

DØDEN PÅ SYKEHUSET

Historien bak dødsfallet til Benjamin Lie (21). Og om hvordan feil på sykehus kan forbli uoppdaget, når helsevesenets systemer skjuler sannheten



Metoderapport, SKUP, 2011

Maria Hasselgård

Hanna Førland

NRK Brennpunkt 11.mai 2011

3. SAMLET PUBLISERING:

NRK Brennpunkt. 11.mai, 2011: " Døden på sykehuset " (vedlagt på dvd)

Spor 1: Brennpunkts program om dødsfallet til Benjamin Lie, innhold: først hoveddokumentar (43 min. etterfulgt av oppfølgingsintervju med klinikkdirektør i Vestre Viken, Halfdan Aas. (ved programleder Håkon Haugsbø) Etterfulgt av en minidokumentar om foreldrene til Benjamin sin kamp for å endre systemet. Samt oppfølgingsintervju med helsedirektør i Helsetilsynet, Lars E.Hanssen. (Tid i alt: 58'48).

Oppfølgingsaker/utbretter:

*spor 2: **NRK Dagsrevyen 11: mai, 2011: "Dødsfall sykehus"**. v/ reporter Idar Edvin Krogstad , NRK Buskerud (vedlagt på DVD)(tid: 2'09)

*spor 3: **NRK Lørdagsrevyen: 14.mai 2011: "Friske unge dør"** v/reporter Marion Solheim, NRK Hordaland (vedlagt på DVD) (tid: 5'41)

***NRK Radio: Ekko, P2, 11.mai:** Pasienter som dør uventet på sykehus: Studiogjester/diskusjon.

Nettsaker, nrk.no: Produsert av Brennpunkt, Buskerud, Hordaland og nettdesken, NYDI:

*11.mai: **"Foreldrene endret helsevesenet"**

<http://www.nrk.no/programmer/tv/brennpunkt/1.7626786>

*11.mai: **"Gransket bare 1 av 10 varsler om alvorlige helsefeil"**

<http://www.nrk.no/nyheter/norge/1.7626846>

*11.mai: **"Sykehuset beklager dypt"**

<http://www.nrk.no/programmer/tv/brennpunkt/1.7627489>

*11.mai: **"Norsk pasientskadeerstatning måtte snu"**

<http://www.nrk.no/programmer/tv/brennpunkt/1.7627881>

*11.mai: **"Var døden nær på akuttmotaket"**

<http://www.nrk.no/nyheter/norge/1.7629090>

*12.mai: **"Dårlig rettssikkerhet for pasienter"**

<http://www.nrk.no/programmer/tv/brennpunkt/1.7627901>

*21.oktober 2011:"**Ingen advarsel i Benjamin Lie-saken"**

<http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/ostafjells/buskerud/1.7844260>

*22.oktober 2011:"**-Vi har endret rutinene"**

<http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/ostafjells/buskerud/1.7844811>

*24.oktober 2011:"**Krass kritikk mot Haukeland etter dødsfall"**

<http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/hordaland/1.7846301>

*25.oktober 2011: "Etterforskar ikkje dødsfall"

<http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/hordaland/1.7847911>

*4.november 2011: "-Foreldre kritikkverdig behandlet etter dødsfall"

<http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/ostafjells/buskerud/1.7861771>

4. **Redaksjonens adresse:** NRK Brennpunkt, FG 22, 0340 Oslo (tlf 23 04 90 00)

5. **Journalistenes adr + tlf.nr:** Hanna Førland, (samme adr. som red.) hanna.forland@nrk.no,

tlf.99 58 15 2. Maria Hasselgård, (samme adr) mariahasselgard@gmail.com tlf.99 26 52 79.

6.a) Når og hvordan kom arbeidet i gang, hva var ideen som startet det hele?

Det startet våren 2010: Det kom en telefon fra Skotselv. En mor som ville finne noen i Brennpunkt som kunne lytte til henne. Hun fortalte om hvordan hennes 22 år gamle sønn hadde dødd fra dem, plutselig og uventet på sykehus. Han hadde blitt operert i kneet etter et mindre motocross-uhell. Vi hadde lest bruddstykker av historien. Dette var vel en kjent sak? Dødsfallet til Benjamin, som skyldtes at han fikk for mye smertestillende, og ikke ble overvåket godt nok? Vi lyttet, men tenkte også at her hadde jo en god del fakta allerede kommet fram.

Men mor til Benjamin, Unni Tobiassen Lie, var sikker på at her var det mer, enn det enkeltstående nyhetssaker kunne få fram. Mye var ubesvart. Dette handlet ikke bare om dårlig behandling på sykehuset som gikk galt, sa hun – men like mye om rettsikkerheten for de som dør så brått, uten at det skulle ha skjedd. Hun fortalte at de som foreldre, fortsatt kjempet for å få vite hva som hadde skjedd med sønnen. Selv om de hadde mast seg til en god del informasjon, hadde svarene gitt dem enda flere spørsmål. Samtidig møtte de lukkede dører, og uvilje hos tilsynsmyndighetene. Var det riktig at det skulle være slik?

Da telefonen kom, hadde Brennpunkt allerede startet et større arbeid om sykehusreformen. Vi ville se om "pasienten i sentrum" var en realitet eller bare et fyndord. Vi ønsket å forstå, og hadde fått være observatør og i landets største helseforetak, for å følge ledelsen i deres hverdag. Vi hadde snakket med et titalls sykehus over hele landet, dratt ut til flere av dem, og snakket med en lang rekke sykepleiere og leger. Jo lengre ned i systemet vi kom, jo mer slitne var de over at fokuset lå på økonomi. Dette var ikke nytt. Det oppsiktsvekkende var at de sa at økonomipresset, som alle ble målt på, tok oppmerksomheten fra forebygging av feil. Og ivaretagelse av pasienten.

Midt i dette, kom altså telefonen fra moren til Benjamin.

Vi hadde, som journalister flest, laget mange saker om tragiske skjebner. Om pasienter som hadde blitt varig skadet etter en sykehustabbe, eller dødd plutselig på sykehus. Tilbake sto pårørende – uten svar på hvorfor tragedien skjedde. Som regel hadde vi fått korte svar som sa ingenting, "av hensyn til taushetsplikten" fra sykehusledelsen. Sykehusledelsen beklaget

ofte dypt, men ga de svar til de som sto igjen? Kanskje det var på tide å prøve å få ”den andre siden”, det tilsynelatende lukkede sykehussystemet, til å fortelle mer?

6b) Hva var den sentrale problemstillingen ved starten av prosjektet?

Innledende research før valg av problemstilling:

Vi så at en konkret sak om et meningsløst dødsfall som kanskje kunne vært forhindret, kunne gi det minste bildet på pasienten i dagens helse-Norge: Kunne vi – gjennom historien om det som gikk så galt, vise hvordan mennesker blir behandlet og betraktet når de kommer inn i sykehusenes systemer? Og hvis noe går galt, hvordan sykehuset tar ansvar for sine feil?

Vi tenkte tilbake på de helsesakene vi har laget tidligere som ikke har gitt svar, verken til de som er berørt, eller vi som laget dem. Viktige å fortelle, ja, men ofte ensidige, fordi de som kan forklare, som regel ikke vil stille opp. Er det nærmest en gåte – ”uforklarlig”, at noen dør, eller er det faktisk noe som går an å undersøke og finne ut av? Skal vi ta utgangspunkt i at det er høyt kompetente mennesker som behandler oss, når vi legges inn på et norsk offentlig sykehus, og som nettopp derfor, kan forklare det, også når noe galt, hva som skjedde?

Flere som ikke får svar

Moren som hadde ringt inn til oss om Benjamin Lies dødsfall, Unni, fortalte at de var flere pårørende, i samme situasjon. Foreldre og ektefeller som hadde plutselig opplevd at deres kjære som bare ”skulle innom sykehuset”, døde - fordi noe hadde gått galt. De hadde nylig dannet Pårørendegruppa, og selv om hver hadde sin unike historie, var opplevelsene etter dødsfallene, skremmende like, fortalte Unni: Sykehusene vil ikke gi dem svar, og heller ikke tilsynsmyndighetene sørget for at sannheten kommer fram.

Vi ønsket å finne den saken som best kunne gi oss anledning til å skjønne hva som skjer når et menneske dør ”unaturlig”, som det kalles, når dødsfallet er uventet og plutselig. Vi gikk i detalj inn i sakene til fem av familiene i Pårørendegruppa og dybdeintervjuet dem. Vi snakket i tillegg med fem-seks pårørende i andre saker, for å forstå og få oversikt over deres erfaringer. Felles for dem alle var at i tillegg til sjokk og stor sorg, sleit de med en gnagende uro, fordi de ikke fikk en oppklaring.

Endelig valg

Vi så det tidlig, men måtte sjekke ut flere andre historier for å bli sikker: Fordi foreldrene til Benjamin hadde klart å få politiet på banen, mot alle odds, hadde de, tross alt, fått flere svar enn de andre. Så - istedenfor å velge ut en av de andre sakene, og begynne på null, ble det faktisk avgjørende for oss å bestemme oss for nettopp den saken der vi visste at det lå noe annet enn en enkel journal, og ikke mer enn det. Siden politiet hadde etterforsket Ringerike sykehus, måtte det foreligge mye informasjon etter etterforskningen av hva som allerede hadde skjedd.

Flere av de pårørende vi hadde snakket grundig med, ble skuffet over vår beslutning. Andre, så det ut til, forsto at dette kunne forhåpentligvis føre til at også deres sak ble belyst. Gjennom det de håpet vi skulle få til: gå til bunns i en av disse sakene.

Problemstillingen ble slik:

Vi ønsket å finne ut hvorfor sannheten bak uventede dødsfall på sykehus, ikke kommer fram. Vi ønsket å bruke Benjaminsaken til å forstå systemet som skal sørge for at vi alle, som må innom sykehuset i løpet av livet, kan kjenne oss trygge på at vi får en god behandling. Og at de ansatte i systemet tar ansvar og lærer – hvis noe går galt.

Vi trengte rett og slett å finne ut hvordan pasientsikkerhet og rettssikkerhet henger sammen: Hva blir gjort for at fakta kommer fram, når feil har skjedd, slik at man hindrer at det gjentar seg, ved å lære – og dermed øke pasientsikkerheten? Det ble viktig for oss å også gå inn i hva som skjedde etter dødsfallet, i tillegg til å skjønne hvorfor Benjamin døde.

Vi hadde registrert at sykehuset hadde på forskjellige måter i media, lagt vekt på at det ikke var mulig å si sikkert hva Benjamin døde av. Mens foreldrene savnet både informasjon fra sykehuset og en erkjennelse av ansvar. Sto det faktum at det ikke forelå en 100 prosent skråsikker, medisinsk-faglig konklusjon, i veien for å ta ansvar for dødsfallet, et dødsfall som kom, etter det vi forsto, svært uventet, også på de ansatte på sykehuset?

6 c) Redegjør kort for hva som er genuint nytt i saken

*Vi viser og dokumenterer hvordan et norsk sykehus bagatelliserer et dødsfall som aldri skulle ha skjedd, istedenfor å slå alarm og levere fra seg alle fakta og be om granskning. Vi viser også hvordan sykehuset utelater informasjon som kan oppklare dødsfallet, lyver om hva som har skjedd i forløpet, trekker konklusjoner om at alle rutiner er i orden og at ikke noe kunne vært gjort annerledes.

*Ved å gå inn i historien om Benjamin, som er en av ytterst få saker om unaturlig dødsfall som er grundig etterforsket av politiet, viser vi hvordan rettighetene til brukerne av norske sykehus, fungerer i praksis. Vi viser hvordan mangel på rett til innsyn, utestenger pårørende fra å vite fakta om hva som gikk galt.

*Vi viser og dokumenterer hvordan Helsetilsynet, som skal føre tilsyn med norske sykehus, overlater til sykehuset å vurdere om det er grunn til å undersøke at en ung frisk mann dør plutselig og uventet.

*Vi viser hvordan tilsynsmyndigheten jobber, hvordan kommunikasjonen mellom sykehus og Helsetilsynet er, og hvordan systemet og regelverket hindrer en nøytral og uhildet granskning.

*Vi viser og dokumenterer at det er pårørende som sørger for at politiet går inn i saken, slik at dødsfallet ikke skal forblir nok et uforklarlig tall i statistikken. Nettopp fordi politiet så sjelden går inn i å undersøke unaturlige dødsfall, blir også svært få av disse pasientene, rettsmedisinsk obdusert.

*Vi viser de direkte konsekvensene av at når feil ikke blir gjennomgått, får andre heller ikke kunnskap om hva som kunne ha reddet liv. Det finnes ingen overføringsrutiner mellom sykehusene, så de kan lære av hverandre. De samme feilene skjer igjen, fordi verken Ringerike sykehus eller helseforetaket, tar dødsfallet alvorlig. Jonas på Sykehuset Buskerud overlever ved en tilfeldighet, etter å ha fått store mengder sterke smertetilende, samme typen morfinlignende preparat – Ketorax - som Benjamin fikk.

*Vi viser også at heller ikke Helsetilsynet ikke ser som sin oppgave å varsle resten av sykehus-Norge om det de får kjennskap til. Fordi ingen i helse-Norge ser det som sitt ansvar å våge å fortelle om erfaringer og bivirkninger av et mye brukt medisinsk preparat, skjer det samme igjen. I tillegg til tilfellet Jonas, som så vidt reddet livet, finner vi nok et eksempel : Tre måneder etter at Benjamin døde, dør Davoud, en frisk, ung gutt på Haukeland sykehus. Han ble heller ikke passet på, etter en operasjon i håndleddet, og etter å ha fått store mengder av den samme medisinen .

*Vi oppdager at dette ikke bare handler om pasientsikkerhet, det handler om hvilket ansvar sykehusansatte har for å fortelle og melde om feil, noe de er lovpålagt å gjøre. Sykehusene har også egne kontrollinstanser som skal gjennomgå hendelser i ettertid, men vi viser hvordan de som får evaluere og kontrollere, kan være i nær relasjon med de som skal kontrolleres og etterprøves. Deres beskrivelser av hva som skjedde blir også vektlagt i Helsetilsynet, som fører tilsyn med sykehus og helsepersonell. Krav om habilitet gjelder ikke i norske sykehus når de skal granske seg selv.

*Vi viser hvilke følger sykehusets ansvarsfraskrivelse av dødsfallet til Benjamin, får for oppfølgingen av Norsk Pasientskadeerstatning, som velger å stole blindt på sykehusets konklusjon til NPE, om at ingen rutiner er brutt.

*Vi viser hvordan styret i helseforetaket Vestre Viken vedtar boten som politiet ilegger dem etter dødsfallet , mens de ansatte på Ringerike fortsatt sår tvil om dødsårsaken – og sitt ansvar.

6 d) kort beskrivelse av organisering av arbeidet, metodebruk, kildebruk , problem underveis.

ORGANISERING AV ARBEIDET

Telefonen fra Unni Lie kom våren 2010, mens Maria allerede var i gang med å se nærmere på hvordan helse-Norge fungerer, åtte år etter sykehusreformen. Hanna var da på andre prosjekter, men kom inn i saken fra september/oktober, da innledende research startet, og produksjonsbeslutning ble tatt. Arbeidsfordelingen var i hovedsak at Maria jobbet som researcher og Hanna som producer. Mens Maria jobbet på et annet prosjekt, jobbet Hanna alene i et par måneder denne høsten med research og samtaler: innhenting og gjennomgang av informasjon. Samt planlegging og opptak på Ringerike sykehus, sammen med fotograf Kjetil Solhøi. I januar gjorde vi opptak og intervjuer med politi, eksperter, hovedsakkyndig, tillitsvalgte, samt den viktige tilnærmingen til en rekke ledere og ansatte ved Ringerike sykehus. På denne tiden gjorde vi også opptak av selve rekapituleringen av saken som familien til Benjamin Lie har vært igjennom, rundt bordet i stua til foreldrene Unni og Håkon. Hanna og Maria gjorde også hoveddelen av systematisering og analyse sammen, før dramaturg og grafiker ble trukket inn for utforming av en begripelig og dramaturgisk løsning av helheten. Jørn Norstrøm var i tillegg til å være fotograf underveis, også redigerer for hele programmet, som ble satt sammen i mars/april. Mens Ståle Hansen kom inn som researcher og konsulent de siste ukene av innspurten. Vi koblet underveis på NRK Buskerud, NRK Hordaland, Dagsrevyen og Lørdagsrevyen, Ekko, P2, nettdesken til NYDI og egne nettjournalister, for samarbeid og utbrett av det vi så ville passe best som oppfølgere på TV/nett. Brennpunkt-programmet ble sendt 11.mai 2011.

METODE: Forståelse av "unaturlige dødsfall"

Det er et faktum at folk dør på sykehus. Men det er stor forskjell på når en pasient dør av en sykdom og når pasienten dør uten noen sammenheng med sykdommen eller skaden de ble behandlet for.

Helse-Norge har allerede i flere år anerkjent og brukt tallet 2000, som et anslag over hvor mange som trolig dør naturlig på norske sykehus hvert år. Basert på viten fra utenlandske studier. Men ingen vet det reelle tallet i Norge, eller om sykehusene melder inn alle slike dødsfall, slik de skal. I 2010 fikk Helsetilsynet melding om 372 mennesker unaturlige dødsfall.

Det har vært lite forskning på området. Men vi fant et forskningsarbeid av Olav Molven, som hadde sett på 9268 meldesaker, innmeldt fra sykehusene fra 2002 -2007 (publiserte i Tidsskriftet for Den norske legeforening). Statistikken gjaldt alle typer av saker, inkludert unaturlige dødsfall. Han kunne dokumentere at det ble tilsynssak i 2% av tilfellene. Bare ett – 1 - tilfelle , hadde endt med påtale. Sanksjoner mot helseinstitusjoner forekom ikke.

Vi tenkte: Også utenfor sykehuset dør mennesker plutselig og uventet, da kalles det et ”mistenkelig dødsfall” og politiet rykker ut – og etterforsker det, for å oppklare. Innenfor sykehusets vegger, skal det altså svært mye til for at systemet oppklarer og gir svar, ikke bare til de pårørende, men også til seg selv: Hva skjedde? Hvorfor gikk det galt? Bli det noe læring av slikt?

Vi hadde etter innledende research, funnet ut at saken om Benjamin Lie, var en unik anledning til å forstå også andre unaturlige dødsfall på norske sykehus. Vi hadde lest med stor interesse flere av sakens fakta, både i lokal presse i Buskerud, NRK Buskerud, og i en større artikkel i VG. På bakgrunn av det vi skjønnte om saken, ønsket vi å finne ut mer – om hvorfor det hadde gått feil, og hvordan dødsfallet hadde blitt gransket.

Noen måneder før vi satte i gang med dokumentaren, hadde politiet gitt helseforetaket Vestre Viken, som var eier av Ringerike sykehus, et forelegg på 500 000 kroner for grov uforsvarlighet, og for brudd på rutiner og manglende rutiner. Hva hadde de funnet ut?

Vi så at Pårørendegruppa med foreldrene til Benjamin i spissen, hadde fått møte helseministeren, som lovet tiltak for å styrke pasientsikkerheten. Vi visste at det nasjonale pasientsikkerhetsåret 2011 var i anmarsj, og bestemte oss for å ta helsevesenet på alvor: vi forventet mer åpenhet om feil.

METODE: Å oppnå tilgang til et lukket system

Å lage tv-dokumentar om noe som har skjedd, og som vi ikke har vært med på, er alltid en utfordring. Å få tilgang til å komme inn og også filme de faktiske stedene det handler om, ER tv. Det er ikke alltid vi får til det, og må finne andre løsninger. Men i dette tilfellet var det helt vesentlig å få komme inn på Ringerike sykehus. Vi ville se selv rommet der Benjamin døde, og skjønne forløpet, ikke bare lese om det i journaler og papirer. Vi ville også vise fram for seerne, de faktiske rommene, der det skjedde, på et offentlig norsk sykehus.

Men ville de være åpne for oss som ville grave enda mer i den alvorlige saken – tragisk for både foreldrene, de som jobbet på sykehuset – og de ansvarlige i helseforetaket i Drammen ? Det var ikke lenge siden helseforetaket Vestre Viken hadde fått en sviende politibot, og to ansatte var fortsatt under granskning av Helsetilsynet.

Uttesting av viljen til åpenhet

Vi så at viseadministrerende direktør i Vestre Viken, hadde gått ut i lokalpressen og lansert store visjoner om at helseforetaket skulle bli landets første til å lage et system for, og vise fram for brukerne, både gode og dårlige resultater. Han var så klar på åpenhet om dette, at vi ønsket å ta han på ordet. Vi ringte han direkte.

Vi fikk snakke med en direktør som viste seg å være svært interessert i temaet pasientsikkerhet og kvalitetssikring, i likhet med oss. Men da vi begynte å pense oss inn på Benjamin-saken, var det ikke like lett. Saken var ennå under granskning, så han - og da var det ikke lett å gå inn på detaljene i den. Vi ba han tenke på saken og ga han tid. Det blir tre-fire telefonsamtaler og like mange e-poster fra oss: vi ønsker åpenhet, og forstå saken fra den andre siden, dekke den så bredt som mulig, med et 360 graders perspektiv, om mulig. Er ikke dette i tråd med helseforetakets visjoner om mer åpenhet om feil?

Hver gang er direktøren skeptisk, men lager vi et mer generelt program, er vi hjertelig velkomne til en prat og drøfting om feil og unaturlige dødsfall. Men altså ikke om det dødsfallet vi ønsker å belyse. Dessuten er han opptatt av å ikke belaste de pårørende enda mer. Han tenker selvsagt også på de ansatte, det skjønner vi er hans jobb. Vi sier at det er også vår jobb, å håndtere riktig den informasjon vi får. Og at vi ikke har tenkt å identifisere de legene og sykepleierne som jobbet direkte med Benjamin.

Gjentatte nei

I nærmere fem uker har vi en dialog, selv om han hver gang sier nei, ber vi han tenke seg om igjen. Vi peker også på den unike læringen de sikkert har hatt, som også kan komme andre til gode.

Til slutt informerer vi i en e-post at vi fortsatt ønsker deres samarbeidsvilje, men uansett: går vi nå i gang med å lage en dokumentar om Benjamin-saken. Vi ber om konkret info om rutiner og forteller at vi har innhentet fritak fra taushetsplikt fra Benjamins foreldre. Vi ber også om å få lov til å komme inn og filme på det offentlige Ringerike sykehus – og at vi ønsker å snakke med de involverte i saken som jobber på sykehuset. Vi får til slutt overtalt direktøren til å i mot oss i Drammen. Etter at han skjønner at han ikke får oss til å endre mening, sier han at vi får komme med ønsker om informasjon, så kan de vurdere det. Vi får også lov til å ta bilder på sykehuset.

Mer skepsis

Vi har skjønnet at skepsisen mot media er stor. Det vet vi også fra før. Det er åpenbart at de vi snakker med for å få tilgang, tenker at vi ønsker å finne syndebukker. Det er vanskelig å bli trodd på at vi ønsker faktisk en 360 graders vinkel i denne saken. Vi tar tidlig kontakt med tillitsvalgte, både i fylket og ved sykehuset for å få snakke med de som var sentrale i behandlingen av Benjamin. Og sjefene deres. De er avvisende til å møte oss eller snakke med oss. Det skal vi også seinere i løpet, få flere eksempler på. Vi konsentrerer oss derfor på dette tidspunkt å få fram deres stemmer, gjennom skriftlige dokumenter.

METODE: INNHENTING AV INFORMASJON

Sykehusjournalen

Å tolke en sykehusjournal med alle mulige vedlegg fra etappene i et behandlingsforløp, er ingen lett sak, om du ikke har helsefaglig utdannelse. Benjamins foreldre som hadde kopi av journalen til sønnen, hadde allerede satt seg grundig inn i journalen, sammen med fars bror og mors kusine, begge sykepleiere. Vi fikk en innføring av dem, samt en omfattende og datert oversikt fra mor Unni, over alt som hadde skjedd i saken, helt fra Benjamin falt da han kjørte motocross.

Vi så at journalen ga oss mange spørsmålstegn. Men vi skjønnte ved selvsyn at flere rutiner var brutt. Hovedinntrykket både gjennom foreldrenes egen oppfatning av saken og nyhetssakene vi hadde sett, var at det var den siste legen og sykepleieren på vakt, som var de som var hovedansvarlige for Benjamins dødsfall. Samtidig så vi av journalen, at det var flere titalls mennesker som hadde vært mer eller mindre med i behandlingen av Benjamin, i løpet av de drøye to døgn han lå inne på sykehuset. Hvor enkelt eller komplisert var bildet?

Både foreldrene og de to sykepleierne i familien, hadde funnet det de mente var flere feil. De fire var uvurderlige informanter – og hovedkilder, men vi måtte vi frigjøre oss fra deres oppfatning på den måten at vi selv måtte sjekke ut de oppfatningene og påstandene de kom med.

Vi søkte hjelp og ekspertise for å tolke informasjonen i journalen, både blant eksperter og helsepersonell vi har brukt før, som kunne tolke nøytralt journalen og begrepene. Vi brukte søk på nett, Statens Legemiddelverk – og andre sykehus, for å høre om både rutiner og medikamentbruk, ved andre sykehus.

Gjennom å lese journalen, så vi også Benjamins ”rop” underveis: han ba om å bli passet på. Gjentatte ganger hadde han sagt i fra til de stadig nye legene og sykepleierne han møtte på sin vei på sykehuset, at han var engstelig for at det muligens kunne være noe med hjertet hans, noe genetisk, og gjentok at faren hans, Håkon hadde opplevd hjertestans etter en operasjon et halvt år tidligere. Det var nedtegnet flere steder, men var det tatt alvorlig? Ble det brakt videre?

Informasjon fra helseforetaket Vestre Viken

Vi ba helseforetaket Vestre Viken om oversikt over rutiner – både på den tiden Benjamin døde, og også oversikt over hvilke rutiner som var endret. Da vi ba om dette, første gang i oktober 2010, var det gått over et år siden Benjamin døde. Det tok mange uker, og flere purringer, først tett oppunder jul, før vi fikk vi dagens rutiner oversendt. Selv om styret for lengst hadde pålagt helseforetaket å endre rutiner for å hindre at noe lignende skulle skje. Og vi så det som svært sannsynlig kunne være grunnen til at det drøydde sånn, at vi ikke fikk rutinene da vi ba om dem:

Helseforetaket hadde jobbet på spreng med å få flere av rutinene ferdige. Mange av dem var datert bare dager før vi fikk de oversendt. Hastet det ikke å få dette på plass, så snart som mulig etter et så tragisk dødsfall?

Vi satte oss ned med flere hundre sider om rutiner og prosedyrer før og nå, som alle omhandlet det som er relevant prosedyre for en pasient med et skadet kne, og skal opereres. Det var viktig å forstå, for å kunne skjønne journalen. Men ikke minst viktig for neste skritt i innsamlingen av informasjon: for å forstå valgene og handlingene til de som behandlet Benjamin.

Forståelse av de ansatte: Å leve med feil

Vi forsto at vi måtte skjønne mer om hvordan kulturen er i helseNorge, mht å begå feil. Vi hadde allerede snakket med fagforeningene til helsearbeiderne om dette, Norsk sykepleierforbund og Legeforeningen. De fortalte om at de som har begått feil, blir skjermet, også av dem. Vi satte oss inn i kollegastøtteordningen og snakket med flere som er støtte for nettopp kolleger som har opplevd å gjøre fatale feil. Vi fant leger og sykepleiere som hadde gjort feil som var nær ved å få store konsekvenser. Vi forsøkte å få flere til å sette oss i kontakt med noen som hadde opplevd på gjøre en virkelig fatal feil – som den vi undersøkte. Uten hell. Er det menneskelig å feile, på sykehus?

Informasjon om de ansatte

Samtidig med at vi nærmet oss Ringerike sykehus, måtte vi jobbe for at vi fikk stemmen til de ansatte, på annet vis, ettersom det så ut til at de færreste ville snakke med oss. Vi forstod at det fantes egenrapporter fra involvert helsepersonell, som var skrevet av de som behandlet Benjamin. Vi ba helseforetaket Vestre Viken om å få disse, men fikk nei. Men vi skjønnte at politiet satt på disse rapportene. Og sist men ikke minst; hadde politiet avhørt flere personer i saken, de fleste av dem sykepleiere og leger som var på vakt rett før eller i det dødsfallet skjedde. De hadde fortalt, under ed, hva de gjorde og svarte på hva de ikke gjorde - og hvorfor. Her måtte nøkkelen til en bred forståelse ligge. Vi kunne ikke gå videre, uten å få en så komplett som mulig forståelse av de ansatte. Dette handlet også om **kildekritikk**. De aktørene vi hadde møtt på vår vei, var alle part i saken. Inkludert de pårørende, som, bevisst eller ubevisst, var farget ut i fra også erfaringer om å bli møtt og behandlet av sykehuset. Foreldrene hadde heller ikke fått tilgang til en rekke papirer vi skjønnte politiet måtte ha, som handlet om sykehusets granskning. Vi dro til Hønefoss.

Stemmene fra den andre siden: politidokumentene

Vi hadde flere ganger allerede, snakket med ansvarlig politijurist på saken, en relativt åpen og imøtekommende leder for etterforskningen. Vi spurte om det var mulig å få innsyn i politisaken, siden den var avsluttet, slik media en sjelden gang kan få av nettopp politiet, på bakgrunn av sakens samfunsmessige interesse.

Selv om politiet var ferdig med saken, ville de ta hensyn til det sjeldne faktum at de hadde avhørt så mange helsearbeidere i en sak om deres faglige arbeid. De ville ikke skremme leger og sykepleiere fra å åpne seg for politiet i andre saker. Vi fikk nei.

Gjennombrudd

Vi kartla hvem som hadde tilgang til politidokumentene. Ettersom flere eksperter og sakkyndige var trukket inn i bildet, helseforetaket sentralt og foreldrene var part i saken – og etter hvert også Helsetilsynet sentralt hadde fått politiets bevis, fant vi at det var mer enn en håndfull steder å lete for å få den viktige tilgangen. Da vi til slutt fikk sett dokumentene, åpnet en ny verden seg. Nå forsto vi grunnlaget for hvorfor politiet hadde vært så klare og sikre i sin konklusjon om at her var det begått feil og at det var svikt i rutinene. Og det motsatte: hvorfor de som ikke kjente til de ansattes egne forklaringer, var så sikre på det motsatte: at sykehusledelsens versjon om at ingen rutiner var brutt, var sannheten.

Sykepleierne og legenes egne røster:

Det vi fant, var to uvurderlige typer av dokumentasjon på tilsammen flere hundre sider.

***Egenrapporter.**

De sentrale helsearbeiderne som hadde ansvar for behandlingen av Benjamin, hadde blitt bedt av sin egen ledelsen, om å skrive egenrapport.

Ni rapporter var skrevet, de fleste i dagene etter dødsfallet, i motsetning til politiavhørene, som skjedde mye seinere denne høsten (siden politiet måtte vente på Helsetilsynet før de satte i gang etterforskning)

I rapportene skriver flere av legene og sykepleierne hva de gjorde den aktuelle vakta, flere lurer også på om de kunne gjort noe annerledes. Noen er fortvilet . De har ønsket å gjøre en god jobb. Enkelte rapporter er en halv side kort, andre skriver flere sider. Det er tydelig at det ikke er stilt noen krav til hvilke spørsmål som skal besvares. Det er opp til dem selv å skrive om egne feil og valg, eller om de vil legge vekt på hva de synes var riktig og gjorde rett. Noen har valgt det siste.

***Politiavhør.**

Politiet er altså de eneste som har gått aktivt inn i saken og innkalt helsearbeiderne til avhør. De har satt seg nøye inn i rutineene ved sykehuset, de har innkalt ekspertise fra Kripas, som er spesialister på helse og strafferett. De har gått grundig til verks, etter å ha satt spørsmålsteget ved hvorfor en ung mann som ikke var syk, døde så plutselig.

Avhørene er fulle av detaljerte spørsmål og svar. Når blir Benjamin behandlet slik han skal, hvor går det greit, og hvor svikter det? Vi ser sprikende forklaringer og oppfatninger av hva som er god behandling. Hvem skal vi tro mest på? Hva er viktig og hva er mindre viktig? Vi leser og leser, for å få kunnskap om nyansene og detaljene . Det er en jungel av faguttrykk. Vi konsulterer igjen våre helsefaglige eksperter.

Hvem bestemmer om sannheten kommer fram?

Den største erkjennelsen vi får, ettersom vi leser de mange sidene med avhør og egenrapporter, er ærligheten fra de som jobber nærmest pasientene.

Helsearbeiderne kommer med en rekke faktaopplysninger om skjønn og valg og vurderinger, også i sine egenrapporter, altså før politiet spør. Men det er altså bare politiet som uhildet instans, som spør dem hva som har skjedd. Og det slår oss: hvor mange leger og sykepleiere får beskjed om å detaljert forklare hva som har skjedd og hva deres egen rolle vært, når noe galt skjer? Når vi vet at politiet svært sjelden går inn i saker om unaturlige dødsfall, fordi Helsetilsynet fraråder etterforskning, hvor mange dødsfall forblir da ikke uopplært?

Kan det også være at det nettopp er lederne ved sykehuset som sørger for at sannheten fra egne ansatte, blir holdt innenfor sykehuset – skjult? Lederne, som skal sørge for at helsemyndighetenes mål, om kvalitetssikring og åpenhet, blir fulgt?

METODE: Informasjonsinnhenting om sykehusledelsen

Da vi satte sammen informasjonen vi fikk fra politidokumentene, med de papirene vi allerede hadde sett hos foreldrene, om sykehusets konklusjoner, forsto vi at vi måtte be helseforetaket om flere opplysninger.

Vi ser av referatene fra både kvalitetsråd og kvalitetsutvalg, som skal sikre at nettopp avvik og hendelser som fører til skade og død, blir nøye gjennomgått og evaluert, stiller seg uforstående til at her kunne noe vært gjort annerledes. Vi har vært inne på dette med ”gåte” tidligere. På Ringerike sykehus er det ikke dagligdags at en så ung og frisk gutt dør av en kneoperasjon. Likevel: hvor nøye går de igjennom denne saken? Hva gjør de for å snu hver stein? Hvilket ansvar har de mange lederne i disse instansene, som skal nettopp sørge for kvalitet?

Vi ser at fagsjefen, som er den som har unnlatt å fortelle om viktige fakta og evt. avvik til Helsetilsynet, også er den som har skrevet forslag til vedtak i kvalitetsutvalg. Fram til nå, har vi tenkt at det er hun som fører pennen, når informasjon blir gitt ut fra sykehuset. Vi ringer den tidligere sekretæren for kvalitetsutvalget som forteller at det foreligger en innstilling tilll dette møtet. Den har vi ikke sett., får vi når vi ser i denne runden, se at det er hun ikke. Vi ber om enda et dokument fra helseforetaket. Vi får over innstillingen som er skrevet til møtet.

Kollektivt ansvar

Der ser vi at fagsjefen har innstilt på en uttalelse om overvåkning av Benjamin. Hun foreslår at de konkluderer med at Benjamin fikk tilsyn i henhold til rutinene. Vi sammenholder det med det endelige vedtaket. Når møtet er over, har fagsjefen endret og presisert formuleringen til at Benjamin ”ble overvåket annenhver time”. Det er et kollektivt lederansvar - det som blir formulert, oversett, skjult og oversendt videre, fra Ringerike sykehus.

Tilnærming til sykehusledelsen

Vi ber om å få snakke med flere av avdelingslederne og fagsjefene på sykehuset. Vi legger igjen flere beskjeder, til slutt får vi snakke med tre av de som var med på å evaluere sykehusets egen behandling av Benjamin. Jeg forteller hva vår intensjon er – og at det er kvalitetssikring for meg, å få en muntlig dialog som kan forklare hva de har formulert seg skriftlig, om. Jeg ønsker en bred forståelse av saken. De viser til sine overordnede sjefer.

Inhabet og løgn

Flere dokumenter dukker opp, som også er en del av politiets bunke i saken. Blant dem, en rapport fra en avdelingsleder som har fått i oppdrag av sin daværende fagdirektør å evaluere sykehusets egen innsats i Benjaminsaken. Han har samme etternavn som sin kone, en annen lege på sykehuset, viser det seg. Han skriver at hun, som var en av dem som behandlet Benjamin, sjekket pasientens EKG, før operasjonen. Det viser seg ikke å stemme. Vi sjekker det med både egenrapport og politiforklaringen hun har avgitt. Ingen ser ut til å reagerer på det. Vi ser ingen tilbakemelding i korrespondansen mellom Helsetilsynet og sykehuset. Tvert imot: rapporten, som Helsetilsynet i fylket tar i mot og legger videre i saksbunken, og etter hvert: til sakkyndige de oppnevner, blir altså akseptert. Selv om denne avdelingslederen innleder rapporten med å skrive at han er inhabil.

”Jeg stoler ikke på deg”

Vi ringer og spør om vi kan få møte han og prate, evt intervju han. Vi ønsker å vite hvorfor han skriver som han gjør. Han uttrykker sterk skepsis til media, og vil ikke snakke med meg. ”Jeg stoler ikke på deg”, sier han. Avdelingslederen har i samme rapport skrevet at han ikke ser noe som burde vært gjort annerledes i behandlingen av Benjamin på sengepost, og støtter opp om den behandlingen kollegene står for, de siste timene av Benjamins liv.

Innsamling av informasjon: Samtalen til Sverige

Vi ringer til fagdirektøren som har sluttet og finner ut at hun har flyttet til Sverige. Jeg regner ikke med annet her heller – at heller ikke hun vil snakke med oss. Men hun overrasker med sin åpenhet. Hun vil gjerne høre på mine spørsmål om, og forklare om bakgrunnen for formuleringene. Som vi ofte opplever i tv, svarer hun når jeg spør, at hun ikke la seg intervju, heller ikke på radio, men jeg får snakke med henne på telefon - og referere henne.

Når jeg leser opp for henne hva vi stusser over, at hun, da hun førte i pennen og leverte videre opplysninger om at Benjamin ble overvåket mer enn han faktisk gjorde, ser hun at ”det blir jo feil”. Men har også forklaringen på det: Sykehus-ledelsen fikk ikke de ukene de pleier å få av Helsetilsynet, til å redegjøre for dødsfallet. Hun sier hun ble ”tvunget” i dette tilfellet å komme med en redegjørelse i løpet av en uke. Så da blir det slik. Hun står fast på at behandlingen av Benjamin var riktig.

Innhenting av informasjon: Helsetilsynet

Fylkeslegen i Buskerud var en nøkkelperson for å forstå hvorfor ikke Helsetilsynet tok initiativ til å undersøke saken nærmere. Fylkeslegen anbefalte politiet ikke å etterforske saken. Vi ringte ham direkte på telefon og samtalen ble foretatt der og da. Han ønsket ikke å delta på noen måte i programmet, fordi granskningen av saken, pågikk hos Helsetilsynet sentralt i Oslo. Vi ville likevel få han til å dobbeltsjekke informasjon vi hadde om tilsynet. Det viste seg at det var avvik mellom informasjonen vi satt på og flere av hans punkter. Vi spurte om vi kunne få sende ham et skriftlig referat fra samtalen. Da referatet kom i retur var de fleste avvikene slettet. Bruken av skriftlig dokumentasjon av samtalen og tenkepause, ga oss sikkerhet for at opplysningene stemte i detalj.

METODE: Finne ut den sannsynlige dødsårsaken

I tillegg til stemmene fra sykehuset, fikk vi også se obduksjonsrapporten om Benjamin, som Rettsmedisinsk institutt hadde utført på oppdrag fra politiet. I de få tilfellene de obduserer, av uventede dødsfall på norske sykehus, hender det at de ikke alltid kan fastslå med full sikkerhet, hva pasienten døde av. I den lange utredningen leste vi at det var gjort mange funn, som kunne forklare Benjamins dødsfall, og som ga et en ”opiatoverdose” som en mulig dødsårsak. Vi skjønnte at oppfatningen blant flere involverte på Ringerike sykehus, var at de nettopp hadde studert obduksjonsrapporten og så at det ikke var sikkert, at Benjamin døde dødd av medisinen han fikk på sykehuset.

Også ledelsen i helseforetaket hadde lagt vekt på at det var usikkert hva Benjamin døde av.

Siden vi forsto at det var faglig uenighet om dette, og leste med stor interesse om preparatet Ketorax og studier som er gjort, svært få viste det seg, på virkningene av denne medisinen.

Vi gikk også nøye inn i obduksjonsrapporten for å forstå også hva som kunne tale mot at Benjamin døde som følge av manglende overvåking etter å ha fått store mengder smertestillende. Vi dro til Rettsmedisinsk institutt og hadde en rekke samtaler med rettsmedisinerne for å forstå deres arbeid. Deres oppgave, sier de, er å gi politiet videre grunnlag for å legge all viten fra obduksjonen, sammen med viten om hva som skjedde med pasienten. Slik kan både sakkyndige og politiet komme fram til en den trolig årsaken til at Benjamin døde, selv om ikke obduksjonsrapporten alene, er 100% sikker.

Ser man kun obduksjonsrapporten for seg selv, vil man altså for alltid kunne så tvil om årsaken. Høyt utdannede og kompetente leger og sykepleiere kjenner godt de faglige spillereglene for hvordan de som skal granske en så sammensatt dødsårsak, som dette er: Man må legge sammen obduksjonsrapport, journalen med opplysninger om behandlingen og i dette tilfellet: også helsearbeidernes egenrapporter og deres forklaringer til politiet. Synliggjøringen av denne rekken, som var nettopp det den hovedsakkyndige i saken, lente seg til, blir viktig for oss å formidle og vise. For å forstå hvorfor de ansatte sår tvil om denne innarbeidede metoden, mens politiet og hovedsakkyndig, en av Norges fremste eksperter i anesthesiologi, bruker nettopp den, til å konkludere.

Ingen gåte i legevitenskapen

Det er ikke opp til oss å slå fast hva Benjamin døde av. Det er heller ikke opp til oss å gå god for om hovedsakkyndig har faglig rett i det han legger til grunn, når han både er ekspert på de farlige bivirkningene til Ketorax, og hvor lite tilsyn Benjamin fikk, når han konkluderer.

Men når dette som er beskrevet over, er måten både rettsmedisinere, politiet og sakkyndige oppnevnt av retten, jobber på: kan de ansatte på Ringerike sykehus og i helseforetaket gi uttrykk for at det nærmest er en gåte, hvorfor Benjamin døde?

Vi la fram det vi fant, og lar seerne selv tenke over, om ikke det er akkurat det det handler ellers i hverdagen på et sykehus: å finne ut av hva som er sannsynlig og trolig, selv når man ikke vet hundre prosent sikkert, og så handle og ta ansvar ut i fra det.

METODE: Systematisere og følge rekken av innhentet informasjon

Etter å ha gått nærmere inn på dødsårsaken til Benjami, ønsket vi å følge stemmene til helsearbeiderne som var mest sentrale, i saken, videre - fra egenrapportene, politiforklaringene, til tilsvarene de kom med til Helsetilsynet, under tilsynets granskning av dem.

De to som var de siste som behandlet Benjamin, har tidligere forklart hva de gjorde. Altså gitt faktaopplysninger, Det som nå blir interessant, er hvordan de bedømmer eget arbeid – i sine rapporter inn til Helsetilsynet. Dette var jo også grunnen til at vi ønsket å snakke med dem: for å få vite mer om hva de selv tenkte: om det de gjorde var feil eller riktig. Om de tok ansvar.

Det vi ser, er at de etter alt å dømme er blitt ivaretatt av de samme lederne som har konkludert med at sykehuset ikke har skyld i behandlingen. For: de to som er under granskning av Helsetilsynet, argumenterer med det vi har hørt før: at det jo ikke er 100 prosent sikkert at Benjamin døde av det sykehuset er dømt for av politiet; obduksjonsrapporten er ikke bastant på det.

METODE: Finne ut av læring etter dødsfallet

Etter at de to som var under granskning av Helsetilsynet, har opplevd at deres eget helseforetak har vedtatt politiets bot, fortsetter altså sykehuset selv å fraskrive seg ansvar. De som er de siste i kjeden av en lang rekke helsearbeidere, som sto for behandlingen, viser til at deres ledere støtter dem i deres oppfatning. De ser ikke behovet for selvkritikk og at de skal ta medansvar for at Benjamin døde.

Hvem skulle styret tro på?

Vi valgte også å bruke tid på å få kjennskap til hva som skjedde i det lukkede styrerommet til Vestre Viken, da de var nødt til å bestemme seg for om de skulle vedta boten politiet ga dem, eller ikke. Fem ganger hadde de da bedt politiet om utsettelse. Ikke rart. Selv om vi ikke fikk tak i styrets papirer, fikk vi en klar forståelse av hva som var tegningen: Skulle de gå imot Ringerike sykehusets ledelse, som hele tiden hadde sagt at ting var i orden? Eller skulle de tro på politiet, som utenforstående? Politiet hadde jo igjen basert sin konklusjon på hva sykehusets egne ansatte hadde forklart? Hvordan hang dette sammen?

Stoler ikke på politiet

Vi får ikke vite, hverken av helseforetaket Vestre Viken eller av styremedlemmene vi tar kontakt med, hvor mye de kjente til, fra politiavhørene til sykehusets ansatte. Hvilket bevismateriale politiet satt på. Men vi fikk tak i en av fylkets tillitsvalgte fra Sykepleierforbundet. Hun ville heller ikke gå inn på hvor mye de fikk vite, før de skulle avgjøre om boten skulle vedtas. Men hun kunne gjerne la seg intervju.

Hun forteller hvorfor hun og de ansattes repr. stemmer i mot: de stoler ikke på politiet. forklarer Sykehuset har fortalt hele tiden at ingen rutiner er brutt. Dessuten er det nytt for dem at politiet kommer inn på deres område og mener noe om faget deres.

Erkjennelse eller vedtak uten verdi?

Styrets politisk oppnevnte medlemmer sørger for flertall for å vedta boten. Mot de ansattes representante sine stemmer. Helseforetaket får beskjed fra styret om å bedre rutiner i tråd med det politiet har funnet ut ikke er på plass, eller mangler. En rekke tidsfrister er satt. Som nevnt, ser vi at mange av dem, ikke er overholdt. Hvor stor er viljen til å innse at ting ikke var som det skulle?

METODE: Finne flere konsekvenser:

Vi lurte på om Benjamins foreldre har søkt om erstatning hos NPE, Norsk pasientskadeerstatning. Det har de, men fikk i første runde beskjed om at den sakkyndige til NPE innstilte på at sykehuset

ikke hadde skyld i Benjamins dødsfall, noe som ikke kvalifiserer til erstatning. Vi får tak i papirene til NPE og intervjuer ansvarlig avdelingsdirektør. Hun forteller at de aldri vurderte behandlingen på sengeposten, der Benjamin dør. Hun kan heller ikke svare på om deres sakkyndige har lagt vekt på at de ansattes forklaringer viser klare rutinebrudd, nettopp på sengeposten. Etter at politiet kom med sin bot, snudde NPE og utbetalte erstatning likevel, og sa at det var begått feil.

METODE: Finne flere eksempler

Vi finner ut etter søk, og samtale med foreldrene at Drammens Tidende har hatt oppslag om at det samme som skjedde med Benjamin, holdt på å skje igjen på Sykehuset Buskerud. Ingen hadde tydeligvis delt sine erfaringer med nabosykehuset i samme helseforetak. Vi snakker med Jonas som holdt på å dø, men ble reddet i siste liten, og sjekker hans historie – og om den er såpass parallell at vi kan bruke den. Samtidig ser vi at dette er en historie som er viktig å få ut som oppfølger, mer enn i hovedsendingen vår i Brennpunkt.

Vi begynner også å lure på om det kan være flere? Vi spør foreldrene til Benjamin som har dannet en egen facebook-gruppe for pårørende.. Vi ber de være årvåkne hvis de hører om flere lignende eksempler.

I februar forteller mor Unni at en iransk-norsk familie har tatt kontakt. Tre måneder etter at Benjamin døde, dør nok en frisk, ung gutt på et norsk sykehus, som også fikk sterke smertestillende. Ketorax. Han skulle bare operere håndleddet på Haukeland sykehus, og sove natta over, før han skulle skrives ut igjen. Han hadde fått store doser Ketorax og lå alene, uten kontinuerlig observasjon.

Vi kobler på NRK Hordaland og en kollega som har jobbet med en rekke helsesaker. Hun sjekker saken for oss, og finner en rekke paralleller. Saken har ikke vært kjent, og familien er fortvilet over at ikke sykehuset tar ansvar. Vi ser at dette er det tredje sykehuset som ikke ser ut til å vite hvordan de skal ivarta pasientens sikkerhet, når de bruker Ketorax. Vi vurderer dette funnet som en bekreftelse på at ingen i helseNorge ser det som sin oppgave å slå alarm, overfor andre sykehus, for å redde liv. Vi bestemmer oss for at dette skal bli en oppfølger, og melder saken inn til Lørdagsrevyen, som sender tre dager etter oss, mai 2011.

METODE: Informasjonsinnhenting om sykehusledelsen

Da vi satte sammen informasjonen vi fikk fra politidokumentene, med de papirene vi allerede hadde sett hos foreldrene, om sykehusets konklusjoner, forsto vi at vi måtte be helseforetaket om flere opplysninger.

Vi ser av referatene fra både kvalitetsråd og kvalitetsutvalg, som skal sikre at nettopp avvik og hendelser som fører til skade og død, blir nøye gjennomgått og evaluert, stiller seg uforstående til at her kunne noe vært gjort annerledes. Vi har vært inne på dette med ”gåte” tidligere. På Ringerike sykehus er det ikke dagligdags at en så ung og frisk gutt dør av en kneoperasjon. Likevel: hvor nøye går de igjennom denne saken? Hva gjør de for å snu hver stein? Hvilket ansvar har de mange lederne i disse instansene, som skal nettopp sørge for kvalitet?

Vi ser at fagdirektøren som er den som har unnlatt å fortelle om viktige fakta og evt avvik til Helsetilsynet, også er den som har skrevet forslag til vedtak i kvalitetsutvalg. Fram til nå, har vi

tenkt at det er hun som fører pennen, når informasjon blir gitt ut fra sykehuset. Vi ringer den tidligere sekretæren for kvalitetsutvalget som forteller at det foreligger en innstilling til møtene. møtet.. Vi ber om enda et dokument fra helseforetaket. Vi får innstillingen over .

Kollektivt ansvar

Der ser vi at fagdirektøren har innstilt på en uttalelse om overvåkning av Benjamin. Hun foreslår at de konkluderer med at Benjamin fikk tilsyn i henhold til rutinene. Vi sammenholder det med det endelige vedtaket. Når møtet er over, har fagdirektøren endret og presisert formuleringen til at Benjamin ”ble overvåket annenhver time”, etter innspill fra de andre på møtet. Det er et kollektivt lederansvar - det som blir formulert, oversett, og skjult, på Ringerike sykehus.

Tilnærming til sykehusledelsen

Vi ber om å få snakke med flere av avdelingslederne og fagsjefene på sykehuset. Vi legger igjen flere beskjeder, til slutt får vi snakke med tre av de som var med på å evaluere sykehusets egen behandling av Benjamin. Jeg forteller hva vår intensjon er – og at det er kvalitetssikring for meg, å få en muntlig dialog som kan forklare hva de har formulert seg skriftlig, om. Jeg ønsker en bred forståelse av saken. De viser til sine overordnede sjefer.

Inhabilitet og løgn

Flere dokumenter dukker opp, som også er en del av politiets bunke i saken. Blant dem, en rapport fra en avdelingsleder som har fått i oppdrag av sin daværende fagdirektør å evaluere sykehusets egen innsats i Benjaminsaken. Han har samme etternavn som sin kone, en annen lege på sykehuset, viser det seg. Han skriver at hun, som var en av dem som behandlet Benjamin, sjekket pasientens EKG, før operasjonen. Det viser seg ikke å stemme. Vi sjekker det med både egenrapport og politiforklaringen hun har avgitt. Ingen ser ut til å reagerer på det. Vi ser ingen tilbakemelding i korrespondansen mellom Helsetilsynet og sykehuset. Tvert imot: rapporten, som Helsetilsynet i fylket tar i mot og legger videre i saksbunken, og etter hvert: til sakkyndige de oppnevner, blir altså akseptert. Selv om denne avdelingslederen innleder rapporten med å skrive at han er inhabil.

”Jeg stoler ikke på deg”

Vi ringer og spør om vi kan få møte han og prate, evt intervju han. Vi ønsker å vite hvorfor han skriver som han gjør. Han uttrykker sterk skepsis til media, og vil ikke snakke med meg. ”Jeg stoler ikke på deg”, sier han. Avdelingslederen har i samme rapport skrevet at han ikke ser noe som burde vært gjort annerledes i behandlingen av Benjamin på sengepost, og støtter opp om den behandlingen kollegene står for, de siste timene av Benjamins liv.

Innsamling av informasjon: Samtalen til Sverige

Vi ringer til fagdirektøren som har sluttet og finner ut at hun har flyttet til Sverige. Jeg regner ikke med annet her heller – at heller ikke hun vil snakke med oss. Men hun overrasker med sin åpenhet. Hun vil gjerne høre på mine spørsmål om, og forklare om bakgrunnen for

formuleringene. Som vi ofte opplever i tv, svarer hun når jeg spør, at hun ikke la seg intervju, heller ikke på radio, men jeg får snakke med henne på telefon - og referere henne.

Når jeg leser opp for henne hva vi stusser over, at hun, da hun førte i pennen og leverte videre opplysninger om at Benjamin ble overvåket mer enn han faktisk gjorde, ser hun at "det blir jo feil". Men har også forklaringen: Sykehus-ledelsen fikk ikke de ukene de pleier å få av Helsetilsynet, til å redegjøre for dødsfallet. Hun sier hun ble "tvunget" i dette tilfellet å komme med en redegjørelse i løpet av en uke. Hun står fast på at behandlingen av Benjamin var riktig.

Innhenting av informasjon: Helsetilsynet

Fylkeslegen i Buskerud var en nøkkelperson for å forstå hvorfor ikke Helsetilsynet tok initiativ til å undersøke saken nærmere. Fylkeslegen anbefalte politiet ikke å etterforske saken. Vi ringte ham direkte på telefon og samtalen ble foretatt der og da. Han ønsket ikke å delta på noen måte i programmet, fordi granskningen av saken, pågikk hos Helsetilsynet sentralt i Oslo. Vi var åpne og fortalte hvilken informasjon vi satt på og ville gjerne dobbeltsjekke denne. Det viste seg at det var avvik mellom informasjonen vi satt på og flere av hans punkter.. Vi spurte om vi kunne få sende ham et skriftlig referat fra samtalen på mail og om han kunne evt endre faktafeil. Da referatet kom i retur var de fleste avvikene slettet. Bruken av skriftlig dokumentasjon av samtalen og god tid til at kilden kunne få tenke rundt det vi hadde snakket om, gjorde at vi kunne stole på fakta vi satt med.

METODE: Kildebehandling

Etter å ha fått tilgang til både foreldrenes bunker med dokumenter, og forstått deres kamp og argumenter for å vekke politikere og endre helsevesenet, hadde vi altså fått se både avhørene og egenrapportene til de som hadde behandlet Benjamin.

Vi forsøkte igjen å få kontakt, med de to som var under granskning av Helsetilsynet. Den ene hadde vi forsøkt å nå i begynnelsen av prosessen. Vi forsto at hun hadde advokat i saken. Vi snakket både med advokat og flere i både Legeforeningen og Sykepleierforbundet, som hadde kontakt med dem. Vi brukte tid og flere runder på å argumentere med at vi ønsket å forstå, at de kunne være trygge på anonymitet, og at vi så et helt bilde, og ikke bare deres roller i det hele.

Svaret var kort at de ikke ønsket å snakke med oss. Jeg fikk også høre at de var ivaretatt av egen ledelse. Og fagforening. Men jeg forsto også at det ikke nødvendigvis var et eget valg, å ikke snakke med media. De sto trolig under et stort press.

Vi valgte å ikke ringe de direkte. Begge var unge relativt nyutdannede helsearbeidere. Det var helt sikkert en stor belastning å vite at vi lagde en stor dokumentar om dødsfallet.

Defor la vi stor vekt på å fortelle og formidle til de vi skjønte hadde dialog med dem, og tilsynelatende, deres tillit, at vi ønsket å vise det hele og store bildet. Og at det ikke var så enkelt som at det var to syndebukker som måtte ta skylden, slik det tilsynelatende kunne se ut som, utad. Vi håper det nådde fram.

METODE: Utvalg: Etske hensyn

Hvor mye skulle vi velge å ta med? Skal vi skåne, når det er snakk om enkeltpersoner som har gjort feil i utøvelsen av jobben? Eller skal vi tenke som vi gjør, når vi dekker større ulykker, for eksempel: hva skjedde, hva gjorde piloten av feilvurdering? Fantest det rutiner som sørget for at mennesker i systemet ikke valgte feil? Eller at det ble fanget opp, før det var for seint?

Vi valgte det siste, skal vi forstå hvordan systemet fungerer eller ikke fungerer, også inne på et sykehus, må vi våge å fortelle det som det er, selv om de menneskene det gjelder, vil lett kunne gjenkjennes på eget sykehus. Men det var viktig for oss å anonymisere, og vi fortalte heller ikke andre detaljer som kunne ha identifisert de ennå mer, selv om ikke navn ble oppgitt.

METODE: Utvalg, vekting

Vi satt på så mye dokumentasjon at det var vanskelig å vite hvordan vi skulle avgrense det vi hadde. Vårt ønske om å se på dette bredt, var ambisiøst. Samtidig måtte vi komprimere, vekte og sammenstille informasjonen vi hadde. Med så mange ulike stemmer, oppfatninger av hva som var rutiner, hva som var prosedyrer, hva som var skjønn, hva var feil, hva var ikke feil, hva betyr en liten feil i en stor sammenheng, og hvem har mest ansvar og skyld for at det gikk som det gikk?

Det var ikke vår oppgave å peke ut syndebukker, det minnet vi oss selv om, hele veien. Men når vi skulle framstille forløpet, slik det egentlig var, ville vi vel unektelig kunne gjøre nettopp det? Ettersom omfanget vokste av av løgn, utelatelser av sannheten og ansvarsfraskrivelse fra sykehusledelsen, stolte vi på at funnene og presentasjonen av disse ville vise et helt system sitt felles ansvar, ikke bare valg og handlemåte hos den enkelte helsearbeider.

Vi valgte underveis å utvide rammene for dokumentaren og fylle hele programmet med dette temaet, for nettopp å få med den viktige bredden.

METODE: Formidling i et tv-format

Men uavhengig om hvor mye vi hadde samlet inn og forstått: dette skulle fortelles bredt, vi hadde bestemt oss for å ha mange nyanser og detaljer med. Men hvordan gi en god visuell forståelse for å få seerne til å henge med?

Mens jeg grublet på dette, traff jeg en kollega fra NRK Drama, som spurte hva jeg holdt på med. Jeg nevnte temaet: uventede dødsfall på sykehus. Hun så på meg og sa: ”min bestemor døde pga en sykehusstamme. Ingen tok initiativ til å finne ut av det, og gi oss svar.”

Tre ulike versjoner

En engasjert dramaturg som var ekspert på historiefortelling og dramaturgi, hjalp oss med å gjøre det vi hadde funnet, tilgjengelig: Vi fant ut at vi måtte lage tre ulike versjoner av Benjamins opphold på sykehuset. Grafiker ble koblet på – og sammen lagde vi tre ulike linjer som viste detaljene i behandlingen Benjamin fikk. Etter mye prøving og feiling fant vi en metode for å vise parallellt fram de ulike presentasjonene av hva som hadde skjedd med Benjamin.

Vår ide var at vi kunne forhåpentligvis begripelig nå kunne sammenstille hva foreldrene først fikk vite, nærmest ingenting - så hva sykehusledelsen i den avgjørende rapporten til Helsetilsynet,

fylkeslegen - hadde oppgitt – rapporten som var bestemmende for om tilsynet slo alarm eller ikke – og deretter : den detaljerte versjonen vi sto igjen med da vi hadde gjort våre undersøkelser.

Den grafiske løsningen, inkludert også de mange dokumentene vi velger å sitere fra underveis, blir også en god metode for å gjøre tilsvarsrunden bredere enn vanlig, slik en så komplisert sak krevde.

Kilder: Savn av muntlige kilder

Ønsket vårt var å gå til bunns i Benjamin-saken, å se den så bredt som mulig. Så ambisiøst at vi selvsagt ikke klarte å få til alt vi ville. Vi hadde tro på at vi kunne få noen av de ansatte i tale. Vi skjønnte underveis at det ikke gikk. På sikt går det kanskje an å få treffe de som har fått lagt vanskelige hendelser bak seg. Etter at det har gått noe tid. Når man står midt oppe i en granskning, er det ikke rart at både helsearbeiderne som hadde med Benjamin å gjøre, men også lederne deres, synes det er vanskelig å være åpen. Samtidig er det selvfølgelig et savn, å kunne få flere enn den tidligere fagdirektøren til å forklare og gi oss enda mer innsikt. For oss, ble det spørsmål også om når vi skulle sette deadline, og konsentrere oss om det store skriftlige materialet som tross alt ga oss stemmene til de aller fleste på sykehuset som var relevante.

METODE: Behandling av foreldrene som kilder

Da vi innledet samarbeidet med foreldrene til Benjamin, visste ikke vi helt hvor veien bar. De hadde en sår historie, de hadde mistet helt meningsløst, sin eldste sønn som skulle ta over gården. Samtidig var de allerede ikke bare godt i gang, men svært godt i gang med å skulle endre systemet, slik at dette ikke skulle skje igjen. De var ressurssterke, og de hadde altså to sykepleiere i familien som gjorde dem enda bedre i stand til å kjempe kampen både for å finne sannheten om hva som skjedde med deres egen sønn, men også kjempe på vegne av alle pårørende i Norge, i samme situasjon. Det så ut til at de var ukuelige og aldri ville gi opp. Samtidig er det krevende å være "case" i en Brennpunkt-dokumentar. Vi måtte flere ganger "forstyrre" de med detaljer som rippet opp i sønnens død. Vi prøvde å samle det vi lurte på, uten å bry dem for mye, men samtidig krevde også framdriften at vi stadig måtte få kvalitetssjekke det de allerede hadde funnet ut, og det de satt med førstehånds kunnskap om. Man kan kanskje si at det er sorgterapi å kjempe for en sak, også gjennom Brennpunkt. Samtidig var det nødvendig for oss å si at vi ikke alltid var enig med dem i vekting av blant annet feil. Flere feil vi fant underveis, fant vi ut ville forvirre mer enn å oppklare, feil vi måtte ta ut, for å foreta et riktig utvalg, som de mente var viktige å få med.

Vi hadde flere diskusjoner da vi viste dokumentaren mot slutten av redigeringen. Forståelig, og slik er det jo. Vi brukte god tid på dette, det minste vi kunne gjøre – for de som hadde åpnet seg og holdt det gående så lenge i en så vanskelig sak.

Konsekvenser: erkjennelse

Som vi viste i dokumentaren, har aldri helseforetaket Vestre Viken erkjent at de er ansvarlige for dødsfallet til Benjamin. I intervjuet med klinikkisjef Halfdan Aas i Brennpunkt-programmet, tar han for første gang ansvaret for at det var sykehusets ansvar at Benjamin døde. En viktig erkjennelse for de pårørende, som kom altså et og et halvt år etter dødsfallet.

Konsekvenser: Bedre rutiner

Etter at vår dokumentar ble sendt, vet vi at en rekke sykehus i landet har tatt initiativ til og gått igjennom sine rutiner både for bruk av sterke smertestillende, overvåking av pasienter, og rutiner for at det skal være mulig å sende pasienter fra sengepost tilbake til intensivsen, hvis det trengs.

Vi vet også at dokumentaren blir brukt som eksempel i undervisning av kommende sykepleiere og leger.

Vi har også fått vite at ved Oslo universitetssykehus skal de nå sette i gang utprøving av elektronisk overvåking, for nettopp å hindre at pasienter dør alene, fordi det ikke er kapasitet til å overvåke alle kontinuerlig på sengepostene.

Politiske konsekvenser

Etter hvert som vi jobbet med temaet pasientsikkerhet, ble det større fokus på dette temaet fra det politiske miljøet. Det er vanskelig å vite hva som skyldtes press fra Pårørendegruppa, politiske partier, vårt program eller mediatrøkket generelt.

Men vi registrerer at i regjeringens oppdragsdokument for 2012, måles nå helseforetakene og sykehusene på overlevelse på flere typer innleggelse og helseforetakene skal måle/undersøke pasientsikkerhetskultur i sine sykehus. Regjeringen varsler en egen Stortingsmelding i om pasientsikkerhet i 2012.

Kunnskapssenteret har det fått verktøyet de trenger for å gå inn i sakene, som de tidligere ikke hadde. 13. desember 2011 kunne de fortelle at 4700 pasienter dør i Norge som resultat av skader sykehuset har påført dem. Det er ikke lenger anslag, men reelle tall. Det er over dobbelt så mange som tidligere antatt.

7. SPESIELLE ERFARINGER:

Frykten for media

Selv om at det bør være menneskelig å feile, også i helsevesenet, har vi skjønnet at det ikke ennå er det, trass i flotte visjoner og mål om åpenhet fra helsemyndighetene. Å snakke om dette, er ennå ikke noe man gjør. Sensasjons-journalistikk var et begrep som gikk igjen, når vi traff helsearbeiderne og helsebyråkrater, som vi ønsket skulle tro på vårt ønske om en 360 graders undersøkelse. Vi sleit altså med frykten for media, som er stor i helsevesenet. Mange er redde for at media bare kommer med brøkdel av sannheten, samtidig som vi nettopp minnet de vi traff om hvorfor det ofte er slik: kildene på sykehuset er lukket, "casene" og menneskene som har opplevelser fra sykehuset, eller er pårørende, er åpne kilder.

Når det nå er engang slik at feil skjer, pasienter blir skadet og dør, hvorfor er det da så lite åpenhet om det? Vi lurte også på om feil er såpass hverdagslig i en travel sykehushverdag, at det ikke blir tatt på alvor når det skjer? Er skader og dødsfall som plutselig oppstår, på grunn av feil, noe vi – brukerne av sykehus, bare må forstå at vi må regne med?

Mangel på svar - for mange

Mens vi jobbet med temaet, og orienterte folk rundt oss, hva vi jobber med, ved kaffemaskinen, i oppgangen hjemme, litt tilfeldig, men gjentatte ganger: opplevde vi at flere kolleger, naboer, og venner, fortalte at de hadde opplevd et dødsfall i nær familie som skjedde på sykehus, som de aldri har skjønt, hvorfor måtte skje. De sa også at uvissheten om at det var noe feil som skjedde, ennå gnager. Noen hadde hørt en historie om noen de kjenner, som hadde gjort sterkt inntrykk på dem. Det hjalp oss underveis å skjønne at vi var på riktig spor. Og at det bare er å fortsette å ta de flotte ordene og visjonene om åpenhet, på alvor. For det er fortsatt mange som ikke får svar, når noe går galt på norske sykehus.

Oslo 14/01-2011 Hanna Førland (sign)

KILDELISTE:

Muntlige:

Dybdesamtaler med 6 familier som hadde opplevd unaturlig død på sykehus, inkl. Håkon og Unni Tobiassen Lie.

Div. møter, mailutveksling og samtaler med foreldrenes bistandsadvokat samt foreldrenes familemedlemmer, de to sykepleierne som hjelper til i saken

Samtaler og mail-utveksling med forskere på Diakonhjemmet, SINTEF, SSB.

Møter og samtaler med fagforeninger, sentralt og lokalt (Sykepleierforbundet, Legeforeningen)

Samtaler med flere titalls leger og sykepleiere, på flere sykehus i landet, flere av dem kollegastøtter og spesielt involvert i tiltak om pasientsikkerhet

Møter og samtaler med Statens Helsetilsyn og leder for Utrykningsgruppa

Samtaler med Riksrevisjonen

Samtaler og informasjonsinnhenting fra alle helseforetakene

Politiet, Nordre Buskerud

Samtaler med Kripes, statsadvokaten i Oslo, Riksadvokaten

Rettsmedisinsk institutt

Ledelsen, Vestre Viken helseforetak

Flere i ledelsen på Ringerike sykehus

Tidligere fagdirektør ved Ringerike sykehus

Samtaler med samtlige partier på Stortinget/helsepolitisk

Skriftlige:

Benjamin Lies sykehusjournal

Internasjonale rapporter med beregninger på uventet plutselig død ved sykehusene.

Eks. P F Hjort. Uheldige hendelser i helsetjenesten. Gyldendal 2007.

Rådet, Den europeiske union. Recommendation on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections. 5. juni 2009.

Olav Molven: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1943209

Ellen Deilkås: <http://www.duo.uio.no/sok/work.html?WORKID=106390>

Sykehusreformen: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/sykehusreformen-20012002.html?id=226436>

Oppdragsdokumentet 2010:

http://www.regjeringen.no/upload/HOD/SHA/Oppdragsdokument_2010/Oppdragsdokument%20Helse%20Sor%20-%20ost.pdf

Helsepersonelloven

<http://www.lovdatabasen.no/all/nl-19990702-064.html>

Straffeloven

<http://www.lovdatabasen.no/all/nl-19020522-010.html>

*Politiavhør – i alt 18, av ansatte ved Ringerike sykehus, pluss far til Benjamin og sykepleier i familien: Maria

*9 egenrapporter fra de ansatte

*3 sakkyndig-rapporter i politisaken, inkludert hovedsakkyndiges rapport

*Nettet: informasjonsinnhenting om Ketorax og studie av Ketorax, samt andre morfinlignende smertestillende

*Korrespondanse mellom Helsetilsynet og Ringerike sykehus

*Intranett-utskrift fra kommunikasjonsnettet for lederne på Ringerike sykehus

*Rutiner på Ringerike sykehus, tidligere og nåværende

*Retningslinjer for kvalitetsråd og kvalitetsutvalg

*Obduksjonsrapport fra Rettsmedisinsk institutt, samt uttalelser fra Rettsmedisinsk kommisjon

*Korrespondanse mellom foreldrene og Helsetilsynet

*Korrespondanse mellom foreldrenes bistandsadvokat, politiet, Helsetilsynet og NPE (Norsk pasientskadeerstatning)

*Korrespondanse mellom NPE (Norsk pasientskadeerstatning) og Ringerike sykehus

*Styremøte-referater fra styret i Vestre Viken helseforetak

*Div. avisartikler og informasjon om saken om Benjamins dødsfall, samt arbeidet med kvalitetssikring og pasientsikkerhet i helseforetaket Vestre Viken

*Veileder i hendelsesbaserte tilsynssaker, Helsetilsynet

*NPE: Statistikk og regelverk

