuggen som sto tett inntil foreldresengen. Han var da død. Avstanden mellom sengene ble målt til 10 cm. Ansiktet og halsen var presset mot siden av madrassen og vangen på foreldresengen slik at åndedrettet var blitt hindret (Fig 8).

Figur 8 a-b. (a) Rekonstruksjon av situasjonen som den 9 måneder gamle gutten ble forlatt i om morgenen og (b) hvordan han ble funnet i 1 time senere.

Ved obduksjonen fant man to rødlig misfargete striper i huden under nesen og haken (Fig 9). Disse korresponderte med madrassen og vangen på sengen slik rekonstruksjonen viste. Denne situasjonen syntes umulig å kunne forutse.

Figur 9 a-b. Ansiktet med merkene som korresponderte med metallkant i siden på madrassen og med sengevangen (a) trykkmerke avsatt av metallkant merket med sort pil () (b) trykkmerket etter sengevangen, merket med åpen pil ().

Kasus 2 ”Uaktsomhet”

En 2 ½ år gammel gutt var med besteforeldrene på hytta. Bestefar felte trær mens guten lekte i nærheten. Ett av de felte trærne rullet over hodet og overkroppen på gutten slik at han ble liggende fastklemt under treet, og han døde umiddelbart. Obduksjonen viste at døden skyldtes hodeskader.

Kasus 3 ”Grov uaktsomhet”

En 11 måneder gammel pike var med foreldrene på treningstur og ble trukket i pulk. Utetemperaturen var minus 10° C. Foreldrene hadde glemt voksiposen som de vanligvis plasserte barnet i. Som erstatning benyttet de to voksne dunjakker som de pakket barnet inn i (Fig 10 a). Piken var festet i pulken med en stropp rundt magen. De siste 45 minuttene av turen foregikk i skøytetraséen av løypa med forholdsvis stor fart og de sjekket da ikke hvordan barnet satt i pulken. Da turen var avsluttet fant de barnet liggende på magen i bunnen av pulken med ansiktet begravd i en av dunjakkene, kun én hånd var synlig i åpningen av dunjakken (Fig 10 b). Rekonstruksjonen viste at materialet i dunjakken var svært tett og umulig å puste igjennom. Obduksjonen viste en surstoffmangelskade i hjernen.

Figur 10 a-b. (a) Rekonstruksjon av hvordan den 11 måneder gamle piken ble plassert i pulken og (b) hvordan hun ble funnet i bunnen av pulken. Bare hånden er synlig i åpningen på dunjakken (↗)

5.3 Grad av uforstand ved omsorgssvikt

Syv dødsfall ble vurdert til å skyldes omsorgssvikt. Tre av tilfellene ble rubrisert til å skyldes 50 % ”uforstand” og 4 tilfeller å skyldes (ren) ”grov” uforstand.

Kasus 4 ”Uforstand”

En 3 måneder gammel gutt sov sammen med sin mor i en provisorisk seng på gulvet i et 5-6 m² stort rom. ”Sengen” besto av to sofaputer, en overmadrass og en dyne (Fig 11) og var svært smal (60 cm). Under barnet lå det et sammenbrettet ullteppe. Over seg hadde de en voksen dyne.



Figur 11. Oppbygging av ”sengen” som den 3 måneder gamle gutten delte med sin mor da han døde.

Vinduet i rommet var østvendt med tynne gardiner og solen sto rett på. Da mor ble vekket utpå formiddagen, 12 timer etter at hun hadde lagt seg, var temperaturen i rommet over 30° C. Hele barnet var dekket av dynen, og det var livløst (Fig 12 a-b). De sosiale forholdene var dårlige. Begge foreldrene røykte og diverse katter gjorde fra seg på gulvet.

Figur 12 a-b. (a) Situasjonen da mor og barna la seg til å sove. (b) Situasjonen da de våknet. Dynen dekker barnets hode.

Kasus 5 "Grov uforstand"

En 3 måneder gammel pike ble lagt til å sove ved 21-tiden i to lag tøy og lue, reivet i et fleecepledd med en voksen dundyne over seg og med en varmekasse ved føttene (Fig 13 a, b). Under henne lå det et saueskinn. Foreldrene lå på samme rom og var kun iført truser. Det var ingen ventilasjon i rommet. Foreldrene ble vekket av familiens to irske ulvehunder kl 15 neste dag. Da hadde barnet vært uten tilsyn siden hun ble lagt – dvs i 18 timer. Ved helsestasjonskontroll dagen før hadde foreldrene fått beskjed om at barnet var underernært og måtte få hyppige måltider. De sosiale forholdene var svært dårlige.

Figur 13 a-b. (a) 3 måneder gammel pike som ble lagt til å sove i to lag tøy med lue og reivet i et fleece-teppe med dundyne over seg. (b) Ved fotenden var det lagt en varmeflaske.

5.4 Risikofaktorer for krybbedød i barnets sovemiljø

Kasus 6 krybbedød

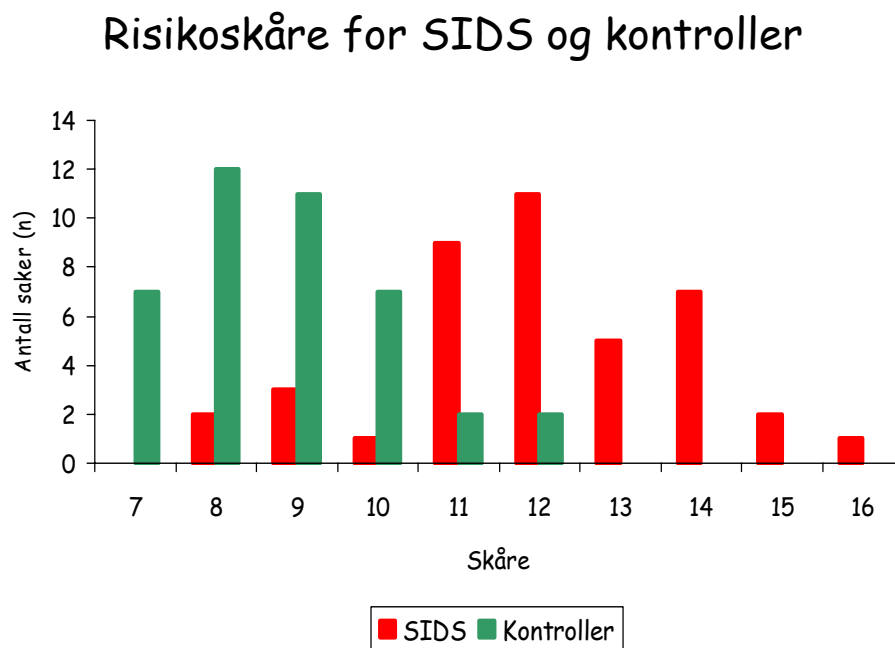
En fire måneder gammel gutt ble lagt på magen i sin egen seng etter at han var stelt kl 05.30. Han var sist tilsett kl 07.00. Da mor kom for å vekke ham i 10.00-tiden, var han død. Utover mageleie, var det ingen kjente risikofaktorer for krybbedød. Det var ingenting å bemerke ved sykehistorie, ingen tegn til skader eller sykelige forandringer ved obduksjonen og intet påfallende ved dødsstedsundersøkelsen. Etter tabell 1 (kapittel 4.2.2) fikk han risikoskåre 11.

Kasus 7 "borderline" krybbedød

En 1 måned gammel gutt sov mellom foreldrene på en sovesofa hos besteforeldrene. Det var mykt underlag, barnet hadde et baby-teppe over seg og alle tre hadde en stor voksen dyne over seg. Av ytterligere risikofaktorer var det svært varmt i rommet og mor røykte. Etter tabell 1 (kapittel 4.2.2) fikk han risikoskåre 14.

5.4.1 Krybbedødfrenes risikoprofil sammenlignet med kontrollbarna

Summen av risikoskårene hos krybbedødstilfellene og "borderline" krybbedødstilfellene ble sammenlignet med tilsvarende registrering av risikofaktorer i miljøet til de levende kontrollbarna i et referansedøgn. Krybbedød og "borderline" krybbedødstilfellene hadde signifikant høyere risikoskåre enn kontrollene. (Fig.14) (11).



Figur 14. Risikoskåre for krybbedødstilfeller (SIDS) sammenlignet med risikoskåre registrert for levende kontroller. (Kontroll). Krybbedødstilfellene har signifikant flere risikofaktorer ($p < 0,05$) enn kontrollene (11).

6 Betydningen av kaseskonferanser

Kaseskonferansene førte ikke til endringer av diagnosene. Imidlertid ble det i to tilfeller avdekket forhold som medførte at ”ren” krybbedød ble forandret til ”borderline” krybbedød (Fig 15). I 4 tilfeller kom det frem opplysninger som førte til helt nye rutiner for undersøkelsen, mens det for 14 tilfeller medførte små endringer.

Kaseskonferanser n=46

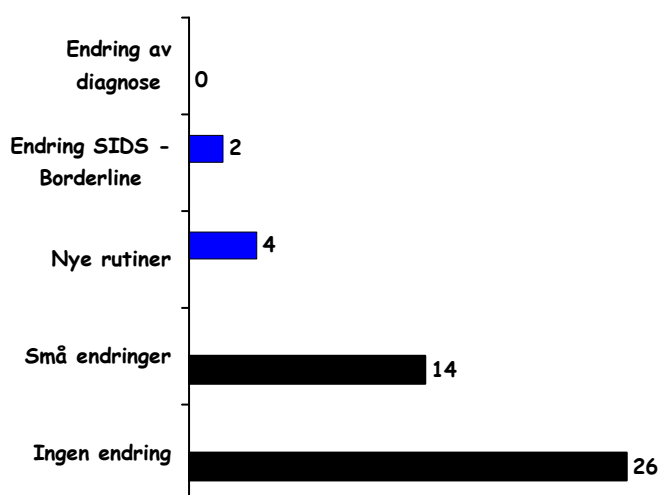


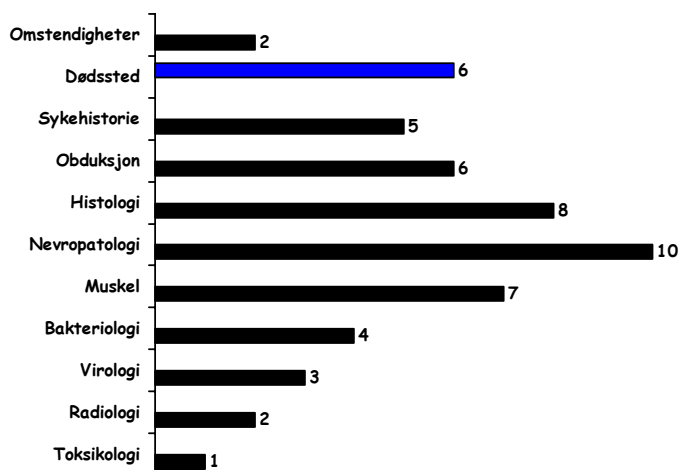
Fig. 15. Endring av dødsårsak og i rutiner som følge av kaseskonferanser.

7 Betydningen av de enkelte undersøkelsene for den endelige diagnosen

Figur 16a og 16b viser betydningen til de enkelte undersøkelsene for diagnosesettingen. Dødsstedsundersøkelsen bidro vesentlig til diagnosen "borderline" krybbedød i 6 av 21 tilfeller (Fig 16a), og til å gi en forklaring på hvorfor døden ikke skyldtes krybbedød i 9 av 28 tilfeller (Fig 16b). Det vil si at dødsstedsundersøkelsen var av vesentlig betydning i 31 % av dødsfallene der man fant en helt eller delvis forklaring på dødsfallet.

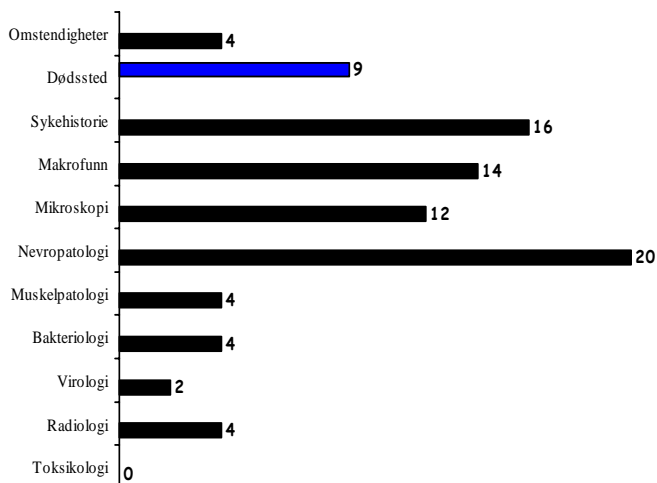
Borderline saker n=21

(Symptomer, omstendigheter eller obduksjonsfunn som ikke er alvorlig nok til å forklare døden, inkludert tilfeller av omsorgssvikt, mishandling og mulig drap av nyfødt)



Forklarlig død-tilfeller n=28

(Fullstendig forklarlige dødsfall, medregnet sykdomsdødsfall, ulykker, drap, og medisinsk feilbehandling)



Figur 16 a-b. (a) Undersøkelsene hvor funnene medførte diagnosen ”borderline” krybbedød. (b) Undersøkelsene hvor funnene førte til ”forklarlig død”.

*Ett plutselig uventet spedbarnsdødsfall
i en familie er en tragedie
To er mistenkelig
Tre er drap*

*Vincent DiMaio
rettsmedisiner (14)*

*Det finnes genetiske risikofaktor
for krybbedød.*

*Carl Hunt
barnelege og SIDS-forsker (14)*

8 Strafferettslige følger av Barsedødsårsaksprosjektet

8.1 ”Avkriminalisering” - avkreftelse av mistanke om straffbare forhold

Studien har bidratt til å fjerne mistanke om straffbare forhold i 14 (30%) av de 46 dødsfallene der det ble gjennomført dødsstedsundersøkelse. I 6 tilfeller rykket politiet ut til åstedet og utførte noe etterforskning, bl.a. tok man beslag, gjorde tekniske undersøkelser og gjennomførte avhør, vesentlig med bakgrunn i strafferegisteropplysninger vedrørende foreldrene til de døde barna. Ett av disse tilfellene førte til rettssak mot politiet og erstatningsansvar for Staten.

8.2 Eksempler på ”avkriminalisering”

Kasus 8

En pårørende som var sammen med barnet da det døde, var kjent av politiet for kriminelle forhold. Politiet ransaket huset og tok beslag i tåteflaske, laken m.v. Det forelå ingen formell beslutning om ransaking og beslag. Politiet avhørte også vitner i saken.

Dødsstedsundersøkelsen ved Barsedødsårsaksprosjektet gav ingen mistanke om straffbar handling, og obduksjon gav diagnosen ren krybbedød, idet det ble konkludert med negativ sykehistorie, ingen funn ved omstendighetene (dødsstedsundersøkelsen) og ingen funn av skader eller sykelige forandringer ved obduksjonen.

Kasus 9

I ett tilfelle var mor til barnet kjent av politiet for bl.a. promillekjøring. Politiet rykket ut til åstedet og beslagla bl.a. dyna til det døde barnet. Det forelå ingen formell beslutning om ransaking og beslag. Politiet foretok en enkel teknisk undersøkelse av stedet der barnet døde, bl.a. ved oppmåling og fotografering.

Dødsstedsundersøkelsen ved Barsedødsårsaksprosjektet avslørte ingen mistanke om straffbart forhold, og det ble etter obduksjon gitt diagnosen ”borderline” krybbedød p.g.a beskjedne forandringer i hjernevevet som imidlertid ikke var alvorlige nok til å forklare døden.

Kasus 10

I et tilfelle rykket politiet ut til åstedet fordi barnefare var kjent av politiet fra tidligere. Politiet gjennomførte en enkel teknisk undersøkelse av stedet bl.a. fotografering. De låste også av soverommet hvor barnet hadde ligget sammen med foreldrene. Det forelå ikke mistanke om straffbart forhold.

Dødsstedsundersøkelsen i forbindelse med Barsedødsårsaksprosjektet gav heller ingen mistanke om straffbart forhold, og diagnosen etter obduksjonen ble krybbedød.

8.2.1 Forutsetningen for å kunne ”avkriminalisere”

Med bakgrunn i kunnskap om krybbedød og gode rutiner for undersøkelse av slike saker, er det i ettertid lett å se at den feilaktige mistanken kanskje burde vært unngått. I ett av tilfellene ble prosjektkoordinator etter det inntrufne kontaktet av det aktuelle politidistriktet, og invitert til å holde en forelesning om emnet krybbedød, risikofaktorer o.s.v., med spesielt fokus på hvordan politiet bør håndtere slike saker.

8.2.2 Avkreftelse av mistanke om ulykke

I tre av ulykkene ble det avklart at det ikke var grunnlag for videre etterforskning fra politiets side etter obduksjonen og dødsstedsundersøkelsen.

Kasus 11

En en måned gammel pike falt plutselig om ute på en terrasseplattning og døde senere i sykehus. Politiet rykket ut slik loven pålegger ved mistanke om ulykke og gjennomførte enkel teknisk undersøkelse. Det var ikke mistanke om noen straffbar handling. Dødsstedsundersøkelsen ved Barsedødsårsaksprosjektet med rekonstruksjon av hendelsen, avslørte intet som indikerte noe straffbart, og obduksjonen viste at barnet hadde en hjernesvulst.

I ytterligere 5 saker avklarte dødsstedsundersøkelsen at det ikke var grunnlag for politietterforskning, idet de faktiske forholdene var blitt godt klarlagt. I disse tilfellene hadde ikke politiet rykket ut før Barsedødsårsaksprosjektet ble aktivert. Et slikt eksempel er gjengitt i kapittel 5.3 (kasus 4). I dette tilfellet forelå det mange risikofaktorer for krybbedød og dessuten dårlige sosiale forhold. Obduksjonen gav ingen sikker dødsårsak og diagnosen ble ”borderline” krybbedød på grunn av mistanke om kvelning og/eller overoppheting samt vanskelige sosiale forhold.

9 Psykologisk effekt av dødsstedsundersøkelsen på de berørte familiene

Rapporten fra *Senter for krisepsykologi* i Bergen (13) konkluderer med at det ikke er noen motsetning mellom en grundig undersøkelse av stedet der barnet døde og god ivaretagelse av foreldrene. Det konkluderes med at dødsstedsundersøkelsen var en positiv opplevelse for foreldrene og en støtte til å mestre smertefulle opplevelser, og at dette var trolig fordi undersøkelsen ble gjennomført av kompetente fagfolk med erfaring i å møte pårørende i en vanskelig situasjon.

Hvordan ble dødsstedsundersøkelsen vurdert som helhet av foreldrene?

31	meget positiv
3	positiv
1	nøytral
0	negativ
0	meget negativ

Videre er foreldrene som har deltatt i prosjektet så å si entydige i at dødsstedsundersøkelsen bør gjennomføres for alle som mister barn plutselig og uventet. Flertallet av foreldrene ville anbefale andre foreldre å delta i en lignende undersøkelse. Ingen ville fraråde det.

Foreldrene som deltok i dødsstedsundersøkelsen var overensstemmende i den positive vurderingen, og flertallet opplevde en direkte lindrende effekt. Spesielt fremheves den omsorg og respekt foreldrene følte de fikk sammen med forståelig informasjon og at de ble tatt på alvor.

Ingen følte seg mistenkeliggjort eller stigmatisert selv om det var tøft å vise og beskrive i detalj hva som skjedde da de fant barnet.

De faktorene som bidro til at dødsstedsundersøkelsen virket positiv var at den ga klar og tydelig informasjon på et tidlig tidspunkt, og at informasjonen var tilpasset mottakeren. Den ble gjennomført raskt etter dødsfallet og de som utførte undersøkelsen klarte å skape trygge relasjoner til foreldrene. Foreldrene ble gitt anledning til å gå gjennom hendelsesforløpet og de fikk snakket med rettsmedisineren som hadde utført obduksjonen. Disse faktorene er klart sammenfallende med prinsippene for god kriseintervensjon, selv om dette ikke var intensjonen med undersøkelsen. Hovedhensikten var å få nok informasjon til å avgjøre årsaken til at barnet døde.

10 Hvilke erfaringer bør videreføres?

10.1 Dødsstedsundersøkelse

I henhold til (NIH) definisjonen for krybbedød (se kpt 3.4) kreves gjennomføring av dødsstedsundersøkelse i alle tilfeller av plutselig uventet død i spedbarnsalder. Det er derfor vanskelig å tenke seg at man i Norge ikke innfører obligatorisk dødsstedsundersøkelse i en eller annen form. I henhold til Norsk lov er det kun politiet som har hjemmel til å foreta undersøkelser i folks hjem ved unaturlig død (Straffeprosesslovens § 228 jfr Påtaleinstruksen).

All erfaring, og også dette Barsedødsårsaksprosjektet, viser at dødsstedsundersøkelse er høyspesialisert og krevende. Tidligere politiinspektør Leif A Lier ved Oslo Politidistrikt uttalte ved den internasjonale krybbedødkonferansen i Stavanger i 1994 at dødsstedsundersøkelse utvilsomt er ønskelig, men at "vanlig" politi ikke har forutsetninger til å utføre slike undersøkelser på en meningsfull måte (5).

10.2 Hvem bør undersøke omstendighetene?

Tidligere studier utført ved Rettsmedisinsk institutt i Oslo har vist at undersøkelse av omstendighetene, herunder dødsstedsundersøkelse, er et av de viktigste hjelpemidlene ved den endelige diagnosesettingen. I hele 42 % av de dødsfallene der det ble funnet en årsak til døden (ikke krybbedød) var opplysninger om omstendighetene avgjørende for å stille diagnosen (12).

I det aktuelle prosjektet bidro dødsstedsundersøkelsen vesentlig til diagnosen i 9 av 28 tilfeller ved forklarlig død og i 6 av 21 tilfeller av "borderline" krybbedød (Fig 16a-b). Dette indikerer at en tilbakevending til situasjonen før Barsedødsårsaksprosjektet, da dødsstedsundersøkelse bare unntaksvis ble utført og som oftest av politi uten spesiell trening er uheldig. Barsedødsårsaksprosjektet bekrefter entydig at dødsstedsundersøkelsen er helt nødvendig. Spørsmålet er om dødsstedsundersøkelsen bør foretas av "vanlig" politi, politi med spesialtrening eller av nøytrale sakkyndige, med politifaglig bakgrunn.

11 Hvordan bør dødsstedsundersøkelser organiseres?

11.2 Forskjellige modeller for dødsstedsundersøkelse

11.2.1 Alminneliggjort politimodell

Etter denne modellen foretar lokalt politi i det enkelte politidistrikt rutinemessig dødsstedsundersøkelse ved alle tilfeller av plutselig uventet død i sped- og småbarnsalder. Dette vil kreve betydelig innsats i form av kursing av politidistriktenes medarbeidere. Et problem vil være at antall dødsfall blir for lite til at tjenestemennene skal få tilstrekkelig erfaring. Med 40-50 slike dødsfall i året på landsbasis kan det bety at enkelte politidistrikter ikke engang vil få så mye som ett dødsfall per år. Dette vil gjøre det svært vanskelig å bygge opp en tilfredsstillende kompetanse lokalt.

11.2.2 Spesialisert politimodell

Etter denne modellen bygges det opp en spesialgruppe, for eksempel ved KRIPOS, der en liten gruppe etterforskere kurses og læres opp i gjennomføring av denne typen dødsstedsundersøkelser. Medarbeiderne må rykke ut ved dødsfall uansett hvor i landet de inntreffer. Ved behov kan spesialgruppen anmode rettsmedisinere fra de regionale rettsmedisinske institusjonene om bistand ved dødsstedsundersøkelsen.

Det kan også tenkes mellomløsninger der det opprettes grupper av spesielt kvalifiserte polititjenestemenn ved politidistriktene i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø. Det er likevel et adekvat spørsmål om sakstilgangen er stor nok til å gi hvert sted den nødvendige kompetanse. Antakelig bør hver tjenestemann ha minst 10 tilfeller i året for å kunne opprettholde og videreutvikle en slik spisskompetanse.

11.2.3 Sakkyndig-modellen

Sakkyndig-modellen innebærer at det opprettes et landsdekkende kompetansenettverk for undersøkelse av plutselig uventede dødsfall i sped- og småbarnsalder. De sentrale medarbeiderne består av 2-3 eksperter med politifaglig bakgrunn, uten at disse er knyttet til politiet, hvorav en fungerer som landskoordinator. Dessuten tilknyttes rettsmedisinere fra de fire rettsmedisinske institusjonene i landet. Ved plutselig uventede dødsfall i sped- og småbarnsalder utføres i alle tilfeller dødsstedsundersøkelse ved ekspert med politifaglig bakgrunn og den rettsmedisineren som foretar obduksjonen. Modellen innebærer således en videreføring av Barsedødsårsaksprosjektet med den forskjell at undersøkelsen gjøres obligatorisk. Alle medarbeiderne i nettverket har status som sakkyndig og ingen er ansatt av påtalemyndigheten. Det samarbeides med lokalt politi på samme måte som det har vært gjort i løpet av Barsedødsårsaksprosjektet på sørøstlandet, dvs at alle funn rapporteres både til politiet og etter nærmere regler til ansvarlig instans i helsetjenesten.

Den kompetansen som bygges opp kan gjerne være en del av et større nettverk slik at medarbeiderne også kan bidra ved undersøkelse av levende barn der mishandling og omsorgssvikt mistenkes. Naturlige samarbeidspartnere vil være kompetansesenteret ved Ullevål sykehus og Senter for krisepsykologi i Bergen.

11.2.4 Vurdering av de enkelte modellene

Undersøkelse ved plutselig uventet død i sped- og småbarnsalder er en vanskelig oppgave. Arbeidet med slike saker foregår i et vanskelig farvann mellom helsetjeneste og rettsvesen. En rekke saker med høy mediaprofil i mange land, også i Norge, viser med all tydelighet at feltet krever høy kompetanse og godt faglig og menneskelig skjønn. Det bør unngås at man havner i en av de to følgende ”grøfter”:

- 1) Ett plutselig uventet dødsfall i en familie er en tragedie, to er mistenkelig og tre er drap (uttalt av den amerikanske rettsmedisineren Vincent DiMaio)
- 2) Den for tiden tiltagende populære forestilling om at alle typer plutselig uventede dødsfall kan skyldes en arvelig predisposisjon (genetiske risikofaktorer) (14).

Dette betyr at eksperter som skal undersøke disse dødsfallene må være, eller samarbeide med, eksperter innen et vidt område som spenner fra kriminalteknikk/taktikk til kunnskap om sjeldne arvelige sykdommer. Undersøkelsen må derfor utføres av relativt få personer, men eksistere i et nettverk der all nødvendig kompetanse er tilgjengelig. Tilknytning til et Universitetssykehus med service innen barneradiologi, genetisk screening, barnepatologi, rettspatologi, nevropatologi, mikrobiologi og helst klinisk rettsmedisin er helt nødvendig. Dersom slike miljøer tilføres nødvendig politifaglig kompetanse, vil man besitte den spisskompetansen som trengs. I praksis betyr dette en videreføring av kunnskapen som er bygget opp gjennom BARNEDØDSÅRSAKSPROJEKTET.

Kostnadene ved å opprettholde et slikt kunnskapsnivå er beskjedne. Servicen et slikt kompetansenettverk kan yte, vil kunne forenkle politiets arbeid i disse sakene.

*Det er viktig at alle involverte
ikke bare har, men også synliggjør
omtanke og respekt for ofre og pårørende.*

*Tor-Aksel Busch
Riksadvokat (15)*

12 Hovedkonklusjon

Siden 1991 har det ikke vært gjennomført obligatoriske undersøkelser av stedet der sped- og småbarn dør plutselig og uventet. Dødsstedsundersøkelsen bidro vesentlig til diagnosen i 31 % av de tilfellene der det ble konstatert en dødsårsak eller et betydelig funn, og er helt nødvendig for å belyse omstendighetene ved slike dødsfall. Slik ivaretar dødsstedsundersøkelsen rettssikkerheten til de pårørende og barnet. Dessuten gir slik undersøkelse mulighet til å oppdage nye risikofaktorer for krybbedød og derved hindre fremtidige dødsfall. Forebyggelse av nye epidemier med krybbedød, forårsaket av skadelige moter i spedbarnspleien (som mageleie), er en viktig folkehelseoppgave.

Prosjektgruppen vil anbefale at dødsstedsundersøkelse ved plutselig uventet død i sped- og småbarnsalder gjøres obligatorisk. Erfaringene fra Barsedødsårsaksprosjektet med en sakkyndig-modell uten direkte bindinger til politiet fungerer bra og innebærer flere praktiske og følelsesmessige fordeler for familiene som rammes.

Det er viktig å ha klare roller og være tydelig og presis ved informasjonshenting, og med informasjon som formidles til de pårørende ved dødsstedsundersøkelsen. Dette er også en av faktorene som fra foreldrenes side synes mest positive ved dødsstedsundersøkelsen i Barsedødsårsaksprosjektet, og som sammenfaller med prinsipper for god kriseintervensjon.

Prosjektgruppen anbefaler at sakkyndig-modellen velges for en eventuell fremtidig landsdekkende ordning med obligatorisk dødsstedsundersøkelse ved plutselig uventet død i sped- og småbarnsalder.

Referanser

- 1) Rognum TO, Saugstad OD, Lier L-A. Politietterforskning ved krybbedød? Hvordan bør helsevesenet, rettsmedisinere og politi samarbeide? Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 1752-1753
- 2) Rognum TO, Lier LA. Police investigation and SIDS: An improved system of cooperation between health personnel, forensic pathologists, and the police? In: Sudden Infant Death Syndrome. New Trends in the Nineties. Ed. TO Rognum. Scandinavian University Press 1995: pp 289-292
- 3) Rognum TO. The definition and pathological features. In: Eds Roger W Byard and Henry F Krous. Sudden Infant Death Syndrome – problems, progress and possibilities. Edward Arnold (Publishers) Limited, London 2001: pp 4-30
- 4) Rognum TO, Arnestad M, Bajanowski T, Banner J, Blair P, Borthne A, et al. Consensus on diagnostic criteria for the exclusion of SIDS. Nordisk Rettsmedisin 2003; 9: 62-73
- 5) Rognum TO, Willinger M. The story of the "Stavanger-definition". In: Sudden Infant Death Syndrome. New Trends in the Nineties. Ed. TO Rognum. Scandinavian University Press 1995: pp 17-20
- 6) Krous HF. The international standardized autopsy protocol for sudden unexpected infant death. In: Sudden Infant Death Syndrome. New Trends in the Nineties. Ed. TO Rognum. Scandinavian University Press 1995: pp 81-95
- 7) Krous HF, Beckwith JB, Byard RW, Rognum TO, Bajanowski T, Corey T, et al. Sudden infant death syndrome and unclassified sudden infant deaths: a definitional and diagnostic approach. Pediatrics 2004; 114: 234-238
- 8) Vege Å, Arnestad M, Sveum M, Rognum TO. Barnedødsårsaksprosjektet. Bedre undersøkelse ved plutselig uventet død i spedbarns- og barnealder - en forutsetning for å bekjempe dødsfallene. Nordisk Rettsmedisin 2001; 7: 19-22
- 9) Sveum L, Vege Å, Arnestad M, Heltne U, Rognum TO. Bedre undersøkelse ved plutselig uventet død i spedbarns- og barnealder – en forutsetning for å bekjempe dødsfallene – en oppfølging. Nordisk Rettsmedisin 2002; 8: 61-63
- 10) Sveum L, Sidebitham P, Schlaud M, Blair P, Rognum TO. Results and recommendations I) Significance of death scene investigation. Nordisk rettsmedisin, 2003; 9: 64
- 11) Sveum L, Arnestad M, Vege Å, Rognum TO. Evaluation of the death scene - development of a scoring system to operationalise observations. SIDS international Conference, Edmonton, Alberta Canada July 2-6, 2004 s 188 abstract.
- 12) Arnestad M, Vege Å, Rognum TO. Evaluation of diagnostic tools applied in the examination of sudden unexpected deaths in infancy and early childhood. Forensic Sci Int 2002; 125: 262-268
- 13) Heltne UM, Dyregrov A. Foreldrenes opplevelser ved deltagelse i frivillig dødsstedsundersøkelse. Senter for Krisepsykologi, Bergen, februar 2003.
- 14) Eastman Q. Crib death exoneration could usher in new gene tests. Science 2003; 300: 1858
- 15) Hansen KM. Politiet må vise ofrene mer omsorg. Aftenposten 22. august 2004