

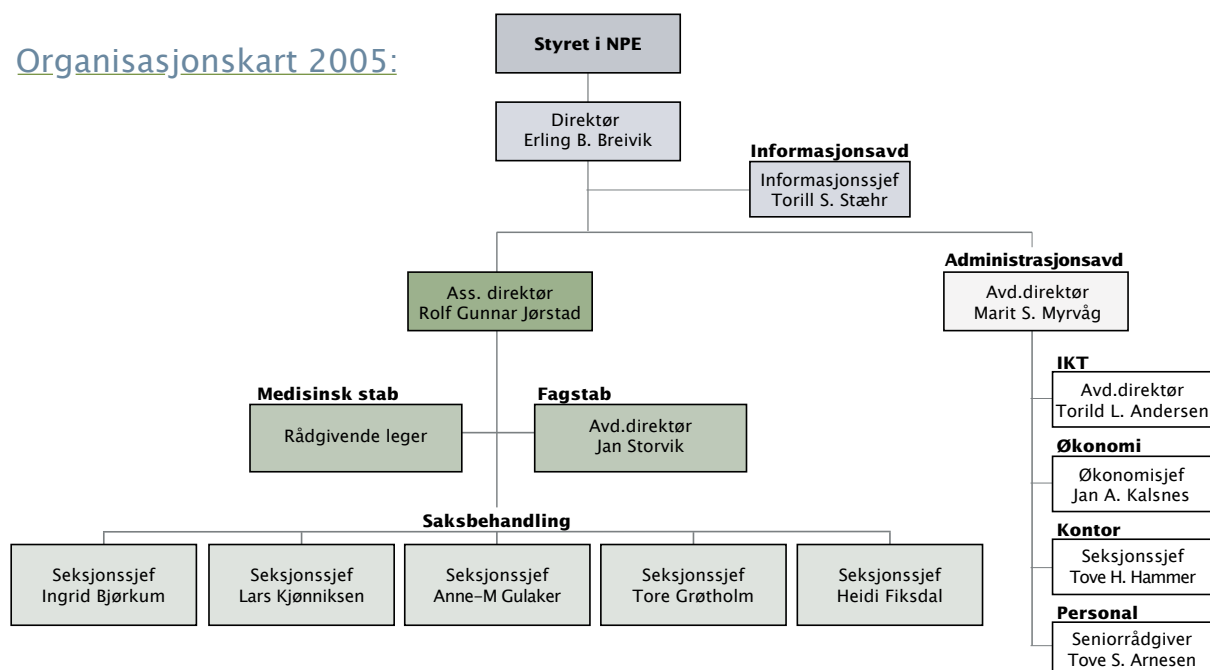
# Årsmelding 2005



# Dette er Norsk Pasientskadeerstatning

Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) er et uavhengig statlig forvaltningsorgan, underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. NPE behandler erstatningskrav fra pasienter som har blitt påført skade etter svikt i behandlingen innen offentlig helsetjeneste. NPE avgjør om pasienten har krav på erstatning og erstatningens størrelse. NPE har 90 ansatte, og har lokaler i Holbergs gate 1 i Oslo.

## Organisasjonskart 2005:

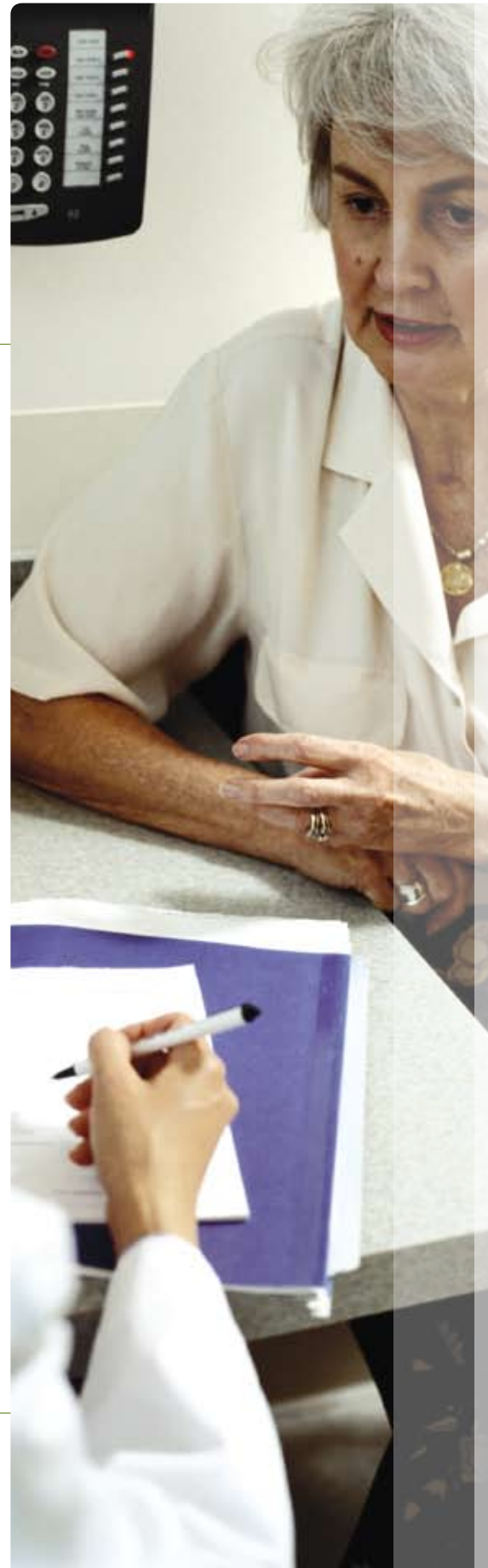


## Viktige hendelser i 2005

Mars	Informasjonsmøte med Sosialkomiteen
Juni	Brev til 11 000 spesialister vedrørende oppdrag som sakkyndig
September	Deltakelse på Sykepleierkongressen med messestand Statistikkrapport til helseforetakene sendes ut Nordisk samarbeidsmøte Fagseminar med NPEs kontaktpersoner i helseforetakene Utvidelse av lokalene og påfølgende flytting i Holbergs gate
Oktober	Deltakelse på fagseminar med landets fylkesleger Den svenske pasientskadeordningen har 10-års jubileum
Desember	Seminar for landets pasientombud Pasienttilfredshetundersøkelsen 2005 er gjennomført

## Innhold

Styrets arbeid	4
Direktøren har ordet	6
Kvalitetsarbeid	8
Saksbehandling	10
Legemiddelsaker	12
Kommunikasjon	14
Brukerundersøkelse	16
Administrasjon	18
NPEs råd	20
Tall og statistikk	21
Saksmengde	22
Vedtaksfordeling	24
Diagnosegrupper	27
Spesialitet	28
Medholdssakene	30
Avslagssakene	32
Utbetalinger	34
Regnskap	35
Resultat NPE-drift	36
Resultat NPE-fond	37
Balanse NPE-fond	38
Resultat NPE-konsolidert	39
Balanse NPE-konsolidert	40
Noter	41



Styrets arbeid i 2005:

## Sterk vekst gir store utfordringer

Styret har vært opptatt av å sikre NPE nødvendige rammebetingelser, slik at organisasjonen fortsatt kan møte de krav og utfordringer som stilles til en virksomhet i sterk vekst. Styret er godt fornøyd med den innsatsen som ledelse og ansatte har gjort for å styrke og effektivisere virksomheten.

Styret skal føre tilsyn med at erstatningsordningens samlede virksomhet er organisert i tråd med lover, forskrifter og instruksjer. I tillegg skal styret fastsette budsjett og regnskap for Norsk Pasientskadeerstatning innenfor de økonomiske rammer som er gitt, og avgi regnskap og en årlig rapport om virksomheten til departementet.

### Styrets virksomhet i 2005

Styret har hatt fem møter, hvorav ett ble gjennomført som et to-dagers styreseminar, der alle NPEs ledere var til stede på seminar-delen. Seminaret hadde fokus på utfordringer

innenfor kjernevirksomheten, tiltak for å effektivisere saksbehandlingen og strategiske målsettinger for virksomheten videre. Styrets leder har deltatt i etatsstyringsmøter, møte med rådet for pasientskadeordningen samt allmøte med NPEs ansatte.

### Om fremtiden

I tråd med signaler fremkommet gjennom pasientundersøkelser og evaluering av NPE har styret sett det som en viktig oppgave å bringe informasjon om pasientrettighetene ut til helsepersonell og pasienter. En styrket og vellykket informasjonsinnsats har bidratt til



Brit Denstad, styreleder



Helge A. Robertsen, nestleder



Haavard Ingvaldsen, styremedlem

## Styrets sammensetning 2005

Leder	Brit Denstad, pensjonist
Nestleder	Helge A. Robertsen, pensjonist*
Medlem	Haavard Ingvaldsen, fylkestyrgdedirektør
Medlem	Gudrun Holgersen, professor
Medlem	Kåre Harila, pensjonist

### Varamedlemer:

Bente Ohnstad (for Haavard Ingvaldsen)  
Hans Haugen (for Gudrun Holgersen)  
Anne-Turid Steinsvik (for Kåre Harila)

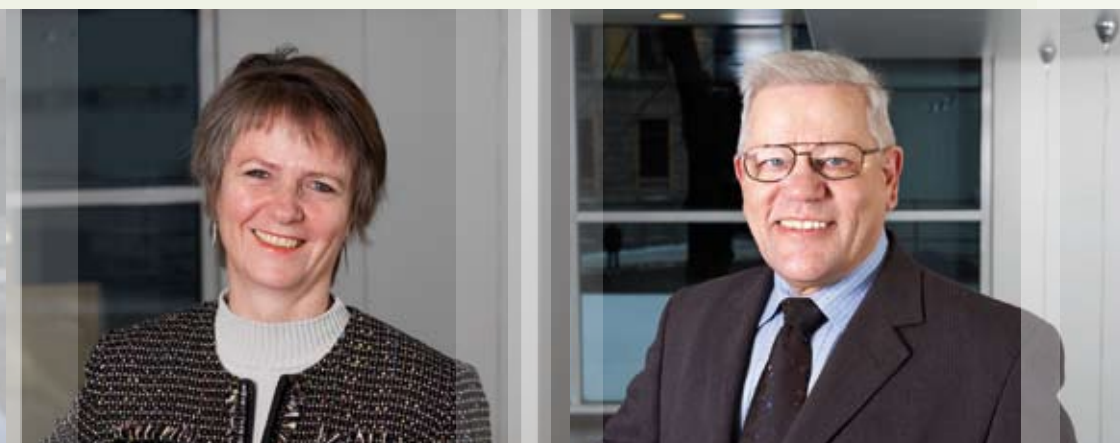
Leder og nestleder er utnevnt for to år. De tre andre medlemmene er utnevnt for tre år, med personlige varamedlemmer.

\* Helge A. Robertsen overtok vervet etter Tonje Hamar i oktober 2005.

*”Styret er bekymret for en utvikling som kan svekke NPEs muligheter til å ivareta pasientenes interesser og rettigheter på en tilfredstillende måte.”*

økningen i erstatningssøknader og dermed i NPEs oppgaver. Selv med økte arbeidsoppgaver har både styret og administrasjonen lagt vekt på at saksbehandlingstiden skal bli kortere samtidig som kvaliteten i saksbehandlingen skal holdes på et høyt nivå. Styret ser imidlertid nå en utvikling der økte arbeidsoppgaver, effektivisering og knappe ressurser presser organisasjonen. Styret er bekymret for en utvikling som kan svekke NPEs muligheter til å ivareta pasientenes interesser og rettigheter

på en tilfredstillende måte. Skal NPE kunne innfri forventninger, ikke minst fra myndighetene, om rask og god saksbehandling, er det nødvendig med fleksibilitet i ressurstilgangen. Uten en god balanse mellom tildelte ressurser og oppgaver vil det fort oppstå restanser i saksbehandlingen som blir vanskelig å ta igjen. Det er også fare for at en slik ubalanse kan resultere i kvalitets- senkning, både på den juridiske og medisinske utredningen av sakene, til et nivå ingen ønsker eller er tjent med.



*Gudrun Holgersen, styremedlem*

*Kåre Harila, styremedlem*

Direktøren har ordet:

## Et godt år for NPE?

Det er mange hensyn som spiller inn i vurderingen av om et år har vært godt eller mindre bra for en virksomhet som NPE. Særlig utfordrende blir balansen mellom de forskjellige interessene når virksomheten er i stor vekst.



Direktør Erling B. Breivik

Bare de siste tre årene har veksten i saksmengden vært på nesten 50 prosent og erstatningsutbetalingene til pasientene har tilsvarende vokst med 78 prosent.

### **Et gode for samfunnet**

Med en slik vekst kan man forstå at det på enkelte hold kan være en viss bekymring for kostnadsutviklingen. På den annen side fremstilles NPE i media tidvis for å være for regeltro og lite raus og empatisk i enkeltsaker. I NPE mener vi det er liten grunn til bekymring over veksten i saksmengde og utbetalinger. Det er godt kjent at det i helsesektoren er store mørketall på antallet rapporterte avvik, og at mange flere pasienter burde få sin sak vurdert av NPE. Og det er bred enighet om at NPE-systemet er et gode for både pasienter, helsevesenet og samfunnet som helhet. Veksten viser da bare at

systemet fungerer bedre og bedre etter som kunnskap om ordningen brer seg i befolkningen og helsevesenet.

Pasientene er den viktigste brukergruppen for NPE, og vi har derfor naturlig nok valgt å fokusere på pasientenes interesser. Greier vi i rimelig grad å innfri pasientenes forventninger, vil vi samtidig innfri de overordnede målene for ordningen som helhet. Dette vil også være i helsevesenets interesse, idet en velfungerende erstatningsordning vil bidra til å styrke tilliten til helsevesenet og dempe konfliktnivået mellom lege og pasient i de tilfeller noe går galt.

I 2005 økte saksavviklingen med hele 31,5 prosent og saksbehandlingstiden ble også noe redusert. En brukerundersøkelse viser at pasientene på flere viktige områder er mer fornøyd med NPE nå enn tidligere.

## Pasienten i fokus

– NPEs visjon har tre sentrale verdier som rettesnor i arbeidet

### **Omtenkssom**

Vi skal møte pasienten med åpenhet, forståelse og respekt. Vår kontakt skal være personlig og gi individuell hjelp og oppfølging. Vi skal vise tiltro til pasienten, slik at pasienten opplever trygghet og tillit.

### **Opplýsende**

Vi skal drive aktivt opplysningsarbeid om pasientskadeordningen. Vår virksomhet skal være synlig, lett tilgjengelig og godt kjent. Vi skal ha god og konstruktiv kommunikasjon med pasienter, helsevesen og andre aktører.

### **Kvalitetsbevisst**

Alle nivåer i organisasjonen skal være preget av åpenhet, kompetanse og effektivitet. Dette skal gi pasientene et riktig og raskt resultat.

*"Det er imidlertid en tung og tidkrevende prosess å sikre nødvendig balanse mellom ressurser og oppgaver."*

Sett på denne bakgrunn er det ikke vanskelig å si at

*- Ja, 2005 var et godt år for NPE!*

### **Urealistiske forventninger**

Slike resultater kommer ikke av seg selv. Det ligger mye systematisk arbeid og stor innsats fra alle i organisasjonen bak. Våre medarbeidere møter høye krav og forventninger fra omverdenen. Et godt arbeidsmiljø, høy kompetanse og en offensiv holdning er av avgjørende betydning for at NPE skal lykkes. På den annen side må vi erkjenne at det fortsatt er mye som kan og bør gjøres for å innfri pasientenes forventninger i enda høyere grad. Her ligger det også en særskilt kommunikasjonsutfordring da pasientenes forventninger kan være urealistisk høye.

### **Informasjon og kvalitet**

Forannevnte resultater ble oppnådd til tross for en relativt sett beskjeden økning i våre interne driftskostnader på 3,2 prosent i forhold til 2004. Honorarutgiftene til eksterne medisinske sakkyndige økte imidlertid med hele 63 prosent. Når vi har prioritert saksavviklingen, er det samtidig klart at vi har måttet nedprioritere andre oppgaver. Vi skulle gjerne brukt mer ressurser på informasjon til pasienter og helsepersonell. Slik er det også med utnyttelsen av erfaringene fra NPE-sakene i helsevesenets eget kvalitetsarbeid.

### **Utfordringer i 2006**

Vår største utfordring kan også beskrives som en bekymringsmelding. Det er all grunn til å tro at veksten i saksmengden fortsetter, men det er ikke avsatt midler til å utvide bemanningen. Det er ved årets begynnelse heller ikke midler nok på årsbasis til engasjement av eksterne spesialister i tilstrekkelig utstrekning. Kvaliteten på NPEs arbeid kan bli skadelidende og dermed ramme også pasientenes rettssikkerhet.

Så ille som antydnet blir det forhåpentligvis ikke. NPE arbeider kontinuerlig med å bli mer effektive i produksjonen, uten at det skal ramme kvaliteten på det vi gjør. Om relativt få år ser vi i tillegg store gevinster i en fullelektronisk saksbehandling og kommunikasjon med eksterne forbindelser.

Erfaringene fra 2005 og tidligere viser at NPE er i stand til å effektivisere driften. De budsjettmessige utfordringer har så langt blitt løst innenfor rammen av de statlige økonomistyringsprosedyrer. Det er imidlertid en tung og tidkrevende prosess å sikre nødvendig balanse mellom ressurser og oppgaver. Ting kan også ha en tendens til å komme i litt feil rekkefølge. NPE må fortsatt antas å vokse med god fart, men i et uforutsigbart tempo. Det er derfor en utfordring å skape rammebetingelser som på en enklere måte sikrer denne balansen.



# Kvalitet i helsevesenet

– å trekke lærdom av uheldige hendelser gjennom systematisk arbeid

Kvalitet og utvikling har alltid vært en sentral del av helsevesenet. Men først i de senere år har helsevesenet begynt å trekke lærdom av den systematiske måten å drive kvalitetsarbeid, ved å lære av svikt og uheldige hendelser. Industrien har lenge praktisert dette, og særlig flyindustrien videreutviklet og forfinet denne metoden fra begynnelsen av 1990-årene.

*Helsepersonell viser en stor grad av åpenhet overfor oss i vårt arbeid med pasientskadesaker.*

## **Kulturen må fremme åpenhet**

Flyindustrien har gått så langt som til å si at enhver ulykke eller nestenulykke skyldes en systemsvikt. Tankegangen er at systemer og rutiner bør være så gode at den menneskelige risikofaktor blir tilnærmet eliminert. Dette er i det minste en målsetting. Etter vårt syn kan denne

synsvinkelen med fordel også adopteres av helsevesenet.

En grunnleggende forutsetning for å få til dette, er å jobbe for en kultur som fremmer åpenhet omkring feil, svikt og uheldige hendelser. Vi har de senere årene erfart en positiv utvikling der helsepersonell viser en stor grad av åpenhet overfor oss i vårt arbeid med pasientskadesaker. Selv om dette er bra, er det imidlertid langt flere avvikshendelser i helsevesenet, enn det som meldes til NPE.

Mange sentrale og toneangivende aktører i helsevesenet har fattet stor interesse for disse nye måtene å arbeide med kvalitetsutvikling på. Mye godt arbeid er gjort og pågår. Men det bærer preg av å være litt fragmentarisk. Bare i begrenset grad har nye tanker og metoder fått fotfeste der skoen trykker mest, der pasientbehandlingen finner sted. Etter vår vurdering har helsevesenet her store utfordringer. Og man står foran et omfattende og langvarig arbeid med holdningsbearbeiding og implementering

## Statistikk for regionale helseforetak

NPE skal utvikle og tilrettelegge statistikk og oversikt over skader for å bidra til helsesektorens eget skadeforebyggende arbeid.

Alle vedtak som fattes blir registrert og er søkbare i ettertid. Ut fra opplysningene som blir registrert, kan vi ta ut en rekke forskjellige oversikter med utgangspunkt i medisinske problemstillinger, geografiske fordelinger eller erstatningsutbetalinger, for å nevne noe. Våre statistikere kan i stor grad skreddersy statistikker og oversikter ut fra henvendelsene vi får fra blant annet journalister, studenter og forskere.

Vi får også jevnlig henvendelser fra leger og administrativt ansatte som ønsker tall for sitt helseforetak. Derfor gir vi årlig ut en rapport om sakene våre fordelt på helseregion og aktuelle helseforetak. Rapporten er tenkt som et hjelpemiddel til helseforetakenes interne kvalitetsarbeid med skadesaker. Vi vet det jobbes kontinuerlig med forbedringer særlig i kvalitetsutvalg, ledelse og i avdelingene rundt om i helse-Norge. Vedtakene NPE fatter blir gjennomgått og fører i noen tilfeller til endrede rutiner.

Last ned siste års rapport på [www.npe.no](http://www.npe.no) eller ta kontakt med oss for å få tilsendt trykte eksemplarer av rapporten.



av nye metoder og måter å tenke på i kvalitetsutviklingen. Som fylkeslege Petter Øgar uttrykker det i sin nylig avgitte rapport med tema "Hva kan vi lære?" fra helsetjenesten i USA: "Her er det et langt lerret å bleke. Vi snakker trolig om et paradigmeskifte og en kulturrevolusjon i mange etablerte helsefaglige miljøer."

### Ulik praksis i helseforetakene

Helsevesenets arbeid med å utnytte erfaringene fra NPE-sakene kunne også vært mer aktivt. Etter vår mening er bildet her sterkt varierende, både med hensyn til å trekke lærdom av den enkelte sak og hva man kan få ut av erfaringer knyttet til NPEs statistikker i den grad disse peker på problemområder.

En erkjennelse fra NPE; vi har også utfordringer på dette feltet, nærmere bestemt i å legge enda bedre til rette for at NPE-materialet best mulig kan utnyttes. I samspill med helsevesenet og myndighetene må vi finne vår plass i dette store puslespillet.



Assisterende direktør har ordet:

## NPE i vekst og endring

Veksten i antall saker fortsatte i 2005, men ikke i samme omfang som året før. NPE mottok 3 366 nye saker i 2005, en vekst på nesten syv prosent fra forrige år. Avviklingen av saker økte derimot betraktelig sammenlignet med 2004, og vi har avsluttet 32 prosent flere saker i år.



Ass. direktør Rolf Gunnar Jørstad

921 pasienter fikk medhold i sitt krav om erstatning, mens 2 013 fikk avslag. I tillegg fikk 74 pasienter medhold etter overprøvinger i Pasientskadenemnda og domstolene. 874 skadelidte fikk fastsatt endelig erstatning i løpet av året, nesten 15 prosent flere enn i 2004. Til sammen ble det utbetalt 438 millioner kroner i erstatning, 40 millioner kroner mer enn i 2004.

### Raskere avvikling av saker

Fra Helse- og omsorgsdepartementet var det satt som resultatmål at saksbehandlingstiden ikke skulle øke i 2005. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid var 363 dager i 2005, to dager raskere enn året før. Medianen var elleve måneder både i 2004 og 2005.

I saker som ble avsluttet med utbetaling, gikk gjennomsnittlig saksbehandlingstid ned med én måned, til like over 11 måneder. Median var syv og en halv måned, nesten 50 dager kortere enn i 2004.

### Oppfølging av iverksatte tiltak

Høsten 2004 så NPE seg nødt til å innføre en frist for maksimal svartid på åtte uker for sykehusenes innsendelse av dokumentasjon og uttalelser. Fra 1. januar 2005 ble den samme fristen gjort gjeldende for alle typer behandlingssteder som er involvert i NPE-saker. Helse- og omsorgsdepartementet fant

dette tiltaket så viktig at det i Tildelingsbrevet for 2005 ble innarbeidet en rapporteringsplikt fra NPE til departementet på avvik fra denne tidsfristen.

Vår erfaring med tidsfristen er at uttalelser og dokumentasjon kommer raskere inn til NPE enn tidligere. I perioden fra februar 2005 (da NPE startet med registrering av avvik) og ut året, var det likevel 230 saker der vi ikke mottok uttalelse/journalkopier innen åtte-ukersfristen. I samme periode kom det inn 3 074 nye saker. Det innebærer at behandlingsstedene i åtte prosent av sakene ikke overholdt svartiden. Konsekvensen av å ikke overholde fristen blir i verste fall at vi behandler saken på grunnlag av pasientens skademelding. Dette er ikke ønskelig, men har skjedd i noen saker allerede.

NPEs oppfatning er at det fortsatt er forbedringspotensiale her, og vi vil fortsette å rapportere avvik til departementet i 2006. Vi vil også vurdere tiltak for å forsøke å øke helseforetakenes svarandel innen tidsfristen.

### Kompetansebygging

En utfordring for en virksomhet med vekst i både saksmengde og bemanning slik NPE har opplevd de seneste årene, er å sikre tilstrekkelig kompetanse i fagfeltet vårt. I 2005 ble det satset

mye på internopplæring. Blant annet med gjennomgang av erfaringer så langt med pasientskadeloven, flere kurs i erstatningsutmåling og kurs i saksbehandlingsteknikk. Vi har også hatt flere kurs i medisinske emner, som ledd i en plan for medisinsk opplæring.

### Kvalitetsrevisjon

Det er gjennomført en omfattende kvalitetsrevisjon av saksbehandlerne. Saksbehandlingen og nesten 200 saker har fått en nøye gjennomgang av fagstaben vår, med bakgrunn i en rekke kvalitetsindikatorer. Resultatet av kvalitetsrevisjonen er gjennomgående meget bra, og de registrerte manglene gjelder i hovedsak mindre avvik og enkelte "skjønnhetsfeil".

Til tross for at saksbehandlingstiden har gått noe ned, peker kvalitetsrevisjonen på at tidsbruken fortsatt er litt for lang i enkelte saker. Ofte er årsakene til dette utenfor NPEs påvirkning, men det poengteres at det noen ganger skyldes unødvendige tidsbruk hos saksbehandler. Det ser ut til å være mer å hente på en mer aktiv fremdrift, der bruk av telefon og møter i større grad anbefales.

Resultater fra den løpende gjennomgangen av saksbehandlingen, som dialog mellom nærmeste leder og saksbehandler, resultater fra klagesaksbehandlingen i Pasientskadenemnda, oppsummeringen fra kvalitetsrevisjonen og resultatene fra den gjennomførte pasienttilfredshetsundersøkelsen, gir alle innspill til det videre arbeidet med å utvikle og forbedre kvaliteten på saksbehandlingen i NPE.

Det er verdifullt å ha forskjellige kilder til kunnskap om hva det må arbeides videre med for å holde kvaliteten på saksbehandlingen på et fortsatt høyt nivå.

### Medisinsk utredning

De fleste sakene i NPE er avhengig av en eller annen form for medisinsk utredning. Til tider kan det være en utfordring å tilpasse denne utredningen til en forsvarlig ressursbruk, og samtidig ta hensyn til nødvendig kvalitet.

NPE knyttet til seg flere interne medisinske rådgivere i 2005, men med etterslep av saker fra 2004, har vi til tider hatt problemer med å ta unna tilstrekkelig med saker gjennom vurderinger fra interne rådgivere. Tilgang til ekstern sakkyndighet har også gjennom lengre tid vært en utfordring, da mange spesialister ikke har tid til å prioritere sakkyndig arbeid for virksomheter som NPE.

*"Vi bruker flere kilder for å holde et høyt nivå på kvaliteten i saksbehandlingen."*

For å få bedre tilgang til sakkyndighet, sendte NPE ut brev, med bistand fra Legeforeningen, til mer enn 11 000 godkjente spesialister, fordelt på 27 medisinske spesialiteter. Hensikten var å gjøre rede for vårt behov for å kunne trekke inn medisinske spesialister i saksutredningen. Samtidig ønsket vi å få flere spesialister til å melde sin interesse for å påta seg oppdrag som sakkyndig. Brevet førte til mange positive reaksjoner, og flere hundre spesialister fra hele landet tok kontakt med oss.

Utover høsten 2005 merket vi at det var blitt lettere å få spesialister til å påta seg oppdrag som sakkyndige, noe vi tror har virket positivt inn på saksbehandlingstiden.

fortsetter neste side ►►



fortsettelse fra forrige side ▼

I 2006 vil vi arbeide videre med å finne en riktig balanse mellom de sakene som krever en grundig medisinsk utredning, og de som kan utredes på en enklere måte.

### **Hepatitt C**

Helsedepartementet oppnevnte 8. september 2003 et utvalg med mandat å se på forskjellige sider, herunder de erstatningsrettslige, knyttet til transfusjonssmitte med hepatitt C i årene 1988 til 1994. Utvalget leverte sin rapport "Transfusjonssmitte med hepatitt C - ei utgreiing om ansvar, omfang og erstatning" til departementet i mars 2004. Så langt har ikke departementet tatt stilling til utvalgets rapport. Det innebærer at NPE må forholde seg til krav om erstatning for hepatitt C smitte etter blodoverføring på samme måte som andre krav, og vi kan for eksempel ikke se bort fra alminnelige foreldelsesregler.

## Legemiddelsaker

NPE behandler legemiddelsaker på vegne av Legemiddelforsikringspoolen og Norsk Legemiddelforsikring AS. Det kom inn 201 legemiddelsaker i 2005, en kraftig økning fra året før (96). Økningen skyldes i stor grad 129 saker knyttet til det smertestillende og betennelsesdempende medikamentet Vioxx (MSD).

**Vioxx:** Det har vært stor interesse knyttet til denne saken. Vioxx ble trukket fra markedet høsten 2004 på grunn av påvist økt risiko for hjerneslag og hjerteinfarkt. I USA er det reist flere tusen erstatningskrav mot produsenten Merck, og den første rettssaken i Houston, Texas sommeren 2005, ble fulgt med stor interesse av media også i Norge. Utredningen av om det er sannsynlig sammenheng mellom bruken av Vioxx og oppstått hjerteinfarkt/hjerneslag er vanskelig. NPE har arbeidet sammen med fremtredende fagfolk på området for å utrede disse sakene. Per utgangen av 2005 hadde NPE tatt stilling til i alt 25 saker, seks pasienter fikk medhold i erstatningskravet.

**Hepatitt C:** Det har vært en del oppmerksomhet rundt spørsmålet om erstatning til pasienter som har fått hepatitt C smitte ved blodoverføring. Frem til desember 2005 har NPE behandlet i alt 64 krav om erstatning i forbindelse med slik smitte, og omtrent halvparten har fått medhold i erstatningskravet. Problemstillingen som har vært særlig aktuell gjennom 2005, har vært knyttet til om smitte oppstått før legemiddelforsikringen startet, eller der kravet for eksempel må anses foreldet, også skal gi rett til erstatning. Både avisartikler og innslag i radio har tatt opp problemstillingen.

### Forslag til endringer i loven

7. juli 2005 sendte Helse- og omsorgsdepartementet et forslag til endringer av pasientskadeloven ut på høring. Målet med endringene som er foreslått, er at pasientskadeloven kan tre i kraft i sin helhet. Høringsnotatet inneholder forslag om at NPE overtar erstatningsansvaret for privat helsesektor. Det vil kunne gi pasienter i privat helsesektor et like godt erstatningsrettslig vern som pasienter i offentlig helsesektor har i dag.

Det foreslås at de økte kostnadene som følger av dette, skal fullfinansieres av helsepersonell og virksomheter i privat sektor gjennom en avgift til staten. Det foreslås også en overgangsbestemmelse der NPE kan bli ansvarlig for skader som har skjedd før ikrafttredelsen av forslaget, men slik at NPE kan søke regress hos det ansvarlige forsikrings-selskapet. Forsikringsplikten etter pasientskadeloven og helsepersonelloven oppheves også i forslaget.

Norsk Pasientskadeerstatning støtter forslaget om å ta over erstatningsansvaret for privat helsesektor. Dette vil medføre at en som pasient kun har én aktør å forholde seg til, uavhengig av hvor i helsevesenet en er behandlet. Forslaget vil også kunne sikre like rettigheter og lik saksbehandling.

### Skadeforebyggende arbeid

I forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda er det fastsatt at NPE "skal legge til rette for at opplysninger om statistikk og oversikt over skader, skadeomfang og risiko gjøres tilgjengelig i det skadeforebyggende arbeidet."

Det er ingen tvil om at det ligger et stort potensial for læring i de mer enn 30.000 saksmappene i vårt arkiv. Hvordan kan samfunnet nyttiggjøre seg dette materialet på en måte som kan lede til kvalitetsutvikling og skadeforebygging? NPE har gjennom lang tid stilt statistikker til disposisjon for forskjellige

delene av helsevesenet. I noen grad har skadesakene også dannet grunnlag for mer dyptpløyende medisinske artikler, for eksempel publisert i *Legetidsskriftet*. NPE ser nå et behov for i større grad å medvirke til at det erfaringsmaterialet vi sitter inne med kan pløyes tilbake til helsevesenet med tanke på læring og skadeforebygging.

Som en del av dette arbeidet, ble det i 2005 gjennomført en undersøkelse rettet mot ledere av sykehusenes kvalitets- og skadeutvalg, for å kartlegge hvordan de bruker materialet NPE stiller til rådighet (enkeltsakene + statistikker). Vi ønsket også innspill på hva de kunne tenke seg annerledes.

*"Det er ingen tvil om at det ligger et stort potensial for læring i de mer enn 30 000 saksmappene i vårt arkiv."*

Mot slutten av året ble vi kontaktet fra to hold om mulig samarbeid for bruk av NPE-materialet. Norsk Gynekologisk Forening ønsket å se på muligheter til å trekke lærdom av NPE-sakene som omhandler deres spesialitet. Helse Midt-Norge RHF i samarbeid med blant annet Møreforskning Volda, har tatt kontakt for å kartlegge årsakene til erstatnings-saker, og hvordan institusjonene bedre kan lære av disse.

NPE synes slike initiativ er interessante og svært positive. Vi vil kunne stille erfarne statistikere og store mengder statistisk materiale samt betydelig kompetanse knyttet til håndtering av erstatningssaker til disposisjon for forskning og kvalitetsarbeid. Denne type samarbeid kan lede til ytterligere fokusering på nytten av lærdom i NPE-saker og det statistiske materialet vi etter hvert sitter på.

Informasjonssjefens år:

## Kommunikasjon og relasjoner

NPE legger vekt på å finne gode arenaer for gjensidig informasjonsutveksling og dialog, som fremmer utvikling og forbedring av virksomheten. Her presenteres de mest sentrale aktivitetene som ble gjennomført i 2005.



Informasjonssjef  
Torill Svoldal Stæhr

Målsettingen med NPEs informasjonsvirksomhet er at publikum skal kjenne til, og ha realistiske forventninger til erstatningsordningen. Vi bistår også helsepersonell, helsemyndigheter, advokater, pasientombud, studenter og andre som etterspør ulik informasjon om pasientskadesaker.

### Nordisk samarbeid

I august møttes representanter fra de nordiske landene i København til et samarbeidsmøte. De fem landene Sverige, Danmark, Norge, Finland og Island har ulik

organisering av pasientskadeordningen, men felles utfordringer innen pasientkontakt og håndtering av erstatningskrav. Samarbeid gjennom flere år viser at de nordiske landene har godt utbytte av å utveksle erfaringer innen tema som organisering, saksbehandlingsrutiner, kvalitetsarbeid og bruk av rådgivende leger.

### Bedret dialog med foretakene

I hver enkelt NPE-sak ber vi sykehusene sende oss nødvendig dokumentasjon samt en uttalelse rundt hendelsesforløpet

## Sykepleierkongressen 2005

13. - 16. september 2005, Norges Kongressenter, Lillestrøm  
Målgruppe: 1900 sykepleiere fra hele Norge

NPE var tilstede med sentralt plassert stand og informasjon på messeweb. I tillegg til informasjonsmateriell, var det laget et fakta-ark om temaet trykkskader. Standen var godt besøkt, og det kom mange forskjellige spørsmål som tyder på at informasjonsbehovet hos helsepersonell fortsatt er stort.

### Her er noen eksempler:

- » Er det flere skader nå enn tidligere?
- » Når gir trykkskader rett til erstatning?
- » Har jeg en plikt til å informere en pasient om NPE?
- » Hva er forholdet mellom NPE og pasientombudene?
- » Hvor lang er foreldelsesfristen?
- » Har dere noen oversikt over leger som gjør mye feil?
- » Hvordan melder en skader til NPE?

Svaret på en del av spørsmålene er lagt ut på [www.npe.no](http://www.npe.no) under Helsepersonell/Spørsmål og svar.

*NPE var tilstede på Sykepleierkongressen 2005 med messestand. Mange hadde spørsmål rundt ordningen*



*”Media fremstiller NPE som en motpart for enkeltmennesker som får avslag, men som en velfungerende og god ordning for pasienter totalt sett”.*

i saken. For å få til en mer effektiv dialog mellom NPE og de enkelte sykehusene, har NPE bedt alle landets helseforetak om å opprette kontaktpersoner med særlig ansvar for håndtering av NPE-saker. De fleste helseforetakene har nå slike kontaktpersoner. Målet er at kontaktpersonene skal ha kunnskap om hovedtrekkene i pasientskadeordningen og NPEs saksbehandling. De skal også bidra til at sykehusene gir oss dokumentasjon og tilbakemeldinger raskest mulig. Tilbakemeldingene fra helseforetakene har vært svært positive. Dette oppleves som en ryddig måte å jobbe på, både for sykehusene og for NPE.

I september deltok rundt 40 kontaktpersoner fra helseforetakene på et seminar om pasientskadeordningen.

### Engasjerte pasientombud

I oktober ble det årlige seminaret med landets pasientombud avholdt. Temaene var knyttet til forståelse og praktisering av regelverk, legemiddelsaken Vioxx, orientering om rettssaker og klagebehandling i Pasientskadenemnda. Pasientombudene var aktive, engasjerte, og hadde nyttige innspill til NPEs saksbehandling og kommunikasjon med pasientene. De fremhevet som viktig å sette av nok tid til å få diskutert aktuelle problemstillinger i denne type nettverksmøte.

### Nettjenestene blir viktigere

Trafikken på nettstedet [www.npe.no](http://www.npe.no) er stadig økende. Det brukerne gjennomgår er mest interessert i, er skademelding, brosjyrer og generell pasientinformasjon. Høyt opp på listen kommer også artikler om ulike medisinske temaer. Med bakgrunn i

kvalitetskriterier for offentlige nettsteder fra [norge.no](http://norge.no), har vi jobbet kontinuerlig med forbedringer på nettstedet i 2005. Vi har blant annet gått grundig igjennom informasjon om organisasjonen, skademeldingsskjemaer og gangen i saksbehandlingen. Det er også lagt ut ny informasjon om erstatning etter legemiddelskade.

### NPE i media

Media er opptatt av den helsepolitikken som føres i Norge, og hvilke konsekvenser det får for enkeltmennesket når noe går galt innenfor helsetjenesten. NPE ivaretar en rettighet for pasientene og forvalter et regelverk som til tider kan oppleves som urettferdig. Ordningen kommer derfor jevnlig i medias søkelys med store og små saker. I 2005 var det en økning på 32 prosent i antallet mediehenvelselsler til NPE i forhold til 2004. Pressen ber i hovedsak om kommentarer til enkeltsaker, informasjon om ulike medisinske temaer, statistiske opplysninger og generell informasjon om ordningen.

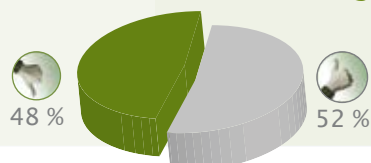
Medias dekning av sakene i året som gikk, reflekterer den generelle veksten i antallet pasienter som benytter seg av sin rett til å søke erstatning. NPE har rettet en særlig innsats mot å ha en god kommunikasjon med pasienten underveis i saksbehandlingen for å skape forståelse for vedtaket. Vi mener å registrere at dette har gitt seg utslag i færre misfornøyde pasienter som bringer sin sak ut i media. Vi har også registrert at andre profesjonelle aktører som pasientombud, helsemyndigheter og helsepersonell uttaler seg positivt om ordningen.



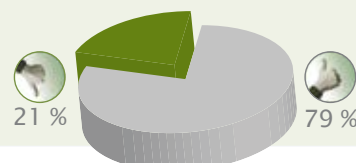
# Pasienttilfredshetsundersøkelse

I oktober ble det gjennomført en MMI-undersøkelse blant pasienter som har fått sluttbehandlet sin sak i NPE i 2005. Det er fjerde gang vi gjennomfører brukerundersøkelsen.

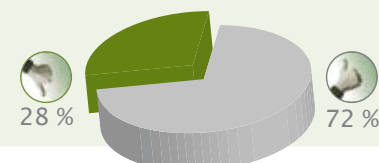
## Tidsbruk i saksbehandlingen



## Tonen du ble møtt med



## NPEs evne til å forklare



Gruppen består av positive og nøytrale svar Gruppen består av negative svar, samt ubesvarte

Hovedinntrykket er at det har vært en positiv utvikling på undersøkelsens kjerneområder; saksbehandling frem til ansvarsvedtak, erstatningsutmåling og informasjon. Pasientene gir NPE en positiv vurdering når det gjelder de aller fleste temaer. En sammenlikning med forrige undersøkelse, antyder at det likevel kan være grunn til å iverksette forbedrings tiltak på enkelte områder. Resultatene fra pasienttilfredshetsundersøkelsen vil inngå i kvalitetsarbeidet i organisasjonen.

### Saksbehandling frem til vedtak

Pasientene opplever NPE som imøtekommende. Flertallet er fornøyd med "tonen" de blir møtt med. Vi ser også en positiv utvikling med hensyn til pasientenes vurdering av saksbehandlers vilje til å hjelpe.

Sammenliknet med forrige undersøkelse, mener pasientene i større grad at saksbehandler tar hensyn til deres argumenter og innspill. Denne vurderingen er selvsagt farget av om pasienten fikk medhold eller avslag. Noe som for øvrig gjelder samtlige svar i mer eller mindre grad.

Saksbehandlers evne til å forklare, er pasientene derimot mindre fornøyd med nå enn tidligere. Vi har tilsatt mange nye saksbehandlere det siste året. Det tar tid

før en nyansatt saksbehandler blir kjent med lovverket på pasientskadeområdet, og klarer å framstå som trygg og kunnskapsrik overfor pasientene.

Pasientene er minst fornøyd med saksbehandlingstiden, samtidig som de har stor forståelse for tidsbruken – faktisk i langt høyere grad enn tidligere. Det kan tyde på at vi er gode på å informere om saksbehandlingsrutiner og framdrift, og å forklare hvorfor det tar tid å behandle saken.

Noe under halvparten er klart fornøyd med tillitsforholdet mellom seg selv og saksbehandler. Dette er et av de spørsmålene der svarene er sterkt preget av utfallet i saken.

### Erstatningsutmåling

Tid fra medhold til utbetaling blir positivt vurdert. I utmålingsfasen virker trolig ikke tiden så lang for pasientene. De er opptatt av å få korrekt beløp utbetalt. Dessuten foretas delutbetalinger av erstatningsbeløpet forholdsvis raskt etter at medholdsvedtaket er fattet.

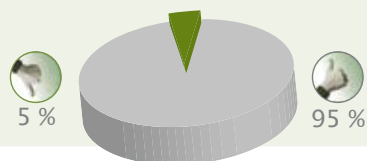
Pasientene er mindre fornøyd med veiledningen om erstatningsutmålingen enn tidligere. På samme måte som med saksbehandlers evne til å forklare, kan dette ha sammenheng med at vi har fått

Hele rapporten finner du på våre nettsider [www.npe.no](http://www.npe.no)

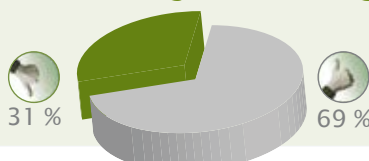


*"Undersøkelsen viser at pasientene i høy grad ønsker kontakt i form av telefon og personlig møte, i tillegg til brev."*

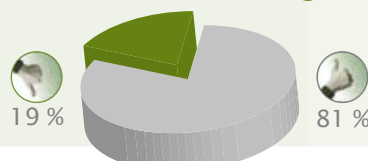
### Forstår du brevene våre?



### Vår veiledning om utmåling



### Tid frem til utbetaling



mange nye saksbehandlere. Uansett kan det være grunn til å se nærmere på veiledningen rundt erstatningsutmålingen.

### Informasjon og pasientkontakt

Flertallet av pasientene hevder at de har forstått innholdet i brevene fra NPE. Denne positive trenden fortsetter fra de to forrige undersøkelsene, og tyder på at arbeidet som er lagt ned i å forbedre og forenkle den skriftlige informasjonen til pasientene fortsetter å gi resultater.

Nytt i årets undersøkelse er en kartlegging av hvilke kontaktformer pasienten ønsker. Undersøkelsen viser at pasientene i høy grad ønsker kontakt i form av telefon og personlig møte, i tillegg til brev. Dette tyder på at NPEs mål om at saksbehandler skal legge mer vekt på telefonkontakt med pasientene, er en riktig prioritering.

### Pasientkommentarer

Pasientene har i langt større grad enn tidligere kommet med tilleggs-kommentarer, og her er det både ros og ros. Svarene er naturlig nok preget av om pasienten har fått medhold eller ikke. Andelsmessig er det flere av pasientene som har fått avslag som har benyttet anledningen til å utdype sitt syn på NPE. Her er noen sitater:

*"Takk for at vi i Norge har dere. En NPE-sak gir en pasient med uforskyldt svekket livskvalitet optimisme takket være de fantastiske saksbehandlerne deres som er vennlige, oppmuntrende og tålmodige med oss NPE-pasienter".*



*"På meg virker det som om NPE bruker samme taktikk som mange forsikringsselskap bruker. Altså uthalingstaktikk, og satser på at pasienten skal bli lei og gi opp".*



*"Føler at legene står meget sterkt i sine uttalelser. Pasienten står helt alene mot legene. Synes at vi berørte ikke blir hørt på når saken behandles av dere. Den ene paragrafen slår i hjel den neste."*



*"Jeg møtte en saksbehandler som hadde satt seg grundig inn i saken, og viste forståelse for situasjonen."*



Administrasjonssjefens tilbakeblikk:

## En attraktiv arbeidsplass

Arbeidsplassen vår er i stadig endring. Vi blir flere medarbeidere og det stilles stadig nye krav til organisasjonen, både fra våre egne ansatte og fra eksterne aktører. Administrasjonsavdelingen har hatt mange spennede utfordringer i året som har gått.



Administrasjonssjef  
Marit Stene Myrvåg

NPE har om lag 90 ansatte med hovedvekt av jurister. Leger, økonomer, samfunnsvitere og andre faggrupper er også representert. Våre ansatte fordeler seg jevnt på ulike aldersgrupper, og det er flest kvinnelige ansatte.

Vi er tilknyttet bedriftshelsetjeneste og er en inkluderende arbeidslivsbedrift. Sykefraværet er lavt og utgjorde 3,1 prosent i 2005. Langtidsfraværet utgjorde 0,8 prosent. Det er ikke registrert ulykker eller skader på ansatte i året som gikk. Høsten 2005 ble det foretatt en mindre organisasjonsendring ved at IKT-området ble innlemmet i administrasjonsavdelingen.

Som følge av vekst i saksmengden og påfølgende bemanningsøkning, ble det inngått leieavtale med KLP Eiendom høsten 2005 om utvidelse av lokalene våre i Holbergs gate 1. De nye lokalene er tatt i bruk, og resepsjonen er flyttet til første etasje med god tilgjengelighet for pasienter og andre besøkende.

### Kompetanseutvikling

NPE er avhengig av god faglig kompetanse i alle ledd, og kompetanseutvikling prioriteres høyt. Foruten deltakelse i relevante kurs og opplæringsaktiviteter eksternt, tilbyr vi opplæring gjennom interne kurs og seminarer. Nytilsatte saksbehandlere gjennomfører

## Likestilling

– menn oppfordres til å søke...

Kvinneandelen har hatt en svak økning fra 2004, og kvinner utgjør nå 68 prosent av våre ansatte. For å øke andelen menn i stillingsgrupper hvor disse er underrepresentert, tok vi inn en oppfordring om mannlige kandidater i stillingsannonsene våre høsten 2005. Selv om vi har for liten erfaring til å kunne trekke bastante konklusjoner, kan det se ut til at dette tiltaket kan ha hatt en effekt, da vi etter dette tilsatte like mange menn som kvinner.

I 2005 ble det etablert et nytt stillingssjikt med seniorrådgivere på saksbehandlingsområdet. Andelen kvinner som ble tilsatt i disse stillingene var 75 prosent.

Av de som har heltidsstillinger hos oss, har syv prosent redusert arbeidstid på grunn av sosiale eller velferdsmessige grunner. Vi har få ordinære deltidsstillinger.

NPEs styre har en kvinnerepresentasjon på 40 prosent. Inkluderes varamedlemmene, utgjør kvinneandelen 50 prosent.

### Nøkkeltall likestilling

	Kvinner	Menn
Fordeling i den totale arbeidsstokken	68 %	32 %
Fordeling blant NPEs ledere	54 %	46 %
Fordeling av total lønnsmasse	64 %	36 %
Gj.snittlig lønnstrinn – saksbehandlere	47,3	48

\* Saksbehandlergruppen er omtalt spesielt fordi dette er den største og mest homogene stillingsgruppen i NPE.

et modulbasert opplæringsprogram og gis veiledning og oppfølging gjennom etablerte fadderordninger.

### Lederutvikling

Vi har en systematisk tilnærming til utvikling av lederne våre. Det gjennomføres en kombinasjon av aktiviteter for ledergruppen som helhet og tiltak rettet mot enkeltledere etter situasjon og behov. I vår strategi ligger at nye ledere skal tilbys lederutviklingsaktiviteter som gjør dem trygge og robuste i sin nye rolle. Det gjennomføres regelmessige evalueringer av alle ledere. Disse danner grunnlag for oppfølgings tiltak som planlegges i samråd mellom ledere og medarbeidere.

### Miljøledelse

Som et ledd i arbeidet med å innføre miljøledelse i NPE, er det foretatt en kartlegging av hvordan virksomheten påvirker det ytre miljøet. Sammen med mål for miljøarbeidet er det satt opp miljøforbedrende tiltak med frister og oppfølgingsansvarlige. For å integrere arbeidet i ordinære styringssystemer, vil status og fremtidige prioriteringer regelmessig bli gjennomgått i NPEs ledelse.

### Beredskap

Det er utviklet en førsteversjons beredskapsplan for NPEs samlede virksomhet. Planen vil bli utviklet videre i 2006.

### Elektronisk dokumentflyt

NPE har i 2005 gjennomført et forprosjekt kalt "NPE mot en elektronisk hverdag", hvor sentrale elementer av betydning for NPE som organisasjon har blitt vurdert.

Et av elementene i forprosjektet var en total gjennomgang av arbeidsprosesser og arbeidsflyt. Sammenhengen mellom faglige og administrative arbeidsprosesser ble identifisert og dokument-

flyten gjennomgått. De teknologiske utfordringene ble satt på dagsorden, og det ble gjennomført en konsekvensvurdering. Sentrale arkivfaglige spørsmål var også omfattet av forprosjektet.

Med utgangspunkt i forprosjektet som er gjennomført, vil et viktig satsningsområde for NPE fremover være hovedprosjektet "NPE-hverdag".

*"Vi skal være en attraktiv arbeidsplass og samtidig stille klare krav til innsats, resultater og endringsvilje."*

Åpenhet og kommunikasjon er viktig i dagens samfunn, og det er en forventning om at offentlige forvaltningsorgan praktiserer stor grad av offentlighet. Som et ledd i dette, vil NPEs postjournal bli gjort elektronisk tilgjengelig fra 2006.

Utbredelsen av elektroniske pasientjournaler (EPJ) i helseforetakene er økende. Norsk Helsenett er etablert som et eget lukket nettverk for elektronisk kommunikasjon og samhandling i helse- og sosialsektoren i Norge. For NPE er Norsk Helsenett interessant med tanke på å få overført pasientjournaler elektronisk. Utfordringen slik løsningen foreligger i dag, er knyttet til avlevering av journalen og hvordan informasjonen i journalen fremtrer.

NPE følger nøye arbeidet med MinSide og sikkerhetsportalen som er planlagt lansert i 2006. Dette vil på sikt gi flere muligheter for NPE til å kunne tilby pasientene elektronisk utveksling av informasjon, og å kunne levere skademeldingsskjema elektronisk.

## Rådet for Norsk Pasientskadeerstatning

Rådet er oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet og har ti medlemmer. Leder for rådet er Ingeborg Traaholt, generalsekretær i Norsk Pasientforening.

---

**Leder**                      Generalsekretær Ingeborg Traaholt, Norsk Pasientforening

**Medlemmer**              Generalsekretær Liv Arum, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon  
Underdirektør Ole Asbjørn Lie, Forbrukerrådet  
Advokatfullmektig Anders Hauger, Kommunenes Sentralforbund  
Avdelingsdirektør Heidi Langaas, Helse- og omsorgsdepartementet  
Leder av rådgivningsenheten UNN Anne Regine Lager, Helse Nord RHF  
Fagsjef Anne Selstad, Helse Øst RHF  
Juridisk rådgiver Berit Herlofsen, Helse Sør RHF  
Stabsdirektør Per Holger Broch, Helse Midt-Norge RHF  
Seniorrådgiver Ivar Eriksen, Helse Vest RHF

---

For å skape et grunnlag for forbedringer, skal rådet ta opp og drøfte aktuelle og prinsipielle spørsmål knyttet til ordningen, herunder saksbehandlingen i Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda.

Rådet skal bestå av representanter for departement, de regionale helseforetakene, Kommunenes Sentralforbund, Norsk Pasientforening, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon og Forbrukerrådet. Rådet har hatt ett møte i 2005. Møtene organiseres av Norsk Pasientskadeerstatning.

## Tall og statistikk

Saksmengde	22
Vedtaksfordeling	24
Diagnosegrupper	27
Spesialitet	28
Medholdssakene	30
Avslagssakene	32
Utbetalinger	34



# Saksmengde

Stadig flere pasienter krever erstatning etter behandling i det offentlige helsesystemet. Hovedgrunnen til økningen skyldes mest sannsynlig økende kjennskap til ordningen kombinert med større bevissthet rundt egne rettigheter.

I 2005 har NPE mottatt 3 366 krav om erstatning. Siden ordningen med NPE ble opprettet i 1988, har saksmengden stort sett vært økende hvert år, og antallet krav i 2005 er ikke uventet det høyeste så langt. I forhold til 2004, er det en økning i saksmengden på nesten syv prosent. Vi tror økningen skyldes generelt større kunnskap om at erstatningsordningen

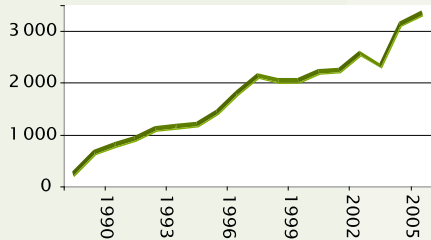
finnes. NPE har i de senere årene drevet aktiv informasjonsvirksomhet rettet mot både pasienter og helsepersonell. Vi vet at helsepersonell og pasientombud er en viktig informasjonskilde for pasientene, og NPE legger derfor stor vekt på informasjon mot disse gruppene. I tillegg har vi arbeidet mye for at informasjonen på vår nettside i første rekke er utformet

## Antall mottatte saker fordelt på år

Tabell 1 - Antall mottatte saker fordelt på behandlingskategorier i perioden 1988- 2005

Mottatt	Sykehus	Kom. helse	Psykiatri	Kjøpte tj.	Annet	Utenfor NPE	Totalt
1988	231						231
1989	661						661
1990	803						803
1991	910						910
1992	1 099	7	3				1 109
1993	1 099	54	8				1 161
1994	1 111	72	7				1 190
1995	1 306	105	15				1 426
1996	1 655	129	24				1 808
1997	1 969	150	30				2 149
1998	1 859	179	17				2 055
1999	1 826	197	28				2 051
2000	1 979	219	37				2 235
2001	1 963	233	41	6			2 243
2002	2 255	258	40	28		3	2 584
2003	1 918	254	59	59	12	34	2 336
2004	2 578	337	72	88	36	52	3 163
2005	2 644	403	96	111	68	44	3 366
<b>Totalt</b>	<b>27 866</b>	<b>2 597</b>	<b>477</b>	<b>292</b>	<b>116</b>	<b>133</b>	<b>31 481</b>

\*Gruppen "annet" inkluderer blant annet tannhelsetjenesten.



Figur 1 - Antall mottatte saker fordelt på år

*Det er ikke grunnlag for å si at økningen i antall NPE-saker skyldes dårligere kvalitet i helsetjenestene.*

for pasienter som ønsker å kreve erstatning. Blant annet kan informasjonsbrosjyrer og skademeldingsskjema enkelt lastes ned fra nettsiden.

Økende bevissthet i samfunnet generelt og stort mediefokus på NPE og andre erstatningsordninger, er trolig med på å skape større vilje til faktisk å kreve erstatning og å gjøre muligheten til å kreve erstatning bedre kjent.

Økningen i saksmengden henger også sammen med at erstatningsordningen over tid har blitt utvidet til å gjelde stadig flere pasientgrupper. Kommunelegetjenesten og psykiatriske sykehus og poliklinikker ble inkludert i 1992. Ventelistepasienter som ble behandlet i utlandet ble en del av ordningen i 2000. Da ny pasientskadelov ble innført i 2003, ble all offentlig helse-tjeneste dekket av ordningen. I tillegg er det ikke lenger et krav at skaden må være fysisk. Også psykiske skader har blitt en del av erstatningsordningen. Ved utvidelse av ordningen, går det typisk noen år før det kommer inn mange krav knyttet til nye områder, men vi ser nå en forholdsvis stor vekst i gruppene som ikke var en del av ordningen fra starten av.

NPEs materiale gir ikke grunnlag for å si at økningen i antall erstatningskrav skyldes en nedgang i kvaliteten på helsetjenestene.

Tidligere års statistikker over innkomne saker, har vært vist fylkesvis. Grunnet en annen organisering av helsevesenet og utvidelsen av ordningen til nye pasientgrupper, har noen av tabellene i år fått en annen inndeling. Oversikten over de fem regionale helseforetakene består av saker knyttet til somatiske og psykiatriske sykehus og poliklinikker. De resterende gruppene hører ikke inn under helseforetakene, men både offentlig kjøp av helsetjenester og privatpraktiserende spesialister, er finansiert av disse.

### Saker fordelt på RHF og andre grupper

Tabell 2 - Antall mottatte saker fordelt på RHF og andre i 2004 og 2005

	2004	2005
Helse Nord	339	368
Helse Midt-Norge	371	396
Helse Vest	484	508
Helse Sør	648	685
Helse Øst	806	781
Offentlig kjøp av helsetjenester	56	65
Privatpraktiserende spesialister	32	46
Kommunehelsetjenesten	337	403
Offentlig tannhelsetjeneste	6	13
Annet	32	57
Utenfor ordningen	52	44
<b>Totalt</b>	<b>3 163</b>	<b>3 366</b>

# Vedtaksfordeling

2 633 erstatningskrav ble avgjort i 2005. Det er nærmere 30 prosent flere vedtak fattet enn året før. Det har aldri tidligere blitt behandlet så mange krav i løpet av ett år.

Medholdsandelen i 2005 er på 33 prosent, fire prosentpoeng lavere enn året før. Nedgangen skyldes sannsynligvis naturlige svingninger. Gjennomsnittet for de siste årene viser at andelen pasienter som har fått erstatning har vært i underkant av 35 prosent. 2 633 saker ble behandlet i 2005. Med behandlet mener vi her at det har blitt

fattet et medholds- eller avslagsvedtak basert på de medisinske forholdene som har kommet frem gjennom saksbehandlingen. I tillegg har NPE avslått, avvist eller henlagt omkring 500 saker. Disse sakene er ikke vurdert på grunnlag av de medisinske forholdene, men er avsluttet på grunn av foreldelse, at behandlingsstedet ikke er omfattet av

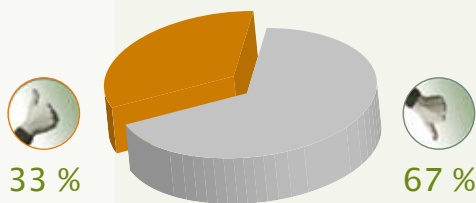
## Medhold/avslag fordelt på år

Tabell 3 - Vedtaksfordeling per år

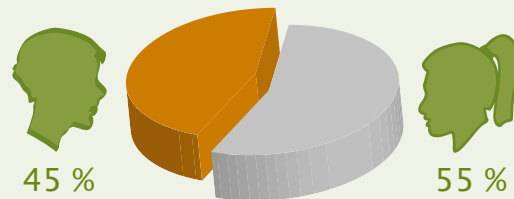
År	Medhold		Avslag		Totalt
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall
1988	16	59,3 %	11	40,7 %	27
1989	58	50,9 %	56	49,1 %	114
1990	129	44,3 %	162	55,7 %	291
1991	231	47,7 %	253	52,3 %	484
1992	297	37,8 %	489	62,2 %	786
1993	368	42,7 %	494	57,3 %	862
1994	343	42,1 %	471	57,9 %	814
1995	446	42,4 %	607	57,6 %	1 053
1996	487	41,3 %	691	58,7 %	1 178
1997	490	35,0 %	909	65,0 %	1 399
1998	512	30,8 %	1 152	69,2 %	1 664
1999	537	32,2 %	1 133	67,8 %	1 670
2000	531	28,9 %	1 309	71,1 %	1 840
2001	592	32,1 %	1 253	67,9 %	1 845
2002	563	29,6 %	1 339	70,4 %	1 902
2003	761	34,3 %	1 455	65,7 %	2 216
2004	761	37,2 %	1 282	62,8 %	2 043
2005	873	33,2 %	1 760	66,8 %	2 633
<b>Totalt</b>	<b>7 995</b>	<b>35,0 %</b>	<b>14 826</b>	<b>65,0 %</b>	<b>22 821</b>



## Medhold og avslag



## Kjønnsfordeling i NPE-saker



ordningen, at det åpenbart ikke foreligger et økonomisk tap eller at pasienten selv har trukket saken.

Det har aldri tidligere blitt behandlet så mange krav i løpet av ett år. Det er fattet vedtak om medhold eller avslag i 29 prosent flere saker, sammenliknet med 2004. Årsaken til rekordavviklingen, er at vi fikk styrket bemanningen med flere saksbehandlere dette året, i tillegg til at vi har høstet gevinst av flere iverksatte effektiviseringstiltak.

Aldersgruppen 40–59 år utgjør den største gruppen av pasientene som har fått sitt krav avgjort i 2005. Pasientstatistikk fra Statistisk sentralbyrå derimot, viser at det er langt flere i alderen over 60 år som får behandling i helsevesenet sammenliknet med aldersgruppen som er størst i NPE-sammenheng. Dette kan trolig forklares med at det er langt flere pasienter i alderen 40–59 år som er yrkesaktive, sammenliknet med de som er over 60 år. Erstatningsordningen dekker først og fremst pasientens økonomiske tap. Et slikt tap vil i mindre grad være realiteten når man har nådd pensjonsalder. En høyere medholdsandel i de eldste aldersgruppene kan tyde på at de eldre pasientene har mer

reelle krav. Det skal tydeligvis mer til før de eldre klager, men når de først gjør det, får de gjennomslag i større grad enn de yngre. Medholdsandelen er lavere enn gjennomsnittet for pasienter som er yngre enn 49 år.

Helt siden ordningen ble opprettet, har flere kvinner enn menn søkt om erstatning. I 2005 er det 55 prosent kvinner og 45 prosent menn som har fått sitt krav avgjort. Fordelingen stemmer godt med statistikk over behandlinger i helsevesenet. Medholdsandelen er omtrent den samme for begge kjønn – 33 prosent av kvinnene og 34 prosent av mennene har fått medhold i kravet om erstatning.

fortsetter neste side ►►

## Medhold/ avslag fordelt på alder

Tabell 4 - Vedtak fordelt på aldersgrupper 2005

Alder	Medhold		Avslag		Totalt
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	
0–9 år	26	22,4 %	90	77,6 %	116
10–19 år	34	30,1 %	79	69,9 %	113
20–29 år	74	27,9 %	191	72,1 %	265
30–39 år	139	32,1 %	294	67,9 %	433
40–49 år	162	30,5 %	370	69,5 %	532
50–59 år	206	36,9 %	352	63,1 %	558
60–69 år	135	38,6 %	215	61,4 %	350
70–79 år	79	36,9 %	135	63,1 %	214
Fra 80 år	18	34,6 %	34	65,4 %	52
<b>Totalt</b>	<b>873</b>	<b>33,2 %</b>	<b>1 760</b>	<b>66,8 %</b>	<b>2 633</b>

fortsettelse fra forrige side ▼

Den totale medholdsandelen for saker som har fått et vedtak i 2005, er på 33 prosent. Medholdsandelen for de fem regionale helseforetakene og de resterende behandlingstedene, varierer mellom 20 og 41 prosent. Saker knyttet til "private spesialister" og "offentlig kjøp av helsetjenester", står for henholdsvis den laveste og høyeste prosentandelen. Disse gruppene er foreløpig så små at tilfeldige variasjoner nok spiller en rolle.

Derimot er medholdsandelen for kommunehelsetjenesten, som står for ti prosent av vedtakene, forholdsvis lav med 23 prosent. For helseforetakene er variasjonen noe mindre. Lavest er medholdsandelen i Helse Sør med 30 prosent, mens Helse Nord har den høyeste andelen med 37 prosent.

I tillegg til tilfeldige variasjoner, er det flere forhold som kan virke inn på medholdsandelen. Ut fra tallene alene, kan man vanskelig tolke størrelsen på medholdsandelen i positiv eller negativ retning. Hvis høy medholdsandel sier noe om kvaliteten på helsetjenestene, er dette negativt. På den andre side kan høy medholdsandel tolkes som et uttrykk for at behandlingsstedet har vært flinke til å informere om erstatningsordningen, og dermed minsket mørketallene.

Kvaliteten på informasjonen kan føre til at færre med "svake" saker i NPE-sammenheng, ikke krever erstatning. Det kan også være en forskjell helse-regionene imellom når det gjelder hva slags behandling som blir gitt, og om behandlingen innebærer en stor eller liten risiko for skade.

## Medhold/avslag fordelt på RHF og andre grupper

Tabell 5 - Vedtak fordelt på RHF og andre grupper i 2005

Sted	Medhold		Avslag		Totalt
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	
Helse Nord	106	36,9 %	181	63,1 %	287
Helse Midt-Norge	110	34,9 %	205	65,1 %	315
Helse Vest	151	35,8 %	271	64,2 %	422
Helse Sør	175	30,3 %	402	69,7 %	577
Helse Øst	245	36,1 %	433	63,9 %	678
Offentlig kjøp av helsetjenester	20	40,8 %	29	59,2 %	49
Privatpraktiserende spesialister	4	20,0 %	16	80,0 %	20
Kommunehelsetjenesten	62	22,9 %	209	77,1 %	271
Offentlig tannhelsetjeneste	0	0,0 %	3	100,0 %	3
Annet	0	0,0 %	11	100,0 %	11
<b>Totalt</b>	<b>873</b>	<b>33,2 %</b>	<b>1 760</b>	<b>66,8 %</b>	<b>2 633</b>

# Diagnosegrupper

De fire største diagnosegruppene er skader og sykdommer i muskel- og skjelettsystemet, kreft, sykdommer i sirkulasjonssystemet og fordøyelsessystemet.

Behandling av skader og sykdommer i muskel- og skjelettsystemet står for over 40 prosent av sakene som ble avgjort i 2005. Kreft er den nest største gruppen med omkring 14 prosent. Sykdommer i sirkulasjonssystemet og fordøyelsessystemet er representert med henholdsvis åtte og syv prosent av sakene. Disse fire diagnosegruppene har vært størst de siste årene.

Medholdsandelen varierer diagnosegruppene i mellom og fra år til år. Av de fire største gruppene, har pasienter med diagnoser knyttet til muskel- og skjelettsystemet og sykdommer i sirkulasjonssystemet i større grad fått medhold enn pasienter som er behandlet for kreft eller fordøyelsessykdommer, der medholdsandelen er under gjennomsnittet for 2005.

## Medhold/avslag fordelt på diagnosegrupper

Tabell 6 - Vedtak fordelt på diagnosegrupper i 2004 og 2005

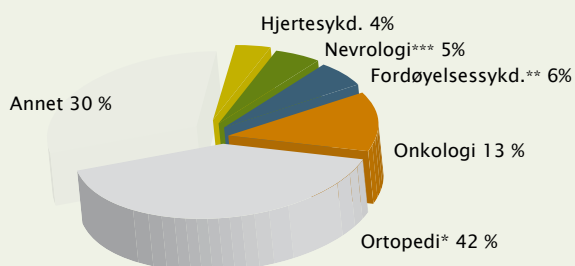
Diagnosegrupper	2004			2005		
	Medhold	Avslag	Totalt	Medhold	Avslag	Totalt
Infeksjonssykdommer	11	30	41	13	24	37
Svulster	100	184	284	106	251	357
Blod/bloddannende organer	4	4	8	3	5	8
Endokrine sykdommer	11	17	28	8	29	37
Psykiske lidelser	8	31	39	14	50	64
Nervesystem	18	54	72	24	54	78
Øye	16	41	57	11	35	46
Øre	0	21	21	2	9	11
Sirkulasjonssystemet	51	97	148	72	144	216
Åndedrettssystemet	10	31	41	12	25	37
Fordøyelsessykdommer	51	82	133	56	137	193
Hud og underhud	8	18	26	5	18	23
Muskel og skjelett	178	256	434	234	366	600
Urin- og kjønnsorganer	39	53	92	42	75	117
Svangerskap og fødsel	41	80	121	41	86	127
Perinatalperioden	8	5	13	0	4	4
Medfødte misdannelser	15	19	34	14	37	51
Symptomer	13	16	29	8	26	34
Brudd og skader	174	230	404	195	366	561
Ytre årsaker/annet	5	13	18	13	19	32
<b>Totalt</b>	<b>761</b>	<b>1 282</b>	<b>2 043</b>	<b>873</b>	<b>1 760</b>	<b>2 633</b>



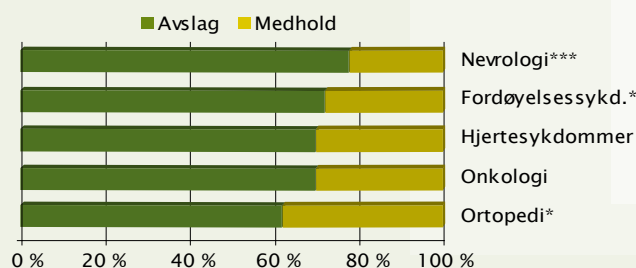
## Spesialitet

70 prosent av sakene som ble avgjort i 2005 er fordelt på fem spesialiteter. Ortopedi er den største gruppen.

### De fem største gruppene



### Medholdsprosent



Spesialiteten blir registrert ut i fra pasientens sykdomstilfelle, som regel uten hensyn til avdelingen pasienten var innlagt ved, eller hvilken spesialitet legen hadde.

Ortopedi utgjør 42 prosent av sakene som ble avgjort i 2005, mens onkologi (kreft) står for 13 prosent. Gastroenterologisk kirurgi, nevrologi og hjertesykdommer utgjør hver mellom fire og seks prosent av sakene.

Ortopedi, onkologi, gastroenterologisk kirurgi og nevrologi utgjør størstedelen av sakene fra år til år, med kun små endringer i prosentfordelingene. Det er en liten nedgang fra fem til tre prosent i andelen fødselsaker (skade på mor eller barn) sammenliknet med tidligere år. Dette skyldes sannsynligvis tilfeldige variasjoner.

\* På ortopedi er konservativ behandling (267) og ortopedisk kirurgi slått sammen (833).

\*\* Fordøyelsessykdommer vil si denne spesialiteten (34) og gastroenterologisk kirurgi (134).

\*\*\* Nevrologi er spesialitetene nevrologi (86) og nevrokirurgi (44) slått sammen.

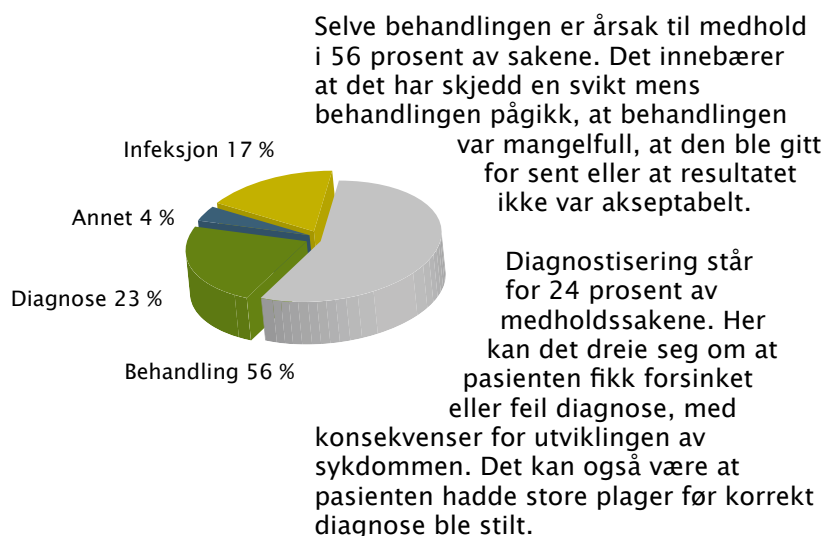
## Vedtak fordelt på spesialitet

Tabell 7 - Vedtak fordelt på spesialitet i 2004 og 2005

Spesialitet	2004			2005		
	Medhold	Avslag	Totalt	Medhold	Avslag	Totalt
Allmennmedisin	12	35	47	4	15	19
Anestesiologi	23	25	48	20	20	40
Annet	2	1	3	0	1	1
Barne- og ungdomspsykiatri	1	2	3	0	1	1
Barnekirurgi	0	1	1	1	0	1
Barnesykdommer	2	6	8	0	0	0
Blodsykdommer	4	2	6	3	5	8
Endokrinologi	4	15	19	8	23	31
Fordøyelsesykdommer	5	25	30	5	29	34
Fysikalsk medisin og rehabilitering	2	10	12	1	9	10
Føde (skade på barnet)	23	43	66	10	33	43
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	40	67	107	39	94	133
Gastroenterologisk kirurgi	44	43	87	42	92	134
Generell kirurgi	8	12	20	12	30	42
Geriatrici	0	1	1	3	4	7
Hjertesykdommer	31	49	80	30	71	101
Hud- og veneriske sykdommer	6	12	18	3	19	22
Immunologi og transfusjonsmedisin	2	4	6	0	0	0
Indremedisin	0	1	1	0	0	0
Infeksjonssykdommer	19	40	59	18	34	52
Karkirurgi	11	21	32	37	51	88
Kirurgisk	5	9	14	0	0	0
Kjevekirurgi og munnhulesykdommer	1	2	3	0	5	5
Lungesykdommer	3	7	10	2	10	12
Medisinsk	11	10	21	3	3	6
Nevrokirurgi	10	23	33	12	32	44
Nevrologi	13	46	59	17	69	86
Nyfødtmedisin	0	0	0	4	5	9
Nyresykdommer	0	1	1	0	0	0
Odontologi	0	2	2	2	5	7
Onkologi	75	147	222	101	238	339
Ortopedisk kirurgi	261	317	578	340	493	833
Ortopedisk (konservativ behandling)	60	145	205	82	185	267
Patologi	1	0	1	0	1	1
Plastisk kirurgi	21	15	36	12	17	29
Psykiatri	9	28	37	12	49	61
Revmatologi	2	7	9	2	4	6
Thoraxkirurgi	3	4	7	0	1	1
Transplantasjon	0	0	0	2	2	4
Urologi	17	21	38	23	45	68
Øre-nese-hals-sykdommer	13	42	55	12	27	39
Øyesykdommer	17	41	58	11	38	49
<b>Totalt</b>	<b>761</b>	<b>1 282</b>	<b>2 043</b>	<b>873</b>	<b>1 760</b>	<b>2 633</b>

# Medholdssakene

Det var 873 pasienter som fikk medhold i sitt krav om erstatning i 2005. Dette utgjør en andel på 33 prosent. Sammenliknet med 2004, har medholdsandelen sunket med fire prosentpoeng.



I 17 prosent av sakene har pasientene blitt påført en infeksjon i forbindelse med behandlingen. Hovedsakelig er dette pasienter som har fått infeksjon i et "rent" område under et kirurgisk inngrep.

Årsaken til medhold i de gjenstående fire prosent av sakene, er at skaden har skjedd i forbindelse med pleie, undersøkelse, informasjonssvikt, teknisk svikt, vaksinasjon eller annet.

Andelen saker der behandling er årsak til medhold har blitt redusert med fire prosentpoeng, mens andelen saker med begrunnelse i diagnostisering har økt omtrent tilsvarende i forhold til 2004.

## Ansvarsgrunnlaget i medholdssakene

Tabell 8 - Ansvarsgrunnlaget i medholdssakene i 2004 og 2005

Årsak til medhold	2004		2005	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Behandling	460	60,4 %	488	55,9 %
Infeksjon	125	16,4 %	146	16,7 %
Diagnose	145	19,1 %	205	23,5 %
Undersøkelse	10	1,3 %	9	1,0 %
Pleie	6	0,8 %	11	1,3 %
Informasjonssvikt	7	0,9 %	4	0,5 %
Teknisk svikt	5	0,7 %	6	0,7 %
Vaksinasjon			1	0,1 %
Annet	3	0,4 %	3	0,3 %
<b>Totalt</b>	<b>761</b>	<b>100,0 %</b>	<b>873</b>	<b>100,0 %</b>

## Eksempel på medhold

**Kvinne, 66 år**, var plaget med smerter i magesekken, sure oppstøt og halsbrann. Det ble ved gastroskopi påvist sår i magesekken, men det ble ikke tatt biopsi. Grunnet fortsatte plager i magen og dårlig allmenntilstand, ble det utført ny gastroskopi i tillegg til CT av magen. Det ble konkludert med magekreft, og hun ble operert med fjerning av magesekken før biopsisvarene forelå. Det viste seg at hun hadde Non-Hodgins lymfom og ikke magekreft. Hun har vært plaget med blant annet stort vekttap etter fjerning av magesekken.



**NPEs vurdering:** Det burde vært tatt biopsiprøve allerede ved første gastroskopi. Dette ville ført til riktig diagnose på et tidligere tidspunkt. Magesekken ble unødvendig fjernet på grunnlag av feil diagnose. Skaden skyldes behandlingssvikt, og pasienten har krav på erstatning.

**Mann, 58 år**, ble ryggoperert på grunn av trange forhold i spinalkanalen. Etter to uker ble det konstatert infeksjon med gule stafylokokker i operasjonssåret. Han ble behandlet med sårrevisjon og antibiotika. Etter avsluttet behandling var han plaget med økte smerter. Etter tre måneder ble det påvist dyp infeksjon, og det innopererte avstivningsmaterialet måtte fjernes.



**NPEs vurdering:** Infeksjonen med påfølgende forlenget sykdomsforløp samt behov for fjerning av avstivningsmaterialet, ble påført i forbindelse med ryggoperasjonen. Det foreligger en infeksjon som ikke i hovedsak skyldes pasientens tilstand eller sykdom, og pasienten har krav på erstatning.

**Kvinne, 30 år**, ble operert med fjerning av muskelknote på livmoren. Etter inngrepet var hun plaget med betydelige smerter. Ved utredning ble det påvist et innkapslet fremmedlegeme i magen. Hun ble reoperert, og man fant en gjenglempt kompress som ble fjernet. Skjemmende arr på magen skal korrigeres ved plastisk kirurgi.



**NPEs vurdering:** Gjenglempt kompress med påfølgende smerter, reoperasjon og skjemmende arr skyldes svikt ved ytelse av helsehjelp. Pasienten har krav på erstatning.

**Mann, 61 år**, hadde diabetes som ble regulert med insulin. Han utviklet dårlig allmenntilstand med oppkast og diaré. Ved tilsyn av legevakt, ble det konkludert med tarminfeksjon. Blodsukkeret ble ikke målt, og han fikk beskjed om å ikke ta insulin denne dagen. Dagen etter ble han undersøkt av ambulansepersonell. Han ble gitt insulin pga svært høyt blodsukker. Legevakten mente at han ikke var syk nok for innleggelse. Etter ny henvendelse fra påførende, ble han sykehusinnlagt samme kveld. Han var da lett cyanotisk (nedsatt oksygeninnhold i blodet) med rask og overfladisk respirasjon. Han døde få timer etter sykehusinnleggelsen på grunn av hjerteinfarkt.



**NPEs vurdering:** Pasienten ble ikke korrekt undersøkt, behandlet eller fulgt opp ved kontakt med legevakten. Alvoret i sykdomsbildet ble ikke innsett grunnet manglende kunnskaper om diabetes med patologiske blodsukkerverdier. Han burde vært sykehusinnlagt på et tidligere tidspunkt, noe som ville gitt kontroll over hans diabetes og acidose (unormalt høy surhetsgrad i kroppen). Med kontroll over diabetessykdommen ville mest sannsynlig gjenoppliving etter hjerteinfarkt vært vellykket. Det foreligger behandlingssvikt, og pasientens etterlatte har krav på erstatning.

# Avslagssakene

Den hyppigste grunnen til avslag er at selve grunnsykdommen eller grunnskaden har ført til plagene. Det er i disse sakene ikke sammenheng mellom behandlingen og pasientens plager.

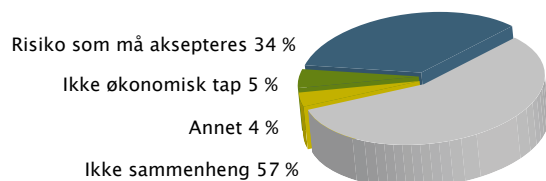
Det er 1 760 pasienter som har fått avslag på sitt erstatningskrav i 2005. Andelsmessig utgjør dette 67 prosent av sakene.

Over halvparten av avslagene er begrunnet med at det ikke er sammenheng mellom behandlingen og den anførte skaden. I disse sakene er det som regel konkludert med at det er grunnskaden eller grunnsykdommen som har ført til plagene.

I omtrent en tredel av avslagssakene viser utredningen at det er sannsynlig at behandlingen har ført til skaden. Imidlertid har pasienten likevel ikke rett på erstatning fordi behandlingen som ble gitt var nødvendig og korrekt, og skaden er utslag av en risiko som pasienten må akseptere.

Fem prosent av avslagene begrunnes med at det økonomiske tapet er under beløpsgrensen på fem tusen kroner.

De resterende fire prosent av avslagene fordeler seg på saker der diagnosen var feil eller forsinket, men likevel riktig ut i fra den viten man hadde tilgjengelig på det aktuelle tidspunktet. Det dreier seg videre om avslag som er begrunnet med særlige forhold ved pasienten selv, pasientens grunnsykdom, infeksjon i såkalt urent område eller at skaden er forvoldt av legemiddel.



## Årsak til vedtak i avslagssakene

Tabell 9 - Årsak til avslag i 2004 og 2005

Årsak til avslag	2004		2005	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ikke sammenheng med behandlingen	797	61,8 %	1 003	57,0 %
Risiko som må aksepteres	340	26,4 %	601	34,1 %
Ikke økonomisk tap	59	4,6 %	81	4,6 %
Annet	93	7,2 %	75	4,3 %
<b>Totalt</b>	<b>1 289</b>	<b>100,0 %</b>	<b>1 760</b>	<b>100,0 %</b>



## Eksempel på avslag

**Mann, 36 år**, ble operert på grunn av skjev neseskillevegg. Inngrepet ble utført i narkose med intubasjon. Ved innledning av anestesien, ble det konstatert noen løse tenner og kronisk tannkjøttbetennelse. Etter operasjonen hadde han sterke smerter i overkjeven, og det ble påvist to løse tenner.

**NPEs vurdering:** Det legges til grunn at de i utgangspunktet løse tennene, løsnet ytterligere under intubasjonen. Intubasjonen ble korrekt utført, og skade på tennene utgjør en kjent komplikasjon når tannstatus ikke er god. Risikoen for tannskaden ligger innenfor det som må aksepteres, og pasienten har ikke krav på erstatning.



**Kvinne, 41 år**, fikk påvist brystkreft. Hun ble operert med fjerning av brystet og lymfeknuter i armhulen. Hun ble fulgt opp med cellegift og strålebehandling. Hun er i dag plaget med kroniske smerter i operasjonsområdet, lymfødem i skulderregionen og armen samt nedsatt bevegelighet i skulderen. Hun har stilt spørsmål ved om plagene kan skyldes et løft som ble foretatt i etterkant av operasjonen.

**NPEs vurdering:** Plagene i armen og skulderen skyldes mest sannsynlig lymfødem og nervesmerter som følgetilstand til armhulekirurgi og ikke løftet som ble foretatt. Til tross for omfattende smerteplager, er disse et utslag av en risiko som må aksepteres ved behandling av en potensiell livstruende sykdom. Pasienten har ikke krav på erstatning.



**Mann, 48 år**, var plaget med store åreknuter i leggen som gav smerter i benet. Han ble operert med fjerning av åreknutene. Etter inngrepet har han vært plaget med manglende hudfølelse i et område på leggen og foten.

**NPEs vurdering:** Plagene i leggen skyldes skade på en hudnerve under operasjonen. Nerveskaden er en kjent komplikasjon ved denne typen inngrep, og ut fra indikasjonen for inngrepet, er risikoen for nerveskaden innenfor hva som må aksepteres. Pasienten har ikke krav på erstatning.



**Kvinne, 56 år**, falt på isen og pådro seg et knusningsbrudd i ankelen. Hun ble operert få timer senere. Etter operasjonen har hun vært plaget med smerter og nedsatt bevegelighet i ankelen.

**NPEs vurdering:** Pasienten har fått korrekt behandling. Ankelplagene skyldes mest sannsynlig det kompliserte ankelbruddet i seg selv, og ikke behandlingen. Pasienten har ikke krav på erstatning.



# Utbetalinger

Aldri tidligere har NPE utbetalt mer i erstatning enn i 2005. Også det gjennomsnittlige erstatningsbeløpet er høyere enn noen gang.

NPE har utbetalt nesten 440 millioner kroner i erstatning til pasienter og pårørende i 2005. Dette beløpet omfatter både saker hvor erstatningsbeløpet er ferdig beregnet og delutbetalinger i saker hvor beregningen ikke er fullført. Utbetalingen i 2005 er den høyeste som NPE har utbetalt i løpet av ett år.

*Målet er at pasienten skal være likt stilt økonomisk som før skaden skjedde.*

I forhold til 2004, har det samlede erstatningsbeløpet økt med ti prosent. At utbetalt erstatning har en tendens til å øke fra år til år, er ikke overraskende. Den totale erstatningssummen henger sammen med økende saksmengde, økt saksavvikling og en økning i erstatningsnivået på grunn av lønns- og prisvekst i samfunnet generelt.

Rundt 90 prosent av utbetalingene i 2005, knytter seg til saker hvor erstatningsbeløpet

er ferdig beregnet. I gjennomsnitt har hver av pasientene eller pårørende fått utbetalt 484 000 kroner. Men variasjonen er stort, fra et minstebeløp på fem tusen kroner og opp til flere millioner kroner.

Erstatningen skal dekke pasientens økonomiske tap og utgifter som følge av behandlingsskaden. Har skaden ført til arbeidsuførhet, vil tap av inntekt dekkes i tillegg til nødvendige og rimelige utgifter. Hvis skaden er varig og av et visst omfang, normalt over 15 prosent medisinsk invaliditet, har man også rett til menerstatning. Menerstatningen er ment å være en økonomisk kompensasjon for den tapte livsutfoldelse skaden har medført. Erstatningsutmålingen er individuell, og beregnes ut fra pasientens medisinske situasjon og konkrete økonomiske forhold. Man kan med andre ord ikke angi noe generelt nivå for hvor stor erstatning en bestemt skade gir.

## Utbetalinger fordelt på RHF og andre

Tabell 9 - Utbetalinger fordelt på RHF og andre grupper i 2004 og 2005

Sted	2004	2005
Helse Nord	44 718 585	45 115 397
Helse Midt-Norge	55 509 825	79 285 199
Helse Vest	76 149 458	79 356 853
Helse Sør	78 048 327	86 996 152
Helse Øst	108 562 243	116 561 897
Offentlig kjøp av helsetjenester*	2 903 947	3 582 595
Privatpraktiserende spesialister*	190 000	1 240 850
Kommunehelsetjenesten	32 018 128	25 456 108
Annet		11 000
<b>Totalt</b>	<b>398 100 513</b>	<b>437 606 051</b>

\* Privat helsetjeneste er dekket av ordningen med pasientskadeerstatning hvis det offentlige har inngått avtaler gjennom driftstilskudd, basistilskudd eller avtale om kjøp av helsetjenester.

## Regnskap 2005

Resultat NPE-drift	36
Resultat NPE-fond	37
Balanse NPE-fond	38
Resultat NPE-konsolidert	39
Balanse NPE-konsolidert	40
Noter	41



## Resultatregnskap – Drift

Noter	Hele 1 000 kroner	Budsjett 2005	Regnskap 2005	Avvik
	<b>Sum ordinær drift</b>	<b>- 51 853</b>	<b>- 52 585</b>	<b>- 732</b>
	Sakkyndige konsulenter	- 13 000	- 15 426	- 2 426
	Egne advokater	- 1 500	- 3 084	- 1 584
1	<b>Sum kostnader kap. 0722</b>	<b>- 66 353</b>	<b>- 71 095</b>	<b>- 4 742</b>
2	Kap. 3722 Refusjoner	0	1 453	1 453
	<b>Samlet drift av NPE</b>	<b>- 66 353</b>	<b>- 69 642</b>	<b>- 3 289</b>
3	Kap. 0722 50 Tilskudd til NPE som statlig fond	- 433 123	- 433 123	0
4	Kap. 0722 70 Dekning av advokatutgifter	- 16 658	- 17 749	- 1 091
5	Kap. 3722 50 Overføring fra NPE som statlig fond	72 535	72 535	0

I 2005 hadde NPE et regnskapsmessig merforbruk på 3,289 millioner kroner, medregnet ikke-budsjetterte inntektsrefusjoner på kap. 3722.

I tabellen er videre den ordinære driften skilt ut fra driftskostnader som NPE i mindre grad kan påvirke. Ser vi bort fra kostnadene til eksterne, sakkyndige konsulenter og egne advokater, viser den ordinære driften et merforbruk på 0,732 millioner kroner. Inkludert de ikke-budsjetterte inntektsrefusjonene var det imidlertid et mindreforbruk i 2005 på 0,721 millioner kroner.

## Resultatregnskap – Fond

Noter	Hele 1 000 kroner	Budsjett 2005	Regnskap 2005	Avvik
	<b>Inntekter</b>			
6	Inngående beholdning	- 39 100		39 100
3	Tilskudd fra staten	433 123	433 123	0
	Tilskudd fra helseforetak	98 900	98 900	0
	Tilskudd fra kommuner	12 688	12 688	0
	Tilskudd fra fylkeskommuner	890	890	0
7	Egenbetaling for skade	26 000	26 068	68
8	Honorar legemiddelforsikring	1 036	2 433	1 407
	<b>Sum inntekter</b>	<b>533 537</b>	<b>574 112</b>	<b>40 575</b>
	<b>Utgifter</b>			
	Erstatningsutbetalinger	444 076	436 981	7 095
5	Drift av Norsk Pasientskadeerstatning	72 535	72 535	0
5	Drift av Pasientskadenemnda	16 916	16 916	0
	Administrasjonskostnader	10	11	1
	<b>Sum utgifter</b>	<b>533 537</b>	<b>526 443</b>	<b>7 094</b>
	<b>Resultat NPEs fond</b>	<b>0</b>	<b>47 669</b>	<b>47 669</b>

NPE fond hadde i 2005 et regnskapsmessig overskudd på 47,7 millioner kroner.

NPE Fond hadde imidlertid en inngående, likviditetsmessig balanse på - 39,1 millioner kroner, som tilsvarer fondets underdekning i oppgjørskontoen til Norges Bank. I 2005 vedtok Stortinget å øke de statlige tilskuddene med 39,1 millioner kroner, slik at den negative balansen på likviditetskontoen i Norges Bank ble dekket opp. Fondets regnskapsmessige overskudd i 2005 øker derved tilsvarende.

Korrigerer vi for dette budsjetttilskuddet, hadde fondet i 2005 et reelt overskudd på 8,569 millioner kroner. Budsjettavviket relaterer seg hovedsakelig til lavere erstatningsutbetalinger enn budsjettet.

## Balanse – Fond

Noter	Hele 1 000 kroner	Regnskap 2005	Regnskap 2004	Endring
	<b>Aktiva</b>			
	Kundefordringer	3 260	3 131	129
	<b>Sum aktiva</b>	<b>3 260</b>	<b>3 131</b>	<b>129</b>
	<b>Passiva</b>			
	Oppgjørskonto Norges Bank	- 8 381	39 159	- 47 540
	Inngående balanse	- 36 028	- 3 770	-32 258
	Resultat	47 669	- 32 258	79 927
	<b>Sum passiva</b>	<b>3 260</b>	<b>3 131</b>	<b>129</b>

Kundefordringer består av egenbetalinger for skade hvor kravet er fakturert, men ikke innbetalt før årsskiftet. Beløpet er korrigert for skyldig merverdiavgift pr. 31.12.2005.

Alle inn- og utbetalinger på fondet blir løpende registrert på to arbeidskonti i DnBNOR, som daglig tømmes for overføring av innestående saldo til en oppgjørskonto i Norges Bank. Oppgjørskontoens saldo ved utgangen av året tilsvarer derfor fondets likviditetsmessige underskudd/overskudd pr. 31. desember.

Oppgjørskontoen i Norges Bank hadde pr. 31.12.2005 et likviditetsmessig overskudd på 8,4 millioner kroner. Inngående balanse består av fondets regnskapsmessige underskudd i 2003 (3,770 millioner kroner) og 2004 (32,258 millioner kroner).

## Konsolidert regnskap for NPE-ordningen

### Resultatregnskap

Noter	Hele 1 000 kroner	Regnskap 2005	Regnskap 2004	Budsjett 2005
3	Tilskudd fra staten	433 123	320 575	433 123
	Tilskudd fra helseforetak	98 900	95 648	98 900
	Tilskudd fra kommuner	12 688	12 271	12 688
	Tilskudd fra fylkeskommuner	890	861	890
	<b>Sum tilskudd</b>	<b>545 601</b>	<b>429 355</b>	<b>545 601</b>
	Forfalte erstatninger	- 437 766	- 398 031	- 444 076
	Endr. avsetning til skadereserver	- 130 157	- 96 050	- 130 157
7	Egenbetaling for skade	26 068	23 714	26 000
	Honorarer leger/ sakkyndige/ egne advokater	- 18 510	- 12 593	- 14 500
	Dekning pasientadvokater	- 17 749	- 15 591	- 16 658
	<b>Sum erstatningskostnader</b>	<b>- 578 114</b>	<b>- 498 551</b>	<b>- 579 391</b>
9	Driftskostnader Norsk Pasientskadeerstatning	- 51 132	- 49 613	- 51 853
5	Driftskostnader Pasientskadenemnda	- 16 916	- 15 229	- 16 916
8	Honorarer fra legemiddelforsikring	2 433	440	1 036
	<b>Sum driftskostnader</b>	<b>- 65 615</b>	<b>- 64 402</b>	<b>- 67 733</b>
	<b>Årsresultat</b>	<b>- 98 128</b>	<b>- 133 598</b>	<b>- 101 523</b>

## Konsolidert regnskap for NPE-ordningen

### Balanse

Noter	Hele 1 000 kroner	Regnskap 2005	Regnskap 2004
	<b>Sum eiendeler</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
	<b>Udekket underskudd og gjeld</b>		
	Udekket underskudd	- 1 976 864	- 1 976 864
	Ufordelt resultat	- 98 128	
	<b>Langsiktig gjeld</b>		
10	Avsetning til inntrufne, ikke oppgjorte skader	2 068 019	1 937 862
	<b>Kortsiktig gjeld</b>		
11	Forfalte, ikke betalte erstatninger	785	- 341
	Likviditet Norges Bank	- 6 188	39 343
	<b>Sum udekket underskudd gjeld</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Det konsoliderte regnskapet er en bearbejdet fremstilling av de samlede kostnadene for hele NPE-ordningen, og viser utviklingen i erstatningsansvaret for pasientskadeordningen.

I henhold til det statlige kontantprinsippet blir eiendeler ikke bokført i NPEs regnskaper. Inn- og utbetalinger på driften og fondet blir registrert på respektive oppgjørskonti i Norges Bank, og løpende erstatningsutbetalinger blir finansiert gjennom et såkalt "pay as you go"-prinsipp.

I 2003 og 2004 viste NPEs konsoliderte regnskap en negativ likviditetsbalanse i Norges Bank, på grunn av regnskapsmessige underskudd på fondet. Ved utgangen av 2005 er det imidlertid en samlet positiv likviditetsstatus i Norges Bank, selv om merforbruk i driftsregnskapet reduserer det likviditetsmessige overskuddet på fondet.



### Note 1 – Sum kostnader kap. 0722

Driftsbudsjettet i 2005 bestod av tildelt bevilgning på 65,924 millioner kroner samt overført mindreforbruk fra 2004 på 0,429 millioner kroner. Driftskostnadene til NPE inneholder, i tillegg til den ordinære drift, utgifter til eksterne, sakkyndige spesialister og egne advokater. I tabellen er disse utgiftene isolert for å vise hvordan høye honorarutgifter til spesialister og advokater "spiser av" det ordinære driftsbudsjettet til NPE. Reguleringspremie for 2005 til KLPs pensjonsfond (0,337 millioner kroner) er ikke betalt eller belastet regnskapet, da ansvarlige myndigheter ved utgangen av 2005 ikke har konkludert hvem som skal dekke premien.

### Note 2 – Kap. 3722 Inntekter

Henimot 1,5 millioner kroner ble i 2005 bokført i refusjoner for fødsels- og sykepenger. Disse refusjonene omfattes av merinntektsfullmakten. Sett i sammenheng med denne inntekten, hadde NPEs ordinære drift et mindreforbruk i 2005 på vel 0,7 millioner kroner.

### Note 3 – Kap. 0722 50 Tilskudd til NPE som statlig fond

En vesentlig del av fondets erstatningsutbetalinger finansieres gjennom statlige tilskudd. I budsjettssammenheng er dette gjennomført ved at fondets inntektspost (statlig tilskudd) har en tilsvarende utgiftspost på driftskapitlets post 50. I praksis foretar NPE bankoverføringer av tilskudd fra driftskapetlet til fondet.

De budsjetterte, statlige tilskuddene ble økt med 39,1 millioner kroner i 2005, tilsvarende fondets likviditetsmessige underskudd fra utgangen av 2004.

NPE Fond utgår fra og med 2006, og erstattes av et reguleringsfond. Prinsippene for finansiering av pasientskadeordningen endres som følge av dette, slik at de statlige tilskuddene bortfaller. Post 0722 50 vil tilsvarende utgå i 2006.

### Note 4 – Kap. 0722 70 Dekning av advokatutgifter

Kostnadene til pasientengasjerte advokater er en rettighetsbasert ytelse som NPE ikke kan påvirke. Den er derfor skilt ut på post 70. Betydelig vekst i NPEs saker har medført tilsvarende høye advokatutgifter, som på tross av en budsjetttilførsel i 2005 på 4,25 millioner kroner, fikk et merforbruk på 1,1 millioner kroner. Merforbruket på posten påvirker ikke driftsbudsjettet til NPE.

### Note 5 – Kap. 3722 50 Overføring fra NPE som statlig fond

NPE Fond dekker i utgangspunktet budsjetterte driftskostnader på kap. 0722 samt advokatutgifter på post 0722 70. Dette gjennomføres ved bankmessige transaksjoner mellom fondets utgiftskonto og inntektskapitlets post 50.

Tilsvarende har fondet også finansiert løpende driftskostnader for Pasientskadenemnda (PSN), gjennom bankoverføringer fra fondets utgiftspost til PSNs inntektskapittel.

Fondets overføringer til NPE og PSN i 2005 tilsvarer utgiftsbudsjettet som er angitt i fondets disponeringsbrev for 2005, og som korresponderte med tildelte budsjetter på kap. 0722 og 0723 (PSN). Vedtatte budsjettøkninger i 2005 på 6,2 millioner kroner (0722 01, driftsutgifter NPE) og 4,3 millioner kroner (0722 70, dekning advokatutgifter) har ikke medført en tilsvarende budsjettøkning på fondets utgiftskonto. Fondet har derved ikke fullfinansiert utgiftene til pasientskadeordningen i 2005.

Endringer i pasientskadeordningens finansieringsprinsipper medfører at post 3722 50 bortfaller fra og med 2006.

### **Note 6 – Inngående beholdning**

Fondets inngående beholdning i 2005 tilsvarende likviditetsmessig underskudd i 2004, som dekkes gjennom økning av de statlige tilskuddene i 2005 (ref. note 3).

### **Note 7 – Egenbetaling for skade**

NPE krever inn 10 prosent egenandel fra skadevoldende institusjon innen spesialisthelsetjenesten, delvis for å finansiere utbetalte erstatninger, men også for å synliggjøre de preventive hensyn. Imidlertid vil eksisterende tak på 0,1 millioner kroner i egenbetaling pr. skadesak medføre en begrensning i inntektsveksten, da stadig flere medholdssaker medfører erstatninger over 1 million kroner.

### **Note 8 – Honorar legemiddelforsikring**

NPE behandler saker for Legemiddelforsikringspoolen og for Norsk Legemiddelforsikring (NLF). På grunn av en etterfakturering fra 2004 ble det i 2005 bokført henimot 0,5 millioner kroner mer enn saksomfanget skulle tilsi.

### **Note 9 – Driftskostnader Norsk Pasientskadeerstatning**

De samlede driftskostnadene for Norsk Pasientskadeerstatning på 71,095 millioner kroner er her fratrukket fødsels- og sykepengerefusjoner (1,453 millioner kroner) samt honorarer til sakkyndige spesialister (15,426 millioner kroner) og egne advokater (3,084 millioner kroner).

### **Note 10 – Avsetning skadereserver**

Aktuarberegnete anslag fremkommer i tabellen som følger:

<b>Skadereserver</b>	<b>31.12.05</b>	<b>31.12.04</b>
Avsetning for meldte skader	1 086 968	915 838
Avsetning for inntrufne, men ikke meldte skader	981 051	1 022 024
Sum avsetning for inntrufne, ikke oppgjorte skader	2 068 019	1 937 862

### **Note 11 – Forfalte, ikke betalte erstatninger**

I saksbehandlingssystemet for erstatningsutbetalinger var 437,768 millioner kroner godkjent for utbetaling i 2005. Dette var 0,785 millioner kroner høyere enn faktiske utbetalinger fra fondet i 2005. Dette betyr at etterslepet av utbetalinger fra 2004 relativt sett er lavere enn etterslepet av ikke utbetalte erstatninger pr. desember 2005.

**Bestilling av Årsmelding**

E-post: [npepost@npe.no](mailto:npepost@npe.no)

Telefon: 22 99 45 00

**Foto**

Peder Songedal  
Stockbyte

**Trykk**

Gan Grafisk



Norsk Pasientskadeerstatning  
Holbergs gate 1, Postboks 3 St. Olavs plass, 0130 Oslo  
Telefon: 22 99 45 00, Telefaks: 22 99 45 90  
E-post: [npepost@npe.no](mailto:npepost@npe.no)  
[www.npe.no](http://www.npe.no)