

Pasientskadenemnda

Årsrapport 2006

SAMMENDRAG

Den 1. januar 2006 hadde Pasientskadenemnda (PSN) 502 saker under behandling, mot 321 året før. I løpet av 2006 har PSN mottatt 1120 nye saker fordelt på 1073 klagesaker og 47 gjenopptaksbegjæringer. Mens antall nye saker økte med om lag 30 % fra 2004 til 2005, økte antall saker fra 2005 til 2006 med 21 %. Antall saker under behandling pr. 31. desember 2006 utgjorde 859, dvs. 71 % økning i antall løpende saker på ett år.

PSN har avsluttet 777 saker i 2006, mot 761 saker i 2005. 714 saker ble behandlet av nemnda, mens 51 saker ble behandlet av sekretariatet etter delegasjon fra nemnda. I tillegg ble 7 saker tilbakevist til Norsk Pasientskadeerstatning for ytterligere utredning, samt at 5 saker ble henlagt.

Pasientene fikk helt eller delvis medhold i 12,5 % av sakene etter nemndsbehandling og vedtak etter delegasjonsfullmakten. Dette representerer en nedgang på 4,6 % sammenlignet med 2005.

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid utgjorde rundt 10 - 12 måneder i 2006. Dette representerer en økning på 2-3 måneder sammenlignet med 2005.

Den største utfordringen for PSN i tiden fremover er å unngå at saksbehandlingstiden øker ytterligere. Dette krever tiltak i form av enten oppnevning av flere nemndsmedlemmer, slik at antall nemndsmøter kan økes, og/eller at adgangen til å delegere vedtaksmyndighet fra nemnda til sekretariatet utvides.

PSN mottok 81 nye stevninger i 2006, mot 96 i 2005 og 85 i 2004. 149 rettssaker er avsluttet i perioden 2004 - 2006, fordelt på 13 saker i 2004, 56 saker i 2005 og 80 saker i 2006. PSN hadde den 31.12.06 114 rettssaker under behandling, et antall som har holdt seg noenlunde konstant siden 31.12.05.

På www.pasientskadenemnda.no finnes informasjon om ordningen, eksempler fra nemndspraksis, statistikk m.m.



Bak: Nils Thomas Svendsen, Felix Lous, Espen Slettmyr, Terje Østraat, Espen Rekkedal, Roar Ellefsen, Hans Kristian Sandgrind og Henning Grønnern.
Foran: Monika Müller, Veslemøy Risnes Lerheim, Rose-Marie Christiansen, Annbjørg Fjellvang, Therese Lohne Boehlke og Henriette Marie Skjæveland.

Fotograf: Peder Songedal
Illustrasjoner: Inger Wold

INNHALDSFORTEGNELSE

	Sammendrag	1
	Innholdsfortegnelse	2
1.	Forord	4
2.	Mål og hovedprioriteringer	5
	2.1. Overordnede mål	5
	2.2. Håndtering av økende restanser	5
	2.3. Offentliggjøring av nemndas vedtak på LovData	6
	2.4. Omorganisering	6
	2.5. Rettssakene	6
	2.6. Flere advokatbevillinger	6
	2.7. It-tekniske løsninger m.v.	6
	2.8. Pasientskadenemndas nettsider	7
3.	Om Pasientskadenemnda	8
	3.1. Pasientskadenemndas sekretariat	8
	3.2. Nemnda	8
	3.3. Forholdet mellom sekretariatet og nemnda	10
4.	Generelt om pasientskadeloven	11
5.	Saksutvikling	12
	5.1. Mottatte saker samt restanser	12
	5.2. Antall saker mottatt pr. fylke	13
	5.3. Kjønnfordeling pr. fylke	14
	5.4. Antall saker for somatiske sykehus, psykiatriske sykehus, kommunehelsetjeneste og annet mottatt pr. fylke	14
	5.5. Antall saker mottatt pr. helseregion	15
6.	Saker avviklet i nemnda	16
	6.1. Innledning	16
	6.2. Utfallet i sakene m.v.	16
	6.3. Erstatningsutmålingssakene	17
	6.4. Pasientens bistand fra advokater og pasientombud (inkl. saker med bistand fra Norsk Pasientforening) i de nemnds- behandlede sakene	17
7.	Saker avviklet av sekretariatet etter delegasjonsfullmakten	18
8.	Samlet statistikk for Pasientskadenemnda	19
	8.1. Samlet avvikling i nemnda og etter delegasjonsfullmakten	19
	8.2. Vedr. avvikling av eldre saker.....	19
	8.3. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid	21

9.	Retts sakene	22
9.1.	Organiseringen av retts sakene	22
9.2.	Innkommne stevninger og gjennomførte retts saker	22
9.3.	Forholdet egne prosessfullmektiger/eksternt advokatfirma (Advokatfirmaet Riisa & Co.)	23
9.4.	Resultater pr. 31.12.06	24
9.5.	Særlig om ankesakene	25
9.6.	To Høyesterettsavgjørelser	25
9.6.1.	Høyesteretts dom 13.10.06 (Rt.2006 s. 1217)	25
9.6.2.	Kjæremålsutvalgets kjennelse 21.12.06	26
9.7.	Særlig om forlikene	27
10.	Pasientskadenemnda – et forvaltningsorgan	28
10.1.	Uavhengig forvaltningsorgan	28
10.2.	Overprøving av enkeltvedtak	28
10.3.	Likebehandling	29
10.4.	Saksbehandlingen	29
11.	Eksempler fra nemndspraksis	31
11.1.	Anført forsinket diagnostikk og behandling av ADHD (N2005/0774 og N2004/0022)	31
11.2.	Forverrede smerter etter ryggoperasjon (N2004/0180)	31
11.3.	Hjertestans og dødsfall – bruk av tvang overfor psykiatrisk pasient (N2006/0158)	32
12.	Regnskap for 2006	33
Vedlegg 1:	Regler for midlertidig ordning med pasientskadeerstatning for somatiske sykehus/poliklinikker	35
Vedlegg 2:	Regler for midlertidig ordning med pasientskadeerstatning for psykiatriske sykehus/poliklinikker	37
Vedlegg 3:	Regler for midlertidig ordning med pasientskadeerstatning for kommunelegetjenesten/kommunal legevakt	39
Vedlegg 4:	Pasientskadeloven	41
Vedlegg 5:	Forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda	47

1. FORORD

Pasientskadenemnda (PSN) ble organisert som et statlig forvaltningsorgan fra 1. januar 2003. Dette skjedde samtidig med at lov av 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader m.v. (pasientskadeloven) trådte i kraft (se vedlegg 4). Loven erstattet de midlertidige reglene (se vedlegg 1 – 3).

Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) var tidligere en avtalebasert ordning inngått mellom staten og sykehuseierne, og som ble administrert av KLP forsikring. Etter hvert delegerte nemnda sin avgjørelsesmyndighet til sekretariatet. I praksis vokste det frem et toinstanslignende organ, idet nemnda langt på vei utelukkende behandlet klagesaker.

Som en følge av at pasientskadeloven trådte i kraft, ble hhv. NPE og PSN opprettet som selvstendige og uavhengige forvaltningsorganer, med NPE som førsteinstans og PSN som klageorgan. PSN er administrativt underlagt Helse- og omsorgsdepartementet.

Overgang til statlig forvaltningsorgan har nødvendiggjort vesentlige omlegginger av administrative og økonomiske rutiner. Selve kjernevirksomheten, dvs. avvikling av klagesaker, blir først og fremst berørt gjennom et noe utvidet virkeområde for offentlig helsesektor i loven sammenlignet med de midlertidige reglene. Organisasjonen har i tillegg tilpasset seg nye prosessuelle og materielle bestemmelser i den nye pasientskadeloven. Fra 1. januar 2004 ble staten v/PSN rett saksøkt.

En av de største utfordringer PSN står overfor i dag er en sterkt økende saksmengde, som igjen påvirker saksbehandlingstiden på en svært uheldig måte. PSN er for tiden i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet om tiltak i forhold til dette. Eksempler på aktuelle tiltak er oppnevning av flere nemndsmedlemmer og/eller utvidelse av den såkalte delegasjonsfullmakten, jf. pkt. 2.2.

Rapporten gir en oversikt over klagesaker som er mottatt og behandlet i perioden 2003 - 2006. Tilsvarende gjelder rettssaker. Videre gir rapporten oversikt vedr. PSNs virksomhet samt regnskap for perioden 2003 - 2006. Reglene for midlertidig ordning med pasientskadeerstatning, pasientskadeloven og forskrift om NPE og PSN er dessuten vedlagt.

Ta kontakt dersom det er ønskelig å få tilsendt flere eksemplarer. Vi tar gjerne i mot tilbakemeldinger på rapporten samt våre nettsider.



Rose-Marie Christiansen

Oslo, mars 2007

Direktør Rose-Marie Christiansen

2. MÅL OG HOVEDPRIORITERINGER

2.1. Overordnede mål

PSN skal tilstrebe å innfri berettigede forventninger fra eksterne forbindelser, så som pasienter, helseinstitusjoner, helsepersonell, myndigheter, advokater, pasientombud m.v. Dette innebærer at PSN skal være uavhengig, fremme rett og hindre urett, ha respekt for så vel pasienter som for andre parter i sakene samt at saksbehandlingen skal ha preg av åpenhet.

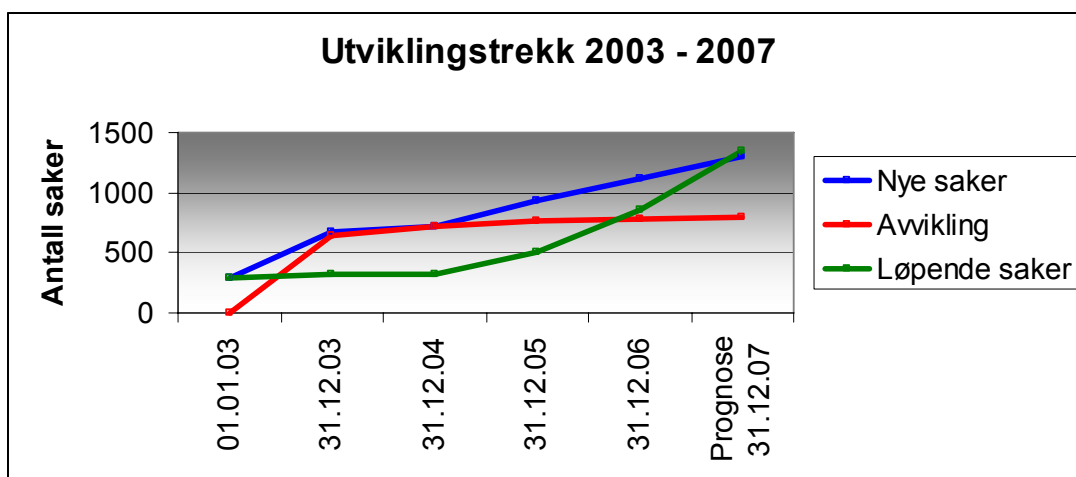
PSN skal videre være et effektivt klagebehandlingsorgan og skal stå for god kvalitet i alle ledd av saksbehandlingen. Riktige og forståelige avgjørelser til rett tid og høy kompetanse på alle plan er en målsetning. For å få dette til kreves fokus på reduksjon av saksbehandlingstiden samt økt kunnskap om nemndas virksomhet.

Videre er det en målsetning at PSN skal ha god ledelse samt godt fysisk og psykisk arbeidsmiljø.

2.2. Håndtering av økende restanser

Den største utfordringen PSN har stått overfor i 2006, er økningen i saksmengde. Økningen forventes å fortsette. Dette påvirker saksbehandlingstiden på en meget uheldig måte. Økningen utgjorde nesten 30 % fra 2004 til 2005, og i overkant av 20 % fra 2005 til 2006. Hensett til den økning som har funnet sted i NPE i 2006, er det grunn til å anta at økningen i 2007 vil utgjøre minst 15 % for PSNs vedkommende. Uten iverksettelse av tiltak innebærer dette at restansene vil øke fra ca. 860 pr. 01.01.07 til om lag 1300 saker pr. 01.01.08. Hensett til at nåværende avviklingskapasitet ligger på rundt 800 saker pr. år, tilsier dette at saksbehandlingstiden står i fare for å øke dramatisk.

Det er på det rene at nemndas kapasitet er sprengt. Antall saker som går gjennom nemndssystemet med nåværende nemnd er således gitt, med mindre flere nemndsmøter kan gjennomføres. For å øke nemndas kapasitet, vil det derfor være nødvendig å oppnevne flere nemndsmedlemmer. Alternativt, evt. i tillegg, er det en løsning at delegasjonsadgangen utvides. I dag er det uklart hvor langt adgangen for nemnda til å delegerer (deler av) sin vedtaksmyndighet til sekretariatet går. Spørsmålet om oppnevning av flere nemndsmedlemmer samt tolkning av pasientskadeloven § 17 fjerde ledd er under avklaring i samråd med departementet. En utvidelse av delegasjonsadgangen vil nødvendigvis måtte berøre prinsipielle spørsmål, men spørsmålet er om det ideelle, ved at flest mulig saker skal fremlegges for nemnda, bør gå på bekostning av saksbehandlingstiden.



Figur 1. Figuren viser at spriket mellom avvikling og løpende saker er økende. Gitt < at tiltak ikke iverksettes raskt, vil dette spriket bare øke.

2.3. Offentliggjøring av nemndas vedtak på LovData

Samtlige vedtak fattet etter 1. januar 2003 er gjort tilgjengelig for offentligheten i anonymisert form på LovData. Arbeidet er ajourført pr. 31.12.06.

2.4. Omorganisering

Grunnet veksten i antall saker har det vært nødvendig med flere nyansettelser. Økningen i bemanningen har igjen ført til behov for etablering av et mellomledersjikt. Med virkning fra 1. januar 2006 ble saksbehandlerseksjonen etablert. Tilsvarende ble en egen rettssaksseksjon etablert fom. 1. august 2006. Kontorseksjonen ble etablert allerede i 2004. Ledelsen i PSN består i dag av et mellomledersjikt med tre ledere i tillegg til daglig leder.

2.5. Rettssakene

Departementet har pålagt PSN å føre flere rettssaker selv, for på denne måten å redusere utgiftene som rettssakene er forbundet på. Dette har PSN fulgt opp. I 2006 ble kun 17 % av de nye stevningene overført til advokatfirmaet PSN har avtale med, mot 45 % i 2005. Foreløpig har ikke dette gitt seg merkbare utslag hva gjelder kostnader til rettssaker, men det forventes at de økonomiske resultatene vil vise seg i løpet av 2007.

2.6. Flere advokatbevillinger

I PSN er det en målsetning at samtlige jurister skal få advokatbevilling. Pr. 31.12.06 hadde 10 medarbeidere i PSN advokatbevilling.

2.7. IT-tekniske løsninger m.v.

Det har gått fire år siden PSN ble etablert, og det ligger nå an til utskiftning av utstyr som er i ferd med å bli foreldet og/eller utslitt.

Norsk Pasientskadeerstatning er snart klar for å overføre dokumentene i klagesakene elektronisk til PSN. PSN arbeider nå med å klargjøre for mottak av dette. Videre vil PSN foreta de første skritt i retning av helelektronisk dokumenthåndtering ved at det blir lagt til rette for skanning av dokumenter.

Omlegging til økende grad av elektronisk dokumenthåndtering gir behov for økning av lagringskapasitet, samt at sikkerhet mht. overføring av dokumenter mellom NPE og PSN står sterkt i fokus.

For øvrig kan nevnes at PSN som fullservicekunde av Statens Senter for Økonomistyring, avd. Stavanger, har gjennomført tre prosjekter det siste året:

- innføring av elektronisk fakturahåndtering (EFB)
- innføring av nytt lønns- og personalsystem (SAP)
- innføring av elektronisk reiseregninger (ESS)

Disse prosjektene har vært meget ressurskrevende i 2006.

2.8. Pasientskadenemndas nettsider

Pasientskadenemndas nettsider ble lansert medio mars 2004. Adressen er

www.pasientskadenemnda.no

På nettsidene er det informasjon om Pasientskadenemnda, regelverk, saksbehandling, eksempler fra nemndas praksis, statistikk og andre nyheter.



Pasientskadenemnda har lokaler i Møllergata 24, 6. etasje.

3. OM PASIENTSKADENEMNDA

3.1. Pasientskadenemndas sekretariat

Ved utgangen av 2006 var det ansatt 20 medarbeidere i PSN. En heltidsstilling som lønns- og fakturamedarbeider samt en deltidsstilling som rådgivende lege (20 %) var ubesatt. Disse stillingene er ikke inkludert i ovennevnte antall.

Sekretariatet besto av følgende:

- Saksbehandlerseksjon med 12 medarbeidere, herunder seksjonssjef og fagansvarlig
- Kontorseksjon med tre medarbeidere ekskl. ubesatt stilling som lønns- og fakturamedarbeider – for øvrig en innleid sekretær fra vikarbyrå i påvente av ansettelse av ny seniorsekretær
- Rettssaksseksjon med tre medarbeidere
- Legeseksjon med en rådgivende lege i 20 % stilling (allmenntmedisiner) – en ubesatt stilling som rådgivende lege innen ortopedi

I løpet av 2006 er det ansatt fire nye saksbehandlere, samt at det er ansatt tre vikarer som erstatter medarbeidere som er i permisjon.

Bakgrunnen for den bemanningsvekst som har funnet sted er at antall nye saker er sterkt økende, samt at PSN i tråd med pålegg fra departementet fører flere av rettssakene selv. Behovet for ytterligere ansettelser antas ikke å ville avta med det første, idet Norsk Pasientskadeerstatning (PSNs førsteinstans) fortsatt har vekst i antall meldte saker. PSNs økning i saksmengde har direkte sammenheng med den økning som til enhver tid finner sted i NPE. Økningen i saksmengde anslås til minimum 15 % i 2007.

3.2. Nemnda

Nemndas medlemmer ble oppnevnt i statsråd i januar 2003, og fungeringstiden er tre år. Våren 2006 fant det sted en ny oppnevning for en ny treårsperiode fra 1. juni 2006.

Nemnda består av fem faste medlemmer. Hvert av medlemmene har to personlige varaer. Nemnda settes i hvert møte med fem medlemmer, og de faste medlemmene og deres varaer - totalt 15 medlemmer - møter etter en sirkulasjonsordning. Det er mao. ikke tale

om separate nemnder, slik tilfellet f.eks. er i Danmark. I praksis er de faste medlemmene og varamedlemmene likestilte, med unntak av hovedledervervet.

Leder av nemnda skal ha juridisk embetseksamen. To av medlemmene skal ha medisinsk sakkyndig bakgrunn, og ett av medlemmene skal være brukerrepresentant oppnevnt etter forslag fra Norsk Pasientforening, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon og Forbrukerrådet. Det er ikke stillet spesielle krav til nestleder, men i praksis er dette alltid en jurist.

Nemndas sammensetning:

Faste

medlemmer:

Leder: Sorenskriver Gunnar Hanssen (Tingretten i Hadeland og Land)

Nestleder: Tingrettsdommer Tine Kari Nordengen (Oslo tingrett)

Fagsjef Anne Elisabeth Eriksrud (Norges Astma- og allergiforbund)

Overlege Johan Arnt Steier (spesialist i kvinnesykdommer og fødselsmedisin, Haukeland sykehus)

Overlege Ingrid Spurkland (psykiater, Sogn Senter for Barne- og ungdomspsykiatri)

Vara I:

Leder: Tingrettsdommer Torjus Gard (Oslo tingrett)

Nestleder: Professor Aslak Syse (Universitetet i Oslo, institutt for offentlig rett)

Pasientombud Atle Larsen (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke) – *Erstattet Even Hagelien (LHL) fra 15.01.07*

Overlege Lill Karin Mensen (spesialist i indremedisin og geriatri, Diakonhjemmet sykehus)

Lege Margrethe Hansen (Borg legekontor, Sarpsborg)

Vara II:

Leder: Lagdommer Sissel Endresen (Frostating lagmannsrett)

Nestleder: Sorenskriver Gunnar Lind (Salten tingrett)

Underdirektør Terje Kili (Forbrukerrådet Telemark)

Overlege Espen Mørk (spesialist i generell og ortopedisk kirurgi)

Seksjonsoverlege Eli-Anne Torp (spesialist i nevrologi, Sykehuset Innlandet, Elverum)



Atle Larsen, Aslak Syse, Gunnar Hanssen, Margrethe Hansen og Johan Arnt Steier.

3.3. Forholdet mellom sekretariatet og nemnda

Sekretariatet berammer nemndsmøter og sørger for at et tilstrekkelig antall saker blir forberedt og fremlagt for nemnda til hvert møte.

Saksbehandlerne skriver innstillinger i hver enkelt klagesak, med forslag til begrunnelse. Innstillingene og underliggende saksdokumenter oversendes nemnda ca. tre uker før aktuelle nemndsmøte. Nemndas medlemmer benytter tiden frem til nemndsmøtet til å forberede sakene. Saksbehandlerne fremlegger selv egne saker muntlig for nemnda, hvoretter nemndas medlemmer diskuterer seg frem til en løsning. I all hovedsak er vedtakene som treffes av nemnda enstemmige, men det hender fra tid til annen at det kan oppstå dissens. I perioden 2003 – 2006 har dette skjedd syv ganger. I saker hvor uenigheten er stor, vil disse imidlertid i all hovedsak bli utsatt med tanke på ytterligere utredning, og ikke ende med dissens.

Saksbehandler foretar selv de endringer nemnda måtte ønske, og de foreløpige vedtakene sendes etter møtet ut på høring til medlemmene. Ca. 3 - 4 uker etter aktuelle nemndsmøte vil vedtakene normalt foreligge i undertegnet form og være klar til utsendelse til sakens parter.



Gunnar Hanssen, nemndas leder

4. GENERELT OM PASIENTSKADELOVEN M.V.

Pasientskadeloven gjelder skader som er voldt i offentlig helsevesen etter 01.01.03. De prosessuelle reglene, dvs. saksbehandlingsreglene, gjelder imidlertid også for skader som er voldt før dette tidspunkt.

I praksis innebærer dette at nær sagt alle skader som må anses voldt før 01.01.03, skal avgjøres etter de materielle reglene i det midlertidige regelverket, mens skader voldt etter dette tidspunkt skal avgjøres etter pasientskadelovens materielle regler. Dette forutsetter at skaden er voldt på en behandlingsinstitusjon som omfattes av hhv. de midlertidige reglene og/eller pasientskadeloven.

Betydningen av at pasientskadelovens prosessuelle regler gjelder også for meldte saker før 01.01.03, gjør seg i første rekke gjeldende i forhold til reglene om dekning av utgifter til juridisk bistand, søksmålsfristen m.v.

Etter planen skal ordningen med pasientskadeerstatning utvides til også å gjelde privat helsesektor fra 1. januar 2008. Dermed vil pasienter få like rettigheter enten de har vært behandlet i offentlig eller privat helsevesen.



5. SAKSUTVIKLING

5.1. Mottatte saker samt restanser

PSN hadde den 01.01.06 502 saker under behandling. Den 31.12.06 utgjorde antall ubehandlede saker 859, hvilket representerer en økning på 71 % løpende saker det siste året.

I løpet av 2006 har PSN mottatt 1120 nye saker, hvorav 1073 ordinære klagesaker og 47 begjæringer om gjenopptak. Dette representerer en økning på 21 % sammenlignet med 2005.

	2003	2004	2005	2006
Klagesaker	609	660	867	1073
Gjenopptak	65	64 (24)*	60 (12)*	47 (11)*
Totalt	674	724	927	1120
Økning - klagesaker		7,00 %	28 %	21 %
Stevninger		85	96	82
Økning/nedgang stevninger			13 %	-15 %

Tabell 1. Tabellen viser antall mottatte saker i årene 2003 – 2006. Tallene som fremkommer i kolonnen "klagesaker" gjelder ordinære klagesaker. Kolonnen "gjenopptak" gjelder det samlede antall gjenopptaksbegjæringer, og inkluderer gjenopptak av saker som er behandlet av nemnda både før og etter 01.01.03.

* Tall i parentes gjelder gjenopptak av saker som er realitetsbehandlet av nemnda før 01.01.03, og som har fått nytt saksnummer i PSN. Summen av klagesakene samt tallene i parentes (gjenopptak) gir antall saker som er registrert med 2006-snr.. F.eks. innkom det 1084 nye saker i 2006 (ordinære klagesaker 1073 + nye gjenopptakssaker 11 = 1084), jf. tabell 3. I tillegg innkom det gjenopptaksbegjæringer i saker nemnda har behandlet etter 01.01.03 (differansen mellom totalt antall gjenopptakssaker og helt nye gjenopptakssaker (totalt 47 minus 11 nye saker = 36 saker)), slik at det totale antall saker som er registrert i 2006 er 1120 saker.

Tabell 2 viser antall løpende saker fordelt på årene disse innkom. I kolonnen 01.01.07 kan man se hvor mange saker pr. 01.01.07 som gjensto ubehandlet. Tabellen viser for øvrig at det pr. 01.01.07 ikke forelå eldre ubehandlede saker innkommet før 01.01.04. 93 % av sakene som var under behandling den 01.01.07, innkom i løpet av 2006. Videre kan man ved å sammenligne tallene i tabell 1 og 2 se at 28 % av samtlige saker innkommet i 2006 var ferdigbehandlet pr. 01.01.07, jf. forklaring under tabell 2.

År	01.01.03	01.01.04	01.01.05	01.01.06	01.01.07
1994	1	0	0	0	0
1998	1	0	0	0	0
2000	1	0	0	0	0
2001	21	3	0	0	0
2002	262	31	4	0	0
2003		285	15	2	0
2004			302	11	2
2005				489	51
2006					806
Totalt	286	319	321	502	859

Tabell 2. Denne tabellen viser bl.a. at antall løpende 2006-saker pr. 01.01.07 utgjorde 806. Totalt innkom det i 2006 1120 saker, jf. tabell 1. Dette tilsier at 28 % av alle saker som innkom i løpet av 2006 var ferdigbehandlet ved utgangen av året. Samtidig gjensto ca. 6 % av sakene som innkom i 2005 ubehandlet (dvs. 51 av opprinnelig 927 saker).

5.2. Antall saker mottatt pr. fylke

Tabell 3 viser antall saker mottatt pr. fylke i perioden 2003 – 2006.

Sted	Antall saker			
	2003	2004	2005	2006
Østfold	41	34	57	62
Akershus	45	44	54	61
Oslo	104	117	166	203
Hedmark	34	39	50	55
Oppland	3	6	5	9
Buskerud	35	28	36	42
Vestfold	31	25	27	58
Telemark	16	35	27	34
Aust-Agder	2	0	19	21
Vest-Agder	32	37	40	42
Rogaland	60	58	76	81
Hordaland	64	61	58	85
Sogn og Fjordane	16	17	35	24
Møre og Romsdal	36	37	47	50
Sør-Trøndelag	46	51	47	65
Nord-Trøndelag	15	17	14	28
Nordland	35	24	44	53
Troms	41	36	51	73
Finnmark	16	18	19	32
Utland	1	0	3	1
Ukjent	1	0	4	5
	674	684	879	1084

Tabell 3.

Tabell 3 viser at det er geografiske forskjeller hva gjelder antall saker som er klaget inn for Pasientskadenemnda for de ulike fylker i landet. Dette henger i det alt vesentlige sammen med folketallet i de ulike fylkene.

Et lite mindretall av sakene gjelder behandling i utlandet.

5.3. Kjønnsfordeling pr. fylke

Tabell 4 viser forholdet mellom kvinner og menn som har påklaget saken sin videre til Pasientskadenemnda i perioden 2003 - 2006. Forholdet mellom kvinner og menn har holdt seg stabilt.

Sted	Antall saker							
	2003		2004		2005		2006	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Østfold	16	25	15	19	19	38	29	33
Akershus	17	28	22	22	23	31	28	33
Oslo	51	53	55	62	77	89	109	94
Hedmark	16	18	18	21	22	28	18	37
Oppland	2	1	2	4	3	2	4	5
Buskerud	16	19	12	16	13	23	19	23
Vestfold	17	14	9	16	11	16	20	38
Telemark	6	10	19	16	12	15	8	26
Aust-Agd.	1	1	0	0	8	11	8	13
Vest-Agd.	14	18	16	21	18	22	18	24
Rogaland	20	40	25	33	34	42	39	42
Hordaland	30	34	23	38	31	27	45	40
Sogn og Fj.	9	7	9	8	17	18	11	13
Møre og R.	11	25	17	20	18	29	19	31
Sør-Tr.lag	23	23	27	24	16	31	32	33
Nord-tr.lag	6	9	12	5	9	5	10	18
Nordland	13	22	12	12	16	28	16	37
Troms	23	18	18	18	17	34	37	36
Finnmark	8	8	6	12	11	8	17	15
Utland	1	0	0	0	1	2	0	1
Ukjent	0	1	0	0	1	3	1	4
SUM	300 (45 %)	374 (55 %)	317 (46 %)	367 (54 %)	377 (43 %)	502 (57 %)	488 (45 %)	596 (55 %)

Tabell 4

5.4. Antall saker for somatiske sykehus, psykiatriske sykehus, kommunehelsetjeneste og annet mottatt pr. fylke

Av tabell 5 fremgår fordeling av saker innkommet i perioden 2003 til 2006, fordelt på somatiske sykehus, psykiatriske sykehus, kommunehelsetjenesten og annet.

Som i foregående år utgjør hovedtyngden av saker behandling ved somatiske sykehus. Det ses imidlertid en økende tendens til meldte saker hva gjelder kommunehelsetjenesten.

Type behandlingssted	2003	2004	2005	2006
Somatisk sykehus	87,7 %	85,8 %	84,3 %	80,7 %
Psykiatrisk sykehus	1,8 %	1,2 %	3,0 %	4,4 %
Kommunehelsetjeneste	10,5 %	6,5 %	8,6 %	10,9 %
Annet		6,5 %	4,1 %	4,0 %

Tabell 5.

5.5. Antall saker mottatt pr. helseregion

Norge er som en følge av sykehusreformen inndelt i 5 helseregioner. Helseregionene innbefatter følgende områder:

Helseregion Nord: Alle sykehus i Nordland, Troms, Finnmark og Longyearbyen.

Helseregion Midt-Norge: Alle sykehus i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag

Helseregion Vest: Alle sykehus i Rogaland, Hordaland og Sogn- og Fjordane.

Helseregion Sør: Alle sykehus i Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder samt de statlige sykehusene (Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF).

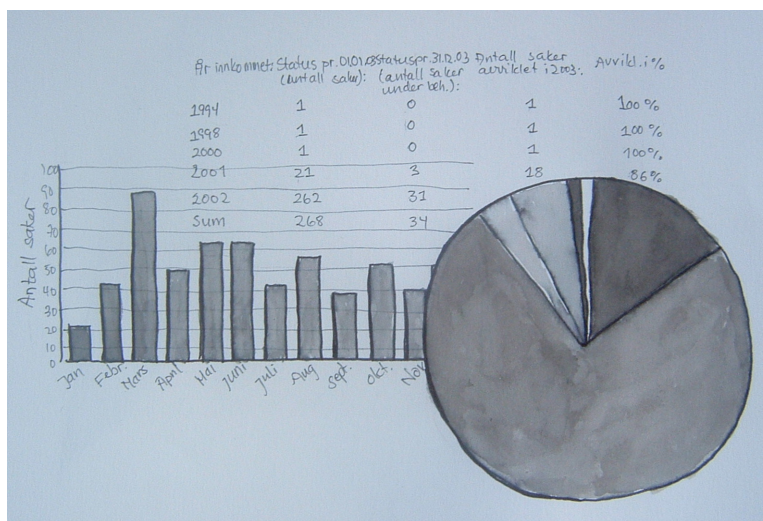
Helseregion Øst: Alle sykehus i Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark og Oppland.

Tabell 6 viser antall saker mottatt pr. helseregion i perioden 2003 - 2006. Både somatiske og psykiatriske sykehus er inkludert. Verken kommunelegetjenesten, kommunehelsetjenesten eller andre institusjoner er inkludert.

Regionale helseforetak	2003	2004	2005	2006
Helse Nord	79 (13,3 %)	60 (10,2 %)	99 (13,6 %)	140 (14,2 %)
Helse Midt-Norge	90 (15,1 %)	94 (16,0 %)	78 (10,7 %)	111 (11,3 %)
Helse Vest	123 (20,6 %)	122 (20,8 %)	146 (19,9 %)	173 (17,6 %)
Helse Sør	134 (22,5 %)	143 (24,4 %)	188 (25,6 %)	275 (27,9 %)
Helse Øst	170 (28,5 %)	168 (28,6 %)	228 (30,2 %)	285 (29,0 %)
Sum	596	587	739	984

Tabell 6.

Tabellen viser at den prosentvise fordelingen av saker pr. helseforetak ikke har endret seg særlig i perioden 2003 - 2006.



6. SAKER AVVIKLET AV NEMNDA

6.1. Innledning

De fleste saker som kommer til Pasientskadenemnda, fremlegges for nemnda. Et mindre antall saker behandles imidlertid av sekretariatet etter delegasjon fra nemnda (etter den såkalte delegasjonsfullmakten). Under dette kapitlet omhandles kun saker som har vært fremlagt for nemnda.

I all hovedsak dreier sakene seg om enten ansvarsgrunnlaget eller erstatningsutmålingen. Ved vurderingen av ansvarsgrunnlaget tas det stilling til om pasienten har krav på erstatning eller ikke. Kun dersom ansvarsgrunnlag foreligger, er det aktuelt å gå videre med erstatningsutmåling.

6.2. Utfallet i sakene m.v.

Totalt ble det avviklet 25 nemndsmøter i 2006. Et nemndsmøte strekker seg over to dager, og varer i om lag 12 – 13 timer. Maksimalt får nemnda seg forelagt 32 saker til hvert nemndsmøte. Totalt ble 781 saker forelagt nemnda i løpet av 2006.

67 (8,6 %) av sakene som ble fremlagt for nemnda endte med utsettelse fordi nemnda ønsket ytterligere utredning av disse sakene. Slik utredning kan f.eks. være innhenting av sakkyndig(e) vurdering(er), foreleggelse av saken for PSNs rådgivende lege(r), innhenting av oppdaterte journaler, røntgenbilder o.l. Totalt behandlet nemnda 714 saker i 2006, dvs. 51 flere saker enn i 2005.

	Antall møter	Saker fremlagt for nemnda	Utsatte saker	Nemndsbehandling
2003	20	639	57 (8,9 %)	582
2004	23	734	72 (9,8 %)	662
2005	23	735	68 (9,3 %)	663 (*)
2006	25	781	67 (8,6 %)	714

Tabell 7. Viser utviklingen 2003 – 2006. (*) Totalt ble 667 saker avsluttet i 2005, se tabell 8.

Tabell 8 viser resultatene i de nemndsbehandlede sakene.

Avgjørelse	2003	2004	2005	2006
Medhold ansvarsgrunnlaget	68	66	58	56
Avslag ansvarsgrunnlaget	454	503	474	550
Erstatning justert	23	26	54	30
Erstatning ikke justert	27	51	63	68
Medhold juridisk bistand (*)	1	0	2	2
Avslag juridisk bistand (*)	2	2	3	4
Begjæring gjenopptak tatt til følge	3	4	1	1
Begjæring gj.oppt. ikke tatt til følge	4	10	8	2
Tilbakevist NPE	0	0	4	0
Ikke oppreisning - klagefrist	0	0	0	1
Sum avsluttede saker	582	662	667	714

Tabell 8. Tabellen viser resultatene i de nemndsbehandlede sakene. (*) Spørsmålet om juridisk bistand berøres i et langt større antall saker enn hva denne oversikten kan gi inntrykk av. I den grad spørsmålet om dekning av juridisk bistand behandles i andre typer saker, fremgår ikke dette eksplisitt av denne oversikten.

Medholdsprosenten i de nemndsbehandlede sakene utgjorde 12,5 % i 2006. Dette tilsier en nokså markant nedgang sammenlignet med 2005 (17,2 %), uten at det er holdepunkter for

at nemndas praksis kan sies å være endret. Mest sannsynlig skyldes nedgangen tilfeldige svingninger over tid, dvs. at det nå meldes flere saker hvor det ikke er grunnlag for erstatningsansvar enn tidligere. NPE hadde en tilsvarende nedgang i sin medholdsprosent fra 37,4 % i 2004 til 33,8 % i 2005, og tilsvarende 33,1 % i 2006.

6.3. Erstatningsutmålingssakene

Den samlede medholdsprosenten i de nemndsbehandlede sakene har variert en del i perioden 2003 – 2006. Denne utgjorde i 2003 16,3 %, 14,6 % i 2004, 17,2 % i 2005 og 12,5 % i 2006.

Antall nemndsbehandlede erstatningsutmålinger har steget i perioden 2003 – 2005, mens det har vært noe nedgang fra 2005 til 2006.

	Antall behandlede saker	Erstatning justert	Erstatning ikke justert	Gjennomsnittlig økning i erstatning
2003	50	23 (46,0 %)	27 (54,0 %)	19,0 %
2004	77	26 (33,8 %)	51 (66,2 %)	11,5 %
2005	123	54 (43,9 %)	69 (56,1 %)	20,8 %
2006	98	30 (30,6 %)	68 (69,4 %)	16,0 %

Tabell 9. Tabellen viser utviklingen i perioden 2003 – 2006. I noen tilfeller er erstatningen oppjustert helt marginalt, mens det i andre saker har vært foretatt nokså betydelige oppjusteringer. Antall saker hvor erstatningen har blitt oppjustert av nemnda må derfor ses i sammenheng med gjennomsnittlig økning i erstatningsnivået sammenlignet med erstatningen som er tilkjent av NPE.

Tabell 9 viser at både medholdsprosent og gjennomsnittlig oppjustering av erstatningsnivået har variert noe i perioden 2003 – 2005.

6.4. Pasientenes bistand fra advokater og pasientombud (inkl. saker med bistand fra Norsk Pasientforening) i de nemndsbehandlede sakene

Antall pasienter som har vært bistått med advokat økte jevnt i perioden 2003 – 2005, men har vist en avtagende tendens i 2006. Det må imidlertid presiseres at statistikken nedenfor kun gjelder ferdigbehandlede saker. Noe av forklaringen bak nedgangen kan være at antall behandlede erstatningsutmålingssaker i 2006 var noe lavere enn foregående år. Dette kan også forklare noe av nedgangen hva gjelder medholdsprosent. For øvrig antas det at advokater siler bort en del saker hvor det fremstår som opplagt at klage ikke vil føre frem.

Det ses for øvrig en liten økning i antall saker hvor pasienter har søkt bistand fra landets pasientombud. Pasienter er kun unntaksvis representert ved pasientombud i erstatningsutmålingssakene, slik at tendensen som ses kan tenkes å ha sammenheng med tilsvarende forhold som nevnt ovenfor. Uansett er tallmaterialet så vidt beskjedent at det skal svært lite til før endringer gjør relativt store utslag i det statistiske materialet.

	Advokatbistand	Medhold	Pasientombud o.l	Medhold
2003	28,0 %	21,1 %	13,0 %	21,3 %
2004	39,0 %	19,8 %	10,6 %	16,7 %
2005	44,0 %	24,9 %	7,8 %	18,2 %
2006	39,0 %	19,0 %	11,3 %	11,1 %

Tabell 10. Tabellen viser at medholdsprosenten i saker hvor pasientene har vært representert ved advokat, er noe høyere enn den gjennomsnittlige medholdsprosenten, mens medholdsprosenten i saker hvor pasientombudene er inne i bildet er mer i samsvar med gjennomsnittet.

7. SAKER AVVIKLET AV SEKRETARIATET ETTER DELEGASJONSFULLMAKTEN

Nemnda delegerte den 4. mars 2003 deler av sin vedtaksmyndighet til sitt sekretariat med hjemmel i pasientskadeloven § 17 fjerde ledd.

Sekretariatet har på bakgrunn av delegasjonsfullmakten nemnda har vedtatt ikke myndighet til å avgjøre saker av prinsipiell karakter eller saker som er forbundet med mye tvil. Slike saker skal fremlegges for nemnda til avgjørelse. I praksis har sekretariatet anvendt delegasjonsfullmakten etter et forsiktighetsprinsipp. Det er imidlertid et problem at antall ubehandlede saker øker betydelig, og at det vil komme til å bli nødvendig med utvidelse av delegasjonsfullmakten for at sekretariatet skal bli i stand til å få avviklet flere saker. Økningen i antall ubehandlede saker påvirker naturlig nok saksbehandlingstiden.

Totalt ble 63 saker behandlet etter delegasjonsfullmakten i 2006, og det ble fattet vedtak/beslutninger i 51 av sakene. 7 saker ble returnert til NPE for ytterligere utredning, og 5 saker ble henlagt etter ønske fra pasientene. Av tabell 11 fremgår antall saker samt utfallet i disse.

I følgende saker har sekretariatet myndighet til å fatte vedtak på vegne av nemnda:

1. Saker hvor det er fremsatt krav om dekning av utgifter til advokat, og hvor det anses klart at vilkårene for slik dekning er til stede iht. pasientskadeloven § 11. Tilsvarende gjelder i tilfeller hvor det er klart at et slikt krav ikke kan føre frem.
2. Saker hvor det er fremsatt krav om dekning av utgifter til sakkyndig(e) erklæring(er) som er innhentet på initiativ fra pasienten/advokaten, og hvor vilkårene for dette klart er til stede/ikke til stede.
3. Saker hvor en tidligere nemndbehandlet sak er begjært gjenopptatt, og hvor vilkårene for gjenopptak ikke er tilstede idet det ikke er fremkommet nye opplysninger som tilsier at nemndas opprinnelige vedtak er uriktig/ugyldig.
4. Saker hvor det er klart at vilkårene for omgjøring er til stede.
5. Saker hvor klagefristen er oversittet og hvor det er bedt om oppreisning for fristoversittelsen iht. forvaltningsloven § 34, jf. § 31.
6. Saker som gjelder klage på akontovedtak fra Norsk Pasientskadeerstatnings side.
7. Saker som gjelder klage over deler av erstatningsutmålingen fra Norsk Pasientskadeerstatnings side, og hvor klagen klart ikke vil føre frem eller hvor det kan være aktuelt med en mindre korrigering av erstatningsnivået.

Avgjørelser etter delegasjon	2003	2004	2005	2006
Begjæring gjenopptak ikke tatt til følge	34	41	39	31
Medhold juridisk bistand (*)	2	1	12	6
Avslag juridisk bistand (*)	4	4	17	8
Oppr. for oversittelse av klagefrist innvilg. (**)	3	1	5	1
Oppr. for oversitt. av klagefrist avvist (**)				4
Erstatning ikke justert		1	6	1
Henlagt		7	5	5
Tilbakevist NPE	14	8	10	7
Sum avsluttede saker	57	63	94	63

Tabell 11. Delegasjonsfullmakten pkt. 4 har så langt ikke vært benyttet.

(*) På samme måte som nevnt i tilknytning til tabell 8 vedr. nemndsbehandlede saker, gir heller ikke denne oversikten et fullstendig inntrykk hva gjelder spørsmålet om dekning av utgifter til juridisk bistand. Spørsmålet dukker opp i mange saker. Her er kun tatt med saker hvor spørsmålet om dekning av advokatbistand er den eneste problemstillingen i saken.

(**) Spørsmål om oppreisning for oversittet klagefrist gjør seg gjeldene i langt flere saker enn hva denne statistikken gir inntrykk av. Det skal ikke svært mye til før oppreisning gis. I denne statistikken er kun de saker hvor spørsmålet om oppreisning for fristoversittelse er den eneste problemstillingen i saken.

8. SAMLET STATISTIKK FOR PASIENTSKADENEMNDA

8.1. Samlet avvikling i nemnda og etter delegasjonsfullmakten

I løpet av 2006 avsluttet nemnda og dets sekretariat 777 saker. 714 saker ble behandlet av nemnda, mens 51 saker ble behandlet etter delegasjonsfullmakten av sekretariatet. 7 saker ble tilbakevist til Norsk Pasientskadeerstatning og 5 saker ble henlagt.

Totalt førte 96 saker, herunder begjæringer om gjenopptak, helt eller delvis frem etter at de var brakt inn til behandling i Pasientskadenemnda. Dette tilsvarer en medholdsprosent på 12,5 % i samtlige saker. Verken henlagte saker eller saker tilbakevist til Norsk Pasientskadeerstatning er tatt med i denne beregningen.

	2003	2004	2005	2006	Totalt
Nemndsvedtak	582	662	663	714	2621
Delegasjon	43	48	79	51	221
Medhold nemnda + delegasjon	100	97	127	96	420
Medhold %	16,0 %	13,7 %	17,1 %	12,5 %	14,8 %

Tabell 12. Viser samlet statistikk. Samlet har 14,8 % av alle saker behandlet i perioden 2003 – 2006 ført helt eller delvis frem etter behandling i Pasientskadenemnda.

Som foregående år er det ikke grunn til å anta at variasjoner i medholdsprosenten i årene 2003 – 2006 er et uttrykk for at nemndas praksis har variert.

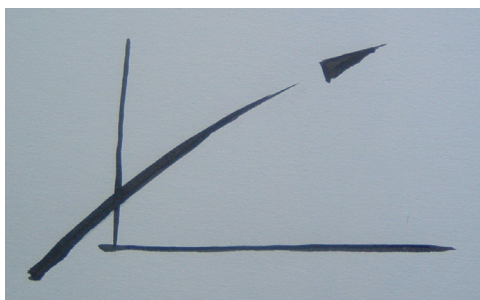
8.2. Vedr. avvikling av eldre saker

Den 01.01.07 hadde Pasientskadenemnda 859 saker under behandling, hvilket innebærer en økning på 71 % sammenlignet med 01.01.06. Dette er som tidligere nevnt bekymringsfullt.

Det er fremdeles slik at PSN har et sterkt fokus på saksbehandlingstiden og avvikling av eldre saker.

I henhold til virksomhetsplanen for 2006 skulle samtlige saker innkommet før 01.01.05 være ferdigbehandlet innen utgangen av 2006. 90 % av alle saker innkommet i løpet av 2005 og før 01.01.06 skulle videre være ferdigbehandlet innen utgangen av 2006.

Tabellen nedenfor viser hvor mange saker Pasientskadenemnda hadde under behandling i januar 2003 og hvor mange av sakene som ble avviklet i løpet av 2003. Tilsvarende gjelder for påfølgende år.

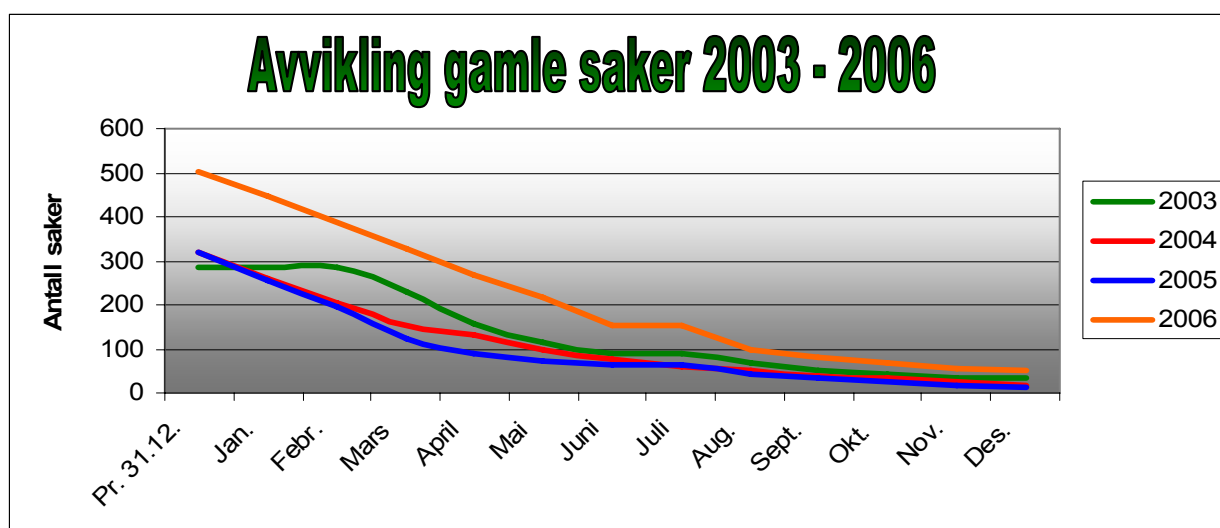


År	Nye saker	Jan. 2003	Jan. 2004	Jan. 2005	Jan. 2006	Jan. 2007
1994		1				
1998		1				
2000		1				
2001		21	3 (14 %)			
2002		262	31 (12 %)	4 (2 %)		
2003	667		285 (43 %)	15 (2 %)	2 (0 %)	
2004	724			302 (42 %)	11 (2 %)	2 (0 %)
2005	927				489 (53 %)	51 (6 %)
2006	1120					806 (72 %)
Sum saker	3438	286	319	321	502	859

Tabell 13. Det gjøres oppmerksom på at det er tatt utgangspunkt i det år da sakene ble påklaget, evt. begjært gjenopptatt, til nemnda. Forutgående behandling i NPE er således ikke hensyntatt. Kolonnen "nye saker" viser hvor mange saker PSN mottok i aktuelle år (inkl. gjenopptaksbegjæringer av tidligere nemndsbehandlede saker). Kolonnen "jan. 2003" refererer til antall saker som PSN hadde under behandling i januar 2003, fordelt på årene disse innkom. Kolonnen "sum saker" viser hvor mange saker PSN hadde under behandling i januar år for år.

Tabellen viser at det gjensto 2 saker for at virksomhetsplanens mål hva gjelder saker innkommet før 01.01.05 skulle blitt oppfylt. Når det gjelder saker innkommet i løpet av 2005, ble oppsatt mål oppnådd med god margin, idet 94 % av disse sakene var avviklet. 314 (28 %) av de totalt 1120 sakene som innkom i løpet av 2006 avviklet i løpet av 2006.

Figur 2 viser antall saker ved årets start og hvordan avviklingen har vært i løpet av aktuelle år. For enkelthets skyld er saker innkommet foregående år og tidligere år slått sammen. Figuren viser med all tydelighet at brorparten av sakene avvikles i løpet første halvår, mens avviklingen avtar noe i siste halvår. Det forhold at saksbehandlingstiden er noe lenger i et fåtall av saker, har gjerne sammenheng med at sakene har vært fremlagt for nemnda, men har blitt utsatt fordi nemnda har ønsket å få disse utredet ytterligere, f.eks. med sakkyndige vurderinger. I noen tilfeller er det dessuten problematisk å få tak i sakkyndige som er villige til å påta seg sakkyndighetsoppdrag, samt at det fra tid til annen er et problem at sakkyndige bruker lang tid. Dette medfører dessverre at saksbehandlingstiden i enkelte saker kan bli lenger enn ønskelig, noe som kommer i tillegg til den generelle økningen i saksbehandlingstiden.



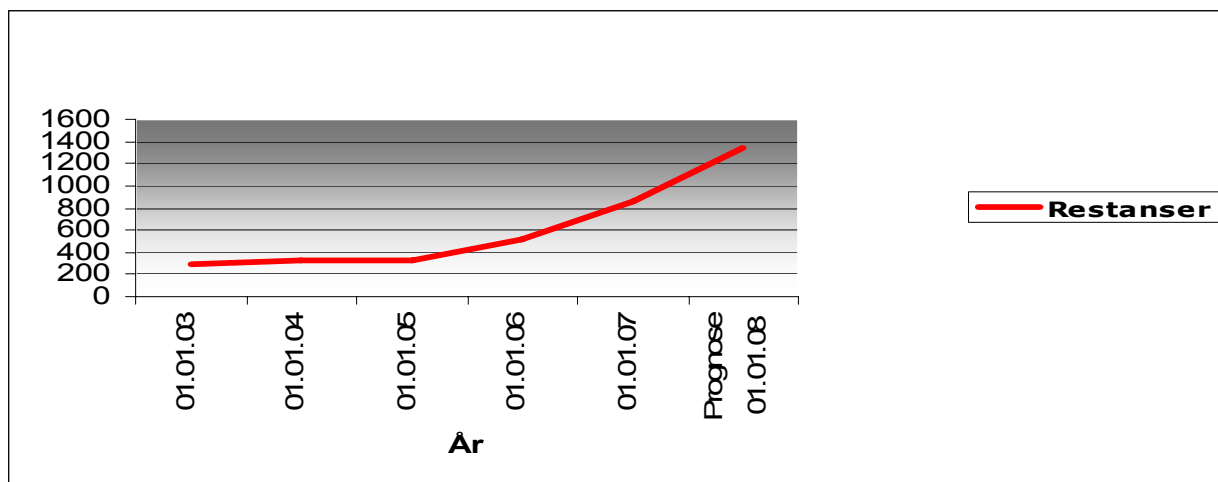
Figur 2.

8.3. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid

Saksbehandlingstiden kan variere til dels betydelig fra sak til sak, alt avhengig av sakens kompleksitet og vanskelighetsgrad for øvrig. Forhold som påvirker saksbehandlingstiden er særlig innhenting av sakkyndige vurderinger. PSNs målsetning for 2006 har vært at gjennomsnittlig saksbehandlingstid ikke skulle overstige 7 - 8 måneder.

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid har i 2006 imidlertid vært 8 - 10 måneder, og den øker stadig. Bakgrunnen er at veksten i antall nye saker bare fortsetter, uten at PSN så langt har hatt tilstrekkelige virkemidler for å få iverksatt tiltak for å få fart på avviklingen. PSN er imidlertid i disse dager i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet med tanke på å få oppnevnt flere nemndsmedlemmer samt med tanke på utvidelse av delegasjonsfullmakten. Formålet er bl.a. flere saker skal kunne avvikles etter en mer forenklet vedtaksmodell, for på denne måten å unngå at restansene bare øker.

Figur 3 illustrerer økning i antall saker under behandling fra januar 2006 til januar 2007. I tillegg er antatt prognose pr. januar 2008 tatt med, og denne viser antatt utvikling uten iverksetting av tiltak med tanke på å redusere saksbehandlingstiden.



Figur 3. Ved vurderingen av prognosen pr. 01.01.08 er det forutsatt en økning på 15 % i antall nye saker i løpet av 2007. Uten iverksettelse av tiltak, må det forventes at antall ubehandlede saker pr. 01.01.08 vil utgjøre om lag 1300 saker, dvs. ca. 450 flere saker enn pr. 01.01.07.

9. RETTSSAKENE

9.1. Organiseringen av rettssakene

Fra 01.01.04 er PSN rett saksøkt etter pasientskadeloven. Forut for dette var rett saksøkt Norsk Pasientskadeerstatning.

Med virkning fra 01.01.05 inngikk PSN etter en offentlig anbudskonkurranse avtale med Advokatfirmaet Riisa & Co. om å føre saker etter behov. Riisa & Co. har i denne perioden ført et betydelig antall saker for PSN.

Høsten 2006 ble det opprettet en egen rettsaksseksjon i sekretariatet, og denne består av tre advokater som arbeider på fulltid med rettssaker. Foranledning var pålegg fra departementet om at PSN måtte føre flere rettssaker selv, for på denne måten å redusere kostnadene som rettssakene er forbundet med. Et mindre antall rettssaker har vært håndtert av Norsk Pasientskadeerstatning.

De øvrige saksbehandlerne i PSN, som alle er jurister, har dessuten fått tilbud om å ha en mindre portefølje med rettssaker, primært med henblikk på å få advokatbevilling. Ved utgangen av 2006 hadde 10 medarbeidere i PSN advokatbevilling.



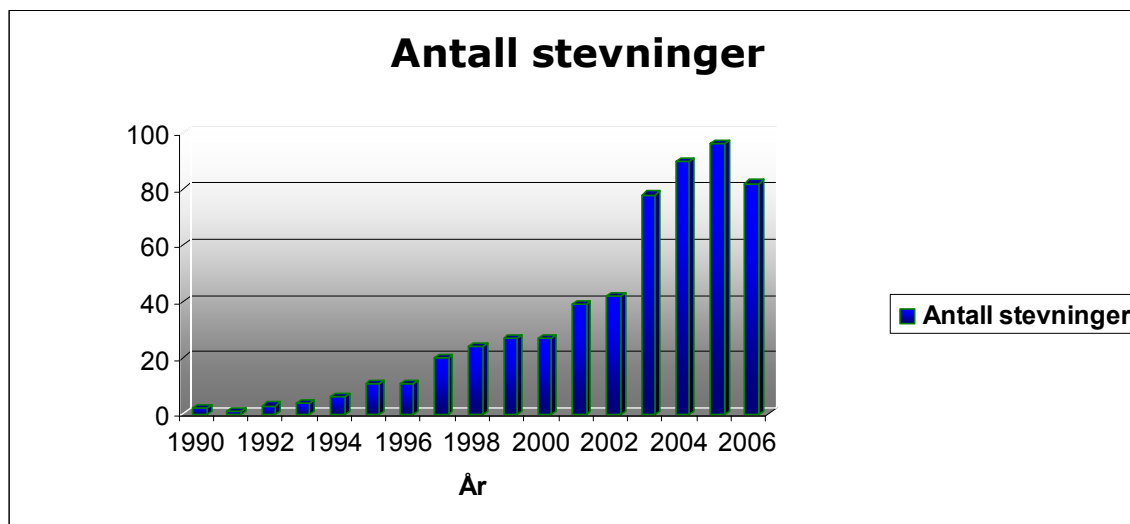
Felix Lous, seksjonssjef i rettsaksseksjonen

Der hvor saker føres av eksternt advokatfirma, stiller PSN normalt med partsrepresentant i hovedforhandlingene. Dette anses viktig av flere grunner. I første rekke anses det viktig at PSN følger rettssakene og kan bidra med innspill/synspunkter underveis i prosessene, blant annet for å kunne ta stilling til eventuelle forlikssituasjoner som måtte oppstå. Dernest anses det viktig at PSN skal kunne foreta en selvstendig vurdering av ankespørsmålet, basert på den faktiske utvikling underveis i rettssakene, herunder å vurdere nye omstendigheter og opplysninger. Videre er det av hensyn til opplæring viktig for saksbehandlerne å overvære hvordan vedtak fra nemnda overprøves av domstolene. Endelig er det en viktig signaleffekt at representanter fra PSN faktisk er til stede og møter pasientene når det kommer til hovedforhandling. I løpet av året har man imidlertid måttet erkjenne at det ut fra prioriteringshensyn ikke har vært mulig å stille med partsrepresentant i alle rettssaker.

Det er ventet at antall nye saker som overføres til Riisa & Co. vil avta i tiden fremover, jf. pkt 8.3 nedenfor. Fortsatt er det likevel et betydelig antall ankesaker som fullføres av advokatfirmaet.

9.2. Innkomne stevninger og gjennomførte rettssaker

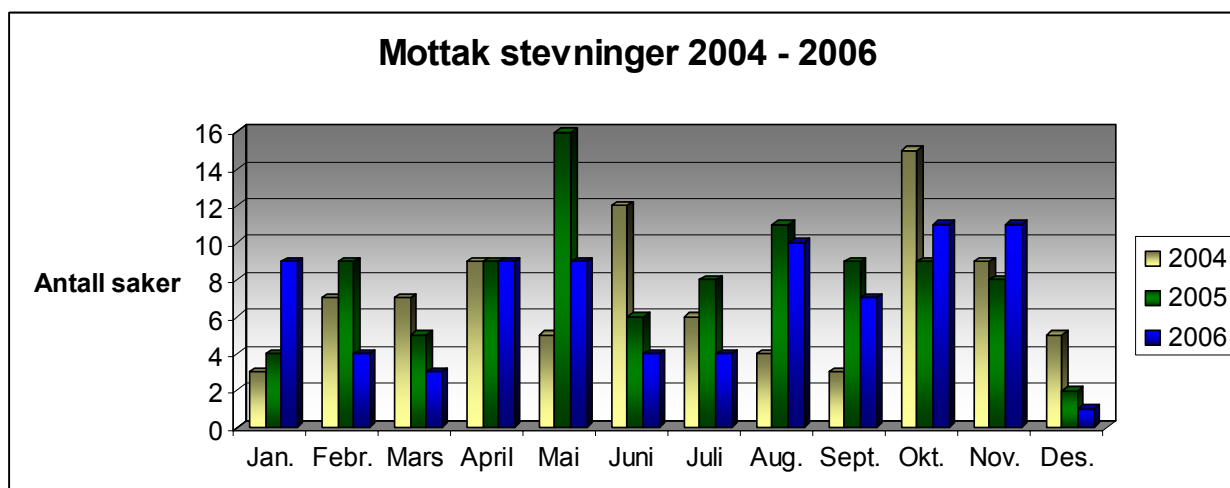
I 2006 mottok Pasientskadenemnda til sammen 82 nye stevninger. Dette innebærer for første gang en nedgang i forhold til tidligere år - både i forhold til 2005 (96 stevninger) og 2004 (85 stevninger). 2006 representerer således et brudd med tidligere års tendens, hvor man hvert år har hatt en relativt markert økning i antall stevninger. Det er for tidlig å si noe om årsaken til denne nedgangen/stagnasjonen, herunder om dette er uttrykk for en varig tendens eller bare er en tilfeldig variasjon.



Figur 4. Figuren viser utviklingen fra de første rettssakene mot NPE kom i 1990 og i tiden frem til 2006. Det fant sted en kraftig økning i antall rettssaker fra 2002 til 2003, dvs. i forbindelse med pasientskadelovens ikrafttreden. Noe i overkant av 10 % av de nemndsbehandlede sakene havner i rettsapparatet.

Det ble i 2006 gjennomført 68 hovedforhandlinger for domstolene. Av disse førte advokatfirmaet Riisa & Co. 41 saker, hvorav 29 for tingrett, 11 for lagmannsrett og 1 for Høyesterett. Samlet var det berammet 113 saker, noe som indikerer at et betydelig antall saker enten ble forlikt eller trukket etter at de var berammet, jf. nedenfor. Antall løpende saker for domstolene pr 31.12.06 utgjorde 114, hvorav drøyt halvparten var anlagt overfor Oslo tingrett. Dette innebærer at PSN er blant de største "sivilrettslige aktører" i Oslo tingrett.

Figur 5 viser fordelingen av innkomne stevninger i perioden 2004 – 2006:



Figur 5. Figuren viser at stevningene kommer i nokså ujevn takt i løpet av et år. Medio 2006 lå det an til en nokså betydelig nedgang i antall rettssaker, mens dette tok seg opp igjen resten av året.

9.3. Forholdet egne prosessfullmektiger/eksternt advokatfirma (Advokatfirmaet Riisa & Co.)

I tråd med forutsetningene for opprettelsen av en egen seksjon for rettssakene, har PSN i økende grad tatt stadig flere av rettssakene selv. Således ble bare 14 nye saker overlatt til Riisa & Co i 2006 (17 %), mot 43 i 2005 (45 %). Av de i alt 114 løpende rettssakene pr. 31.12.06, var 75 saker fordelt på egne prosessfullmektiger og 39 saker på Riisa & Co.

Utviklingen fremover vil bero både på hvor mange stevninger som kommer i løpet av 2007, samt sakstype.

På tross av at Advokatfirmaet Riisa & Co. har fått færre nye saker fra PSN i 2006, har antallet rettssaker gjennomført av firmaet i 2006 vært det høyeste noen sinne. Dette har sammenheng med at 2005 var et "toppår" mht. nye stevninger. Dette er saker som i det vesentlige ble berammet i 2006.

Slik det ligger an til i 2007 vil det i det vesentlige være i ankesakene at PSN representeres av Riisa & Co. PSN vil imidlertid understreke at samarbeidet med advokatfirmaet uansett representerer en viktig ressurs mht. kunnskap, kompetanse og kapasitet, også ut over den enkelte rettssak.

9.4. Resultater pr. 31.12.06

I perioden 2004 – 2006 har PSN mottatt til sammen 263 stevninger. Pr. 31.12.06 var 149 av disse sakene avsluttet, med en slik fordeling:

	Nye stevninger	Avsluttede rettssaker	Løpende rettssaker pr. 31.12.
2004	85	13	75 (*)
2005	96	56	112 (*)
2006	82	80	114 (*)
Sum	263	149	

Tabell 14. (*) Inkludert i disse tallene er påankede saker.

Tabell 15 viser resultatene i de avsluttede rettssakene.

	2004	2005	2006	Totalt
Rettskraftige dommer:	4	16	35	55
Frifinnelser	3	12	24	39
Tap	1	2	8	11
Delvis tap/frifinnelser		2	3	5
Forlik	1	18	17	36
Trukkede saker	8	22	28	58
Sum avsluttede saker	13	56	80	149

Tabell 15. Tabellen viser at det er avsagt 55 rettskraftige dommer i perioden 2004 – 2006. En håndfull dommer avsagt i desember 2006, og som ikke var rettskraftige pr. 31.12.06, er ikke tatt med i statistikken.

Dette innebærer at en vesentlig del av de avsluttede sakene - 39 % - trekkes før hovedforhandling og at en noe mindre andel - 24 % - forlikes. I 37 % av de totalt 149 avsluttede sakene foreligger det rettskraftig dom. Med utgangspunkt i at 50 saker i perioden 2004 – 2006 enten har endt med frifinnelse eller tap, utgjør frifinnelsene 78 % av sakene (dvs. 39 av 50 dommer).

Saker som forlikes beror normalt på at det foreligger nye medisinske opplysninger eller at de faktiske forhold for øvrig har endret seg siden nemndas vedtak. Tilsvarende trekkes mange saker etter at det foreligger erklæring fra rettsoppnevnt sakkyndig.

9.5. Særlig om ankesakene

I perioden 01.01.04 - 31.12.06 har det blitt avsagt til sammen 100 dommer med Pasientskadenemnda som saksøkt, hvorav 55 dommer var rettskraftige pr. 31.12.06. Disse 100 dommene fordelte seg på 89 tingrettsdommer, 10 lagmannsrettsdommer og 1 Høyesterettsdom. Så mange som 46 % - dvs. 41 av 89 - av tingrettsdommene ble påanket.

Ankene fordeler seg som følger:

Hvem anker?	Antall anker	%
Pasienter	23	56 %
PSN	18	44 %
Sum	41	100 %

Tabell 16. Tabellen viser at noe over halvparten av ankene er fremmet av pasienter.

Tre av ankene er trukket av pasienter før hovedforhandling i lagmannsrettene, mens PSN har erkjent ansvar i form av forlik i en sak. Hittil har 10 hovedforhandlinger blitt gjennomført i lagmannsrett. En av lagmannsrettsdommene ble anket videre til Høyesterett, og pr. 31.12.06 forelå det en Høyesterettsdom.

Resultatene fra lagmannsrettene og Høyesterett kan oppsummeres slik:

PSN frifunnet	6 (resultat tingrett: PSN frifunnet i 2 saker og idømt ansvar i 4 saker)
Pasienten vunnet	1 (resultat tingrett: PSN idømt ansvar)
Delvis vunnet/tapt	3 (resultat tingrett: PSN frifunnet i 1 sak, idømt ansvar i en sak, 1 sak delvis frifinnelse/delvis idømt ansvar)

Lagmannsrettene og Høyesteretts behandling i saker hvor PSN har anket, innebærer at PSN har fått fullt medhold i 4 av 6 ankesaker (67 %) og delvis medhold i 1 av 6 (16,5 %). I 1 sak (16,5 %) har anken ikke ført frem, se nedenfor under pkt 8.6.

Ankeinstansenes behandling innebærer videre at pasientene har fått delvis medhold i 1 av 4 anker (25 %). For øvrig har ankene fra pasientene ikke ført frem (75 %).

9.6. To Høyesterettsavgjørelser

Pasientskadenemnda har hatt sin første sak i Høyesterett i 2006; dom 13.10.06 (Rt 2006 s 1217). I tillegg har Høyesteretts kjæremålsutvalg i kjennelse 21.12.06 nektet å fremme en anke fra Pasientskadenemnda i en sak vedrørende erstatning for utgifter til pleie og omsorg.

9.6.1. Høyesteretts dom 13.10.06 (Rt. 2006 s. 1217)

Saken gjaldt erstatning etter de midlertidige reglene for pasientskadeerstatning § 3 bokstav a). Mann, født i 1942, var innlagt for hjerteundersøkelse (angiografi), hvor det tilkom en disseksjon av hovedpulsåren. Det ble utført en vellykket by-pass operasjon. Som følge av disseksjonen ble tilkobling til hjerte-/lungemaskin lagt i høyre arm istedenfor i hovedpulsåren, og han fikk i den forbindelse en nerveskade i høyre arm. Skaden ble ansett å utgjøre 30 % varig medisinsk invaliditet og medføre 100 % ervervsmessig uførhet. Både Nord-troms tingrett og Hålogaland lagmannsrett hadde idømt PSN erstatningsansvar etter reglens § 3 a).

Det var enighet om at skaden utgjorde en behandlingsskade etter reglens § 2 og at den medisinske behandlingen hadde vært adekvat, jf reglens § 3 d). Spørsmålet var således

om mannen hadde krav på erstatning etter unntaksbestemmelsen i reglens § 3 a). Etter bestemmelsen heter det at

erstatning ikke gis "når skaden er en følge av en risiko ved undersøkelse, diagnostikk eller behandling som er kjent og som ut fra den medisinske kunnskap på skadetidspunktet må aksepteres."

Høyesterett la til grunn at skadene – både disseksjonen og nerveskaden – er godt kjente komplikasjoner i forbindelse med angiografi og hjerteoperasjon. Førstvoterende uttalte at det *"ikke kan legges så stor vekt på sannsynligheten for at denne konkrete skaden og skadekombinasjonen er liten"*. Videre la Høyesterett til grunn at *"sammenholdt med den livsnødvendige hjerteoperasjon, er hans skade (...) utslag av en risiko som må aksepteres."*

Dommen er således i tråd med den tilsvarende regelen i *pasientskadeloven § 2 tredje ledd*, hvor det etter forarbeidene – Ot.prp. nr. 31 (1998-99) – ikke gis erstatning dersom behandlingen eller undersøkelsen har vært livsnødvendig: *"Er det nødvendig å utsette en pasient for fare for å redde livet, utløses imidlertid ikke erstatningsansvar om faren manifesterer seg. Skaden er i dette tilfellet en kalkulert risiko"* (s 91). Dommen er helt i samsvar med pasientskadenemndas praksis. Det er videre uttalt i dommen at avgjørelser fra Pasientskadenemnda må tillegges vekt *"i den utstrekning de kan tas som uttrykk for, eller ha gitt seg utslag i, en fast og konsistent praksis"*.

9.6.2. Kjæremålsutvalgets kjennelse 21.12.06

Saken gjaldt en gutt født i 1997 med fødselsskade/alvorlig hjerneskade, og som etter at PSN hadde stadfestet NPEs vedtak, hadde fått utmålt en erstatning på til sammen kr 7 416 800. Beløpet var utbetalt i 2003. I tillegg er det utbetalt kr 345 000 i ytterligere boligerstatning etter tingrettens dom. Erstatning for utgifter til pleie og omsorg utgjorde hhv. kr 600 000 (påførte) og kr 2 800 000 (fremtidige). Beløpene var neddiskontert fra årlige utgifter på hhv. kr 85 000 (påført) og kr 110 000 (fremtidige). Både tingretten og lagmannsretten kom til at de årlige beløpene skulle økes til hhv. 110 000 (påført) og kr 135 000 (fremtidig) – noe som samlet sett ga en tilleggserstatning på kr 920 000. I tillegg var det et prinsipielt spørsmål om flytting av skjæringstidspunktet for påført/fremtidig tap fra utbetaling/vedtaksdato til domstidspunktet.

PSN anket lagmannsrettens dom til Høyesterett og anførte blant annet at gutten ut fra de konkrete forhold gjennom nemndsvedtaket hadde fått en erstatning som i realiteten ligger i overkant sett i forhold til rettspraksis/nemndspraksis. Det ble gjort gjeldende at lagmannsrettens utmåling strider mot likhetsprinsipper ut fra de kriterier og nivåer som er fastlagt gjennom Pasientskadenemndas praksis, basert på føringer fra Høyesterett i tidligere saker.

Bakgrunnen for at PSN anket var blant annet at man opplever at underrettspraksis i disse sakene er sprikende og til dels synes å være basert på et vilkårlig rimelighetsskjønn, ofte med svært sparsomme begrunnelser. Videre var det av betydning å få en vurdering av lovgivers føringer om at Pasientskadenemndas praksis skal vektlegges som retningsgivende for domstolene, jf uttalelser i Ot.prp. nr. 31 (1998-99) s 85. Her omtales Pasientskadenemndas påvirkning av rettsutviklingen og det *"forutsettes at domstolene vil legge vekt på Pasientskadenemndas praksis."* Det var således av stor betydning å få Høyesteretts vurdering av erstatningsnivået i disse sakene, eventuelt å få signaler dersom man mente at nivået i Pasientskadenemnda var for lavt. Høyesterett har ikke hatt denne type erstatningsutmåling til behandling siden Bråtane-saken (Rt 2002 s 1436), og har således heller ikke tidligere prøvet Pasientskadenemndas praksis.

Høyesteretts kjæremålsutvalg nektet saken fremmet til Høyesterett, begrunnet i at *"verken avgjørelsens betydning utenfor den foreliggende sak eller av andre forhold gir grunn til at anken blir prøvd i Høyesterett"*, jf. tvml. § 373 tredje ledd nr 4.

Pasientskadenemnda tar til etterretning at kjæremålsutvalget med sin avgjørelse velger å avskjære Høyesteretts funksjon som retningsgivende for domstolene i disse sakene. Med avgjørelsen er det neppe grunn til å tro at disse sakene på ny vil bli forsøkt anket til Høyesterett.

9.7. Særlig om forlikene

Det ble i løpet av 2006 inngått forlik i 18 saker. Åtte av disse gjaldt erkjennelse av ansvar. Med unntak av en sak ble alle returnert til NPE for videre behandling av erstatningsutmålingen. De øvrige 10 sakene gjaldt utmåling. I ni av disse ble erstatningsbeløp fastsatt i forliket. En av sakene ble returnert til NPE for videre behandling.

I de ni sakene der det ble fastsatt ny erstatning, ble det utbetalt til sammen ytterligere kr 7 059 080, dvs. i gjennomsnitt ca. kr 784 000 pr sak. Dette innebærer en gjennomsnittlig økning på 37,7 % i forhold til hva som var utbetalt gjennom nemndsvedtakene.

10. PASIENTSKADENEMNDA – ET FORVALTNINGS- ORGAN

NPE og PSN omtales ofte som en "forsikringsordning" for pasienter som er påført personskade som følge av behandling i det offentlige helsevesen. At PSN er et offentlig forvaltningsorgan medfører at det er enkelte sentrale forskjeller mellom denne ordningen og private forsikringsselskap.

10.1. Uavhengig forvaltningsorgan

PSN ble opprettet som eget statlig forvaltningsorgan i 2003, og forvaltningsloven gjelder for virksomheten. Det medfører at det er en rekke saksbehandlingsregler og prinsipper som må følges ved behandlingen av de enkelte sakene.

PSN som forvaltningsorgan har som hovedoppgave å ta stilling til erstatningskrav fra pasienter. Ordningen var ment som et alternativ til domstolsbehandling. Behandlingen i forvaltningen er uten økonomisk risiko for skadelidte, i motsetning til tidligere hvor man var henvist til å ta ut stevning direkte mot skadevolder. Skadelidte får dessuten utredet sin sak uten at det koster noe. Det høye antall skader som meldes til NPE viser at den overordnede intensjonen om et "lavterskeltilbud" til pasientene ivaretas.

PSNs faglige virksomhet er i likhet med NPE uavhengig av departementet. Departementet kan således ikke instruere verken NPE eller PSN i enkeltsaker, noe som er presisert i forskrift om NPE og PSN. Uavhengigheten blir ytterligere forsterket ved at erstatningene utbetales av NPE (dvs. i realiteten av NPEs Fond). Erstatningsbeløpene som tilkjennes av PSN har dermed ingen innvirkning på virksomhetens budsjetter.

10.2. Overprøving av enkeltvedtak

PSNs oppgave er å overprøve enkeltvedtak fattet i NPE, og gjelder både vedtak der krav om erstatning er avslått (ansvar) og vedtak som fastsetter erstatningens størrelse (utmåling). Skadelidt har tre ukers klagefrist etter pasientskadeloven og forvaltningsloven. Dette gir pasienten en viss betenkningstid, men oppleves nok av mange som alt for kort frist. NPE har derfor en klar praksis for at det skal være enkelt å be om utsatt klagefrist.

Nemnda kan prøve alle sider av saken. Dette innebærer at nemnda kan behandle andre sider av vedtaket enn de forhold som formelt er påklaget.

Nemnda er heller ikke bundet av pasientens påstander, og kan tilkjenne et høyere erstatningsbeløp enn det som er krevd.

Nemnda kan imidlertid ikke fatte vedtak som går ut over "saken" som er utredet og behandlet i NPE. Dersom det i klageomgangen rettes søkelys mot et annet behandlingssted eller en annen behandling enn det som omfattes av vedtak fra NPE, er dette en ny sak som først må avklares i NPE. Dette kan for den skadelidte oppleves som unødvendig og kan føre til en lengre saksbehandlingstid. Hensynet til at saken skal kunne prøves i to instanser er imidlertid et forvaltningsprinsipp som skal være en rettsikkerhetsgaranti for den skadelidte. På den annen side kan hensynet til rask saksbehandling og endelig avklaring for pasienten være et argument for at nemnda i enkelte saker foretar en videre tolkning av hva som er "saken", slik at tilbakesending av saken til NPE unngås.

Selv om PSN er fri til å overprøve alle sider av NPEs vedtak, har nemnda vist noe tilbakeholdenhet med å overprøve NPEs skjønn, dersom skjønnnet er bygget på riktige premisser og innenfor det som anses rimelig.

Pasientskadenemndas avgjørelser er bindende for behandlingsstedet og behandlingsspersonell. Tilsvarende gjelder for NPE. Pasienten har mulighet til å stevne staten v/Pasientskadenemnda inn for retten for å få prøvet saken for domstolene. Behandlingssted og behandlingsspersonell har ingen tilsvarende rett til å kreve rettslig prøving av vedtak de er uenig i.

10.3. Likebehandling

Forvaltningsbehandlingen skal være et rettferdig system der prinsippet om likebehandling står sentralt. PSN og NPE som forvaltningsorgan skal komme til et rettslig sett riktig resultat i hver enkelt sak. Den som har krav på erstatning etter det lovverket NPE og PSN er satt til å forvalte, har dessuten krav på korrekt utmålt erstatning. Denne overordnede målsettingen fører til at vedtak i enkeltsaker kan ha betydning også ut over den konkrete saken. Fast og langvarig praksis fra PSN som forvaltningsorgan er å anse som en viktig rettskilde, sammen med rettspraksis, jf. Ot.prp. nr. 31 (1998 – 2000) side 98 og Rt. 2006 s. 1217). Av den grunn er samtlige vedtak fattet av nemnda fra 2003 til d.d. gjort tilgjengelig for offentligheten på LovData. Vedtakene er anonymisert for å ivareta viktige personvern hensyn.

Konsekvensen av dette er at det i prinsippet ikke er rom for å drive med utstrakte forhandlinger i sakene. Det er derfor vanskelig å ta individuelle hensyn ut i fra for eksempel prosess-økonomiske grunner. For enkelte pasienter og advokater kan dette oppleves "rigid". Hensikten er imidlertid hensynet til forutsigbarhet og likebehandling.

Da PSN er satt til å forvalte et lovverk vedtatt i Stortinget, er det heller ikke mulig å gjøre såkalte "policymessige" vurderinger. For eksempel er ordningen som sådan forpliktet til å vurdere det såkalte "kan"-fradraget etter skadeerstatningsloven § 3-1 tredje ledd, noe den private forsikringsbransjen har som policy å se bort fra. Eventuelle endringer i rettstilstanden må i så fall vedtas av lovgiver.

Det følger av skl. § 3-1 tredje ledd annet pkt. at det ved vurdering av erstatningens størrelse "kan" tas hensyn til forsikringsytelser som skadelidte har fått eller kommer til å få som følge av skaden. Slike forsikringsytelser kan det gjøres fradrag for.

10.4. Saksbehandlingen

Et av hovedformålene ved forvaltningsloven er å sikre en forsvarlig og uavhengig utredning av hver enkelt sak. NPE og PSN er upartiske og har ingen egeninteresser i sakenes utfall.

Hver enkelt erstatningssøker har krav på å få nødvendig veiledning og informasjon gjennom forvaltningsorganene. Forvaltningens utredning av sakene skal finne det som taler både til fordel og til ugunst for pasienten, og PSN vektet bevisene på bakgrunn av alminnelige bevisbyrderegler. Hvor mye pasienten skal trekkes inn i vurderinger knyttet til saksbehandlingen, er en vanskelig balansegang som ikke alltid vil bli opplevd som like tilfredsstillende sett fra pasientens ståsted. Hvor grundig hver enkelt sak skal utredes er fra tid til annen også et omdiskutert tema. Dersom PSN finner at saken er tilstrekkelig og forsvarlig utredet, vil den bli avgjort selv om pasienten har et ønske om at saken skal forelegges ytterligere medisinske sakkyndige. Det er selvsagt ingenting i veien for at pasientene selv forestår innhenting av ytterligere dokumentasjon eller medisinske vurderinger, men man kan ikke påregne å få dekket utgiftene dette medfører. Dette vil

imidlertid stille seg annerledes dersom pasienten gjennom egne tiltak avdekker forhold eller frembringer nye opplysninger som gjør at klagen fører frem, jf. fvl. § 36.

Som hovedregel har pasienten fullt innsyn i sin egen sak. Det følger imidlertid av forvaltningsloven at interne dokumenter kan holdes utenfor innsyn. NPE og PSN praktiserer meroffentlighet. Dette betyr blant annet at interne notater utarbeidet av rådgivende leger forelegges pasienten eller advokaten for kommentarer, uten at det er bedt om dette på forhånd. Dette vil ofte være et sentralt dokument i utredningen av saken, slik at det ville vært en vesentlig innskrenkning av retten til kontradiksjon dersom dette ikke hadde blitt oversendt. Sekretariatets innstillinger til nemnda er unntatt fra innsyn. Det gis imidlertid innsyn i selve saksfremstillingen som fremlegges for nemnda dersom dette kreves.

Hensynet til forsvarlig saksbehandling og hensynet til å få avviklet sakene innen rimelig tid, kan av og til oppleves som to motstridende hensyn. Det har vært en sterk økning i saksmengden, uten tilsvarende tilførsel av ressurser. Saksbehandlingstiden har derfor dessverre vært stadig økende. Den lange saksbehandlingstiden er nok ordningens største utfordring og har gjennom tidene medført en del negativ omtale i media. Det er kontinuerlig behov for gjennomgang av måten sakene behandles på for å se om det er mulig å redusere behandlingstiden gjennom omlegging av rutiner, effektiviseringstiltak el.l. Det er likevel helt klart at dette ikke skal gå på bekostning av forsvarlig behandling av hver enkelt sak.

11. EKSEMPLER FRA NEMNDSPRAKSIS

11.1. Anført forsinket diagnostikk og behandling av ADHD (N2005/0774 og 2004/0022)

Saken gjaldt en gutt som fikk diagnosen ADHD da han var 14 år gammel. Medisinering med Ritalin ble startet, og dette ga god effekt. Det ble fremmet erstatningskrav overfor Norsk Pasientskadeerstatning med anførsel om forsinket diagnostikk og behandling av sykdommen med tre år. Pasienten fikk avslag og klaget saken videre til PSN.

Nemnda kom til at pasienten ikke hadde krav på erstatning. Nemnda fant det ikke nødvendig å gå nærmere inn på spørsmålet om det var mulig å stille diagnosen tre år tidligere, jf. de midlertidige reglene § 2, idet unntaket i reglene § 3 bokstav e uansett kom til anvendelse. Det fremgikk av saksdokumentene at behandlingsstedet hadde vurdert diagnosen ADHD tre år tidligere, men at man ikke fant grunnlag for videre utredning i denne retning. Da situasjonen bedret seg for pasienten og familien, ble behandlingen avsluttet. Nemnda var av den oppfatning at de undersøkelser og de medisinske vurderinger som var utført, var adekvate ut fra den viten som var tilgjengelig på de aktuelle tidspunktene, jf. § 3 e.

I en annen sak (N2004/0022) kom nemnda til det motsatte resultatet. Denne saken gjaldt en gutt som først fikk diagnostisert ADHD da han var 13 år gammel. NPE avslo kravet om erstatning under henvisning til at kravet om fysisk skade i henhold til det midlertidige regelverket ikke var oppfylt, jf. reglens § 2. Rene psykiske skader er ikke dekket av de midlertidige reglene. Derimot er psykiske skader som kan utledes av en fysisk skade dekket. Nemnda var ikke enig i NPEs vurdering av saken, og mente at ADHD primært er en fysisk skade som gir psykiske forandringer. Skaden som sådan var dermed dekket av reglene. Pasienten fikk medhold for forsinket diagnostikk av ADHD og behandling med Ritalin for perioden fra han var 9 år og frem til diagnosen ble stillet i 13 års-alderen. Bakgrunnen for denne vurderingen var en sakkyndig erklæring basert på ny medisinsk viten om ADHD.

11.2. Forverrede smerter etter ryggoperasjon (N2004/0180)

Saken gjaldt en kvinne på 39 år med mangeårige ryggplager. Hun ble ryggoperert med implantasjon av skiveprotese PDN (pute). Knappe to måneder etter operasjonen ble pasienten innlagt på sykehuset med akutt forverring av ryggsmertene. Hun klarte ikke å stå oppreist. To måneder senere viste røntgenbilder at skiven i ryggen hadde falt mer sammen og at den innopererte puten ikke lenger hadde noen funksjon. Pasienten gjennomgikk deretter en avstivningsoperasjon, noe som bedret tilstanden noe. Pasienten fremmet erstatningskrav overfor Norsk Pasientskadeerstatning med bakgrunn i sterkt forverrede smerter etter ryggoperasjonen. Hun fikk avslag, og klaget saken videre til PSN.

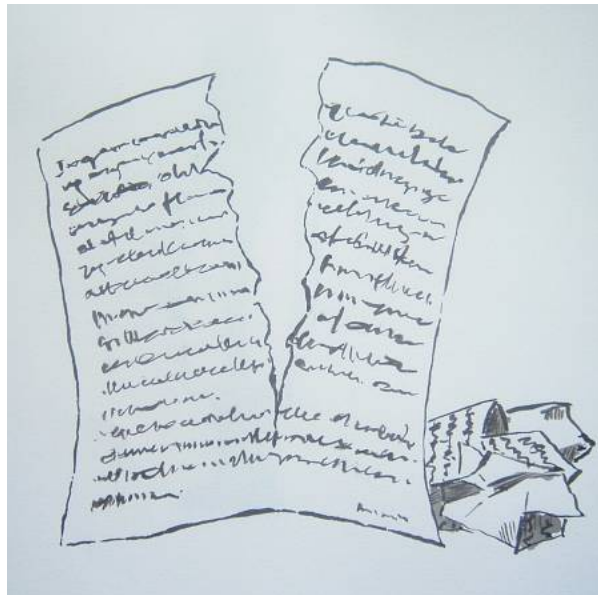
Nemnda ga pasienten medhold i erstatningskravet. Ryggoperasjonen hadde ført til en skade i form av en forverret smertetilstand og nedsatt funksjon i ryggen, jf. de midlertidige reglene § 2. Nemnda fant at unntakene i reglene § 3 ikke kom til anvendelse i dette tilfellet. Nemnda fant at selve ryggoperasjonen var adekvat utført. Operasjonen var imidlertid av utprøvende karakter. Det ble påpekt at slik utprøvende kirurgi burde ha foregått i samarbeid med et universitetssykehus. Det ble videre påpekt at det er spesielt vanskelig for en pasient å vite hva man samtykker til når inngrepet er av utprøvende karakter. Pasienter vil i enda større grad enn ellers være avhengig av informasjon om mulige komplikasjoner og forventet resultatet fra sykehuset for å kunne avgjøre om man ønsker å gjennomføre inngrepet. Pasienten fikk en komplikasjon til operasjonen som ikke kunne sies å være kjent i det

medisinske miljøet. Nemnda viste til at alternativet til operasjon i dette tilfellet var ikke å operere pasienten, jf. uttalelse til sakkyndig. Nemnda bemerket også at pasienten kunne ha vært bedre fulgt opp etter operasjonen. Etter en helhetsvurdering konkluderte nemnda med at risikoen for komplikasjonen ikke var akseptabel. Pasienten fikk således medhold.

11.3. HjerTESTANS og dødsfall – bruk av tvang overfor psykiatrisk pasient (N2006/0158)

Saken gjaldt en 29 år gammel mann som var alvorlig psykisk syk og som misbrukte narkotiske stoffer. I forbindelse med at pasienten hadde et eksitert delirium mens han var innlagt i psykiatrisk klinikk, ble det besluttet å tvangsmedisinere ham med et beroligende middel pr. injeksjon. Pasienten kjempet imot og ble holdt nede i bukleeie av personalet. Da pasienten ble snudd over på ryggen, hadde han fått hjerTESTANS. Han døde etter få dager. De etterlatte fremmet erstatningskrav overfor NPE, men fikk ikke medhold. Saken ble påklaget til PSN.

Nemnda kom i motsetning til NPE (under dissens) til at pasientens etterlatte hadde krav på erstatning. Flertallet la vekt på at det i en tvangssituasjon er meget viktig at retningslinjer er kjent og forsøkes etterlevd. En manual fra sykehuset tilsa i dette tilfellet at en skulle tilstrebe holding i sideleie. Det var usikkert om personalet var kjent med eller hadde søkt å gjennomføre holding i sideleie. Til tross for usikkerhet om utfallet dersom holding hadde skjedd på en annen måte, fant nemndas flertall at tvilsrisikoen skulle komme de etterlatte til gode. Flertallet la til grunn at pasientens dødsfall skyldtes svikt ved behandlingen, jf. pasientskadeloven § 2 første ledd bokstav a. Mindretallet fant at behandlingen av pasienten i den meget vanskelige situasjonen som oppsto, ikke utgjorde svikt ved ytelsen av helsehjelp. Mindretallet la til grunn at det var forhold ved pasienten selv som utløste dødsfallet og ikke primært personalets helt nødvendige intervensjon.



12. REGNSKAP FOR 2006

Pasientskadenemnda fikk opprinnelig tildelt en budsjetttramme på 20 233 000 kroner i 2006. Driftsrammen ble ved flere anledninger øket i løpet av året, slik at samlet budsjett utgjorde 22 060 000 (ca. 20 % mer enn i 2005).

	2003	2004	2005	2006
BUDSJETTTRAMME	14 400 000	17 779 000	18 343 000	22 060 000

DRIFTSUTGIFTER (hele 1 000 kr)

LØNNSUTGIFTER				
Stillinger	3 431 000	5 190 000	5 937 000	7 869 000
Ekstrahjelp	145 000	112 000	0	163 000
Diverse	95 000	13 000	0	16 000
Styrer, råd, utvalg m.v.	1 963 000	2 381 000	2 383 000	2 223 000
Trygder, pensjon	1 147 000	1 083 000	1 188 000	1 428 000
Sum	6 781 000	8 779 000	9 508 000	11 699 000

ANDRE DRIFTSUTGIFTER				
Maskiner, inventar, utstyr	739 000	543 000	488 000	480 000
Forbruksmateriell	399 000	304 000	286 000	431 000
Reiseutgifter m.m.	494 000	772 000	783 000	1 156 000
Kontortjenester m.m.	424 000	598 000	510 000	876 000
Konsulenttjenester	518 000	1 558 000	5 069 000	5 852 000
Databehandlingstjenester	2 180 000	1 498 000	839 000	1 561 000
Bygningers drift, lokalleie	1 513 000	1 640 000	1 389 000	1 774 000
Sum	6 267 000	6 913 000	9 364 000	12 130 000

TOTALT	13 048 000	15 692 000	18 872 000	23 829 000
---------------	------------	------------	------------	------------

RESULTAT	1 352 000	2 087 000	-529 000	-1 769 000
-----------------	------------------	------------------	-----------------	-------------------

Tabell 17.

Grunnet merinntekter i form av refusjoner fra trygden, utgjorde merforbruket i 2006

1 514 000 kroner. Tilsvarende utgjorde merforbruket i 2005 387 000 kroner.

Lønnsutgiftene har øket som en følge av behov for nyansettelser. Behovet er begrunnet i den saksutvikling som har funnet sted både hva gjelder klagesaker og rettssaker siden PSN ble etablert i 2003.

Den vesentligste årsaken til at budsjettet ikke har holdt i 2006, har vært en betydelig økning i utgifter til konsulenter, dvs. medisinsk sakkyndige og advokater, hvilket i all hovedsak har sammenheng med rettssakene.

I 2003 ble det brukt kr 518 000, og dette gikk i all hovedsak til å dekke av utgifter til medisinsk sakkyndige. Etter at staten ved Pasientskadenemnda ble rett saksøkt, har andelen av utgifter som medgår i forbindelse med rettssaker øket betydelig. I 2004 var det forventet en sterkere økning i kostnadene enn det som rent faktisk ble tilfelle, med det resultat at det forelå et budsjettmessig overskudd på over kr 2 mill. I 2005 kom utgifter til konsulenttjenester opp i over kr 5 mill. Kun en mindre andel av dette gikk til utredning av klagesakene i form av medisinsk sakkyndigerklæringer før nemndsbehandling. I 2006 har disse utgiftene øket med ytterligere ca. kr 1 mill. Dette har sammenheng med at antall berammede rettssaker i 2006 ble nesten doblet i forhold til foregående år. Det er forventet at utgiftene i forbindelse med rettssakene vil bli redusert i 2007, idet PSN i økende grad prosederer sakene selv.

Nedenfor følger en oversikt over hvordan utgifter til konsulenttjenester har fordelt seg i perioden 2003 – 2006.

Konsulenttjenester	2003	2004	2005	2006
Generelle kostnader	7 000	77 000	114 000	44 000
IKT-relatert		8 000	47 000	19 000
Sakkyndige	428 000	863 000	991 000	534 000
Div. saksutlegg klagesaker	21 000	20 000	7 000	14 000
Advokathonorar	61 000	588 000	3 904 000	5 238 000
Øvrige honorarer	1 000	2 000	6 000	3 000
Sum	518 000	1 558 000	5 069 000	5 852 000

Tabell 18. Beløpene er avrundet til nærmeste hele 1000 kr.

Økningen i kostnader til konsulenter har vært markant hva gjelder advokatutgifter, og dette har direkte sammenheng med rettssakene. Kun en ubetydelig del av disse utgiftene gjelder dekning av juridisk bistand i klagesakene, idet slike utgifter i all hovedsak dekkes av Norsk Pasientskadeerstatning (*).

(*) I tilfeller hvor nemnda tilkjenner pasienter dekning av utgifter til juridisk bistand i forbindelse med den ordinære klagesaksbehandlingen, utbetales dette av NPE på lik linje med erstatningsutbetalinger for øvrig. Kun dersom tilkjennelse av slik dekning finner sted etter nemndsbehandling (gjennom delegasjonsvedtak), dekkes dette av PSN. Dette innebærer at det vesentligste av utgiftene til advokater refererer seg til rettssakene. Også her er det verdt å merke seg at PSN kun dekker pasientens saksomkostninger i tilfeller hvor det er inngått forlik om dette, mens NPE dekker utgifter som er idømt i rettskraftige dommer. PSN dekker alltid utgifter til egne prosessfullmektiger, med mindre pasienten er idømt saksomkostningene.

Tabell 19 viser utviklingen i perioden 2003 – 2006 hva gjelder kostnader til konsulenter. Kostnadene steg betydelig fra 2004 til 2005, men har vist en svak nedgang fra 2005 til 2006.

	2003	2004	2005	2006
Totalt forbruk	13 048 000	15 692 000	18 872 000	23 829 000
Konsulenttjenester	518 000	1 558 000	5 069 000	5 852 000
%	4 %	6 %	27 %	25 %

Tabell 19

Vedlegg 1

REGLER FOR MIDLERTIDIG ORDNING MED PASIENTSKADEERSTATNING FOR SOMATISKE SYKEHUS/POLIKLINIKKER

§ 1 Dekningsområde

Erstatning etter disse reglene gis til pasienter på offentlige somatiske sykehus og deres poliklinikker, samt til pasienter som behandles i ambulanse av sykehusets personale. Som offentlig sykehus regnes i denne forbindelse også privateide sykehus som omfattes av fylkeskommunale helseplaner eller som får sine driftsutgifter dekket over statsbudsjettet.

Frivillige forsøkspersoner og givere av organer, vev, blod eller lignende anses som pasienter.

§ 2 Erstatningens omfang

Erstatning ytes ved fysisk skade forårsaket av undersøkelse, diagnostikk, behandling, pleie eller informasjonssvikt, med mindre tilfellet faller inn under begrensningene i § 3. Det gis også erstatning når skaden er en følge av infeksjon eller teknisk svikt ved medisinsk utstyr. Erstatning ytes dessuten ved skader som følge av en ulykke av annen art som sykehuset svarer for etter de alminnelige erstatningsregler.

§ 3 Begrensninger i ansvaret

Erstatning gis likevel ikke

- a. når skaden er en følge av en risiko ved undersøkelse, diagnostikk eller behandling som er kjent og som ut fra den medisinske kunnskap på skadetidspunktet må aksepteres,
- b. når skaden i det vesentlige skyldes pasientens grunnsykdom,
- c. når skaden er en følge av særlige forhold ved pasienten selv,
- d. når skaden skyldes behandling, og den behandlingsmåte som ble brukt ut fra etterfølgende vurdering fremstår som adekvat,
- e. når skaden skyldes diagnose, og den diagnose som ble stilt var adekvat ut fra den viten man på det aktuelle tidspunkt hadde tilgjengelig,
- f. når skaden skyldes infeksjon i områder med særlig høy bakteriekonsentrasjon eller hos pasienter med nedsatt motstandskraft eller
- g. når skaden er voldt av legemiddel.

§ 4 Erstatningsutmåling, medvirkning, regress m.v.

Erstatning etter disse reglene utmåles etter bestemmelsene i lov av 13. juni 1969 nr. 26 om skadeserstatning. Oppreisning, jfr. skadeserstatningsloven § 3-5, utbetales likevel ikke ut over kr 20 000. Tap under kr 5 000 omfattes ikke av vilkårene.

Med hensyn til skadelidtes medvirkning og regress gjelder skadeserstatningsloven §§ 3-7 og 5-1 tilsvarende.

§ 5 Administrasjon

Pasientskadeerstatningsordningen administreres av Kommunal Landspensjonskasse etter nærmere avtale med sykehuseierne.

§ 6 Pasientskadenemnd

Kongen oppnevner en Pasientskadenemnd som avgjør krav om erstatning.

Nemnda består av fem medlemmer med personlige vararepresentanter. Leder og nestleder med vararepresentanter skal ha juridisk embetseksamen og oppnevnes på fritt grunnlag.

To medlemmer og deres vararepresentanter oppnevnes som representanter for brukerne etter at det er innhentet forslag fra Forbrukerrådet, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon og Norsk Pasientforening.

Ett medlem med vararepresentant oppnevnes etter at det er innhentet forslag fra Kommunenes Sentralforbund på vegne av fylkeskommunene.

Funksjonstiden er tre år.

§ 7 Saksbehandlingen

Krav om erstatning fremsettes for Norsk Pasientskadeerstatning. Norsk Pasientskadeerstatning foretar de undersøkelser som kravet gir grunn til. Om nødvendig innhentes sakkyndige uttalelser. Saken forelegges deretter for Pasientskadenemnda til behandling.

Pasientskadenemnda treffer avgjørelse ved alminnelige flertall. Ved stemmelikhet er lederens stemme avgjørende. Nemnda er beslutningsdyktig når fire medlemmer er til stede. Departementet kan gi nærmere regler om saksbehandlingen i Nemnda.

Nemnda kan delegeres avgjørelsesmyndighet til sitt sekretariat i Norsk Pasientskadeerstatning etter nærmere regler fastsatt av departementet. Blir erstatningskravet avgjort av sekretariatet, kan pasienten klage til Pasientskadenemnda. Bestemmelsene i forvaltningsloven 10. februar 1967 kapittel VI gjelder tilsvarende så langt de passer.

§ 8 Virkningen av avgjørelse i Pasientskadenemnda/Norsk Pasientskadeerstatning

Pasientskadenemndas avgjørelse er bindende for sykehuseierne. Pasienten kan gå til søksmål med krav etter de alminnelige erstatningsregler. I så fall faller Pasientskadenemndas avgjørelse bort.

§ 9 Finansiering av erstatningsordningen

Utgiftene til erstatningsutbetalingene og til ordningens administrasjon utlignes på staten som sykehuseier og fylkeskommunene etter nærmere avtale.

§ 10 Ikraftreden

Erstatningsordningen trer i kraft 1. januar 1988. Reglene får ikke anvendelse på skader som er konstatert før ikrafttredelsestidspunktet.

Vedlegg 2

REGLER FOR MIDLERTIDIG ORDNING MED PASIENTSKADEERSTATNING FOR PSYKIATRISKE SYKEHUS/POLIKLINIKKER

§ 1 Dekningsområde

Erstatning etter disse reglene gis til pasienter behandlet på offentlige psykiatriske sykehus/poliklinikker. Som offentlig psykiatrisk sykehus regnes i denne forbindelse også privateide psykiatriske sykehus som omfattes av fylkeskommunale helseplaner eller som får sine driftsutgifter dekket over statsbudsjettet.

Frivillige forsøkspersoner og givere av organer, vev, blod eller lignende anses som pasienter.

§ 2 Erstatningens omfang

Erstatning ytes ved fysisk skade forårsaket av undersøkelse, diagnostikk, behandling, pleie eller informasjonssvikt, med mindre tilfellet faller inn under begrensningene i § 3. Det gis også erstatning når skaden er en følge av infeksjon eller teknisk svikt ved medisinsk utstyr. Erstatning ytes dessuten ved skader som følge av en ulykke av annen art som sykehuset svarer for etter de alminnelige erstatningsregler.

§ 3 Begrensninger i ansvaret

Erstatning gis likevel ikke

- a. når skaden er en følge av en risiko ved undersøkelse, diagnostikk eller behandling som er kjent og som ut fra den medisinske kunnskap på skadetidspunktet må aksepteres,
- b. når skaden i det vesentlige skyldes pasientens grunnsykdom,
- c. når skaden er en følge av særlige forhold ved pasienten selv,
- d. når skaden skyldes behandling og den behandlingsmåte som ble brukt ut fra etterfølgende vurdering fremstår som adekvat,
- e. når skaden skyldes diagnose, og den diagnose som ble stilt var adekvat ut fra den viten man på det aktuelle tidspunkt hadde tilgjengelig,
- f. når skaden skyldes infeksjon i områder med særlig høy bakteriekonsentrasjon eller hos pasienter med nedsatt motstandskraft eller
- g. når skaden er voldt av legemiddel.

§ 4 Erstatningsutmåling, medvirkning, regress m.v.

Erstatning etter disse reglene utmåles etter bestemmelsene i lov av 13. juni 1969 nr. 26 om skadeserstatning. Tap under kr. 5 000 omfattes ikke av vilkårene. Det ytes ikke erstatning i henhold til skadeserstatningsloven § 3-5 om oppreisning.

Med hensyn til skadelidtes medvirkning og regress gjelder skadeserstatningsloven §§ 3-7 og 5-1 tilsvarende.

§ 5 Administrasjon

Pasientskadeerstatningsordningen administreres av Kommunal Landspensjonskasse gjennom Norsk Pasientskadeerstatning.

§ 6 Pasientskadenemnd

Pasientskadenemnda som er oppnevnt etter regler for midlertidig ordning med

pasientskadeerstatning for somatiske sykehus, skal ha tilsvarende funksjon og sammensetning i henhold til denne avtale.

§ 7 Saksbehandlingen

Krav om erstatning fremsettes for Norsk Pasientskadeerstatning. Norsk Pasientskadeerstatning foretar de undersøkelser som kravet gir grunn til. Om nødvendig innhentes sakkyndige uttalelser. Saken forelegges deretter for Pasientskadenemnda til behandling.

Pasientskadenemnda treffer avgjørelse ved alminnelig flertall. Ved stemmelikhet er lederens stemme avgjørende. Nemnda er beslutningsdyktig når fire medlemmer er til stede. Departementet kan gi nærmere regler om saksbehandlingen i Nemnda.

Nemnda kan delegere avgjørelsesmyndighet til sitt sekretariat etter nærmere regler fastsatt av departementet. Blir erstatningskravet avgjort av sekretariatet, kan pasienten klage til Pasientskadenemnda. Bestemmelsene i forvaltningsloven av 10. februar 1967 kapittel VI gjelder tilsvarende så langt de passer.

§ 8 Virkningen av avgjørelse i Pasientskadenemnda/Norsk Pasientskadeerstatning

Pasientskadenemndas avgjørelse er bindende for sykehuseierne.

Pasienten kan gå til søksmål med krav etter de alminnelige erstatningsregler. I så fall faller Pasientskadenemndas avgjørelse bort.

§ 9 Finansiering av erstatningsordningen

Utgiftene til erstatningsutbetalingene og til ordningen administrasjon utlignes på staten som sykehuseier og fylkeskommunene etter nærmere avtale.

§ 10 Ikrafttreden

Erstatningsordningen trer i kraft 1. juli 1992. Reglene får anvendelse på skader som er forvoldt etter ikrafttredelsestidspunktet.

Vedlegg 3

REGLER FOR MIDLERTIDIG ORDNING MED PASIENTSKADEERSTATNING FOR KOMMUNELEGETJENESTEN/KOMMUNAL LEGEVAKT

§ 1 Dekningsområde

Erstatning etter disse reglene gis til pasienter behandlet av kommunalt ansatte leger - og deres medhjelpere - under utførelse av tjeneste som kommunalt ansatt, samt pasienter behandlet ved kommunal legevakt. Privatpraktiserende leger som har avtale med kommunen - og deres medhjelpere - omfattes med hensyn til virksomhet utøvet innenfor rammene av slik avtale.

Frivillige forsøkspersoner og givere av organer, vev, blod og eller lignende anses som pasienter.

§ 2 Erstatningens omfang

Erstatning ytes ved fysisk skade forårsaket av undersøkelse, diagnostikk, behandling, pleie eller informasjonssvikt, med mindre tilfellet faller inn under begrensningene i § 3. Det gis også erstatning når skaden er en følge av infeksjon eller teknisk svikt ved medisinsk utstyr. Erstatning ytes dessuten ved skader som følger av en ulykke av annen art som kommunen/privatpraktiserende lege svarer for etter de alminnelige erstatningsregler.

§ 3 Begrensninger i ansvaret

Erstatning gis likevel ikke

- a. Når skaden er en følge av en risiko ved undersøkelse, diagnostikk eller behandling som er kjent og som ut fra den medisinske kunnskap på skadetidspunktet må aksepteres,
- b. når skaden i det vesentlige skyldes pasientens grunnsykdom,
- c. når skaden er en følge av særlige forhold ved pasienten selv,
- d. når skaden skyldes behandling, og den behandlingsmåte som ble brukt ut fra etterfølgende vurdering fremstår som adekvat,
- e. når skaden skyldes diagnose, og den diagnose som ble stilt var adekvat ut fra den viten man på det aktuelle tidspunkt hadde tilgjengelig,
- f. når skaden skyldes infeksjon i områder med særlig høy bakteriekonsentrasjon eller hos pasienter med nedsatt motstandskraft eller
- g. når skaden er voldt av legemiddel.

§ 4 Erstatningsutmåling, medvirkning, regress m.v.

Erstatning etter disse reglene utmåles etter bestemmelsene i lov av 13. juni 1969 nr. 26 om skadeserstatning. Tap under kr. 5.000 omfattes ikke av vilkårene. Det ytes ikke erstatning i henhold til skadeserstatningsloven § 3-5 om oppreisning.

Med hensyn til skadelidtes medvirkning og regress gjelder skadeserstatningsloven §§ 3-7 og 5-1 tilsvarende.

§ 5 Administrasjon

Pasientskadeerstatningsordningen administreres av Kommunal Landspensjonskasse gjennom Norsk Pasientskadeerstatning.

§ 6 Pasientskadenemnda

Pasientskadenemnda som er oppnevnt etter regler for midlertidig ordning med pasientskadeerstatning for somatiske sykehus, skal ha tilsvarende funksjon og sammensetning i henhold til denne avtale.

§ 7 Saksbehandlingen

Krav om erstatning fremsettes for Norsk Pasientskadeerstatning. Norsk Pasientskadeerstatning foretar de undersøkelser som kravet gir grunn til. Om nødvendig innhentes sakkyndige uttalelser. Saken forelegges deretter for Pasientskadenemnda til behandling.

Pasientskadenemnda treffer avgjørelse ved alminnelig flertall. Ved stemmelikhet er lederens stemme avgjørende. Nemnda er beslutningsdyktig når fire medlemmer er til stede. Sosialdepartementet kan gi nærmere regler om saksbehandlingen Nemnda.

Nemnda kan delegere avgjørelsesmyndighet til sitt sekretariat i Norsk Pasientskadeerstatning etter nærmere regler fastsatt av Sosialdepartementet. Bli erstatningskravet avgjort av sekretariatet, kan pasienten klage til Pasientskadenemnda. Bestemmelsene i forvaltningsloven av 10. februar 1967 kapittel VI gjelder tilsvarende så langt de passer.

§ 8 Virkningen av avgjørelsene i Pasientskadenemnda/Norsk Pasientskadeerstatning

Pasientskadenemndas avgjørelse er bindende for staten.

Pasienten kan gå til søksmål med krav etter de alminnelige erstatningsregler. I så fall faller Pasientskadenemndas avgjørelse bort.

§ 9 Finansiering av erstatningsordningen

Utgiftene til erstatningsutbetalingene og til ordningens administrasjon dekkes av staten.

§ 10 Ikrafttreden

Erstatningsordningen trer i kraft 1. juli 1992. Reglene får anvendelse på skader som er forvoldt etter ikrafttredelsestidspunktet.

Vedlegg 4

Lov om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven).

Jf. tidligere midl. regler av 1 jan 1988 for ordning med pasientskadeerstatning, jf. lovens § 21.

Kapittel 1. Pasientskadeansvar

§ 1. Pasientskade

Denne loven gjelder skader som er voldt

- a) i institusjon under spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten,
- b) under ambulansetransport, eller
- c) av helsepersonell som yter helsehjelp i henhold til offentlig autorisasjon eller lisens, personer som opptrer på vegne av disse eller andre personer som fastsatt i forskrift.

Slike skader regnes som pasientskader dersom de er voldt under veiledning, undersøkelse, diagnostisering, behandling, ekspedisjon av legemidler fra apotek, pleie, vaksinasjon, prøvetaking, analyse av prøver, røntgen, forebygging av helseskader, medisinsk forsøksvirksomhet samt donasjon av organer, blod og vev.

I kraft for den offentlige helsetjenesten.

§ 2. Erstatning for pasientskade

Pasienten og andre som har lidt tap på grunn av pasientskade, har krav på erstatning når skaden skyldes

- a) svikt ved ytelsen av helsehjelp, selv om ingen kan lastes,
- b) teknisk svikt ved apparat, redskap eller annet utstyr som er brukt ved ytelsen av helsehjelp,
- c) smitte eller infeksjon, når dette ikke i hovedsak skyldes pasientens tilstand eller sykdom,
- d) vaksinasjon, eller
- e) forhold som medfører ansvar for helsetjenesten eller helsepersonell etter alminnelige erstatningsregler.

Det skal tas hensyn til om de krav skadelidte med rimelighet kan stille til virksomheten eller tjenesten på skadetidspunktet, er tilsidesatt. Utilstrekkelige ressurser skal ikke medføre ansvar dersom ressursfordelingen har vært forsvarlig og virksomheten i alminnelighet holder en forsvarlig standard.

Selv om det ikke foreligger grunnlag for erstatningsansvar etter første og annet ledd, kan det unntaksvis ytes erstatning når det har skjedd en pasientskade som er særlig stor eller særlig uventet, og som ikke kan anses som utslag av en risiko som pasienten må akseptere. Det skal legges vekt på om det er gitt tilstrekkelig informasjon på forhånd.

Kongen kan bestemme at erstatningskrav i henhold til konvensjoner som Norge er forpliktet av, skal behandles som krav etter denne loven.

I kraft for den offentlige helsetjenesten.

§ 3. Uopklarte årsaksforhold

Dersom årsaken til en skade på en pasient ikke kan bringes på det rene, og skaden sannsynligvis skyldes ytre påvirkning på en pasient under behandlingen, skal det normalt antas at skaden skyldes feil eller svikt ved ytelsen av helsehjelp.

Ved erstatning som følge av skade etter anbefalte eller påbudte vaksinasjoner etter lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer, gjelder retten til erstatning etter § 2 første ledd bokstav d med mindre den ansvarlige godtgjør at en eller flere andre årsaker er mer sannsynlige.

I kraft for den offentlige helsetjenesten.

§ 4. Andre erstatningsregler

For tapsutmåling, skadelidtes medvirkning mv. gjelder lov 13. juni 1969 nr. 26 om skadeserstatning og alminnelige erstatningsrettslige regler. Erstatning (oppreisning) for skade av ikke-økonomisk art etter skadeserstatningsloven § 3-5 og tap under 5 000 kroner erstattes likevel ikke etter loven her.

Skader som faller inn under dekningsområdet til lov 16. juni 1989 nr. 65 om yrkesskade-forsikring § 10 kan ikke kreves erstattet etter loven her.

Loven er ikke til hinder for at erstatningskrav gjøres gjeldende overfor andre enn den ansvarlige etter loven her. Krav som kan fremmes etter loven her, kan likevel ikke fremmes mot staten, fylkeskommuner og kommuner. Regress kan bare kreves mot den som selv har voldt skaden forsettlig eller har unnlatt å tegne forsikring etter § 8.

I kraft for den offentlige helsetjenesten.

§ 5. Foreldelse

Krav etter denne loven foreldes etter lov 18. mai 1979 nr. 18 om foreldelse av fordringer. Foreldelsen avbrytes ved at kravet meldes etter § 9. Slik melding avbryter ikke foreldelsesfristen av erstatningskrav mot andre enn de ansvarlige etter denne loven og deres forsikringsgivere.

I kraft for den offentlige helsetjenesten.

Kapittel 2. De ansvarlige

§ 6. Hvem som er ansvarlig etter loven

Norsk Pasientskadeerstatning er ansvarlig for skade som kan kreves erstattet etter loven her når den er voldt i den offentlige helsetjenesten. For øvrig er den som yter helsehjelp som nevnt i § 1 første ledd ansvarlig.

Til den offentlige helsetjenesten regnes virksomheten til staten, fylkeskommunene eller kommunene. Det samme gjelder virksomhet som drives på oppdrag av eller med driftstilskudd fra noen av disse med mindre det er tegnet forsikring for virksomheten i samsvar med forskrift etter § 7 annet ledd annet punktum. Kongen kan gi forskrift om hva som skal regnes til den offentlige helsetjenesten, og om hvem som har ansvar etter loven.

I kraft for den offentlige helsetjenesten.

§ 7. Norsk Pasientskadeerstatning

Kongen organiserer og fastsetter nærmere forskrifter om Norsk Pasientskadeerstatning.

Staten, fylkeskommuner og kommuner yter tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning for å dekke erstatning for pasientskader voldt i den offentlige helsetjenesten, samt bidrag til

driften i samsvar med forskrift gitt av Kongen. Det kan fastsettes at det for enkelte helseinstitusjoner i stedet kan eller skal tegnes forsikring som nevnt i § 8.

Kongen kan i forskrift bestemme at en skadevolder som er dekket av Norsk Pasientskadeerstatning skal betale en egenandel i de tilfeller der det tilkjennes erstatning.

I kraft for den offentlige helsetjenesten.

Endret ved lov 26 sep 2003 nr. 95 (i kraft 1 jan 2004 iflg. res. 19 des. 2003 nr. 1645).

§ 8. Forsikring

Den som yter helsehjelp som nevnt i § 1 første ledd utenfor den offentlige helsetjenesten, skal tegne forsikring i den utstrekning det er fastsatt ved forskrift til dekning av ansvaret etter loven her. Forsikringsgivere og vilkår skal godkjennes av Kongen.

Kongen kan gi bestemmelser om dekning av tapet dersom forsikringsplikten ikke er overholdt eller forsikringen viser seg utilstrekkelig, herunder at tapet skal dekkes av de godkjente forsikringsgiverne i fellesskap. Kongen kan gi bestemmelser om fordelingen av tapet og om ansvarsbegrensning for forsikringer etter loven.

Den som ikke oppfyller forsikringsplikten etter første ledd, straffes med bøter eller fengsel inntil 3 måneder.

I kraft for den offentlige helsetjenesten.

Endret ved lov 26 sep 2003 nr. 95 (i kraft 1 jan 2004 iflg. res. 19 des. 2003 nr. 1645).

Kapittel 3. Behandlingen av krav

§ 9. Fremsetting av krav

Krav om erstatning for pasientskade meldes skriftlig til Norsk Pasientskadeerstatning eller forsikringsgiver etter § 8. Krav kan meldes til Norsk Pasientskadeerstatning selv om skaden ikke er voldt i den offentlige helsetjenesten. Krav som er meldt til Norsk Pasientskadeerstatning, men som skal behandles av et forsikringsselskap, skal Norsk Pasientskadeerstatning oversende forsikringsselskapet så snart som mulig. Norsk Pasientskadeerstatning eller forsikringsgiver etter § 8 kan i særlige tilfeller tillate at krav om erstatning meldes muntlig. Fremsettes kravet overfor helsepersonell eller helseinstitusjon, skal kravet meldes videre til Norsk Pasientskadeerstatning eller forsikringsgiver etter § 8.

I kraft for den offentlige helsetjenesten.

Endret ved lov 26 sep 2003 nr. 95 (i kraft 1 jan 2004 iflg. res. 19 des. 2003 nr. 1645).

§ 10. Saksbehandlingen

Norsk Pasientskadeerstatning eller den forsikringsgiveren som kan bli ansvarlig etter § 8, utreder saken. I tvilstilfelle avgjør Norsk Pasientskadeerstatning hvem som kan bli ansvarlig og som skal utrede saken.

Bestemmelsen gjør ikke unntak fra lovbestemt taushetsplikt.

Norsk Pasientskadeerstatning kan kreve bevisopptak etter domstoloven § 43 annet ledd.

I kraft for den offentlige helsetjenesten.

Endret ved lov 26 sep 2003 nr. 95 (i kraft 1 jan 2004 iflg. res. 19 des. 2003 nr. 1645).

§ 11. Advokatbistand

Pasientens utgifter til advokathjelp dekkes dersom den som utreder saken har truffet vedtak om det, eller utgiftene må regnes som tap som følge av skaden. Pasienten kan kreve forhåndsavgjørelse fra den som utreder saken om hvilke advokatutgifter som vil bli dekket.

I kraft for den offentlige helsetjenesten.

Endret ved lov 26 sep 2003 nr. 95 (i kraft 1 jan 2004 iflg. res. 19 des. 2003 nr. 1645).

§ 12. Avgjørelsen av erstatningskravet

Når Norsk Pasientskadeerstatning har utredet saken, treffer den vedtak om erstatning skal ytes og om erstatningens størrelse. Vedtaket skal begrunnes og underretning gis partene i samsvar med forvaltningslovens regler. Det skal opplyses at vedtaket kan klages inn for Pasientskadenemnda innen tre uker.

Når en forsikringsgiver har utredet saken, avgjøres det om erstatning skal gis, og i tilfelle med hvilket beløp. Det skal opplyses at avgjørelsen kan klages inn for Pasientskadenemnda innen tre uker.

I kraft for den offentlige helsetjenesten.

Endret ved lov 26 sep 2003 nr. 95 (i kraft 1 jan 2004 iflg. res. 19 des. 2003 nr. 1645).

§ 13. Utbetaling av erstatningen

Erstatning utbetales så snart som mulig etter at saken er avgjort. Delutbetalinger skal skje så snart det er klart at deler av kravet er uomtvistet eller det av andre grunner er ubetenkelig.

Om renteplikt gjelder reglene i lov 17. desember 1976 nr. 100 om renter ved forsinket betaling m.m.

I kraft for den offentlige helsetjenesten.

§ 14. Forholdet til forvaltningsloven og offentlighetsloven

Forvaltningsloven og offentlighetsloven gjelder for virksomheten til Norsk Pasientskadeerstatning. Som enkeltvedtak anses avgjørelse om erstatning skal ytes, avgjørelse om erstatningens størrelse, avgjørelse om delutbetaling samt avgjørelse om advokatbistand etter § 11.

I kraft for den offentlige helsetjenesten.

Kapittel 4. Klage og domstolsprøving

§ 15. Klage mv.

Norsk Pasientskadeerstatnings enkeltvedtak som nevnt i § 14 annet punktum og tilsvarende avgjørelser av forsikringsgivere etter § 8 kan påklages til Pasientskadenemnda av den som krever erstatning etter loven her. Klagefristen er tre uker.

Når en sak ikke er ferdigbehandlet og to år har gått etter at kravet ble meldt, kan Pasientskadenemnda etter anmodning fra den som krever erstatning, beslutte å overta behandlingen av saken.

Andre enkeltvedtak etter denne loven enn de som er nevnt i første ledd, kan påklages til departementet med mindre Kongen fastsetter et annet klageorgan.

Kongen kan i forskrift gi generelle bestemmelser om Pasientskadenemndas vurdering av anmodning etter annet ledd og om gebyr for klage mv. etter denne bestemmelsen.

I kraft for den offentlige helsetjenesten.

Endret ved lov 26 sep 2003 nr. 95 (i kraft 1 jan 2004 iflg. res. 19 des. 2003 nr. 1645).

§ 16. Pasientskadenemndas virksomhet og sammensetning m.m.

Kongen oppnevner leder, nestleder og medlemmer med personlige varamedlemmer til Pasientskadenemnda. Leder skal ha juridisk embetseksamen. Funksjonstiden er tre år.

Pasientskadenemnda settes i hver sak med fem medlemmer etter en sirkulasjonsordning som fastsettes av nemndas leder. To av medlemmene skal være medisinsk sakkyndige. Ett av medlemmene skal være brukerrepresentant.

Kongen kan gi forskrifter om nemndas sammensetning og virksomhet herunder fastsette unntak fra kravene i annet ledd for særskilte tilfeller.

Pasientskadenemndas virksomhet dekkes i samsvar med forskrift gitt av Kongen, ved bidrag fra Norsk Pasientskadeerstatning og forsikringsgivere som er godkjent etter § 8.

I kraft for den offentlige helsetjenesten.

Endret ved lov 26 sep 2003 nr. 95 (i kraft 1 jan 2004 iflg. res. 19 des. 2003 nr. 1645).

§ 17. Saksbehandlingen i Pasientskadenemnda

Pasientskadenemnda treffer vedtak med alminnelig flertall. Både flertallets og mindretallets syn skal begrunnes.

Saksbehandlingsreglene for Norsk Pasientskadeerstatning i kapittel 3 gjelder tilsvarende for Pasientskadenemnda. Forvaltningsloven § 11 c¹ om muntlige konferanser med saksbehandleren gjelder tilsvarende.

Saksforberedelsen for nemnda forestås av et eget sekretariat.

Pasientskadenemndas sekretariat kan treffe avgjørelser på vegne av nemnda etter dens bestemmelse.

Nemndas avgjørelser settes i verk av Norsk Pasientskadeerstatning på samme måte som Norsk Pasientskadeerstatnings egne avgjørelser. I saker der avgjørelser fra forsikringsgiver er påklaget til Nemnda, meddeler Nemnda sin avgjørelse til partene.

I kraft for den offentlige helsetjenesten.

Endret ved lov 26 sep 2003 nr. 95 (i kraft 1 jan 2004 iflg. res. 19 des. 2003 nr. 1645).

¹ Skal vel være § 11 d.

§ 18. Domstolsprøving

Den som krever erstatning etter loven her, kan bringe saken inn for domstolene når endelig vedtak i Pasientskadenemnda foreligger. Det samme gjelder for forsikringsgiver etter § 8, som blir pålagt å betale erstatning ved Pasientskadenemndas vedtak. Andre kan ikke bringe saken inn for domstolene.

Ved søksmål etter loven her er forliksmekling ikke nødvendig.

Søksmål må reises innen fire måneder fra det tidspunkt underretning om endelig vedtak i Pasientskadenemnda er kommet fram til vedkommende. Når denne fristen er ute uten at søksmål er reist, har vedtaket samme virkning som rettskraftig dom, og kan fullbyrdes etter reglene for dommer.

Søksmål etter første ledd første punktum reises mot forsikringsgiver etter § 8 eller mot Pasientskadenemnda dersom Norsk Pasientskadeerstatning er ansvarlig. Søksmål etter første ledd annet punktum reises mot Pasientskadenemnda.

I kraft for den offentlige helsetjenesten.

Endret ved lov 26 sep 2003 nr. 95 (i kraft 1 jan 2004 iflg. res. 19 des. 2003 nr. 1645).

Kapittel 5. Virkeområde, ikrafttredelse og overgangsregler

§ 19. Lovens virkeområde

Loven gjelder skade som voldes i riket med Svalbard. Loven gjelder også skade voldt ved helsetjenester i utlandet (herunder behandlingsreiser til utlandet) som det offentlige helt eller delvis bekoster. Kongen kan bestemme at loven ikke skal gjelde når det ytes helsehjelp her i riket med særskilt liten norsk tilknytning.

I kraft for den offentlige helsetjenesten.

§ 20. Ikrafttredelse

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer. Loven kan settes i kraft særskilt for den offentlige helsetjenesten og for helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten.
Endret ved lov 20 des. 2002 nr. 102 (i kraft 1 jan 2003 iflg. res. 20 des. 2002 nr. 1624).

§ 21. Overgangsregler

Loven gjelder for skader som er voldt etter lovens ikrafttredelse for henholdsvis offentlig og privat helsetjeneste. Eldre skader behandles etter loven her, men slik at erstatningskravet avgjøres etter

- a) regler for midlertidig ordning med pasientskadeerstatning for somatiske sykehus/poliklinikker,
- b) regler for midlertidig ordning med pasientskadeerstatning for psykiatriske sykehus/poliklinikker,
- c) regler for midlertidig ordning med pasientskadeerstatning for kommunelegetjenesten/kommunal legevakt,
- d) lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer § 8-2, slik den lød før opphevelsen ved loven her, og
- e) alminnelig erstatningsrett.

I kraft for den offentlige helsetjenesten.

Endret ved lov 26 sep 2003 nr. 95 (i kraft 1 jan 2004 iflg. res. 19 des. 2003 nr. 1645).

§ 22. Endringer i andre lover

Vedlegg 5

Forskrift om Norsk Pasientskadeserstatning og Pasientskadenemnda.

Fastsatt ved kgl.res. 20. desember 2002 med hjemmel i lov av 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven) § 6 annet ledd, § 7 første og annet ledd og § 16 tredje og fjerde ledd og lov av 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) § 28 siste ledd. Fremmet av Helsedepartementet. Endret 21 nov 2003 nr. 1364 (forskriften gjengitt i sin helhet etter endringene), 19 des. 2003 nr. 1646 (ikrafttredelse).

Kapittel 1. Definisjoner mv.

§ 1. Definisjoner

Norsk Pasientskadeserstatning er et uavhengig forvaltningsorgan opprettet med hjemmel i pasientskadeloven § 7.

Pasientskadenemnda er et uavhengig forvaltningsorgan opprettet med hjemmel i pasientskadeloven § 16.

Med offentlig helsetjeneste menes i denne forskriften:

- a) Statlig, fylkeskommunal eller kommunal helsetjeneste,
- b) de deler av private tjenesteyteres virksomhet som er basert på driftstilskudd eller basistilskudd fra staten, regionalt helseforetak, fylkeskommune eller kommune, herunder institusjoner som mottar tilskudd etter folketrygdloven § 5-20,
- c) de deler av private tjenesteyteres virksomhet som finansieres gjennom kjøpsavtaler med det offentlige,
- d) helsetjenester i utlandet (herunder behandlingsreiser til utlandet) som det offentlige helt eller delvis bekoster,
- e) øyeblikkelig hjelp som ytes utenfor virksomhet, dersom helsepersonellet er pliktig til å yte helsehjelpen i henhold til helsepersonelloven § 7.

§ 2. Organenes uavhengighet

Verken styret, jf. kapittel 3, eller departementet kan instruere Norsk Pasientskadeserstatning eller Pasientskadenemnda om lovtolkning, skjønnsutøvelse eller avgjørelse av enkeltsaker.

Kapittel 2. Om Norsk Pasientskadeserstatning

§ 3. Ansvar og oppgaver

Norsk Pasientskadeserstatning:

- a) er ansvarlig for skader voldt i den offentlige helsetjenesten og
- b) behandler krav om erstatning for skader voldt i den offentlige helsetjenesten etter pasientskadeloven.

Norsk Pasientskadeserstatning kan etter avtale påta seg å behandle krav om erstatning for personskader utover første ledd. Slike avtaler må i sin helhet finansieres av oppdragsgiver og må ikke skje til fortrenghet for deres lovpålagte oppgaver. Slike avtaler skal godkjennes av Helsedepartementet.

§ 4. Informasjon og statistikk

Norsk Pasientskadeserstatning skal:

- a) sørge for at det blir utarbeidet og formidlet informasjon om erstatningsordningen og pasientskadeloven til helsepersonell og pasienter og
- b) legge til rette for at opplysninger om statistikk og oversikt over skader, skadeomfang og risiko gjøres tilgjengelig i det skadeforebyggende arbeidet.

Kapittel 3. Om styret for Norsk Pasientskadeserstatning

§ 5. Oppnevning

Kongen oppnevner et styre for Norsk Pasientskadeserstatning. Styret skal bestå av fem medlemmer. Kongen beslutter hvilke medlemmer som skal være leder og nestleder. Det oppnevnes personlige varamedlemmer for de tre øvrige medlemmene.

Styret fastsetter sin egen forretningsorden.

Departementet fastsetter godtgjørelsen til medlemmene i styret.

Kongen kan avsette styret.

§ 6. Fungeringsperiode og beslutningsdyktighet.

Leder og nestleder oppnevnes for to år. De tre øvrige medlemmene oppnevnes for en periode på tre år. Ved oppnevningen skal det tas hensyn til kontinuiteten i styrets sammensetning.

Et styremedlem blir stående inntil nytt styremedlem er valgt selv om tjenestetiden er utløpt. Styret er beslutningsdyktig når leder eller nestleder og minst tre andre styremedlemmer er tilstede.

§ 7. Styrets ansvar og oppgaver

Styret skal:

- a) Føre tilsyn med at Norsk Pasientskadeserstatnings virksomhet er organisert på en måte som er i samsvar med lover, forskrifter og instruksjer,
- b) sørge for at forvaltningen av tilskuddene til dekning av ansvaret etter loven er i overensstemmelse med instruks etter § 20 og er gjenstand for betryggende kontroll,
- c) fastsette budsjett og regnskap for Norsk Pasientskadeserstatning innenfor de økonomiske rammer som er gitt,
- d) avgi regnskapet og en årlig rapport om virksomheten i Norsk Pasientskadeserstatning til departementet.

Kapittel 4. Om Pasientskadenemnda

§ 8. Kompetanse

Pasientskadenemnda behandler klager over enkeltvedtak i Norsk Pasientskadeserstatning som nevnt i pasientskadeloven § 14 annet punktum, jf. § 15 første ledd.

Pasientskadenemnda behandler klager over avgjørelser fattet av forsikringsgiver som nevnt i pasientskadeloven § 15 første ledd og klager over avgjørelser fattet av Pasientforsikringsforeningen i forsikringsgivers sted.

§ 9. Anmodning om å overta behandlingen av en sak

Pasientskadenemnda kan etter anmodning fra den som krever erstatning, beslutte å overta behandlingen av en sak som ikke er ferdigbehandlet av Norsk Pasientskadeserstatning eller ansvarlig forsikringsgiver. For at en anmodning om dette skal vurderes, kreves at det har gått minst to år siden kravet ble meldt til en av disse.

I vurderingen av anmodningen kan blant annet hensynet til sakens opplysning, behovet for en to-instansbehandling, førsteinstansens arbeid i saken, årsaken til at to år har gått og hensynet til skadelidte vektlegges.

I saker av en slik art at en saksbehandlingstid over to år er nødvendig, skal ikke Pasientskadenemnda overta behandlingen av saken før avgjørelse i førsteinstansen er truffet med mindre særlige hensyn taler for det.

Pasientskadenemndas sekretariat kan treffe vedtak om å avslå anmodning om overtakelse av saker uten å forelegge anmodningen for Pasientskadenemnda.

Førsteinstansens uttalelse til anmodningen skal innhentes.

Avgjørelsen kan ikke påklages.

§ 10. Oppnevning av Pasientskadenemnda og godtgjørelsen til medlemmene av nemnda

Kongen oppnevner medlemmene i nemnda.

Nemnda skal ha en leder og en nestleder. Leder skal ha juridisk embetseksamen.

Som medisinsk sakkyndige oppnevnes leger med erfaring fra ulike fagområder, herunder allmennlegevirksomhet og sykehusvirksomhet. Det kan også oppnevnes helsepersonell med annen helsefaglig kompetanse.

Brukerrepresentanter oppnevnes etter forslag fra Norsk Pasientforening, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon og Forbrukerrådet.

Departementet fastsetter godtgjørelsen til medlemmene av nemnda.

§ 11. Oppnevning av varamedlemmer

Det oppnevnes personlige varamedlemmer for leder, nestleder og medlemmer av nemnda. Kompetansekravene til leder, nestleder og medlemmer gjelder tilsvarende.

Varamedlemmer for brukerrepresentanter oppnevnes etter forslag fra Norsk Pasientforening, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon og Forbrukerrådet.

§ 12. Fungeringsperiode

Nemndas leder, nestleder, medlemmer og varamedlemmer oppnevnes for en periode på tre år. Finner oppnevning sted i løpet av en periode, gjelder oppnevningen likevel bare til hovedperiodens utløp. Oppnevningen skal sikre kontinuitet over tid.

§ 13. Pasientskadenemndas sammensetning i den enkelte sak

Nemnda skal i hver sak settes med fem medlemmer etter en sirkulasjonsordning som fastsettes av nemndas leder.

Leder eller nestleder bestemmer hvem som skal lede forhandlingene.

Det skal delta to medisinske sakkyndige medlemmer, et medlem med juridisk embetseksamen og en brukerrepresentant.

Dersom et medlem har meldt forfall, og det ikke har latt seg gjøre å kalle inn vararepresentant, kan Pasientskadenemnda dersom ikke hensynet til sammensetningen taler mot det, være beslutningsdyktig også med fire medlemmer. Ved stemmelikhet avgjør forhandlingsleders stemme.

Medlemmer som er inhabile etter domstolloven § 106 eller § 108 kan ikke delta i behandlingen av saken. Spørsmålet om medlemmenes habilitet må avklares før møtedagen.

§ 14. Om Pasientskadenemndas vedtak og gjennomføring av møtene

Sekretariatet forbereder saken og dagsorden og saksdokumenter sendes til nemndsmedlemmene i god tid før møtet.

Vedtak fattes på grunnlag av sekretariatets skriftlige saksfremstilling og etter muntlige drøftelser mellom medlemmene i nemnda.

Nemndas avgjørelser protokollføres. Eventuelle tilleggsopplysninger av betydning for avgjørelsen, fremført av sekretariatet i møtet, skal tas inn i protokollen. Protokollen signeres av møtelederen og sekretariatslederen eller dennes stedfortreder.

Vedtak utferdiges i originaleksemplarer som undertegnes av møtelederen og sekretariatslederen. Ett eksemplar oppbevares av sekretariatet i paginert protokoll. De andre sendes partene i saken.

§ 15. Hvem som kan møte i Pasientskadenemnda

Fra sekretariatet kan leder eller dennes stedfortreder samt saksbehandler møte i nemnda og kan i møtet avklare uklarheter og gi tilleggsopplysninger i saken. En representant for Norsk Pasientskadeserstatning kan møte i nemnda som observatør, men har ikke talerett. Nemndas leder avgjør med endelig virkning hvem som utover dette kan møte i nemnda.

Kapittel 5. Rådet**§ 16. Rådet**

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

Rådet skal bestå av representanter for departementet, de regionale helseforetakene, Kommunenes Sentralforbund, Norsk Pasientforening, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon og Forbrukerrådet.

Rådet skal møtes minst en gang i året. Møtene organiseres av Norsk Pasientskadeserstatning.

Kapittel 6. Finansiering**§ 17. Finansiering av offentlig ansvar**

De regionale helseforetakene, fylkeskommunene og kommunene yter tilskudd til dekning av erstatning for pasientskader samt til dekning av driften av Norsk Pasientskadeserstatning og Pasientskadenemnda.

Departementet dekker ansvar for offentlig helsetjeneste som ikke drives av helseforetak, fylkeskommunen eller kommune eller etter avtale med regionalt helseforetak, fylkeskommune eller kommune.

Tilskuddene fastsettes av departementet.

§ 18. Egenandeler

Dersom Norsk Pasientskadeserstatning utbetaler erstatning, kan det innkreves egenandel fra skadevolder. Departementet fastsetter egenandelens størrelse.

§ 19. Forsikringsselskapenes bidrag til driften av ordningen

Departementet fastsetter størrelsen på forsikringsselskapenes tilskudd til driften av Pasientskadenemnda.

§ 20. Forvaltning av tilskudd til dekning av ansvaret etter loven

Departementet fastsetter instruks for Norsk Pasientskadeserstatnings forvaltning av tilskuddene til dekning av organets løpende ansvar.

Kapittel 7. Ikrafttredelse**§ 21. Ikrafttredelse**

Denne forskriften trer i kraft når Kongen bestemmer.¹

¹ I kraft 1 jan 2004, jf. res. 19 des. 2003 nr. 1646.