

**Metoderapport:**

## ***Daniel-saken***

*Artikler publisert i A-magasinet, Aftenposten og aftenposten.no fra 20. juni til 24. juni 2014*

*Innsender:*

*Aftenposten*

*Journalist Robert Gjerde*

*Akersgata 55*

*0180 Oslo*

*Telefon: 91164212/22863000*

## 1.0 Ideen

Nærmest helt tilfeldig fikk jeg, i en privat «setting», sommeren 2013 høre påstander om at det var tilnærmet «krig» mellom legene på Molde sjukehus i etterkant av at et barn døde, helt uventet, etter en rutineoperasjon i 2009.

«Tipset», som kom fra en ansatt på Molde sjukehus som ikke var involvert i saken, kom fordi jeg nevnte at vi, Aftenposten, planla å gå dypere inn i hvordan sykehusene håndterer unaturlige dødsfall.

Vedkommende sa det dreide seg om press og utskjelling av helsepersonell – alt for angivelig å hindre at den ansvarlige legen under en mislykket operasjon skulle komme ille ut av en forestående politietterforskning og tilsynssak.

En rask sjekk viste at det var to år gamle Daniel Flemmen Ødegårds dødsfall, i etterkant av en reoperasjon etter en tilsynelatende vellykket mandeloperasjon, som legene skulle ha kranglet om. Daniel døde 27. januar 2009, fire dager etter den mislykkede reoperasjonen.

Dødsårsaken, ifølge den sakkyndige, var oksygenmangel med påfølgende hjerneskade etter at pusteslangen to ganger ble lagt i Daniels spiserør – i stedet for i luftrøret – med den følge at Daniel helt eller delvis var uten luft i 30-45 minutter.

Dødsfallet ble mye omtalt lokalt i 2009 og 2010, i Romsdals Budstikke. På riksplan var saken kun omtalt én gang på bred basis, ifølge Retriever; i Verdens Gang 20. september 2010, da saken ble endelig henlagt av påtalemyndigheten. VG-artikkelen, samt oppslag i RB på samme tidspunkt, gjengir påtalemyndighetens konklusjoner, og foreldrene fremsetter sin mistanke om «det virker» som om legens forklaringer ble samkjørt i etterkant. Sykehuset konkluderer med at ingen feil ble begått, og viser til påtalemyndighetens henleggelse.

Så ble det helt stille. Ingen kritisk journalistikk, i alle fall som endte med publisering, ble gjort i forhold til de oppsiktsvekkende påstandene fra foreldrene. Også sykehusets konklusjon om at ingen feil ble begått, til tross for at Daniel under narkosen var helt eller delvis uten oksygen i 30-45 minutter, fikk «være i fred».

Jeg bestemte meg for å ta en prat med Daniels pårørende, mor og far. Jeg møtte også morfar og mormor. Møtet gjorde et sterkt inntrykk. Daniels død, og det de opplevde som den totale ansvarsfraskrivelse fra sykehusets side, preget familien sterkt mer enn fire år etter det tragiske dødsfallet.

Mor og far kunne fortelle fra innholdet i politiavhør, om påstander om press. Men de satt ikke selv på avhørene. De hadde bare fått lese avhørene på et advokatkontor. Heller ikke deres tidligere advokat kunne hjelpe. Han viste til taushetsplikten, men også at dokumentene i saken ikke var i hans eie lenger, men sendt tilbake til påtalemyndigheten. Men han bekreftet at påstandene om press fremkom i avhør.

Jeg bestemte meg for å sjekke saken nærmere.

## 2.0 Hva var den sentrale problemstillingen ved starten av prosjektet?

Kunne dette være sant?

Ble leger virkelig utsatt for press og utskjelling fra kolleger i forkant av politiets etterforskning? Og hvorfor i alle dager reagerte ikke *politiet* på angivelige påstander om forsøk på samordning, press og utskjelling i forkant av at helsepersonell på Molde sjukehus skulle i politiavhør?

Og hvordan kunne det henge sammen at «intet kritikkverdige» fant sted på Molde sjukehus når Daniel under narkosen var helt eller delvis uten oksygen i 30-45 minutter?

Om straffeloven ikke var relevant – hvorfor vanket det ikke engang faglig kritikk, en administrativ reaksjon, fra Helsetilsynet, som har en adskillig lavere terskel for å reagere enn det påtalemyndigheten har for å straffeforfølge?

Var det rett og slett ingenting å lære av Daniel-saken?

Som nevnt innledningsvis hadde vi planer om å se nærmere på sykehusenes håndtering av unaturlige dødsfall. De siste årene hadde det vært flere oppslag om hvordan pårørende opplever møtet med sykehuset og helsepersonell *etter* at noe har gått galt. Pårørende og etterlatte har fortalt om en lang kamp for å få vite hva som egentlig skjedde. Om sykehus som lukker seg og oppleves som en «motstander».

Det har vært uttrykt offisiell politikk fra flere regjeringer at pasienten står i sentrum, også når noe går galt. Derfor *skal* også sannheten på bordet – av to hensyn:

- Pårørendes behov for å få vite hva som skjedde, og slik kunne gå videre med sine liv.
- Bedre pasientsikkerheten, gjennom læring av feil.

Dette er blitt aksentuert gjennom nåværende helseminister (fra oktober 2013), Bent Høie (H), som i en årrekke har vært spesielt opptatt av pasientsikkerheten – uttrykt i regjeringserklæringen som et mål om å lage «pasientens helsetjeneste».

### 3.0 Arbeidet med saken

Jeg «visste» altså på dette tidspunkt at noe antagelig hadde gått veldig galt på Molde sjukehus, ikke bare under operasjonen, men også i dagene etterpå. Uten at det hadde fått noen som helst konsekvenser, hverken i form av straff, kritikk eller læring.

Men jeg *måtte* ha tilgang til dokumentene i saken, aller helst politiavhørene, for å komme noe i nærheten av publisering.

Siden dette var en sak som ble etterforsket av politi og påtalemyndighet, og parallelt gransket av helsemyndighetene og rettsoppnevnt sakkyndig, visste jeg, som tidligere krimjournalist, at det var svært mange aktører som hadde hatt tilgang på dokumentene.

En ringerunde til aktørene ga nyttig informasjon, og en bekreftelse på at de pårørende hadde gjengitt riktig fra avhørene. Flere uttrykte også undring over at ikke tilsynsmyndighetene hadde gått videre med saken etter at den var strafferettslig henlagt – vedr. feilene som vitterlig ble begått under operasjonen, og det som skulle ha skjedd etterpå.

Men ingen kunne gi meg dokumentene.

Helt til jeg en dag, tre måneder senere, fikk tilsendt en diskett, et kopisett av alle sakens dokumenter, totalt 1400 sider med avhør, referater, notater, journal m.m. Jeg kan av kildehensyn ikke røpe avsender.

Jeg brukte ca. fire uker på å komme meg igjennom alt materialet, fordøye det, og sette det inn i en sammenheng.

Mens jeg til nå, som mediekonsument, hadde forholdt meg til pårørendes *opplevelser* av hvordan sykehusene håndterer unaturlige dødsfall, opplevelser som ofte blir tilbakevist fra sykehusets side, satt jeg nå med en unik dokumentasjon av hva som kan skje på innsiden av et norsk sykehus når noe går galt.

Og samtidig en unik dokumentasjon på hvor vanskelig det kan være for helsepersonell å leve opp til idealet om åpenhet og sannhet når frykten for sanksjoner lurer i bakhodet.

### 3.1 Våre funn

Dokumentene viser blant annet hvordan involvert helsepersonell var uenige om det aller meste om hvorfor det gikk galt, at notat legges inn pasientjournalen én uke etter hendelsen etter samtaler med den ansvarlige legen, om leger som opplever ubehagelige besøk fra kolleger som ikke liker deres journalnotat osv. Jeg viser til vedlagte hovedartikkel for dette, se kapittel 7.0.

Følgende funn ble vesentlige for det videre journalistiske arbeidet, bl.a. fordi de fordret ytterligere avklaringer:

- To av avhørene pekte klart på at det hadde vært utøvd press/utskjelling med det formål å skjerme den ansvarlige legen. Samtidig: Hvorfor var det ikke flere som fortalte om det samme i avhør?
- Politi og påtalemyndighet var helt klar over påstandene om samordning, men gjør det samtidig klart at dette faller utenfor deres primæroppgave: Avgjøre om noen kan straffeforfølges for Daniels død. Samtidig: Mulig falsk forklaring til politiet anses som svært alvorlig. Hvordan kunne politiet la være å gå inn i dette?
- Først på tredje forsøk legges pusteslangen i pusterøret. Da har det gått 30-45 minutter. For Daniel var det katastrofalt. Påtalemyndigheten strafferettslige vurdering ender med henleggelse. Selv om dette åpenbart var en krevende operasjon: Er dette virkelig «innenfor» det en lege kan gjøre av feil uten å risikere straffeforfølgelse? Heller ikke en tilsynsmessig reaksjon?
- Tilsynsmyndighetene henlegger tilsynssaken mot helsepersonell og sykehus flere måneder *før* den sakkyndige og politiet er ferdig med sitt arbeid – og dermed også lenge før helt sentral informasjon er på plass. Tilsynsmyndighetene velger å la være å gå inn i påstandene om press, selv etter at påtalemyndigheten påpeker dette overfor tilsynsmyndighetene. Hvorfor?

### 3.2 Kvalitetssikring av våre funn

Flere av disse spørsmålene var svært kompliserte, og krevde vurderinger fra kvalifiserte fagfolk. Mitt, og ledelsens «legmannskunnskap» på dette området, strakk ikke til. Vi sonderter terrenget for å finne

personer med relevant kunnskap til å vurdere våre «funn» og våre spørsmål. Var våre vurderinger relevante?

Etter mye frem og tilbake fikk vi to leger og en jurist til å vurdere dette, helt uformelt, basert på et anonymisert notat, med utdrag fra dokumentene, utarbeidet av meg. Deres gjennomgang var ikke fullstendig, og de ønsket overhodet ingen publisitet rundt sine innspill. Noen brukte nok også mer tid enn andre på dette. Men tilbakemeldingene var relativt samstemte, og ga meg det «faglige korrektivet» jeg var ute etter på et tidlig stadium i arbeidet: Jeg skjønnte at jeg ikke var «helt på jorden». Innspillene var grovt sett som følger:

- Veldig vanskelig å vurdere påtalemyndighetenes strafferettslige henleggelse. Krever ytterligere informasjon. Muligens riktig med henleggelse. Men feilene som ble begått var såpass alvorlige at det absolutt kan stilles spørsmål ved om dette var «innenfor».
- Påtalemyndighetens «unnlattelse» av å etterforske påstandene om samordning/press kan muligens forsvares, fordi påtalemyndigheten tross alt ber tilsynsmyndighetene om å vurdere akkurat den delen av sakskomplekset. Kanskje forståelig at politi/påtalemyndighet bruker alle sine ressurser på å vurdere om feilene under operasjonen burde straffeforfølges.
- Nærmest uforståelig at tilsynsmyndighetenes arbeid i saken ikke – i det minste - endte med «administrative reaksjoner» i en eller annen form, både i forhold til valg som ble gjort under selve operasjonen, og det som skjedde etterpå. Enighet om at det, i et læringsperspektiv, må være mye å hente i denne saken for tilsynsmyndighetene.

Vi valgte etter en nøye vurdering derfor å snevre inn arbeidet, og fokusere på to hovedspor i det videre journalistiske arbeidet:

- Påstandene om samordning og press.
- Tilsynsmyndighetenes henleggelse av tilsynssaken, både for presspåstandene og operasjonen

### 3.3 Kildejakten

For å ettergå påstandene om press var jeg helt avhengig av å finne gode kilder blant helsepersonell som var på Molde sjukehus i januar/februar 2009. Det var ingen lett oppgave.

Det var mange til stede på et møte 2. februar 2009 (se hovedartikkel, kapittel 7.0), som sykehusdirektøren innkalte til, angivelig for å vise medmenneskelighet med den ansvarlige legen under operasjonen, men som flere opplevde som et kryssforhør/press mot assistentlegen som deltok under operasjonen.

Det var en møysommelig prosess å skaffe den tillit og trygghet som disse trengte for å våge å snakke med meg. Noen tilstedeværende ønsket ikke å snakke med meg. Men noen sa etter hvert ja, mot løfte om anonymitet og solide forsikringer om at de ikke kunne gjenkjennes i stoffet som eventuelt ville bli publisert.

Mange av kildene kan trolig lett identifiseres av de involverte, om ikke av omverdenen, hvis jeg går for detaljert inn på denne prosessen. Jeg kan derfor bare i svært grove trekk berøre dette, og prosessen rundt, slik jeg også gjorde i forbindelse med publisering.

### 3.4 Hvorfor var det ikke flere som fortalte om påstått press til politiet?

Fortrolige samtaler med helsepersonell ga følgende:

- Det hadde forekommet det de oppfattet som utilbørlig press mot assistentlegen på møtet 2. februar. Møtet beskrives som meget ubehagelig.
- Hvorfor hadde ikke flere fortalt om dette i avhør? Det ga flere svar. Blant annet:

-Jeg svarte på politiets spørsmål. Vi ble ikke spurt om dette. Politiet var bare interessert i forhold rundt behandlingen av pasienten.

-Vi var så vant til slik atferd (trakassering, press og sinne) at vi egentlig ikke reagerte så sterkt. Dette var business as usual her på sykehuset.

Samtalene med sykehuskilder ikke bare bekreftet innholdet i tipset jeg hadde mottatt, men utdypet og forsterket det. Det var flere episoder som av involverte opplevdes som ubehagelige, uten at disse kan utdypes uten å avsløre kildene.

Vi greide altså ikke å få åpne kilder om dette. Selv ikke blant helsepersonell som hadde sluttet ved sykehuset. Samtidig sa flere av kildene at de ville gjenta det de hadde sagt til Aftenposten hvis tilsynsmyndighetene skulle ta kontakt med dem.

Gitt sakens alvor, innholdet i politiavhørene som ble bekreftet og utdypet av flere andre, landet vi på at vi kunne publisere påstandene, uten å navngi avsenderne, men samtidig skrive hvilket sykehus det var snakk om. Men det var ikke til å legge skjul på at det var en diskusjon over flere uker før konklusjonen ble trukket.

Samtalene ga også innblikk i flere episoder på sykehuset som fremtrer som åpenbare eksempler på trakassering, men som ikke hadde tilknytning til Daniel-saken. Selv om episodene involverer personer som omfattes av Daniel-sakens personkrets, har vi valgt ikke å publisere disse.

### 3.5 Hvorfor henla tilsynsmyndighetene saken?

Helsetilsynet i Møre og Romsdal etablerte tilsynssak mot Molde sjukehus allerede 3. februar 2009, men henlegger den allerede i juli. Det er nesten ett år før påtalemyndigheten, ved statsadvokaten, henlegger saken, i juni 2010. I mellomtiden etterforsker politiet videre og foretar nye avhør, bl.a. gjennomføres det et nytt avhør av den ansvarlige legen under operasjonen. Den sakkyndige lager også en ny rapport der han kommer med kraftig kritikk mot sykehuset og den ansvarlige legen.

Statens helsetilsyn sentralt vurderte saken så sent som i juni 2011, etter Riksadvokatens påpekning i august 2010 om «mangelfulle rutiner» ved Molde sjukehus. SH henla i juni 2011 saken, uten å informere noen, hverken Daniels pårørende eller det lokale helsetilsynet i Møre og Romsdal (som oversendte Riksadvokatens påpekning, fordi man anså seg inhabile). SH la vekt på politiets *strafferettslige* henleggelse – selv om SH skal gjøre sine vurderinger etter helsepersonelloven, som har en adskillig lavere terskel for å reagere. SH la også vekt, i sin henleggelse, på det forhold at forsøket på å presse angivelig «ikke førte frem».

Påstandene om press var alvorlige. Feilene som ble begått under operasjonen fikk et katastrofalt utfall, selv om saken ble henlagt vurdert etter strafferettslige kriterier.

Hvorfor fulgte ikke tilsynsmyndighetene opp og sørget for «bedre rutiner» på Molde sjukehus i kjølvannet av alvorlige hendelser? Kunne man lære noe om hvordan en reoperasjon etter en mandelopersjon, med blødning, kunne gjøres bedre i fremtiden?

Og er det akseptabelt å unnlate å gå inn i presspåstandene fordi de angivelig «ikke førte frem»? Er ikke press/trusler i seg selv så alvorlig i en slik sammenheng at de uansett bør følges opp tilsynsmessig? Er det en fare for at press kan føre frem i «neste» sak, dersom det ikke slås ned på? Og: Hvordan kan SH med sikkerhet vite at det «ikke førte frem»? At ikke assistentlegens politiforklaring ble påvirket? En rekke av de tilstedeværende på møtet 2. februar skulle også få dager senere forklare seg til politiet. Var de upåvirket av det de skal ha opplevd på møtet? Eller fikk møtet følger for hva de sa til politiet? Var det derfor de *ikke* fortalte om opplevelsene på 2. februar-møtet til politiet, mens de fem år senere kunne fortelle det til Aftenposten? Svarene er ikke gitt.

Og hvorfor ble tilsynssaken i første omgang henlagt lenge før etterforskningen var avsluttet?

Det har ikke vært mulig å få ytterligere kommentarer fra tilsynsmyndighetene, enn det som er gjengitt over. Blant er det vist til at personer som hadde med saken i gjøre i 2009 ikke lenger er i samme posisjoner.

Vi forela derfor alt dette for to sentrale personer i pasientsikkerhetsarbeidet i Norge, daværende pasient- og brukerombud, jurist Knut Fredrik Thorne og daværende generalsekretær i Norsk Pasientforening, lege Guro Birkeland.

Begge leder kontorer finansiert av staten for å overvåke og bidra til å bedre pasientsikkerheten i Norge.

Samtidig ba vi dem om å gå gjennom sentrale dokumenter i saken, slik at de ved selvsyn kunne kontrollere opplysninger Aftenposten planla å publisere.

Begge reagerte meget sterkt på opplysningene, og mente det var uforståelig at tilsynsmyndighetene ikke hadde fulgt opp saken overfor sykehus og helsepersonell. Begge oppfordret SH om straks å etablere tilsynssak, selv om det var gått fem år siden Daniels død.

### **3.6 Den sakkyndiges forbauselse**

Nestor i norsk barnemedisin, overlege Jens B. Grøgaard, var rettsoppnevnt sakkyndig i Daniel-saken. Det var han som konkluderte med at – tross feil som ble begått - så kunne ingen direkte lastes for at Daniel mistet livet. Han kunne ikke med den informasjonen han hadde, peke på én konkret person, sa han til Aftenposten. Han etterlyste tilleggsinformasjon for å kunne konkludere sikkert om dette, informasjon han ikke hadde. Han sier han derfor overlot til påtalemyndigheten og tilsynsmyndighetene å gjøre sine vurderinger av dette.

Til Aftenposten sa han også at han var overrasket over at saken ikke fikk noe etterspill, at sykehus og tilsynsmyndigheter ikke fulgte opp legefeil og presspåstander - og ikke minst satte dem inn i et læringsperspektiv.

Avdelingssjef på Molde sjukehus, Ingrid Vasdal, svarte slik da Aftenposten spurte om det hadde vært noen tilsynsmessig oppfølging eller læring av Daniel-saken på sykehuset:

-Saken ble jo henlagt av politiet, med den konklusjon at ingen feil var begått. Det har heller ikke, i brevene fra Statens helsetilsyn, vært noen oppfølging av saken.

#### **4.0 Konsekvenser**

Fredag 20. juni i fjor publiserte vi vår første sak, hovedsaken, om Daniel-saken over 11 sider i A-magasinet.

Klokken 10 samme dag fikk vi beskjed fra Statens helsetilsyn om de etablerte tilsynssak mot Molde sjukehus på grunnlag av opplysningene i artikkelen.

Tilsynet pågår ennå. Det gjenstår bl.a. flere avhør av ansatte på Molde sjukehus som skal gjennomføres i slutten av januar. Det er ventet en endelig konklusjon i tilsynssaken innen utgangen av februar/begynnelsen av mars.

I påfølgende tre dager etter artikkelen i A-magasinet 20. juni publiserte vi artikler med kritiske vinklinger på bl.a.(se kapittel 7.0):

- sykehusenes meldeordning (ved unaturlige dødsfall),
- politiets avhengighet av SH (det er SH som både skal rådgjøre politiet om de skal starte etterforskning, og så eventuelt begjære påtale),
- SHs motvilje til å initiere straffesaker mot sykehus og helsepersonell, på tross av at Stortinget har gitt SH ansvaret for dette,
- varslingssystemet (Legeforeningen anklaget sykehusledere for å hindre varslings av legefeil),
- hvordan flere pårørende opplever møtet med sykehuset etter et unaturlig dødsfall.

24. juni avsluttet vi foreløpig deknningen av Daniel-saken, og oppfølginger i kjølvannet av den, med et intervju med helseminister Bent Høie (H) der han garanterte at han nå ville etablere en Havarikommisjon for helsevesenet, for å øke pasientsikkerheten. Til tross for at han hadde satt ned et utvalg, Syse-utvalget, som skulle utrede akkurat dette for ham.

10. juli hadde vi et intervju med jusprofessor Aslak Syse, som trakk seg som leder av Syse-utvalget, fordi Høie garanterte en Havarikommisjon. Ifølge Syse gjorde Høies utspill i Aftenposten 24. juni det «meningsløst» å fortsette arbeidet.

#### **5.0 Spesielle erfaringer**

Saken var vanskelig å jobbe med fordi vi var avhengig av å bruke flere anonyme kilder som var lett identifiserbare i et lite sykehusmiljø. Noen kilder ville trekke seg underveis – og gjorde det - i frykt for at det var umulig å bidra, uten å bli identifisert, og fordi det da ville oppstå en jobbsituasjon som var håpløs.

Noen hadde behov for lang betenkningstid, før de til slutt likevel valgte å bidra. Saken hadde vært veldig vond for mange impliserte, og de ønsket ikke å rippe opp i gamle sår.

Det var perioder der vi var i tvil om det var riktig å publisere, av hensyn til mulige konsekvenser for kilder.



En lege som utpekes som sentral i presspåstandene nektet konsekvent å kommentere opplysninger i saken. Vedkommende ville heller ikke bekrefte om vedkommende hadde mottatt, og lest, opplysninger vi planla å publisere, og som vi hadde sendt vedkommende. En rekke telefoner og e-poster forble ubesvart. Også informasjonsavdelingen i Helse Møre og Romsdal hadde store problemer med å få en bekreftelse fra vedkommende om e-poster var mottatt og lest.

Det førte til at vi valgte å utsette publiseringen av saken relativt lenge. Dels hadde det å gjøre med PFUs nye linje når det gjelder tilsvar, en linje som i praksis kan se ut til å forde en skriftlig tilbakemelding fra den «angrepne» part om at vedkommende kjenner innholdet i en sak som skal publiseres. Den er det ikke alltid mulig å få. Og frykten for en PFU-fellelse er stor. Dels hadde det med at beskyldningene mot vedkommende var alvorlige, og at man da må strekke seg langt for å få direkte kontakt med vedkommende.

Like før planlagt publisering fikk vi også, via tipsordningen vår, en innstendig oppfordring på e-post om å la være å skrive om Daniel-saken. Innsenderen a inntrykk av å skrive på vegne av Daniels pårørende:

«Jeg har fått vite at dere planlegger å ta opp igjen en 6 år gammel tragedie på Molde Sykehus der en 2-åring dør etter en mandeloperasjon. Jeg synes at dere bør ta hensyn til de pårørende og andre involverte nå og la alle få fred, ikke minst Daniel som døde. Ingen er tjent med at saken tas opp hvert annet år. Det er konkludert med at operasjonsteamet er uten skyld og at årsaken til dødsfallet var stort blødningstap. Vær så snill og hør på meg. Takk. XXXX (fornavn på vedkommende).»

Jeg syntes det var noe kjent med avsenders e-postadresse, som pekte mot at vedkommende jobbet i Helse Møre og Romsdal. Avsender viste seg da heller ikke å snakke på vegne av hverken avdøde Daniel, eller Daniels pårørende. Tvert imot. Vedkommende var direkte involvert i den mislykkede operasjonen av Daniel.

Vedkommende erkjente dette da vi spurte vedkommende om hvilken rolle vedkommende hadde i Daniel-saken. Vi valgte likevel ikke å gjøre noe ut av dette.

Informasjonsavdelingen i Helse Møre og Romsdal, som er overbygningen for Molde sjukehus, opptrådte med velvilje og profesjonalitet, til tross for at saken skapte store bruduljer internt på sykehuset og i det lokale foretaket. Den la også ned en betydelig innsats i forhold til legen som avviste enhver kommunikasjon med Aftenposten, slik at vi til slutt fikk bekreftet at han hadde mottatt e-posten fra oss, og at han ikke ønsket å kommentere saken.

Møtet med Statens helsetilsyn var mer blandet. Informasjonsdirektøren forsøkte, slik jeg oppfattet det, i starten av arbeidet med å få oss fra å jobbe videre med saken. Vedkommende hevdet lenge hårdnakket at påstandene om press og trusler hadde vært «brettet ut» i 2009 og at det vi skulle presentere derfor var gammelt nytt. Vi ba vedkommende dokumentere det, siden vi visste at det var feil. Etter et par uker erkjente vedkommende at det ikke var slik, og at SH her hadde blandet ting litt sammen. Vedkommende viste til at VG for noen år tilbake skulle ha jobbet lenge for å trenge inn i pårørendes påstander om samkjøring, og bl.a. bedt om innsyn i dokumenter, men fått avslag, og til slutt gitt opp.

Kommunikasjonen med Helsetilsynet ble etter dette «første møtet» noe anstrengt, også med fagavdelinger i SH, selv om våre spørsmål og bestillinger ble profesjonelt besvart og imøtekommet.

## 6.0 Arbeidstid og organisering

Arbeidet med sakene startet på ordentlig først da jeg plutselig og helt uventet fikk tilgang til alle dokumentene i saken.

Jeg brukte ca. en måned til å gå gjennom alt, systematisere og legge en arbeidsplan. I de ukene gjorde jeg ikke annet enn dette.

Det videre arbeidet, som startet i desember 2013, ble utført ved siden av vanlig nyhetsarbeid og ordinære turnusvakter. Jeg hadde imidlertid stor frihet til å bruke den tiden jeg trengte. Det gjaldt spesielt i forhold til at jeg i perioder måtte bruke mye tid på å kommunisere med kilder for å skape den trygghet som var helt nødvendig for at de ikke skulle trekke seg.

Det enorme dokumenttilfanget (1400 sider), sakens alvor, behovet for å få fagfolk til å komme med sine synspunkter på materialet underveis, og det forhold at det viste seg umulig å ha noen som helst form for kommunikasjon med en av sakens sentrale personer (se under **Spesielle erfaringer**), førte til at det ble en lang og krevende prosess frem til publisering.

Også ansettelsen av ny nyhetsredaktør i Aftenposten (tiltrådte i begynnelsen av mars 2014) førte til at arbeidet tok lengre tid enn først antatt. Det var naturlig, gitt sakens omfang og alvor, at nyhetsredaktøren fikk tid til selv å gå inn i materialet og komme tett på prosessen.

Det betyr at jeg brukte i alt brukte seks måneder - etter initialfasen på én måned - på arbeidet før vi publiserte.

## **7. Vedlegg: Publisering, kronologisk rekkefølge:**

*20. juni, hovedartikkel, 11 sider i A-magasinet papirutgave: «Daniel døde etter en rutineoperasjon»*

<http://www.aftenposten.no/amagasinet/Daniel-2-dode-etter-rutineoperasjon--7607216.html>

*20. juni, oppfølging nett, til hovedartikkel: «-Ubegripelig at Statens helsetilsyn ikke opprettet tilsynssak»*

<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/--Ubegripelig-at-Statens-Helsetilsyn-ikke-opprettet-tilsynssak-7611068.html>

*20. juni, formiddag, nett og papir: «Helsetilsynet etablerer tilsynssak mot Molde sjukehus etter Aftenposten-reportasje»*

<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Helsetilsynet-etablerer-tilsynssak-mot-Molde-sjukehus-etter-Aftenposten-reportasje-7611876.html>

21. juni, nett og papir: «-Dette har vi ventet på i fem år»

<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/--Dette-har-vi-ventet-pa-i-fem-ar-7612768.html>

22. juni, nett: «-Overrasket over at Daniel-saken ikke fikk følger»

<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Overrasket-over-at-Daniel-saken-ikke-fikk-folger-7613289.html>

22. juni, nett og papir: - Følte vi møtte en helsemafia

[www.aftenposten.no/nyheter/iriks/-Folte-vi-motte-en-helsemafia-7613380.html](http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/-Folte-vi-motte-en-helsemafia-7613380.html)

21. juni, nett: «-Sykehusledere hindrer varslingsom feilbehandling»

<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/--Sykehusledere-hindrer-varslingsom-feilbehandling-7613382.html>

22. juni: Helseministeren: «Glad for tilsynssak mot Molde sjukehus»

<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Glad-for-tilsynssak-mot-Molde-sjukehus-7613788.html>

23. juni, nett og papir: «Ingen» straffes for legefeil

<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Ingen-straffes-for-legefeil-7615144.html>

24. juni: «Høie garanterer Havarikommisjon for helsevesenet»

<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/politikk/Hoie-garanterer-havarikommisjon-for-helsevesenet-7616189.html>

*Etterspill 10. juli, Aslak Syse trekker seg fra Høies utvalg som skal utrede forslag til bedret pasientsikkerhet: «-Meningsløst å fortsette»*

<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/--Meningslost-a-fortsette-7634038.html>