

VG

**Metoderapport
SKUP 2021**



**SYKEHUS-
VARSLERNE**

Camilla Huuse, Ronny Berg, Nanna Johannessen og Mona Grivi Norman

INNHold

1. INNLEDNING	1
2. SLIK KOM ARBEIDET I GANG	1
3. METODE: PASIENTSKADENE	2
3.1 Fra én til tre historier	2
3.2 Vurdering fra helsejurister	2
3.3 En håpefull innsynsbegjæring	2
3.4 Ulike avvikssystemer og et nytt kodeverk.....	3
3.4.1 Innsyn i blanke avviksskjemaer	3
3.4.2 Innsyn i NOKUP-koder	3
3.4.3 Skreddersy innsynsbegjæring.....	4
3.5 Avslag, klager og taushetsplikt	4
3.6 Hvordan få tak i anonyme pasienter?	5
3.6.1 Brev via sykehus	5
3.6.2 Innsyn og brev via NPE.....	5
3.6.3 Innsyn og brev via Pasientombudet	5
3.7 Manuell koding og vasking av data	5
3.8 Corona-dødsfall på Sykehuset Telemark	6
3.8.1 Dato på varselmeldinger.....	6
3.8.2 Coronasmitte på sykehusene	6
3.9 Nytt innsyn for unntaksåret 2020.....	6
4. METODE: TILSYNSSVIKTEN	7
4.1 Historien om Even.....	7
4.2 Ruskonsulenten som ikke fantes	7
4.3 Fant flere feil.....	7
4.4 Varselvurderingen.....	7
4.5 Jakten på ni menn.....	8
4.6 Innsyn hos Helsetilsynet	8
4.7 Innsyn hos Statsforvalterne.....	9
4.8.1 Hvordan avsløre varselvurderingene?.....	9
4.8.2 Sammenligne journaler og varselvurderinger	10
4.9 Endre en dødsmelding.....	10
4.10 En barnelege i Bergen	11
5. METODE: VARSLER OG DOBBELTROLLER	11
5.1 Sykehusvarslene 2018 - 2020.....	11
5.2 Bruke NOKUP-koder til å finne varslingspliktige saker	11
5.3 Juridisk gjennomgang av 300 saker	12
5.4 Konflikten på OUS	12
5.5 Få patologer til å vurdere obduksjonsrapport.....	12
5.6 E-post advarer om VGs arbeid	13
5.7 LinkedIn og ansattlister	13

6. ETIKK OG KILDER	14
6.1 Detaljer om selvmord i varselvurderinger	14
6.2 Video av spebarn som skal dø	14
6.3 Lydopptak av helsepersonell	14
6.4 Sårbare kilder og åpne prosesser	14
6.5 Navngi leger og helsepersonell	15
7. MOTSTAND OG SPESIELLE ERFARINGER	15
7.1 Regjeringen la ned meldeordningen og slettet 70.000 varsler.....	15
7.2 Helse Bergen, OUS og intervjuer	15
7.3 Tilsynsdirektøren og lunsjmøtene	16
7.4 Innsyn som ble forsøkt trukket tilbake	16
8. SLIK HAR ARBEIDET VÆRT ORGANISERT	16
9. DETTE ER NYTT	16
10. KONSEKVENSER	18
12 VEDLEGG	21

INNSENDERE

Camilla Huuse, camilla.huuse@vg.no, 91138919

Ronny Berg, ronny.berg@vg.no, 90020279

Nanna Johannessen, nanna@vg.no, 95050593

Mona Grivi Norman, mona.norman@vg.no, 95780073

Takk til:

Synnøve Åsebø, Anders Sooth Knutsen, Jari Bakken, Svein Kjølborg, Gisle Oddstad, Jonas Nilsson, Hanna Kristin Hjarðar, Espen Rasmussen, Torfinn Weisser, Simen Grytøyr

Publisert:

Fra 14. februar 2021. Arbeidet fortsetter inn i 2022.

Kontaktperson:

VG ved Camilla Huuse
Akersgata 55, 0170 Oslo

Redaksjon:

Verdens Gang, Pb. 1185 Sentrum, 0170 Oslo

Lenke til alle publiserte saker ligger som vedlegg til metoderapporten.

1. INNLEDNING

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

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

Bak mange tusen av disse meldingene skjuler det seg feil som førte til at mange mennesker fikk livet ødelagt. [Sølvi](#) fikk behandling for feil type kreft. [Mads](#) døde bare 16 dager etter fødselen. [Even](#) tok livet sitt da han ble skrevet ut av rusbehandling. [Inge](#) ble lam fra halsen da kirurgen gjorde en feil. [Hilde](#) ble mistenkt for å ha tatt livet av datteren sin. [Christine](#) fikk en dødelig dose medikamenter.

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

De fleste pårørende legger til grunn at riktige instanser blir varslet om dødsfall. At de som har ansvaret for å kontrollere sykehusene, ikke gir seg før de finner ut hva som sviktet.

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

Og vi har avslørt hvordan Helsetilsynet årlig legger vekk hundrevis av varsler uten å snakke med pasienter og pårørende - eller lese et eneste dokument. Den eneste de snakker med før saken henlegges, er en leder ved sykehuset der feilen har skjedd.

VGs saker har avslørt manglende rettssikkerhet for befolkningen og ført til en nasjonal granskning av tilsynsordningen. Flere familier har for første gang fått svar på hva som skjedde da deres kjære døde. Avsløringene har ført til at hele systemet er endret: **I fremtiden skal ingen sykehusvarsler legges bort - uten at de pårørende har blitt hørt.**

2. SLIK KOM ARBEIDET I GANG

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

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

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

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

3. METODE: PASIENTSKADENE

3.1 Fra én til tre historier

Fra januar 2018 jobbet Camilla med saken om Jostein ved siden av sitt vanlige arbeid i nyhetsavdelingen. Hun søkte innsyn i dokumenter som omhandlet dødsfallet og snakket med kilder ved sykehuset. To år tidligere hadde Bergens Tidende omtalt en bitter arbeidskonflikt ved avdelingen der Jostein ble behandlet. Hadde krangelen mellom kirurgene påvirket oppfølgingen av dødsfallet? Ifølge en rapport fra Fylkesmannen hadde konflikten “gått utover pasientsikkerheten”. Skulle flere saker enn dødsfallet til Jostein vært varslet til Helsetilsynet?

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

Hadde vi funnet tre saker hvor sykehuset brøt loven?

3.2 Vurdering fra helsejurister

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

Hver eneste gang det skjer en uønsket hendelse ved et norsk sykehus, skal de ansatte registrere et avvik i sykehusets interne system. Det kan være alt fra et hull i vaktlistene eller en lypære som er gått – til en pasient som opereres i feil bein eller får en dødelig dose medisin. Spesialisthelsetjenestelovens §3.3a pålegger helsepersonell å varsle tilsynsmyndighetene dersom hendelsen er alvorlig. Men for at varslingsplikten utløses, må skaden være upåregnelig (uventet) og skyldes svikt i helsehjelpen.

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

Ettersom varslingsplikten er skjønnsmessig, ba vi om hjelp fra tre av Norges fremste helsejurister: Marit Halvorsen, Aslak Syse og Anne Kjersti Befring. De sa seg villige til å lese de anonymiserte journalene, og slo raskt fast at begge sakene var klart varslingspliktige. Det samme var dødsfallet til Jostein.

Hvordan kunne vi gå fram for å finne alle de alvorlige hendelsene som sykehusene skjulte for tilsynsmyndighetene?

3.3 En håpefull innsynsbegjæring

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

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

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

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

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

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

3.4 Ulike avvikssystemer og et nytt kodeverk

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

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

3.4.1 Innsyn i blanke avviksskjemaer

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

For å se hva slags informasjon de ulike systemene inneholdt, ba vi om innsyn i blanke avviksskjemaer for å se nøyaktig hvilke felter de ansatte må fylle ut når de registrerte en uønsket hendelse. Et av feltene gikk igjen i alle systemene: Ansatte måtte fylle inn om hendelsen var varslet som en 3.3a-melding. **Et nasjonalt datasett ville altså gi oss svar på hvor mange hendelser som ikke var varslet til Statens helsetilsyn.**

3.4.2 Innsyn i NOKUP-koder

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

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

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

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

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

NOKUP 1 ville gi oss svar på klinikk og avdeling - og dermed hva slags type pasient det var snakk om (f.eks. kreftpasient, kirurgi). NOKUP 2 kunne gi svar på hva som hadde skjedd (f.eks. feilmedisning, fall, operasjonsskade). NOKUP 5 kunne gi svar på hvilke følger hendelsen hadde fått

(f.eks. Død, alvorlig skade). I tillegg ba vi om innsyn i fritekstfelt eller en beskrivelse av hendelsen og hvorvidt det var sendt en 3.3a-melding. Totalt var det åtte kolonner som skulle fylles ut for hvert sykehus.

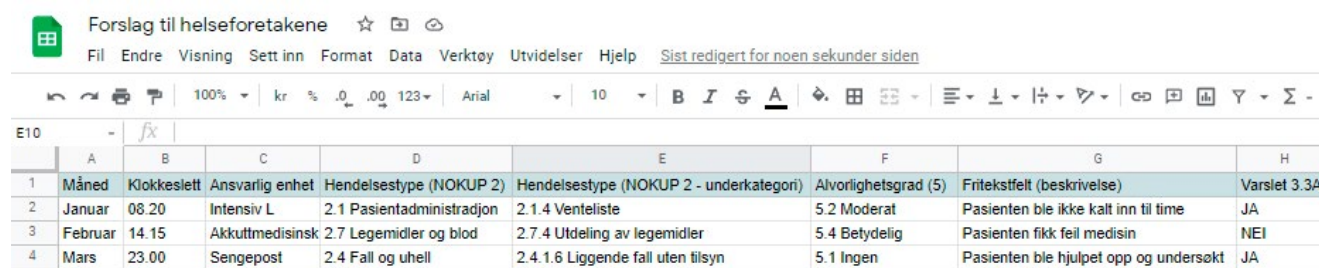
3.4.3 Skreddersy innsynsbegjæringer

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

For eksempel:

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

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



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

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

3.5 Avslag, klager og taushetsplikt

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

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

**Samtidig kom de første avslagene. Omtrent halvparten av sykehusene innsyns-
begjæringen vår med to ulike begrunnelser:**

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

Vi klaget på avslagene med disse argumentene:

- Opplysningene i NOKUP-kodene er ikke knyttet til taushetsbelagte opplysninger og omfattes ikke av taushetsplikten. Fritekstfeltene skal ikke inneholde personsensitive opplysninger.

- Opplysningene vi ba om finnes allerede i de interne avvikssystemene. Norske sykehus skal ha oversikt over egne avviksmeldinger, og disse skal behandles på styremøte i sykehuset hvert år. Det var sykehusets plikt å ha oversikt over dataen VG etterspurte.

Flere sykehus utleverte opplysningene etter å ha mottatt klagen. Fem klager ble sendt til behandling hos Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet konkluderte med at pressen hadde rett til innsyn i anonymisert data (NOKUP), hendelsessted og måned, men ikke innhold fra fritekstfelt.

For en del av sykehusene satt vi derfor igjen med kodeverket - uten beskrivelser.

3.6 Hvordan få tak i anonyme pasienter?

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

3.6.1 Brev via sykehus

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

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

3.6.2 Innsyn og brev via NPE

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

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

3.6.3 Innsyn og brev via Pasientombudet

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

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

3.7 Manuell koding og vasking av data

Gjennom sommeren og høsten 2019, begynte vi å få svar på innsynsbeğjeringene fra helseforetakene. Selv om regnearkene vi nå fikk var bedre enn ved første forsøk, var dataene lite egnet

til analyser. Der ett sykehus hadde gitt oss NOKUP-koder, hadde et annet sykehus gitt oss tekst fra NOKUP-kodeverket. Noen sykehus markerte varslede saker med en X, mens andre skrev "JA".

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

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

Vi vurderte frem og tilbake: Kunne vi la viktige avsløringer ligge? Hvordan ville de pårørende reagere? Vi hadde brukt halvannet år på å få innsyn i alle avvik fra 2018 - ville funnene være utdatert før vi publiserte? Ville det i det hele tatt være mulig å hente sakene opp igjen over pandemien?

Den ekstraordinære nyhetssituasjonen trumfet alle bekymringene. Vi kontaktet de pårørende og fortalte at vi måtte legge publiseringen på is.

3.8 Corona-dødsfall på Sykehuset Telemark

Gjennom 2020 jobbet vi alle med å dekke pandemien og konsekvensene av nedstengingen. I januar 2021 leste Camilla en sak på NRK Vestfold og Telemark, der hun fikk bruk for det hun hadde lært om avvik før pandemien. På Sykehuset Telemark var flere pasienter døde etter å ha blitt smittet av covid-19 inne på sykehuset. 18. januar sa sykehusdirektør Tom Helge Rønning til NRK at alle dødsfallene var varslet til Helsetilsynet.

Da Camilla intervjuet datteren til en av de avdøde, nevnte hun i en bisetning at familien ikke hadde hørt fra Helsetilsynet. Smitteutbruddet og dødsfallene skjedde i starten av desember. Vi var nå i midten av januar. **Stemte det sykehusdirektøren sa til NRK?**

3.8.1 Dato på varselmeldinger

Via Facebook-grupper og lokalmiljøet i Telemark, fikk vi kontakt med flere familier som var rammet. Med samtykke fra de pårørende ba vi Helsetilsynet om innsyn i dokumenter som viste når dødsfallene var varslet. Alle varslene var sendt 18. januar - samme dag som direktøren ble intervjuet av NRK. Loven sier at slike varsler skal sendes samme dag som de skjer eller senest påfølgende dag. Her hadde det gått over en måned.

3.8.2 Coronasmitte på sykehusene

Var det mulig å fortsette prosjektet vårt, med pandemien som bakteppe? I februar ba vi alle helseforetakene svare på hvor mange pasienter som var smittet av covid-19 inne på sykehuset, hvor mange som døde etter slik smitte - og hvorvidt dødsfallene var varslet til tilsynsmyndighetene.

Flere helseforetak erkjente at dødsfall ikke var varslet til Helsetilsynet, men at de nå ville skynde seg og gjøre det.

3.9 Nytt innsyn for unntaksåret 2020

Etter å ha funnet flere covid-19-dødsfall som ikke var varslet til Helsetilsynet, fortsatte Camilla og Mona å snakke sammen om databasen med avviksmeldinger som hadde blitt liggende da

pandemien kom. Dersom vi ba om de samme dataene for 2020, kunne vi undersøke for to hele år. Det ville gi oss mulighet til å sammenligne og se en utvikling over tid. Samtidig kunne vi finne nye saker til dekningen av pandemien.

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

4. METODE: TILSYNSSVIKTEN

4.1 Historien om Even

Nesten samtidig publiserte Ronny og Mona en sak som skulle lede prosjektet vårt i en ny retning. Vi hadde så langt undersøkt svikt i sykehusenes varsling til Helsetilsynet. Snart skulle vi også oppdage svikt i Helsetilsynets behandling av alvorlige varsler. Artikkelen i VG handlet om ni pasienter som ble skrevet ut for raskt fra rusbehandling i Bergen under pandemiutbruddet.

Her uttalte avdelingsdirektør Else-Marie Løberg:

- *“Ingen pasienter som ble skrevet ut i Bergen, ble satt i en farlig situasjon”.*

Samme kveld fikk vi en epost:

- *“Min bror ble skrevet ut fra rusklinikken under nedstengningen. Han valgte å ta sitt eget liv. Even var 34 år og tobarnsfar”*

Snart skulle det vise seg at avdelingsdirektøren hadde kjent til dødsfallet til Even i syv måneder da hun uttalte seg.

4.2 Ruskonsulenten som ikke fantes

På besøk hjemme hos familien til Even, fikk vi lese et brev som Helsetilsynet hadde sendt dem etter dødsfallet. I brevet stod det at Even fikk oppfølging av en ruskonsulent i hjemkommunen etter utskrivelsen, men dette var ukjent for familien.

Vi ringte kommunalsjefen og NAV-lederen i Askvoll. De fortalte at det ikke var noen ruskonsulent ansatt i kommunen. Ingen hadde fulgt opp Even etter at han kom hjem.

Hvordan endte den gale opplysningen om ruskonsulenten opp i brevet til Helsetilsynet?

4.3 Fant flere feil

Vi kontaktet Helsetilsynet, som fortalte at opplysningen bygget på informasjon fra Haukeland sykehus. Ved å sammenligne innholdet i brevet med pasientjournalen til Even, fant vi flere feil: Even *“hadde ingen suicidale tanker”*, stod det i brevet. Men i journalen hans hadde en overlege påpekt: *“forhøyet risiko for selvmord”*.

Helsetilsynet skrev videre at sykehuset skulle utarbeide en hendelsesanalyse etter dødsfallet. Da vi ba Haukeland om innsyn i hendelsesanalysen, fikk vi til svar at de ikke hadde laget noen.

I brevet fra Helsetilsynet stod det også at Even ble henvist til behandling ved voksenpsykiatrisk poliklinikk i Førde. Men det skulle vise seg at sykehuset hadde glemt å sende henvisningen. Den fikk helseforetaket i Førde først 19 dager senere - dagen før Even døde.

Stammet de feilaktige opplysningene fra sykehuset? Eller hadde Helsetilsynet misforstått informasjonen?

4.4 Varselvurderingen

Vi fant feil på feil i Evens sak. Da vi kontaktet Helsetilsynet forklarte fagsjef Morten Venberget

hvordan de jobber når de mottar slike alvorlige varsler: En saksbehandler kontakter sykehuset på telefon og henter inn informasjon om hendelsen. Basert på samtalen skrives en varselvurdering, som danner grunnlaget for om saken skal legges bort eller granskes videre av Statsforvalteren.

Men hva skjer dersom vurderingen inneholder feil?

Statsforvalteren i Vestland la til grunn at informasjonen om Even var korrekt. Faktafeilene om ruskonsulenten, hendelsesanalysen og selvmordsfaren hadde reist hele veien fra Haukeland sykehus, via landets øverste tilsynsmyndighet og lå nå i en skuff i Vestland. Saken ble ikke gransket.

Det var overraskende og urovekkende. Da vi jobbet med pasientskader og avviksmeldinger i 2019, lette vi etter saker som aldri ble varslet tilsynsmyndighetene. Vi tok for gitt at når saken først havnet på bordet til Helsetilsynet, fikk den en grundig behandling. Nå viste det seg at den antakelsen ikke holdt vann. Det rokket ved tilliten til hele varselsystemet.

Da vi fortalte fylkeslegen i Vestland om alle feilene, inviterte han straks moren, søsteren og tanten til Even til et møte og sa unnskyld. **Dagen etter ble det opprettet tilsynssak mot Helse Bergen.**

4.5 Jakten på ni menn

Hva skjedde med de andre pasientene som ble skrevet ut? Til sammen ni menn måtte forlate seksjonen der Even fikk behandling, fortalte avdelingsdirektøren til VG i januar.

Vi kjente kun identiteten til to av dem, og Even var død. I reportasjen fra 9. januar hadde vi intervjuet en nybakt far som het Atle, men han husket ingen navn. Kanskje han kunne hjelpe likevel? Atle fortalte at han pleide å gå på butikken og handle for de som trengte noe. Hvordan betalte de ham? Jo, gjennom Vipps. Vi spurte om å få ringe telefonnumrene fra dem som hadde vippset han penger i februar og mars 2020.

De fleste telefonene skrudd av. Da vi tastet inn ett av numrene på 1881, kom det frem et navn, registrert med til sammen syv telefonnumre. Ingen virket. Til slutt fikk vi kontakt med en person på innsiden av et psykiatrisk sykehus. Han hadde flyttet rett inn i en husbåt da han måtte forlate behandlingsstedet. Men på klinikken hadde han fått en venn for livet. Sånn begynte vi å nøste.

Etter åtte uker med leting hadde vi oppnådd kontakt med åtte av ni utskrevne pasienter fra Seksjon Askøy i Bergen. Alle unntatt Atle, hadde begynt å ruse seg igjen. **Ingen fikk den oppfølgingen som avdelingsdirektøren hadde fortalt VG om.**

4.6 Innsyn hos Helsetilsynet

Etter å ha skrevet om Even satt vi igjen med mange spørsmål om hvordan Helsetilsynet hadde undersøkt saken: Var det ikke veldig lettvinnt å innhente fakta om et selvmord med én telefon, uten å se ett eneste dokument?

I Helsetilsynets egen veileder leste vi at de kunne hente inn pasientjournal og kontakte pårørende og andre som hadde ytt helsehjelp til pasienten. **Hvorfor fikk ikke engang Evens mor fortelle sin versjon til Helsetilsynet? Da ville jo feil kunne blitt oppklart.**

Vi spurte oss hvor mange som hadde opplevd det samme; at varselet om deres nærmeste var blitt lagt bort av Helsetilsynet uten noen reelle undersøkelser. For å svare på det, ba vi om et datauttrekk fra Statens helsetilsyn for 2020:

- Antall varsler om alvorlige hendelser fra spesialisthelsetjenesten, fordelt på helseforetak.
- Antall varsler Helsetilsynet selv opprettet tilsynsak i.
- Antall varsler som ble oversendt Statsforvalteren for videre oppfølging.
- Antall varsler som ble avsluttet etter innledende undersøkelser.

Vi ba også om den samme oversikten for alle varsler som omhandlet selvmord.

Etter fire uker, kom svaret i et regneark. Helsetilsynet hadde blitt varslet om 732 alvorlige hendelser. 285 av disse ble lagt bort uten oppfølging. 434 av sakene ble sendt til Statsforvalteren for tilsynsmessig oppfølging.

Betød det at disse 434 varslene ble undersøkt? Nei, det visste ikke Helsetilsynet noe om. De hadde ingen oversikt over hva som skjedde med sakene de sendte videre. **Dette fortalte oss at tilsynsorganet hadde flere problemer enn at de ikke fikk sakene inn.**

4.7 Innsyn hos Statsforvalterne

Vi brukte den samme innsynsbegjæringen som grunnlag da vi ba landets ti Statsforvaltere om innsyn i deres oppfølging av sykehusvarslene. Men her fikk vi stort sett avslag: Statsforvalterne fortalte at de måtte gå inn i hver enkelt sak og hente ut opplysningene vi ba om, dette lot seg ikke gjøre med enkle fremgangsmåter. De hadde heller ikke oversikt over hvordan varslene om dødsfall og alvorlig skader ble fulgt opp hos dem.

Heller ikke når tilsynsmyndighetene ble varslet om dødsfallet, ble altså de pårørende sikret en grundig undersøkelse av hva som hadde rammet deres kjære.

4.8.1 Hvordan avsløre varselvurderingene?

Tankene begynte å kverne da vi forsto hva vi faktisk hadde funnet ut om de mest alvorlige pasienthendelsene:

- Vi visste om alvorlige hendelser som sykehuset hadde skjult for tilsynsmyndighetene.
- Vi hadde lest varselvurderinger som inneholdt feilaktige opplysninger.
- Landets øverste tilsynsmyndighet manglet oversikt over hva som skjer videre med varslene.
- Og vi visste at varsler kunne bli lagt vekk uten at Helsetilsynet snakket med noen andre enn sykehuset som hadde gjort feilen.

Dette fremsto som et system som sviktet pasientene.

For å avsløre feilene i Even sin sak, hadde vi sammenlignet opplysningene fra varselvurderingen med Evens pasientjournal. Det samme gjorde vi da vi skrev om Mads Gjengedal-Andersskog som døde 16 dager etter fødselen. Foreldrene ga oss tilgang til Mads' pasientjournal, og da vi sammenlignet innholdet med varselvurderingen, fant vi flere feil.

Men hvordan kunne vi avdekke om dette ikke bare handlet om feil i enkeltsaker, men et system som ikke fungerer?

Varselvurderingene inneholder personsensitive opplysninger, og det ville være nytteløst å få innsyn via Helsetilsynet. For å dokumentere feil hadde vi også behov for å sammenligne innholdet med pasientjournalene - og de har kun sykehuset og pasientene selv tilgang til.

Den eneste måten å undersøke varselvurderinger systematisk, var ved å komme i kontakt med et større antall pasienter/pårørende. Vi bestemte oss for å spore opp flere familier som hadde fått saken sin vurdert av Helsetilsynet.

Vi kontaktet NPE og advokater som har spesialisert seg på pasientskadesaker. Advokat Helge Hjort har jobbet med helserett i flere tiår og fortalte at han hadde fått fire selvmordssaker på

bordet under pandemien. I alle varselvurderingene hadde de pårørende oppdaget uriktige opplysninger. Ingen av dem var kontaktet av Helsetilsynet for å gi sin versjon.

Advokaten påpekte surrealismen: Det var som om politiet kun avhørte den mistenkte i en straffesak. For deretter å avsi en dom basert på den mistenktes forklaring alene.

Via advokaten formidlet vi en forespørsel til de fire anonyme familiene. To av dem svarte ja til at vi kunne få undersøke deres varselvurdering og journal.

I Atekst søkte vi opp reportasjer der pasienter hadde fortalt om feilbehandling i lokale og nasjonale medier. De fleste vi kontaktet hadde aldri hørt om varselvurderinger før, men mange ble nysgjerrige på å finne ut hva Helsetilsynet hadde notert i deres sak.

En av familiene vi kom i kontakt med, hadde funnet 11 feil i varselvurderingen som ble skrevet etter at deres 19 år gamle sønn tok livet sitt.

4.8.2 Sammenligne journaler og varselvurderinger

Vi bisto mange pårørende med å hente ut de taushetsbelagte dokumentene vi trengte fra Helsetilsynet og sykehusene. Flere fikk spørsmål om hva de skulle med materialet. Kanskje begynte Helsetilsynet å ane fare på ferde, da en serie pårørende fra hele landet plutselig ringte og ville ha kopi av varselvurderingene sine.

Da vi fikk dokumentene, var det et nitidig arbeid for å ettergå fakta. Varselvurderingene kunne bestå av opptil fire sider med tekst. Pasientjournalene besto gjerne av flere hundre sider. Vi sammenlignet varselvurderingene med journalene. Hver eneste hendelse og hvert eneste ord måtte gjenfinnes. Stemte beskrivelsene overens?

Uoverensstemmelsene ble systematisert for hver enkelt pasient. Til slutt kontaktet vi pårørende og sykehus for å kvalitetssikre funnene våre. Vi undersøkte elleve pasienthistorier – og i samtlige varselvurderinger fant vi minst to feil. Vi spurte ledelsen i Helsetilsynet om hvorfor de ikke oppdaget feilene, og fikk svar: “Utgangspunktet vårt er at vi må ha grunnleggende tillit til aktørene i helsevesenet. Hadde vi hatt en grunnleggende mistillit, måtte vi jobbet på en helt annen måte.”

Til sammen dokumenterte vi over 60 feil og mangler i Helsetilsynets varselvurdering av 11 saker. Alle pasientene døde.

4.9 Endre en dødsmelding

En av de vi kom i kontakt med i arbeidet med varselvurderingene, var moren til Christine Falch. BT hadde tidligere skrevet en sak om den utviklingshemmede kvinnen som døde på Haukeland sommeren 2019. Christine var blitt utsatt for to alvorlige hendelser før hun døde.

Til politiet fortalte sykehuset at Christines dødsfall var naturlig, ifølge politidokumenter. I det interne avvikssystemet til sykehuset ble dødsfallet beskrevet som “*unaturlig*”. En lege hadde notert at Christine hadde blitt tilført beroligende medisin: “*Den høye totaldosen av Midazolam kan ha bidratt til puste og hjertestans*”.

Vi ville finne ut om også Folkehelseinstituttet hadde fått feil informasjon om dødsfallet. Alle som dør i Norge skal nemlig registreres i FHI's dødsårsaksregister. Og den offisielle dødsregistreringen til Christine Falch var “*et gammelt hjerteinfarkt*”.

Rettsmedisineren var enig i at det var underlig, for Falch hadde aldri hatt hjerteinfarkt. Men han hadde heller ikke funnet spor av beroligende medisin i blodet hennes.

Vi kontaktet flere rettsmedisinere, som hadde ulike forklaringer på hvorfor. Medikamentet kunne ha blitt omfordelt i kroppen etter hennes død, mente en. Det kunne hende at blodet til

Falch aldri ble undersøkt for midazolam, sa en annen. Da rettsmedisineren fikk høre dette, sendte han ny dødsmelding til FHI, der han oppførte medikamentforgiftning. **Deretter endret FHI dødsregistreringen til Christine Falch.**

4.10 En barnelege i Bergen

Hver gang vi publiserte saker, ble vi kontaktet av nye lesere som selv hadde opplevd feil i helsevesenet. I april fikk vi en e-post fra samboerparet Hilde og Tor fra Bergen, som fortalte at datteren deres Ingrid døde brått da hun var ti uker gammel. I e-posten stod det at sykehuset ikke hadde undersøkt om datteren fikk forsvarlig hjelp før hun døde. I stedet ble foreldrene meldt til barnevernet og politiet for omsorgssvikt av en barnelege.

“Jeg ble politianmeldt for å ha kvalt min egen datter”, skrev Hilde.

Foreldrene ga oss innsyn i hundrevis av sider med sakspapirer over flere år. I en barneverns-melding leste vi hvorfor barnelegen var urolig for barna til Hilde: *“Risiko for død er økt hos barn som utsettes for mishandling i den medisinske settingen Münchhausen by proxy”.*

Diagnosen kan få en forelder til å påføre barnet sitt sykdom, skade og i verste fall døden. I sakens politidokumenter kunne vi lese at barnelegen hadde fortalt om diagnosen i politiavhør. Sakspapirene viste at diagnosen var stilt av barnelegen selv – uten at Hilde hadde blitt utredet.

Vi kontaktet flere rundt Hilde som kunne vite noe om en eventuell psykiatrisk forhistorie: Fastlege, psykolog, advokat og familie. Ingen hadde noen gang tatt mistanke om diagnosen Münchhausen Syndrom by proxy. Gjennom en gruppe på Facebook, der foreldre diskuterte barn med reflukssykdom, kom vi i kontakt med ytterligere to familier som var meldt til barnevernet av den samme legen. Felles for både dem og Hilde, var at sakene ble henlagt uten mistanke om omsorgssvikt.

Etter at vi siste helg i oktober publiserte saker om de tre familiene, mottok Statsforvalteren i Vestland 13 klager fra andre barnefamilier.

5. METODE: VARSLER OG DOBBELTROLLER

5.1 Sykehusvarslene 2018 - 2020

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

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

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

5.2 Bruke NOKUP-koder til å finne varslingspliktige saker

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

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

- **2.3.7 Kirurgi/invasiv intervensjon**

- **2.3.7.3 Perforasjon av organer**

- **5.5 Død**

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

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

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

5.3 Juridisk gjennomgang av 300 saker

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

Etter å ha vurdert avvikene for 2018 og 2020, landet professoren på at over halvparten av disse sakene burde vært varslet til Statens helsetilsyn. **Han mente VG hadde funnet 169 saker der sykehuset hadde brutt loven.**

5.4 Konflikten på OUS

Et av spørsmålene datasettet vårt ikke svarte på, var hvorfor sykehusene ikke varslet. Tilbake i 2018 fikk vi høre om en konflikt ved Oslo universitetssykehus (OUS) som kanskje kunne gi noen svar. Da vi lette etter tilsynssaker ved sykehusene, fikk vi treff i postjournalen til Fylkesmannen i Oslo og Akershus. Selve tilsynssaken handlet om en pasient som døde på OUS i juni 2018. Men dokumenter i saken tegnet et større bilde: En kirurg hadde havnet i konflikt med ledelsen - fordi hun varslet Helsetilsynet. I en intern rapport som Fylkesmannen hadde fått oversendt fra sykehuset, sto det at dødsfallet ikke burde vært varslet.

Den interne rapporten var ført i pennen av seniorrådgiver Ewa Ness, som vi snart skulle lære mer om.

5.5 Få patologer til å vurdere obduksjonsrapport

På vegne av VG sendte Fylkesmannen brev til de pårørende i 2019. Familien ønsket å snakke med VG og vi fant raskt ut at konflikten handlet om mer enn bare varslingen til Helsetilsynet. De pårørende mente at de var blitt løyet til av sykehuset.

Søsknene Glenn Tore og Teresa Clausen ble kalt inn til et møte på sykehuset i forbindelse med en intern granskning av morens dødsfall. Granskingen ble utført av Hendelsesanalysegruppen ved OUS som skulle sørge for læring etter alvorlige hendelser. Dødsfallet til Turi Clausen (70) var granskernes første sak.

De pårørende hadde tatt opp samtalen med lederen for granskningsgruppen - Ewa Ness - med telefonen. Vi fikk høre lydopptaket der Ness forklarer at Turi døde av kreft. Kirurgen som behandlet Turi, hadde fortalt søsknene at moren døde av lungebetennelse og blodpropp. På lydopptaket sier Ness at dette ikke stemmer.

Søskenparet ga oss tilgang til obduksjonsrapporten etter morens dødsfall. En obduksjonsrapport beskriver hva en pasient døde av - men er vanskelig å lese. Den består av flere rader med romertall, som skal leses fra bunn til topp. For å få hjelp til å tyde rapporten kontaktet vi to patologer som ikke selv jobbet i Helse Sør-Øst. Vi sendte patologene en anonymisert utgave av obduksjonsrapporten og ba om deres vurdering.

Patologene var enige: Pasienten døde av lungebetennelse og blodpropp. Kreftsykdommen sto oppført som den underliggende dødsårsaken. **Kirurgen som hadde varslet dødsfallet til Helsetilsynet, hadde rett da hun fortalte søskenparet om hvorfor moren døde.**

5.6 E-post advarer om VGs arbeid

Da vi ba Fylkesmannen om innsyn i alle sakens dokumenter, fikk vi også innsyn i en intern e-post-tråd mellom kirurgen som varslet Helsetilsynet og lederen i granskingsgruppen, Ewa Ness. En e-post vekket vår interesse:

VG ba for første gang om innsyn i avviksmeldinger fra alle sykehus i mai 2018. Kirurgen som varslet Helsetilsynet om Turi Calusens dødsfall, hadde vært i møte med granskingsgruppa sommeren 2018. Etter møtet sendte kirurgen en e-post til lederen for gruppa. Hun skrev: "Forsto jeg deg riktig da du sa at Helsetilsynet synes det meldes for mange saker og ønsker antallet ned?"

I svaret viser Ness til vårt arbeid: *"VG holder på med en sak om varsler ved alle landets sykehus, ennå ikke publisert, og da vil en streng siling medføre færre varsler enn den ordningen vi har ved OUS. Da kan det se ut som det skjer flere uheldige hendelser her enn ved andre sykehus"*.

Videre i e-posten ble det diskutert om OUS burde legge om varslingsordningen, slik at det var ledere som varslet Helsetilsynet - ikke den enkelte ansatte.

Dette ville ikke føre til færre feil. Det ville føre til at færre feil ble varslet til Statens helsetilsyn.

Etter at vi hadde publisert de første sakene om Helsetilsynets varselvurderinger i september 2021, fikk vi en interessant e-post fra en leser: *"Jeg tenker det kan være nyttig å se på saksbehandlerne i disse sakene. Jeg vet bla at en seniorrådgiver 20% som jobber med tilsyn der også er ansatt i sykehusdirektørens stab hos OUS samt leder OUS psykiatrisk legevakt. Navnet hennes er Ewa Ness."*

Det var over 18 måneder siden Camilla hadde undersøkt konflikten ved OUS, men hun gjenkjente navnet. **Kunne det stemme at Ewa Ness også jobbet i Statens helsetilsyn?**

5.7 LinkedIn og ansattlister

Et kjapt søk på LinkedIn bekreftet at leseren hadde rett. Lederen for den interne granskingsgruppa ved OUS, jobbet også som rådgiver for Statens Helsetilsyn. Var det flere ansatte i Helsetilsynet som hadde slike dobbeltroller?

Statens helsetilsyn har en egen avdeling som behandler varsler fra helsetjenesten – avdelingen for varsler og operativt tilsyn. Vi ba om innsyn i en ansattliste herfra med navn, stillingstittel og stillingsprosent.

Listen vi fikk oversendt besto av 31 navn. Seks personer var ansatt i deltidsstillinger som seniorrådgiver eller fagdirektør i denne avdelingen i Helsetilsynet som behandler varsler om alvorlige hendelser. Gjennom research på Facebook, LinkedIn og kommune-nettsider fant vi ut at disse seks også jobber som overleger, ledere, kommuneoverleger eller fastleger. **De jobber altså selv i helsetjenesten de skal før tilsyn med.**

6. ETIKK OG KILDER

6.1 Detaljer om selvmord i varselvurderinger

Fire av historiene vi har fortalt omhandler selvmord. Både Even, Monas bror, Roy Benny Hansen og sønnen til Ina Kindem hadde tatt sitt eget liv. I tillegg omtalte vi en femte historie anonymt i saken om varselvurderingene.

Media er generelt varsomme med å omtale metoder for selvmord. Dette ble en utfordring for oss i saken om varselvurderingene. Noen av selvmordsmetodene som ble brukt, var brutale. Samtidig fant vi feil i varselvurderingen knyttet til nettopp disse beskrivelsene. Helsetilsynets beskrivelser av selvmordene stemte ikke overens med det som var skrevet i pasientens journal. Og det var nettopp slike feil vi ønsket å presentere i saken. Etter flere diskusjoner, landet vi på at det riktige var å telle opp antall feil i saken, uten å beskrive alle i detalj.

6.2 Video av spebarn som skal dø

Historiene om Mads og Ingrid handlet om små babyer som mistet livet på tragisk vis. I begge sakene satt vi på store mengder videomateriale av babyene like før de døde. I den første presentasjonen av Mads-saken var det flere videoer av den lille babyen som kjempet for å puste. Vi viste saken til flere kollegaer, som alle reagerte sterkt. Hvis de reagerte så kraftig, hvordan ville andre lesere reagere? Vi bestemte oss for å tone ned videobruken kraftig. Det er vondt å se en liten baby kjempe for livet, og vi ønsket at leserne skulle få med seg innholdet i saken – ikke bare de grufulle videoene. Den samme vurderingen gjorde vi da vi publiserte saken om Ingrid noen måneder senere.

6.3 Lydopptak av helsepersonell

I tre av sakene vi jobbet med satt pårørende på lydopptak fra møter med helsepersonell på sykehus. Stadig flere pårørende tar opp lyd, først og fremst for selv ikke å glemme hva som blir sagt. Lydopptakene blir ofte gjort uten at helsepersonell er klar over at det skjer.

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

6.4 Sårbare kilder og åpne prosesser

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

Vi har vært tydelige med kildene på at vi har et strengt dokumentasjonskrav. De pårørende har fått kritiske spørsmål til det de har fortalt. En familie fortalte oss for eksempel at sykehuset ikke hadde tatt kontakt med dem etter et dødsfall, slik de skal etter loven. Da vi sjekket journalen, viste det seg sykehuset hadde forsøkt å kalle inn til et møte - men at de hadde sendt brevet til feil adresse. Alt som handlet om kritikk av sykehusansatte/håndteringen av en alvorlig hendelse, måtte være mulig å dokumentere gjennom lyd eller dokumenter.

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

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

6.5 Navngi leger og helsepersonell

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

7. MOTSTAND OG SPESIELLE ERFARINGER

7.1 Regjeringen la ned meldeordningen og slettet 70.000 varsler

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

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

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

7.2 Helse Bergen, OUS og intervjuer

Da VG i januar 2021 fortalte om rusavhengige som ble utskrevet under pandemien, intervjuet vi direktør for Avdeling for rusmedisin, Else-Marie Løberg. Da våre undersøkelser avdekket at det Løberg hadde sagt i intervjuet ikke stemte, ville hun ikke lenger snakke med oss. Nå var det en kollega lenger ned i systemet - en avdelingsoverlege - som skulle svare VG. Vi fikk aldri svar på hvorfor Løberg hadde uttalt seg uriktig. Avdelingsoverlegen svarte at det var umulig for henne å vite hvorfor avdelingsdirektøren hadde sagt det hun hadde sagt.

Dette mønsteret gjentok seg i flere saker: Sykehuslederen som kjente saken og ble utsatt for kritikk, ville ikke stille til fysisk intervju eller på telefon. Da vi sendte skriftlige spørsmål, ble de besvart av en annen leder på sykehuset “*som ikke hadde inngående kjennskap til saken*” – eller direkte av kommunikasjonsdirektør Erik Vigander.

Ved Oslo universitetssykehus har samtlige forespørsler om fysisk intervju blitt avslått i dette prosjektet. Det er krevende å forholde seg til at Norges største helseforetak, med 22.000 ansatte, ikke kan møte pressen i saker der det fremmes kritikk mot sykehuset. Alle forespørsler om fysiske møter, blir avvist med svar om at spørsmål besvares på mail. Dette handler ikke om kapasitet.

På samme tid har sykehusledere og overleger stilt opp for VGs journalister i saker der det er i sykehusets interesse.

7.3 Tilsynsdirektøren og lunsjmøtene

Lenge ville ikke direktør i Helsetilsynet, Jan Fredrik Andresen, møte oss eller svare på spørsmål. Istedenfor å gi tilsvarende til kritiske kilder i VGs spalter, henvendte han seg direkte til kildene, gjerne rett etter at sakene var publisert: *“Jeg inviterer herved til en lunsj med innlagt dialog om varselordningen tirsdag kl. 11:30 i Helsetilsynets lokaler.”* Dette fikk både Kreftforeningen og Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk på epost. Vi publiserte en sak om lunsjtreffene i oktober i fjor. Etterpå stilte Andresen opp til alle intervjuer VG ba om.

7.4 Innsyn som ble forsøkt trukket tilbake

Da vi ba om innsyn i avviksmeldingen etter Evens dødsfall, vedtok Helse Bergen at innsynet var innvilget. Men før de rakk å sende over dokumentene, opprettet Statsforvalteren i Vestland en tilsynssak mot sykehuset. Da ville ikke lenger Helse Bergen gi oss det vi ba om. Juristen skrev at vedtaket var omgjort og at dokumentene inneholdt taushetsbelagte opplysninger. Vi klaget og argumenterte for at dokumentene inneholdt nøyaktig de samme opplysningene som før. Helsedepartementet behandlet klagen og bekreftet at vår lovforståelse var riktig. Det er en god avklaring for fremtidige innsynssaker.

8. SLIK HAR ARBEIDET VÆRT ORGANISERT

Arbeidet strekker seg over fire år, det har derfor vært flere involvert. Camilla Huuse begynte jobben med den første saken. Fra 2018 fikk hun og Nanna Johannessen noe fritak fra vanlig turnusarbeid for å følge opp saken som vokste. I 2019 ble Mona Grivi Norman skrivende reportasjeleder. Etter at prosjektet fikk en ufrivillig pandemipause, begynte Ronny Berg, Mona og Camilla å undersøke tilsynsmyndighetene. Redaksjonell utvikler Jari Bakken har bidratt med sammenstilling av data og analyser siden 2019. Synnøve Åsebø og Anders Sooth Knutsen har ledet arbeidet.

9. DETTE ER NYTT

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

- Vi avdekket at 80 prosent av alle hendelser med konsekvens død eller betydelig skade aldri ble varslet til Helsetilsynet i årene 2018 og 2020.
- Vi avslørte at det årlig skjer flere titalls alvorlige feilbehandlinger innen kreft, som aldri blir varslet til Helsetilsynet.
- Vi avslørte at flere pasienter fikk alvorlige øyeskader etter feilbehandling ved Helse Møre og Romsdal.
- Vi avslørte at Nevrokirurgisk avdeling ved Helse Bergen unnlot å varsle helsetilsynet om tre alvorlige hendelser og dødsfall. Et av disse var Jostein Moberg.
- Vi engasjerte professor Aslak Syse til å vurdere 300 av pasientskadesakene. Han konkluderte med at den manglende varslingen brøt med spesialisthelsetjenesteloven i 169 av sakene.

- Vi avslørte at Sykehuset Telemark først varslet Helsetilsynet om seks dødsfall knyttet til corona-utbrudd på sykehuset minst to uker etter at de skjedde. Ett dødsfall ble varslet ni måneder etter at det skjedde.
- Vår kartlegging viste at 11 av landets 20 største helseforetak hadde corona-utbrudd inne i sykehuset. Minst 113 pasienter ble smittet av covid-19 mens de var innlagt. Minst 15 av pasientene døde.
- Vi avdekket hvordan 70.000 avviksmeldinger ble slettet for alltid - til tross for at Helsedepartementet mente meldingene skulle gi læring i fremtiden.

VG har avslørt hvordan tilsynsmyndighetene legger vekk varsler og dødsfall som skulle vært undersøkt - uten å snakke med de berørte eller undersøke sakene grundig.

- Vi avdekket at det ikke finnes noen nasjonal oversikt over hvordan varsler om alvorlige hendelser følges opp. Helsetilsynet vet ikke hva som skjer med sakene de sender videre til Statsforvalteren for oppfølging.
- Vi avslørte at færre enn 40 prosent av alle varsler om de alvorligste hendelsene ble fulgt opp med tilsyn i 2020. Under halvparten av alle uventede dødsfall ble fulgt opp med tilsyn.
- Vi avslørte at bare 1 prosent (!) av varslene ble fulgt opp med tilsynsbesøk i 2020.
- Vi avslørte at 71 av 165 varsler om selvmord ble lagt vekk av Helsetilsynet i 2020 etter en kort, innledende undersøkelse.

VG har avslørt at Helsetilsynets varselvurderinger inneholder feil - og at varselordningen ikke fungerer etter hensikten.

- Vi fant 60 feil og mangler i 11 tilsynssaker fra årene 2017-2020. Flere av sakene ble lagt bort av Helsetilsynet, men klaget inn til Statsforvalteren av pårørende. Statsforvalteren fant brudd på forsvarlighetskravet i flere av sakene.
- Vi dokumenterte hvordan Helsetilsynet behandlet dødsfallet til Mads Gjengedal-Andersskog i 2017:
 - Saken ble lagt vekk etter innledende undersøkelser - før Mads var død.
 - Varselvurderingen inneholdt flere feil. To år senere konkluderte Statsforvalteren med tre lovbrudd og Ullevål sykehus fikk sterk kritikk.
 - Ullevål sykehus fulgte ikke opp alle lovbruddene som Statsforvalteren konkluderte med etter at Mads døde i 2017.
- Vi avslørte at Helsetilsynet varslet helseministeren om risiko for svikt og feil ved utvidelse av meldeordningen i 2020. Tilsynet fryktet at pasienter og pårørende ville føle at de ikke ble tatt på alvor, og at sentrale dokumenter kunne inneholde feil og unøyaktigheter.
- Vi kunne fortelle at Janne Helen Hansen måtte vente i over 18 måneder for å få svar på hva som gikk galt da ektemannen Roy døde. Saken dokumenterte at saksbehandlingstiden hos Statsforvalteren i Oslo og Viken er ulovlig.

VG avslørte at minst ni ruspasienter ble utskrevet fra pågående rusbehandling av Seksjon Askøy - uten at de fikk oppfølgingen Helse Bergen hevdet at de skulle få. En av disse var Even som tok sitt eget liv.

- Vi avslørte at det gikk over tre uker fra Even ble skrevet ut fra Seksjon Askøy til Helse Bergen sendte en henvisning til DPS ved Helse Førde.

- Vi avslørte flere alvorlige feil i avviksmeldingen etter Evens død:
 - Helse Bergen skrev at de skulle lage en hendelsesanalyse etter Evens dødsfall. Vi avdekket at det aldri ble gjort.
 - Helse Bergen skrev at Even fikk oppfølging av ruskonsulent i Askvoll kommune. Kommunen har ingen ruskonsulenter.

VG avslørte at politiet og Helsetilsynet fikk uriktige opplysninger og mangelfull informasjon fra Haukeland sykehus om dødsfallet til Christine Falch.

- VG dokumenterte at den reelle dødsårsaken til den utviklingshemmede kvinnen var medikamentforgiftning.

VG avslørte at en barnelege i Bergen diagnostiserte tobarnsmoren Hilde med den sjeldne og farlige lidelsen Münchhausen Syndrom By Proxy - uten å utrede henne først.

- VG kunne fortelle at til sammen 13 barnefamilier i Bergensområdet har klaget på Barneklubben ved Haukeland sykehus.

VG har avslørt hvordan 16 personer i Helsetilsynet har dobbeltroller – de jobber i sykehus og kommuner, samtidig som de jobber i Helsetilsynet.

- Vi avslørte at en OUS-leder - som også er rådgiver i Helsetilsynet – anbefalte kolleger å varsle Helsetilsynet om færre uheldige hendelser.
- Vi avslørte at Helsetilsynet ikke ville undersøke et selvmord i Bergen, fordi psykiateren som varslet dødsfallet hadde en dobbeltrolle, ved at han også jobbet for Helsetilsynet.

10. KONSEKVENSER

- I mai 2021 endret Statens helsetilsyn reglene for hvordan tilsynsmyndighetene skal behandle varsler om alvorlige hendelser ved norske sykehus. Heretter skal ingen saker henlegges uten at Helsetilsynet eller Statsforvalter har snakket med pasienter eller pårørende.
- Høsten 2021 startet Helse- og omsorgsdepartementet en granskning av hele tilsynsordningen i Norge, inkludert Helsetilsynet, Statsforvalteren og Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM). Granskingen er et resultat av VGs avsløringer.
- I mars 2021 åpnet Statsforvalteren i Vestland en tilsynssak mot Helse Bergen etter at VG stilte spørsmål om dødsfallet til Even. Statsforvalteren konkluderte med at sykehuset hadde brutt loven.
- Etter at VG avslørte de ni utskrivelsene ved Seksjon Askøy, opprettet Helse Bergen en egen granskning. I april 2021 erkjente de at det hadde skjedd 17 uforsvarlige utskrivelser. Direktør for Avdeling for rusmedisin har sagt opp sin stilling.
- Moren til Christine Falch fikk for første gang vite at datteren døde etter å ha fått en for stor dose av medikamentet Midazolam. Dødsattesten til FHI ble endret etter at VG undersøkte saken.

- FHI har endret det elektroniske meldeskjemaet til Dødsårsaksregisteret, slik at leger og rettsmedisinere nå kan registrere dødsfall som unaturlige selv om sykdom også har medvirket.
- Etter at VG skrev om barnelegen som meldte Ingrid's mor til politi og barnevern etter datterens død, mottok Statsforvalteren i Vestland 13 klager fra andre barnefamilier. Syv gikk på den omtalte barnelegen og resten på annet helsepersonell ved Barneklubben. Fylkeslegen opprettet åtte tilsynssaker mot Barneklubben samtidig, noe som aldri har skjedd i sykehusets historie.
- Tre familier har anmeldt barnelegen og Helse Bergen til politiet. Samtidig besluttet sykehuset selv at det alltid skal være to leger til stede i krevende konsultasjoner ved Barneklubben.
- I april 2021 fikk Helsetilsynet i oppdrag av helseministeren å få oversikt over oppfølgingen av alle sykehusvarsler - både varslene de selv behandler og varslene som sendes videre til Statsforvalteren. Avgjørelsen i alle tilsynssaker skal finnes i en oversikt i Helsetilsynets neste årsrapport.
- Helsetilsynet sendte brev til alle landets sykehus etter VGs avsløring og beordret dem om å varsle i henhold til loven. Helsetilsynet opplyser at de vil følge opp antall varslede saker de neste to årene for å sikre at tallet går opp.
- Helsetilsynet har endret rutiner for innhenting av informasjon når de vurderer varsler fra sykehuset. Innholdet skal i mye større grad innhentes skriftlig - og ikke over telefon, som i dag.
- Helsetilsynet skal utarbeide en ny veileder for intern behandling av tilsynssaker. Helsetilsynet vil også utvikle en ny veileder for statsforvalterens behandling av tilsynssaker som skal bli gjeldende fra september 2022.
- 11. desember i fjor varslet direktør Jan Fredrik Andresen at Helsetilsynet har startet et omfattende arbeid for å forsterke den overordnede, faglige styring av statsforvalterne i Norge.
- Statsforvalteren i Oslo og Viken fikk i mai 2020 en ekstrabevilgning på 6 millioner kroner for å ta igjen etterslep på mange hundre tilsynssaker - blant annet saken til Roy Benny Hansen.
- Vestre Viken HF varslet Helsetilsynet om to corona-dødsfall da VG tok kontakt med spørsmål om dødsfallene. Ahus hadde konkludert med at to dødsfall i januar 2021 ikke var varslingspliktige. Etter at VG tok kontakt åpnet de sakene på nytt og varslet Helsetilsynet.
- Helsetilsynet ba Helse Møre og Romsdal varsle feilbehandling av øyepasienter etter VGs avsløring. I desember 2021 åpnet Statsforvalteren tilsyn med sykehuset.
- I 2020 la Statens helsetilsyn bort nesten halvparten av selvmordssakene etter en kort, innledende undersøkelse. Året etter har Helsetilsynet kun avsluttet 18 prosent av de 115 selvmordsvarslene de mottok.

- Riksrevisjonen har varslet at de vil gå inn i problemstillingene VG har avdekket, men har per 17. januar ikke bestemt formen på undersøkelsen.
- I november 2021 fikk barna til Sølvi Løvås endelig svar fra sykehuset om hva som skjedde da morens kreftprøve ble feiltolket.
- Etter at VG stilte spørsmål om dødsfallet til Per J. Wigen, som døde etter en rutineundersøkelse på Levanger sykehuset, har Helse Nord-Trøndelag besluttet å gjennomgå hendelsen på nytt med uavhengig fagkompetanse - en legespesialist fra St Olavs hospital.

12 VEDLEGG

Lenker til alle saker publisert

Sykehusvarslene: Samleside til alle publiserte saker i prosjektet:

<https://www.vg.no/emne/ae18e23-fcc7-44db-86c4-9c965e07738d/sykehusvarslene?pageId=1>

Sykehusmitten, 14. februar 2021:

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

Døde i april: Sykehuset varslet Helsetilsynet først ti måneder senere, 20. februar 2021:

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/rgd3vA>

273 døde etter å ha blitt coronasmittet på helseinstitusjon, 21. februar 2021:

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/zg8339>

Flere sykehus varslet ikke Helsetilsynet om dødsfall etter coronasmitte, 24. februar 2021:

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/eKdng9>

Fem pasienter døde: Sykehuset erkjenner flere feil, 3. mars 2021::

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

Vil ha konsekvenser etter sykehus-smitte, 4. mars 2021:

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/9OoBGp>

Jakten på ni menn, 24. April 2021:

<https://www.vg.no/spesial/2021/jakten-pa-ni-menn>

Tilsynssvikten, 25. april 2021:

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/2d7XRx>

Helse Bergen sa de skulle analysere Evens dødsfall - det skjedde ikke, 26. april 2021:

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

Helsetilsynet gjennomførte tilsynsbesøk i 1 prosent av sakene, 27. april 2021:

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/860z8E>

Åpnet coronaavdeling for rusavhengige - har ikke hatt en pasient, 29. april 2021:

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/PRP9nb>

Helsepolitikere om tilsynssvikten: Uakseptabelt, 3. mai 2021:

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

Helsetilsynet endrer praksis: Skal snakke med pasienter og pårørende i flere saker, 4. mai 2021:

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/Qm17JJ>

Helse Bergen gransker egne rusutskrivelser, 6 mai 2021:

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/GakQ04>

Helse Bergen snur om rusutskrivelser: Nå skal alle kontaktes, 7. mai 2021:

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

Mistet sine kjære - bare en av dem har fått svar, 9. mai 2021:

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/kR7BLa>

Millionbevilgning skal få ned tilsyns-kø, 24. mai 2021:

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/39vErv>

17 ruspasienter ble skrevet ut under pandemien: Nå åpner Statsforvalteren tilsyn, 27. mai 2021:

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/mBAv5O>

Kampen for Mads, 12. juni 2021:

<https://www.vg.no/spesial/2021/mads>

Helsetilsynet la vekk dødsfallet - foreldrene fant flere lovbrudd, 13. juni 2021:

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

Mads døde etter fødsel: Statsforvalteren fulgte ikke opp lovbrudd, 22. juni 2021:

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

Even tok sitt eget liv etter utskrivelse - Helse Bergen brøt loven, 23. juni 2021:

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/Gaojp9>

Hvorfor døde Christine Falch? 18. september 2021:

<https://www.vg.no/spesial/2021/falch>

Varslingssvikten, 19. september 2021:

<https://www.vg.no/spesial/2021/sykehusvarsel>

Advokat fant feil i fire selvmords-saker: - Dreier seg om menneskeliv, 21. september 2021:

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

Helsejurister ber Stortinget følge opp VG-avsløring: - Svært alvorlig, 23. september 2021:

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

Ap-topp: Ny regjering må se på Helsetilsynets praksis, 25. september 2021:

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/G3BooV>

71 selvmordssaker lagt bort av Helsetilsynet i fjor: - En skam, 5. oktober 2021:

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/y4OxKK>

Interne dokumenter fra Helsetilsynet: Varslet risiko for svikt og feil, 13. oktober 2021:

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/k6m6LQ>

Helsetilsynet-direktør ville ikke svare VG - inviterte kritiske kilder på lunsj, 19. oktober 2021:

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/g6pz2k>

Departementet skal granske Helsetilsynet: – Vil snu hver stein, 26. oktober 2021:

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/k6da9X>

- Jeg ble beskyldt for å ha drept min egen datter, 30. oktober 2021:

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/KzWxV4>

Endte i konflikt med barnelegen: – Jeg opplevde at vi ble latterliggjort, 31. oktober 2021:

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/5GWE4O>

Ny klage på barnelege etter VG-avsløring: – Meget alvorlig, 2. november 2021:

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/z7x3Jq>

Statsforvalteren åpner tilsyn mot barneklubben i Bergen, 3. november 2021:

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

Advokat ba sykehusdirektør om møte med barnelegen - fikk aldri svar, 4. november 2021:

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/BjwPA7>

Kreftprøven, 14. november 2022:

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/AL0e4j>

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

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/g6JB9B>

Pasienter fikk alvorlige synsskader etter sykehusfeil, 16. november 2021:

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/v59K8B>

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

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/y49WwJ>

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

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/nWM5Jd>

Åpner tilsyn etter VG-avsløring, 3. november 2021:

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/k6eJ6X>

Statsforvalteren: 13 klager på barneklubben i Bergen, 11. desember 2021:

<https://www.vg.no/nyheter/i/XqEOE7>

Feiltolket celleprøve: Pasient fikk kreft, 11. desember 2021:

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/66V6eQ>

Kirurgens varsel, 19. desember 2021:

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

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

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

Dobbelrollen, 20. desember 2021:

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/lVe8py>

Bård Hoksrud (Frp) om dobbelroller i Helsetilsynet: - Må ryddes opp i, 1. januar 2022:

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/qW7EjL>

Statsforvalteren krever flere svar etter rusutskrivelser, 5. januar 2022:

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/k6daVv>

Arbeidskonflikten, 8. januar 2022:

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

Feilbehandlingen, 9. januar 2022:

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

Rutinesjekken, 15. Januar 2022:

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