

## PROSJEKT

Sykehusvarslene

## REDAKSJON

Verdens Gang (VG)

Kategori A) Stor redaksjon

## INNSENDT

Data-SKUP 2022

## INNSENDERE

Camilla Huuse, [camilla.huuse@vg.no](mailto:camilla.huuse@vg.no), 91138919

Ronny Berg, [ronny.berg@vg.no](mailto:ronny.berg@vg.no), 90020279

Nanna Johannessen, [nanna@vg.no](mailto:nanna@vg.no), 95050593

Mona Grivi Norman, [monan@vg.no](mailto:monan@vg.no), 95780073

Jari Bakken, [jari@vg.no](mailto:jari@vg.no) 48185271

## Takk til:

Synnøve Åsebø, Anders Sooth Knutsen, Svein Kjølberg, Gisle Oddstad, Jonas Nilsson

## 1. INNLEDNING

Norge har et av verdens beste helsevesen. Men hva skjer hvis pasienter blir alvorlig skadet eller dør? VG har undersøkt de mest alvorlige feilene ved norske sykehus. Sakene våre avdekker et system som ikke fungerer.

I denne rapporten vil vi fortelle hvilke metoder vi har brukt for å avsløre systemsvikten. De siste tre årene har vi kombinert helseregistre og innsynsbegjæringer, lært oss kodene i sykehusenes avvikssystem og bygget en base på over 60.000 avviksmeldinger.

I 3700 av disse meldingene skjuler det seg feil som førte til at mange mennesker fikk livet ødelagt. [Sølvi](#) fikk behandling for feil type kreft. [Mads](#) døde bare 16 dager etter fødselen. [Per Johan](#) skulle bare inn på en rutinesjekk. [Inge](#) ble lam fra halsen da kirurgen gjorde en feil.

Vi har avslørt minst 169 lovbrudd etter sykehusfeil som fikk alvorlig eller dødelig konsekvens for pasientene. Vi har avdekket at 80 prosent av alle registrerte, alvorlige hendelser i sykehusene ikke ble varslet til Helsetilsynet i fjor.

En forventning går igjen hos alle pårørende vi har snakket med: Behovet for at feilen blir undersøkt. Et løfte om at sykehuset vil gjøre alt de kan for at det samme ikke skal ramme noen andre.

## 2. SLIK KOM ARBEIDET I GANG

I desember 2017 ble helsejournalist Camilla kontaktet av Åse Moberg. Hun fortalte om sønnen Jostein (23) som ble innlagt på Haukeland universitetssjukehus etter en arbeidsulykke. Seks dager etter innleggelse døde han. Ifølge Norsk pasientskadeerstatning (NPE) ville Jostein mest sannsynlig overlevd med riktig behandling.

Åse Moberg fortalte at sykehuset lovte henne å granske sønnens dødsfall, men at dette aldri skjedde. Sykehuset er pliktet til å varsle Helsetilsynet ved uventede dødsfall, men da Jostein døde, gikk det aldri noen melding til Helsetilsynet. Historien om Jostein fikk Camilla til å stille seg et spørsmål: Hvor vanlig er det at norske sykehus lar være å varsle Helsetilsynet om alvorlige feil?

Sammen med Nanna, begynte Camilla å undersøke hva som hadde skjedd ved avdelingen der Jostein var innlagt. I tillegg ville de forsøke å finne ut hvor mange alvorlige avviksmeldinger som aldri ender hos Statens helsetilsyn. Helsetilsynet skal være sikkerhetsnett som fanger opp de mest alvorlige feilene ved norske sykehus. Hvis vi sammenligner deres rolle med rettsvesenet, er de både politi, påtalemyndighet og domstol.

Men Helsetilsynet hadde bare svar på hvor mange varsler de mottok hvert år. De hadde ingen oversikt over feil og avvik de ikke ble varslet om. **Var det mulig å finne ut hvor mange pasientskader som skulle vært varslet Helsetilsynet, men aldri ble det?**

### 3. METODE: PASIENTSKADENE

#### 3.1 Fra én til tre historier

Fra januar 2018 jobbet Camilla med saken om Jostein ved siden av sitt vanlige arbeid i nyhetsavdelingen. Hun søkte innsyn i dokumenter som omhandlet dødsfallet og snakket med kilder ved sykehuset.

Hun ba også om innsyn i alle klager på Nevrokirurgisk avdeling hos Statsforvalteren i Vestland og NPE. Her fikk hun napp. To andre pasienter hadde søkt NPE om erstatning etter feilbehandling - den ene bare noen måneder etter at Jostein døde. Med samtykke fra pasientene tok vi kontakt med Statens helsetilsyn for å sjekke om de var blitt varslet om sakene. Det var de ikke.

**Hadde vi funnet tre saker hvor sykehuset brøt loven?**

#### 3.2 Vurdering fra helsejurister

Statens helsetilsyn var aldri blitt varslet om de tre pasientene, men ville ikke svare på om de burde ha blitt varslet. For å kunne vurdere om sykehuset hadde brutt den lovpålagte varslingsplikten, måtte vi gjøre oss kjent med loven:

Hver eneste gang det skjer en uønsket hendelse ved et norsk sykehus, skal de ansatte registrere et avvik i sykehusets interne system. Det kan være alt fra et hull i vaktlistene eller en lypære som er gått - til en pasient som opereres i feil bein eller får en dødelig dose medisin.

Spesialisthelsetjenestelovens §3.3a pålegger helsepersonell å varsle tilsynsmyndighetene dersom hendelsen er alvorlig. Men for at varslingsplikten utløses, må skaden være upåregnelig (uventet) og skyldes svikt i helsehjelpen.

For å kunne vurdere om de tre pasientene var utsatt for uventede skader - som utløste varslingsplikten - måtte vi vite så mye som mulig om hva de hadde vært utsatt for. All behandling som skjer ved sykehuset, skrives ned i pasientens journal: Operasjonsbeskrivelser, notater og medisinalister. Som journalister har vi ingen mulighet til å få innsyn i pasientjournaler via sykehuset, men vi fikk overbevist de to nye pasientene om å be om utskrift av egne journaler og gi oss kopier.

Ettersom varslingsplikten er skjønnsmessig, ba vi om hjelp fra tre av Norges fremste helsejurister: Marit Halvorsen, Aslak Syse og Anne Kjersti Befring. De sa seg villige til å lese de anonymiserte journalene, og slo raskt fast at begge sakene var klart varslingspliktige. Det samme var dødsfallet til Jostein. Hvordan kunne vi gå fram for å finne alle de alvorlige hendelsene som sykehusene skjulte for tilsynsmyndighetene?

### 3.3 En håpefull innsynsbegjæring

I pasientenes journal kunne vi se at det var opprettet avviksmeldinger for alle de tre pasientene. Sakene var altså registrert internt på sykehuset som uønskede hendelser. Vi la også merke til en annen ting: I avviksskjemaet fra Haukeland sykehus var det en boks, der den som skrev avviket kunne krysse av for om det skulle sendes en kopi - en 3.3a-melding - til Statens helsetilsyn. I de tre sakene var ikke boksen krysset av. De tre sakene hadde skjedd innenfor en tidsramme på ett år, og var av svært alvorlig karakter.

Hvis sykehuset bare registrerte hendelsene i sine interne systemer - uten å varsle tilsynsmyndighetene - ville ikke det bety at sykehuset slapp unna ekstern kontroll, straffereaksjoner og krav til å lære av feilene?

Hadde vi avdekket ukultur ved én avdeling - eller var dette noe som skjedde ved flere sykehus? For å svare på det, trengte vi å se det nasjonale omfanget.

Vi forsto at avviksmeldingene kunne være nøkkelen til å finne ut hvor mange alvorlige pasientskader som blir registrert internt på sykehusene - uten å bli varslet Statens helsetilsyn. I mai 2018 brukte vi offentlighetslovens §9 og ba om en sammenstilling over alle avviksmeldinger for 2017. Innsynsbegjæringen ble sendt til alle landets helseforetak.

I august 2018 fikk vi de første svarene og det viste seg at norske sykehus slett ikke har noen standard for hvordan avvik registreres - eller hvilken informasjon de kunne utlevere til media. Mens enkelte helseforetak leverte omfattende regneark med ti-tolv kolonner med koder, leverte andre fritekstfelt. Noen leverte knapt nok tall på klinikknivå, mens andre opplyste om avdelinger og operasjonstyper.

Til tross for at vi nå satt på mye data om avvik, var de umulige å bruke. Vi forsto at vi hadde vært for upresise i innsynsbegjæringen, og at vi måtte lære mer før vi kunne få svarene vi var ute etter.

### 3.4 Ulike avvikssystemer og et nytt kodeverk

Den første innsynsbegjæringen hadde gitt oss verdifull informasjon. Vi lærte at:

- Norske sykehus har flere ulike systemer for å melde avvik.
- Mange av svarene inneholdt en kombinasjon av tall og tekst (eks. 2.7.4 Utdeling av legemidler/2.7.1.6 Liggende fall uten tilsyn) som vi ikke hadde sett før.

#### 3.4.1 Innsyn i blanke avviksskjemaer

Vi snakket med fagsjefer og kvalitetsledere ved samtlige norske sykehus, for å lære hvordan de fører avvik. Det viste seg at helseforetakene bruker fem ulike avvikssystemer.

For å se hva slags informasjon de ulike systemene inneholdt, ba vi om innsyn i blanke avviksskjemaer for å se nøyaktig hvilke felter de ansatte må fylle ut når de registrerte en uønsket hendelse. Et av

feltene gikk igjen i alle systemene: Ansatte måtte fylle inn om hendelsen var varslet som en 3.3a-melding. Et nasjonalt datasett ville altså gi oss svar på hvor mange hendelser som ikke var varslet til Statens helsetilsyn.

### 3.4.2 Innsyn i NOKUP-koder

Da vi undersøkte hva tallkombinasjonene betydde, fant vi ut at Helsedirektoratet i 2017 innførte et nasjonalt kodeverk for å klassifisere interne sykehushendelser. Kodeverket het NOKUP og inneholdt en kombinasjon av tall og beskrivelser.

De neste ukene brukte vi på å lære oss NOKUP. Kodeverket består av syv kategorier, med flere lag av underkategorier. Til sammen består NOKUP av flere tusen ulike koder og kombinasjoner.

For å kunne bygge et nasjonalt datasett som viste alle avviksmeldingene, trengte vi data som var sammenlignbare på tvers av sykehusenes ulike avvikssystemer. NOKUP var svaret vi lette etter.

Vi ønsket innsyn i tre ulike NOKUP-koder med underkategorier:

- *NOKUP 1: Sted for hendelse*
- *NOKUP 2: Hendelsestype*
- *NOKUP 5: Faktisk konsekvens for pasient.*

NOKUP 1 ville gi oss svar på klinikk og avdeling - og dermed hva slags type pasient det var snakk om (f.eks. kreftpasient, kirurgi). NOKUP 2 kunne gi svar på hva som hadde skjedd (f.eks. feilmedisinering, fall, operasjonsskade). NOKUP 5 kunne gi svar på hvilke følger hendelsen hadde fått (f.eks. Død, alvorlig skade). I tillegg ba vi om innsyn i fritekstfelt eller en beskrivelse av hendelsen og hvorvidt det var sendt en 3.3a-melding. Totalt var det åtte kolonner som skulle fylles ut for hvert sykehus.

### 3.4.3 Skreddersy innsynsbegjæringer

Selv om helseforetakene hadde tatt i bruk det samme nasjonale kodeverket, var det likevel ingen quick fix for å få sammenlignbare data fra alle helseforetak. NOKUP-kodene var kanskje de samme, men ordlyden i i avviksskjemaene varierer.

For eksempel:

- Oslo universitetssykehus bruker et avvikssystem som heter Achilles. NOKUP 1 fylles inn under kolonnen "ansvarlig enhet".
- Sykehuset Vestfold bruker et avvikssystem som heter EQS. NOKUP 1 fylles inn under spørsmålet "hvor skjedde hendelsen?".

For å løse dette, skrev vi derfor fem skreddersydde innsynsbegjæringer til sykehusene basert på deres avvikssystem. Hver innsynsbegjæring hadde ulik spørsmålsstilling og en forklarende tekst. I tillegg lagde vi et eget regneark til hver av innsynsbegjæringene for å vise sykehusene hvordan vi ønsket at regnearket de sendte tilbake, skulle se ut:

| 1 | Måned   | Klokkeslett | Ansvarlig enhet | Hendelsestype (NOKUP 2)   | Hendelsestype (NOKUP 2 - underkategori) | Alvorlighetsgrad (5) | Fritekstfelt (beskrivelse)             | Varslet 3.3A |
|---|---------|-------------|-----------------|---------------------------|---|----------------------|--|--------------|
| 2 | Januar  | 08.20       | Intensiv L      | 2.1 Pasientadministrasjon | 2.1.4 Venteliste                        | 5.2 Moderat          | Pasienten ble ikke kalt inn til time   | JA           |
| 3 | Februar | 14.15       | Akkuttmedisinsk | 2.7 Legemidler og blod    | 2.7.4 Utdeling av legemidler            | 5.4 Betydelig        | Pasienten fikk feil medisin            | NEI          |
| 4 | Mars    | 23.00       | Sengepost       | 2.4 Fall og uhell         | 2.4.1.6 Liggende fall uten tilsyn       | 5.1 Ingen            | Pasienten ble hjulpet opp og undersøkt | JA           |

**Innsynsbegjæring nummer to ble sendt ut i januar 2019. Denne gangen ba vi om data fra 2018.**

### 3.5 Avslag, klager og taushetsplikt

Det tok ikke lang tid før de første telefonene kom: "Forsto VG hva vi ba om? Visste vi i det hele tatt hvor mange tusen avvik som ble skrevet hvert år?"

Flere sykehusansatte forsto ikke hvordan de skulle hente ut dataene, eller konvertere dem til Excel. Et sykehus slet så mye med å finne en løsning, at vi måtte sette kommunikasjonsdirektøren i kontakt med en utvikler hos selskapet som leverte løsningen for deres interne avvikssystem.

Samtidig kom de første avslagene. Omtrent halvparten av sykehusene innsynsbegjæringen vår med to ulike begrunnelser:

- Innsynet vi ba om inneholdt taushetsbelagte opplysninger (offl. §13 jf. Fvl §13)
- Sammenstillingen kunne ikke gjøres med enkle fremgangsmåter (offl. §9) - de hadde ingen samlet oversikt over avviksmeldinger internt på sykehuset.

Vi klaget på avslagene med disse argumentene:

- Opplysningene i NOKUP-kodene er ikke knyttet til taushetsbelagte opplysninger og omfattes ikke av taushetsplikten. Fritekstfeltene skal ikke inneholde personsensitive opplysninger.
- Opplysningene vi ba om finnes allerede i de interne avvikssystemene. Norske sykehus skal ha oversikt over egne avviksmeldinger, og disse skal behandles på styremøte i sykehuset hvert år. Det var sykehusets plikt å ha oversikt over dataen VG etterspurte.

Flere sykehus utleverte opplysningene etter å ha mottatt klagen. Fem klager ble sendt til behandling hos Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet konkluderte med at pressen hadde rett til innsyn i anonymisert data (NOKUP), hendelsessted og måned, men ikke innhold fra fritekstfelt. For en del av sykehusene satt vi derfor igjen med kodeverket - uten beskrivelser.

### 3.6 Hvordan få tak i anonyme pasienter?

Bak de anonymiserte kodene lå det flere tusen historier om pasienter som hadde blitt alvorlig skadet da de fikk behandling. Parallelt med at vi samlet inn data, søkte vi etter menneskene som var rammet. Vi brukte tre metoder for å komme i kontakt med pasienter:

#### 3.6.1 Brev via sykehus

Offentlighetsloven §13(3) åpner for at journalister kan be offentlige etater om å videreformidle en forespørsel om opphevelse av taushetsplikt til en mottaker vi ikke kjenner identiteten til. Vi kan også sende med et følgebrev. Vi sendte flere titalls slike henvendelser via sykehusene.

Eksempel: Stavanger Universitetssykehus ga oss innsyn i en avviksmelding som beskrev dødsfallet til en kreftpasient. Vi ba sykehuset sende et brev til pasientens pårørende med forespørsel om mer informasjon. Brevet resulterte i [saken om Sølvi Løvås](#). Hun ble behandlet for feil krefttype fordi Stavanger universitetssykehus hadde forvekslet en kreftprøve.

#### 3.6.2 Innsyn og brev via NPE

Vi ba Norsk pasientskadeerstatning om innsyn i en liste over alle klagesaker for 2018. Her ba vi om et uttrekk som inneholdt behandlingssted, tidspunkt, hvilken behandling som ble klaget på, utfall av hendelsen (skade/dødsfall), en beskrivelse av hendelsen og hvorvidt pasienten hadde fått medhold i

sin klage.

For å få kontakt med de berørte, fikk vi NPE til å sende brev til pasienter på våre vegne.

### 3.6.3 Innsyn og brev via Pasientombudet

Vi ba landets Pasientombud om en oversikt over saker der de hadde bistått pasienter som klaget på feilbehandling på sykehus med alvorlig utfall. Pasientombudet har ikke datasystemer til å gjøre et slikt uttrekk, men hvert ombud sendte oss en liste over 5-10 anonyme saker som de mente kunne være aktuelle. Dette resulterte i et datasett på om lag 80 saker. Også Pasientombudet videresendte brev til pasienter på våre vegne.

**Mange pårørende ønsket å fortelle hva de hadde opplevd. Gjennom tre år har vi ettergått fakta i mer enn 40 pasientsaker.**

### 3.7 Manuell koding og vasking av data

Gjennom sommeren og høsten 2019, begynte vi å få svar på innsynsbegjæringene fra helseforetakene. Selv om regnearkene vi nå fikk var bedre enn ved første forsøk, var dataene lite egnet til analyser. Der ett sykehus hadde gitt oss NOKUP-koder, hadde et annet sykehus gitt oss tekst fra NOKUP-kodeverket. Noen sykehus markerte varslede saker med en X, mens andre skrev "JA".

I denne fasen fikk vi viktig bistand av utvikler Jari Bakken som hjalp oss å vaske sykehusets data i Javascript. Det vil si at vi luket ut og rettet opp feilføringer. I tillegg gikk Camilla og Jari gjennom alle radene manuelt for å sikre at dataen kunne konverteres til sammenlignbare kolonner. Ett enkelt regneark kunne bestå av 6.000 rader. De vaskede regnearkene ble lagt inn i en søkbar database.

I februar 2020 satt vi endelig på et nasjonalt datasett vi kunne begynne å analysere. Så kom covid-19 og alt stanset opp. Plutselig sto helsevesenet i en ny og krevende situasjon. Også VG-redaksjonen trengte å bruke alle ressurser på å dekke pandemien. Vi kontaktet de pårørende og fortalte at vi måtte legge publiseringen på is.

### 3.8 Corona-dødsfall på Sykehuset Telemark

Gjennom 2020 jobbet vi alle med å dekke pandemien. I januar 2021 leste Camilla en sak på NRK Vestfold og Telemark, der hun fikk bruk for det hun hadde lært om avvik gjennom datasettet fra 2018. På Sykehuset Telemark var flere pasienter døde etter å ha blitt smittet av covid-19 inne på sykehuset. Sykehusdirektøren sa alle dødsfall var varslet til Helsetilsynet. Men da Camilla intervjuet datteren til en av de avdøde, nevnte hun i en bisetning at familien ikke hadde hørt noe om det.

### 3.9 Nytt innsyn for unntaksåret 2020

Etter å ha funnet flere covid-19-dødsfall som ikke var varslet til Helsetilsynet, fortsatte Camilla og Mona å snakke sammen om databasen med avviksmeldinger. Dersom vi ba om de samme dataene for 2020, kunne vi undersøke for to hele år. Det ville gi oss mulighet til å sammenligne og se en utvikling over tid. Samtidig kunne vi finne nye saker til dekningen av pandemien.

I februar 2021 gjentok vi innsynsbegjæringen vi hadde sendt to år tidligere og ba om innsyn i samtlige avviksmeldinger for 2020.

### 3.10 Sykehusvarslene 2018 - 2020

I august 2021 begynte vi endelig analysene av de 60.000 radene med avviksmeldinger fra 2018 og 2020. Vi konsentrerte oss om to sorteringer:

1. De mest alvorlige sakene: Vi skilte ut hendelsene som hadde registrert Konsekvens med enten NOKUP-kode for død (5.5) eller betydelig skade (5.4).
2. Varslingsplikten: Vi undersøkte hvor mange av meldingene som omhandlet dødsfall eller betydelig skade som var varslet som 3.3a-meldinger til Statens helsetilsyn

**Tallet vi fant var langt høyere enn vi hadde forestilt oss: 80 prosent av alle hendelser med alvorlig eller dødelig utfall ble aldri varslet til Statens Helsetilsyn.**

### 3.11 Bruke NOKUP-koder til å finne varslingspliktige saker

Basert på datainnsamlingen var det ikke mulig å si hvor mange av disse sakene som utløste varslingsplikt. Det var rett og slett for lite informasjon i kodeverket til å konkludere med lovbrudd.

For å undersøke hypotesen vår, måtte vi finne saker som skulle vært varslet til Helsetilsynet. Vi visste at enkelte NOKUP-koder - i en gitt sammenheng - utløste varslingsplikt. Et eksempel:

*2.3.7 Kirurgi/invasiv intervensjon*

*2.3.7.3 Perforasjon av organer*

*5.5 Død*

Her har helsepersonell - under en operasjon - perforert (ødelagt/skadet) et annet organ enn det som skulle vært operert. Hendelsen hadde dødelig utfall og skulle vært varslet.

Vi laget en liste med 25 slike kode-kombinasjoner, blant annet sjekket vi hvor mange kreftpasienter som hadde fått alvorlige skader eller død som følge av forsinket behandling, feiltolkede prøvesvar og feildosering av medisiner ved hjelp av fem ulike kode-kombinasjoner.

**Til slutt satt vi med et regneark med 300 hendelser som kunne være lovbrudd.**

### 3.12 Juridisk gjennomgang av 300 saker

Professor og helsejurist Aslak Syse sa ja til å vurdere materialet for oss. Han er blant dem i Norge som kjenner paragraf 3.3a i spesialisthelsetjenesteloven best, da han har vært med å skrive lovteksten.

Etter å ha vurdert avvikene for 2018 og 2020, landet professoren på at over halvparten av disse sakene burde vært varslet til Statens helsetilsyn.

**VG hadde funnet 169 saker der sykehus brøt loven etter at pasienter ble alvorlig skadet.**

## 4. ETIKK OG KILDER

### 4.1 Lydopptak av helsepersonell

I tre av sakene vi jobbet med satt pårørende på lydopptak fra møter med helsepersonell på sykehus. Stadig flere pårørende tar opp lyd, først og fremst for selv ikke å glemme hva som blir sagt.

Lydopptakene blir ofte gjort uten at helsepersonell er klar over at det skjer.

I to av sakene vi jobbet med var lydopptaket den sentrale dokumentasjonen i saken. Opptakene dokumenterte hvordan helsepersonell feilinformerte pårørende. Vi diskuterte hvordan slike opptak kunne brukes journalistisk og landet på at VG ikke skulle publisere disse opptakene. Det viktigste for oss var å ha lydopptakene som dokumentasjon på hva som ble sagt for flere år siden. Med opptakene kunne vi gjengi dialogene helt presist i tekstform.

## 4.2 Sårbare kilder og åpne prosesser

Flere av historiene vi har fortalt, omhandler familier som nylig har mistet en mor, en ektemann, en sønn eller en datter. Det er ikke alltid lett å huske akkurat hva som ble sagt og gjort, særlig ikke når man selv står i en dyp krise. Flere hadde også et forståelig sinne og ønsket å slå tilbake mot sykehuset.

Vi har vært tydelige med kildene på at vi har et strengt dokumentasjonskrav. Alt som handlet om kritikk av sykehusansatte/håndteringen av en alvorlig hendelse, måtte være mulig å dokumentere gjennom lyd eller dokumenter.

Underveis har vi gjort det vi kan for å trygge de pårørende før publisering:

- Alle har hatt mulighet til å trekke seg på et hvilket som helst tidspunkt i prosessen.
- Alle har fått lese gjennom hele manuset - inkludert bilder og video.
- Alle fikk se gjennom frontforslag og eventuelle papirsider.

## 4.3 Navngi leger og helsepersonell

Leger og helsepersonell utøver makt i lukkede rom. Det er en kraftig skjevbalanse i relasjonen mellom pasient og helsevesen. Likevel har det ikke vært kultur i pressen for å navngi helsepersonell som begår en alvorlig feil. Sykehusene mener identifisering kan skape redsel blant de ansatte for å gjøre jobben sin, noe som igjen kan føre til flere behandlingsfeil. Derfor er det nesten alltid en leder som svarer ut. Vi mener det følger med jobben som avdelingsleder og klinikkdirektør i et offentlig helseforetak å svare på spørsmål fra pressen, med åpen identitet. I flere av sakene våre er det nettopp ledere som har begått feil. I saker der personell "på gulvet" hadde gjort det samme, valgte vi ikke å bruke navn.

## 5. SPESIELLE ERFARINGER

Da vi først ba om innsyn i avviksmeldingene for 2018, skulle alle avvik sendes til Meldeordningen for uønskede hendelser i Spesialisthelsetjenesten. Dette var Helsedirektoratets database som ble opprettet i 2010 og inneholdt over 70.000 hendelser. Avvikene skulle brukes til forskning og læring. Men i 2018 besluttet helseminister Bent Høie å legge ned meldeordningen.

Da regjeringen sendte nedleggelsen på høring i 2017, skrev de at den eksisterende databasen fortsatt kunne brukes til læring. Men da vi ettergikk hva som hadde skjedd, fant vi ut at alle de 70.000 meldingene var slettet med et tastetrykk.

Nedleggelsen av meldeordning hadde også konsekvenser for vårt arbeid: Da vi ba om innsyn i avviksmeldingene for 2020 hevdet flere sykehus at dette nå var "organinterne dokumenter". Når de ikke lenger sendte kopier av avvikene til Helsedirektoratet, hadde de ingen plikt til å gi offentligheten innsikt i feilene de gjorde.

## 6. DETTE ER NYTT

VG har avslørt omfattende lovbrudd når sykehus unnlater å melde fra om dødsfall og alvorlige pasientskader til Statens helsetilsyn.

- Vi avdekket at 80 prosent av alle hendelser med konsekvens død eller betydelig skade aldri ble varslet til Helsetilsynet i årene 2018 og 2020.



- Vi avslørte at det årlig skjer flere titalls alvorlige feilbehandlinger innen kreft, som aldri blir varslet til Helsetilsynet.
- Vi avslørte at flere pasienter fikk alvorlige øyeskader etter feilbehandling ved Helse Møre og Romsdal.
- Vi avslørte at Nevrokirurgisk avdeling ved Helse Bergen unnlot å varsle helsetilsynet om tre alvorlige hendelser og dødsfall. Et av disse var Jostein Moberg.
- Vi engasjerte professor Aslak Syse til å vurdere 300 av pasientskadesakene. Han konkluderte med at den manglende varslingen brøt med spesialisthelsetjenesteloven i 169 av sakene.
- Vi avslørte at Sykehuset Telemark først varslet Helsetilsynet om seks dødsfall knyttet til corona-utbrudd på sykehuset minst to uker etter at de skjedde. Ett dødsfall ble varslet ni måneder etter at det skjedde.
- Vår kartlegging viste at 11 av landets 20 største helseforetak hadde corona-utbrudd inne i sykehuset. Minst 113 pasienter ble smittet av covid-19 mens de var innlagt. Minst 15 av pasientene døde.
- Vi avdekket hvordan 70.000 avviksmeldinger ble slettet for alltid - til tross for at Helsedepartementet mente meldingene skulle gi læring i fremtiden.

## 7. KONSEKVENSER

\*\* Høsten 2021 startet Statens helsetilsyn og Helse- og omsorgsdepartementet en granskning av hele tilsynsordningen i Norge, inkludert Statsforvalteren og Statens undersøkelseskomisjon for helsetjenesten (UKOM). Granskningen er et resultat av VGs avsløringer.

\*\* Statens helsetilsyn beordret alle landets sykehus om å varsle i henhold til loven. Helsetilsynet opplyser at de vil følge opp antall varslede saker de neste to årene for å sikre at tallet går opp.

\*\* Statens helsetilsyn endret reglene for hvordan tilsynsmyndighetene skal behandle varsler om alvorlige hendelser ved norske sykehus.

\*\* Helsetilsynet ba Helse Møre og Romsdal varsle feilbehandling av øyepasienter etter VGs avsløring. I desember 2021 åpnet Statsforvalteren tilsyn med sykehuset.

\*\* I november 2021 fikk barna til Sølvi Løvås endelig svar fra sykehuset om hva som skjedde da morens kreftprøve ble feiltolket.

## Vedlegg: Lenker til alle saker publisert

Kreftprøven, 14. November 2022

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/AL0e4i/kreftproeven>

Fire av fem alvorlige sykehus-hendelser varsles aldri, 14. November 2021

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/g6JB9B/fire-av-fem-alvorlige-sykehus-hendelser-varsles-aldri>

Pasienter fikk alvorlige synsskader etter sykehusfeil, 16. November 2021

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/v59K8B/pasienter-fikk-alvorlige-synsskader-etter-sykehusfeil>

70.000 sykehus-feil skulle brukes til læring - ble slettet, 22. November 2021

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/y49WwJ/70000-sykehus-feil-skulle-brukes-til-laering-ble-slettet>

Helsetilsynet-direktør om VG-avsløring: - Svikt, 25. Novmeber 2021

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/nWM5Jd/helsetilsynets-direktoer-om-vg-avsloering-svikt>

Åpner tilsyn etter VG-avsløring, 3. November 2021

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/k6eJ6X/aapner-tilsyn-etter-vg-avsloering>

Feiltolket celleprøve: Pasient fikk kreft, 11. Desember 2021

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/66V6eQ/feiltolket-celleproeve-pasient-fikk-kreft>

Kirurgens varsel, 19. Desember 2021

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/y4K3oJ/kirurgens-varsel>

Kontrollkomiteen etter VG-avsløring: - Vi skal til bunns i dette, 20. Desember 2021

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/eEyMMQ/kontrollkomiteen-etter-vg-avsloering-vi-skal-til-bunns-i-dette>

Arbeidskonflikten, 8. Januar 2022

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/G3qBAV/arbeidskonflikten>

Feilbehandlingen, 9. Januar 2022

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/668xre/feilbehandlingen>

Rutinesjekken, 15. Januar 2022

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/x8Xko8/rutinesjekken>

Riksrevisjonen skal granske sykehusene etter VG-avsløring, 15. februar 2022

<https://www.vg.no/nyheter/i/ML2RoM/riksrevisjonen-skal-granske-sykehusene-etter-vg-avsloering>

Sykehusvarslene: Samleside til alle publiserte saker i prosjektet

<https://www.vg.no/emne/aef18e23-fcc7-44db-86c4-9c965e07738d/sykehusvarslene?pagelid=1>