

Bak hjerneteppe



Metoderapport til SKUP 2013

Innhold	
1. Navn på journalistene som har gjort jobben	4
2. Tittel på prosjektet:	4
3. Redaksjon og redaksjonsadresse og telefon:	4
4. Journalistene adresse og telefonnummer:	4
5. Hvor og når publisert:	5
6. Redegjørelse for arbeidet:	6
a.) Når og hvordan arbeidet kom i gang, hva var ideen som startet det hele?	6
b.) Hva var den sentrale problemstillingen ved begynnelsen av prosjektet?	7
c.) Redegjør kort for hva som er genuint nytt i saken.	8
7. Organiseringen av arbeidet.	8
En kort forklaring av begreper:	8
7.1 I gang.....	9
7.2 Norsk pasientregister og norsk pasientskadeerstatning.....	9
7.3 Ny bakgrunnsamtale og mer informasjon	10
7.4 Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk	10
8. Organisering av arbeidet.....	10
8.1 Samarbeid.....	10
9. Metode.....	11
9.1 Kildebruk.....	11
9.2 Analyse av REK-informasjon.....	11
9.4 Kartlegge komplikasjoner og et anonymt brev	12
9.5 Sjekke avviksmeldingene til helsetilsynet.....	12
9.6 Få kilder til å gi ut sensitiv og taushetsbelagt informasjon.....	13
9.7 Tre pasienter	13
9.8 Sverige	13
9.9 Danmark.....	14
9.10 Storbritannia.....	14
9.11 Tyskland	15
9.13 Informasjonsavdelingen vet at vi graver	15
9.14 Innsamling av data	16
9.15 Norsk Pasientregister	17
9.16 Sykehusets interne register – ALBERT og Traumeregisteret	17
9.17 Utregning	17
9.18 Kildemøte og ny informasjon om en rettstvist	18
9.19 Innhenting og analyse av dokumentasjon.....	18
9.20 Tilgang og bruk av tilsynsdokumenter før de blir offentlige	19
9.21 Hvilken sak skal bli den første?.....	20
9.22 Forsøk på å finne en åpen norsk kilde.....	20
9.23 Overvåke elektronisk postjournal og velge publiseringstidspunkt.....	20
9.24 Redigering, prioritering og publisering av første sak	21
9.25 Butikk i butikken	21

9.26 Kartlegging av konflikten	21
9.27 Taushetsbelagte opplysninger	22
10. Spesielle erfaringer du vil nevne.....	23
10.1 Tidsbruk og tidspunkt.....	23
10.2 Identifisering	23
10.3 Drittpakker og «chicken race».....	23
10.4 Tilsvar.....	24
10.5 Kildebeskyttelse	24
11. Konsekvenser	25
12. Sted og dato, underskrift	26

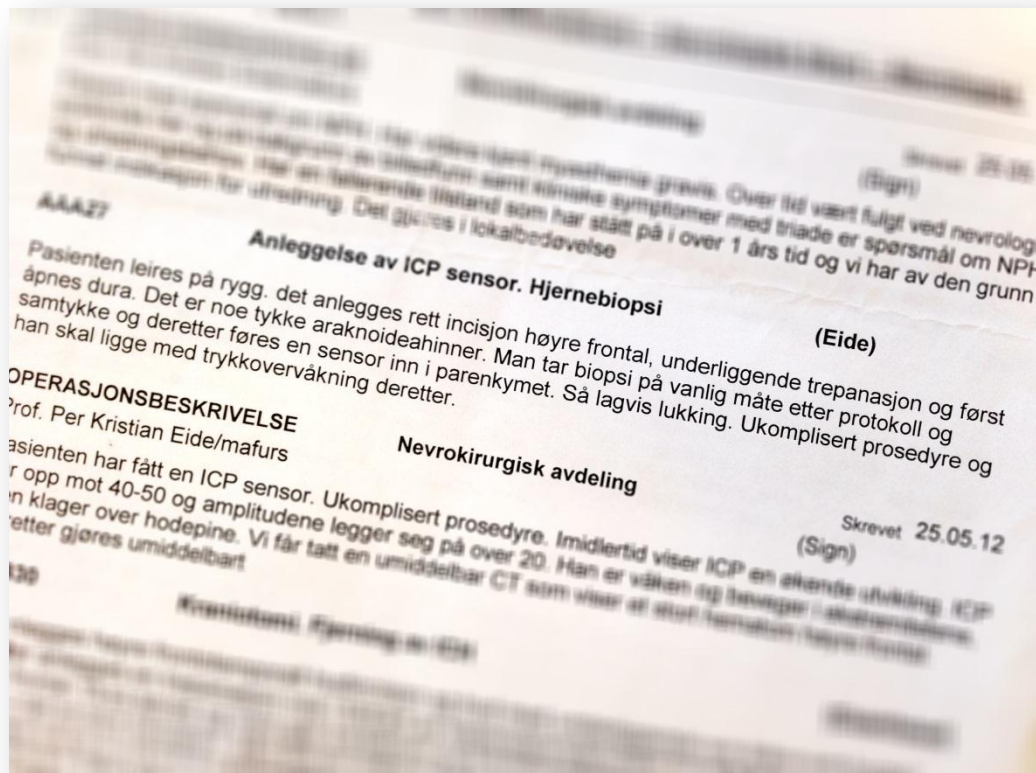
1. Navn på journalistene som har gjort jobben:

Sophie Lund Aaserud

Hanne Taalesen

Jens Christian Nørve

2. Tittel på prosjektet: Bak hjerneteppe



3. Redaksjon og redaksjonsadresse og telefon:

TV 2 Nyhetene, Innenriksredaksjonen
Postboks 2 Sentrum
0101 Oslo
Telefon: 02255

4. Journalistene adresse og telefonnummer:

Sophie Lund Aaserud, mob: 93245347, soa@tv2.no
Hanne Taalesen, mob: 97508608, hat@tv2.no
Jens Christian Nørve, mob: 92239710, jcn@tv2.no

Samme postadresse som redaksjonen.

5. Hvor og når publisert:

TV 2, tv2.no og TV 2 Nyhetskanalen fra 06. desember 2012 til 20. desember 2012. Fortsetter arbeidet i 2013.

Dato	Tidspunkt	Medium	Tittel	DVD
06.12.2012	21:30	tv2.no	Forskningsprosjekt førte til alvorlige hjerneskader	
06.12.2012	21:30	tv2.no	Utenlandske eksperter kritiske til vevsprøver	
06.12.2012	22:00	TV 2	Kirurg tok ut biter av hjernen	1
07.12.2012	05:30	tv2.no	Helsetilsynet har åpnet tilsynssak	
07.12.2012	06:30	TV 2	Helsetilsynet åpner sak	2
07.12.2012	10:00	tv2.no	Skandaløst lovbrudd	
07.12.2012	13:00	Nyhetskanalen	Professor reagerer	3
07.12.2012	18:30	TV 2	Manglende informasjon	4
07.12.2012	18:30	TV 2	Støre vil ha fakta på bordet	5
07.12.2012	21:00	TV 2	Familiene ikke godt nok informert: Nytt case	6
08.12.2012	08:00	Nyhetskanalen	Lippestad mener helsetilsynet må sjekke alle 122	7
08.12.2012	09:20	tv2.no	Etisk problematisk	
08.12.2012	18:30	TV 2	Pasientene kan ha krav på erstatning	8
10.12.2012	18:30	TV 2	Ytterligere granskning av OUS	9
10.12.2012	19:00	tv2.no	Finner ingen uavhengige granskere	
11.12.2012	21:00	TV 2	Opererer inn trykkmålere fem ganger så ofte	10
11.12.2012	21:15	tv2.no	Elisabeth fikk infeksjon etter trykkmåling	
12.12.2012	21:00	TV 2	Familiene fikk møte sykehusledelsen	11
12.12.2012	21:40	tv2.no	Ikke lett å få sykehuset til å innrømme	
17.12.2012	18:00	tv2.no	Vil gjennomgå hjerneforskningen	
17.12.2012	21:00	TV 2	Svenske leger slår tilbake	12
19.12.2012	14:00	tv2.no	Svensk lege om OUS-utspill: - Feil	
19.12.2012	21:00	TV 2	Fikk råd om å sparke hjernekirurgen	13
19.12.2012	21:15	tv2.no	Rådet til å sparke hjernekirurg i 2008	
20.12.2012	09:30	tv2.no	Kan påvirke objektiviteten	
20.12.2012	18:30	TV 2	Problematiske at leger har eierinteresser	14

DVD med reportasjene som har gått på TV 2 er vedlagt.

Flere av nettsakene baserer seg på det samme materialet som TV-sakene.

Titlene til nettsakene er hyperlenker som kan klikkes på.

6. Redegjørelse for arbeidet:

Innledning

Det ble raskt klart for oss at det var et lukket fagområdet vi ga oss i kast med. Så lukket at heller ikke hjernekirurger som arbeider innenfor samme klinikk nødvendigvis vet hva kollegaene driver med, eller har kunnskap nok til å stille spørsmål ved måten ting utføres på.

Så hvordan skulle vi være i stand til å gjøre nettopp det?

Det er lagd mange kritiske saker på for eksempel kreftbehandling og de ulike tilbudene til hjertepasienter. Men vi klarte ikke å finne noen kritiske saker på nevrokirurgi de siste ti årene, bortsett fra saker omhandlet arbeidsmiljøkonflikter og sammenslåingen av OUS.

Så hvordan skulle vi klare å være kritiske til en undersøkelsesmetode som kun ble diskutert og kritisert med lavmælte stemmer i korridorene? Hvordan skulle vi skaffe dokumentasjon når avsenderen risikerer å miste jobb og legelicens for å hjelpe oss? Hvordan skulle vi finne uredde stemmer i et miljø som er så lite at de fleste før eller senere er avhengig av hverandre for å få forskningstillatelse, rykke opp i gradene eller på andre måter ha suksess innen fagfeltet? Må man være hjernekirurg for å lage journalistikk på hjernekirurgi?

Magnus Tisell er hjernekirurg og seksjonssjef ved Sahlgrenska Universitetssykehus i Göteborg. Han har tidligere arbeidet ved Rikshospitalet i Oslo, og ble en viktig stemme i våre reportasjer. Første gang vi traff ham ga han oss en gåte:

«Vet ni skillnaden på Gud och en hjärnkirurg? Inte? Gud vet at han inte är hjärnkirurg.»

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

Den 23. mai i fjor ringer mobilen til Sophie.

-Det er Trond Berntsen, pappaen til ti år gamle Samuel Berntsen fra Spikkestad. Vi snakker sammen i kanskje ti minutter. Det er en samtale jeg har hatt hundrevis av ganger før. Ingenting skiller seg ut. En opprørt far med et sykt barn. Leger som ikke hører etter, og som tar avgjørelser foreldrene ikke forstår eller er enige i. Pårørende og pasienter som ikke blir hørt, forstått eller sett av dem som skulle være der for å gjøre akkurat det. Kommunikasjonssvikt, med påfølgende konflikt. Legebytte. Sykehusbytte. Noen ganger til et annet sykehus i Norge, andre ganger til utlandet. Slike saker er ofte vanskelige og endimensjonerte.

Jeg ber dem sende meg det de har av dokumentasjon, og lover å se på det. Når jeg får tid. Om kort tid er det fellesferie og internrevisjonen i Helse Sør Øst har akkurat slått fast at vi hadde rett i at det systematisk trikses med ventelistene ved Oslo universitetssykehus.

En halvtime senere kommer en e-post. Heller ikke den skiller seg nevneverdig ut. Det vil si, sakkyndigrapporten fra BUPP- Barne og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, er ladet. En sliten mor og en sykdomsfokusert familie. En tiåring uten tydelige kliniske symptomer. Men, med foreldre som har lest seg frem til en svært sjelden diagnose i form av en cyste på hjernen. Det skal finnes seks slike diagnostierte tilfeller av såkalt Blakes Pouch, i verden. Samuel ville blitt den syvende. En diagnose de ikke får gehør for av hjernekirurgene på Rikshospitalet. Og mens ti år gamle Samuel blir sykere og sykere, blir han utredet av barnepsykologer. Til slutt, etter å ha takket nei til en undersøkelse som foreldrene opplever som eksperimentell, forlater de Rikshospitalet i Oslo og reiser til INI i Hannover. Der blir Samuel operert av doktor Dieter Hellwig. Han er i dag en frisk elleveåring.

Nå ønsker foreldrene en beklagelse fra legene på Rikshospitalet, og en forsikring om at andre foreldre skal slippe samme behandling som de selv fikk for ett år siden. Men familien ønsker ikke å stå frem med sin historie i TV 2. Jeg tar sommerferie.

Et par uker senere sitter jeg på et svaberg i Sandefjord. Det er min fjerde samtale med pappa Berntsen. Jeg kjenner på dårlig samvittighet. Han snakker om testen de takket nei til på Rikshospitalet. Intraventrikulær infusjonstest – en slags stresstest av hjernens evne til å absorbere vann. I to til tre dager kjøres en saltvannssoppløsning gjennom hjernens ventrikkelssystem mens en sensor måler hjernens stressnivå. Foreldrene til Samuel ble ikke fortalt at det var en slik test lengene ville gjøre på Samuel da han ble lagt inn på Rikshospitalet i januar for ett år siden. De var forespeilet en CT med kontrastvæske. Først når de får snakke med en av overlegene på avdelingen blir de klar over at det også skal gjøres en mer omfattende undersøkelse. De stusser, og ber om betenkings tid. Intraventrikulær infusjonstest - ligge med åpen hjerne i tre dager for en

monitorering. En stresstest av hjernen. De synes det høres dramatisk ut, og lurert på det er vanlig å gjøre denne typen undersøkelse på barn. Til det får de noe de beskriver som et unnvikende svar, men også etter hvert bekreftelse på at dette ikke er helt vanlig. Inne på pasientrommet førtifem minutter senere har Google bekreftet det samme. Det ser ikke ut til at det er vanlig å gjøre intraventrikulære infusjonstester på barn. Hvorfor ville de da gjøre dette på Samuel? Og hvorfor står det i meldingen til anestesilegen at en person ved navn Per Kristian Eide kommer med spesialutstyr?

b.) Hva var den sentrale problemstillingen ved begynnelsen av prosjektet?

Et søk på Google forteller oss at Per Kristian Eide er en av Norges fremste nevrokirurger. En hjernekirurg med et brennende hjerte for et felt som ikke blir karakterisert som høystatus. Geriatri. En uglesett pasientgruppe. Lite forsket på. Lite attraktive. Langt unna hjertesyrke menn i femtiårene – legemiddelindustriens våte drøm. Geriatrike pasienter skal jo likevel snart skal takke for sin tid på jorden. Pasienter med symptomer på demens. Som ikke husker hvordan man setter på kaffen, har inkontinensproblemer og ustø gange. Men, et sted mellom fem og ti prosent av alle med disse – med symptomer på «senilitet» - er ikke demente. De har vannhode. Såkalt normaltrykkshydrocephalus, eller voksenvannhode. Vann inne i hjernens ventrikkelssystem som ikke absorberes som det skal. Og når dette trykket fjernes, da husker de hva de spiste til middag igjen, slipper bleie og får sertifikatet tilbake. Det er disse pasientene doktor Eide brenner for. Det er om dette teamet han i ti år har publisert et stort antall studier i internasjonale tidsskrifter og høstet anerkjennelse.

Det er flere måter å undersøke trykket i hodet på. Det kan gjøres ved å undersøke pasientens symptomer samt å se på MR-bilder – og det kan gjøres ved å gå inn nederst i korsryggen (epiduralt) eller gjennom hodet (intrakranielt).

Google forteller oss andre interessante ting. Per Kristian Eide har utviklet og patentert programvare for å måle trykket intrakranielt. At han er hovedaksjonær med 71 % av aksjene i et firma han etablerte i 2001 – som i dag heter dPCom AS. Og at han mener firmaet dPCom vil være verdensledende innen trykkmåling av hjernen om ti år.

Nå sitter vi med flere tydelige spørsmål.

- **Når og hvordan har han utviklet denne programvaren?**
- **Hvor ofte og for hvilke pasientgrupper er det nødvendig å få målt hjernetrykket?**
- **Måles hjernetrykket oftere på Oslo universitetssykehus – Rikshospitalet enn på andre avdelinger og ved sykehus det er naturlig å sammenligne med?**
- **Er det i så fall problematisk? Eventuelt hvorfor?**
- **Fikk Samuel Berntsen et forsvarlig og riktig behandlingstilbud ved OUS?**

Her startet vi.

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

- TV 2 har i denne saken avslørt at pasienter har blitt alvorlig hjerneskadet etter at det ble utført ren forskning på dem.
- Det ble tatt ut vevsprøver av hjernen til 122 pasienter, uten at pasientene selv hadde noen medisinsk nytte av det. Og uten at de ble fortalt om hvor stor risikoen for komplikasjoner var, hva disse komplikasjonene kunne være og alvorlighetsgraden av dem.
- Vevsprøvene av hjernen forårsaket alvorlig hjerneskode hos minst to pasienter som var med på forskningsprosjektet.
- Pårørende til pasientene som fikk hjerneblødning etter vevsprøvene, ble ikke fortalt hva som førte til blødningen. Dette var det TV 2 som opplyste dem om. Dette gjør det også mindre sannsynlig at pasientene fremmer saken sin for Norsk pasientskadeerstatning, NPE.
- Det gjøres mellom fem og ti ganger så mange trykkmålinger av hjernen ved Oslo universitetssykehus som ved Sahlgrenska i Göteborg og Rigshospitalet i København.
- Legen som har hovedansvaret for trykkmålingene driver selv intensiv forskning på trykk, og eier et selskap som utvikler patenter for trykkmålinger.
- Oslo Universitetssykehus fikk allerede i 2008 råd om å sparke hjernekirurgen.
- Sykehuset valgte å ikke sparke kirurgen, men inngikk et hemmelig forlik.
- I forliket står det blant annet at OUS vederlagsfritt kan bruke programvaren for trykkmålinger av hjernen. Likevel fakturerer dPCom AS den nevrokirurgiske enheten som ligger på Ullevål – som i praksis er samme avdeling med samme ledelse, etter fusjonen i 2009, som avdelingen ved Rikshospitalet.

7. Organiseringen av arbeidet. Metodebruk, kildebruk, problem underveis mv. Redegjør spesielt for kildebruk og kildekritikk.

En kort forklaring av begreper:

Hydrocephalus: Også kalt vannhode. Dette oppstår når hulrommene i hjernen fylles opp med for mye hjernevæske. Det kan enten skyldes at væsken i hjernen ikke får flyte fritt på grunn av en hindring, eller at den ikke blir sugd opp slik den skal.

Normaltrykkshydrocephalus: Også kalt voksen vannhode. Pasientene symptomer som ligner demens med forvirring/hukommessvikt, gangvansker og urininkontinens. Bilder av hjernen viser et utvidet ventrikkelssystem. Enkelte undersøkelser viser at normaltrykkshydrocephalus er årsaken til demens hos så mange som et sted mellom fem og ti prosent av pasientene. Når de får behandling kan de bli helt friske fra demenssymptomene.

ICP-måling: Intracranial pressure er en diagnostiseringsmetode for å måle trykket i hjernen. Pasienten legges i narkose og det borres et hull i hodeskallen. Deretter føres det en sensor inn i hjernen. Via en ledning og en oppkopling til en datamaskin, kan trykket i hodet måles. Dette brukes primært på traumepasienter i andre land, men i Norge brukes det også i stor grad ved Oslo universitetssykehus for å diagnostisere pasienter med voksen vannhode.

Intraventrikulær infusjonstest: Dette er hva man kan kalle en «stresstest» av hjernen. Denne testen brukes for å se på trykket og bestemme trykk-volum reservekapasiteten intrakranielt. Dette gjøres ved at det sprøytes inn væske i hjernen for å se hvor mye som absorberes. Denne testen brukes i Norge, men i både Sverige og Danmark sluttet man å bruke den på barn på slutten av 90-tallet fordi testen ga for dårlige resultater på barn.

7.1 I gang

Første kildesamtale og hva er en trykkmåling?

Noe av det første jeg gjør etter sommerferien er å ta en prat med en nevrokirurg ved OUS. Jeg tenker at det kan være lurt å ikke skilte for tydelig hva jeg ser etter, og er ikke sikker på hvem kilden har tette bånd til. Miljøet er lite, med rundt kun femti nevrokirurger i landet. Jeg går derfor åpent inn i samtalen, men peiler etter hvert inn på diagnostisering av pasienter med trykk i hodet. Såkalte ICP-målinger.

Det kommer relativt raskt frem at dette er et faglig utfordrende område innen nevrokirurgi. Og at det er delte meninger i fagmiljøet om slike trykkmålinger. Det settes spørsmålstegn ved seleksjonsgrunnlaget av pasienter som trykkmåles, måten trykkmålingene skjer på og resultatet av målingene.

For å operere inn en trykkmåler i pasientens hjerne, må pasienten legges i narkose. Det er alltid forbundet en viss, dog liten, risiko ved narkose. Fordi trykkmåleren skal inn i kroppen er det også en infeksjonsfare. Ikke stor, men den er til stede og den hindrer også kirurgene i å gjøre et nytt inngrep, fordi det bør gå 14 dager mellom de to inngrepene. Flere leger jeg snakker med mener dette er en unødig prosedyre, og at resultatene kan være misvisende fordi pasienter som tilsynelatende har et «normalt» hjernetrykk også kan ha behov for kirurgi. Det finnes ingen standardbarometre for hva som er et normalt hjernetrykk – fordi man aldri ville finne på å legge en frisk pasient uten symptomer på høyt trykk i narkose og gjøre et kirurgisk inngrep for å finne ut av hva et normalt trykk faktisk er. I motsetning til et blodtrykk som det er uproblematisk å ta på et friskt menneske.

Jeg bruker en del tid på å sette meg inn i de ulike formene for trykkmålinger, hvilke pasienter det gjøres på ved OUS og omfanget av målingene.

7.2 Norsk pasientregister og norsk pasientskadeerstatning

Jeg bestiller boken «NCMP og NCSP: Klassifikasjon av helsefaglige prosedyrer, 2011» fra Helsedirektoratet.

Den inneholder en oversikt over alle medisinske prosedyrer som brukes i Norge. Så tar jeg kontakt med Norsk Pasientregister (NPR) med prosedyrekodene for de forskjellige måtene å måle trykket på og bestiller antall målinger tilbake til 2009 fordelt på OUS (delt mellom Ullevål og Rikshospitalet), Haukeland i Bergen og St. Olavs Hospital i Trondheim. Jeg sjekker også med Helsetilsynet og Norsk Pasientskadeerstatning hvorvidt de har fått inn noen saker vedrørende trykkmålinger (ICP-målinger – intra craniel pressure) De lover å komme raskt tilbake.

Det viser seg at NPE har en erstatningssak til behandling. En ung kvinne fikk en alvorlig infeksjon etter en ICP-måling og er tilkjent

erstatning. Summen er ikke utmålt og jeg finner etter hvert ut at det er Geir Lippestad som er advokaten hennes. Etter en prat med ham blir behovet for informasjon om på hvilken måte de lærde strides enda viktigere rundt disse trykkmålingene, og jeg tar en ny bakgrunnssamtale med nevrokirurgen.

7.3 Ny bakgrunnssamtale og mer informasjon

Dette er et meget spesielt fagmiljø med både tette bånd og store konflikter. Kilder vi vanligvis har kontakt med ble brukt i mindre grad, og vi måtte være veldig nøye med hvem vi snakket med. Det var viktig for oss at vi brukte tid på å snakke med kilder som vi visste var uavhengige av konflikter som hadde vært på avdelingen, og som dermed kunne gi oss et nyansert bilde.

Fra tidligere saker vet vi at deler av pasientjournaler har forsvunnet, e-poster har blitt slettet og leger har blitt truet til taushet. Derfor tenker jeg at det i utgangspunktet er nødvendig å unngå at de som kan være involverte, har økonomiske eller andre motiver i disse trykkmålingene ikke blir klar over at TV 2 har begynt å undersøke forholdene og konfliktene ved trykkmålinger av hjernen.

Derfor spør jeg kilden om hvilket forhold vedkommende har til hjernekirurg Per Kristian Eide. Er de nære kollegaer, har de jobbet sammen, eventuelt hvor tett, forsket sammen, har eller hatt konflikter? Dette kommer vi etter hvert til å gjøre i forkant av alle kildesamtalene vi har, og blir en viktig metode for å navigere i det svært lukkede miljøet.

I tillegg til å få en utdypning i hva de faglige konfliktene går ut på og trykkmålinger generelt, får jeg en svært interessant opplysning: Hjernekirurg Per Kristian Eide tar også vevsprøver av pasientene i forbindelse med et forskningsprosjekt han holder på med.

Kilden kjenner ikke forskningsdetaljene, men sier at det nok dreier seg om eldre med varierende grad av samtykkekompetanse - og at det visstnok skal ha pågått i noe tid. Kilden kjenner ikke til om det har vært komplikasjoner i forbindelse med vevsprøvene.

Helsetilsynet kommer med tilbakemelding om at de ikke har noen saker på verken trykkmålere eller vevsprøver ved OUS.

7.4 Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

Jeg sjekker med Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Dette er instansen i Norge som må godkjenne all medisinsk forskning som gjøres på mennesker. Der finner jeg åtte godkjente prosjekter hvor Per Kristian Eide er prosjektleder.

Flere av dem ser ut til å basere seg på vevsprøver fra mennesker. REK legger ut deler av saksbehandlingen og prosjektgodkjennelsen på sine hjemmesider. Skal man ha det fullstendige underlagsmaterialet må man kontakte REK. Jeg tar en telefon til REK – og jeg ringer REK i Finnmark for sikkerhets skyld, fordi dette miljøet er lite. Kjennskap og vennskap går på kryss og tvers, og vi vil nødig at noen skal ta en varslertelefon til Eide. De sier de at det i teorien er en grei sak å be om innsyn i underlagsmaterialet, men de opplyser også om at de alltid tar kontakt med prosjektlederen for å høre om han eventuelt har noe imot at det slikt innsyn blir gitt. Jeg lar det ligge. På dette tidspunktet er vi avhengig av å finne ut så mye som mulig - før hjernekirurgen får vite at vi ser ham i kortene.

Nå ser vi at det i kanskje ligger tre saker her med flere undersaker.

- **Trykkmålinger**
- **Vevsprøver**
- **En hjerneforsker som muligens profiterer på at en programvare han har utviklet gjennom et eget firma**

Redaksjonssjef, Niklas Lysvåg, bestemmer at vi bør være to reportere som jobber videre med disse sakene fra nå av.

8. Organisering av arbeidet

8.1 Samarbeid

I september koples kollega Hanne Taalesen på saken. Vi hadde nettopp samarbeidet om ventelistetriksingen ved Oslo universitetssykehus, og siden vi begge har jobbet mye med helsestoff er det naturlig at vi slår oss sammen. Redaksjonssjef Niklas guider oss.

Vi lager egne mapper i Outlook og sorterer informasjonen slik at vi begge har tilgang på all dokumentasjon som vi foreløpig har.

Vi allierer oss med to fotoredigerere, Tom Rune Orset og Ingvild Gjerdsjø. Normalt er det relativt tilfeldig hvem du drar ut på jobb sammen med. Men ettersom dette er et langtidsprosjekt med komplisert innhold ber vi om å få to faste fotoredigerere som får mulighet til å sette seg ordentlig inn i saken. Dette er ikke en sak man kan ta på to minutter i garasjen. Det får vi ja til, og fra nå er vi fire som tidvis jobber med denne saken. Det ble etter hvert veldig viktig.

Etterhvert koples også krimreporter Jens Christian Nørve på saken og får ansvar for de rettslige twistene som sykehuset har hatt med Per Kristian Eide.

9. Metode

Det aller viktigste for oss nå er å finne ut om det er noen forskjell på behandlingen som gis i Norge, og den som gir i land det er naturlig å sammenlikne oss med. Vi vil også vite mer om praksisen med ICP-målinger, samt finne ut om hvorvidt det er vanlig å ta biopsier fra hjernen til kun forskning. Parallelt jobber vi med mange kilder for å finne ut om eventuelle komplikasjoner. Ifølge REK-søknaden ønsker han å ta vevsprøver av 200 pasienter. Ifølge våre kilder er risikoen for blødninger 1-3 prosent. Det tilsier at det statistisk skal forekomme komplikasjoner hos 2-6 av pasientene.

9.1 Kildebruk

Vi hadde tre klare store utfordringer i forhold til kilder i arbeidet med disse sakene.

1. Miljøet er lite, med kun rundt 50 nevrokirurger i landet. Brorparten av disse er på Oslo universitetssykehus. De fleste kjenner hverandre. Mange samarbeider og forsker sammen.
2. Miljøet er preget av konflikter, men også stor laugfølelse. Det gjorde at vi i utgangspunktet ikke kunne kontakte kilder vi normalt ville kontaktet, og at vi ikke ante hvem som var lojale overfor hvem.
3. Vi var også helt avhengig av at leger med tilgang til taushetsbelagte opplysninger var villige til å risikere jobben sin for å gi oss informasjon hvis vi skulle få hull på saken. Brudd på taushetsplikten er grunnlag for oppsigelse. Av erfaring vet vi at varslere ved OUS kan bli straffet hardt.

I 2008 og 2009 var konfliktnivået ved nevrokirurgisk avdeling så høyt at fylkeslegen og Helsetilsynet ikke bare fryktet for arbeidsmiljøet, men også for pasientsikkerheten.

Vi vet at Per Kristian Eide var involvert i en vanskelig personalsak høsten 2009, men på dette tidspunktet vet vi ikke så mye mer enn dette. Den skal ha vært stygg sak, ifølge kilder, som gikk hele veien opp til daværende sykehusdirektør Siri Hatlen. En sak ingen av de involverte partene er tjent med å få belyst i etterkant.

Vi er nå nødt til å skaffe oss noen grad av oversikt over personalkonflikten, utover det som er kommet frem i media, slik at vi kan navigere støtt i forhold til partenes ulike agenda.

Derfor kontakter vi flere kilder, som hver for seg er med på å tegne opp dette bildet.

9.2 Analyse av REK-informasjon

Vi setter oss så godt vi kan inn i forskningsprosjektene REK har godkjent.

Det er åtte prosjekter. Det ene prosjektet som heter: **Betydningen av hjernens hårrørsårer (kapillærer) for vanntransport i hjernen - Informasjon fra hjernebiopsi og blodprøver**, er det mest interessante.

I begrunnelsen for godkjenning av studien står det at:

«Derfor planlegges det innhenting av hjernevevsprøver fra pasienter som gjennomgår planlagt kirurgi for ikke-rumperte utposninger (aneurysmer) på hjernens pulsårer, og pasienter som får fjernet hjernevev som behandling for epilepsi. De planlagte prosedyrene for vevsprøve innebærer **minimal risiko** for pasienten, og involverer utelukkende pasienter med samtykkekompetanse.»

Videre står det som virkelig fanger vår oppmerksomhet:

«Det opplyses om at de planlagte prosedyrene for hjernebiopsier innebærer minimal risiko for pasienten. Følgende tiltak gjøres for at prøvetakningen skal gi minimal risiko for skade.: Ved avdelingen er det etablert en praksis for innhenting av denne typen vevsprøve. Vevsprøven tas med et instrument som ordinært brukes for hjernebiopsi. Hver vevsprøve har en diameter på 1-2 mm og maksimal lengde på 5-10 mm. Prøvene tas fra hjernens overflate fortil i tinninglappen hvor det ikke gir noen **merkbar hjerneskade**. (...)

Det oppgis marginal risiko for hjerneblødning og risiko for infeksjon er minimal. Side 7 i protokollen: «**Vår vurdering er at risiko forbundet med hjernevevsprøve er minimal. Det sees i lys av at nytteverdien av studien er betydelig. Vurdering er derfor at det er god etisk begrunnelse for gjennomføring av denne undersøkelsen.**»

- **Hva er en minimal risiko?**
- **Hva er en merkbar hjerneskade?**
- **Hva ligger i «kost – nytte» tankegangen her?**

9.3 Kontakte uavhengige kilder og få uavhengige vurderinger

Nå er det veldig tydelig at vi trenger vurderinger av risikoen ved dette prosjektet, både når det gjelder vevsprøvene og ICP-målingene. Sophie kontakter en kilde hun har brukt i flere andre saker, men aldri intervjuet. Ofte kan slike kilder være gull verdt. Mennesker med solid kunnskap om et tema, høy integritet og en vilje til å bøye reglene – hvis det moralske argumentet er overveiende.

For å være sikker på at de er godt nok beskyttet som kilder kan det ofte være lurt at de er ikke-eksiterende som referanse eller intervjuobjekt. En slik garanti gjør ofte at de etter hvert strekker seg langt - fordi de blir kjent med måten vi jobber på - og opplever at de bidrar til å sette fokus på viktige forhold de selv er opptatt av.

Sophie møter denne kilden på en kafé i Oslo og tar med prosjektbeskrivelsene fra REK.

Kilden sier at det er ikke mulig å ta en slik biopsi uten at det etterlater seg en form for skade. Vedkommende mener også at en biopsi fra sykt hjernevev i prinsippet vil være vel så skadelig som å ta fra friskt vev, fordi det syke vevet er mer sårbart for blødninger. Kilden påpeker også at en risiko som ved biopsi fra hjernevev ligger på fra 1-3 prosent. Et i utgangspunktet lavt tall, dersom man snakker om en bivirkning som utslett eller kvalme. Noe annet er det hvis de mulige komplikasjonene er hjerneblødning og potensiell død.

Kilden kan rett og slett ikke forstå at REK har godkjent dette studiet, og lur på i hvilken grad de har konsultert med uavhengige nevrokirurger for å vurdere forsvarligheten i prosjektet.

Kan det være at REK har basert seg på at Per Kristian Eide er en av landets fremste nevrokirurger og forskere, og derfor ikke sett seg bryet verdt med å innhente eksterne konsulenter? Kan det også tenkes at ingen eksterne konsulenter ville være villige til å stille spørsmålstegn ved, eller ønske å hindre forskningen til Norges kanskje beste hjernekirurg?

9.4 Kartlegge komplikasjoner og et anonymt brev

Det store spørsmålet nå er hvorvidt det har vært noen forekomst av slike komplikasjoner i forbindelse med vevsprøvene - og om de i så fall er avvismeldt.

Fra tidligere saker vet vi at det er ganske «tilfeldig» hva som avvismeldes til tross at sykehuset rapporterer det motsatte. Det at ledelsen forteller om en positiv økning i antall meldinger betyr ikke nødvendigvis at det er de mest alvorlige avvikene som finner vei inn i systemet.

Vi avtaler derfor et nytt møte med den første kilden vi tok kontakt med, som skal sjekke litt nærmere. Sophie snakker også med et par andre leger hun har tillit til. I midten av september kom det et anonymt brev i posten til TV 2. Brevet er signert – «Vennlig hilsen xxx». Det inneholder informasjon om tre avvik som skal ha skjedd i forbindelse med forskningsprosjektet som baserer seg på vevsprøver fra hjernen.

- **Det skal ha oppstått tre svært alvorlige hjerneblødninger.**
- **Alle tre pasientene fikk alvorlig hjerneskade.**
- **Situasjonen deres i dag er uviss.**

Brevet fra xxx omtaler også ICP-målinger, firmaet dPCom AS og stiller spørsmål rundt Per Kristian Eides habilitet. Hjernekirurg Per Kristian Eide var mannen som holdt operasjonskniven under alle tre inngrepene. Komplikasjonene skal ha funnet sted i november/desember 2011 og på forsommeren 2012.

Vi får ingen informasjon om hvem disse pasientene er. Hvordan skal vi nå gå videre?

9.5 Sjekke avvismeldingene til Helsetilsynet

Vi tar på nytt kontakt med Helsetilsynet som forteller at det ikke har kommet noen avvismeldinger fra nevrokirurgien om disse tilfellene. Altså – som vi mistenkte.

Etter Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) er de pålagt å varsle i løpet av et døgn. Det er nå gått ti måneder siden den første hjerneblødningen inntraff og fem måneder siden de to siste.

§ 3-3a. Varsel til Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser

For å sikre tilsynsmessig oppfølging skal helseforetak og virksomheter som har avtale med helseforetak eller regionale helseforetak straks varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.

§ 3-3. Meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Formålet med meldeplikten er å forbedre pasientsikkerheten. Meldingene skal brukes for å avklare årsaker til hendelser og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen.

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal uten hinder av taushetsplikt straks sende melding til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten om betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade. Meldingen skal ikke inneholde direkte personidentifiserende opplysninger.

- **Sykehuset har ikke selv meldt hendelsene til Helsetilsynet slik de er pålagt etter loven.**

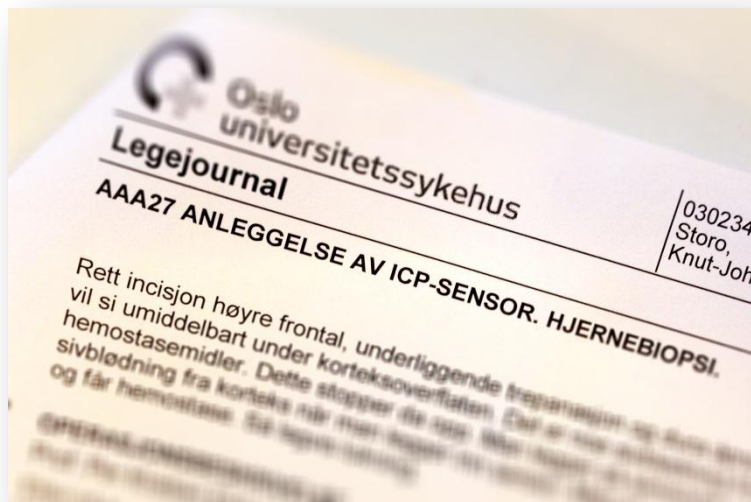
9.6 Få kilder til å gi ut sensitiv og taushetsbelagt informasjon

En uke senere får vi en telefon fra en kilde som har fått tak i operasjonsbeskrivelsene til to av de skadde

pasientene. Sophie møter kilden på en parkeringsplass i Oslo sentrum.

Kilden har med seg kopi av operasjonsbeskrivelsene. Begge pasientene var innlagt for en trykkmåling av hjernen. Samtidig som trykkmåleren ble operert inn ble det også tatt vevsprøver av hjernevevet til pasientene. Dette skal ifølge operasjonsbeskrivelsen ha ført til en alvorlig hjerneblødning - og en påfølgende livreddende akuttoperasjon.

Nå har vi bevis på at pasienter har blitt alvorlig skadd i forbindelse med en forskning de selv ikke har noen medisinsk nytte av.



- **Vet pasientene dette selv?**
- **Og hvordan skal vi klare å bevise at dette er kritikkverdig?**

9.7 Tre pasienter

Vi har nå navn på to pasienter. Knut-Johan Storo og Øystein Stokkan. Et enkelt søk i telefonkatalogen viser at Storo bor på Marienlyst og Stokkan i Asker. Men den tredje pasienten har vi fremdeles ikke noen informasjon om. Vi tar kontakt med flere kilder, vi tror kan ha mulighet til å skaffe oss informasjon om denne hendelsen. Men alle er vegrende til å gi oss informasjonen vi trenger.

Et par uker senere blir også operasjonsbeskrivelsen til denne pasienten lagt i Sophies postkasse. Men nå hjemme hos henne privat. (Vi velger og ikke å navngi denne pasienten i rapporten, ettersom vi ikke har omtalt ham i sakene, og fordi familien ikke ønsket å bidra i saken.) Nå har vi tre navn. Men vi vet ikke hva som er situasjonen til disse tre pasientene i dag. Og hvorvidt de selv er klar over hva som forårsaket hjerneblødningen.

9.8 Sverige

Vi får vite at den svenske nevrokirurgen Magnus Tisell tidligere har jobbet ved Rikshospitalet, men at han nå er tilbake i Sverige. Han er i dag seksjonssjef ved Nevrokirurgisk avdeling ved Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg. En som både kjenner miljøet og metodene i Oslo og i utlandet er naturligvis noen vi ønsker å snakke med, og vi tar derfor kontakt med Tisell.

Vårt utgangspunkt for å snakke med ham er hensiktsmessigheten ved ICP-målinger og utredning ved forskjellige typer trykk i hodet og hydrocephalus.

Sophie velger derfor å reise til Gøteborg for å intervju Magnus Tisell i begynnelsen av oktober. På spørsmål om hvilket forhold Tisell har til Per Kristian Eide, viser det seg at de nettopp har avsluttet en felles forskningsprosjekt. Men Tisell har helt tydelig på at han mener dette er et tema som det trengs åpenhet rundt og at man må tørre å være kritisk, til tross for at miljøet er lite.

Den svenske hjernekirurgen kan fortelle at det slettes ikke er vanlig å gjøre trykkmålinger i Sverige. Der gjøres slike målinger kun som et siste alternativ – etter at pasientene er utredet klinisk tverrfaglig av nevrologer, fysioterapeuter, psykologer, spesialsykepleiere og med MR og CT.

9.9 Danmark

Samtidig tar vi kontakt med Marianne Juhler ved Rigshospitalet i København. Hennes navn dukket opp da familien Berntsen gjorde sine egne undersøkelser om hvorvidt det var hensiktsmessig med intraventrikulær infusjonstester på barn. Vi valgte også å høre med henne om ICP-målinger og forteller at fagmiljøet i Norge er uenige i om dette er riktig vei å gå.

I begynnelsen av oktober går hun med på at vi kan komme til København og gjøre et intervju. Sophie og fotograf Ingvild Gjerdsjø reiser til Danmark. Juhler er ikke like kritisk til å ta biopsier for forskningens skyld, men sier de er svært nøye med å selektere de riktige pasientene til trykkmåling for å unngå unødige målinger.

Samtidig føler vi at det er viktig å kontakte hjernekirurger også utenfor Skandinavia. Miljøene i Norge, Sverige og Danmark er små og mange kjenner hverandre. Vi tenker at det derfor er viktig å få en helt uavhengig vurdering av praksisen ved Rikshospitalet.

9.10 Storbritannia

The National Hospital for Neurology and Neurosurgery er et av Storbritannias eldste sykehus som behandler hjernesykdommer. Dr. Laurence Watkins er en av sykehusets fremste leger som behandler hydrocephalus.

Vi tar kontakt med Watkins. Vi har en lang samtale som både går på ICP-målinger og bruken av infusjonstester. Watkins kan fortelle at han ofte utfører ICP-målinger ved sitt sykehus. Vi blir dermed litt usikre på om vi er på riktig spor, vår teori går jo ut på at dette gjøres mer i Norge enn i land vi liker å sammenlikne oss med.

Det vi derimot får bekreftet er at intraventrikulær infusjonstester ikke er vanlige, og at de i alle fall ikke blir brukt til diagnostisering. De vil i noen tilfeller brukes til å teste shunter. De ville ikke brukt denne testen på en slik måte som det gjøres i Oslo. Dermed får vi bekreftet at diagnoseringen familien Berntsen måtte gjennom faktisk er kontroversiell i andre land.

Selv om vi blir litt usikre på teorien vår om ICP, så velger vi å avtale et intervju i London fredag den 26. oktober. Vi tenker at det er viktig at vi får et nyansert bilde av hvilke undersøkelser som er vanlige og hva som er kontroversielt.

Watkins forteller hvordan de jobber, og at de bruker slike trykkmålinger ved sykehuset. Men det som er mest interessant er at han forklarer at selv om ICP-målinger er vanlig i London, gjør også de alle kliniske undersøkelser først.

En ICP-måling brukes i siste instans. Som han sa, det er vanskelig å få folk til å gå med på å få et hull drillt i hodet og ligge med en sensor dersom de vet de selv ikke har noen nytte av det.

På dette tidspunktet har vi også fått informasjon om at det har blitt tatt ut biopsier av hjernen til pasienter ved Rikshospitalet, som kun skal brukes til forskning. Vi har ikke alle detaljene, men vi velger likevel å spørre Watkins om dette er vanlig praksis hos dem.

Han kan fortelle at han ikke ville tatt noen biopsi dersom det kun var i forskningsøyemed.

9.11 Tyskland

Samtidig forsøker vi å komme i kontakt med professor Dieter Hellwig ved INI i Hannover i Tyskland. I utgangspunktet ønsker vi å snakke med ham om saken til Samuel Berntsen, ettersom det var dit familien endte opp med å dra og bli operert. Hellwig er en svært anerkjent nevrokirurg ved det private sykehuset, og vi avtaler med ham at vi også kan intervju ham om ICP-målinger.

Den 25. oktober setter Hanne og fotograf Tom Rune Orset på flyet til Berlin. Men da vi ankommer Tyskland avlyser plutselig Hellwig på grunn av en uforutsett hendelse. Vi blir nødt til å returnere med uforettet sak og gjøre en ny avtale med ham på et senere tidspunkt.

Det er viktig for oss å møte Dr. Hellwig. Både fordi han har informasjon om saken til Berntsen-familien, og fordi vi ønsker at han kan være enda en stemme i sakene om ICP-måling og biopsier.

Denne gangen går det heldigvis bra, og vi møtes Hellwig i Hannover den 31. oktober.

Det er et interessant møte, der han både gir oss mer innsikt i behandlingen av Samuel – men også forteller at de heller ikke bruker ICP-målinger i spesielt utstrakt grad. Han forteller også mer om biopsier, og at de i Tyskland mener det ikke vil være hensiktsmessig å ta biopsier av pasienter med hydrocephalus. Vi reiser heldigvis hjem med både mer forståelse om Berntsen-saken og om diagnostisering og behandling av hydrocephalus.

De fire nevrokirurgene har forskjellige oppfatninger om hva som er den beste måten å behandle og diagnostisere pasienter på, men det viktigste for oss var at vi etter disse fire reisene hadde mye større kunnskap og informasjon. Vi sammenfattet all informasjon vi hadde fått fra disse intervjuene, og sørget for at de var logget slik at vi enkelt kunne finne frem hva de forskjellige hadde sagt. Vi hadde nå fire helt uavhengige stemmer vi kunne bruke i flere av sakene vi så for oss at vi kom til å lage.

9.13 Informasjonsavdelingen vet at vi graver

Torsdag 15. november vi får en kildetelefon med informasjon om at informasjonsavdelingen ved Oslo universitetssykehus skal kjenne til at TV 2 jobber med en sak som involverer nevrokirurgisk avdeling. Hadde vi jobbet ved info-avdeling på OUS - og kjent til at TV 2 jobber med en sak om disse tre pasientene, ville det vært vår første prioritet å umiddelbart ta kontakt med alle disse tre pasientene for å sjekke at de var godt i varetatt av sykehuset og «binde dem til oss». Rett og slett komme TV 2 i forkjøpet. Spesielt dersom det var tilfelle at pasientene selv ikke hadde fått beskjed om hva som faktisk var skjedd med dem, og at dette ikke var avvismeldt slik det skulle vært gjort etter helsepersonell-loven.

Men vi er usikre på hvor mye de vet om hva vi graver i, og vi er rimelig sikre på at de ikke kan kjenne til hvilken dokumentasjon vi sitter på.

Men vi føler nå at vi er nødt til å komme sykehuset i forkjøpet med å kontakte de tre pasientene. Spørsmålet var på hvilken måte vi skal gjøre det og hvor mye informasjon vi bør gi dem.

Vi frykter litt at dersom vi tar kontakt med dem per telefon, kan det resultere i at de avviser oss, for deretter å kontakte sykehuset.

Vi prøver å sette oss i deres situasjon. Om noen hadde ringt oss med beskjed om at de hadde informasjon om vår helsetilstand, informasjon sykehuset hadde holdt tilbake, hva hadde vi gjort da? Hadde vi etter å få vite hva de visste, kontaktet sykehuset?

Antagelig. Men hadde vi fremdeles kontaktet sykehuset dersom det kunne medføre at viktig informasjon ble borte, slik at andre pasienter ikke fikk vite hva de hadde vært utsatt for?

Vi ser at det er viktig for oss at pasientene ikke løper til sykehuset etter at vi har tatt kontakt med dem, og bestemmer for å oppsøke dem i stedet for å ringe dem.

Samme dag reiser Sophie opp til Kirkeveien på Marienlyst i Oslo. Etter ti minutter svarer en damestemme. Hun høres sliten ut. Sophie presenterer seg og sier hun har noe viktig å snakke med Knut-Johan Storo om. Han bor ikke her nå, han er på sykehjem svarer hun.

Sophie sier at hun har informasjon om Knut-Johans helsetilstand som det er viktig at han får kjennskap til.

Oppe i andre etasje er det en sliten dame som lukker opp i morgenkåpe, tydelig preget av sykdom, og knapt i stand til å stå på bena. Kvinnen er Storos kone, Karin Bordewich.

- Hvis du har noen papirer kan du bare gi meg det, sier hun og rekker frem hånden.

Sophie sier at hun ikke har med seg dokumentene. De avtaler at Sophie skal komme tilbake om tre dager, søndag.

Litt senere samme dag, kaster vi oss rundt en gang til - og reiser til Asker. Vi vurderer det slik at det vil være lettere også å snakke med familien til Stokkan ansikt til ansikt enn å ta det over telefon. Sammen med en fotograf reiser vi til Asker og ringer på døren. Ikke noe svar. Vi ringer på flere ganger, men må etter hvert innse at ingen er hjemme. Men vi får likevel en svært nyttig opplysning. På navneskiltet på døren står det fire navn. Vi har jo i utgangspunktet bare navnet til pasienten, nå har vi plutselig hele familien. Vi antar at de to andre navnene er Stokkans sønner, og at skiltet mest sannsynlig er gammelt.

Vi ringer først Jostein Stokkan. Vi får ikke noe svar. Bård Stokkan er det andre navnet som står på døra. Vi ringer ham. Han forteller at faren Øystein ligger på Rikshospitalet og skal bli operert i helgen. Av Per Kristian Eide. Vi forteller litt om det vi sitter på og at vi ønsker å fortelle ham mer. Han blir interessert, men faren er dårlig og de vet ikke hvordan operasjonen kommer til å gå. Vi avtaler at vi skal holde kontakten og ringe ham igjen til uken. Vi sliter litt med å få tak i ham i de neste dagene, men etter halvannen uke tar han endelig telefonen og får vi til et møte hvor vi forteller ham mye av det vi vet til nå. Han blir svært opprørt. Vi avtaler tidspunkt for et intervju, som gjøres hjemme hos ham med moren, Øyteins Stokkans kone, tilstede.

Søndagen kommer og Karin i Kirkeveien er bedre. Etter en time har vi fått fortalt henne mye av det vi kjenner til i forhold til Knut-Johans situasjon. Men vi forteller ikke at selve hjerneblødningen kan ha vært forårsaket av biopsien. Karin forteller at Knut-Johan aldri kom hjem etter trykkmålingen på Rikshospitalet. Hjerneblødningen var så alvorlig at han er blitt liggende på et sykehjem. Han har ikke språk og får all næring gjennom en sonde.

Vi avtaler å gjøre et formelt intervju med henne dagen etter, mandag.

Fotograf Sveinung Kyte, Hanne og Sophie reiser opp til Kirkeveien.

Karin er så og si frisk igjen. Hun forteller at hun ikke har hørt noe om at Knut-Johan var blitt inkludert i et forskningsprosjekt. Da vi spør henne hva hun tenker dersom det er dette forskningsprosjektet som førte til den alvorlige hjerneblødningen, reagerer hun spontant med undring og fortvilelse, og blir relativt satt ut. Vi velger å bruke dette strekket i den første saken.

Så begynner arbeidet med å skaffe oss «bildebeviset» på Knut-Johans situasjon i dag. Etter hjerneskadens har han fått oppnevnt en hjelpeverge. Men da vi kontakter vergen, er han verken interessert i å gi oss tillatelse til å ta kontakt med Knut-Johan eller å høre hva slags informasjon vi har om helsetilstanden til klienten hans. Vi finner dette litt pussig da hjelpe-vergen strengt tatt burde ha sin klients beste i interesse. Denne informasjonen er jo helt sentral dersom han skulle hjelpe Knut-Johan med å søke erstatning gjennom Norsk Pasientskadeerstatning, NPE.

Fordi sykehjemmet krever hjelpe-vergens godkjenning dersom vi skal få tillatelse til å filme inne på sykehjemmet, bestemmer vi oss for å gjøre opptakene «litt underhånden». Fotograf Sveinung Kyte reiser til sykehjemmet sammen med Knut-Johans kone Karin. Han har med seg et lite håndholdt kamera. Formålet er å dokumentere Knut-Johans Storos situasjon. Dette ønsker også familien, da de antar det vil være nyttig i en eventuell erstatningssak.

Vi hadde også et tredje navn på en pasient som vi velger og ikke å bruke navnet på av hensyn til familien. Vi snakker med pasientens kone på telefonen, hun forteller at mannen døde for en uke siden. De bestemmer seg til slutt for at de ikke ønsker å bidra i saken.

9.14 Innsamling av data

Nå begynte det å bli viktig å samle inn dokumentasjon. Vi hadde intervjuene med de utenlandske legene, men vi slet med å finne åpne norske kilder. Vi forstod at sakene måtte dokumenteres på annet vis. I oktober var det ICP-saken vi hadde mest informasjon om, og vi så en stund for oss at det skulle bli den første saken. Men dette skulle vise seg å bli endret.

Vi måtte nå gjøre et forsøk på å finne ut hvor mange ICP-målinger om gjøres i Norge, og ikke minst hvor mange som gjøres ved Oslo universitetssykehus. Det er flere måter å finne ut dette på, og vi valgte å bruke flere ulike metoder så vi kunne sammenlikne tall og få best mulig oversikt. Sophie hadde allerede startet dette arbeidet ved med å kontakte NPR, Norsk pasientregister.

9.15 Norsk Pasientregister

Norsk pasientregister (NPR) er et sentralt register drevet av Helsedirektoratet. Men å få ut tall herfra er en omstendelig prosess. Vi måtte først finne ut operasjonskodene til de operasjonen vi var på leting etter. ICP-måling har operasjonskode AAA27. Dermed kunne vi sende inn en søknad til NPR om innsyn i disse både ved Oslo universitetssykehus og de andre store sykehusene i Norge.

De første tallene fikk vi i begynnelsen av oktober. De viste at det gjøres mellom 600 og 700 trykkmålinger ved OUS hvert eneste år. Men noen av tallene var mangelfulle, og vi forsøkte å sende inn en ny bestilling for å se om vi kunne få tydeligere svar.

Ettersom det var lang behandlingstid hos NPR ville vi også forsøke andre måter å finne ut hvor store tallene ved sykehuset er.

9.16 Sykehusets interne register – ALBERT og Traumeregisteret

Ved hjelp av kilder på sykehuset fikk vi tilgang på det interne registeret ALBERT. Her kan man gå inn og søke på forskjellige operasjonskoder, og se på statistikk flere år tilbake. Disse tallene var et gjennombrudd. De viste at det gjøres opp mot 460 ICP-målinger ved sykehuset i året. Dette var et anslag vi også hadde fått tidligere.

Men vi var fortsatt ikke fornøyd. Vi visste at det var svært viktig at vi var så nøyaktige som mulig i beskrivelsen av disse tallene, spesielt siden vi skulle sammenlikne med tall fra utlandet. Vi ba derfor flere av våre kilder ved sykehuset om å gjøre en ekstra sjekk for å se hva slags tall sykehuset selv opererer med.

Prosedyrerapport
Rapporten viser prosedyrer i perioden ved Organel, Neurokirurgisk avdeling - periode: 01.01.2011 - 31.12.2011
Sikkerhetsprosedyrer: AA
Antall ulike pasienter: 2082 Antall ulike sykehusopphold: 2925

	Personer	Sykehusopphold	Liggendeg	Gjenn- liggendeg	Median liggendeg	Antall avsluttede sykehusopphold	Antall forekomster
Totalt	3 368	3 590	34 900	9,7	6,0	3 673	3 969
AAA00 Eksplorativ kraniotomi (NCSP)	4	4	69	17,3	3,5	4	4
AAA10 Biopsi via kraniotomi (NCSP)	31	31	332	10,7	5,0	31	31
AAA27 Inneleggning av intracerebral trykkmåler (NCSP)	461	481	5 484	11,4	6,0	512	525
AAA35 Inneleggning av subdural elektrode (NCSP)	10	10	242	24,2	24,0	11	13
AAA40 Inneleggning av intracerebral elektrode (NCSP)	3	3	83	27,7	31,0	3	3
AAA50	1	1	8	8,0	8,0	1	1
AAA59 Annet diagnostisk intrakraniell inngrep	3	4	46	11,5	7,5	4	4
AAA65 EEG overvåking med intrakranielle elektroder (NCMP)	1	1	28	28,0	28,0	1	2
AAA66 EEG overvåking med intrakranielle elektroder (NCMP)	2	2	50	25,0	25,0	2	2
AAA10 Corticografi (NCMP)	3	3	40	13,3	4,0	3	3
AAA20 Peroperativ overvåking med fremkalt respons (NCMP)	175	176	1 356	7,6	6,0	176	179
AAA80 Eksplorasjon av intrakraniell lesjon (NCSP)	347	356	3 081	8,7	6,0	361	361
AAA10 Reseksjon av intrakraniell lesjon (NCSP)	40	40	586	14,7	9,0	42	42
AAA30 Evakuering av spontant intrakranielt hematom (NCSP)	5	5	55	11,0	6,0	5	5
AAA99 Annen eksisjon eller destruksjon av intrakraniell lesjon (NCSP)	61	62	823	13,3	7,5	62	62
AAA99 Annen eksisjon eller destruksjon av intrakraniell aneurisme (NCSP)	61	62	823	13,3	7,5	62	62

Fra flere kilder som ser på dette for oss, uavhengig av hverandre, får vi tallet, 382 målinger som er tallet sykehuset selv opererer med internt. Dette lå ganske mye under de tallene vi hadde fått fra ALBERT. Men fordi de allikevel var høye var det disse vi til slutt valgte å bruke, ettersom vi heller ville ha en sikkerhetsmargin. Vi ville ikke at sykehuset skulle kunne ta oss på å

operere med for høye tall. Vi valgte også å trekke fra akuttpasienter, ettersom det ikke er omstridt å trykkmåle den pasientgruppen. Det gjorde vi ved å ta kontakt med traumeregisteret ved Oslo universitetssykehus, som kunne opplyse at 129 akuttpasienter ble trykkmålt i 2011.

Vi snakket med våre kilder i Göteborg og København, og ber dem gi oss tallene fra sine sykehus – også trukket fra akuttpasienter. For denne pasientgruppen hersker det nemlig ingen kontrovers rundt trykkmålinger.

Vi registrerte alle tallene i et excel-ark, slik at det ble enklere å ha oversikt. Det gjorde det også lettere når vi skulle regne ut tallene senere.

9.17 Utregning

Vi var opptatt av å være så nøyaktige som mulig. De tre sykehusene har litt forskjellig størrelser på opptaksområdet. Vi justerte derfor i tillegg på tallene etter pasientgrunnlaget før vi sammenliknet. Vi valgte å bruke det laveste tallet for å være på den sikre siden.

- Dermed kunne vi konstatere at Oslo Universitetssykehus gjør minst fem ganger så mange trykkmålinger sammenliknet med Rigshospitalet i København og Sahlgrenska universitetssykehus i Göteborg .

9.18 Kildemøte og ny informasjon om en rettstvist

Det skal vise seg at personalsaken ved nevrokirurgisk avdeling hadde en mye større dimensjon enn det vi hadde lest oss til via andre medier. Vi har flere møter med sentrale personer ved sykehuset. På grunn av kildebeskyttelsen kan vi ikke gå nærmere inn på hvem disse er, eller hvor vi møtte dem.

Vårt etter hvert meget brede kildetilfang og mengde informasjon, gjør at vi kommer inn i en god spiral. For hver gang vi har en ny kildesamtale kan vi gi kilden noe informasjon vedkommende ikke kjenner. Det fører til at de også strekker seg litt lengre for oss. Vi får mange gode suppleringer gjennom disse "gi og ta" forholdene. Vi understreker hele tiden at vi sliter med å finne åpne norske muntlige kilder som vil stå frem på TV. Og det gjør at vi er helt avhengige av å få tak i skriftlige dokumentasjon for å få dokumentere sakene vi etter hvert nærmer oss.

I slutten av november har vi flere helt sentrale kildemøter som vi alle tre blir med på. Vi forklarer kildene våre dilemmaet vi har, og prøver å overbevise dem om å stille opp på tv og fortelle om saken. Det vil de ikke. Vi forklarer at dersom vi ikke får bevisst med 100 prosent sikkerhet hva som har skjedd, så kan vi ikke lage saken. Etter flere runder får vi tilgang på mer og mer dokumentasjon. Vi understreker for kildene at vi må vite hvilke personer som er sentrale og at vi må få bevis for hva slags rolle de har. Vi får tilgang på e-postkorrespondanser, tidligere undersøkelser som sykehusledelsen har gjennomført av trykkmålingene, og vi får gjennomganger sykehuset har gjort av Eides forskning. Vi får forskjellige dokumenter fra flere forskjellige kilder, og vi er også svært nøye med å sjekke at påstandene vi fremmer er dokumentert ulike steder før vi publiserer.

9.19 Innhenting og analyse av dokumentasjon

Etter alt kildearbeidet sitter vi etter hvert på flere hundre sider med dokumenter. Av hensyn til kildevernet kan vi ikke gå nærmere inn på hvordan vi har fått tak i all dokumentasjonen.

Noe av dokumentasjonen har kommet anonymt til TV 2. Annet har vi fått tilgang til på andre måter der vi har brukt mye tid på å overbevise kilder om at de *må* bryte taushetsplikt både overfor sin arbeidsgiver og kollegaer for å gi oss informasjon. Dette er ingen enkel oppgave, og krever utholdenhet og ydmykhet fra vår side. Klassisk kildearbeid, der vi hele tiden må gi litt informasjon for å få noe tilbake, før til vi til slutt sitter med alle sidene av saken.

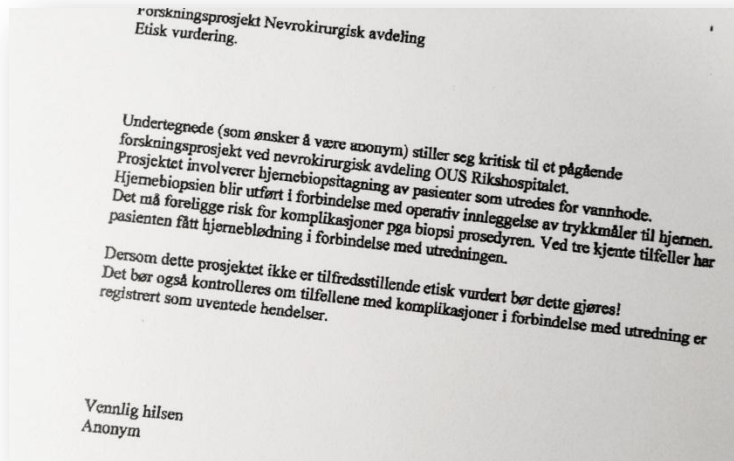
Men det vi har vært mest opptatt av er å få bekreftet alle opplysninger vi har fått fra minst to uavhengige kilder. I tillegg har vi flere ganger trippelsjekket med enda en kilde for å være helt sikre på at vi ikke har fått feil opplysninger. I slike miljøer alltid er noen som har en agenda, og vi ville hele veien være sikre på at vi ikke blir feilinformert av personer med et underliggende motiv.

Vi sitter etterhvert på:

- **Stevning og motsøksmål til Oslo tingrett**
- **Informasjon om et forlik inngått mellom hjernekirurgen og sykehuset**
- **Flere interne og eksterne rapporter**
- **Tall fra sykehusets eget prosedyreregister og statistikk**
- **Statistikk vi selv har laget**
- **E-postkorrespondanse**
- **Brev**
- **Flere tilsynssaker**
- **Kontrakter mellom dPCom og sykehuset**
- **Faktureringer fra dPCom til OUS for bruk av programvare til trykkmålinger**
- **dPComs årsregnskap og årsrapporter fra Brønnøysundregisteret**

9.20 Tilgang og bruk av tilsynsdokumenter før de blir offentlige

I august - en stund etter vi først begynte å undersøke saken, går det en anonym melding til REK om hjerneforskningsprosjektet Per Kristian Eide er leder for.

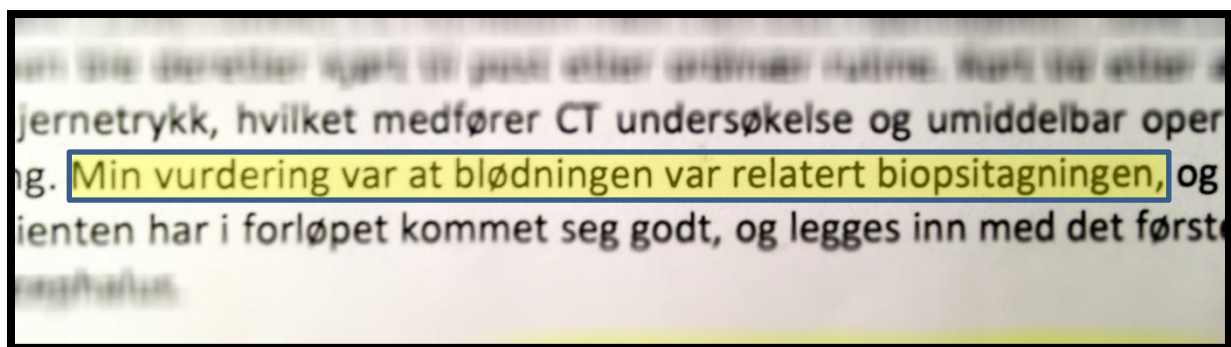


På grunn av saksbehandling tar det tid, og først i oktober mottar Fylkesmannen varslingen. De velger å sende den videre til Statens helsetilsyn. Den 6. november anmoder Helsetilsynet Oslo universitetssykehus om en redegjørelse av prosjektet. Men først den 5. desember blir redegjørelsen publisert i offentlig elektronisk postjournal.

På et kildemøte i slutten av november, får vi kjennskap til at det er sendt et brev til REK og vi får vite innholdet i redegjørelsen fra

sykehuset - **før** den blir sendt til Helsetilsynet.

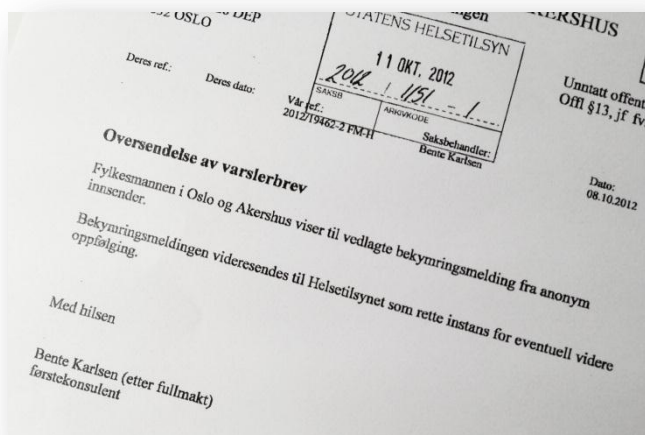
Sykehuset har åpenbart tatt saken alvorlig og redegjørelsen til Helsetilsynet er omfattende. Prosjektet er også stoppet. Vi har allerede fått signaler om at det skal ha skjedd tre hendelser i forbindelse med forskningsprosjektet og vevsprøvene som er tatt. Dette står det også i varslerbrevet som ble sendt til REK. Og i redegjørelsen fra sykehuset beskriver Per Kristian Eide selv i detalj hva som gikk galt da det skulle tas ut vevsprøver av hjernen:



Han innrømmer svart på hvitt at biopsiene fikk alvorlige konsekvenser for to av pasientene, det endte med hjerneblødning for begge. En annen pasient er han mer usikker på om har en direkte sammenheng med vevsprøven. Det sto også at 122 pasienter til nå var blitt inkludert i vevsprøvestudien. Med andre ord var forskningsprosjektet en statistisk fulltreffer. 122 pasienter har blitt utsatt for en risiko på 1-3 prosent for hjerneblødning. Og 2-3 fikk alvorlige komplikasjoner.

Men vi står overfor et dilemma. Kan vi stole på at rapporten vi har sett faktisk er den samme som skal sendes til Helsetilsynet, og at den ikke blir endret før den sendes dit? Det viser å være den samme redegjørelsen som senere sendes til Helsetilsynet. Og i den første samtalen med hjernekirurgen bekrefter han at redegjørelsen vi kjenner til er korrekt.

Vi hadde nå dokumentasjon på at flere pasienter var blitt skadet som en direkte konsekvens av forskningen.



Siden vi allerede hadde alle dokumentene i saken, i tillegg til mye informasjon fra blant annet operasjonsbeskrivelser og andre kilder, hadde vi allerede fått gjort de fleste intervjuene vi trengte og lå godt an til publisering mens saken gikk sin gang i byråkratiet. Og da saken ble publisert i postlistene til Helseetilsynet kunne vi publisere saken dagen etter.

9.21 Hvilken sak skal bli den første?

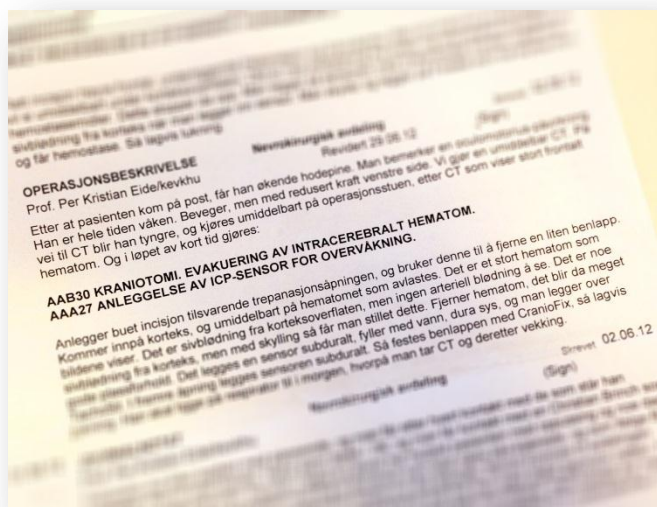
I starten av prosjektet så vi for oss at det var saken om de omfattende ICP-målingene som kom til å bli den første saken i rekken.

Dette var saken vi hadde mest dokumentasjon i, og som vi regnet med at

kom til å være den vi måtte fortelle først. Før vi fikk tilgang på tilsynssaken hadde vi bare prosjektbeskrivelsene til biopsiprojektet, og operasjonsbeskrivelsene til de tre pasientene. Vi var usikre på hvordan vi skulle dokumentere at det faktisk var biopsiene som var årsaken til hjerneblødningene. I operasjonsbeskrivelsene står det kun at det ble en blødning i forbindelse med operasjonene. Men da vi fikk tilgang på tilsynssaken var vi ikke i tvil om at det var forskningsprosjektet og biopsiene som måtte være den første saken.

9.22 Forsøk på å finne en åpen norsk kilde

Vårt aller største problem er at vi mangler en åpen norsk kilde som kan fortelle seerne hva denne saken egentlig handler om. Vi prøver mange forskjellige kilder som vi tror kan være uavhengige av både Per Kristian Eide og konflikten som har vært på avdelingen. Vi snakker med flere som forteller saken er kritikkverdig, men de tør ikke stille opp. Miljøet er for lite, risikoen ved å stille opp er for stor. En kilde som vi fra flere hold får tips om at kan være god og uavhengig er pensjonert nevrokirurg Knut Wester. Hanne kontakter Wester for en prat, og forteller ham litt om hva vi sitter på. Wester er på jobb i Etiopia, men vi avtaler å ringes når han kommer tilbake. Men i mellomtiden har Wester fått tenkt på saken. Han ønsker ikke å få noe mer informasjon eller gjøre noen vurderinger, fordi han ofte blir brukt som sakkyndig for Norsk pasientskadeerstatning og er redd for å bli inhabil. Han er imøtekommende og hyggelig, men ønsker ikke å snakke mer med oss. Argumentet hans er at hvis han blir regnet som inhabil, vil det være vanskelig å finne en annen sakkyndig som kan bistå de pasientene som det kan ha blitt begått urett mot. Flere andre forsøk på kilder, som vi ikke kan nevne navnet på, sier også nei takk etter flere runder, fordi de ikke vil ta belastningen det er å gå ut mot en kollega i et så lite fagmiljø. Til slutt ble vi enige med redaksjonsledelsen om at vi hadde så mye skriftlig dokumentasjon, og at de utenlandske hjernekirurgene var så faglig tunge at det fikk holde foreløpig - ettersom publisering nærmet seg raskt.



9.23 Overvåke elektronisk postjournal og velge publiseringstidspunkt

Som nevnt har vi fått tilgang på alle dokumentene i tilsynssaken før den ble registrert i postjournalene til Helseetilsynet. Vi var dermed i en ganske unik posisjon i forhold til arbeidet vi kunne gjøre med dokumentasjonen. Det som nå bekymrer oss er om noen andre medier skulle fange opp saken i postjournalen, og dermed komme oss i forkjøpet. Bare brevet fra OUS der Per Kristian Eide innrømmer at to pasienter har fått alvorlig hjerneskade etter å ha deltatt i et forskningsprosjekt var i seg selv nok til flere saker i andre medier og vill ta brodden av våre andre saker og trykkmålingene og «butikk i butikken». Vi må

derfor finne ut hvor lang tid vi hadde før andre får tilgang på dokumentene - og vi blir «tvunget» til å publisere.

Dermed får vi mer press på oss, noe som nok var greit etter så mange måneder med jobbing der vi hele tiden fikk inn ny informasjon. Opp mot publisering tok vi flere grep for å ha en følelse med hvorvidt andre medier var på sporet av sakene våre. Men vi var rimelig sikre på at det var umulig å ta oss igjen, eller å få tak i dokumentasjonen vi satt på.

- Vi sjekker vi både postlistene til Helsetilsynet og OUS, flere ganger hver dag, for å se om saken er lagt ut.
- Vi ringte saksbehandler i Helsetilsynet for å høre om noen andre medier hadde tatt kontakt.
- Vi fikk vite at det kun er to studenter som jobber med å arkivere i postjournalene. De jobber bare tirsdager og torsdager, noe som ga oss mer tid.
- Den 5. desember blir redegjørelsen fra sykehuset publisert i OEP.
- Vi visste dermed at vi kun hadde noen få dager på å publisere.
- Vi tok kontakt med kildene våre for å verifisere opplysningene vi nå hadde tilgang på.
- Den 5. desember ringer vi nevrokirurg Per Kristian Eide for å konfrontere ham med opplysningene vi sitter på.
- Vi snakker med Eide i 45 minutter i telefonen og vi tar opp samtalen til eget bruk. Han mener vi kommer til å ødelegge all forskning på dette området dersom vi publiserer saken, og at dette er en hevnaksjon fra noen andre på nevrokirurgisk avdeling.
- Vi velger til slutt å publisere den første saken 6. desember.

9.24 Redigering, prioritering og publisering av første sak

Opp mot publisering av første saken om biopsiene har vi mange diskusjoner med redaksjonsleder Niklas Lysvåg og nyhetsredaktør Jan Ove Årsæther om publiseringstidspunkt. Vi har et dilemma fordi den første saken vår kommer til å være mellom 6 og 7 minutter lang, og på grunn av håndball EM er det ikke vanlig 21-sending, men en kort nyhetssending klokken 22 etter håndballen. Samtidig har denne sendingen mange seere. Vi får ja fra nyhetsledelsen for at saken skal gå i 22-sendingen 6. desember. Vi får 7 av 10 minutter av sendingen. Men siden det er sent på kvelden gjør vi flere grep for å få seerne over fra håndballen.

- **Tett samarbeid med nettdesken og Kjell Persen, slik at saken blir publisert i skriftlig versjon kl. 21.40 på tv2.no.**
- **Vi teaser saken både i 18.30-sendingen og to ganger underveis i håndballsendingen mellom 21.30 og 22.**
- **Sender ut saken til NTB slik at andre redaksjoner også kan plukke opp saken.**

9.25 Butikk i butikken

De to første sakene skal handle om biopsiene og trykkmålingene. Den siste saken skal handle om at sykehuset allerede i 2008 fikk råd om å sparke hjernekirurgen fordi de mente han drev butikk i butikken.

Vi kjenner til at Per Kristian Eide hadde vært involvert i en varslingssak mot den tidligere ledelsen ved klinikken. Denne saken har også vært omtalt i media tidligere. Her måtte vi etter hvert sørge for å få enda mer dokumentasjon om hva dette egentlig handlet om.

Av flere uavhengige kilder har vi fått tilgang på flere rettsdokumenter. I tillegg tid sakene som går på behandlingen av pasientene viser det seg at denne saken også har en annen økonomisk side. Det har tidligere vært omtalt flere store personalsaker og konflikter på denne avdelingen, men nå satt vi på hemmelige stevninger, forlik og rapporter som er skrevet av eksterne advokater.

Kollega og krimjournalist Jens Christian Nørve har mye mer erfaring enn oss på å lese rettsdokumenter. Han får hovedansvaret for å lage den tredje reportasjen som går på økonomiske motiver og konflikter ved avdelingen. Arbeidet han gjør med å gå gjennom den omfattende rettsdokumentasjonen resulterer i den tredje hovedsaken om butikk i butikken.

9.26 Kartlegging av konflikten

Vi kartla overlege Per Kristian Eides roller ved hjelp av søkeverktøyene til Bizweb og Dun & Bradstreet. Her går det frem at Eide er eeneier i selskapet PK Holding AS. Dette selskapet eier igjen 70,8 % av selskapet

dPCom AS. På dPComs hjemmesider går det frem at firmaet utvikler og selger utstyr for trykkmåling av hjernen til sykehus i Norge og utlandet. Ved gjennomgang av årsregnskapene til en av de andre eierne av dPCom – investeringselskapet Gezina AS – fant vi ut at dPCom i 2011 ble verdsatt til i overkant av 25 millioner kroner.

Per Kristian Eide etablerte selskapet i 2001 under navnet Sensometrics. Dokumentasjon som vi senere fikk (stevning til Oslo tingrett) viste at dette var samme år som Eide ble fast ansatt ved Nevrokirurgisk avdeling ved Rikshospitalet. Han satt selv som eneeier av selskapet frem til 24. august 2006 (styreleder frem til 7. desember 2012 og daglig leder frem til 12. desember 2012).

Fra kilder fikk vi høre at det hadde vært en konflikt mellom Rikshospitalet og Eide rundt rettighetene til utstyret som firmaet hans solgte. Konflikten skulle ha blitt løst med et forlik. Vi bestemte oss for å gå gjennom berammingslistene til Oslo tingrett for å se om vi fant spor av saken. Gjennomgangen viste at Rikshospitalet og dPCom/Eide skulle ha møtte hverandre i tingretten 3. november 2009. Samme dag ble det avsagt en kjennelse i tingretten: «Hevingskjennelse ved forlik». Vi fikk en kopi fra Oslo tingrett av den kortfattede kjennelsen. Den inneholdt ingen informasjon om uenigheten eller forliket, bare at partene hadde begjært saken hevet som forliket noen dager før de skulle ha møttes i retten.

Men kjennelsen ga oss navnene på alle advokatene som var involvert i saken. OUS sin advokat Ingvild Hanssen-Bauer viste seg å være partner i landets største advokatfirma Wikborg Rein. Vi hadde tidligere fått informasjon om at et større advokatfirma hadde gjennomført en granskning av Per Kristian Eide og hans private firma dPCom på oppdrag fra ledelsen ved Rikshospitalet.

Oslo tingrett satt ikke på annen dokumentasjon i saken enn selve kjennelsen. Stevningen med vedlegg fra dPCom/Per Kristian Eide og tilsvaret og motsøksmål fra OUS var returnert til partene like etter forliket i 2009. Vi bestilte alle årsregnskapene til dPCom AS fra 2001-2011 fra Brønnøysundregisteret for å se om vi fant informasjon om uenigheten, stevningen og forliket. Det eneste vi fant om konflikten var en setning i styrets årsberetning for 2009: «Konflikten med Rikshospitalet ble løst ved forlik i oktober 2009, og dPCom ser seg svært godt fornøyd med avtalen.»

9.27 Taushetsbelagte opplysninger

Vi satte oss som mål å få ut mest mulig dokumentasjon om konflikten og forliket. Vi tok kontakt med flere av kildene i og rundt OUS-systemet vi etter hvert hadde bygd opp et tillitsforhold til og fortalte det vi visste ut fra offentlig tilgjengelig informasjon. Fra en fikk vi beskjed om at alt rundt forliket var taushetsbelagt. Fra en kilde fikk vi en kopi av en orientering som var gått til Nevrokirurgisk avdeling/Nevroklivikken om forliket som var inngått med dPCom/Eide. I denne orienteringen på tre sider, datert 29. oktober 2009, fikk vi en del bakgrunnsinformasjon om konflikten – og forliket. Informasjonen som fremkom her brukte vi igjen overfor flere kilder for å få ut mer informasjon/dokumentasjon om selve uenigheten om rettighetene til oppfinnelsene. Noen av kildene ble enda tryggere på oss, siden vi kom med informasjon som de visste at de ikke hadde bidratt med. Nok en gang gi og ta. Denne arbeidsmetoden førte til at vi til slutt fikk kopi av stevningen dPCom/Eide (Advokatfirmaet Grette) hadde sendt Oslo tingrett og tilsvaret og motsøksmålet fra OUS (Advokatfirmaet Wikborg Rein).

Disse dokumentene ga oss en grundig innføring i konflikten som toppet seg i 2008. Da hadde Rikshospitalet engasjert Wikborg Rein for å vurdere rettighetsspørsmålet og Eides habilitet. De konkluderte med at Rikshospitalet eide rettighetene til flere av oppfinnelsene som dPCom solgte – fordi de mente Per Kristian Eide hadde utviklet utstyret i arbeidstiden på Rikshospitalet. Ettersom Rikshospitalet var et av sykehusene som hadde kjøpt inn utstyr fra dPCom mente advokatfirmaet at Eide var inhabil i forhold til innkjøpene. De mente han hadde opptrådt illojalt over flere år og anbefalte sykehuset om å gå til oppsigelse av Eide og få politiet til å vurdere om han hadde begått lovbrudd.

Det var dPCom og Per Kristian Eide som trakk sykehuset for retten gjennom en stevning 6. mai 2009. De ønsket at Oslo tingrett ved dom skulle fastslå at det var de som eide rettighetene til oppfinnelsene. Av orienteringen om forliket går det frem at dPCom og Eide vant frem og beholdt rettighetene til oppfinnelsene – og at han fikk fortsette som overlege ved sykehuset. Eide ble heller aldri politianmeldt. Dette er problemstillinger vi fremdeles jobber journalistisk med.

10. Spesielle erfaringer du vil nevne.

10.1 Tidsbruk og tidspunkt

Tidsbruken ble aldri noe tema for vår redaksjonsleder, men vi følte på det hele tiden. Når man har jobbet med et tema så lenge kommer man lett i klemma der forventningene (i hvert fall våre egne) stiger parallelt med tiden som investeres. Men hver gang vi ble utålmodige på egne vegne og kjente på en lukt av råtten samvittighet overfor kollegaer – fikk vi beskjed om å ha is i magen. Det gjorde det mulig å dykke ned i materie vi ellers aldri ville turt å gå løs på.

Tidspunktet for publisering ble derimot mer komplisert enn vi hadde sett for oss. Å jobbe så lenge med en sak og publisere den rett før jul er ikke ideelt. Både fordi vi har korte sendinger, og rett og slett fordi de kun ga oss to uker til å publisere tre hovedsaker inkludert oppfølgere før både vi og de fleste andre tok juleferie. Slik vi ser det hadde det vært mer ideelt å publisere slike saker tidligere på året slik at det blir bedre tid til å følge opp og slik at kanskje enda flere medier hadde tatt tak i saken.

10.2 Identifisering

Skulle vi identifisere nevrokirurgen? Dette spørsmålet ble drøftet grundig både oss imellom og med redaksjonsledelsen. Til slutt falt vi ned på at vi ville identifisere ham både med navn og bilde. Dette ble gjort fordi saken er såpass alvorlig, og det er flere pasienter som har blitt alvorlig skadet. En hjernekirurg er en person i en stilling som har både makt og ansvar, og vi mener han må kunne stå for det som har skjedd. I tillegg er det bare rundt 50 hjernekirurger i Norge, og dersom vi hadde valgt å ikke identifisere kunne andre leger bli mistenkt. Samtidig hadde vi hele tiden i bakhodet at Helsetilsynet ikke hadde konkludert med noe enda, og vi måtte være forsikte med og ikke forhåndsdømme. Men det at legen selv innrømmer i sin redegjørelse til Helsetilsynet at det er hans forskning som er årsaken til at flere personer har blitt skadet, er også en tungtveiende grunn for å identifisere ham med navn og bilde. I tillegg ville saken om «Butikk i butikken» og firmaet dPCom gjøre det veldig vanskelig og ikke identifisere mannen som eier 71 prosent av aksjene.

10.3 Drittpakker og «chicken race»

Vi publiserte de to første hovedsakene med en døy ukes mellomrom. Arbeidet med den siste saken om butikk i butikken skulle vise seg å bli enda mer betent og vanskelig å håndtere for sykehuset. Det vi skulle presentere på nyhetene var alvorlig beskyldninger mot legen - og hans økonomiske interesser ved å trykkmåle pasientene ved nevrokirurgisk avdeling

Vi er svært opptatt av at Eide skal få muligheten til å svare for seg. Derfor har vi en dialog som gikk over åtte dager med kommunikasjonsavdelingen ved Oslo universitetssykehus for å få Eide til å stille til et intervju med oss og fortelle sin side av historien. Han går etter hvert med på å møte oss, men nekter å stille til et intervju. Sophie, Hanne og Jens møter Eide og hans advokat i firmaet Grette på Aker Brygge til et nesten fire timer langt møte, uten at det ender i noe intervju. Han forteller sin side av saken, og vi tar det til etterretning - men han ønsker ikke å bli sitert på noe fra møtet.

Samme dag som vi skal publisere den siste hovedsaken bruker vi også mye tid på å avklare tilsvaret. Gjentatte ganger spør vi om Eide eller hans advokat ønsker å stille til intervju. De nekter. Hanne har tidligere i uken intervjuet sykehusdirektør Bjørn Erikstein etter et åpent styremøte der saken ble diskutert, men sykehuset ønsker ikke å si noe mer utover det intervjuet. Eide nekter fortsatt å si noe, men til slutt får vi en epost med et skriftlig sitat fra ham som de ønsker at vi bruker i saken. Det velger vi også å gjøre.

Men, tre kvarter før saken skal gå i hovedsendingen 21.00 kommer det en e-post til Jens fra klinikkleidelsen. Klinikksjef Olav Røise og avdelingsleder Sissel Reinlie skriver at de mener hele saken, som vi har brukt et halvt år på å avsløre baserer seg på en hevnaksjon fra to leger ved avdelingen – som de navngir. De hevder at dette er en direkte konsekvens av den store konflikten på avdelingen i 2009.

Dette er e-posten som ble sendt til oss fra avdelingslederens private e-post rett før sending, kl. 20.14:

De krever at vi bruker dette sitatet i saken. En udokumentert påstand (fra en arbeidsgiver) om en hevnaksjon som skal være iverksatt av to ansatte navngitte leger.

Vi kunne nesten ikke tro det vi leste. Kveldsredaktør

Sveinung Habbestad er helt klar på at vi ikke publiserer dette sitatet. Men vi gir tilbakemelding om at vi gjerne snakker mer med dem om saken. Vi kjente nå godt til bakgrunnen for at klinikkledeisen hevdet at dette bunner ut i en svertetekampanje, og hadde egentlig ventet på at et slikt utspill kunne komme. Men mer overraskende var det at det kom 45 minutter før sending. På dette tidspunktet var det helt avgjørende at vi hadde en vaksjef som hadde tatt seg tid til å sette seg inn i saken og fulgt den gjennom høsten, til tross for at det mest sannsynlig var måneder til den skulle på lufta.

Vi valgte å svare på e-posten - med en kopi til informasjonsavdelingen - der vi ba om å få mer informasjon om og dokumentasjon på den angivelige hevnaksjonen ettersom dette selvfølgelig var noe vi ønsket å se nærmere på.

På ettermiddagen dagen etter får vi en e-post fra informasjonsavdelingen der de beklager at e-posten i det hele tatt var sendt, og at ledere på sykehuset selvfølgelig ikke skal navngi ansatte og omtale personalsaker på den måten i media.

Vi oppfattet e-posten fra Røise og Reinlie som et desperat forsøk på å få stoppet saken i siste liten etter direkte press fra Per Kristian Eide og hans advokat.

10.4 Tilsvar

Det var naturligvis også svært viktig for oss å høre Per Kristian Eides versjon av denne saken. Likevel var vi redd for at han og andre på avdelingen hans ville legge lokk på saken dersom vi tok kontakt med dem for tidlig i prosessen. Det var viktig å ha all dokumentasjon på plass før vi startet med konfrontasjonene.

Vi tok kontakt med Per Kristian Eide dagen før publisering. Vi snakket med ham i telefonen i tre kvarter, uten at vi klarte å overbevise ham om å stille til noe intervju. Han fortalte at han mente vi uansett kom til å vri på svarene hans, og han så ikke noen grunn til å fortelle sin side av saken. Han mente at dersom vi publiserte saken ville vi ødelegge all forskning på dette området, og at dette var en hevnaksjon fra hans fiender på avdelingen. Dette var alle ting vi var forberedt på at han kom til å si. Vi opplyste om at han kom til å bli identifisert med navn og bilde, og at vi gjerne kom dit han var for å gjøre intervjuet, men at planen i utgangspunktet var å publisere saken dagen etter.

Dagen etter tok vi på nytt kontakt med Eide for å høre om han ville stille til intervju, det ønsket han fortsatt ikke. Saken ble dermed publisert med et tilsvar fra sykehuset der de valgte å sende forskningsdirektør Erlend Smeland. Vi gjorde også flere forsøk i løpet av helgen etter å få kontakt med Eide, men da hadde han skrudd av telefonen. Fordi vi forstod at dette ble en personlig belastning for Eide, valgte vi å ikke oppsøke han hjemme eller ringe ham på hjemmetelefonen. Da vi ikke klarte å oppnå kontakt med ham, lot vi kommunikasjonen gå via informasjonsavdelingen ved sykehuset. Vi sendte ham også flere muligheter til tilsvar på e-post.

10.5 Kildebeskyttelse

Vi var hele tiden klar over at alle vi hadde kontakt med var utsatt for en potensiell kildejakt fra sykehusledelsen sin side. Alle vi hadde kontakt med brukte sine private e-postadresser, og var forsiktige med bruk av mobiltelefon. Alle møteplasser ble også grundig vurdert. Både Sophie og Hanne har jobbet så mye med Oslo universitetssykehus at vi er blitt kjente fjes for ledelsen ved sykehuset. Derfor ble også dette tatt hensyn til når vi valgte møtesteder.

Fra: Gunn Sissel Reinlie [<mailto:sissel.reinlie@gmail.com>]
Sendt: 19. desember 2012 20:14
Til: Jens Christian Nørve
Kopi: Olav Røise
Emne:

Sykehuset kan bekrefte at [redacted] iverksatte hevnaksjoner vedrørende patenter m.m. etter at Per Kristian Eide hadde varslet om sterkt kritikkverdige forhold ved avdelingen i 2009. Disse personene ga Wikborg og Rein feil fakta i saken. Forholdene ble gransket.

[redacted] Det er et fantastisk team av ekspertise på avdelingen i dag og klinikkledeisen har full tillit til Per Kristian Eide.

mvh
SReinlie og ORøise
Klinikk for kirurgi og nevrofag
Oslo universitetssykehus

Vi har vært veldig nøye med å ikke avsløre i kildesamtaler hvilke andre personer vi har snakket med. Etter det vi vet er ingen av våre kilder klar over hvem de andre kildene våre er. For å unngå dette, ble også ordvalg viktig da vi snakket med de forskjellige personene i sakskomplekset.

Våre skulle kunne være helt sikre på at de ikke kunne bli avslørt av oss overfor andre kollegaer. Etter hvert merket vi at dette ga uttelling, og at folk følte seg trygge. Og dermed ga oss informasjon.

II. Konsekvenser

- **Forskningsprosjektet ble umiddelbart stoppet etter at TV 2 begynte å se på saken.**
- **Helsetilsynet opprettet tilsynssak mot sykehuset og skal se på forskningsprosjektet til Per Kristian Eide.**
- **Sykehuset har startet en egen intern granskning av forskningsprosjektet.**
- **Både i tilsynssaken som gjelder Samuel Bertnsen og hjerneforskningssaken må Helsetilsynet hente inn sakkyndige fra utlandet, fordi de ikke mener det finnes habile fagpersoner i Norge.**

12. Sted og dato, underskrift

.....den.....

.....
Sophie Lund Aaserud

.....den.....

.....
Hanne Taalesen

.....den.....

.....
Jens Christian Nørve