

Nr. 2004:4

Evaluering av Norsk Pasientskadeerstatning

Forord

Statskonsult har på oppdrag av Helsedepartementet foretatt en evaluering av Norsk Pasientskadeerstatning (NPE).

Utgangspunktet for evalueringen er den kritikken som har kommet mot NPE. Statskonsults vurdering baserer seg på gjennomgang av offentlige og interne dokumenter og rutiner og intervjuer med representanter for pasientene og for de organene som administrerer pasientskadeordningen.

Avdelingsdirektør Svein Eriksen har vært prosjektansvarlig. Evalueringen er foretatt av Peter Bøgh (prosjektleder), Hogne Tellnes og Ragnhild Castberg Greni. Sissel Motzfeldt har utført kommunikasjonsanalysen. Annemor Kalleberg deltok i fase 1 av prosjektet, mens Maria Strøm har deltatt i fase 2. Beate Hertzberg har bistått i slutføringen av rapporten.

Oslo, februar 2004



Jon Błaalid
direktør

Innhold

Leserveiledning.....	1
Sammendrag.....	2
Bakgrunn, mandat og metode.....	6
Bakgrunn	6
Oppdraget	6
Metode.....	7
Begreper og definisjoner	7
Oppbygging av rapporten.....	8
Beskrivelse av NPE-ordningen og NPE-organene.....	9
Innledning.....	9
Rettslig plassering og intensjoner med ordningen	9
Organisering og bemanning	10
Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)	11
Pasientskadenemnda.....	12
Dekningsområde og finansiering	13
Skadetyper og tapsdekning.....	13
Ordningene i Sverige og Danmark.....	14
Innledning om de nordiske ordningene	14
Organisering	15
Omfang.....	16
Annet	17
Saksbehandlingen i NPE	18
Saksflyt.....	18
Innledning.....	18
Fra skade meldes til saksbehandling starter	18
Saksbehandling.....	19
Kvalitetssikringsrutiner	22
Datasytemer	22
Innholdet i brev til pasientene	24
Innholdet i brev til andre mottakere	26
Statskonsults vurdering	27
Bruken av advokater.....	28
Bruken av rådgivende leger og av medisinsk sakkyndige	30
Pasientombudenes vurdering av NPE og erstatningsordningen.....	34
Innledning.....	34
Generelt om pasientombudene	34
Ringerunde hos pasientombudene.....	35
Skriftlig spørreundersøkelse hos Pasientombudene	36
Pasientombudenes størrelse og kompetanse	36
Pasientombudenes rolle i NPE-saker	37
Vurderinger av NPE.....	38
Oppsummering og konklusjon	41
Antall saker og saksbehandlingstid.....	42
Skader inntruffet og skader meldt	42
Fordeling på sakstyper	43
Meldte skader fordelt på fylke	43
Saksbehandlingstid.....	44

Rimelig lengde på saksbehandlingstiden	44
Faktisk saksbehandlingstid i NPE – generelt	48
Saksbehandlingstid for avslag vs medhold	51
Saksbehandlingstid for kvinner vs menn	51
Saksbehandlingstid for forskjellige medisinske spesialiteter.....	51
Saksbehandlingstid i det enkelte ledd i saksbehandlingsprosessen ..	52
Saksbehandlingstid for kurante vs ukurante saker	53
Saksbehandlingstid internt og eksternt.....	54
Saksbehandlingstiden i Nemnda	54
Konklusjoner med hensyn til saksbehandlingstid	55
Vedtak, utbetalinger og rettssaker	56
NPEs vedtak	56
Tvilssaker	58
Utbetalinger	59
Nemndas vedtak	61
Avvisning av saker	62
Rettssaker	63
Statskonsults vurdering	64
Særskilte sakstyper der kritikk har kommet	66
Forlikssakene.....	66
Fødselsskadesaker	69
Saksmengde og vedtak	69
Mediedekning av fødselsskader	69
Politikernes/Stortingets engasjement	69
Statskonsults vurdering	71
Dent-O-sept	71
Saksmengde og vedtaksfordeling.....	71
Mediedekning av sakene	72
Politikernes/Stortingets engasjement	72
Statskonsults vurdering	73
Aktuelle problemstillinger ved en endret erstatningsordning	73
Service og organisasjonsutvikling i NPE og Nemndas sekretariat	76
Hva er god service?	76
Service i NPE	77
Undersøkelser og intervjudata.....	77
Telefontjenesten	78
Bruk av e-post	79
Organisasjonsutvikling, kvalitetsarbeid mv.	80
Organisasjonsutvikling i Nemndas sekretariat	80
Statskonsults vurdering	81
Informasjons- og kommunikasjonsarbeidet	82
Innledning.....	82
Rammer for statlig informasjonsarbeid.....	83
Den statlige informasjonspolitikken.....	83
Hva sier undersøkelsene?	84
Pasienttilfredshetsundersøkelsene	84
Spørreundersøkelsen i pasientombudene	85
Omdømme- og mulighetsanalysen.....	85
Oppsummering av samtalene med ledelsen i NPE.....	86
Utkast til kommunikasjonsstrategi	93

Analyse.....	93
Ledelsen har sammenfallende forståelse.....	93
Ledelse og informasjonsfunksjon spiller på lag.....	94
Interninformasjon.....	94
Mediearbeidet.....	95
Søkelys på målgruppene.....	95
Anbefalinger.....	97
Konklusjoner og forslag.....	101
Konklusjoner.....	101
Forslag.....	102
Litteraturliste.....	99

Vedlegg:

Spørreskjema til pasientombudene

Leserveiledning

Statskonsults oppdrag for Helsedepartementet ble i utgangspunktet delt i to faser. Fase 1 ble avsluttet med et relativt kortfattet notat av november 2003. Denne inneholdt hele bredden av temaene i oppdraget, men begrenset seg til hovedfunn og hovedkonklusjoner. Fase 2 skulle inneholde mulige forklaringer på forhold som ikke var tilfredsstillende, og forslag. Foreliggende rapport kan leses uavhengig av fase 1-notatet.

Sett på bakgrunn av den til dels svært sterke kritikken som var foranledningen til oppdraget, fant Statskonsult relativt lite svakheter i Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) i fase 1. Årsakene til misnøyen blant pasienter, i media og hos politikere ble i stor grad funnet å ligge i selve ordningen og regelverket, hos andre aktører enn NPE, men også i uløste informasjons- og kommunikasjonsutfordringer i NPE.

I fase 2 er det derfor gjort en særskilt informasjons- og kommunikasjonsanalyse (kapittel 11). Videre er pasientombudene, som spiller en viktig rolle i blant annet med hensyn til informasjon og veiledning i pasientskadesaker, intervjuet bredere og grundigere (kapittel 6).

Det har i fase 2 også vært sett på som interessant å sammenlikne med Danmark og Sverige. Det komparative perspektivet er hovedsakelig tatt inn i kapittel 2.6, men det er også tatt inn informasjon fra den danske og svenske ordningen andre steder i rapporten.

Kapitlene om saksbehandlingen i NPE (kapittel 3), om antall saker og saksbehandlingstid (kapittel 7) og om vedtak, utbetalinger og rettsaker (kapittel 8) er blitt relativt detaljerte. Disse kapitlene og rapporten som helhet kan fremstå som mindre poengtert enn notatet fra fase 1. Det kan imidlertid argumenteres for at ikke bare det å komme med kritikk av NPE, men også det å avvise mye alvorlig kritikk, må baseres på en detaljert gjennomgang.

Sammendrag

Bakgrunnen for evalueringen

Kritikken som kom mot Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) høsten 2002 og vinteren 2003, gjaldt både holdninger og kultur i organisasjonen - og at det var for streng praksis og lang saksbehandlingstid. Videre ble det stilt spørsmålsteget ved habiliteten og uavhengigheten til de legene som uttaler seg i sakene, samt NPEs uavhengighet i sin alminnelighet. Fødselsskadesaker, Dent-O-sept-saken og saker som ender med forlik ble særlig fokusert. Men kritikken har ikke bare vært rettet mot NPE. Den har også til en viss grad vært rettet mot selve pasientskadeerstatningsordningen.

I sum må kritikken sies å være svært alvorlig. Den har vært så omfattende at det var rimelig å stille spørsmålet om ordningen har svake sider og om NPE i det hele fungerte for dårlig.

Kritikken kom samtidig med en reform av både regelverket for og organiseringen av ordningen. Med virkning fra 1.1.2003 ble det foretatt omfattende organisatoriske endringer og noen mindre regelverksendringer. Skillet mellom førsteinstansen og andreinstansen er tydeliggjort. Mens klagesakene tidligere ble forberedt av et klagesekretariat i førsteinstansen, ble Nemndas sekretariat nå flyttet ut av NPE som en egen virksomhet med egen ledelse. Det ble mao lagt til rette for en reell toinstansbehandling. De midlertidige reglene for pasientskader ble erstattet av en lov om pasientskader. Dekningsområdet er blitt noe utvidet, men de materielle endringene er små i den nye loven.

Mandatet for Statskonsults utredning har hovedsakelig vært å undersøke i hvilken grad de krav som må settes til de organene som forvalter pasientskadeordningen, primært NPE, etterleves i praksis. På grunn av de endringene som ble gjennomført, er de vurderingene i stor grad basert på erfaringene med den gamle organisasjonen og det gamle regelverket.

Metode

Statskonsult baserer sine vurderinger på offentlige og interne dokumenter, gjennomgang av rutiner og systemer, samt intervjuer med representanter for brukerne og for de organene som administrerer pasientskadeordningen. Regelverket er ikke utredet.

Hovedkonklusjon

Statskonsult har ikke funnet "systemsvikt" i NPE. Evalueringen viser at det finns forbedringspunkter i NPE. Viktigere er det at en del sider ved selve ordningen og regelverket ikke er i samsvar med folks forventninger.

Sammenligning av de nordiske pasientskadeerstatningsordningene

Til tross for likheter i ordningen med pasientskadeerstatning i Norden, finnes det også ulikheter mellom landene. Den norske ordningen er mer rettsikkerhetsorientert, mens den svenske og danske ordningen synes mer å være bygget opp om det som er den allmenne rettsoppfattelse. Eksempelvis er den norske saksbehandlingen mer grundig enn i den danske og svenske ordningen. Dette er en følge av forvaltningsloven og av at det kontradiktoriske prinsipp skal følges. Nye dokumenter sendes partene til uttalelse, og den interne saksbehandlingen stilles i bero til svar foreligger. Ofte foreligger det mer enn én uttalelse fra medisinske sakkyndige. Bruk av advokat i pasientskadesaker bidrar også til lang saksbehandlingstid, men kan på den annen side bidra til bedre avklaring av pasientenes økonomiske tap.

Bruk av medisinske rådgivere og sakkyndige

Den norske ordningen lider under mangel på kvalifiserte leger innenfor flere medisinske spesialiteter. Det brukes mye tid på å få leger til å påta seg oppdrag, og det kan gå lang tid før uttalelsen foreligger. Primært av hensyn til saksbehandlingstiden mener derfor Statskonsult at andre måter å rekruttere medisinsk sakkyndige på bør vurderes, herunder etablering av lister over medisinske spesialister som kan påta seg oppdrag, slik ordningen er i Danmark og Sverige (og i tilsynssaker i Norge).

Bruk av advokater

Etter den nye Pasientskadeerstatningsloven ble det gitt føringer for at NPE skal være mindre restriktiv enn etter den midlertidige ordningen med å innvilge dekning av advokatutgifter. Det presiseres imidlertid at bruk av advokat på ingen måte bør bli hovedregelen. Selv om pasientene ikke har et ubetinget krav på bistand fra advokat, opplyser våre informanter blant advokatene at innvilgelse av eller avslag på søknad om advokatbistand er blitt enklere og mer forutberegnelig ved at det er regulert i den nye loven.

Behovet for advokatbistand vurderes forskjellig for de to hovedfasene i saksbehandlingen. I ansvarsfasen vil dekning av utgifter til advokatbistand bare gis unntaksvis. I utmålingsfasen oppfattes det å være et markant behov for bistand i svært mange saker.

De viktigste funnene ved bruk av advokat som Statskonsult har funnet er at bruk av advokat synes å gi større erstatningsutbetalinger enn om pasienten ikke har advokatbistand. Dette har sin bakgrunn i at NPE gir for dårlig informasjon om hvilke tapsposter som er relevante for utmålingen. Men bruk av advokat har også sine svake sider. Fra flere hold hevdes det at bruk av advokater kan bidra til lengre saksbehandlingstid. Dessuten hevdes det at noen advokater som er blitt benyttet har for dårlig erstatningsrettslig kompetanse.

Saksbehandlingstid

Statskonsult slår fast at det ikke er satt opp standarder for saksbehandlingstid i NPE-ordningen gjennom serviceerklæringer eller på annen måte. Informasjonen til pasienten om saksbehandlingstid består i å antyde en saksbehandlingstid på ca to år, fordelt med ett år på ansvarsspørsmålet, og (ved medhold) ytterligere ett år på erstatningsutmålingen. Av 12 måneders saksbehandlingstid i ansvarsfasen går i gjennomsnitt åtte måneder til ekstern saksbehandlingstid, mens ca fire måneder brukes internt. Det er primært innhenting av medisinske opplysninger og vurderinger, og innhenting av kommentarer til disse, som utgjør flaskehalsene når det gjelder saksbehandlingstid. I utmålingsfasen påvirkes tidsbruken dels av hvor lang tid det tar å motta opplysninger/eventuelt også mer detaljert krav fra pasienten eller dennes advokat, dels av at kunnskapen om skadens utvikling og omfang kan være problematisk og tidkrevende å konstatere, og dels av at pasienten vegrer seg for å akseptere det forslag til erstatning som NPE fremsetter. Det vil si at flaskehalsene dels er knyttet til organisatoriske utfordringer som kapasitet/rutiner i det medisinske miljøet, og dels til selve sakens egenart og kompleksitet.

Pasientskadenemndas sekretariat har et mål på ni måneder. Pasientskadenemndas sekretariat anslår faktisk gjennomsnittlig saksbehandlingstid i 2003 til å være ca 8 måneder.

Statskonsult har ikke her vurdert rimelig lengde på saksbehandlingstid i forhold til kompleksiteten i sakene og derav følgende behov for eksterne uttalelser mv, men det kan ut fra sammenligninger vi har gjort synes som om ambisjonene med hensyn til saksbehandlingstid i NPE er blant de laveste i forvaltningen. Saksbehandlingstiden både i Danmark og Sverige er også kortere enn i Norge. Flere av dem Statskonsult har hatt kontakt med peker også på at saksbehandlingstiden kan synes lang, men samtidig sies det at det er viktig at ikke bestrebelsene på å få ned saksbehandlingstiden går ut over kvaliteten på saksbehandlingen. Sett fra brukerne er ikke saksbehandlingstiden i utmålingsfasen noe stort problem.

Praksis

NPEs vurdering av de rettslige spørsmålene synes å skje innenfor et sett med rutiner og systemer som virker betryggende. NPE og Nemndas sekretariat sier at tvilssaker ofte avgjøres i pasientens favør. Verken med hensyn til forlik, fødselsskadesaker eller Dent-O-Sept-sakene finner Statskonsult NPEs praksis betenkelig.

Om lag 70 prosent av sakene ender med avslag i førsteinstans. Den generelt høye avslagsprosenten i førsteinstansen skyldes at det av NPE ikke vurderes å være noen sammenheng mellom behandlingen og skaden. Ved klager på NPEs vedtak omgjør Pasientklagenemnda mellom 11 og 14,5 prosent. I rettsapparatet omgjøres 19,5 prosent. Antall rettsaker har økt betydelig, men utgjør fortsatt en svært liten andel av pasientskadesakene. Ut fra statistisk materiale og intervjuer har vi ikke indikasjoner på at NPE er for strenge i sin praktisering av

regelverket. Tilbakemeldinger antyder at dersom lovgiver ønsker en annen praksis enn den som føres i dag, må reglene endres.

Erstatningsutmåling

Det blir påstått at NPE er "forsikringsaktige". De kan komme med "forhandlingsutspill" som senere blir forhøyet, særlig hvis det kommer advokat inn i bildet. Statskonsult har ikke undersøkt omfanget av slike hendelser. Uansett representerer påstandene et omdømmeproblem, særlig når NPE ønsker å bli oppfattet som "empatisk".

Informasjon

En viktig side ved saker om pasientskadeerstatning er informasjon og kommunikasjon, helt fra en skade inntreffer og til en skadesak er avsluttet. NPE spiller selvsagt en viktig rolle i denne sammenheng, men er langt fra alene om ansvaret. En rekke andre aktører er involvert, og må ha tilstrekkelig kunnskap.

Pasientombudene bruker mellom en fjerdedel og en tredjedel av sin tid til oppgaver knyttet til pasientskadesaker. De viktigste oppgavene på området er å gi pasientene råd og veiledning, samt bistand ved skriving av brev og utfylling av skjemaer. Pasientombudene mener at den rollen de har og de tjenestene de yter på pasientskadeerstatningsområdet, dekker behovet.

Statskonsult mener at ledelsen i NPE synes å ha planlagt mange gode informasjonstiltak framover som vil bidra til å styrke NPEs omdømme og sette pasientene mer i fokus. Med kommunikasjonsstrategien som førende for arbeidet, burde NPE være godt rustet til å håndtere informasjonsoppgavene målrettet og profesjonelt.

1 Bakgrunn, mandat og metode

1.1 Bakgrunn

Ot.prp. nr 31 (1998–1999) definerer formålet med pasientskadeerstatning slik: ”...å styrke det erstatningsrettslige vernet for personer som pådrar seg skader som omfattes av lovens virkeområde. Det foreslås både materielle og prosessuelle regler som gjør det lettere å få tilkjent erstatning enn etter alminnelige erstatningsrettslige regler.”

Fra 1. januar 2003 er NPE blitt et uavhengig statlig forvaltningsorgan med eget råd og styre, og Pasientskadenemnda er skilt ut som uavhengig klageorgan med eget sekretariat (og separat lokalisering). Fra samme dato er en ny lov om pasientskadeerstatning satt i verk, men loven skal i stor grad være en videreføring av tidligere midlertidig regelverk. NPE ble evaluert i 1994 ut fra et rettsikkerhetsperspektiv (Kjønstadutvalget), og evalueringen fikk mye å si for regelverket.

Bakgrunnen for evalueringsoppdraget er Stortingets behandling av statsbudsjettet for 2003. Det ble i den forbindelse stilt spørsmål ved saksbehandlingstidens lengde, om anvendelsen av erstatningsregelverket, om bruken av sakkyndige og om service overfor brukerne. Fødselsskadesaker, Dent-O-sept-saken og saker som ender med forlik har vært særlig fokusert. Videre har spørsmålet om en ”tort og svie”-ordning vært reist, og om det burde foretas en evaluering både av organet NPE og av erstatningsordningen. Enkelte av disse punktene er sammenfallende med foranledningen til 1994-evalueringen.

1.2 Oppdraget

Statskonsult mottok i slutten av februar 2003 en forespørsel fra Helsedepartementet om å evaluere NPE. Oppdraget ble påbegynt i mai 2003 og er slutført i januar 2004. Prosjektet er gjennomført i to faser, der fase 1 ble oppsummert i et notat av november 2003.

Statskonsults evaluering av NPE skal blant annet gi grunnlag for å vurdere den kritikken av NPE som er kommet fra flere hold. Målet er å vurdere om organiseringen av ”NPE-ordningen”, det vil si samtlige nivåer, er egnet til å ivareta god forvaltningsskikk og lovens formål. Evalueringen vil derfor bestå i å se sammenhengen mellom de organisatoriske og juridiske virkemidlene og hvilke resultater dette fører til. Generelt skal det være et mål å identifisere et eventuelt forbedringspotensial ved ordningen.

Ifølge mandatet skulle følgende forhold utredes:

- Beskrivelse av de kravene som NPE skal oppfylle, herunder krav som følger av lov og ulovfestede krav til god forvaltningsskikk
- Gjennomgang av praksis i NPE
- Vurdere hvorvidt gjennomgangen viser et avvik fra kravene
- Forhold som kan forklare avvik
- Eventuelle forslag til forbedringer.

Det har ikke vært en del av oppdraget å vurdere utvalgte enkeltsaker. Dette betyr at oppdraget og metoden (se nedenfor), inneholder visse begrensninger. Vi har ikke undersøkt hvorvidt de medisinske eller juridiske vurderingene som gjøres i enkeltsakene er feilaktige eller strenge. Evalueringen har ikke vært en ”granskning”, men gir klare indikasjoner som belyser de sentrale problemstillingene.

1.3 Metode

Datagrunnlaget for evalueringen har vært etablert gjennom dokumentstudier, intervjuer og spørreundersøkelse.

Dokumentstudiene har primært omfattet utredninger, forarbeider, lovtekst, juridisk litteratur og statistisk materiale vedrørende saksantall og –utfall, jf litteraturliste.

Intervjuene er foretatt med representanter helsevesenet og for samtlige grupper av ansatte/ oppnevnte innenfor ordningen, samt eksterne grupper som pasientombud, advokater og interesseorganisasjoner. Totalt er det foretatt 19 intervjuer, hvorav noen gruppeintervjuer. Intervjuene har hatt en varighet på 1,5–2 timer. Intervjuene har vært halvstruktureerte, det vil si at de har fulgt en intervju-guide (som har vært sendt ut på forhånd), men med muligheter for ulik vektlegging av temaer i intervjuene og med en del åpne spørsmål.

I tillegg har det vært gjort særskilte intervjuer i forbindelse med en kommunikasjonsanalyse.

Spørreskjema har vært sendt til samtlige pasientombud, jf vedlegg. De fleste av pasientombudene har i tillegg enten vært intervjuet eller vært kontaktet på telefon.

1.4 Begreper og definisjoner

Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) er både navnet på en ordning og på en organisasjon. I denne rapporten vil vi bruke NPE om organisasjonen, det vil si førstestansen i pasientskadesakene.

Pasientskadenemnda forkortes ofte PSN. I denne rapporten skriver vi imidlertid Pasientskadenemnda eller Nemnda. Pasientskadenemndas sekretariat benevnes som Nemndas sekretariat eller sekretariatet.

Når vi bruker uttrykket pasientombudene, inkluderer vi helse- og sosialombudet i Oslo. Dette ombudet har alle funksjonene som pasientombudene har, men har også andre oppgaver.

1.5 Oppbygging av rapporten

I kapittel 2 gis en beskrivelse av pasientskadeordningen i Norge, herunder en sammenlikning med ordningen i Danmark og Sverige.

Deretter følger kapitler som beskriver saksbehandlingen i NPE (kapittel 3) og rollen til andre aktører, henholdsvis advokater (kapittel 4) og rådgivende leger samt medisinsk sakkyndige (kapittel 5). Pasientombudenes rolle og deres vurdering av ordningen og NPE er gjengitt i kapittel 6.

Deretter følger et kapittel om antall saker og saksbehandlingstid (kapittel 7) og om vedtak, utbetalinger og rettssaker (kapittel 8). I et eget kapittel (kapittel 9) har vi behandlet de sakstypene som særlig har vært fokusert i forbindelse med den kritikken som har vært reist mot NPE: Forlikssakene, fødselsskadesaker og Dent-O-Sept-sakene (kapittel 9).

Service og organisasjonsutvikling i NPE og Nemndas sekretariat er behandlet i kapittel 10, mens kapittel 11 redegjør for informasjons- og kommunikasjonsarbeidet, blant annet basert på en egen kommunikasjonsanalyse.

2 Beskrivelse av NPE-ordningen og NPE-organene

2.1 Innledning

Høsten 1987 ble det inngått en avtale mellom Sosialdepartementet og eierne av de offentlige, somatiske sykehusene (fylkeskommunene) om å opprette en ordning for å behandle erstatningskrav fra pasienter som mente seg feilbehandlet ved sykehusene. Arbeidet med å utforme en lov om pasientskader var i gang, og ordningen skulle i utgangspunktet være virksom i tre år, inntil loven var på plass.

Hensikten med ordningen var å etablere et system som gjorde det *lettere* for pasientene å nå frem med sine klager på behandling ved sykehusene. Før ordningen ble opprettet, ble klager på feilbehandling behandlet etter de ordinære erstatningsrettslige regler; hvor pasienten måtte kunne bevise skyld hos behandleren/sykehuset, og saken ble avgjort av domstolene. Dette var en tung og lang vei som sjelden førte frem, og som påførte pasienten store omkostninger.

Den midlertidige ordningen ble videreført da ikraftsettelse av loven trakk ut. Fra 1. juli 1992 ble ordningen utvidet til å omfatte skader oppstått på offentlige psykiatriske sykehus og poliklinikker, samt ved kommunale legevakter og i kommunelegetjenesten.

Regjeringen la i desember 1998 frem et lovforslag (Ot.prp. nr. 31 for 1998–1999). Det er senere avgitt en tilleggsproposisjon (Ot.prp. nr. 55 for 1999–2000). Pasientskadeloven ble vedtatt våren 2001, og omfatter i utgangspunktet både helsetjenester i offentlig og privat sektor. Loven er fra 1. januar 2003 satt i kraft for offentlig helsevesen. I stor grad er loven en videreføring av den tidligere, midlertidige ordningen ("NPE-reglene"). For privat helsevesen bygger loven på en forsikringsordning som det ikke har lyktes å få innført, og ikrafttreddelsen er utsatt.

2.2 Rettslig plassering og intensjoner med ordningen

Statens viktigste bidrag til å avhjelpe skader, sykdom og tap av forsørger er basert på *folketrygdens* ytelser. Forsikringer og erstatning er ytelser som eventuelt supplerer trygdeytelsene (forsikringer i den grad skadelidte eller skadevolder har sørget for slik dekning for ulike typer ulykkes- og skadetilfeller).

Trygdesystemet vårt kan sammenlignes med en kollektiv forsikringsordning i statlig regi som finansieres via medlemsavgift, arbeidsgiveravgift og tilskudd fra staten. Dette er den viktigste form for økonomisk kompensasjon ved

personskade eller sykdom. Ytelsene utbetales uavhengig av årsak til skade/sykdom, og er uavhengig av om noen kan holdes ansvarlig.

Erstatning vil som hovedregel være en form for kompensasjon som følger av at det er en skadevolder som har påført noen et tap, basert på at skaden har oppstått som følge av uaktsom eller forsettelig atferd, det vil si subjektiv skyld. Et grunnleggende prinsipp i erstatningsretten er hvem som er nærmest til å bære risikoen for en potensiell skade. Et vesentlig moment ved en slik vurdering er i hvis interesse den skadevoldende handling har skjedd.

Erstatning er et tillegg til trygdeytelsene, forutsatt at: a) skadelidtes økonomiske tap overstiger trygdeytelsene, b) tapet er forårsaket av en erstatningsbetingende skade og c) det eksisterer en skadevolder.

Andre erstatningsordninger i statlig regi er:

- Voldsoffererstatning
- Billighetserstatning fra statskassen

Opprettelsen av en særskilt erstatningsordning for skader som helsevesenet kan påføre en pasient, har som hovedformål å *gjøre det lettere for pasientene å fremme sine krav* og å få dem behandlet på en rask og forsvarlig måte.

”Pasientvennligheten” i NPE-ordningen er knyttet både til ansvarsgrunnlaget, bevisregler og behandlingsmåte. Endringen av ansvarsgrunnlaget er av helt sentral betydning. Skaden vurderes som hovedregel uten hensyn til om noen direkte kan lastes for det uheldige resultatet av behandlingen, og foretas etter objektive kriterier.

2.3 Organisering og bemanning

Etter de midlertidige reglene var det administrative apparatet organisert under KLP. Staten og fylkeskommunene (som sykehuseier) var ansvarlige for finansiering av ordningen.

NPE besto av sekretariat, styre, råd og nemnd. Nemnda ble oppnevnt av Kongen og hadde fem medlemmer. Som første instans behandlet nemnda stort sett bare saker som reiser prinsipielle spørsmål eller store erstatningskrav.

Sekretariatet mottok, behandlet og la skadesaker frem for pasientskadenemnda til avgjørelse. Saker som ble oppfattet som kurante – mindre saker – ble avgjort av sekretariatet etter delegasjon. Sekretariatets avgjørelser kunne da påklages til nemnda.

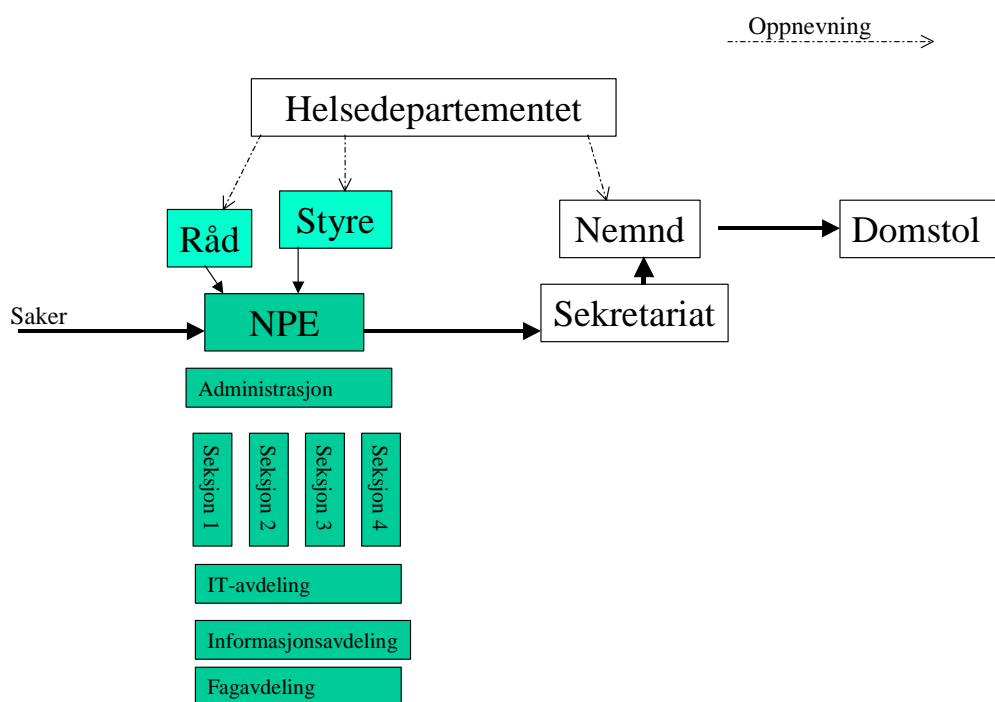
Pasientskadeloven medfører en del endringer i organiseringen av apparatet. De viktigste organisatoriske endringene er omdanning og oppdeling av enhetene i apparatet.

NPE omdannes til et eget, uavhengig forvaltningsorgan under Helse-departementet, og skal forestå førsteinstansbehandling av pasientskadesaker. Ordningen med styre og råd for NPE videreføres. Helsedepartementet har oppnevnt styre med fem medlemmer og tre varamedlemmer, samt et råd med 10 medlemmer. Pasientskadenemnda utskilles som eget uavhengig organ med eget sekretariat. Nemnda skal behandle klager på avslag gitt av NPE. Sekretariatsfunksjonen for Nemnda er etablert som en selvstendig instans i egne lokaler utenfor NPE.

Formålet med å etablere virksomhetene som offentlige uavhengige organer og som separate organisasjoner, var å sikre den tillit og legitimitet som er nødvendig for at ordningen skal fungere etter sin hensikt.

Organisatorisk kan dagens ordning vises slik:

Figur 2.1 Organisasjonskart



2.3.1 Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)

NPEs ledelse består av en direktør og en assisterende direktør, og organet har (pr. 2003) cirka 70 medarbeidere, herunder 9 leger på deltid som rådgivere.

De 70 ansatte utgjør 62 årsverk dersom alle er på plass etter aktuell stillingsbrøk hele året. Reelt antall årsverk i 2003 er lavere. Fem av stillingene som

NPE er blitt styrket med i det siste skal dekke opp økt ressursbehov knyttet til omleggingen til å være et statlig organ med egne administrative funksjoner.

I utgangspunktet er ikke saksbehandlerseksjonene spesialisert på sakstyper. Enkelte tyngre sakstyper som for eksempel skader på barn blir likevel behandlet av egne saksbehandlere. Dent-O-Sept-sakene har vært samlet i et eget team. Fagavdelingen har ansvar for interne faglige retningslinjer og kvalitetskontroll av vedtak gjennom stikkprøver.

Tabell 2.1 Bemanning i NPE ved utgangen av det enkelte år

År	Ansatte	Årsverk	Merknad
1994	20	16,8	
1995		21,2	ansatte ikke oppgitt
1996	37	29,6	
1997	46	39,7	
1998	50	43,5	
1999	51	44,1	
2000	57	49,9	
2001	57	48,5	ansatte anslått
2002	57	57,4	
2003	70	62	

Tallene for årsverk i perioden 1994–2002 er faktiske årsverk.

2.3.2 Pasientskadenemnda

Pasientskadenemnda er oppnevnt av regjeringen og er et uavhengig forvaltningsorgan. Nemnda behandler klager på avslag som er fattet av Norsk Pasientskadeerstatning (NPE).

Pasientskadenemndas sekretariat ledes av en direktør. Det er (pr. 1. januar 2004) åtte saksbehandlerstillinger, og en av saksbehandlerne fungerer i direktørens fravær. Sekretariatet har tre administrative stillinger og en rådgivende lege. Flere av stillingene både på saksbehandlersiden og på administrativ side er besatt på deltid, slik at reelt antall årsverk er lavere enn summen av stillinger (13).

Pasientskadenemnda har juridisk og medisinsk ekspertise samt representasjon av pasientinteresser og helsevesen. I henhold til forskriften¹ skal lederen ha juridisk embetseksamen. Som medisinsk sakkyndige i Nemnda 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.

¹ Forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda, § 10. Statskonsult, rapport 2004:4

2.4 Dekningsområde og finansiering

Lov om pasientskader dekker all helsetjeneste i Norge. Det er et uttalt formål at det ikke bør være ulikheter i skadevurderingen mellom privat og offentlig helsetjeneste. Loven er av praktiske årsaker likevel ikke iverksatt for privat sektor. Det faktiske dekningsområde er derfor i dag knyttet til offentlig helsevesen.

Offentlig helsevesen omfatter i denne sammenheng helsetjeneste i kommunal, fylkeskommunal og statlig regi, samt private tilbud som finansieres med offentlige midler (driftstilskudd, basistilskudd, kjøpte tjenester (kjøpsavtaler) og/eller tilskudd etter folketrygdloven § 5-20). Offentlig finansierte helsetjenester utført i utlandet er omfattet.

Loven omfatter skader som påføres pasienter av offentlig godkjent helsepersonell (og deres hjelpere). Med den begrensede ikrafttredelsen av loven, får dette bare selvstendig betydning når de utfører pliktig øyeblikkelig hjelp utenfor sykehus eller annen helseinstitusjon.

Ordningen er i hovedsak finansiert gjennom direkte tilskudd fra staten, samt tilskudd fra regionale helseforetak, fylkeskommuner og kommuner. Videre skal behandlingsstedet betale egenandeler til NPE. NPE fakturerer i tillegg saksbehandlingstjenester for Legemiddelforsikringspoolen, som er en pool av samarbeidende forsikringsselskaper. Disse dekker legemiddelansvarsforsikring på medlemmenes vegne i henhold til produktansvarslovens kapittel 3.

For privat sektors helsetjenester er det planlagt finansiering basert på en forsikringsordning. Det at denne ikke tilbys av forsikringsselskapene pr. i dag er begrunnelsen for at loven ikke er satt i kraft på dette området.

Lov om pasientskader gjelder for skader som er skjedd etter lovens ikrafttredelse. For eldre skader gjelder de materielle begrensningene etter de midlertidige reglene. Reglene er imidlertid i stor grad sammenfallende med de nye lovreglene.

2.5 Skadetyper og tapsdekning

Etter loven omfattes pasienters fysiske og ikke-fysiske skader av erstatningsordningen. Dette innebærer en endring i forhold til den midlertidige ordningen, der fysiske skader var utgangspunktet for vurderingen. Ikke-fysiske skader som hadde sammenheng med de fysiske skadene ble omfattet. Endringen ved i krafttredelse av pasientskadeloven begrenser seg derved til at også selvstendige ikke-fysiske skader kan gi grunnlag for erstatning.

Også andre enn pasienters skader er til en viss grad omfattet av ordningen, forutsatt at det er en nær sammenheng med pasientens skade. Grensen trekkes på samme måte som for tredjemannskader i erstatningsretten ellers.

Erstatningens omfang etter denne loven er hovedsakelig sammenfallende med skadeerstatningsloven, det vil si på samme måte som domstolene fastsetter tapsomfanget. Oppreisning omfattes likevel ikke i pasientskadeordningen. Etter de midlertidige reglene var en begrenset oppreisningserstatning omfattet, med en øvre grense på kr 20 000.

Dersom nettotapet, etter at dekning etter folketrygdloven er fratrukket, ikke overstiger kr 5 000, dekkes det ikke. For slike mindre tap, må skadelidte forholde seg direkte til skadevolder (behandlingsstedet). Dette betyr enten en direkte overenskomst med behandlingsstedet, eller en ordinær rettsak.

2.6 Ordningene i Sverige og Danmark

Nedenfor presenteres hovedtrekk ved ordningene. For øvrige er sammenliknende bemerkninger tatt inn sammen med omtale av den norske ordningen i de øvrige kapitler.

2.6.1 Innledning om de nordiske ordningene

En særskilt pasientskadeerstatning finnes bare i de nordiske landene, Sverige, Danmark, Finland, Island og Norge. Sverige var først ute med å innføre en egen pasientforsikringsordning. Ordningen hadde som utgangspunkt de vanlige regler om erstatning også for skader som påføres pasienter i forbindelse med behandling osv. Dermed gjaldt den såkalte "culparegelen". Men fordi reglene i praksis virket utilfredsstillende ved at svært få skadelidte fikk erstatning, ble det i 1975 innført en frivillig pasientforsikringsordning som yter erstatning i en del tilfelle hvor det ikke kan påvises noe uaktsomt forhold, kalt Patienförsäkring vid behandlingsskada.

De øvrige nordiske landene antas å ha tatt utgangspunkt i den allerede eksisterende svenske ordningen. Finland var det første land i verden med lovregulering spesielt for pasientskader. Den finske pasientskadeloven, som trådte i kraft 1. mai 1987, ligger svært nært opp til den svenske. Det samme kan sies om den midlertidige ordningen for pasientskadeerstatning i Norge (med virkning fra 1. januar 1988 med senere utvidelser) og den norske loven (som trådte i kraft 1. januar 2003), samt den islandske pasientforsikringsloven (som trådte i kraft 1. januar 2001). Danmark, derimot har på enkelte områder valgt avvikende ordninger (lov om pasientforsikring, som trådte i kraft 1. juli 1992).

Samtlige av disse landenes ordninger har mye til felles, og vi har valgt ut den svenske og danske erstatningsordningen som grunnlag for en sammenligning med vår ordning. De tre landenes lover om pasientskadeerstatning er imidlertid ikke enhetlig utformet, selv om de innholdsmessig og i praksis i grove trekk synes å gi relativt like resultater. Sammenligningen viser likevel enkelte interes-

sante særtrekk ved den norske erstatningsordningen. Forskjellene omhandler dels i hvordan virksomheten er *organisert*, *hvilke deler av helsevesenet som dekkes av ordningen og de materielle og prosessuelle regler* som anvendes i behandlingen av sakene. I dette kapitlet redegjør vi for hovedtrekkene ved ordningene, for øvrig kommenterer vi forskjeller i de deler av rapporten der dette er meningsfylt.

2.6.2 Organisering

I dette punktet sammenliknes de administrative løsningene de tre landene har valgt.

Tabell 2.2 Administrative løsninger i Norge, Sverige og Danmark

Organisasjon	Norge	Sverige	Danmark
Forankring	Offentlig 1. instans Offentlig klageorgan	Privat 1. instans (forsikringsselskap) Offentlig klageorgan	Privat 1. instans (Sammenslutning av forsikringsselskaper) Offentlig klageorgan
Institusjoner	NPE = 1. instans Nemnd = 2. instans med eget sekretariat	PSR/LÖF (= henholdsvis oppgjørsorgan og forsikringsgiver; 90 % av markedet) eller annet forsikringsselskap/ Nemnd = annen instans	Patientforsikringen (oppgjørorgan) + forsikringsselskaper (forsikringsgivere) / Nemnd = annen instans med eget sekretariat
Sammenheng med andre ordninger	NPE behandler også legemiddelskader	Egen ordning for legemiddelskader	Særorganisering av tannhelsesaker. Patientforsikringen administrerer legemiddelskader
Ansatte	62 årsverk/70 ansatte (NPE)	79,3 årsverk (PSR)	47,3 årsverk (Patientforsikringen)

En forskjell mellom de tre landene er at førsteinstansen er privat i Danmark og Sverige. I Danmark behandles søknad om erstatning i en sammenslutning av de forsikringsselskapene som dekker sykehus, "Patientforsikringen". I Sverige er det et forsikringsselskap som har spesialisert seg på helsevesenet som behandler erstatningssaker innenfor helsevesenet på oppdrag fra de ulike forsikringsselskapene som dekker helsevesenet, "PSR, Personskaderegulering AB". Mens man i Norge også behandler saker i forbindelse med legemiddelskader både i første og andreinstansen, administreres en slik ordning av førsteinstansen i Danmark, mens det er opprettet en selvstendig klagenemnd for slike skader. I Sverige behandles ikke legemiddelskader i noen av instansene, der er det opprettet en egen ordning for legemiddelskader.

Alle tre land har en offentlig klageinstans i form av en nemnd. I Danmark og Norge har nemndene har egne sekretariater som forbereder sakene, innhenter ytterligere informasjon og legger sakene frem for nemnda som avgjør saken. Statskonsult, rapport 2004:4

Sveriges nemnd har ikke avgjørelsesmyndighet men har en rådgivende funksjon. Nemnden synes likevel å ha tilstrekkelig autoritet til at de råd som gis blir tatt til følge i flesteparten av sakene. Ved uenighet og tvist om nemndens avgjørelser kan saken bringes inn for de svenske allmenne domstoler.

2.6.3 Omfang

Tabell 2.3 Ansvarsform og tapstyper som dekkes av de respektive landenes regelverk

	Norge	Sverige	Danmark
Dekningsområde	Offentlig helsevesen	Hele helsevesenet (PSR = offentlig helsevesen)	Offentlig helsevesen
Ansvarsform	Objektivisert ansvar + rimelighetsregel	Objektivisert ansvar, spesialistnorm, i realiteten også fasitresonnement	Objektivisert ansvar Spesialistnorm, fasitresonnement, rimelighetsregel
”Tapstyper”	Økonomisk tap, over kr 5000.- ménerstatning, forsørgertap	Økonomisk tap, over kr 1000.- ménerstatning, forsørgertap, sveda och värk (= ”økonomisk plaster på såret”)	Økonomisk tap, over kr 10 000.- ménerstatning, tap av forsørger, svie og smerte (= ”økonomisk plaster på såret”)
Utmåling	Hovedsakelig individuell	Hovedsakelig individuell	Delvis individuell, delvis standardisert

Utgangspunktet for ulikhetene er enkelte nasjonale forskjeller i den generelle erstatningsretten. I hovedsak synes terskelen for erstatningsbetingende ansvar å ligge noe lavere i de to andre nordiske landene. I norsk rett er hovedregelen at den kompensasjon som erstatningen skal utgjøre begrenset til omfanget av det økonomiske tapet skadelidte er påført. Hos oss er ansvar for ikke-økonomisk tap betinget av omfanget av skaden hvis det skal ytes ménerstatning eller et skjerpet skyldkrav til skadevolders handling hvis det skal kunne gis oppreisning.

Tilsvarende forskjeller mellom de nordiske landene gjenspeiler også erstatningsreglene for pasientskader. Selv om de tre landene har et felles fundament med objektivisert ansvar for skader voldt i det offentlige helsevesenet, gir reglene ulike utslag fordi kriteriene for det objektive erstatningsansvar er utformet forskjellig. Grunnlaget for å yte eventuell menerstatning synes å være nokså lik i de tre landene. Men normen for å vurdere om det objektivt sett foreligger en skade er i både Danmark og Sverige basert på hva resultatet i det konkrete tilfellet ville blitt hvis en *erfaren spesialist* hadde håndtert den tilsvarende situasjonen på behandlingstidspunktet. I Norge er vurderingsnormen knyttet til om skaden kan sies å være en *svikt eller feil* ved behandlingen. I tillegg til en Statskonsult, rapport 2004:4

enklere objektiv vurderingsnorm har også begge våre naboland en mulighet for å gi erstatning for ”tort og svie”, det vil si et ”økonomisk plaster på såret” uten at den aktuelle skade har ført til et økonomisk tap. Begge våre naboland har altså en lavere terskel for erstatning ved at også annet enn økonomisk tap dekkes i større grad.

2.6.4 Annet

Andre forskjeller av betydning er hvilke saksbehandlingsregler som følges under utredningsfasen av erstatningssaken i førsteinstansen. I Norge er NPE som offentlig organ, pålagt å følge forvaltningsloven, med de rettssikkerhetsgarantier dette innebærer for skadelidte. Norske pasienter har rett til innsyn og adgang til å kommentere/ korrigere ulike uttalelser i saken (det kontradiktoriske prinsipp). Dette kan være noe av årsaken til lengre saksbehandlingstid i Norge.

Det kan synes som den lavere terskelen for ansvar i Sverige og Danmark fører til at ordningen i større grad er i samsvar med den allmenne rettsoppfatning. Dette kan derfor være en mulig forklaring på at den norske ordningen har vært gjenstand for kritikk i langt større omfang enn i Danmark og Sverige.

3 Saksbehandlingen i NPE

I dette kapitlet beskrives saksbehandlingen i NPE. Vi kommer inn på hvordan saksgangen er og hva som gjøres i den enkelte fasen av saksbehandlingen. Videre beskrives hvilke systemer som understøtter saksbehandlingen, og hva som er innholdet i de standardtekstene som brukes i forskjellige sammenhenger.

Hensikten er å undersøke om det er forhold ved saksbehandlingsrutiner mv. som kan underbygge eller forklare deler av den kritikken som er kommet mot NPE.

3.1 Saksflyt

3.1.1 Innledning

Starten på en pasientskadesak kan sies å være når en skade inntreffer. Det kan imidlertid gå lang tid fra dette tidspunktet til skaden konstateres. Det varierer svært mye hvor lang tid som går fra en skade er konstatert til den meldes. Det forekommer også at skadeskjema kommer innen 1 måned etter konstatering av skade. Det kan gå opp til 20 år, som er foreldelsesfristen. Mange saker kan derfor ha en lang forhistorie før de blir mottatt i NPE.

I NPE utføres oppgavene hovedsakelig *sekvensielt*, det vil si at det ikke arbeides med samme sak på to hold samtidig² (for eksempel medisinsk og juridisk) og at det ikke arbeides med saken internt når en ekstern aktør har saken til uttalelse/for kommentarer.

3.1.2 Fra skade meldes til saksbehandling starter

Når et utfylt skadeskjema kommer inn til NPE, blir det tildelt en saksbehandler. Tildelingsarbeidet går på omgang mellom seksjonssjefene. Noen sakstyper går til særskilte saksbehandlere.

I hver seksjon er det en saksforbereder³. Oppgaven er å få inn dokumentasjon, ofte fra flere kilder. Når dokumentasjon skal innhentes, er man opptatt av å vise forståelse for sykehusene/behandlingsstedenes generelle arbeidspress. Tidsbruken hos disse kan skyldes dårlige interne rutiner. Stort sett er de store sykehusene best, men det fins variasjoner også internt mellom disse. Det er oftest uttalelsene fra sykehusene som tar tid, mens selve journalen utgjør sjelden noe problem i denne sammenheng (men i saker der det skal innhentes

² Under utmålingen kan man ha til ekstern vurdering medisinsk invaliditet, samtidig som man jobber internt med andre erstatningsposter, for eksempel inntektstap.

³ Saksforberederne er med på den faglige virksomheten i sine seksjoner, og enkelte kan rykke opp til saksbehandlere gjennom kursing/etterutdanning.

journal fra flere avdelinger på et stort sykehus, kan nok dette være det forholdet som gjør at tiden går..).

I Danmark og Sverige opplever ikke pasientforsikringsorganene slike problemer i tilsvarende grad som NPE.

Uttalelsene inneholder en oppsummering av fakta og en vurdering av saken. Det er sjelden at det er behov for å få inn ytterligere uttalelser, men en "tynn" uttalelse vil øke sannsynligheten for at det blir stilt ytterligere spørsmål. En uttalelse avgis vanligvis av overlegen for den avdelingen som har behandlet pasienten, som dermed ofte utgjør "flaskehalsen". Fristen som settes av NPE er 5 uker (ved puring: 3 uker), jf omtalen av frister i standardbrevene i kapittel 3.3 og 3.4.

Tidsbruken i denne fasen kan dermed sies både å være personavhengig (overlegen), sykehusavhengig, HF-avhengig og/eller helseregionavhengig. Restanser hos saksforbereder i NPE kan også spille inn; ved sykdom og fravær kan det skje en opphopning.

Det har vært ulik erfaring med å bruke fylkeslegene som purreinstans, og denne rutinen er nå avvirket. Det er gode erfaringer med å bruke de regionale helseforetakene. Fylkeskommunene har ikke vært brukt som purreinstans.

Når uttalelsen foreligger, sendes denne pasienten for kommentarer med en frist på 3 uker. Det skjer ikke sjelden at det bes om en utsatt frist.

Det anses av NPE ikke som hensiktsmessig å påbegynne saksbehandlingen før kommentarene fra pasienten foreligger, hovedsakelig fordi man mener det er viktig at pasientens eventuelle kommentarer foreligger før selve saksbehandlingen påbegynnes. I tillegg vurderes det uhensiktsmessig å måtte ta frem saken flere ganger.

3.1.3 Saksbehandling

Saksbehandlingen er inndelt i to faser: Ansvarsvurdering og – hvis ansvar konstateres – utmålingsfasen. Disse to fasene er forskjellige med hensyn til bruk av advokat: Hovedregelen er at advokatutgifter ikke dekkes i ansvarsfasen, mens søknad om bistand fra advokat som hovedregel skal innvilges i utmålingsfasen. Bestemmelsen om advokatbistand i pasientskadelovens § 11 må på dette punkt ses i sammenheng med lov om skadeerstatning § 3-1, 1, ledd.

Når NPE har fått det komplette dokumentgrunnlaget, vurderer saksbehandleren i samråd med rådgivende lege om NPE skal forelegges saken for en ekstern medisinsk sakkyndig.

Saksbehandler skal også fastsette en skadereserve. NPE opplyser at dette ikke er tidkrevende.

Noen saker er godt nok opplyst gjennom sykehusets uttalelse. NPE mener selv at man kanskje i større grad burde nøye seg med sykehusets uttalelse når ansvar klart erkjennes. Det forekommer imidlertid at NPE har en ”mildere” vurdering av sykehusets behandling av pasienten enn sykehuset selv, det vil si at sykehuset påtar seg et ansvar utover det som regelverket gir grunnlag for. NPE må derfor vurdere ansvarsspørsmålet konkret i hver enkelt sak.

Hvis saken sendes rådgivende lege, informeres pasienten om dette. Det kan bygge seg opp restanser hos rådgivende leger, for eksempel i ortopedisakene⁴. Rådgivende lege foretar i utgangspunktet ingen prioritering av sakene (men kan bli instruert av ledelsen om å prioritere en sak fremfor en annen), men tar dem i den rekkefølge som de kommer inn. Rådgivende lege arbeider av og til utover avtalt stillingsbrøk. Notat fra rådgivende lege sendes ikke til pasienten, men NPE praktiserer s.k. merinnsyn, det vil si at pasienten får se notatet dersom han/hun etterspør det. Det vurderes p.t å enten sende notatet ut automatisk eller eventuelt bruke det som vedlegg til vedtaket (ny rutine).

Hvis saken skal til medisinsk sakkyndig, vil NPE sende en forespørsel om oppdrag kan tas, med en svarfrist på 10 dager. Dersom den forespurte sakkyndige sier ja til oppdraget, sendes mandat, saksdokumenter og det gis en frist. Fristen settes her normalt til 4 uker. NPE er tilbakeholden med å ”mase”, og fristen oversittes ofte. Ekstern spesialistklæring sendes til pasienten for kommentar. NPE vurderer nå å innføre strengere purrerutiner for de sakkyndige og samtidig gjøre dem kjent med dette ved forespørsel om oppdrag.

Den danske ordningen er annerledes. Der bruker Patientforsikringen faste spesialister. De medisinske spesialistene får hver utlevert opptil 25 saker hver 14. dag. De er ansatt i helsevesenet, men er tilknyttet en gruppe i Pasientforsikringen. Sakene tas opp til avgjørelse i såkalte legemøter hver 14. dag, der to medisinske spesialister og samtlige jurister i gruppen deltar.

NPE har erfaring for at noen pasienter har ”skrivesperre” eller ”dokument-skrekk”, og anser at mer aktiv telefonbruk lettere vil kunne få fram relevante opplysninger. I dag har NPE en praksis som går ut på at saksbehandler tidlig under saksgangen skal ta initiativet til en telefonsamtale. I forbindelse med ny serviceerklæring vurderer NPE å innføre en ordning der saksbehandler kontakter pasienten minst én gang på telefon både under ansvarsutredningen, men også under utmålingsdelen.

Dersom NPE avslår ansvarssaken, går den til arkivering. Pasienten vil ved avslag ofte rette en klage til Nemnda.

Dersom NPE fatter erstatningsvedtak, sendes det informasjon til pasienten om hva som må inn av dokumentasjon knyttet til utgifter og inntektstap (dette fremgår også av det første brevet NPE sender pasienten etter å ha mottatt søknaden).

⁴ Ca 50 prosent av sakene gjelder ortopedisk kirurgi; det antydes at det er en viss ”treghet” i systemet mht å sende ortopedisaker ut til eksterne sakkyndige siden NPE har egne rådgivere på huset.

NPE innhenter opplysninger fra offentlige registre (ligningskontor, trygdekontor etc) i tillegg til at det trengs opplysninger fra pasienten. Saksbehandleren bestemmer selv hvordan opplysninger innhentes.

Noen advokater ønsker å innhente dokumentasjon i stedet for at NPE gjør det, og å presentere et krav. Det kan bli mange ”runder” med advokater på relativt detaljerte spørsmål. Advokaten kan bidra til at forventningene blir skrudd opp, og at NPE oppfattes som motpart.

I tillegg til advokatene kan også sykehusene og pasientombudene påvirke relasjonen mellom pasienten og NPE. Pasientombudene håndterer ifølge NPE sin funksjon på nokså forskjellig vis.

Når det gjelder erstatningsutmålingen, prøver NPE å komme frem til et resultat som kan aksepteres uten videre. Før pasientskadeloven trådte i kraft, hadde NPE fullmakt fra Nemnda til å forhandle frem minnelige oppgjør. Kun de saker som NPE ikke greide å løse i minnelighet ble brakt inn for Nemnda, som da fattet det formelle utmålingsvedtaket. *Etter* pasientskadeloven har også NPE vedtakskompetanse i utmålingssaker. Likevel vil man bestrebe seg på å løse saken i minnelighet, uten at det fattes vedtak. Men ved å ha mulighet til – der pasientens forventninger til erstatningens størrelse går utover det NPE mener det er faglig grunnlag for å imøtekomme – å fatte vedtak, tror NPE en del utmålingssaker vil gå raskere gjennom systemet enn tidligere (mindre ”parlamentering”).

Delutbetalinger vurderes alltid og betales ut raskt.

Det er primært innhenting av medisinske opplysninger og vurderinger, og innhenting av kommentarer til disse, som utgjør flaskehalsene når det gjelder saksbehandlingstid. I utmålingsfasen påvirkes tidsbruken dels av hvor lang tid det tar å motta opplysninger/eventuelt også mer detaljert krav fra pasienten eller dennes advokat, dels av at kunnskapen om skadens utvikling og omfang kan være problematisk og tidkrevende å konstatere, og dels av at pasienten vegrer seg for å akseptere det forslag til erstatning som NPE fremsetter. Det vil si at flaskehalsene dels er knyttet til organisatoriske utfordringer som kapasitet/-rutiner i det medisinske miljøet, og dels til selve sakens egenart og kompleksitet.

Også medholdvedtak blir begrunnet, og NPE kunne kortet ned gjennomsnittlig saksbehandlingstid hvis man unnlot dette.

Saksbehandlingen i Danmark og Sverige foregår på en mindre omstendelig måte⁵. Samtidig er saksbehandlingen i disse landene kanskje mindre grundig. Det anvendes i betydelig mindre grad kontradiktorisk saksbehandling i våre naboland. Dette, kombinert med mindre advokatbruk og mer strømlinjeformet

⁵ I forbindelse med en komparativ undersøkelse for noen år tilbake ble den norske saksbehandlingen karakterisert som ”gullkantet”.
Statskonsult, rapport 2004:4

bruk av medisinsk sakkyndige, bidrar til at saksbehandlingstiden i disse landene er kortere enn i Norge.

Normal saksporfølge hos den enkelte saksbehandleren i Norge er på rundt 90. I Sverige oppgis den å være 80.

3.1.4 Kvalitetssikringsrutiner

I saksbehandlingen kan saksbehandler finne støtte for beslutningen i såkalte fagpermer. Det fins også ”gode typetilfeller”/”presedensavgjørelser” som kan tjene som veiledning. Alle tidligere vedtak og rettssaker kan søkes på gjennom stikkord og saksnummer i databaser (søking i fritekst på alle vedtak og søking i fagdatabasen på alle rettsavgjørelser).

Nyansatte saksbehandlere har en fadder, og alle saker passerer normalt denne eller leder de første 3 måneder. For øvrig legges det opp til selvstendig saksbehandling, der saksbehandleren selv vurderer om utkast til vedtak skal forevises andre (NPE mener at kvaliteten på saksbehandlingen ved en konsekvent annenhånds saksbehandling ville blitt noe bedre). Ledelsens holdning er at alle saksbehandlere bør legge frem saker for nærmeste overordnede av og til. Saker som gjelder ansvar for dødsfall skal alltid gå til leder. For øvrig er det beløpsgrenser ved utmålingen som avgjør hvorvidt en sak skal forelegges.

Nesten alle saker vil ha vært innom rådgivende lege før vedtak.

Kopier av alle vedtak legges til leder.

For øvrig skjer det en kvalitetsrevisjon av vedtak som plukkes ut ved tilfeldighet. Utplukk av saker for revisjon skjer i statistikkenheten, mens selve revisjonen skjer i en egen fagavdeling. Sakene gjennomgås etterpå med berørte sjefer og saksbehandlere.

3.2 Datasystemer

I tillegg til standardprogrammer innenfor tekstbehandling regneark og e-post, har NPE og Nemndas sekretariat regnskaps- og arkivsystemer i henhold til statens normer.

E-post for eksempel fra pasienter til fellesadressen i NPE blir fordelt av en kontoransatt. E-post brukes til å purre sakkyndige.

Innenfor det som kan betegnes som *fagsystemer* fins følgende:

- Fagdatabase med dommer
- Database inneholdende vedtak fattet av NPE, av Nemnda og av Nemndas sekretariat, med søkemulighet i fritekst (SIFT)

-
- Standardprogram innen personskade for beregninger i forbindelse med erstatningsutmålinger, for eksempel ménerstatning, renteberegning, kapitalisering, påført og fremtidig inntektstap med beregning av skatt etc. (Compensatio)
 - Saksbehandlersystemet PIA; et system som understøtter saksbehandlingen og som inneholder grunnlagsdataene som brukes i forbindelse med rapportkjøringer og NPEs statistikk over erstatningsordningen. PIA er standard programvare, men man har gjort tilpasninger slik at det skal passe NPEs virksomhet

Nedenfor beskrives PIA, som det viktigste systemet, mer i detalj.

Etter at NPE og nemndas sekretariat ble organisatorisk atskilt, har de etter påtrykk fra departementet tatt i bruk hver sin versjon av saksbehandlingssystemet (det vil si de bruker ikke hverandres data), for å markere den organisatoriske atskillelsen. Foreløpig samarbeider de om videreutviklingen av PIA og de er blitt enige om en kostnadsfordeling på videreutviklingen av systemet. Hvor lenge dette samarbeidet vil vare vet man ikke, men nye funksjoner som er utviklet er installert hos begge parter. PIA utvikles løpende ved at ønskede endringer defineres overfor Software Innovation (SI).

PIA inneholder en rekke felt og opplysninger knyttet til den enkelte sak.

- Personopplysninger
- Dato for registrering
- Sakstype (for eksempel Dent-O-Sept og en spesiell type hofteoperasjoner)
- Eventuell dødsdato
- saksinformasjon i stikkordsform,
- Felt med informasjon om advokatopplysninger,
- Felt for (påstått) skadevolder, dette feltet fører til et nytt skjermbilde, kontaktregister, som inneholder opplysninger om skadevolder
- Hvilke regler saken behandles etter, den foreløpige ordningen eller den nye loven
- Dato for konstatert skade
- Felt med opplysninger om hvor saksmappen befinner seg
- Statuskode, hver gang koden endres blir dette registrert og man kan med utgangspunkt i disse registreringene følge sakens historikk. Sakskoden viser hvor i saksgangen saken er.

Av funksjonalitet i PIA kan nevnes:

- Alle endringer på saken registreres og logges
- Alle notater og andre dokumenter som skrives registreres på saken og kan hentes elektronisk direkte fra systemet
- Innkommende dokumenter lagres ikke elektronisk, men følger saksmappen. (NPE har startet et forprosjekt for å kartlegge konsekvensene av skanning av innkommende dokumenter)

-
- NPE har definert 27 hovedrapporter som kan hentes ut av systemet med ulike detaljer. Slike hovedrapporter må programmeres av SI, men NPE kan definere og kjøre egne rapporter i Access
 - Systemet har en rapport som heter oppgaveliste. Denne rapporten viser saker som saksbehandleren holder på med. Denne kan brukes som et arbeidsplanleggingsverktøy ved at man legger inn frister, status og lignende. Saksbehandler får således en hjelp til prioritering av saker og påminnelse om for eksempel at det er tid for puring
 - Ledere tar ut rapporter for styringsformål
 - PIA har et system som styrer utbetalinger av erstatninger og advokathonorarer.

3.3 Innholdet i brev til pasientene

Det er flere standardbrev knyttet til fasen før vedtak fattes, seks av disse er en kombinasjon av oversendelse av den første uttalelsen fra behandlingsstedet, informasjon om adgang til å kommentere denne innen en tre uker, samt informasjon om videre behandling av saken. Brevene er stilt til følgende grupper:

- Foreldre med skadet barn under 16 år, 2 ulike alternativer, hovedforskjellen er informasjon om bruk av advokat
- Foreldre med dødsfall, barn, 2 alternativer, som ovenfor
- Tap av forsørger, 2 alternativer, som ovenfor
- Skadelidte selv, 2 alternativer.

Samtlige brev har tre identiske standardfelt, med bekreftelse på å ha mottatt skademelding, informasjon om vedlagt uttalelse fra behandlingsstedet og 3 ukers frist til å kommentere uttalelsen, samt generell informasjon om den videre behandling av saken og saksbehandlingstid. Det informeres også om klageadgang til Nemnda dersom kravet ikke fører frem og at ytterligere informasjon i så fall vil bli sendt om dette. Standard er også informasjon om at trygdekontoret informerer om rettigheter etterlatte har etter folketrygdloven. Videre at de utgifter som dekkes av trygdekontoret kommer til fradrag i en eventuell utbetaling fra NPE.

3 ukers fristen kan være litt uklar, er det en frist for å si at man ønsker å kommentere, eller er det en frist for å kommentere? Det mest nærliggende er vel å oppfatte at det er en frist for å uttale seg. Dette kan tydeliggjøres/ forbedres.

Videre behandling av saken: Teksten kan forstås slik at det utelukkende sendes ut kopi av brev til søker ved utgående korrespondanse, samt kopier av sakkyndiguttalelse som kommer inn. Mao at sakkyndiguttalelser fra rådgivende lege internt i NPE ikke sendes søker, og heller ikke uttalelsene fra rådgivende lege der det ikke innhentes ytterligere medisinsk uttalelse. Det orienteres om at dette er grunnlaget for avgjørelsen. Her kan søker oppleve å bli satt til side og miste befatningen med saken.

Saksbehandlingstid: Innholdet her sier ikke mer enn at det tar tid å innhente medisinsk informasjon og eventuelt annen informasjon og man vet ikke hvor lang tid dette vil ta. Etter Statskonsults mening må det være grunnlag for å angi mulige tidsrammer, slik at bruker har noe å forholde seg til.

Det gis spesifisert informasjon om hva som kan erstattes henholdsvis for skadet barn, tap av barn og tap av forsørger med henvisning til de regler som kommer til anvendelse. Det blir gjort oppmerksom på behov for at pårørende sørger for å samle på alle kvitteringer for utgifter som kan kreves dekket.

Informasjon om adgang til å benytte advokat er med i ett av skrivene til hver gruppe. Det informeres om at søkere vanligvis ikke benytter advokater og at NPE normalt ikke dekker slike utgifter med mindre det foreligger spesielle forhold og med henvisning til pasientskadelovens § 11. Deretter konkluderes det med at man ikke kan se at det foreligger slike forhold og at dersom søker eller advokat mener forholdene tilsier slik adgang så må det opplyses om dette. Spesielt for søker med skadet mindreårig barn poengteres det at utgifter til advokatbistand normalt dekkes i utmålingsfasen, men ikke ansvarsfasen. Her bør etter Statskonsults mening vilkår og vurdering gjengis, eventuelt informasjon om at dette er et enkeltvedtak etter forvaltningsloven og at vedtaket kan påklages.

Oversendelse av spesialisterklæring skjer til behandlingssted og pasienten. Saksbehandler kan kontaktes pr telefon, kommentarer bes sendt innen 4 uker, ellers må det gis beskjed hvis man trenger lenger tid.

I vedtaksfasen brukes oversendelsesbrev om vedtak, avslag, henvisning til klageregler, pasientskadeloven § 15 og forvaltningslovens kapittel VI. Det gis informasjon om at eventuell klagesak skal oversendes NPE.

Vedtaket: Innholdet består av et resymé av saken, deretter ansvarsvurderingen, henvisning til de materielle reglene om hvilke typer skader som dekkes/ ikke dekkes, det vil si vurderingstemaene i loven. Deretter gjengis og forklares de konkrete bestemmelsene. Det er alternative vedtaksmaler for henholdsvis medhold eller avslag. Det gis informasjon om klageadgang til Nemnda (§15), med frist samt frist for søksmål for domstolene (§ 18). Ved medhold gis orientering om videre saksgang, det vil si utmålingsfasen. Det orienteres om samarbeid for å komme frem til riktig beløp, og at NPE gir et tilbud. Videre at hvis ikke NPE og skadelidte kommer frem til enighet, treffer NPE et vedtak som kan påklages til Nemnda. Det gis orientering om skadeerstatningslovens regler for utmåling og hvilke økonomiske tap som kan dekkes, samt kort om Statskonsult, rapport 2004:4

vilkår for ikke-økonomisk tap/ménerstatning. Det er laget forklaring til erstatningsutmåling ved dødsfall, og regler for utmåling når skadelidte er under 16 år.

Etter Statskonsults mening kan det være vanskelig å forstå forskjellen mellom et tilbud og et vedtak. Videre kan det virke litt rart at man skal komme frem til erstatningsbeløpet i samarbeid. Med mindre man kommer til enighet kan man jo bli motparter i en rettssak. Videre er det komplisert å forstå innholdet i hva som må anses å være en akseptabel risiko og at det avgjørende er om denne er kjent i det medisinske miljøet, men ukjent for den som har latt seg behandle.

Utmålingsfasen: I forbindelse med at positivt vedtak om ansvar oversendes, begynner utmålingsfasen og det orienteres om denne og videre klagemulighet for Nemnda, hvis det ikke oppnås enighet mellom NPE og søker, med informasjon om Nemndas kompetanse. Det vises til at erstatningsutmålingen utmåles i samarbeid mellom søker og NPE. Igjen vises det til at NPE kommer med et tilbud, og hvis man ikke enes kan dette tilbudet bringes inn for Nemnda til avgjørelse. Det vises til regelverket som kommer til anvendelse og hvilke tap som dekkes. Det oppgis navn på saksbehandler, det vil si samme som har vurdert ansvarsdelen. Det problematiske synes nok en gang å være samarbeidsrelasjonen og det å forholde seg til et tilbud, der forutsetningene på søkers side og NPEs side er rimelig forskjellige, med en profesjonell part og en "forbruker".

Det gis grundig og utfyllende informasjon om hva erstatning kan omfatte til barn under 16 år. Dessuten generelt om utgifter og de rettslige prinsipper som legges til grunn for hva som dekkes, deretter spesifisering av utgifter til pleie, hjelp og omsorg, videre om transportutgifter, utgifter til bolig, boligtilpassing o.a., men informasjonen er vanskelig tilgjengelig etter sin ordlyd. Det synes ikke lett ut fra vanlig språkforståelse å oppfatte den generelle beskrivelsen med påregnelighet og årsakssammenheng, likeledes gjengivelsen av høyesterettsdommen. I ett av intervjuene ble det sagt at veiledningen i forbindelse med arbeid i hjemmet ikke er god nok.

3.4 Innholdet i brev til andre mottakere

Det gis ingen frist i brev med skademeldingsskjema og krav om uttalelse fra kommunelegetjeneste/kommunal legevakt (med orientering om regler og info om utfylling av skjema samt om å få tilsendt relevant dokumentasjon, journalutdrag etc.). Tilsvarende brev går til sykehus, her med presisering av at avdelingsoverlege skal fylle ut skjemaet og presisering av at det er viktig at henvendelsen besvares raskt og at det vil sendes en påminnelse dersom uttalelsen ikke foreligger innen 5 uker.

Når det gjelder anmodning om relevant informasjon fra annen behandlende lege, ønskes det rask ekspedering fordi NPE tilstreber kort saksbehandlingstid, men det er ingen definert frist. Når det gjelder innhenting av røntgenbilder, gis det heller ingen frist.

Purring på første oversendelse fra behandlingssted sier ”snarest mulig”, men gir ingen frist. Siste gangs purring inneholder ”trussel” om å henvende seg til regionalt helseforetak og gir frist på tre uker.

Forespørsel til spesialist inneholder 10 dagers svarfrist for å påta seg oppgaven. Oversendelse av sak til spesialist for uttalelse inneholder ingen frist. Purring av spesialist har heller ingen frist.

Oversendelse av spesialisterklæring til behandlingsstedet: Kommentarer bes sendt innen 4 uker, ellers må det gis beskjed hvis man trenger lenger tid.

Standardbrev for innhenting av dokumenter fra trygdekontor (eventuelt lån av hele saken) og innhenting av dokumenter fra likningskontor inneholder ingen frister.

Forespørsel til sykehus om invaliditetsvurdering: Det bes her om vurdering av medisinsk invaliditet, hvis invaliditet ikke kan fastsettes ennå bes det om tilbakemelding på når en slik vurdering kan forventes mulig. Også forventet fremtidig funksjonsnivå og fremtidig hjelpe, pleie og omsorgsbehov knyttet til følgen av skaden.

3.5 Statskonsults vurdering

Statskonsult har ved sin relativt detaljerte gjennomgang av saksbehandlingsrutiner mv. sett mange enkeltpunkter der en kan spørre seg om ting kunne vært gjort på en annen måte. Dette er kommentert underveis. På de punktene som dette kapitlet omtaler synes det imidlertid ikke å være store eller systematiske svakheter ved hvordan NPE har innrettet saksbehandlingen.

For en virksomhet som hovedsakelig arbeider med å ta stilling til enkeltsaker vil utfordringen være å sikre en effektiv håndtering i alle ledd av saksbehandlingen, balansert mot krav til grundighet og kvalitet. I kapitlene om henholdsvis service og organisasjonsutvikling og om informasjons- og kommunikasjonsarbeidet kommer vi nærmere inn på vurderinger og forslag som berører saksbehandlingen, herunder NPEs egen gjennomgang i prosjektet Pasienten i fokus (PIF).

4 Bruken av advokater

Informasjonen fra NPE om advokatbistand og dekning til utgifter til dette er tatt opp i forbindelse gjennomgangen av standardbrevene.

Blant aktører utenfor NPE, er advokatene den gruppen som direkte er forpliktet til å ivareta pasientens rettslige krav i en NPE-sak.

Ved etableringen av den midlertidige ordningen ble det forutsatt at pasienter ikke ville ha behov for å benytte advokat. Selve opprettelsen av en nøytral, uavhengig organisasjon med et sekretariat og klagenemnd ble antatt å kunne gi pasientene den nødvendige hjelp til å fremme sine krav. Det midlertidige regelverket inneholdt derfor ingen egen bestemmelse om advokatbistand. Evalueringer og utredninger etter at NPE hadde praktisert i flere år, bygget også opp under det opprinnelige synspunktet om at advokatbistand som hovedregel ville være unødvendig.

Praksis har likevel vist at det eksisterer et større behov for bistand fra advokat enn det som opprinnelig var antatt. I intervjuer med advokater ble det påpekt at klientene ofte opplevde stor usikkerhet og uro knyttet til innvilgelse eller avslag til advokathjelp. Dette ble opplevd som en ekstra belastning i en ellers vanskelig situasjon.

Problemstillingen ble utredet i forbindelse med den nye loven, og i Ot.prp. nr. 31 (1998–1999) pkt. 17.3 fremheves det at adgangen til dekning av advokatutgifter ved pasientskader ikke kan forsvares å være dårligere enn det som gjelder ellers i erstatningsretten. Det gis føringer for at praksis etter den nye loven skal være mindre restriktiv enn etter den midlertidige ordningen. Det presiseres imidlertid at bruk av advokat på ingen måte bør bli hovedregelen.

Pasientskadeerstatningsloven § 11 gir regler om dekning av utgifter til advokatbistand fra NPE⁶. Selv om altså pasientene ikke har et ubetinget krav på bistand fra advokat, opplyser våre informanter blant advokatene at innvilgelse av eller avslag på søknad om advokatbistand er blitt enklere og mer forutberegnelig ved at det er regulert i den nye loven.

Behovet for advokatbistand vurderes forskjellig for de to hovedfasene i saksbehandlingen. I ansvarsfasen vil advokatbistand bare gis unntaksvis. I utmålingsfasen oppfattes det å være et markant behov for bistand i svært mange saker. Dette er en oppfatning som bekreftes av NPE, Nemnda, pasientombudene og advokatene. På dette punktet oppfattes den nye loven som et bidrag til å bedre skadelidtes situasjon.

⁶ "Pasientens utgifter til advokathjelp dekkes dersom Norsk Pasientskadeerstatning har truffet vedtak om det, eller utgiftene må regnes som tap som følge av skaden. Pasienten kan kreve forhåndsavgjørelse fra Norsk Pasientskadeerstatning om hvilke advokatutgifter som vil bli dekket."

Advokatenes synspunkter på erstatningsordningen er i hovedsak positive, ordningen oppfattes som et stort fremskritt og en god ordning. NPE oppfattes i vid utstrekning som et forsikringsselskap, men skiller seg klart fra øvrige selskaper og ”ligner” forvaltningen når det gjelder mulighetene for ”å bli hørt” ved mulighet for konstruktiv dialog med saksbehandler.

Den mest markante kritikken fra advokathold overfor NPE omhandler for dårlig informasjon om hvilke tapsposter som er relevante for utmålingen. Spesielt har det vært rettet kritikk mot mangelfull informasjon om beregning av økonomisk tap som følge av manglende evne til arbeid i hjemmet.

Fra enkelte pasientombud, pasientforeningen og NPE hevdes det at bruk av advokater kan bidra til lengre saksbehandlingstid. Også advokater har sine saker og sin saksbehandlingstid. I enkelte tilfelle er heller ikke pasienten orientert om informasjon fra NPE og pasienten oppfatter at det ikke skjer noe i saken. Like fullt som det kan være en stor lettelse over å få profesjonell hjelp fra en advokat, kan det også være et problem at advokater ”overtar” saken og at skadelidte ikke lenger kjenner igjen sin egen sak. Ytterligere ett problem som er påpekt så vel fra NPE, Nemnda, pasientombudene og Norsk Pasientforening er at noen advokater som er blitt benyttet har for dårlig erstatningsrettslig kompetanse.

Det kan tenkes at økt advokatbruk også kan gi andre uheldige utslag, som for eksempel sterkere grad av partstenkning også i NPE. Men slike effekter av den nye bestemmelsen kan først evalueres når regelverket har vært praktisert over lengre tid.

I Danmark følger det av Patientforsikringsloven at *advokatutgifter* ikke dekkes i pasientskadesaker. På hjemmesiden til den danske førsteinstansen begrunnes dette med at det påhviler Patientforsikringen å opplyse sakene fullt ut og dermed ivareta pasientenes interesser. Det vil si at man i Danmark fortsatt har det samme resonnement som man startet ut med i Norge i den midlertidige ordningen.

5 Bruken av rådgivende leger og av medisinsk sakkyndige

Opplysninger og vurderinger basert på medisinsk fagkunnskap spiller en stor rolle når det treffes avgjørelse om erstatning skal ytes og ved avgjørelse om erstatningens størrelse. Kvaliteten av arbeidet med faktainnsamling og medisinske vurderinger er kritisk viktig for at NPE og Nemndas sekretariat skal kunne imøtekomme det grunnleggende kravet i forvaltningsloven om en *forsvarlig* saksbehandling.

NPEs oppgave med å opplyse sakene fordrer at det blir foretatt undersøkelser blant annet om hvordan skaden oppsto og hva den består i. Det må i den forbindelse innhentes opplysninger om pasientens tilstand før skaden inntraff, hvilke indikasjoner som lå til grunn for den behandling som kan ha forårsaket skaden, og om det har vært feil knyttet til selve behandlingen. Første standard prosedyre i NPE går ut på å innhente opplysninger fra behandlingsstedet der skaden har skjedd.

De rådgivende legene spiller en nøkkelrolle spesielt når det gjelder avgjørelse om erstatning skal ytes ("ansvarsvedtak"). I de aller enkleste sakene legger saksbehandler frem et sammendrag for legen som inneholder så vel juridiske som medisinske problemstillinger. Deretter behandles saken muntlig i et møte.⁷ I mer kompliserte saker blir all dokumentasjon knyttet til behandlingen samlet (journal, røntgenbilder, uttalelser fra avdelingslege osv.) og lagt til rådgivende lege. Hvis pasienten har vært eller er til behandling et annet sted, vil det bli innhentet supplerende, oppdaterte opplysninger. Den rådgivende legen utarbeider selv en skriftlig vurdering, eller foreslår at det innhentes en sakkyndig vurdering fra en annen spesialist.

NPE disponerer i dag 9 rådgivende leger som er ansatt i deltidstilling (ca 20 prosent). Denne legegruppen representerer bare et mindre antall medisinske spesialiteter og underpesialiteter, men tildeles oppgaver både på eget spesialistområde og tilgrensede områder. Fordi de rådgivende legene hver for seg og samlet sett har begrenset kapasitet og kompetanse i relasjon til de sakene som behandles, må NPE løpende foreta konkrete vurderinger av behovet for å trekke veksler på eksterne spesialister.

Både fra advokater, Norsk pasientforening, flere pasientombud (og enkeltpasienter som har uttalt seg i media) har det vært hevdet at enkelte av NPEs rådgivende leger har vist en lite pasientvennlig holdning og/eller vært omstridte i det medisinske fagmiljøet. Denne kritikken ser det ut som NPE har tatt til følge. Ingen av Statskonsults informanter har gitt uttrykk for mistillit til de legene som i dag er tilknyttet NPE. Likevel kan det være spørsmål om de ansvarsvedtakene der faktagrunnlaget og medisinske vurderinger bare har vært

⁷ Dette er en arbeidsformen som er utviklet i Danmark. Formålet er mer effektiv utnyttelse av arbeidstiden til medisinsk ekspertise.

behandlet internt i NPE, er godt nok underbygget. Flere informanter påpeker at NPE burde disponere flere legeårsverk for å sikre at sakene blir tilstrekkelig godt opplyst.

Et annet kritikkpunkt har vært at NPE ikke har lagt godt nok til rette for at pasienten skal bli hørt hvis hun har innvendinger knyttet til de medisinske uttalelsene fra sykehuset. NPE hevder på sin side at de alltid har vært bevisst på at sykehuset er en part, pasienten den andre, og at de har lagt opp til saksbehandlingsprosedyrer som sikrer en kontradiktorisk behandling. Det vises til praksis med at pasienten får kopi av uttalelsen fra behandlingsstedet til orientering. Når en sak forelegges rådgivende lege, får pasienten beskjed om dette, og når den sendes til en ekstern spesialist får pasienten kopi av oversendelsesbrevet. Svar fra eksterne spesialister blir sendt pasienten med tre ukers frist til å komme med eventuelle kommentarer. Endelig understrekes det at rådgivende leger og/eller eksterne spesialister som har tilknytning til det sykehuset hvor skaden har oppstått, ikke involveres i behandlingen av saken.

NPE har selv sett at de har et forbedringspotensial når det gjelder tilretteleggelse for pasientens deltakelse i egen sak. De har grepet fatt i denne problematikken blant annet ved å ta kontakt per telefon eller i form av møter knyttet til kritiske faser i saksbehandlingen. Dertil kommer at NPE vurderer om pasienten rutinemessig bør få kopi av de medisinske uttalelser som rådgivende leger utarbeider.

Det er imidlertid rettet (vedvarende) kritikk mot NPE for at de benytter seg av leger ved det sykehuset skaden skjedde som en ”sakkyndig lege”. Når det reises tvil om hvilken rolle leger ved behandlingsstedet spiller, kan det ha sammenheng med at de ikke bare blir bedt om å redegjøre for omstendighetene omkring skaden, men også om å vurdere skadeutvikling og mulighetene for bedring av skaden i fremtiden. Ankepunkter fra advokatene er primært knyttet til bruk av behandlingsstedet (skadevolder) til å vurdere invaliditetsgrad/ inngangsinvaliditet. Dette oppfattes som uheldig på grunn av manglende nøytralitet. Mangel på nøytralitet kan slå begge veier: Legen kan føle et personlig ansvar og derfor blåse skaden opp så mye som mulig, men selvfølgelig også bagatellisere skaden. Dette oppfattes som lite tilfredsstillende.

Det har også vært kritikk knyttet til valg av rådgivende leger og medisinsk sakkyndige, herunder om de har en fagkompetanse som er godt nok egnet til å vurdere de aktuelle helsefaglige spørsmål og om det kan foreligge inhabilitet.⁸

Fra enkelte behandlingssteder og spesialistforeninger har det vært hevdet at NPE har benyttet sakkyndige med for liten innsikt i praksis, noe som har ført til for strenge/feilaktige ansvarsvurderinger. Fra pasienter og deres advokater har det vært reist tvil om de sakkyndiges habilitet. Denne kritikken grunner seg i mistanke om at norske leger innen samme spesialistgren kjenner hverandre og

⁸ Dersom tilsynssaken er knyttet til små fagmiljøer kan det oppstå særlige vansker med å oppnevne sakkyndige. Lovavdelingen i Justisdepartementet har i en uttalelse av 3. november 2000 blant annet drøftet om det kan tas hensyn til de praktiske ulemper som oppnevning av sakkyndig i slike sammenhenger innebærer. Uttalelsen er sitert i veileder for tilsynssaker. Statskonsult, rapport 2004:4

nødig vil kritisere hverandre. I tillegg har det vært hevdet at de samme spesialistene ”går igjen”, og at de som blir benyttet ofte kan få en uheldig ”binding” til NPE.

NPE har konsekvent unngått å benytte spesialister med tilknytning til det behandlingsstedet der skaden har skjedd. De har imidlertid ikke funnet det riktig å imøtekomme ønsker fra enkeltpasienter om å innhente uttalelser fra sakkyndige utenom Norges grenser. Statskonsults informanter (pasientrepresentanter og medisinerer som kjenner NPE-ordningen) støtter NPE på dette punkt, og mener at det bare vil være formålstjenlig å benytte utenlandske spesialister i spesielle enkelttilfeller.

Det opplyses også at det er vanskelig å få praktiserende spesialister til å ta oppdrag som sakkyndige. Det er derfor rimelig at de som sier seg villig og tar oppdraget på alvor, vil bli spurt flere ganger. NPE har vurdert å utarbeide egne lister over spesialister som er kompetente og villige til å ta oppdrag som sakkyndige, men har foreløpig ikke valgt en slik løsning. Det kan også være behov for at flere medisinerer gjennomgår opplæring for å påta seg oppdrag som sakkyndige for NPE, Helsetilsynet m.v.

For at NPE skal kunne håndtere faktum og vurderinger på en ryddig måte, kreves stor grad av rollebevissthet internt. Det må blant annet skilles klart mellom de forskjellige roller leger opptrer i ved behandlingen av pasientskader, det vil si rollen som behandlende lege, rådgivende lege og uavhengige sakkyndige som verken har tilknytning til NPE eller det behandlingsstedet der skaden skjedde. Når en sak bringes inn for (den nye) Pasientskadenemnda, vil den bli gjennomgått av leger som opptrer i rollen som medisinsk sakkyndige nemndsmedlemmer, samt at Nemnda på selvstendig grunnlag vil ta stilling til behovet for å trekke inn uavhengige sakkyndige som ikke hadde befattning med saksbehandlingen i førsteinstansen⁹. Både for NPE og Nemnda vil det være viktig å gjøre det klart for pasienten, eventuelt via advokat, i hvilken egenskap en lege uttaler seg.

Når det gjelder bruken av medisinsk ekspertise i Nemndas sekretariat, brukes eksterne på alle andre medisinske områder enn det som dekkes av egen rådgivende lege (fra 1. februar 2004 to leger i hver sin 20 prosent stilling). Som regel gis det innsyn i rådgivende leges vurdering dersom pasienten (eller den som representerer pasienten) ber om det.

I saker der det er nødvendig å undersøke pasienten, innhentes det alltid eksterne sakkyndige vurderinger. Dersom den interne rådgivende lege finner det ønskelig med alternative vurderinger på eget fagfelt, innhentes vurdering fra ekstern spesialist. Ved skadetilfeller som dekker flere enn ett medisinsk område, innhentes eksterne sakkyndigs vurdering på områder som man ikke dekker ved interne sakkyndige.

⁹ Per i dag er det én rådgivende lege knyttet til Nemndas sekretariat, men de har for tiden ute en stillingsannonse hvor det søkes etter rådgivende lege innen ortopedi i 20 prosent stilling. Statskonsult, rapport 2004:4

Etter at Den Norske Lægeforening sluttet å gi ut årboken med oversikt over alle spesialister har Nemndas sekretariat selv, som et praktisk hjelpemiddel, utarbeidet en oversikt over eksterne spesialister. Sekretariatet opplyser at det er vanskelig å få full oversikt over alle spesialister innen de ulike fagfeltene.

Generelt ønsker sekretariatet å ha flest mulig spesialister å kunne henvende seg til. Det kan være uheldig å benytte for få spesialister innenfor et felt, fordi man da fratras muligheten til å sammenligne hva de ulike spesialistene står for. På noen områder, som for eksempel innen nevrologi og psykiatri, er det knapphet på spesialister som ønsker å påta seg oppdrag. Spesialister som er grundige og raske har en tendens til å bli foretrukket.

Etter at en sak er lagt fram for Nemnda, er det bare Nemnda som kan innhente ytterligere sakkyndige vurderinger, enten fra rådgivende lege eller fra en ekstern sakkyndig. Dersom ett av medlemmene ønsker utsettelse og ytterligere utredning, er det en praksis for at saken utsettes. Nemnda fastsetter i den forbindelse hvilke spørsmål som skal inngå i mandatet for ytterligere medisinsk utredning.

Statskonsult har merket seg at NPEs måte å skaffe seg medisinsk sakkyndige på avviker fra det som gjelder i Danmark, jf beskrivelsen i kapittel 3.1.3. Videre har vi merket oss at Helsetilsynet har vært i forhandlinger om inngåelse av en ny avtale med Legeforeningen som innebærer at foreningen gir tilsynsmyndigheten en liste over personer som skal kunne anvendes som sakkyndige. Avtalen er p.t. (høsten 2003) ikke ferdigforhandlet (tilsvarende avtaler med Den norske jordmorforening, og Norges kiropraktorforbund er allerede etablert). Statskonsult mener at en avtale for pasientskadesaker bør vurderes.

6 Pasientombudenes vurdering av NPE og erstatningsordningen

6.1 Innledning

NPE og Pasientskadenemnda er de sentrale virksomhetene i den norske pasientskadeerstatningsordningen. Men det finnes flere grupper med aktører som har stor påvirkning på hvor effektive disse to virksomhetene kan løse sine oppgaver. Pasientombudene er en av disse gruppene. Fra sin posisjon mellom behandlingsstedene, pasientene og NPE besitter de en spesiell erfaringsbakgrunn og innsikt som er viktig i få ta del i når man skal vurdere hvor godt NPE og ordningen fungerer.

For å få en oversikt over denne erfaringsbakgrunnen hadde Statskonsult i første del av prosjektet telefonisk kontakt med noen av pasientombudene. For å komplettere den informasjonen vi fikk der og for å kunne gjøre innspillene kvantifiserbare, gjennomførte vi en skriftlig spørreundersøkelse der alle pasientombudene ble forespurt om å fylle ut et spørreskjema. Elleve av de 17 pasientombudene svarte på spørreskjema (vedlegg). I dette kapitlet refereres de synspunkter vi har fått fra pasientombudene.

6.2 Generelt om pasientombudene

I følge Ot.prp. nr. 12 (1998–1999) Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) ble det første pasientombudet etablert i 1984. Pasientombudsordningen ble forankret i lov ved vedtagelsen av pasientrettighetsloven i 1999. I forbindelse med den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten ble ansvaret for ordningen overført fra fylkeskommunen til staten. Med unntak av Hedmark og Oppland som deler på et pasientombudskontor, finnes det ett kontor i hvert fylke.

I følge pasientombudenes felles informasjonsside på internett er arbeidsområdet for pasientombudene offentlige spesialisthelsetjenester. Dette omfatter sykehus, poliklinikker m.v. Kommunehelsetjenesten, med unntak for Oslo, er ikke omfattet.

- Pasientombudet arbeider for å ivareta pasientens behov, interesser og rettssikkerhet og for å bedre kvaliteten i helsetjenesten
- Enhver kan henvende seg til pasientombudet, muntlig eller skriftlig. Det er mulig å henvende seg anonymt
- Ombudet kan av eget tiltak ta opp saker som gjelder forhold i den offentlige spesialisthelsetjenesten, kan uttale sin mening om forhold som hører inn under arbeidsområdet, og kan foreslå forbedringer

-
- Pasientombudet skal underrette tilsynsmyndighetene (oftest Helsetilsynet i fylket/ fylkeslegen) om tilstander som det er påkrevd at disse følger opp. (Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten)
 - Ombudet skal gi råd, veiledning og informasjon om forhold som hører inn under somatisk og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste.

Av Ot.prp. nr.12 (1998–1999) framgår det at det ikke finnes bestemmelser om pasientombud i den danske pasientrettighetsloven.

I Sverige ble det på 1970-tallet startet såkalte *förtroendenämnder*. Deres oppgave var å ta seg spesielt av klager på helsepersonell fra pasienter. Fra 1980 har hvert landsting (fylkeskommune) hatt en slik nemnd med eget sekretariat. Sekretariatene har fra 1 til 10 ansatte. Det er overlatt til landstinget å bestemme hva som skal være förtroendenämndens oppgaver, men lovgiver har forutsatt at de skal være et sted pasienter kan henvende seg med sin misnøye, og hvor sakene deres ikke bare blir formidlet videre, men også fulgt opp. I mange av nemndene har sekretæren navnet *pasientombudsmann*. Ifølge en rapport utarbeidet på bakgrunn av et samarbeid mellom forbrukerorganisasjonene i Norden¹⁰ skal disse nemndene støtte pasienter i forbindelse med klagesaker og bidra til kvalitetsutvikling innen helsevesenet.

6.3 Ringerunde hos pasientombudene

Felles for pasientombudene Statskonsult har vært i kontakt med, er at de i på forskjellig vis støtter pasienter som ønsker å søke om erstatning. Støtten omfatter alt fra å gi råd til å hjelpe pasientene med å skrive saksdokumenter. Men samtidig presiserer de fleste at det er kun en liten andel av pasientene som reiser krav om erstatning som ber pasientombudene om hjelp.

De ulike pasientombudene har ulike erfaringer med NPE. Noen stiller spørsmålsteget ved ulike sider av virksomheten til NPE, mens andre stort sett er fornøyd med måten NPE fungerer på, gitt de rammebetingelsene virksomheten har. På samme måte har vi fått tilbakemeldinger som går i ulike retninger om hvordan andre aktører som er innenfor ordningen fungerer på, aktører som helsepersonell ved behandlingssteder, medisinske rådgivere som NPE benytter seg av, advokater og pasientene selv.

Flere av pasientombudene peker på at saksbehandlingstiden er lang. I følge noen av pasientombudene skyldes dette at saker ikke omfordeles mellom saksbehandlere i NPE, for eksempel ved sykdom. Andre pasientombud peker på at den lange saksbehandlingstiden skyldes at NPE må vente på uttalelser fra eksterne aktører, både behandlingssted, medisinske sakkyndige, pasientene selv eller eventuelt advokater som representerer pasientene. Samtidig er det noen pasientombud som understreker at det er viktig at saksbehandlingstiden ikke presses så mye at det går ut over kvaliteten på saksbehandlingen.

¹⁰ Ulla Hybel: Nordiske patientrettigheter, desember 2001. Statskonsult, rapport 2004:4

De fleste, men ikke alle, pasientombudene gir uttrykk for at NPEs ansvarsvurderinger er i samsvar med regelverket. Men noen mener at NPE er for streng og uttaler at dersom en medisinsk uttalelse kan tolkes både i pasients favør og disfavør, velger ofte NPE å bygge sine beslutninger på uttalelser som går i pasientens disfavør.

Mange sykehus har for liten kunnskap om erstatningsordningen og NPE. Feilinformasjonen fra behandlingsstedene fører ofte til for høye forventninger, ja endog til helt gale forventninger hos pasientene. Mange av pasientombudene sier at de må informere pasienter om at de ikke har fått skader som ligger innenfor regelverket.

Når det gjelder erstatningsutmålingene, er flere av pasientombudene kritiske til NPE. "Forsikringsaktig" og "forsikringskultur" er karakteristikk som noen bruker om NPE. Eksempler som brukes for å underbygge påstandene er at NPE velger den laveste invaliditetsprosenten når medisinerer har angitt invaliditetsgraden som et intervall i sine uttalelser. Et annet eksempel som benyttes er at NPE utelater elementer i erstatningsberegningene, slik at skadelidte får lavere erstatning enn vedkommende faktisk har krav på.

Noen sier at NPE ikke er flink nok til å informere om anledningen til å bruke advokat og oppfattes også som restriktiv når det gjelder å gi pasienter økonomisk dekning for advokatutgifter.

6.4 Skriftlig spørreundersøkelse hos Pasientombudene

Det ble sendt ut spørreskjema til samtlige pasientombud, jf vedlegg.

6.4.1 Pasientombudenes størrelse og kompetanse

Av de pasientombudskontorene som svarte på undersøkelsen ble det første opprettet 1987. Av de resterende kontorene ble fire opprette første halvdel av 1990-tallet, fire i andre halvdel av 1990-tallet og to etter år 2000. To av kontorene ble drevet som en forsøksordning før de ble permanent opprettet.

Pasientombudskontorene er små virksomheter med typisk to ansatte. Det største kontoret har 11 stillinger hvorav fire er knyttet til spesialisthelsetjenesten. De øvrige har mellom en og tre stillinger.

Den faglige bakgrunnen til pasientombudene domineres av jus og helse- og sosialfag. Dessuten har et flertall av pasientombudene arbeidserfaring fra helsevesenet, noen av dem til dels lang arbeidserfaring. Også de øvrige ansatte ved pasientombudskontorene har hovedsaklig juridisk eller helse- og sosialfaglig bakgrunn. Blant de øvrige ansatte ved de 11 pasientombudskontorene er det seks som har til dels omfattende arbeidserfaring fra helsevesenet. Pasientombudskontorene mener selv at de har riktig kompetanse til å håndtere pasient-skadeerstatningssaker.

6.4.2 Pasientombudenes rolle i NPE-saker

Pasientombudene bruker om lag fra 25–30 prosent av sin tid til oppgaver knyttet til NPE. Ut fra svarene tyder det på at å gi pasientene råd og veiledning og bistand ved utarbeidelse av skriftlig materiale er de oppgavene som er viktigst og flest av i forbindelse med pasientskaderstatningssaker. Dersom det er behov for det, yter pasientombudene psykologisk støtte (eventuelt trøst) i en for pasientene følelsesmessig vanskelig situasjon. Bare i liten grad tar et mindretall av pasientombudene initiativ til oppklaringsmøter mellom behandlingssted og pasient. Med den rolle og den arbeidsbyrde pasientombudene har i dag, anser de fleste av respondentene at de har tilstrekkelige ressurser til å håndtere pasientskadeerstatningssakene.

Majoriteten av pasientombudene mener at større grad av *oppklaringsmøter*, forsoningsmøter o.l. mellom pasienten og helsepersonell i pasientskadesaker *ikke* er hensiktsmessig. Argumenter mot at slike møter skal skje oftere er at

- slike saker bør vurderes av en uavhengig tredjepart
- sykehusene uttaler seg til NPE som pasientens motpart og deres uttalelser vil være preget av medisinske avveininger og redegjørelser for hva som har skjedd. Sykehusenes oppfatning av faktum er sjelden avgjørende for om pasienten får medhold. Det er erstatningsvilkårene hos NPE og den sakkyndiges vurdering som er avgjørende
- det er en fare for at pasientombudskontorene kan få en rolle som en silingsinstans, noe de ikke har tilstrekkelig medisinsk kompetanse til å fylle

Et lite mindretall av pasientombudskontorene anser slike møter som et nyttig virkemiddel og tar i noen grad initiativ til slike møter dersom de mener det er nødvendig, for eksempel dersom pasienter er ute etter oppklaring eller beklagelse snarere enn erstatning. De peker på at slike møter krever en del ressurser.

Ett pasientombudskontor er plassert inne på et sykehusområde og ser bare fordeler med denne plasseringen. Resten av pasientombudskontorene er plassert utenfor sykehusområder (et ombud har kontordager ved de ulike sykehusene i fylket etter avtale¹¹), men sentralt og lett tilgjengelig for pasienter. Den største fordelene ved å være plassert utenfor sykehus er at det markerer pasientombudets frie og uavhengige stilling i forhold til sykehusene.

Samtlige av pasientombudskontorene mener at det er samsvar mellom pasientenes behov og de tjenester kontoret gir pasienten på pasientskadeerstatningsområdet i dag. De mener også at delingen av ansvarsområder på pasientskadeerstatningsområdet mellom NPE, Pasientombudskontorene og sykehusene er grei.

¹¹ Statskonsult er kjent med fra andre kilder at pasientombudskontoret i minst ett fylke til har kontordager ved sykehus i fylket.
Statskonsult, rapport 2004:4

6.4.3 Vurderinger av NPE

Vel halvparten av pasientombudskontorene mener at NPE i stor grad klarer å fremstå som *en nøytral tredjepart* i forholdet mellom pasienter og behandlingssteder. Ett kontor mener at det ikke har forutsetninger for å svare på spørsmålet. Resten mener at NPE i for liten grad klarer å framstå som en nøytral tredjepart. To av disse svarer at en del pasienter gir uttrykk for at NPE er på behandlingsstedets side, mens de siste to svarer ut fra egne erfaringer at NPE i enkelte tilfeller for ensidig har lagt vekt på behandlingsstedets uttalelser.

På spørsmålet om NPE har *riktig og tilstrekkelig kompetanse* til å utføre de oppgavene de er satt til å utføre, er det et flertall av pasientombudskontorene som svarer at de ikke har forutsetning for å svare på spørsmålet. Ett kontor peker på at noen saksbehandlere er uerfarne og derfor kanskje ikke tilstrekkelig kritiske til sakkyndiges konklusjoner, mens fire kontorer mener NPE har riktig og tilstrekkelig kompetanse.

På spørsmål om NPE har *riktig selvforståelse og holdninger overfor pasientene* sett i forhold til den rolle de har, var det ett kontor som ikke kunne svare. Fem av kontorene mener at selvforståelsen og holdingene er bra. Av de fem som pekte på uheldige sider ved NPEs selvforståelse og holdninger, var det fem ulike begrunnelser:

- Ett kontor mener at det er uheldig at pasienter som ikke er i stand til å ivareta sine egne interesser får avslag på advokatbistand i forbindelse med saker hos NPE.
- Ett kontor sier at de ofte får tilbakemeldinger fra pasienter om at de opplever møte med NPE som en motpart.
- Ett kontor kunne ønske at NPE var mer objektive i enkeltsaker, og ikke bare innhentet opplysninger/erklæringer eller lignende som muligens kan bidra til at pasienten ikke får erstatning. Videre pekte kontoret på at det synes som om terskelen for å innhente tilleggserklæringer er langt lavere når dette gjøres i den hensikt å unngå medholdvedtak i saker som ellers synes å kunne ende opp i medhold, særlig kommer dette frem i lyset i forhold til fødsels-/barnesaker. Det er mer problematisk å få innhentet tilleggserklæringer når erstatningssøker ber om det.
- Ett kontor mener at i noen saker bør NPEs forståelse for pasientens situasjon og opplevelser komme bedre frem.
- Ett kontor mener at det er noe manglende forståelse av at et formelt akademisk språk ikke når fram til pasienten med redegjørelse for vilkår eller forklaring på hvorfor det blir avslag.

Ett av pasientombudskontorene har ikke kommentarer til NPEs *valg og bruk av medisinske rådgivere*. Ett kontor har en oppfatning av at NPE er flink til å luke ut sakkyndige som i for liten grad refererer pasientenes synspunkter eller som ikke tar hensyn til problemstillinger som blir reist av pasienten. For øvrig kom

følgende kommentarer fram gjennom undersøkelsen (redigert og sortert etter tema):

- NPE burde brukt flere eksterne medisinske rådgivere.
- Det bør i større grad bli anledning til å bruke mer enn én sakkyndig. Medisin er ikke et absolutt fag, det er rom for ulike vurderinger fra ulike leger, med forskjellig erfaring.
- De medisinske sakkyndige bør byttes ut med jevne mellomrom for å unngå svekket tillit. Det medisinske miljøet i Norge er lite, og det er etter hvert kjent for alle hvilke behandlingsretninger de enkelte spesialister står for. Det er uheldig og det kan bidra til at forespørsler blir sendt til en spesialist hvor utfallet er kjent på forhånd. Dette taler for at det i større grad bør vurderes medisinske rådgivere utenfor Norge, særlig på enkelte spesialiteter hvor det er få spesialister.
- Bruk av rådgivere har blitt noe bedre den siste tiden, men svært ofte opplever pasientene at NPEs interne medisinske rådgivere er en del av "systemet", og føler derfor at disse ikke er på pasientenes side.
- NPE burde i større grad tilskrive eksterne spesialister når de skal innhente erklæringer. Det har vist seg at de kan komme til andre konklusjoner enn NPEs faste medisinske rådgivere.
- Både pasienter, leger og pasientombud stiller spørsmål ved at man internt i NPE bruker en medisinsk rådgiver innen et fagområde til å utrede en sak innenfor et annet fagområde, for eksempel ortopeder brukt i saker innenfor gynekologi.
- NPE bruker ikke alltid medisinske rådgivere som har den nødvendige kompetanse. Når det benyttes interne medisinske rådgivere, utarbeides som regel ikke uttalelser som pasienten får til gjennomsyn.
- Det er uheldig at pasienter ikke får kopi av rådgivende leges uttalelse for bemerkninger før vedtaket treffes, men får dette når det innhentes sakkyndig uttalelse utenfra. En del pasienter reagerer på at legen som gir uttalelsen er ansatt i NPE og stiller derfor spørsmål ved nøytraliteten.
- Usikker på hvor mye de rådgivende legene faktisk går inn i enkeltsakene ettersom det ikke er rutine for at man får oversendt rådgivende leges vurderinger, dette er en stor svakhet ved NPE-systemet. Ved å gjennomgå denne vurderingen får erstatningssøker en mulighet til å kontrollere at alle relevante opplysninger er kjent for NPE. Ved et par anledninger er det påvist at den sakkyndige ikke har hatt tilstrekkelig kompetanse i saken. Problemstillinger er oversett og den sakkyndige har rett og slett tatt feil.

En oppsummering av disse kommentarene viser at pasientombudskontorene mener at NPE bruker for få eksterne spesialister (inkludert spesialister fra andre land) til å utrede sakene. Kontorene stiller også spørsmål ved NPEs bruk av interne medisinske rådgivere, spørsmål som omhandler habilitet, kompetanse og innsyn i utredningene.

Når det gjelder spørsmålet om synspunkter på *form og innhold på informasjon og sakspapirer* som pasientene får fra NPE, mener flere av pasientombudskontorene at NPEs standardbrev har vært i stadig bedring de siste årene. De peker imidlertid på at språkbruken, både den medisinske og juridiske, til tider kan være vanskelig. Noen av kontorene peker på at det er uheldig at det enkelte ganger hender at anførsler som pasientene har kommet med, ikke reflekteres i vedtak som NPE skriver. På dette området bør NPE bli bedre.

Fem av Pasientombudskontorene har ikke noen formening om hvilke *tiltak som kan bidra til å redusere saksbehandlingstiden* i NPE. Ett kontor mener at flere saksbehandlere og rådgivende leger kan bidra til å redusere saksbehandlingstiden. De resterende fem kontorene mener at bedre purrerutiner, først og fremst overfor behandlingsstedene, men også overfor de medisinsk sakkyndige, er det som best kan bidra til å redusere saksbehandlingstiden.

Syv av pasientombudskontorene mener at *den største informasjonsmangelen på sykehusene* når det gjelder NPE-ordningen, er at sykehuspersonell ikke har nok kunnskap om loven, om pasientskadeerstatningsordningen og om vilkårene for å få erstatning. Fire av kontorene, deriblant to kontorer som har pekt på manglende kompetanse, peker på at behandlingsstedet ofte gir falske forhåpninger om erstatning i saker der det ikke er grunnlag for det. Ett kontor svarer at de har flere eksempler på at sykehus lar være å informere om skadeerstatningsordningen når det har oppstått skade, og ett kontor kan ikke uttale seg om spørsmålet.

Pasientombudskontorenes svar tyder på at NPEs brosjyrer i varierende grad er tilgjengelig på sykehusene.

På spørsmålet om pasientombudet hadde *synspunkter på deler av notatet om NPE av november 2003*¹², ble flere av momentene som er trukket fram i de øvrige svarene nevnt. I tillegg kom det fram momenter fra enkeltpasientombud som ikke er uttalt andre steder i undersøkelsen.

Ett moment var forslag om at *konsultasjon hos lege* som avgir uttalelse i skadesaken, samt *personlig oppmøte i Nemnda* bør være et tilbud til pasientene.

Et annet moment som ble trukket fram omhandler begrepet *kjent risiko*. Denne problemstillingen dukker opp i forbindelse med avslag på grunn av at risikoen for skaden er kjent og må aksepteres ut fra nødvendigheten av behandlingen. For pasientene er imidlertid ikke risikoen nødvendigvis kjent, fordi det ikke er samsvar mellom den informasjonen legene plikter å gi før behandlingen og den

¹² Evaluering av Norsk Pasientskadeerstatning, notat november 2003
Statskonsult, rapport 2004:4

informasjonen NPE vektlegger ved avgjørelsen. Dette oppleves veldig frustrerende for pasientene. Noen hevder også at de aldri ville mottatt behandlingen dersom de hadde fått informasjon om hvilke komplikasjoner som "er kjent". Det vil si at noen foretar et valg på et feil grunnlag. Når det gjelder planlagt standardbehandling, hadde NPE kanskje mottatt færre avslagssaker samt færre frustrerte pasienter, dersom man krevde at legene måtte dokumentere at pasientene var informert om vanlige komplikasjoner ved behandlingen.

Et tredje moment som kom fram var at det burde kommet klart og tydelig frem at det ikke nødvendigvis er de som arbeider i NPE som er vanskelige når for eksempel Dent-O-Sept-ofrene ikke får erstatning. Det er viktig at det klart kommer frem at denne ordningen ikke er en erstatningsordning med store utbetalinger for tort og svie.

6.4.4 Oppsummering og konklusjon

Pasientombudene er svært små og til dels også unge virksomheter. De ansattes faglige bakgrunn domineres av jus og helse- og sosialfag. En stor andel har dessuten arbeidserfaring fra helsevesenet.

Kontorene bruker anslagsvis mellom en fjerdedel og en tredjedel av sin tid til å arbeide med saker knyttet til pasientskadeerstatning. Størstedelen av denne tiden går til å gi pasienter råd og veiledning, samt bistand til utarbeidelse av skriftlig materiale.

Pasientombudskontorene mener at den rollen de har og de tjenestene de yter på pasientskadeerstatningsområdet dekker behovet.

De viktigste ankepunktene pasientombudene har mot NPE slik virksomheten fungerer i dag er:

- for dårlige purrerutiner for innhenting av materiale fra behandlingssteder og eksterne medisinske sakkyndige
- spørsmål vedrørende NPEs bruk av medisinske rådgivere
- mangelen på innsyn i de interne medisinske rådgivernes uttalelser.
- vanskelig medisinsk og juridisk språkbruk
- spørsmål vedrørende utforming av vedtak

I tillegg er over halvparten av pasientombudene kritiske til kunnskapen om NPE og ordningen ved behandlingsstedene. Indirekte kritiseres også behandlingsstedenes innsending av materiale til NPE i forbindelse med pasientskadesaker (jf kulepunktet over om purrerutiner for innhenting av materiale).

Pasientombudene er relativt ulike, og har ulike oppfatninger av kritikken som er reist mot NPE. Dette burde gi grunnlag for interessante diskusjoner pasientombudene imellom, og med NPE. For NPE vil det være en utfordring dels å forklare sin egen praksis overfor pasientombudene, og eventuelt oppklare misforståelser, dels å bruke ovennevnte innvendinger fra pasientombudene i sitt eget utviklingsarbeid.

Manglene i sykehusene som pasientombudene peker på er noe helsevesenet og helsemyndighetene bør gripe fatt i. Etter Statskonsults mening bør det vurderes å sette inn systematiske tiltak for å rette opp disse forholdene. Dette vil ikke bare kunne bidra til å effektivisere saksbehandlingen i NPE, men også gi pasienter en mer realistisk oppfatning av hva de kan forvente seg i forhold til pasientskadeordningen. Det vil sannsynligvis også kunne redusere antall rettsaker, som øker i antall fra år til år, jf kapittel 8.6.

7 Antall saker og saksbehandlingstid

7.1 Skader inntruffet og skader meldt

En studie i New York State¹³ viste at nesten 4 prosent av pasientene var påført behandlingsrelaterte skader som forlenget sykehusoppholdet. På bakgrunn av dette materialet kan det anslås av det er om lag 22 000 utilsiktede hendelser som medfører helseskader hvert år ved norske sykehus. I følge studien var det knapt 14 prosent av skadene som var fatale. Overført til norske forhold vil det si at 2 800 pasienter dør for tidlig hvert år i norske sykehus på grunn av ”medisinske feil” (Olav Helge Førde¹⁴).

Det meldes årlig ca 2 500 saker¹⁵. Sett i forhold til Sverige, som har hatt tilsvarende ordning siden midten av 1970-tallet, burde antallet meldinger til NPE vært betydelig høyere. Direktør Erling Breivik i NPE antyder at antall saker burde vært 7–8 ganger høyere.¹⁶ I så fall er det tusenvis av mennesker årlig som ikke ”får sin rett”. Statskonsult har ikke gått inn i denne problematikken.

Tabell 7.1 Antall nye saker per år i Norge, Sverige og Danmark (2002/2003)

	Norge	Sverige	Danmark
Antall nye saker	2 329 (2003)	9 395 (2002)	3 558 (2002)

Meldetallene i Norge kan gå noe opp og ned fra år til år. Dette kan ha ulike forklaringer. Ser en utviklingen over lengre tid, har det vært en kraftig økning i saksantallet. Dette kan tenkes å skyldes mer oppmerksomhet og generell kunnskap om ordningen, både i helsevesenet og blant publikum og advokater. I tillegg er ordningen blitt utvidet men hensyn til hvilke deler av helsevesenet som er omfattet. Tidligere forbigående nedganger kan ha sammenheng med medieoppslag der pasientene får inntrykk av at de ”må” ha advokat for å etablere en sak. En annen faktor som kan trekke antall nye saker ned, er at det i mindre grad kommer inn saker som gjelder gamle skadetilfeller.

¹³ Harvard Medical Practice Study (HMPS, Brennan m.fl. 1991). Studien var populasjonsbasert, det vil si at en lette etter skader i hele pasientpopulasjonen.

¹⁴ Medisinsk praksis og usikkerhet, i boka Medisinske feil, redigert av Aslak Syse, Reidun Førde og Olav Helge Førde

¹⁵ For enkelte ”feil” med et stort skadepotensiale, er det (også) meldeplikt til tilsynsmyndigheter og politi, se legeloven §§41 og 42 med tilhørende forskrifter.

¹⁶ Aftenposten morgen 16. januar 2004

7.2 Fordeling på sakstyper

Sakene som kommer inn domineres av diagnosegruppene ”skjelett/muskel” og ”brudd og skader”. Også ”svulster” utgjør en forholdsvis stor diagnosegruppe. Det vil si at det er innenfor spesialitetene ortopedi og onkologi de fleste sakene kommer. Ortopedi er den største sakstypen også i Sverige og Danmark.

Hvis man sammenlikner diagnosefordelingen for sakene i NPE med diagnosefordeling for pasienter som er utskrevet fra sykehus, finner man forholdsvis store forskjeller. NPE oppgir som mulig årsak at pasientenes forventninger til behandlingen for brudd og skader er urealistisk høye.

Når det gjelder de underrepresenterte diagnosegruppene som for eksempel ”sirkulasjon” og ”åndedrett”, mener NPE det er sannsynlig at pasientene regner med en viss risiko for komplikasjoner og skader.

7.3 Meldte skader fordelt på fylke

Ser vi på den fylkesvise fordelingen av de sakene som kommer inn til NPE, viser den naturlig nok stor forskjell på grunn av ulikt befolkningsgrunnlag. Korrigerer man for befolkningsstørrelse, utjevnes forskjellen noe.

Tabell 7.2 Innkomne saker 2000 - 1. kvartal 2003 per 100 000 innbyggere, fylkesfordelt

Fylke	Innkomne saker	Innkomne saker per 100 000 innbyggere
Østfold	445	1,8
Akershus	544	1,1
Oslo	759	1,5
Hedmark	246	1,3
Oppland	219	1,2
Buskerud	373	1,6
Vestfold	261	1,2
Telemark	206	1,2
Aust-Agder	153	1,5
Vest-Agder	259	1,6
Rogaland	423	1,1
Hordaland	724	1,7
Sogn og Fjordane	190	1,8
Møre og Romsdal	394	1,6
Sør-Trøndelag	507	1,9
Nord-Trøndelag	245	1,9
Nordland	375	1,6
Troms	473	3,1
Finnmark	192	2,6
SUM	6988	(gjennomsnitt: 1,6)

Klagehyppigheten per 100 000 innbyggere varierer mellom 1,1 (Akershus og Rogaland) og 3,1 (Troms). Vi ser at det er et stort sprang fra Troms og Finnmark og ned til resten, mens forskjellene ikke er så store i den nederste enden av skalaen.

Fylkesfordelingen er ikke basert på klagerens bostedsadresse. Selv om de fleste pasienter behandles på sykehus innen eget fylke, innebærer regions- og riksfunksjoner at så ikke alltid er tilfellet.

NPE har sammenliknet antall sykehusinnleggelser per fylke med antall somatiske saker mottatt i NPE og finner en stor grad av sammenheng (korrelasjonskoeffisient 0,95)¹⁷. Det vil si at forskjell i klagehyppighet (med hensyn til somatiske saker) mellom fylkene i stor grad kan forklares med forskjell i antall *innleggelser*.

7.4 Saksbehandlingstid

En viktig del av kritikken som har vært reist mot NPE gjelder ”lang saksbehandlingstid”.

For å vurdere dette spørsmålet, må en ha en formening om hva som er *rimelig lengde* på saksbehandlingstiden sett fra søkeren/pasienten. Dette må så sammenholdes med det som er den *faktiske saksbehandlingstiden*.

7.4.1 Rimelig lengde på saksbehandlingstiden

Det fins ingen fasit på hva som er rimelig lengde på saksbehandlingstiden. Man har imidlertid noen generelle holdepunkter, blant annet i forvaltningsloven (fvl), og noen holdepunkter i saksbehandlingstiden innenfor sammenliknbare ordninger. De målene eller normene som departementet eller institusjonen selv setter kan også være en rettesnor. Serviceerklæringer gir uttrykk for hva søkeren kan forvente med hensyn til saksbehandlingstid. Brukerundersøkelser og lignende forteller hva brukerne mener om den saksbehandlingstiden de selv har erfart.

Det er store variasjoner i forvaltningen med hensyn til saksbehandlingstid. Det er store forskjeller mellom virksomhetene, og også mellom ulike sakstyper innenfor samme virksomhet/etat.

Fvl sier at saker skal forberedes og avgjøres *uten ugrunnet opphold* (§ 11 a, 1. ledd). Dersom dette ikke kan skje, skal det snarest mulig sendes foreløpig svar. I saker som gjelder enkeltvedtak skal det gjøres rede for grunnen til at saken

¹⁷ Årsmelding 2001
Statskonsult, rapport 2004:4

ikke kan besvares i løpet av én måned. Dette ”...synes å implisere en norm om én måneds behandlingstid”.¹⁸

NPEs pasienttilfredshetsundersøkelse i 1999 viste at 60,5 prosent fikk innfridd sine forventninger. Med hensyn til saksbehandlingstid var det 49 prosent som fikk innfridd sine forventninger (46 prosent når det gjelder saksbehandlingstiden i Nemnda). NPE erkjente i denne forbindelse et forbedringsbehov og antydte at kanskje 2/3 innfrielse kunne være en fornuftig målsetning.

Trygdesaker, særlig uføresaker, kan sies å være relativt godt sammenliknbare med NPE-saker. Det er i begge tilfeller tale om en blanding av juss og medisinsk kompetanse i saksbehandlingen, det kan være vanskelig å etablere faktum i saken (for eksempel hvor stor er skaden/uførheten) og vedtaket kan få store konsekvenser over lang tid.

Norsk Gallup Institutt nasjonale befolknings- og brukerundersøkelse i 2000 viste at trygdeetaten ble rangert som middels av 52 forskjellige tjenester. Av 100 oppnåelige poeng oppnådde etaten 65. Det temaet trygdeetaten scoret lavest på var saksbehandlingstid (delscore var 58). Trygdesakene har helt siden innføringen av folketrygden hatt problemer rundt saksbehandlingstid knyttet til seg. Trygdeetaten har imidlertid vært tidlig ute med serviceerklæringer. Det settes for eksempel en normaltidsfrist for en bestemt type saker, og målet er at 75 prosent av sakene skal være ferdigbehandlet innen normaltiden. Videre settes det en ”ytre grense” for saksbehandlingstid.

Trygdeetaten har mange forskjellige normaltider¹⁹ avhengig av sakstype, mange nede i 1 måned. Slik kort saksbehandlingstid gjelder flere sakstyper under overskriften ”stønader til livsopphold og familiesituasjon”. Stønader knyttet til sykdom har gjennomgående en lengre normaltidsfrist, med blant annet uføresakene på 8 måneder. Når det gjelder ménerstatning (yrkesskade) nevnes det imidlertid spesielt at det vanligvis må gå 12 måneder etter yrkesskaden før saken kan behandles, ifølge serviceerklæringen til trygdeetaten i Oslo.

Hvis vi ser på hva som er typiske frister for saksbehandling i forvaltningen, slik de kommer til uttrykk i serviceerklæringer, varierer disse stort sett mellom 1 måned og 6 måneder, med en hovedtyngde på 1–3 måneder (vi ser da bort fra saker som på grunn av sin karakter nødvendigvis må behandles umiddelbart, det vil si i løpet av et par dager). Det forekommer frister på opp til ett år.

Domstolene har hatt mål for gjennomsnittlig saksbehandlingstid i sivile saker på 6 måneder. Faktisk saksbehandlingstid har imidlertid vært lengre, særlig i Høyesterett. Kjønsradutvalget (Evaluering av NPE, februar 1994) trekker fram tre saker som ble behandlet i 1993 i Høyesterett. I alle disse sakene gikk det mellom 3 og 4 år fra saken ble brakt inn for by- eller herredsretten til den ble

¹⁸ Statskonsultrapport 2003:8 Siste frist?

¹⁹ ”Normal svartid” blir kommentert slik av trygdeetaten i Oslo: ”Svært ofte vil det ta kortere tid. Noen saker kan ta lenger tid. Dette gjelder særlig saker der vi er avhengig av uttalelse fra spesialist.”

avgjort av Høyesterett. Det tok nesten 1 år fra stevning til dom i by-/herredsretten, ca 1 år frem til dom i lagmannsretten og ca 2 år fram til dom i Høyesterett. Kjønstadutvalget peker på at det er det samme som gjør seg gjeldende ved personskadesaker ved domstolene som i forsikringsselskapene, nemlig at det tar lang tid å slå fast omfanget av skaden.

Høyesterett har per i dag ingen fastsatte mål for gjennomsnittlig saksavviklingstid. For sivile ankesaker i Høyesterett (fra henvisning i kjæremålsutvalget) var den gjennomsnittlige saksavviklingstiden på 8,3 måneder i 2001. Lagmannsrettene har fortsatt et mål om gjennomsnittlig saksavviklingstid på 6 måneder i sivile ankesaker, mens det faktiske veide gjennomsnittet er 9 måneder. I tingrettene (tidligere by-/herredsrettene) har gjennomsnittlig saksavviklingstid for sivile saker vært noe over det fastsatte målet på 6 måneder siden 1992.

Kjønstadutvalget mente at det må være en klar målsetning at NPE har en vesentlig kortere saksbehandlingstid enn forsikringsselskapene (omtalt nedenfor) og domstolene, og nevner at dette ble understreket da NPE-ordningen ble etablert. ”Etter Evalueringsutvalgets mening bør selv større saker kunne avgjøres i løpet av ett år hvis det ikke er nødvendig å avvente utviklingen av en skade, en sakkyndig vurdering eller et vedtak fra trygdeetaten” (1994-evalueringenes kapittel 1.8). Her settes det mao et felles mål for små og store saker (som vel kan forstås som henholdsvis kurante/ukompliserte og ukurante/kompliserte saker), men det gjøres unntak for en del ”eksterne forhold”. Under gjennomgangen av faktisk saksbehandlingstid nedenfor kommer vi tilbake til et skille mellom intern og ekstern tid.

Helsedepartementet har i tildelingsbrevet til NPE (under Resultatmål for 2003) sagt at NPE skal være ”...et raskt og effektivt saksbehandlingsorgan”. NPE er pålagt å rapportere blant annet på antall avviklede saker og saksbehandlingstid. Departementet gir imidlertid NPE verken noen konkrete mål for saksbehandlingstid eller for kundetilfredshet.

Departementet ønsker rapporteringen på saksbehandlingstid uttrykt ved hvor stor prosentandel av sakene som er avviklet etter 1 år, 2 år, 3 år osv. Dette er også den måten NPE tradisjonelt har rapportert saksbehandlingstid på, for eksempel i brev til Sosial- og helsedepartementet 25. januar 2000 (overskrift: Saksbehandlingstiden i Norsk Pasientskadeerstatning) og Årsmelding 2001.

Når vi ser at tidsangivelsen på saksbehandlingstid er år og ikke måneder, kan dette ses som et tegn på at saksbehandlingstiden forventes å være relativt lang. NPE opererer med en ”tommelfingerregel” om 2 års saksbehandlingstid: 1 år på ansvarsspørsmålet, og (ved medhold) ytterligere 1 år på erstatningsutmålingen. Her bør det imidlertid tilføyes at delutbetalinger skjer før utmålingen er ferdigbehandlet, slik at pasienten ser resultater kort tid etter avslutningen av ansvarsfasen.

Pasientskadenemndas sekretariat har et mål på 9 måneder. For øvrig er det satt mål for hvor mange saker som skal avvikles på hvert nemndsmøte. For 2003 er det satt opp 20 møter i Nemnda og planlagt avviklet 32 saker per møte.

Pasienttilfredshetsundersøkelsene i 1999 og i 2003 viste at saksbehandlingstiden var ett av punktene brukerne var minst fornøyd med.

Ut fra ovenstående kan det synes som om ambisjonene med hensyn til saksbehandlingstid i NPE er blant de laveste i forvaltningen. Vi understreker imidlertid at vi her ikke har vurdert rimelig lengde på saksbehandlingstid i forhold til kompleksiteten i sakene og derav følgende behov for eksterne uttalelser mv. NPE synes å være på linje med trygdeetatens saksbehandlingstid for saker der trygdeetaten er avhengig av spesialistuttalelser.

Styret for NPE konstaterte i 1994²⁰ at det daværende evalueringsutvalget (ledet av prof. A. Kjøenstad) var kommet til at saksbehandlingstiden i NPE var betydelig kortere enn ved behandling av erstatningssaker etter personskade ellers her i landet. Utvalget hadde vist til en annen rapport der det fremgikk at det ved erstatningssaker med personskade i forsikringsselskapene tok 4,5 år for store saker og 2 år og 9 måneder for små saker. Styret uttaler: ”Det vil likevel være viktig å arbeide for å redusere saksbehandlingstiden ytterligere, og i den grad det er mulig sette standarder for saksbehandlingstid”.

Statskonsult slår fast at det ikke er satt opp standarder for saksbehandlingstid i NPE-ordningen gjennom serviceerklæringer eller på annen måte. Informasjonen til pasienten om saksbehandlingstid består i å antyde en saksbehandlingstid på ca to år, se nedenfor.

Saksbehandlingstiden både i Danmark og Sverige er kortere enn i Norge. I ansvarsfasen er 60 prosent av sakene ferdig innen 6 måneder. i begge land. Videre skal i Danmark 75 prosent av sakene være ferdig innen 8 måneder, mens i Sverige skal 80 prosent være ferdig innen 9 måneder.

Med hensyn til resultatmål og rapportering har Statskonsult inntrykk av at man i Norge har vært mest opptatt av tall for ajouritet, saksavvikling (produksjon) og beholdning (meldte saker, skadereserver). Disse forholdene henger sammen med saksbehandlingstid, men kan sies å vise *den interne og administrative siden*, mens saksbehandlingstid viser hvordan dette slår ut for brukeren.

Hittil har altså NPE hatt et internt fokus på saksbeholdningen sin, og de har hatt et *kvalitetsfokus*: ”Det viktigste for NPE vil uansett være å tilstrebe korrekte avgjørelser i ansvars- og erstatningsspørsmålet”.²¹ Også eksterne parter har en slik avveining: Selv om et stort flertall mener at saksbehandlingstiden er for lang, er det ”bred enighet om at kvalitet er viktigere enn tempo i saksbehandlingen”.²²

Lovendringen som trådte i kraft 1.1.2004 gjør at saker som ikke er ferdigbehandlet innen to år, av pasienten kan anmodes overført til Pasientskadenemnda.

²⁰ Brev til Sosial- og helsedepartementet 18. mars 1994

²¹ Kommentar i den forrige pasienttilfredshetsundersøkelsen (side 3) til avveining av kundetilfredshet mot andre hensyn.

²² Arguments omdømme- og mulighetsanalyse, 9. mai 2003.

NPE anser dette som et nyttig tiltak for å redusere saksbehandlingstiden, men at en forutsetning for at denne sikkerhetsventilen i de prosessuelle regler kan komme til anvendelse, er at NPE eller forsikringselskapene *ikke viser tilstrekkelig initiativ* i behandlingen av kravet. Forutsetningen må være at førsteinstansen har hatt *rimelig tid* til å avgjøre kravet, med henvisning til forvaltningslovens § 11 a og forsikringsavtalelovens § 8-2.

Til tross for at to års utredning er lang tid, og de aller fleste saker vil være utredet både med hensyn til ansvarsspørsmålet og fastsettelse av erstatningen innen denne grensen, vil et ikke ubetydelig antall saker ikke la seg ferdigbehandle på to år. I de saker der dette er tilfellet, mener NPE at de eller selskapet ikke vil ha hatt *rimelig tid* til å avgjøre kravet selv om to år har gått.

NPE finner også grunn til å påpeke det merarbeid som Nemnda og Nemndas sekretariat vil kunne påføres ved et stort antall anmodninger om å overta saksbehandlingen.

En annen side ved overtakelse av saken i Nemnda uten førsteinstansvedtak er at man mister muligheten for tottrinnsbehandling.

7.4.2 Faktisk saksbehandlingstid i NPE – generelt

Årsrapporter, årsmeldinger og årsberetninger fra NPE gir lite informasjon om saksbehandlingstid. NPE har imidlertid løpende hatt god oversikt over *saksavviklingen* av saker innkommet i det enkelte kalenderår.

Tabell 7.3 Prosent avviklede saker per 1.1. av totalt innkommet for mer enn to år siden

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
92,7	93,1	94,1	94,5	95,4	96,1	96,5	96,1

Tabellen viser stort sett en moderat forbedring fra år til år.

Ifølge brev til Sosial- og helsedepartementet 25. januar 2000 er gjennomsnittlig saksbehandlingstid i en sak der det blir betalt erstatning cirka 2 år. På NPEs hjemmeside (per juli 2003) opplyses følgende om saksbehandlingstid:

”I gjennomsnitt vil det ta to år fra NPE mottar skademelding til hele erstatningsbeløpet er endelig fastsatt og utbetalt. Det tar cirka ett år i snitt å avgjøre om pasienten har krav på erstatning eller ikke. I mange tilfeller er dog saken ferdigbehandlet på kortere tid. Totalt er ca 80 prosent av alle saker ferdigbehandlet etter to år.”

Klagebehandling i Nemnda (inkludert sekretariatets forberedelse) tok i gjennomsnitt ca 11 måneder i 1995, ca 9 måneder i 1999 og lå i 2003 på ca 8 måneder. Tilsvarende tall som viser utvikling over tid for NPE fins ikke. For alle saker som er registrert er gjennomsnittet rundt 12 måneder (ansvarsfasen).

Det har vært en svak økning i saksbehandlingstiden fra 2001 til 2002 (13 dager lengre gjennomsnittlig saksbehandlingstid). Dette kan skyldes en prioritering av de eldste sakene.

Per 1.1.2002 hadde NPE avvirket 100 prosent av sakene mottatt i 1989 og tidligere, og mellom 99 og 100 prosent av sakene mottatt i hvert av årene 1990–1994. Flere av sakene fra 1990–1994 som står igjen har vært avsluttet tidligere, men er gjenopptatt for eksempel på grunn av nye opplysninger, eller de står for domstolene.

Første halvår 2003 har NPE avvirket et rekordhøyt antall saker, samtidig som antall mottatte saker har vært noe lavere enn tidligere. En slik kombinasjon av høyere produksjon og lavere antall mottatte saker vil over tid føre til lavere saksbehandlingstid. I siste del av 2003 har antall nye saker tatt seg opp.

Tabell 7.4 Avviklede saker per år, NPE

Vedtak	2000	2001	2002	2003
Medhold	532	593	558	759
Avslag	1 310	1 252	1 344	1456
Totalt	1 842	1 845	1 902	2 215

Kilde: NPEs hjemmeside

I første halvår 2003 fattet NPE vedtak i 1 368 saker, noe som innebærer en svært positiv og bemerkelsesverdig endring sammenliknet med tidligere år. Forbedringen har skjedd samtidig med det vi må anta har vært krevende omlegginger til ny lov og tilpassing til statlig administrativt regelverk. NPE må ha truffet meget godt med de tiltakene som er iverksatt. Totaltallet for 2003 indikerer imidlertid at det har skjedd en utflatning med hensyn til vedtak i annet halvår. Én grunn til dette er etter NPEs mening at det har kommet inn betydelig færre nye saker. Dermed vil man etter hvert ha færre saker som er "greie" og som kan avgjøres etter kort saksbehandlingstid. Det har også vært en del (ekstra) sykefravær i siste del av 2003, og høy aktivitet i PIF-prosjektet fra saksbehandleres side.

Det har vært en markert økning i antall årsverk fra 48,5 ved utgangen av 2001 til 57,4 årsverk til disposisjon ved utgangen av 2002, noe som antakelig først har gitt effekt i 2003. Men denne økningen forklarer alene bare en del av den forbedrede vedtaksproduksjonen.

NPEs egen forklaring på den positive utviklingen er:

- Større fokus på avvikling av gamle saker
- Opplæringstiltak
- Produktutvikling på utmålingsiden
- Lavt antall nye saker, ro til arbeid med utmåling (viktigste årsak)
- Lettere "å skjære igjennom" når vedtak kan påklages til Nemnda

-
- ”Bråtane-effekten” – dommen avklarte en del prinsipper som innebærer gjør det lettere å avslutte en del større saker.

Det vil også være interessant å se om *kvaliteten* på vedtakene holder seg. Så langt har ikke kvalitetsrevisjonen i NPE sett tegn til dårligere kvalitet, men man har dette spørsmålet under løpende observasjon. Heller ikke fra eksternt hold er det antydning noe om dårligere kvalitet på vedtakene.

7.4.3 Saksbehandlingstid for avslag vs medhold

Det er ingen forskjell av betydning mellom saksbehandlingstid på saker som ender med avslag sammenliknet med saker som ender med medhold hvis man ser hele perioden 1988–2003 under ett.

Ser man på 2001 og 2002 isolert, er det imidlertid en noe lengre saksbehandlingstid på medholdsvedtak enn på avslag. Dette gjelder for eksempel innenfor de store spesialitetene ortopedi, ortopedisk kirurgi og onkologi. NPE forklarer dette med at det ved medhold er flere momenter som må avklares enn ved avslag. Også medhold begrunnes, mens det ville vært tidsbesparende dersom man hadde unnlatt dette. Videre er det innenfor ortopedi mange *opplagte avslag* – man finner ingen årsakssammenheng mellom behandling og skade.

I saker som gjelder fødselsskader på barn er det imidlertid, særlig i 2003, en betydelig høyere saksbehandlingstid for avslagene. Vurderingstemaene er mer usikre, og man ønsker fra NPE å være helt sikre på at man gjør riktig vedtak ved avslag.

7.4.4 Saksbehandlingstid for kvinner vs menn

Det er ingen forskjell av betydning mellom saksbehandlingstiden for kvinner og menn.

7.4.5 Saksbehandlingstid for forskjellige medisinske spesialiteter

Saksbehandlingstiden for ulike medisinske spesialiteter varierer, men ikke dramatisk. Det må understrekes at medisinsk spesialitet registreres ut fra hvilken avdeling på et sykehus pasienten var på da skaden oppstod, og ikke nødvendigvis hvilken medisinsk spesialitet som voldt skaden.

Med noen unntak har de spesialitetene som har lang saksbehandlingstid et lavt antall saker, men det er ikke de samme små spesialitetene som skiller seg ut hvert år (2001, 2002 og per 31. mai 2003). Vi vil derfor anta at det er trekk ved den enkelte saken mer enn spesialiteten i seg selv som påvirker saksbehandlingstiden i disse tilfellene.

Av de større spesialitetene med lang saksbehandlingstid er fødselsskader på barn den mest fremtredende. En viktig årsak til dette er grundigheten i sakene, med for eksempel to eller flere sakkyndiguttalelser. For øvrig skiller nevrokirurgi og nevrologi seg ut som spesialiteter med relativt lang saksbehandlingstid. Også dette er ofte vanskelige saker, og det er liten tilgang på sakkyndige.

Dent-O-Sept-sakene er behandlet særskilt i kapittel 9.3, bant annet med hensyn til saksbehandlingstid²³.

7.4.6 Saksbehandlingstid i det enkelte ledd i saksbehandlingsprosessen

Fra en sak kommer inn første gang i NPE til den er ferdig (enten ved avslag eller ved utbetaling av erstatning) blir den løpende registrert som tilhørende en bestemt status. Statusen beskriver hvilken arbeidsprosess saken befinner seg i for øyeblikket.

Statskonsult har fått tilgang på oversikter som viser hvor lenge i gjennomsnitt saker har vært i de forskjellige statuskodene når de går ut av dem.

Tabell 7.5 Tidsbruk per fase i saksbehandlingen, NPE

Status	Antall dager - gjennomsnitt	Merknad
Forberedende saksbehandling	107	Innhenting av journal m.v.
Vurderer ansvarsgrunnlaget	275	Juridiske saksbehandlere. Inkluderer tid hos pasient/advokat.
Sak hos rådgivende lege	76	Interne leger
Sak hos sakkyndig	102	Eksterne leger
Avslagsvedtak	68	Tid fra avslagsvedtak til klage registreres. Klagefrist er 21 dager og tallet synes derfor høyt. Årsaker: For sen innregistrering, og utsatt klagefrist.
Erstatningsutmåling	378	Innhenting og vurdering av dokumentasjon av tap
Sak hos rådgiver – utmåling	51	Interne leger
Sak hos sakkyndig – utmåling	126	Eksterne leger

Antall saker som har vært innom den enkelte status varierer. Sakene skal ikke innom alle statusene, og tidsforbruket kan derfor ikke summeres.

Det blir understreket fra NPE at det kan være mangelfulle innregistreringer til enkelte koder, for eksempel ”sak hos rådgivende lege”. Saken blir da stående i kode ”vurderer ansvarsgrunnlaget”, som følgelig blir kunstig lang. Gjennomsnittstiden i ”sak hos rådgivende lege” vil være riktig forutsatt at sakene som innregistreres korrekt her verken tar lengre eller kortere tid i gjennomsnitt enn de som ikke blir registrert her. Sannsynligvis er det for få legemøtesaker som

²³ Saksbehandlingstid for disse sakene fremgår også av en egen rapport på NPEs hjemmeside (under Aktuelle tema).

registreres inn i koden, og fordi disse sakene har kort saksbehandlingstid får man en for høy gjennomsnittlig saksbehandlingstid hos rådgivende lege.

Enkelte av de rådgivende legene er à jour til enhver tid på grunn av relativt liten sakstilgang, mens andre har slitt med store restanser. Det har derfor variert fra noen dager til over 6 måneder før uttalelsen foreligger.

De eksterne sakkyndige bruker lengre tid enn de interne rådgivende legene i ansvarsfasen. Dette gjelder for nesten alle medisinske spesialiteter.

Også i utmålingsfasen bruker de eksterne lengre tid, til dels ekstremt mye mer. Dette skyldes at de eksterne som brukes til å vurdere mer kompliserte saker, skal skrive mer fullstendige erklæringer og må i tillegg ofte innkalle pasienten til utredning/undersøkelse

Hvor lang tid som brukes hos pasient og advokat i forbindelse med at disse uttaler seg underveis, har vi ikke. Fristen som settes av NPE er 3 uker, og det vil ofte være to eller flere slike runder bare i ansvarsfasen. Denne "eksterne saksbehandlingstiden", som ikke kan legges NPE til last (vi ser her bort fra purrerutiner og eventuelle mangler ved disse), fremkommer mao ikke. Den vil ligge innbakt i for eksempel "vurderer ansvarsgrunnlaget". NPE opplyser at de er svært liberale med hensyn til å utvide svarfristen.

Hvis man legger til grunn at tallet for "forberedende saksbehandling" er korrekt, synes tallet høyt. En tidsbruk på 107 dager før saksbehandlingen overhodet kommer i gang, virker urimelig. Jf at mange statlige virksomheter har en *samlet* saksbehandlingstid som er 3 måneder eller kortere. NPE oppgir to hovedgrunner til tidsbruken:

- Sykehusene/behandlingsstedene bruker til dels meget lang tid før de sender inn skademeldingsskjema og journalkopier.
- I en del saker ser man først etter innsending av disse at det bør innhentes dokumentasjon fra sekundært behandlingssted.

Tidsbruken til erstatningsutmåling synes også å være urimelig lang. På den annen side så er "tid fra medhold til utbetaling" det punktet i pasienttilfredshetsundersøkelsen der NPE scorer høyest (79 prosent får forventningene innfridd). Her er det for en stor del snakk om "ekstern saksbehandlingstid", det vil si tid som brukes hos eksterne parter for å fremskaffe dokumentasjon på det økonomiske tapet. I mange saker må *fremtidige* utgifter til pleie, tilsyn, opptrening, transport, ombygging av bolig mv beregnes. For å vurdere skadens omfang kan det være nødvendig å avvente at skaden "setter seg". Det at det foretas *delutbetalinger* underveis kan være en årsak til at graden av tilfredshet er så vidt høy.

7.4.7 Saksbehandlingstid for kurante vs ukurante saker

Den faglige utfordringen kan være stor eller liten i den enkelte saken. Det er ikke i starten av en sak lett å se om den er kurant eller ikke, og det er ingen statistikk som deler inn saker i henholdsvis kurante og ukurante saker.

Det er imidlertid påpekt fra NPE at saker kan være svært forskjellige med hensyn til hvor klart faktum er. En god uttalelse fra skadevolder (behandlingsstedet) vil virke tidsbesparende for NPEs saksbehandling, særlig hvis ansvarsspørsmålet fremstår som greit. En mangelfull uttalelse vi derimot kunne føre til behov for nye henvendelser eksternt med nye purrerunder osv.

NPE fremholder at en sak som har et enkelt faktum i ansvarsfasen kan ha et komplisert faktum i utmålingsfasen, og omvendt.

Det at man i ordningen dekker et økonomisk tap og ikke foretar en standardisert utbetaling, setter selvsagt grenser for omfanget av kurante saker.

Det er således ingen egen prosedyre eller særskilt organisering for kurante saker. De går inn i samme "køsystem" som andre saker i det enkelte stadium. Men de vil gå raskere ved at de går gjennom færre stadier/instanser:

- Saken kan behandles internt av rådgivende lege, eventuelt i legemøte, i stedet for eksternt medisinsk sakkyndig
- Det vil være tilstrekkelig med én spesialistuttalelse, og dermed kun én runde med pasient og eventuelt advokat for å få kommentarer.

7.4.8 Saksbehandlingstid internt og eksternt

I begynnelsen av 2000 anslo NPE²⁴ at minst 75 prosent av tiden gikk med til å "vente på andre" (inklusive egne rådgivende leger).

Ifm pasienttilfredshetsundersøkelsen i 1999 oppga NPE at av gjennomsnittet på 1 års saksbehandlingstid (ansvarsfasen), utgjorde innhenting av opplysninger fra helsevesenet ca 3 måneder, mens 2,5 måned var tidsbruk til innhenting av eksternt spesialisterklæring eller tidsbruk hos rådgivende lege.

En grov beskrivelse kan se slik ut: Av 12 måneders saksbehandlingstid i ansvarsfasen går i gjennomsnitt 8 måneder til venting/eksternt saksbehandlingstid, mens ca 4 måneder brukes internt. De 8 månedene fordeler seg på innhenting av journal og uttalelse fra behandlingsstedet/-stedene (3,5 måneder), uttalelser fra pasient/advokat (2 måneder) og uttalelse fra medisinsk spesialist (2,5 måneder, henholdsvis i overkant av 2 måneder hos interne rådgivende leger, og i underkant av 3,5 måneder hos eksterne medisinsk sakkyndige).

7.4.9 Saksbehandlingstiden i Nemnda

²⁴ Brev til Sosial- og helsedepartementet 25. januar 2000. Statskonsult, rapport 2004:4

Pasientskadenemndas sekretariat anslår faktisk gjennomsnittlig saksbehandlingstid i 2003 til å være ca 8 måneder. Sekretariatet opplyser at de ikke ser noe bestemt mønster med hensyn til hvilke typer saker som påklages, men det er et inntrykk at dårlig kommunikasjon er en medvirkende årsak til at det klages i det enkelte tilfellet.

7.4.10 Konklusjoner med hensyn til saksbehandlingstid

- Saksbehandlingstid har lenge vært et kritikkpunkt i forbindelse med pasient-skadeerstatning.
- NPE og departementet har vært mer opptatt av saksavvikling enn av saksbehandlingstid (men dette er to sider av samme sak).
- NPEs saksbehandlingstid skyldes for ca 2/3 vedkommende "ekstern tid"
- NPE har økt produksjonen radikalt i første halvår 2003.
- Saksbehandlingstiden er lang sammenliknet med andre saker i forvaltningen, men ikke sammenliknet med tunge saker innenfor trygd og personskadeforsikring.
- Sett fra pasientene er saksbehandlingstiden et mindre problem i utmålingsfasen enn i ansvarsfasen, og dette bør være retningsgivende for tiltak som iverksettes.

8 Vedtak, utbetalinger og rettssaker

Hensikten med dette kapitlet er å se om NPEs vedtak og utbetalinger viser noen mønstre som er påfallende og som kan belyse de kritikkpunktene som går på for streng praksis. Vi ser på i hvor stor grad NPE gir medhold, i hvor stor grad Nemnda omgjør NPEs vedtak og hvordan pasientskadesaker faller ut i rettsapparatet. Det går særskilt inn på tvilssaker og håndteringen av disse og på avvisning av saker.

Vi har også sett på de geografiske forskjellene med hensyn til klagehyppighet og med hensyn til utbetalinger for å se om det eventuelt er forskjeller som indikerer at pasientskadesaker håndteres ulikt i forskjellige deler av landet. Dette vil i så fall kunne være forårsaket av andre aktører enn av NPE.

Forlikssaker er behandlet i kapittel 9.1.

8.1 NPEs vedtak

I 2002 realitetsbehandlet NPE ansvarsspørsmålet i 1902 saker.

Medholdsprosenten totalt ligger på 30,3 prosent, og på 34 av de realitetsbehandlede sakene (2003). For saker som gjelder somatiske sykehus – som er den overlegent største gruppen - ble det gitt medhold i 32,8 prosent, for kommunelegetjenesten 19,2 prosent og for psykiatriske sykehus 26,7 prosent (1. halvår 2002).

Medholdsprosenten i Sverige og Danmark er betydelig høyere. I Sverige oppgis den til 45 prosent, og i Danmark til 41,5 prosent totalt og til 47 prosent av de realitetsbehandlede sakene (2002). En delforklaring på dette er antagelig at rommet for rimelighetsbetraktninger i Norge ikke er vidt nok til å kunne oppveie de innvilgelsene som i Danmark og Sverige følger av deres spesialistnorm, av deres ”alternativ teknikk eller metode”-bestemmelser eller deres særskilte rimelighetsbestemmelser. I tillegg kommer at Sverige og Danmark har ”tort og svie”-bestemmelser som ikke finns i den norske ordningen²⁵.

²⁵ Det nærmeste vi kommer ”tort og svie”-bestemmelser i Norge er oppreisning og billighetserstatning, jf kapittel 9.4. Statskonsult, rapport 2004:4

Tabell 8.1 Fordeling på medholdsgrunner, 2002

Grunn til medhold	Prosent
Behandlingen har vært feil, mangelfull eller lignende	60
Infeksjon oppstått i etterkant	20
Diagnosen feil/sen	17
Annet	3
SUM	100

I de fleste av medholdssakene – 60 prosent i 2002 – er begrunnelsen selve behandlingen, som har vært feil, har vært gitt for sent, vært mangelfull eller ikke står i rimelig forhold til det pasienten måtte kunne forvente. Nesten 20 prosent av medholdssakene gjelder infeksjoner som har oppstått i etterkant av behandlingen, vanligvis i det som kalles rent område i forbindelse med kirurgisk inngrep. I nesten 17 prosent av medholdssakene har NPE kommet til at diagnosen var forsinket eller feil og at dette har gitt konsekvenser for sykdomsutviklingen.

Saker som gjelder somatiske sykehus utgjorde langt den største delen av sakene. Frem til og med 1996 var medholdsandelen her stort sett i overkant av 40 prosent, det vil si noe høyere enn de siste årene. NPE mener selv at dette først og fremst skyldes flere uberettigede krav, og ikke en strengere praksis fra NPEs side.

Hva kan så årsaken være til at det eventuelt kommer flere uberettigede krav? En mulig forklaring kan være at *ordningens eksistens* er blitt bedre kjent, men uten at detaljene, herunder vilkårene for erstatning, fremstår tilstrekkelig klart.

Tabell 8.2 Fordeling av avslag, totalt og for somatiske sykehus, henholdsvis 2002 og første halvår 2002

Avslagsgrunn	Totalt, prosent	Somatiske sykehus, prosent
Ingen sammenheng skade/behandling	64	60
Behandlingen adekvat/risiko kjent	28	33
Annet	8	7
Sum	100	100

Avslagene fordeler seg stort sett i to grupper. Den største gruppen blir avslått fordi det ikke er årsakssammenheng mellom den anførte skaden og behandlingen. Den andre store gruppen gjelder saker der det finns en slik sammenheng, men der behandlingen har vært adekvat og risikoen for skaden er kjent og må aksepteres ut fra nødvendigheten av behandlingen.

De resterende avslagsgrunnene ("Annet" i tabell 8.2) er hver for seg små. En av undergruppene her er saker der pasienten har klaget på feil eller sen diagnose, men hvor NPE mener at diagnosen var faglig adekvat ut fra den viten som var

tilgjengelig (oftest saker der det er vanskelig å stille korrekt diagnose, eller der pasientens symptomer var atypiske).

Imidlertid avslås en rekke saker fordi det viser seg at det økonomiske tapet er mindre enn kr 5000, men dette skjer på forskjellige stadier i saksbehandlingen og er bare delvis tatt med i prosentfordelingen for avslagene. Se også nedenfor under Avvisning av saker (kapittel 8.5).

8.2 Tvilssaker

NPE og Nemndas sekretariat sier at tvilssaker ofte avgjøres i pasientens favør. Det innebærer for eksempel at ved en usikkerhet om hvorvidt det er en årsakssammenheng mellom behandlingen og skaden, vil en sammenheng kunne legges til grunn for vedtaket. Videre vil det ved usikkerhet om hvorvidt en pasient er informert kunne legges til grunn at så ikke har skjedd. Økonomisk tap i grenselandet rundt kr 5 000 vil kunne ende med at en legger til grunn et tap over kr 5 000. Nedenfor er dette beskrevet mer konkret.

NPE følger i utgangspunktet vanlige bevis/bevisbyrderegler ved avgjørelsen av om det er årsakssammenheng mellom behandlingen og skaden. I noen grad innebærer bevisbyrde-regler at tvilen *skal* gå i pasientens favør (det vil si at skadevolderen må bære risikoen for bevistvil). NPE opplyser at de også utover dette i noen grad også ellers vil la tvil om årsakssammenheng gå i pasientens favør.

Når det gjelder tvil om informasjon er gitt, opplyser NPE at de *i noen grad* lar tvil innebære at man legger til grunn at informasjon ikke er gitt. Ifølge Nemndas sekretariat skal det "ikke mye til" før Nemnda legger til grunn at det foreligger informasjonssvikt (tradisjonelt har Nemnda som regel gått lenger i å la tvilen komme pasienten til gode, enn NPE som førsteinstans²⁶). Men vanlige bevisbyrderegler vil kunne lede til samme konklusjon (for eksempel der sykehuset ikke har ført journalen på en slik måte at det i ettertid kan fastslås med sannsynlighet at informasjon rent faktisk ble gitt). Når det gjelder mangelfull informasjon, vil det imidlertid ikke lede til ansvar med mindre man kommer til at det er mest sannsynlig at pasienten ville valgt annerledes (avstått fra behandlingen og på den måten unngått skaden) dersom fyllestgjørende informasjon var gitt. Både NPE og Nemndas sekretariat opplyser at denne vurderingen er vanskelig. Viktige momenter ved vurderingen er hvor sterk indikasjonen for behandlingen var samt hvor stor risikoen for aktuelle skade var. Dersom pasienten ubehandlet ville hatt stor risiko for alvorlig helseskade, skal det mye til for å komme til at vedkommende ville ha avstått fra behandling med mer fyllestgjørende informasjon forut for behandlingen.

NPE lar nok oftest tvil rundt kr 5 000 gå i pasientens favør. Etter NPEs eget utsagn vil det av flere grunner ikke være hensiktsmessig å bruke for mye

²⁶ Før Nemnda ble utskilt som et eksternt klageorgan, hendte det av og til at det daværende sekretariatet la frem saker direkte for nemnda som førsteinstans. Tanken var nettopp at man ønsket at nemnda skulle trekke opp linjene i tvilssaker. Denne adgangen eksisterer ikke lenger. Statskonsult, rapport 2004:4

tid/ressurser på å "finmåle" hvorvidt et tap er på kr 4000 eller kr 5 500. Ofte kan det i tillegg være usikkert om pasienten også vil ha noen utgifter/noe tap i fremtiden (= tiden etter oppgjørstidspunktet). I slike tilfeller vil man ofte sette tapet til kr 5000 eller noe høyere.

Nemndas sekretariat gir uttrykk for det samme. Det opplyses at i saker hvor det økonomiske tapet ligger i grenselandet rundt kr 5.000, har Nemnda generelt vært lite tilbøyelig til å avvise saker med den begrunnelse at tapet er under kr 5 000. I praksis er det kun i saker hvor det er helt åpenbart at skaden ikke kan ha ført til noe tap i det hele tatt, at saker har blitt avvist på dette grunnlag. Er for eksempel pasienten pensjonist, og det verken er tale om inntektstap eller men-erstatning, og hvor tapet kun har ført til et noe forlenget sykdomsforløp og derfor neppe har medført noen utgifter, vil Nemnda kunne avvise saken på dette grunnlag. I saker hvor det foreligger tvil, utmåler Nemnda som regel en skjønnsmessig erstatning på kr 5.000 som et endelig oppgjør, uten å avkreve pasienten for nærmere dokumentasjon i form av kvitteringer for eventuelle økonomiske utlegg.

Når det gjelde skader oppstått etter 1. januar 2003, vil ordlyden i den nye pasientskadeloven § 3 om uopklarte årsaksforhold være førende.

8.3 Utbetalinger

Utbetalingene i 2002 var på ca 240 millioner kroner. Den enkelte utbetaling varierte mellom kr 5 000 (minimumsbeløpet) og flere millioner kroner (jf fødselsskadesakene).

Tabell 8.3 Utbetalinger i millioner kroner og per innkommet sak

Fylke	Utbetalinger 2000 – 1. kvartal 2003, mill. kr	Utbetaling per innkommet sak, mill. kr
Østfold	43,8	0,10
Akershus	64,4	0,12
Oslo	78,5	0,10
Hedmark	32,1	0,13
Oppland	26,6	0,12
Buskerud	30,7	0,08
Vestfold	33,3	0,13
Telemark	23,1	0,11
Aust-Agder	10,3	0,07
Vest-Agder	25,9	0,10
Rogaland	74,9	0,18
Hordaland	74,0	0,10
Sogn og Fjordane	26,5	0,14
Møre og Romsdal	43,8	0,11
Sør-Trøndelag	47,3	0,09
Nord-Trøndelag	23,8	0,10
Nordland	31,5	0,08
Troms	45,5	0,10

Finnmark	19,5	0,10
Sum	755,5	(gj.snitt: 0,11)

Utbetalingene varierer fra 0,07 til 0,18 millioner kroner i gjennomsnitt for hvert fylke, med 0,10 som typetall og 0,11 som gjennomsnitt for hele landet.²⁷

Variasjonsbredden er stor, noe som skyldes at Rogaland skiller seg ut som et fylke med vesentlig større utbetaling per innkommet sak enn de andre fylkene. De fylkene som ligger lavest ligger ikke langt fra gjennomsnittet.

Ved å rangere fylkene både med hensyn til klagehyppighet per 100 000 innbyggere (jf kapittel 7.3) og utbetalinger per sak, vil man se om det for eksempel er slik at fylkene med høy klagehyppighet har lav gjennomsnittlig utbetaling, og om lav klagehyppighet henger sammen med store gjennomsnittsutbetalinger.

Tabell 8.4 Klagefrekvens og gjennomsnittlig utbetaling²⁸

		Klagehyppighet per 100 000 innbyggere		
		Lav	Middels	Høy
Utbetaling per innkommet sak	Lav		Buskerud Aust-Agder Nordland	
	Middels	Akershus Hedmark Oppland Vestfold Telemark	Østfold Oslo Vest-Agder Hordaland Møre og Romsdal Sør-Trøndelag Nord-Trøndelag	Troms Finnmark
	Høy	Rogaland	Sogn og Fjordane	

Det viser seg her at ingen fylker har høy klagehyppighet kombinert med lave utbetalinger per innkommet sak. Det vil si at ikke noe fylke stikker seg ut med påfallende stor klagehyppighet i forhold til hva det gir av utbetalinger. Troms og Finnmark som har en klagehyppighet langt over de andre fylkene, har middels utbetalinger per sak. Ser vi på vedtaksfordelingen (i 2002), viser den at de to fylkene har høy innvilgelsesprosent, for Finnmarks del den høyeste av alle fylker. I perioden 1988–2001 hadde de to fylkene en medholdsprosent lik gjennomsnittet (basert på vedtak for somatiske sykehus). Det kan derfor være rimelig å si at det ikke fins indikasjoner på at informasjonstiltakene i disse

²⁷ Det gjøres oppmerksom på at fylkesfordelingen ikke er knyttet til bostedsadresse, men til hvor skaden inntraff (behandlingsstedet), jf kapittel 7.3. Videre vil vi presisere at gjennomsnittlig utbetaling per medholdssak naturlig nok er lang høyere enn 0,11 mill kr, nemlig 0,42 mill kr i 2002.

²⁸ Det er her ikke foretatt en inndeling langs de to variablene som gir like mange forekomster i hver gruppe (lav, middels, høy). Det ville i så fall ha medført at fylker med tilnærmet samme verdi kunne havne i ulike grupper. Grensen mellom gruppene er trukket der det er naturlige sprang i verdiene.

fylkene, sammenliknet med andre fylker, gir overdrevne forventninger om medhold og utbetaling.

Rogaland har lav klagehyppighet og høy utbetaling per sak, og også høy innvilgelsesprosent i perioden 1988–2001 (men lav innvilgelsesprosent i 2002). Pasientombudet i Rogaland er lokalisert til sentralsykehuset, noe som er særegent og som var en politisk beslutning i fylkeskommunen. Erfaringen med dette oppgis å være gode: Det gir nær kontakt med sykehusets avdelinger og pasienter. Statskonsult antar at dette *kan* tenkes å gi bedre og mer realistisk informasjon om NPE-ordningen både hos sykehuspersonalet og hos pasientene. De fleste pasientombudene er imidlertid skeptiske til en slik lokalisering, jf spørreundersøkelsen hos pasientombudene (kapittel 6).

8.4 Nemndas vedtak

De siste årene har mellom 40 og 50 prosent klaget på NPEs vedtak. De fleste klagene gjelder avslag.

Medlemmene i Nemnda får sakene 2–4 uker før møtet. Behandlingen av den enkelte saken foregår ved at lederen ber om at saksbehandler gir en orientering og siterer fra spesialistuttalelser. Lederen oppsummerer sine oppfatninger av de rettslige og medisinske springende punkter. Deretter åpnes det for synspunkter på disse. De fleste saker brukes det mellom 15–60 minutter på, med 30 minutter som typisk tidsbruk. NPE har møterett, men ikke talerett.

I ca 10 prosent av sakene gjøres det om på sekretariatets innstilling. En tilsvarende andel utsettes til et senere møte.

Ved utgangen av august 2003 hadde Nemnda fattet vedtak om ansvar i 257 saker i løpet av året. Av disse ble det gitt medhold til pasienten i 15,5 prosent.

De siste fem årene har omgjøringsprosenten variert mellom 11 og 14,5 prosent. Det vil si at Nemnda i stor grad har opprettholdt førsteinstansens avslag i ansvarsspørsmålet, og at dette ikke er radikalt endret så langt i 2003. Det kan tilføyes at ingen av de sakene som Nemnda har behandlet, er behandlet i henhold til det nye regelverket. Tallet for 2003 er således sammenlignbart med tidligere år. I Danmark omgjøres hele 21 prosent i andreinstansen.

Nemnda og sekretariatet (sistnevnte i henhold til delegasjonsfullmakt) fatter også vedtak i en del andre spørsmål, blant annet:

- Klager på erstatningsstørrelsen (der NPE har gitt medhold i ansvarsspørsmålet)
- Klager på juridisk bistand
- Begjæring om gjenopptak

Antall saker av disse og andre typer som ikke gjelder ansvarsspørsmålet, er imidlertid svært lave. Det er derfor et tynt grunnlag å beregne omgjørings- Statskonsult, rapport 2004:4

prosenten på. Statskonsult registrerer imidlertid at det både fattes vedtak i pasientens favør og disfavør i disse små sakstypene.

I intervjuer sier både representanter for sekretariatet og for Nemnda at det ikke er noe bestemt mønster i de sakene som kommer som klager etter behandlingen i NPE. Det vil si at det ikke er noen bestemte medisinske spesialiteter eller andre undergrupper av saker som utmerker seg ved at de er overrepresentert blant klagen. Det synes ifølge de samme heller ikke å være noen tilbakevendende svakheter i førsteinstansvedtakene der hvor Nemnda omgjør. Et mulig unntak er at NPEs praksis i erstatningsspørsmålet ikke følger opp Høyesteretts avgjørelser godt nok.

Det nevnes at uheldig eller dårlig kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienten, og misforståelser som har oppstått på grunn av dette, er til stede i en ikke uvesentlig del av sakene.

8.5 Avvisning av saker

En del av de klagen som kommer inn *avvises* av NPE og av Nemndas sekretariat. Det vil si at de ikke tas under ordinær behandling fordi de vurderes å falle utenfor regelverket. En slik konklusjon kan komme på flere stadier i saksbehandlingen. Vedtak om avvisning av saken er delvis tatt med i avslagsstatistikken.

NPE opplyser at 11,8 prosent av alle saker avvises (2003). I Danmark avvises 11,5 prosent (2002).

Tidligere ble det fattet en del avvisningsvedtak på grunn av begrensningene som lå i det midlertidige regelverket.

Vanlige avvisningsgrunner er:

- Klagen er fremsatt for sent
- Skaden er konstatert før 1. januar 1988, eller før 1992 (kommunelegetjeneste, psykiatri)
- Skaden er inntruffet på et utenlandsk sykehus²⁹
- Det kreves ikke erstatning, eller tapet er under kr 5 000
- Sykehuset/helsetjenesten er rette vedkommende
- Fylkeslegen/Helsetilsynet er rette vedkommende.

Nedenfor knyttes det noen kommentarer til avvisningsgrunnene.

Nemndas sekretariat opplyser at det hører til sjeldenhetene at klagesaker blir avvist av dem. I de få sakene som er blitt avvist av Nemndas sekretariat fordi klagen har kommet for sent inn, har oversittelsen i forhold til forvaltningslovens treukersfrist i § 29 vært betydelig, uten at vilkårene for å gi oppreisning for

fristoversittelsen iht. forvaltningsloven § 31 har vært til stede. Nemndas sekretariat har i disse sakene fattet avvsningsvedtak etter delegasjonsfullmakten av 4. mars 2003. Det har også hendt at Nemnda har blitt forelagt en og annen sak hvor temaet for klagebehandlingen er hvorvidt det foreligger grunnlag for å gi oppreisning for fristoversittelse. Nemndas sekretariat har da selv vært i tvil og har ønsket at Nemnda skal ta stilling til dette.

I svært mange saker er klagefristen oversittet med 2–3 uker, og praksis vedrørende å ta sakene under realitetsbehandling er svært liberal. Ved oversittelse av klagefristen utover 2–3 uker, avkreves pasienten (eventuelt advokat) som regel en nærmere begrunnelse for hvorfor klagefristen er oversittet. Det skal ikke mye til for at slike forklaringer blir akseptert, jf forvaltningslovens § 31, og at klagen tas under realitetsbehandling.

Det skjer i dag svært sjelden at en klagesak blir avvist fordi skaden er konstatert eller forvoldt før henholdsvis 1. januar 1988 og 1. juli 1992. Dette var mer vanlig for en del år tilbake, det vil si da ordningen med NPE var ny.

Derimot har Nemndas sekretariat avvist så mye som 15 gjenopptaksbegjæringer pr. 31. august 2003. Egentlig er det ikke korrekt å betegne dette som ”avvisninger” idet det å ikke gjenoppta en tidligere behandlet nemndssak ikke er å anse som et enkeltvedtak i forvaltningslovens forstand. I disse sakene har sekretariatet kommet til at det ikke foreligger nye og vesentlige opplysninger som tilsier at Nemndas vedtak er uriktig.

8.6 Rettssaker

Siden starten og frem til utgangen av 2003 hadde NPE vært involvert i 243 prosesser. Av disse var 174 avsluttet, cirka halvparten gjennom forlik eller at saken ble trukket. De sakene som ble avsluttet gjennom dom fordelte seg med 62 som ga NPE medhold og 15 der NPE tapte. Ut fra dette blir omgjøringsprosenten 19,5.

Tabell 8.5 Utvikling i antall prosesser

År	Antall nye
1990	2
1991	1
1992	3
1993	4
1994	6
1995	11
1996	11
1997	20
1998	24
1999	27
2000	27
2001	39
2002	42
2003	76

Økningen i antall rettssaker er betydelig, men må ses i sammenheng med økningen i saksmengden. Året 2003 ga imidlertid et høyt tall også om man tar hensyn til saksmengden.

Fra 1. januar 2004 skal søksmål reises mot Pasientskadenemnda i saker der NPE er ansvarlig, mens søksmål tidligere skulle reises mot NPE (endring i pasientskadeloven § 18). En konsekvens av at Nemnda blir saksøkt, vil være at Nemnda ved sekretariatet vil opptre som part i saker for domstolene, og at Nemnda vil møte med en egen prosessfullmektig. Dette vil kunne være en advokat som er ansatt i Nemndas sekretariat eller en advokat som engasjeres av dette sekretariatet.³⁰

Fra NPE har vi fått opplyst at det er relativt få rettssaker i Sverige, og relativt mange i Danmark.

8.7 Statskonsults vurdering

Medholdsprosenten synes å være lav, blant annet sammenliknet med Danmark og Sverige. Ut fra vedtaksstatistikk og annet tallmateriale kan Statskonsult imidlertid ikke se at Nemnda og rettsapparatet i stor grad omgjør NPEs vedtak, noe som eventuelt ville vært en indikasjon på for streng praksis i førsteinstansen.

Klagefrekvens og utbetalinger varierer fylkene imellom, men stort sett ikke på noen påfallende måte.

³⁰ Med tanke på å bidra til å beholde og videreutvikle den faglige kompetansen i NPE, har Helsedepartementet åpnet for at tilsatte i NPE i en viss utstrekning kan engasjeres til å føre saker på vegne av Nemnda for domstolene. Dette vil gjelde saker der ikke Nemnda har overprøvd NPE, og praksisen vil ifølge departementet få et begrenset omfang.

Ut fra de opplysningene som NPE og Nemndas sekretariat har gitt, synes ikke praksis med hensyn til avvisning av saker og til hvordan tvilssaker håndteres å indikere noen streng holdning.

Det er et relativt sterkt økende antall rettssaker på pasientskadeområdet. Dette gir grunnlag for å stille spørsmålet om NPE-ordningen i mindre grad enn tidligere avlaster rettssystemet. Sett i sammenheng med økt advokatbruk kan det også stilles spørsmål om NPE-systemets vedtak i mindre grad oppfattes som nøytrale. Dette inntreffer samtidig som statliggjøringen av NPE kanskje skaper forventninger om at det tas mer hensyn til pasientene. Man kan også spørre seg om det økende antall rettssaker gjør det mer aktuelt med en ordning der pasienten kan møte i Nemnda og fremlegge sin sak. Samtidig må det understrekes at antall rettssaker er svært lite sammenholdt med antall saker som det fattes vedtak i.

9 Særskilte sakstyper der kritikk har kommet

9.1 Forlikssakene

Det er i perioden som NPE-ordningen har eksistert inngått *forlik* i 97 saker, av i alt cirka 25 000 saker. Av disse har saksøkeren trukket saken eller det er inngått forlik med samme resultat (eventuelt har NPE dekket egenandel til rettshjelps-forsikring) i 37 saker, jf tabellen nedenfor. NPE har erkjent ansvar eller det er utbetalt ytterligere erstatning fordi det er kommet nye opplysninger eller nye medisinske faglige vurderinger i til sammen 31 saker. NPE har erkjent ansvar eller utbetalt ytterligere erstatning i til sammen 29 saker etter en fornyet vurdering av saken.

NPE opplyser at de ofte bruker *ekstern* advokathjelp, og at disse kan komme til en ny konklusjon som leder til forlik.

Tabell 9.1. Forlikssaker, per mai 2003

	Ansvar	Erstatningsutmåling	Sum forlikt
Trukket av pasient eller forlikt med samme resultat	27	10	37
Nytt resultat på grunn av nye opplysninger/ny sakkyndigerklæring	18	13	31
Nytt resultat på grunn av ny vurdering i NPE	5	24	29
Sum forlikt	50	47	97

Nedenfor følger en redegjørelse om forlikssakene som NPE har utarbeidet for Statskonsult (pasientenes navn er utelatt):

NPEs redegjørelse

"Før lov om pasientskadeerstatning trådte i kraft 1. januar 2003 kunne vedtak i Pasientskadenemnda overprøves av domstolene i henhold til praksis for domstolenes kontroll med forvaltningsvedtak. Etter lovens ikrafttredelse er det saken som kan prøves for domstolene, jf. lovens § 18, 1. ledd. NPE vil ved mottak av stevning foreta en vurdering av saken, også i lys av de opplysninger og vurderinger som fremkommer ved stevningen. I samråd med prosessfullmektig (der det benyttes ekstern prosessfullmektig) tas det stilling til om saken i det vesentlige stiller seg på samme måte som da den ble behandlet for Pasientskadenemnda.

I et fåtall tilfelle vil NPE enten på grunn av nye opplysninger eller vurderinger, eller fordi det erkjennes at det er mangler ved vurderingen av saken i Nemnda, komme til at det er riktig å erkjenne ansvar eller tilby ytterligere erstatning. Det vil i slike tilfelle bli tatt kontakt med saksøkers prosessfullmektig med tanke på å forlike saken. I mange av sakene vil retten anse det nødvendig å innhente en ny medisinsk faglig spesialisterklæring, det vil si det engasjeres en rettsoppnevnt sakkyndig. Samtidig vil saken berammes så snart dette er mulig for begge parter og retten. Den rettsoppnevnte sakkyndige vil ofte få en frist for å avgi erklæring som ligger tett opp til hovedforhandling. Ofte også under en måned før partene skal møtes i retten. I flere saker vil erklæringen bli avgitt noe forsinket, og partene vil ofte ikke motta erklæringen per post før kort tid før hovedforhandling.

NPE vil ved mottak av erklæring fra den rettsoppnevnte sakkyndige, i samråd med prosessfullmektig, igjen foreta en vurdering av om saken faglig sett stiller seg vesentlig annerledes enn ved Nemndas vedtak. Dersom det anses riktig å erkjenne ansvar eller tilby ytterligere erstatning, tas det igjen kontakt snarest med saksøkers prosessfullmektig for å avklare om det er grunnlag for forlik før hovedforhandling. Det vil også kunne være en del saker der NPE vil tilby forlik under hovedforhandlingen, for eksempel fordi en sakkyndig forklarer seg vesentlig annerledes enn det tidligere har fremgått av de skriftlige erklæringer som er tilgjengelig i saken.

To NPE-rettsaker har vært omtalt i media det siste året, herunder i NRK-programmet Brennpunkt. Den ene saken dreier seg om et barn som har fått en hjerneskade i forbindelse med tanganlegg ved fødselen. Spørsmålet har vært om skaden skyldes feil/svikt ved bruk av tang under forløsningen. Før behandling i Pasientskadenemnda var det innhentet sakkyndige erklæringer fra tre spesialister i fødselsmedisin samt vurdering fra NPEs rådgivende lege. To av de sakkyndige samt rådgivende lege var av den oppfatning at håndteringen hadde vært i tråd med alminnelig god fødselshjelp. Nemnda kom i vedtak av 3. juli 2000 til at håndteringen av fødselen, herunder bruk av tang, var adekvat, og det ble ikke gitt medhold i krav om erstatning.

Etter at saken var brakt inn for retten, ble det innhentet en erklæring fra rettsoppnevnt sakkyndig, avgitt den 13. desember 2001. Den sakkyndige avga en meget grundig og detaljert erklæring der det ble stilt spørsmål ved deler av håndteringen i forbindelse med forløsning av barnet, samt reist kritikk mot journalføringen. Det forelå dermed muligens uenighet mellom flertallet av de sakkyndige som hadde vurdert saken for NPE og den rettsoppnevnte sakkyndige. Da en av de sakkyndige NPE ville føre som vitne ikke kunne møte i hovedforhandlingen, innhentet NPE en ny sakkyndigs erklæring i saken. Tanken var å la denne sakkyndige møte og forklare seg for retten. Den nye erklæringen forelå for NPE den 13. juni 2002. Denne sakkyndige støttet Nemndas vurderinger om at håndteringen hadde vært i tråd med alminnelig god fødselsledelse.

Hovedforhandling var berammet til 15. oktober 2002. Etter vanlig praksis foretok NPE i samråd med sin prosessfullmektig en gjennomgang av saken noe

tid før saken skulle opp. Dette gjøres regelmessig i rettssakene, særlig i en sak som den aktuelle, som ble ansett meget komplisert både medisinsk og juridisk. På bakgrunn av denne gjennomgangen, blant annet sett hen til vurderingene til den rettsoppnevnte sakkyndige, fant NPE at det kunne reises berettiget tvil om håndteringen av fødselen hadde vært adekvat. I brev av 4. oktober 2002 til saksøkers prosessfullmektig, fant NPE med denne bakgrunn å ville erkjenne ansvar i saken. Saken ble dermed hevet som forlikt, og utmåling av erstatning til barnet ble igangsatt.

Den andre saken dreier seg om en pasient som etter en prolapsoperasjon utviklet en kronisk smertetilstand i venstre ben. I vedtak i Pasientskadenemnda av 6. april 2001 fikk hun avslag i krav om erstatning. Nemnda mente at det ikke var tilstrekkelig sannsynlig sammenheng mellom behandlingen og pasientens plager i ettertid.

Saken ble brakt inn for retten, og det ble oppnevnt to sakkyndige, en spesialist i psykiatri og en spesialist i anesthesiologi/smertemedisin. Erklæringer fra begge de to sakkyndige var mottatt i NPE innen den 11. november 2003. De sakkyndige mente at det var den medisinske behandlingen av pasienten som mest sannsynlig var årsak til den kroniske smertetilstanden. NPE fant med bakgrunn i de to sakkyndiges vurderinger det riktig å erkjenne ansvar, noe som ble gjort i brev av 13. november 2002 til saksøkers prosessfullmektig. Hovedforhandling i saken var berammet til den 19. november 2002.”

Statskonsults vurdering

Statskonsult vil peke på at forlikssakene utgjør en svært liten andel av den totale saksmengden (0,4 prosent). Når det inngås forlik med et bedre resultat for pasienten, er det i halvparten av tilfellene nye opplysninger eller nye medisinsk-faglige vurderinger som er årsaken. I den andre halvparten av tilfellene er det nye vurderinger i NPE eller fra NPEs eksterne advokat som er bakgrunnen.

Statskonsults vurdering av kritikken mot NPE om at de bøyer av når det ligger an til å bli rettssak og heller inngår forlik, er at den ikke synes å treffe helt. Generelt kan det ikke i utgangspunktet være kritikkverdige for et organ som NPE å gå inn på et forlik.

Imidlertid kan forlikssakene vise et aspekt ved en annen problemstilling, nemlig fordelene av å ha advokat, som kan bruke andre typer argumentasjon, iverksette andre aktiviteter osv enn den gjennomsnittlige pasient. Enkelte intervjuobjekter mener at NPE i erstatningsfasen kommer med "forhandlingsutspill" med svært lave beløp, som senere blir forhøyet betydelig, særlig hvis det kommer advokat inn i bildet. Statskonsult har ikke undersøkt omfanget av slike hendelser, jf redegjørelsen for oppdrag og metode i kapittel 1.

9.2 Fødselsskadesaker

Saksbehandlingstiden for fødselsskadesaker er lang i forhold til saksbehandlingstidene innenfor andre medisinske områder.

Gjennomsnittsutbetalingen har vært 2 mill. kr. Høyeste utbetaling er 7,4 millioner kroner, laveste 5 000 kroner.

9.2.1 Saksmengde og vedtak

Fødselssaker utgjør en liten andel av sakene som blir behandlet i NPE³¹. Fødselsskader utgjør i alt 599 enkeltsaker tilsvarende 3,4 prosent av alle saker NPE har behandlet fra 1988, da den midlertidige ordningen trådte i kraft, og fram til 1. oktober 2003. I alt er det utbetalt erstatning i 30,4 prosent av fødselssakene. For samtlige saker behandlet i NPE er det til sammenligning utbetalt erstatning i 36,4 prosent av sakene. Utbetalt beløp er 410,6 millioner kroner tilsvarende 21,4 prosent av de totale utbetalingene. De fleste skadene er hjerneskader. En annen gjenganger er nerveskader i skulder etter vanskelig skulderforløsning.

9.2.2 Mediedekning av fødselsskader

Resultatet av søk på internettsidene til de landsdekkende hovedstadsavisene og NRK viser at det kun er et fåtall av fødselsskadesakene som NPE behandler som blir trukket fram i media. Den saken som har dominert mest de siste årene og som nesten alle medier har referert, er saken til Sigrid Marie, som har gått gjennom alle ankemuligheter, og som har fått avslag på å prøve saken for Høyesterett. Kritikken har ikke bare rettet seg mot at pasienten har fått avslag på erstatningssøknaden, men også mot at saken har tatt svært lang tid. Saken er klaget inn for Menneskerettighetsdomstolen i Strasbourg. Saken er også referert nedenfor i forbindelse med politikernes og Stortingets engasjement.

Utenom denne saken refererer NRK én sak, mens VG referer noen flere saker der pasientene har mottatt erstatning. Et flertall av oppslagene beskriver saker hvor pasienter først har fått erstatning etter å ha brakt saken videre etter avslag i NPE.

9.2.3 Politikernes/Stortingets engasjement

I forbindelse med interpellasjon fremlagt med bakgrunn i programmet Brennpunkt i NRK 14. januar 2003 fra Bjarne Håkon Hansen til helseministeren 4. mars 2003 ble det i forbindelse med debatten trukket fram en

³¹ I følge artikkelen Erstatning etter fødselssaker, publisert på NPEs nettsider og datert 15. september 2003.

rekke problemområder/kritikk som stortingsrepresentantene spesielt understreket.

Som grunnlag for kritikken knyttet til fødselskader, pekte Hansen på at han har mottatt henvendelser som tyder på at det er særlig vanskelig å få erstatning ved fødselskader. Som eksempel på henvendelser viste han til et foreldrepar som fikk en datter med en alvorlig fødselsskade. Saksbehandlingen tok først seks år i NPE uten at foreldrene fikk noen tilbakemelding fra NPE og endte med avslag, selv om det ble konkludert med at det oppstod en skade under fødselen. En anke til Pasientskadenemnda endte også med avslag. Saken ble deretter ført til herredsretten der foreldreparet fikk medhold. Saken ble anket inn for lagmannsretten av NPE og her la NPE vekt på å stille foreldrenes forklaring i tvil siden det hadde gått så lang tid. NPE fikk medhold.

Som svar på spørsmålet om fødselskader skal behandles annerledes enn andre saker svarte statsråden med at fødselsskadene står generelt i en vanskelig stilling, og kan ta lang tid fordi det kan være nødvendig å se barnets utvikling for å vurdere skadens omfang og dermed framtidig behov. Der de mener det er det er grunnlag for det, erkjenner NPE ansvar og foretar en midlertidig utbetaling.

NPE har selv utarbeidet et svar som finnes på deres nettside på den kritikken som ble reist mot NPE i innslaget i Brennpunkt. Her heter det blant annet:

- Tallene fra NPE for 2002 viser med all tydelighet at det forholdsmessig er like mange barn med fødselsskader som får erstatning som andre pasientgrupper.
- Utredning av erstatningskrav for barn med fødselskader hører imidlertid til de mest kompliserte sakene i NPEs virksomhet. Tidligere trodde man at de fleste skader på nyfødte skjedde under selve fødselen. Medisinsk forskning viser imidlertid at cirka 80–85 prosent av skader på nyfødte har skjedd i mors liv under svangerskapet. Det tar tid å klarlegge årsaksforhold og hendelsesforløp i disse sakene.
- Det er også et faktum at det ofte er foreldrene selv og deres advokat som ønsker at NPE skal utsette sitt vedtak, for å innhente nye spesialistklæringer. Dette kommer heller ikke frem i medias fremstilling av NPEs saksbehandling.
- For NPE, som verken har økonomiske eller politiske motiv i saken, er det nesten skremmende å registrere i hvor liten grad journalister ser hvilke sterke økonomiske interesser som driver enkelte advokater.
- I mange tilfeller vil en seriøs advokat være en nyttig og nødvendig samarbeidspartner både for pasienten og for NPE. Når advokat er engasjert i saken, må imidlertid NPE kommunisere med pasient via advokaten. Den direkte kontakten mellom NPE og pasient blir da borte og pasienten vil lett få en oppfatning av at hun ikke blir hørt eller tatt med i prosessen. Dette er

også forhold som vi må vurdere å endre i fremtidig praksis. Pasienten skal stå i sentrum for utredningen av saken og uansett utfall av saken skal de oppleve en vennlig og ordentlig behandling i NPE.

NPE har også utarbeidet et svar på det som etter all sannsynlighet er det eksempelet som Bjarne Håkon Hansen viste til i sin interpellasjon. I dette svaret betegner NPE advokatens gjengivelse av lagmannsrettens premisser som i beste fall unøyaktig, og etter NPEs mening klart tendensiøs. NPE erkjenner at det tok lang tid å fatte endelig vedtak i saken, men peker på som en forklaring at det ved flere anledninger ble samtykket i ønsker fra foreldrenes advokat om ytterligere utredninger ved spesialister.

9.2.4 Statskonsults vurdering

Statskonsult kan ikke se at fødselsskadesakene og deres behandling, herunder lang saksbehandlingstid og avslag, kan gi grunnlag for kritikk på generelt juridisk grunnlag. Våre funn viser at det ikke er en særskilt lav medholdsandel for denne typen saker. Tallene fra NPE for 2002 viser at det forholdsmessig er like mange barn med fødselsskader som får erstatning som andre pasientgrupper. Men den lange saksbehandlingstiden, og den spesielle situasjonen foreldre er i, kan stille særskilte krav til informasjon og kommunikasjon, som verken helsevesen eller NPE ivaretar på en tilfredsstillende måte. Videre kan forskjeller med hensyn til den medisinske vurderingen av når skader oppstår, ha bidratt til at disse sakene har blitt kontroversielle.

9.3 Dent-O-sept

Behandling av sakene etter regelverket kan sammenfattes slik: For at NPE skal kunne yte erstatning vil det være nødvendig å kunne legge til grunn som mest sannsynlig at pasienten er påført pseudomonas-smitte etter bruk av Dent-O-sept, samt at denne smitten har ført til en skade (f.eks. lungebetennelse, blodforgiftning, død) som igjen har ført til et økonomisk tap og/eller varig mén.

9.3.1 Saksmengde og vedtaksfordeling

NPE ga i april 2003 følgende orientering på sin hjemmeside:

”NPE har mottatt totalt 278 saker med krav om erstatning etter Dent-O-Sept (per 30. juni 2003: 281 saker) og har ferdigbehandlet 93 prosent av sakene. Av disse har 35 pasienter fått medhold.

26 pasienter har fått erstatning på grunn av munnpensel-smitte. Ni pasienter har fått medhold på grunn av annen form for behandlingssvikt, som kom frem under utredning av sakene. I ytterligere 55 saker er det fastslått at pasientens skade ikke er forårsaket av Dent-O-Sept, men at den kan skyldes andre forhold ved behandlingen. Disse sakene utredes videre, for å se om pasientene likevel

kan ha krav på erstatning.

Skadene etter Dent-O-Sept har ikke blitt så utbredt i omfang som man tidligere fryktet, men konsekvensene for de som er rammet er til dels svært alvorlige. I hele 20 av de 26 medholdssakene døde pasienten. I flere av sakene er det tvil om Pseudomonas-smitten er den direkte årsaken til dødsfallet, men NPE har likevel valgt å la tvilen komme pasientens pårørende til gode. De vil få utmålt erstatning etter alminnelige erstatningsrettslige regler, som blant annet dekker utgifter til begravelse og eventuelt tap av forsørger.

Erstatningsbeløpet vurderes individuelt, ut fra hver pasients skade og økonomiske tap. Beløpene som er fastsatt varierer så langt fra 5 000 kroner opp til 342 000 kroner. Gjennomsnittlig utbetaling var per april 2003 72 000 kroner i de ferdig utmålte sakene. Totale utbetalinger er foreløpig på samlet cirka 1 million kroner. I flere av sakene gjenstår å utmåle erstatningsbeløpet, slik at samlede beløp vil bli høyere.

169 pasienter har fått avslag på sitt krav om erstatning. De fleste av pasientene er eldre mennesker med et alvorlig sykdomsbilde, og det er ikke påvist sammenheng mellom sykdomsforløpet og Pseudomonas. Pasienten har fått en forsvarlig og god behandling av sin sykdom.

Av de sakene som var ferdigbehandlet innen april 2003, hadde halvparten en saksbehandlingstid på mellom 2 og 5 måneder.”

NPE har videre laget en rapport som oppsummerer de viktigste forholdene knyttet til vedtak om avslag og medhold. Rapporten inneholder også anonymiserte eksempler på vedtak, med vurderingen som ligger til grunn for vedtakene. Rapporten baserer seg på tall per 1. september 2003, og ligger på NPEs hjemmeside under Aktuelle tema.³²

9.3.2 Mediedekning av sakene

Ifølge Arguments omdømmeanalyse i 2002 dreide 44 prosent av presseklippene om NPE seg om Dent-O-Sept-saken. Det store flertallet av artiklene er nøytrale til NPE, og viser til at NPE behandler/vil behandle erstatningskravene. Mot slutten av perioden kommer det imidlertid en del artikler som retter skarp kritikk mot NPE på grunn av de lave erstatningsutbetalingene.

9.3.3 Politikernes/Stortingets engasjement

Forslagsstillerne i sosialkomiteen mente at det må gis muligheter til erstatning for tort og svie i de tilfeller der det økonomiske tapet ikke nødvendigvis er det

³² Nasjonalt folkehelseinstitutt, Sosial- og helsedirektoratet og Statens helsetilsyn har 20. januar 2004 avgitt sluttrapporter om de smitte- og infeksjonsrelaterte problemstillingene i Dent-O-sept-saken.

største, men der de lidelser og problemer som påføres pasienten som følge av feil, mangler eller uhell i helsevesenet medfører ulemper som det er naturlig å kompensere for. Ofrene for Dent-O-Sept-skandalen vil etter forslagsstillernes mening måtte omfattes av en slik endring. Det settes altså spørsmålstegn ved regelverkets tilstrekkelighet.

Forslagsstillerne finner det ikke akseptabelt at erstatningen begrenses oppad til 5 000 kroner (dette på bakgrunn av en offentliggjort opplysning sommeren 2002 om at en pasient som var påført blodforgiftning ville få en erstatning på 5 000 kroner). Flertallet i komiteen mente at beløpsgrensen for en slik erstatning bør vurderes, og at ”den i alle fall settes høyere enn 5 000 kroner”.

Mindretallet i komiteen viste til at erstatning for tort og svie eller oppreisningskrav ikke synes så passe inn i pasientskadeloven, som bygger på et objektivt erstatningsansvar.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener at sykehusene gjennom å drive munnpleie med usterile hjelpemidler, har handlet uaktsomt. De trekker frem at sykehusene har et selvstendig ansvar for å ha overført pseudomonasbakterien. Stortingsrepresentant John I. Alvheim uttaler at selv om tort og svieerstatning ikke er praksis i norsk erstatningsrett, bør skandalen med Dent-O-Sept behandles særskilt da det forhåpentligvis er en engangsforeteelse.

9.3.4 Statskonsults vurdering

NPE gir totalt medhold i cirka 30 prosent av sine saker, men i Dent-O-Sept sakene det er kun gitt medhold i 17 prosent av sakene. Tilfeller der pasienten er pensjonist, og det verken er tale om inntektstap eller mén erstatning, og hvor tapet kun har ført til et noe forlenget sykdomsforløp og derfor neppe har ført til noen utgifter, faller imidlertid utenfor vilkårene for pasientskadeerstatning.

Det er stor overvekt av dødsfall, mao svært alvorlig utfall, i de sakene der det er gitt medhold. Dette *kan* gi inntrykk av streng praksis. Men de som ikke dør, kommer antakelig fra infeksjonen uten mén eller økonomisk tap, slik at det etter regelverket sannsynligvis må være riktig å konkludere med ingen utbetaling.

Debatten om disse sakene kan tyde på at det er et ønske om en erstatning til *alle* ”ofre for skandalen”. Det sentrale spørsmålet blir derfor om, og i så fall etter hvilke kriterier og etter hva slags ordning, det skal gis erstatning til dem som ”bare” har opplevd angst, ekstra liggedøgn på sykehus og andre ulemper som følge av Dent-O-Sept, jf kapittel 9.4.

9.4 Aktuelle problemstillinger ved en endret erstatningsordning

Ut fra debatten i sosialkomiteen i Stortinget våren 2003 synes det ikke å være tilfredsstillende å *kategorisere Dent-O-Sept-saker som ”mindre skader”* som Statskonsult, rapport 2004:4

ikke fører til tap over 5 000 kroner og dermed overlate dem til behandlingsstedet der skaden skjedde.

Oppreisning synes ikke å passe, jf at dette forutsetter et ansvar knyttet til enkeltperson, har preg av sanksjon, og således er annerledes enn det objektive ansvarsgrunnlaget som ligger i pasientskadeloven (oppreisning er således ikke videreført fra det midlertidige regelverket til nåværende pasientskadelov, jf drøfting i NOU 1992:6 kapittel 9.6.3).

Bruk av *Stortingets billighetserstatningsordning* har vært pekt som en mulighet. Hittil har det ikke vært gitt billighetserstatning når skaden omfattes av alminnelige erstatningsordninger eller trygde- og forsikringsordninger, og det har ikke vært mulig å ”anke” avslagssaker i NPE-ordningen til billighetserstatningsutvalget. Denne ordningen vil bli svært belastet ved å få et stort antall pasientskadesaker til behandling.

Regjeringen er bedt om å vurdere en endring i pasientskadelovgivningen som åpner for å gi erstatning for ”tort og svie” ut fra lignende kriterier som for Stortingets billighetserstatningsordning. Det foreligger imidlertid ingen formelle retningslinjer for vurderingen av billighetserstatning. Ingen har krav på erstatning, men det kan søkes av personer som uforskyldt har kommet spesielt uheldig ut i forhold til andre i samme situasjon og som derigjennom mener at de har lidd et økonomisk eller ikke-økonomisk tap. Det gjøres en rimelighetsvurdering i det enkelte tilfellet, og legges vesentlig vekt på om det offentlige er å bebreide for den skaden som er oppstått.

En rimelighetsvurdering uten formelle retningslinjer står svært fjernt fra måten utmålingen av erstatninger skjer på i NPE-ordningen. Det vil derfor eventuelt bli et helt nytt element i NPE-ordningen.

Det spørsmålet en bør stille seg er om Dent-O-Sept saken har avslørt en mangel i pasientskaderegelverket. Sakene har vært behandlet individuelt, og har fått vidt forskjellige utfall. Debatten om Dent-O-Sept kan som nevnt tyde på at det er et ønske om en erstatning til *alle* ”ofre for skandalen”. Dette reiser spørsmålet om *standardiserte erstatninger for skader som gir lite eller intet økonomisk tap* (og som ikke er så alvorlige at de gir varige og betydelige mén).

Så vidt vi kan se må det ved en utvidelse av pasientskadeordningen til å omfatte tilfeller som Den-O-Sept foretas vurdering av følgende spørsmål:

- Er det økonomiske eller ikke-økonomiske tap som skal erstattes?
- Er det tilstrekkelig å påvise objektivt ansvar, eller må det foreligge en individtilknyttet feil?
- Skal vedtak baseres på skjønn, på et fåtall kriterier (standardisering) eller etter et detaljert regelverk?
- Skal det være nedre og øvre beløpsgrenser for erstatningen?
- Skal det være en særskilt og tidsbegrenset ordning, eller skal regelverket utvides permanent slik at det også fanger opp fremtidige skadetyper som delvis vil falle utenfor nåværende regelverk?

Dent-O-Sept saken er spesiell ved at én feil berørte svært mange pasienter. I en slik situasjon kan det være en mulighet å utbetale et likt beløp til samtlige som har vært utsatt for feilen og uansett hvilke følger det har fått, men med mulighet for individuell og vanlig behandling av saker der pasienten mener at det foreligger et økonomisk tap og/eller mén.

Et slikt likt beløp vil dekke det ikke-økonomiske tapet. Når det ikke-økonomiske tapet ikke er stort, kan det argumenteres for et likt beløp fordi det gir likebehandling. Her ville det vært svært arbeidskrevende å foreta individuelle vurderinger av størrelsen på tapet, noe som ikke er hensiktsmessig når beløpene er relativt beskjedne.

En ordning bør etter Statskonsults mening basere seg på objektivt ansvar, jf at det i oppreisningssaker er arbeidskrevende å påvise skyld. Imidlertid vil, ifølge pasientskadeerstatningslovutvalget, ved en skade som er oppstått ifm *pleie*, vurderingen av om det foreligger en feil eller svikt ligge nær opptil en uaktsomhetsvurdering (men i ”massesaker” som Dent-O-Sept trenger ikke denne vurderingen gjøres i hvert enkelt tilfelle). Det er kanskje mer relevant å si at munnpenslene er et slags *teknisk utstyr*. Ved tekniske feil og teknisk ufullkommenhet vil et objektivt ansvar gjelde.

Det synes videre mest nærliggende å begrense seg til å slå fast hvorvidt et fåtall kriterier/fakta er tilstede, og fatte vedtak på dette grunnlaget. Skjønnspregede vedtak vil lett kunne oppfattes som urettferdige i samme type saker. Et detaljert regelverk likedan, ved at det vil kunne oppstå uforståelig gresedragninger for folk flest hvorfor noen får et sjablongmessig beløp og andre ikke.

Slike standardiserte løsninger vil bety en utvidelse av ordningen ved at det i en del av dagens avslagssaker vil bli gitt en relativt lite standardbeløp. Standardiserte (i betydningen like) erstatninger kan imidlertid også tenkes å omfatte saker der det foretas individuell og tidkrevende utmåling i dag³³.

En eventuell utredning av spørsmålet om det er et hull eller en mangel ved ordningen, og om den derfor bør utvides, og om det bør innføres standardiserte erstatninger, bør ikke begrenses til Dent-O-Sept. Så vidt vi vet er det relativt lenge siden spørsmål om standardiserte løsninger har vært utredet.

I forbindelse med beløpsgrenser og standardiserte utbetalinger reises spørsmålet om disse bør være runde kronebeløp (som står stille) eller om de bør justeres automatisk, for eksempel knyttet til utvikingen i størrelsen på rettsgebyret eller grunnbeløpet i folketrygden.

Når det gjelder en eventuell endring av regelverket med hensyn til fødselsskadesaker, vil det i prinsippet opprettes en ”garantiordning” og ikke en erstatningsordning hvis pasientskadeloven skulle dekke all risiko knyttet til graviditet og fødsel.

³³ I NOU 1992: 6 brukes ”standardisert utmåling” i en annen betydning, nemlig en mindre skjønnspreget, men fortsatt individuell utmåling.

10 Service og organisasjonsutvikling i NPE og Nemndas sekretariat

10.1 Hva er god service?

En sentral del av evalueringen er å finne ut hva slags service pasientene og deres pårørende og advokater får ved henvendelse til NPE og Nemndas sekretariat.

Kritikken som har vært reist mot NPE angående service er blant annet:³⁴:

- Lang saksbehandlingstid
- At man blir møtt på en lite forståelsesfull måte.

Saksbehandlingstid er behandlet i kapittel 7, og vi tar her kun for oss service i snever betydning.

De kravene som man kan stille til servicenivå vil man finne i regelverk, i normer for god forvaltningsskikk og i allmenne oppfatninger av hvordan man skal bli møtt i en virksomhet som behandler saker av stor betydning for den enkelte. NPE har også selv formulert målsetninger for service.

Med henvendelser forstår vi de initiativene som pasienten, eventuelt pårørende eller advokat, gjør per telefon, ved personlig oppmøte eller per e-post (vi holder mao de formelle kontaktene gjennom brev utenfor). Særlig viktig vil den første kontakten være, der pasienten henvender seg for å stille spørsmål om sitt tilfelle, få vite om fremgangsmåter osv. Også eventuelle henvendelser *fra* NPE til pasienten utenom de formelle og skriftlige, vil inngå i evalueringen av service.

I motsetning til for eksempel saksbehandlingstid vil servicenivå for det meste inneholde subjektive elementer, det vil si være basert på *opplevd service*. Opplevd service kan endre seg i en bestemt retning uten at det nødvendigvis er en tilsvarende endring i de underliggende faktiske forhold. Dette kan skyldes at brukernes *forventninger og krav* kan endre seg over tid, for eksempel på grunn av endringer i samfunnet, endringer hos ”konkurrenter” eller hos sammenliknbare virksomheter osv.

Selv om de ikke forteller ”sannheten”, er standardiserte brukerundersøkelser av service likevel interessante. Når mange virksomheter undersøkes med hensyn til de samme faktorene, kan egen virksomhet (den virksomheten man er interessert

³⁴ De samme punktene var sentrale i mandatet for 1994-evalueringen. Statskonsult, rapport 2004:4

i) sjekkes ut i forhold til hva som er normalt og hva som er ”tidens krav”. Brukerundersøkelser av en enkelt virksomhet som gjentas senere vil gi interessant informasjon om endringer i de subjektive oppfatningene.

NPE har foretatt tre kundetilfredshetsundersøkelser (pasienttilfredshetsundersøkelser – PTU), én i 1996, én i 1999 og én i 2003. Disse er gjort blant et stort utvalg av personer som har hatt kontakt med NPE.

Videre er det av et eksternt konsulentfirma gjennomført en omdømmeanalyse som baserer seg på intervjuer med personer i ulike deler av NPEs omgivelser og en medieanalyse³⁵. Statskonsult har basert seg på dette materialet og på egne intervjudata.

10.2 Service i NPE

10.2.1 Undersøkelser og intervjudata

Av spørsmålene i pasienttilfredshetsundersøkelsen vil vi særlig ta utgangspunkt i spørsmålene om ”tonen pasienten blir møtt med ved kontakt med NPE”, ”saksbehandlers tilgjengelighet” og om ”tilliten til saksbehandler”. På disse tre spørsmålene svarer i 1999 henholdsvis 79 prosent, 73 prosent og 65 prosent at de er enten meget fornøyd, ganske fornøyd eller verken fornøyd eller misfornøyd. På alle tre er det forbedringer å spore siden 1996. I 2003 er svarene noe mer positive enn i 1999 med hensyn til tonen man blir møtt med, mens svarene er blitt noe mer negative med hensyn til tilliten til saksbehandler (spørsmålet om tilgjengelighet ser ikke ut til å være stilt i 2003).

I omdømmeanalysen vil vi særlig trekke frem spørsmålet om ”stil og tilnærming”. Representanter for pasientinteressene sier her at NPE er ”fjern og lukket, men i bedring”, ”veldig firkantet”, ”lite empatiske” og ”telefontjenesten blitt klart bedre”.

Statskonsults egen intervjudata viser følgende om servicenivået i NPE:

- Det er informasjonen (og saksbehandlingstiden) som er hovedproblemet, ikke service i snever forstand. Dårlig informasjon gjør at mange har gale forventninger.
- I NPEs første tid var kulturen var preget av at de trodde det gikk an å være ”objektiv”. Det var en ovenfra-og-nedad holdning til pasienter, både fra enkelte saksbehandlere og rådgivende leger. Dertil kom at saksbehandlerne ikke hadde greie på medisin og de vurderte ikke om det krevdes mer for å sikre at saken ble tilstrekkelig opplyst.

Dette reiser spørsmålet om det er de samme problemene og løsningene som eksisterer over tid, og hvorfor. Dette vil ev kunne belyses i fase/delutredning II.

³⁵ Argument. Omdømme- og mulighetsanalyse, mai 2003

-
- Pasientombudene og interesseorganisasjonene på feltet uttrykker seg positivt om måten de selv blir møtt på av NPE: Saksbehandlerne beskrives som korrekte, imøtekomende, saklige, profesjonelle og lignende.
 - Mange pasienter synes det er lettere å kontakte ombudene enn NPE
 - Mange pasienter etterlyser muligheten til å kunne presentere sin sak direkte/muntlig.
 - Noen informanter mener at måten NPE argumenterer på oppfattes som "forikrings-selskapsaktig". Pasienter opplever å bli mistenkeliggjort. NPE sies å bruke "utmattelsestaktikk" og oppleves som "gjerrige".
 - Noen pasientombud forteller at pasienter har opplevd saksbehandlere som "arrogante", "ufine" og lignende.
 - Ved melding til NPE med kritikk av saksbehandlere som fungerer dårlig overfor pasientene har vedkommende pasientombud inntrykk av at ledelsen forsøker å rydde opp i egne rekker.

Det er ikke foretatt benchmarking eller andre kvalitetsmålinger som sier noe om hvordan NPE oppfattes sammenliknet med andre virksomheter.

10.2.2 Telefontjenesten

Servicen på telefon fungerte dårlig da NPE var en del av KLP (Kommunal Landspensjonskasse). I forbindelse med at NPE ble skilt ut fra KLP og flyttet inn i nye lokaler, gikk de over til et annet sentralbord. De gjennomførte en oppgradering av programvaren til telefonsystemet med blant annet direkte telefon til alle saksbehandlerne (direktenummer oppgis alltid i utgående korrespondanse). Det gis automatisk svar ved kø, ved opptatt og ved nattstilling. NPE har ikke foretatt trafikkmålinger (som kunne vist hvor mange som har stått i kø, og hvor lenge), men dette er teknisk mulig etter oppgraderingen. NPE vurderer om de skal ta i bruk talepost.

NPEs interne "service-plakat" sier at telefonen skal besvares innen tre "ring". Det er imidlertid ikke foretatt målinger i den senere tid som viser den faktiske situasjonen med hensyn dette eller med hensyn til telefontrafikken, eventuelle telefonkøer osv.

Telefonhenvendelse fra NPE til pasienten forekommer ikke ofte. I de tilfellene det skjer, legges informasjon om samtalens innhold i et notat på saken (dette skjer også når pasienten ringer NPE). Både NPE og Nemnda har en intensjon om i større grad å ta kontakt på telefon med pasienten, blant annet for å fange opp opplysninger som ikke alltid er så lett å få i den skriftlige kommunikasjonen. NPE vil i sin nye serviceerklæring legge opp til én telefonsamtale i ansvarsfasen og én i utmålingsfasen. Nemndas sekretariat antyder at en mulig forbedring der kan være å ringe pasienten minst én gang under klagebehandling.

10.2.3 Bruk av e-post

På hjemmesiden til NPE er det mulig å kontakte institusjonen (npepost.@npe). En kontoransatt fordeler den posten som kommer inn på denne måten. Utover dette er det ikke lagt opp til direkte kommunikasjon mellom pasient og saksbehandler via e-post.

10.2.4 Organisasjonsutvikling, kvalitetsarbeid mv.

NPE har mottatt resultatene fra sin pasienttilfredshetundersøkelse for 2003. Sammen med Arguments omdømmeanalyse vil denne analysen være med å danne grunnlag for NPEs strategiarbeid, som i stor grad berører servicen overfor pasientene. Sentrale punkter som blir nevnt overfor Statskonsult er:

- å få endret NPEs omdømme mer i retning av empati og åpenhet
- å styrke kommunikasjonen med eksterne grupper, få saksbehandlerne ”ut av stolen” – noe som også helsevesenet etterlyser
- å sette pasientene mer i fokus
- å bistå pasienten bedre – særlig i utmålingsfasen for å avdekke relevante erstatningsposter
- å avklare rollen som utviklingsaktør med departementet (dette er ikke en prioritert oppgave p.t.)

I tillegg har NPE allerede igangsatt to prosjekter. Det ene er utarbeidelse av visjon for NPE. Det andre er Pasienten i fokus (PIF). Dette prosjektet har blant annet som siktemål å øke personlig/direkte kontakt mellom saksbehandlerne og pasientene. Særlig aktuelt er det å øke hyppigheten av personlige møter med pasienten på bosted under utmåling av større saker. PIF har vært organisert med ett hovedprosjekt og fire underprosjekter:

- Saksgang
- Organisering av saksbehandlingen
- Kommunikasjon med pasienten
- Serviceerklæring

Prosjektrapporten av desember 2003 (64 sider + vedlegg) beskriver en rekke problemstillinger, aktuelle tiltak og en pro et contra-vurdering av de aktuelle tiltakene. PIF-rapporten skal behandles i ledelsen og i styret, og det tas sikte på gjennomføring fra mars 2004.

Andre tiltak i NPE er medarbeiderundersøkelse (360 graders lederevaluering) og virksomhetsplanarbeidet. NPE opplyser at de generelt bruker mye ressurser på faglig vedlikehold og utvikling av medarbeiderne, og ligger over nivået i forsikringssselskapene i så måte.

10.3 Organisasjonsutvikling i Nemndas sekretariat

Nemnda har en flat organisasjonsstruktur, men mye er fortsatt i støpeskjeen. Det vil bli tilsatt flere medarbeidere, og dermed aktualiseres et mellomledersjikt. Videre kan det bli nødvendig med spesialisering av den enkelte medarbeiders oppgaver.

Nemndas sekretariat har avholdt OU-seminar om arbeidsmiljøloven, hvilke regler som gjelder for statlig ansatte m.v.

Statskonsult har ikke innhentet synspunkter på Nemndas sekretariat i særlig omfang. De få som har uttalt seg mener at det i større grad er en reell nybehandling nå som sekretariatet er skilt ut fra NPE. Endringene i pasientskadeloven per 1. januar 2004 innebærer blant annet at søksmål skal rettes mot Nemnda. Dette vil kunne innebære nye utfordringer for Nemndas sekretariat.

10.4 Statskonsults vurdering

De tiltakene som iverksettes nå har en del til felles med de tiltakene som ble iverksatt etter 1994-evalueringen (omtalt i brev fra NPE til departementet 25. januar 2000). I den grad dette er tilfellet, viser det:

- at det er nødvendig med et kontinuerlig arbeid med visse tiltak, og/eller
- at NPE har gått i gamle spor og iverksatt tiltak som ikke har virket godt nok, og/eller
- at problemene skyldes utenforliggende årsaker

Statskonsult mener:

- at servicen fra 1996 til i dag har blitt bedre
- at opplevelse av dårlig service har ofte sitt grunnlag i feilaktige forventninger til utfallet av saken og feilaktig syn på NPEs rolle
- at ledelsen i NPE forholder seg til serviceproblemstillinger på en adekvat måte
- at NPE, sammen med andre aktører innenfor pasientskedefeltet, har store informasjonsutfordringer, men at servicen trolig primært kan bli bedre gjennom å løse disse utfordringene
- at det er et behov for mer direkte kontakt mellom pasienten på den ene siden og saksbehandler, rådgivende lege, medisinsk sakkyndig og Nemnda på den andre siden. Spissformulert kan en si at det er papirene og ikke nødvendigvis pasienten som har stått i fokus. E-post bør vurderes brukt i større grad

11 Informasjons- og kommunikasjonsarbeidet

11.1 Innledning

NPE står overfor store kommunikasjonsutfordringer. Undersøkelser og tilbakemeldinger til NPE viser at pasientskadeordningen er generelt for dårlig kjent, at forventningene til ordningen ofte er urealistiske, at informasjonen som gis under saksbehandlingen i NPE ikke er god nok, og at de som er nærmest til å informere pasientene om mulighetene til å søke erstatning kjenner regelverket for dårlig.

Staten har et ansvar for å gjøre lover og regler kjent og sikre at den enkelte innbygger får informasjon om sine rettigheter, plikter og muligheter, se nedenfor om statens informasjonspolitikk. Spesielt gjelder det overfor de grupper som har vanskeligst med å nå fram til det offentlige. NPE har tatt konsekvensen av utfordringene og satt fokus på kommunikasjons- og informasjonsarbeidet. I hvilken grad NPE klarer å håndtere kommunikasjonsarbeidet på en profesjonell måte i tiden framover vil avgjøre om de lykkes med å nå fram slik at reglene kan virke etter sin hensikt.

Hva er spesielt med ordningen i forhold til informasjon?

- Ordningen er komplisert, og kan stride mot folks oppfatninger av hva som er rimelig og rettferdig.
- Vi er alle potensielle brukere av ordningen, målgruppen for regelverket er i virkeligheten alle.
- Pasientgruppene representerer alle avskygninger, og pasientene befinner seg i ulike livssituasjoner og har ulike forutsetninger for å tilegne seg informasjon om ordningen.
- Når situasjonen inntreffer som gjør det aktuelt å søke erstatning, så er pasienten i en sårbar situasjon hvor hun kan ha vanskelig for å tilegne seg informasjon og bli handlingsdyktig. I tillegg kan pasienten oppleve en lojalitet til behandlingsstedet og en autoritetsfrykt overfor behandleren som hemmer oppfølging.
- Helsepersonell ser ikke nødvendigvis fordeler av å vise til ordningen. De kan ha utviklet motforestillinger til den, se på NPE som trussel, og frykte konsekvensene. Av bekvemhensyn kan de velge å overse den.
- Helsepersonell kan på den annen side også skyve pasienten foran seg og oppfordre til å søke erstatning for å slippe unna, noen ganger ved å skape for store forventninger til ordningen.
- Ordningen stiller krav til faglig korrekthet i informasjonen som gis. Samtidig, for å nå fram, må man være tydelig, klar og kunne forenkle.
- Ordningen produserer mange saker med negativt utfall for de som søker. Avslagssakene kan innholde en type dramaturgi som er godt egnet for medieoppslag. Disse medieoppslagene bidrar over tid til å gi et negativt

-
- bilde av ordningen og at det ikke nytter å søke. Det er derimot langt vanskeligere å nå bredt ut i mediene med det positive budskapet om ordningen
- Saksbehandlingen er omstendelig og går over en lengre tidsperiode. Med mindre informasjonen gis repeterende og i de ulike ledd av saksbehandlingen er det lett for pasientene å føle seg glemt og oversett.

11.2 Rammer for statlig informasjonsarbeid

Den statlige informasjonspolitikken³⁶ er hovedgrunnlaget for Statskonsults kommunikasjonsrådgivning. Informasjonspolitikken, som består av mål, prinsipper og normer for gjennomføring av statlig informasjonsvirksomhet, ble vedtatt av regjeringen i 1993 og revidert i 2001.

11.2.1 Den statlige informasjonspolitikken

Den statlige informasjonspolitikken legger grunnlaget for informasjons- og kommunikasjonsvirksomheten i statlig forvaltning. Informasjonspolitikken inneholder tre mål og fem prinsipper.

Målene for informasjonspolitikken er at befolkning, næringsliv og organisasjoner skal:

- ha lik og alminnelig tilgang til å delta aktivt i den demokratiske prosessen
- få informasjon om sine rettigheter, plikter og muligheter
- ha reell tilgang til informasjon om det offentlige aktiviteter

Prinsippene

- **Kommunikasjonsprinsippet:**
Reell kommunikasjon med målgruppene skal være toveis. Det betyr at NPE bør kjenne sine ulike målgrupper godt, ta rede på deres ulike informasjonsbehov, ønsker og forutsetninger og ha et system for dialog med de viktigste gruppene. Gjennomføre brukerundersøkelser ved behov.
- **Prinsippet om aktiv informasjon:**
Informasjon om lover, regler og plikter skal prioriteres og planlegges aktivt ut fra ulike målgruppers situasjon og behov. Innebærer at NPE skal være proaktiv og i forkant med sin informasjon.
- **Helhetsprinsippet:**
Dette innebærer at informasjon fra NPE i størst mulig grad skal samordnes med informasjon fra andre virksomheter, for eksempel samarbeidsparter slik at den blir helhetlig sett fra mottakerens ståsted. Helhetsprinsippet innebærer også at informasjonen skal samordnes internt i virksomheten på tvers av avdelinger og seksjoner.

³⁶ Arbeids- og administrasjonsdepartementet: *Informasjonspolitikk for statsforvaltningen. Mål, prinsipper og konsekvenser*. Revidert utgave 2001
Statskonsult, rapport 2004:4

-
- **Linjeprinsippet:**
Dette betyr at alle som arbeider i NPE har et informasjonsansvar og må forventes å ha tilstrekkelig informasjon i forhold til sin rolle i saken
 - **Prinsippet om informasjon som lederansvar:**
Dette innebærer at det overordnede informasjonsansvaret ligger hos ledelsen til enhver tid. For ledelsen i NPE betyr dette blant annet å sørge for at informasjon blir brukt som et styringsverktøy, at det avsettes tilstrekkelig ressurser og informasjonfaglig kompetanse og at informasjonsarbeidet er organisert på en adekvat måte.

11.3 Hva sier undersøkelsene?

NPE har tatt initiativ til flere undersøkelser rettet mot grupper i sin omverden og hvor tema informasjon og kommunikasjon er blitt behandlet. Vi skal kort gjengi hovedpunktene fra undersøkelsene nedenfor, og da bare det som angår informasjon og med vekt på det som fungerer mindre bra. I tillegg har Statskonsult foretatt egne undersøkelser, en mot pasientombudene og en overfor ledelsen i NPE, for å innhente deres kunnskap og synspunkter på kommunikasjonsutfordringene og planer for oppfølging. Til hver av undersøkelsene knytter vi kommentarer og forslag til forbedringer før vi foretar den helhetlige analysen.

11.3.1 Pasienttilfredshetsundersøkelsene

Pasienttilfredshetsundersøkelser er gjennomført av NPE i tre omganger, i 1996, 1999 og i 2003, og retter seg mot pasienter som har fått sine saker ferdigbehandlet. Formålet med undersøkelsene var å få vite hva pasientene mener om NPE og å kunne følge med på om de tiltak NPE har iverksatt har hatt ønsket effekt.

NPE skriver i sammendraget til rapporten fra 2003 at det har vært en positiv utvikling på flere områder. Det nevnes spesielt tonen pasientene blir møtt med, brevenes forståelighet, informasjon under saksbehandlingen, og veiledningen i forbindelse med erstatningsutmålingen.

Derimot avdekker undersøkelsene at det fortsatt er 29 prosent av respondentene som er litt/meget misfornøyd med informasjonen underveis i saksbehandlingen, og 31 prosent som er litt/meget misfornøyd med saksbehandlingsrutiner og videre framdrift i saken. Når det gjelder service (grad NPE var engasjert i å hjelpe) er tallet på misfornøyd 35 prosent.

Kommentarer fra Statskonsult

Undersøkelsen avdekker at NPE har et stort forbedringspotensial for å bedre informasjon under saksbehandlingen. Ovenfor har vi bare gjengitt noen av resultatene. Disse undersøkelsene inneholder mye viktig informasjon som er sentrale for det videre forbedringsarbeidet i NPE. Med fare for å utvide Statskonsult, rapport 2004:4

undersøkelsen, mener vi den med fordel bør kunne bygges ut med flere spørsmål om pasientenes kunnskaper og holdninger. Undersøkelsene kan også følges opp med fokusgrupper, dermed kan man komme mer i dybden på problemstillingene.

Vi stiller spørsmål ved om det er metodisk riktig at NPE selv gjennomfører undersøkelsene og tolker resultatene. Det kan ubevisst bli en føring på tolkningen som svekker selve undersøkelsen.

11.3.2 Spørreundersøkelsen i pasientombudene

Spørreundersøkelsen i pasientombudene er omtalt i kapittel 6 og ble gjennomført av Statskonsult. Her vil vi bare kort nevne funnene knyttet til informasjons- og kommunikasjonstemaene. Konklusjon på undersøkelsen kan kort oppsummeres slik:

- Flere av NPEs standardbrev har vært i stadig bedring de senere år, men det pekes på at språkbruken, både den medisinske og juridiske, til tider kan være vanskelig.
- Et flertall av respondentene mener at sykehuspersonell ikke har nok kunnskap om loven, om pasientskadeerstatningsordningen og om vilkårene for å få erstatning. Flere av pasientombudene peker på at behandlingsstedet ofte gir falske forhåpninger om erstatning i saker der det ikke er grunnlag for det.
- NPEs brosjyrer er i varierende grad tilgjengelig på sykehusene.

Kommentarer fra Statskonsult

Pasientombudene har nærkontakt med mange pasienter og får over tid god kunnskap om deres informasjonsproblemer. Deres synspunkter bør derfor vektlegges. At de opplever standardbrevene noe vanskelig språkmessig understreker behovet for å forbedre disse ytterligere. Ombudene peker også på et annet viktig problem, kunnskapsmangelen på behandlingsstedet i forhold til loven og ordningen. De opplever at det gis feilaktige forventninger til pasientene. Bare gjennom å gi behandlerne motiverende og gode opplæringstiltak over tid, og som repeteres, kan man bøte på dette problemet.

11.3.3 Omdømme- og mulighetsanalysen

Som ledd i at NPE ble etablert som en permanent ordning og fordi virksomheten hadde vært utsatt for ekstern kritikk, gjennomførte Argument på oppdrag fra NPE en omdømme og mulighetsanalyse tidlig i 2003. Den ene delen av undersøkelsen rettet seg mot mediene, og den andre mot nøkkelpersoner i NPEs omgivelser. De viktigste hovedpunktene på informasjonsområdet var følgende:

Medieundersøkelsen

-
- Mediene har sterkt fokus på enkeltsakene, og 50 prosent av disse sakene er negative og handler om kritikk av NPE. Kritikken er følelsesladet
 - Temaer som er fraværende i mediernes dekning er de positive sidene av ordningen, fornøyde pasienter og leger, NPE som dagsordensetter.

Intervjuer med nøkkelpersoner

- NPEs legitimitet er svekket som resultat av mediestormen
- Ordningen er for lite kjent
- NPEs pasientfokus er ikke godt nok
- NPE har store svakheter med hensyn til informasjon og kommunikasjon (søknadsskjema/personlig kommunikasjon/informasjonsvirksomhet overfor helsepersonell).

Kommentarer fra Statskonsult

Omdømmeanalysen avdekker utfordringer som delvis er sammenfallende med funnene fra de to andre undersøkelsene vi har nevnt ovenfor. Det pekes på manglende kunnskap om ordningen hos viktige målgrupper, informasjonsarbeidet er for svakt i NPE, og pasientene er for lite i fokus. At undersøkelsen viser at NPE har problemer med å nå ut med "sin versjon" i mediene, med de positive sidene av ordningen, henger sammen med disse forholdene. NPE har informasjonsutfordringer på flere områder, og dersom omdømmet ønskes styrket og regelverket skal virke etter sin hensikt, må NPE arbeide for å bli tydeligere utad og spesielt med å målrette informasjonsarbeidet bedre.

11.3.4 Oppsummering av samtalene med ledelsen i NPE

Statskonsult gjennomførte enkeltvis samtaler med direktør, assisterende direktør og informasjonssjef. I tillegg ble det gjennomført en gruppesamtale med fire seksjonsledere. Alle samtalene ble gjennomført i desember 2003. En intervjuguide med noen hovedtemaer fungerte som rettesnor for samtalene. Vi omtaler funnene som ledelsens syn når det er sammenfall i blant toppledelse og seksjonsledelse, ellers så skiller vi mellom toppledergruppen (direktør, assisterende direktør og informasjonssjef) og seksjonsledergruppen når disse har ulikt syn eller vektlegger temaene annerledes.

11.3.4.1 Informasjon og kommunikasjon generelt i NPE

Vi startet med å be intervjuobjektene å komme med sine generelle betraktninger om hvordan de synes NPE informerer og kommuniserer på sitt område generelt. Synspunktene som kom fram var ganske like, selv om det ble brukt forskjellige ord og uttrykk. Informasjonen fra NPE ble beskrevet blant annet som tettpakket, grundig, saklig, vanskelig, utydelig. Det pekes på at man har et klart forbedringspotensial med å nå ut til målgruppene, med å spisse budskapet bedre, finne formen og bli mer offensive. Seksjonslederen la spesielt vekt på den følelsesmessige situasjon man møter pasientene i, og hvilke krav det stiller til informasjonen fra NPE.

11.3.4.2 Hva mener omverden?

På spørsmålet om hva de tror omverden mener om NPEs måte å kommunisere på, svarte intervjuobjektene at de trodde at helsepersonell og pasientene ønsket mer informasjon enn de får i dag. Pasienter som har meldt en sak har stort behov for informasjon, særlig når saken strekker seg over lang tid. Det ble også trukket fram at pasientene nok kunne føle mistenksomhet overfor NPE, og at de så på NPE som noe kalde og følelsesløse. Et generelt problem som ble trukket fram av flere var at mange pasienter har urealistiske forventninger til erstatningsordningen, og føler ordningen ikke ivaretar deres behov.

11.3.4.3 Hovedutfordringer

Hovedutfordringene var det også stor grad av enighet om: Det var å informere bedre generelt utad, og spesielt i mot gruppene helsepersonell og pasienter, og da både de som er potensielle søkere og de pasientene som har en sak under behandling. Det ble pekt på som en hovedutfordring å bedre den interne informasjonen, utvikle organisasjonen eller ”myke opp organisasjonen” som en av intervjuobjektene sa det. Også håndtering av mediene ble nevnt av en av respondentene som et område man måtte utvikle seg på.

På spørsmålet om det var formulert egne resultatmål til ledelsen på området kommunikasjon var svaret nei. Det ble likevel presisert at man hadde oppmerksomhet på området, temaet ble tatt opp i medarbeidersamtaler, og behandlet i medarbeidertilfredshetsundersøkelsen. Informasjon og kommunikasjon var også tema i det pågående lederutviklingsarbeidet. Nytt måleinstrument overfor ledelse er tatt i bruk hvor også informasjon og kommunikasjon inngår der som et element.

11.3.4.4 Nærmere om forholdet til omgivelsene

Vi spurte nærmere om NPEs målgrupper og hva de tenkte om den fremtidige informasjonsinnsatsen overfor disse. Vi ønsket å vite hvilke målgrupper de så på som de viktigste og hvorfor.

Felles for alle intervjuobjektene var at de mente at *publikum generelt* ikke behøvde å vite mer enn at ordningen finnes, publikum er ikke en prioritert målgruppe i denne omgang. *Pasientene* derimot er den gruppen som NPE nå sier å ha stor oppmerksomhet mot. I samtalene ble det nevnt flere tiltak som er under planlegging, fra PIF prosjektet (Pasienten I Fokus), arbeidet med serviceerklæring og standardtekstene. Intervjuobjektene viste stor forståelse for hvor krevende informasjonsarbeidet blir, det skyldes både at selve ordningen er relativt komplisert å informere om og at pasientgruppene er så sammensatte. På spørsmål om NPE hadde tenkt spesielt på innvandregrupper kom det fram at det hadde de ikke. Psykiatriske pasientgrupper ble nevnt som viktige og som en spesiell utfordring, men de ville ikke bli prioritert i denne omgang.

Helseinstitusjonene nevnes også av intervjuobjektene som en prioritert målgruppe, her er kunnskapen svært varierende. Flere informasjonstiltak er på planleggingsstadiet, blant annet en informasjonskampanje i 2004 som innebærer cirka 40 informasjonsmøter i sykehus, og parallell satsing på medielantering, utvikling av informasjonsmateriell og egne Internettsider. Det synes som det var stor oppslutning om disse tiltakene blant intervjuobjektene. I tillegg ble det nevnt ønske om tettere samarbeid med Lægeforeningen i kurs av helsepersonell, å få etablert samarbeid med undervisningsinstitusjonene om opplæring osv.

Medienes rolle er viktig, og mediene utfordrer NPE med sitt fokus på de negative sakene, det sa alle lederne. Et par nevnte at det var en hovedutfordring å kunne håndtere kritikken fra mediene. Det er ikke lett å hindre de negative sakene å komme i mediene, samtidig som alle erkjenner vanskeligheten med å få formidlet ”godsakene” ut til pressen, det har de prøvd. Også på dette området fikk vi inntrykk av at ledelsen hadde tenkt gjennom flere tiltak for å bedre situasjon, blant annet ved å få fram mønstersaker, invitere til presse- og frokostseminarer, og være mer aktive med egne utspill med bakgrunn i ferdigbehandlede saker.

Det vises generelt stor tillit til informasjonsfunksjonen og dens rolle for å styrke den interne mediehåndteringen. Seksjonslederne nevnte også at dersom NPE reduserte saksbehandlingstiden og gjorde jobben bedre, så ville det bidra til færre kritiske medieoppslag. Fagpresse som kanal ble også nevnt som en viktig kanal.

Andre viktige målgrupper (spiller rollen som videreformidlere av informasjon, se kommunikasjonskartet) som ble nevnt i samtalen var *advokatene*, men denne gruppen utgjorde i liten grad informasjonsutfordringer for NPE. Kontakten hadde riktignok vært bedre før, og den kunne nok bedres. Et par av lederne nevnte at det planlegges kurs og andre informasjonstiltak overfor denne gruppen. *Pasientombudene* ble også nevnt som en viktig målgruppe, men utgjorde ingen store informasjonsutfordringer de heller. Det var fordi kontakten opplevdes god og nær, blant annet gjennom de årlige samlingene som NPE har med dem, og opplæringstiltakene som holdes spesielt overfor nyansatte i ombudene. Denne kontaktformen skal videreføres, og i tillegg ble det nevnt planene for å lage skreddersydde informasjonspakker til ombudene. Noen av respondentene kom også inn på *pasientorganisasjonene* som viktige målgruppe, det var noe samarbeid med flere av disse, men likevel ingen stor satsing overfor denne gruppen. Det ble pekt på Rådet og dets sammensetning, hvor flere av medlemmene representerer ulike brukerinteressentgrupper, og således spiller en viktig rolle gjennom å gi innspill og tilbakemeldinger til måten NPE fungerer på.

Overfor seksjonslederne kom vi inn på forholdet til *Nemnda* og hvilke informasjonsutfordringer de så mellom partene. Det ble sagt at nå som Nemnda har overtatt søksmålene var det viktig å få fram skillet mellom institusjonene. Dessuten antok man at Nemnda ville overta noe av mediepresset, men at de to instansene har en felles interesse av å lykkes.

På spørsmål til toppledelsen om hvordan kommunikasjonen var mellom NPE og *overordnet departement* som er rammesetter for NPEs arbeid, fikk vi inntrykk at det var relativt lite kommunikasjon og dialog mellom partene, og det ble sagt at departementene viste lite synlig interesse for NPEs arbeide. Det ble delvis forklart med NPEs spesielle virksomhet som skiller seg litt ut fra de vanlige forvaltningsoppgavene.

I samtalene kom vi også inn på de *informasjonsproduktene* NPE har utviklet og om det var spesielle ønsker i forhold til dem. Seksjonslederne sa seg fornøyde med de produktene som var, brosjyrene var nylig blitt modernisert og Internett var også forbedret. Sistnevnte kanal mente de nok kunne forbedres ytterligere. Det var ikke utviklet spesielle informasjonsmateriell for innvandrergupper, men regelverket finnes på engelsk. Standardbrevene blir nærmere drøftet i neste underkapittel.

11.3.4.5 Det interne informasjonsarbeidet

Vi spurte blant annet om hvordan man arbeidet med kommunikasjon og informasjon internt i NPE, forholdet mellom informasjonsfunksjonen og ledelsen, interne utfordringer og den interne kompetansen på informasjonsområdet.

11.3.4.6 Informasjonsarbeidet i seksjonene

Seksjonsledergruppen understreket at de var opptatt av informasjon og hadde tema informasjon og kommunikasjon jevnlig oppe i seksjonen. Det er spesielt fokus på informasjon i forhold til sakene, og da med vekt på skriftlig og muntlig informasjon i forhold til pasientene. Det kom fram at man var spesielt opptatt av den skriftlige informasjonen, den var kontinuerlig til bearbeiding og forbedring. Man prøver å fange opp tilbakemeldingene fra pasientene når man forbedret standardbrevene, og legge vekt på å begrense ”stammespråket”. Seksjonslederne uttrykte at de var fornøyd med utviklingen av formen på brevene, de var blitt mye mindre formelle enn tidligere. Det skyldtes at man nå tenker mer på pasientene når man skriver.

Det ble vist til driftsmøtene (holdes hver 14. dag og er et forum hvor assisterende direktør og seksjonsledere møtes) som en arena hvor også informasjon kunne være et tema. Seksjonslederne mente at seksjonene har tilstrekkelig god informasjonskompetanse til det daglige arbeidet, men at det i 2004 ville bli satset på ytterligere dyktiggjøringstiltak på området. På spørsmålet om hvilke utfordringer seksjonene hadde på informasjonsområdet, så ble det svart at alle seksjonene hadde de samme utfordringene, og det skyldtes at seksjonene jobber med de samme type saker. Utfordringene det ble vist til var spesielt i forhold til kommunikasjon i saksbehandlersituasjonen.

Toppledergruppen var enig i at det er god forståelse for betydning av kommunikasjon hos seksjonssjefene, de har positive holdninger, men pekte på at det noen ganger kan skorte på gjennomføringen. Utfordringen var å få skapt en forståelse i hele NPE, få opp engasjementet og de rette holdningene. Det var særlig dette med usikkerhet over å føre dialog med pasientene som kunne være

en utfordring for mange saksbehandlere. For å få til ønskede resultater var toppledelsen innforstått med at de i større grad måtte spille en aktiv støttende rolle. Det ble også sagt at det skorter fortsatt på informasjonsfaglig kompetanse i seksjonene, blant annet på medieområdet.

11.3.4.7 Informasjonsfunksjonen

Toppledergruppen er svært fornøyd med forholdet til informasjonsfunksjonen. Det kom tydelig fram at samarbeidet i toppledergruppen, som informasjons-sjefen er en del av, er preget av høy tillit og nærhet. Det er god arbeids- og rolledeling mellom partene, og respekten til informasjonsfaget syntes å være høy. Kommunikasjonsforståelsen synes å være høy i toppledergruppen, hvor de i det store og hele deler samme syn på informasjonsutfordringene og hvordan disse best skal imøtekommes.

I samtalen kom vi inn på bakgrunnen for opprettelsen av informasjonsleder-stillingen. Selve opprettelse av stillingen kom som et lenge følt savn hos direktøren, men så lenge pasientskadeloven var midlertidig var det ikke mulig for ham å ansette informasjonsleder. Det var først etter at loven ble permanent at NPE fikk sin første informasjonssjef (mai 2002) og selv om forventningene nok var høye til stillingen var det ikke noe som tydet på at disse ikke var blitt innfridd.

Størrelsen på informasjonsfunksjonen, som med ny medarbeider vil bestå av fire personer (hvorav to er statistikere som også arbeider med informasjonsoppgaver), synes toppledergruppen er passe, og det var enighet om at kompetansen var god, både i forhold til det strategiske og operative informasjonsarbeidet. Informasjonssjefen deltar i toppledermøtene sammen med IT-sjefen og administrasjonssjefen, men ikke i driftsmøtene med mindre hun inviterer seg selv inn. Informasjonssjefen så ikke på det som et problem at hun ikke var fast medlem i driftsmøtene, men så fordeler med å være fast til stede.

Seksjonslederne kom inn på at informasjonsfunksjonen var ny og at de nå var inne i en læringsprosess, hvor ting må gå seg til. De nevnte at det nok hadde vært tider da det var litt uavklart hvem som gjorde hva av informasjonsoppgaver, seksjonene eller informasjonsfunksjonen, og at det kunne være situasjoner der fagsiden var bekymret for om det faglige innholdet ble godt nok ivarettatt blant annet, i medieutspillene. De mente at ting var blitt bedre og at de nå var godt involvert i ulike prosesser og nevnte arbeidet med kommunikasjonsstrategien. De så også fram til den nye medarbeideren i informasjonsfunksjonen som spesielt skulle bidra til mer og bedre kontakt med seksjonene. Seksjonslederne uttrykte for øvrig ønske om å bli bedre kjent med hvordan informasjonsfunksjonen arbeider.

11.3.4.8 Intern informasjon i NPE

Seksjonslederne understreket at intern informasjon er noe som man snakker om i seksjonene. NPE har vokst de senere årene, og det er større avstand mellom toppledelse og medarbeidere nå enn før. Informasjonen i dag flyter fra toppledelse til seksjonsledelse og videre derfra til medarbeiderne. Før gikk det direkte fra toppleder til medarbeidere. At informasjon nå har lenger vei har skapt noe misnøye internt, og seksjonslederne påpekte faren for at informasjon som går gjennom mange ledd blir endret på veien og blir feil. De pekte også på at det kunne være et problem med for lite kontakt på tvers, ettersom horisontal

kontakt var viktig for å sikre ensartet praksis. Det ble nevnt flere tiltak som ville bedre disse forholdene som å få nytt intranett på plass, og holde fagmøter på tvers av seksjonsgrensene.

Det ble også vist til medarbeidertilfredshetsundersøkelsen som avdekket at en del medarbeidere ikke var så veldig fornøyde med den interne informasjonen. Det var spesielt to forhold som seksjonslederne trakk fram i undersøkelsen:

- Medarbeidere var lite fornøyde med generell organisasjonsinformasjon, med vekt på det som behandles i ledelsen og berører dem.
- Medarbeidere savnet nærhet til toppledelsen .

På direkte spørsmål om de var enige i at toppledelsen var lite synlige internt, svarte seksjonslederne at de nok mente at toppledelsen kunne vært mer synlige enn de var i dag, men understreket at det var gjennomført tiltak allerede som har rettet på dette i noen grad.

Toppledelsen understreket viktigheten av god intern kommunikasjon og viste også til den samme internundersøkelsen. De mener de står for åpenhet og har lagt vekt på god intern kommunikasjon. De er kjent med misnøyen om at de oppleves litt lite synlige og forsøker nå å være mer tilgjengelige i den graden tiden tillater det. Spesielt direktøren opplever at det kunne bli vanskelig innfri medarbeidernes forventninger om tilgjengelighet.

Toppledelsen var også enig i at allmøtene burde holdes oftere, og de var ikke fornøyde med formen på dem. Det ble også vist til planer for et nytt åpent forum hvor topplerer møter medarbeidere. Intranett er også en kanal som topplergruppen har store forventninger til, slik at sentral informasjon blir lettere tilgjengelig for alle medarbeidere. Den nye informasjonsmedarbeideren skal også ha intern kommunikasjon som en hovedoppgave.

11.3.4.9 Arbeidet med kommunikasjonsstrategien

Arbeidet med Kommunikasjonsstrategien er i slutfasen og skal om kort tid styrebehandles. Seksjonslederne og øvrig ledelse var alle fornøyde med måten prosessen hadde vært lagt opp på og involveringsgrad, og de har ikke ønsket å spille en større rolle. Det kom også fram at det hittil var gjort lite for å få strategien implementert, men toppledelsen var klare på at strategien skal bli kjent hos alle medarbeiderne.

11.3.4.10 Kommentarer fra Statskonsult:

Samtalene gir oss inntrykk av en engasjert ledelse som tar informasjonsutfordringene på alvor. Toppledelse og seksjonsledelse deler i hovedsak syn på hvilke kommunikasjonsutfordringer NPE står overfor, hvilke målgrupper som bør prioriteres i informasjonsarbeidet og hvilke tiltak som bør settes i gang fremover for å løse utfordringene. Informasjonsbevisstheten hos ledelsen synes å være sterk, de har tro på verdien av god og målrettet informasjon, men at det vil ta noe tid å komme i mål. Intern informasjon er også et område som ledelsen

Statskonsult, rapport 2004:4

mener kan forbedres, og i hovedsak er også ledelsen enige i hvor problemet ligger og hva som skal til for å bli bedre. Statskonsult opplever dessuten at samarbeidet mellom infofunksjonen og ledelsen, særlig toppledelsen, er godt og nært og at informasjon blir sett på som et fag, noe som er viktige forutsetninger for å lykkes med kommunikasjon.

11.4 Utkast til kommunikasjonsstrategi

Strategien er en revidert strategi i forhold til den fra september 2002. Dokumentet har med de elementer vi mener en strategi bør ha med, og tar tak i de utfordringer som er kommet fram gjennom NPEs egne undersøkelser og erfaringer, og evalueringen fra Statskonsult høsten 2003. Den er svært ambisiøs, og viser stor tro på hva man kan utrette med god informasjon.

Vår innvending til utkastet er at vi synes troen på informasjonsvirkemidlet er noe for høyt. Noen av målene i den foreløpige versjonen er svært ambisiøst formulert og vi mener NPE i den endelige utgaven bør sette mer realistiske størrelser på de kvantifiserbare målene. Dessuten bør det vises forsiktighet med å sette kvantifiserbare mål på områder hvor man ikke tar utgangspunkt i erfaringstall fra undersøkelser som er gjennomført relativt nylig.

11.5 Analyse

Med bakgrunn i de undersøkelsene, samtalene og dokumentene som er studert og omtalt ovenfor så har Statskonsult en rimelig god oversikt over informasjonsutfordringene til NPE. Datagrunnlaget vi har hentet inn er med andre ord tilfredsstillende for å kunne gjøre en analyse, selv om det er enkelte undersøkelser vi gjerne kunne hadde ønsket oss som supplement, se nedenfor under målgrupper. Vi skulle gjerne visst mer om hvor problemene ligger i helseinstitusjonene, og hatt mer kunnskap om pasientene og deres informasjonsbehov.

Vi mener også at ledelsen i NPE synes å ha planlagt mange gode informasjonstiltak framover som vil bidra til å styrke NPEs omdømme og sette pasientene mer i fokus. Sammen med evalueringstiltakene og kommunikasjonsstrategien som førende for arbeidet, burde NPE være godt rustet til å håndtere informasjonsoppgavene målrettet og profesjonelt.

11.5.1 Ledelsen har sammenfallende forståelse

Fra samtalene med ledelsen i NPE har vi fått et klart inntrykk av at de har en felles forståelse for hvilke informasjonsmessige utfordringer NPE står overfor og hvilke informasjonstiltak som må prioriteres framover. Vi mener også at den forståelsen ledelsen har i stor grad samsvarer med de funnene ekstern undersøkelsene avdekker og at de har tatt signalene fra omverden på alvor. Ledelsen har foretatt et valg i forhold til de målgruppene som de vil prioritere med mer

og bedre informasjon framover, i første rekke gjelder det kommunikasjon i forhold til helseinstitusjoner og pasienter, og informasjon knyttet til saksbehandlingssituasjonen.

Samtidig er ledelsen klar over at viktige grupper i denne omgang må prioriteres ned. Det gjelder i første rekke psykiatriske pasientgrupper som synes å være en gruppe hvor informasjonsutfordringene er spesielt store og krevende. Vi tror ikke at NPE bør vente for lenge med å ta tak i denne oppgaven. En annen gruppe som det etter vår mening er gitt for lite oppmerksomhet til er innvandrere. De synes å ha blitt noe glemte, og her kan underforbruket være mye større enn man har antatt. Dette vil også kunne bli et område som mediene kan komme til å interessere seg for og derfor bør også informasjon overfor denne målgruppen styrkes etter hvert.

11.5.2 Ledelse og informasjonsfunksjon spiller på lag

Fra samtalen fikk vi bestemt inntrykk av at samarbeidet om informasjon i toppledelsen, som informasjonssjefen er en del av, er preget av høy tillit og nærhet. Det er enighet om utfordringene og om de nødvendige grepene for å løse disse. Erfaringer viser at dersom en virksomhet skal lykkes med å nå sine mål, må de kommunisere og håndtere informasjonsoppgavene på en profesjonell og strategisk måte. Visse forutsetninger må være til stede i virksomheten for at det skal skje, slik som at informasjonsfunksjonen og toppledelsen deler forventninger og bruker hverandre aktivt. Når det dannes en "tilbud/etter-spørsel-sløyfe" mellom informasjonsfunksjonen og ledelsen så er det tegn på at tillit og respekt er etablert og at samarbeidet fungerer godt. I tillegg sier erfaringene at det er viktig at virksomheten er preget av åpenhet og med god strategisk informasjonsfaglig kompetanse til stede. Gjennom våre samtaler med ledelsen har vi fått inntrykk av at NPE i stor grad har disse forutsetningene til stede hos seg. Dette er en verdi som NPE bør ta godt vare på framover, slik at fokuset på informasjon beholdes og at den informasjonsfaglige kompetansen utvikles videre.

11.5.3 Interninformasjon

Det har vært arbeidet en del med interninformasjon i NPE, men det er et stykke igjen før NPE har kommet helt i mål her. God intern informasjon er avgjørende for å lykkes med ekstern informasjon. Gjennom internundersøkelsen og samtalen med ledelsen har det kommet fram noen forbedringsområder, slik som det å bedre informasjonsflyten fra toppledelsen til medarbeidere, men også informasjonsflyten på tvers i NPE. Dette er viktige områder som ledelsen bør diskutere internt hvordan kan bedres.

Toppleidelsen er ikke fornøyd med formen på allmøtene, og vi tror ledelsen bør jobbe videre med å utvikle arenaen og også øke antall allmøter. Slik vil de bli mer synlige overfor sine medarbeidere også. Allmøtene kan være svært egnet til

å gjøre mål, satsinger og resultater tydelige. Også informasjonssjefen kan bruke allmøtene til å synliggjøre informasjonssatsingene og resultatene derifra.

Samtidig er det også viktig å bygge opp og styrke informasjonsrollen til alle seksjonslederne. Erfaringer fra mange av Statskonsults undersøkelser viser at det er fra nærmeste leder medarbeidere først og fremst ønsker å bli informert. Det forutsetter at lederne har god kunnskap, lett og rask tilgang til viktig strategisk informasjon og oppfattes av sine medarbeidere som nøkkelpersoner i forhold til viktig informasjon.

11.5.4 Mediearbeidet

Mediene har interessert seg for arbeidet i NPE og enkeltsakene har vært preget av negativitet og kritikk av NPE. Mediene har en viktig dagsordenfunksjon og stor innflytelse på det omdømme og den tillit som publikum har til en ordning og en virksomhet. Det er derfor riktig av NPE å satse på å bli bedre på dette området og være mer proaktive med å få sine presentasjoner ut. For å lykkes på dette området så må kunnskapen om hvordan mediene arbeider, hvordan stoffet bør tilrettelegges bygges opp hos ledelsen, samtidig som det må bygges opp langsiktige relasjoner med journalister. I den sammenheng kan det være nyttig å gjennomføre en undersøkelse overfor noen journalister, og trekke journalister inn som rådgivere i en periode for å komme nærmere denne gruppen. De tiltakene som NPE har planlagt på mediesiden synes også å være godt gjennomtenkte.

11.5.5 Søkelys på målgruppene

Målgruppetenkning er også sentralt for at NPE skal lykkes med sin kommunikasjon både utad og innad. NPE har gjort noen undersøkelser mot utvalgte målgrupper, og vårt inntrykk er at ledelsen har høy bevissthet i forhold til sin omverden. Flere viktige målgrupper er riktignok ikke undersøkt, men med en relativt ny informasjonsfunksjon i NPE er det viktig å ha en systematisk tilnærming til informasjonsoppgavene og ikke være for ambisiøse i å undersøke for mange grupper samtidig. På sikt vil vi anbefale at NPE også undersøker andre målgrupper mer systematisk, f.eks. grupper innenfor helsemiljøene, pasientgrupper, journalister og andre viderefornidlere. Videre vil vi anbefale omnibusundersøkelser mot publikum eller deler av publikum slik at man kan følge med på om kjennskapen til ordningen er stigende. I undersøkelsene bør det legges vekt på å kartlegge informasjonsbehov, kunnskapsnivå, holdninger, kanalpreferanser, tillit til avsender, for å nevne noe.

Bruk av kommunikasjonskartet

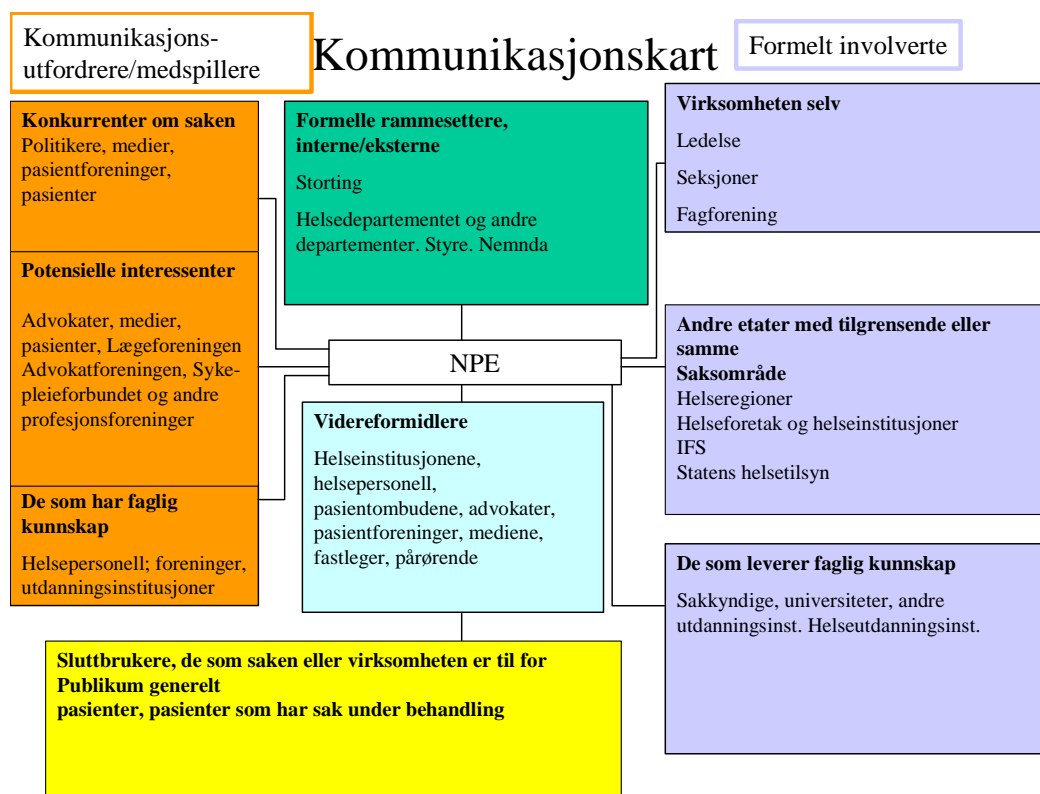
Et kommunikasjonskart er et verktøy for å strukturere en virksomhets omverden og som hjelper oss å bli mer bevisste på *hvem* vi skal kommunisere med og *hvordan*.

Kartet er ment å få oss til å tenke på at vi må kommunisere ulikt når vi forholder oss til en rammesetter og en sluttbruker. Se definisjon nedenfor. Når NPE kommuniserer med departementet, vil både form og innhold være annerledes, enn når NPE kommuniserer med pasientgrupper eller sakkyndige.

Dette verktøyet kan være til hjelp for NPE å systematisere sine målgrupper. Vi har i kommunikasjonskartet nedenfor tillatt oss å tegne inn de målgruppene som vi har oppfattet de viktigste for NPE, men tar forbehold om at vi kan ha glemt noen målgrupper, så ledelsen i NPE bør selv utfylle kartet. Når det er gjort, kan kartet brukes som utgangspunkt for å diskutere relasjonene man har til de forskjellige gruppene. Er relasjonen sterk og nær eller er den preget av mistro og avstand? Ut fra relasjonsanalysen kan man i neste omgang man sette kommunikasjonsmål for hver av gruppene, med utgangspunkt i den kunnskapen man har om målgruppen. Der kunnskapen er mangelfull bør man innhente mer informasjon for eksempel gjennom en brukerundersøkelse.

Kommunikasjonskartet er ikke statisk, men må revideres jevnlig. Man kan også bruke kommunikasjonskartet for en sak eller et område.

Figur 11.1 Kommunikasjonskart for NPE



Forklaringer til kartet

Formelle rammesettere er de som setter rammer for NPE, tildeler virkemidler og fastsetter mål. For NPE er det først og fremst Storting og regjering.

Formelt involverte kan være både NPE selv eller eksterne etater som NPE samarbeider med for å løse sine oppgaver, som for eksempel andre offentlige virksomheter. I gruppene av formelt involverte finner vi også aktørene som leverer faglig kunnskap på formelle oppdrag fra NPE, eksempelvis sakkyndige, utdannings- og forskningsinstitusjoner.

Videreformidlere kan være aktører NPE kan samarbeide med og benytte seg av for å nå fram på arenaer og til målgrupper som det kan være vanskelig å nå direkte fra NPE. Felles for aktørene i denne gruppen er at de vil bringe informasjonen videre i sin egen form. De opptrer ofte som opinionsdannere.

Sluttbrukerne er de grupper og individer som NPE og pasientskadeordningen er til for, og som har rettigheter, plikter og interesser i forhold til ordningen.

Kommunikasjonsutfordrere og medspillere er de organisasjoner, etater, enkeltpersoner eller andre aktører som vi ikke har formelle avtaler med eller bindinger til, men som gjerne opererer på de samme arenaene som oss. De kan ha ulike motiver og hensyn, som å fremme egne interesser, støtte eller argumentere i mot avhengig av hva saken gjelder. Mediene er eksempel på en slik aktør.

11.6 Anbefalinger

Nedenfor har vi foreslått noen områder som NPE kan arbeide videre med som oppfølging av undersøkelsene ovenfor. Vi er fullt klar over at NPE har mer enn nok på gang allerede med sine planlagte tiltak, men på sikt kan det være grunn til å vurdere disse forbedringsområdene også.

Vi har tatt utgangspunkt i følgende hovedutfordringene for NPE:

- Intern informasjon
- Kommunikasjon i saksbehandlingssituasjonen
- Ekstern informasjon og målgruppene
- Mediearbeidet
- Oppfølging av kommunikasjonsstrategien.

Tabell 11.1 Utfordringer og anbefalinger mht informasjon/kommunikasjon

Utfordring	Anbefaling	Kommentar
Intern informasjon		
<i>Informasjonsflyten – vertikalt</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Vurder hvordan informasjonsflyten vertikalt kan bli bedre. 	Det gjelder ikke minst bruk av <i>allmøter</i> som i dag ikke fungerer godt nok
<i>Intern møter</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ledelsen bør sammen med sine medarbeidere vurdere møtestruktur, møtehyppighet og innhold. • Er referatene fra møtene 	

Utfordring	Anbefaling	Kommentar
	<p>gode nok? Kommer de raskt nok ut?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vurder en internundersøkelse som har fokus på interninformasjon. 	Kan også bygge eksisterende undersøkelser med flere spørsmål om interninformasjon
<i>Seksjonene og informasjonsflyt på tvers</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Vurder samordning og informasjonsflyt mellom seksjonene • Undersøke medarbeidernes behov for interninformasjon som grunnlag for vurdering og forbedring av interne kanaler og rutiner. • Etablere fora/temamøter på tvers av avdelinger. 	Kan for eksempel gjøres med en elektronisk undersøkelse, på hele området internkommunikasjon eller på delområder, for eksempel for en kanal som intranettet når det har virket en tid.
<i>Seksjonene og Informasjonsenheten</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Vurder om roller, ansvarsfordeling, og arbeidsformer mellom Informasjonsenheten og seksjonene er gode nok • Hvilke retningslinjer trenger man og på hvilke områder? 	<p>Det er naturlig å gjøre det i forbindelse med oppfølgingen av kommunikasjonsstrategien.</p> <p>Informasjonsenheten bør ha en strategisk funksjon med vekt på koordinering.</p> <p>Hva skal Informasjons - enheten <i>ikke</i> gjøre?</p>
<i>Intranett</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Involver medarbeidere i utviklingen av intranettet 	Involvering skaper forankring.
Kommunikasjon i saksbehandlingssituasjonen		
<i>Den skriftlige informasjonen</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Det kan være nyttig å trekke eksterne konsulenter inn i utviklingen av det skriftlige materialet som f.eks. standardbrevene. • Vurder å lage enkle informasjonsark på flere språk som kan avlaste saksbehandleren. • Infomateriell til innvandrergrupper mangler. 	Trekk gjerne inn målgruppen i utforming av materialet
<i>Informasjon som støtte for muntlig kommunikasjon</i>	<ul style="list-style-type: none"> • På sikt å utvikle informasjon som kan brukes av saksbehandlere i møter, i telefoner osv 	
<i>Resultatkrav til ledelsen</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Vurder om det bør settes konkrete resultatkrav til ledelsen på området kommunikasjon og informasjon 	I begynnelsen kan det velges ut noen områder, eks. på mediesiden, hvor det stilles krav. Opplæring er en god måte

Utfordring	Anbefaling	Kommentar
	<ul style="list-style-type: none"> NPE bør tilby skreddersy kurs, seminarer etc for ledere og andre som arbeider med informasjon for å øke deres bevissthet og kompetanse på bruk av informasjon som virkemiddel. 	<p>å følge opp strategien på. For at NPE skal bli mer proaktiv, synlig og tydelig trengs gode kommunikasjonsferdigheter. I tillegg at informasjonstanken er bedre integrert i arbeidsprosessene og det daglige arbeidet</p>
Ekstern informasjon og målgruppene		
<i>Informasjonskampanjene</i>	<ul style="list-style-type: none"> Vurder om det er flere samarbeidspartnere som kan trekkes inn i kampanjene for å styrke arbeidet til NPE Legg vekt på å evaluere tiltakene. Del internt suksess og fiasko 	<p>Vi tenker på kampanjene rettet mot pasientene og helseinstitusjonene</p>
<i>Målgrupper</i>	<ul style="list-style-type: none"> Vurder om det er andre viktige målgrupper som må kartlegges Lag en informasjonsplan for psykiatriske pasienter og innvandrere Styrk dialogen med viderefremidlerne. Kan samarbeid om informasjon formaliseres mer? Legg vekt på evaluering 	<p>Kommunikasjonskartet kan være et hjelpemiddel i prosessen.</p> <p>Brukerundersøkelser kan gjennomføres som kvalitative eller kvantitative, på avgrensede områder eller for virksomheten som helhet.</p>
<i>Aktiv kommunikasjon som del av det daglige arbeidet</i>	<ul style="list-style-type: none"> Se ovenfor om resultatkrav til ledelse, og opplæring 	
Mediearbeidet		
<i>Mediene</i>	<ul style="list-style-type: none"> Det bør utarbeides en egen mediestrategi for NPE som følges opp med handlingsplan og rullerende mediekalender. Det bør gjennomføres kurs i mediestrategi og i medietrening Lag jevnlig omdømme- og medieanalyse 	<p>Mediestrategien knyttes opp mot den overordnede kommunikasjonsstrategien</p> <p>Handlingsplanen revideres årlig, mediekalenderen hvert kvartal.</p>
<i>Rolleforståelse mellom seksjonene og Informasjonsenheten</i>	<ul style="list-style-type: none"> NPE må avklare forventinger til seksjonene og den naturlige rollefordelingen mellom Informasjonsenheten og seksjonene Vurder tiltak som 	

Utfordring	Anbefaling	Kommentar
	oppmuntrer til kreativitet og nytenkning.	
Oppfølging av kommunikasjonsstrategien		
<i>Kommunikasjonsstrategien</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Legg opp til en aktiv prosess med vekt på kompetanseutvikling og etablering av strategien 	Strategien bør bli et praktisk, nyttig og dynamisk dokument som bidrar til bevisstgjøring og profesjonalisering av informasjonsarbeidet.
<i>Samarbeide med Helsedepartementet</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Vurder hvordan dette samarbeidet kan styrkes på informasjonsområdet • Lag en felles plan, og involver departementet i gjennomføringstiltak 	

12 Konklusjoner og forslag

De hovedkonklusjonene som ble trukket av Statskonsult i fase 1 er ikke blitt vesentlig endret i fase 2. Den mer detaljerte gjennomgangen som er gjort i fase 2 har gitt bakgrunn for følgende konklusjoner og forslag:

12.1 Konklusjoner

1. Ordningene med pasientskadeerstatning har vokst fram noenlunde samtidig i de nordiske landene. Det er imidlertid visse forskjeller mellom Danmark, Sverige og Norge. Saksbehandlingen i den norske ordningen er grundigere, noe som bidrar til lengre saksbehandlingstid. Terskelen for å få erstatning synes å være lavere i Danmark og Sverige ved at også annet enn økonomisk tap dekkes i større grad.
2. Selv om det kan være enkelte sider ved saksbehandlingen i NPE som det kan settes spørsmålstegn ved, er ikke rutinene generelt sett innrettet på en feilaktig måte. NPE har et forbedringspotensial med hensyn til informasjon under saksbehandlingen.
3. Informasjon om dekning av advokatutgifter kan synes uklar. Bruken av advokat kan føre til lengre saksbehandlingstid, men samtidig øker det sjansen for at alle tapsposter blir tatt med ved utmåling av erstatning.
4. Medisinske vurderinger står sentralt ved utfallet av pasientskadesaker. NPE og Nemndas sekretariat har selv begrenset kapasitet på legesiden, og det brukes i stor utstrekning eksterne medisinske sakkyndige. Det brukes mye tid på å få disse til å påta seg oppdrag, og det tar ofte lang tid før uttalelsene foreligger. Dette bidrar til lang saksbehandlingstid.
5. Pasientombudene mener at den rollen de har og de tjenestene de yter dekker behovet. Pasientombudene har en del kritiske, men ikke helt sammenfallende, synspunkter på NPE.
6. Antall pasientskadesaker viser en stigende tendens når en ser utviklingen over lengre tid, og det er sannsynligvis store mørketall. Skjelett/muskel er overrepresentert. Antall saker per fylke korrelerer med antall innleggelser.
7. Saksbehandlingstid har lenge vært et kritikkpunkt. Av saksbehandlingstiden kan cirka 2/3 henføres til forhold utenfor NPE, blant annet tidsbruk ved behandlingsstedet og hos medisinsk sakkyndige.
8. Medholdsprosenten er lav, men dette skyldes antakelig ikke at NPE er for strenge ift regelverket. Heller ikke opplysningene gitt av NPE og Nemndas

sekretariat angående håndteringen av avvisningssaker og tvilssaker tyder på streng praksis.

9. Forlikssaker utgjør ca 0,4 prosent av sakene. I halvparten av tilfellene er det nye opplysninger eller nye medisinskfaglige vurderinger som gjør at det inngås forlik med bedre resultat for pasienten.
10. Det er ikke lavere medholdsprosent i fødselsskadesakene enn gjennomsnittet, men de er kompliserte og tar lang tid å behandle.
11. Det er lav medholdsprosent i Dent-O-Sept-sakene, men dette kan forklares med at økonomisk tap ofte ikke er til stede. Hvis en i Norge skulle gi erstatning til alle ofre for sakstyper som likner Dent-O-Sept-skandalen, vil det bety en radikal endring av regelverket. En må da vurdere mer skjønnspregete eller mer standardiserte avgjørelser.
12. Opplevelsen av dårlig service henger blant annet sammen med feilaktige forventninger og feilaktig syn på NPEs rolle. Men med sin skriftlighetskultur kan NPE og Nemnda også ha bidratt til fremmedgjøring. Det er tatt tak i mange av utfordringene som gjelder service.
13. Ledelsen i NPE har planlagt mange gode informasjonstiltak som vil bidra til å styrke NPEs omdømme og sette pasienten mer i fokus.

12.2 Forslag

1. Manglene i helsevesenet når det gjelder kunnskap om pasientskadeordningen er noe helsemyndighetene bør gripe fatt i. Det bør vurderes systematiske tiltak for å øke kunnskapen.
2. NPE og pasientombudene bør gå igjennom de synspunktene pasientombudene har kommet med i Statskonsults spørreundersøkelse, med henblikk på diskusjon, avklaring og oppfølging med relevante tiltak. I lys av NPEs ønske om å bli oppfattet som mer "empatisk" (oppfølging av omdømmeanalysen), vil det særlig være viktig å drøfte "forsikringskulturen".
3. Det bør vurderes andre måter å rekruttere medisinsk sakkyndige på. Ett alternativ er å etablere lister over medisinske sakkyndige innenfor den enkelte spesialitet som i utgangspunktet er skikket og villige til å påta seg oppdrag.
4. Kommunikasjonsanalysen presenterer en rekke konkrete forslag innenfor fem områder, jf kapittel 11.6.



Litteraturliste

Regelverk

Pasientskadeloven

Forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda (fastsatt 20.12.2002, i kraft fra 01.01.2003)

Regler for midlertidig ordning med Pasientskadeerstatning

Helsepersonelloven

Lov om spesialisthelsetjenesten

Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

Arbeids- og administrasjonsdepartementet: *Informasjonspolitik for statsforvaltningen. Mål, prinsipper og konsekvenser*. Revidert utgave 2001

Vevsider

www.npe.no

www.helsenett.no/pasientombud

www.helsenett.no/pasientforening

www.pasientskade.no, hjemmesiden til et advokatfirma der pasientskader omtales

Den danske ordningen: <http://www.pkn.dk>

Förordning (1996:992) om Patientskadenämnden:

<http://www.jit.se/lagbok/996992t.html>

Pasientskadelag (1996:799): <http://www.jit.se/lagbok/996799t.html>

Patientförsäkringsföreningen : <http://www.pff.se>

Stortingsdokumenter

Ot.prp. nr. 55 (1999–2000)

Ot.prp. nr. 74 (2002–2003)

Innst. S.nr. 173 (2002–2003) Innstilling fra sosialkomiteen vedr. ”tort og svie”

Stortinget 4. mars 2003 (Dagsorden nr. 58, sak 1): Interpellasjon fra Bjarne Håkon Hansen til helseministeren

St.prp. nr. 63 (2001–2002) Tilleggsbevilgninger om omprioriteringer i statsbudsjettet inkludert folketrygden 2002

St.prp. nr. 1 (2002–2003) For budsjettterminen 2003

Riksrevisjonens undersøkelse av klagesaksbehandlingen i Statens helsetilsyn og ved fylkeslegekontorene (Dok nr 3: 3 (1999–2000))

Årsmeldinger, virksomhetsrapporter, pressemeldinger mv.

Årsmelding 2000

Årsmelding 2001

Årsrapport 2001

Årsberetning 2002

Pressemelding 17. mars 2003 om nytt styre

VP 2003 for Pasientskadenemndas sekretariat, inkludert rammebetingelser og situasjonsbeskrivelse

Nemndas sekretariats bemanning (alder, kjønn, utdanning, erfaringsbakgrunn m.v.)

NPEs bemanning (alder, kjønn, utdanning, erfaringsbakgrunn m.v.)

Kommunikasjonsstrategi NPE

Tildelingsbrev for 2003, NPE og Nemndas sekretariat

Infomateriell fra NPE til pasientene

Informasjonsbrosjyre 2003 – Erstatning ved pasientskader

Skader skjedd før 01.01.2003 (midlertidige regler for pasientskader)

Skader skjedd etter 01.01.2003 (utdrag av pasientskadeloven)

Skademeldingsskjema 2003

Interne retningslinjer m.m.

”Nemndsperrm” i sekretariatet

Innholdsfortegnelse rutineperm (sekretariatet)

Rutineperm NPE

Sekretariatets IT-verktøy (oversikt over programvarene og deres funksjonalitet)

Maler i saksbehandlersystemet PIA (sekretariatet)

Standardbrev NPE

Opplæringsplan for nyansatte i sekretariatet

Opplæringsplan – saksbehandlere i NPE

Fagperm I og II

Fagperm næringstap

Fagperm barnegruppen

Spesialperm forsørgertap

Rettspraksis forsørgertap

Statistikk

Årsrapport 2001 (statistikk med kommentarer)

Halvårsrapport 1. halvår 2002

Vedtaksstatistikk første tertial 2003 for Pasientskadenemnda og sekretariatet (fordeling medhold/avslag)

Saksavviklig og restanser per første tertial 2003 for nemnd/sekretariatet

Oversikt over løpende saker pr 31.12.02

Oversikt over rettssaker og utfall pr 21.05.03

Nemnda: Grov vedtaksfordeling, produksjon og klagerate. Årsfordelt statistikk 1995–2002

Årsfordelt, grov vedtaksfordeling; medhold/avslag/avsluttet uten realitetsbehandling (1995–2002)

Utvikling ubehandlet post og saker under medisinsk utredning målt mot saker under behandling (31.12.98–30.04.03 Utvalgte mnd tidligere år, måned for måned i 2003)

Tall per 30.04.03 sammenliknet med 2002 og 2001: meldte saker, utbetalinger, vedtak sortert på medhold/avslag og klager

Utbetalinger per år

Produksjonsnøkkeltall per 31.05.03

Saksavvikling NPE – plan vs. faktisk

Statskonsult, rapport 2004:4

Prosesser NPE per 21.05.03

Diverse PIA-rapporter: 19 (årsrapport), 20 (årsfordeling), 04, 05, 06, 07, 14, 17, 18

Annet (evalueringer m.v.)

NOU 1992:6: Pasientskadeerstatning (Lødruputvalget)

Evaluering av Norsk Pasientskadeerstatning, februar 1994

Nordiske patientrettigheter, Ulla Hybel – desember 2001

De nordiske patientforsikringsordninger – ligheder og forskelle, Arne Grünfeld
Væksten i anmeldelser og erstatninger gjennom 10 år – og hvorfor de fortsatt vil/bør stige, Ole Graugaard

Omdømmeanalyse, mai 2003 (gjennomført av Argument)

Tilbakemelding til informanter - brev av 22.05.03

Pasienttilfredshetsundersøkelse 1999 og 2003

Pasienten i fokus – prosjektrapport desember 2003 (NPE)

Medisinske feil. Red. Aslak Syse, Reidun Førde og Olav Helge Førde,
Gyldendal 2000

Konsistensen i nemndas vedtak innenfor epidural- og spinalanestesi (33 saker).

Uttalelse fra prof. dr. med. Harald Breivik 30.08.97

Spørreskjema

1. Når ble pasientombudskontoret opprettet?
2. Hvor mange ansatte er det ved pasientombudskontoret?
3. Hva er pasientombudets utdanningsbakgrunn? Juridisk, helsefaglig eventuelt en kombinasjon av disse, eller annen utdanning (spesifiser)?
4. Hvilken utdanningsbakgrunn har andre tilsatte med pasientkontakt ved pasientombudskontoret (spesifiser)?
5. Har pasientombudet yrkeserfaring innenfor helsevesenet?
6. Har noen av de andre ansatte ved pasientombudskontoret yrkeserfaring fra helsevesenet?
7. Kan pasientombudet gi en oversikt over hvilke typer saker kontoret har behandlet i løpet av 2003 med anslag på hvor stor prosentandel hver sakstype utgjør?
8. Hvor stor del av tiden/ressursene (målt i prosent av alle eksternt rettede oppgaver, dvs administrative og andre interne oppgaver tas ikke med i regnestykket) ved kontoret går anslagsvis med til NPE-saker?
9. Hvordan arbeider kontoret med pasientskaderstatningssaker?
 - a) Gir pasientene råd og veiledning
 - b) Gir pasientene bistand ved utarbeidelse av skriftlig materiale
 - c) Gir pasientene psykologisk støtte (eventuelt trøst) i en for pasientene følelsesmessig vanskelig situasjon
 - d) Tar initiativ til oppklaringsmøter mellom behandlingssted og pasient
 - e) Annet
10. Kunne pasientombudskontoret trenge annen kompetanse for å håndtere pasientskadeerstatningssakene? Hva mangler eventuelt av kompetanse?
11. Kunne pasientombudskontoret trenge flere ressurser for å håndtere pasientskadeerstatningssakene?
12. Burde pasientombudene i større grad få til oppklaringsmøter, forsoningsmøter o.l. mellom pasienten og helsepersonell i pasientskadesaker? Hva taler eventuelt imot en slik utvidelse? Hva ville kreves av ekstra kapasitet og kompetanse?

-
13. Hvor er pasientombudskontoret fysisk plassert, i tilknytning til et sykehus eller i god avstand fra et sykehus? Ser pasientombudet noen fordeler eller ulemper ved gjeldende plassering?
 14. Oppfatter pasientombudet at det er samsvar mellom pasientenes behov og de tjenester kontoret gir pasienten på pasientskadeerstatningsområdet i dag? Hvis svaret er nei på spørsmålet, hva er årsaken(e) til at det ikke er samsvar mellom behovene og ytelsene?
 15. Angående pasientombudenes ansvarsområde på pasientskadeerstatningsområdet - er det i hovedsak greit, eller kunne pasientombudet tenke seg forskyvning av ansvar og oppgaver mellom NPE og pasientombudene på den ene siden og mellom helsevesenet og pasientombudene på den andre siden?
 16. I hvor stor grad klarer NPE å fremstå som en nøytral tredjepart i forholdet mellom pasienter og behandlingssteder?
 17. Har NPE riktig og tilstrekkelig kompetanse til å utføre de oppgavene de er satt til å utføre?
 18. Har NPE riktig selvforståelse og holdninger overfor pasientene sett i forhold til den rolle de har?
 19. Har pasientombudet kommentarer til NPEs valg og bruk av medisinske rådgivere?
 20. Har pasientombudet synspunkter på form og innhold på informasjon og sakspapirer som pasientene får fra NPE?
 - a) Standardbrevene
 - b) Medisinske utredninger
 - c) Vedtak
 - d) Annet
 21. Har pasientombudet noen kommentarer til hvordan NPE forholder seg til innspill til saken fra pasienter?
 22. Hvilke tiltak tror pasientombudet kan bidra til å redusere saksbehandlingstiden i NPE?
 23. Hva er de største informasjonsmanglene på sykehusene når det gjelder NPE-ordningen?
 24. Er NPEs brosjyrer tilgjengelig på sykehusene?
 25. Har pasientombudet synspunkter på deler av rapporten (<http://www.statskonsult.no/NPE-evaluering.pdf>) Statskonsult har skrevet om NPE?

REFERANSER

Tittel:	Evaluering av Norsk Pasientskadeerstatning (Fase 2)
Forfatter(e):	Evalueringen er foretatt av Peter Bøgh, Hogne Tellnes og Ragnhild Castberg Greni. Sissel Motzfeldt har utført Kommunikasjonsanalysen. Annemor Kalleberg deltok i fase 1 av prosjektet, mens Maria Strøm har deltatt i fase 2.
Statskonsults rapportnummer:	2004:4
Prosjektnummer:	9895
Prosjektnavn:	Evaluering av Norsk Pasientskadeerstatning
Prosjektleder:	Peter Bøgh
Oppdragsgiver(e):	Helsedepartementet
Resymé:	<p>Det har vært reist sterkt kritikk mot NPE når det gjelder saksbehandlingstid, service og utfall av sakene. Statskonsult har gått igjennom rutiner, informasjon og praksis. Lang saksbehandlingstid skyldes i stor grad forhold utenfor NPE. Informasjonen kan bli bedre i NPE, men særlig i helsevesenet. NPE har satt i gang tiltak for å bedre service og informasjon. NPEs praksis synes ikke å være for streng ut fra dagens regelverk. Regelverket er muligens ikke i samsvar med folks forventninger.</p>
Arbeidsområde:	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Styring og resultatorientering<input checked="" type="checkbox"/> Omstilling og organisasjonsformer<input type="checkbox"/> Informasjonsteknologi<input type="checkbox"/> Kommunikasjonsutvikling<input type="checkbox"/> Internasjonalisering<input type="checkbox"/> Lederskapsutvikling
Emneord:	Pasientskade, Fødselsskade, Dent-O-Sept, NPE, Pasientskadenemnda, Erstatningsordning, Forlik, Pasientombud, Rådgivende lege, Medisinsk sakkyndig
Dato:	19.02.04
Statskonsult, rapport 2004:4	109

Sider:
Utgiver:

104
Statskonsult
Postboks 8115 Dep
0032 OSLO