

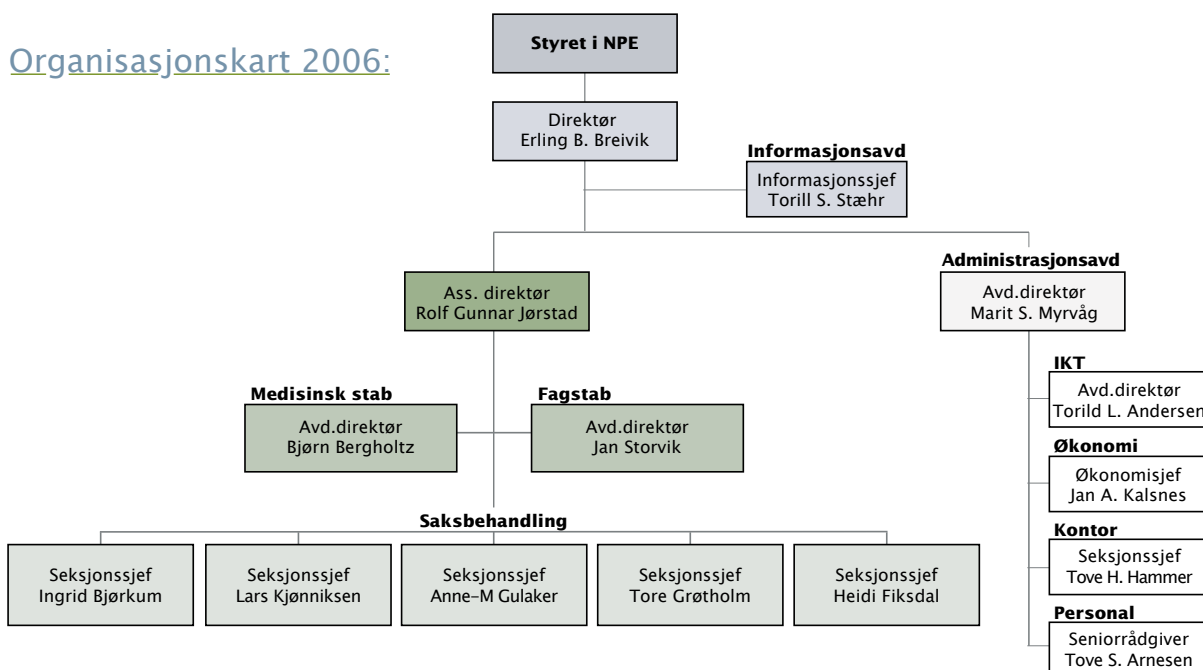
# Årsmelding 2006



# 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 2006:



## Viktige hendelser i 2006

Februar	Avtale med Norsk Legemiddelforsikring AS om saksbehandling
Mars	Møte med Helse- og omsorgskomiteen
April	Hospitering mellom de nordiske landene
Juni	Nytt informasjonsmaterieell for legemiddelskade
August	Nordisk samarbeidsmøte
	Medisinsk fagsjef ansatt i nyopprettet stilling
September	Regjeringen foreslår private helseaktører inn i NPE-ordningen
Oktober	180 saker fra ME-pasienter inn til NPE på bakgrunn av vaksineforsøk
	Seminar med pasientombud
November	NPE signerer kontrakt for fullelektronisk saksbehandling
	Årlig statistikkrapport sendes regionale helseforetak

## Innhold

Styrets arbeid	4
Direktøren har ordet	6
Saksbehandling	8
Kommunikasjon	10
Legemiddel- og vaksineskader	12
Storutbetalinger	14
Medisinsk stab	15
Kvalitetsarbeid	16
Administrasjon	18
NPEs råd	20
Saksmengde	22
Vedtaksfordeling	24
Medisinsk område	26
Diagnosegrupper	28
Medholdssakene	30
Avslagssakene	32
Utbetalinger	34
Resultat drift	36
Resultat reguleringsfond	37
Balanse reguleringsfond	38
Resultat konsolidert	39
Balanse konsolidert	40
Noter	41



Styrets arbeid i 2006:

# Balanse mellom kvalitet og service

Styret skal føre tilsyn med at erstatningsordningens samlede virksomhet er organisert i tråd med lover, forskrifter og instruksjoner.

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 2006

Styret har hatt fem møter. I september ble ett av møtene gjennomført i forbindelse med et

*Den sterke veksten i antallet saker inn har gjort det nødvendig å se på nye arbeidsformer*

styreseminar, der alle NPEs ledere var til stede på seminardelen. Seminaret hadde pasientskader, skadeforebygging og pasientsikkerhet, utvidelse av pasientskadeloven til privat sektor, samt ny kommunikasjonsstrategi som tema.

Styrets leder har deltatt i etatsstyringsmøter og møte med rådet for pasientskadeordningen.

Styret er fornøyd med det arbeidet som er gjort for å møte omverdenens krav til service og god saksbehandling. Styret har særlig hatt fokus på balansen mellom kvalitet og service, i tillegg til krav til en rask og effektiv saksbehandling. Den sterke veksten i antallet saker inn har gjort det nødvendig å se på nye arbeidsformer, som prosjektarbeid for å ta unna saker innen et gitt medisinsk område. Styret har også lagt vekt på arbeidet med strategi og handlingsplaner knyttet til prosjektet NPe-hverdag, som startet i 2006 og er en stor satsing på overgang til elektronisk saksbehandling.

## Om framtida

Styret vil ha et særlig fokus på utvidelsen av pasientskadeloven til å omfatte privat sektor, som antas å tre i kraft 1. januar 2008. Organisasjonen står overfor store utfordringer når det gjelder forberedelser og informasjonstiltak overfor de nye pasient- og brukergruppene som omfattes av ordningen.

Et annet område som vil kreve en ekstra innsats er prosjektet NPe-hverdag. Gjennom dette prosjektet vil det innføres et nytt elektronisk system, som omfatter alle deler av organisasjonen, både saksbehandling, administrasjon og informasjon. Styret vil følge framdriften i prosjektet med stor interesse.

## Pasienten i fokus

– NPEs visjon har tre sentrale verdier som rettesnor i arbeidet

### Omtenkksom

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.

### Opplysende

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.



*Helge A. Robertsen, nestleder*



*Brit Denstad, styreleder*



*Gudrun Holgersen, styremedlem*



*Haavard Ingvaldsen, styremedlem*



*Kåre Harila, styremedlem*

## Styret i Norsk Pasientskadeerstatning

Leder	Brit Denstad	pensjonist, Oslo
Nestleder	Helge A. Robertsen	pensjonist, Mandal
Medlem	Haavard Ingvaldsen	fylkestyrgdedirektør, Lillehammer
Medlem	Gudrun Holgersen	professor, Bergen
Medlem	Kåre Harila	pensjonist, Vadsø

### Varamedlemmer:

Bente Ohnstad, amanuensis, Lillehammer (for Haavard Ingvaldsen)  
 Hans Haugen, daglig leder, Bergen (for Gudrun Holgersen)  
 Anne-Turid Steinsvik, seniorrådgiver, Oslo (for Kåre Harila)

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

Direktøren har ordet:

## NPEs saksarkiv kan redde liv



Flere og flere pasienter søker erstatning, og vi må hele tida fokusere på håndtering av veksten i erstatningskravene. Forsvarlig og god kvalitet skal sikres, og ansatte skal ha levelige arbeidsforhold, slik at de er motivert og engasjert i forhold til den jobben de skal utføre for pasientene.

Det er nærmest naturgitt at en statlig virksomhet i vekst sliter med å få tilgjengelige ressurser til å dekke aktivitetsbehovet – så også i NPE. Med den store økningen i antallet saker som meldes, sier det seg selv at vi strever med å håndtere saksmengden. I de foregående årene har vi vært sterkt opptatt av å tenke nytt omkring hvordan vi løser våre oppgaver. I 2006 har vi høstet noen av fruktene av dette arbeidet. Gjennom nytenkning og effektivisering har vi, i en periode med sterk vekst i saksmengden, greid å øke produktiviteten betraktelig uten at det har gått ut over kvaliteten på arbeidet vi gjør. Det er vi godt fornøyde med.

### **Liv kan reddes**

Vårt hovedmål er å behandle erstatningskrav fra pasienter og informere publikum og helsepersonell om ordningen. Samtidig har vi også fokus på pasientsikkerhet og det å bidra til helsevesenets kvalitetsarbeid. På området "et godt helsetjenestetilbud til alle" har norsk helsevesen lite å hente fra USA, men på enkelte områder har vi likevel mye å lære. Et eksempel er "100K lives-kampanjen" der man i løpet av 18 måneder, gjennom fokusert og helhjertet innsats i over 3 000 sykehus, oppnådde målet og reduserte antall dødsfall med hele 123 000. Vel er det per i dag ikke vitenskapelig dokumentasjon for at man faktisk reddet så mange liv i kampanjeperioden, men selv en brøkdel av dette må anses imponerende.

### **Pasientsikkerhet**

I desember 2006 lanserte man i USA en oppfølgingskampanje, "Protecting 5 million lives from harm", der målet er å redusere antall pasientskader med fem millioner over de neste to årene. Overført til norske forhold tilsvarer det en reduksjon med over 75 000 pasientskader i løpet av to år, selv om en mengde av disse skadene nok er av typen mindre feil og skader,

*Direktør Erling B. Breivik*

## Helse-Norge samles til ett rike

Regjeringen la i september 2006 fram forslag om lovendring, slik at pasienter behandlet i den private delen av helsetjenesten skal kunne søke erstatning i NPE fra 1.1.2008. Vi synes det er positivt at erstatningsordningen skal gjelde alle pasienter, uansett om de er behandlet i offentlig eller privat helsevesen. Loven vil, når den er satt i kraft, gjelde for alt helsepersonell med autorisasjon eller lisens. De nye gruppene som nå kommer inn under NPE-ordningen er blant annet tannleger, kiropraktorer, en del leger, psykologer og fysioterapeuter.

Dette gir oss en del utfordringer, både i forhold til å forberede saksbehandlerne på å utrede sakene, etablere kontakt med nye grupper av medisinsk sakkyndige, få på plass systemer for registrering, samt informere alle aktørene i privat sektor. Vi må også forholde oss til eldre forsikringsvilkår og forsikringsavtaler og etablere et hensiktsmessig system for premieberegning. I sum er dette en krevende oppgave for oss, og vi vil sette alle krefter inn på å få alt på plass til loven trer i kraft.



*Med helhjertet innsats på over 3000 sykehus, nådde en målet til kampanjen og reduserte antall dødsfall med hele 123 000.*

som neppe ville nådd fram i en erstatningssak i NPE. Det er oppsiktsvekkende at man på kort tid greier å utvikle, få tilslutning til og gjennomføre slike kampanjer i et segregert, konglomeratisk sykehusvesen, som for en stor del eies av private organisasjoner og investorer. De tiltakene som kampanjen består av burde derfor i utgangspunktet være lettere å iverksette i Norge, et lite land med en sentralisert helseadministrasjon. Det gir oss helt andre muligheter til en koordinert innsats, for å få bukt med de pasientskader som i stor grad skyldes system- og rutinesvikt. I det perspektivet har NPE en verdifull kilde i sitt erfaringsmateriale, med over 25 000 ferdig utredede saker man kan høste erfaringer fra. Ved å gå systematisk gjennom en gitt type saker, vil helsepersonell selv kunne foreslå endring av rutiner og behandlingsmåter, slik at feil og skader kan unngås i framtida.

### Hva skjer i Skandinavia?

Denne storstilte satsingen fra USA, som har fått overveldende tilslutning, har spredt seg til Skandinavia også. Her hjemme har

Kunnskapssenteret nylig utredet om noen av elementene i kampanjen egner seg for norsk sykehusvesen. I Sverige er de for lengst i gang, og i Danmark har de satt en dansk versjon av 100K lives-kampanjen opp som hovedtema på en pasientsikkerhetskonferanse.

### En elektronisk hverdag

NPE har som et av sine strategiske satsingsområder å ha høy utnyttelse av informasjonsteknologi. I 2006 har vi planlagt og satt i gang et prosjekt som innebærer at vi i løpet av 2007 vil innføre elektronisk saksbehandling og kommunikasjon. Hensikten er å få en mer effektiv saksbehandling, en mer åpen organisasjon og at informasjon blir lettere tilgjengelig for pasienter, helsepersonell og andre.

## Raskeste vei til målet



NPE jobber kontinuerlig med å sikre kvaliteten på saksbehandlingen. For erstatningssøkere er tidsbruk en av de viktigste kvalitetsindikatorerne. Dette er tatt alvorlig, og flere tiltak er de siste årene gjennomført for å få ned saksbehandlingstiden i NPE.

►► Av Torill Svoldal Stæhr

I 2006 søkte 3 800 pasienter om erstatning etter pasientskade. Det er 400 mer enn året før. Selv med en så stor økning i saker inn til NPE, er det satt nye rekorder i antallet pasienter som har fått vedtak i saken, og hvor mange som har fått utbetalt erstatning.

*- Gjennom forskjellige tiltak og omlegging av interne rutiner, har vi oppnådd en svært god utvikling i 2006, sier assisterende direktør Rolf Gunnar Jørstad. Dette kunne ikke vært gjennomført uten en bred satsing som har involvert store deler av organisasjonen, og som har gått over noen år nå. Da vi begynte å "snu alle steiner" for å rasjonalisere saksbehandlingen, var vi klar over at det var et langsiktig arbeid. Derfor er det ekstra inspirerende når vi nå tydelig ser fruktene av det arbeidet som er nedlagt i å tenke kreativt på gode løsninger og hele veien tenke på den raskeste veien til målet.*

*Ved rekruttering ser vi ikke lenger bare etter medarbeidere som er faglig dyktige innenfor jusen, men også at de er service- og resultatorienterte.*

Assisterende direktør Rolf Gunnar Jørstad



## Prosjekt "Armer og bein"

NPE har nettopp satt i gang et prosjekt som kalles "Armer og bein". Det er en intern arbeidstittel, som spiller på at alle enklere saker innen muskel og skjelett (ortopedi) behandles av en nøye sammensatt prosjektgruppe. Fordelen er at saksbehandlerne har fokus på én type saker og opparbeider særlig god kompetanse på området. De jobber også tett sammen med medisinsk sakkyndige innen ortopedi.

- Nye måter å jobbe på tvinger seg fram fordi vi har så stor økning i saksmengden, sier Jørstad og legger til at han har store forventninger til at dette skal være en effektiv måte å behandle sakene på.



### Omlagging av medisinsk utredning

- Det tiltaket som har hatt størst effekt er omlaggingen av medisinsk utredning av sakene. Det består i at vi i langt større grad utreder sakene ved hjelp av interne medisinske spesialister, i stedet for å sende saken ut til ekstern spesialist. Dette er en kostnadseffektiv måte å utrede på, og framfor alt tidsbesparende, forklarer Jørstad.

### Tilpasset utredning

Et område hvor NPE har endret praksis er utredning av ansvar. Her har en jobbet bevisst med å utrede saken så mye som det er nødvendig, og ikke mer. Det er stor forskjell på hvor komplekse sakene er, og en enkel sak trenger ikke like mye utredning som en komplisert sak. Det gjør at saksbehandlingen totalt går raskere.

### Medisinsk fagsjef

NPE har opprettet en ny stilling på heltid som medisinsk fagsjef.

- Vi har i lengre tid sett behovet for å ha en medarbeider med medisinsk kompetanse, som ikke bare vurderer enkeltsaker, men som også har et overblikk over ulike problemstillinger innenfor området pasientskader, sier Jørstad.

Medisinsk fagsjef vil blant annet koordinere og lede NPEs interne spesialister, bidra til å utvikle statistikk til bruk for helsesektorens kvalitetsarbeid og være en rådgiver for ledelse og saksbehandlere i medisinske spørsmål.

### Service blir viktigere

- Organisasjonen har vært gjennom til dels store endringer, noe som pleier å gi en viss slitasje på ansatte. Jeg vil gjerne presisere at vi har tilpasningsdyktige medarbeidere, og at det er en forutsetning for å få et godt resultat, forklarer Jørstad. Ved rekruttering ser vi ikke lenger bare etter medarbeidere som er faglig dyktige innenfor jusen, men også at de er serviceinnstilt og resultatorienterte. Vi legger også vekt på å informere godt internt og å ha gode prosesser med ansattes organisasjoner i arbeidet med endringer. Noen av de tiltakene som er gjennomført kommer som ideer fra de ansatte selv, sier han.

### Kvalitetssikring

- Vi satser mye på faglig oppdatering og utvikling av medarbeidere, og har den senere tid endret både rutiner, holdninger og praksis for å rasjonalisere saksbehandlingen. Det er derfor svært viktig å kvalitetssikre resultatene, slik at vi til enhver tid er trygge på at vi har god kvalitet i arbeidet vårt. Vi har en dyktig fagstab, som hvert år går gjennom et utvalg tilfeldig valgte saker. De ser på om vedtak, utmåling av erstatning og framdrift i saken er gjort på en god måte og i samsvar med interne rutiner. Denne type systematisk kvalitetsarbeid er et godt verktøy for å sikre at vi fanger opp saker vi kan lære av, og finner områder der vi kan og bør bli bedre, sier Jørstad.

### Vaksine mot Meningokokk-B

NPE har nå mottatt 225 erstatningskrav knyttet til utprøving av en vaksine mot hjernehinnebetennelse (meningokokk B-infeksjon). De fleste krever erstatning fordi de mener de er påført kronisk tretthetssyndrom (CFS/ME) etter å ha mottatt vaksinen.

- Det er en krevende oppgave å utrede disse sakene på en god måte, sier Jørstad. Derfor har det vært viktig for oss å skaffe oss et bredt grunnlag for å vurdere sakene. Vi har vært i kontakt med Folkehelseinstituttet og fått kunnskap om selve vaksineforsøket, hatt dialog med ME-foreningen og fått informasjon fra dem, samt hatt kontakt med medisinsk ekspertise på området ME.

Han understreker at saksutredningen skjer uavhengig av Folkehelseinstituttet, som sto som produsent av vaksinen. Det er startet utredning på alle sakene som er mottatt, men det er ikke fattet vedtak i noen av sakene ennå.

### Elektronisk saksbehandling

- Jeg vil gjerne trekke fram vårt store IKT-prosjekt, som blant annet innebærer at vi får et elektronisk saksbehandlingssystem, sier Jørstad. Dette vil være på plass i løpet av 2007 og vil innebære store endringer i måten å jobbe på. Han nevner elektronisk innhenting av journal og andre opplysninger som en viktig gevinst ved overgang til elektronisk saksbehandling. I tillegg kommer en bedret kommunikasjon med erstatningssøkerne, som på sikt vil få innsyn i egen sak.

## Tilgjengelighet i flere kanaler



Uansett hvordan pasienter er i kontakt med NPE, er det viktig at de får tilpasset og forståelig informasjon. Papir og nett vil de neste årene gå hånd i hånd, og nettet vil på sikt bli et viktigere kontaktpunkt mellom omverdenen og NPE.

» Av Svein-Erik Eide

NPE innfører i løpet av året elektronisk saksbehandling. I teorien kan all brukerdiallog på sikt gå via elektroniske kanaler. Å slutte med utsendelse av brev, skjemaer og brosjyrer på papir vil uansett ikke skje i nær framtid.

*- De som benytter tjenestene våre er langt fra en homogen gruppe. Vi har et mangfold av brukere som alle har rett på god informasjon. Det er stor forskjell på hvordan en 20-åring og en 70-åring ønsker å kommunisere med oss. Alle har rett på individuelt tilpasset informasjon, og det er en utfordring for oss, sier Stæhr.*

### Godt språk

Publikumsservice og språkbruk hører nøye sammen, og de siste årene har NPE kontinuerlig jobbet med å gjøre språket mer tilgjengelig. Alt skriftlig materiell som brukes i kontakt med pasienter og andre brukere er gjennomgått.

*- NPEs fagområde er medisin og jus, og det innebærer en fagterminologi som ikke alltid er like lett å skjønne for andre. Vi jobber målrettet med språket for å sikre at brukerne våre skal forstå hva som sies og skrives når de er i dialog med oss, sier Stæhr.*

*» Det er stor forskjell på hvordan en 20-åring og en 70-åring ønsker å kommunisere med oss.*

Informasjonssjef Torill Svoldal Stæhr

Vi er også opptatt av at rettighetsinformasjon skal være tilgjengelig på flere språk. I dag presenteres deler av NPEs nettsider på nynorsk og engelsk, og flere språk vil komme de neste årene.

### Nettbruk øker

NPEs nettside, [www.npe.no](http://www.npe.no), har vokst til å bli den viktigste kanalen for informasjon ut mot allmennheten, og bruken økte med 33 prosent i 2006. Skademeldingsskjema er det som lastes ned mest, og over 50 prosent av pasientene søker nå erstatning på skjema skrevet ut fra nettet.

En undersøkelse i Tidsskrift for Den norske lægeforening i år viser at 60 prosent av befolkningen brukte nettet i helsesammenheng i 2005. Nær 40 prosent oppga at internett var en viktig eller svært viktig kanal for helseinformasjon.

*- På nettet har vi mulighet til å legge ut mer utfyllende informasjon enn det som er mulig i en brosjyre. I dialog med erstatningssøkere ser vi oftere enn før at de har lest seg opp på nettet før de tar kontakt med oss. Likevel er personlig kontakt fortsatt det brukerne foretrekker når de faktisk søker om erstatning, sier Stæhr.*

### Eksempelsamling

*- Det siste halvåret har vi hver måned lagt ut et eksempel på hvordan en sak blir behandlet fra vi får skademeldingsskjemaet, til vi fatter vedtak. Hensikten er å gi en forståelse av hvordan regel-*

*verket blir praktisert og gi en innsikt i hvorfor noen får medhold, mens andre får avslag, sier Stæhr.*

NPEs seksjonssjefer plukker ut relevante saker og skriver et resymé, som blir bearbeidet av informasjonsavdelingen. Eksemplene er reelle, anonymiserte saker. Vi ser at eksemplene blir mye lest, og de blir også brukt i media.

### Nordisk møte på Island

De nordiske landene hadde sitt årlige samarbeids- møte på Island i august. Det nordiske samarbeidet har hatt en jevnt stigende kurve, og møtet i Reykjavik bekreftet den gode utviklingen.

En av de faste postene er å sammenlikne sentrale forhold innen de respektive organisasjoners saksbehandling, kommunikasjon og organisering.

*- Det er et tydelig trekk at Sverige, Danmark og Norge utvikler seg mye i samme retning når det gjelder organisering av saksbehandlingen og vektlegging av et aktivt kommunikasjonsarbeid, sier Stæhr. Vi deler idéer og erfaringer og har sånn sett stor nytte av dette samarbeidet.*

Alle landene har et tydelig fokus på å effektivisere saksbehandlingen. Utvikling av elektroniske tjenester og systemer er i så måte et viktig område, som krever kompetanse og ressurser. Et annet tema som ble drøftet er skadeforebyggende arbeid og pasientsikkerhet.

## Seminar med pasientombud

NPE hadde sitt årlige seminar med landets pasientombud mandag 30. oktober. Målet med seminaret er å gi informasjon om utviklingen i pasientskadeordningen og ha en åpen dialog med pasientombudene om utfordringer knyttet til saksbehandlingen.



*DIALOG: Pasientombudene gir nyttige innspill til forbedringer av saksbehandlingen og informasjon til pasientene.*

### Det ble orientert om følgende tema:

- » Virksomheten i 2006
- » Omlegging av praksis av medisinsk utredning
- » Utfylling av skademeldingsskjema
- » Foreldelsesfrist
- » Erstatningskrav fra psykiatriske pasienter

Siste del av seminaret var viet drøfting av pasientombudenes erfaringer med pasientskadesaker, rutiner i saksbehandlingen og forslag til forbedret informasjon til pasientene. Pasientombudene ga ros til NPEs ansatte for å være imøtekommende og velvillig innstilt til å drøfte alle typer problemstillinger ombudene tar opp.

I evalueringen sier et av pasientombudene at seminaret er viktig for alle ansatte hos pasientombudene og kom med forslag som skal bedre forståelsen av hvilke saker ombudene bør sende til NPE. Det kom flere nyttige innspill, som tas med i planleggingen av framtidig seminar.

## Krav til fleksibel organisering

NPE er ansvarlig for saksbehandling av legemiddelskader og har etter iverksettelsen av pasientskadeloven overtatt statens ansvar for vaksineskader. I løpet av året fikk NPE også ansvar for behandling av saker etter vaksineforsøket mot hjernehinnebetennelse på slutten av 1980-tallet. Det har gjort 2006 til et hektisk år for Lars Kjønniksen, seksjonssjef med ansvar for legemiddel- og vaksinesaker.

►► Av Svein-Erik Eide



Seksjonssjef Lars Kjønniksen

I fjor ble det avdekket at vaksineforsøket mot meningokokksmitte på slutten av 80-tallet kan ha ført til flere tilfeller av kronisk tretthetsyndrom (ME). Staten ved Folkehelseinstituttet var ansvarlig for forsøket, og som ansvarlig for statens ansvar for pasientskader, skal NPE behandle eventuelle erstatningskrav.

I løpet av 2006 fikk NPE inn 225 krav om erstatning etter vaksineforsøket.

*- I denne saken ble det opprettet en egen beredskapsgruppe som besvarte henvendelser fra pasienter som lurte på om de skulle søke om erstatning. Når sakene nå behandles, blir det gjort av utvalgte, erfarne saksbehandlere, for å sikre lik og grundig behandling av alle sakene, sier Kjønniksen.*

### Flerdoblning av saksmengden

Noe av det samme skjedde høsten 2004. Legemiddelet Vioxx ble trukket fra markedet på grunn av at ny forskning viste at bruk førte til økt risiko for hjerneslag og hjerteinfarkt. I løpet av 2005 fikk NPE inn 130 erstatningssaker knyttet til Vioxx, og ved utgangen av 2006 nærmer tallet seg 200.

*- I løpet av et normalt år behandler NPE litt over femti legemiddelsaker. Når vi så plutselig skal behandle det flerdobbelte, stiller det store krav til en fleksibel ressursfordeling hos oss, sier Kjønniksen, og fortsetter: Det dukker fra tid til annen opp legemidler som gir en gruppe pasienter samme type skade.*

### Nøkkeltall legemiddelsakene 2006

- Mottatte saker: 115
- Medholdsandel: 29 prosent
- Medhold/avslag: 53/131
- Utbetalinger: 13,2 mill.

” Det dukker fra tid til annen opp legemidler som gir en gruppe pasienter samme type skade.

### Store mørketall

Selv om NPE de siste årene har mottatt mange saker knyttet til legemiddelbruk, er Kjønniksen klar på at det er store mørketall av saker som ikke blir meldt inn.

*- Det overrasker oss at det blir meldt så få saker på legemiddel inn til oss. Ta for eksempel 2003 da det ble meldt inn 45 saker på legemiddelskade til NPE. Samme år i Sverige ble det meldt inn i underkant av 700 saker, sier han. Det er vanskelig å peke på gode grunner til underreporteringen. Er svenskene bedre til å informere om legemiddelskader og rettigheter i den forbindelse enn vi er, eller er det slik at nordmenn i større grad enn svenskene aksepterer bivirkninger? spør han.*

### Uavhengig saksbehandling

NPE behandler søknader om erstatning på vegne av Legemiddelforsikringspoolen og Norsk Legemiddelforsikring AS. Alle produsenter, importører og utprøvere av legemidler i Norge er dekket gjennom denne ordningen. Om pasienten får avslag, kan dette påklages til Forsikringsklagekontoret.

Får pasienten medhold, vil NPE i dialog med pasienten komme fram til erstatningsbeløpet, som igjen utbetales av legemiddelforsikringen.

*- NPE fatter avgjørelsene i legemiddelsakene på uavhengig grunnlag, og legemiddelforsikringen blander seg ikke inn i håndteringen av enkeltsaker. Vi behandler sakene utelukkende fra et medisinsk og juridisk ståsted, uten å ta økonomiske hensyn under saksbehandlingen. I tillegg har det hele tiden vært en forutsetning for oss, som et forvaltningsorgan, å kunne følge forvaltningsrettslige prinsipper i saksbehandlingen, avslutter Lars Kjønniksen.*

Avtalen NPE har med legemiddelforsikringen er godkjent av Helse- og omsorgsdepartementet og Kredittilsynet.

## Fakta om Vioxx

Det smerte- og betennelsesdempende legemiddelet ble primært gitt til pasienter med leddgikt og slitasjegikt. Legemiddelprodusenten Merck trakk medisinen fra markedet høsten 2004 på grunn av forskning som viste økt risiko for hjerneslag og hjerteinfarkt ved bruk av Vioxx.

Nyere forskning viser at bivirkninger kan oppstå ved kortere tids bruk enn først antatt. Dette har ført til at NPE har gått gjennom en del avslagssaker på nytt.

NPE har til sammen fått inn i overkant av 180 erstatningsaker i forbindelse med Vioxx.

## Fakta om vaksineforsøket

Meningokokk B-vaksinen ble utviklet på bakgrunn av en epidemi av hjernehinnebetennelse på 1980-tallet. Mellom 200 og 300 barn ble alvorlig syke hvert år.

180 000 ungdomsskoleelever og 55 000 rekrutter deltok fra 1988 til 1991 i et vaksineforsøk i regi av Nasjonalt institutt for folkehelse. Formålet var å teste ut en nyutviklet vaksine mot hjernehinnebetennelse. Meningokokkvaksinen ble aldri tatt inn i det nasjonale barnevaksinasjonsprogrammet, og vaksinen er ikke brukt i Norge etter 1991.

I 2006 kom det fram at vaksinen kan ha ført til kronisk tretthetssyndrom (CFS/ME). Staten ved Folkehelseinstituttet var ansvarlig for forsøket, og statens ansvar for eventuelle skader som følge av forsøket ble regulert i en Stortingsproposisjon fra 1987-88. NPE er i dag på vegne av staten ansvarlig for pasientskader, og skal derfor behandle eventuelle erstatningskrav. Til nå har det kommet inn over 200 erstatningskrav fra personer som mener seg skadet av vaksinen.

Deltakere i vaksinasjonsforsøket har krav på erstatning hvis det er antatt at vaksinen kan være årsak til skaden, og det ikke kan sannsynliggjøres at det finnes andre årsaker.





Avdelingsdirektør Jan Storvik

Beregning av erstatning:

## Når blir utbetalingene store?

Den største utbetalingen samlet i en enkeltsak i fjor var på over sju millioner kroner. Erstatningspostene som gjør et beløp så høyt, er gjerne kompensasjon for forventet lønn resten av arbeidskarrieren, menerstatning samt utgifter til pleie, omsorg og hjelp i hjemmet.

» Av Svein-Erik Eide

*- Når barn blir skadet ved fødselen og får betydelig og varig skade, har de behov for pleie og omsorg resten av livet. Da blir det store utbetalinger, sier avdelingsdirektør Jan Storvik, leder av NPEs fagstab. Også yngre mennesker vil ofte få store utbetalinger.*

### Pasienten skal komme likt ut økonomisk

*- I mange tilfeller der barn blir skadet, ser vi at erstatningen gir foreldrene mulighet til å slutte i jobb eller jobbe redusert for å ta seg av barnet. Tilrettelegging av bolig for å tilpasse seg den nye livssituasjonen er også en stor utgift for familien som blir rammet, påpeker Storvik.*

Tanken bak erstatningen er at pasienten stilles likt økonomisk som før skaden skjedde. Det offentlige sørger for nødvendige trygdeytelser og dekker nødvendig medisinsk behov. Erstatningsytelsene kommer inn på toppen av dette, og skal dekke differansen opp til det økonomiske ståstedet en kan forvente at erstatningssøkeren hadde hatt, om skaden ikke hadde skjedd.

Hvilke typer erstatning som utbetales varierer fra sak til sak. I tillegg til utgifter til pleie, omsorg og hjelp i hjemmet, blir det betalt ut store beløp til dekning av framtidig tap av inntekt. NPE utbetalte 123 millioner kroner for framtidig tap av inntekt i 2006.

*- Vi beregner erstatningssøkerens forventede reduserte lønnsutbetalinger for resten av arbeidskarrieren. Alderspensjonen vil også påvirkes av at en ikke kan stå i arbeid. Barn og unge voksne som blir skadet, vil i mange tilfeller få utbetalt store erstatninger siden beløpet, som blir utbetalt som et engangsbeløp, skal vare livet ut, sier Storvik.*

Hvis skaden pasienten har fått viser seg å bli varig og betydelig, har pasientene også krav på menerstatning. For å ha rett på erstatning for varig men, må en få stadfestet en varig medisinsk invaliditetsgrad på minst 15 prosent. NPE utbetalte samlet 83 millioner i menerstatning i fjor.

For personer under 16 år utbetales erstatningen etter standardsatser som skal dekke framtidig inntektstap og varig men. Grunnen til standardisering er at det ofte er vanskelig å forutse hvilken betydning en skade vil få for barnet i voksen alder.

### Utbetaler raskt

I påvente av avklaringer på utenforliggende faktorer, vil det i mange tilfeller være aktuelt å foreta delutbetalinger. Dette gjøres i både store og små erstatningssaker.

*- Det er ganske vanlig å utbetale deler av erstatningsbeløpet kort tid etter at medhold er gitt. Erstatningssøkerne skal ikke lide økonomisk mens de venter på en utbetaling som likevel kommer, sier Storvik.*

### God dialog fører til enighet

NPEs fagstab, som består av fire personer, skal bidra til å sikre kvalitet og ensartet praksis i saksbehandlingen. Fagstaben gir blant annet generell rådgiving, veileder i enkeltsaker, holder interne kurs og gjennomfører kvalitetsrevisjon av saksbehandlere.

*- Det siste året har vi hatt spesielt høyt fokus på å få mer tilpasset ressursbruk i hver enkelt sak. I utmåling av erstatning skal vi skjære gjennom der det er mulig, og søke løsninger. Vi bruker også mer møter og telefon enn tidligere, siden dialog med pasientene ofte fører til at en finner gode og riktige løsninger raskere, sier Storvik.*

- ▶ NPE har hvert år over hundre saker der det utbetales over én million kroner eller mer i erstatning.
- ▶ I 2006 var høyeste utbetaling vel sju millioner kroner og det ble det utbetalt 447 000 kroner i snitt.
- ▶ Krav på mindre enn 5000 kroner dekkes ikke av NPE, men kan rettes mot behandlingsstedet.

Nyansatt medisinsk fagsjef:

## Unik innsikt gjennom NPE-saker

NPEs hovedoppgave er å behandle erstatningskrav. En annen viktig oppgave er å legge til rette for at helsepersonell og forskere kan lære av saker der det har skjedd behandlingssvikt, slik at liknende feil kan unngås i framtiden.

» Av Svein-Erik Eide



Avdelingsdirektør Bjørn Bergholtz

Sommeren 2006 ble Bjørn Bergholtz ansatt som medisinsk fagsjef i NPE, for å styrke både den medisinske delen av saksbehandlingen og det skadeforebyggende arbeidet. Han kom da fra Sosial- og helsedirektoratet, og har 20 års fartstid som overlege i indremedisin og lungesykdommer.

*- Som lege har jeg forholdt meg til NPE gjennom enkeltsaker, men kjenner også til organisasjonen som leder av kvalitetsråd og -utvalg. Skjæringspunktet mellom jus og medisin har alltid interessert meg, og derfor fristet det å jobbe i NPE, forteller han.*

### Bidra til mer bevissthet

De siste årene har NPE drevet et aktivt informasjonsarbeid ut mot helsevesenet. Bergholtz mener at dette har vært vellykket, og at NPE har festet seg i bevisstheten til helsepersonell. Nå ønsker han å bidra til å forsterke gjennomslagskraften i informasjonen som går ut.

*- Leger er samvittighetsfulle folk med sterkt personlig engasjement og stor ansvarsfølelse. De går lett i forsvar når de føler at det blir satt spørsmålsteget ved deres faglighet. I begynnelsen ble nok NPE-ordningen oppfattet som en trussel, men forholdet mellom helsepersonell og NPE har bedret seg de siste årene. Jeg ønsker å bli legenes kollega i NPE. I de fleste profesjoner er en mer lydhøre for sine egne kolleger enn for informasjon som kommer utenfra. Leger lytter til andre leger, og jeg håper derfor på en viss gjennomslagskraft, sier han.*

### Kvalitet gjennom NPEs saker

Alle sykehus er pålagt å ha egne kvalitetsutvalg som skal jobbe kontinuerlig med å forbedre kvaliteten på behandlingen som skjer. NPE-saker

står sentralt i arbeidet som utføres i utvalgene, og siden han begynte i NPE, har Bergholtz vært i møter og dialog med de kvalitetsansvarlige ved flere av helseforetakene.

*- Det er viktig å kartlegge hvordan vi i NPE kan bli bedre til å tilrettelegge for bruk av våre enkelt-saker og statistikker for å bedre kvaliteten på pasientbehandling på sykehusene, påpeker han og fortsetter: Hva kan vi tilby dem? Hvor kan vi bli bedre, og hvilke forventninger har de til oss?*

NPE blir med jevne mellomrom kontaktet av studenter og forskere. En av Bergholtz mange oppgaver i jobben er å tilrettelegge og informere om muligheten for forskning i NPEs saker.

*- Vi er positive og entusiastiske når slike spørsmål kommer opp. I framtiden håper jeg å bidra til at NPE-sakene i større grad kan brukes i forsknings-øyemed. Etter nær 30 000 ferdig behandlede saker, har NPE en unik database. Det er ingen tvil om at vitenskapelig analyse av sakene våre kan føre til kvalitetsheving av helse-Norge, sier fagsjefen.*

### Trenger spesialister

De fleste NPE-sakene blir vurdert av leger som er spesialister innen sine medisinske fagfelt. NPE er derfor avhengige av tilgang på ekspertise og gode relasjoner til fagmiljøene. Bergholtz har ansvar for å sikre tilgang på medisinsk sakkyndige til vurderinger i NPE saker.

*- Jeg håper at enda flere spesialister etter hvert ser hvor nyttig og spennende det er å arbeide med NPE-saker. Her kan legene få en unik innsikt i hvordan feil kan oppstå. Også på denne måten kan NPE bidra til å heve kvaliteten på helse-tjenestene, avslutter Bergholtz.*

”Jeg håper at enda flere spesialister etter hvert ser hvor nyttig og spennende det er å arbeide med NPE-saker.



Skadeforebygging og pasientsikkerhet

# Vi må lære av utilsiktede hendelser

►► Av Rolf Gunnar Jørstad

Internasjonale studier tyder på at utilsiktede hendelser skjer i opp mot ti prosent av alle pasientopphold i somatiske sykehus. Professor Peter Hjort har overført disse tallene til norske forhold i sin rapport "Uheldige hendelser i helsetjenesten". Han estimerer der at møtet med helsevesenet kan føre til så mange som 15 000 tilfeller av varig invaliditet hvert år, samt at avvikshendelser årlig innebærer så mye som to milliarder kroner i ekstra kostnader for helsevesenet. Professor Hjort og andre som har analysert liknende studier, gir uttrykk for at rundt halvparten av disse hendelsene kan forebygges.

## Systemet må analyseres

Sentralt i arbeidet med skadeforebygging og pasientsikkerhet er å lære av utilsiktede hendelser. Historisk sett er det nok mye som taler for at helsevesenet ikke i tilstrekkelig grad har sett arbeidet med skadeforebygging ut fra et systemperspektiv. Å ha gode lokale og sentrale rapporteringssystemer er nødvendig, men pasientsikkerheten økes kun dersom man greier å skape en kultur som er opptatt av alle de faktorer som i sum leder til økt sikkerhet: risikovurdering, risikoanalyse, rapportering, hendelsesanalyse, læring og forbedring.

I lærings- og forbedringsøyemed er det mindre relevant å være opptatt av hvem som gjorde feil og eventuelt plassere skyld for dette.

## Forskning på NPE-saker

NPE sitter på en stor database med detaljerte opplysninger om tilfeller der noe har, eller nesten har, gått galt. Tradisjonelt har NPE utarbeidet og offentliggjort en del statistisk materiale hvert år. I tillegg er det publisert omlag ti studier med bakgrunn i funn i vårt materiale. Fram til nå har det nok likevel vært slik at enkeltsakene brukes mer i helsevesenets læring, enn statistikkene eller mer systematisk uthenting av informasjon fra for eksempel mange saker innen ett skadeområde.

Vi ser helt klart en utfordring i å legge materialet vi sitter på bedre til rette for de som kan bruke det i læringsøyemed. Det ligger trolig et stort potensial for læring i de 30 000 ferdigbehandlede sakene i våre arkiver. Synergieffekten av å kunne sammenholde vårt erfaringsmateriale med andre datakilder i pasientsikkerhetsfaglig sammenheng, kan være betydelig.

NPE kan trolig gjøre en del for å øke både kjennskapen, interessen og bruken av det materialet vi sitter på. Vi arbeider med dette på forskjellige måter, blant annet gjennom en spørreundersøkelse rettet mot ledere av kvalitets- og skadeutvalg, møter med kvalitetssjefer ved forskjellige sykehus og i noen grad drøftinger med sentrale aktører i helse-Norge.

## 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 rapporten på papir.





### Spennende samarbeid

Viljen til å bruke og analysere NPEs saker i læringsøyemed må komme fra det medisinske fagmiljøet og helsemyndighetene. Det er derfor av særlig interesse i denne sammenheng å nevne et samarbeid Norsk gynekologisk forening tok initiativ til høsten 2005. Det ledet til at foreningen og NPE nedsatte en arbeidsgruppe som skulle se nærmere på hvordan fagmiljøet innen fødselshjelp og gynekologi kunne lære av erfaringsmaterialet i NPE. Så langt har dette samarbeidet ført til tre innlegg på foreningens årsmøte i september 2006, en kronikk som vil bli publisert i Tidsskrift for Den norske lægeforsking våren 2007, samt planer om to fagartikler basert på studier av NPE-materiale. I tillegg vil det bli avholdt et kurs for sakkynndige innen fagområdet. Fra vår side er dette samarbeidet spennende, fordi fagmiljøet selv har sett læringsverdien i vårt erfaringsmateriale. Forhåpentligvis vil deres fokus i dette arbeidet føre til større åpenhet, dialog og forståelse for fornuften i å bruke avvikshendelser i læringsøyemed. Viktige spørsmål for oss framover i vår dialog med Norsk gynekologisk forening er hvordan gå videre med dette arbeidet.

Samarbeidet med fagmiljøet innen fødselshjelp og gynekologi er én av de måtene vi ser for oss at NPE kan bidra til skadeforebygging og økt pasientsikkerhet. Derfor vil vi stille oss positive til liknende samarbeid med andre spesialområder innen det medisinske fagmiljøet.

### Nyopprettet nasjonal enhet

Vi ser også for oss at NPE kan bidra med eksempler og statistikk overfor så vel den nyopprettede Nasjonal enhet for pasientsikkerhet, som overfor de regionale helseforetakene og de enkelte helseforetak. Vi hadde kontakt på et innledende plan med Sosial- og helsedirektoratet om et samarbeid rundt bruken av vårt materiale. Det skjedde før det ble besluttet å opprette et sentralt pasientsikkerhetsmiljø, faglig underlagt Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Vi ser for oss at dette fagmiljøet vil kunne nyttiggjøre seg av både statistisk materiale fra vår virksomhet, og mer konkret informasjon som ligger i enkeltsakene. NPE vil kunne bidra til systematisk gjennomgang av aktuelle skadeforløp, med henblikk på å identifisere faktorer som kan ha hatt betydning for at skader har oppstått. Dette kan brukes sammen med materiale pasientsikkerhetsmiljøet i Nasjonal enhet vil kunne innhente fra områder som for eksempel sykehus, Statens Helsetilsyn og enkeltstudier. En slik retrospektiv gjennomgang vil være nyttig når man skal komme med anbefalinger og eventuelt fastlegge standarder for struktur, prosesser og kvalitet i behandlingen.

### Ønske om formalisering

Det er også interessant at kvalitetsmiljøene på sykehusene begynner å fatte interesse for det materiale NPE besitter. Administrerende direktør Bente Mikkelsen og avdelingsdirektør for kvalitet Elisabeth Arntzen i Helse Øst RHF skriver i en artikkel i Tidsskriftet (nr 1, 2007; 25-7) om medisinske fagrevisjoner innen hjerneslagbehandling, brystkreftbehandling og psykisk helsevern. Risiko for svikt, basert på statistikk fra blant annet NPE, var blant utvalgskriteriene med hensyn til formåls-

*Vi ser for oss at NPE kan bidra med eksempler og statistikk til Nasjonal enhet for pasientsikkerhet*

tjenlige fagområder og oppfølging av resultatene fram til endret praksis. Vi synes dette er positivt, og de samme forfattere har også i et innlegg i VG ("Vi må lære av feil", VG 3. mars 2006) trukket fram NPE som en av flere kilder til kunnskap om avvikshendelser i helsevesenet. Kvalitetsdirektører ved flere helseforetak har gitt uttrykk for et ønske om et mer formalisert samarbeid med NPE. Vi er selvsagt positive til slike utspill, og vurderer ved inngangen til 2007 nærmere hvordan det kan skje på en hensiktsmessig måte.

### Elektronisk tilrettelegging

I vårt interne prosjekt "NPE-hverdag" arbeider vi med å legge til rette for at RHFene, helseforetakene og andre skal kunne få direkte tilgang til eget statistisk materiale gjennom egne portaler i NPE. Dette vil sammen med våre landsdekkende statistikker, kunne gi grunnlag for å finne fram til områder med forbedringspotensiale, benchmarking mot andre helseforetak og øvrige tiltak rettet mot skadeforebygging og økt pasientsikkerhet. Nærmere fastlegging av hva som skal stilles til disposisjon og hvordan, vil skje i en dialog med de aktuelle aktørene.

### Tilbakeføring av kunnskap

Behandling av enkeltstående krav om erstatning for pasientskade vil naturligvis også i tiden framover være NPEs hovedansvarsområde. Vi ser likevel verdien av at vårt materiale også kan komme til nytte i pasientsikkerhetsarbeidet. Dette vil være en mindre del av vår virksomhet, der vi vil være avhengig av at fagmiljøet og helsevesenet selv tar ansvaret for å viderebearbeide materialet. Det er imidlertid viktig at erstatningssakene ikke bare leder til avklaring rundt ansvar og økonomisk kompensasjon for den enkelte, men også bidrar til tilbakeføring av erfaring og kunnskap til helsevesenet. På den måten sikres en helhetlig kvalitet i NPEs arbeid.



### Adresser til interessante nettsteder om pasientsikkerhet:

[www.ihl.org](http://www.ihl.org) - [www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet](http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet) - [www.patientsikkerhed.dk](http://www.patientsikkerhed.dk)

# Utfordringer på løpende bånd



Saksmengden øker, antall ansatte er i vekst og organisasjonen utvikler seg. Dette gir spennende utfordringer for en administrasjonsavdeling. Rekruttering av nye medarbeidere og utvikling av kompetanse og ferdigheter hos våre ansatte på alle nivåer er viktige oppgaver.

»» Av Marit Stene Myrvåg

En annen viktig satsing er videreutvikling av NPEs tjenester med støtte av IKT. Prosjektet "NPe-hverdag" startet opp foregående år og fortsetter med tyngde i 2007.

NPE har om lag 90 ansatte, med hovedvekt på jurister. Leger, økonomer, samfunnsvitere og andre faggrupper er også representert. Det er flest kvinnelig ansatte. NPE er tilknyttet bedriftshelse-tjeneste og er en inkluderende arbeidslivsbedrift. Sykefraværet er lavt og utgjorde 4,2 prosent i 2006. Langtidsfraværet utgjorde 2,2 prosent. Det er ikke registrert ulykker eller skader på ansatte i året som gikk.

## Kompetanseutvikling

NPE er avhengig av god faglig kompetanse i alle ledd. Kompetanseutvikling prioriteres høyt. Foruten deltakelse i kurs og opplæringsaktiviteter eksternt, tilbys det opplæring gjennom interne kurs og seminarer. I 2006 ble det blant annet gjennomført intern opplæring innen alminnelig erstatningsrett, helserett og utmålingsteknikk.

”*Som et ledd i regjeringens handlingsplan eNorge 2009, har NPE startet arbeidet med "NPe-hverdag"!*

Avdelingsdirektør Marit Stene Myrvåg

Nytilsatte saksbehandlere gjennomfører et modulbasert opplæringsprogram, og gis veiledning og oppfølging gjennom fadderordninger. Det er satt i gang et arbeid for å videreutvikle rutiner og innhold i medarbeidersamtalene, med sikte på å gjøre disse til et bedre verktøy for medarbeiderutvikling.

### Lederutvikling

Lederutviklingstiltak gjennomføres som en kombinasjon av aktiviteter for ledergruppen som helhet, og tiltak rettet mot enkeltledere etter situasjon og behov. Av større tiltak i 2006 kan det nevnes en fellessamling for alle ledere, to ledere har deltatt i et eksternt program for nye ledere, og en leder har deltatt i et eksternt mellomlederprogram. Hvert annet år gjennomføres det evaluering av lederne, som verktøy for utvikling. Neste evaluering skal gå av stabelen høsten 2007.

### Miljøledelse

Det er gjennomført årlig gjennomgang i NPEs ledelse av status og prioriteringer i miljøarbeidet.

### Elektroniske løsninger

Høy utnyttelse av IKT er en strategisk satsing for NPE. Dette er blant annet nedfelt i en ny IKT-strategi som ble utviklet foregående år. Som et ledd i oppfølgingen av strategien og regjeringens handlingsplan eNorge 2009, har arbeidet startet med videreutvikling av tjenestene våre med støtte av IKT, gjennom vårt prosjekt "NPE-hverdag".

Et viktig mål er å tilby brukervennlige tjenester og løsninger for pasienter og andre brukere. NPE skal også effektivisere arbeidsprosesser, blant annet gjennom elektronisk utveksling av dokumenter med eksterne aktører under saksbehandlingen.

Saksbehandlingssystemet oppgraderes, og i løpet av 2007 vil alle deler av virksomheten ta i bruk elektronisk saksbehandling. Målet er at pasienter etter hvert skal gis mulighet for å søke om erstatning og følge saken sin via vår nettløsning. Videre skal det etableres elektronisk kommunikasjon med helseforetak og andre aktører



**MØTE MED FAGFORENINGENE:** Samarbeidet med tillitsvalgte er godt og konstruktivt. Her er Akademikerne, Juristforbundet og Parat i møte med ledelsen.

som NPE innhenter informasjon fra. I tillegg skal de elektroniske løsningene benyttes for å gjøre statistisk materiale tilgjengelig for helseforetak, presse, forskere og andre interessenter. Gjennomgående for prosjektet er høyt fokus på informasjonssikkerhet.

### Fagforeningene

Samarbeidet med tillitsvalgte oppleves som godt og konstruktivt. Informasjons-, drøftings- og forhandlingsmøter gjennomføres etter en avtalt årsplan. Høsten 2006 ble det gjennomført lokale forhandlinger etter Hovedtariffavtalens pkt. 2.3.3. Det ble også gjennomført årlig evalueringsmøte med erfaringsdiskusjoner i henhold til Hovedavtalens bestemmelser. Ny tilpasningsavtale er forhandlet fram, og retningslinjer for lønnspolitikk i NPE er utarbeidet og tatt i bruk.

## Likestilling – menn oppfordres til å søke...

Kvinner utgjør 69 prosent av NPEs ansatte, og det er en klar overvekt av kvinnelige søkere til ledige stillinger i NPE. For å øke andelen menn i stillingsgrupper hvor disse er underrepresentert, tas det inn en oppfordring om mannlige søkere i stillingsannonserne.

Gjennomsnittslønnen til mannlige saksbehandlere har økt mer enn kvinnenes. Dette skyldes i vesentlig grad at noen ferske mannlige saksbehandlere sluttet i 2006. Dermed trekkes gjennomsnittslønnen opp av mer erfarne og bedre avlønnende mannlige ansatte som er tilbake.

Åtte prosent av de heltidsansatte arbeider redusert arbeidstid på grunn av sosiale eller velferdsmessige grunner. NPE har få ordinære deltidstillinger.

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

### Nøkkeltall likestilling

	Kvinner	Menn
Fordeling i den totale arbeidsstokken	69 %	31 %
Kjønnsfordeling blant ledere	50 %	50 %
Fordeling av total lønnsmasse	65,7 %	34,3 %
Gj.snittlig lønnstrinn – saksbehandlere	48,7	53

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

## Rådet for Norsk Pasientskadeerstatning

Rådet er oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet og har ti medlemmer.

**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 2006. Møtene organiseres av Norsk Pasientskadeerstatning.

*\* Ingeborg Traaholt døde i begynnelsen av 2007.*

## Tall og statistikk

Saksmengde	22
Vedtaksfordeling	24
Medisinsk område	26
Diagnosegrupper	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 2006 har NPE mottatt nesten 3750 krav om erstatning. I grove trekk har det vært en årlig stigning i saksmengden siden ordningen med pasientskadeerstatning ble opprettet for snart 20 år siden. Antall krav i 2006 er, ikke uventet, det høyeste så langt. I forhold til 2005, er det en økning i saksmengden på elleve prosent.

Hovedårsaken til veksten er sannsynligvis økende kjennskap til erstatningsordningen. NPE har i de senere årene drevet aktiv informasjonsvirksomhet rettet mot både pasienter, helsepersonell og pasientombud. Helsepersonell og pasientombud

er viktige informasjonskilder for pasientene. I tillegg er det lagt vekt på at nettsidene i første rekke skal rette seg mot pasienter som ønsker å kreve erstatning. Både informasjonsbrosjyrer og skademeldingsskjema kan enkelt lastes ned fra nettsiden, og det viser seg at stadig flere pasienter benytter seg av denne muligheten.

Mediefokus på NPE og andre erstatningsordninger er også med på å påvirke folks bevissthet rundt sine rettigheter, og dermed skape større vilje til faktisk å kreve erstatning.

## Antall mottatte saker fordelt på år

Tabell 1 - Antall mottatte saker fordelt på behandlingskategorier i perioden 1988- 2006

Mottatt	Somatiske sykehus	Kommune-helse	Psykatri	Kjøpte tjenester	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
2006	2 751	418	114	120	309	35	3 747
<b>Totalt</b>	<b>30 617</b>	<b>3 015</b>	<b>591</b>	<b>412</b>	<b>425</b>	<b>168</b>	<b>35 228</b>

\*Gruppen "annet" inkluderer blant annet ME-sakene og tannhelsetjenesten.

Økningen i saksmengden henger også sammen med at ordningen over tid har blitt utvidet til å gjelde flere pasientgrupper. Den siste utvidelsen skjedde i forbindelse med at pasientskadeloven ble innført i 2003. Fra dette tidspunktet ble all offentlig helsetjeneste dekket av ordningen. Samtidig ble ordningen også utvidet til å gjelde psykiske skader, og ikke bare fysiske. Det går ofte noen år før NPE mottar særlig mange krav knyttet til nye områder.

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

Saker knyttet til somatiske sykehus utgjør naturlig nok den største gruppa saker, men siden pasientskadeloven ble innført for fire år siden, har andelen sunket fra i overkant av 80 prosent til litt over 70. Andelen saker knyttet til

kommunehelsetjenesten har så å si ikke endret seg, mens det er en liten økning i andelen saker knyttet til psykiatri og offentlig kjøp av helsetjeneste. Den største endringen finner vi i gruppa annet som er registrert med svært mange saker i 2006 i forhold til tidligere år. Veksten kan forklares med en stor gruppe ME-saker som NPE mottak i 2006. Dette dreier seg om saker hvor pasienten anfører utvikling av utmattelsessyndrom (ME) etter vaksinerings mot hjernehinnebetennelse i regi av Folkehelseinstituttet.

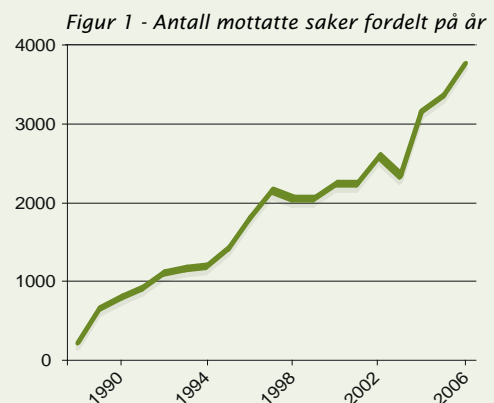
Antall mottatte saker for det enkelte regionale helseforetak og andre grupper, viser størst vekst i saksmengden for sykehus knyttet til Helse Nord. For de andre regionale helseforetakene og gruppene, er det små endringer. Offentlig kjøp av helsetjenester har en vekst i antall saker på tolv prosent i forhold til året før.

## Saker fordelt på RHF og andre

Tabell 2 - Antall mottatte saker fordelt på RHF og andre i 2005 og 2006

	2005	2006
Helse Nord	368	405
Helse Midt-Norge	396	402
Helse Vest	508	535
Helse Sør	685	712
Helse Øst	781	811
Offentlig kjøp av helsetjenester	65	73
Privatpraktiserende spesialister	46	47
Kommunehelsetjenesten	403	418
Offentlig tannhelsetjeneste	13	9
Annet*	57	300
Utenfor ordningen	44	35
<b>Totalt</b>	<b>3 366</b>	<b>3 747</b>

\*Gruppen "annet" inkluderer blant annet ME-sakene.



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

# Vedtaksfordeling

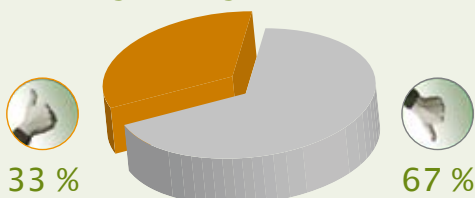
I 2006 har NPE fattet vedtak om medhold eller avslag på grunnlag av medisinske forhold i overkant av 3300 saker. Nesten 1100 pasienter eller pårørende har mottatt et vedtak om medhold, mens i overkant av 2200 har fått avslagsvedtak.

Medholdsandelen på 33 prosent er uendret sammenliknet med 2005. Derimot er det fattet over 600 flere vedtak i 2006 sammenliknet med året før.

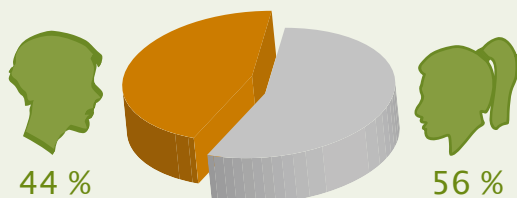
NPE har også avslått, avvist eller henlagt nærmere 500 saker på annet grunnlag, for eksempel foreldelse, at behandlingsstedet ikke er omfattet av ordningen, at det åpenbart ikke foreligger et økonomisk tap, eller at pasienten selv har trukket saken. Disse sakene er ikke med i den statistiske framstillingen.

Medholdsandelen for de fem regionale helseforetakene og andre grupper, viser at de regionale helseforetakene har en medholdsandel omtrent som gjennomsnittet på 33 prosent eller litt høyere. Den høyeste medholdsandelen er registrert ved Helse Nord med nesten 37 prosent. Høyest medholdsandel generelt er knyttet til "offentlig kjøp av helsetjeneste" med 40 prosent, men her er tallgrunnlaget så lite at tilfeldige variasjoner kan spille en rolle. Saker innen kommunehelsetjenesten har kun en medholdsandel på 23 prosent, noe som er ti prosentpoeng under gjennomsnittet.

## Medhold og avslag



## Kjønnsfordeling i NPE-saker



## Medhold/avslag fordelt på år

Tabell 3 - Vedtaksfordeling per år

År	Medhold		Avslag		Totalt Antall
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	
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	232	47,8 %	253	52,2 %	485
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	491	35,1 %	909	64,9 %	1 400
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	564	29,6 %	1 340	70,4 %	1 904
2003	768	34,6 %	1 450	65,4 %	2 218
2004	771	37,4 %	1 291	62,6 %	2 062
2005	903	33,8 %	1 769	66,2 %	2 672
2006	1 094	33,1 %	2 215	66,9 %	3 309
<b>Totalt</b>	<b>9 139</b>	<b>34,9 %</b>	<b>17 055</b>	<b>65,1 %</b>	<b>26 194</b>



## Medhold/avslag fordelt på RHF og andre grupper

Tabell 4 - Vedtak fordelt på RHF og andre grupper i 2006

Sted	Medhold		Avslag		Totalt
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	
Helse Nord	137	36,8 %	235	63,2 %	372
Helse Midt-Norge	129	34,0 %	250	66,0 %	379
Helse Vest	184	35,3 %	337	64,7 %	521
Helse Sør	228	33,0 %	463	67,0 %	691
Helse Øst	284	35,1 %	525	64,9 %	809
Offentlig kjøp av helsetjenester	29	40,3 %	43	59,7 %	72
Privatpraktiserende spesialister	10	24,4 %	31	75,6 %	41
Kommunehelsetjenesten	86	22,7 %	293	77,3 %	379
Offentlig tannhelsetjeneste	0	0,0 %	12	100,0 %	12
Annet	7	21,2 %	26	78,8 %	33
<b>Totalt</b>	<b>1 094</b>	<b>33,1 %</b>	<b>2 215</b>	<b>66,9 %</b>	<b>3 309</b>

En større andel av de yngste og de eldste pasientene får medhold i sine krav om erstatning.

De fleste av sakene innen kommunehelsetjenesten dreier seg om diagnostisering av forskjellige sykdommer og lidelser. Mye tyder på at forventningene om hva helsetjenesten på dette nivået skal kunne klare å avdekke, er for store.

Flere kvinner enn menn krever pasientskadeerstatning. I 2006 er det 56 prosent kvinner og 44 prosent menn som har fått sine krav avgjort. Fordelingen stemmer godt med statistikk som viser behandling gitt i helsevesenet fordelt på kjønn. Medholdsandelen er omtrent den samme for begge kjønn; 33 prosent av kvinnene og 34 prosent av mennene har fått medhold i kravet om erstatning. Aldersgruppen 30–59 år utgjør den største gruppa pasienter som har fått sitt krav avgjort i 2006. Andelsmessig utgjør denne gruppa over halvparten av pasientene. Pasientstatistikk fra Statistisk sentralbyrå derimot, viser at den største pasientgruppen som får behandling i helsevesenet, er pasienter over 60 år. At aldersgruppen over 60 år andelsmessig ikke gjenspeiler seg i NPE sakene, har trolig sammenheng med at erstatningsordningen først og fremst dekker pasientens økonomiske tap. Et slikt tap vil i mindre grad være en realitet når man har nådd pensjonsalder.

Tendensen til at de fleste som krever erstatning er i yrkesaktiv alder har gjort seg gjeldende hvert år, men sammenliknet med 2005, har andelen gått litt ned. Derimot har det i 2006 vært en andelsmessig vekst i sakene knyttet til de yngste og eldste pasientene.

Vedtaksfordelingen viser at andelsmessig flere av de yngste og eldste får medhold i sine krav om erstatning. Denne tendensen er størst i de høyeste aldersgruppene. Dette kan tyde på at det skal mer til før de eldre klager, men når de først gjør det, faller kravene i større grad innenfor det regelverket som NPE har å forholde seg til.

## Medhold/avslag fordelt på alder

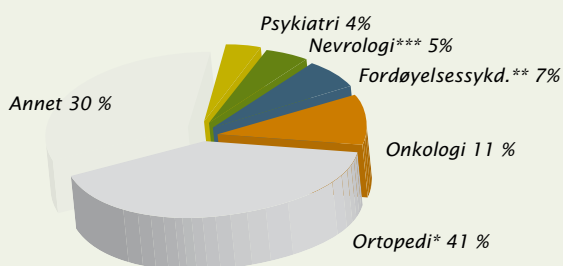
Tabell 5 - Vedtak fordelt på aldersgrupper 2006

Alder	Medhold		Avslag		Totalt
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	
0–9 år	63	34,2 %	121	65,8 %	184
10–19 år	56	32,9 %	114	67,1 %	170
20–29 år	102	31,4 %	223	68,6 %	325
30–39 år	142	27,0 %	384	73,0 %	526
40–49 år	172	31,0 %	383	69,0 %	555
50–59 år	222	33,3 %	445	66,7 %	667
60–69 år	177	36,7 %	305	63,3 %	482
70–79 år	122	39,1 %	190	60,9 %	312
Fra 80 år	38	43,2 %	50	56,8 %	88
<b>Totalt</b>	<b>1 094</b>	<b>33,1 %</b>	<b>2 215</b>	<b>66,9 %</b>	<b>3 309</b>

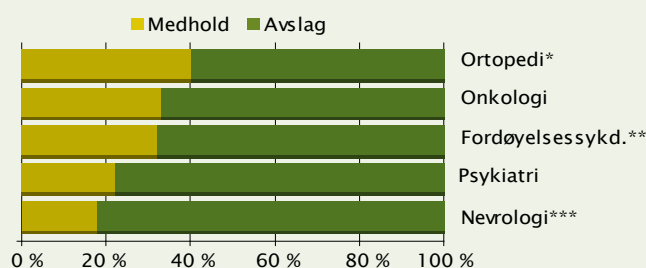
# Medisinsk område

Det er klart flest vedtak fattet innenfor det medisinske området ortopedi i 2006. Kreftsykdommer utgjør det nest største og fordøyelsessykdommer det tredje største området. Slik har det vært de siste årene.

## De fem største gruppene



## Medholdsprosent



\*Ortopedisk kirurgi er en sammenslåing av dette medisinske området (978) og konservativ behandling (399).

\*\*Fordøyelsessykdommer vil si dette området (37) og gastroenterologisk kirurgi (179).

\*\*\* Nevrologi er områdene nevrologi (108) og nevrokirurgi (53) slått sammen.

Erstatningskrav blir registrert på medisinsk område ut i fra hvilken sykdom eller lidelse pasienten ble behandlet for.

De fem medisinske områdene som til sammen utgjør opp i mot 70 prosent av den totale mengden avgjørelser i 2006, viser ingen store forandringer sammenliknet med tidligere år, bortsett fra at psykiatri har kommet inn i denne gruppa. Den prosentvise økningen i antall vedtak i psykiatrisaker fra 2005 til 2006, er langt høyere enn den generelle økningen i antall vedtak for samme periode. Dette har trolig sammenheng med at antall mottatte krav innenfor psykiatriområdet de siste årene har steget mer enn den generelle økningen i saksmengden.

Innenfor psykiatri er det avgjort over dobbelt så mange krav i 2006 som året før. Psykiatri utgjør nå fire prosent av den totale mengden saker som ble avgjort.

Ortopedi er fortsatt det klart største medisinske området, mens kreftsykdommer er nest størst. Fordøyelsessykdommer (inkludert gastroenterologisk kirurgi) og nevrologi/nevrokirurgi representerer henholdsvis tredje og fjerde største andel av sakene som ble avgjort. Psykiatri er med sine fire prosent det femte største området. Fødsels-sakene utgjør også fire prosent av vedtaksmengden,

men antall avgjørelser i fødselssakene (126) er lavere enn for psykiatri (129).

Når det gjelder fødselssakene, skiller 2005 seg for øvrig ut som et år da det ble fattet forholdsvis få vedtak. I 2006 var vedtaksmengden imidlertid igjen oppe på det samme nivået som disse sakene har vært på de siste årene. Dette skyldes sannsynligvis ikke annet enn naturlige svingninger.

Medholdsandelen innenfor de fem største områdene er høyest i ortopedisakene, med 40 prosent (omtrent som året før). Det er hele sju prosentpoeng høyere enn den gjennomsnittlige medholdsandelen på 33 prosent i 2006. Medholdsandelen innenfor kreftsykdommer er også omtrent som i 2005 med 33 prosent. Fordøyelsessykdommer har samme medholdsandel som kreft, men har økt med fire prosentpoeng. Psykiatri har økt med tre prosentpoeng til 22 prosent, men her må man ta med i betraktningen et forholdsvis lavt antall vedtak (62) i 2005. Nevrologi/nevrokirurgi har den laveste medholdsandelen blant de fem største områdene, med kun 18 prosent. Denne andelen har sunket med fem prosentpoeng fra 2005. Medholdsandelen innenfor de ulike medisinske områdene varierer fra år til år, og dette kommer trolig av tilfeldige variasjoner.

„Innenfor psykiatri er det avgjort over dobbelt så mange krav i 2006 som året før.“

## Vedtak fordelt på medisinsk område

Tabell 6 - Vedtak fordelt på medisinsk område 2005 og 2006

Medisinsk område	2005			2006		
	Medhold	Avslag	Totalt	Medhold	Avslag	Totalt
Allmenntmedisin	4	16	20	5	13	18
Anestesiologi	22	19	41	23	55	78
Blodsykdommer	3	5	8	3	7	10
Endokrinologi	8	23	31	12	33	45
Fordøyelsesykdommer	5	31	36	11	26	37
Fysikalsk medisin og rehabilitering	2	9	11	1	18	19
Føde (skade på barnet)	11	34	45	26	57	83
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	38	94	132	29	103	132
Gastroenterologisk kirurgi	52	119	171	58	121	179
Generell indremedisin	3	3	6	1	2	3
Generell kirurgi	4	2	6	4	8	12
Geriatrici	3	4	7	1	5	6
Hjertesykdommer	31	72	103	36	89	125
Hudsykdommer	4	19	23	3	20	23
Immunologi og transfusjonsmedisin	0	0	0	1	0	1
Infeksjonssykdommer	18	34	52	20	51	71
Karkirurgi	36	51	87	26	53	79
Kjevekirurgi og munnhulesykdommer	0	4	4	6	5	11
Kreftsykdommer	110	239	349	122	245	367
Lungesykdommer	2	10	12	8	22	30
Nevrokirurgi	12	32	44	11	42	53
Nevrologi	19	70	89	18	90	108
Nyfødtmedisin	4	5	9	4	6	10
Nyresykdommer	2	3	5	1	8	9
Odontologi	2	7	9	1	18	19
Ortopedi (ikke kirurgisk behandling)	86	186	272	127	272	399
Ortopedisk kirurgi	349	495	844	422	556	978
Plastikkirurgi	12	17	29	12	25	37
Psykiatrici	12	50	62	29	100	129
Revmatologi	3	4	7	6	12	18
Transplantasjon	0	2	2	2	3	5
Urologi	23	44	67	27	50	77
Øre-nese-halssykdommer	13	28	41	17	44	61
Øyesykdommer	10	38	48	20	55	75
Annet	0	0	0	1	1	2
<b>Totalt</b>	<b>903</b>	<b>1 769</b>	<b>2 672</b>	<b>1 094</b>	<b>2 215</b>	<b>3 309</b>

# Diagnosegrupper

Diagnosegruppene har naturlig nok i stor grad sammenheng med inndelingen i medisinsk område. Dette går tydelig fram når en ordner gruppene etter størrelse.

Diagnosekode blir registrert på bakgrunn av den sykdommen eller medisinske tilstanden som pasienten fikk behandling for da skaden oppsto.

Behandling av sykdommer, brudd og skader i muskel- og skjelettsystemet er den største diagnosegruppa med en prosentandel på 43. Svulster/kreft utgjør den nest største gruppa med tolv prosent. Sykdommer i sirkulasjonssystemet og fordøyelsessykdommer utgjør tredje og fjerde største diagnosegruppe med henholdsvis åtte og

sju prosent. Andelene har endret seg lite fra 2005. De siste årene er det disse fire diagnosegruppene som har vært størst.

Psykiske lidelser er den diagnosegruppa som har hatt størst økning i 2006, og utgjør nå en andel på fire prosent mot to prosent året før.

Medholdsandelen i diagnosegruppene som er av en viss størrelse (det vil si 100 saker og mer) varierer fra 39 prosent i gruppa brudd og skader i muskel-

## Vedtak fordelt på diagnosegrupper

Tabell 7 - vedtak fordelt på diagnosegrupper i 2005 og 2006

Diagnosegrupper	2005			2006		
	Medhold	Avslag	Totalt	Medhold	Avslag	Totalt
Infeksjonssykdommer	13	25	38	13	40	53
Svulster	115	251	366	128	269	397
Blod/bloddannende organer	3	5	8	5	6	11
Endokrine sykdommer	8	29	37	16	45	61
Psykiske lidelser	14	50	64	29	101	130
Nervesystem	24	54	78	25	79	104
Øye	11	35	46	20	55	75
Øre	2	10	12	6	17	23
Sirkulasjonssystemet	74	145	219	72	181	253
Åndedrettssystemet	12	25	37	18	36	54
Fordøyelsessykdommer	58	139	197	71	162	233
Hud og underhud	6	18	24	7	22	29
Muskel og skjelett	241	365	606	281	490	771
Urin- og kjønnsorganer	42	75	117	39	107	146
Svangerskap og fødsel	38	91	129	40	114	154
Perinatalperioden	0	4	4	3	6	9
Medfødte misdannelser	14	38	52	14	40	54
Symptomer	8	26	34	6	18	24
Brudd og skader	207	365	572	285	391	676
Ytre årsaker/annet	13	19	32	16	36	52
<b>Totalt</b>	<b>903</b>	<b>1 769</b>	<b>2 672</b>	<b>1 094</b>	<b>2 215</b>	<b>3 309</b>

og skjelettsystemet, til 22 prosent i diagnosegruppene psykiske lidelser.

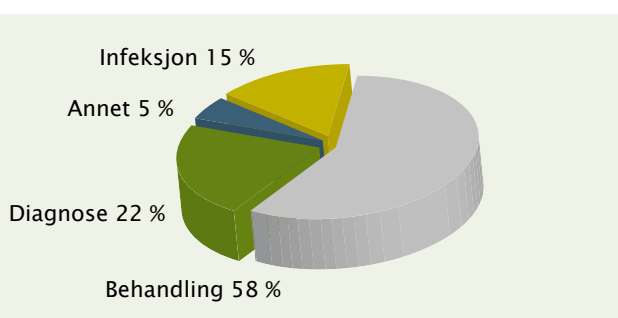
Medholdsandelen innenfor gruppene svulster, sirkulasjonssystemet og fordøyelsessykdommer varierer fra 32 til 29 prosent, og er dermed under den generelle medholdsandelen på 33 prosent. Endringer fra år til år i medholdsandelen, skyldes sannsynligvis tilfeldige variasjoner.

*” Flesteparten av pasientene som krever erstatning ble i utgangspunktet diagnostisert med skader og sykdommer i muskel- og skjelettsystemet.*



# Medholdssakene

Opp i mot 1100 pasienter fikk medhold i sine krav om pasientskadeerstatning i 2006. Medholdsandelen på 33 prosent er uendret fra året før.



Figuren viser en andelsmessig fordeling av årsaken til at pasienten har fått medhold i kravet om erstatning.

” Over halvparten av pasientene som fikk medhold, opplevde svikt i behandlingen.

Svikt i behandlingen er fortsatt den overveiende hyppigste årsaken til medhold. 59 prosent av pasientene som fikk medhold opplevde at det skjedde en svikt i behandlingen, at behandlingen som ble gitt var mangelfull eller forsinket, eller at resultatet ikke var godt nok. Andelen har økt med tre prosentpoeng fra 2005.

I 22 prosent av medholdssakene konstaterer NPE at forsinket eller feil diagnostisering fikk konsekvenser for utviklingen av sykdommen, eller at pasienten hadde store plager før riktig diagnose ble stilt. Andelen diagnostisering som årsak til medhold har sunket med to prosentpoeng sammenliknet med året før.

15 prosent av pasientene som fikk medhold ble påført en infeksjon i forbindelse med behandlingen. Denne andelen har sunket med ett prosentpoeng fra 2005.

I de resterende fem prosent av sakene, er årsaken til medhold at pasientskaden skjedde i forbindelse med undersøkelse, pleie, teknisk svikt, at pasienten fikk mangelfull informasjon eller annet. Det er fattet noen flere medholdsvedtak på grunn av informasjonssvikt enn i 2005. Økningen kan ha sammenheng med at NPE stiller strengere krav til behandlingsstedene, om at informasjon som er gitt til til pasienten skal være dokumentert.

## Årsak til medhold

Tabell 8 - Årsak til medhold i 2005 og 2006

Årsak til medhold	2005		2006	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Svikt i behandling	507	56,1 %	641	58,6 %
Forsinket/feil diagnose	215	23,8 %	239	21,8 %
Infeksjon	147	16,3 %	162	14,8 %
Svikt ved undersøkelse	9	1,0 %	19	1,7 %
Informasjonssvikt	4	0,4 %	13	1,2 %
Pleie	11	1,2 %	10	0,9 %
Teknisk svikt	6	0,7 %	8	0,7 %
Vaksinasjon	1	0,1 %	0	0,0 %
Annet	3	0,3 %	2	0,2 %
<b>Totalt</b>	<b>903</b>	<b>100,0 %</b>	<b>1 094</b>	<b>100,0 %</b>

## Eksempel på medhold

**Pike** ble forløst få dager før termin. Under fødselen ble det gitt riestimulerende middel, og barnets hjertefrekvensmønster ble overvåket med CTG. Det ble etter hvert påvist cerebral parese.

- ▶▶ **NPEs vurdering:** Ut fra CTG-målingen, skulle barnet vært forløst 20–30 minutter tidligere. Ved tidligere forløsning ville hjerneskaden mest sannsynlig vært unngått. CTG-kurvens mønster utviklet seg til å bli klart patologisk, noe som var en indikasjon på at barnet fikk for lite surstoff. Årsaken til at lege ikke ble tilkalt og forløsning bestemt umiddelbart, var at CTG-kurven ble tolket på en uriktig måte. Det foreligger svikt i fødselshjelpen, og barnet har krav på erstatning.



**Mann, 86 år**, hadde hatt grønn stær i flere år. Tilstanden var behandlet med laser, og han var til jevnlig kontroll. Han fikk etter hvert behandling med trykksenkende dråpebehandling på det venstre øyet. Grunnet betydelig trykkstigning, ble han på nytt behandlet med laser. Noen måneder seinere tok han kontakt med lege på grunn av gradvis synstap. Ved undersøkelse var synet lett redusert, men trykket var betydelig forhøyet. Det ble bestemt at han skulle henvises til trykksenkende kirurgi, men på grunn av rutinesvikt, tok det seks uker før henvisningen ble sendt. Da han kom til behandling, var det for seint å forsøke trykksenkende kirurgi. Det utviklet seg varig synstap på det venstre øyet.

- ▶▶ **NPEs vurdering:** Synet kunne mest sannsynlig vært bevart ved henvisning seks uker tidligere. Forsinkelsen skyldes rutinesvikt, og pasienten har krav på erstatning.



**Mann, 72 år**, ble innlagt på sykehus på grunn av blod i urinen og smerter på høyre side av magen. Det ble utført undersøkelse med cystoskopi og urografi uten at det ble påvist noe galt. Utredningen ble derfor avsluttet. Tre år senere ble han på nytt innlagt på sykehus med blod i urinen. CT-undersøkelse av buken viste svulst i høyre nyre. Han ble operert med fjerning av nyren.

- ▶▶ **NPEs vurdering:** Det burde vært utført ultralyd av nyrene og eventuelt CT-undersøkelse av buken i tillegg til de undersøkelsene som faktisk ble utført ved første sykehusinnleggelse. Nyrekreften ville dermed blitt oppdaget tre år tidligere. Forsinkelsen har medført et mer komplisert inngrep og muligheten for langsiktig helbredelse har blitt vesentlig redusert. Det foreligger svikt ved diagnostiseringen, og pasienten har krav på erstatning.



**Kvinne, 27 år**, ble innlagt i psykiatrisk avdeling på grunn av depresjon og psykose. Hun forlot sykehuset da hun ikke ble innvilget permisjon. Hun ble søkt innlagt ved en annen psykiatrisk avdeling for tvungen observasjon. Da hun samme dag ba om permisjon, ble dette innvilget. Hun ble funnet få dager seinere etter et selvmordsforsøk. Hun døde kort tid etter av skadene.

- ▶▶ **NPEs vurdering:** Det foreligger årsakssammenheng mellom dødsfallet og sykehusets håndtering. Hun burde vært fulgt opp på en grundigere måte enn det som faktisk ble gjort. Ut fra hennes tilstand, hadde hun behov for sikring og observasjon. Hun burde ikke vært innvilget permisjon uten at dette var vurdert av lege eller psykolog. Manglende oppfølging av pasienten utgjør en svikt ved ytelsen av helsehjelp, og pasientens etterlatte har krav på erstatning.



# Avslagssakene

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

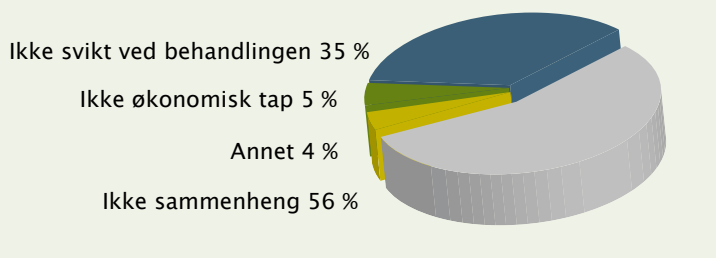
I 2006 fikk 2200 pasienter (67 prosent) avslag på kravet om erstatning. I over halvparten av avslagene tyder utredningen på at det ikke er sammenheng mellom behandlingen og den skaden pasienten mener har skjedd. Det er pasientens grunnsykdom eller grunnskade som har ført til plagene. Denne andelen har sunket med ett prosentpoeng fra 2005.

I godt og vel en tredel av avslagene konstaterer NPE at behandlingen mest sannsynlig har ført til skaden. Det dreier seg ofte om kjente

komplikasjoner til kirurgiske inngrep. Med "kjent" menes at de er kjent i medisinske fagmiljøer. Selv om det har skjedd en skade, er det likevel ikke svikt ved behandlingen fordi behandlingen var nødvendig, og ble utført i tråd med medisinske retningslinjer. Skaden er utslag av en risiko ved behandlingen som pasienten må akseptere. Andelen har økt med nesten ett prosentpoeng fra året før.

Fire prosent av pasientene som har fått avslag, får dette begrunnet med at de ikke har hatt et økonomisk tap over beløpsgrensen på fem tusen kroner. Skaden har heller ikke ført til at pasienten fikk varig men, det vil si mer enn 15 prosent invaliditet. Denne andelen er uendret fra 2005.

De gjenstående fire prosentene dreier seg om avslag begrunnet med særlige forhold ved pasienten, infeksjon i område med spesielt høy bakteriekonsentrasjon eller pasientens grunnsykdom. Videre har NPE i noen saker funnet at en diagnose var forsinket eller feil, men likevel riktig ut fra den fagkunnskapen som var tilgjengelig på det aktuelle tidspunktet. Noen få avslag er begrunnet med at skaden er forårsaket av legemiddel. Også andelen "annet" er uendret fra året før.



Figuren viser en andelsmessig fordeling av årsaken til at det er gitt avslag i kravet om erstatning

## Årsak til avslag

Tabell 9 - Årsak til avslag i 2005 og 2006

Årsak til avslag	2005		2006	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ikke sammenheng med behandlingen	1 009	57,0 %	1 243	56,1 %
Ikke svikt ved behandlingen	603	34,1 %	772	34,9 %
Ikke økonomisk tap	82	4,6 %	104	4,7 %
Annet	75	4,2 %	96	4,3 %
<b>Totalt</b>	<b>1 769</b>	<b>100,0 %</b>	<b>2 215</b>	<b>100,0 %</b>

*I de aller fleste avslagssakene viser utredningen at det er sykdommen eller skaden som pasienten fikk behandling for, som er årsak til plagene.*



## Eksempel på avslag



**Mann, 41 år**, var innlagt på sykehus med brystmerter. Han ble undersøkt med røntgen, væsketapping og bronkoskopi. Det ble gjort funn som tydet på lungebetennelse. Prøver med utgangspunkt i væsketapping viste ikke tegn til kreft. Det ble gjennomført flere kontroller og undersøkelser de neste månedene. Allmenntilstanden normaliserte seg i løpet av noen måneder. Ved kontroll året etter var han plaget med tung pust, men var ellers i god form. Det ble konkludert med mulig gjennomgått asbestbetinget brysthinnebetennelse. Det var bedring av tilstanden ved kontroll noen måneder senere. Han ble innlagt på lungeseksjonen etter ytterligere ett og et halvt år. Det ble da påvist lungekreft. Han døde seinere av kreftsykdommen.

- ▶▶ **NPEs vurdering:** det er usikkert om diagnosen kunne ha vært stilt tidligere. Uansett har diagnostiseringen og behandlingen vært tilfredsstillende ut fra de symptomer og funn som forelå. Pasientens etterlatte har ikke krav på erstatning.

**Kvinne, 30 år**, ble utsatt for en bilulykke hvor hun ble påført et komplisert leggbrudd. Det ble utført gipsbehandling. Da bruddet ikke ville gro, ble hun operert med margnagling. Bruddet grodde fint, men det utviklet seg en beinforkortning på 2,5 cm. Hun har siden brukt spesialsåler for å kompensere for beinlengdeforskjellen. Til tross for dette, har det utviklet seg ryggmerter.

- ▶▶ **NPEs vurdering:** utviklingen av beinforkortning og ryggplager har ikke sammenheng med sykehusets behandling, men skyldes den kompliserte bruddskaden. Det foreligger ikke en behandlingsskade, og pasienten har ikke krav på erstatning.

**Mann, 56 år**, fikk påvist prostatakreft av relativt aggressiv type. Det ble utført en rekke strålebehandlinger, og kreftsykdommen gikk tilbake. Etter strålebehandlingen har det utviklet seg sterke smerter i hoften.

- ▶▶ **NPEs vurdering:** det er mest sannsynlig sammenheng mellom strålebehandlingen og hoftesmertene, men han har fått riktig behandling, og risikoen for skaden er kjent og må aksepteres ut fra viktigheten av behandlingen. Pasienten har ikke krav på erstatning.

**Kvinne, 50 år**, var tidligere operert på grunn av trange forhold i ryggmargskanalen. Det utviklet seg etter hvert økende smerter i korsryggen med utstråling til beina. Hun hadde kraftsvikt ved gange. Det ble påvist trange forhold i rotkanalen i ryggen. Hun ble operert med avlastning av nerveroten. Operasjonen var ukomplisert, men hun har utviklet en forverring av kraftsvikten i venstre bein. Ved undersøkelse er det ikke påvist nerverotkompresjon.

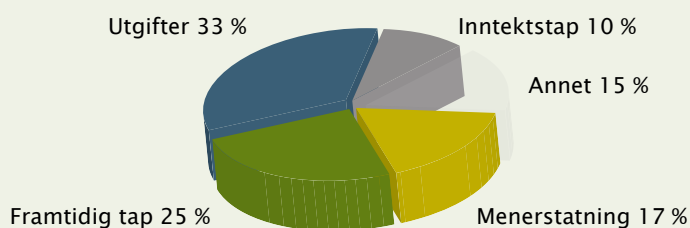
- ▶▶ **NPEs vurdering:** det er en sannsynlig sammenheng mellom operasjonen og forverringen av lammelse og funksjonssvikt i beinet, men det foreligger ikke svikt ved behandlingen. Det var god indikasjon for operasjonen, som ble utført etter gjeldende retningslinjer. Risikoen for en forverring av lammelse i beinet ligger innenfor hva som må aksepteres. Pasienten har ikke krav på erstatning.

# Utbetalinger

NPE har utbetalt 485 millioner kroner til pasienter og pårørende i 2006. Dette er det høyeste erstatningsbeløpet NPE har utbetalt i løpet av ett år, og er elleve prosent høyere enn utbetalingene i 2005.

Erstatningsbeløpet omfatter de erstatninger som reelt sett er utbetalt i 2006 uavhengig av om sakene er ferdig utmålt eller ikke.

Det er ikke overraskende at det er en vekst i utbetalingene. I grove trekk har det vært en økning siden ordningen med pasientskadeerstatning ble startet for snart 20 år siden. Den totale erstatningssummen henger sammen med økende saksmengde, økt saksavvikling og en økning i erstatningsnivået på grunn av lønns- og prisvekst i samfunnet generelt.



Figuren viser hvordan erstatningsbeløpet som ble utbetalt i 2006 andelsmessig fordeler seg på type erstatning.

I erstatningssakene som ble ferdig utmålt i løpet av 2006, er gjennomsnittlig erstatningsbeløp i underkant av 450 000 kroner. Men variasjonen er stor, fra et minstebeløp på 5000 kroner til i overkant av sju millioner.

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. En gjennomgang av sakene som ble ferdig utmålt i 2006, viser at litt over halvparten av pasientene (54 prosent), har fått utbetalt 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 10 - Utbetalinger fordelt på RHF og andre grupper i 2005 og 2006

	2005	2006
Helse Nord	45 115 397	67 026 823
Helse Midt-Norge	79 285 199	50 076 417
Helse Vest	79 356 853	95 223 941
Helse Sør	86 996 152	91 486 145
Helse Øst	116 561 897	125 693 462
Offentlig kjøp av helsetjenester	3 582 595	4 592 594
Privatpraktiserende spesialister	1 240 850	480 000
Kommunehelsetjenesten	25 456 108	50 360 503
Annet	11 000	100 000
<b>Totalt</b>	<b>437 606 051</b>	<b>485 039 885</b>

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

”*Variasjonen er stor, fra et minstebeløp på 5000 kroner til i overkant av sju millioner.*”

## Regnskap 2006

Resultat drift	36
Resultat reguleringsfond	37
Balanse reguleringsfond	38
Resultat konsolidert	39
Balanse konsolidert	40
Noter	41



## Resultatregnskap – drift

Noter	Hele 1 000 kr.	Budsjett 2006	Regnskap 2006	Avvik
	<b>Sum ordinær drift</b>	<b>-59 707</b>	<b>-63 790</b>	<b>-4 083</b>
	Medisinsk sakkyndige	-11 778	-10 009	1 769
	Egne advokater	-1 000	-1 606	-606
1	<b>Sum kostnader kap. 0722</b>	<b>-72 485</b>	<b>-75 405</b>	<b>-2 920</b>
2	Kap. 3722 Refusjoner	0	1 566	1 566
2	Kap. 3722 02 Diverse inntekter	1 000	2 000	1 000
	<b>Samlet drift av NPE</b>	<b>-71 485</b>	<b>-71 839</b>	<b>-354</b>
3	Kap. 0722 70 Dekning av advokatutgifter	-20 305	-20 484	-179
4	Kap. 3722 50 Overføring fra NPE som statlig fond	8 381	8 381	0

NPE hadde i 2006 et merforbruk på driften med 354 000 kroner. Ikke-budsjetterte refusjoner samt merinntekter på dekning av legemiddelsaker bokføres på kap. 3722 og inngår i NPE drifts budsjettavvik.

Honorarer til medisinsk sakkyndige og egne advokater er i tabellen skilt ut fra den ordinære driften. Det er i 2006 foretatt en grundig gjennomgang og effektivisering av den medisinske utredningen av pasientskadesakene. Dette har ført til en innsparing i forhold til tidligere rutiner på anslagsvis 6–7 millioner kroner.

Regnskapet for 2006 viser at de samlede utgiftene til medisinsk sakkyndige og egne advokater hadde et mindreforbruk i forhold til budsjett på 1,1 millioner kroner, mens den ordinære driften fikk et merforbruk på 4,1 millioner kroner. Barsel- og sykepengerefusjoner utgjorde 1,5 millioner kroner i 2006, og saksbehandling av et betydelig antall legemiddelsaker medførte en merinntekt på 1 million kroner (jfr. post 3722 02 Diverse inntekter).

Korrigert for refusjoner og inntekter hadde således den ordinære driften et merforbruk på 1,5 millioner kroner i 2006.

## Resultatregnskap – reguleringsfond

Noter	Hele 1 000 kr.	Budsjett 2006	Regnskap 2006	Avvik
<b>Inntekter</b>				
4	Overført overskudd fra NPEs fond	8 381	8 381	0
5	Tilskudd fra helseforetak	414 500	414 500	0
5	Tilskudd fra kommuner	44 000	44 000	0
5	Tilskudd fra fylkeskommuner	2 000	2 000	0
	Egenbetaling for skade	27 000	31 318	4 318
	<b>Sum inntekter</b>	<b>495 881</b>	<b>500 199</b>	<b>4 318</b>
<b>Utgifter</b>				
	Erstatningsutbetalinger	487 500	485 615	1 885
4	Drift av NPE	8 381	8 381	0
6	Administrasjonskostnader	0	9	-9
	<b>Sum utgifter</b>	<b>495 881</b>	<b>494 005</b>	<b>1 876</b>
	<b>Resultat NPEs reguleringsfond</b>	<b>0</b>	<b>6 194</b>	<b>6 194</b>

Finansieringssystemet for pasientskadeordningen ble endret fra og med 2006.

Tidligere NPE fond ble oppløst og erstattet av NPE reguleringsfond, som inngår som en del av tildelingsbrevet til NPEs driftskapittel. I praksis har reguleringsfondet imidlertid den samme funksjon som det gamle fondet, og framstilles her med et eget virksomhetsregnskap.

Tilskudd samt egenbetalinger for skader skal nå kun dekke de løpende erstatningsutbetalingene, mens driften av Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda blir finansiert gjennom ordinære driftsbevilgninger over statsbudsjettet.

Innkrevde tilskudd fra helseforetak, kommuner og fylkeskommuner skal i tillegg over tid samsvare med faktiske erstatningsutbetalinger relatert til disse tre kategorier skadevoldere. Dette gjennomføres ved at tilskuddsfaktureringen inneværende år korrigeres mot en avregning for skadeutbetalinger foregående år.

NPE reguleringsfond hadde i 2006 et mindreforbruk på 6,2 millioner kroner. Hovedårsaken var betydelig høyere egenbetalinger for skade enn budsjettet, samt noe lavere erstatningsutbetalinger enn forventet.

## Balanse – reguleringsfond

Noter	Hele 1 000 kr.	Regnskap 2006	Regnskap 2005	Endring
<b>Aktiva</b>				
	Kundefordringer	2 510	3 260	-750
	<b>Sum aktiva</b>	<b>2 510</b>	<b>3 260</b>	<b>-750</b>
<b>Passiva</b>				
	Oppgjørskonto Norges Bank	-6 944	-8 381	1 437
	Inngående balanse	11 642	-36 028	47 670
	Resultat	-2 188	47 669	-49 857
	<b>Sum passiva</b>	<b>2 510</b>	<b>3 260</b>	<b>-750</b>

Kundefordringer består av egenbetalinger for skade hvor kravet er fakturert, men ikke betalt før årsskiftet.

Reguleringsfondet viderefører samme oppgjørskonto i Norges Bank som det tidligere NPE fond. Fondets likviditetsmessige overskudd på 8,4 millioner kroner ved utgangen av 2005 ble disponert av Helse- og omsorgsdepartementet i revidert nasjonalbudsjett. 8,4 millioner kroner ble derfor ført ut av reguleringsfondets oppgjørskonto, slik at reguleringsfondets utgående balanse pr. 31.12.2006 reflekterer bevegelser på oppgjørskontoen i perioden januar – desember 2006.

Oppgjørskontoen i Norges Bank hadde pr. 31.12.2006 et likviditetsmessig overskudd på 6,9 millioner kroner. Inngående balanse i 2006 består av kundefordringer ved utgangen av 2005 samt inngående saldo på oppgjørskontoen.

## Konsolidert regnskap for NPE-ordningen

### Resultatregnskap

Noter	Hele 1 000 kr.	Regnskap 2006	Regnskap 2005	Budsjett 2006
5	Tilskudd fra staten	0	433 123	0
5	Tilskudd fra helseforetak	414 500	98 900	414 500
5	Tilskudd fra kommuner	44 000	12 688	44 000
5	Tilskudd fra fylkeskommunene	2 000	890	2 000
	<b>Sum tilskudd</b>	<b>460 500</b>	<b>545 601</b>	<b>460 500</b>
	Forfalte erstatninger	-485 040	-437 766	-487 500
7	Endr. avsetning til skadereserver	-1 096 287	-130 157	-1 096 287
8	Egenbetaling for skade	31 318	26 068	27 000
	Honorarer leger/ medisinsk sakkyndige/ egne advokater	-11 615	-18 510	-12 778
	Dekning pasient-advokater	-20 484	-17 749	-20 305
	<b>Sum erstatningskostnader</b>	<b>-1 582 108</b>	<b>-578 114</b>	<b>-1 589 870</b>
9	Driftskostnader Norsk Pasientskadererstatning	-60 224	-51 132	-59 707
	Driftskostnader Pasientskadenemnda	-23 574	-16 916	-22 060
	Honorar fra legemiddelforsikringen	2 000	2 433	1 000
	<b>Sum driftskostnader</b>	<b>-81 798</b>	<b>-65 615</b>	<b>-80 767</b>
	<b>Årsresultat</b>	<b>-1 203 406</b>	<b>-98 128</b>	<b>-1 210 137</b>

Fram til og med 2005 finansierte NPE fond både driftsutgiftene i NPE og Pasientskadenemnda (PSN). Dette er endret fra og med 2006. I konsolidert regnskap er likevel driftskostnader for PSN i 2006 tatt med, slik at de samlede utgifter for hele pasientskadeordningen blir framstilt.

## Konsolidert regnskap for NPE-ordningen

Balanse

Noter	Hele 1 000 kr.	Regnskap 2006	Regnskap 2005
	<b>Sum eiendeler</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
	<b>Udekket underskudd og gjeld</b>		
	Udekket underskudd	-2 074 992	-2 074 992
	Ufordelt resultat	-1 203 406	
	<b>Langsiktig gjeld</b>		
10	Avsetning til inntrufne, ikke oppgjorte skader	3 164 306	2 068 019
	<b>Kortsiktig gjeld</b>		
11	Forfalte, ikke betalte erstatninger	-575	785
	Salderingspost	-113 517	-6 188
	<b>Sum udekket underskudd /gjeld</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Det konsoliderte regnskapet er en bearbeidet framstilling av de samlede kostnadene for hele NPE-ordningen. NPEs driftsregnskap og reguleringsfondet bokføres bl.a. etter to forskjellige regnskapsprinsipper. Tabellen viser imidlertid utviklingen i erstatningsansvaret for pasientskadeordningen.

I henhold til det statlige kontantprinsippet blir eiendeler ikke bokført i NPEs regnskaper.

I tabellen framgår en salderingspost under kortsiktig gjeld. Denne posten består av overført negativt resultat fra 2005 på 98 millioner kroner samt bokførte utgifter i Pasientskadenemnda i 2006, korrigert for positiv saldo pr. 31.12.2006 på reguleringsfondets oppgjørskonto i Norges Bank.



## Noter

### Note 1 – Sum kostnader kap. 0722

Tildelt bevilgning på driftsbudsjettet utgjorde 72,485 millioner kroner i 2006. I tillegg til den ordinære driften inneholder driftsbudsjettet honorarutgifter til medisinske spesialister, samt egne advokater.

Interne tiltak har medført lavere honorarutgifter til medisinske spesialistvurderinger enn tidligere år. Pasientskadenemnda har i tillegg overtatt ansvaret for rettsprosesser anlagt mot NPE, slik at utgifter til advokater engasjert av NPE er fallende. På den annen side medfører veksten i saker til behandling en betydelig økning i de ordinære driftskostnader.

### Note 2 – Kap. 3722 Inntekter

Inntektene i 2006 bestod i hovedsak av barsel- og sykepengerefusjoner, samt dekning av saksbehandlingskostnader på legemiddelsaker.

I 2006 ble det bokført 1,566 millioner kroner i lønnsrefusjoner. Foruten refusjon for fødsels- og sykepenger, ble det også inntektsført 17 000 kroner fra arbeidsmarkedstiltak. Dette gjelder delvis refusjon for arbeidsledige som har praktisert i NPE som et ledd i arbeidsmarkedstiltak. Alle refusjonene omfattes av merinntektsfullmakten.

NPE behandler saker for Legemiddelforsikringspoolen og for Norsk Legemiddelforsikring AS. Fram til og med 2005 ble disse inntektene bokført på NPE fond, men ved innføring av nytt finansieringssystem i 2006 ble inntektene budsjettert på driftskapitlets post 3722 02 Diverse inntekter. Et betydelig antall legemiddelsaker ble behandlet av NPE i 2006, og dette medførte en merinntekt på 1 millioner kroner.

### Note 3 – Kap. 0722 70 Dekning av advokatutgifter

Kostnadene til pasientengasjerte advokater er en rettighetsbasert ytelse som NPE ikke kan påvirke. Utgiftene er derfor skilt ut som eget budsjett på post 70. Utgiftene til advokater øker jevnt som følge av betydelig vekst i saksomfanget. Grunnet en budsjettøkning i revidert nasjonalbudsjett på 7,5 millioner kroner, ble merforbruket i 2006 på kun 200 000 kroner.

### Note 4 – Kap. 3722 50 Overføring fra NPE som statlig fond

Ved opprettelsen av reguleringsfondet ble oppgjørskontoen i Norges Bank videreført fra det tidligere fondet. Dette medførte at fondets utgående likviditetsbalanse fra 2005 på 8,381 millioner kroner ble overført til reguleringsfondet. Fondets likviditetsoverskudd fra 2005 ble disponert av Helse- og omsorgsdepartementet til andre budsjettformål i 2006. Regnskapsteknisk er dette løst ved at 8,381 millioner kroner i 2006 ble overført fra reguleringsfondet til en budsjettbevilget inntektspost på kap. 3722 50; Overføring fra NPE som statlig fond.

Saldo pr. 31.12.2006 på reguleringsfondets oppgjørskonto i Norges Bank inneholder således kun løpende kontobevegelser i 2006.

### Note 5 – Tilskudd

De direkte tilskuddene fra staten er opphørt, og med nytt finansieringssystemet fra 2006 skal innkrevde tilskudd nå samsvare med løpende erstatningsutbetalinger relatert til de tre kategorier skadevoldere (regionale helseforetak, fylkeskommuner og kommuner).

### Note 6 – Administrasjonskostnader

Utgiften var ikke lagt inn som budsjettpost i årets tildelingsbrev, men inneholder abonnement og transaksjonsutgifter på løpende driftskonti i bank.

## Noter

### Note 7 – Endring avsetning til skadereserver

Avsetning til skadereserver er økt med henimot 1,1 milliarder kroner fra 2005 til 2006. Pasientskadeordningen ble etablert i Norge i 1988, og få land har en tilsvarende ordning som i Norge. Manglende erfaringsmateriale byr således på spesielle utfordringer når reserver for ikke meldte skader skal beregnes. Over tid har NPE opplevd en betydelig vekst i antall saker meldt til NPE, og tidligere benyttede aktuar-modeller har sannsynligvis ikke greid å tilegne seg denne utviklingen fullt ut.

Nye aktuarberegninger kan tyde på at "isfjellet" av ikke meldte skader til NPE er større enn statistiske modeller hittil har påvist. Selv om beregningene er usikre viser dagens modeller at reserver angitt fram til 2005 har vært underestimert. Endringer i avsetning til skadereserver budsjetteres normalt ikke i NPE. I budsjettkolonnen anvendes derfor samme beløp som i regnskapskolonnen.

### Note 8 – Egenbetaling for skade

NPE krever inn 10 prosent egenandel fra skadevoldende institusjoner innen spesialisthelsetjenesten, men med et tak på 0,1 millioner kroner i egenbetaling pr. skadesak. Inntektsøkningen fra 2005 på 5,2 millioner kroner (vel 19 prosent) skyldes delvis etterslep fra 2005 til 2006. Men i tillegg var det relativt sett færre storskader (erstatningsutbetalinger over 1 millioner kroner) i 2006 enn i 2005, slik at færre egenandelskrav ble begrenset av taket på 100 000 kroner. Antallet egenandelskrav økte betydelig i forhold til 2005.

### Note 9 – Driftskostnader Norsk Pasientskadeerstatning

De samlede driftskostnadene for Norsk Pasientskadeerstatning på 75,405 millioner kroner er her fratrukket barsel- og sykepengerefusjoner (1,566 millioner kroner), inntekt fra behandling av legemiddelsaker (2 millioner kroner), honorarer til medisinske sakkyndige (10,009 millioner kroner) og egne advokater (1,606 millioner kroner).

### Note 10 – Avsetning skadereserver

Aktuarberegnete anslag framkommer i tabellen som følger:

Skadereserver	31.12.06	31.12.05
Avsetning for meldte skader	1 166 350	1 086 968
Avsetning for inntrufne, men ikke meldte skader	1 997 956	981 051
Sum avsetning for inntrufne, ikke oppgjorte skader	3 164 306	2 068 019

### Note 11 – Forfalte, ikke betalte erstatninger

I saksbehandlingssystemet for erstatningsutbetalinger var 485 millioner kroner godkjent for utbetaling i 2006. Dette var 575 000 kroner lavere enn faktiske utbetalinger fra reguleringsfondet i 2006. I saksbehandlingssystemet lå derved et større beløp til utbetaling ved utgangen av 2005 sammenliknet med utgangen av 2006.

**Bestilling av årsmelding**

E-post: [npepost@npe.no](mailto:npepost@npe.no)  
Telefon: 22 99 45 00

**Foto**

Peder Songedal  
Informasjonsavdelingen  
Image source  
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)