

David Vojislav Krekling

Systemsvikt i Helse-Norge

**Publisert i Aftenposten Aften i perioden 2.-8. juni 2005 samt på
aftenposten.no.**

Aftenposten
Biskop Guneriusgate 14 a
0185 Oslo

David Vojislav Krekling
Krumgate 2
0170 Oslo
Tel: 66 77 01 15
Mob: +47 974 70 331
e-post: david.krekling@budstikka.no

Ideen:

Da jeg leste om eldre demente pasienter som gikk til fysisk angrep på hverandre fordi Lønnås bo- og behandlingssenter ikke hadde mange nok pleiere på vakt på demensavdelingen sin i 2001, ble jeg både overrasket og fascinert av hvilke opplysninger man kan finne i systemrevisjonsrapportene som er lagt ut på hjemmesidene til Statens Helsetilsyn. Etter det har jeg lest rapporter om den medisinske avdelingen på det som den gang het Bærum sykehus som balanserte både på og over kanten av å drive forsvarlig. Risenga-saken, som gikk for fullt i både Asker og Bærum Budstikke og VG, beskrev tilstander man ikke kunne tro var mulig innen et tilsynelatende velfungerende helsevesen i ett av verdens rikeste land. Avissakene tok utgangspunkt i systemrevisjonsrapporten som blant annet fortalte om liggesår som var oppdaget før jul 2001 men som ikke hadde fått sårstell før 10. januar året etter. Andre rapporter jeg leste, og jeg leste nesten alle fra hele landet til tross for at jeg jobbet i en lokalavis i Asker og Bærum, fortalte samme eller lignende historier. Problemet var imidlertid at alle slike saker konsekvent ble behandlet som om dette var enkeltstående tilfeller. Ingen, verken presse eller helsevesenet selv, gikk gjennom og systematiserte disse rapportene for å se om det lå et mønster der. Jeg har også selv skrevet saker med utgangspunkt i disse rapportene, men da kun som enkeltsaker, med to unntak. Sommeren 2004, da jeg var sommervikar i Dagbladet, hadde Ansgar Gabrielsen nettopp tatt over for Dagfinn Høybråten som helseminister. Høybråtens mantra i statsrådsposten hadde vært effektivisering. Jeg bestemte meg derfor for å gå systematisk gjennom alle systemrevisjonsrapporter som var lagt ut i den perioden Høybråten hadde vært statsråd (nær 800 rapporter) for å se om effektiviseringen hadde gått utover kvaliteten. Samme høst, da som journalist i Østlandets Blad, gikk jeg gjennom alle rapporter som omhandlet Helse-Øst etter opprettelsen av Helseforetakene. Målet var å se om opprettelsen hadde gjort at helseforetaket hadde kontroll på tjenestene de tilbød egen befolkning. Resultatet av gjennomgangene var nedslående. Til tross for at det ble avdekket både lovbrudd og merknader om negative forhold over en lav sko, viste det seg fortsatt at alle rapportene ble behandlet som enkeltsaker fra topp til bunn i helsevesenet. Derfor ble tanken om en systematisk gjennomgang av *alle* rapportene som var lagt ut på Helsetilsynets hjemmesider for å se om man kunne gjøre funn av systematisk systemsvikt i helsevesenet sådd. Men mer om det siden.

Tilsynsrapportene:

Først vil jeg forklare hva disse revisjonsrapportene fra Helsetilsynet er og hva vi kan finne der. Systemrevisjonsrapportene er oppsummeringer av funn Helsetilsynet gjør på varslede tilsynsbesøk i den enkelte helseinstitusjon. Tema i tilsynene er i enkelte tilfeller bestemt at det lokale helsetilsyn, andre ganger som en del av en nasjonal gjennomgang av én bestemt sektor innen helsevesenet. Disse tilsynene foregår på følgende måte:

1. Helsetilsynet ved den enkelte fylkeslege bestemmer seg for at de vil avlegge en helseinstitusjon et tilsynsbesøk.
2. Fylkeslegen ber institusjonen dokumentere rutinene innen det bestemte revisjonsområde (de definerte paragrafene i helselovgivningen tilsynet omfatter) og får samtidig beskjed om når fylkeslegens menn og kvinner kommer på tilsynsbesøk. Dette varselet, sammen med varsel om nøyaktig hvilke paragrafer innen helselovgivningen

som skal kontrolleres, sendes institusjonene mellom tre uker og tre måneder før besøket.

3. Etter besøket sendes en midlertidig rapport med Helsetilsynets funn til institusjonen slik at denne får sjansen til å rette opp unøyaktigheter eller komme med dissens i forhold til rapporten.
4. Deretter skrives den endelige rapporten. I denne står tidsrom for tilsynet, hvem som har deltatt, hvordan tilsynet har vært gjennomført og hvilke funn som er gjort. Funn deles inn i to kategorier; **avvik** (som er definert som brudd på lovbestemt helseforskrift) og **merknad** (som er negative forhold som bør rettes opp, men som ikke er så alvorlig at det defineres som lovbrudd).
5. Til slutt får institusjonen en tidsbestemt frist til å rette opp de merknader og avvik som er funnet.

Målet med tilsynene er å avdekke og rette opp systemsvikt som gjør at pasientene ikke får den behandling de har lovbestemt krav på og som potensielt kan gå utover liv og helse.

Hypotesene:

Med erfaringene jeg hadde gjort ved tidligere arbeider med rapportene, utkrystalliserte tre hypoteser seg ganske raskt:

- a) Tilsynsbesøkene avdekker systemfeil i helsevesenet i så og si alle tilfeller der Helsetilsynet kommer på varslede systemrevisjonsbesøk.
- b) Alle systemrevisjonene behandles som enkelthendelser av en samlet helsetjeneste til tross for at de samme feilene går igjen i beslektede institusjoner i hele Norge.
- c) Uansett hvor alvorlige de systematiske lovbruddene som avdekkes er får det aldri direkte konsekvenser for ansvarlige institusjonsledere.

Metoder, kildebruk og gjennomføring:

Jeg brukte tre metodiske tilnærminger for å løse saken; datainnsamling og -bearbeiding, intervjuer av kilder på de fleste nivåer i norsk helsetjeneste samt politikere på Stortinget som jobber aktivt med helse spørsmål og innhenting og bearbeiding av case for å få dem til å stå frem i avisen. Hver metodiske tilnærming baserte seg på den foregående.

Første metodiske utfordring var innsamling av data. Det vil si gjennomgang og registrering av rapportene på Helsetilsynets hjemmesider. For å samle inn, og ikke minst håndtere, en så stor mengde data på en fornuftig måte var jeg avhengig av å bruke datastøttet journalistikk gjennom bruk av excel-regneark. Innsamlingen begynte 7. mars 2005 og gikk kort fortalt ut på at jeg gikk inn på hjemmesidene til Helsetilsynet i hvert enkelt fylke. Der åpnet og gikk jeg gjennom hver enkelt rapport og registrerte følgende opplysninger:

- a) I hvilket år tilsynet var gjort.
- b) Hva slags type tilsyn det var snakk om (f.eks tilsyn i voksenpsykiatri, helsetjenester for eldre, helsetjenester for asylsøkere o.l.)
- c) I hvilket fylke tilsynet var gjort.
- d) I hvilken institusjon tilsynet var gjort.
- e) Hvor mange avvik som var funnet i hver enkelt institusjon.
- f) Hvor mange merknader som var funnet i hver enkelt institusjon.
- g) Summen av merknader og avvik i hver enkelt institusjon.

Denne jobben måtte gjøres manuelt ettersom opplysningene jeg søkte ikke var ført likt innen hvert fylke og i hver rapport. Det gjorde det bortimot umulig å få til en automatisert innlegging av data.

8. april 2005, nesten på dagen én måned etter at jeg hadde begynt gjennomgangen, hadde jeg kommet meg gjennom alle de nærmere 1.500 rapportene Helsetilsynet hadde lagt ut. For at dataene mine ikke skulle skjemmes av åpenbare feil eller unøyaktigheter luket jeg ut alle rapporter der det ikke gikk klart frem et definert antall avvik eller merknader. Ett eksempel på rapporter som ikke fikk være med i oversikten var ovennevnte rapport fra Bærum sykehus der det ble avdekket så grove forhold at både helsetilsyn og avdelingens egne ansatte mente de til tider drev sin virksomhet på en uforsvarlig måte. Til slutt satt jeg igjen med 1.396 unike rapporter fra hele Norge. Da meldte problem to seg. Det viste seg nemlig at mange av rapportene på hjemmesidene var dobbeltført. Det vil si at én og samme rapport i flere tilfeller var ført under flere forskjellige kategorier på hjemmesidene. Dette fordi tilsynet enkelte ganger kunne favne for eksempel både kommunehelsetjeneste og eldreomsorg. For å hindre denne dobbeltføringen vasket jeg regnearket på ny, denne gang ved at jeg gikk gjennom alle registreringer og strøk alle rapporter som på én eller annen måte kunne være doble. Det vil si at jeg kontrollerte alle registrerte tilsyn i hver enkelt institusjon. I de tilfeller der år, institusjon og antall avvik og merknader var identiske, strøk jeg rapporter fra listen slik at jeg til sist satt igjen med én rapport per institusjonelle avdeling per år. I alle tilfeller der det var usikkert om det dreiet seg om samme rapport strøk jeg rapporter for å la tvilen komme tiltalte til gode. Dette ble gjort med hensikt for å hindre at for eksempel institusjonsledere i ettertid skulle kunne svekke saken min ved å påpeke metodefeil. Da kunne en diskusjon med kildene fort handlet ensidig om dette fremfor det som var det egentlige fokus i saken, nemlig systemfeil i helsesektoren. Etter at listene var vasket satt jeg igjen med 1.279 unike rapporter fra 1996 til begynnelsen av 2005. Så begynte den fylkesvise sorterings- og systematiseringsjobben.

Jeg opprettet én arbeidsbok for hvert fylke. Hver arbeidsbok inneholdt fire regneark som alle var delt inn etter samme kategorier som ovennevnte. De fire regnearkene inneholdt følgende:

- a) Ett regneark med alle eksisterende rapporter fra fylket.
- b) Ett regneark med alle rapportene som omhandlet helsetjenester til eldre.
- c) Ett regneark som omhandlet alle rapportene om psykiatri.
- d) Ett regneark som omhandlet alle rapportene om helsetjenester til asylsøkere.

Alle regnearkene var sortert etter hvilket år tilsynet var utført i. Grunnen til at jeg valgte å ta ut ekstrakter av flere tjenester, var at jeg til å begynne med planla å lage én oppfølger om hvert emne. Dette ble imidlertid skrinlagt ettersom reportasjeledelsen og jeg fant ut at det bare ville trette ut leserne slik at saken mistet fokus.

Jeg opprettet også en egen arbeidsbok med samleresultatene for fylkene. Her satte jeg opp alle fylkene skjematisk med oversikt over antall tilsyn, antall avvik, antall merknader, antall tilsyn uten avvik, antall tilsyn uten avvik eller merknader, prosentandel av tilsyn uten avvik og prosentandel av tilsyn uten verken avvik eller merknader. Dette for å ha et greit og oversiktlig sammenligningsgrunnlag fylkene imellom.

Årsaken til alle arbeidsbøkene var at jeg ønsket å ha de lokale resultatene for hvert enkelt fylke lett tilgjengelig når jeg gikk inn i den kvalitative fasen; å få fagfolk fra bunn til topp i helsevesenet til å bekrefte eller avkrefte hypotesene mine. Fordelen med egne arbeidsbøker per fylke var også at jeg lett kunne sende enkeltbøker per e-post dersom ekspertene ønsket å

se underlagsmaterialet før de kom med sine kommentarer. På den måten slapp jeg å sende alle landets resultater til fylkeslegen i for eksempel Hedmark når denne i utgangspunktet skulle kommentere funn i eget fylke. Jeg ønsket også å ha alle de fylkesvise tallene i forhold til hverandre dersom det skulle bli spørsmål om hvordan ett fylke gjorde det i forhold til andre. Mer om det senere.

Funnene jeg gjorde var nemlig, etter min mening, både interessante og oppsiktsvekkende. Data'ene avdekket både massive og systematiske brudd på helselovgivningen. Funnene viste nemlig at:

- det var avdekket 4.943 lovbrudd og negative funn under varslede systemrevisjoner i Helse-Norge fra 1996 til 2005. Av disse var 2.364 direkte lovbrudd (som av fylkeslegene selv ble karakterisert som alt fra bagateller til lovbrudd som kunne få katastrofale følger) og 2.579 forhold som var så negative at de burde rettes opp uten at de kunne defineres som lovbrudd.
- det ble avdekket lovbrudd i mer enn 75 prosent av tilsynsbesøkene til tross for at både tid for tilsynet og hvilken del av lovverket som skulle sjekkes ble opplyst i god tid før revisjonene.
- bare 40 av 1.279 institusjoner som hadde fått tilsynsbesøk siden 1996 hadde klart seg gjennom revisjonen uten å få avdekket verken merknad eller avvik. Det vil si at bare 3.1 prosent av alle kontrollerte institusjoner drev godt innenfor de lover og regler som er etablert for å sikre at pasientene får et godt og sikkert helsetilbud.
- lovbrudd og merknader ble avdekket i alle typer institusjoner og innen alle deler av helselovgivningen over absolutt hele landet.

Jeg tok også et ekstrakt av alle tilsyn innen eldreomsorgen i Norge siden 1996. Også her var funnene overraskende dårlige. De viste nemlig at:

- det under tilsyn i denne delen av helsevesenet ble avdekket 910 avvik og 881 merknader på de 392 tilsynsbesøkene som ble utført i perioden.
- Det blant disse 392 besøkene kun var 64 institusjoner som ikke fikk registrert en eller annen form for lovbrudd. Det vil si at det ble registrert avvik i 83.7 prosent av tilsynsbesøkene.
- Det kun var *tre* institusjoner som slapp gjennom revisjonen uten verken merknader eller avvik. Dermed fikk altså 99.2 prosent en eller annen anmerkning som måtte eller burde rettes opp. I Oslo og Akershus var det ikke utført ett eneste tilsyn av denne typen siden 1996 uten funn av lovbrudd eller negative forhold.

Som tidligere nevnt hadde jeg forventet å finne relativt mange avvik og merknader, men at resultatene skulle være så massive kom som en overraskelse. Min første hypotese var imidlertid bekreftet til gangs.

Etter å ha sortert data'ene slik jeg ønsket kom jeg til **den andre metodiske utfordringen**, å få noen til å kommentere funnene. Her mente jeg det var naturlig å begynne hos helsetilsynets personell som utfører tilsynene og som rapporterer dem videre oppover. I klartekst betyr det de respektive fylkeslegene. I og med at jeg skulle intervjuer en rekke personer i saken, var det viktig å få alle til å kommentere nøyaktig det samme temaet. Derfor bestemte jeg meg tidlig for å lage en felles ramme for alle disse intervjuene. Løsningen ble en liste med spørsmål som skulle være felles for alle intervjuobjektene. Jeg satte også som krav at spørsmålene skulle

være åpne slik at kildene, uansett hvor i systemet de befant seg, skulle få svare med egne ord og uten å bli farget av spørsmålsstillingen. Jeg fant også ut at jeg måtte ha to spørsmålslistor: én som omhandlet tilsynsbesøk generelt, og en som tok for seg kommentarer på de spesifikke funnene. Disse spørsmålene brukte jeg relativt mye tid på å utvikle, og endte til slutt opp med denne listen:

- a) Generelle spørsmål:
 - Hvordan karakteriserer du helsetjenestene innenfor ditt ansvarsområde?
 - Hva er en systemrevisjon?
 - Hva er et avvik og hva er en merknad?
 - Hvor ligger ansvaret for at institusjonene kjenner lovverket de er pålagt å følge?
 - Hvor ligger ansvaret for å kontrollere at institusjonene følger lovverket?
 - Hva er saksgangen under tilsyn?
- b) Spesifikke spørsmål:
 - Hvordan vil du kommentere resultatene innenfor ditt ansvarsområde?
 - Hvordan systematiseres funnene?
 - Hvordan brukes informasjonen senere?
 - Hvilke konsekvenser får alvorlige avvik for ansvarshavende i institusjonene?
 - Hva kan gjøres for å få ned avvikstallene?

Etter å ha satt opp spørsmålene begynte jeg systematisk å ringe fylkeslegene. Jeg fikk tak i, og intervjuet, 11 av landets 18 fylkesleger. Det utgjør nær 2/3 av landets fylkesleger. Jeg anså at deres svar ville være representative for tilstanden for hele landets helsetjeneste. Også fordi de tyngste fylkene hva gjelder produksjon av helsetjenester i landet var representert. Dette er fylker som Hordaland, Østfold, Buskerud, Hedmark, Sør-Trøndelag, Nordland og Oslo og Akershus. Bare sistnevnte dekker, ifølge egne opplysninger, rundt 1/3 av alle sengeplasser innen helsesektoren i Norge. Deretter ringte og intervjuet jeg representanter for Helsetilsynet sentralt. Årsaken til at jeg begynte "nederst" og beveget meg oppover var at jeg, i tillegg til å konfrontere hvert "forvaltningslag" med selve funnene, også kunne konfrontere dem med kommentarene fra kildene som stod under dem i hierarkiet. Intervjuet med helseminister Ansgar Gabrielsen utsatte jeg.

Gjennom intervjuene med helsetilsynet (lokalt og sentralt) var det konsensus om følgende:

- a) Alle tilsynssaker ble behandlet som enkeltstående tilfeller til tross for at samme feil gikk igjen i mange institusjoner som drev innen beslektede tjenester. Unntakene var de nasjonale tilsynene som blir samlet i en samlerapport. Dette er imidlertid ikke en systematisert og søkbar rapport, men et sammendrag av mangler i en bestemt del av helsesektoren. Det kom også frem at rapportene hadde liten læringseffekt ettersom "institusjonslederne ikke ser ut til å lære av andres feil, men venter på at vi skal komme å avdekke samme feil hos dem" som flere fylkesleger sa.
- b) Det var ikke laget noe system for å systematisere resultater sentralt slik at både institusjoner og andre kunne hente ut hvilken type avvik og merknader som gikk igjen i den enkelte sektor til tross for at dette hadde blitt etterlyst av flere fylkesleger.
- c) Helsevesenet mente selv at de ansatte og institusjonsledere var ansvarlig for at lover og regler ble holdt, men at institusjonslederne i alt for stor grad ventet på at Helsetilsynet måtte finne feil før de begynte å gjøre noe i egen organisasjon. Det til tross for, som nevnt overfor, at samme problem gikk igjen i institusjon etter institusjon innen deres eget felt.

- d) Eventuell grove avvik fikk ingen konsekvenser for de ansvarlige i institusjonen, men var de grove nok kunne dette løftes ut som eget tilsyn. Dette kunne ingen av dem jeg intervjuet huske at noen gang hadde skjedd.

Dermed var også hypotese to og tre bekreftet. Nå skulle det også bli fortløpende i arbeidet med saken.

På dette punktet i arbeidet røpet jeg min lille hemmelighet, at jeg jobbet med en tilsynssak. Inntil jeg satt med intervjuene med de 11 fylkeslegene og helsetilsynet sentralt hadde jeg nemlig ikke fortalt en sjel om saken jeg jobbet med. Av flere grunner:

- Jeg var ansatt i et vikariat som nyhetsjournalist i regionsavisen Aftenposten Aften.
- Jeg ville ikke at mine kolleger og overordnede i Aftenposten Aften skulle føle at jeg "lot dem i stikken" ved ikke å prioritere arbeidet i Oslonyhet som jeg jo var ansatt for, samtidig som jeg følte at tilsynssaken var en for viktig sak til at jeg skulle la den forbli ufortalt. Denne balansen mener jeg selv jeg klarte relativt bra ettersom jeg hadde ene- eller co-byliner på i overkant av 80 saker som stod på trykk i Aftenposten Aften i perioden 7. mars til 7. juni (da første sak stod på trykk). Storparten av disse var egensaker.
- Saken jeg holdt på med var i utgangspunktet en nasjonal sak som like gjerne, og kanskje naturlig, hørte hjemme i Aftenpostens morgenummer.

I ettertid skulle det vise seg at det hadde vært lurt å holde kortene tett til brystet, og at det var like lurt å fortelle Martin Gray (reportasjeleder i Aftenposten Aften) og Geir Arne Amlien (reportasjesjef samme sted) om prosjektet da jeg gjorde det. Jeg satt som sagt med veldig mye informasjon og veldig mange intervjuer "på bok" og trengte både coaching og oppmuntring for å komme videre. Det ga de begge to, i rikt monn. Det første som skjedde, var at det ble besluttet at saken skulle stå i Aftenposten Aften. Til tross for at det dreiet seg om nasjonale tall bestemte vi oss for å gjøre den lokal gjennom å fokusere på Oslo og Akershus der vi kunne, for eksempel når vi skulle finne case til saken. Det ble også bestemt at jeg skulle gå fra bare å jobbe med saken innimellom alt mulig annet, til å jobbe med den på full tid. Amlien hadde to ønsker; at vi fikk tak i case til saken, og at vi fikk helseminister Ansgar Gabrielsen til å kommentere den. Vi kom også frem til at vi ikke skulle prioritere å bruke tid på å ringe de siste syv fylkeslegene ettersom jeg allerede hadde dekket 2/3 av alle fylkesleger, ettersom disse dekket langt mer enn denne andelen dersom man ser på tjenesteproduksjon, og ettersom vi bestemte oss for å kjøre saken i regionsavisen fremfor riksavisen. Vi hadde uansett tallene fra disse fylkene, og disse divergerte ikke noe særlig fra andre fylker. Samtidig ga de elleve intervjuene som var gjort et entydig bilde av hva fylkeslegenivået i helsevesenet mente om tallenes tale.

I uken som fulgte jobbet jeg intensivt med å finne case og få disse til å stå frem. Jeg hadde allerede i februar i 2005 skrevet en sak om pasientskadeerstatninger i Oslo og Akershus. Den gang brukte jeg Trond Eriksen, hvis kone døde på grunn av en sykehustabbe, som case. En stund etter at erstatningssaken stod på trykk fikk jeg en e-post fra Torfinn Brustad som hadde mistet sin mor på grunn av det han mente måtte være en systemsvikt i helsevesenet. Dette ble langt på vei bekreftet av Ullevål universitetssykehus. Av flere grunner ble ikke saken skrevet den gang jeg fikk mailen, men jeg sparte den ettersom jeg mente fortellingen var sterk og ga et bilde av helsevesenet som var viktig å bekjentgjøre. Da jeg tok kontakt med Brustad ga denne imidlertid sterkt uttrykk for at han ikke ønsket å være med i saken, men at vi gjerne

måtte kjøre den anonymt. Han var blant annet redd for at vi skulle bruke historien for å blåse opp billige og tabloide poenger. Gjennom flere samtaler la jeg til grunn at det var viktig å få en historie for å identifisere saken. Jeg fortalte også i hvilken setting og sammenheng historien skulle brukes, og at vi også hadde andre case som skulle brukes i samme sak. Brustad fikk også sitatsjekke saken før den gikk i trykken, og han gikk til slutt med på å fortelle sin historie i Aftenposten Aften. Vi bestemte oss også for å bruke historien til Trond Eriksen og til Ole Lund og Bente Kristiansen som tidligere hadde stått frem i VG etter å ha mistet barnet sitt som følge av en sykehustabbe på Ullevål universitetssykehus. Også disse to ble ringt. Etter å ha snakket med Kristiansen om både tilsynssaken og hennes egen sak sa hun at jeg gjerne måtte bruke deres historie. Hun ønsket imidlertid ikke å siteres i saken ettersom hun syntes det ble for sårt. Vi ble derfor enige om at jeg skulle snakke med samboer og far til det avdøde barnet, Ole Lund, om det som skulle komme på trykk. Dermed hadde jeg tre case som belyste at det faktisk er mennesker som rammes når systemene som skal sikre befolkningen de helsetjenester de har krav på ikke fungerer.

Denne uken jobbet også med å få tak i helseminister Ansgar Gabrielsen. Dette skulle vise seg vanskelig ettersom han hadde fullt opp med et utbrudd av legionella i Sarpsborg. Derfor ble jeg stadig skjøvet nedover i bunken til hvem han hadde tid til å snakke med. Jeg fikk tilbud om kommentarer lenger ned i systemet, men Amlien og jeg bestemte oss for at vi hadde tid til å vente. Til slutt kom åpningen, og helseministeren tok imot til et intervju som han tidsbestemte til en halv time. Den korte tiden jeg var der følte jeg imidlertid at han ikke viet meg full oppmerksomhet, og både han og de to eller tre informasjonsmedarbeiderne han hadde med i møtet understreket hele tiden at han hadde særdeles dårlig tid. Jeg fikk imidlertid de kommentarer jeg trengte til den første saken. Gabrielsen sa blant annet at vi i Norge har et helsevesen som i stor grad har valgt ikke å følge lover og regler. Relativt oppsiktsvekkende etter min mening.

Samtidig som jeg gikk og ventet på helseministeren hadde jeg også hentet inn kommentarer fra medlemmer i Sosialkomiteen på Stortinget. I tillegg til John Alvheim (Fr.p.), Ola Gløtvold (SP), Olav Gunnar Ballo (SV) og Åse Gunhild Woie Duesund (Kr.F), snakket jeg også med helsepolitisk talsmann i Arbeiderpartiet, Åsmund Kristoffersen. Samtlige lot seg sjokkere av at tallene var så dårlige som de var, og alle var sjokkert over at dette ikke var rapportert fortløpende til komiteen eller Stortinget. Alvheim tok sågar til orde for at man måtte slå ned på institusjoner som ikke klarte å følge lovverket med økonomiske sanksjoner. Etter dette følte vi oss klare for å kjøre serien om systemsvikt i helse-Norge.

Første sak i serien stod på trykk torsdag 2. juni. Denne dagen presenterte vi resultatene av gjennomgangen sammen med kommentarene til helseministeren. Vi presenterte også de tre ovennevnte case i denne første saken. Samtidig hadde jeg tatt kontakt med nettredaksjonen i god tid slik at vi fikk laget en unik nettløsning for akkurat denne saken. Av plasshensyn brukte vi to samletabeller inne i avisen; én med alle resultater sortert etter fylke, og én med ekstraktet av eldreomsorgen fordelt på fylke. På nettet er det som kjent ubegrenset plass. Derfor lagde vi en nettversjon der du kunne klikke deg inn på resultatene på regnearkene. Det vil si at du kunne se og identifisere hver enkelt av de 1.279 tilsynene og se resultatene av besøkene. Det stod også en link til hvor rapportene var funnet, og en veiledning til hvordan man navigerte på helsetilsynets hjemmesider for å finne akkurat den rapporten du var ute etter.

Sak nummer to kom på trykk dagen etter, det vil si 3. juni. Også her valgte vi å dele saken i to deler. Første del tok for seg reaksjoner fra de ovennevnte stortingspolitikere og

helsetilsynet sentralt. I den andre delen valgte vi også å finne case, men denne gangen med en vri. Jeg hadde ved gjennomgangen kommet over en tilsynsrapport på Risenga bo- og omsorgsbolig som var utført i 2005. Denne institusjonen var, som nevnt i innledningen, på alles lepper for en tid tilbake på grunn av sjokkerende forhold. Der hadde de ikke bare ryddet opp, de hadde også rutiner for å gå gjennom alle tilsynsrapporter i beslektede institusjoner og kontrollere disse opp mot egne rutiner i de deler av virksomheten som hadde fått påpekt avvik andre steder. Et system som resten av helsevesenet nok også kunne profitert på å adaptere, og som helsetilsynet hadde etterspurt.

Sak nummer tre stod på trykk 7. juni, denne gangen med et intervju med lederen i Norges Sykepleierforbund og en professor på Universitetet i Oslo. De var opprørte over at helseministeren latet som om han var overrasket over funnene Aftenposten Aften hadde offentliggjort. De mente dette var ”hemmeligheter” alle innen helsevesenet kjente til, og som helseministeren også hadde fått referert en rekke ganger. Undersaken denne dagen var en gjennomgang av et beslektet problem som hadde dukket opp under innsamlingen av data, nemlig hvor sjelden fylkeslegen i Oslo og Akershus besøker hver enkelt institusjon. Ifølge fylkeslegens eget utsagn skjedde dette høyden én gang hvert tiende år. Ellers fikk de drive i fred for systemrevisjoner eller innblanding fra helsevesenet dersom det ikke dukket opp akutte tilsynssaker.

Det var etter denne saken Gabrielsen ringte meg og sa at vi skulle ta et nytt intervju. Denne gangen fikk jeg møte helseministeren alene på hans kontor fremfor på et møterom med flere informasjonsmedarbeidere. Dette dannet også utgangspunktet for **sak nummer fire**. Denne stod på trykk 8. juni, og helseministeren lovet å rydde opp.

Problemer

Underveis opplevde jeg to hovedproblemer. Å samle inn data samtidig som jeg skulle skjøtte mitt daglige arbeid i nyhetsredaksjonen i Aftenposten Aften var en utfordring. Det krevde både en ryddighet og effektivitet jeg ikke har vært så avhengig av å ha tidligere. Dette var imidlertid veldig lærerikt. Det andre hovedproblemet var å få tak i alle fylkeslegene. Dette var både tidkrevende og evnet til å ta fra noen og enhver motet. Et siste problem, men overraskende nok mindre enn de foregående, var å få casene til å stå frem. Jeg må også innrømme at det satt langt inne å ringe til paret som hadde mistet barnet sitt. At de tidligere hadde stått frem i VG gjorde det faktisk ikke lettere å løfte av røret. Ellers var saken preget av åpne og offentlige register som, til tross for at det var tidkrevende, var lett å finne og systematisere.

Hypotesene ble ikke endret underveis.

Arbeidstid

Det er umulig å si hvor mye arbeidstid som har gått med til dette arbeidet. I den tiden jeg systematiserte data kan det dreie seg om én til to timer hver eneste arbeidsdag den måneden dette arbeidet varte. I tillegg brukte jeg to hele helger med intensiv jobbing for å få arbeidsbøkene slik jeg ønsket. Etter dette brukte jeg antakeligvis mellom tre og fem timer per uke frem til 23. mai. Derfra og til siste sak i serien hadde stått på trykk 8. juni jobbet jeg full tid utelukkende med tilsynssaken. Noe overtid ble det også i denne perioden. Det jeg kan si med hensyn til medgått arbeidstid, er at jeg aldri tidligere har brukt i nærheten av så lang tid på en og samme sak.

Skriftlige kilder:

1.279 unike tilsynsrapporter.

Muntlige kilder:

For helsetilsynet i fylkene (fylkesleger, fungerende fylkesleger o.l.):

Anne Høyve, Troms.

Anne Sofie Syvertsen, Aust-Agder.

Egil Storås, Møre og Romsdal.

Elisabeth Markhus, Østfold.

Eystein Straume, Finnmark.

Helga Arianson, Hordaland.

Henning Aanes, Nordland.

Ingvild Heggvold, Sør-Trøndelag.

Morten Calmeyer, Buskerud.

Petter Schou, Oslo og Akershus.

Trond Lutnæs, Hedemark.

Fra Sosialkomiteen på Stortinget:

John Alvheim, leder i Sosialkomiteen og representant for Fremskrittspartiet.

Ola Gløtvold, Senterpartiet.

Olav Gunnar Ballo, Sosialistisk Venstreparti.

Åse Gunhild Woie Duesund, Kristelig Folkeparti.

Ellers på Stortinget

Åsmund Kristoffersen, helsepolitisk talsmann i Arbeiderpartiet.

For Helsetilsynet sentralt:

Geir Sverre Braut, assisterende direktør.

Institusjonsleder:

Bovild Tjønn, daglig leder på Risenga bo- og omsorgssenter

De som har mistet noen på grunn av feil i helsesektoren:

Torfinn Brustad.

Trond Eriksen.

Ole Lund.

Bente Kristiansen.

Fagforbund og forskning:

Bente G. H. Slaatten, leder I Norsk Sykepleierforbund.

Halvard Vike, professor ved Universitetet I Oslo.

Fra departementet:

Ansgar Gabrielsen, helseminister.