

Metoderapport til Skup

Av Maria Hasselgård, Espen Andersen,
Ole Jørgen Kolstadbråten og Bjørn Olav Nordahl



Pengespesialistene

NRK Brennpunkt har avslørt:

- At både barn, eldre og smertepasienter har fått overbehandling og blitt direkte feilbehandlet. Noen har fått skader for livet, andre har dødd.
- At milliarder av offentlige helsekroner kan misbrukes av legespesialister når tilliten de er vist, blir brutt.
- At kontrollsystemet svikter og legene får fortsette som før fordi etater og tilsynsmyndigheter i helsevesenet ikke kommuniserer godt nok.

I kjølvannet av avsløringene er leger blitt stanset, nye regler i helseforetakene er innført, tilsynssaker blitt åpnet og politietterforskning igangsatt.

Innhold

1 Innledning	1
2 Organiseringen av arbeidet	2
3 Hva er nytt?	2
4 Omvendt systematikk	3
4.1 Store tillitsbrudd - ulikhet for loven	3
5 Tidligere erfaringer, nye metoder	4
5.1 Innsynsarbeidet	4
5.2 Erfaring som metode	4
5.3 Leger på laget	5
5.4 Langsiktig kildepleie og kildebase	5
6 Analysen	6
6.1 Klart under panseret	6
7 Å velge bort	6
8 Barnelegen i Arendal	7
8.1 Rekordmannen	7
8.2 Nesten 150 millioner	8
8.3 Spesialist for voksne?	8
8.4 15 sekunder	9
8.5 Informasjon og korreksjon	9
8.6 Stemmer det de sier, eller husker de dårlig?	10
8.7 Skyldes statistikken én mann?	10
9 Øyelegen i Narvik	11
9.1 Menneskemøter og lefser	12
9.2 Den ytterste nøgne ø	13
9.3 I lomma på politiet, eller motsatt?	13
9.4 Mye penger, mange biler	14
10 Smerteklinikken i Oslo	15
10.1 Døden på sykehjemmet	16
10.2 Møt de du undersøker	17
10.3 Les alt, systematiser og ikke gi deg	17
11 Etske utfordringer	18
11.1 Barn som hovedpersoner - etske avveininger	18
11.2 Kontroll av fakta	18
11.3 Andre etske vurderinger	19
12 Konsekvenser	19

Vedlegg	1
A Innsynsbegjæring, 1. februar 2018	1
B Databasetabellene, endringer i databasestrukturen	2
C Utdrag fra line-by-line	3
D Granskes for feil takstbruk, nrk.no 31. mars 2019	11
E Anmelder omstridt øyelege, nrk.no 2. april 2019	19
F Øyelege pågripes i politiaksjon, nrk.no 3. april 2019	24
G 10 nye henvendelser om øyelegen, nrk.no 8. april 2019	30
H Mistet synet på ett øye, nrk.no 29. april 2019	34
I Tjener på inn- og utpust, nrk.no 22. mai 2019	48
J Hun stanset turbolegen, nrk.no 24. mai 2019	73
K Til kamp mot grådige leger, nrk.no 28. mai 2019	102
L Mister retten til å operere, nrk.no 9. juli 2019	107
M Vil ha makstak på pasientlister, nrk.no 25. oktober 2019	113
N Må betale tilbake fem millioner, nrk.no 25. oktober 2019	118
O – Helt unik i Norge, nrk.no 5. november 2019	123
P Dødsårsak: Smertestillende medisiner, nrk.no 23. november 2019	131
Q Vil frata barnelege retten til å kreve refusjon, nrk.no 25. november 2019	166
R Vet ikke hvem som skriver ut mest medisiner, nrk.no 25. november 2019	169
S Leger kreves for millioner, men anmeldes ikke, nrk.no 10. desember 2019	174

Oslo, 13. januar 2020

Maria Hasselgård: maria.hasselgard@nrk.no
 Espen Andersen: post@espenandersen.no
 Ole Jørgen Kolstadbråten: ole.jorgen.kolstadbraten@nrk.no
 Bjørn Olav Nordahl: bjorn.olav.nordahl@nrk.no

NRK Brennpunkt, Bjørnstjerne Bjørnsons plass 1, 0340 Oslo

1 Innledning

Avtalespesialister? Nei, det var ikke dette begrepet som stod lengst framme i panna til foreldrepåret som fortsatt lurte på hva som hadde skjedd da sønnen deres døde på et sykehjem, bare 33 år gammel. Men mye skulle endre seg i løpet av noen timer der vi satt i stua i Vestby og snakket oss gjennom saken som hadde dominert livene deres de siste åra. Men altså. Det finnes en yrkesgruppe både fastlegene og pasientene må støtte seg til når de mer kompliserte helseutfordringene dukker opp. Den består av leger med rundt seks års tilleggsutdannelse. De setter diagnoser og styrer videre behandling. I mange tilfeller et løp som varer livet ut. De som kalles avtalespesialister har fagfelt som barn, øye, lunge, smerte osv. Det regionale helseforetaket tildeler hjemler så disse legene kan avlaste sykehusene. De 735 avtalespesialistene er helt avgjørende. De foretar faktisk 25 prosent av alle polikliniske behandlinger, 2,5 millioner pasientkontakter i året.¹ Dette er en politisk villet situasjon, en form for privatisering eller outsourcing av det offentlige helsetilbudet. Til beste for pasienten? Med avtalen følger offentlige finansiering, både i form av driftsstøtte og rett til å kreve refusjon fra Helseøkonomiforvaltningen (Helfo). I praksis betyr det at det ikke spiller noen rolle om pasienten blir sendt til behandling hos avtalespesialisten eller på det lokale sykehuset. Egenandelen er lik. Men lønna til legen er ikke den samme. Derfor er det stor konkurranse om å få hjemmel som avtalespesialist. Går du fra et offentlig sykehus til en avtalepraksis, blir inntekten mangedoblet. Det skjer fordi det er en direkte sammenheng mellom den behandlingen pasienten får av avtalespesialisten og den lønna legen sitter igjen med.

Men hva skjer når noen få utvalgte spesialister, basert på tillit, kan innrette praksisen som de vil og deretter sende store regninger til Helfo?

Høsten 2017 begynte vi arbeidet med å kartlegge hvor mye penger norske fastleger hentet ut i refusjon fra Helfo. Vi bygget en database basert på innsyn i 120 millioner enkeltregninger (vedlegg B). Dette er beskrevet i metoderapportene “Legekoden” og “Legekoden Data Skup”. Det hadde vært et omfattende arbeid, likevel var vi ikke fornøyde. Vi hadde dokumentert at flere fastleger forsynte seg i overkant mye av den offentlige kaka, noen opererte sågar med fiktive konsultasjoner. Men vi var ikke i mål med konsekvensene for pasientene. Hva betyr det for enkeltmennesker når pengesekken er så stor og mulighetene for legespesialistene til å påvirke sin egen lønn er så mange? Så det var god grunn til å se på dem. Både med respekt og med et kritisk blikk. For det fantes avgjørende spørsmål:

Går organiseringen av avtalespesialistene ut over kvaliteten? Blir noen skadet? Finnes det særlig utsatte grupper?

Publisering er en metode i seg selv og man må aldri undervurdere betydningen av å få ut stoffet og sakene man sitter på. Forsommeren 2018, noen uker etter publisering av “Legekoden”, kom det en henvendelse til teamet. Fra en voksen mann. Han gikk til en barnelege med astma- og allergiproblemene sine. Som pasient hadde han stusset. Både over det voldsomme tempoet på legesenteret, men også over takstbruken. Til slutt hadde mannen kontaktet Helfo og bedt om innsyn i regningene som barnelegen hadde sendt inn på ham etter konsultasjonene. Omtrent samtidig begynte meldingene å komme inn fra ulike fastleger. Det var litt som i eventyret om Bukkene Bruse: “Ikke ta meg, ta heller broren min. Han er mye større og sterkere”. Med andre ord: Det er ikke her de store pengene ligger for enkeltleger. Sjekk avtalespesialistene.

Frødis Olafsen, leder i Praktiserende spesialisters landsforening (PSL), uttalte følgende: “*Bruk av avtalespesialister representerer et svært kostnadseffektivt supplement til den offentlige spesialisthelsetjenesten. Mange pasienter får vel så god oppfølging og behandling hos praktiserende spesialister som på poliklinikker.*”

Lista var lagt. Men funnene viste seg å bli langt mer alvorlige enn i forrige runde. For oss ble 2019 på mange måter “pasientenes år”.

¹Kilde: Aktivitetsdata for avtalespesialister (pdf): www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-avtalespesialister/Aktivitetsdata%20for%20avtalespesialister%202018.pdf

2 Organiseringen av arbeidet

Arbeidet er organisert som tre parallelle løp:

- Undersøkelser av øyeleger med hovedfokus på en klinikk i Narvik
- Undersøkelser av barneleger med hovedfokus på en klinikk i Arendal
- Undersøkelser av smerteleger med hovedfokus på en klinikk i Oslo

Bakgrunnen for den ovennevnte inndelingen ligger i de statistiske funnene vi satt igjen med etter at vi i august 2019 fikk innsyn i 11,7 millioner regninger som spesialistene hadde sendt inn til Helfo fra 2015-2018. Datakjøringene viste at enkelte spesialister i disse gruppene utmerket seg med et svært høyt uttak av penger fra Helfo. Når én enkelt barnelege kunne ta ut så mye som 14 millioner i refusjon på ett år, var det grunnlag for å se nærmere på tallene, hvilke koder som gikk igjen og hva som faktisk genererte inntekter. 14 millioner er tre ganger så mye som de best betalte fastlegene hentet ut fra Helfo. På samme måte fant vi ut at det var grunn til å se nærmere på smerteleger og øyeleger. Øye- og barnelegene fikk plass i filmen “Pengespesialistene” som ble publisert i mai 2019. Saken om smertelegene ble publisert i Lørdagsrevyen og på nett i november 2019.

Det er vanskelig å skille dette arbeidet fra det som ble gjort med “Legekoden” i 2017-18. Metodikk og problematikk henger uløselig sammen. Samtidig har prosjektet utviklet seg. Gammel kunnskap har gitt ny innsikt og lagt grunnlaget for nye metoder. Totalt har det samme teamet jobbet med normaltariffen, refusjonsordningen og helseøkonomi i to og et halvt år. Felles kunnskap kombinert med ulike ferdigheter gir trygghet og utvikling. Kilder avler kilder.

Totalt har vi produsert to dokumentarfilmer og tre store nettrigg i denne runden. Med bakgrunn i det totale datasettet har vi produsert 65 nyhetssaker for nett, radio og tv.

Prosjektleder Cecilie Ellingsen har fulgt prosessen fra begynnelse til slutt og har vært en avgjørende medspiller og sparringspartner.

3 Hva er nytt?

Overordnet: Helsedirektoratet opplyser at vi er de første journalistene som har bedt om innsyn i og har systematisert innsendte refusjonskrav fra fastleger og avtalespesialister. Til sammen dreier det seg om eksakt 136 500 590 enkeltregninger. I løpet et arbeid over to og et halvt år har vi avdekket enkeltlegers kritikkverdige praksis – og et mangelfullt kontrollsystem. I siste runde har vi funnet følgende:

- Vi fant at tre grupper med særlig utsatte pasienter (barn, eldre, smertepasienter), ikke bare fikk feilaktig behandling, men også ble alvorlig skadet eller døde i møte med avtalespesialistene.
- Deler av systemet med avtalespesialister virket mot sin hensikt. Pasienter måtte oppsøke det offentlige helsevesenet fordi de ikke fikk hjelp, eller mottok feilaktig behandling, hos avtalespesialistene. Vinningen gikk opp i spinningen.
- Ved å sette sammen ulike dokumenter fra ulike etater og se på dem samlet, har Brennpunkt dokumentert hvordan uheldig praksis har fått pågå gjennom mange år. Få hjemler gjør at de regionale helseforetakene biter seg selv i halen. Det er umulig å klare seg uten avtalespesialistene, og det blir derfor vanskelig å stoppe dem når de driver på en kritikkverdig måte.
- Betaling av egenandel hos avtalespesialist ble praktisert ulikt. Nå skal rettsapparatet ta stilling til flere tusen saker der pasienter kan ha betalt for mye for behandling hos avtalespesialist.
- Enkeltkontroller blir utført sporadisk og i begrenset omfang. Avtalespesialistene mottar mest penger per lege, men på dette feltet var det færrest systematiske kontroller fra Helfo.

- Brennpunkt har vi vist at det har vært dårlig kommunikasjon mellom de ulike etatene og tilsynsmyndighetene. Informasjon ble ikke utvekslet tilfredsstillende. Dermed kunne legespesialistene fortsette sin uheldige og/eller skadelige praksis.
- Vi avdekket en utstrakt bruk av overbehandling, screening av pasienter, unødvendige og skadelige undersøkelser/behandlinger. Dette har hatt store samfunnsøkonomiske utslag, og store, negative konsekvenser for pasientene, særlig for barn som ble overmedisinert eller feilmedisinert.
- Før vår publisering hadde ikke de regionale helseforetakene et tilstrekkelig regelverk til å revidere og kontrollere avtalespesialistene. Det har de fått nå.
- Vi har avdekket at selv om avtalespesialistene må tilbakebetale millionbeløp, blir ingen anmeldt og de fortsetter som før.
- Vi har avdekket hvordan én avtalespesialists behandlingspraksis av barn kan gi utslag på nasjonal helsestatistikk.

4 Omvendt systematikk

I journalistikken leter vi gjerne etter en case som kan berøre seere og lesere. I dette prosjektet har vi gått motsatt vei. Ved å systematisere *alle* regninger i databasen og deretter gå til personhistorier, kunne vi bruke enkeltmenneskene til å vise hvilke systemiske utfordringer de representerte.

Det var først da vi viste at historien representerte utnyttelse av et tillitsbasert system, der overbehandling tillates uten at det får konsekvenser, at vi hadde gjort jobben vår. Når smerteleger gjør pasienter rusavhengig, kunne Smerteforeningen for eksempel avvist oss med at dette var et unntak. Men når vi kunne dokumentere at halvparten av smertelegene med avtale var blant de som mottok mest i refusjon, var det uttrykk for mer enn ett enkelt avvik. I tillegg viste det seg at inntektene deres stammet fra behandlinger som Smerteforeningen mente skapte rusavhengighet. Da var det grunnlag for å diskutere om systemet åpner for akkurat dette.

4.1 Store tillitsbrudd - ulikhet for loven

Gjennom arbeidet med fastlegene, og nå avtalespesialistene, var det én ting som var klart. Legene kunne få tilbakebetalingskrav fra Helfo i millionklassen, og fortsette som før. Grensen for grovt bedrageri for andre som snøt det offentlige for penger, er 100.000 kroner, straffen er bøter og fengsel. Da Nav-skandalen ble rullet opp høsten 2019, ble temaet enda mer aktualisert. Var det likhet for loven? Det vi visste fra de legene vi hadde undersøkt var:

- Ingen av legene vi hadde undersøkt etter 2015, verken blant fastlegene eller avtalespesialistene, var anmeldt.
- Tidligere pålegg om praksisendringer så heller ikke ut til å hjelpe. De fortsatte praksisen de hadde fått beskjed om var feil. Altså må de ha handlet med forsett, noe som i rettssystemet gjør saken mer alvorlig.
- Klaget de på tilbakebetalingssaken, kunne behandlingen ta flere år før den etter mange runder i systemet endte hos Helseklage. Der ble opprinnelig sak avgjort. Fikk Helfo fullt medhold, fikk ”dommen” ikke betydning for refusjonene legene hadde urettmessig fått i årene klagesaken varte. Det lå gode penger i å la klagesakene vare lengst mulig.

Vi brukte §9 i Offentleglova igjen og ba Helfo om å gjøre en sammenstilling over de ti avtalespesialistene med de største tilbakebetalingskravene siden 2015. Da oversikten kom, søkte vi innsyn i alle tilbakebetalingskravene for å kunne omtale dem mer i detalj i en nyhetssak og eventuelt sammenligne med andre saker. – Spørsmålet om legespesialistene reiser et spørsmål om rettsstaten vår, sa jusprofessor Malcom Langford på Institutt for offentlig rett (UIO) og fortalte at hans kolleger ville jobbe videre med rettspraksisen på feltet. (Vedlegg S)

5 Tidligere erfaringer, nye metoder

Avtalespesialistene sender altså regningene til Helfo. På denne står det koder som gir uttrykk for hvilke behandlinger pasienten har fått. Det er disse kodene som har vært nøkkelen til å finne ut og forstå hva hvilke undersøkelser som er gjort, hvilke behandlinger, når og i hvilke mengder. Undersøkende journalistikk krever tid, og utvikling av egne metodeverktøy krever også ressurser. Derfor er det viktig at når første sak er publisert, må metodene utvikles og videreføres til nye prosjekter. Så hva var det vi hadde lært i første omgang som vi nå perfektionerte?

Innsynsbegjæringen som vi formulerte første gang, hadde krevd grundig research. Når vi nå byttet ut fastleger med avtalespesialister, kunne vi finpusse og strømlinjeforme denne med utgangspunkt i tidligere erfaringer.

5.1 Innsynsarbeidet

I februar 2018 fortalte helseforvaltningen oss at det var første gang journalister hadde kommet med en så vidløftig begjæring om innsyn i databasesystemet som hadde fått den passende forkortelsen KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner). Med en utbetaling på 35 mrd. kroner av folks skattepenger i et tillitsbasert system, skulle man forvente større interesse.

Siden vi hadde gjort grunnarbeidet på hvordan innsynsbegjæringen skulle formuleres, tok det nå under en uke å få svar - og tilgang på 13 millioner regninger. Det offentlige gjemmer seg ofte bak unntaksbestemmelsene i offentlighetsloven, som for eksempel gir adgang til å avvise begjæring som krever taushetsbelagt informasjon (her: om pasienter) og for mye arbeid. For å vite hva vi skulle be om i innsynsbegjæringen, måtte vi vite hvordan KUHR var bygget opp. En av databaseadministratorene for KUHR kom raskt i dialog med Espen hos oss. Datamannen møtte en likesinnet, en som visste hvordan man tenkte på andre siden av bordet. Derfor kunne vi mer effektivt kombinere kunnskapen om hva slags sammenstillinger vi kunne få ut, med innsikt i hvordan basen var organisert. Alt sammen sett opp mot formuleringen i offentleglovas § 9:

Alle kan krevje innsyn i ei samanstilling av opplysningar som er elektronisk lagra i databasane til organet dersom samanstillinga kan gjerast med enkle framgangsmåtar.²

5.2 Erfaring som metode

Nøkkelen var altså “enkle framgangsmåtar”, samt Espens datakunnskaper og den dialogen vi fikk med forvaltningen og teknikerne deres. Slik kom vi rundt problemer med taushetsbelagt informasjon og unngikk at framgangsmåten ble for arbeidskrevende. I den opprinnelige, første innsynsbegjæringen ga vi presis informasjon om hva vi ønsket, hvordan og oppfordret til videre dialog, basert på kunnskap om hva som ligger i KUHR (vedlegg A). Saksbehandleren og andre kompetente databaseeiere i Helsedirektoratet ble uvurderlige i samtaler og møter om å finne løsning på metodiske problemer i byggingen av en egen database og kvalitetskontroll av våre egne kjøringer.

Vi kunne selvsagt sendt innsynsbegjæring for å få vite hvilke leger som tjente mest på hvilke koder, og vi kunne basert oss på kjøringer gjort av Helfo/Helsedirektoratet. Men vi ville ikke fått svar på de overordnede systemiske spørsmålene. Det krevde at vi hadde hele basen og kunne se etter mønstre. Etter å ha bedt om innsyn i regningene fra avtalespesialistene, satt vi med data som inneholdt 28 milliarder helsekroner over fire år, fordelt på totalt 12 156 leger.

Men vi var ikke interessert i å bare overta én enkelt database. Vi bygget derfor datasettet ut med data fra foretaksregisteret, innbyggertall fra fastlegelistene, tilsynssaker fra Helsetilsynet, og data fra autorisasjonsregisteret. Det handler om å sette sammen et puslespill. Totalen gjorde at vi kunne avdekke legespesialister som var til fare for pasientene, manglende kontroll og en systemisk svikt som gjorde at en ung gutt endte livet på et sykehjem, full av statlig dop. Og det uten at noen ble stilt til ansvar.

²Offentleglova § 9 (lovdata.no)

I første runde med “Legekoden” tok arbeidet med databasen mye ressurser. På mange måter fikk tallene hovedoppmerksomheten i journalistikken, ikke de berørte. Nå hadde vi et helt annet utgangspunkt å bygge videre på:

- En teknisk infrastruktur vi utviklet og perfektionerte.
- Etablerte kilder; de som eide datamaterialet var trygge på at vi forstod det.
- Felles kunnskap endret dialogen i teamet, vi kommuniserte bedre — på samme språk.
- SQL-spørringer som kunne brukes om igjen, nå visste alle hvordan vi skulle snakke med basen og hva vi kunne og skulle spørre etter.

Konklusjon: Vi fikk mye mer tid til selve journalistikken rundt caser og fagpersoner.

5.3 Leger på laget

Å kritisere en kollega i full offentlighet er vanskelig. Gjennom fastlegeprosjektet opplevde vi at legene og fagforeningen deres lukket seg. Til tross for åpen invitasjon til å diskutere både metode og funn gjennom hele prosessen, valgte Legeforeningen skyttergravene. Dette var uheldig, ikke minst fordi vi trengte flinke fagfolk til å kommentere, vurdere og korrigere funnene våre. Dette løste vi bedre i denne runden da vi oppdaget legeforeningens egen kampanje “Gjør Kloke Valg” høsten 2018. Den var ledet av Ketil Størdahl. Han var i tillegg leder av pediaterforeningen og forsker på si. Kampanjen gikk rett inn i problemene med overbehandling. Vi tok tidlig kontakt for å utveksle informasjon, fast bestemt på å bruke åpenhet som arbeidsmetode. Det førte til en lang dialog, større tillit og trygghet. I tillegg hadde vi plutselig en “motpart” som ville stille på kamera. Parallelt jobbet vi med å få andre fagfolk på banen. Øyeavdelingen i Bergen viste seg å være et slikt fagmiljø. Men det tok oss tre måneder med forhandlinger for å overbevise øyelegene ved Haukeland om at vi både skulle få filme der - og ikke minst få en vurdering av det arbeidet som en kollega i Narvik hadde gjort. Men da avtalen først var i boks, fikk vi unik tilgang, tydelige vurderinger og god støtte for hypotesen vår. Tips: Åpnehet, god tid og involvering av avdelingssjef gir resultater.

5.4 Langsiktig kildepleie og kildebase

Gjennom arbeidet med “Legekoden” bygget vi et bredt kildenettverk blant fastleger, forskere — og pasienter. Denne kildekontakten samt flere tips til redaksjonen gjorde at vi i løpet av arbeidet med fastlegene pekte ut avtalespesialistene som neste gruppe leger vi burde undersøke. Vi brukte bevisst fastlegeprosjektet til å berede grunnen for neste prosjekt ved å logge all kildekontakt — og pleie de som hadde informasjon om legespesialister. Fastleger med tips ble bedt om å forhøre seg med pasienter — og be dem kontakte oss. Dessuten utløser selve publiseringsperioden et engasjement, der hvert tips må ivaretas for mulig oppfølging. Det var spesielt mange pasienter som kontaktet oss — enkelte om sine spesialistleger hvor de hadde reagert på regninger eller behandling. Disse henvendelsene håndterte vi ved blant annet å opplyse om at de kunne søke innsyn i sine egne regninger. Dette var noe de færreste pasienter visste. Man kan ikke forvente at ikke-journalister kjenner til offentlighetslov og innsynsbegjæring. Vi omformulerte et standardbrev vi hadde benyttet for fastlegepasienter til å gjelde avtalespesialistene. Her kunne pasientene bare fylle inn navn og personnummer og sende til Helfo. Vi opplyste også denne gang Helfo om tiltaket ettersom vi ventet det kunne skape en viss arbeidsbelastning for dem, noe som hjalp dem i planleggingen — og ga pasienten raske svar. Vi tilbød oss dermed å tolke regningen når de fikk svar, men presiserte at dette ville bli gjort anonymt og uten forventning om at de skulle bidra i media. Men vi unngikk også å skape forventninger om at vi ville gå videre med sakene. Vi var igjen opptatt av mønstre - som pekte ut leger i et system. Premissene i kontakten med sårbare kilder var derfor klare fra starten. Vi måtte ikke komme i samme situasjon som legene vi omtalte, der pasienter følte de ble utnyttet.

6 Analysen

Databasekjøringene ble annerledes denne gangen i forhold til da vi arbeidet med fastlegene. I tillegg til å se på takstkoder — en liste med bestemte tall- og bokstavkoder som knyttet bestemte prosedyrer og behandlingsformer til fastsatte pengeutbetalinger — kunne vi nå organisere legene inn i ulike spesialiteter, for å se om vi fant tendenser som spesielt knyttet seg til visse fagområder.

Det tok ikke lang tid før vi satt med lister over navn på spesialister som skilte seg ut på den ene eller andre måten.

6.1 Klart under panseret

Vi hadde allerede utviklet et program som laget rapporter med grafikk og tabeller basert på legedataene. Nå tilpasset vi dette programmet til avtalespesialistene. Dessuten lå flere nokså kompliserte kjøringene allerede klare under panseret etter arbeidet med fastlegene.

Vedlegg B viser hvordan den opprinnelige databaselayouten fra arbeidet med “Legekoden” nå hadde utviklet seg til å bli en enda større database, med til sammen 20 tabeller.

Data fra flere forskjellige kilder ble lagt inn i basen, blant annet:

- Refusjonskrav
- Refusjonskrav for pasienter under 18
- Refusjonskrav for voksne pasienter
- Tilsynssaker
- Fastlege-listelengder
- Foretaksregisteret
- Autorisasjonsregisteret
- Legenes utdanningsland

Det som etter hvert ble interessant, var å sammenligne de mest ekstreme legene med kollegene innenfor samme spesialområde. Vi gjorde statistiske kjøringene i databasen som blant annet påviste at et lite mindretall av spesialistene stakk av med bortimot halvparten av potten fra Helfo. Pengene var svært ulikt fordelt på legene, og noen tjente virkelig store penger. Vi var også ute etter leger som hadde påfallende høy bruk av noen bestemte takster. Blant annet fant vi at en barnelege brukte pustetesting (spirometri) oftere enn alle andre — selv lungeleger. Vi kommer tilbake til ham.

7 Å velge bort

Vi hadde mange tall. Heldigvis forelå de systematisk, med grafikk. Og de var nå lette å lese takket være et program Espen utvikla. Det hjemmesnekra programmet konverterte SQL-spørringene våre til leselige PDF-filer i oversiktlige rapporter. Vi kunne bare si til Espen: “Jeg trenger en profil på legespesialist XXX.” Noen timer senere forelå det en full oversikt med fine grafer og tabeller — takstbruk, inntekter, antall pasienter og koder i normaltariffen.

Nå var tiden inne for et omfattende innsynsarbeid. Kjøringene pekte på tydelige tendenser, men vi måtte finne tydelige eksempler. Ikke minst: Gode pasienthistorier. Vi vendte oss til postjournalene. Det er viktig å merke seg at verken Helfo eller landets helseforetak er en del av den elektroniske offentlige postjournal og at man dermed må søke innsyn manuelt. Datakjøringene våre var derfor viktige for å se hvilke navn vi skulle søke innsyn i. Med utgangspunkt i våre egne funn kunne vi nå sende helt spesifikke innsynsbegjæringer.

Disse gikk til Fylkesmannen i Agder, Fylkesmannen i Viken, Fylkesmannen i Nordland, Helsetilsynet, og Helfo Kontroll. I tillegg søkte vi innsyn i Helse Sør-Øst og Helse Nord, som hadde avtale med samtlige av legene som var aktuelle. Til slutt koblet vi på dokumenter fra Pasient- og brukerombudet og Helsedirektoratet / Statens Helsepersonellnemnd.

Her gjorde vi en særlig nyttig erfaring. Det så ut til at de ulike myndighetene, etatene og foretakene snakket dårlig sammen. Det var først når vi kombinerte dokumenter fra alle instanser, at vi så hele bildet og forstod hvordan ting kunne gå under radaren. (Se for øvrig kapittel om legen i Narvik.)

Innsynsøvelsen og samtaler med en lang rekke muntlige kilder gjorde også at vi kunne velge bort aktuelle spesialister. Leger som kun skilte seg ut kun ved å tjene mye penger, luket vi nå ut. Det må være lov å jobbe mye og det er greit å tjene mer penger enn snittet. Vi kan selvsagt ha tatt feil, og vi utelukker ikke at andre spesialister driver like kritikkverdig som de vi endte opp med. Målet vårt var uansett å finne de praksisene som var et uttrykk for systemsvikt. De vi konsentrerte oss om var altså de som skilte seg ut på flere parametere. Takstene var utgangspunktet og viste en ytterliggående behandlingsprofil. I tillegg testet vi dette ut mot fagmiljøet, mot kontrollinstanser eller byråkrater. Vi fikk for eksempel gode innspill både fra lederen av pediaterforeningen, øyeklinikkene ved flere universitetssykehus (Bergen, Oslo, Tromsø) og fra datafolk i helsebyråkratiet. Kombinert med dokumenter fra tilsynssaker og pasientklager, gjorde vi noen avgjørende veivalg. For det var åpenbart et par leger som skilte seg ut.

8 Barnelegen i Arendal

“Ifølge bygdefolket får ‘alle’ diagnosen astma eller refluks.”

Dette var kommentaren vi fikk fra en fastlege i Telemark da vi begynte å sirkle inn Arendal Spesialistsenter (ASS) og Håvard Skjærvik. Det var bare å gå løs på tallene for å få syn for sagn.

Tipsene ble dokumentert da spesialist Håvard Skjærvik havnet øverst på listene etter datakjøringene våre. Han var den i 2018 som hadde fått overført mest fra fellesskapets kasse, 14 millioner kroner på ett år. Det er som sagt helt ok å tjene mye penger, men her var det snakk om ekstreme utslag. Gjennom eiendomsregisteret, foretaksregisteret, bilregisteret og folkeregisteret, samt Facebook og Legesenterets hjemmeside, ble vi kjent med hvem han var og hvordan disse pengene ble benyttet. Familieforhold fortalte oss hvilke eventuelle hensyn vi skulle ta i tilnærming, nettverksforbindelser fortalte hvem som støttet ham. Dette var en grunnresearch for å få et inntrykk av hvem vi hadde med å gjøre. Men vi var først og fremst interessert i pasientene og hvilken behandling de fikk. Fotografen i teamet vårt var småbarnsfar og sleit med klassiske utfordringer i denne livsfasen. Han meldte seg inn i Facebookgruppa for foreldre som hadde barn med astma og sure oppstøt. Vi var allerede tipset om at Skjærvik ble diskutert der, i hovedsak hyllet for å “endelig gi barna en diagnose”.

Hypotese: Det var en sammenheng mellom legens høye inntekter og en mulig overmedisinering og overbehandling av barn på Sørlandet.

8.1 Rekordmannen

Datakjøringene spyttet ut tall. Men det var like viktig å kjenne fagfeltet. Vi leste oss opp på lover, retningslinjer og avtaler mellom Legeforeningen og Staten. Og vi brukte fagfolk, for det de var verdt.

Et kjernebegrep i alle retningslinjer og regler for legene er at det skal foreligge medisinsk indikasjon både for å utføre tester – og senere for å gi pasienten en diagnose. Årsaken er ikke bare at unødig testing pålegger samfunnet unødige kostnader. Det påfører pasienten unødvendig ubehag, i verste fall skade.

Vi spurte datasettet hvor mange barn og voksne barnelegen i Arendal hadde behandlet. Deretter hvilke behandlinger de hadde fått. Deretter sammenlignet vi tallene med neste spesialist på lista. Skjærvik lå skyhøyt over, uavhengig av spesialitet:

- **Spirometri:** I 2018 brukte han 10.000 pustepøver for å kartlegge eventuell astma på pasientene sine, over 8300 på barn. Neste, en barnelege på lista utførte 2878 pustetester.
- **Allergivaksinering:** 2018 utførte han over 6800 allergiinjeksjoner, 5294 av dem på barn. Den neste legespesialisten på lista brukte allergisprøyter 1645 ganger på barn. Også det en barnelege.

Tallene ga oss tydelig indikasjon på “overtesting”, som i seg selv var lovstridig. Men tallene fortalte jo ingenting om pasienten fikk diagnosen astma uten grunn. Men de viste at pasientene i løpet av et år var tilbake mange ganger i et vaksinasjonsprogram som i seg selv indikerte at de også hadde fått diagnosen. Men var diagnosen feil?

Kildene fantes. Legen var en kjent mann på Sørlandet. Småbarnsfamiliene pratet med hverandre, foreldre chattet og kommenterte i sosiale medier. I tillegg kontaktet vi sykehusene i Kristiansand og Arendal, der vi fikk viktige kilder. Men før vi dro til Sørlandet, gjaldt det å få sendt innsynsbegjæringene til offentlige myndigheter for å se hva de hadde funnet ut og gjort med barnelegen.

8.2 Nesten 150 millioner

Vi søkte innsyn i alle offentlige myndigheter med kontroll -og tilsynsansvar:

- **Helfo:** Samlede utbetalinger fra årene vi ikke hadde detaljerte regninger (2004-2014) og eventuelle tilbakebetalingssaker.
- **Fylkeslegen og Helsetilsynet:** Her ba vi om all korrespondanse mellom fylkeslegen og legespesialisten. Siden den offentlige postjournalen ikke ga anledning til å gjøre navnesøk bakover i tid, ba vi dem om å gjøre et uttrekk fra arkivsystemet knyttet til en liste vi vedla, blant annet komplett journalutskrift, vedtak, varsler osv.³
- **Helse Sør-Øst:** Driftsavtaler og utskrifter på tilskudd og annen eventuell korrespondanse.

Svarene viste at Helfo bare hadde oversikt fra 2006. Den viste en utbetaling til Skjærvik på til sammen 133,5 millioner kroner de siste 12 årene i refusjon. I tillegg kom altså nesten 13 millioner i driftstilskudd fra Helse Sør-Øst. Det viste seg at Helfo helt siden oppstarten hadde hatt Skjærvik i søkelyset, uten at det ga spesielt store konsekvenser. En eldre tilbakebetalingskrav lød på 158 000. En kontroll noen år etterpå ga bare diverse pålegg om praksisendring på en del områder.

8.3 Spesialist for voksne?

I 2016 spisset det seg litt mer til. Helfo sendte et tilbakebetalingskrav til Skjærvik på over 500 000 kroner. I denne saken merket vi oss én detalj. Helfo bemerket at Skjærvik tok spesialisttakst når han behandlet voksne pasienter. Mannen var jo barnelege. Her strakk han strikken. Spørsmålet var om dette var en praksis som pågikk fortsatt.

For å finne ut dette, måtte vi be Helfo om et par ekstra datasett. Siden vi i utgangspunktet ikke hadde informasjon om pasientene bak regningene, ba vi om å få de samme datasettene utlevert på nytt for alle spesialistene. Men denne gangen ba vi om å få settet splittet i to: Ett for pasienter som var under 18 på tidspunktet for konsultasjonen, og et annet sett med de voksne pasientene.

Vi importerte de nye datasettene i databasen, side om side med det komplette settet. Tabellene kalte vi refusjon_u18 og refusjon_o18 (se vedlegg B).

Nå ble det enklere for oss å kontrollere Skjærviks bruk av spesialisttakst på barn. Vi så på hans bruk av den aktuelle taksten på pasienter under 18 år, og fant ut at han lå betydelig høyere enn andre rene barneleger.

Resultatet av spørringen viste tydelig at Skjærvik behandlet mange voksne pasienter hvor han som barnelege krevde spesialisttakst. Kjøringene våre avslørte også at han fortsatte denne praksisen, til tross for flere advarsler fra myndighetene (vedlegg D).

³Begjæringen er vedlagt, den ga et rikt tilfang til offentlig informasjon om navngitte leger som andre kan ha nytte av.

8.4 15 sekunder

I 2014 anmodet Helse Sør-Øst Fylkesmannen om tilsyn av Skjærvik for blant annet å se på “faglig forsvarlighet”, markedsføring av legesenteret, samt etterfølgelse av retningslinjer for allergivaksinerings. Tilsynet fant at det var brudd på helsepersonelloven for markedsføring. Det gjaldt imidlertid bare arrangementet “Åpen dag”, der nye pasienter ble invitert inn til allergivaksinerings. Men det forelå IKKE brudd på faglig forsvarlighet, tvert imot sa fylkeslegen at dette var et “høyeffektivt legesenter”.

Hvordan kunne vi dokumentere noe annet? Vedlegg til tilsynssaker er gjerne de mest interessante. Her fant vi timelistene til Skjærvik. De viste at han kunne ha nærmere 60 pasienter på én dag. Noen av konsultasjonene var ikke på mer 15 sekunder.

Hvorfor hadde ingen hos Fylkesmannen reagert? Et høyeffektivt legesenter?

Vi konfronterte Helfo med det vi hadde samlet av ulik informasjon fra ulike etater. Så gikk det noen dager og direktøren for Helfo Kontroll, Gry Hege Ahlgren, stilte til intervju. Etter gjentatte spørsmål lovet hun nå ny gjennomgang av forholdene ved ASS. Bakgrunnen var altså våre undersøkelser. Noen måneder senere forelå kontrollsaken. Vi ba om innsyn i sakens dokumenter. I vedtaket kom det fram at Helfo nå krevde over fem millioner i tilbakebetaling fra Skjærvik, det høyeste fra en avtalespesialist noen sinne (vedlegg N).

Vi merket oss følgende fra vedtaket:

- 15 sekunders-problematikken var en sentral del av tilbakebetalingskravet.
- Det faktum at barnelegen tok spesialisttakst når han behandlet voksne pasienter var også blitt et sentralt tema.

8.5 Informasjon og korreksjon

Gjennom telefonsamtaler og møter med et tosifret antall fastleger på Sørlandet hadde vi kommet i kontakt med pasienter. Å gå via fastlegen ga foreldre og barn trygghet. Dermed fikk vi tilgang til berørte familier som var viktig i den manuelle kartleggingen av fakta. Men det førte også til at ryktene gikk, noen som gjorde at lokalavisene begynte å interessere seg for saken og kontaktet de samme kildene.

Men vel så viktig var samtalene med familier, gjerne mødre, som talte varmt om barnelegen. Endelig hadde noen tatt barnets problemer på alvor! Vi skjønnte at negativ omtale rundt denne legen ville sette i gang både aksjoner fra legen, og fra mektige støttespillere. Det ble viktig å snakke med disse for å få korreksjon og bli utfordret på hypotesene våre. Men vi ante også at det ville bli vanskelig å få åpne kilder til filmen. De som stod fram, måtte være i stand til å tåle trøkket fra lokalmiljøet. Vi måtte ha en plan for å ivareta dem før, under og etter publisering, og selv være tilgjengelig for dem hele tiden.

Vi søkte tidlig i arbeidet faglig støtte hos professor Sverre Steinsvåg ved Øre-, nese- halsavdelingen på Sørlandet sykehus. Han hadde ledet flere forskningsprosjekter på feltet, og hadde vært med på å skrive den nasjonale veilederen for allergivaksinerings. I tillegg hadde vi løpende kontakt med Ole Bjørn Kittang, sjef ved barneavdelingen på Sørlandet sykehus. Interessant erfaring: Når sjefene snakker, vil ofte de andre ansatte også snakke med oss. Ikke minst gjaldt det Elizabeth Neegaard, som hadde startet sin karriere på ASS. Hun kalte praksisen en “fabrikk” og “et samleband”. Hun visste hvem som hadde jobbet der og hvordan praksisen var innrettet. (vedlegg I).

Problemet var at hun hadde sluttet for 14 år siden. Likevel. Rett etterpå var hun blitt ansatt på sykehuset i Arendal og hadde gjennom like mange år fått pasienter som kom fra ASS fordi de var misfornøyd med behandlingen der. På sykehuset ble de utredet på nytt, mange tatt av astmadiagnosen og vaksinasjonsprogrammet som Skjærvik hadde satt i gang. Neegaards løpende kunnskap om pasientene fra ASS over så mange år, ga henne troverdighet. I tillegg hadde vi en rekke sentrale, lukkede kilde som kjente ASS godt og støttet hennes påstander og beskrivelser.

Neegaards rolle i filmen ble sterkt angrepet av Skjærvik. Han tok kontakt med arbeidsgiveren hennes og ba om at hun måtte nektes å stille opp. Begrunnelsen var at hun var offentlig ansatt. Likeledes tok han kontakt med legene Steinsvåg og Kittang ved Kristiansand sykehus. Ingen av dem ønsket å trekke seg. Skjærvik brukte i tillegg en barnerettsadvokat til å lage et fire siders notat om barns rettigheter, og ulemper ved å bli eksponert i media. Dette ble oversendt oss kort

tid før publisering. Han tok også kontakt med Fylkesmannen og anklaget arkivarene der for å ha utlevert usladdet materiale til oss. Dette var ikke tilfelle, vi hadde fått dokumentene fra annet hold. Alt dette var en direkte konsekvens av at Skjærvik hadde fått se filmen i før publisering, sammen med advokaten sin. Vi opplever imidlertid at det er nyttig å ta diskusjonene i forkant fremfor å få unødig støy i etterpå. Her er det viktig å ha god kommunikasjon med partene slik at ingen blir overrumplet eller overrasket over at en motpart har fått se filmen.

Håvard Skjærvik klaget Brennpunkt inn for PFU. Klagen gjaldt særlig Elizabeth Neegaards deltakelse. Klagen ble avvist av PFU etter forenklet behandling.

8.6 Stemmer det de sier, eller husker de dårlig?

Vi hadde nå plukket ut tre familier som hver kunne fortelle sine historier om ulike sider av behandlingen ved ASS. Cathrine Sivertsen hadde hatt fire barn til behandling som hadde vært der til sammen 144 ganger. Tilde (11) fortalte om sine ni år med behandling for reflux. Langvarig medisinerbehandling hadde påført henne mageskade. Dette var medisiner det lokale sykehuset mente hun ikke trengte, og sykehuslegene fjernet dem. Hun ble frisk for reflux, men mageproblemene fortsatte, tarmen viste seg å være skadet. Hevde mor. Men kunne vi si at magen var skadet av medisiner hun ikke trengte og at det var feilaktig behandlingen ved ASS som var årsaken? Selv om vi hadde fått innsyn i samtlige behandlinger til samtlige barn i familien - og journalene deres - stod det ingen ting her om at årsaken til mageskaden var unødvendig medisiner. Påstanden måtte dokumenteres. Vi fikk derfor legen ved sykehuset som ledet behandlende avdeling som opererte henne til å skrive en faglig vurdering som bekreftet denne årsakssammenhengen. Vi nevner dette fordi det understreker en viktig metodisk utfordring. Muntlige utsagn fra involverte kan virke svært så troverdige. Men de må ettergås og styrkes av alternative kilder. Innen helsesektoren er dette særlig viktig. Helsepersonell er ofte bundet av taushetsplikt. Da må man ta de rundene som kreves med fritak fra denne.

Noe enda mer utfordrende skjedde da vi møtte en mor på Sørlandet som hevdet at Skjærvik hadde krevd refusjon for konsultasjoner av barnet hennes som ikke hadde funnet sted. Argumentasjonen var overbevisende. Hennes egne refleksjoner og referanser gikk på at hun hadde vært hjemme med barnet på de aktuelle tidspunktene. Hun hevdet med overbevisning at hun ikke hadde vært hos barnelegen med sønnen. Vi gjorde intervjuet og tenkte at vi hadde enda en omdreining i saken. Det hele ble klippet inn i filmen, og vi var ganske fornøyde. Likevel murret spørsmålet: Var det mor eller legen som tok feil? Vi ba om to ting. Utskrift av barnets journaler, som er tilnærmet hellige, samt refusjonskravene som var sendt Helfo. Da vi så at disse stemte overens, innså både vi og mor at hun tok feil. Vi tror ikke at hun ønsket å snakke usant. Men folks hukommelse har begrenset holdbarhet. Lærdom: Stol på dokumenter, kontroller og suppler med den menneskelige minnebank.

8.7 Skyldes statistikken én mann?

Sverre Steinsvåg er en nestor innen astmaforskning. I researchssamtalen hadde vi merket oss uttalelsen “allergi- og astmaforekomsten blant barn i Agderfylkene er den høyeste i landet – og det skyldes én lege”. Steinsvåg forklarte at det ikke var noen annen grunn til dette “for det var ikke noe spesielt med lufta i Agder”. (vedlegg I). Kildekritikk må også øves mot en professor, og før vi reiste til Arendal for intervju fant vi ingen kilder på uttalelsen. Tvert om var astmaforekomsten høyest i Akershus. Vi snakket både med pediaterforeningen, astma- og allergiforbundet om forekomsten av astma blant barn på Sørlandet. Kunne overrepresentasjonen skyldes én mann, altså Skjærvik? Var ikke det litt voldsomt? Eller var det slik at astma- og allergiforekomsten ikke hadde økt i Agder, men at det var *behandlingen* av barn som pekte seg ut i statistikkene fra Sørlandet? Det ville i så fall være et langt alvorligere funn.

I forbindelse med arbeidet med sykemeldingspraksis hos fastlegene hadde vi argumentert overfor Reseptregisteret om innsyn i legenes reseptskrivinger. Vi fikk avslag, og leste dem dithen at det er identiteten som “eier” helseopplysningene, som skal vernes. Ikke vedkommende som skriver dem ut. Vi lot den balle ligge. Men kollega Trond Øyvind Karterud fikk tilgang til databasen vår og fulgte opp saken (vedlegg R). I prosessen fant vi imidlertid en nyttig artikkel om foreskriving

av legemidler mot astma – og allergi i samme tidsperiode som Arendalslegen hadde utviklet sin virksomhet, altså fra 2004-2015. Her lå Agderfylkene på topp.⁴

Foreskrivning av medisiner mot reflux kom ikke fram i datakjøringene våre. Men en rekke muntlige kilder, hovedsaklig foreldre, fortalte om hvordan små barn fikk slike medisiner i store mengder. Her fikk vi også god faglig hjelp av leder i pediaterforeningen, Ketil Størdahl, som forsket på dette og som advarte mot slik medisinerings.

Hva så med allergisprøytene? Her kom et annet register oss til unnsetning i Helsedirektoratet, nemlig pasientregisteret. Alle behandlinger på sykehusene og blant avtalespesialistene ble registrert her. Vi lærte oss nye koder og ba om to uttrekk⁵ for årene 2010 til 2018 for barn under 18 år. Ett uttrekk for sykehusene og ett for avtalespesialistene som i dette tilfellet i hovedsak var én lege. Tallene var tydelige: Ikke noe annet sted i landet fikk så mange barn under 18 år regelmessige allergisprøyter som i Agderfylkene. De lå også over Akershus med største astmaforekomst. Vi kunne altså dokumentere at en barnelege på Sørlandet var årsaken til at astma- og allergibehandlingen i Agderfylkene var høyest i landet. Professor Sverre Steinsvåg hadde sine ord i behold da han sa:

– Det at det gis mer allergivaksine i Aust-Agder enn ellers i landet, har med én leges praksis å gjøre. Vi hadde altså påvist overbehandling med påfølgende skade av barn, mangelfull kontroll, men også at overbehandlingen ga store utslag i den offentlige statistikken.

9 Øyelegen i Narvik

Det var flere øyeleger som utmerket seg med store inntekter fra Helfo i datakjøringene våre. Naturlig nok, 34 prosent av all aktivitet i hos avtalespesialistene er det øyeleger som står for. Men vi hadde som nevnt en ambisjon om å konsentrere oss om vesentlige forhold og ikke bare se blindt på statistikk og penger. Derfor ble flere øyeleger valgt bort og vi endte opp med å sette oss på flyet til Narvik. Bakgrunnen var det innsynsarbeidet vi hadde gjort.

Her utmerket én mann seg: Øyelege Jens Kratholm. Og det var her vi oppdaget hvor viktig det var ikke bare å søke presist i dokumentene, men også å sette sammen informasjon fra ulike offentlige instanser. Det var først når vi hadde alle dokumentene fra Fylkesmennene i Nordland, Troms og Finnmark, Statens Helsetilsyn, Helsepersonellnemnda, Helse Nord, Helfo Kontroll og UNN Tromsø, at vi kunne se det store bildet. Også her benyttet vi oss flittig av retten til å få en “sammenstilling av opplysninger” som er elektronisk lagret hos et organ som er omfattet av offentleglova.

Hypotese: Det var en sammenheng mellom øyelegens høye inntekter, hans høye tempo, et stort antall pasienter og skader på disse

Totalbildet som avtegnet seg etter dokumentgjennomgangen var både interessant og urovekkende:

- Allerede i 2004 hadde en pasient reagert på behandlingen hos Kratholm og klaget til fylkeslegen. Konklusjonen fra Helsetilsynet etter to års behandling av saken, var at vedkommende kunne ha reddet synet dersom han hadde fått annen behandling.
- Dokumentene fra Helse Nord viste at øyelege Kratholm tidlig på 2000-tallet hadde fått en arbeidsavtale med helseforetaket som tillot ham å jobbe fra kl. 06 om morgenen til 22 om kvelden hver dag 16 dager i strekk, også lørdag og søndag. Helsetilsynet ga i 2006 Helse Nord beskjed om at dette var en uforsvarlig avtale og Kratholm beskjed om at virksomheten var organisert på en slik måte at det gikk ut over pasientsikkerheten. Tilsynet konkluderte med at så lange arbeidsdager kunne føre til søvmangel, utslitthet og feilvurderinger.
- Totalt fant Brennpunkt ti ulike saker hvor Kratholm hadde brutt Helsepersonelloven. Et så høyt antall brudd er unikt for én enkelt øyespesialist, og tallet er langt høyere enn det som

⁴tidsskriftet.no/2018/02/originalartikkel/forskrivning-av-legemidler-mot-astma-til-barn-i-perioden-2004-15

⁵prosedyrekode (NCMP) WGGM 00 – Hyposensibilisering og/eller WGGM 05 – Hurtighypensibilisering

tidligere har vært kjent.

- Ved å se alle sakene i sammenheng oppdaget vi også noe annet: Vedtakene, enten de var fattet lokalt hos fylkesmannen eller hos Statens Helsetilsyn sentralt, fikk ikke konsekvenser for virksomheten. Det var de samme problemstillingene som gikk igjen. Pasientene som klaget på øyelegen, reagerte på et alt for høyt tempo, et voldsomt antall pasienter som kom til behandling, og konsultasjoner fra grytidlig om morgenen til langt på kveld. I flere av sakene kom det fram at pasientene var skadet for livet. Likevel fortsatte praksisen som før. Det var et like høyt tempo, med det samme høye antallet pasienter. Dette til tross for advarselen som ble gitt allerede i 2006.
- Dokumenter fra UNN viste at legene ved øyeavdelingen der var bekymret. De mottok pasienter som var feilbehandlet av Kratholm. Sykehuslegene spurte om virksomheten i Narvik var faglig forsvarlig. Men det skjedde ikke noe som endret på praksisen ved den private øyeklinikken.
- Dessuten viste dokumenter fra Helfo at etaten hadde reagert på unødvendig screening og overbehandling av pasienter. Kratholm fikk et tilbakebetalingskrav på 1,5 millioner. Men virksomheten fortsatte som før.
- Dokumenter fra Helsepersonellnemnda viste at landets øverste organ for klagesaker mente at det var ”faglig svikt i Kratholms pasientbehandling”. Dette var så sent som i høsten 2016, men øyelegens virksomhet fortsatte som før.

Hva skulle egentlig til?

9.1 Menneskemøter og lefser

Utgangspunktet vårt var altså en diger bunke dokumenter som fortalte om en kritikkverdig praksis som hadde fått pågå i 20 år. Hovedpersonen selv hadde stått fram i mediene og sagt at “*Vi tjener godt. Men vi jobber også som idioter*”. I dokumentene fantes det også mange konkrete, anonymiserte saker. Spørsmålet som dukket opp nå, var utfordrende: Hvordan finne menneskene bak papirene og vedtakene? Svar: Det var faktisk ikke så vanskelig. Det finnes interesseorganisasjoner. For eksempel Norsk Pasientforening. Som gjerne spilte på lag og som sendte ut henvendelser til sine medlemmer på vegne av Brennpunkt. Det tok litt tid, men så fikk vi kontakt med Jostein Kjell Pedersen. Nå begynte snøballen å rulle. For Jostein visste om Kari. Som kjente Svein Johnny, som igjen kjente Bjørn, som kjente

Disse personene hadde ikke bare sine personlige historier å fortelle, de hadde også tatt vare på dokumenter. Vi ba dem lete frem det de hadde. Og ikke minst: Det de ikke visste de hadde. Dette kunne være billetter, reiseregninger, dagboknotater, kalenderopplysninger fra Outlook, interne jobbdokumenter og møtereferater som dokumenterte hvor de hadde vært på gitte tidspunkter. I tillegg ba vi dem søke innsyn i sine egne takster hos Helfo. Hensikten var å ettergå øyelege Kratholm. Hadde han fakturert for konsultasjoner som ikke hadde funnet sted? Det hele ble toppet med journalutskrifter, pasientnotater, kvitteringer og dokumenter fra Norsk Pasientskadeerstatning (NPE). Sistnevnte var særlig viktig. Får du erstatning fra NPE, er det sjelden tvil om at feilbehandling har funnet sted. Til slutt satt vi igjen med følgende:

- Sterke, personlige historier.
- Dokumenter, vedtak og diagnoser som kunne bekrefte disse historiene.
- Ferdige utfylte og signerte formularer som fritok helsepersonell fra taushetsplikten. På denne måten kunne vi enklere manøvrere blant helsepersonell som ellers ikke kunne snakke med oss.
- Oversikt over fagpersoner som kunne kontaktes for å få utfyllende informasjon og hvor pasientenes påstander kunne dobbeltsjekkes.
- Utskrift av kommunikasjon med offentlige helsemyndigheter der pasientene hadde varslet ikke bare om kritikkverdig behandling, men også økonomiske misligheter.

- Vi kunne, blant annet ved hjelp av reiseregninger og møtereferater, dokumentere at øyelege Kratholm hadde tatt seg betalt for konsultasjoner som ikke hadde funnet sted.
- Vi kunne dokumentere at myndighetene var blitt varslet om dette, men at saken ikke var blitt fulgt skikkelig opp.
- Fylkeslege, Helsetilsynet og Helfo kunne ikke forklare hvorfor varslingene ikke var blitt fulgt opp, og/eller de skyldte på hverandre.
- Igjen så vi en kritikkverdig praksis som hadde fått pågå over mange år fordi helsebyråkratene åpenbart ikke snakket spesielt godt sammen.

Erfaringene fra møtet med pasientene i Nord-Norge var de samme som vi møtte på Sørlandet. Folk i lokalmiljøet var prisgitt én spesialist, i dette tilfellet en øyelege som var enerådende i Ofoten, Lofoten og Vesterålen. På Sørlandet og i deler av Telemark fantes det én barnelege som drev med astma og allergi; Håvard Skjærvik. Ved å tildele et begrenset antall hjemler i et stort område, hadde helseforetakene laget ris til egen bak. De var fullstendig avhengig av spesialisten for å få avvirket ventelistene. Samtidig ble det åpnet for at enkeltpersoner kunne jobbe ekstremt mye og ta ut uforholdsmessig store beløp i refusjon — med den risikoen det fikk for overbehandling og feilbehandling. Var det vanskelig å stoppe spesialistene?

9.2 Den ytterste nøggen

Innsynsarbeidet i Nord-Norge startet høsten 2018. Blant de innfridde innsynskravene dukket det opp en liten, anonym epost. Den var stilet til pasientombudet i Troms. Avsenderen var opptatt av egenandeler betalt hos øyelege Jens Kratholm. Tilsynelatende småbeløp. Hvem bryr seg? Egenandeler var da egenandeler? De var jo fastsatt av myndighetene og det var neppe grunn til å diskutere størrelsen på dem? Likevel var det noe som pirret nysgjerrigheten. Var det noen som trikset med pasientenes penger? Vi tok kontakt med pasientombudet. Kunne hun spørre avsenderen av eposten om vedkommende ville snakke med oss? Etter noen uker fikk vi navn og telefonnummer til Audhild Jensen. Hun bodde på Rolla, omtrent på den ytterste, nakne øy, en ganske kronglete biltur fra Narvik. Igjen skulle det vise seg verd å ta turen. Det er erfaringen fra hele dette prosjektet. Ta deg tid til å besøke folk, vis at du tar dem på alvor. Drikk kaffe, spis lefser, kommenter bilder av barnebarne.

Audhild var en samler. Som tidligere bankansatt visste hun å ta vare på kvitteringene sine. Ikke bare det, Audhild hadde satt seg i kontakt med en rekke andre pasienter som hadde opplevd det samme. Og som også hadde tatt vare på kvitteringene sine. Brått satt vi på et nytt nettverk av mulige kilder. Dette var begynnelsen på en historie som etterhvert skulle dreie seg om flere tusen pasienter som sannsynligvis var blitt avkrevd for mye i egenandel. Tilsynelatende ikke mer enn noen tusenlapper her og der. Men totalen var betydelig. Og for enkelte eldre pasienter var det mye penger å betale med en liten pensjon.

Erfaringsmessig skjedde det altså lite fra myndighetenes side. Men nå viste det seg at en enslig kvinne på Rolla skulle forårsake store endringer. Omtrent samtidig som vi kontaktet Audhild, ble Kratholm politianmeldt av Helse Nord. Det var Audhild som hadde gitt samtykke til anmeldelsen, hun hadde jo startet hele ballet (vedlegg J). Det betød at vi nå jobbet omtrent parallelt med politiet i denne delen av saken om øyelegen i Narvik. Det skulle gi både noen fordeler og noen utfordringer.

9.3 I lomma på politiet, eller motsatt?

Vi hadde god kontroll på refusjonene, driftstilskuddene og regnskapene ved Øyeklinikken. Men nå satt vi på en betydelig mengde dokumenter som omhandlet en helt annen side ved avtalespesialistenes virksomhet, nemlig egenandelene. Papirer fra Pasientombudet, Helfo Kontroll, fagavdelingen i Helse Nord, Helsedirektoratet samt svar fra Kratholm, dokumenterte forholdene. Noe var definitivt galt med praksisen ved øyeklinikken i Narvik. Det var på tide å kontakte politiet for å høre hvordan det gikk med anmeldelsen og etterforskningen.

Det ble stille i andre enden da vi ringte økonomiavsnittet i Nordland Politidistrikt. Så kom spørsmålet:

–Når har dere tenkt å publisere?

Vi svarer selvsagt ikke på et slikt spørsmål, men erfaringsmessig er dette et godt utgangspunkt for å kunne samarbeide med politiet. I slike situasjoner blir det ofte appellert til pressens samfunnsansvar. Synes dere det er riktig å ødelegge en pågående etterforskning? lyder gjerne spørsmålet. Politietterforskningen er ikke pressens ansvar, men det er vårt ansvar å få ut så mye relevant informasjon som overhodet mulig. Resultatet av det hele, var at vi gjorde en avtale om å ikke publisere før politiet hadde gjennomført en ransaking hos Kratholm for å sikre bevis. Vi på vår side skulle få vite når razzia-en skulle finne sted, vi skulle få fakta og vi skulle få intervju politiet om saken. Det er selvsagt utfordrende å “forhandle” med politiet på denne måten. Vårt hovedhensyn var uansett at det journalistiske sluttproduktet skulle bli best mulig, at de redaksjonelle avgjørelsene var våre, og ikke minst; at saken skulle bli satt i en større sammenheng. Her hadde politiet bedre oversikt enn oss, blant annet om omfang i antall personer og størrelsen på totalbeløpet som var innkrevd på feil grunnlag.

Som det fremgår av dekningen, var vi til stede under razziaen og fikk gjort jobben vår uhindret. I forkant av ransakingen hadde vi også kartlagt området og fått god kontakt med naboene - mye kaffe og lefser. Dermed kunne vi være plassert på tre ulike steder og filme fra ulike vinkler under aksjonen.

Vi var samtidig inneforstått med at nyheten om en slik begivenhet i et lite lokalmiljø ville spreke før eller siden, garantert før vår planlagte publisering. Derfor hadde vi et godt samarbeid med kollegaene i NRK Nordland hele veien. De fikk tilgang til vårt bildemateriale og deler av vår research. Da saken sprakk, kunne NRK være først, med unike bilder. I tillegg gjorde NRK Nordland en utmerket jobb med å følge opp saken, særlig med tanke på nye pasientskader, ny tilsynssak og det endelige vedtaket om at Kratholm mistet autorisasjonen.

9.4 Mye penger, mange biler

Avtalespesialistene finansieres av offentlige midler. Men hva går pengene egentlig til? Er det mulig at noe forsvinner til privat forbruk?

Øyeklinikken i Narvik er organisert som et aksjeselskap. Det gir et forholdsvis godt innblikk i økonomien til Kratholm. I tillegg til å ha en ganske høy offentlig profil i lokale medier, har øyelegen i mange år figurert i aviser og tidsskrifter internasjonalt som en svoren Tesla-entusiast. Faktisk er han den privatpersonen i verden som har flest Teslaer. Men er det han som eier dem? Og hvordan finansieres den kostbare bilparken?

Vi sendte et innsynskrav til motorvognregisteret Autosys for å få oversikt over hva legespesialistene med høyest refusjon kjørte rundt i. Svarene derfra ga et interessant bilde. Kratholm skilte seg ut fra alle de andre.

- Omtrent samtlige Teslaer var registrert på Øyeklinikken i Narvik.
- Siden bilene var registrert på Øyeklinikken, var det relevant å omtale dem. Regnskapene og driftsavtalene med Helse Nord, viste at Øyeklinikkens inntekter hovedsaklig var offentlige penger. I tillegg viste datakjøringene våre at Kratholm var en av dem som tok ut mest penger fra Helfo. Hva slags bil en lege velger å kjøpe, er en privatsak. Men her stilte det seg annerledes.
- Kratholm hevdet at bilene ble benyttet av de ansatte på Øyeklinikken. Men da vi gikk gjennom notene i regnskapene og kombinerte disse med opplysningene fra Autosys, så vi at det det ikke var samsvar mellom antall biler og antall ansatte. Ifølge årsregnskap fra 2017 hadde selskapet fire heltidsansatte. Samtidig viste en fersk dom fra Ofoten tingrett at Kratholm og Øyeklinikken var oppe i 16 ulike Teslaer. Det blir i så fall fire på hver ansatt. Naboer og andre kilder påpekte at bilene stort sett ble brukt av Kratholm og familien hans privat. Kratholm ønsket ikke å svare på hvordan bilene var regnskapsført, men her kunne det se ut som om offentlige helsekroner finansierte et høyt privat forbruk.

Regnskapene ga oss også et innblikk i en regnskapsmessig balanse som bare vokste. I 2004 hadde Øyeklinikken balanseført eiendeler for 4,2 millioner. 12 år senere var dette økt til nesten 30 millioner, med begrensa langsiktig gjeld. God butikk, med andre ord.

Samtidig så vi et annet interessant trekk i regnskapene fra 2013 og i årene framover. 2013 var året da Kratholm fikk tilbakebetalingskravet på 1,5 millioner fra Helfo, blant annet begrunnet med unødvendig behandling av pasienter. Normalt sett skulle aktiviteten hans da gå noe ned siden Helfo ba ham om å endre praksis. Men regnskapene viste at inntektene likevel økte i de kommende årene. Var det fordi øyelegen startet en uvanlig praksis med innkreving av egenandeler fra pasientene?

De siste tallene som har lekket fra politiets etterforskning tyder i alle fall på at egenandelene har vært god butikk. Totalt dreier det seg om 10 millioner kroner, fra 6 000 pasienter.

Jens Kratholm ønsket i liten grad å kommunisere med Brennpunkt. Vi forsøkte allerede høsten 2018 å få en bakgrunnssamtale med ham. I forbindelse med denne forespørselen fikk han oversendt en rekke spørsmål om virksomheten. Han takket nei til samtalen, men svarte skriftlig på noen av spørsmålene. Senere gjorde han det klart at han ikke ønsket å uttale seg i det hele tatt, kommunikasjonen ble overtatt av advokaten hans. Vi valgte likevel å ta med de svarene han hadde gitt oss slik at han i alle fall kom *noe* til orde. Kratholm fikk tilbud om å se filmen på NRKs lokalkontor i forkant av publisering. Det takket han nei til. Han sendte en tekstmelding hvor han skrev: “Vi lager egen film”.

10 Smerteklinikken i Oslo

På lista over spesialister med de høyeste refusjonsutbetalingene, dukket det opp mange leger knyttet til en spesialitet som gjorde oss nysgjerrige: Anestesiologer. Dette er leger som tilbyr smertebehandling. Hvilken behandling tilbød disse legene og hvem var pasientene? Et dykk i Folkehelse rapporten fra Folkehelseinstituttet viste at smerter var den vanligste grunnen til at pasienter oppsøkte helsevesenet. Rundt 30 prosent av den voksne befolkningen i Norge oppga at de slet med kroniske smerter. Interessant nok nesten dobbelt så høyt som i våre naboland. Med andre ord et godt pasientmarked for spesialister med effektiv behandlingsmetoder. Folkehelse rapporten anslo dessuten at langvarige smertetilstander kostet samfunnet 125 milliarder kroner årlig og var “en meget viktig årsak til langtidssykefravær og uførhet”.⁶

Smertelegene var altså en viktig legegruppe for å få pasienter tilbake til jobb og redusere sykefraværet?

En gjennomgang av hjemmesiden til alle helseforetakene viste oss likevel at det bare var Helse Sør-Øst som hadde organisert seg med anestesiologer med fulltidshjemler utenfor sykehusene. Til sammen hadde 12 smertespesialister avtale med det regionale helseforetaket. Vi kjørte enkelttakstene til legene som skilte seg ut med høye refusjoner og sammenlignet dette med “median” for andre spesialister. På den måten kunne vi se mønstre i behandlingstakstene. To leger skilte seg ut og de eide et smertesenter sammen. Funnene var overraskende, og vi skulle bruke mye tid på dem. Men først måtte vi skaffe oss mer kunnskap om feltet.

Vi ringte fastleger vi nå kjente godt og som henviste til disse smertelegene. Noen fortalte de hadde sluttet å henvise fordi de fikk et større “problem” tilbake når dosene på smertestillende medisiner var så høye. Javel? Vi ringte også smerteleger blant annet ved Sunnaas sykehus for å få mer kunnskap om denne delen av medisinen. På den måten visste vi at vi var på rett spor. Men det var én mann som skulle bidra mer enn noen andre: Professor Audun Stubhaug, leder i foreningen for Smerteleger og sjef for avdeling for smertemedisin på Oslo Universitetssykehus.

Da han fikk rapporten vi hadde laget med oversikt over alle behandlingene til de to legene ved smertesenteret, ble han sjokkert. Stubhaug konkluderte med at behandlingene ikke hadde noen form for dokumentasjon, den var ikke anbefalt i noen retningslinjer og den førte bare til økt medikamentbruk for pasienten. Og verst av alt, den kunne føre til “legepåført rusavhengighet”. Og det med offentlige penger.

⁶www.fhi.no/nettpub/hin/

Det var med andre ord god grunn til å se nærmere på virksomheten til de to smertelegene. Våre egne kjøring, samt utbetalingene fra Helse-Sør-Øst, viste oss:

- Brutt ned på enkelttakster, så vi at det var to behandlingsformer som ga den største utbetalingen. Den ene var injeksjoner av smertestillende preparater i kroppens triggerpunkter. Bare i 2018 brukte den ene legen denne taksten nesten 24.000 ganger. Året før var tallet 33.000.
- Kollegaen hadde spesialisert seg på den andre taksten - blokkering av perifere nerver. I 2017 og 2018 brukte vedkommende lege denne taksten over 20.000 ganger.
- De to hadde hentet ut 60 millioner kroner i refusjon fra Helfo de siste fire årene.
- I tillegg kom ca 10 millioner i driftsstøtte fra helseforetaket i samme periode.

Hypotese: Det var en sammenheng mellom den høye bruken av de nevnte behandlingsformene, økt medikamentavhengighet og langvarige skader på pasientene

10.1 Døden på sykehjemmet

Også her søkte vi innsyn i mulige tilsynssaker knyttet til de to legene. Svaret på innsynskravet var bare på noen få sider. Befriende. Endelig var det et offentlig papir som kunne gjennomgås raskt. Men arkene skulle vise seg å inneholde en historie som gjorde inntrykk, til tross for sin knappe beskrivelse. En ung gutt på 28 år hadde kjørt motorsykkel og endt i en trafikkulykke. Til tross for at sykehuset i Lørenskog hadde skrevet ham ut raskt, forsvant ikke smertene. Stadig nye utredninger ga ingen svar, før han etter et halvt år ba fastlegen om å få komme til Smertesenteret. Det var da vi for alvor skjønnte hva som lå i taksten 149 a. Det var sprøyter med smertestillende injisert i ryggraden, i tillegg til andre behandlinger og sterke medisiner på narkotikalista. Historien endte med at den unge mannen ble funnet livløs på Kingo Bo-og rehabiliteringssenter. Et sykehjem i Oslo. Det var gått fem år siden ulykken. Og han var blitt behandlet på senteret som ble drevet av de to nevnte smertelegene.

Helsetilsynet konkluderer med at "Slik statens helsetilsyn ser det er ikke saken tilstrekkelig opplyst for å vurdere administrativ reaksjon mot legene [...], ut i fra dokumentasjonen vi har mottatt". Saken oversendes fylkesmannen med en beskjed om at tilsynet anser saken som avsluttet fra deres side. Brevet ble avsluttet med henvisning til 46 vedlegg vi ikke fikk i foresendelsen.

Alt gjenkjennelig om pasienten sladdet, vi visste bare om legene. Vi måtte finne familien. En familie vi ikke hadde navnet på.

I helsesaker møter man gjerne en mur av taushetsplikt. Vi hadde kommet forbi muren og samlet over 130 millioner regninger ved hjelp av dialog med det offentlige og egen faglig innsikt. Hvordan løse denne? Vi benyttet samme metode. Dialog. Vi skrev brev til helsetilsynet og fortalte hvorfor vi ønsket kontakt med denne familien. Deretter en telefon om det var uklarheter, om det var noe mer vi kunne gjøre. Tilsynet var imøtekommende, det hendte de hjalp til. Men svaret som kom etter noen dager, var negativt – i utgangspunktet. De kunne ikke hjelpe, siden saken var oversendt fylkesmannen, som hadde ansvaret. En henvendelse til familien måtte gå fra dem – om fylkesmannen var villig. Ny henvendelse, denne gangen til fylkesmannen. Så ble det stille. I flere uker, før vi ringte fylkeslegens informasjonsarbeidere og purret. Noen dager etterpå kom en telefon fra Fylkesmannen. Hun spurte om det var greit at de sendte mailen hun hadde fått til foreldrene med et følgebrev, så var det opp til dem å ta kontakt med oss. Vi ba henne vente. Et brev til foreldre som hadde mistet en sønn var annerledes en mail til en informasjonsavdeling. Vi skrev et brev som skulle sendes i posten med fylkeslegens vedlegg. Så telte vi dagene, visste at posten gikk sent nå. Etter noen dager ringte et ukjent telefonnummer. Det var mor.

I februar 2019 traff vi foreldrene til Ole Johnny. Vi visste ennå ikke om det var en historie vi ville jobbe videre med. Heller ikke om det var en historie de ville fortelle offentlig. Disse folka var utrente og sårbare kilder. Vi forsikret om at vi bare ville treffe dem for å høre mer om smertebehandling, sett fra pårørendes side. Men vi ba om en ting til, en minnepinne med alle dokumentene fra helsevesenet fra tiden etter ulykken og helt fram til Ole Johnny døde.

Igjen erfarte vi at foreldre ikke husket eksakt, det var de også åpne på, mye var fortrent i sorgprosessen. Dessuten la de både vekt på og ansvaret for behandlingsfeilene på andre steder

enn Smertesenteret. “Der fikk han endelig hjelp”, sa mor. Vi merket oss utsagnet. Hjelp til dop. Møtet ga gjensidig informasjon og tillit til hverandre. Vi informerte om prosjektet og at vi var tilgjengelig for dem. De ville at historien skulle ut, om vi mente den var viktig. Mor lovet å jobbe med kameraskrekken. Men det var en annen jobb som var viktigere fortalte de, å komme seg videre. De hadde gitt opp kampen med å få vite hva som egentlig førte til dødsfallet. Brevet de hadde fått fra Helsetilsynet, var konklusjonen de måtte nøye seg med. De hadde en tydelig oppfattelse av en endelig slutt ved at fylkeslegen hadde henlagt saken.

“Alt ligger på minnepinnen”, sa mor. Der lå det 15 gule mapper og ventet. Og i hver mappe systematisert på behandlingstilbud, lå pasientbeskrivelser og mailutvekslinger. Hundrevis av sider. Det så ut som en pasient som var velutredet i helsevesen. Kanskje et håpløst case?

10.2 Møt de du undersøker

Noen som kanskje kunne svare, var legene som hadde behandlet ham ved Smertesenteret.

Vi var derfor takknemlige når Smertesenteret ville møte oss til bakgrunnssamtale. Vi ville vise dem hva vi hadde av tall, høre deres versjon av behandlingstilbudet og forhøre oss om 28-åringen.

I møte la de fram sine tall og dokumentasjon på behandlinger som de vektla var forskningsbaserte. De ville ikke intervjues, men de ville forklare og informere. Det er viktig å møte de vi undersøker, i mange tilfeller var ikke legespesialistene interessert i dette. Som journalister trenger vi andre perspektiver, flere motforestillinger. Noen ganger blir vi blendet av våre egne hypoteser.

Under møtet var én ting veldig tydelig: Legen som var involvert i saken om 28-åringen avskrev den som ferdig gjennomgått av tilsynet, uten at det var grunnlag for reaksjon. Altså den samme versjonen foreldrene hadde. Møtet og den framlagte dokumentasjonen, gjorde at vi tenkte at alvorlighetsgraden i tallene kanskje ikke var så stor som professor Stubhaug hadde uttrykt. Vi hadde ellers i arbeidet ikke noen pasienthistorier enda som tydeliggjorde overbehandling av smertepasienter. Tilfellet Ole Johnny spriket dessuten i mange retninger og var attpå til henlagt av det offentlige. Vi måtte konsentrere oss om det vi hadde. Sending stod på planen i mai og åtte uker ville gå med i klipperommet. Vi la saken til side.

10.3 Les alt, systematiser og ikke gi deg

Høsten 2019. Vi hadde enda ikke publisert noe om smertelegene. Kanskje fordi det ikke var noe der? Men: Møtet med Audun Stubhaug fortalte jo en annen historie. Legepåført avhengighet. Vi sjekket dokumentasjonen legene mente legitimerte behandlingene. Fagmiljøet ved OUS avskrev det som lite forskningsbasert. Så åpnet vi minnepinnen igjen. Det var et halvt år siden sist. Ett ord surret i hodet: “henlagt”. Det er et begrep vi ikke kjenner fra byråkratiet. Det ender jo med en *konklusjon*. Det var brevet vi måtte finne.

I tillegg kom mors positive beskrivelse av Smertesenteret, “*der fikk han endelig hjelp*”.

Kanskje det var nettopp den gode behandlingen som var problemet? De fleste av oss vet at en god dose smertestillende kan gjøre underverker — for en kort periode. Vi hadde glemt mye av det som stod i de offentlige papirene, og startet derfor med helsetilsynets brev - på nytt. Konklusjonen der var altså at de hadde manglet informasjon og derfor avsluttet saken. Vi åpnet minnepinnen. Der vardet til sammen flere hundre sider med journaler og epikriser fra de femten gule mappene. Vi lagde en tidslinje. Sjekket hvem som behandlet 28-åringen på hvilket tidspunkt. Hvilken behandling han fikk de aktuelle stedene. Altså hvilke medisiner og hvor mye av dette som var smertestillende behandling.

Når mistenkte legene avhengighet første gang? Hvilke papirer forelå det siste året før han døde, der det offentlige ikke hadde noe informasjon?

Deretter ble fylkesmannen nok en gang forespurt om ALLE papirer de satt på. Også konklusjonen, den såkalte “henleggelsen”? Det brevet lå fortsatt ikke i bunken vår.

Vi fikk far til å ringe fylkesmannen for å få “endelig avgjørelse”. Far fortalte om telefonsamtalen med en saksbehandler som fortalte at hun som hadde hatt saken var sluttet, men at saken var “henlagt”. I så fall hvorfor hadde ikke foreldrene fått beskjed? Det manglet også et annet brev på mors minnepinne, obduksjonsrapporten. Hva var det han egentlig døde av? Da mor lette på pc'en fant hun den. Det viste seg at “døden skyldtes forgiftning”, der en rekke stoffer ble beskrevet.

Siden fylkeslegen ennå ikke kunne finne konklusjonen, og vi trengte et svar, ba vi ganske enkelt om et intervju. Noen måtte svare på hvorfor konklusjonen på mystisk vis var forsvunnet. Det førte til en ny gjennomgang hos Fylkesmannen i Viken. Og en plutselig vending i saken. Fylkeslegen ringte selv en ettermiddag. "Saken om Ole Johnny har blitt lukket ved en feiltakelse, det skulle ikke ha skjedd. Den åpnes igjen nå". Fylkeslegen ønsket å beklage overfor foreldrene. Da vi under intervjuet med dem fortalte at saken ble gjenåpnet og at de kanskje få svaret de aldri hadde fått, stod lufta stille i stua.

Dermed kunne vi fortelle historien. Saken var ikke lukket lenger, de involverte legene kunne ikke lene seg på fylkesmannens vedtak. Tidslinja viste at her hadde den omfattende og rutinemessige smertebehandlingen med injeksjoner og medisiner foregått over flere år. Legene ønsket ikke å la seg intervju, men svarte per epost via en informasjonsrådgiver.

Det var også andre som ikke var særlig begeistret, nemlig ledelsen ved OUS. De ønsket ikke at Stubhaug skulle stille til intervju i en sak som ikke var ferdig behandlet av fylkesmannen. Professor Stubhaug trosset ledelsen. Han hjalp oss med å tolke obduksjonsrapporten. Og støttet konklusjonen: Dette var en behandlingsform som kunne føre til "sakte innsovning". Stubhaug syntes saken var så viktig at han fortsatt ville stille opp og la seg intervju.

Dermed var ringen på mange måter sluttet. I stua i Vestby satt to foreldre som endelig hadde fått en slags oppreisning ved at saken til Ole Johnny nå ble gjenåpnet (vedlegg P).

11 Ethiske utfordringer

11.1 Barn som hovedpersoner - etiske avveininger

Vernet om privatlivets fred er grunnlovfestet (Grl §102). Ytringsfriheten må avveies opp imot sensitiviteten i opplysningene som gis (jfr. forarbeidene). Barnets rett til å bli hørt og barnets beste ble forsterket i forbindelse med Grunnlovens 200-års jubileum ved at Grl §104 ble lagt til.

I halve filmen var barn hovedpersoner, og temaet var sensitivt — nemlig helse. To viktige avveininger stod mot hverandre. Potensiell skade av barn mot å avdekke hvem og hva som påfører skaden. Svaret her var enkelt med dokumentasjonen vi satt på. Vi måtte omtale og bidra til å avslutte behandling som kan gi barn skade. Altså ved å identifisere kilden. Barn har en viktig fortelling, og barn har et ansikt, et navn og en adresse der de bærer sin historie. Det skal de få lov å gjøre.

Men noen barn er filterløse, noen snakker også medievant til et kamera fordi de er en del av Snap-generasjonen. Og selv om vi har foreldrenes tillatelse til at de omtaler intime sider ved egen helsehistorie, viser domstolen at deres ytringsfrihet på vegne av barna er begrenset. Da vi jobbet med denne saken kom en ny dom fra Hålogaland lagmannsrett (LH-2019-1192) der et barns mor ble domfelt for krenkelse av datterens privatliv ved at hun hadde lagt ut bilder og tekst av svært sensitiv og privat karakter på Facebook. Sammen med helsepersonell gjorde vi etiske avveininger rundt hva som kunne tas med i vår publisering.

Så snart vi hadde kontaktet den aktuelle legen, begynte kildejakten. Det var tydelig i lokalsamfunnet at Brennpunkt jobbet med en sak der Arendalslegen var involvert. Småbarnsfamiliene delte seg i for og imot, og advokater ble mobilisert. De brukte barnets rett til privatliv som hovedargument for å stoppe arbeidet. Det ble også forsøkt å målbinde leger ved sykehusene ved å appellere til kommunikasjonsavdelingene ved de aktuelle sykehusene om at de brøt helsepersonelloven ved å uttale seg pga taushetsplikten.

11.2 Kontroll av fakta

Med så store datamengder og faktaopplysninger er det lett å snuble i presentasjonen. Databasekjøringene var med gjennom hele prosessen, ikke minst i forhold til kontroll av faktaopplysninger. Vi gjorde en egen line-by-line gjennomgang av alle påstander i film/artikler som kom fra databasen. Deretter ble opplysninger koblet direkte mot de rå SQL-spørringene som svarte ut nettopp de opplysningene vi presenterte for publikum. Vedlegg C viser utdrag av line-by-line-rapporten.

11.3 Andre etiske vurderinger

Dette prosjektet har inneholdt etiske utfordringer fra start til slutt. Folks helse er noe av det mest sensitive som finnes. Og når enkeltpersonen er i vanskelige livssituasjoner på grunn av helseplager, er de ofte ikke i stand til å vurdere kraften i sine egne uttalelser. Da kan aggresjonen bli rettet direkte mot navngitt helsepersonell. Det krever det aktsomhet. Samtidig er skadene noen ganger så store at man må akseptere sterke uttrykk. Vi har gjort følgende vurderinger underveis:

- I redigeringsprosessen er ord og uttrykk blitt dempet og klippet ned. Sekvenser som kunne gitt enda mer lyd og farge, er blitt fjernet. Dette gjelder særlig for barn som skal leve med innslaget resten av livet. Vi har tatt ned beskrivelser av egen kropp og egne helseutfordringer.
- Vi har hatt tilgang på mange caser, men mange er blitt valgt bort av ulike årsaker, enten personlige forhold eller behandlingsforløp som ikke kunne dokumenteres fullt ut.
- I samtlige tilfeller har de involverte, enten det har vært helsepersonell eller pasienter, fått tilbud om å se filmen i forkant og komme med innspill.
- Vi har fra første stund sørget for å få utfylt formularer hvor de involverte har fritatt helsepersonell fra taushetsplikten. Disse ble så sendt til de omtalte legene. Dette var også viktig i de tilfellene der legene ikke ønsket å uttale seg. De skulle uansett vite at de hadde mulighet til å kommentere.
- De kritiserte legene har uten unntak avslått å la seg intervju. De har kommunisert skriftlig via advokater og informasjonsrådgivere. De har ofte svart generelt til tross for detaljerte spørsmål. Det har derfor vært viktig å dokumentere all kommunikasjon og være trygge på at alle påstander og all kritikk har kommet fram og er blitt forstått.
- Til tross for fritak fra taushetsplikt har legene ikke ønsket å uttale seg om enkeltpasienter. Det har vært utfordrende, men likevel ikke grunn nok til å ikke omtale sakene. I slike tilfeller har det vært ekstra viktig å bringe inn andre fagfolk og sjekke påstandene mot etablert praksis og prosedyrer andre steder i helsevesenet.
- Vi har valgt å identifisere de to legene i Narvik og Arendal av følgende årsaker: De har holdt en høy offentlig profil, er medievanter og har tidligere stilt opp til intervjuer. I tillegg driver de en offentlig virksomhet som finansieres med fellesskapets penger og de henvender seg aktivt til offentligheten med sitt tilbud. De to legene har begge flere avgjorte tilbakebetalingssaker mot seg, i tillegg til tilsynssaker.
- Vi har valgt å ikke offentliggjøre de to smertelegene da deres tilsynssak fortsatt er under behandling.

12 Konsekvenser

- Barnelege Håvard Skjærvik mottok etter vår publisering et tilbakebetalingskrav fra Helfo på 5,5 millioner kroner. Dette kravet baserte seg mye på de forholdene vi hadde dokumentert og avdekket, blant annet at han brukte spesialisttakst for behandling av voksne pasienter.
- Høsten 2019 ble det klart at Helfo ønsker å frata Skjærvik retten til å praktisere for trygdens regning. Det betyr i praksis at det økonomiske grunnlaget for driften av ASS er borte.
- Siden Brennpunkts publisering har Fylkesmannen opprettet sju ulike tilsynssaker på Håvard Skjærvik. Fem av sakene er sendt videre videre til Helsetilsynet på grunn av alvorlighetsgraden.
- Høsten 2019 bestemte Fylkesmannen i Viken seg for å gjenåpne tilsynssaken mot de to legene som hadde behandlet Ole Johnny Broholt Bakke. Dette skjedde etter at Brennpunkt hadde gått gjennom saken flere ganger og etterlyst manglende dokumenter og vedtak.

- September 2019 fikk helseforetakene gjennomslag for en regelendring som gjør at de kan føre sterkere kontroll og revisjon med avtalespesialistene. Endringen var en direkte følge av Brennpunkts journalistikk.
- November 2019 bestemte Helse Sør-Øst seg for å benytte seg av den nye regelendringen. Foretaket vil nå gå gjennom alle avtaler med smertelegene som har hjemmel som avtalespesialister. Dette skjedde etter at Brennpunkt hadde publisert historien om Ole Johnny, en sak som ble lest av over 500.000 unike brukere på nett og sett av over 600.000 på tv.
- Våren 2019 opprettet Fylkesmannen i Nordland tilsynssak mot øyelege Jens Kratholm. Denne ble sendt videre til Helsedirektoratet.
- Våren 2019 sa Helse Nord opp avtalen med Kratholm og Øyeklinikken i Narvik. Han bestemte seg for å legge ned klinikken.
- Sommeren 2019 vedtok Helsetilsynet å frata Jens Kratholm autorisasjonen.
- Politietterforskningen mot Kratholm pågår fortsatt. En tiltale kan ventes i slutten av januar 2020. Politiet mener det nå kan dreie seg om 6000 pasienter og en sum på 10 millioner kroner i feilaktige egenandeler.
- Våren 2019 lovet Helseminister Bent Høie i Stortingets spørretime bedre kontroll med avtalespesialistene gjennom økt satsing på Helfo.
- Helseforetakene ønsker nå tak på pasientlistene hos avtalespesialistene.