

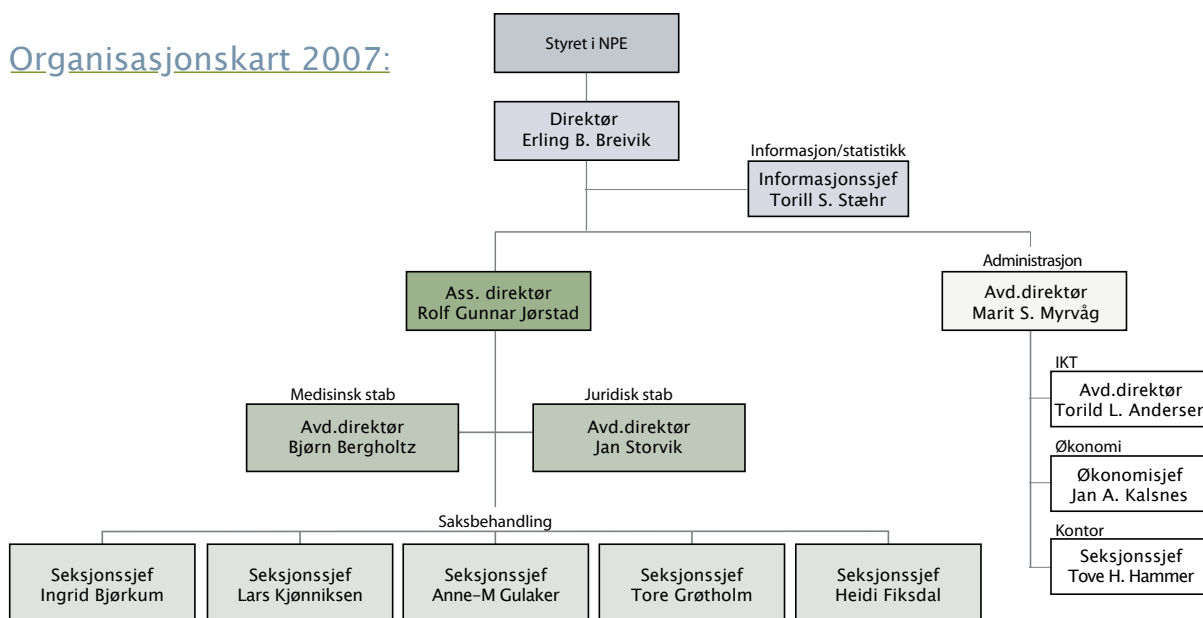
# Årsmelding 2007



# Dette er Norsk Pasientskadeerstatning

Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) er et statlig forvaltningsorgan, underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. NPE behandler erstatningskrav fra pasienter som har blitt påført skade etter svikt i behandlingen innen offentlig helsetjeneste. NPE avgjør om pasienten har krav på erstatning og erstatningens størrelse. NPE har 100 ansatte, og har lokaler i Holbergs gate 1 i Oslo.

## Organisasjonskart 2007:



## Viktige hendelser i 2007

Januar	Prosjekt "Armer og bein" igangsatt
Februar	NPE tar initiativ til nasjonal konferanse om pasientsikkerhet
Mars	"NPE - kilde til læring". Kronikk i Tidsskrift for den norske lægeförening
April	Kurs for sakkyndige innen gynekologi og fødselshjelp
Mai	To interne prosjektrapporter leveres: "Bedre ajouritet/effektiv saksbehandling" og "Spesialisering erstatningsutmåling".
Juni	Seminar for kvalitetsansvarlige ved sykehusene
August	Prosjektrapport fra arbeidsgruppe som har vurdert ytterligere medisinsk spesialisering
Oktober	NPE deltar på Helse- og omsorgsdepartementets pressekonferanse i forbindelse med rapport om meningokokk B-vaksineforsøkene
November	Seminar med pasientombudene
Desember	Overgang til nytt elektronisk saksbehandlingssystem Prosjekt "Armer og bein" nådde målet om 850 vedtak

## Innhold

Dette er NPE	2
En av verdens beste ordninger	4
Et begivenhetsrikt år	6
Færre erstatningskrav i 2007	8
Tusen legemiddelsaker	11
Kommunikasjon og relasjoner	12
Suksessprosjektet "Armer og bein"	14
Nytt servicesenter	15
Et år med krevende utfordringer	16
En gullgruve for forskere	18
Tall og statistikk	19
Saksmengde	20
Vedtaksfordeling	22
Medisinsk område	24
Medholdssakene	26
Avslagssakene	28
Utbetalinger	30
Regnskap 2007	31
Finansiering av ordningen	32
Resultat drift	33
Resultat reguleringsfond	34
Balanse reguleringsfond	34
Resultat konsolidert	35
Balanse konsolidert	36
Noter	37



# En av verdens beste ordninger

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

I tillegg skal styret fastsette budsjett og regnskap for Norsk Pasientskadeerstatning innenfor de økonomiske rammer som er gitt, og avgi regnskap og en årlig rapport om virksomheten til departementet.

## Styrets virksomhet i 2007

Styret har hatt fem møter, hvorav ett ble gjennomført som et to-dagers styreseminar. Styreleder har deltatt i to etatsstyringsmøter og ett budsjettmøte med departementet.

*NPE opplever en ubalanse mellom saksmengden og tildelte driftsmidler.*

Pasientskadeloven sikrer at pasienter i Norge har en av verdens beste erstatningsordninger når de opplever feilbehandling i sitt møte med helsevesenet. Ordningen er i vekst med et stigende antall pasienter som krever utredning av sitt erstatningskrav. Det krever en høyt kompetent organisasjon for å håndtere alle erstatningskravene og sikre en ensartet praksis når det gjelder forståelse og

anvendelse av regelverket. Styret er tilfreds med det effektiviserings- og utviklingsarbeidet som administrasjonen har gjennomført i året som gikk. Det er satt mye ressurser inn på å legge til rette for en effektiv saksbehandling og en god dialog med pasientene underveis. Etter styrets vurdering er det oppnådd gode resultater.

## Store utfordringer

Styret er likevel bekymret for utviklingen, da det ikke bevilges tilstrekkelig midler til å drifte den ordningen som er vedtatt på en god måte. Styret har også vært opptatt av det store arbeidspresset som ledelse og ansatte er utsatt for. NPE opplever en ubalanse mellom saksmengden og tildelte driftsmidler. I tillegg opplever NPE, som resten av samfunnet, at det gode arbeidsmarkedet fører til at flere ansatte enn normalt skifter jobb. Det gir store utfordringer for en virksomhet i vekst å sørge for kompetanseoppbygging hos nyansatte, og opprettholde en god kvalitet i saksbehandlingen.

Styret legger vekt på å opprettholde og utvikle den gode dialogen vi opplever å ha med Helse- og omsorgsdepartementet om situasjonen. Det er av stor betydning å ha et felles mål om å sikre at ordningen kan fungere slik som intensjonene har vært fra helsemyndighetenes side.

## Pasienten i fokus

– NPEs visjon har tre sentrale verdier som rettesnor i arbeidet

### Omtensom

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

### Opplysende

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

### Kvalitetsbevisst

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





*Helge A. Robertsen, nestleder*



*Brit Denstad, styreleder*



*Gudrun Holgersen, styremedlem*



*Haavard Ingvaldsen, styremedlem*



*Kåre Harila, styremedlem*

## Styret i Norsk Pasientskadeerstatning

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

### Varamedlemmer:

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

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

Direktøren har ordet

## Et begivenhetsrikt år for NPE



2007 var et spesielt år på flere måter for NPE. Vi ser at antallet meldte erstatningskrav har stagnert, og det bryter med den tendensen vi har sett de siste fem årene med sterk vekst i meldte erstatningskrav. Det er for tidlig å si hva dette kan skyldes, her må vi avvente og se utviklingen over tid.

På grunn av det gode arbeidsmarkedet opplevde vi også at mange av våre dyktige saksbehandlere gikk over i andre stillinger utenfor NPE. Dette påvirker selsvagt muligheten til å avvikle saker i et godt tempo. NPE har opplevd en jevn vekst i meldte erstatningskrav de siste årene, men vi har ikke opplevd en tilsvarende vekst i tildelte midler. Vi har snudd på mange steiner internt for å effektivisere, både med å se på organisering av virksomheten, endre rutiner og å ta i bruk nye verktøy. Dette har gitt god effekt, men vi opplever likevel at gevinsten blir spist opp av det forhold at det kommer flere saker inn.

### **Radikale løsninger**

Denne ubalansen mellom ressurser og saksmengde, kombinert med tap av kompetanse grunnet unormalt høy turnover, gjorde at vi måtte ty til radikale løsninger for å håndtere alle sakene. Som ett av flere tiltak anså vi det nødvendige å innføre en midlertidig køordning for nye saker. Det sitter langt inne å gå til et slikt skritt, da vår målsetting er å redusere saksbehandlingstiden. Men forholdene tatt i betraktning, fant vi det riktig å iverksette dette tiltaket. Ledelsen har nå naturlig nok et sterkt fokus på å redusere og avvikle denne køordningen.

### **Lysere tider i møte**

Om jeg skal driste meg til en kort oppsummering av året 2007, så må det bli slik: Vi har sett bedre år enn 2007, både for NPE og våre brukere. Imidlertid kan jeg forsikre at vårt mål er at pasientene skal få det de har krav på så raskt en forsvarlig saksbehandling tillater. Det engasjement NPEs medarbeidere viser i å takle utfordringene, gjør meg trygg på at organisasjonen og pasientene går lysere tider i møte.

*Direktør Erling B. Breivik*

## Ordningen utvides til å omfatte privat sektor

Fra neste årsskifte vil pasientskadelovens gunstige erstatningsordning også omfatte de som får behandling hos helsepersonell i privat sektor. Dette gjelder for eksempel behandling hos de fleste tannleger og kiropraktorer og en del leger, psykologer og fysioterapeuter. Alt helsepersonell vil da komme inn under ordningen.

Loven er gunstigere for pasientene enn alminnelige erstatningsrettslige regler, både hva gjelder vilkårene for å få erstatning og behandlingsmåten. Jeg synes det er svært positivt at alle pasienter vil få samme rettigheter når det gjelder erstatning ved pasientskade, uansett hvor de er behandlet.

Organisasjonen får imidlertid noen utfordringer. De viktigste er å knytte til seg spesialister på nye medisinske områder, opplæring av saksbehandlere og informasjon om utvidelse av loven til alle berørte parter. Vi skal også ha på plass en systemløsning for registrering, tariffing og fakturering. I november 2007 innførte NPE et hel-elektronisk saksbehandlingssystem for alle deler av organisasjonen, og vi vil utnytte mulighetene som ligger i vårt nye system så langt det er mulig.



*NPE har opplevd en jevn vekst i meldte erstatningskrav de siste årene, men vi har ikke opplevd en tilsvarende vekst i tildelte midler.*

### Utfordringer i 2008

Med den økende saksmengden, har NPE noen utfordringer med hensyn til riktig ressursbruk i saksbehandlingen. Det er gjort en intern gjennomgang av måten saksbehandlingen er organisert på, og det er besluttet å gjennomføre enkelte organisasjonsendringer.

### De viktigste endringene er:

- ▶ Ytterligere medisinsk spesialisering
- ▶ En egen enhet for å beregne erstatning i mer kompliserte saker
- ▶ Inndeling i mindre arbeidsgrupper for å kunne legge bedre til rette for teamarbeid og tett oppfølging fra faglig leder
- ▶ Opprettelse av ny overordnet lederstilling med ansvar for produksjon

Tiltakene vil bli gjennomført i første halvår 2008. Jeg har stor tro på at dette på sikt vil føre til en mer pasientrettet og effektiv behandling av erstatningskravene.



## Færre erstatningskrav i 2007



NPE har fått meldt 3 740 erstatningskrav i 2007. Det er en liten nedgang i forhold til 2006, da det ble meldt 3 860 krav. I første halvår så vi en normal saksinngang, med sju prosent økning fra første halvår i 2006. I annet halvår var det imidlertid en uventet nedgang i antallet meldte krav på hele 20 prosent.

»» Av Torill Svoldal Stæhr

– Dette er overraskende for oss, men vi tror nok at dette mest sannsynlig er en midlertidig utvikling, og at NPE vil se en økning i antall meldte krav også i tiden framover. Når vi ser på de anslag som gjøres over antallet feilbehandlinger i helsevesenet, mener vi at det er grunn til å tro at det er flere pasienter som har krav på erstatning, sier assisterende direktør Rolf Gunnar Jørstad.

*NPE har innført en køordning for nye erstatningskrav. Med færre saker inn, er det da nødvendig å legge saker i kø?*

– Her må vi se utviklingen over tid, sier Jørstad. NPE har hatt en jevn vekst i saksmengden gjennom mange år, men har ikke fått tildelt tilstrekkelige ressurser til å behandle sakene. Sist år var særlig utfordrende for NPE, og det skyldes hovedsakelig to forhold:

1. Vi opplever et manglende samsvar mellom tildelte ressurser og den økningen i saksmengde som har vært de siste fem årene. Da vil avviklingen av saker nødvendigvis hope seg opp, selv om vi har gjennomført mange tiltak for å effektivisere saksbehandlingen.
2. I tillegg har NPE hatt en unormalt stor turn-over på saksbehandlersiden på grunn av det gode arbeidsmarkedet. Vi har derfor mistet mye kompetanse, ikke minst på det å beregne og fastsette riktig erstatning. Dette er et fagfelt det tar tid

Assisterende direktør Rolf Gunnar Jørstad



å lære og å bli god på. Selv om vi over tid har greid å erstatte antallet hoder, har det kostet oss mye i ressurser til rekruttering og opplæring, og det vil ta tid å bygge opp igjen den kompetansen som har forlatt organisasjonen.

### Effektivisering og økt service

#### *Når kan køen avvikles?*

– Det vil i stor grad avhenge av om forholdet mellom tildelte ressurser og antallet meldte saker forbedres. Alt tatt i betraktning, vurderer vi det som sannsynlig at saksmengden vil øke igjen i 2008 og også i 2009. Ordningen utvides til å omfatte privat sektor fra 1. januar 2009. Da vil pasienter kunne få erstatning etter feilbehandling hos tannlege, fysioterapeut, psykolog, etter plastikkirurgi med mer.

#### *Blir det flere prosjekter av denne typen?*

– Dette er så gode resultater at vi har besluttet å videreføre denne arbeidsformen for enklere ortopedisaker og enkelte andre utvalgte saksområder. Prosjektet er avsluttet, men arbeidsmetodene videreføres i en strømlinjeformet modell i linjeorganisasjonen, svarer Jørstad. Med økende saksmengde må vi hele tiden planlegge for en presis og riktig ressursbruk, fortsetter han. Det er gjort en intern gjennomgang av måten saksbehandlingen er organisert på, og vi har besluttet å gjennomføre noen endringer. Vi går nå i retning av mindre grupper av saksbehandlere og større grad av medisinsk spesialisering.

*Når vi ser på de anslag som gjøres over antallet feilbehandlinger i helsevesenet, mener vi det er grunn til å tro at det er flere pasienter som har krav på erstatning.*

Vi jobber hele tiden med tiltak for å redusere og avvikle køen, men vil også være avhengige av at NPE gis handlingsrom for å håndtere den saksmengden vi til enhver tid har. Det er derfor usikkert når vi vil greie å avvikle køen, sier Jørstad.

### Prosjekt "Armer og bein"

Et meget vellykket eksempel på tiltak for å effektivisere saksbehandlingen og få ned saksbehandlingstiden, er prosjektet "Armer og bein". Formålet med dette prosjektet var å teste ut alternative måter å gjennomføre saksbehandlingen på, for å redusere tidsbruken. Det ble satt sammen en liten gruppe saksbehandlere, som kun jobbet med mindre kompliserte saker innenfor ortopedi. Gruppen hadde stor tilgang til medisinsk ekspertise, og fattet vedtak i 907 saker, med en saksbehandlingstid på 6–7 måneder. Prosjektgruppen oversteget målene med 57 vedtak.

### Etablering av nytt servicesenter

NPE skal informere brukere og publikum om retten til å søke erstatning. Det er også et mål at pasientene skal ha realistiske forventninger til hva erstatningsordningen omfatter.

#### *Hva gjøres konkret for å gi god informasjon?*

– Vi opplever at det er et stort behov for informasjon og veiledning hos brukerne, og vil derfor opprette et eget servicesenter. Senteret vil ta i mot alle telefonhenvendelser, gi råd og veiledning om behandling av pasientskadesaker, og besvare post med generelle spørsmål om ordningen. Vi er i gang med å rekruttere medarbeidere, og vi håper at senteret vil være operativt før sommeren, sier Jørstad.

## NPE i Tidsskrift for Den norske lægeforsening

### *"Verdens beste helsetjeneste bør bli enda bedre" (Tidsskriftet 17/2007)*

Selv om vi har et godt helsevesen i Norge er det viktig at vi jobber med økt pasient-sikkerhet. All erfaring tilsier at dette er noe man må være opptatt av fra øverste ledelse og nedover i systemet, sier Rolf Gunnar Jørstad i en artikkel i Tidsskriftet.

### *"Norsk Pasientskadeerstatning - en kilde til læring" (Tidsskriftet 6/2007)*

Det er et stort potensial for læring i de rundt 25 000 ferdigbehandlede sakene i Norsk Pasientskadeerstatning. Det er et tankekors at helsevesenet, både på makro- og mikroplan, så langt har vist beskjeden interesse for dette materialet, sier forfatterne i en kronikk i Tidsskriftet.





*PASIENTSIKKERHET: Første nasjonale konferanse om pasientsikkerhet planlegges i NPEs lokaler.*

### Pasientsikkerhet

NPE har vært opptatt av å fortsette arbeidet med å sette fokus på økt pasientsikkerhet og nytten av å kunne bruke erfaringer fra skadesaker i dette arbeidet.

– Vi tok kontakt med Kunnskapssenteret i forkant av etableringen av Nasjonal enhet for pasientsikkerhet, for å invitere til et samarbeid med den nyopprettede enheten. Som et resultat av dette, har enheten sett nærmere på vår database med tanke på å bruke det materialet som ligger her. I tillegg har de invitert NPE til å delta i rundebordskonferanser og to arbeidsgrupper som jobber med pasientsikkerhetsspørsmål, sier Jørstad.

### Nasjonal konferanse

NPE tok våren 2007 initiativet til å vurdere om det skulle arrangeres en nasjonal pasientsikkerhetskonferanse i Norge. Etter et møte med bred deltakelse fra sentrale aktører innen helsevesenet, ble det enighet om at en slik konferanse skal arrangeres på høsten 2008. Ansvaret for

konferansen er lagt til den nasjonale enheten i Kunnskapssenteret. NPE er med i programkomiteen og står som medarrangør sammen med Helse- og sosialsynet, Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene.

### Meningokokk B-vaksine

Samlet har NPE mottatt opp i mot 280 krav om erstatning fra personer som mener at de kan ha blitt påført ME/kronisk tretthetssyndrom etter å ha fått vaksine mot hjernehinnebetennelse i perioden 1988–94. Antallet saker stiller store krav til en mest mulig effektiv saksflyt og en enhetlig vurdering. Sentralt for utredningen har vært det tidsintervallet der symptomene på ME eller annen neurologisk lidelse oppstår. Til nå er 134 saker avslått, 52 er henlagt, mens 92 saker fortsatt er under utredning. Avslagene skyldes at utredningen viser at det er lite sannsynlig at det er vaksinen som har ført til at pasientene har utviklet ME. Noen saker er henlagt fordi vedkommende ikke var del av vaksineforsøket.

#### *Hva skjer med sakene som er under utredning?*

– Dette er en krevende oppgave fordi sakene ligger langt tilbake i tid. Mange setter symptomer og sykdom de har i dag i sammenheng med vaksinen de fikk i ungdomsskolen eller som rekrutt i Forsvaret. Når vi skal vurdere sannsynligheten for sammenheng, må vi både sjekke opp journaler langt tilbake i tid og legge avgjørende vekt på den dokumenterte kunnskap som finnes rundt forholdet mellom meningokokk vaksine og utvikling av forskjellige sykdommer, herunder ME, sier Jørstad.

Spørsmålet om meningokokk B-vaksinen kan ha medført skade, er brakt inn for Verdens Helseorganisasjon (WHO). WHO har et ekspertpanel på vaksineskader, og dette panelet har i desember 2007 vurdert blant annet den norske meningokokk vaksinen.

*Sentrale aktører i helse-Norge møtes for å planlegge en nasjonal konferanse om pasientsikkerhet.*

## Fakta om vaksineforsøket

Meningokokk B-vaksinen ble utviklet på bakgrunn av en epidemi av hjernehinnebetennelse på 1980-tallet. Mellom 200 og 300 barn ble alvorlig syke hvert år. 180 000 ungdomsskoleelever og 55 000 rekrutter deltok fra 1988 til 1994 i et vaksineforsøk i regi av Nasjonalt institutt for folkehelse. Formålet var å teste ut en nyutviklet vaksine mot hjernehinnebetennelse. Meningokokkvaksinen ble aldri tatt inn i det nasjonale barnevaksinasjonsprogrammet, og vaksinen er ikke brukt i Norge etter 1994.

I 2006 kom det fram at vaksinen kan ha ført til kronisk tretthetssyndrom (CFS/ME). Staten ved Folkehelseinstituttet var ansvarlig for forsøket, og statens ansvar for eventuelle skader som følge av forsøket ble regulert i en Stortingsproposisjon fra 1987–88. NPE er i dag på vegne av staten ansvarlig for pasientskader, og skal derfor behandle eventuelle erstatningskrav. Til nå har det kommet inn nærmere 300 erstatningskrav fra personer som mener seg skadet av vaksinen.

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

# Tusen legemiddelsaker

NPE har ansvar for saksbehandling av legemiddelskader. I løpet av året rundet NPE erstatningskrav nummer 1000 siden det første kravet kom inn 1. juli 1989. Lars Kjønneksen, seksjonssjef med ansvar for legemiddel- og vaksinesaker, mener det er store mørketall i forhold til saker som blir meldt inn.

» Av Nils Stian Aasheim

NPE behandler søknader om erstatning på vegne av Legemiddelforsikringspoolen og Norsk legemiddelforsikring AS. Alle produsenter, importører og utprøvere av legemidler i Norge er dekket gjennom denne ordningen.

I 2007 kom det inn i overkant av 100 legemiddelsaker. Et overraskende lavt tall, ifølge Lars Kjønneksen.

*- Dette tallet forteller oss at vi burde hatt mange flere saker. I Sverige får de inn tre ganger så mange krav om erstatning som oss. Det er vanskelig å peke ut en konkret årsak, men vi tror det kan skyldes manglende kjennskap til ordningen både hos helsepersonell og i befolkningen for øvrig.*

## Bivirkningsrapport

Antallet innkomne saker står i kontrast til opplysninger som kom fram i bivirkningsrapporten til Statens legemiddelverk fra 2006. Her ble det registrert totalt 1829 nye bivirkningsmeldinger i 2006. Av disse var 56 prosent alvorlige, dødsfall inkludert.

*- Også når det gjelder barn i alderen 0-9 år viser rapporten til Statens legemiddelverk at man har hatt mer enn en dobling i meldinger om bivirkninger. Vi mottar svært sjelden krav som følge av bivirkninger hos barn, sier Kjønneksen.*

## Vioxx dominerer

Det er lite som skiller tallene for 2006 og 2007 når det gjelder legemiddelsaker. I 2005 kom det inn dobbelt så mange. Årsaken er de mange sakene som kom inn etter at legemiddelet Vioxx i 2004 ble trukket fra markedet på grunn av ny forskning som viste at bruk førte til økt risiko for hjerneslag og hjerteinfarkt. Dette førte til en flerdobling av saksmengden.

*- Vi jobber fortsatt med de siste Vioxx-sakene. NPE har fattet vedtak i om lag 200 saker av de totalt 275 som vi har fått inn. Det er en større medholdsandel blant disse sakene enn andre erstatningssaker og legemiddelsaker for øvrig.*



Seksjonssjef Lars Kjønneksen

## Forlik i USA

På tampen av 2007 kom legemiddelprodusenten Merck med et forslag til forlik til de som var rammet av Vioxx. Etter at dette ble kjent, har NPE mottatt en rekke henvendelser fra publikum.

*- Forliket gjelder kun amerikanske borgere, så det er ingen grunn til å håpe på dobbel utbetaling for dem som skulle ha rett til erstatning. Hvis man ser på alle krav som har kommet inn i USA, så foreligger det en gjennomsnittsutbetaling på ca. 500 000 kroner. Dette beløpet skal også inkludere advokatutgifter. Når disse trekkes fra, havner man på samme sum som gjennomsnittsutbetalingen i Norge.*

## Økning i antall vaksinesaker

Selv om det er liten vekst i antall legemiddelsaker, opplever seksjonen en økning i antall vaksinesaker. I 2006 ble det avdekket at vaksineforsøket mot meningokokksmitte på slutten av 1980-tallet og begynnelsen av 1990-tallet kan ha ført til flere tilfeller av kronisk tretthetssyndrom (ME). Totalt har det kommet inn nær 280 krav om erstatning.

*- Vioxx og vaksinesaken har vært dominerende når det gjelder saksomfanget. Vi har gjort noen grep i forhold til å effektivisere saksbehandlingen. Blant annet har vi avholdt møter der vi samlet en stor mengde saker på bordet og løste disse sammen med en sentral advokat, sier Lars Kjønneksen. Han legger til at det er en økt tendens til at avgjørelser klages inn til Forsikringsklagekontoret.*

## Nøkkeltall legemiddelsakene 2007

► Mottatte saker:	107
► Utbetalinger:	16,4 millioner
► Medhold/avslag:	33/64



Informasjonssjefen har ordet

## Kommunikasjon og relasjoner



NPE legger vekt på å ha kontakt med pasienter og andre viktige aktører i Helse-Norge. God kommunikasjon er sentralt for å få innspill til hvordan saksbehandlingen kan bedres og hvordan NPEs materiale kan bidra til å forebygge feilbehandlinger i framtida.

»» Av Torill Svoldal Stæhr

### **Seminar med pasientombud**

Hvert år møtes NPE og landets pasientombud til informasjonsutveksling. Årets seminar fant sted i november. På programmet sto ulike tema som berører erstatningsordningen og de utfordringer NPE står overfor i saksbehandlingen. Pasientombud Anne-Lise Farstad var ordstyrer under siste punkt på programmet. Hun formidlet på en god måte ombudenes konkrete tilbakemeldinger om hvordan de opplever NPE gjennom sin bistand i enkeltsaker. Flere av ombudene kom med supplerende innspill. Spesielt stor oppmerksomhet fikk NPEs køsystem og informasjonsbrevet som sendes erstatnings-søkerne. Medisinsk utredning av sakene ble også drøftet. Ombudene ga ros til saksbehandlerne for å være åpne og behjelpelige når de tar kontakt.

### **Hva sier pasientene selv?**

I mai gjennomførte vi to fokusgrupper i regi av Synovate MMI for å få brukernes egne erfaringer og synspunkter på hvordan NPE kan bli bedre. Del-takerne hadde fått ferdigbehandlet sin søknad om erstatning, og ble bedt om å svare på forskjellige spørsmål om hvordan de opplevde kommunika-sjon, dialog og service underveis i søkeprosessen. Et tydelig trekk var at pasientene var godt fornøyd med den informasjonen de får, men ønsket et mer ledig språk i brevene. De ønsker også mer person-lig kontakt underveis i saksbehandlingen.

### **Kommunikasjonsseminar**

En intern gruppe arbeidet videre med innspillene fra fokusgruppene og pasientombudene, i tillegg til å systematisere egne erfaringer. Forslag til tiltak og forbedringer ble behandlet på et seminar med lederne av saksbehandlingen i september. På seminaret ble det også drøftet økt bruk av e-post, telefon og møter i løpet av saksbehandlingen, for å imøtekomme ønsket om mer direkte kontakt.

*Informasjonssjef Torill Svoldal Stæhr*

## Samspill med Helse-Norge

I juni arrangerte NPE seminar på Gardermoen for kvalitetsansvarlige ved sykehusene. Det var omkring 60 deltakere fra helseforetak over hele landet. Målet med møtet var å etablere kontakt med nøkkelpersoner i kvalitetsarbeidet i helseforetakene, slik at NPE kan få innspill om hvordan etatens brede erfaringsmateriale best mulig kan komme til nytte i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet ved det enkelte foretak/regionale foretak.

### Vellykket seminar

Leder for Nasjonal enhet for pasientsikkerhet, Øystein Flesland, presenterte tanker om hvilke muligheter han så for seg når det gjelder bruk av NPE-materialet. Den databasen NPE har opparbeidet gjennom 20 år gir verken et fullstendig eller representativt uttrykk for skader i helsevesenet. Likevel påpekte Flesland at databasen nok inneholder landets beste og mest grundige oversikt over pasientskader. Han så derfor fram til et nyttig samarbeid med NPE om bruk av NPE-materialet.

### Utfordring med informasjon

Økningen i antall pasientskadesaker til NPE ble diskutert. Flere kom inn på at helsepersonell bør gi bedre informasjon til pasientene i forkant, slik at de skal få mer realistiske forventninger til resultatet av behandlingen. Det er viktig å få pasientene til å forstå at ikke alle kan bli helbredet, og at en del medisinsk behandling vil innebære en viss risiko. Med bedre informerte pasienter vil man kunne redusere antallet urealistiske krav om erstatning.



Medisinsk fagsjef Bjørn Berg-holtz holdt foredrag og var ordstyrer på seminaret.

”Pasienter og andre aktører gir oss nyttige innspill til forbedring av vår kommunikasjon.

### Godt norsk

Et av tiltakene som er gjennomført, er en oppdatering av våre interne språkregler i tråd med Språkrådets anbefalinger. En egen gruppe har gått gjennom alle brevmaler for å sikre at det skrives et klart, presist og forståelig norsk.

### Medieoppslag

NPE opplever stor interesse fra pressen. Mediestatistikk for 2007 viser at det er registrert nesten 1700 medieoppslag om NPE. De temaene som har fått mye omtale siste år, har vært koordning for nye saker, vaksineforsøkene (meningokokk B), erstatningskrav i forbindelse med listeriasmitte, e-colismitte, fødselsskader og psykiatri. I noen saker får pasientens sykehistorie og behandling mye medieomtale. I de tilfellene vil ofte erstatningssaken også få bred dekning i pressen.

### Nordisk samarbeid

I september ble det årlige nordiske møtet gjennomført i Tusby i Finland. Det nordiske samarbeidet gir et godt utbytte for alle landene som deltar, blant annet i form av nyttig sammenlikning av sentrale områder som utvikling i antallet meldte krav, utbetalinger, skadeområder og regelverk.

Deltakerne er ikke i en konkurransesituasjon og utveksler fritt ideer om nye verktøy og systemer, effektiviseringsarbeid og utvikling av organisasjonene. Kommunikasjon og brukerorientering var også sentrale tema på årets møte.

### Kurs for gynekologer

I midten av april holdt NPE kurs for sakkyndige innen spesialiteten gynekologi og fødselshjelp. Kurset var et resultat av et samarbeidsprosjekt mellom Norsk gynekologisk forening og NPE, og er godkjent som etterutdanningskurs for ferdige spesialister. Målet med kurset var å sikre en større felles plattform for de som tar på seg sakkyndigoppdrag innen området gynekologi og fødselshjelp. Kurset inneholdt en kombinasjon av informasjon om pasientskadeordningen, noe juridisk opplæring, og fokus på rollen som sakkyndig.

### Foredrag

NPE har for øvrig deltatt på en rekke møter med foredrag om erstatningsordningen og utvalgte tema innen medisinske områder.

## www.npe.no

Vi får gode tilbakemeldinger fra både pasienter og andre brukere på vår nettbaserte informasjon. Statistikken for 2007 viser at brukerne av nettstedet er mest interessert i informasjon om ordningen, spørsmål og svar om saksbehandlingen og hvordan en går fram for å kreve erstatning.

I tillegg ser vi at skademelding og informasjonsbrosjyre blir hyppig lastet ned. Det er også stor interesse for eksempelsamlingen, som inneholder ferdigbehandlede, anonymiserte saker.



Prosjektmodell videreføres

# Suksess for prosjektet "Armer og bein"



TEAMET: Seksjonssjef Heidi Fiksdal (foran) sammen med f.v. Torgeir Finne, Elin Johnsen og Sissel Kjøde.

I 2006 dukket ideen opp om å la en liten gruppe med saksbehandlere jobbe med fokus på én type saker, og med det opparbeide seg god kompetanse på området. I januar 2007 var prosjektgruppa "Armer og bein" på plass med nye fjes og djerve mål. I gruppa inngikk en gruppeleder samt tre saksbehandlere.

*- Bakgrunnen for prosjektet var å forsøke nye tiltak for å effektivisere saksbehandlingen. Vi ville se på hvordan en liten gruppe kunne løse enkle saker innenfor et avgrenset område som inkluderte alt fra bruddbehandling, skulderoperasjoner, innsetting av hofte- og kneprotese til menisk- og korsbåndoperasjoner. Ryggsaker var holdt utenfor fordi dette ikke ble ansett som enkle nok saker, forteller Heidi Fiksdal.*

## Nybrottsarbeid

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid i NPE ligger i dag på ca. 12 måneder. Stor økning i saksmengden har tvunget fram et behov for å finne nye måter å jobbe på. Heidi Fiksdal er svært fornøyd med "Armer og bein"-teamet som har tatt ansvar og jobbet iherdig med å korte ned tida. I mange saker som er behandlet i prosjektet, ligger saksbehandlingstida på mellom tre og seks måneder.

*- Vi har fått mange gode tilbakemeldinger fra flere hold. Til og med fra en pasient som ringte og var kjempefornøyd med rask saksbehandling selv om det endte med avslag. Det har virkelig vært et*

Gjennom 2007 har en nøye sammensatt prosjektgruppe behandlet enkle saker innen muskel og skjelett (ortopedi). Målet var 850 ansvarsvedtak for 2007. Da året var omme, hadde gruppa behandlet hele 907 saker. – Nå skal modellen videreføres, forteller Heidi Fiksdal, seksjonssjef med ansvar for forberedende saksbehandling og prosjektet "Armer og bein".

►► Av Nils Stian Aasheim

*Hyppige legemøter og god tilgang på dyktige leger er en av suksessfaktorene for prosjektet.*

*morsomt prosjekt å jobbe med, og alle i teamet har gjort en strålende jobb. Dessuten har det vært inspirerende å få bidra til å utvikle nye måter å jobbe på i NPE, sier Heidi Fiksdal.*

Evalueringen viser at erfaringene med nybrottsarbeidet i "Armer og bein"-prosjektet har vært så gode at NPE viderefører prosjektmodellen inn i den faste linjeorganisasjonen. Kurantsakgruppa er det nye navnet, og i 2008 skal denne gruppa behandle ortopedisaker (minus rygg), enkle øyesaker, kurante øre-, nese-, halssaker og andre saker som raskt kan avgjøres i legemøte.

## Intense dager

Saksbehandlerne i "Armer og bein" har hatt fordelene av å kunne ta "ferske" saker fortløpende etter hvert som de kom inn til NPE. For hvert kvartal har gruppa hatt klare mål. I tillegg har medisinsk fagsjef Bjørn Bergholtz sørget for at det har vært god tilgang på spesialister.

*- Hyppige legemøter og god tilgang på dyktige leger er en av suksessfaktorene for prosjektet. Vi har kjørt hardt på med intense heldagsmøter inntil tre dager per uke med spesialistene. Mesteparten av jobben er gjort når saken er blitt behandlet i disse legemøtene, avslutter Heidi Fiksdal.*



## Nytt servicesenter

Norsk Pasientskadeerstatning ønsker å styrke sin service til pasienter som søker erstatning. Et nytt servicesenter skal være operativt før sommeren 2008.

» Av Torill Svoldal Stæhr

Vi opplever at mange trenger hjelp og veiledning både før, under og etter at de har valgt å søke erstatning. Det er også mange som ønsker å møte personlig, framfor å få hjelp via telefon eller e-post.

### Nytt servicesenter

Det etableres derfor et servicesenter som skal bemannes med tre personer. Oppgavene på servicesenteret blir i hovedsak å ta i mot besøk, besvare generelle spørsmål, gi veiledning i å utfylle skademeldingsskjema, besvare telefoner og e-post og sende ut informasjonsmateriell. Planen er at senteret skal være operativt før sommeren. Det legges organisatorisk til den seksjonen som står for den innledende saksbehandlingen og som har en del av veiledningsoppgavene i dag.

### Økt tilgjengelighet for brukerne

Gevinster for brukerne vil være at de får raskt svar på generelle henvendelser, og de får snakke med personer som har god oversikt over organisasjonen og god kunnskap om erstatningsordningen.

*Vår kontakt skal være personlig og gi individuell hjelp og oppfølging. (fra NPES visjon)*



*DIALOG: Servicesenteret skal gi veiledning og hjelp i søkeprosessen.*



# Et år med krevende utfordringer



En organisasjon i utvikling, innføring av nye elektroniske løsninger, pressede budsjetter og et arbeidsmarked som strammer seg til. Året 2007 har bydd på krevende utfordringer for organisasjonen.

» Av Marit Stene Myrvåg

Å beholde dyktige medarbeidere og sørge for gode arbeidsforhold i en presset arbeidssituasjon er viktige oppgaver. Vi har opplevd en relativt høy turnover i 2007, og har måttet jobbe aktivt for å beholde nøkkelpersonell i et stramt arbeidsmarked.

NPE har om lag hundre ansatte, med hovedvekt på jurister. Leger, økonomer, samfunnsvitere og andre faggrupper er også representert. Det er flest kvinnelige ansatte. NPE er tilknyttet bedriftshelse-tjeneste og er en inkluderende arbeidslivsbedrift (IA). Sykefraværet er lavt og utgjorde 4,2 prosent i 2007. Langtidsfraværet utgjorde 2,2 prosent. Det er ikke registrert ulykker eller skader på ansatte i året som gikk.

## Kompetanseutvikling

NPE er avhengig av god faglig kompetanse i alle ledd. Kompetanseutvikling prioriteres derfor høyt, både i form av eksterne og interne opplæringsaktiviteter. I 2007 er det blant annet avholdt interne kurs innen infeksjonsproblematikk og kurs i beregning av erstatning. Vi har også oppdatert våre opplæringsplaner, blant annet innen det medisinske området.

## Lederutvikling

Lederutviklingstiltak gjennomføres som en kombinasjon av aktiviteter for ledergruppa som helhet, og tiltak rettet mot enkeltledere etter situasjon og behov. Vi har videreutviklet konseptet vårt for lederevaluering og vil ta dette i bruk fra 2008.

*Vi har opplevd en relativt høy turnover foregående år, og har måttet jobbe aktivt for å beholde nøkkelpersonell i et stramt arbeidsmarked.*



Avdelingsdirektør Marit Stene Myrvåg



### Miljøledelse

NPEs ledelse har gjennomført årlig gjennomgang av status og prioriteringer i miljøarbeidet. Som en følge av dette, er det blant annet innført tiltak innen energiøkonomisering.

### Risikostyring

Vi har startet arbeidet med systematisk risikostyring og internkontroll i henhold til krav for statlige virksomheter.

### Samarbeidet med tillitsvalgte

Samarbeidet med tillitsvalgte oppleves som godt og konstruktivt. Informasjons-, drøftings- og forhandlingsmøter gjennomføres etter en avtalt årsplan. Høsten 2007 ble det avholdt lokale forhandlinger etter hovedtariffavtalens punkt 2.3.3. Det er også gjennomført årlig evalueringsmøte med erfaringsdiskusjoner i henhold til hovedavtalens bestemmelser. Fokus for samarbeidet i 2007 har vært utfordringer knyttet til turnover, tiltak for å beholde dyktige medarbeidere og å opprettholde gode arbeidsforhold i en travel tid for våre medarbeidere.



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

## Likestilling – menn oppfordres til å søke..

Kvinner utgjør 69 prosent av NPEs ansatte, og det er en klar overvekt av kvinnelige søkere til ledige stillinger i NPE. For å øke andelen menn i stillingsgrupper hvor disse er underrepresentert, tas det inn en oppfordring om mannlige søkere i stillingsannonsene. NPEs styre har en kvinnerepresentasjon på 40 prosent. Inkluderes varamedlemmene, utgjør kvinneandelen 50 prosent.

### Nøkkeltall likestilling

	Kvinner	Menn
Fordeling i den totale arbeidsstokken	69 %	31 %
Kjønnsfordeling blant ledere	50 %	50 %
Fordeling av total lønnsmasse	66 %	34 %

## Nytt saksbehandlingssystem (SIRI) lansert i november



**LANSERING AV SIRI:** Avdelingsdirektør IKT Torild Lund Andersen sammen med ass.dir. Rolf Gunnar Jørstad og direktør Erling B. Brevik som serverte morgenvafler.

IKT har vært i fokus i 2007. Deler av vårt store prosjekt NPE-hverdag er gjennomført. I forbindelse med dette, er den tekniske infrastrukturen endret for å gi bedre sikkerhet og muligheter for sikker kommunikasjon. Nytt saksbehandlingssystem, som var et av hovedmålene i prosjektet, ble satt i drift i november. Det ble avholdt navnekonkurranse, og

vinnernavnet SIRI står for Samhandling, Informasjon, Rapportering og Integrasjon.

NPE har nå muligheter til å ha fullelektronisk saksbehandling i alle deler av organisasjonen i et system som tilfredsstiller NOARK-standarden. Vi mottar store mengder dokumenter, og materiale av arkivmessig betydning blir nå skannet ved mottak og er raskt tilgjengelig for organisasjonen.

NPE-hverdag er et stort prosjekt for NPE og gir gevinster internt. Enda viktigere er de samfunnsmessige gevinstene dette prosjektet har i forhold til kommunikasjon med pasienter og helsevesenet. Vi har derfor innledet et samarbeid med Senter for statlig økonomistyring (SSØ) for å belyse dette. Resultatet av dette arbeidet vil foreligge våren 2008.

Vi har også tatt initiativ til et samarbeid med NAV og Skattedirektoratet for å få oversendt dokumentasjon elektronisk i forbindelse med saksbehandlingen. Vi har samtidig innledet et samarbeid med Diakonhjemmet for å etablere en forsøksordning med elektronisk oversendelse av nødvendig dokumentasjon i forbindelse med saksbehandlingen. Samtidig vil Diakonhjemmet gis direkte tilgang til ønsket statistisk materiale fra NPE.



# En gullgruve for forskere

Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) har hittil ferdigbehandlet over 30 000 erstatningskrav. I ca. 10 000 av disse har avgjørelsen falt ut i erstatningssøkerens favør. NPEs saksarkiv utgjør derfor en rikholdig kilde til kunnskap om hva som kan gå galt i de norske helsetjenestene.

►► Av Bjørn Bergholtz

Hver enkelt sak gjennomgår en grundig vurdering, både av det medisinske forhold som ligger til grunn for søknaden og det juridiske grunnlaget for en eventuell erstatning. All dokumentasjon fra denne utredningen arkiveres hos NPE i 20 år. Saksmappene inneholder informasjon fra mange kilder. Vi innhenter medisinsk dokumentasjon fra helse-tjenestene, informasjon fra trygdeetaten, sakkyndige vurderinger og informasjon fra pasient eller pårørende. Sakene kunne derfor være en verdifull kilde til forskning. I tillegg til at sakene kan studeres med tradisjonell vitenskapelig tilnærming, egner de seg særlig godt for alternative vitenskapelige teknikker (kvalitativ metode) og for sosialantropologisk forskning. Men lovgivningen setter strenge begrensninger for slik bruk av helseopplysninger. Sakene inneholder personsensitive opplysninger, og de kan ikke stilles til rådighet for forskere uten at det er innhentet fritak fra taushetsplikten.

## NPEs statistikkdatabase

Dette er en av grunnene til at nøkkelinformasjon fra hver sak også registreres i NPEs statistikkdatabase. Her er informasjonen anonymisert, slik at det ikke er mulig å finne fram til den enkelte pasientens identitet. De opplysninger som registreres her er for eksempel hva slags sykdom eller skade pasienten ble undersøkt eller behandlet for da skaden fant sted (medisinsk område og diagnosekode), hva slags medisinsk behandling eller undersøkelse som ligger til grunn for skaden (behandlingstype, evt. operasjonskode), skadens art og omfang og utfallet av saken. I tillegg til slike koder inneholder databasen et anonymisert sammendrag av den enkelte sak i fritekst. Man kan søke i databasen på alle kombinasjoner av koder som er registrert, og i tillegg kan man søke i fritekst i sammendragene. Databasen kan derfor være et nyttig verktøy for forskere i helsetjenesten og andre som ønsker å benytte NPEs erfaringer i kvalitetsarbeidet i helsetjenestene.

## NPE utlyser forskningsstipend

NPE har et sterkt ønske om at vårt datamateriale skal brukes som grunnlag for forskning og være et grunnlag for helsetjenesten til å lære av sine feil. Vi ønsker derfor å legge til rette for et godt samarbeid med forskningsmiljøer, for helseinstitusjoner og for andre offentlige etater, slik at våre erfaringer skal kunne brukes best mulig i arbeidet for å bedre kvaliteten på våre helsetjenester. Dette er også årsaken til at NPE i 2008 utlyser forskningsstipend

for spesielt å studere NPE-sakene innenfor fødsels-hjelp og gynekologi. Vi håper at dette kan utvides til andre medisinske fagområder i årene som kommer. De sakene som behandles i NPE gir neppe et representativt bilde av tilstanden i de norske helse-tjenestene. Mange alvorlige hendelser som kunne berettige til erstatning fra NPE, blir ikke meldt. Vi vet lite om hvor stor den usynlige delen av dette is-fjellet er. Dette er en av feilkildene man må ta i be-traktning når man bruker tall fra NPE som grunnlag for å mene noe om tilstanden i Helse-Norge. Det er viktig å sammenholde NPEs data og erfaringer med tilsvarende data fra andre kilder, som for eksempel Helsetilsynet, Pasientombudene og helsetjenestenes egne kvalitetsregistre. NPE har derfor et nært samarbeid med den ny-opprettede statlige enheten for pasient-sikkerhet, som har som en av sine oppgaver å sammenstille de kvalitetsdata som er tilgjengelig.



Avdelingsdirektør for  
medisinsk stab  
Bjørn Bergholtz

## Tall og statistikk

Saksmengde	20
Vedtaksfordeling	22
Medisinsk område	24
Medholdssakene	26
Avslagssakene	28
Utbetalinger	30

### NPEs statistikkmedarbeidere

- ▶ Statistikkfunksjonen ligger i informasjonsavdelingen.
- ▶ NPE legger vekt på å ha god kvalitet i sin database.
- ▶ Statistikerne registrerer medisinske opplysninger i sakene. De tar også ut rapporter og statistikk for forskere, studenter, administrativt helsepersonell og pressen.



*Mette Willumstad Thomsen,  
seniorrådgiver statistikk*



*Sølvi Flåte, rådgiver statistikk*

*Databasen kan være et nyttig verktøy for forskere i helsetjenesten og andre som ønsker å utnytte NPEs erfaringer i kvalitetsarbeidet i helsetjenestene.*

# Saksmengde

Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) har mottatt 3630 nye saker i 2007. Dette er en nedgang på tre prosent fra året før. I tillegg til NPE-sakene, kom det inn 107 legemiddelsaker.

►► Av Sølvi Flåte

Saksmengden har stort sett økt hvert år siden pasientskadeordningen ble opprettet i 1988. De siste årene har NPE lagt ned mye arbeid i å informere om ordningen til pasienter, helsepersonell og pasientombud. Nettsidene er rettet hovedsakelig mot pasienter som ønsker å kreve erstatning. Det er blant annet lagt til rette for at skademeldingsskjema og informasjonsbrosjyrer enkelt kan lastes ned fra nettsida.

Naturlig nok er flesteparten av sakene knyttet til somatiske sykehus. I 2007 økte andelen noe fra året før, til å utgjøre 77 prosent av sakene.

Etter at pasientskadeloven ble innført for fem år siden, sank denne andelen fra i overkant av 80 til noe over 70 prosent. Dette var en følge av at all offentlig helsetjeneste fra da av ble dekket av ordningen. Ordningen ble for øvrig også utvidet til å gjelde psykiske skader, og ikke kun fysiske.

Innenfor de andre behandlingskategoriene er det ingen store endringer, bortsett fra kategorien "annet", som har halvert sin andel sammenliknet med året før. Grunnen er at flesteparten av meningokokk B-vaksinesakene (erstatningskrav i forbindelse med vaksineforsøket mot hjernehinne-

## Antall mottatte saker fordelt på år

Tabell 1 - Antall mottatte saker fordelt på behandlingskategorier i perioden 1988- 2007

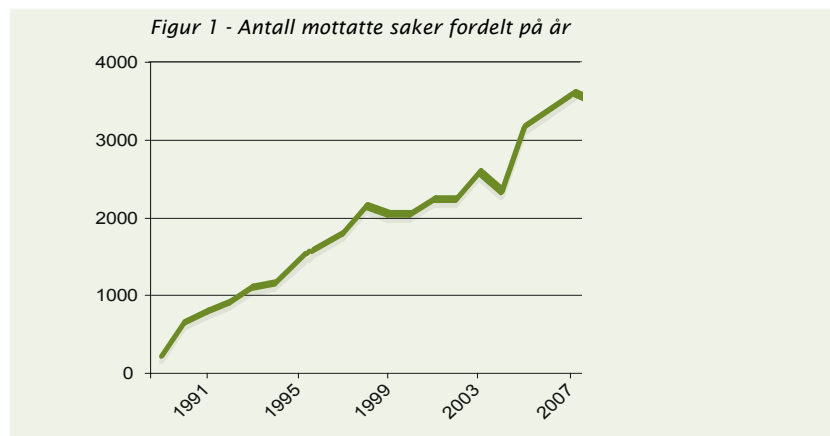
Mottatt	Somatiske sykehus	Kommune-helse	Psykiatri	Kjøpte tjenester	Annet	Utenfor NPE	Totalt
1988	231						231
1989	661						661
1990	803						803
1991	910						910
1992	1 099	7	3				1 109
1993	1 099	54	8				1 161
1994	1 111	72	7				1 190
1995	1 306	105	15				1 426
1996	1 655	129	24				1 808
1997	1 969	150	30				2 149
1998	1 859	179	17				2 055
1999	1 826	197	28				2 051
2000	1 979	219	37				2 235
2001	1 963	233	41	6			2 243
2002	2 255	258	40	28		3	2 584
2003	1 918	254	59	59	12	34	2 336
2004	2 578	337	72	88	36	52	3 163
2005	2 644	403	96	111	68	44	3 366
2006	2 754	417	112	125	304	39	3 751
2007	2 790	424	108	115	161	32	3 630
<b>Totalt</b>	<b>33 410</b>	<b>3 438</b>	<b>697</b>	<b>532</b>	<b>581</b>	<b>204</b>	<b>38 862</b>

\*Gruppen "annet" inkluderer blant annet vaksinesakene og tannhelsetjenesten.



betennelse) ble mottatt og registrert under denne kategorien i 2006. Andelen er fortsatt høy sammenliknet med årene før, fordi det også i 2007 kom inn en del slike saker.

Det er en nedgang på mellom fem og ni prosent i antall mottatte saker for de fleste av de regionale helseforetak og andre grupper sammenliknet med året før. Unntakene er Helse Sør-Øst og kommunehelsetjenesten som har hatt en vekst i saksmengden på henholdsvis seks og tre prosent.



*Saksmengden har stort sett økt hvert år siden pasientskadeordningen ble opprettet i 1988.*

### Saker fordelt på RHF og andre

Tabell 2 - Fra 1. juni 2007 ble Helse Sør og Helse Øst slått sammen til ett regionalt helseforetak, Helse Sør-Øst. For framstillingens skyld, er sammenslåingen til Helse Sør-Øst gjort også for 2006 i tabellen.

	2006	2007
Helse Nord	407	387
Helse Midt-Norge	401	369
Helse Vest	536	517
Helse Sør-Øst	1 522	1 617
Offentlig kjøp av helsetjenester	74	68
Privatpraktiserende spesialister	51	51
Kommunehelsetjenesten	417	428
Offentlig tannhelsetjeneste	9	7
Annet*	295	154
Utenfor ordningen	39	32
<b>Totalt</b>	<b>3 751</b>	<b>3 630</b>

\*Gruppen "annet" inkluderer blant annet vaksinesakene.

# Vedtaksfordeling

I løpet av 2007 har NPE fattet vedtak om medhold eller avslag på medisinsk grunnlag i nesten 3000 saker. Nærmere 1000 pasienter eller pårørende har mottatt et vedtak om medhold, mens de resterende 2000 har fått avslag i sitt krav om erstatning.

»» Av Mette Willumstad Thomsen

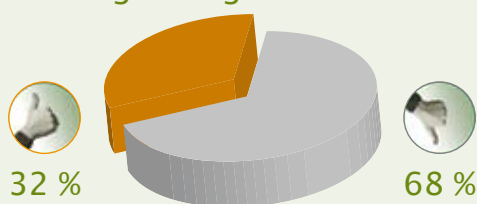
Medholdsandelen er på 32 prosent i 2007, noe som er en liten nedgang i forhold til 2006, da andelen var 33 prosent. I tillegg til de nesten 3000 sakene som har blitt vurdert ut fra medisinske forhold, har ca 300 krav blitt avslått, avvist eller henlagt på annet grunnlag. Dette kan være på grunn av foreldelse, at behandlingsstedet ikke er omfattet av ordningen, at det åpenbart ikke foreligger et økonomisk tap på minst 5000 kroner, eller at pasienten selv har trukket saken. Disse kravene er ikke med i den statistiske framstillingen.

Medholdsandelen for de fire regionale helseforetakene samt for offentlig kjøp av private

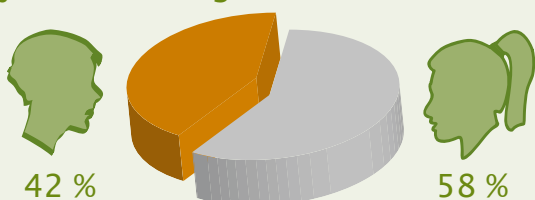
helsetjenester, er noe høyere enn gjennomsnittet på 32 prosent. For de fire regionale helseforetakene ligger andelen medhold på 35 til 36 prosent. Den høyeste medholdsandelen er på 41 prosent og er knyttet til offentlig kjøp av helsetjenester, men i denne gruppa er det så få vedtak at tilfeldige variasjoner kan spille en rolle.

Saker knyttet til kommunehelsetjenesten har en medholdsandel på kun 24 prosent. Den lave andelen skyldes mest sannsynlig at en stor andel av sakene innen kommunehelsetjenesten dreier seg om diagnostisering av forskjellige sykdommer og

## Medhold og avslag



## Kjønnfordeling i NPE-saker



## Medhold/avslag fordelt på år

Tabell 3 - Vedtaksfordeling per år

År	Medhold		Avslag		Totalt Antall
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	
1988	16	59,3 %	11	40,7 %	27
1989	58	50,9 %	56	49,1 %	114
1990	129	44,3 %	162	55,7 %	291
1991	232	47,8 %	253	52,2 %	485
1992	297	37,8 %	489	62,2 %	786
1993	368	42,7 %	494	57,3 %	862
1994	343	42,1 %	471	57,9 %	814
1995	446	42,4 %	607	57,6 %	1 053
1996	487	41,3 %	691	58,7 %	1 178
1997	491	35,1 %	909	64,9 %	1 400
1998	512	30,8 %	1 152	69,2 %	1 664
1999	537	32,2 %	1 133	67,8 %	1 670
2000	531	28,9 %	1 309	71,1 %	1 840
2001	592	32,1 %	1 253	67,9 %	1 845
2002	564	29,6 %	1 340	70,4 %	1 904
2003	768	34,6 %	1 450	65,4 %	2 218
2004	771	37,4 %	1 291	62,6 %	2 062
2005	903	33,8 %	1 769	66,2 %	2 672
2006	1 106	33,2 %	2 223	66,8 %	3 329
2007	965	32,4 %	2 017	67,6 %	2 982
<b>Totalt</b>	<b>10 116</b>	<b>34,6 %</b>	<b>19 080</b>	<b>65,4 %</b>	<b>29 196</b>

## Medhold/avslag fordelt på RHF og andre grupper

Tabell 4 - Vedtak fordelt på RHF og andre grupper i 2007

Sted	Medhold		Avslag		Totalt
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	
Helse Nord	117	34,7 %	220	65,3 %	337
Helse Midt-Norge	119	34,7 %	224	65,3 %	343
Helse Vest	160	36,1 %	283	63,9 %	443
Helse Sør-Øst	441	34,8 %	828	65,2 %	1 269
Offentlig kjøp av helsetjenester	26	40,6 %	38	59,4 %	64
Privatpraktiserende spesialister	19	33,9 %	37	66,1 %	56
Kommunehelsetjenesten	72	23,6 %	233	76,4 %	305
Offentlig tannhelsetjeneste	1	16,7 %	5	83,3 %	6
Annet	10	6,3 %	149	93,7 %	159
<b>Totalt</b>	<b>965</b>	<b>32,4 %</b>	<b>2 017</b>	<b>67,6 %</b>	<b>2 982</b>

### Andelen medhold er størst blant de aller yngste og blant pasienter over 60 år.

lidelser. Mye kan tyde på at forventningene om hva helsetjenesten på dette nivået skal kunne klare å avdekke, er for store. Den minste medholdsandelen er knyttet til gruppen "annet". Dette skyldes at meningokokk B-sakene er registrert med "annet" som skadevolder og utgjør de fleste sakene i denne gruppa. Som kjent er alle sakene som så langt har fått et vedtak, blitt avslått.

Flere kvinner enn menn krever pasientskadeerstatning. Dette har trolig sammenheng med at andelsmessig flere kvinner blir behandlet i norsk helsevesen. I følge Statistisk sentralbyrå var kvinneandelen 54 prosent i en oversikt som viser døgnopphold ved somatiske sykehus fordelt på kjønn. I 2007 utgjorde kvinnene 58 prosent av sakene som har blitt behandlet i NPE. Dette er noe høyere enn kvinneandelen i 2006 som var på 56 prosent. Andelen medhold er i 2007 lavere for kvinner enn menn; 30 prosent av kvinnene og 35 prosent av mennene har fått medhold i sine krav om erstatning. Dette er en forskjell vi ikke har sett tidligere år. Årsaken ser ut til å være at medholdsandelen for kvinner innen ortopediområdet er en del lavere enn for menn, spesielt gjelder dette den ikke-kirurgiske behandlingen.

Pasienter i alderen 30–59 år utgjør den største gruppa som har fått sine krav behandlet i NPE i løpet av 2007. Litt over halvparten av pasientene er i denne aldersgruppa. Pasientstatistikk fra Statistisk sentralbyrå viser derimot at den største pasientgruppa som får behandling i helsevesenet, er pasienter over 60 år. At aldersgruppa over 60 år ikke utgjør den største andel av NPE-sakene, har trolig sammenheng med at erstatningsordningen først og fremst dekker pasientens økonomiske tap. Et slikt tap vil i mindre grad være en realitet når man har nådd pensjonsalder. I tillegg kan viljen til å kreve erstatning være mindre blant de eldste.

Tendensen til at de fleste som krever erstatning er i yrkesaktiv alder, har gjort seg gjeldende hvert år, men sammenlignet med 2006 har andelen gått ned med to prosentpoeng. Årsaken til den andelsmessige nedgangen, er at det samtidig er en markert oppgang i aldersgruppa 10–19 år. Denne gruppa utgjør ni prosent av de behandlede sakene i 2007 mot fem prosent i 2006. Denne oppgangen skyldes meningokokk B-saker som ble ferdigbehandlet i 2007, og som i stor grad gjaldt pasienter i denne aldersgruppa.

Vedtaksfordelingen viser at andelen medhold er størst blant de aller yngste og blant pasienter over 60 år. Medholdsandelen er spesielt høy i aldersgruppa fra 80 år og oppover. Halvparten av pasientene har fått medhold i erstatningskravet. Den laveste medholdsandelen finner vi i aldersgruppa 10–19 år. Nok en gang er det meningokokk B-sakene som har ført til dette utslaget.

## Medhold/avslag fordelt på alder

Tabell 5 - Vedtak fordelt på aldersgrupper 2007

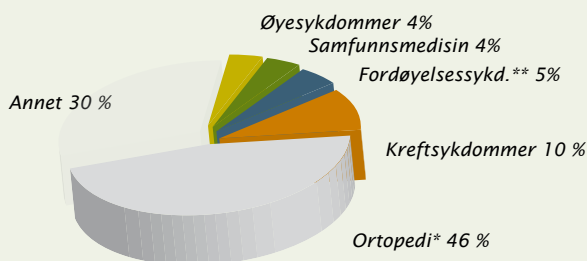
Alder	Medhold		Avslag		Totalt
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	
0–9 år	44	38,3 %	71	61,7 %	115
10–19 år	50	18,3 %	223	81,7 %	273
20–29 år	73	25,0 %	219	75,0 %	292
30–39 år	128	30,0 %	298	70,0 %	426
40–49 år	155	30,3 %	357	69,7 %	512
50–59 år	211	35,6 %	382	64,4 %	593
60–69 år	150	37,7 %	248	62,3 %	398
70–79 år	107	38,5 %	171	61,5 %	278
Fra 80 år	47	49,5 %	48	50,5 %	95
<b>Totalt</b>	<b>965</b>	<b>32,4 %</b>	<b>2 017</b>	<b>67,6 %</b>	<b>2 982</b>

# Medisinsk område

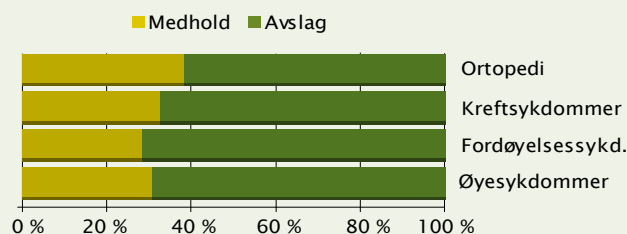
Det medisinske området ortopedi hadde en betydelig økning i antall vedtak i 2007. Området utgjør hele 46 prosent av alle vedtak som ble fattet dette året. Som tidligere, er kreftsykdommer det nest største og fordøyelsessykdommer det tredje største området.

» Av Sølvi Flåte

## De fem største gruppene



## Medholdsprosent



\*Ortopedi er en sammenslåing av ortopedisk kirurgi (985) og konservativ behandling (398).

\*\*Fordøyelsessykdd. er en sammenslåing av fordøyelsessykdommer (30) og gastroenterologisk kirurgi (128).

Totalt sett har det vært en nedgang i antall vedtak på ti prosent (350 vedtak) sammenliknet med 2006. Det kan være flere årsaker til dette. I 2007 var det større utskifting i arbeidsstokken enn tidligere år. Dette har naturlig nok bidratt til å påvirke antall vedtak som ble fattet. Innføringen av et nytt saksbehandlingssystem har trolig også hatt en viss innvirkning. I tillegg vil tilgangen på spesialister innenfor de medisinske områdene påvirke vedtaksmengden.

Medisinsk område blir registrert på grunnlag av opplysninger om hva slags behandling pasienten har fått. De fem største medisinske områdene utgjør 70 prosent av den totale mengden vedtak i 2007. Rangert etter størrelse, med det største området først, blir rekkefølgen ortopedi, kreftsykdommer, fordøyelsessykdommer, samfunnsmedisin og øyesykdommer. Forholdet i størrelse mellom de tre største har vært uendret de siste årene, mens samfunnsmedisin og øyesykdommer kom inn blant de fem største gruppene i 2007. Mange av erstatningskravene i forbindelse med vaksineforsøket mot meningokokk B, ble ferdigbehandlet dette året. Vedtakene er registrert på det medisinske området samfunnsmedisin, som i 2007 kun består av vaksinesakene. Økningen i antall vedtak knyttet til øyesykdommer, kan sannsynligvis forklares med bedre tilgang på medisinske spesialister som kan vurdere sakene.

Når det gjelder andelen hvert av de største medisinske områdene utgjør av den totale vedtaksmengden, økte ortopedi sin andel med fem prosentpoeng, til 46 prosent. Årsaken til økningen

er sannsynligvis at NPE i 2007 gjennomførte et prosjekt med fokus på rask saksbehandling av ortopedisaker. Andelen vedtak innenfor kreftsykdommer og fordøyelsessykdommer har gått ned med henholdsvis ett og to prosentpoeng sammenliknet med 2006, og utgjør ti og fem prosent av det totale antall vedtak. Samfunnsmedisin og øyesykdommer utgjør begge fire prosent av vedtakene.

Det er en nedgang i antall vedtak knyttet til området psykiatri sammenliknet med 2006, som det året for øvrig var høyt sammenliknet med tidligere. Vedtaksmengden er nå tilbake på samme nivå som to år tidligere, og utgjør to prosent av vedtakene fattet i 2007. Nedgangen skyldes trolig endringer i tilgangen på ressurser i saksbehandlingen. Andelen vedtak innenfor fødselsområdet viser en nedgang på ett prosentpoeng i forhold til 2006, og utgjør tre prosent av det totale antall vedtak i 2007. De siste fem årene har andelen variert mellom tre og fem prosent.

Den høyeste medholdsandelen er også i 2007 knyttet til ortopediområdet med 39 prosent. Dette er sju prosentpoeng høyere enn den gjennomsnittlige medholdsandelen på 32 prosent. Innenfor kreftsakene er andelen medhold litt over gjennomsnittet med 33 prosent. Både øyesykdommer og fordøyelsessykdommer har en medholdsandel under gjennomsnittet, med henholdsvis 30 og 28 prosent. Innenfor samfunnsmedisin ble det ikke fattet noen medholdsvedtak. De øvrige medisinske områdene, som er av en viss størrelse, har en medholdsandel under gjennomsnittet.



## Vedtak fordelt på medisinsk område

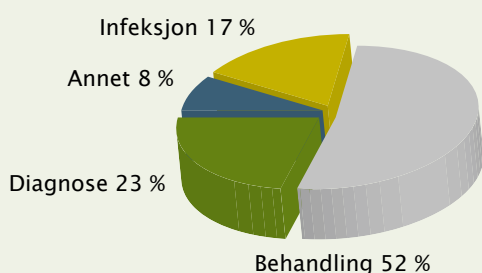
Tabell 6 - Vedtak fordelt på medisinsk område 2006 og 2007

Medisinsk område	2006			2007		
	Medhold	Avslag	Totalt	Medhold	Avslag	Totalt
Allmenntmedisin	5	13	18	2	8	10
Anestesiologi	24	56	80	20	47	67
Blodsykdommer	4	6	10	3	3	6
Endokrinologi	13	33	46	15	26	41
Fødselsesykdommer	11	26	37	5	25	30
Fysikalsk medisin og rehabilitering	1	18	19	6	10	16
Føde (skade på barnet)	26	57	83	17	28	45
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	29	104	133	17	81	98
Gastroenterologisk kirurgi	61	123	184	40	88	128
Generell indremedisin	1	3	4	1	0	1
Generell kirurgi	3	4	7	1	5	6
Geriatrici	1	5	6	0	2	2
Hjertesykdommer	37	89	126	28	68	96
Hudsykdommer	3	20	23	5	12	17
Infeksjonssykdommer og venerologi	20	53	73	22	20	42
Karkirurgi	26	52	78	19	38	57
Kjevekirurgi og munnhulesykdommer	6	6	12	3	2	5
kreftsykdommer	126	247	373	94	190	284
Lungesykdommer	8	22	30	3	20	23
Nevrokirurgi	11	42	53	11	15	26
Nevrologi	18	88	106	13	77	90
Nyfødtmedisin	4	6	10	4	3	7
Nyresykdommer	1	8	9	3	5	8
Odontologi	1	18	19	2	7	9
Ortopedi (ikke kirurgisk behandling)	127	272	399	123	275	398
Ortopedisk kirurgi	425	557	982	418	567	985
Plastikkirurgi	12	25	37	10	18	28
Psykiatrici/psykologi	29	102	131	14	55	69
Revmatologi	6	13	19	9	27	36
Samfunnsmedisin	0	0	0	0	132	132
Thoraxkirurgi	0	1	1	0	1	1
Transplantasjon	2	3	5	0	1	1
Urologi	27	51	78	10	28	38
Øre-nese-halssykdommer	17	43	60	7	36	43
Øyesykdommer	20	56	76	39	92	131
Annet	1	1	2	1	5	6
<b>Totalt</b>	<b>1 106</b>	<b>2 223</b>	<b>3 329</b>	<b>965</b>	<b>2 017</b>	<b>2 982</b>

# Medholdssakene

Nesten 1000 pasienter eller pårørende fikk medhold i sine erstatningskrav i 2007. Svikt i behandlingen er fortsatt den hyppigste årsaken til medhold.

»» Av Mette Willumstad Thomsen



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

I overkant av halvpartene av medholdssakene er begrunnet med at det oppsto en svikt under selve behandlingen, at behandlingen som ble gitt var mangelfull eller forsinket, eller at resultatet ikke var godt nok. I forhold til 2006 har andelen medhold som er begrunnet med behandlingssvikt gått ned med to prosentpoeng.

Svikt i diagnostikk er begrunnelsen i 23 prosent av medholdssakene. I disse sakene er det konkludert med at diagnosen ble stilt for sent eller var feil, og at dette har hatt negative konsekvenser for pasienten, for eksempel i form av større skadeomfang, dårligere prognose eller at pasienten hadde store plager fram til riktig diagnose ble stilt. Det er en liten økning i andelen saker som er begrunnet med forsinket eller feil diagnose i forhold til 2006.

Smitte eller infeksjon er årsaken til 17 prosent av medholdsvedtakene. I disse sakene har man konkludert med at infeksjonen eller smitten skyldes behandlingen, og ikke forhold ved pasienten selv. Andelen infeksjonssaker har økt fra 2006 da 15 prosent ble gitt medhold med denne begrunnelsen.

En annen medholdsbegrunnelse som er av en viss størrelse, er saker som har fått medhold etter den såkalte rimelighetsregelen. I disse sakene foreligger ingen svikt i behandlingen, men det er likevel konkludert med at den oppståtte skaden er så stor eller så uventet at den ikke kan anses som utslag av en risiko som pasienten må akseptere. I 2007 ble det gitt medhold med denne begrunnelsen i fire prosent av de behandlede medholdssakene. I 2006 var andelen seks prosent.

De resterende fire prosent av sakene er begrunnet med svikt i pleie, svikt ved undersøkelse, teknisk svikt, informasjonssvikt eller annet.

## Årsak til medhold

Tabell 7 - Årsak til medhold i 2006 og 2007

Arsak til medhold	2006	2007
Svikt i behandling	53,6 %	51,8 %
Forsinket/feil diagnose	21,9 %	23,0 %
Smitte eller infeksjon	14,5 %	17,0 %
Rimelighetsregelen	5,7 %	4,2 %
Svikt i pleie	1,0 %	1,4 %
Svikt ved undersøkelse	1,2 %	0,9 %
Annet	0,0 %	0,5 %
Teknisk svikt	0,6 %	0,4 %
Alminnelige erstatningsregler	0,3 %	0,4 %
Informasjonssvikt	1,1 %	0,3 %
Uoppklarte årsaksforhold	0,0 %	0,1 %
<b>Totalt</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>

## Eksempel på medhold

**Kvinne, 51 år**, ble hofteoperert. Ved innledning til narkosen fikk hun det muskelavslappende middelet Nimbox. Det oppsto en allergisk reaksjon på middelet med blodtrykksfall og surstoffmangel. Til tross for rask behandling, tok det 30 minutter før blodtrykket var målbart. Etter den allergiske reaksjonen oppsto det en hjerneskade som har medført problemer med språket, konsentrasjon og korttidsminnet, samt svekket finmotorikk i hånden.

- ▶▶▶ **NPEs vurdering:** Det foreligger ikke svikt ved behandlingen, men risikoen for skaden er utenfor hva som må aksepteres, da allergisk reaksjon med påfølgende hjerneskade er en svært sjelden og alvorlig komplikasjon. Pasienten har krav på erstatning.



**Mann, 37 år**, ble operert på grunn av brudd i hånden. Det ble benyttet pinnefiksasjon. Det utviklet seg infeksjon. Pinnen måtte fjernes og infeksjonen ble behandlet. Uten fiksasjonen utviklet det seg akseknakk og rotasjonsfeilstilling. Han måtte opereres på nytt for å rette opp feilstillingen.

- ▶▶▶ **NPEs vurdering:** Infeksjonen er mest sannsynlig påført under inngrepet, da det ikke forelå hudskade i utgangspunktet. Det forelå heller ikke sykdom hos pasienten som skulle disponere for infeksjon. Pasienten har krav på erstatning.



**Mann, 30 år**, ble innlagt på grunn av hjertebank og svimmelhet. Det ble påvist betennelse i hjertemuskel. Ved blodprøver på sykehuset, og også senere, ble det påvist forhøyet kalsiumnivå, men dette ble ikke utredet videre. Gjennom de neste årene var han plaget med utmattelse, hjerterytmeforstyrrelse, magesmerter, verk i skjelett og muskulatur, nyrestein, høyt blodtrykk, dårlig hukommelse, humørsvingninger, samt depresjon. Etter tolv år bestilte han selv blodprøver som viste forhøyet nivå av kalsium. Videre utredning med ultralyd påviste svulst i biskjoldbruskkjertelen. Han ble operert med fjerning av svulsten.

- ▶▶▶ **NPEs vurdering:** Det foreligger en forsinket diagnose på tolv år. Forsinkelsen har medført omfattende plager i perioden, og muligens varige plager. Forsinkelsen med påfølgende plager skyldes mangelfull utredning og behandling. Ut fra prøvesvarene tolv år tidligere, burde det vært utført en utredning som mest sannsynlig ville avdekket sykdommen. Det foreligger svikt ved diagnostiseringen, og pasienten har krav på erstatning.



**Kvinne, 63 år**, fikk satt inn hofteprotese på grunn av slitasjegikt. Etter operasjonen gikk protesen ut av ledd fire ganger. Hun ble operert på nytt med revisjon av protesen. Protesen viste seg å være løs, og lårbeinskomponenten hadde sunket nedover i lårbeinsskaftet.

- ▶▶▶ **NPEs vurdering:** Det ble under operasjonen brukt en for liten lårbeinskomponent. Dette medførte at protesen gikk ut av ledd og behov for reoperasjon. Det foreligger svikt ved behandlingen, og pasienten har krav på erstatning.





# Avslagssakene

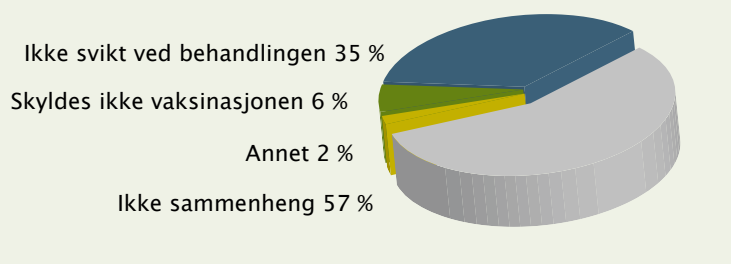
Den hyppigste årsaken til avslag er at det er selve grunnsykdommen eller skaden som har ført til de anførte plagene. I disse sakene er det konkludert med at det ikke er sammenheng mellom behandlingen og pasientens plager.

►► Av Mette Willumstad Thomsen

I 2007 ble det gitt avslag i ca. 2000 erstatningskrav. I 63 prosent av avslagssakene ble det konkludert med at det ikke er sannsynlig sammenheng mellom behandlingen som har vært gitt og den skaden pasienten mener har skjedd, men at pasientens plager skyldes selve grunnsykdommen eller grunnskaden.

I forhold til 2006 har andelen økt med fire prosentpoeng. Årsaken til økningen skyldes meningokokk B-sakene som har blitt behandlet i 2007. Samtlige av disse avslagene er begrunnet med at den anførte skaden ikke har sammenheng med vaksinasjonen.

I omtrent en tredjedel av avslagssakene er det konkludert med at det er sannsynlig sammenheng mellom behandlingen og skaden. Det dreier seg i disse sakene ofte om kjente komplikasjoner til behandlingen. Med "kjent" menes at komplikasjonene er kjente i medisinske fagmiljøer. Selv om det har skjedd en skade, er det konkludert med at det likevel ikke er svikt ved behandlingen fordi den ble utført i tråd med medisinske retningslinjer. Skaden er da et utslag av en risiko ved behandlingen som pasienten må akseptere. Andelen saker med denne begrunnelsen har gått ned med to prosentpoeng i forhold til 2006.



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

Årsak til avslag		
Tabell 8 - Årsak til avslag i 2006 og 2007		
Årsak til avslag	2006	2007
Ikke sammenheng med behandlingen	59 %	57 %
Ikke svikt ved behandlingen	37 %	35 %
Skaden skyldes ikke vaksinasjonen	0 %	6 %
Annet	4 %	2 %
<b>Totalt</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>

## Eksempel på avslag

**Jente, 13 år**, ble vaksinert i Folkehelsas vaksineforsøk mot hjernehinnebetennelse forårsaket av gruppe B meningokokker. Hun fikk seinere influensa og halsbetennelse, og har også hatt kyssesyken. Etter dette har hun orket svært lite. Symptomene er forenlige med kronisk tretthetssyndrom (ME). Pasienten mener at plagene kan skyldes vaksinen.

- ▶▶ **NPEs vurdering:** Medisinske spesialister innenfor vaksineproblematikk anser det som svært lite sannsynlig at skader etter vaksiner inntreffer mer enn fem uker etter vaksinasjonen. Det framgår av pasientens journal at halsbetennelse og influensa oppsto omtrent tre år etter siste vaksine. Videre er det journalført at pasienten gjennomgikk kyssesyken en tid seinere. Ut i fra det man vet om ME, kan kyssesyke føre til sykdommen. Pasienten har ikke krav på erstatning.



**Kvinne, 65 år**, falt og brakk lårhalsen. Bruddet ble satt på plass og avstivet med nagle. Røntgenbilder to år seinere viste tilhelet brudd med noe sammensynkning av bruddstedet, og en forkortning på 1-2 cm. Pasienten ble anbefalt å bruke kile/oppbygging av sko. I tillegg til beinforkortning har hun ryggsmarter og nedsatt kraft i kne og ankel.

- ▶▶ **NPEs vurdering:** Bruddet har grodd i god stilling. Beinforkortning er et forventet resultat etter denne type brudd, hvor det alltid skjer litt beintap. Plagene skyldes selve bruddskaden, og pasienten har ikke krav på erstatning.



**Mann, 65 år**, var plaget med slitasjegikt i begge knær, og fikk satt inn kneprotese først i høyre og deretter i venstre kne. To dager etter siste operasjon ble det oppdaget at pasienten hadde droppfot. Pasienten fikk skinne. Det er seinere påvist en nerveskade, som antas å være varig.

- ▶▶ **NPEs vurdering:** Det er sannsynligvis en sammenheng mellom operasjonen og nerveskaden, men det foreligger ikke svikt i behandlingen. Nerveskade er en kjent komplikasjon ved innsetting av kneprotese, og ligger innenfor det som må aksepteres. Pasienten har ikke krav på erstatning.



**Kvinne, 42 år**, ble undersøkt med mammografi og ultralyd på grunn av kul i brystet. Det ble ikke påvist noe galt. Ny undersøkelse åtte måneder seinere, som også omfattet vevsprøve, påviste brystkreft. Pasienten ble operert med brystbevarende kirurgi. Hun fikk også behandling med cellegift, stråleterapi og hormoner. Ved ett-årskontroll var det ikke tegn til tilbakefall av kreftsykdommen.

- ▶▶ **NPEs vurdering:** Det hadde vært mulig å stille kreftdiagnosen på et noe tidligere tidspunkt, men forsinkelsen har mest sannsynlig ikke hatt betydning for den videre behandlingen eller prognosen. Pasienten har ikke krav på erstatning.



# Utbetalinger

I 2007 betalte NPE 493 millioner kroner i erstatning til pasienter og pårørende. Beløpet er to prosent høyere enn utbetalingene i 2006, og det hittil høyeste erstatningsbeløpet som har blitt utbetalt i løpet av ett år.

►► Av Sølvi Flåte

Beløpet innbefatter samtlige erstatningsutbetalinger som ble utført i 2007. Det vil si at det også omfatter utbetalinger i saker der erstatningen fortsatt ikke er ferdig beregnet. Dette fordi det er vanlig å foreta delutbetalinger til erstatningssøkere som har fått medhold, mens beregningen av det endelige erstatningsbeløpet pågår.

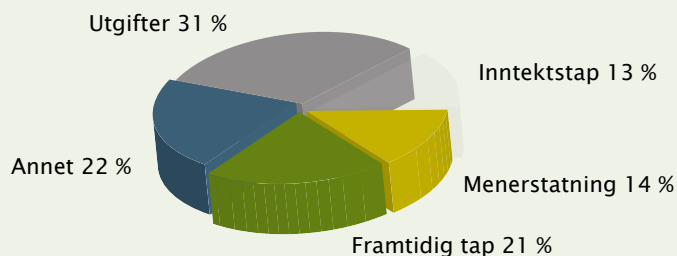
Det har vært en til dels stor økning i saksmengden inn til NPE de siste årene, noe som naturlig nok påvirker størrelsen på utbetalingene. Økt lønns- og prisvekst i samfunnet generelt er også med på å virke i retning av en økning i erstatningsbeløpet fra år til år. Økningen i utbetalingene fra 2006 til 2007 er likevel lavere enn den har vært de siste årene.

Gjennomsnittlig erstatningsbeløp er 475 000 kroner for saker som ble avsluttet med utbetaling i 2007. Beløpene varierer mye, fra minstebeløpet på 5000 kroner til åtte millioner kroner.

Erstatningen skal dekke inntektstap og utgifter som behandlingsskaden har ført til. Dersom skaden har ført til arbeidsuførhet, skal erstatningen i tillegg til inntektstap, også dekke nødvendige og rimelige utgifter.

En pasient som har blitt skadet vil også ha rett på menerstatning dersom skaden er varig og av et visst omfang, noe som vanligvis vil si over 15 prosent medisinsk invaliditet. Menerstatningen skal være en økonomisk kompensasjon for tapt livsutfoldelse som følge av skaden. Det ble utbetalt menerstatning i omtrent halvparten av sakene som ble ferdig utbetalt i 2007.

Erstatningen blir beregnet ut i fra hvert enkelt skadetilfelle, der pasientens medisinske situasjon og økonomiske forhold tas med i beregningen. Det er derfor ikke mulig å angi et generelt nivå på hvor stor erstatning en bestemt skade vil utløse.



Figuren viser hvordan erstatningsbeløpet som ble utbetalt i 2007 andelsmessig fordeler seg på type erstatning. Utgifter vil si både påførte og framtidige utgifter. Framtidig tap er framtidig inntektstap. Inntektstap er lidt inntektstap (før oppgjørstidspunkt).

## Utbetalinger fordelt på RHF og andre

Tabell 9 - Utbetalinger fordelt på RHF og andre grupper i 2006 og 2007

	2006	2007
Helse Nord	67 026 823	51 168 311
Helse Midt-Norge	50 076 417	38 384 560
Helse Vest	95 223 941	94 079 374
Helse Sør-Øst	217 179 607	261 057 241
Offentlig kjøp av helsetjenester	4 592 594	11 173 522
Privatpraktiserende spesialister	480 000	2 586 500
Kommunehelsetjenesten	50 360 503	33 342 941
Offentlig tannhelsetjeneste	0	20 000
Annet	100 000	796 000
<b>Totalt</b>	<b>485 039 885</b>	<b>492 608 449</b>

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



## Regnskap 2007

Finansiering av ordningen	32
Resultat drift	33
Resultat reguleringsfond	34
Balanse reguleringsfond	34
Resultat konsolidert	35
Balanse konsolidert	36
Noter	37



# Finansiering av pasientskadeordningen

Pasientskadeordningen består av tre deler: Norsk Pasientskadeerstatning, Norsk Pasientskadeerstatnings reguleringsfond og Pasientskadenemnda.

»» Av Jan Amund Kalsnes

Pasientskadenemnda (PSN) er klageorgan for vedtak fattet i NPE, og er en selvstendig virksomhet med et eget budsjettkapittel i statsbudsjettet.

## Driftsutgifter

NPE mottar et tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet som inneholder budsjett-rammene for driften og reguleringsfondet. NPEs driftsutgifter finansieres i prinsippet gjennom ordinære bevilgninger over statsbudsjettet.

## Erstatningsutbetalinger

I reguleringsfondet bokføres utbetalte erstatninger, som finansieres gjennom innkreving av tilskudd fra regionale helseforetak, kommuner og fylkeskommuner. Erstatningsutbetalingene finansieres delvis også ved en egenbetaling fra alle skadevoldende helseforetak hvor det er utbetalt erstatning, beregnet til ti prosent av erstatningsbeløpet, men maksimalt 100 000 kroner.

## Finansiering

Tildelingsbrevet angir beløpene som skal innkreves som tilskudd fra helseforetak, kommuner og fylkeskommuner.

NPE foretar imidlertid en avregning for avvik mellom faktiske skadeutbetalinger og budsjetterte beløp for foregående år.

Tildelingsbrevet angir et budsjett for reguleringsfondet hvor inntektene (tilskudd og egenbetalinger) samsvarer med budsjetterte erstatningsutbetalinger. Budsjettet for erstatningsutbetalinger setter imidlertid ingen begrensninger i de erstatninger som faktisk blir utbetalt. Erstatningene er en rettighetsbasert ytelse, og styres ikke av budsjettene. Hvis du har krav på erstatning får du det, uavhengig av hva som er satt opp på budsjettposten "Erstatningsutbetalinger".

Detaljert regnskapsinformasjon for NPE, NPEs reguleringsfond samt konsolidert regnskap følger på de neste sidene.

*Erstatningene er en rettighetsbasert ytelse og styres ikke av budsjettene. Hvis du har krav på erstatning får du det, uavhengig av hva som er satt opp på budsjettposten "Erstatningsutbetalinger".*



Økonomisjef Jan Amund Kalsnes.

## Resultatregnskap – drift

Noter	Hele 1 000 kr	Budsjett 2007	Regnskap 2007	Avvik
	<b>Sum ordinær drift</b>	<b>-69 765</b>	<b>-76 786</b>	<b>-7 021</b>
	Medisinsk sakkyndige	-7 989	-5 667	2 322
	Egne advokater	-500	-758	-258
1	<b>Sum kostnader kap. 0722</b>	<b>-78 254</b>	<b>-83 211</b>	<b>-4 957</b>
2	Kap. 3722 Refusjoner	0	1 531	1 531
2	Kap. 3722 02 Diverse inntekter	1 038	3 666	2 628
	<b>Sum inntekter kap. 3722</b>	<b>1 038</b>	<b>5 197</b>	<b>4 159</b>
	<b>Samlet drift av NPE</b>	<b>-77 216</b>	<b>-78 014</b>	<b>-798</b>
3	Kap. 0722 70 Dekning av advokatutgifter	-21 248	-21 441	-193

NPE hadde i 2007 et merforbruk på driftssiden med ca. fem millioner kroner. Ved å korrigere for ikke-budsjetterte refusjoner samt merinntekter for dekning av legemiddelsaker, blir reelt merforbruk på ca. 800 000 kroner.

Honorarer til medisinsk sakkyndige og egne advokater er i tabellen skilt ut fra den ordinære driften. I 2006 ble det foretatt en omlegging av interne rutiner i forbindelse med innhenting av medisinske vurderinger. Dette har medført en betydelig innsparing av honorarutgifter i forhold til tidligere år.

NPE har likeledes tradisjonelt benyttet advokater i forbindelse med rettsprosesser anlagt mot NPE. For saker mottatt fra og med 2004 er Pasientskadenemnda rette saksøkt i disse sakene, og NPEs advokatutgifter er nå hovedsakelig begrenset til et fåtall gjenværende rettsprosesser.

Merforbruk på den ordinære driften ble i vesentlig grad dekket inn ved innsparing på honorarer til medisinsk sakkyndige, merinntekter fra saksbehandling av legemiddelsaker samt refusjoner av barsel- og sykepengene.

I tillegg ble NPE, etter avtale med Helse- og omsorgsdepartementet, belastet med enkelte utgifter til å forberede utvidelsen av dekningsområdet for pasientskadeloven til privatsektor i 2009. Reelt merforbruk i 2007 utgjør derved 600 000 kroner, eller 0,8 prosent av tildelt driftsbudsjett.



## Resultatregnskap – reguleringsfond

Noter	Hele 1000 kr	Budsjett 2007	Regnskap 2007	Avvik
<b>Inntekter</b>				
4	Tilskudd fra helseforetak	430 300	419 672	-10 628
4	Tilskudd fra kommuner	45 000	51 425	6 425
4	Tilskudd fra fylkeskommuner	2 000	0	-2 000
	Egenbetaling for skade	30 000	28 852	-1 148
	<b>Sum inntekter</b>	<b>507 300</b>	<b>499 949</b>	<b>-7 351</b>
<b>Utgifter</b>				
	Erstatningsutbetalinger	507 300	493 128	14 172
5	Administrasjonskostnader	-	6	-6
	<b>Sum utgifter</b>	<b>507 300</b>	<b>493 134</b>	<b>14 166</b>
	<b>Resultat NPEs reguleringsfond</b>	<b>0</b>	<b>6 815</b>	<b>6 815</b>

NPEs reguleringsfond ble opprettet i 2006, samtidig med at finansieringssystemet for pasientskadeordningen ble endret. Budsjettet for reguleringsfondet inngår nå som en del av tildelingsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet. Tilskudd og egenbetalinger for skader skal dekke de løpende erstatningsutbetalingene, mens driften av Norsk Pasientskadeerstatning (og Pasientskadenemnda) blir finansiert gjennom ordinære driftsbevilgninger over statsbudsjettet.

NPE krever inn tilskudd fra regionale helseforetak, kommuner og fylkeskommuner. Med utgangspunkt i tildelingsbrevets budsjetterte beløp, korrigeres tilskuddene med en avregning for faktiske skadeutbetalinger foregående år. Det vil derved oppstå avvik i forhold til budsjetterte tilskudd. Mindreinntekter fra egenbetaling for skader, samt reduserte samlede tilskudd grunnet avregning for 2006, medførte at bokførte inntekter på reguleringsfondet ble 7,4 millioner kroner lavere enn budsjettert i 2007.

De samlede erstatningsutbetalingene beløp seg til ca. 493 millioner kroner i 2007. Dette var 14,2 millioner kroner lavere enn budsjettet. NPE reguleringsfond fikk derved et bokført mindreforbruk i 2007 på 6,8 millioner kroner.

## Balanse – reguleringsfond

Noter	Hele 1000 kr	Regnskap 2007	Regnskap 2006	Endring
<b>Aktiva</b>				
	Kundefordringer	3 634	2 510	1 124
	<b>Sum aktiva</b>	<b>3 634</b>	<b>2 510</b>	<b>1 124</b>
<b>Passiva</b>				
	Oppgjørskonto Norges Bank	-12 636	-6 944	-5 692
	Inngående balanse	9 454	-11 642	-2 188
	Resultat	6 815	-2 188	9 003
	<b>Sum passiva</b>	<b>3 634</b>	<b>2 510</b>	<b>1 124</b>

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

Oppgjørskontoen i Norges Bank hadde per 31.12.2007 et likviditetsmessig overskudd på 12,6 millioner kroner. Inngående balanse 2007 består av kundefordringer ved utgangen av 2006, samt inngående saldo på oppgjørskontoen.

## Konsolidert regnskap for NPE-ordningen

### Resultatregnskap

Noter	Hele 1000 kr	Regnskap 2007	Regnskap 2006	Budsjett 2007
5	Tilskudd fra helseforetak	419 672	414 500	430 300
5	Tilskudd fra kommuner	51 425	44 000	45 000
5	Tilskudd fra fylkeskommuner	0	2 000	2 000
	<b>Sum tilskudd</b>	<b>471 097</b>	<b>460 500</b>	<b>477 300</b>
	Forfalte erstatninger	-492 608	-485 040	-507 300
6	Endr. avsetning til skadereserver	-82 942	-1 096 287	-82 942
7	Egenbetaling for skade	28 852	31 318	30 000
	Honorarer leger/ medisinsk sakkyndige/ egne advokater	-6 425	-11 615	-8 489
	Dekning pasientadvokater	-21 441	-20 484	-21 248
	<b>Sum erstatningskostnader</b>	<b>-574 564</b>	<b>-1 582 108</b>	<b>-589 979</b>
8	Driftskostnader Norsk Pasientskadererstatning	-71 589	-60 224	-68 733
	Driftskostnader Pasientskadenemnda	-26 332	-23 574	-26 208
	Honorar fra legemiddelforsikringen	3 666	2 000	1 032
	<b>Sum driftskostnader</b>	<b>-94 255</b>	<b>-81 798</b>	<b>-93 909</b>
	<b>Årsresultat</b>	<b>-197 722</b>	<b>-1 203 406</b>	<b>-206 588</b>

Fram til og med 2005 ble driftsutgiftene både i NPE og i Pasientskadenemnda (PSN) finansiert gjennom overføringer fra NPE fond. Fondet ble avviklet og erstattet med NPEs reguleringsfond fra og med 2006. Reguleringsfondet foretar ingen overføringer til NPE eller PSN, men for å få en samlet framstilling for hele pasientskadeordningen er likevel driftskostnadene for PSN tatt med i oversikten.

## Konsolidert regnskap for NPE-ordningen

### Balanse

Noter	Hele 1000 kr	Regnskap 2007	Regnskap 2006
	<b>Sum eiendeler</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
	<b>Udekket underskudd og gjeld</b>		
	Udekket underskudd	-3 278 398	-3 278 398
	Ufordelt resultat	-197 722	
	<b>Langsiktig gjeld</b>		
9	Avsetning til inntrufne, ikke oppgjorte skader	3 247 248	3 164 306
	<b>Kortsiktig gjeld</b>		
11	Forfalte, ikke betalte erstatninger	-520	-575
	Salderingspost	229 392	114 667
	<b>Sum udekket underskudd/gjeld</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Det konsoliderte regnskapet er en bearbeidet framstilling av samlede kostnader for hele pasientskadeordningen. NPEs driftsregnskap og reguleringsfondet bokføres blant annet etter to forskjellige regnskapsprinsipper. Tabellen viser imidlertid utviklingen i erstatningsansvaret for pasientskadeordningen.

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

Etter omleggingen av pasientskadeordningens finansieringssystem i 2006, blir pasientskadeordningen ikke lenger fullfinansiert gjennom fondet. Salderingsposten under kortsiktig gjeld består derfor hovedsakelig av akkumulerte driftsutgifter til NPE og PSN, som siden 2006 ikke er dekket inn gjennom tilhørende inntekter.

## Noter

### Note 1 – Sum kostnader kap. 0722

Tildelt driftsbudsjett i 2007 utgjorde ca. 78 millioner kroner. Ved siden av ordinære driftsutgifter, dekker driftsbudsjettet også honorarutgifter til medisinsk sakkyndige spesialister og egne advokater. Honorarutgifter til medisinske spesialistvurderinger er de siste år betydelig redusert på grunn av interne tiltak. Samtidig er utgiftene til egne advokater redusert, da ansvaret for rettsprosesser anlagt mot NPE nå er lagt til Pasientskadenemnda. På den annen side har NPE i 2007 gjennomført en nødvendig overgang til elektronisk saksbehandling og arkiv, et prosjekt som har vært kostnadskrevende. Av budsjettmessige hensyn har antall saksbehandlere ikke blitt økt i 2007.

### Note 2 – Kap. 3722 Inntekter

Inntektene i 2007 inneholder trygderefusjoner og dekning av saksbehandlingskostnader fra lege- middelsaker. De samlede trygderefusjonene i 2007 utgjorde ca. 1,5 millioner kroner, noe som hovedsakelig bestod av refusjoner for fødsels- og sykepenger. I tillegg ble det inntektsført 45 000 kroner, som delvis dekning av lønn fra NAV for arbeidsmarkedstiltak i NPE. Alle refusjonene omfattes av merinntektsfullmakten.

Etter avtale med Legemiddelforsikringspoolen (LMP) og Norsk Legemiddelforsikring (NLF), behandler NPE erstatningssøknader knyttet til bruk av legemidler. Dekning for brukte saksbehandlingsressurser blir inntektsført på driftskapitlets post 3722 02 Diverse inntekter. Etterskuddsvis fakturering for året 2006, samt et høyt antall behandlede legemiddelsaker i 2007, medførte en merinntekt i 2007 på 2,6 millioner kroner.

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

Kostnadene til pasientengasjerte advokater er en rettighetsbasert ytelse som NPE ikke kan påvirke. Utgiftene er derfor skilt ut som eget budsjett på post 70. Advokatutgiftene økte med knapt 1 million kroner fra 2006 til 2007, og merforbruket i forhold til revidert budsjett ble på 200 000 kroner. Utgiftene økte mindre enn antatt. Det har sammenheng med en relativt lav avvikling av saker grunnet manglende saksbehandlerressurser.

### Note 4 – Tilskudd

I 2006 ble det etablert et nytt finansieringssystem for pasientskadeordningen, slik at det skal foretas en avregning i foregående års budsjetterte tilskudd mot faktisk skadestatistikk.

Tabellen under viser konsekvensen av avregningen i forhold til budsjetterte tilskudd:

Tilskudd Hele 1000 kr	Budsjett 2007	Avregning 2006	Fakturering 2007
Regionale helseforetak	430 300	-10 628	419 672
Kommuner	45 000	6 425	51 425
Fylkeskommuner	2 000	-2 000	0
<b>Sum tilskudd</b>	<b>477 300</b>	<b>-6 203</b>	<b>471 097</b>

Avregningen for 2006 for regionale helseforetak inneholder både lavere erstatningsutbetalinger enn budsjettert, og merinntekt fra egenbetaling for skader.



## Noter

### Note 5 – Administrasjonskostnader

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

### Note 6 – Endring avsetning til skadereserver

Avsetningen for skadereserver økte i liten grad fra 2006 til 2007, etter at nye aktuarberegninger i 2006 betydelig oppjusterte anslagene for ikke meldte skader. Det er usikkerhet knyttet til beregninger for framtidige utbetalinger av erstatninger, da en rekke faktorer påvirker omfanget. Endringer i avsetning til skadereserver budsjetteres normalt ikke i NPE. I budsjettkolonnen anvendes derfor samme beløp som i regnskapskolonnen.

### Note 7 – Egenbetaling for skade

NPE krever inn 10 prosent egenandel fra skadevoldende institusjoner innen spesialisthelsetjenesten, med et tak på 100 000 kroner i egenbetaling pr. skadesak. Bokførte egenandeler ble i 2007 ca. 2,5 millioner kroner lavere enn i 2006. Dette skyldes delvis lavere avvikling av saker i 2007, men også en intern forsinkelse i utsendelse av egenandelskravene. Konsekvensen er en betydelig økning i bokførte egenandelsinntekter i januar 2008.

### Note 8 – Driftskostnader Norsk Pasientskadeerstatning

Brutto driftskostnader for NPE utgjorde ca. 83 millioner kroner i 2007. Netto driftsutgifter på ca. 72 millioner kroner fremkommer etter korreksjoner for barsel- og sykepengerefusjoner (1,5 millioner kroner), inntekt fra behandling av legemiddelsaker (3,6 millioner kroner), honorarer til medisinske sakkynndige (5,7 millioner kroner) og utgifter til egne advokater (800 000 kroner).

### Note 9 – Avsetning skadereserver

Aktuarberegnete anslag framkommer i tabellen som følger:

Skadereserver Hele 1000 kr	31.12.07	31.12.06
Avsetning for meldte skader	1 428 030	1 166 350
Avsetning for inntrufne, men ikke meldte skader	1 819 218	1 997 956
<b>Sum avsetning for inntrufne, ikke oppgjorte skader</b>	<b>3 247 248</b>	<b>3 164 306</b>

### Note 10 – Forfalte, ikke betalte erstatninger

I NPEs interne saksbehandlingssystem for erstatningsutbetalinger ble ca. 493 millioner kroner godkjent for utbetaling i 2007. Dette var 520 000 kroner lavere enn faktiske utbetalinger fra reguleringsfondet i 2007. I saksbehandlingssystemet var det derfor et større beløp som var godkjent, men ikke utbetalt ved utgangen av 2007 sammenlignet med utgangen av 2006

**Bestilling av årsmelding**

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

Telefon: 22 99 45 00

**Foto**

Peder Songedal

Informasjonsavdelingen v/ Nils S. Aasheim

Stockbyte

**Trykk**

07 Grafisk



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