

Kommunikasjonen som sviktet

INNSENDERE TV 2
Mari Linge Five
Anna Myklebust Hodne
Mina Maria Rise

1. Innledning	2
2. Dette er nytt	2
3. Slik kom arbeidet i gang	3
3.1 Historien om Tove	3
3.2 En gjenganger i avviksmeldinger	3
4. Oversikten som forsvant	4
4.1 Den nedlagte ordningen	4
4.2 De første innsynsbegjæringene	4
4.3 Vanskelighetsgraden økes	5
5. Hvordan finne ut mer om et tall?	6
5.1 Smart-innsynet 2.0	6
5.2 Forskjeller på innsyn i helse og krim	6
5.3 NOKUP i «smart-innsyn»	6
5.4 Hvilken type hendelse førte til dødsfallet?	7
5.5 Kunne dødsfallene vært unngått?	7
5.6 Alder	8
5.7 Vi trykker på «send»	8
5.8 Den parallelle prosessen	9
5.9 Marsjen fortsetter	9
5.10 Utfordringer med NOKUP	10
6. Fra tall til skjebner	11
6.1 Slik fant vi Einar	11
6.2 Slik fant vi Frank Roy	12
6.3 Ivan-saken	13
7. Sterke reaksjoner på løpende bånd	14
7.1 «En helt uakseptabel situasjon»	14
8. Seier hos Sivilombudet og kortvarig glede	14
9. Konsekvenser og etterspill	16
9.1 Tiltak i ekspressfart	16
9.2 Vestres oppdrag	16
9.3 Intens jobb med ny meldeordning	17
9.4 Foredragene	17
10. Avslutning	17
10.1 En ekstra takk til	18
11. Full liste over publiseringer	18

1. Innledning

Vi har alle et forhold til ordet sykehus. Enten har du vært der som pårørende, eller kanskje som pasient. Det sies at Norge har verdens beste helsevesen. Men hva vet vi egentlig om hva som foregår bak dørene på de mange sykehusene vi har i dette landet? Kan du være trygg på at de du er glad i, får den hjelpen de skal ha?

For det finnes nemlig tilfeller der det ikke skjer. Det har TV 2 avdekket denne høsten.

Det kan være at du havner i samme situasjon som familien til 80 år gamle Einar Helge Olsen. 20 familiemedlemmer sto rundt senga hans og tok farvel, etter at sykehuset hadde gjort en grov feil. Eller så kan du oppleve å få beskjeden Tony og Malene aldri trodde de skulle få. De var sikre på at faren var trygg på sykehuset. Men i virkeligheten lå han død, hjemme i sin egen leilighet.

Det er nettopp slike historier vi ønsket å belyse i dette prosjektet. Men hvordan går man frem for å kartlegge noe myndighetene selv ikke en gang har oversikt over?

I jakten på å få ut disse historiene og denne oversikten, fikk vi oppleve at Helse- og omsorgsdepartementet brøt loven. Vi bega oss også ut på det som endte opp med å bli en ni måneder lang byråkratisk brytekamp, før vi kunne presentere en fullstendig oversikt. Og vi skulle få oppleve en helseminister som la seg fullstendig flat og sa unnskyld til det norske folk. Så iverksatte han umiddelbare tiltak i ekspressfart.

Men historien startet med et mål om å gi folk et svar. Et svar på noe de har krav på å vite, men som per i dag ikke eksisterer for offentligheten.

2. Dette er nytt

- TV 2 har skaffet en oversikt over alvorlige hendelser på norske sykehus som myndighetene ikke har selv.
- Totalt har det vært 444.203 pasientrelaterede avvik på norske sykehus de siste fem årene.
- TV 2 har avdekket at alvorlige hendelser med kommunikasjon som medvirkende årsak utgjør 21 prosent av alle avvik registrert ved norske sykehus. Det utgjør nesten 50 uønskede hendelser hver eneste dag.
- Gjennom omfattende innsynsarbeid har TV 2 avdekket at 957 personer de siste fem årene har mistet livet i uønskede hendelser der kommunikasjon har vært en medvirkende årsak.
- 2939 pasienter har de siste fem årene fått betydelige skader etter uønskede hendelser der kommunikasjon har vært en medvirkende årsak.
- Bare i 2023 mistet 212 personer livet i uønskede hendelser der kommunikasjon har vært en medvirkende årsak. Det er det høyeste antallet på de fem årene TV 2 har innhentet tall fra.
- TV 2 har innhentet informasjon og gjort analyser av dødsfall på norske sykehus som tilsynsmyndighetene med nåværende verktøy ikke er i stand til å gjøre.

- Nesten 50 prosent av dødsfallene med kommunikasjon som medvirkende årsak i fjor, kunne sannsynligvis eller ganske sikkert vært forebygget, ifølge sykehusenes egen rapportering.
- I 2023 mistet seks barn livet i uønskede hendelser der kommunikasjon var en medvirkende årsak.
- Medianalderen på de som døde i 2023 med kommunikasjon som medvirkende årsak var 60-69 år.
- TV 2 har avslørt at dagens system for å føre avvik har store mangler.
- TV 2 har avdekket at kun fem av 19 helseforetak har et system som registrerer og etterlyser pasienter som ikke møter opp på akuttmottaket, og har laget en oversikt over sykehusene som mangler dette.
- TV 2 har laget et interaktivt kart som gir folk muligheten til å sjekke sitt eget helseforetak, og se hvor mange dødsfall deres lokale sykehus hadde i fjor.

3. Slik kom arbeidet i gang

3.1 Historien om Tove

Et drøyt år før vi satte i gang arbeidet om kommunikasjonssvikt på norske sykehus, jobbet vi med et annet prosjekt om feilmedisinering og konsekvensene av dette. Der fortalte vi blant annet historien om Tove.

Tove hadde vært gjennom en vellykket operasjon av en svulst i magen, da alt plutselig gikk galt. Hun kastet opp og fikk feber, og ble gradvis sykere. Først seks dager senere forsto legene hva som var galt. Tove hadde blitt forgiftet. Hun hadde fått sin ukentlige dose med den svært sterke medisinen Metotreksat, hver eneste dag i seks dager. Legene prøvde å redde livet hennes, men forgjeves. Tove døde noen uker senere, 85 år gammel. Men dette var ikke første gangen det skjedde et dødsfall etter overdose med denne medisinen.

– Mammars dødsfall kunne vært forhindre hvis helsevesenet hadde lært av sine egne feil, sa datteren til Tove.

3.2 En gjenganger i avviksmeldinger

Vi klarte ikke helt å slippe det datteren og andre eksperter på fagfeltet hadde uttalt i reportasjeserien vår.

Dårlig kommunikasjon var noe som gikk igjen i rapportene fra feilmedisineringsprosjektet. I avviksmeldinger fra ulike helseforetak så vi at sykehusene gjentatte ganger trakk frem kommunikasjonssvikt som årsak til at ting hadde gått galt. Hvor stort og omfattende var dette problemet? Hadde datteren til Tove rett i at sykehusene ikke evner å lære av hverandres feil? Og hvordan kunne vi gå frem for å finne ut av det vi lurte på?

Utgangspunktet ligger i et system vi var kjent med fra tidligere. Systemet kalles Norsk kodeverk for uønskede hendelser (NOKUP). I et kildemøte ble vi oppmerksomme på at kommunikasjonssvikt har en egen kode i dette systemet, som sykehusene skal registrere dersom de mener det har vært en

medvirkende årsak. Koden heter 3.2, kommunikasjon og samhandling. Dersom en uønsket hendelse registreres med denne koden, betyr det at svikt i samhandling, eller problemer ved, eller mangel på kommunikasjon/informasjon bidro til hendelsen. Med dette som grunnlag kunne vi iverksette det som endte med å bli et svært omfattende innsynsarbeid.

4. Oversikten som forsvant

For å kunne bestille presise innsyn, er det viktig å forstå hvilke systemer som finnes og hvilke regler helseforetakene plikter å følge. Dette for å være i stand til å vite hva vi som journalister har krav på å få utlevert av opplysninger og for å vite hva som er relevant å be om.

Før vi kommer tilbake til NOKUP-systemet under punkt 5.2, som altså inneholder retningslinjer for innrapportering av avvik, er det viktig å fortelle kort om den nasjonale meldeordningen, som eksisterte fra 2012 til 2019.

4.1 Den nedlagte ordningen

Meldeordningen fungerte slik at sykehusene anonymt meldte inn alvorlige hendelser fra spesialisthelsetjenesten til Helsedirektoratet. Denne ordningen hadde blant annet som mål å sørge for at man førte en nasjonal oversikt over uønskede pasienthendelser i spesialisthelsetjenesten, slik at sykehusene kunne lære av hverandres feil.

Men til tross for flere advarsler bestemte Solberg-regjeringen seg for å avvikle Helsedirektoratets oppgaver knyttet til meldeordningen i 2019. Et samlet fagmiljø og flere helsepolitikere i opposisjonen var fortvilet. Flere professorer TV 2 har snakket med har vært tydelig på at de har mistet verdifull informasjon og mulighet til å gjøre analyser av, og forske på uønskede hendelser i helsevesenet. Også helsedirektør Bjørn Guldvog var sterkt kritisk til valget, og advarte om at man på sikt ville miste en nasjonal oversikt over alvorlige hendelser på norske sykehus.

En konsekvens av lovendringen som regjeringen innførte, var også at tallene vi trengte i arbeidet vi nå var i gang med, ikke fantes noe sted. Vi bestemte oss dermed for å konsentrere oss om tiden som hadde gått etter at denne ordningen ble skrinlagt, altså fra 2019 og frem til utgangen av 2023.

Med andre ord: Vi satte oss som mål å sjekke om ekspertenes dystre spådommer var berettiget.

4.2 De første innsynsbegjæringene

Det første vi gjorde var å sende ut innsynsbegjæring til alle landets 19 helseforetak. I begjæringene ba vi om følgende:

- Totalt antall avvik fra 2019 til 2023.
- Antall avvik der kommunikasjon var en medvirkende årsak, altså alle avvik kodet med kode 3.2.
- Antall avvik der kommunikasjon var en medvirkende årsak og hvor konsekvensen ble kategorisert som betydelig skade.

- Antall avvik der kommunikasjon var en medvirkende årsak og hvor konsekvensen endte med dødsfall.

Samtlige helseforetak ga oss medhold i punkt 1 og 2. Helseforetakene i Helse Vest, altså Stavanger, Bergen, Fonna og Førde, ga oss avslag på punkt 3 og 4. De øvrige 15 ga medhold.

Vi klaget på avslagene fra de fire helseforetakene i Vest, men samtlige klager ble avslått. Avslagene ble umiddelbart klaget videre til neste klageinstans, Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

Unntaket var Helse Fonna, som aldri videresendte klagen til HOD. Til tross for utallige purringer.

Dette skulle utvikle seg til å bli en parallell prosess som først løste seg ni måneder senere, mens vi satt på et møterom i redaksjonen og utarbeidet denne rapporten.

4.3 Vanskelighetsgraden økes

På tross av den innledende motstanden fra foretakene i Rogaland og Vestland, var signalene fra de resterende foretakene positive. Etter relativt kort tid hadde vi fått svar fra 15 av 19 helseforetak. Vi satt nå på et omfattende, og i våre øyne, oppsiktsvekkende tallgrunnlag.

Kort oppsummert fortalte de oss at:

- Fra 2019 til 2023 har det skjedd 444.203 avvik, altså uønskede hendelser, ved norske sykehus.
- En femtedel av disse avvikene, altså nesten 50 uønskede daglige hendelser, har kommunikasjon som medvirkende årsak.
- 957 personer har mistet livet.
- 2939 pasienter har fått betydelige, altså livsendrende, skader.

Vi hadde med andre ord fått et svar med to streker under, på spørsmålet om hvorvidt svikt i kommunikasjon er et omfattende problem ved norske sykehus. Av alle innmeldte avvik etter at meldeordningen ble lagt inn, var kommunikasjonssvikt medvirkende årsak i 21 prosent av sakene.

I og med at noen av landets største sykehus, som Bergen og Stavanger, hadde nektet oss innsyn, visste vi også at tallene på døde og betydelig skadde pasienter i realiteten måtte være høyere enn innsikten vi satt på per nå. Oversikten ga oss samtidig et annet viktig funn: Fra meldeordningen ble lagt ned, hadde antallet avvik med kommunikasjon som medvirkende årsak økt fra år til år. Samlet hadde disse tallene økt med hele 47,57 prosent – fra 14.365 i 2019 til 21.198 i 2023.

Vi forsto at vi satt på svært alvorlige tall, og ønsket derfor å øke vanskelighetsgraden et par knepp. Da vi flere måneder senere publiserte den overordnede kartleggingssaken vår, kunne vi dermed også si noe om hvem noen av de som befant seg bak disse tallene er eller var.

Vi kunne si noe om hvordan kommunikasjonssvikt førte til at pasienter ved norske sykehus døde eller fikk livsendrende skader. Og vi kunne si noe om hvor mange av disse dødsfallene som kunne ha vært unngått.

5. Hvordan finne ut mer om et tall?

5.1 Smart-innsynet 2.0

I april, da vi hadde fått inn tall fra 15 av 19 helseforetak, hadde det bare gått en drøy uke siden våre kollegaer i TV 2s fagavdeling for krimjournalistikk hadde vunnet Skup-diplom for sitt arbeid med politiets henleggelseskode 065. I juryens begrunnelse ble prosjektets nyutviklede innsynsmetode, som de døpte «smart-innsyn», trukket frem. I korte trekk baserer metoden seg på å sende ut ferdig skreddersydde skjemaer, hvor offentlige organer inviteres til å fylle ut opplysningene som redaksjonen vet finnes.

Dette blant annet for å redusere risikoen for at beslutningstakere vil påberope seg at innsynsbegjæringene bryter med offentlighetslovens § 9, som gir rett til innsyn i sammenstillinger fra organets databaser, dersom sammenstillingen kan gjøres med enkle fremgangsmåter. Inspirert og motivert, ville vi se på mulighetene for å adoptere elementer av denne metoden i prosjektet vi jobbet med.

5.2 Forskjeller på innsyn i helse og krim

En utfordring er imidlertid at åpenhet rundt helseopplysninger erfaringsmessig er mer utfordrende å få innsyn i, sett opp mot opplysninger i straffesaker. Særlig de siste årene har det blitt gjort en del nybrottsarbeid på krimfeltet, som gjør at denne metoden ikke er direkte overførbart til helsefeltet. Vi måtte derfor være kreative og se på mulighetene for å tilpasse og eventuelt utvikle metoden.

Basert på erfaring knyttet til innsyn hos helseforetakene og informasjon vi på forhånd hadde innhentet fra kilder, ble utfordringen nå å lande hvor vi trodde «skoen trykket». Vi ønsket å innhente så mye informasjon som mulig, uten å trække over streken. Vi måtte treffe på balansen.

I de første innsynsbegjæringene våre hadde vi konsentrert oss om to kategorier av konsekvenser, altså betydelig skade og død. Når vi nå skulle prøve å gå dypere ned i materien, besluttet vi å gjøre to nye avgrensninger. For det første snevret vi inn det vi ba om til kun å omhandle de sakene der pasientene endte opp med å dø. For det andre avgrenset vi begjæringene til kun å omhandle året 2023. Slik vi så det, ville dette være dekkende for å kunne si noe om det vi ønsket å belyse. Ved å konsentrere oss om sakene som fikk fatale utfall innenfor ett år, mente vi det ville være mulig å unngå å møte stengte dører hos helseforetakene.

Valget falt på 2023 fordi det var nærmest i tid, og at dette var det året i utvalget vårt som hadde flest uønskede dødsfall, med 212 saker.

5.3 NOKUP i «smart-innsyn»

Til tross for avviklingen av meldeordningen, brukes fortsatt NOKUP til klassifisering av uønskede hendelser i sykehusenes lokale avvikssystemer. Smart-innsynet vårt tok derfor utgangspunkt i dette systemet, fordi vi vet at sykehusene fremdeles registrerer avvik etter denne oppskriften.

Vi var opptatt av å hjelpe sykehusene med hvor de kunne finne informasjonen i NOKUP og vi ga dem eksempler på hvordan det skulle føres i skjemaet. Dette skulle spare oss for mye jobb i sammenstillingen, og sette oss i stand til å analysere svarene på en rask og effektiv måte.

Klassifikasjonssystemet i NOKUP består av syv hovedkategorier:

- Sted for hendelsen
- Hendelsestype
- Medvirkende faktorer/årsaker
- Grad av forebyggbarhet
- Faktisk konsekvens for pasient
- Hyppighet for uønsket hendelse
- Mulig konsekvens ved gjentakelse

Gjennom tallgrunnlaget vi hadde hentet inn fra før, satt vi allerede på informasjon om medvirkende årsak, sted for hendelsen og konsekvens for pasient. For å komme et steg nærmere å svare på det vi lurte på knyttet til de 212 som døde i 2023, pekte vi oss ut hendelsestype og grad av forebyggbarhet i sakene der pasientene endte opp med å miste livet.

Vi visste at informasjonen vi ba om ikke var å anse som taushetsbelagte opplysninger. Men det totale bildet av opplysninger kan ende opp med å bli identifiserende. Spesielt når det er snakk om mindre geografiske områder.

5.4 Hvilken type hendelse førte til dødsfallet?

At kommunikasjonen hadde sviktet på en eller annen måte var allerede klart for oss, men hva var det egentlig som skjedde med pasientene? I NOKUP finnes det ti ulike hendelsestyper. Dette er ganske brede kategorier, som for eksempel behandling og pleie, pasientadministrasjon eller legemidler.

Til hver av disse hendelsestypene finnes det igjen en underkategori, som vi også ba sykehusene om å fylle ut. Ved å få ut opplysninger om dette, ville vi kunne se om pasienten hadde fått forsinket diagnostisering som følge av svikt i kommunikasjonen, om de hadde blitt operert på feil side av kroppen, fått feil legemiddel eller om det hadde vært en feil på det medisinske utstyret.

5.5 Kunne dødsfallene vært unngått?

Det var særlig ett punkt i NOKUP som vekket vår interesse – grad av forebyggbarhet. I NOKUP spør Helsedirektoratet: «Basert på tilgjengelig informasjon, kan hendelser som denne forebygges?»

Denne kategorien svarer altså på i hvilken grad sykehusene selv mener at et dødsfall kunne vært forebygget, eller forklart på en annen måte: Mener sykehusene at dette dødsfallet kunne vært unngått, og at pasienten kunne vært i live i dag dersom de hadde gjort noe annerledes?

Grad av forebyggbarhet deles inn på fire nivåer:

- Ikke forebyggbar - ganske sikkert
- Ikke forebyggbar - sannsynligvis
- Forebyggbar - sannsynligvis
- Forebyggbar - ganske sikkert.

Da vi først startet dette prosjektet, uttrykket sykehusene bekymring knyttet til hvordan vi skulle presentere tallene. De var opptatt av å få frem at det var mange årsaker til et pasientdødsfall, og at det måtte komme tydelig frem i journalistikken som ble laget. Ved å spørre om nettopp forebyggbarhet, ville vi kunne svare på denne bekymringen.

På dette stadiet av prosjektet, så vi for oss at et gjennomslag på dette punktet ville kunne bli en hovedstolpe i journalistikken vi skulle lage. Det ble det på sett og vis også, men det skulle vise seg å ikke bli helt slik vi hadde sett for oss. Mer om dette under punkt 5.10 i denne rapporten.

5.6 Alder

Til slutt ønsket vi også å kartlegge alder på pasientene som døde som følge av uønskede hendelser, der kommunikasjon var en medvirkende årsak. For å kunne få informasjon om dette, uten å møte eventuelle anførsler om brudd på taushetsplikten, landet vi på å lage ulike alderskategorier. Alder blir ofte ansett som en taushetsbelagt opplysning, og derfor mente vi at kategoriseringen ville øke sjansen for at sykehusene kunne gi oss dette.

Vi ba for eksempel om 0-18 år, 19-29 år og 80-89 år. Med dette ville vi likevel kunne si noe om hvorvidt den døde var et barn, en ung voksen eller en eldre person. Dette viste seg å fungere. I tillegg la vi ved en egen kolonne, der vi inviterte sykehusene til å komme med en kommentar til hvert enkelt dødsfall. Dette var det imidlertid svært få som benyttet seg av.

5.7 Vi trykker på «send»

Etter grundige vurderinger landet vi på å sende ut et skjema som så slik ut:

			Vi ber om at dette fylles ut av helseforetaket						
	Helseforetak	Årstall forholdsregistrert	Saksnummer	Alder på pasient	Hendelsestype (nivå 2 i kodeverket)	Underkode	Forebyggbarhet (Nivå 4)	Kommentar fra sykehuset	
3			Skriv gjerne saksnummer på saken i kolonnen under		Velg riktig aldersgruppe i rullegardinen. Av hensyn til personvern ber vi ikke om spesifikk alder.		Eks: 2.1.1 Ekstern henvisning	Eks: 4.3 Forebyggbar - sannsynligvis	Ønsker dere å legge til noe mer?
4	Ahus	2023							
5	Ahus	2023							
6	Ahus	2023							
7	Ahus	2023							
8	Ahus	2023							
9	Ahus	2023							
10	Ahus	2023							
11	Ahus	2023							
12	Ahus	2023							
13	Ahus	2023							
14	Ahus	2023							
15	Ahus	2023							
16	Ahus	2023							

Skjemaene ble sendt ut til de 15 helseforetakene som hadde oppgitt tall i den første innsynsrunden. De var utformet med kolonner tilsvarende antallet døde de allerede hadde oppgitt til oss. Vi argumenterte

med at vi var innforstått med at det kunne være mange forklaringer bak tallene de allerede hadde sendt oss, og at vi ønsket en bedre forståelse av hva konkret som hadde skjedd.

Vi trykket på «send» og lente oss spent tilbake. Hadde vi tøyet strikken for langt? Hadde vi vært for forsiktige? Det får være opp til andre å bedømme dette, men basert på drakampene som fulgte i kjølvannet av dette og på utfallet av dem, er vår påstand at vi traff spikeren noenlunde på hodet.

Etter hvert begynte svarene å tikke inn. Tre av helseforetakene, blant annet Akershus universitetssykehus, ga innledningsvis avslag på begjæringene våre. Dette basert på at noen av dem mente aldersgruppe og hendelsestype med underkode kunne bidra til å identifisere de aktuelle pasientene. På dette tidspunktet hadde vi imidlertid fått medhold hos en rekke andre helseforetak, der det i tillegg var snakk om langt færre dødsfall enn hos helseforetakene som forsøkte å avslå innsynsbejæringene.

Vi klagde på avslaget, og argumenterte med nettopp dette. Vi var også tydelig på at vi hadde til hensikt å publisere dette i en nasjonal kontekst som ikke skulle knyttes til spesifikke sykehus. Da snudde sykehusene, og ga oss medhold. Vi satt nå på et datasett som vi mente gjorde oss i stand til å kunne si noe signifikant om hypotesene vi hadde utformet noen måneder tidligere.

5.8 Den parallelle prosessen

Noen som stadig ikke ønsket å gi oss det vi ba om, var Helse Vest. Sommeren var rett rundt hjørnet da vi fikk svar på klagen vi hadde sendt til departementet. Vi fikk et inntrykk av at departementet kunne ha misforstått det vi ba om, og ba de derfor ta en ny vurdering. De opprettholdt avslaget. Svarene i avslagene var nær identiske i språk og begrunnelse. Én setning i avslaget for Helse Stavanger skilte seg imidlertid ut:

«Departementet har vurdert din klage, men under noe tvil, kommet til at avslaget opprettholdes.»

Denne formuleringen fikk oss til å stille spørsmål ved saksbehandlingen.

Vi har tidligere god erfaring med å løfte krevende innsynsfaglige problemstillinger til Norsk Presseforbund, ved jurist Sindre Granly Meldalen. Det gjorde seg gjeldende i denne fasen også. I og med at avslagene fra HOD var mer eller mindre identiske, besluttet vi i samråd med ham å klage inn ett av avslagene til siste mulige klageinstans, Sivilombudet.

Valget falt på Stavanger, blant annet i lys av at departementet hadde adressert tvil rundt egen avgjørelse i sitt avslag. I slutten av mai ble saken bragt inn for Sivilombudet som varslet at de kom til å behandle saken.

5.9 Marsjen fortsetter

Vi fikk signaler om at Sivilombudets behandling kunne dra ut i tid. Dette satte oss i en ubeleilig situasjon. Skulle vi legge prosjektet på is i påvente av konklusjonen, eller skulle vi gå videre med tallene vi hadde fått ut fra de øvrige helseforetakene?

Vi besluttet at vi ikke ville la fremdriften i prosjektet stagnere av at vi møtte motstand fra Vestlandet. Likevel måtte vi gjøre grundige vurderinger av hvorvidt vi skulle publisere tall som vi visste var ufullstendige. Vi konkluderte med at så lenge vi var sikre på at tallene vi publiserte var lavere enn realiteten, ville vi ikke risikere å overdrive situasjonen.

Et av nøkkeltallene vi fremhevet, var de 957 dødsfallene som var registrert med kommunikasjonssvikt som medvirkende årsak de siste fem årene. Vi visste at dette tallet var høyere, ettersom vi fortsatt manglet data fra helseforetakene i Helse Vest. Derfor var det viktig for oss å være tydelige på usikkerheten knyttet til dette i sakene vi publiserte.

Vi hadde på dette tidspunktet produsert en rekke saker. Vi ønsket derfor å sette en publiseringsdato for prosjektet, og vi landet på søndag 8. september. Tidspunktet for publisering viste seg å være et godt valg, for en liten måned senere skulle regjeringen legge frem statsbudsjettet for neste år.

5.10 Utfordringer med NOKUP

Som vi kort redegjør for i punkt 5.5, hadde vi knyttet visse forventninger til hva som kunne komme ut av et eventuelt medhold knyttet til NOKUP-kategorien grad av forebyggbarhet.

Men etter å ha gått gjennom og analysert dataene fra helseforetakene, oppdaget vi visse svakheter med NOKUP som system slik det brukes i dag. Selv om dette er et klassifiseringssystem utviklet av Helsedirektoratet, plikter ikke sykehusene seg til å fylle ut alle kategoriene.

Etter at meldeordningen forsvant i 2019, er det nå opp til hvert enkelt sykehus og vurdere hvordan de skal forholde seg til NOKUP, og hva de tar med av informasjon når de melder inn et avvik. Det er altså en utbredt problemstilling at hvert enkelt helseforetak bruker ulike systemer i registrering av uønskede hendelser. For eksempel benytter Norges største regionale helseforetak, Helse Sør-Øst, ulike systemer på tvers av sykehusene.

På grunn av dette opplevde vi at flere ikke registrerte hvorvidt dødsfallene kunne vært forebygget eller ikke. På spørsmål om hvorfor, svarte noen at dersom de skulle gjort dette, ville det vært svært arbeidskrevende. Andre svarte at dette ikke var et felt man hadde mulighet til å fylle ut i deres avvikssystemer.

Vi var derfor ikke i stand til å presentere en fullstendig oversikt over hvor mange dødsfall sykehusene selv mener burde vært forebygget. Det er rett og slett ikke mulig å få innsyn i noe sykehusene faktisk ikke har. Dette førte likevel til det vi mener er et viktig journalistisk uttak, da vi kunne presentere hvordan minst 58 av de 212 uønskede dødsfallene på norske sykehus i 2023 trolig kunne vært unngått. Så vidt vi vet har ingen, selv ikke myndighetene, hatt oversikt over dette noen gang tidligere.

6. Fra tall til skjebner

Vi var på dette tidspunktet stadig opptatt av å finne ansiktene bak tallene vi hadde samlet inn. Samtidig som utformingen av skjemaene til sykehusene hadde gitt oss avgjørende informasjon som vi kunne gå videre med, inneholdt de ikke informasjon som gjorde oss i stand til å identifisere hvem personene bak tallene var. Dette var åpenbart et viktig premiss for at vi hadde fått medhold hos 15 av 19 helseforetak i det hele tatt.

Vi sitter dessverre ikke på noen fasit på hvordan man kan identifisere pasientene, men vi lyktes likevel med å gjøre det i noen tilfeller. I korte trekk handlet det om å sammenholde informasjon vi satt på i datasettet, med uidentifiserte saker som vi hadde grunn til å tro at kunne være skjult bak de mange kolonnene i excel-skjemaene våre. Disse sakene hadde vi blitt oppmerksomme på gjennom saksdokumenter fra statsforvaltere og Helsetilsynet som vi allerede hadde delvis innsyn i, eller via medieomtale.

6.1 Slik fant vi Einar

En av sakene vi hadde på radaren var en uønsket hendelse som hadde skjedd på Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). Vi hadde bedt om innsyn i denne saken i en tidlig fase av prosjektet. Sykehuset hadde offentlig gått ut og redegjort for et dødsfall som hadde skjedd som følge av en feilmedisinering. Flere medier meldte saken. Vi fikk innsyn i den sladdete versjonen av saksdokumentet, og vi skjønnte ut fra ordlyden i rapporten og mediedekningen at det var snakk om en eldre person.

To opplysninger i datasettet vårt dannet grunnlag for å anta at denne saken befant seg bak kolonne 123 i Excel-arket vårt.

For det første kunne vi se at det i 2023 var to personer som døde på UNN som følge av legemiddelfeil. For det andre fortalte datasettet oss at den ene personen var mellom 30 og 39 år, mens den andre var mellom 80 og 89.

Vi hadde dermed flere opplysninger som pekte sterkt i retning av at vi var nære på å identifisere saken som så slik ut i datasettet vårt:

		100008		2.7		2.7.4.3 Feil		4.4	
UNN	2023	7003	80-89	Legemidler	2,7	legemiddel gitt	2,7,4	Forebyggbar – ganske sikkert	4,4

Men vi trengte likevel å være sikre. I juni 2024 forsøkte vi gjennom flere instanser å komme i kontakt med avdøde sine pårørende.

Det første vi gjorde var å sende et såkalt følgebrev, en hyppig anvendt metode innen helsejournalistikk. Det innebærer i korte trekk at vi som journalister ber offentlige organer om å videreformidle vårt ønske om kontakt til berørte parter i en spesifikk sak, uten at vi får vite identiteten til den eller de som mottar forespørselen.

Selv om vi fikk bekreftet at følgebrevet var videresendt fra Statsforvalteren til pasientens etterlatte, mottok vi ikke noe svar, og vi måtte anta at familien ikke hadde et ønske om å uttale seg til pressen. Det så dermed mørkt ut med tanke på å få hull på denne historien, og å komme til bunns i om vi hadde identifisert en av de 212. Men vi ville ikke gi oss før alle steinene var snudd.

Heldigvis viste det seg at avdødes familie hadde fått oppnevnt en bistandsadvokat, som følge av at politiet hadde iverksatt en etterforskning av saken. Vi kom i kontakt med advokaten, som kunne bekrefte at familien hadde mottatt følgebrevet, men at de ikke ønsket å stille opp i en sak. Via bistandsadvokaten fikk vi likevel videreformidlet at denne saken med all sannsynlighet føyet seg inn i en lang rekke uønskede hendelser på norske sykehus og at vi kun ønsket en uforpliktende samtale med de etterlatte.

Dette var nok til å overbevise familien. I slutten av august, bare noen uker før våre første publiseringer, kom det en telefon fra sønnen til mannen som døde på UNN. Faren hans ble 81 år og het Einar Helge Olsen.

At vi oppnådde denne kontakten og tilliten, gjorde at vi kom i mål med å bekrefte at vi hadde rett i våre antakelser. Det skjedde ved at familien aksepterte vår forespørsel om å frita sykehuset fra taushetsplikten. Dermed kunne vi gå tilbake til UNN og be dem bekrefte at pasienten som skjulte seg bak kolonne 123 var Einar Helge Olsen. Det gjorde de.

6.2 Slik fant vi Frank Roy

Vi hadde gjennom det siste året fått innsyn i flere slike pasienthistorier. Til tross for at dokumentene vi hadde fått fra Statsforvalteren var anonymisert, ga de oss et inntrykk av at det hadde skjedd noe alvorlig. Gjennom dokumenter fra Statsforvalteren i Vestfold og Telemark leste vi om hvordan en mann ble fraktet til legevakten i stedet for sykehuset, til tross for at legen hadde vært tydelig på at pasienten trengte sykehusbehandling. Videre beskrev rapporten hvordan mannen etterpå ble sendt hjem fra legevakten uten at verken pårørende eller hjemmetjenesten ble informert. Seks dager senere ble han funnet død i sitt eget hjem.

Denne rystende historien skulle bli den første reportasjen vi publiserte i dette prosjektet. Den ga oss et konkret og tragisk eksempel på hvordan kommunikasjonssvikt kan få fatale konsekvenser i det norske helsevesenet. Også i denne saken måtte vi oppnå kontakt med avdødes familie. Vi sendte et følgebrev via Statsforvalteren og fikk svar. Etter å ha vært i kontakt med familien og fått innsyn i de usladdede dokumentene fra Statsforvalteren, måtte vi likevel få en siste bekreftelse på at Frank Roy faktisk var kolonne 211 i Excel-arket.

Vi brukte samme metode som i saken til Einar Helge Olsen, der vi utformet et dokument hvor vi forklarte at TV 2 ønsket at sykehuset i Telemark skulle fritas fra taushetsplikten i behandlingen Frank Roy hadde fått i 2023. Siden det er nærmeste pårørende som har fullmakt etter noens død, var det barna til Frank Roy som måtte skrive under på dette dokumentet. Etter at vi hadde innhentet fritak fra

taushetsplikt fra barna, sendte vi over informasjonen vi nå satt på til sykehuset, sammen med fritaket for taushetsplikten.

I e-posten ba vi dem bekrefte eller avkrefte om Frank Roys dødsfall ble kodet som kommunikasjonssvikt med pasientadministrasjon som underkategori. Det kunne de bekrefte. De kunne også bekrefte at de hadde kategorisert dødsfallet som forebyggbar – ganske sikkert.

Vi hadde nå full innsikt i hva som hadde skjedd da Frank Roy døde og hvordan sykehuset hadde valgt å kategorisere dødsfallet. Vi fikk også innsyn i opplysninger fra både AMK, sykehuset og kommunen, samt familiens egne bilder og dokumenter. Ved hjelp av dette kunne vi nærmest minutt for minutt kartlegge hvilke beskjeder som ble gitt, og hvor kommunikasjonen sviktet. Frank Roy ble et viktig ansikt utad for menneskene som hadde blitt utsatt for alvorlig kommunikasjonssvikt på norske sykehus.

6.3 Ivan-saken

Vi har tidligere argumentert for hvorfor vi mente det var viktig å si noe om hvor gamle de som mistet livet var. I datasettet vårt kunne vi fastslå at det i 2023 var seks barn som døde i uønskede hendelser hvor kommunikasjon var en medvirkende årsak. Fem av disse var babyer som døde i forbindelse med fødsel.

Midt under arbeidet vårt med å hente inn disse tallene, tikket det inn pushvarsler fra alle landets mediehus. En tre år gammel gutt døde under en tannundersøkelse på Stavanger universitetssykehus.

Årsaken til dødsfallet var sammensatt og komplisert, men én ting ble tydelig for oss gjennom mediedekningen: Foreldrene hadde ikke fått tolk og det virket som at informasjon hadde gått tapt på grunn av dette. Vi mente at Ivans sak hadde klare likhetstrekk med dødsfallene i utvalget vårt. Vi kom derfor i kontakt med familien, som var opptatt av å fortelle hvordan de opplevde hendelsen.

Ivans far besluttet å oppheve taushetsplikten, noe som gjorde det mulig for oss å få tilsvarende fra sykehuset. Det var imidlertid begrenset hva de ville si, da saken fortsatt er under etterforskning hos politiet. Fordi vi hadde fullmakt fra foreldrene, trodde vi derfor at det ville være en enkel oppgave da vi ba om innsyn i hvordan hendelsen var kodet. Men sykehuset ga avslag, og HOD opprettholdt avslaget med henvisning til offentlighetsloven § 14 første ledd, som gir adgang til å unnta interne dokumenter fra innsyn.

I sitt avslag skrev HOD, blant annet:

«Selv om dere har fullmakt fra foreldrene, foreligger det ikke partsinnsyn etter forvaltningslovens regler. Innsynet må derfor vurderes etter offentleglova.»

Videre ble det påpekt at dokumentasjonen vi ba om, ikke var en del av pasientjournalen og derfor ikke tilgjengelig for foreldrene.

En formulering fra HOD gikk igjen i flere av avslagene vi mottok:

«Merinnsyn har vært vurdert, men departementet har kommet til at hensynet til å legge til rette for en god meldekultur, må veie tyngre enn offentlighetens behov for innsyn.»

Med andre ord: Helse- og omsorgsdepartementet mener at medias innsyn i avviksmeldinger kan få konsekvenser for meldekulturen hos norske sykehus. Det til tross for at dødsfall er meldepliktig.

7. Sterke reaksjoner på løpende bånd

Tre dager før vår første publisering tok vi turen til Helse- og omsorgsdepartementet for å presentere funnene våre for helseminister Jan Christian Vestre.

Statsråden og hans stab hadde noen uker i forveien fått tilsendt materialet, og var kjent med innholdet. Vestre erkjente at både han og hans rådgivere måtte gå gjennom TV 2s funn flere ganger. De trodde rett og slett ikke at det kunne stemme.

– Jeg må få si, det er jo bra at dere har gjort dette her. Dette er jo strengt tatt tall myndighetene skal ha.

7.1 «En helt uakseptabel situasjon»

Allerede i det første intervjuet var Vestre tydelig på at TV 2 hadde avslørt en helt uakseptabel situasjon, og han varslet at de skulle ta tak i dette umiddelbart.

– Det gjør stort inntrykk på meg. Både tallene og de historiene dere forteller. Folk skal være trygge på at de får hjelp når de trenger det. Her er det åpenbart ting som har gått galt, sa Vestre.

Reaksjonene fra resten av Helse-Norge lot heller ikke vente på seg. Både fageksperter, sentrale organisasjoner og opposisjonspolitikere mente avsløringene måtte føre til konkrete endringer. Partiene Høyre, Kristelig Folkeparti og Fremskrittspartiet, som satt i regjering da den nasjonale meldeordningen ble avskaffet i 2019, uttalte at de nå måtte gjøre en vurdering av om de hadde gjort rett.

8. Seier hos Sivilombudet og kortvarig glede

Parallelt med reaksjonene på våre tall og funn, ventet vi fremdeles på utfallet av Sivilombudets behandling av Helse Vest og HODs avslag på våre innsynsbegjæringer. I mellomtiden hadde vi også omtalt denne prosessen på nyhetsplass, både fordi vi mente saken isolert sett hadde offentlig interesse, samtidig som vi var opptatt av å være åpne overfor våre lesere om hvorfor vi kun hadde presentert tall fra 15 av 19 helseforetak.

Tre uker etter første publisering kom endelig det etterlengtede svaret fra ombudet. De konkluderte med at HOD hadde brutt loven:

- Sivilombudet konkluderte med at sammenstillingen vi ba om, kunne utføres med enkle fremgangsmåter, og at vilkåret i offentlighetsloven § 9 derfor var oppfylt.
- Ombudet påpekte at klagebehandlingen ikke hadde vært i tråd med kravene i offentlighetsloven § 32 tredje ledd, jf. forvaltningsloven § 33 femte ledd.

Også dette omtalte vi på TV2.no, en nyhet som også ble plukket opp av en rekke andre mediehus. Som følge av ombudets avgjørelse ble HOD pålagt å behandle saken vår på nytt. Dette resulterte i at vi til slutt fikk utlevert data fra Helse Stavanger.

Selv om dette var en liten seier, gjestod fortsatt utfordringen med de tre andre helseforetakene i Helse Vest. Med medhold fra Sivilombudet som grunnlag sendte vi i oktober 2024 en ny innsynsbegjæring til Helse Fonna, Helse Bergen og Helse Førde hvor vi spurte om akkurat det samme som i første runde i mars. Vi forventet at presedensen ville gjøre prosessen enklere denne gangen. Det gjorde den ikke. De nye innsynsbegjæringene ble avslått – nå mente de tre gjenværende helseforetakene at innsynsbegjæringen brøt med en annen hjemmel i offentlighetsloven, nemlig § 14:

«Eit organ kan gjere unntak frå innsyn for dokument som organet har utarbeidd for si eiga interne saksførebuing.»

Alle de tre helseforetakene begrunnet avslaget med at dokumentasjon fra deres avvikssystemer var å regne som interne dokumenter, og at vi derfor ikke hadde rett på innsyn. Avslagene fra foretakene var igjen nær identiske. Til tross for Sivilombudets klare vurdering i vår favør, sto vi nå overfor en ny juridisk utfordring. Det virket som om helseforetakene i Helse Vest enten tolket regelverket annerledes eller forsøkte å omgå det for å unngå å gi innsyn.

Da vi mottok avslagene fra de gjestående helseforetakene i Helse Vest, måtte vi nok en gang gjennom en klagerunde hos HOD. Denne gangen fikk det et litt annet utfall. Samtidig som vi hadde begynt å skrive på metoderapporten, behandlet HOD de tre gjenværende innsynssakene. Vi fikk medhold i samtlige. Departementet viste til merinnsynsvurderingen etter offl. § 11:

“I sin merinnsynsvurdering har departementet lagt avgjørende vekt på at tilsvarende oversikter har blitt utarbeidet av de fleste andre helseforetak. Helse Bergen har i sin oversendelse vist til at de ikke ønsker å gi ut tallene fordi disse kan være misvisende. Det er et argument som også har vært fremført av andre helseforetak, men de fleste andre har på tross av dette gitt ut de etterspurte tallene”, skrev departementet.

Departementet pååekte videre at helseforetakene skal ha stor åpenhet knyttet til sin virksomhet. I midten av januar, ti måneder etter at første innsynsbegjæring ble sendt, kunne vi altså presentere en fullstendig oversikt over betydelige skader og dødsfall hvor kommunikasjon var en medvirkende årsak.

Dagen før denne rapporten ble levert, kunne vi dermed publisere den fullstendige oversikten over uønskede dødsfall og hendelser som fikk betydelig konsekvens for pasienten. Telleren stoppet da på 1064 dødsfall og 3611 personer med betydelige skader, i hendelser der kommunikasjon har vært en medvirkende årsak.

9. Konsekvenser og etterspill

I skrivende stund har vi publisert 28 artikler og TV-reportasjer om kommunikasjonssvikt ved norske sykehus. Disse sakene har ført til konkrete konsekvenser, både i form av tiltak og øremerkede midler.

9.1 Tiltak i ekspressfart

En knapp måned etter at TV 2 publiserte den første saken i prosjektet, ble regjeringens forslag til statsbudsjett for 2025 lagt frem. Som en direkte konsekvens av våre saker, bevilget regjeringen 11 millioner kroner til en ny og bedre dataplattform for tilsynsmyndighetene. Formålet med den nye dataplattformen er at informasjon skal deles mer effektivt mellom Helsetilsynet og Statsforvalteren, slik at de raskere kan følge opp feil og mangler i helsevesenet.

I tillegg foreslo statsråden følgende tiltak:

- Helsedirektoratet får i oppdrag å utrede hvordan vi raskt kan få tilbake en nasjonal oversikt over alvorlige feil på norske sykehus.
- Helsetilsynet bes om å umiddelbart gå gjennom både tall og analyser på de feilene som er funnet, slik at man kan lære av dem. De bes videre om å utarbeide halvårlige rapporter, hvor første publisering er i mars 2025.
- Forslag om en ny meldeordning sendes ut på høring i løpet av november.

Tiltakene ble stående som en del av budsjettenigheten mellom regjeringspartiene og SV.

9.2 Vestres oppdrag

Oppdraget til Helsedirektoratet er i skrivende stund godt i gang. Avdelingsdirektør for pasientsikkerhet i Helsedirektoratet, Kari Annette Aas, sier at tanken med en slik oversikt, er at offentligheten og myndighetene skal få en samlet oversikt over alvorlige hendelser på norske sykehus. Helsedirektoratet skal innen 1. mars utrede og fremme et forslag om hvordan et nasjonalt register over alvorlige hendelser og andre hendelser kan etableres.

Også Helsetilsynet er godt i gang med sitt oppdrag. De ble umiddelbart bedt om å gå gjennom både tall og analyser på de feilene som er funnet, slik at man kan lære av dem. Direktør Sjur Lehmann har sagt at de vil ta utgangspunkt i TV 2s funn når de skal gjøre sine analyser. Analysen skal resultere i en rapport som peker på områder hvor dataene viser økt risiko og behov for tiltak for å sikre læring på tvers. Det skal deretter utarbeides halvårlige rapporter som skal publiseres på tilsynets hjemmeside. Frist for første levering til HOD er 1. mars 2025.

9.3 Intens jobb med ny meldeordning

Det siste tiltaket som kom fra helseministeren var at de skulle sende forslag om ny meldeordning for helsetjenestene ut på høring i løpet av november. Dette ble gjort tirsdag 26. november.

Vestre sa at det nå skal bli enklere å varsle om alvorlige hendelser. Det skal også bli enklere å lære av feil som begås, slik at man unngår at de samme feilene gjentar seg. Dersom helseministeren får det som han vil, vil denne meldeordningen gjøre det mulig å forhindre at de samme feilene gjentas, og gjøre sykehusene i stand til å lære av hverandre på en langt bedre måte enn de er i stand til i dag.

I NTB sin artikkel fra samme kveld som meldeordningen ble sendt på høring, skrives det: “Forslaget kommer etter at TV 2 i høst har meldt om at nesten 1000 personer har mistet livet i uønskede hendelser på norske sykehus de siste fem årene. I alle dødsfallene var kommunikasjonssvikt en medvirkende årsak.”

Høringsfristen for den nye meldeordningen er satt til 20. januar 2025. Det er foreløpig vanskelig å si konkret når en eventuell lovendring og implementering av en ny meldeordning vil kunne skje. Regjeringen sier de håper at de kan gå videre og få på plass de nødvendige hjemlene og endringene så fort høringsfristen har gått ut, slik at den nye meldeordningen kan tre i kraft.

9.4 Foredragene

I tillegg til konkrete politiske konsekvenser som følge av TV 2s avsløringer, har etatene som jobber med disse problemstillingene hver eneste dag vist nysgjerrighet for hvordan TV 2 har jobbet, og vært interessert i å lære.

Vi har blant annet blitt invitert til Helsedirektoratet, Statens Helsetilsyn og Legeforeningen for å holde foredrag om prosjektet vårt. De har alle vist et stort engasjement og understreket hvor viktig det har vært at disse utfordringene har blitt belyst. Felles for alle er en erkjennelse av at det ikke burde være media som løfter dette frem, men at de selv burde hatt en bedre oversikt.

10. Avslutning

Dette prosjektet har avslørt et betydelig kunnskapsgap i norsk helsevesen: Mens pasienter og pårørende opplever tragiske hendelser der kommunikasjon svikter, finnes det ingen samlet, offentlig oversikt over omfanget. Ved å hente ut data som myndighetene selv ikke hadde, har vi avslørt at hundrevis av pasienter de siste årene har mistet livet, og at tusenvis har blitt påført alvorlig skade, i hendelser der bedre kommunikasjon kunne gjort en forskjell.

Helse- og omsorgsministeren har anerkjent at situasjonen er uholdbar, og har varslet og satt i gang en rekke tiltak for å sikre bedre nasjonal oversikt og lærdom av alvorlige hendelser. Tilsynsmyndigheter og fagetater har vist stort engasjement for våre funn og våre metoder, med mål om å bruke innsiktene til å styrke sitt eget arbeid. Til syvende og sist har dette prosjektet handlet om mer enn tall og dokumenter. Bak hvert tall i vår oversikt ligger en menneskeskjebne – pasienter og pårørende som har blitt rammet av hendelser som kunne vært unngått.

10.1 En ekstra takk til

Reportasjeleder Gunnar Ringen Johansen, designer Kristine Malde Lende, utvikler Vidar Håland, fotografene Frode Sunde, Magnus Nøkland og Kristian Myhre, reporter Elias Håvarstein, sosiale medier-reporter Morten Westgaard, nyhetssjef Fredrik Kirkevold og nyhetsredaktør Karianne Solbrække.

11. Full liste over publiseringer

Publiseringssløpet har strukket seg fra høsten 2024 og til januar 2025. Arbeidet pågår fortsatt, og alle publiseringer og all utvikling samles her fortløpende:

<https://www.tv2.no/spesialer/nyheter/samleside-kommunikasjonssvikt-helsevesen>

Digitalt:

8. september:

500 dager har gått – ingen aner hva som har skjedd

<https://www.tv2.no/spesialer/nyheter/kommunikasjonssvikt-helsevesen-skulle-til-sykehus-dode-hjemme>

440.000 feil på norske sykehus – én ting går igjen

<https://www.tv2.no/spesialer/nyheter/kommunikasjonssvikt-helsevesen>

9. september

Rystet etter TV 2-avsløringer: – Må bare legge oss flat

<https://www.tv2.no/nyheter/innenriks/rystet-etter-tv-2-avsloringer-ma-bare-legge-oss-flate/16975688/>

Kraftige reaksjoner: – Det er dramatiske tall

<https://www.tv2.no/nyheter/innenriks/kraftige-reaksjoner-det-er-dramatiske-tall/16970203/>

Krever endringer etter TV 2-avsløringer

<https://www.tv2.no/nyheter/innenriks/krever-endring-etter-tv-2-avsloringer/16956218/>

11. september:

Ut mot Vestre: – Det holder ikke

<https://www.tv2.no/nyheter/innenriks/ut-mot-vestre-det-holder-ikke/16985475/>

12. september:

Trosset råd: – Må vurdere om det var smart

<https://www.tv2.no/nyheter/innenriks/trosset-rad-ma-vurdere-om-det-var-smart/16986018/>

13. september:

Kun 13 av 19 helseforetak har på plass det systemet som kunne reddet Frank.

<https://www.tv2.no/nyheter/innenriks/pasienter-dukker-ikke-opp-pa-akutten-umulig-a-spore/16967313/>

15. september:

Einar (81) var i fin form – så oppdager sykehuset den massive feilen

https://www.tv2.no/spesialer/nyheter/kommunikasjonssvikt-helsevesen-feilmedisinering?_sp_pass_consent=true&fbclid=IwY2xjawFVEmVleHRuA2FlbQIxMQABHXb7uu9c4ueavXH2n5ngeOkoHMISKVxyoaf5T0b12Yn7gR-CQUaEBbiTJw_aem_Ye1TpVOEfw0pEXdt_WYXDw

16. september

Einar (81) og 57 andre kunne fortsatt vært i live: – Dette er svært alvorlig

<https://www.tv2.no/nyheter/innenriks/einar-81-og-57-andre-kunne-fortsatt-vaert-i-live-dette-er-svaert-alvorlig/16997447/>

Knallhard kritikk mot sykehusene: – Har noe å skjule

<https://www.tv2.no/nyheter/innenriks/knallhard-kritikk-mot-sykehusene-har-noe-a-skjule/16955764/>

22. september

To timer etter telefonsamtalen er livet til Vigdis snudd på hodet

<https://www.tv2.no/spesialer/nyheter/kommunikasjonssvikt-helsevesen-operert-permanent-skade>

Har betalt ut 74 millioner etter svikt i kommunikasjonen

<https://www.tv2.no/nyheter/innenriks/har-betalt-ut-millioner-etter-svikt-i-kommunikasjonen-1/17012106/>

3. oktober

Sivilombudet: Helse- og omsorgsdepartementet brøt loven

<https://www.tv2.no/nyheter/innenriks/hesleddepartementet-brot-loven/17043708/>

4. oktober

Innfører umiddelbare tiltak etter TV 2-avsløringer

<https://www.tv2.no/nyheter/innenriks/varsler-umiddelbare-tiltak-etter-tv-2-avsloringer/17054844/>

6. oktober

Har kun en grav å gå til etter tannlegetimen

<https://www.tv2.no/spesialer/nyheter/kommunikasjonssvikt-helsevesen-ivan>

7. oktober

Fikk ikke tolk da han døde: – Rystende

<https://www.tv2.no/nyheter/innenriks/fikk-ikke-tolk-da-treating-dode-rystende/17063070/>

25. november

Ny meldeordning: Tar nytt grep: – Bør gå en alarmklokke

<https://www.tv2.no/nyheter/innenriks/tar-nytt-grep-bor-ga-en-alarmklokke/17213595/>

12. januar

Her er dødsfallene sykehusene ønsket å holde skjult

<https://www.tv2.no/nyheter/innenriks/her-er-dodsfallene-sykehusene-ikke-onsket-at-du-skulle-se/17322369/>

TV 2 Nyheter

Alle TV-sakene kan sees her:

<https://vimeo.com/1046118663/7b12d4ec6d?ts=0&share=copy>

8. september

21 Nyhetene

Intro:

Hvert år registreres det titusenvis med avvik på norske sykehus. Noen er små, andre er alvorlige - og mange av avvikene har en ting til felles: De handler om dårlig kommunikasjon, noe som er fellesnevneren for en femtedel av alle registrerte avvik - og som på bare fem år har medvirket til at nesten 1000 mennesker har dødd. Frank Roy Wilhelmsen ble bare 60 år. Barna hans fikk vite at han ble fraktet til sykehus, men ble etterhvert urolig fordi de ikke fikk tak i ham på seks dager. I virkeligheten døde faren alene - hjemme hos seg selv.

9. september

21 Nyhetene

Intro:

I helgen avslørte TV 2 at svikt i kommunikasjon har vært medvirkende årsak til nesten 1000 dødsfall ved norske sykehus de siste fem årene. Med disse tallene finnes det i dag ingen nasjonal oversikt over. For daværende helseminister Bent Høie, la ned ordningen i 2019.

13. september

21 Nyhetene

Intro:

Da Frank ikke dukket opp på akuttmottaket, var det ingen som etterlyste han. Seks dager senere ble han funnet død i eget hjem. Sykehuset har tatt grep og etablert et system for å hindre at noe lignende skal skje igjen. Nå kan TV 2 fortelle at bare fem av 19 norske helseforetak har et slikt sikkerhetsnett.

15. september

21 Nyhetene

Intro:

TV 2 har avslørt hvordan mer enn 200 pasienter ved norske sykehus mistet livet i fjor, der kommunikasjonssvikt bidro til at det gikk galt. Nå kan TV 2 fortelle at sykehusene selv mener at minst 58 av disse dødsfallene kunne ha vært unngått. Einar, er en av dem. Han skulle bare få sjekket hjertet sitt. Men en alvorlig feil endte med å koste 81-åringen livet.

22. september

21 Nyhetene

Intro:

TV 2 har de siste ukene fortalt at nesten 1000 personer har dødd på norske sykehus, i hendelser der kommunikasjon har vært en medvirkende årsak. Men enda flere får alvorlige skader som snur opp ned på livene deres. For 58 år gamle Vigdis Løbach fikk et sykehusopphold i januar i år store konsekvenser. I dag er hun hjerneskadet og har problemer med å se godt.

4. oktober

21 Nyhetene

Intro:

Helseminister Jan Christian Vestre la seg helt flat etter at TV 2 avslørte flere alvorlige feil ved norske sykehus. Statsråden varsler nå flere umiddelbare tiltak som skal gjøre at færre pasienter opplever uønskede hendelser.

6. oktober

21 Nyhetene

Intro:

Tre år gamle Ivan, skulle i april til det foreldrene trodde var en enkel tannbehandling på sykehuset. Men Ivan døde på operasjonsbordet den dagen. Igjen sitter foreldrene i bunnløs sorg. Nå håper de å få svar på hva som gikk galt da den lille gutten deres døde.

12. januar

21 Nyhetene

Intro:

I nesten ett år, har TV 2 forsøkt å få innsyn i uønskede dødsfall på norske sykehus. Fire sykehus har nektet å gi oss tall. Frem til nå. For Torkel og Reidun gjør det vondt å lese TV 2s tall. De skulle ha invitert til treårsdag for sønnen Ole på tirsdag. Men han døde på Haukeland, bare fem dager gammel.