



# Riktig vedtak til rett tid

KVALITET

TILLIT

SAKSFREMDRIFT



Riktig vedtak til rett tid

# Innhold

<b>Sammendrag</b> .....	<b>8</b>
Sentrale vurderinger .....	8
Ekspertgruppens anbefalinger .....	9
<b>1 Innledning</b> .....	<b>12</b>
1.1 Ekspertgruppens sammensetning, mandat og arbeidsform .....	12
1.1.1 Oppnevning og sammensetning av ekspertgruppen .....	12
1.1.2 Mandatet og ekspertgruppens forståelse og avgrensning av dette .....	13
1.1.3 Arbeidsform og involvering .....	14
1.2 Oppsummering av innspill til ekspertgruppen .....	16
1.3 Om rapportens struktur og innhold .....	17
<b>2 Om pasientskadeordningen</b> .....	<b>18</b>
2.1 Innledning .....	18
2.2 Kort om vilkår for erstatning m.m. ....	19
2.3 Etatene .....	21
2.3.1 Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) .....	21
2.3.2 Pasientskadenemnda og Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage) .....	23
2.4 Status og utviklingstrekk i sakstilfang .....	26
2.4.1 Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) .....	26
2.4.2 Pasientskadenemnda/Helseklage .....	28
<b>3 Saksbehandling og saksgang i etatene – dagens situasjon</b> .....	<b>30</b>
3.1 Innledning .....	30
3.2 Krav til saksbehandlingen – gjeldende rett .....	30
3.2.1 Innledning .....	30
3.2.2 Inhabilitet .....	31
3.2.3 Veiledningsplikt .....	32
3.2.4 Saksbehandlingstid .....	33
3.2.5 Muntlig samtale .....	33
3.2.6 Taushetsplikt .....	34
3.2.7 Forsvarlig utredning av saken .....	34
3.2.8 Dokumentinnsyn .....	35
3.2.9 Vedtak og begrunnelse .....	36
3.2.10 Klage .....	36
3.2.11 Advokatutgifter .....	37
3.2.12 Gjenopptak og omgjøring .....	38

3.3	Saksgangen i Norsk Pasientskadeerstatning (NPE).....	39
3.3.1	<i>Oppstart av ny sak</i> .....	39
3.3.2	<i>Utredning av ansvarsspørsmålet (i ordinære saker)</i> .....	42
3.3.3	<i>Særlig om sakkyndigvurdering i NPE</i> .....	44
3.3.4	<i>Utfall av saksbehandlingen i NPE</i> .....	46
3.3.5	<i>Gjennomførte tiltak for å effektivisere saksbehandlingen</i> .....	50
3.3.6	<i>Klagebehandling</i> .....	51
3.4	Saksgangen i Pasientskadenemnda/Helseklage .....	52
3.4.1	<i>Oppstart av ny sak</i> .....	53
3.4.2	<i>Særlig om sakkyndigvurdering i klageinstansen</i> .....	54
3.4.3	<i>Veien videre og mulige utfall av saksbehandlingen</i> .....	55
3.4.4	<i>Sekretariatets innstilling til Pasientskadenemnda</i> .....	56
3.4.5	<i>Saksbehandlingen i Pasientskadenemnda</i> .....	56
3.5	Felles saksbehandlingssystem – dagens løsning .....	58
<b>4</b>	<b>Overordnede utgangspunkt og vurderinger .....</b>	<b>59</b>
4.1	Kan en god og viktig ordening gjøres enda bedre? .....	59
4.2	Saksfremdrift, kvalitet og tillit .....	59
4.3	Særlige fokuspunkt for arbeidet .....	61
<b>5</b>	<b>Raskere saksbehandling i de riktige sakene – spørsmål som berører begge etatene .....</b>	<b>63</b>
5.1	Felles innledning til kapittel 5, 6 og 7 .....	63
5.2	Riksrevisjonens rapport og oppfølging i etatene .....	65
5.3	Styringskrav som i større grad balanserer saksbehandlingstid, kvalitet og tillit .....	66
5.3.1	<i>Innledning</i> .....	66
5.3.2	<i>Dagens situasjon</i> .....	66
5.3.3	<i>Vurdering</i> .....	66
5.4	Samordnet prioritering av saker i etatene – prioriterte saker skal gå utenom kø .....	67
5.4.1	<i>Innledning</i> .....	67
5.4.2	<i>Dagens praksis</i> .....	67
5.4.3	<i>Vurdering</i> .....	68
5.5	Færre saker bør returneres fra Pasientskadenemnda/Helseklage til NPE .....	69
5.5.1	<i>Innledning</i> .....	69
5.5.2	<i>Dagens situasjon</i> .....	69
5.5.3	<i>Vurdering</i> .....	69
5.6	Tidsavgrenset prosjekt for å redusere saker i kø før oppstart .....	72
5.6.1	<i>Innledning</i> .....	72
5.6.2	<i>Dagens situasjon</i> .....	72
5.6.3	<i>Vurdering</i> .....	72
5.7	Klarere rutiner om håndteringen av ny anførsel underveis i saksbehandlingen .....	73
5.7.1	<i>Innledning</i> .....	73
5.7.2	<i>Dagens praksis</i> .....	74
5.7.3	<i>Vurdering</i> .....	74

5.8	Nytt saksbehandlingssystem .....	75
5.8.1	<i>Innledning</i> .....	75
5.8.2	<i>Dagens situasjon</i> .....	75
5.8.3	<i>Vurdering</i> .....	76
5.9	Etatene bør vurdere hva som er en hensiktsmessig bruk av påleggshjemmelen for innhenting av dokumentasjon .....	77
5.9.1	<i>Innledning</i> .....	77
5.9.2	<i>Dagens praksis</i> .....	78
5.9.3	<i>Vurdering</i> .....	79
5.10	Honorering ved journalinnhenting .....	80
5.10.1	<i>Innledning</i> .....	80
5.10.2	<i>Dagens situasjon</i> .....	80
5.10.3	<i>Vurdering</i> .....	80
5.11	Anbefalinger .....	81
<b>6</b>	<b>Raskere saksbehandling i de riktige sakene – særlig om Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)</b> .....	<b>82</b>
6.1	<i>Innledning</i> .....	82
6.2	Én-sak-én-saksbehandler bør være hovedregelen .....	82
6.2.1	<i>Innledning</i> .....	82
6.2.2	<i>Dagens praksis</i> .....	82
6.2.3	<i>Vurdering</i> .....	85
6.3	Ordningen med «foreløpig vurdering» i medholdsaker bør avvikles .....	87
6.3.1	<i>Innledning</i> .....	87
6.3.2	<i>Dagens praksis</i> .....	87
6.3.3	<i>Vurdering</i> .....	88
6.4	Anbefalinger .....	89
<b>7</b>	<b>Raskere saksbehandling i de riktige sakene – særlig om Pasientskadenemnda/ Helseklage</b> .....	<b>90</b>
7.1	<i>Innledning</i> .....	90
7.2	Etablering av Helseklages Team ekspress .....	90
7.2.1	<i>Innledning</i> .....	90
7.2.2	<i>Dagens praksis</i> .....	90
7.2.3	<i>Vurdering</i> .....	91
7.3	Omfanget av delegering bør ikke knyttes til et prosentmål, og Stortinget bør lovfeste rammene .....	93
7.3.1	<i>Innledning</i> .....	93
7.3.2	<i>Dagens praksis</i> .....	93
7.3.3	<i>Vurdering</i> .....	95
7.4	Økt bevissthet rundt bruk av delegasjonsfullmakten i medholdsaker .....	96
7.4.1	<i>Innledning</i> .....	96

7.4.2	<i>Dagens praksis</i> .....	96
7.4.3	<i>Vurdering</i> .....	97
7.5	Helseklage bør vurdere hvordan saksbehandlerne kan få frigjort mer tid til saksbehandling .....	98
7.5.1	<i>Innledning</i> .....	98
7.5.2	<i>Dagens situasjon</i> .....	98
7.5.3	<i>Vurdering</i> .....	99
7.6	Anbefalinger .....	100
<b>8</b>	<b>Klar og forutsigbar kommunikasjon med erstatningssøker</b> .....	<b>101</b>
8.1	<i>Innledning</i> .....	101
8.2	Felles og samordnet informasjon om ulike muligheter for å ta opp uønskede hendelser i helsetjenesten .....	102
8.2.1	<i>Innledning</i> .....	102
8.2.2	<i>Dagens situasjon</i> .....	102
8.2.3	<i>Vurdering</i> .....	103
8.3	Ivaretagelse av erstatningssøker bør være en større del av opplæringen av saksbehandlerne .....	104
8.3.1	<i>Innledning</i> .....	104
8.3.2	<i>Dagens situasjon</i> .....	104
8.3.3	<i>Vurdering</i> .....	105
8.4	Bedre ivaretagelse av personer med ulike språkferdigheter, helsekompetanse og digital kompetanse .....	106
8.4.1	<i>Innledning</i> .....	106
8.4.2	<i>Dagens situasjon</i> .....	106
8.4.3	<i>Vurdering</i> .....	108
8.5	Klarere informasjon om muligheten for at klagesaken kan bli avgjort av sekretariatet ved vedtak på delegasjon .....	109
8.5.1	<i>Innledning</i> .....	109
8.5.2	<i>Vurdering</i> .....	110
8.6	Klart språk i kommunikasjon med erstatningssøker .....	111
8.6.1	<i>Innledning</i> .....	111
8.6.2	<i>Dagens situasjon</i> .....	111
8.6.3	<i>Vurdering</i> .....	112
8.7	Åpenhet om plassering av tvilsrisiko for hvilket faktum som skal legges til grunn .....	112
8.7.1	<i>Innledning</i> .....	112
8.7.2	<i>Dagens praksis</i> .....	113
8.7.3	<i>Vurdering</i> .....	113
8.8	Anbefalinger .....	114

<b>9</b>	<b>Styrking av kvaliteten på sakkyndigarbeidet .....</b>	<b>115</b>
9.1	Innledning .....	115
9.2	Bedre rekruttering av sakkyndige .....	115
9.2.1	<i>Innledning</i> .....	115
9.2.2	<i>Dagens situasjon</i> .....	115
9.2.3	<i>Vurdering</i> .....	117
9.3	Opplæring av sakkyndige .....	119
9.3.1	<i>Innledning</i> .....	119
9.3.2	<i>Dagens situasjon</i> .....	119
9.3.3	<i>Vurdering</i> .....	121
9.4	Kvalitetssikring av sakkyndigvurderinger – etablering av ordning med ledende sakkyndig i NPE .....	122
9.4.1	<i>Innledning</i> .....	122
9.4.2	<i>Dagens situasjon</i> .....	122
9.4.3	<i>Vurdering</i> .....	123
9.5	Åremål for sakkyndige vurderes som lite hensiktsmessig .....	125
9.5.1	<i>Innledning</i> .....	125
9.5.2	<i>Dagens praksis</i> .....	125
9.5.3	<i>Vurdering</i> .....	125
9.6	Sakkyndige skal ha anledning til å påpeke forhold de anser som faglig relevant .....	126
9.6.1	<i>Innledning</i> .....	126
9.6.2	<i>Dagens praksis</i> .....	126
9.6.3	<i>Vurdering</i> .....	126
9.7	Anbefalinger .....	127
<b>10</b>	<b>Aspekter ved Pasientskadenemndas virksomhet .....</b>	<b>128</b>
10.1	Innledning .....	128
10.2	Ledige verv i Pasientskadenemnda bør annonseres offentlig .....	129
10.2.1	<i>Innledning</i> .....	129
10.2.2	<i>Dagens praksis</i> .....	129
10.2.3	<i>Vurdering</i> .....	130
10.3	Behov for gjennomgang av praksis om innsyn i sekretariatets innstilling til nemnda .....	131
10.3.1	<i>Innledning</i> .....	131
10.3.2	<i>Dagens praksis</i> .....	131
10.3.3	<i>Vurdering</i> .....	132
10.4	Anbefalinger .....	133



<b>11 Opplysning av saken – særlige problemstillinger .....</b>	<b>134</b>
11.1 Innledning .....	134
11.2 Direkte kontakt mellom sakkyndig og erstatningssøker for å opplyse saken – justering av dagens praksis.....	134
11.2.1 Innledning .....	134
11.2.2 Dagens praksis .....	135
11.2.3 Vurdering .....	136
11.3 Hjemmebesøk av saksbehandler for å opplyse saken – pilotere retningslinjer, inkludert bruk av videoløsning .....	138
11.3.1 Innledning .....	138
11.3.2 Dagens praksis .....	138
11.3.3 Vurdering .....	139
11.4 Utprøving av at erstatningssøker får kommentere sakkyndigmandat i noen få, særskilt egnede saker .....	140
11.4.1 Innledning .....	140
11.4.2 Dagens praksis .....	140
11.4.3 Vurdering .....	140
11.5 Anbefalinger .....	141
<b>12 Bedre kommunikasjon med helsepersonell og helsetjenesten .....</b>	<b>142</b>
12.1 Innledning .....	142
12.2 Dagens situasjon .....	142
12.3 Vurdering .....	143
12.4 Anbefaling .....	144
<b>13 Økonomiske og administrative konsekvenser .....</b>	<b>145</b>
<b>Kildeliste .....</b>	<b>147</b>
<b>Vedlegg .....</b>	<b>152</b>

# Sammendrag

Pasientskadeordningen i Norge er etablert for å gi pasienter som har blitt skadd som følge av svikt ved helsehjelp, lett tilgang til den økonomiske erstatning de har krav på. Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) mottar og behandler søknader om erstatning som førsteinstans, mens Pasientskadenemnda med Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage) som sekretariat, er klageinstans. Saksbehandlingen er underlagt forvaltningsloven, med enkelte særregler.

Å bli påført helseskade utgjør i seg selv en særlig belastning for den som rammes ved at skaden kan ha stor betydning for fremtidig livsutfoldelse, hvor de økonomiske følgene er ett sentralt aspekt. Lang saksbehandlingstid, kvaliteten på de medisinske sakkyndigvurderingene og erstatningssøkers opplevelse av å ikke bli hørt, har vært gjentakende kritikkpunkter mot hvordan dagens pasientskadeordning fungerer. I tråd med sitt mandat har ekspertgruppen beskrevet dagens rutiner for saksbehandling, inkludert bruk og utvelgelse av sakkyndige, hvordan rutinene praktiseres og følges opp, og hvordan erstatningssøkerne ivaretas. Gruppen gir anbefalinger til etatenes videre arbeid ut ifra sine vurderinger av dagens praksis.

## Sentrale vurderinger

Gruppen vurderer at saksbehandlingen i pasientskadesakene må sees i lys av tre sentrale verdier: *saksfremdrift* (hurtighet), *kvalitet* (riktig avgjørelse) og *tillit* (ivaretagelse av erstatningssøker). Det er ikke nødvendigvis noen motsetning her, men det kan være det, og da må det gjøres en avveining.

I pasientskadesaker er hurtig saksbehandling en viktig side av rettssikkerheten. Å få erstatning når man er for helsemessig svekket til å kunne ha særlig glede eller nytte av utbetalingen, eventuelt etter at man er død, er mindre til hjelp. Gruppen understreker imidlertid behovet for en nyansert tilnærming til saksbehandlingstid, veid opp mot hensyn til grundighet i utredning og å sikre pasientenes tillit til ordningen. Noen saker vil nødvendigvis måtte ta lang tid å behandle, særlig ved beregning av økonomisk tap der omfanget av skaden er usikkert.

Rask saksbehandling krever hensiktsmessige rutiner som fremmer god saksflyt. Ekspertgruppen har vurdert rutiner som påvirker tidsbruken i saksbehandlingen, med særlig vekt på å identifisere «tidstyver» – trinn eller prosesser som skaper unødvendige forsinkelser. Gruppen har i denne forbindelse også vurdert tiltak for mindre omorganiseringer i etatene, som kan bidra til en mer smidig saksflyt, samt legge til rette for riktig prioritering av saker.

Kvalitet innebærer blant annet at saken er tilstrekkelig godt belyst for å kunne fatte et korrekt vedtak. Forvaltningsloven § 17 første avsnitt pålegger etatene å «påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes». Ekspertgruppen har vurdert om det finnes forbedringsområder her som lar seg forene med hensynet til saksfremdrift. Fokus har særlig vært på sakkyndigordningen.

En del av ekspertgruppens mandat har vært å se på hvordan erstatningssøkerne ivaretas under saksbehandlingen i NPE og klagebehandlingen

i Pasientskadenemnda/Helseklage. Gruppen har blant annet sett på tiltak for å sikre klar og forutsigbar kommunikasjon. Dette kan ha betydning både for at erstatningssøker skal kunne ivareta interessene sine og for tilliten til systemet.

Selv om NPE og Pasientskadenemnda/Helseklage er ulike forvaltningsorganer, må virksomhetene ses i sammenheng ved behandling av pasientskadesaker. Dette ut fra en erkjennelse av at førstinstansen og klageinstansens saksavvikling gjensidig påvirker hverandre. Gruppen har derfor vurdert tiltak knyttet til saksflyten mellom NPE og Pasientskadenemnda/Helseklage, i tillegg til saksflyten innenfor hver av etatene isolert.

## Ekspertgruppens anbefalinger

Ekspertgruppen skiller mellom fire hovedanbefalinger og 29 (ordinære) anbefalinger blant de tilrådingene som blir gitt. I dette ligger en prioritering.

Hovedanbefalingene uttrykker hva gruppen vurderer som de viktigste og antatt mest virkningsfulle tiltakene som arbeidet har avdekket.

Ekspertgruppens medlemmer er enige om anbefalingene, med unntak av én delvis dissens (punkt 8.5).

Ekspertgruppen har ikke kommet med tilråding om rekkefølge eller tidslinje for gjennomføring av tiltak ut over det som ligger i disse prioriteringene. Dette er noe etatene er nærmest til å vurdere. At implementeringen krever nærmere overveielser er opplagt. For eksempel vil ekspertgruppens anbefaling om å gjennomføre et eget, tidsavgrenset prosjekt for å bygge ned den innledende liggetiden der ressurser blir trukket ut fra ordinære oppgaver, gjøre andre endringsprosesser vanskelig eller umulig i denne perioden.

### Anbefalinger

#### Hovedanbefalinger

Ekspertgruppen anbefaler at:

- Pasientskadenemnda/Helseklage etablerer en mer nyansert praksis rundt retur av saker til NPE og avgjør flere saker i sin helhet i klageorganet (punkt 5.5).
- NPE innfører som klar hovedregel at en sak ikke bytter saksbehandler når saken går over til beregning (punkt 6.2).
- Helseklage slår sammen fløtterollen og SIL-teamet til en ny enhet – Helseklages Team ekspress (punkt 7.2).
- NPE etablerer en ordning med ledende sakkynning for alle relevante fagområder (punkt 9.4).

#### Ordinære anbefalinger

Ekspertgruppen anbefaler at:

#### *Kapittel 5: Raskere saksbehandling i de riktige sakene – spørsmål som berører begge etatene*

- Helse- og omsorgsdepartementet, i samarbeid med NPE og Pasientskadenemnda/Helseklage, utarbeider nye styringskrav som i større grad reflekterer variasjonen i saker, og som tydeligere speiler spenningen mellom saksfremdrift, tillit og kvalitet (punkt 5.3).
- NPE og Helseklage foretar en samordnet prioritering av saker som skal gå utenom kø. Dette bør organiseres som et samarbeidsprosjekt mellom etatene (punkt 5.4).

- NPE og Helseklage iverksetter tidsavgrensede prosjekter hvor ressurser omprioriteres til ren saksbehandling, med mål om betydelig å redusere den innledende liggetiden (punkt 5.6).
- NPE og Helseklage klargjør i interne rutiner at en sak som den klare hovedregel skal utvides med nytt behandlingssted eller nye anførsler for øvrig, der det ellers er fare for at erstatningssøker kan lide rettstap (punkt 5.7).
- NPE og Pasientskadenemnda/Helseklage i arbeidet med å videreutvikle saksbehandlingssystemet, utforsker mulighetene for automatisering, herunder utvikling av et interaktivt søknadsskjema og løsninger for raskere informasjonsinnhenting fra ulike aktører (punkt 5.8).
- NPE og Pasientskadenemnda/Helseklage vurderer hva som er hensiktsmessig bruk av påleggshjemmelen man har for innhenting av dokumentasjon (punkt 5.9).

#### ***Kapittel 6: Raskere saksbehandling i de riktige sakene – særlig om NPE***

- Ordningen i NPE med utsending av «foreløpig vurdering» av ansvarsspørsmålet avvikles (punkt 6.3).

#### ***Kapittel 7: Raskere saksbehandling i de riktige sakene – særlig om Pasientskadenemnda/Helseklage***

- Omfanget av delegeringsvedtak ikke knyttes til et internt prosentmål (punkt 7.3).
- Rammene for delegering fra Pasientskadenemnda til Helseklage som sekretariat, lovfestes (punkt 7.3).

- Pasientskadenemnda og Helseklage gjennomgår praksis i delegeringssakene med tanke på å kartlegge årsaker til den lave medholdprosenten og å vurdere eventuelle tiltak (punkt 7.4).
- Helseklage foretar en nærmere gjennomgang av på hvilke områder økt merkantil støtte kan bidra til å frigjøre tid for saksbehandlerne til å konsentrere seg om saksbehandling (punkt 7.5).

#### ***Kapittel 8: Klar og forutsigbar kommunikasjon med erstatningssøker***

- Helse- og omsorgsdepartementet tar initiativ til å utarbeide felles, tydelig og samordnet informasjon til pasienter og brukere som omfattes av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 fjerde avsnitt (punkt 8.2).
- NPE og Helseklage samarbeider med pasient- og brukerorganisasjoner om hvordan brukerperspektivet kan inngå som en formalisert del av opplæring og oppfølging av ansatte (punkt 8.3).
- Helseklage vurderer tiltak som kan bedre kommunikasjonen mellom sentralbordet og saksbehandler (punkt 8.4).
- Helseklage etablerer interne skriftlige rutiner om når og hvordan tolketjenesten skal benyttes (punkt 8.4).
- Helseklage tydeliggjør i bekreftelsesbrevet som sendes til erstatningssøker, at saken kan bli avgjort av sekretariatet på delegasjon og at man derfor så snart som mulig bør sende inn eventuell supplerende begrunnelse eller informasjon (punkt 8.5). Delvis dissens.

- NPE og Pasientskadenemnda/Helseklage fortsetter arbeidet med å fremme klart språk og samarbeider om utveksling av erfaringer (punkt 8.6).
- NPE og Pasientskadenemnda/Pasientskadenemnda/Helseklage gjennomgår, systematiserer og beskriver sin egen praksis med hensyn til hvilke forhold ved journalføring som kan ha betydning for plassering av tvilsrisiko (punkt 8.7).

#### ***Kapittel 9: Styrking av kvaliteten på sakkyndigarbeidet***

- NPE ser på muligheter for å forbedre veiledningen til potensielle sakkyndige, slik at det blir enklest mulig å legge inn anbud (punkt 9.2).
- NPE og Helseklage vurderer mulighetene for et mer forpliktende samarbeid med profesjonsorganisasjoner om rekruttering av sakkyndige til enkeltoppdrag (punkt 9.2).
- NPE Helseklage ser på mulighetene for et tettere samarbeid med fagmedisinske foreninger og sakkyndige om innretning på opplæringen i sakkyndigarbeid på pasientskadeområdet (punkt 9.3).
- NPE og Helseklage sikrer at alle mandater som sendes til sakkyndige inkluderer et punkt som gir anledning til å påpeke andre forhold som de anser som faglig sett relevant (punkt 9.6).

#### ***Kapittel 10: Aspekter ved Pasientskadenemndas virksomhet***

- Helseklage, i sitt arbeid med å tilrettelegge grunnlaget for departementets oppnevning av medlemmer i ledige verv, aktivt annonse-

rer offentlig etter aktuelle kandidater (punkt 10.2).

- Pasientskadenemnda/Helseklage foretar en intern gjennomgang av praktiseringen av forvaltningsloven § 18 c i saker om krav om innsyn i sekretariatets innstilling til nemnda (punkt 10.3).

#### ***Kapittel 11: Opplysning av saken – særlige problemstillinger***

- NPE og Helseklage utarbeider retningslinjer som synliggjør muligheten for direkte kontakt mellom den sakkyndige og erstatnings søker. Vurderingen må i den enkelte sak knyttes til hva som etter den sakkyndiges vurdering er nødvendig for å opplyse saken forsvarlig (punkt 11.2).
- NPE og Helseklage utarbeider og piloterer interne retningslinjer for bruk av hjemmebesøk der også alternativ til fysisk oppmøte omtales (punkt 11.3).
- NPE, som et pilotprosjekt, prøver ut å la erstatningssøker få kommentere mandatet før utsending til sakkyndig i noen få, særskilt egnede saker (punkt 11.4).

#### ***Kapittel 12: Bedre kommunikasjon med helsepersonell og helsetjenesten***

- NPE og Helseklage vektlegger kommunikasjon med helsepersonell og helsetjenesten for å fremme økt kunnskap om pasientskadeordningen og styrke koblingen til pasientsikkerhetsarbeidet.
- Helseklage i større grad informerer innklaget behandlingssted om saksutfall, særlig dersom en ny sakkyndigvurdering avviker fra tidligere vurderinger.

# 1 Innledning

## 1.1 Ekspertgruppens sammensetning, mandat og arbeidsform

### 1.1.1 Oppnevning og sammensetning av ekspertgruppen

Helse- og omsorgsdepartementet oppnevnte 31. januar 2024 en ekspertgruppe til vurdering av saksbehandlingen i pasientskadeordningen. Dette var en oppfølging av Stortingets anmodning om «å gjennomføre en evaluering av Norsk Pasientskadeerstatning hvor rutiner for saksbehandling står sentralt. Stortinget ber også om at evalueringen inneholder anbefalinger»<sup>1</sup>.

Departementet besluttet at ekspertgruppen skulle ledes av en person fra academia. Gruppen skulle videre bestå av en advokat oppnevnt etter forslag fra Advokatforeningen, en lege oppnevnt etter forslag fra Den norske legeforening, en brukerrepresentant oppnevnt etter forslag fra Funksjonshemmedes fellesorganisasjon samt en representant fra offentlig forvaltning.

#### Boks 1.1 Ekspertgruppens medlemmer

- Bjørn Henning Østenstad (leder), professor ved Det juridiske fakultet, Universitetet i Bergen.
- Janne Larsen, advokat og partner i Advokatfirmaet Roander & co.
- Per Oretorp, assisterende generalsekretær/seniorrådgiver i Personskadeforbundet LTN.
- Ståle Onsgård Sagabråten, spesialist i allmenntilleggsmedisin, leder av fagstyret i Den norske legeforening.
- Camilla Nagelstad Dalland, jurist, avdelingsdirektør i Helfo.

I tillegg har ekspertgruppen hatt et sekretariat på fire personer bestående av Juliane Mekki (sekretariatsleder) og Nora Mork Østbø fra Helse- og omsorgsdepartementet, og Hanne Hagen og Anita Bjørke Skjold fra henholdsvis Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) og Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage).

<sup>1</sup> Vedtak 610, Dokument 8:80 S (2022-2023), Innst. 245 S (2022-2023).

### 1.1.2 Mandatet og ekspertgruppens forståelse og avgrensning av dette

Helse- og omsorgsdepartementet ba i mandatet ekspertgruppen om å:

- «beskrive gjeldende rutiner for saksbehandling, inkludert bruk og utvelgelse av sakkyndige, hvordan rutinene praktiseres og følges opp, og hvordan erstatningssøkerne ivaretas,
- vurdere hva som ev er utfordringene med dagens rutiner, herunder vurdere om og i hvilken grad rutinene er effektive og sørger for at saksbehandlingstiden kortes ned samlet i hele kjeden,
- komme med anbefalinger om hvordan saksbehandlingen, herunder rutinene, kan forbedres,
- utrede de økonomiske og administrative konsekvensene av sine forslag, inkludert hvordan de foreslåtte tiltakene ev. vil påvirke saksbehandlingstid mv.

Gjennomgangen må ta utgangspunkt i dagens situasjon, som bl.a. viser stor økning i antall erstatningssøknader, samtidig som saksbehandlingstiden har gått ned. Berørte skal involveres/høres på egnet måte underveis i arbeidet. Med berørte menes pasienter, pårørende og advokater, men også interesseorganisasjoner m.m. kan være aktuelle aktører. Departementet forutsetter at gruppen har dialog med NPE og Helseklage/Pasientskadenemnda underveis i arbeidet.»

I mandatet var 1. juli 2024 satt som frist for overlevering av rapport. På grunn av streik i staten som også omfattet Helse- og omsorgsdepartementet, lot det seg imidlertid ikke gjøre å overholde denne tidsfristen. Etter at streiken var avsluttet, ble ny dato for overlevering satt til 22. august, hensyntatt mellomliggende ferieavvikling.

Mandatet omhandler de saksbehandlingsmessige sidene ved pasientskadeordningen, altså den formelle håndteringen av erstatningskrav. Gitt de

stramme tidsmessige rammene for arbeidet, har ekspertgruppen ikke hatt mulighet til systematisk å gjennomgå og vurdere *alle* spørsmål relatert til saksbehandlingen i NPE og Pasientskadenemnda/Helseklage. Gruppen har måtte gjøre tydelige prioriteringer ut fra hvilke problemstillinger som fremstår som de vesentligste med tanke på mandatet og basert på det tilgjengelige informasjonsgrunnlaget. Erstatningssøkers perspektiv har stått særlig i fokus, i samsvar med mandat. Samtidig har gruppen vært opptatt av at også helsepersonell bør ivaretas på en god måte for å sikre tillit til ordningen, dette er omtalt i et eget kapittel.

Gruppen har lagt til grunn at saksbehandlingen i pasientskadesakene særlig må vurderes i lys av tre sentrale verdier: *saksfremdrift* (hurtighet), *kvalitet* (riktig avgjørelse) og *tillit* (herunder ivaretagelse av erstatningssøker). Når det for øvrig gjelder ekspertgruppens tilnærming til arbeidet, vises til kapittel 4 der overordnede utgangspunkt og vurderinger er redegjort for.

Ekspertgruppen har lagt til grunn for sine vurderinger og anbefalinger at eventuelle tiltak må forventes gjennomført uten betydelig tilførsel av friske midler til etatene, jf. forutsetningen i mandatet om at gruppen skal «ta utgangspunkt i dagens situasjon». Ekspertgruppen påpeker imidlertid at eventuelle økte bevilgninger til etatene ville kunne gjøre det mulig for eksempel å ansette flere saksbehandlere og slik redusere saksbehandlingstid, eller investere i å forbedre saksbehandlingssystemet.

Utenfor oppdraget faller materielle spørsmål, inkludert praktiseringen av lovens vilkår for erstatning. Gruppen har vurdert at blant annet spørsmål om foreldelse er materielt og derfor faller utenfor mandatet. Bevisvurdering ligger i et grenseland mellom materielle spørsmål og saksbehandling, og enkelte spørsmål er berørt i punkt 8.7. Gruppen har videre lagt til grunn at

hovedelementene i dagens modell for organisering av pasientskadeordningen ligger fast. Ved søksmål prøver retten kravet som sådan, og altså ikke forvaltningsvedtaket, jf. pasientskadeloven § 18 første avsnitt.<sup>2</sup> Dermed faller også domstolsprøvingen utenfor utvalgets mandat.

Ekspertgruppen har vært seg bevisst de begrensninger mandatet setter. Gruppen vil samtidig påpeke at en del problemstillinger ligger i skjæringspunktet mellom materielle regler og saksbehandlingsspørsmål. Slike vil eventuelt kunne utredes som ledd i en bredere og mer helhetlig gjennomgang av pasientskadeordningen, dersom det blir vurdert som ønskelig. Blant annet er det overfor gruppen reist spørsmål om kravet til økonomisk minstepap som i dag er 10 000 kroner, bør heves.<sup>3</sup> Et slikt grep kan begrense antall søknader til NPE, med antatt betydning for saksbehandlingstiden, men er et materielt spørsmål som faller utenfor mandat. Rutiner i Helseklages rettsakseksjon, herunder bruk av sakkyndige, har ikke blitt vurdert av gruppen. Spørsmål om sakkyndigarbeid i pasientskadesaker for domstolene er et annet tema som faller utenfor gruppens mandat, men hvor gruppen ser at det kan være behov for å vurdere en gjennomgang av rutineene da det er en klar kobling til sakkyndigarbeid i forvaltningen. Gruppen har, gitt mandatet, ikke gått inn i spørsmål om opplæring av sakkyndige i domstolene, men vil på generelt grunnlag peke på betydningen av god rolleforståelse blant sakkyndige.

En annen problemstilling som er reist, men som også faller utenfor mandat, gjelder spørsmålet om en mer systematisk utnyttelse av etatenes praksis i pasientskadesaker som ressurs i helse- og omsorgstjenestenes løpende pasientsikkerhetsarbeid. Ekspertgruppen vil påpeke at pasientskadeordningen er en del av det samlede systemet for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten og viser til vurderinger og anbefalinger i Varselutvalgets rapport *Fra varsel til forbedring og læring*<sup>4</sup>.

### 1.1.3 Arbeidsform og involvering

#### *Utvalgets møter og bidrag fra eksterne*

I perioden fra 31. januar 2024 til og med 10. juni 2024 hadde ekspertgruppen totalt syv fysiske heldagsmøter og ett digitalt møte. Det har også vært skriftlig kommunikasjon mellom møtene. Seks av møtene ble avholdt i Oslo, og ett i Bergen. Tre av møtene inkluderte eksterne bidragsyttere til arbeidet, herunder pasient- og brukerorganisasjoner, NPE og Helseklage. Fem av møtene ble avholdt med kun ekspertgruppen og sekretariatet til stede. Se boks 1.2. om møtenes innhold.

<sup>2</sup> Dette er også slått fast av Høyesterett, jf. for eksempel HR-2022-1132-A, avsnitt 24, med videre henvisninger.

<sup>3</sup> Pasientskadeloven § 4 første avsnitt.

<sup>4</sup> Varselutvalget, *Fra varsel til læring og forbedring*, anbefaling nr 5.



## Boks 1.2 Møter i ekspertgruppen

Møtedato	Hovedtema
31. januar	<ul style="list-style-type: none"><li>• Orientering om bakgrunn for arbeidet v/HOD</li><li>• Gjennomgang av mandatet og plan for videre arbeid</li></ul>
16. februar	<ul style="list-style-type: none"><li>• Besøk hos NPE</li><li>• Presentasjon av saksbehandlingsrutiner, dagens situasjon og utfordringer med bl.a. saksbehandlingstid, samt relevant pågående arbeid i etaten v/ NPE</li><li>• Møter med saksbehandlere og sakkyndige i NPE</li></ul>
1. mars	<ul style="list-style-type: none"><li>• Innspillsmøte med pasient- og brukerorganisasjoner</li></ul>
11. mars	<ul style="list-style-type: none"><li>• Besøk hos Helseklage i Bergen</li><li>• Presentasjon av saksbehandlingsrutiner, dagens situasjon og utfordringer med bl.a. saksbehandlingstid, samt relevant pågående arbeid i etaten v/ Helseklage</li><li>• Møte med leder i Pasientskadenemnda, intern rådgivende lege, medisinsk sakkyndig nemndmedlem og saksbehandlere i Helseklage</li></ul>
19. mars	<ul style="list-style-type: none"><li>• Oppsummering og diskusjon av skriftlige innspill</li><li>• Gjennomgang av tekstutkast og videre drøfting av problemstillinger og tiltak</li></ul>
19. april	<ul style="list-style-type: none"><li>• Videre gjennomgang av utkast til rapporttekst, drøfting av tiltak og mulige anbefalinger</li></ul>
13. mai	<ul style="list-style-type: none"><li>• Videre gjennomgang av utkast til rapporttekst, drøfting av tiltak og mulige anbefalinger</li></ul>
31. mai	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avlyst som konsekvens av streik i staten</li></ul>
10. juni	<ul style="list-style-type: none"><li>• Digitalt møte</li><li>• Gjennomgang av anbefalinger</li></ul>

### ***Innspillsmøte med pasient- og brukerorganisasjoner***

Ekspertgruppen inviterte 15 pasient- og brukerorganisasjoner til et innspillsmøte i Helse- og omsorgsdepartementets lokaler, 1. mars. Deltakende organisasjoner var Kreftforeningen, Pasient- og brukerombudet i Oslo, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, Mental Helse Norge, Pensjonistforbundet, Pårørendealliansen, LIN (Likestilling, Inkludering og Nettverk), og Pasi-

entskadeforeningen. Tema for møtet var brukerperspektivet og tillit til pasientskadeordningen.

### ***Skriftlige innspill***

Det ble invitert til å gi skriftlige innspill, både fra enkeltpersoner og organisasjoner. I løpet av februar og mars 2024 har 27 enkeltpersoner kommet med innspill til ekspertgruppens arbeid. Ekspertgruppen har gjennomgått innspillene og behandlet disse som en del av gruppens arbeidsprosess.

Gruppen har også mottatt skriftlige innspill fra Advokatforeningen, Kreftforeningen, Legeforeningen, Optikerbransjen, Pasientskadeforeningen, Pårørendealliansen og LIN (Likestilling, Inkludering og Nettverk).

Statistikk og beskrivelse av saksbehandlingsrutiner og praksis er i hovedsak basert på dokumentasjon utarbeidet av NPE og Helseklage, til dels gjennom særskilte skriftlige bestillinger til etatene fra ekspertgruppen. Grafer og tabeller er basert på tall fra NPE/Helseklage. Etatene har også bidratt med økonomiske og administrative vurderinger av enkelte forslag.

### *Individuelle samtaler*

Gruppen har gjennomført individuelle samtaler over Teams med ti personer som tidligere har vært saksbehandlere i NPE eller Helseklage, fire personer som tidligere har vært avtalesakkyndige i NPE, én ressursperson på sakkyndigarbeid uten tilknytning til etatene samt tre nåværende brukerrepresentanter i Pasientskadenemnda. Samtalene hadde karakter av bakgrunnsamtaler for å utfylle ekspertgruppens informasjonsgrunnlag.

## 1.2 Oppsummering av innspill til ekspertgruppen

Ekspertgruppen har gjennomgått alle skriftlige innspill til arbeidet, og en oppsummering av (anonymiserte) skriftlige innspill fra privatpersoner ble diskutert på ekspertgruppemøtet 19. mars. Gruppen har sett hen til ulike innspill gjennomgående i arbeidet, og blant annet er de innarbeidet i rapportens øvrige kapitler. Her beskrives enkelte hovedtrekk i innspillene.

Gruppen har mottatt flere innspill som beskriver opplevelsen av å stå i en vanskelig prosess med NPE og Helseklage. Flere omtaler venteperioden fra søknaden er sendt til vedtaket kommer, som

en belastning. Mangelfull kommunikasjon og veiledning til erstatningssøker trekkes frem som en viktig årsak til dette. Flere etterlyser bedre veiledning av erstatningssøker i tidlig fase av søknadsprosessen, allerede før søknadsskjemaet er sendt inn. Manglende avklaringer og statusoppdateringer fra NPE og Helseklage beskrives som utfordrende, spesielt når saken blir forsinket eller saksbehandlingstiden av andre grunner blir uventet lang. Noen beskriver en opplevelse av å stå alene når et avslag kommer, uten tilstrekkelig informasjon eller veiledning til å vurdere klagemuligheten. De som påklager et avslagsvedtak kan i tillegg oppleve lang saksbehandlingstid i klageinstansen som en ekstra belastning.

Innspill angående kommunikasjon med etatene, fremhever et vanskelig medisinsk og juridisk fagspråk, og flere beskriver det som utfordrende å tolke og følge opp dokumentene de er forelagt. Kreftforeningen skriver i sitt innspill:

«Mange pasienter forstår ikke innholdet i den sakkyndige vurderingen. Vi bruker også mye tid og ressurser på å «tolke» de sakkyndige erklæringene for pasientene. Den skadelidte får tilsendt behandlingsstedets uttalelse og medisinsk sakkyndig vurdering for kommentar. Disse er gjerne spekket med medisinske ord og uttrykk som skadelidte ikke har forutsetninger for å forstå og heller ingen mulighet til å imøtegå.»

Gruppen har mottatt flere innspill som omhandler hvilket faktum som danner grunnlag for vedtaket. Flere enkeltpersoner beskriver at viktige opplysninger ikke er oppført i journalen, eller at informasjonen som finnes der ikke samsvarer med egen opplevelse av hva som har skjedd. Flere opplever at deres egen vurdering av egen sykehistorikk og helsetilstand ikke «vinner frem» sett opp mot journalen, og i forlengelsen også den sakkyndiges vurdering. Innspill gruppen har

fått fra diverse organisasjoner understøtter disse opplevelsene.

Forhold knyttet til sakkyndigvurderinger er et sentralt tema i innspillene til ekspertgruppen. Flere organisasjoner problematiserer at noen sakkyndige har vært tilknyttet NPE lenge, og at dette kan medføre problemer med rolleforståelse og uavhengighet. Advokatforeningen anbefaler at det vurderes en åremålsordning for sakkyndige i NPE. Legeforeningen anbefaler at det jobbes for å rekruttere flere aktive klinikere til å være sakkyndige i NPE.

I møtet ekspertgruppen hadde med pasient- og brukerorganisasjoner 1. mars 2024, fremmet LIN (Likestilling, Inkludering og Nettverk) viktigheten av tilgjengelig informasjon og at pasientskadeordningen er synlig overfor minoritetsgrupper. Ikke minst i lys av språklige og kulturelle barrierer. Gruppen har også mottatt innspill som adresserer utfordringer knyttet til manglende digital kompetanse i deler av befolkningen, blant annet fra Pasient- og brukerombudet i Oslo og Pensjonistforbundet.

### 1.3 Om rapportens struktur og innhold

Ekspertgruppens rapport består av 13 kapitler. Kapittel 2 gir en beskrivelse av pasientskadeordningen, særlig organiseringen av Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) og Pasientskadenemnda med sekretariat (Helseklage), og status og utviklingstrekk i sakstilfanget. Kapittel 3 gir en oversikt over sentrale bestemmelser og interne retningslinjer som regulerer saksbehandlingen i etatene, og presenterer saksgangen i de to etatene i dag. Beskrivelsene av dagens situasjon i dette kapittelet danner grunnlaget for ekspertgruppens vurderinger og anbefalinger i de påfølgende kapitler.

Gruppens overordnede vurderinger presenteres i kapittel 4, mens kapittel 5 til 12 inneholder nærmere vurderinger og anbefalinger av de problemstillingene gruppen har prioritert å gå inn på gitt mandatet og rammene for arbeidet. Tiltak for å fremme raskere saksbehandling er tema i kapitlene 5, 6 og 7. Kapittel 8 gjelder kommunikasjon med erstatningssøker, kapittel 9 kvaliteten i sakkyndigarbeidet og kapittel 10 omhandler enkelte sider ved Pasientskadenemndas virksomhet. Kapittel 11 tar opp problemstillinger knyttet til utredning av saken, blant annet ved direkte kontakt mellom den sakkyndige og erstatningssøker, og i kapittel 12 er kommunikasjonen med helsepersonell tema. Kapittel 13 inneholder overordnede vurderinger av økonomiske og administrative konsekvenser av anbefalingene i rapporten.

## 2 Om pasientskadeordningen

### 2.1 Innledning

Pasientskadeordningen i Norge er etablert for å gi pasienter som har blitt skadet som følge av svikt ved helsehjelp, lett tilgang til den økonomiske erstatning de har krav på. Det er Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) som er ansvarlig, på vegne av staten.<sup>5</sup> Både NPE og Pasientskadenemnda som klageinstans, er faglig uavhengige forvaltningsorganer.<sup>6</sup> Bakgrunnen for den norske pasientskadeordningen er å ivareta skadelidtes interesser i sterkere grad enn det som følger av alminnelig erstatningsrett, blant annet å unngå de bevisproblemer og det fokus på enkeltpersoners feil og skyld som følger av de generelle reglene.<sup>7</sup> Saksbehandlingen er gratis, og det er etatene som utreder saken og treffer enkeltvedtak.

Forløperen til pasientskadeloven som trådte i kraft 1. januar 2003, var midlertidige regler for somatiske sykehus (fra 1988). Disse ble utvidet til også å omfatte psykiatriske sykehus, poliklinikker, kommunelegetjenesten og kommunal legevakt fra 1. juli 1992. Før dette gjaldt alminnelige erstat-

ningsrettslige regler. Privat helsetjeneste ble en del av pasientskadeordningen 1. januar 2009.

#### Boks 2.1 Finansiering av pasientskadeordningen

Saksbehandlingen i NPE og Helseklage er gratis for erstatningssøker.

Finansiering av pasientskadeordningen er regulert i pasientskadeloven kapittel 2, med nærmere bestemmelser i kapittel 5 i forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda. Helse- og omsorgsdepartementet «dekker kostnadene til driften» (§ 16 andre avsnitt). Tilskudd til dekning av erstatningsbeløpene ytes av helsetjenesten (§ 16), og det kan også kreves egenandel av skadevolder (§ 17).

Fordelingen av tilskudd mellom de fire regionale helseforetakene, blir beregnet ut fra hvor stor andel av erstatningsutbetalingene de siste fem årene det enkelte regionale helseforetaket står for. NPE beregner beløpene som skal betales, ut fra sin prognose for erstatningsutbetalinger. Et eventuelt avvik mellom innbetalt tilskudd og faktisk utbetalt erstatning justeres ved en avregning året etter.

Fylkene finansierer utbetalinger for den offentlige tannhelsetjenesten, og kommunene finansierer utbetalinger i forbindelse med den kom-

<sup>5</sup> Pasientskadeloven § 6 første avsnitt.

<sup>6</sup> Forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda §§ 1 og 2. I § 2 står det: «Departementet kan ikke instruere Norsk Pasientskadeerstatning eller Pasientskadenemnda om lovtolkning, skjønnsutøvelse eller avgjørelse av enkeltsaker.»

<sup>7</sup> Pasientskadeloven har ingen formålsbestemmelse. Bakgrunnen for etableringen av ordningen er imidlertid beskrevet i Ot.prp.nr 31 (1998–1999) s. 7–9. Se også beskrivelse på NPE sine nettsider: <https://www.npe.no/Om-NPE/aktuelt/den-unike-norske-pasientskadeordningen-fyller-35-ar/>.

munale helse- og omsorgstjenesten. Fylkene og kommunene betaler en andel ut fra innbyggertallet.

Behandling av saker i privat helsetjeneste finansieres gjennom tilskudd fra private virksomheter som sysselsetter helsepersonell. Tilskuddene skal dekke alle utgifter knyttet til erstatningskravene, det vil si både erstatningsutbetalinger, utgifter til advokathjelp og driftsutgifter for NPE og Pasientskadenemnda.

I 2023 ble det utbetalt 1,4 mrd. kroner i erstatning.

Kilde: <https://www.npe.no/no/Om-NPE/Organisasjon/Finansiering-av-ordningen/>

De andre skandinaviske landene har også pasientskadeordninger. Sverige var først ute med innføring av sin i 1975.<sup>8</sup> Felles for ordningene i de tre landene Norge, Sverige og Danmark er at skyld ikke er et vilkår for ansvar. Pasientene kan fremme erstatningskravet sitt for spesialiserte forvaltningsorganer og trenger dermed ikke å gå direkte til domstolene. Selv om ordningene grunnleggende sett har mye til felles, er det også ulikheter. Ekspertgruppen har ikke hatt anledning til å gå nærmere inn på regelverk og praksis i de øvrige skandinaviske landene for å identifisere mulige læringspunkter.

## 2.2 Kort om vilkår for erstatning m.m.

Ekspertgruppens mandat er knyttet til saksbehandlingen. Det gis derfor bare en helt kort oversikt over vilkårene for erstatning og tilgrensende spørsmål. For øvrig vises det til erstatningsrettslig litteratur om pasientskadeordningen.

### Hva er en pasientskade?

En pasientskade er en skade som følge av svikt i behandlingen hos helsevesenet. Skaden kan være fysisk, psykisk eller av rent økonomisk art. Pasientskadeloven setter rammene for hva som anses som en pasientskade, hvilke behandlingssituasjoner som omfattes med mer.

Krav om erstatning må settes frem overfor NPE, se pasientskadeloven § 9.

### Vilkår for erstatning

Det er tre vilkår som må være oppfylt for å få erstatning:

1. Det må foreligge et ansvarsgrunnlag
2. Det må være årsakssammenheng mellom ansvarsgrunnlaget og skaden
3. Skaden må ha forårsaket et økonomisk tap og/eller varig medisinsk invaliditet

### Nærmere om ansvarsgrunnlag

Pasientskadeloven § 2 omhandler ansvarsgrunnlaget. Det er oppstilt ulike alternative vilkår:

#### § 2 bokstav a: Svikt ved ytelsen av helsehjelp.

Vurderingen av om det foreligger behandlingssvikt er knyttet til om behandlingen har vært i tråd med god medisinsk praksis. Også fravær av eller mangelfull informasjon om helsehjelp vil omfattes av denne bestemmelsen. Sviktbegrepet fanger opp feil og avvik, og omfatter både individuelle feil hos helsepersonell og systemfeil. Det er, som alt nevnt, ikke krav om utvist skyld.

#### § 2 bokstav b: Teknisk svikt ved apparat, redskap eller annet utstyr som er brukt ved ytelsen av helsehjelp.

<sup>8</sup> Se nærmere Haugen/Søvig (2023).

Det har vist seg at få saker omhandler teknisk svikt. Et konkret eksempel fra praksis er at et embryo (befruktet egg) ble ødelagt under oppbevaring i et kjøleskap som ikke virket.

### **§ 2 bokstav c: Smitte eller infeksjon, når dette ikke i hovedsak skyldes pasientens tilstand eller sykdom.**

Infeksjonsbestemmelsen er ment å omfatte infeksjoner og smitte som helsetjenesten er nærmest til å verne pasientene mot. Pasienten har krav på erstatning så lenge infeksjonen eller smitten i hovedsak ikke skyldes pasientens tilstand eller sykdom.

### **§ 2 bokstav d: Vaksinasjon.**

Bestemmelsen gir staten et objektivt ansvar for skader/upåregnelige skadevirkninger som følge av vaksiner.

### **§ 2 tredje avsnitt: unntaksregel/sikkerhetsventil**

Som hovedregel må det foreligge behandlingssvikt for at man skal kunne få erstatning etter pasientskadelovens regler. I pasientskadeloven § 2 tredje avsnitt er det gjort et unntak fra dette. Bakgrunnen er blant annet beskrevet i pasientskadelovens forarbeider.<sup>9</sup> Bestemmelsen er ment å være en sikkerhetsventil og skal kun brukes i særlige tilfeller. Forarbeidene omtaler dette som tilfeller hvor det oppstår en svært sjelden og alvorlig komplikasjon «som ikke står i rimelig sammenheng med det forhold pasienten ble behandlet for». Målet er å fange opp pasienter som har kommet særlig uheldig ut av behandlingen, selv om det ikke foreligger behandlingssvikt. Kravet om årsakssammenheng er likevel gjeldende, og

det må være den medisinske behandlingen som har ført til skaden.

### **Nærmere om årsakssammenheng**

Selv om det foreligger svikt i behandlingen, må svikten i tillegg være årsaken til skaden som har oppstått. Dette fremgår blant annet i pasientskadeloven § 2: «Pasienten og andre som har lidt tap på grunn av en pasientskade, har krav på erstatning *når skaden skyldes ...*»

Som ellers i erstatningsretten kreves det sannsynlighetsovervekt for at kravet til årsakssammenheng er oppfylt. Det betyr at det må være mer enn 50 prosent sannsynlig at svikten har ført til skaden.

Det er viktig å skille mellom skade som følge av grunnlidelsen og skade som følge av mangelfull behandling. I tillegg må det også foreligge såkalt rettslig årsakssammenheng. Dette innebærer at skaden ikke kan være en så upåregnelig, fjern og avledet følge av den mangelfulle behandlingen at det ikke er rimelig å knytte ansvar til den.<sup>10</sup>

### **Krav til skadeomfang**

Det fremgår av pasientskadeloven § 4 at det økonomiske tapet må være på minst 10 000 kroner. Kravet om tapets minstepågang i § 4 ikke er oppfylt, kan rettes direkte mot behandlingsstedet eller aktuelt helsepersonell. Menerstatning omfattes av pasientskadeordningen, selv om det ikke foreligger et økonomisk tap. Skaden må imidlertid være «varig og betydelig», noe som innebærer at den må utgjøre minst 15 prosent medisinsk invaliditet og vare i minst ti år.<sup>11</sup>

### **Erstatningsberegning**

Erstatningsberegningen gjøres etter kapittel 3 i skadeerstatningsloven, jf. pasientskadeloven § 4.

<sup>9</sup> Ot.prp.nr.31 (1998–1999) s. 90–91.

<sup>10</sup> Se blant annet Rt. 2007 s.172.

<sup>11</sup> Forskrift om menerstatning ved pasientskader § 3.

Her finner vi regler om beregning av inntektstap, merutgifter, ménerstatning, barneerstatning og forsørgertap.

Eksempler på økonomisk tap er tap som følge av redusert eller bortfall av arbeidsevne, redusert hjemmearbeidsevne, utgifter til behandling og medisiner, utgifter til bil/økt transportbehov, gravferdsutgifter, boligtilpasning, merutgifter til pleie og omsorg, forsørgertap og tredjepersonstap.

For skader som oppfyller kravet om minst 15 prosent varig medisinsk invaliditet, skal det, som alt nevnt, tilkjennes ménerstatning. Ménerstatning er erstatning for et ikke-økonomisk tap, og skal kompensere for tapt livsutfoldelse som følge av pasientskaden. Erstatningen er her langt på vei standardisert ut fra størrelsen på varig medisinsk invaliditet. Størrelsen på varig medisinsk invaliditet fastsettes etter forskrift om menerstatning ved pasientskader. Pasientskader i saker som er meldt NPE før 15.03.2021 vurderes etter forskrift om menerstatning ved yrkesskader.

Utenfor pasientskadeordningen faller erstatning for tort og svie (oppreisningserstatning).

## 2.3 Etatene

### 2.3.1 Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)

Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) er et statlig forvaltningsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, som behandler erstatningskrav fra pasienter som mener de har blitt påført skade etter behandling innen helsetjenesten. NPE er opprettet i medhold av pasientskadeloven § 6 og nærmere bestemmelser er gitt i forskrift.<sup>12</sup>

NPE har tre hovedoppgaver<sup>13</sup>:

1. Behandle krav og utbetale erstatning for skader som omfattes av pasientskadelovens virkeområde.
2. Sørge for at det blir utarbeidet og formidlet informasjon om erstatningsordningen og pasientskadeloven til helsepersonell og pasienter.
3. Legge til rette for at opplysninger om statistikk og oversikt over skader, skadeomfang og risiko gjøres tilgjengelig i det skadeforebyggende arbeidet.

#### 2.3.1.1 Organisering

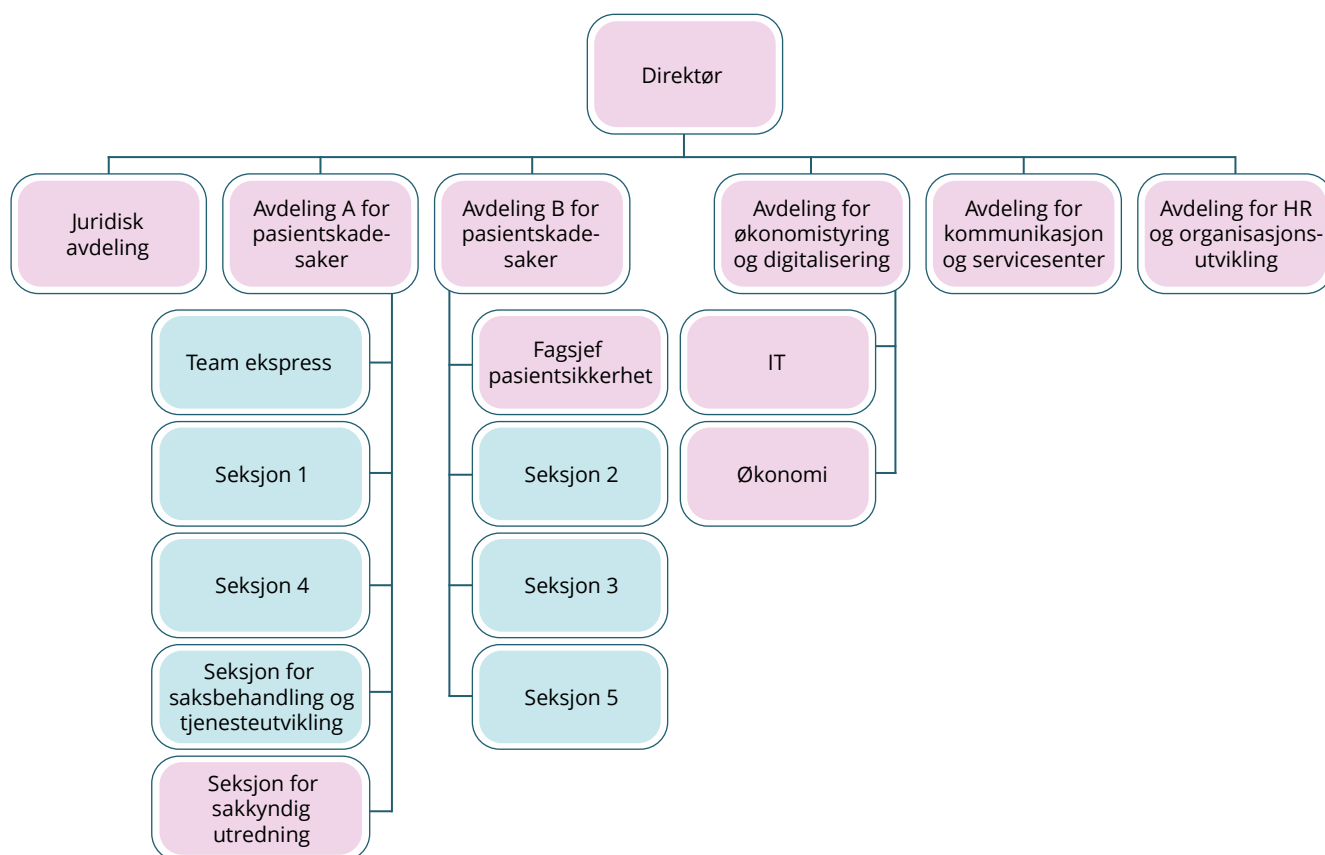
NPE hadde i 2023 totalt 142,7 årsverk<sup>14</sup>, hvorav 103,1 jobbet med saksbehandling (inkludert ledere). Staten er organisert med to avdelinger (A og B) som håndterer pasientskadesaker. NPE har syv saksbehandlingsseksjoner (markert i blått i figur 2.1) som er fordelt på de to avdelingene. Avdelingene er sidestilte, men med ansvar for forskjellig medisinske områder. Under avdeling A ligger seksjon for saksbehandling og tjenesteutvikling. Denne seksjonen skal i tillegg til saksbehandling drive med utvikling av oppgaver knyttet til digitale arbeidsprosesser. Seksjon for sakkyndig utredning er plassert under avdeling A. Etatens pasientsikkerhetsarbeid (fagsjef pasientsikkerhet) er lagt under avdeling B.

<sup>12</sup> Forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda.

<sup>13</sup> Forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda. §§ 3 og 4.

<sup>14</sup> Årsrapport 2023, Norsk Pasientskadeerstatning, s.17.

Figur 2.1 Organisasjonskart Norsk pasientskadeerstatning



Kilde: NPE

### 2.3.1.2 Styringskrav fra Helse- og omsorgsdepartementet

I tildelingsbrevet for 2024 satt Helse- og omsorgsdepartementet følgende hovedmål for NPE:

- «Rask og god saksavvikling skal ha høyeste prioritet i Norsk pasientskadeerstatnings arbeid.
- Balansen mellom grundighet og tidsbruk skal vurderes kontinuerlig»

Følgende styringsparametere ble satt for 2024:

- «80 % av sakene der erstatningssøkeren er tilkjent erstatning (medholdssakene) skal være ferdigbehandlet innen det har gått 24 måneder
- Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for disse sakene skal ikke overstige 14 måneder

- 85 % av sakene der erstatningssøkeren ikke tilkjennes erstatning (avslagssakene) skal være ferdigbehandlet innen det har gått 12 måneder
- Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for disse sakene skal ikke overstige 9 1/2 måneder
- NPE skal i 2024 ha under 3 % av saker som har vært under ansvarsvurdering lengre enn to år. Videre skal under 5 % av de løpende beregnings-sakene ha vært under beregning over to år»<sup>15</sup>

Styringsparametere har vært forholdsvis stabile de siste fem årene med vekt på å redusere saksbehandlingstid (se tabell 1.1 i vedlegget).

<sup>15</sup> Tildelingsbrevet til Norsk Pasientskadeerstatning for 2024.



### 2.3.2 Pasientskadenemnda og Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage)

Pasientskadenemnda behandler klager på vedtak fra Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) om helt eller delvis avslag på erstatning etter behandlingssvikt i helsetjenesten.<sup>16</sup> Helseklage er sekretariat for Pasientskadenemnda og utreder klagesakene for nemnda,<sup>17</sup> eller fatter vedtak etter delegert myndighet. Helseklage er også prosessfullmektig (den som fører saken for retten) når staten ved Pasientskadenemnda blir saksøkt.<sup>18</sup> Videre i rapporten vil betegnelsen «Pasientskadenemnda/Helseklage» benyttes om forhold som gjelder klageinstansen i pasientskadesaker (nemnda med Helseklage som sekretariat). Når det omtales forhold som spesifikt retter seg mot organisering og drift av sekretariatet, eller Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten som egen enhet, vil benevnelsen «Helseklage» brukes. I de tilfellene ekspertgruppen viser til Pasientskadenemnda som egen enhet brukes «Pasientskadenemnda» eller «nemnda» som benevnelse.

#### 2.3.2.1 Pasientskadenemnda

Pasientskadenemnda er opprettet i medhold av pasientskadeloven § 16 og nærmere bestemmelser er gitt i forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda. Pasientskadenemndas medlemmer oppnevnes for tre år av gangen av Helse- og omsorgsdepartementet.<sup>19</sup>

Etter pasientskadeloven § 16 første avsnitt skal det oppnevnes leder, nestleder og medlemmer i nemnda. Nemnda settes sammen av jurister, leger og brukerrepresentanter. Nemnda har 25 medlemmer per 1. januar 2024, fordelt på de ovennevnte rollene. Hvordan oppnevning av medlemmer skjer er nærmere omtalt i punkt

10.2.2. Nemnda har møte omtrent en gang i uken, med unntak av ferietid. For å sikre forutsigbarhet, blir møteplanen satt opp på slutten av året for hele kommende år<sup>20</sup>. Nemndmedlemmene som er jurister kan ha rollen som «fungerende leder» i møtene hvor nemndas leder ikke deltar.<sup>21</sup> På grunn av nemndas møtehyppighet skjer dette ofte. I disse tilfellene signeres vedtaket med «fungerende leder». Nemnda skal «som hovedregel» settes med tre medlemmer,<sup>22</sup> men nemndas leder kan bestemme at saker skal behandles av fem medlemmer når sakens vanskelighetsgrad nødvendiggjør det.<sup>23</sup> I praksis settes det opp flest møter med tre medlemmer i løpet av et år, men det er også jevnlig møter med fem medlemmer.<sup>24</sup>

Pasientskadenemndas sammensetning i det enkelte møte er ikke fast, men rullerer blant medlemmene. For å sikre enhetlig praksis og forankring hos nemndas leder i mer prinsipielle saker, har nemnda etablert en ordning med «fast nemnd». Denne har en fast sammensetning, slik navnet tilsier. Ordningen er ikke direkte forankret i lov eller forskrift, men er utviklet internt. De som sitter i «fast nemnd» er nemndas leder og fire andre rutinerne nemndmedlemmer.

Den faste nemnda har tre møter jevnt fordelt over året. Dagsorden består av saker som andre nemndmedlemmer har bedt om skal behandles i fast nemnd, saker med tema som fast nemnd selv har bedt om, eller saker og problemstillinger som sekretariatet trenger avklaringer fra nemnda

<sup>16</sup> Pasientskadeloven § 15 første avsnitt.

<sup>17</sup> Pasientskadeloven § 17 andre avsnitt.

<sup>18</sup> Pasientskadeloven § 18 første avsnitt.

<sup>19</sup> Se pasientskadeloven § 16.

<sup>20</sup> I 2023 ble det avholdt 42 nemndmøter.

<sup>21</sup> Se pasientskadeloven § 16 fjerde og femte avsnitt om hvem som kan lede møtene.

<sup>22</sup> Pasientskadeloven § 16 andre avsnitt.

<sup>23</sup> Pasientskadeloven § 16 tredje avsnitt. I forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda § 13 andre avsnitt reguleres spørsmålet vedaktsførhet ved fall fra ett medlem til møter som skal behandles med fem medlemmer.

<sup>24</sup> I 2023 gikk 3 møter i fast nemnd, 11 møter i 5-nemnd og 28 møter i 3-nemnd.

på. Fast nemnd har enkelte ganger også prinsipielle diskusjoner uten konkrete saker tilknyttet. På grunn av nemndas funksjon og sakenes karakter, legges det færre saker til fast nemnd enn ordinære nemndmøter. Dette for å sørge for tilstrekkelig tid til å diskutere de prinsipielle spørsmålene. Dersom det er plass, fylles det på med «vanlige» erstatningssaker. Slik utnyttes møtene i fast nemnd mest mulig effektivt.

### 2.3.2.2 Helseklage

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage) er et statlig forvaltningsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet som behandler klagesaker fra helse- og omsorgssektoren. Som alt nevnt er sekretariatsfunksjonen for Pasientskadenemnda lagt til Helseklage, jf. pasientskadeloven § 17 tredje avsnitt: «Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten er sekretariat for nemnda og forbereder nemndas saker.» I rollen som sekretariat for Pasientskadenemnda, er Helseklage underlagt nemndas «faglige instruksjon».<sup>25</sup>

Helseklage har imidlertid flere oppgaver. Organet skal ivareta rettssikkerheten til brukere og ansatte i helsetjenesten, og er klageinstans for over 70 ulike sakstyper fra 14 offentlige instanser.<sup>26</sup> Helseklage er sekretariat for tre uavhengige nemnder, Apotekklagenemnda, Statens helsepersonellnemnd og Pasientskadenemnda.<sup>27</sup>

Helseklage hadde i 2023 totalt 154 årsverk. To avdelinger arbeider med pasientskadeerstatning<sup>28</sup>, og disse hadde i 2023 68,5 årsverk.<sup>29</sup> Saksbehandlerne jobber i team på tvers av pasientskadeavdelingene. Noen team er spesialisert på beregning, mens andre team er spesialisert på ansvarsspørsmål. Enkelte team er også spesialisert innenfor konkrete fagfelt, for eksempel psykiatrisaker. Teamene har hver sin liste over saker som teamet er ansvarlig for, hvor det er gjort et uttrekk fra saksøkøen. Det finnes også et eget SIL-team som har ansvar for å håndtere saker som i utgangspunktet er vurdert å kunne håndteres raskt i sekretariatet og forventes å gå til nemnd.

Saksbehandlerne i avdelingene er i hovedsak jurister, men det er også noen med mastergrad i samfunnsvitenskap. Pasientskadeavdelingene er kun delt av administrative årsaker. De jobber med de samme typene av oppgaver og altså i team på tvers.

<sup>25</sup> Prop. 9L (2015–2016) punkt 3.4.1.

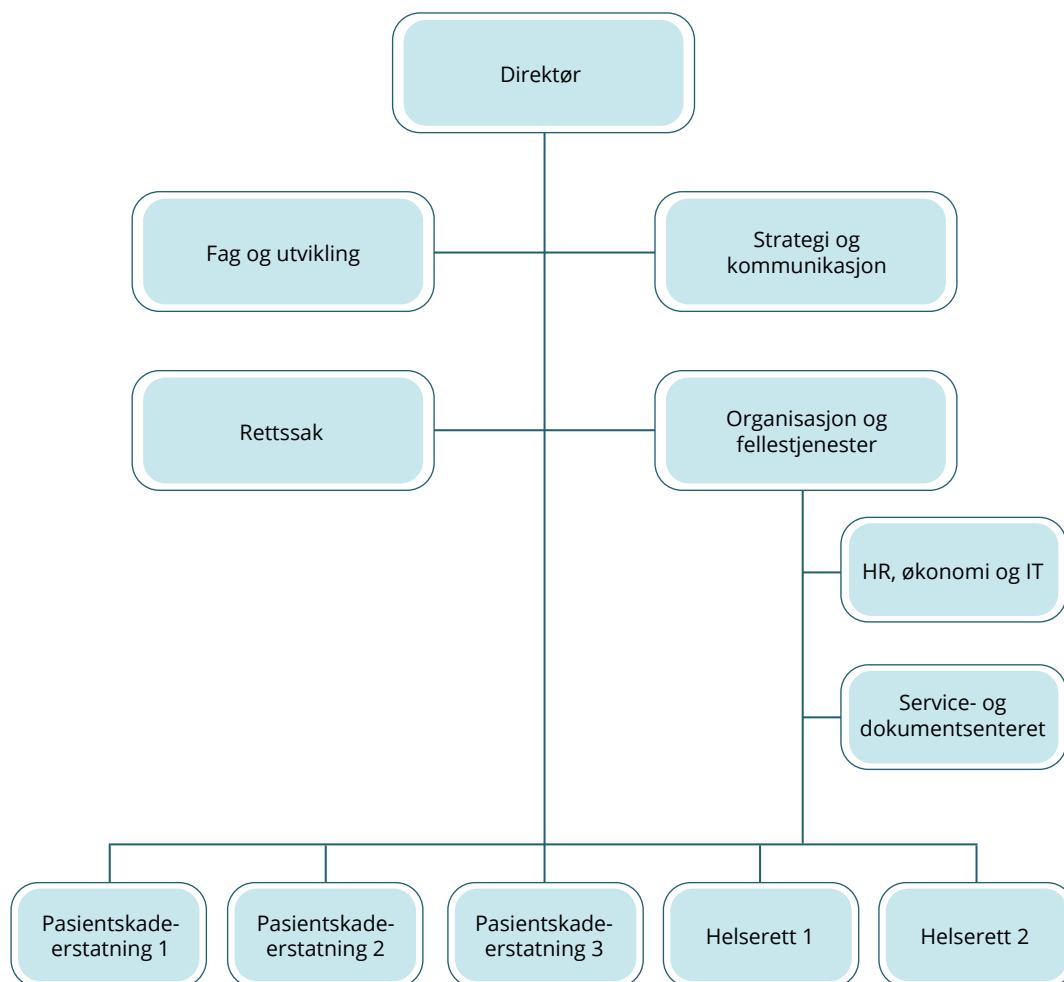
<sup>26</sup> Direktoratet for medisinske produkter, Folkehelseinstituttet, Helfo, Helsedirektoratet, Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF, Luftfartstilsynet, Norsk helsearkiv, Norsk pasientskadeerstatning, Oslo universitetssykehus, Statens helsetilsyn, Statsforvalteren

<sup>27</sup> Prop. 9L (2015–2016) punkt 3.4.1.

<sup>28</sup> Helseklage har formelt sett tre pasientskadeavdelinger, men en av lederne fungerer for tiden som konstituert leder for Service- og dokumententeret. Det er derfor i praksis to avdelinger i dag.

<sup>29</sup> Årsrapport 2023, Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten, s. 13. Avtalte årsverk var 154, utførte årsverk var 135.

Figur 2.2 Organisasjonskart Helseklage



Kilde: Helseklage

### 2.3.2.3 Styringskrav fra Helse- og omsorgsdepartementet

I tildelingsbrevet for 2024 var de overordnede prioriteringene å redusere omfanget av eldre saker, og holde saksbehandlingstiden så lav som mulig innenfor vedtatte økonomiske rammer.

Generelle mål for Helseklage:

- «Opprettholde høy kvalitet i saksbehandlingen
- Sikre rask og god saksavvikling
- Gi alle som har en klagesak informasjon om

hvordan saken vil bli behandlet og hvor lang tid det forventes å ta

- Avgjørelsene skal være godt begrunnede og forståelige for brukerne
- Helseklages virksomhet skal gjøres godt kjent for alle målgruppene og offentligheten generelt»<sup>30</sup>

<sup>30</sup> Tildelingsbrev til Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten for 2024.

For pasientskadeordningen ble det satt følgende styringskrav i 2024:

- «Gjennomsnittlig saksbehandlingstid skal ikke overstige 12 måneder pr. 31.12.2024
- Samlet saksavvikling i 2024 skal være større enn samlet sakstilgang i 2024.»

Det er altså færre styringskrav for pasientskadeordningen i Helseklage enn det er for NPE, men i likhet med kravene til NPE er kravene fokusert på å redusere saksbehandlingstid. I 2019–2024 har antallet styringskrav variert mellom to og fire, men innholdsmessig har de handlet om økt saksavvikling, redusert gjennomsnittlig saksbehandlingstid og avvikling av eldre saker (se tabell 1.2 i vedlegg).

#### 2.3.2.4 Flytting fra Oslo til Bergen

I revidert nasjonalbudsjett for 2015 lanserte regjeringen planer for ny organisering i den sentrale helseforvaltningen, herunder etablering av Nasjonalt klageorgan for helsesektoren:

«Klagebehandlingen i helsesektoren samles i et større fagmiljø for å gi mer effektiv behandling og økt brukerorientering. Nasjonalt klageorgan for helsesektoren etableres som en ny etat bestående av sekretariatene for Pasientskadenemnda, Klagenemnda for behandling i utlandet, Preimplantasjonsdiagnostikknemnda og Statens helsepersonellnemnd. Relevante klagesaker som i dag behandles i Helsedirektoratet og Helfo, blir flyttet til det nye klageorganet. Det gjelder også relevante klagesaker som behandles i Helse- og omsorgsdepartementet.»<sup>31</sup>

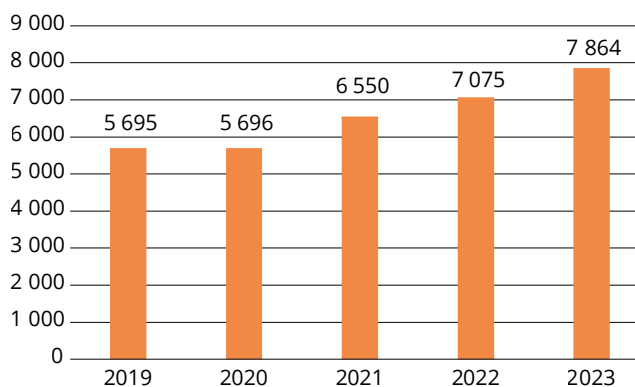
Regjeringen besluttet også at Nasjonalt klageorgan for helsesektoren skulle lokaliseres i Bergen, og at etableringen skulle skje over tre år. Omstillingsperioden ble utvidet med et år, og i

desember 2019 ble Oslo-kontoret avviklet.<sup>32</sup> Fra Pasientskadenemndas sekretariat var det kun 3 av 97 ansatte som valgte å flytte med fra Oslo til Bergen. Totalt i Helseklage var det estimert at man skulle ha 100 ansatte i Bergen. Da flyttingen var ferdigstilt ved utgangen av 2019, var det 140 ansatte i Bergen, og tilnærmet alle var nyansatte. I praksis ble det derfor bygget opp en helt ny virksomhet. Rekruttering og opplæring av ansatte tok tid, noe som fikk konsekvenser for saksbehandlingstiden. I perioden 2016–2019 økte restanser og saksbehandlingstid.

## 2.4 Status og utviklingstrekk i sakstilfang

### 2.4.1 Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)

Figur 2.3 Antall mottatte saker i perioden 2019–2023



Antall mottatte saker hos NPE har økt hvert år siden 2020. Det ble mottatt 2167 (38 prosent) flere saker i 2023 enn i 2019. Det har vært en økning i saker både fra offentlig og privat helsetjeneste i perioden. Antall innkomne saker fra privat helsetjeneste har økt med 54 prosent, fra 742 i 2019 til

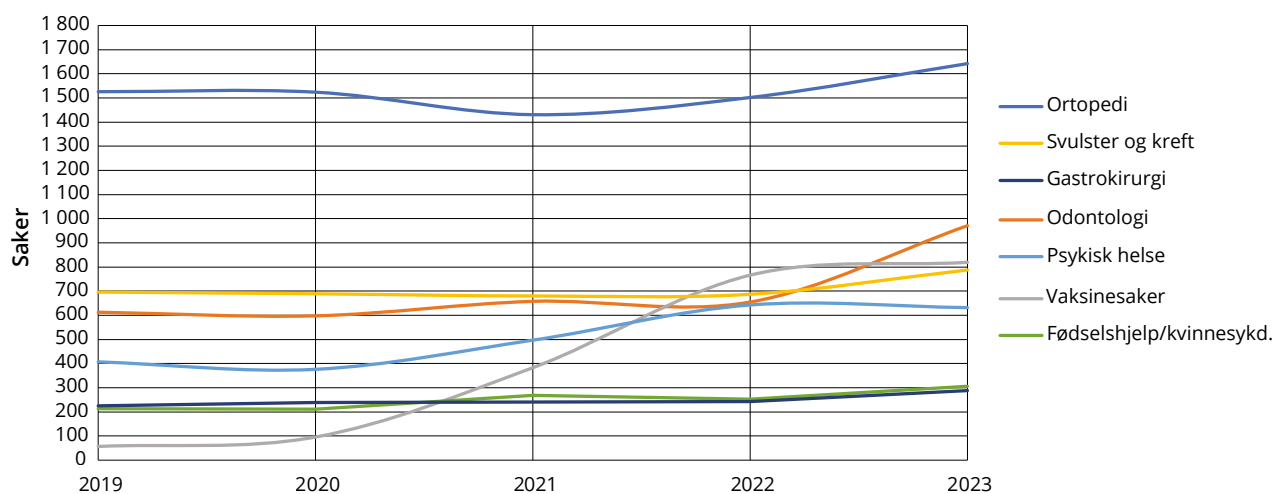
<sup>31</sup> Prop. 119 S (2014–2015) s.118.

<sup>32</sup> Rapport om etableringen av Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten. (Helseklage, 2020).

1144 i 2023. Dette skyldes i stor grad en økning i odontologi-saker. Økningen i saker fra offentlig helsetjeneste har vært mer beskjeden, fra 4727 saker i 2019, til 5242 saker i 2023. Dette tilsvarer en økning på om lag 11 prosent.

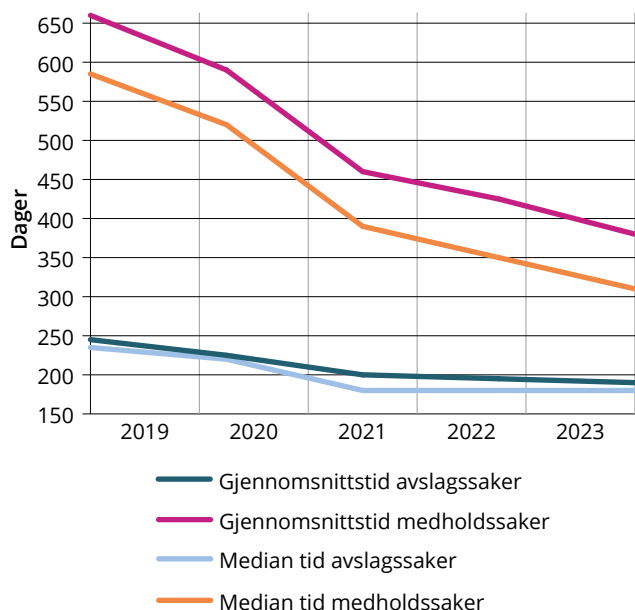
Ortopedi er det største fagområdet for erstatnings saker i NPE, og utgjorde 23 prosent av sakene i perioden 2019–2023. Fagområdene med størst vekst i antall saker fra 2019 til 2023, er vaksinesaker, psykisk helse, og odontologi, se figur 2.4.

**Figur 2.4** Utvikling i omfang av saker for de største fagområdene.



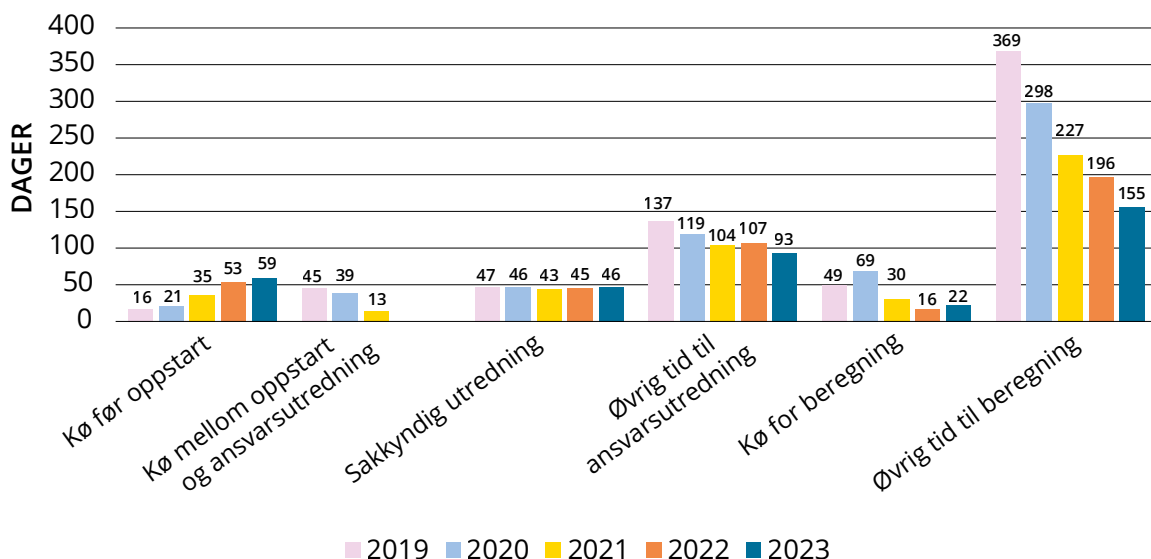
## Saksbehandlingstid

**Figur 2.5** Saksbehandlingstid i NPE



Saksbehandlingstiden i NPE er betydelig redusert de siste årene. Det tar lengre tid å behandle en medholdssak enn en avslagssak på grunn av tiden som går med til beregning av erstatningssum. I 2023 var gjennomsnittlig saksbehandlingstid for medholdssaker 384 dager. Dette er en reduksjon på 275 dager, eller 42 prosent, siden 2019. Saksbehandlingstid for en avslagssak var i snitt 193 dager i 2023, en reduksjon på 49 dager, eller 20 prosent, fra 2019.

Figur 2.6 Saksbehandlingstid i ulike faser i NPE

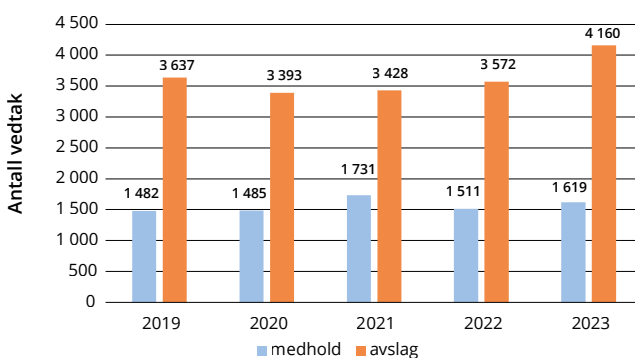


Som det fremgår av figur 2.6 har den kraftigste reduksjonen i saksbehandlingstid vært i beregning av erstatningssum. Denne tiden er redusert fra i overkant av ett år i 2019, til 155 dager i 2023. Tiden saken bruker på å stå i kø for beregning er også redusert. Nedgang i dager saken står i kø til oppstart av ansvarsutredning, samt selve ansvarsutredningen, bidrar også til reduksjonen i saksbehandlingstiden. Ordningen med innledende saksbehandling – som køen mellom oppstart og ansvarsutredning viser til – er for øvrig under avvikling, se omtale under punkt 6.2.2.

### Utvikling i antall og andel saker som får medhold

Figur 2.7 viser totalt antall medhold- og avslagsaker i NPE fra 2019 til 2023. Andelen saker som fikk medhold var lavest i 2023 på 28 prosent av alle saker, og høyest i 2021 på 34 prosent. Medholdsandelen har ligget relativt stabilt, med medhold på om lag av én av tre saker.

Figur 2.7 Utvikling i medhold- og avslagsvedtak



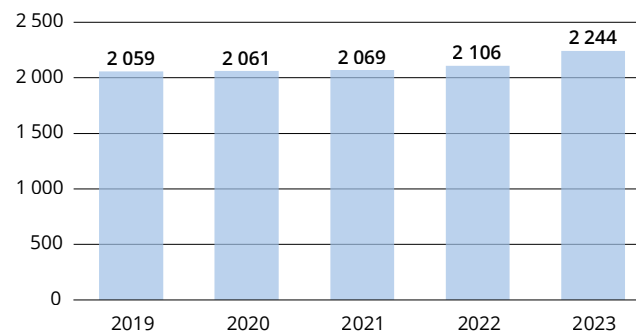
I 2023 var odontologi det medisinske området hvor det var størst andel medhold (53 prosent), etterfulgt av geriatri (48 prosent), og svulster og kreft (33 prosent). Det har vært en svært stor økning i medholdprosenten for vaksinesaker, fra 0,6 prosent i 2019 til 31 prosent i 2023.

### 2.4.2 Pasientskadenemnda/Helseklage

Antall nye klagesaker til Pasientskadenemnda/Helseklage har stabilt økt fra 2019 til 2023. Sammenlignet med 2019 hadde Pasientskadenemnda/

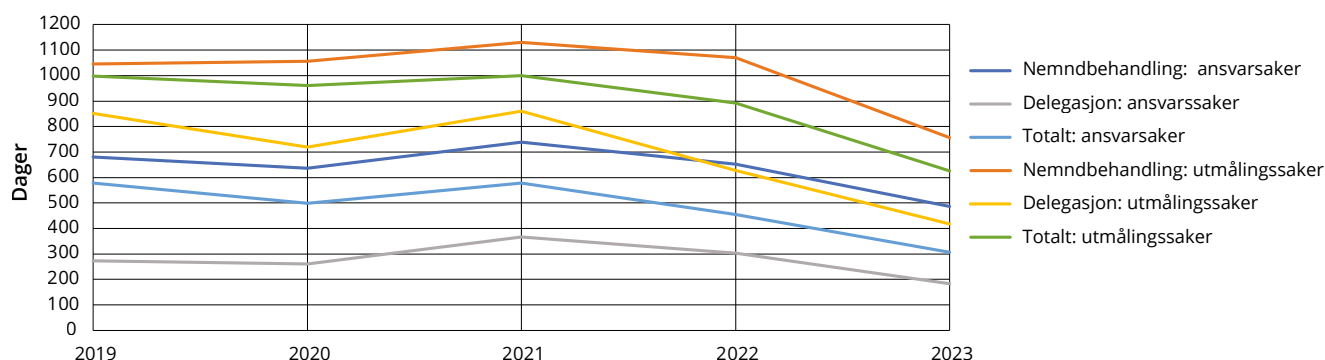
Helseklage 185 flere innkomne saker på pasientskadeområdet i 2023, en økning som tilsvarer 9 prosent. Innkomne klagesaker til Pasientskadenemnda/Helseklage henger sammen med sakstilfang og saksavvikling i NPE. Den betydelige økningen i antall innkomne saker til NPE i 2021 gir først fullt utslag i økning i nye saker til Pasientskadenemnda/Helseklage i 2023.

**Figur 2.8** Antall innkomne saker i Helseklage



Kilde: Helseklage

**Figur 2.9** Gjennomsnittlig saksbehandlingstid i Helseklage.



Statistikken viser at behandlingen av saker som avsluttes i nemnda gjennomgående tar lenger tid enn saker hvor vedtak fattes på delegasjon av sekretariatet. Likt som hos NPE, tar beregningssaker lenger tid å behandle enn ansvarssaker.

Saksbehandlingstiden i Pasientskadenemnda/Helseklage har gått ned samlet sett siden 2021, og var på sitt laveste i 2023, jf. figur 2.9. Da var saksbehandlingstiden for ansvarssaker 307 dager (10,2 måneder), og 626 dager (20,9 måneder) for beregningssaker. Totalt sett for ansvarssaker og beregningssaker behandlet i nemnd og av sekretariatet på delegasjon, lå saksbehandlingstiden på 415 dager (13,8 måneder) i 2023. Dette er en reduksjon på 233 dager, eller 36 prosent. I første kvartal 2024 var saksbehandlingstiden for

ansvarssaker 322 dager (10,7 måneder) og beregningssaker på 644 dager (21,5 måneder). En tilsvarende figur som 2.6 for Helseklage, som viser saksbehandlingstid delt opp i ulike faser, er ikke utarbeidet, da tallene ikke er tilgjengelig i tilsvarende detaljeringsgrad. I Helseklage følger saker i tillegg et mindre standardisert saksbehandlingsløp da det differensieres på type sak (ansvar og beregning) og ved at en sak kan behandles enten i nemnd eller på delegasjon av sekretariatet.

En lang gjennomsnittlig saksbehandlingstid per år gir uttrykk for at gamle saker er blitt behandlet. Når saksbehandlingstiden reduseres, tilsier dette at det blir færre gamle saker. Dette gjelder både for saker som behandles i nemnd og på delegasjon.

# 3 Saksbehandling og saksgang i etatene – dagens situasjon

## 3.1 Innledning

Kapittelet gir for det første en oversikt over sentrale bestemmelser som regulerer saksbehandlingen i etatene. Relevante regler i lovgivningen, særlig forvaltningsloven, knyttes her til aktuelle retningslinjer (se omtale i boks 3.1) og praksis i etatene. Dernest gir kapittelet en omtale av saksgangen i henholdsvis Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) og Pasientskadenemnda/Helseklage. Den beskrivelsen av dagens situasjon kapittelet gir av saksbehandlingsregler og saksgang, gir en viktig bakgrunn for ekspertgruppens vurderinger fra kapittel 4 og utover.

## 3.2 Krav til saksbehandlingen – gjeldende rett

### 3.2.1 Innledning

Av pasientskadeloven § 14 fremgår at «[f]orvaltningsloven og offentleglova gjelder for virksomheten til Norsk Pasientskadeerstatning». At det samme er tilfelle for Pasientskadenemnda og Helseklage som nemndas sekretariat, følger av § 17 andre avsnitt.

Av § 14 andre setning følger at de viktigste avgjørelsene NPE fatter er enkeltvedtak:

«Som enkeltvedtak anses avgjørelse om erstatning skal ytes, avgjørelse om erstatningens størrelse, avgjørelse om delutbetaling samt avgjørelse om advokatbistand etter § 11.»

Dette har betydning for hvilke av reglene i forvaltningsloven som kommer til anvendelse, jf. forvaltningsloven § 3 første avsnitt. Pasientskadeloven med forskrifter inneholder selv få regler om saksbehandlingen.<sup>33</sup> Dermed står forvaltningsloven sentralt.<sup>34</sup>

<sup>33</sup> Syse (2011a) særlig s. 146–171 omtaler aktuelle bestemmelser i pasientskadeloven og forholdet til forvaltningsloven, se også Kjelland (2023/2024) og Askeland (2024) – begge særlig §§ 9 til 17.

<sup>34</sup> Generelle fremstillinger av forvaltningslovens saksbehandlingsregler er blant annet gitt av Eckhoff/Smith (2022) i bokens del 3 (s. 203–349), av Graver (2019) i bokens del 4 (s. 289–544) og av Woxholth (2011).



### Boks 3.1 **Etatenes systemer for interne rutiner og retningslinjer**

Norsk Pasientskadeerstatning har utarbeidet *Rutinehåndbok for NPE* som et hjelpemiddel for medarbeiderne slik at de lettere kan ha kontroll på de enkelte saksbehandlingsskritt. Faglige spørsmål som må tas stilling til under saksbehandlingen, er tema i egne «fagnotat» som er samlet i en fagdatabase. Saksbehandlingssystemet ISAK har også en egen brukerhåndbok som viser hvordan man teknisk gjør ting i systemet. I tillegg er det utarbeidet enkelte «veiledere» både for saksbehandlere og sakkyndige, med formål å sikre god kvalitet og flyt i saksbehandlingen. Både rutinehåndbok, fagnotater, brukerhåndbok og veiledere er samlet i fagdatabasen. I denne databasen er dokumentene kategorisert under faner, og siden har en søkefunksjon. Der er også en oversikt over sist endrede dokumenter slik at saksbehandler enkelt kan holde seg oppdatert om endringer.

I Helseklage ligger rutinene i et system som heter Compendia. Dette fungerer som en intranettside med faner, og inneholder alle rutinene for etaten. Innholdet kan blant annet sorteres på saksområde, herunder rutinene for pasientskadesakene. I saksbehandlingssystemet ISAK, som er felles for NPE og Helseklage, organiseres dessuten saksbehandlingen i «forløp». På denne måten veiledes saksbehandleren naturlig til neste skritt i saken, og fungerer dermed som en slags rutinehjelp. I Helseklage har man dessuten fagnotater på intranettet, klipparkiv for standardtekster og en egen teknisk veileder som ligger inne i saksbehandlingssystemet som viser hvordan for eksempel brev opprettes.

### 3.2.2 **Inhabilitet**

Reglene om habilitet skal hindre at personer som har vesentlige private interesser i saken deltar i saksbehandlingen. Dette er viktig både for å sikre riktige avgjørelser og tilliten til forvaltningen. Utgangspunktet er forvaltningsloven kapittel II, som både gjelder for ansatte og andre som utfører arbeid for NPE eller Helseklage, herunder sakkyndige. Forvaltningsloven § 6 inneholder i første avsnitt enkelte klart definerte og absolutte inhabilitetsgrunner. I andre avsnitt finner vi så en skjønnspreget bestemmelse om at inhabilitet også inntreder dersom det foreligger «andre særegne forhold» som er «egnet til å svekke tilliten» til vedkommendes upartiskhet, altså nøytralitet. Tredje avsnitt regulerer konsekvensene for underordnede når en overordnet er inhabil. Det påhviler den enkelte et selvstendig ansvar å vurdere om han eller hun er inhabil, og eventuelt ta opp spørsmålet med overordnede ved behov, jf. forvaltningsloven § 8.

NPE har skriftlige retningslinjer om når saksbehandlerne, ledere og sakkyndige skal vurdere sin habilitet.<sup>35</sup> Denne veilederen tar opp situasjoner som erfaringsmessig kan oppstå, og har karakter av en konkretisering av forvaltningslovens generelle regler.

For sakkyndige i NPE gjelder de samme habilitetsreglene som for ansatte. Den sakkyndige skal alltid gjøre en vurdering av sin habilitet i forbindelse med oppdraget. Dersom man er usikker, kan spørsmålet drøftes med saksbehandler i NPE. Det fremgår av veilederen at sakkyndige ikke skal vurdere saker som gjelder behandling hvor vedkommende er ansatt. Dersom saken gjelder et behandlingssted der den sakkyndige tidligere har vært ansatt, må det gjøres en konkret vurdering.

<sup>35</sup> *Vurdering av habilitet for saksbehandlere, ledere og sakkyndige i NPE* (NPE, 2022).

Veilederen oppgir hvilke momenter som er relevant i en slik vurdering.

Også Helseklage har egne rutiner for vurdering av habilitet.<sup>36</sup> En del av dette er rutiner om «sikkerhetsmarginer» for å unngå tvilstilfeller. Dette betyr i realiteten at man praktiserer strengere regler for inhabilitet enn det forvaltningsloven krever. Dersom en saksbehandler for eksempel «har et vennskap med parten eller andre som faktisk berøres», skal saken overføres til en annen avdeling, eventuelt en annen faggruppe i samme avdeling. I slike tilfeller må saken eventuelt vurderes av ekstern sakkyndig, og kan ikke avgjøres etter delegert fullmakt.

For Pasientskadenemndas medlemmer gjelder domstolsloven §§ 106 og 108.<sup>37</sup> De interne rutine om inhabilitet gjelder også for nemndmedlemmene samt de rådgivende legene i Helseklage. Eksterne sakkyndige må vurdere egen habilitet fra oppdrag til oppdrag, og må forholde seg til forvaltningslovens regler. For Pasientskadenemndas medlemmer er det laget en egen «habilitetsliste» hvor relevante arbeidssteder og andre forhold som vil være viktige i en habilitetsvurdering, fremgår. Slik kan sekretariatet unngå å legge saker til nemndmøter hvor noen av nemndas medlemmer er inhabile.

### 3.2.3 Veiledningsplikt

Forvaltningsorganene har innenfor sitt saksområde en alminnelig veiledningsplikt, se forvaltningsloven § 11. Formålet med veiledning er å sette parter og andre interesserte i stand til å ivareta sine interesser på best mulig måte. Det skal

blant annet gis informasjon om relevant regelverk, saksbehandlingsregler, rettigheter og plikter.<sup>38</sup>

Veiledningsplikten er spesielt viktig på pasientskadefeltet. Det kan være særlig vanskelig å ivareta egne interesser ut fra de fysiske og/eller psykiske belastninger enkelte erstatningssøkere har opplevd.

Utgangspunktet etter forvaltningsloven § 11 er at forvaltningen har en stor frihet til å bestemme hvordan veiledning skal gis, jf. første avsnitt («tilpasses det enkelte forvaltningsorgans situasjon og kapasitet»). Forvaltningens situasjon må imidlertid veies opp mot behovet for veiledning. Der etatene oppfatter at en person står i fare for å tape rettigheter fordi vedkommende misforstår regelverket, vil det gjelde en sterk plikt til å gi individuell veiledning.

Inneholder en henvendelse til NPE eller Helseklage feil, misforståelser, unøyaktigheter eller andre mangler som avsenderen bør rette for å unngå forsinkelser eller rettighetstap, skal det gis beskjed om dette.<sup>39</sup> Behovet for veiledning skal vurderes på eget initiativ fra etatene i slike tilfeller. Det er altså ikke nødvendig at det blir spurt om hjelp.

Forvaltningslovforskriften kapittel 2 har nærmere regler om forvaltningens veiledningsplikt, og beskriver blant annet at veiledning kan gis både muntlig og skriftlig. I tilfeller hvor det er behov for det, kan forvaltningsorganet i noen tilfeller ha plikt til å gi hjelp til utfylling av skjema og klager.<sup>40</sup> Søknadsskjemaer skal uansett inneholde tilstrekkelig veiledning for utfylling.<sup>41</sup>

<sup>36</sup> *Rutiner for habilitet for ansatte i Helseklage* (Helseklage, 2024).

<sup>37</sup> Forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda § 13 første avsnitt. Syse (2011a) s. 161 vurderer at dette «neppe [er] en vesentlig innskjerping» sammenlignet med forvaltningslovens regler.

<sup>38</sup> Forvaltningsloven § 11, andre avsnitt

<sup>39</sup> Forvaltningsloven § 11, fjerde avsnitt.

<sup>40</sup> Forvaltningslovforskriften § 3.

<sup>41</sup> Forvaltningslovforskriften § 5.

*Rutinehåndbok for NPE* inneholder flere rutiner om hvordan man skal veilede erstatningssøker underveis.<sup>42</sup> Det er også lagt inn mye informasjon i standardtekstene som brukes i brev og vedtak. Et eksempel kan være hvordan erstatningssøker skal forholde seg til Skatteetaten for å få beregnet riktig skatt på den tilkjente erstatningen. I tillegg har NPE et servicesenter som gir generelle råd og veiledning på telefon.

I Helseklage er veiledningsplikten vist til i enkelte av fagnotatene, eksempelvis slik i fagnotatet *Foreldelse i PSN i et nøtteskall*: «Forvaltningen har veiledningsplikt, og må ev. spørre pasienten hva klagen er ment å omfatte.» Det er også inkludert en del veiledning i standardtekster for brev/vedtak og på nettsidene til Helseklage.

### 3.2.4 Saksbehandlingstid

Etter forvaltningsloven § 11 a skal saken forberedes og avgjøres «uten ugrunnet opphold». Dersom forvaltningen forventer at saksbehandlingen vil ta uforholdsmessig lang tid, skal det gis et foreløpig svar. Her skal det gis en begrunnelse for tidsbruken og «såvidt mulig angis når svar kan ventes». Når saken er ferdig vurdert hos Team ekspress i NPE, informeres det om forventet tid til tildeling av saksbehandler. I brevet som sendes ut fra Helseklage til erstatningssøker når klagesaken er mottatt fra NPE, informeres det om forventet saksbehandlingstid.

Sivilombudet har siden 2016 kommet med seks uttalelser knyttet til saksbehandlingstiden i Pasientskadenemnda/Helseklage, sist i 2022.<sup>43</sup> I alle sakene har ombudet konkludert med at saksbehandlingstiden er for lang og bryter med forvaltningsloven § 11 a. Riksrevisjonen var også inne på problemstillingen i sin rapport om saksbehand-

lingstid i pasientskadeordningen<sup>44</sup>, under punkt 5.2 («Restansenivået særlig i Helseklage fører til lang saksbehandlingstid»), og viste blant annet til Sivilombudets uttalelser og konklusjoner.

### 3.2.5 Muntlig samtale

Etter forvaltningsloven § 11 d første avsnitt har erstatningssøker rett til en samtale med etatene «i den grad en forsvarlig utførelse av tjenesten tillater det». Bestemmelsen gir ingen ubetinget rett til å snakke med saksbehandler, men bare «en tjenestemann ved det forvaltningsorgan som behandler saken». Ofte vil det likevel være det mest hensiktsmessige å få snakke nettopp med saksbehandler (dersom det er tildelt). Saksbehandler kjenner saken best og er nærmest til å vurdere søkers behov for veiledning.

Bestemmelsen i § 11 d må ses i sammenheng med etatenes veiledningsplikt og behovet for opplysning av saken. Det reelle behovet for muntlig kontakt vil kunne variere ut fra søkers forutsetninger. Begge etatene legger opp til at erstatningssøker skal ha mulighet til å snakke med saksbehandler dersom vedkommende ønsker dette, og de har rutiner på hvordan telefonhenvendelser skal besvares og dokumenteres i saken. Dette er nærmere omtalt i punkt 8.4.

I pasientskadeloven § 17 andre avsnitt blir § 11 d nevnt særlig i relasjon til Pasientskadenemnda. Bakgrunnen for dette er antagelig et ønske om å synliggjøre muligheten for muntlig forklaring i nemnda.<sup>45</sup> Denne muligheten har imidlertid ikke blitt praktisert da nemnda selv ikke har ansett det hensiktsmessig.<sup>46</sup>

<sup>42</sup> Se for eksempel «Kvalifisering av saker i Team ekspress», *Rutinehåndbok for NPE* (versjon 07.02.2024).

<sup>43</sup> Sivilombudets saksnummer 2022/1133.

<sup>44</sup> Riksrevisjonen (2020). Undersøkelse av årsaker til lang saksbehandlingstid på pasientskadeområdet.

<sup>45</sup> Ot.prp. nr. 31 (1998–99) s. 91.

<sup>46</sup> *Hvem kan møte i Pasientskadenemndas møter?* (Helseklage, 2021).

### 3.2.6 Taushetsplikt

Taushetsplikt er regulert i forvaltningsloven §§ 13 til 13 g. Plikten omfatter det å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det man i forbindelse med tjenesten eller arbeidet får vite om «noens personlige forhold», jf. § 13 første avsnitt. I pasientskadesaker vil det i stor grad være snakk om opplysninger om helseforhold som klart er av personlig karakter og dermed underlagt taushetsplikt. Forvaltningsloven inneholder likevel mange unntak fra taushetsplikten som er av betydning i pasientskadesaker. Dette gjelder blant annet adgangen til drøfting av saker kollegaer imellom, og tilgang til saker i saksbehandlingssystemet ut fra tjenestemessige behov. I pasientskadesaker vil det også være et samspill med taushetspliktreglene i helsepersonelloven kapittel 5. Disse gjelder for helsepersonell og er strengere enn den forvaltningsmessige taushetsplikten.

Reglene om taushetsplikt kommer inn i mange og ulike situasjoner. Ved mottak av dokumenter hos NPE, skal saksbehandler vurdere om det foreligger opplysninger som må sladdes.<sup>47</sup> Dette vil typisk være opplysninger om tredjepersoner, som kan fremkomme i en pasientjournal. Slike opplysninger har ikke NPE behandlingsgrunnlag for, jf. pasientskadeloven § 10 a tredje avsnitt.

Før oversendelse av saksdokumenter til eksterne, må også taushetsplikten vurderes. Et eksempel er oversendelse av saksdokumenter til tolketjenesten.<sup>48</sup> Også ved henvendelser til behandlingsstedene kan det være aktuelt å sladde opplysninger, for eksempel om det økonomiske tapet.<sup>49</sup>

Forholdet til taushetsplikten kan videre bli satt

<sup>47</sup> «Kvalitetskontroll av innkomne dokumenter», *Rutinehåndbok for NPE* oppdatert versjon 07.02.2024.

<sup>48</sup> «Bestilling av tolk/translatør», *Rutinehåndbok for NPE* oppdatert versjon av 07.02.2024.

<sup>49</sup> Se f.eks. «Medholdssaker – direkte vedtak», *Rutinehåndbok for NPE* oppdatert versjon 07.02.2024.

på spissen dersom erstatningssøkers pårørende tar kontakt for å forhøre seg om status i saken, komme med kommentarer eller lignende. Det er i praksis sjelden at det foreligger nødvendig fullmakt fra erstatningssøker i slike tilfeller, og dermed må NPE eller Helseklage avvise dialog.

I pasientskadeloven § 10 a har NPE og Pasientskadenemnda/Helseklage fra 1. juli 2023 en lovbestemt rett til å innhente nødvendige opplysninger i forbindelse med utredningen av erstatningsaker. Samtykke fra erstatningssøker er altså ikke nødvendig.

### 3.2.7 Forsvarlig utredning av saken

Pasientskadeloven § 10 fastslår at NPE «utredet saken». Det nærmere innholdet av denne utredningsplikten følger av forvaltningsloven § 17 første avsnitt:

«Forvaltningsorganet skal påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes.»

Ansvarer omfatter både fakta og jus. Forvaltningen – i vår sammenheng NPE og Pasientskadenemnda/Helseklage – skal være nøytral og utrede saken balansert. På denne bakgrunn er utgangspunktet at erstatningssøkere skal kunne fremme og få behandlet en sak for etatene uten bruk av advokat eller annen fullmektig.<sup>50</sup>

<sup>50</sup> Askeland (2024), formulerer seg slik i kommentar til § 10: «Den ansvarlige – NPE – skal ikke fungere i en partsrolle. NPE er det offentliges objektive konfliktløser, på et område der pasienten normalt ikke er i stand til å ivareta egne interesser tilfredsstillende pga. utilstrekkelige økonomiske ressurser, faglig kunnskap eller personlig overskudd. Fokus for utredningen er faktum og årsaksforhold, ikke NPEs økonomiske interesser i saken. Det er altså en objektiv vurdering av de foreliggende forhold som er oppgaven. Dette gjelder like mye forhold som kan tilsi ansvar og innvilgelse av krav, som avslag. Det gjelder like mye forhold som kan øke en erstatning, som kan begrense den.»

Det sentrale spørsmålet er hvor streng utredningsplikten er. Generelt sett vil dette måtte vurderes basert på momenter som sakens viktighet, opplysningens viktighet, behovet for hurtig saksbehandling og hvilke forventninger man kan ha til at parten selv bidrar til sakens opplysning. Samtidig må kravene til grundighet etter omstendighetene avveies mot behovet for rask saksbehandling og forsvarlig bruk av ressurser, og kan i noen grad bli påvirket av forvaltningsorganets kapasitet. Utredningen må skje i lys av lovens formål og de oppgaver forvaltningsorganet er satt til å håndtere.

Dersom NPE eller Helseklage under saksforberedelsen mottar opplysninger om en part og som er vesentlige for parten, har vedkommende som utgangspunkt rett til å bli gjort kjent med disse og få uttale seg, jf. forvaltningsloven § 17 andre avsnitt. I pasientskadesakene er dette særlig aktuelt ved innhenting av uttalelse fra sakkyndige. I NPE er hovedregelen at vurderingen fra sakkyndige skal sendes til erstatningssøker for kommentar før avslagsvedtak. Det åpnes for visse unntak der den sakkyndige vurderingen kan sendes ut sammen med vedtaket. Ved medhold er hovedregelen at den sakkyndige vurderingen sendes ut sammen med det foreløpige svaret.<sup>51</sup>

I Helseklage sendes sakkyndigvurderinger som en klar hovedregel ut til kommentering før saken behandles videre. Dette er en del av «forløpene» (jf. omtale i boks 3.1) og gjelder uansett om saken skal behandles i nemnd eller av sekretariatet etter delegasjon.

I forvaltningsloven § 17 første avsnitt andre setning fremgår det at forvaltningsorganet skal påse at mindreårige parter har fått mulighet til å gi uttrykk for sitt syn. Etter bestemmelsens fjerde

avsnitt skal en mindreårig over 15 år som er part i saken, få forelagt opplysninger av vesentlig betydning for saken etter bestemmelsens andre og tredje avsnitt. NPE har fagnotater og rutiner om hvordan mindreårige over 15 år skal ivaretas under saksbehandlingen.<sup>52</sup> Helseklage har også rutiner relatert til saker som berører mindreårige.<sup>53</sup>

Forvaltningsloven § 17 første avsnitt gir uttrykk for et grunnleggende prinsipp: at saksforberedelsen må være forsvarlig. Ulike andre bestemmelser i loven kan oppfattes som konkretiseringer av hva som ellers ville fulgt av en tolking av denne bestemmelsen. Det gjelder særlige bestemmelsene om varsel i §§ 16 og 17 andre og tredje avsnitt. Også veiledningsplikten i forvaltningsloven § 11 står i nær sammenheng med kravet om forsvarlig saksforberedelse. Dersom NPE eller Helseklage skal kunne basere seg på at parten selv bidrar til sakens opplysning etter § 17 første avsnitt – noe ordet «påse» åpner for –, må det tydelig kommuniseres hva som forventes.

### 3.2.8 Dokumentinnsyn

En part har rett til å gjøre seg kjent med sakens dokumenter dersom ikke annet følger av reglene i forvaltningsloven §§ 18 til 19. Retten til innsyn gjelder også etter at det er truffet vedtak i saken. Opplysninger som NPE og Helseklage mottar i løpet av saksbehandlingen, vil gis innsyn i til erstatningssøker eller fullmektig på forespørsel. Dette vil typisk være journaldokumentasjon.

Interne saksdokumenter kan unntas fra innsyn, jf. forvaltningsloven §§ 18 a og 18 b. Unntak gjelder likevel etter § 18 c for «faktiske opplysninger» som fremgår her. NPE har et eget fagnotat som omhandler de juridiske vurderingene og aktuelle

<sup>51</sup> «Mottak av sakkyndige vurderinger og utsendelse av uttalelse og sakkyndige vurderinger», *Rutinehåndbok for NPE* oppdatert versjon 07.02.2024. Hva en «foreløpig vurdering» er, er nærmere omtalt i punkt 3.3.4.

<sup>52</sup> «Fagnotat om mindreåriges rettigheter etter forvaltningsloven» og «Rutine om mindreåriges rettigheter etter forvaltningsloven», *Rutinehåndbok for NPE* (versjon 07.02.2024).

<sup>53</sup> *Mindreåriges partsrettigheter* (Helseklage, 2024)

rutiner. Helseklage har rutiner og fagnotat for innsyn etter offentleglova og problemstillinger knyttet til partsinnsyn.<sup>54</sup> En særlig problemstilling gjelder innsyn i sekretariatets (Helseklages) innstilling til Pasientskadenemnda. Dette blir omtalt nærmere i punkt 10.3.

Taushetsplikten gjelder ikke overfor den som er part i saken, jf. forvaltningsloven § 13 b nr. 1. Opplysninger som er underlagt taushetsplikt kan likevel nektes innsyn i dersom det foreligger helt spesielle tilfeller, jf. forvaltningsloven § 19 første avsnitt bokstav d. Etter forvaltningsloven § 18 første avsnitt fjerde setning skal en mindreårig under 15 år ikke gjøres kjent med opplysninger som er underlagt lovbestemt taushetsplikt.

Innsyn etter offentleglova er en aktuell problemstilling i etatene. Omfanget av taushetsbelagte opplysninger er imidlertid stort og setter grenser, jf. offentleglova § 13. Det er i offentlegforskrifta gitt generell hjemmel for å gjøre «unntak frå innsyn [...] i enkeltsaker etter [...] pasientskadelova».<sup>55</sup> Videre er NPE og Pasientskadenemnda fritatt fra plikten til å gjøre elektronisk journal tilgjengelig på internett.<sup>56</sup>

### 3.2.9 Vedtak og begrunnelse

Av pasientskadeloven § 12 andre setning fremgår at «[v]edtaket skal begrunnes og underretning gis partene i samsvar med forvaltningslovens regler». Etter forvaltningsloven § 25 skal begrunnelsen omfatte en omtale både av jus, fakta og skjønnsetningen. Etter første avsnitt skal det vises til de regler vedtaket bygger på, og om nødvendig skal innholdet eller problemstillingen gjengis. Etter andre avsnitt skal de faktiske forhold som vedtaket bygger på «nevnes», og etter tredje avsnitt «bør» de hovedhensyn som har vært avgjørende

for skjønnsvurderingen nevnes. Høyesterett har sikker praksis for at kravene til begrunnelse for vedtak skjerpes ved inngripende vedtak. Det er det ikke snakk om i pasientskadesakene, slik at de formelle krav som stilles til vedtakene ikke er særlig strenge. Etter språklova § 9 gjelder krav om at offentlige organ «skal kommunisere på eit klart og korrekt språk som er tilpassa målgruppa».

### 3.2.10 Klage

I pasientskadeloven § 15 første avsnitt er det presisert at det bare er «den som krever erstatning etter loven her» som har klagerett. I praksis er dette erstatningssøker, men det kan også være aktuelt at for eksempel verge fremsetter klage. Behandlingsstedene kan ikke klage, og er forutsatt å kunne ivareta sine interesser gjennom andre kanaler.

I forvaltningsloven § 32 er det stilt enkelte formkrav til klagen, men disse er ikke strenge. En klage skal i utgangspunktet fremsettes skriftlig, jf. bokstav a. NPE godtar likevel muntlige klager, og i slike tilfeller skal klagen nedtegnes av forvaltningsorganet. Det stilles ikke krav om å begrunne klagen, selv om dette «bør» gjøres, se § 32 andre avsnitt. Dersom det ikke er gitt noen begrunnelse, kan det være vanskelig å vite hvilke konkrete svakheter erstatningssøker eventuelt mener foreligger ved vedtaket.

Klagefristen er på tre uker fra det tidspunkt melding om vedtaket er kommet frem til erstatningssøker, jf. pasientskadeloven § 15 første avsnitt og forvaltningsloven § 29 første avsnitt. Det er mulig å sende inn fristavbrytende klage, og man kan også be om utsatt klagefrist. Ved oversittet klagefrist, skal NPE vurdere å gi oppreisning etter forvaltningsloven § 31. Klage kan ikke behandles dersom det har gått mer enn ett år siden vedtaket ble fattet. Er det gått mer enn ett år kan det eventuelt vurderes om det er grunnlag for gjenopptak av saken.

<sup>54</sup> Eksempelvis fagnotatene *Innsyn etter offentleglova*, Helseklage (2023) og *Innsyn, Helseklage* (2022).

<sup>55</sup> Offentlegforskrifta § 9 fjerde avsnitt.

<sup>56</sup> Offentlegforskrifta § 6 tredje ledd bokstav g og h.

Klagen sendes til førsteinstansen som skal vurdere om det er grunnlag for omgjøring. NPE har skriftlige rutiner for håndteringen av klager, og det er satt opp en huskeliste for saksbehandler over hvilke momenter som er relevant for vurdering av klagen.<sup>57</sup> Etter forvaltningsloven § 33 andre avsnitt kan NPE omgjøre et vedtak til gunst for erstatningssøker («dersom [...] finner klagen begrunnet»). NPE har en egen rutine som både omhandler omgjøring etter klage og omgjøring av et tidligere vedtak etter initiativ fra NPE selv.<sup>58</sup>

Dersom NPE ikke finner grunnlag for å omgjøre vedtaket til gunst for klager, sendes saken til Pasientskadenemnda/Helseklage som klageinstans, jf. forvaltningsloven § 33 fjerde avsnitt. Etter forvaltningsloven § 34 første avsnitt skal klageinstansen avvise klagen dersom vilkårene for å behandle den ikke er til stede.<sup>59</sup> Selv om NPE har tatt klagesaken til behandling, er ikke Pasientskadenemnda/Helseklage bundet av det.

Klageorganet har mulighet til å prøve «alle sider av saken», inkludert å ta hensyn til nye opplysninger, jf. forvaltningsloven § 34 andre avsnitt. Dermed kan et medhold i klageinstansen skyldes nye opplysninger som ikke forelå da NPE fattet vedtak som førsteinstans. Ved medhold kan klageinstansen velge å treffe nytt vedtak i saken eller å oppheve vedtaket og sende saken tilbake til førsteinstansen for ny behandling.<sup>60</sup> I punkt 5.5 drøfter ekspertgruppen dagens praksis med hensyn til retur av saker fra Pasientskadenemnda/Helseklage til NPE.

<sup>57</sup> «Klagebehandling – avslagsvedtak og Klage på beregningsvedtak/oversendes Helseklage», *Rutinehåndbok for NPE* (versjon 07.02.2024).

<sup>58</sup> «Klage medfører oppheving og endring av vedtak, eller saker vi omgjør av eget tiltak» og «Klage i ett vedtaksaker», *Rutinehåndbok for NPE* (versjon 07.02.2024).

<sup>59</sup> *Første gjennomgang av ny klagesak* (Helseklage, 2021).

<sup>60</sup> *Retur av saker til Norsk pasientskadeerstatning*, (Helseklage, 2021).

Etter forvaltningsloven § 34 tredje avsnitt er det en viss adgang for klageinstansen til å endre et vedtak til ugunst for klager. Dette er imidlertid ikke en aktuell problemstilling for Pasientskadenemnda/Helseklage.<sup>61</sup>

### 3.2.11 Advokatutgifter

NPE skal utrede sakene objektivt og forsvarlig i samsvar med forvaltningslovens regler, samt gi nødvendig informasjon og veiledning. I de fleste tilfeller vil det derfor ikke være nødvendig med advokatbistand i forbindelse med utredning av ansvarsgrunnlaget. I visse tilfeller kan NPE likevel dekke advokatutgifter. Dette avgjør saksbehandler etter en konkret vurdering med utgangspunktet i pasientskadeloven § 11. Pasientskadeloven § 11 med forskrifter regulerer adgang til å få dekket advokatutgifter.<sup>62</sup>

Hovedregelen er at advokatutgifter ikke dekkes under ansvarsutredningen, men det gjelder visse unntak.<sup>63</sup> Det kan blant annet være aktuelt å dekke advokatutgifter i tilfeller der det er vanskelig å kommunisere med erstatningssøker fordi vedkommende ikke kan lese, skrive eller snakke, eller ikke snakker norsk/engelsk. Andre tilfeller der det kan være aktuelt å dekke advokatbistand, er hvor erstatningssøker er i en situasjon der vedkommende ikke klarer å ivareta sine egne interesser. Eksempel på dette kan være ved alvorlig hjerneskade.

Dersom erstatningssøker mener han eller hun oppfyller kravene til å få dekket utgifter til advokat under ansvarsutredningen, kan vedkommende (eventuelt advokaten) henvende seg til NPE for å få forhåndstilsagn om dekning før innsendelse av søknad om erstatning, jf. pasientskadeloven § 11 første avsnitt andre setning. Etter NPE sine

<sup>61</sup> Se tilsvarende Syse (2011a) s. 169.

<sup>62</sup> Forskrift om dekning av pasientens utgifter til advokat etter pasientskadelovens § 11.

<sup>63</sup> Ot.prp.nr. 31 (1998–99) punkt 17.3.

rutiner er det Servicesenteret som gjør denne vurderingen. Det kan gis forhåndstilsagn om å dekke inntil fem timer juridisk bistand i ansvarssaker.<sup>64</sup>

Dersom henvendelsen om advokatbistand kommer sammen med eller etter søknad om erstatning er sendt NPE, gjør saksbehandler en vurdering både av om noe skal dekkes og eventuelt hva som er et rimelig timeantall.

Ved uenighet mellom NPE og erstatningssøker i spørsmålet om dekning av advokatutgifter, fatter NPE vedtak. Vedtaket kan påklages til Pasientskadenemnda/Helseklage.

Ved beregning av erstatningsbeløp i medhold-saker dekker NPE rimelige og nødvendige utgifter til juridisk bistand for alle erstatningssøkere som måtte ønske det.<sup>65</sup>

Advokatens arbeid honoreres etter den offentlige salærsats som gjaldt på det tidspunktet advokaten avsluttet sitt arbeid med saken.

Ved behandling av klagesak hos Helseklage kan utgifter til juridisk bistand kreves dekket etter pasientskadeloven § 11 i tilfeller hvor pasienten har et særlig behov for bistand.<sup>66</sup>

Dersom NPE sitt vedtak blir helt eller delvis omgjort, skal utgifter til juridisk bistand dekkes etter forvaltningsloven § 36. Erstatningssøker skal informeres om retten til å få dekket nødvendige kostnader når et vedtak endres til gunst for erstatningssøker, jf. forvaltningsloven § 36 fjerde avsnitt. Det er lagt inn informasjon om dette i standardtekstene ved utsendelsen av medholdvedtakene. Helseklage har informasjon angående

dekning av juridisk bistand både etter pasientskadeloven og forvaltningsloven på sin hjemmeside.

### 3.2.12 Gjenopptak og omgjøring

Utgangspunktet er at dersom klageadgangen ikke er benyttet eller det ikke er tatt ut stevning for domstolene etter endt klagebehandling, er avgjørelsen å anse som endelig. Pasientskadeloven har ingen særlige regler om gjenopptak og omgjøring. Forvaltningsloven § 35 kommer imidlertid inn. Denne bestemmelsen omhandler direkte bare (den materielle) adgangen til å endre et tidligere fattet vedtak utenfor klagesak. Spørsmålet om NPE eller Pasientskadenemnda/Helseklage skal se på saken på nytt – såkalt gjenopptak – er ikke uttrykkelig regulert. Etatene har imidlertid rutiner og fagnotater som omhandler hvordan begjæring om gjenopptak skal vurderes og behandles.<sup>67</sup>

Praksis i dag er slik at NPE og Pasientskadenemnda/Helseklage kan gjenoppta en sak der det har kommet til nye opplysninger av en slik art at det å omgjøre fremstår som en aktuell problemstilling. Er det sannsynlig at de nye opplysningene vil innebære en endring av det opprinnelige vedtaket, bør dette føre til gjenopptak av saken. Utgangspunktet er at det må foreligge nye og vesentlige opplysninger som ikke var kjent på vedtakstidspunktet. Ugyldige vedtak kan gjenopptas og omgjøres så lenge det er til gunst for erstatningssøker.

Adgangen til gjenopptak av beregningssaker er i dag regulert i skadeserstatningsloven § 3-8. Å få saken vurdert på nytt forutsetter en forverring av skadelidtes helsetilstand i forhold til det som ble lagt til grunn i vedtaket. Det er også et krav om klar sannsynlighetsovervekt for at skadelidte vil ha

<sup>64</sup> Fagnotat *Dekning av advokatutgifter*, NPE (2023).

<sup>65</sup> Se Forskrift om dekning av pasientens utgifter til advokat etter pasientskadelovens § 11.

<sup>66</sup> Ot.prp.nr. 31 (1998-99) kap 17.3.

<sup>67</sup> «Søknad om gjenopptak», *Rutinehåndbok for NPE* (versjon 07.02.2024 og fagnotat *Gjenopptak – ansvar og Gjenopptak av erstatningsberegningen*, Helseklage (2022). *Nye brev/krav i avsluttede saker – spørsmål om gjenopptak* (Helseklage, 2022).



krav på en vesentlig høyere erstatning. Det foreligger ingen plikt til å gjenoppta saker hvor det ikke foreligger en forverring av helsetilstanden. Men det er adgang til dette etter ulovfestet rett dersom tidligere oppgjør fremstår som klart «urimelig og ubalansert» etter nye opplysninger i saken.<sup>68</sup>

### 3.3 Saksgangen i Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)

Dette kapittelet beskriver saksgangen i NPE basert på rutinebeskrivelser per 2023.

#### 3.3.1 Opptatt av ny sak

##### 1. Sak meldes inn til NPE via søknadsskjema

Den som mener seg utsatt for en pasientskade kan sende søknad om økonomisk kompensasjon til NPE, jf. pasientskadeloven § 9. Utgangspunktet er at søknaden må fremsettes skriftlig, men NPE kan i «særlige tilfelle» tillate at krav «meldes muntlig». Erstatningssøker må selv skrive under på søknaden, men NPE kan i særlige tilfeller bistå i utfyllingen av søknadsskjemaet. Krav på under 10 000 kroner må rettes direkte mot behandlingsstedet og faller altså utenfor ordningen, jf. pasientskadeloven § 4.

Erstatningssøker er selv ansvarlig for å sende søknad til NPE. De fleste skjemaene blir i dag sendt digitalt via NPE sin nettside, men det er også mulig å sende skjemaet fysisk per post. I 2023 ble om lag 85 prosent av søknadene sendt digitalt.

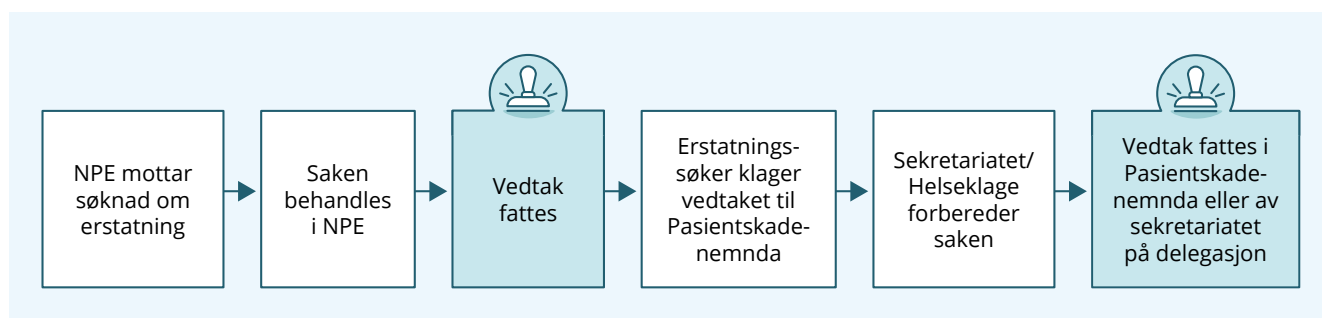
I søknadsskjemaet etterspørres opplysninger som er relevante for vurdering av saken. Dette omfatter personopplysninger, skadedato, behandlingssted(er), hva saken gjelder og hvilken skade vedkommende mener å ha blitt påført. I tillegg må erstatningssøker redegjøre for de økonomiske konsekvensene skaden har fått, inkludert betydningen for hans eller hennes arbeidssituasjon.

##### 2. Team ekspress

Etter at saken har blitt registrert inn hos NPE, får den som har sendt søknaden elektronisk en kvittering på at søknaden er mottatt. Deretter skal saken innen tre dager gjennomgå av et innledende team, «Team ekspress» (se boks 3.2). Søknadene kvalitetssikres nå ved å sjekke at alle nødvendige opplysninger er med. Team ekspress skal videre kontrollere om de formelle kravene til søknaden er oppfylt. Dette innebærer blant annet å sjekke om søknadsskjemaet er korrekt fylt ut og signert, at eventuell vedlagt legitimasjon er gyldig samt at det foreligger skriftlig fullmakt og skifteattest i de saker der det er nødvendig.

<sup>68</sup> Rt. 2013 s.769.

Figur 3.1 Saksgang fra NPE til Pasientskadenemnda/Helseklage



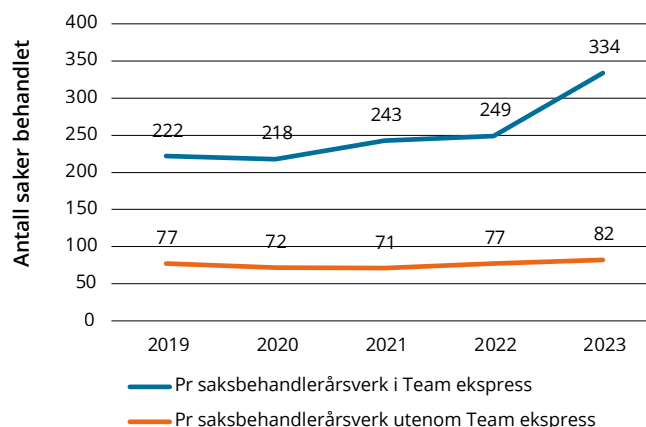
Dersom det oppdages formelle mangler, skal saksbehandler i Team ekspress gjøre søker oppmerksom på dette slik at han eller hun får mulighet til å rette opp.<sup>69</sup> Saker som av formelle grunner ikke kan behandles fordi de faller utenfor ordningen, blir avvist på dette stadiet.<sup>70</sup> Om lag 25 prosent av sakene blir beholdt og realitetsbehandlet av Team ekspress mens de resterende blir lagt i kø i påvente av å få tildelt en saksbehandler.

De som har sendt søknad fysisk per post blir først orientert når saken legges i kø, se punkt 3.3.2 under, eller når saksbehandler i Team ekspress har startet opp utredningen i saken.

Det er fastsatt retningslinjer for hvilke saker som skal behandles av Team ekspress.<sup>71</sup> Det er saksbehandlerne i teamet som selv vurderer om de skal beholde saken. Karakteristisk for de sakene som Team ekspress realitetsbehandler er at de fremstår som oversiktlige og derfor er egnet for rask behandling. Rutinene åpner for at selv om Team ekspress har valgt å beholde saken, kan den senere omfordeles til annen seksjon/saksbehandler dersom for eksempel mottatt journal viser at den likevel ikke kan behandles raskt. Dersom saken blir beholdt av en saksbehandler i Team ekspress, innhenter vedkommende aktuelle journaler og en uttalelse fra behandlingsstedet i den grad det er nødvendig for å vurdere saken.

Saksbehandlere i Team ekspress ferdigbehandler betydelig flere saker i året enn de øvrige. Dette er uttrykk for ulikheter i sakenes kompleksitet og ressursbehov. I 2023 var produktiviteten i Team ekspress 334 saker behandlet per saksbehandlerårsverk, sammenlignet med 82 saker per saksbehandlerårsverk utenom Team ekspress. Se figur 3.2.

Figur 3.2 Antall behandlede saker i året per saksbehandlerårsverk i NPE.

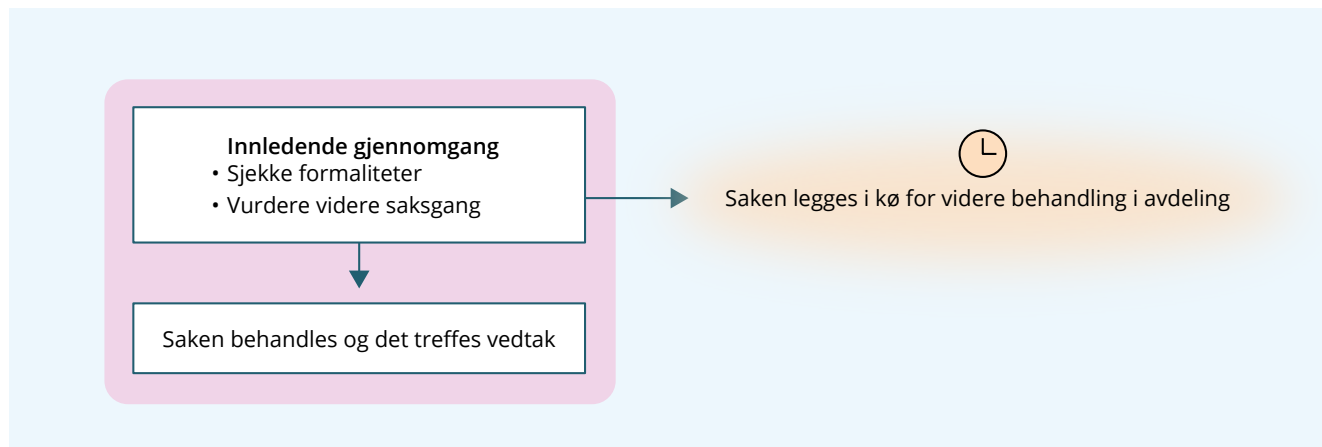


<sup>69</sup> «Kvalifisering av saker i Team ekspress», *Rutinehåndbok for NPE* oppdatert versjon av 07.02.2024.

<sup>70</sup> «Hvordan avvise en sak og når?», *Rutinehåndbok for NPE* versjon oppdatert 07.02.2024.

<sup>71</sup> «Kvalifisering av saker i Team ekspress», *Rutinehåndbok for NPE* versjon oppdatert 07.02.2024.

Figur 3.3 Saksgang i Team ekspress



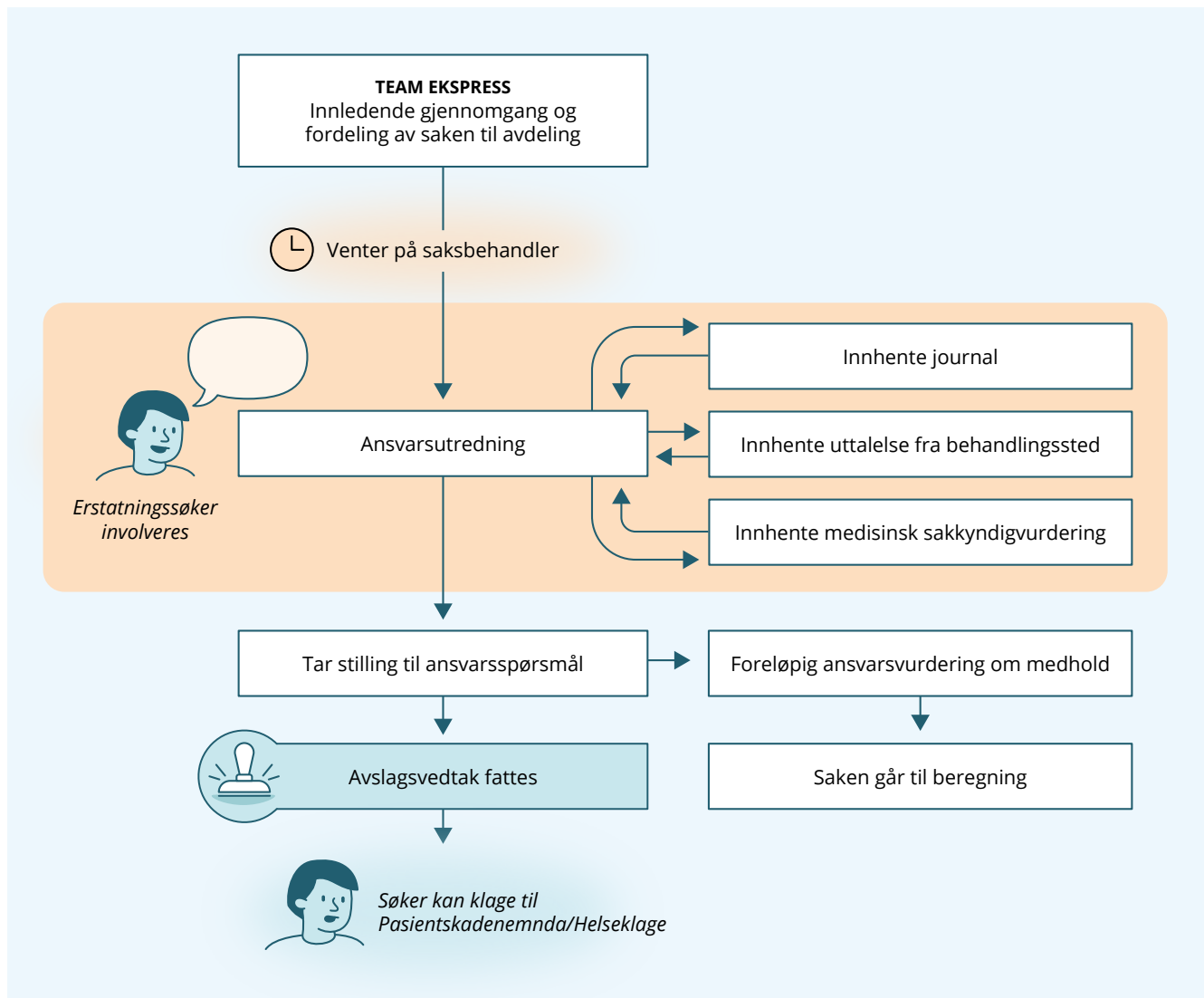
Team ekspress gjør også en vurdering av om saken skal ha prioritet under den videre saksbehandling. At enkelte saker gis prioritet er i all hovedsak begrunnet med erstatningssøkers helsetilstand, men også sterke velferdsmessige hensyn kan bli trukket inn. Det fremgår av rutinene at alle ledd i saksbehandlingen må følge opp om det er grunnlag for prioritering eller ikke. Saker som har «versert» i Pasientskadenemnda/Helseklage, og eventuelt i rettsvesenet, i mer enn fire år, skal prioriteres når de kommer tilbake til saksbehandler for ny behandling i NPE.<sup>72</sup> Prioriterte saker skal merkes i saksbehandlings-systemet.

### Boks 3.2 Team ekspress

Etter at saken har blitt registrert hos NPE, blir den gjennomgått av «Team ekspress» innen tre dager. Team ekspress skal kvalitetssikre søknadene, og avvise de sakene som ikke omfattes av pasientskadeordningen. I tillegg skal teamet sette sakene på riktig spor videre. Team ekspress utreder og fatter også vedtak i en del av sakene. Om lag 25 prosent av meldte saker til NPE i 2023 ble ferdigbehandlet av Team ekspress.

<sup>72</sup> Fagnotat *Prioritering av de alvorligste sakene i saksbehandlingen*, NPE (2016).

Figur 3.4 Saksgang ansvar



### 3.3.2 Utredning av ansvarsspørsmålet (i ordinære saker)

#### Fordeling av saker

I de sakene som ikke blir ferdigbehandlet i Team ekspress, men som blir lagt i kø, sender NPE ut et brev som bekrefter at søknaden er mottatt. Erstatningssøker blir her informert om forventet ventetid for tildeling av saksbehandler. I 2024 er det dessuten innført utsending av brev til erstatningssøker etter tre og fem måneder i kø med

informasjon om forventet tid før saken får tildelt saksbehandler.

Det følger av NPE sine rutiner at det er saksbehandler i Team ekspress som fordeler sakene til rett avdelingskø.<sup>73</sup> Valg av avdeling avhenger av medisinsk fagområde. De to avdelingene samarbeider og fordeler saker seg imellom ved behov

<sup>73</sup> «Kvalifisering av saker i Team ekspress», *Rutinehåndbok for NPE* oppdatert versjon av 07.02.2024.

og når det er stor forskjell i ventetiden på de to køene. Innenfor hver avdeling fordeles saken igjen mellom én kø for ansvarssaker og én kø for saker som er klar for beregning.

Det er noe forskjellig praksis knyttet til hvordan sakene blir fordelt fra køene og videre til saksbehandler. I noen seksjoner plukker den enkelte saksbehandler selv saker fra en liste, ut fra kapasitet. I andre seksjoner gir saksbehandler beskjed når vedkommende har kapasitet til å starte opp flere saker, og får da saker tildelt fra seksjonssjefen. I andre tilfeller er det seksjonssjefene som fordeler sakene.

### **Innhenting av journal og uttalelse**

Ved oppstart av saken innhenter NPE journal og uttalelse fra innklagd(e) behandlingssted(er), se nærmere omtale i punkt 5.9. I brevet til behandlingsstedet informerer NPE om skjema for uttalelsen og veileder for utfyllingen. Uttalelsen bør inneholde årsak til innleggelse eller til at pasienten oppsøkte helsehjelp, en beskrivelse av skaden og en faglig vurdering av behandlingen pasienten har fått. Dersom behandlingsstedet mener at behandlingen ikke har vært i tråd med god medisinsk praksis, skal det også gis en vurdering av hvilken betydning dette har hatt for det videre forløpet og sluttresultatet for pasienten. Uttalelsen skal også inneholde en vurdering av eventuell varig medisinsk invaliditet. Videre ber NPE om kopi av eventuelle avviksmeldinger eller rapporter behandlingsstedet har skrevet.

I tillegg blir pasientens journal innhentet fra eventuelle andre behandlingssteder hvor pasienten har mottatt behandling for den aktuelle skaden. Hvor det blir innhentet dokumentasjon fra, er avhengig av opplysningene som er oppgitt i søknadsskjemaet. Innklaget behandlingssted får en frist på tre uker til å svare. Når det gjelder

øvrige behandlingssteder, ber NPE om at etterspurt dokumentasjon sendes snarest.<sup>74</sup>

### **Informasjon til erstatningssøker**

Samtidig med henvendelsen til behandlingsstedet, sender saksbehandler informasjonsbrev til erstatningssøker hvor det orienteres om at NPE har bedt behandlingsstedet om uttalelse, og at denne uttalelsen vil bli oversendt vedkommende for kommentering senere i saksgangen. Videre blir erstatningssøker orientert om at NPE innhenter relevant journaldokumentasjon, og dersom han eller hun ønsker kopi av disse innhentingsbrevene kan NPE kontaktes. I brevet til erstatningssøker viser NPE også til informasjon på hjemmesidene angående blant annet vilkårene for å få erstatning, saksbehandlingstid og dekning av advokatutgifter. Erstatningssøker blir også orientert om Min side (se omtale i boks 3.3 under).

#### **Boks 3.3 Min side**

Både NPE og Helseklage bruker «Min side» som portal for kommunikasjon med erstatningssøker. Pålogging til Min side gjøres via ID-porten, og krever at man har norsk fødselsnummer. Etterlatte, foreldre og verger kan per i dag ikke bruke Min side. Det samme gjelder personer som er under vergemål.<sup>75</sup> Det pågår et arbeid for å gjøre det mulig å gi tilgang til flere. Dersom erstatningssøker bruker advokat/fullmektig, er vedkommende kontaktperson overfor NPE og Helseklage på Min side.

På Min side finner erstatningssøker opplysninger om selve saken, herunder status for saksbehandlingen, og enkelte saksdokumenter. Erstatningssøker (eller advokat/fullmektig)

<sup>74</sup> «Rutine for forfallsdatoer», *Rutinehåndbok for NPE* oppdatert versjon av 07.02.2024.

<sup>75</sup> NPE sine nettsider, sist oppdatert 16. september 2022.

får et varsel når det skjer endringer, som for eksempel at saken har fått tildelt saksbehandler, eller at det blir sendt et brev. På Min side finner man kontaktinformasjon til NPE, herunder navn på saksbehandler og saksbehandlers direkte telefonnummer. Hos Helseklage er det kun generell kontaktinformasjon som oppgis, ikke navn eller direkte kontaktinformasjon til saksbehandler.

Selv om etatene bruker samme portal, fungerer ikke Min side som én løsning som samler alle dokumenter gjennom hele forløpet. I klagesaker mister erstatningssøker sin Min side-tilgang hos NPE 21 dager etter at saken er oversendt til Pasientskadenemnda/Helseklage. Når klagesaken er registrert hos Pasientskadenemnda/Helseklage, er det mulig å logge inn på Min side der. Det er samme innloggingsmetode, men annerledes logo og noe ulikt innhold. Dokumentene som var tilgjengelig på Min side hos NPE er ikke automatisk tilgjengelig hos Helseklage, og erstatningssøker eller fullmektig må i tilfelle be om dette.

### Innledende vurdering

Når saksbehandler har mottatt nødvendig journaldokumentasjon for å starte utredning av saken, gjør saksbehandler en vurdering av veien videre. Saksbehandler skal gjøre en ny vurdering av om vilkårene i pasientskadeloven § 4 er oppfylt (tilstrekkelig skadeomfang/tap) og av spørsmålet om foreldelse, etter at journalopplysninger er mottatt. Videre skal det vurderes om saken kan avgjøres med såkalt «normvedtak», se boks 3.4. Det gjøres også en ny vurdering av om saken skal ha prioritert saksbehandling.

### Boks 3.4 Normvedtak

Begrepet «normvedtak» bruker NPE i de tilfellene hvor etaten mener at ansvarsspørsmålet kan avgjøres uten å innhente en sakkyndig vurdering. Dette er aktuelt både i medhold- og avslagssaker. NPE har en intern veileder som redegjør for i hvilke tilfeller saksbehandler kan benytte normvedtak.<sup>76</sup> Dette omfatter ulike typetilfeller som på forhånd har vært diskutert med aktuelle sakkyndige, og som klart utgjør svikt eller ikke svikt i behandlingen.

Et eksempel på en situasjon der saksbehandler skal vurdere om det er grunnlag for normvedtak, er der behandlingsstedet i sin uttalelse innrømmer svikt og årsakssammenheng. Et annet eksempel er der en vurdering fra Statsforvalteren konkluderer med at den påklagde behandlingen ikke har vært forsvarlig.

Årlig er det om lag 1500–1600 saker i NPE som avsluttes uten at sakkyndigvurdering innhentes.

### 3.3.3 Særlig om sakkyndigvurdering i NPE

Som ledd i saksbehandlingen må de fleste sakene vurderes av en medisinsk sakkyndig. I 2023 ble det foretatt 8072 sakkyndigvurderinger i regi av NPE.<sup>77</sup> Formålet med å innhente sakkyndigvurderinger er å få en medisinskfaglig vurdering av behandlingen som har vært gitt, og skadeomfanget. Den sakkyndige skal også kvalitetssikre det faktum som er lagt til grunn av saksbehandler. Den sakkyndige skal kun uttale seg om medisinskfaglige spørsmål knyttet til den innklagede saken, ikke vurdere om lovens vilkår er oppfylt.<sup>78</sup>

<sup>76</sup> *Veileder normvedtak*, NPE (2024).

<sup>77</sup> Fra årsrapporten til NPE 2023. 7419 vurderinger ble gjort av avtalesakkyndige, 653 av eksterne sakkyndige.

<sup>78</sup> *Veileder ende-til-ende saksbehandling*, NPE (2023).

Utgangspunktet er at behandlingen skal vurderes av en sakkyndig med samme spesialitet som den som utførte behandlingen det klages på. Saksbehandler bestemmer hva som er hensiktsmessig fremgangsmåte for å få saken vurdert av en sakkyndig. Saksbehandlers valg kan blant annet avhenge av sakens kompleksitet og skadens art. Saksbehandler har mulighet til å drøfte fremgangsmåte med en dialogsakkyndig, se boks 3.5.

### Boks 3.5 Dialogsakkyndig

En dialogsakkyndig er en av de sakkyndige som har avtale med NPE og som er fysisk til stede i lokalene. Den dialogsakkyndiges rolle er å være tilgjengelig for å besvare forskjellige generelle medisinske/helsefaglige spørsmål fra saksbehandlerne. Dette kan for eksempel gjelde begrepsavklaringer eller råd om valg av spesialitet for en sakkyndigvurdering. Ordningen går på rundgang blant de avtalesakkyndige som har anledning til å være fysisk til stede. Saksbehandlerne blir orientert om hvem som er tilgjengelig uken i forveien.

I NPE sin veileder for saksbehandling er det listet opp aktuelle måter for saksbehandler å innhente sakkyndige vurderinger på:

- 1. Muntlig avklaring med en avtalesakkyndig.** Saksbehandler tar kontakt med sakkyndig for en avklaring på et avgrenset, og som regel ukomplisert, medisinsk spørsmål. Saksbehandler skriver et notat etter samtalen, og notatet lagres på saken.
- 2. Saken kan bli vurdert i et sakkyndigmøte med en avtalesakkyndig.** Det er interne rutiner på hvilke saker som egner seg for sakkyndigmøte, og hvordan møtene skal gjennom-

føres.<sup>79</sup> Saksbehandler skriver et mandat i forkant av møtet. I møtet gjennomgår saksbehandler og den sakkyndige de relevante saksdokumentene, og den sakkyndige avklarer muntlig aktuelle spørsmål fra mandatet. Saksbehandler noterer svarene. Den sakkyndige ser over hva saksbehandler har skrevet og godkjenner notatet muntlig. I enkelte tilfeller er det også med en erfaren saksbehandler som møteleder.

- 3. Saken blir lagt til en avtalesakkyndig for vurdering.** Saksbehandler oppretter et mandat for sakkyndigvurderingen. Saken og alle saksdokumentene blir sendt elektronisk til en intern «legehylle» med rett spesialitet (for eksempel hylle for ortopedier, allmennleger osv.). Deretter plukker de sakkyndige saker ut fra kapasitet, kompetanse og habilitet.<sup>80</sup>
- 4. Saken blir sendt til en ekstern sakkyndig.** Dersom NPE ikke har en avtalesakkyndig med rett spesialitet, aktuell legehylle er «full» eller det er for lang ventetid (over 60 dager), sender saksbehandler en forespørsel til en ekstern sakkyndig.<sup>81</sup> Saksbehandler finner oversikt over aktuelle eksterne sakkyndige i saksbehandlingssystemet, og tar selv kontakt. Når en ekstern har takket ja til oppdraget, får sakkyndig tilsendt mandat og relevante saksdokumenter elektronisk.

I forkant av sakkyndigmøte eller før saken blir sendt til avtalesakkyndig eller ekstern sakkyndig, skriver saksbehandler et mandat – altså en oppdragsbeskrivelse – til den sakkyndige.<sup>82</sup> Ved utforming av mandat har saksbehandlerne i NPE flere standardtekster de kan ta utgangspunkt i, men teksten må tilpasses hver sak. Mandatet omtaler

<sup>79</sup> *Veileder for sakkyndigmøter i NPE*, NPE (2024).

<sup>80</sup> «Legge sak til avtalesakkyndig for skriftlig vurdering», *Rutinehåndbok for NPE* oppdatert versjon av 07.02.2024.

<sup>81</sup> *Veileder ende-til-ende-saksbehandling*, NPE (2023).

<sup>82</sup> Se for eksempel rutine «Lage mandat til sakkyndigmøte», *Rutinehåndbok for NPE* oppdatert versjon av 07.02.2024.

kort hva saken gjelder, oppsummerer sykehistorikk og de medisinske spørsmålene som tren- ges besvart. Vedlagt mandatet er sakens øvrige dokumenter, blant annet søknaden om erstatning, kommentarer fra erstatningssøker, uttalelse fra behandlingsstedet og journalopplysninger.<sup>83</sup>

Hva den sakkyndige skal ta stilling til, vil altså avhenge av den konkrete saken og utformingen av mandatet. Som eksempel kan den sakkyndige bli spurt om det er medisinsk årsakssammenheng mellom skaden og behandlingen, om det var riktig å gi behandlingen, om behandlingen har vært i tråd med god medisinsk praksis, og om skaden er en kjent komplikasjon ved denne type behandling. Videre kan det blant annet bli spurt om hvilken informasjon det er vanlig å gi til pasienter i forkant av den aktuelle type behandling, i den aktuelle situasjonen. Ved behov blir de sakkyndige også spurt om å vurdere omfanget av pasientskaden.

Når saken er klar for sakkyndig vurdering, sender saksbehandler et orienteringsbrev til erstatnings- søker.<sup>84</sup> I brevet orienteres det om at det nå blir innhentet en sakkyndig vurdering og forventet ventetid til når denne vil foreligge. Mandatet leg- ges ikke ved til orientering, men blir etter prak- sis gitt innsyn i på forespørsel. I brevet tas det forbehold om at den medisinske vurderingen av saken kan ta lengre tid dersom det viser seg at det er behov for å innhente flere sakkyndige vur- deringer.

Dersom den sakkyndige trenger flere opplysnin- ger eller noe er uklart, innhenter saksbehandler det som er nødvendig. Spørsmålet om direkte kontakt mellom den sakkyndige og erstatnings- søker behandles nærmere av ekspertgruppen i kapittel 11.2.

<sup>83</sup> Se for eksempel rutine «Sende sak ut til ekstern sakkyndig», *Rutinehåndbok for NPE* oppdatert versjon 07.02.2024.

<sup>84</sup> Se for eksempel rutine «Sende sak ut til ekstern sakkyndig», *Rutinehåndbok for NPE* oppdatert versjon 07.02.2024.

Det kan av ulike årsaker være behov for å inn- hente flere sakkyndige uttalelser i en sak, even- tuelt stille tilleggsspørsmål til samme sakkyndig. Tilleggsspørsmål sender saksbehandler direkte til vedkommende.

### 3.3.4 Utfall av saksbehandlingen i NPE

Etter den sakkyndige utredningen er den videre saksbehandlingen avhengig av om saken går mot medhold eller avslag ut fra saksbehandlers sam- lede vurdering av bevisene i saken.

#### Avslag

Når saksbehandler har mottatt sakkyndiger- klæringen og vurderer at saken går mot avslag, sendes erklæringen til erstatningssøker for kom- mentarer. I følge NPE sine rutiner er det ikke nød- vendig å sende erklæringen til kommentering der det er «klart og utvetydig» at det ikke er årsaks- sammenheng mellom behandlingen og skaden.<sup>85</sup>

Erstatningssøker får, i tråd med NPE sin rutine om forfallsdatoer, i utgangspunktet en kommen- teringsfrist på tre uker fra mottak av erklæringen. Dersom vedkommende ber om det, er det mulig å få denne fristen forlenget. I følge NPE sin rutine- håndbok skal det normalt ikke avtales tilleggsfrist utover tre uker. Erstatningssøker kan kommen- tere den sakkyndige erklæringen både skriftlig og muntlig. Behandlingsstedet får som hovedregel ikke tilsendt den sakkyndige vurderingen for kom- mentarer. Unntaksvis kan det likevel være behov for en tilbakemelding også derfra.

Etter at NPE har mottatt eventuelle kommentarer fra erstatningssøker, kan det være behov for å gjøre ytterligere utredning, for eksempel ny medi- sinsk vurdering. Det hender også at erstatnings- søker gjennom kommentarene trekker inn nye

<sup>85</sup> «Mottak av sakkyndige vurderinger og utsendelse av utta- lelse og sakkyndige vurderinger», *Rutinehåndbok for NPE* oppdatert versjon 07.02.2024.



behandlingssteder som del av saken, og da må saksbehandler ta nødvendige skritt i den sammenheng. Dette vil være å orientere nytt behandlingssted om at de er innklaget og be om uttalelse. I noen tilfeller kan det være aktuelt å opprette ny sak i stedet for å utvide den eksisterende saken.<sup>86</sup> Dette spørsmålet er nærmere omtalt av ekspertgruppen i punkt 5.7.

Etter at saken er tilstrekkelig utredet og vurderingen er at søknaden må avslås, skriver saksbehandler et avslagsvedtak. I noen tilfeller kan et vedtaksutkast bli sendt til en fagveileder for godkjenning før utsendelse. Dette beror blant annet på saksbehandlers erfaring og type sak.

Innklagd behandlingssted får som orientering tilsendt kopi av vedtaket og de sakkyndige vurderingene NPE har innhentet.

### **Medhold**

I de tilfeller saksbehandler vurderer at det foreligger en pasientskade (ansvarsgrunnlaget er oppfylt), er det to alternative løp videre. Tidspunktet for når man sender sakkyndigvurderingen til erstatningssøker vil her kunne variere.

#### **Medhold, variant 1: Direktevedtak**

Dersom alle sider av saken fremstår som avklart ved mottak av sakkyndigvurderingen, fatter NPE et vedtak som omhandler både ansvarsgrunnlaget og det økonomiske tapet. Dette omtales som «direktevedtak» fordi det ikke er vurdert å være behov for å involvere erstatningssøker ytterligere før vedtak fattes. Ved direktevedtak er det vanligvis den samme saksbehandler som både vurderer ansvarsspørsmålet og beregner tapet.

#### **Medhold, variant 2: Foreløpig ansvarsvurdering og beregning av erstatning**

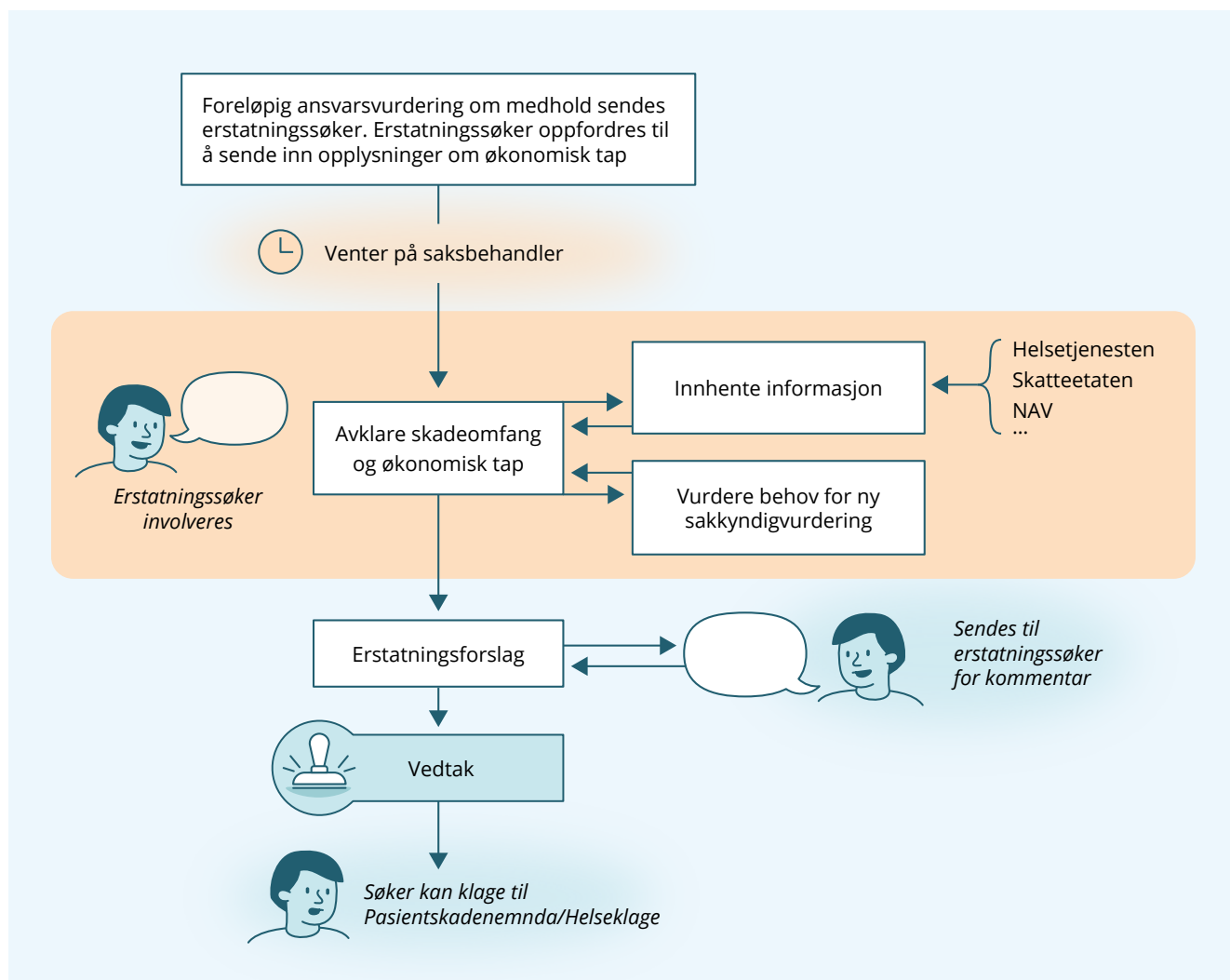
Når det vurderes å foreligge et ansvarsgrunnlag, men det er behov for mer informasjon om det økonomiske tapet, skriver NPE en *foreløpig vurdering* av ansvarsgrunnlaget som blir sendt erstatningssøker. Dette er ikke et formelt vedtak, men kan sies å være et utkast til vedtak om ansvarsspørsmålet. I brevet blir erstatningssøker bedt om å komme med opplysninger og dokumentasjon om sitt økonomiske tap. Det er opprettet skjemaer som er ønskelig at erstatningssøker besvarer i den forbindelse, og erstatningssøker blir orientert om at skjemaene finnes på Min Side eller på NPE sine nettsider. Det blir også åpnet for å komme med kommentarer rundt ansvarsspørsmålet. Avhengig av saksbehandler sin kompetanse, erfaring og type sak, kan det være nødvendig å sende et utkast til godkjenning hos en fagveileder før utsendelse.

De fleste sakene følger dette løpet. NPE sender kopi av den foreløpige vurderingen til behandlingsstedet som orientering. Dette fordi det kan ha interesse for arbeid med kvalitetsforbedring på behandlingsstedet.

Etter foreløpig vurdering skifter en stor andel av sakene saksbehandler, og saken havner i (ny) kø i påvente av å få tildelt en beregner. Per 31.12.2023 var denne køen på 22 dager. I noen saker sender ansvarssaksbehandler ut brev til NAV, kommune og Skatteetaten for å innhente relevante opplysninger før saken legges i kø (se nærmere omtale i punkt 6.2). I enkelte saker sendes det samtidig ut et brev til innklaget behandlingssted hvor det blir bedt om en vurdering av varig medisinsk invaliditet.

<sup>86</sup> «Nytt behandlingssted eller ny anførsel kommer til under behandlingen av en sak – ny sak eller utvidelse av løpende sak», *Rutinehåndbok for NPE* oppdatert versjon av 07.02.2024.

Figur 3.5 Saksgang beregning



### 1. Oppstart beregning

Dersom ny saksbehandler/beregner ser at det er behov for ytterligere dokumentasjon fra andre enn erstatningssøker i forbindelse med beregningen av det økonomiske tapet, skal dette innhentes nå. Typisk er det snakk om opplysninger fra Skatteetaten, NAV, fastlege og oppdaterte journalopplysninger. I følge NPE sin rutinehåndbok gis etatene/behandlingsstedene en frist på fire uker. Dersom NPE ikke får de etterspurte opplysningene, skal saksbehandler purre når det har

gått seks uker fra henvendelsen ble sendt. Det fremgår av NPE sin *Veileder ende til ende saksbehandling* at dersom purring ikke hjelper, skal man vurdere å sende erstatningsforslag basert på de opplysningene som foreligger i saken, eller sende ny skriftlig purring. Saksbehandler skal også vurdere om det skal purre per telefon i stedet for skriftlig henvendelse.

Saksbehandler må også vurdere om det er behov for ytterligere medisinsk utredning av skadeomfanget.

Samtidig sendes det et nytt brev til erstatnings søker hvor det informeres om hva som blir innhentet og hvem som er ny saksbehandler. Erstatningssøker bes også om å fremsette et økonomisk krav dersom NPE ikke allerede har mottatt dette. Det gis en frist på fire uker til å fremsette et krav, og eventuelt be om kontoopplysninger.

Saksbehandler skal samtidig vurdere om det er grunnlag for å utbetale et forskudd på erstatningen.<sup>87</sup> Vurderingen gjøres før NPE har mottatt endelig krav i saken, og før det er avklart om erstatningen er uomtvistet eller ikke. Dette er altså en annen vurdering enn den som eventuelt skal gjøres ved delutbetaling etter pasientskade-loven § 13 andre setning. Det er interne rutiner om momenter som skal med i en vurdering av om det er grunnlag for forskudd eller ikke, og eventuell størrelse på forskuddet. Blant annet skal saksbehandler alltid vurdere årsakssammenhengen mellom skaden og tapet, og beløpet som utbetales skal ikke være større enn lidt økonomisk tap. Det skal ikke utbetales forskudd på hele menerstatningen.<sup>88</sup>

Det kan vise seg at saken er tilstrekkelig opplyst under ansvarsutredningen til også å ta stilling til det økonomiske tapet. I slike tilfeller skal saksbehandler gå rett på å utferdige erstatningsfor-slag, eventuelt fatte vedtak i saken.

## 2. Erstatningsforslag

Etter mottak av etterspurt dokumentasjon, vurderer saksbehandler om det skal utformes et erstatningsforslag eller om det er riktig å gå rett på vedtak om erstatning.

I de fleste sakene sender NPE ut et erstatningsforslag før vedtak. Erstatningssøker får da en frist på tre uker til å komme med sine kommentarer. Kommentarer kan gis både skriftlig og muntlig. Dersom det er innhentet en ny medisinsk vurdering, legger saksbehandler en kopi av denne vurderingen ved erstatningsforslaget.

Noen forslag må til godkjenning hos en fagveileder før utsendelse.<sup>89</sup> Minste samlet fullmaktsbeløp er på 250 000 kroner. Deretter er det flere fullmaktsgrenser på mellom 800 000 opp til inntil syv millioner kroner.

## 3. Vedtak

Hvis erstatningssøker aksepterer erstatningsforslaget, går saksbehandler rett videre til vedtak. Ved uenighet må saksbehandler vurdere saken konkret. Dersom saksbehandler mener at saken er tilstrekkelig utredet, fattes det vedtak. Det kan imidlertid være behov for mer utredning før vedtak fattes, for eksempel ytterligere avklaring med sakkyndig eller dialog med erstatningssøker. Det vurderes konkret om eventuelle nye vurderinger fra sakkyndig skal sendes erstatningssøker for kommentar før vedtaket fattes, eller om de skal legges ved vedtaket.

I noen tilfeller sender NPE ut et nytt erstatningsforslag.

I vedtaket gjør NPE sin endelige vurdering av ansvarsgrunnlaget og erstatningssummen. Det treffes altså ett samlet vedtak. Dette er en endring fra tidligere hvor det ble fattet separate ansvars- og beregningsvedtak.<sup>90</sup> I Rt. 2015 s. 577 ble spørsmålet om oppdeling omtalt som et «hensiktsmes-

<sup>87</sup> *Veileder ende-til-ende-saksbehandling*, NPE (2023).

<sup>88</sup> «Krav om forskudd på erstatning», *Rutinehåndbok for NPE* oppdatert versjon av 07.02.2024.

<sup>89</sup> *Rutine om fullmakter til å sende ut forslag om erstatning og honorar samt til å budsjett disponere erstatninger og honorarer*, NPE (2023).

<sup>90</sup> Se forutsetningen hos Jørstad (2011) s. 195.

sighetsspørsmål» (avsnitt 40).<sup>91</sup> Erstatnings søker blir informert om klagefrist.

### 3.3.5 Gjennomførte tiltak for å effektivisere saksbehandlingen

I en rapport fra høsten 2020 uttalte Riksrevisjonen at «saksbehandlingen i pasientskadeordningen [...] i liten grad [er] tilpasset sakens kompleksitet og størrelsen på erstatningen». <sup>92</sup> Etter dette har NPE gjort diverse tiltak med vekt på differensiert saksbehandling. Dette innebærer at i stedet for å følge et hovedløp for saksbehandling i alle sakene, har man hatt mer fokus på hva akkurat denne konkrete saken trenger: *Når er denne saken godt nok opplyst til at NPE kan fatte vedtak?*

Særlig har fokus de siste årene blitt rettet mot hvordan beregningen av det økonomiske tapet kan gjøres enklere. Et tiltak har vært å redusere ressursbruken i saker med relativt lave erstatningskrav, i utgangspunktet var det tenkt under 100 000 kroner. Opprinnelig betydde dette saker hvor skadeomfanget var begrenset, og hvor det ikke var aktuelt med inntektstapserstatning. Etter hvert har man sett at det også i saker hvor erstatningsbeløpet er høyere er det hensiktsmessig med en enklere beregningsprosedyre. Men erstatning alene kan i en del saker utgjøre over kr 100 000 i erstatning, men likevel ikke ha betyd-

ning for ervervsevnen til erstatningssøker. Også enklere inntektstap i en kortere periode er i dag gjenstand for enklere beregning.

Saker med lave erstatningsutbetalinger (under 100 000 kroner) utgjør om lag 55 prosent av beregningssakene til NPE, men kun om lag fem prosent av det NPE samlet sett utbetaler i erstatning hvert år. Ved å bruke mindre tid i disse sakene, er tanken at NPE frigjør ressurser til saksbehandling av andre saker som kan være mer krevende og/eller omfattende.

NPE begynte forenklingsarbeidet avgrenset til enkelte typer av saker, men etter hvert har man utvidet. Eksempler på saker som i dag regnes som egnet for enklere beregning, er saker som kun gjelder forbigående plager, saker der utgifter til begravelse er eneste aktuelle erstatningspost, saker om menstruasjonsforstyrrelser etter vaksinasjon mot Covid-19 og saker om korrigerende kosmetisk behandling og mindre hudskader. I tillegg er tilfeller hvor det kun er aktuelt å gi erstatning for forsørgertap i en kort periode (opptil seks måneder) og ved dødsfall vurdert som egnet for enklere beregning.

Det er utarbeidet en egen retningslinje (*Veileder enkle beregninger*) med rutiner og standardtekster til hjelp for saksbehandleren. Veilederen inneholder eksempler på saker som spesielt egner seg for enklere beregning, og verktøy for å beregne erstatningen i disse sakene. I tillegg er det opprettet egne diskusjonsforum hvor saksbehandler kan få drøfte saken med erfarne beregnere.

Et annet forenklingstiltak er at NPE har kuttet enkelte ledd i saksbehandlingen. Tidligere ble for eksempel alle sakkyndigvurderinger, uten unntak, sendt til erstatningssøker for kommentering før NPE tok stilling til ansvarsgrunnlaget. Dette er nå justert, slik at i de sakene som går mot fullt medhold, blir sakkyndigvurderingen lagt ved den fore-

<sup>91</sup> Rt. 2013 s. 1167 forutsetter at den forvaltningsmessige avgjørelsen på henholdsvis ansvars- og beregningsspørsmålet til syvende og sist er ett vedtak rettslig sett, selv om det kan være delt opp i to: «når vedtaket – som i denne saken – treffes i to etapper, foreligger det først 'endelig vedtak' når det andre delvedtaket er truffet» (avsnitt 25). Deler av litteraturen beskriver fortsatt den tidligere tottrinnsbehandlingen som gjeldende, se for eksempel Kjelland (2023/2024) og Askeland (2024), begge forfatterne i kommentaren til § 12. Men dette gir altså hverken et dekkende bilde av de krav pasientskadeloven stiller eller forvaltningspraksis i dag.

<sup>92</sup> Riksrevisjonen (2020). Riksrevisjonens undersøkelse av årsaker til lang saksbehandlingstid på pasientskadeområdet.

løpige vurderingen av ansvarsgrunnlaget, eventuelt direktevedtaket der det er aktuelt.

Et ytterligere effektiviseringstiltak er at det nå åpnes for at foreløpig vurdering av ansvarsgrunnlaget og et forslag til et erstatningsoppgjør sendes samtidig til erstatningssøker. Dette kan være aktuelt der det økonomiske tapet ikke er tilstrekkelig avklart til å treffe direktevedtak, men det er behov for tilbakemelding fra erstatningssøker på enkelte punkter.

#### Boks 3.6 Eksempler på forenklet behandling

I saker om blødningsforstyrrelser etter koronavaksine, ble forbruksmateriell som bind og tamponger vurdert til årlige utgifter fra 1000 til 3000 kroner ut fra omfang og hyppighet av blødningene. På denne måten kunne sakene behandles raskere og mer effektivt. Sakstypen omfattes i dag av *Veileder for enklere beregning*.

De siste årene har NPE hatt en stor økning i antall saker om forsinket diagnose av ADHD. Enkelte momenter har pekt seg ut som særlig sentrale for utfallet, og disse er nå nedfelt i et eget fagnotat til hjelp for saksbehandler.<sup>93</sup> Dette omfatter blant annet momenter for vurdering av tilstrekkelig økonomisk tap (skadeomfang) uten sakkyndig uttalelse.

#### 3.3.6 Klagebehandling

Ved mottak av klage må NPE ta stilling til om det har kommet inn nye opplysninger som har betydning for vurdering av saken. Det kan også være aktuelt å innhente ytterligere opplysninger og/eller forelegge saken på nytt for sakkyndig. Gjennomsnittlig tid brukt på å vurdere en klage i NPE var 21 dager i 2023.

Dersom opplysningene endrer tidligere vurderinger til gunst for klager, må NPE omgjøre og fatte nytt vedtak. I 2023 mottok NPE 1676 klager på ansvarsvedtak, og omgjorde 33 vedtak. I 2023 mottok NPE 488 klager på beregningsvedtak, og omgjorde 38 vedtak.

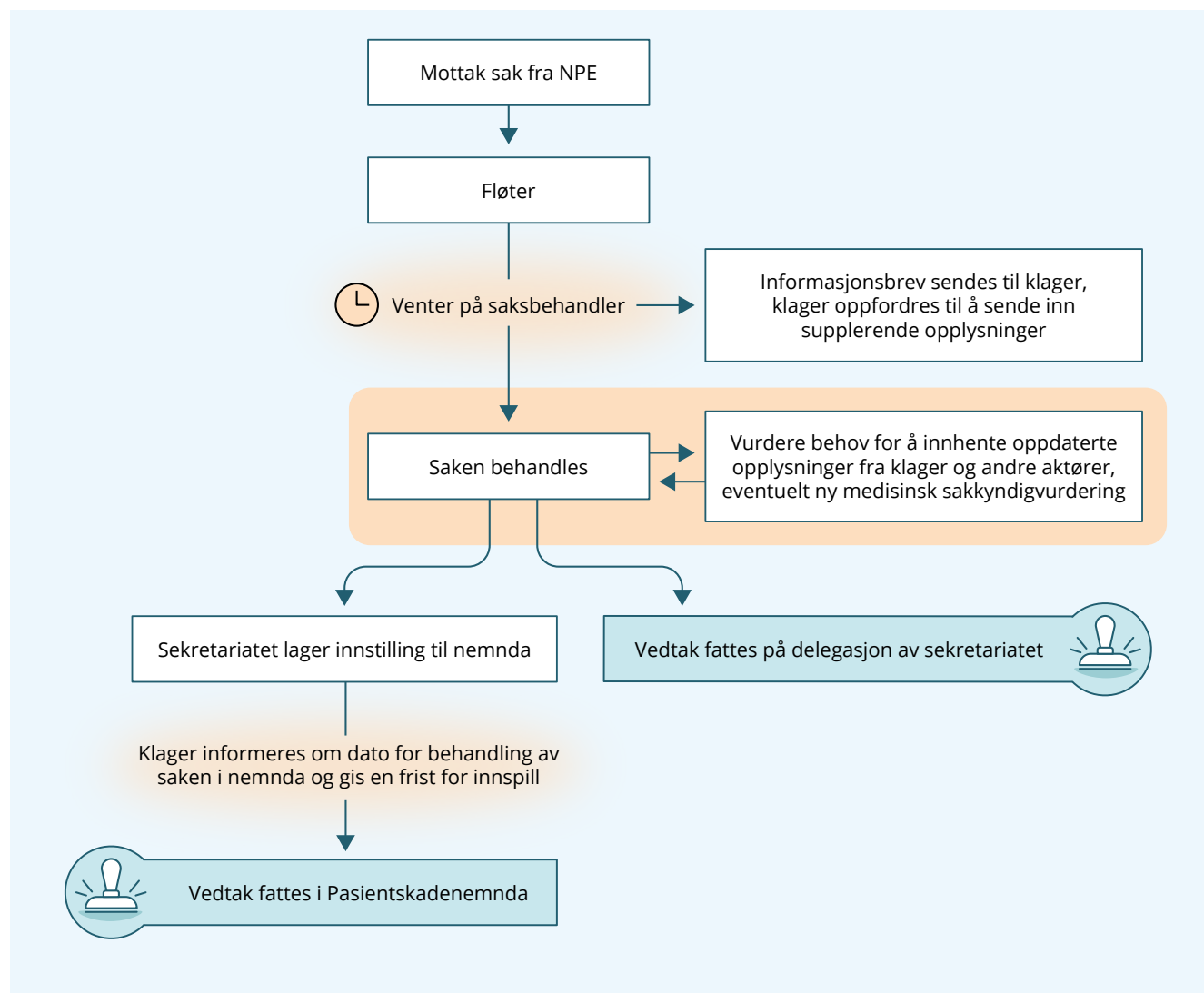
Dersom det ikke foreligger nye opplysninger, sender NPE saken til Pasientskadenemnda/Helseklage. I oversendelsesbrevet redegjøres det kort for hva erstatningssøker klager på og NPE sin vurdering av klagen. Erstatningssøker får kopi av dette oversendelsesbrevet og en orientering om at saken er sendt til klageinstansen for klagebehandling. I ansvarssaker blir innklaget behandlingssted orientert om at saken er sendt til Pasientskadenemnda/Helseklage.

<sup>93</sup> Fagnotat *Behandling av ADHD-saker-ansvarsutredning*, NPE (2023).

### 3.4 Saksgangen i Pasientskadenemnda/Helseklage

Dette kapitlet beskriver saksgangen i Pasientskadenemnda og nemndas sekretariat, Helseklage. Omtalen er basert på rutinebeskrivelser per våren 2024.

Figur 3.6 Saksgangen i Pasientskadenemnda/Helseklage



### 3.4.1 Oppstart av ny sak

Etter at NPE har behandlet klagen og konkludert med at vedtaket opprettholdes, sendes saken til Pasientskadenemnda/Helseklage for klagebehandling.

Den største andelen saker Pasientskadenemnda/Helseklage behandler, er klager på ansvarsvurderingen. Dette er de sakene hvor NPE har kommet til at det ikke foreligger grunnlag for erstatning og dermed har avslått søknaden. Ifølge Helseklage sin årsrapport for 2023 omhandlet 78 prosent av sakene NPE oversendte for klagebehandling ansvarsgrunnlaget. I andre tilfeller er det innvilget (og utbetalt) erstatning i NPE, men klagen gjelder erstatningens størrelse. Dette utgjør 22 prosent av klagesakene fra NPE. Det forekommer også saker hvor det klages både på ansvarsgrunnlaget (det er for eksempel bare gitt erstatning for deler av en oppstått skade) og erstatningsberegningen (erstatningssøker mener vedkommende skulle hatt mer i erstatning), såkalte «kombisaker». Fordi klagesakene stort sett kan sorteres som ansvarsaker eller beregningssaker, er spesialisering blant saksbehandlerne naturlig. Bytte av saksbehandler underveis fordi saken går over fra ansvarsutredning til beregning som er normalmodellen i NPE, er ikke en problemstilling i Helseklage. Det er behov for saksbehandlere med kompetanse både på ansvar og utmåling i kombisakene, og dette løses med bruk av saksbehandlere med en slik kombinert fagkompetanse.

Når klagesaken er oversendt fra NPE, blir den innledningsvis håndtert av Pasientskadenemndas sekretariat (Helseklage). Her blir saken først kort gjennomgått av en «fløter», se boks 3.7, som vurderer om det er noen åpenbare mangler eller problemstillinger som må håndteres med en gang. Det gjøres også en vurdering av om saken skal ha prioritert saksbehandling. Hovedregelen er at eldste sak behandles først, men det er to grader av prioritering. Saker som anses å ha særlig priori-

tet fordeles direkte til saksbehandler. Andre saker som også skal prioriteres merkes slik at dette er synlig i saksbehandlingssystemet. Eksempler på grunner for å prioritere kan være at erstatningssøker har redusert forventet levetid, erstatningssøker er et barn eller at førsteinstansen har brukt veldig lang tid.<sup>94</sup>

#### Boks 3.7 «Fløter»-rollen

Den som har rollen som «fløter» har ansvaret for ulike oppgaver. Blant annet skal vedkommende passe på og administrere listen over nyankomne saker. Sakene blir kort gjennomgått for å avklare om det er formelle mangler, og det skrives et notat om hva saken gjelder. Saker om enkelte tema blir «merket», eksempelvis «barneutmåling», «foreldelse» eller «vaksine». Dette fordi det slik blir lettere for team og saksbehandlere å velge saker tematisk senere. Tittelen på saken beskriver ikke nødvendigvis sakens medisinske/juridiske problemstillinger.

Fløterne skal også håndtere post og henvendelser i saker som enda ikke har fått tildelt saksbehandler. Videre er det fløterne som har ansvaret for å sette sammen saker til nemndmøter. De skal også følge med på sakstilgangen til nemndmøtene og orientere ledelsen dersom det trengs å gjøres tiltak i den sammenheng. Fløterordningen er organisert som en rullerende vaktordning med en uke hver. De som ivaretar rollen er særlig erfarne saksbehandlere. Det er opprettet en felles e-postadresse til fløter som betjenes av den som har rollen den aktuelle uken.

<sup>94</sup> Utfyllende liste over prioriteringsgrunner ligger i *Rutine for prioritering av saker*, Helseklage (2024).

Det er noen likhetstrekk mellom rollen som fløter i Helseklage og Team ekspress i NPE. Målet er blant annet raskt å avdekke formelle feil, prioriteringsbehov og å identifisere saker som kan avgjøres raskt og dermed fremme en effektiv saksbehandling.

Det blir sendt ut et bekreftelsesbrev til erstatningssøker om at klagesaken er mottatt. Klager orienteres da blant annet om forventet saksbehandlingstid, kort om saksbehandlingen i Pasientskadenemnda/Helseklage og muligheten for at vedtak kan bli fattet av sekretariatet etter delegert myndighet. Etter at bekreftelsesbrevet er sendt ut, blir saken lagt i kø.

Saker som skal ha særlig prioritert behandling blir fordelt direkte til saksbehandler med en gang. Andre saker plukkes av saksbehandler når vedkommende har kapasitet. Når saken får tildelt saksbehandler, sendes det ut et varsel om dette til klager via Min side.

Ved første gjennomgang av saken må saksbehandler vurdere om det trengs ytterligere utredning, herunder om det må innhentes oppdaterte opplysninger. I noen tilfeller har klager bedt om å bli kontaktet når saksbehandlingen påbegynnes. Dette kan ha blitt uttrykt allerede i klagen, eller ønsket kan ha blitt formidlet senere for eksempel via sentralbordet, i brevs form eller det kan være skrevet en kommentar på Min side. I slike tilfeller skal saksbehandler ta kontakt nå.

Selv om reglene for saksforberedelse i Pasientskadenemnda/Helseklage i utgangspunktet er de samme som for NPE,<sup>95</sup> står saksbehandlerne i klageinstansen likevel i en faktisk helt ulik situasjon. Dette ved at saken allerede er utredet en gang i førstinstansen, i tillegg til at man der også

har «tilrettelagt» saken for klageinstansen.<sup>96</sup> Dette betyr at Pasientskadenemnda/Helseklage et stykke på vei vil kunne basere seg på utredning som er gjort tidligere i saken, uten at det rokker ved at det skal gjøres en full forvaltningsmessig overprøving.

### 3.4.2 Særlig om sakkyndigvurdering i klageinstansen

Siden Pasientskadenemnda er klageinstans for sakene som kommer fra NPE, vil de aller fleste sakene allerede være utredet av medisinske sakkyndige. Dersom klageinstansen vurderer at saken ikke er tilstrekkelig opplyst, må den utredes ytterligere. Saksbehandler i Helseklage vurderer da om det vil være tilstrekkelig å stille oppfølgings spørsmål til den sakkyndige, eller om hele saken skal returneres til førstinstansen (NPE).<sup>97</sup> I tilfeller hvor saken returneres er det sjelden at vedtaket formelt oppheves slik forvaltningsloven § 34 fjerde avsnitt åpner for. Pasientskadenemnda/Helseklage sender heller saken tilbake til NPE for en fornyet vurdering, se forvaltningsloven § 33 femte avsnitt. Blant annet kan det være aktuelt at NPE innhenter en ytterligere sakkyndig vurdering. Dersom ny utredning fører til at vurderingen endres slik at vedtaket må gjøres om, er det NPE som fatter nytt vedtak. Hvis NPE derimot opprettholder sitt tidligere vedtak, sendes saken tilbake til Pasientskadenemnda/Helseklage sammen med den nye dokumentasjonen. Dette blir da ikke registrert som en ny klagesak.

Samlet sett er behovet for sakkyndig utredning i regi av Pasientskadenemnda/Helseklage betydelig mindre enn hos NPE. Likevel vil det i noen saker være behov for presiseringer, «second opinion» eller ytterligere utredning i regi av klageinstansen. Vurderingen gjøres her av saksbehandler og/eller nemnda. Sakens problemstillinger og omfang vil

<sup>95</sup> Se forvaltningsloven § 33 første avsnitt.

<sup>96</sup> Forvaltningsloven § 33 fjerde avsnitt.

<sup>97</sup> *Retur av saker til Norsk pasientskadeerstatning for ytterligere utredning*, Helseklage (2024).



i tilfelle være styrende for hvilken type utredning som velges. Dette er hovedalternativene:

1. **Stille oppfølgingsspørsmål til sakkyndig som vurderte saken i NPE.** Dette vil være aktuelt i tilfeller hvor det er ønskelig med mer avgrensede presiseringer eller avklaringer.
2. **Muntlig samtale med intern rådgivende lege.** Dette gjøres for å avklare avgrensede og konkrete problemstillinger. I tilfeller hvor det som kommer frem i samtalen inngår som del av beslutningsgrunnlaget i saken, skrives det et notat som følger saken. Dersom saksbehandler kun har fått mer generell assistanse som hjelp til å forstå et medisinsk begrep, er det ikke alltid det blir skrevet notat.
3. **Sakkyndigmøte mellom intern medisinsk rådgiver og saksbehandler.** Det blir under møtet skrevet et notat som den interne medisinske rådgiveren godkjenner. Notatet legges ved saken som et saksdokument og sendes til erstatningssøker for eventuell kommentar. Denne fremgangsmåten velges ved behov for små avklaringer eller lignende.<sup>98</sup>
4. **Saksbehandler formulerer et skriftlig mandat som sendes til en intern medisinsk rådgiver.** Dette gjøres kun i sjeldne tilfeller av hensyn til de interne rådgivernes kapasitet. I tillegg har Helseklage begrenset tilgang til enkelte medisinske spesialiteter internt.<sup>99</sup>
5. **Saksbehandler formulerer et mandat som sendes til en ekstern sakkyndig.** Selve bestillingen skjer av en intern koordinator som har ansvaret for å finne ledige sakkyndige som kan påta seg oppdrag.<sup>100</sup> Saksbehandler beskriver hvilken spesialitet den sakkyndige må ha og hvilket behandlingssted som er innklaget (for

å unngå habilitetsproblematikk).<sup>101</sup> Erstatningssøker orienteres per brev om at saken skal utredes med sakkyndig.

Arbeidet med å finne sakkyndige som tilfredsstillende kriteriene saksbehandler har satt, kan være tidkrevende. En sakkyndig får i utgangspunktet 5-6 uker på å utføre oppdraget, men det kan også avtales andre frister ved behov.

Etter mottak av sakkyndigvurdering må saksbehandler vurdere om det er behov for å stille oppfølgende tilleggsspørsmål. Deretter sendes vurderingen til erstatningssøker for kommentarer. Uttalelsen sendes også til behandlingsstedet i de tilfellene hvor man anser det som ønskelig for sakens opplysning. Tilleggsvurdering kan for øvrig også innhentes senere i prosessen dersom det dukker opp problemstillinger det trengs å avklare.

### 3.4.3 Veien videre og mulige utfall av saksbehandlingen

Når saken er tilstrekkelig opplyst, må saksbehandler vurdere videre saksgang. Utgangspunktet er at en klage skal behandles nemnd, men dersom resultatet ikke er tvilsomt og spørsmålet ikke er prinsipielt, kan saksbehandler avgjøre saken med et delegasjonsvedtak. Delegeringsspørsmålet er nærmere vurdert av ekspertgruppen i punkt 7.3 og 7.4.

Dersom Pasientskadenemnda/Helseklage ikke finner grunnlag for å behandle klagesaken av formelle grunner, skal det treffes avvisningsvedtak. Dersom klageinstansen realitetsbehandler saken, men er enig med NPE som førsteinstans, stadfestes vedtaket. Ved medhold har klageinstansen valget mellom «selv [å] treffe nytt vedtak i saken eller oppheve det og sende saken tilbake til under-

<sup>98</sup> Rutinen *Booking av legemøter med interne sakkyndige*, Helseklage (2024).

<sup>99</sup> Rutinen *Innhente vurdering fra intern rådgivende lege, tannlege eller farmasøyt*, Helseklage (2024).

<sup>100</sup> Rutinen *Innhente vurdering fra ekstern sakkyndig – samling av rutiner for Helseklage*, Helseklage (2024).

<sup>101</sup> Helseklage har lister med oversikt over eksterne sakkyndige som tidligere har vært brukt og har sagt ja til å skrive sakkyndigvurderinger. Denne listen er sortert etter spesialitet.

instansen til helt eller delvis ny behandling», jf. forvaltningsloven § 34 fjerde avsnitt. Dagens praksis med tilbakesending til NPE ved medhold i ansvarsklager blir vurdert av ekspertgruppen i punkt 5.5.

### Boks 3.8 Delegasjonsvedtak

Pasientskadenemndas sekretariat som er lagt til Helseklage, har anledning til å fatte vedtak på vegne av Pasientskadenemnda etter delegert myndighet, se pasientskadeloven § 16 syvende avsnitt. Det er nemndas leder som bestemmer hvilke type saker delegasjonsfullmakten omfatter, og fullmakten revideres ved behov, eller etter to år. Gjeldende delegasjonsbeslutning gjelder frem til 31.12.2024.

#### 3.4.4 Sekretariatets innstilling til Pasientskadenemnda

Saksbehandler har ansvar for at saken er tilstrekkelig utredet før nemnda tar stilling til saken.<sup>102</sup> Saksbehandler skriver en innstilling til nemnda basert på sakens opplysninger, gjeldende regelverk, herunder nemndas egen praksis.

En innstilling er bygget opp på samme måte som et vedtak, med konklusjon i overskriften. Deretter kommer en beskrivelse av saksgangen i NPE, utredning som har vært gjort i sekretariatet, og relevant sykehistorie. Fakta vurderes så opp mot gjeldende regelverk. I innstillingen er det alltid lagt opp til en konklusjon, men i noen tilfeller er det formulert to alternativer.

Innstillingen anses som et internt dokument etter forvaltningsloven § 18 a, og sendes ikke til klager. Med bakgrunn i regelverket i forvaltningsloven

<sup>102</sup> Jf. forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda § 14 første avsnitt: «Sekretariatet forbereder saken og dagsorden og saksdokumenter sendes til nemndsmedlemmene i god tid før møtet.».

§§ 18-18 c gis det kun innsyn i den delen av dokumentet som utgjør faktiske opplysninger samt pasientens egne klagegrunner. Ekspertgruppen vurderer i punkt 10.3 dagens praksis med hensyn til hva som utgjør «faktiske opplysninger» i sekretariatets innstilling til Pasientskadenemnda.

#### 3.4.5 Saksbehandlingen i Pasientskadenemnda

##### Oppsett av nemndmøter

Nemnda har møte omtrent en gang i uken, og sakslistene settes opp om lag en måned i forkant. Det er fløter som har denne planleggingsoppgaven. For å hjelpe fløter, skal saksbehandler i forbindelse med at saken blir oppført på liste over saker som skal behandles i nemnd, også klargjøre om behandlingen skal skje i tre- eller fem-nemnd, hvilke nemndmedlemmer som er inhabile og dato for når saken ble oppført på listen. Fløter setter da opp sakslisten ut fra de kriterier om prioritering som gjelder.

Når sakslisten er klar, får nemndas medlemmer tilgang til saksdokumentene. Dette skjer elektronisk. Samtidig får erstatningssøker brev med informasjon om hvilken dato saken skal behandles og en siste frist til komme med kommentarer.

##### Gjennomføring av møtet og vedtak

De som er til stede i nemndmøtet er medlemmene, saksbehandler og den fra sekretariatet som har rollen som «direktørens representant».<sup>103</sup> Nemndas medlemmer skal på forhånd ha satt seg inn i sakens dokumenter. Direktørens repre-

<sup>103</sup> Se forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda § 15 om hvem som kan møte i nemnda og med hvilken funksjon: «Fra sekretariatet kan leder eller dennes stedfortreder samt saksbehandler møte i nemnda og kan i møtet avklare uklarheter og gi tilleggsopplysninger i saken. En representant for Norsk Pasientskadeerstatning kan møte i nemnda som observatør, men har ikke talerett. Nemndas leder avgjør med endelig virkning hvem som utover dette kan møte i nemnda.».

sentant fungerer som bindeledd mellom saksbehandler og nemndas medlemmer i forkant av møtet. Vedkommende har også ansvar for den praktiske gjennomføringen av møtet, og skal være en faglig støtte for nemnda ved diskusjoner rundt regelverk, rettspraksis og nemndas egen praksis. Det er saksbehandlere med lang erfaring som har denne rollen.

Et nemndmøte har vanligvis 28–37 saker til behandling, avhengig av type saker og type møte (fast nemnd, 3-nemnd eller 5-nemnd). Møtene går over to dager. De starter vanligvis torsdag ettermiddag og varer noen timer utover ettermiddag/kveld, før nemnda gjenopptar møtet fredag morgen.

Møtene avholdes fysisk eller digitalt. Saksbehandler presenterer først sakens faktum kortfattet for nemnda (se likevel boks 3.9 om «grønne saker»). Nemnda tar deretter diskusjonen rundt bordet og drøfter problemstillinger og utfall av saken.<sup>104</sup>

Direktørens representant har ansvaret for en smidig saksavvikling, herunder å ha kontroll på sakslisten, hvilke saksbehandlere som skal inn i møtet og til hvilket tidspunkt. Aktuelle saksbehandlere holdes oppdatert om fremdriften i møtet via Teams-chat. Nemndas tidsbruk i den enkelte sak kan variere mye og det kan derfor bli en noe «uroilig» dag for saksbehandlere som skal møte i nemnda, men uvisst nøyaktig når.

### Boks 3.9 «Grønne saker»

Som en oppfølging av prosjektet «Effektive nemndavgjørelser», ble det i 2023 satt i gang et forsøk med såkalte «grønne saker». Det

<sup>104</sup> Jf. forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda § 14 andre avsnitt: «Vedtak fattes på grunnlag av sekretariatets skriftlige saksfremstilling og etter muntlige drøftelser mellom medlemmene i nemnda.»

innebærer at saksbehandler ikke trenger å delta i nemndmøtet i saker som anses som «grei, oversiktlig, ryddig» og hvor vedkommende heller ikke selv vurderer at det er nødvendig.<sup>105</sup> I tilfelle er det direktørens representant som legger frem saken og fører inn tekstendringer fra nemnda i innstillingen. Målet med forsøksprosjektet har vært å legge til rette for at saksbehandlerne skal kunne bruke arbeidstiden mer effektivt. Prosjektet har vært evaluert og det har vært gode tilbakemeldinger internt i etaten. Tiltaket planlegges derfor å starte opp igjen i løpet av høsten 2024.

Nemnda treffer vedtak ved votering og «alminnelig flertall».<sup>106</sup> Vedtaket begrunnes med utgangspunkt i sekretariatets utkast, og mindre språklige rettinger/endringer gjøres underveis i møtet. Større skriftlige endringer tas eventuelt i etterkant av møtet «på høring» (sirkulasjon). Klager underrettes deretter.<sup>107</sup> Det er også mulig for nemndas medlemmer å komme med innspill til sakene i forkant av møtet. Dette skjer da gjennom innspill til saksbehandler. Det er ikke mulig med dagens saksbehandlingssystem, å skrive endringsforslag direkte inn i innstillingsdokumentet.

NPE har etter forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda § 15 andre setning rett til å observere nemndmøtene. Da Pasientskadenemnda hadde tilhold i Oslo var det observatører til stede på tilnærmet hvert nemndmøte. Etter flyttingen til Bergen observerer NPE kun fast nemnd og enkelte møter som tar opp spesielle temaer.

<sup>105</sup> Rutinen: *Når saken er klar for behandling i Pasientskadenemnda*, Helseklage (2023).

<sup>106</sup> Se pasientskadeloven § 17 første avsnitt.

<sup>107</sup> Se pasientskadeloven § 12 som viser til «forvaltningslovens regler» om underretning, altså forvaltningsloven § 27.

Ved dissens skal både flertallets og mindretallets syn begrunnes.<sup>108</sup> Av vedtaket vil navnet på nemndas medlemmer fremgå, og dersom det foreligger dissens vil det også være klargjort hvem som utgjør henholdsvis flertall og mindretall.

Dersom klager får medhold i en ansvarssak (omgjøring), returneres saken til NPE for ytterligere utredning, beregning og/eller utbetaling. Ekspertgruppen vurderer dagens praksis med retur av saker i punkt 5.5. Blir klagen avslått (stadfesting) avsluttes saken i nemnda. Erstatnings søker informeres om søksmålsfristen som er seks måneder.<sup>109</sup>

### 3.5 Felles saksbehandlingssystem – dagens løsning

NPE og Helseklage har felles saksbehandlingssystem – ISAK. Dette er et system som er basert på saksbehandlings-, arkiv-, og dokumenthåndteringssystemet Public 360. Likevel er det, siden det ble introdusert i 2015, gjort veldig mange tilpasninger for å møte etatenes spesielle behov.

I ISAK har saksbehandlerne et «skrivebord» med oversikt over alle sine løpende saker.

Saksbehandlerne jobber i «forløp» som viser de kommende trinnene som kan/skal gjøres i saksbehandlingsprosessen. Det er også lagt opp til at mottaker i noen tilfeller er «ferdig lagt inn» i brevmalen, og at riktig brevmal velges automatisk.

Visse saksbehandlingssteg må gjøres utenfor forløp. De ulike dokumentkategoriene og/eller statuskoden på saken, er videre avgjørende for hvilken informasjon som er tilgjengelig for erstatnings søker på Min side.

<sup>108</sup> Pasientskadeloven § 17 første avsnitt.

<sup>109</sup> Pasientskadeloven § 18, 2. avsnitt.

Når det gjelder de sakkyndige i NPE, så jobber de avtalesakkyndige i dag i samme saksbehandlingssystem som saksbehandlerne. De eksterne sakkyndige har ikke tilgang til saksbehandlingssystemet, og får kun tilgang til de dokumentene som saksbehandler legger ved mandatet ved oversendelse. De eksterne har en tidsbegrenset tilgang til saksdokumentene. Ved overgang til nytt saksbehandlingssystem i løpet av 2025 blir hele sakkyn-digløsningen løftet ut av saksbehandlingssystemet og inn i en egen løsning (noe tilsvarende Min side for erstatningssøkerne i dag). Tilgang til saken vil da bli lik både for avtale- og eksternsakkyndige.

Siden NPE og Helseklage har samme saksbehandlingssystem, skjer også overføringen av klagesaker og returer til NPE i det felles systemet. Oversendelsen skjer som én forsendelse med en hovedfil (oversendelsesbrevet), mens resten av filene er vedlegg. Dette innebærer at metadata og dokumenttitler forsvinner i oversendelsen. Saker med mange dokumenter blir derfor lett uoversiktlige. I Helseklage slås derfor relevante filer sammen til en hovedfil for sakkyndig- og nemndbehandling. Filnavnet endrer seg ikke, men det er da mulig å fjerne duplikater og dokumenter som ikke har relevans (eksempelvis brev sendt ut for å innhente dokumentasjon). Siden alt ligger i en hovedfil, er det dermed også mulig å vise til sidetall for å forklare hvor konkrete dokumenter ligger. Problemstillingen med uoversiktlige dokumenter gjelder selvsagt også for erstatningssøkerne når de ber om innsyn i egen sak.

Pasientskadenemnda jobber fullelektronisk. Det innebærer at saksdokumenter og innstillinger blir sendt til nemndmedlemmene via saksbehandlingssystemet i forkant av møtene. Eventuelle endringsforslag som nemndmedlemmene har til tekst må gjøres direkte i møtet, eventuelt i etterkant av møtet i regi av saksbehandler. Nemndmedlemmene jobber ikke i samme fil som saksbehandler.

## 4 Overordnede utgangspunkt og vurderinger

### 4.1 Kan en god og viktig ordning gjøres enda bedre?

Ekspertgruppen mener at den norske pasientskadeordningen er god og viktig, både for den enkeltes rettssikkerhet og for tilliten til helse-tjenesten. Omtalen som gis på regjeringen.no oppsummerer godt:

«Pasientskadeordningen gir gode rettigheter og god rettssikkerhet for pasientene dersom de skades ved helsehjelp. Vilkårene for å få erstatning er at pasientenes skader skyldes behandlingssvikt. Saksbehandlingen er gratis og utgangspunktet er at man ikke trenger advokat for å søke erstatning».<sup>110</sup>

Ekspertgruppen vurderer samtidig at det er rom for forbedringer. Dette synspunktet deles i stor grad av de aktørene som på ulikt vis har gitt innspill til gruppens arbeid.

Gjennom ulike innspill til ekspertgruppen har det fremkommet kritikk mot pasientskadeforvaltningen – både Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) og Pasientskadenemnda, inkludert Helseklage som sekretariat for nemnda. Kritikken har omfattet ulike forhold, blant annet saksbehandlingstid, kommunikasjonen med og ivaretagelsen av erstat-

ningssøker underveis, og kvalitet på sakkyndig-arbeidet. Se nærmere under punkt 1.2.

Ekspertgruppen anerkjenner historiene til de som har hatt negative erfaringer. Gruppen er imidlertid ikke et granskningsutvalg som skal dokumentere enkelthistorier og vurdere omfanget og konsekvensene av eventuelle feil. Gruppens oppgave er derimot å se fremover og vurdere om det er potensial for forbedringer av en ordning som alle grunnleggende sett ser som svært verdifull. Problemstillingen er således om en god og viktig ordning kan gjøres enda bedre. Basert på det informasjonsgrunnlag ekspertgruppen har hatt, er vurderingen at det absolutt er potensial for forbedringer. I dette kapitlet gjøres det rede for enkelte overordnede utgangspunkt, vurderinger og premisser som har vært styrende for ekspertgruppens arbeid.

### 4.2 Saksfremdrift, kvalitet og tillit

Pasientskadeordningen innebærer at det blir trukket en offentligrettslig ramme om behandlingen av det som i utgangspunktet er privatrettslige (erstatningsrettslige) krav. Dette ved at forvaltningsloven er gjort gjeldende og de viktigste avgjørelsene er definert som «enkeltvedtak», jf. pasientskadeloven § 14. En forvaltningsrettslig modell gir erstatningssøkerne garantier for kvaliteten på saksbehandlingen – ikke minst fordi forvaltningen plikter å opptre upartisk. Etter for-

<sup>110</sup> Regjeringen.no, Pasientskadeordningen gir gratis hjelp ved behandlingssvikt. Sist oppdatert 16.03.2017

valtningsloven § 17 første avsnitt er det etatenes ansvar at saken opplyses «så godt som mulig», og dette omfatter både argumenter som taler for og mot søknaden. Erstatningssøkerne skal kunne forvente at kravet blir behandlet på en tilfredsstillende og tillitsvekkende måte, slik at det i utgangspunktet ikke er behov for å være representert ved advokat, før det eventuelt blir spørsmål om å bringe saken inn for domstolene.

Gruppen legger til grunn at saksbehandlingen i pasientskadesakene særlig må vurderes i lys av tre sentrale verdier: *saksfremdrift* (hurtighet), *kvalitet* (riktig avgjørelse) og *tillit* (herunder ivaretagelse av erstatningssøker). Det er ikke nødvendigvis noen motsetning her, men det kan være det, og da må det gjøres en avveining. Dette speiles også i mandatet for ekspertgruppens arbeid. Ut fra den ramme som er trukket om behandlingen av pasientskadesakene, blir alminnelig forvaltningsrett et sentralt perspektiv for vurderingen av dagens praksis i etatene.

«Rettsikkerhet» er da et sentralt stikkord. Begrepet knyttes gjerne til det å sikre partens muligheter til å ivareta interessene sine under saksbehandlingen, og peker slik mot viktigheten av grundighet og kvalitet. Ved pasientskader vil samtidig verdien av rask saksbehandling kunne få en særlig tyngde ut fra hensynet til erstatningssøker. Å bli påført helseskade utgjør i seg selv en særlig belastning for den som rammes ved at skaden kan ha stor betydning for fremtidig livsutfoldelse, hvor de økonomiske følgene er ett sentralt aspekt. I pasientskadesakene vil derfor hurtig saksfremdrift ofte måtte ses som en side av rettsikkerheten, og i større grad enn ved annen offentlig saksbehandling. I anglo-amerikansk rett uttrykkes poenget kraftfullt gjennom uttrykksmåten *Justice delayed is justice denied*.

Satt på spissen er det mindre til hjelp å få vedtak om erstatning når man er for helsemessig

svekket til å kunne ha særlig glede eller nytte av utbetalingen, eventuelt etter at man er død. Kreftforeningens innspill til ekspertgruppen fremhever nettopp dette:

«Kreftforeningen erfarer at mange kreftsyke, som er blitt utsatt for en pasientskade, dør mens de venter på svar på søknaden sin om erstatning. I enkelte tilfeller har pasienten fått avslag i NPE, klaget til Pasientskadenemnda og fått omgjøring der. Saken har så blitt sendt tilbake til NPE, men pasienten har dødd før endelig erstatning er fastsatt. I de sakene har da menerstatning og prognosetapserstatning blitt beregnet frem til dødstidspunktet. Dersom pasienten hadde fått rett vedtak til rett tid, ville menerstatningen i utgangspunktet blitt beregnet frem til statistisk levealder. Dette kan utgjøre flere hundre tusen kroner i forskjell.»

I enkelte saker har saksbehandlingstiden blitt spesielt lang, noe som er kritisert blant annet av Sivilombudet. I ett tilfelle gikk det samlet sett over åtte år før saken ble avsluttet, den hadde da gått frem og tilbake mellom etatene og vært innom domstolene på veien, se Sivilombudets sak 2022/1133. Ekspertgruppen anerkjenner den særlige belastning en slik tidsbruk kan være for erstatningssøker.

Bakgrunnen for pasientskadeloven var svakheter ved håndteringen av pasientskadesaker etter den alminnelige erstatningsrett, ikke minst med tanke på tidsbruk.<sup>111</sup> Betydningen av saksfremdrift understrekes kraftfullt i lovens forarbeider når det blant annet uttales at saksbehandlingen

«bør være enkel og rask, og tilpasset flertallet av saker. De sakene som krever en

<sup>111</sup> Ot.prp. nr. 31 (1998–99) s. 15.

mer omstendelig saksbehandling, bør føres for domstolene.»<sup>112</sup>

Vektleggingen av saksfremdrift signaliseres videre i lovteksten når det i § 15 andre avsnitt er åpnet for å anmode om at Pasientskadenemnda overtar behandlingen av saken som førsteinstans når den ikke er ferdigbehandlet i NPE innen to år.<sup>113</sup> Ekspertgruppen legger til grunn at verdien av hurtig saksfremdrift er særlig vektlagt av lovgiver blant annet fordi det kan ses som en viktig side av rettssikkerheten til erstatningssøkerne.

Dette gjør seg likevel ikke gjeldende i alle saker. Ekspertgruppen vil fremheve behovet for å ha et nyansert syn på viktigheten av rask saksbehandling. Noen saker vil nødvendigvis måtte ta lang tid å behandle, særlig ved beregning av økonomisk tap der omfanget av skaden er usikkert. Flere av innspillene til gruppen har fokusert på betydningen av «rett vedtak til rett tid», slik som Kreftforeningen. Advokatforeningen anser «det som viktigere med god kvalitet på saksbehandlingen fremfor rask saksbehandling». Samtidig understrekes det at det ikke nødvendigvis er motsetninger her.

Det å ivareta tilliten til saksbehandlingsprosessen er ikke bare viktig i den enkelte sak, men har også betydning for hvordan pasientskadeordningen som sådan oppfattes i befolkningen. Ekspertgruppen har hverken funnet det mulig eller hensiktsmessig å gjøre et skarpt skille her. Tillitsperspektivet vil kunne komme inn på ulike stadier og på ulike måter i saksgangen. En side er nært knyttet til prinsippet om god forvaltningsskikk: altså at borgerne bør møtes på en respektfull og imøtekommende måte.<sup>114</sup> Samtidig har tillit også en side både mot kvalitet og mot tidsbruk: Opplever erstatningssøker at kvaliteten på saksbe-

handlingen er tilfredsstillende, vil det kunne gi økt forståelse for vedtaket, selv om utfallet ikke er det man ønsker, og slik redusere antallet klagesaker til Pasientskadenemnda/Helseklage, eventuelt søksmål etter vedtak i nemnda.

### 4.3 Særlige fokuspunkt for arbeidet

Ekspertgruppen anerkjenner det arbeidet som er gjort i etatene særlig i etterkant av Riksrevisjonens rapport, og viser til den forbedring som er dokumentert med tanke på saksbehandlingstid, som er vesentlig. Gruppen oppfatter som sin oppgave å gi innspill til etatenes videre arbeid, der dagens ressursituasjon er utgangspunktet. Følgende har i særlig grad vært i fokus for gruppens arbeid:

- Å identifisere tiltak som isolert sett kan bidra til raskere saksfremdrift ved å påpeke mulige «tidstyver» i etatenes saksbehandlingsløp.
- Å åpne for et bredere perspektiv på saksbehandlingen enn bare hurtig saksfremdrift, der hensynet til kvalitet og erstatningssøkernes tillit til prosessen tydeligere løftes frem.
- Å bidra til en strammere prioritering av saker slik at de riktige sakene prioriteres både med hensyn til saksfremdrift og kvalitet.
- Å se førsteinstansen og klageinstansens arbeid under ett ut fra en erkjennelse av at etatenes saksavvikling gjensidig påvirker hverandre. Det vil således være en sammenheng mellom kvalitet og opplevd tillit til NPEs vedtak blant erstatningssøkerne, og antallet klager til Pasientskadenemnda/Helseklage. Motsatt vil for eksempel Pasientskadenemnda/Helseklage sin praksis med hensyn til når en sak skal returneres til NPE, ha betydning for samlet saksbehandlingstid.

Gruppen har vurdert betydningen av lignende evalueringprosesser på andre forvaltnings-

<sup>112</sup> Jf. Ot.prp. nr. 31 (1998–99) s. 84.

<sup>113</sup> Etter det gruppen kjenner til har bestemmelsen aldri vært brukt.

<sup>114</sup> Se generelt Bernt/Bernt (2018).

områder av nyere dato, særlig gjennomgangen av klage- og ankesystemet i NAV og Trygderetten, jf. NOU 2023: 11 *Raskt og riktig*. Gruppen vurderer at flere av problemstillingene som reises der er parallelle, men at så vel faktiske som rettslige ulikheter også er store. Særlig skal nevnes at det samlede system NAV (gjennom førsteinstans og klageinstans) og Trygderetten utgjør, etablerer en kostnadsfri tre-instans-behandling for brukerne. Dette er ikke tilfelle på pasientskadeområdet. Etter det gruppen erfarer er også NPEs saksbehandling gjennomgående mer åpen og rettet inn mot involvering av erstatningssøkerne, enn det som til dels fremkommer om førsteinstansbehandling i NAV, i nevnte utredning.



# 5 Raskere saksbehandling i de riktige sakene – spørsmål som berører begge etatene

## 5.1 Felles innledning til kapittel 5, 6 og 7

Begrepet «effektivitet» brukt om saksbehandling er ikke entydig. Det kan blant annet sikte til tidsbruk per sak, ressursbruk ellers, hvorvidt kvalitetsmål i saksbehandlingen oppnås, osv. Ekspertgruppens tilnærming er her både tydeligere og mer nyansert når det i kapittel 4 blir lagt til grunn at saksbehandlingen i pasientskadesakene særlig må vurderes i lys av tre sentrale verdier: *saksfremdrift* (hurtighet), *kvalitet* (riktig avgjørelse) og *tillit* (herunder ivaretagelse av erstatningssøker). I kapitlene 5, 6 og 7 er fokuset rettet mot forhold som er av betydning for tidsbruken i saksbehandlingen – saksfremdriften. Forhold som både er aktuelle for NPE og Helseklage omtales i kapittel 5, mens problemstillinger som er mer spesifikke for hver av etatene omtales i kapittel 6 (NPE) og kapittel 7 (Pasientskadenemnda/Helseklage).

Det har over tid vært et sterkt fokus på saksbehandlingstid i pasientskadeordningen. Riksrevisjonens rapport fra 2020 har blitt etterfulgt av ulike initiativ internt i etatene med sikte på å få til forbedringer, jf. omtale under 5.2. Ulike muligheter har blitt vurdert på et høyt detaljnivå av kompetente fagpersoner i etatene. Konkrete forslag er satt frem, og er i varierende grad fulgt opp og iverksatt. Ekspertgruppens inntrykk er at

ledelsen i NPE og Pasientskadenemnda/Helseklage har et kontinuerlig fokus på å legge til rette for å forbedre saksfremdriften.

Det er altså allerede tenkt mye og dypt rundt flere aktuelle problemstillinger knyttet til saksfremdrift og kvalitet. Ekspertgruppens arbeid representerer her et utenfra-perspektiv. Rammene for utredningen har ikke gjort det mulig å gå inn i alle sider ved saksbehandlingen, langt mindre alle detaljspørsmål. Gruppen har måtte prioritere stramt, men har likevel bevisst valgt å løfte frem og tematisere en bredde i type problemstillinger og aktuelle typer av tiltak. Dette for å vise kompleksiteten i arbeidet med å redusere saksbehandlingstiden, og slik også bidra til å belyse ulike spor for den videre prosessen i etatene.

Ut fra dette har gruppen på den ene siden vurdert – og foreslått – enkelte overordnede organisatoriske grep for å bedre saksflyten i og mellom etatene. På den andre ytterkant har gruppen også gått inn på problemstillinger på saksbehandlernivå. Et sted midt imellom ligger omtale og forslag relatert til systemutfordringer og tiltak for å sikre riktigere prioriteringer av saker.

Hvordan man vurderer tiltak for å redusere saksbehandlingstiden i pasientskadeordningen, avhenger av om dette er det eneste hensynet

som skal ivaretas. For ekspertgruppen er ikke det tilfelle. Som det fremgår av mandatet og kommentert i kapittel 4, må det gjøres en avveining mellom saksfremdrift, kvalitet og tillit. For ekspertgruppen har dette utelukket å gå inn på enkelte forslag som nok ville vært virkningsfulle med tanke på redusert saksbehandlingstid isolert sett, men som på den annen side ville etablere ugunstige spesialordninger på pasientskadefeltet som kunne svekke tilliten til systemet. Det gjelder blant annet forslag som har vært luftet i ulike sammenhenger, om å innføre gebyr for å få behandlet klage i Pasientskadenemnda/Helseklage, eventuelt formelt kreve at en klage *må* være begrunnet, ikke bare *bør*. Begge disse forslagene, og enkelte andre, vil imidlertid ikke bare kreve lovendring, men også etablere en spesialordning på tvers av alminnelig forvaltningsrett. Etter ekspertgruppens vurdering er dette spørsmål som må drøftes i en bredere forvaltningsmessig sammenheng. Det er ikke grunner i dag for å avvike fra alminnelige prinsipper når man først har valgt å etablere en pasientskadeordning etter en forvaltningsrettslig modell. Gruppen vurderer således at tiltak for å bedre saksfremdriften må være innenfor rammene av gjeldende lovgivning.

Presiseringen i overskriften til kapittel 5 om at raskere saksbehandling må skje «i de riktige sakene», er en markering av behovet for differensiering. Som gruppen alt har vært inne på i kapittel 4, må kvalitet i noen tilfeller vektes tyngre enn hurtighet. I tillegg kommer de ressursmessige begrensninger etatene må forholde seg til i sin virksomhet. Det tvinges også frem en tydelig prioritering ved at noen hastesaker må gå utenom kø i hele saksbehandlingsskjeden.

Behovet for økt differensiering er løftet frem av flere, blant annet Riksrevisjonen. Ekspertgruppen har her merket seg blant annet NPEs arbeid med å identifisere og iverksette forenklet saksbehandling innenfor egnede sakstyper. Bruken av dele-

gering fra Pasientskadenemnda til Helseklage kan ses under samme synsvinkel.

Kravene til saksbehandlingen er i en viss grad fleksible. Det er et grunnleggende prinsipp at kravene skjerpes jo viktigere saken er for borgeren.<sup>115</sup> Motsatt er de mindre strenge om saken gjelder mer bagatellmessige forhold. Det har betydning i ulike retninger. Som pekt på i kapittel 4 kan hurtig saksbehandling være særlig viktig i pasientskadesaker. Dermed er det ett spørsmål hvordan NPE og Pasientskadenemnda/Helseklage prioriterer ressursinnsatsen med tanke på at noen saker bør gå utenom kø. Nevnte prinsipp åpner videre for å tilpasse (differensiere) ressursbruken blant annet ut fra hvor vanskelig og viktig saken er, objektivt sett. Saker som fremstår som enkle og/eller gjelder mindre beløp kan altså gjøres unna raskere for eksempel ved at man vurderer at enkelte saksbehandlingssteg kan sløyfes, eventuelt at vedtaket blir begrunnet knappere enn det som ellers er vanlig.

Ekspertgruppen vurderer at det fortsatt er potensiale for en bedre tilpassing av ressursbruken ut fra sakens viktighet og kompleksitet. I tillegg til å identifisere typer av saker hvor dette er egnet, som gruppen har forståelse for må skje gradvis og ta tid ut fra pasientskadesakenes kompleksitet, er det også viktig å identifisere handlingsrommet som ligger i enkeltsakene. Innenfor rammene av den standardisering som maler og rutiner gir, må det understrekes at den enkelte saksbehandler skal ha en frihet til å «skrive sakene kort» når løsningen ut fra bevisbildet er sikker. Ekspertgruppen har fått seg forelagt eksempler fra begge etatene på det som er vurdert som enkle/opplagte avslagssaker. I hovedsak fremstår det for gruppen som at måten disse eksempelvedtakene er utfor-

<sup>115</sup> Blant annet er forvaltningslovens skille mellom vedtak (enkeltvedtak eller forskrift) og andre avgjørelser et uttrykk for dette.

met på, avspeiler en rimelig tilpassing av ressursbruken til sakens kompleksitet.

For ekspertgruppen har det vært sentralt å se på enkelte organisatoriske og overordnede prioriteringsmessige grep som kan fremme ønsket differensiering. Kapitlene 5, 6 og 7 inneholder ekspertgruppens vurderinger og anbefalinger i så måte. Kapittel 5 omhandler spørsmål som er aktuelle på tvers av etatene, mens kapittel 6 og 7 løfter frem problemstillinger som er mer spesifikke for henholdsvis NPE og Pasientskadenemnda/Helseklage. Kapittel 5 starter med en omtale av etatenes oppfølging av Riksrevisjonens rapport med vekt på saksbehandlingstid, og tar deretter for seg overordnede spørsmål, før gruppen går inn på mer avgrensede problemstillinger.

## 5.2 Riksrevisjonens rapport og oppfølging i etatene

I november 2020 fremla Riksrevisjonen en rapport som undersøkte årsaker til lang saksbehandlingstid på pasientskadeområdet.<sup>116</sup> Det ble blant annet pekt på at NPE hadde en for omfattende saksbehandling, med for mange ledd, at begge etatene brukte mye tid på å innhente journaldokumentasjon, og at sakkyndigutredning i Helseklage kunne ta lang tid. Riksrevisjonen viste også til at saksbehandlingen i begge etater i liten grad var tilpasset sakens vanskelighetsgrad og størrelsen på erstatningen. Videre bemerket Riksrevisjonen at den ikke fant noe å utsette på kvaliteten i saksbehandlingen. Dette tydet på at nylig innførte prosjekter for å redusere saksbehandlingstiden, ikke hadde gått på bekostning av kvalitet. Virksomhetene syntes derfor å ha «et potensial for å redusere saksbehandlingstiden uten at det

<sup>116</sup> Riksrevisjonen (2020). Riksrevisjonens undersøkelse av årsaker til lang saksbehandlingstid på pasientskadeområdet.

fører til at kvaliteten i saksbehandlingen blir for dårlig».<sup>117</sup>

I etterkant av Riksrevisjonens rapport igangsatte NPE og Pasientskadenemnda/Helseklage blant annet et samarbeidsprosjekt som ble kalt *Møtes på halvveien*. Målet med prosjektet var «[å] redusere saksbehandlingstiden i hele kjeden, blant annet gjennom forenkling». Prosjektgruppen leverte rapporten i juni 2022. En rekke små og store tiltak (totalt 30) for å komme nærmere det definerte målet, var vurdert. Blant spørsmålene som ble tatt opp og prioritert høyt ved vurdering av effekt for saksbehandlingstid, var en ny applikasjon («app») hvor erstatningssøker kan følge med på saken sin, flere kombimedarbeidere i NPE, og at opplagte delegasjonssaker i Helseklage kunne skrives kortere.

Ett av de foreslåtte tiltakene som ledelsen i de to etatene prioriterte å gå videre med var faste fagmøter mellom etatene. NPE har i tillegg hatt et prosjekt om forenklet beregning av erstatningsbeløp (se nærmere omtale i punkt 3.3.5) En del av prosjektgruppens øvrige forslag har etatene tatt med seg inn i det pågående arbeidet med utvikling av nytt saksbehandlingssystem.

Parallelt med *Møtes på halvveien*, gjennomførte Helseklage *Brukerreiseprosjektet*<sup>118</sup> hvor målet var å forstå og forbedre brukernes opplevelse av kontakten med Helseklage.<sup>119</sup> Noen av funnene og tiltakene fra *Møtes på halvveien* og *Brukerreiseprosjektet* var sammenfallende, blant annet om viktigheten av tydelig og god informasjon til bruker underveis i prosessen.

<sup>117</sup> Riksrevisjonen (2020). Riksrevisjonens undersøkelse av årsaker til lang saksbehandlingstid på pasientskadeområdet, punkt 6.3.

<sup>118</sup> Prosjektet ble avsluttet i en intern rapport levert 31. mars 2022.

<sup>119</sup> Det fremkommer av rapporten at prosjektet ble avgrenset av kapasitetshensyn og fokuserte kun på pasientskadeområdet.

Pasientskadenemnda/Helseklage har i tillegg hatt et eget prosjekt kalt *Effektive nemndavgjørelser*<sup>120</sup> for å utrede hvilket potensiale for forbedringer som ligger i denne delen av saksbehandlingen. Prosjektet hadde ikke bare fokus på Pasientskadenemndas virksomhet, men så også på Helseklages andre nemnder. Ett forslag var at saksbehandler ikke møter i nemnda når det ikke antas å være behov for det (såkalte «grønne saker»). Slik kan det frigjøres mer tid til saksbehandling. Forslaget ble prøvd ut i 2023 i Pasientskadenemnda, og etter positive erfaringer er det blitt besluttet videreført.

I tillegg til de ovennevnte større prosjektene, har begge etater jobbet kontinuerlig med en rekke andre konkrete tiltak for å redusere saksbehandlingstiden og bedre tilpasse saksbehandlingen til sakens kompleksitet.

Formelt ble Riksrevisjonens rapport fulgt opp i etatene og oppsummert i et samlet brev til Helse- og omsorgsdepartementet, datert 27. februar 2024. I brevet går etatene gjennom utviklingen i relevante produktivitets- og produksjonstall. I tillegg er det laget en liste over gjennomførte, igangsatte og planlagte tiltak. NPE og Helseklage har listet opp henholdsvis 28 og 14 punkter med tiltak.

## 5.3 Styringskrav som i større grad balanserer saksbehandlingstid, kvalitet og tillit

### 5.3.1 Innledning

NPE og Helseklage får sine styringskrav i årlige tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet. Der defineres det blant annet hvilke økonomiske

rammer etaten har for det kommende året, og hvilke krav som settes til etaten ellers når det gjelder den faglige driften.

### 5.3.2 Dagens situasjon

Helse- og omsorgsdepartementets styringskrav til etatene er, som beskrevet i kapittel 2, fokusert på saksfremdrift. For NPE er det ulike krav til saksbehandlingstid for saker som får medhold og saker som får avslag. Innenfor pasientskadeområdet har Helseklage to styringskrav; ett handler om gjennomsnittlig saksbehandlingstid og ett om forholdet mellom saksinngang og saksavvikling. De generelle målene som er satt for Helseklage, som da altså gjelder for alle etatens fagområder, har et tydeligere avtrykk av kvalitet og kommunikasjon med erstatningssøker, enn i målene for NPE.

### 5.3.3 Vurdering

Ekspertgruppens inntrykk er at det er stor oppmerksomhet om styringsparameterne hos ledelsen i begge etatene. Ledelsen har stor oppmerksomhet om produksjonstall og tett oppfølging av saksbehandlerne produktivitet. Dette er naturlig ut fra den vekt som er lagt nettopp på saksbehandlingstid blant annet i forarbeidene til pasientskadeloven. Ekspertgruppen har samtidig mottatt innspill om at hurtighet i dag kanskje blir for tungt vektlagt, og at dette kan ha uheldige effekter.

Ekspertgruppen vurderer at det er behov for mer differensierte krav til saksbehandlingstid som hensyntar variasjoner i sakenes kompleksitet og hastegrad. Det kan innvendes at differensierte krav kan fungere som en «sovepute» for etatene i arbeidet med å knappe inn saksbehandlingstiden. Gruppen vurderer likevel at risikoen for dette er liten så lenge det er snakk om et fåtall tydelig definerte sakstyper. At disse blir fokusert særskilt, kan eventuelt også gi grunnlag for en skjerping av kravene til saksbehandlingstid mer generelt.

<sup>120</sup> Prosjektet ble avsluttet i en intern rapport datert 13. mai 2022.

Ekspertgruppen mener videre at det kan være aktuelt med styringsparametere som i større grad fanger opp kvalitets- og tillitsdimensjonene i etatenes arbeid. Gruppen er kjent med eksempler fra andre etater, som Helfo og NAV, hvor bruker-erfaringer inngår som styringsparameter. Det må imidlertid gjøres en samlet vurdering og prioritering slik at summen av styringskrav ikke blir for omfattende, og ikke medfører for tidkrevende rapportering.

Ekspertgruppen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet, i samarbeid med NPE og Pasient-skadenemnda/Helseklage, utarbeider nye styringskrav som i større grad reflekterer variasjonen i saker og som tydeligere speiler spenningen mellom saksfremdrift, tillit og kvalitet.

Særlig for saksbehandlingstid bør det i denne sammenheng vurderes en større grad av differensiering etter sakenes kompleksitet. Departementet anbefales å sette egne måltall for saksbehandlingstid for et fåtall tydelig definerte sakstyper. Ekspertgruppen vurderer at dette særlig vil være aktuelt ved enkelte typer større skader, som fødselsskade på barn og omfattende skader på voksne, hvor erstatningssøker er i et behandlingsforløp og skadeomfanget er uavklart. Hvordan disse sakskategoriene konkret bør beskrives, må eventuelt vurderes i dialog med etatene.

#### Boks 5.1 **Anbefaling**

Ekspertgruppen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet, i samarbeid med NPE og Pasientskadenemnda/Helseklage, utarbeider nye styringskrav som i større grad reflekterer variasjonen i saker, og som tydeligere speiler spenningen mellom saksfremdrift, tillit og kvalitet.

## 5.4 Samordnet prioritering av saker i etatene – prioriterte saker skal gå utenom kø

### 5.4.1 Innledning

Som utgangspunkt er det naturlig å behandle saker i den rekkefølgen de kommer inn til etatene. Likevel vil det være tilfeller hvor en slik tilnærming ikke vil være mulig eller hensiktsmessig. Ekspertgruppen har derfor sett på hvilke prioriteringskriterier NPE og Helseklage har, og hvordan disse praktiseres. Tilnærmingen er noe ulik i etatene.

### 5.4.2 Dagens praksis

NPE har sine prioriteringskriterier nedfelt i fagnotatet «Prioritering av de alvorligste sakene i saksbehandlingen». Utgangspunktet er at det er «spesielt byrdefullt for noen grupper av skadelidte å vente på en avgjørelse». Det fokuseres særlig på forkortet levetid og saker med store velferdsmessige konsekvenser. Det er gitt noen eksempler på prioriterte saker som til dels går ut over dette. «Alle ledd» i saksbehandlingen må etterleve prioriteringen, og spørsmålet om prioritet skal vurderes løpende. Det fremgår ikke klart om prioriterte saker umiddelbart skal tildeles saksbehandler. Målsettingen med prioriteringsordningen er at slike saker «skal ha kortere saksbehandlingstid enn snittet».

I saksbehandlingssystemet er det mulig å merke saker som skal være prioritert, slik at disse alltid havner øverst på saksbehandlers oppgaveliste. Denne prioriteringen følger ikke automatisk med ved oversendelse av saken til Pasientskadenemnda/Helseklage, eller ved retur derfra til NPE. I dag må saksbehandler i NPE manuelt opplyse om prioritet i oversendelsesbrevet til Pasientskadenemnda/Helseklage.

I Helseklages *Rutine for prioritering av saker*, er utgangspunktet sakens alder, men det gis en omfattende liste med 18 «[e]ksempler på andre prioriteringsgrunner». Dette omfatter blant annet redusert forventet levetid, at klager er et barn, og «veldig lang» saksbehandlingstid i NPE. De prioriterte sakene skal behandles «så raskt som mulig». Sakene skal legges øverst i saksøk og behandles først.

De vide prioriteringskriteriene er antakelig bakgrunnen for at det i Helseklage også opereres med «saker med særlig prioritet». Dette defineres som saker som «må løses svært raskt», uten at det gis nærmere eksempler.

Kreftforeningen har i sine innspill til ekspertgruppens arbeid tatt opp tilsynelatende uforståelige prioriteringer hos Helseklage:

«Samtidig merker vi oss at forholdsvis like saker har vidt forskjellig saksbehandlingstid. Mens noen saker blir liggende i flere år og anslått saksbehandlingstid stadig forlenges, blir andre saker behandlet i rekordfart.

Vi har flere eksempler hvor vi ser at Helseklage behandler saken ferdig ilt. noen få måneder, uten at det er noen tilsynelatende grunn til at saken skulle prioriteres. Vi har også snakket med andre advokater som representerer skadelidte, som har samme inntrykk.»

Ekspertgruppen ser muligheten for at de problemer Kreftforeningen reiser, kan ha sammenheng med vide prioriteringskriterier hos Helseklage, slik omtalt.

### 5.4.3 Vurdering

Ekspertgruppen konstaterer at etatenes praksis er ulik med hensyn til prioriteringskriterier. Gruppen mener spørsmålet ligger godt til rette for samordning mellom førsteinstansen og klageinstansen. Ekspertgruppen er enig med NPE som legger til grunn at prioriteringskriterier bør være tilstrekkelig stramme til at de får klar betydning. Gruppen er videre av den oppfatning at prioritering av en sak må ha betydning gjennom hele saksbehandlingssløpet. Det gjelder også med tanke på tildeling av saksbehandler, slik at saken ikke legges i kø. På denne måten kan så vel erstatningssøkere som allmennheten få større forståelse for såkalt «liggetid» i de resterende, ikke-prioriterte, sakene. På samme måte må prioriterte saker i førsteinstansen også prioriteres dersom de kommer til klageinstansen.

Når det gjelder hvilke saker som bør prioriteres, er sakens viktighet det naturlige utgangspunkt. Gruppen mener her at NPEs fokus i fagnotatet på redusert livslengde og velferdsmessige konsekvenser er treffende. Dette er i samsvar med alminnelig forvaltningsrettslig tenking om hva som kan skjerpe kravene til forvaltningens saksbehandling. Ekspertgruppen bemerker at prioriteringskriterier for helsehjelp ikke er relevant i denne forbindelse. Å utforme en mer detaljert og samordnet liste, bør organiseres som et samarbeidsprosjekt mellom etatene.

#### Boks 5.2 **Anbefaling**

Ekspertgruppen anbefaler en samordnet prioritering av saker som skal gå utenom kø. Dette bør organiseres som et samarbeidsprosjekt mellom etatene.

## 5.5 Færre saker bør returneres fra Pasientskadenemnda/Helseklage til NPE

### 5.5.1 Innledning

I forvaltningsretten står prinsippet om to-instansbehandling sterkt. Er man misfornøyd med førsteinstansens vedtak, skal man kunne klage og få saken vurdert på nytt av klageinstansen. I saker om pasientskadeerstatning er det NPE som er førsteinstans, og Pasientskadenemnda er klageinstans. Hvordan to-instans-prinsippet oppfattes og praktiseres kan ha betydning for saksflyt og saksbehandlingstid.

### 5.5.2 Dagens situasjon

I de tilfellene hvor Pasientskadenemnda gir klager medhold i ansvarsspørsmålet og dermed omgjør førsteinstansens vedtak, er det fast praksis at saken tilbakesendes til NPE for beregning. Dette praktiseres nærmest unntaksfritt. For

enkle beregninger ble det foreslått en oppmykning i rapporten fra *Møtes på halvveien*-prosjektet.<sup>121</sup> Ekspertgruppen erfarer imidlertid at dette handlingsrommet nesten aldri har blitt benyttet i praksis.

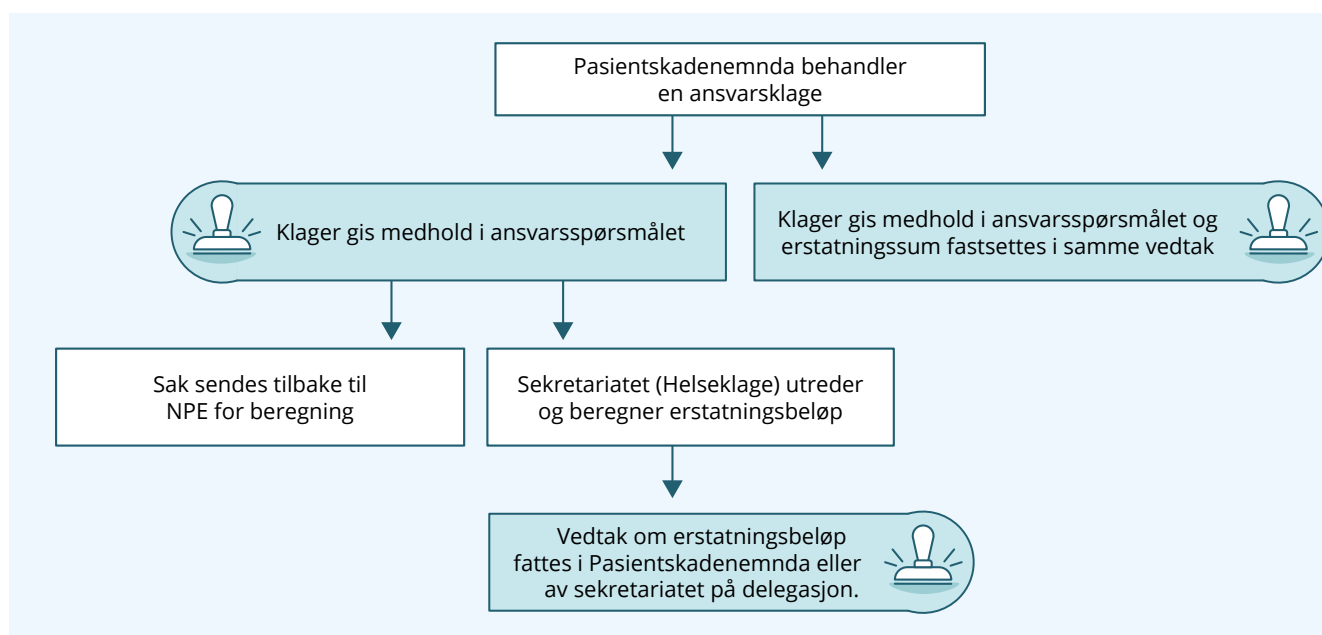
### 5.5.3 Vurdering

Ekspertgruppen har vurdert om praksisen med å alltid returnere omgjorte saker til NPE i større eller mindre grad bør endres, slik at Pasientskadenemnda/Helseklage i noen grad også gjennomfører beregningen når ansvar først er konstatert.

Dette vil i tilfelle bety at beregningsspørsmålet blir forberedt og avgjort av Pasientskadenemnda/Helseklage som «førsteinstans». Det som går igjen som et argument for å opprettholde dagens praksis, er nettopp ønsket om å sikre to-instansbehandling *også* for beregningsbiten.

<sup>121</sup> Punkt 4.5 Enkle beregningsvedtak i ansvarssaker i Nemnda.

Figur 5.1 Alternative saksforløp ved beregning etter omgjøring av ansvarsvedtak



Rent juridisk er det ikke noe til hinder for en praksisomlegging. Av forvaltningsloven § 34 andre avsnitt fremgår det at

«klageinstansen [kan] prøve alle sider av saken og herunder ta hensyn til nye omstendigheter. Den skal vurdere de synspunkter som klageren kommer med, og kan også ta opp forhold som ikke er berørt av ham.»

Ved omgjøring i klagesak har klageinstansen et valg mellom å fatte et nytt, selvstendig realitetsvedtak, eller å oppheve og sende saken tilbake til førsteinstansen for fornyet behandling, jf. § 34 fjerde avsnitt. Erstatningssøknaden utgjør en og samme sak – ansvars- og beregningsspørsmålet utgjør slik sett et hele, se punkt 3.3.4 (under punkt 3, vedtak).

Det er etter dette ikke juridiske hindringer for en praksisomlegging. I utgangspunktet er spørsmålet overlatt til Pasientskadenemndas (frie) forvaltningsskjønn, jf. bruken av ordet «kan» i fjerde avsnitt. Det er likevel relevant å se på hva som nettopp på pasientskadefeltet vil være best i samsvar med lovgivers intensjon. Her har ekspertgruppen tidligere vist til signal fra lovgiver om at hurtighet i saksbehandlingen har en særlig verdi på dette rettsområdet. Dette fremgår, som vist, både av forarbeidene og gjennom tilføyelsen i lovteksten om at Pasientskadenemnda etter anmodning kan overta behandlingen av saken som førsteinstans når den ikke er ferdigbehandlet i NPE innen to år, jf. § 15 andre avsnitt.

Etter ekspertgruppens vurdering kan det derfor stilles spørsmål ved om en konsekvent retur av omgjorte ansvarssaker til NPE for beregning, er i samsvar med lovgivers intensjoner. Gruppen antar at når gjeldende praksis har blitt som den har blitt, kan det henge sammen med at man tidligere fattet separate vedtak om ansvar og beregning, noe man altså har gått bort fra.

Slik gruppen ser det bør nemnda etablere en mer nyansert praksis om håndteringen av beregningsspørsmålet, der det i klagesak gis medhold i ansvarsklage.

Hvordan disse avveiningene konkret slår ut, ligger som nevnt innenfor nemndas forvaltningsskjønn. Ekspertgruppen vil likevel bemerke at i alle fall saker som fremstår som enkle og oversiktlige med tanke på beregning kan avgjøres i sin helhet i klageinstansen. Eksempler her kan for eksempel være utgiftsdekning, erstatning for prognosetap eller spørsmål hvor kravet ellers er avklart. I mer omfattende og komplekse saker typisk om tap av fremtidig inntekt og pensjon og ellers hvor NPE kan antas å ha en særlig faglig kompetanse, kan man på den andre siden se for seg at retur er den beste løsning.

Gruppen merker seg at prinsippet om at klageinstansen som utgangspunkt skal fatte ny realitetsavgjørelse, og altså ikke sende saken i retur, står sterkt i forvaltningsretten – og at tilbakesending bør brukes «med en viss varsomhet».<sup>122</sup> Den særlige vektlegging av hurtig saksbehandling som kommer til uttrykk i pasientskadeloven styrker dette synspunktet. Dagens praksis der man har vektlagt behovet for to-instans-behandling, også av beregningen, så sterkt at sakene tilnærmet konsekvent returneres til NPE, er dermed neppe godt i samsvar med lovgivers ønsker.

Ekspertgruppen vil understreke at den praksisomlegging som her anbefales, ikke innebærer at alle ansvarsklager skal forberedes for Pasientskadenemnda med tanke på at beregning også

<sup>122</sup> NOU 2019: 5, s. 390 som ikke legger opp til å endre gjeldende rett på dette punkt. Woxholth (2011) uttaler at det av hensyn til sakens opplysning «av og til» kan være tjenlig med oppheving og tilbakesending til førsteinstans (s. 560), men på den annen side «bør klageinstansen av hensyn til tidsfaktoren alltid treffe nytt realitetsvedtak selv i saker som er rimelig oversiktlige» (s. 561).



kan bli et spørsmål dersom det gis medhold (i ansvarssaken). Nemndleder må her gi retningslinjer, og man kan se for seg at saksbehandler må utøve et skjønn. I mange tilfeller kan man se for seg at beregningsspørsmålet må behandles i nemnda i et senere møte, eventuelt at det blir avgjort av sekretariatet på delegeringsfullmakt. Selv om saken må gå en ny runde hos Pasientskadenemnda for beregning, vurderer gruppen det som klart at dette uansett vil være tidsbesparende sammenlignet med retur til NPE.

Ekspertgruppens anbefaling om en mer nyanisert praksis for retur av saker til NPE, slik at flere saker i sin helhet blir avgjort i klageorganet, reiser enkelte spørsmål knyttet til saksflyten i Pasientskadenemnda/Helseklage.

Situasjonen kan være at det økonomiske tapet er klarlagt og det ikke trengs ytterligere opplysning av saken. Her vil Pasientskadenemnda fatte et nytt realitetsvedtak som både omfatter ansvarsspørsmålet og beregning av tap i samme vedtak. I tilfeller der beregningsspørsmålet ikke er tilstrekkelig opplyst for nemnda, er dette ikke mulig. Da må saken i utgangspunktet tilbake til nemnda som en ren beregningssak i et senere møte, men det kan også være aktuelt at sekretariatet treffer vedtak om erstatningsbeløp etter delegert fullmakt. I slike tilfeller kan det fremstå som at klageinstansen fatter to vedtak – ett om ansvarsgrunnlaget og ett om beregning. I realiteten er det imidlertid bare tale om to delvedtak som til sammen utgjør ett hele. Forvaltningsloven er ikke til hinder for en slik løsning. For øvrig blir ikke situasjonen prinsipielt forskjellig ved retur av saken til NPE etter dagens praksis.

Ekspertgruppen har videre merket seg at det ikke bare er ved medhold i ansvarsklagen spørsmålet om retur til NPE kan oppstå. Helseklage har en egen rutine om *Retur av saker [til NPE] for ytterligere utredning*, hvor det står:

«Det er viktig å huske at pasienten har krav på en reell to-instansbehandling, jf. prinsippene i forvaltningsloven.»

Det åpnes for at Helseklage selv kan rette opp mangler og slik unngå retur. Vurderingen er knyttet til hvor sentrale deler av klagen som er berørt («vesentlige klagepunkter» vs. «mindre del av klagen»).

Denne problemstillingen om retur er ikke prinsipielt forskjellig fra den som er drøftet ovenfor om medhold i ansvarsklage, og må derfor løses etter de samme linjer. Forvaltningsloven § 33 femte avsnitt er her relevant:

«Klageinstansen skal påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes. Den kan pålegge underinstansen å foreta nærmere undersøkelser m.m.»

Lovteksten gir altså, på samme måten som § 34 fjerde avsnitt, en fleksibilitet for klageinstansen. Ekspertgruppen vurderer derfor at rutinen er for kategorisk i sitt syn om retur til NPE – den legger opp til formalisme som neppe er i samsvar med hva Stortinget har ønsket. Etter gruppens oppfatning må hver enkelt sak vurderes konkret med tanke på retur til NPE, ut fra hva som vil utgjøre en forsvarlig saksbehandling, herunder hva som er den beste løsningen for erstatningssøker. En slik mer nyanisert holdning vil trolig føre til at en del færre saker sendes tilbake til NPE for ytterligere utredning, noe som normalt vil være positivt med tanke på saksfremdrift.

### Boks 5.3 Hovedanbefaling

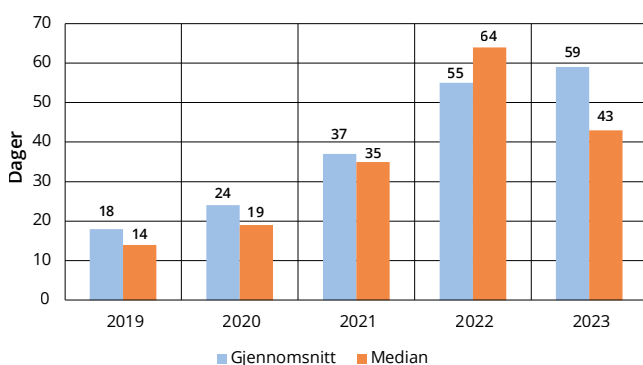
Ekspertgruppen anbefaler at Pasientskadenemnda/Helseklage etablerer en mer nyanisert praksis rundt retur av saker til NPE og avgjør flere saker i sin helhet i klageorganet.

## 5.6 Tidsavgrenset prosjekt for å redusere saker i kø før oppstart

### 5.6.1 Innledning

Innledende «liggetid» vil si tiden en sak ligger i kø før saksbehandlingen påbegynnes. Denne fasen kan oppleves særlig belastende for erstatningsøkere i en vanskelig livssituasjon, og dermed også være et problem for tilliten til pasientskadeordningen.

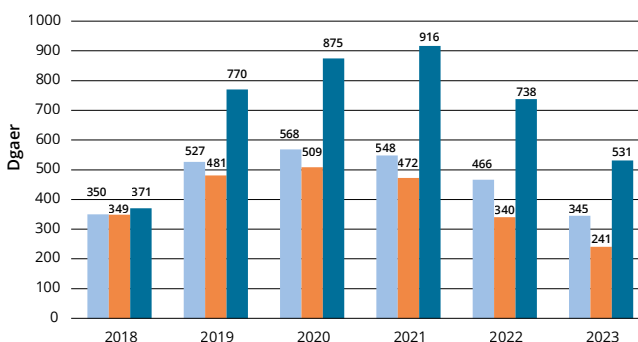
Figur 5.2 Gjennomsnittlig tid en sak ligger i kø før oppstart, NPE



I NPE har tiden en sak gjennomsnittlig ligger i kø før oppstart, økt jevnt fra 16 dager i 2019 til 59 dager i 2023. I første tertial 2024 var snittet 79 dager.

I Pasientskadenemnda/Helseklage var gjennomsnittlig tid i kø før oppstart i underkant av ett år ved utgangen av 2023. Ved 31. mars 2024 var denne tiden på 304 dager. Innledende liggetid har gått ned i takt med reduksjonen i total saksbehandlingstid i Pasientskadenemnda/Helseklage, men er fortsatt høy, jf. figur 5.3. Beregningsaker ligger lengre i kø enn ansvarssaker i Pasientskadenemnda/Helseklage.

Figur 5.3 Gjennomsnittlig tid en sak ligger i kø før oppstart, Helseklage



### 5.6.2 Dagens situasjon

Ingen av etatene praktiserer en ordning der alle saker umiddelbart tildeles en saksbehandler. Unntaket i NPE er der Team ekspress beholder saken selv. I de sakene vil erstatningsøker få tildelt en saksbehandler innen tre dager. Også saker som har høy prioritet kan gå utenom køen. Andre saker legges i kø. NPE sine to avdelingskøer er delt i medisinske områder, og man har én kø for ansvarssaker og én kø for beregningsaker. I noen seksjoner plukker saksbehandlerne selv saker fra en liste, i andre seksjoner får saksbehandler tildelt saker når de melder tilbake til seksjonssjef at de har kapasitet.

I Helseklage blir saken først gjennomgått av en «fløter», boks 3.7, deretter legges saken i kø i påvente av tildeling av saksbehandler, se nærmere omtale i punkt 3.4.1. Saksøen administreres i lister, og når saksbehandlerne har kapasitet, plukkes saken og behandlingen påbegynnes.

### 5.6.3 Vurdering

Ekspertgruppen bemerker at problemstillingen med innledende liggetid blir løst på flere måter rundt omkring i forvaltningen, og at ulike modeller både kan ha fordeler og ulemper med tanke på hurtig saksfremdrift. Gitt rammene for gruppens arbeid, har man ikke kunnet prioritere å gå

detaljert inn i problemstillingen. De respektive etatslederne er erfarne innenfor «masseforvaltning», og ekspertgruppen får opplyst at de nevnte modellene for saksfordeling er basert på en samlet vurdering av hva som vil fungere mest effektivt.

Hensynet til den enkelte saksbehandlers påvirkning av egen arbeidshverdag er her ett element. Dette inkluderer ulempene ved at for mange saker i hver saksbehandlers saksportefølje kan medføre u hensiktsmessig tidsbruk knyttet til administrering av saksporteføljen.

Riksrevisjonen var også inne på temaet porteføljestørrelse. Det kom frem under deres utredning at saksbehandlerne i NPE tidligere hadde opp til 120 saker i porteføljen, men at dette senere hadde blitt redusert. Noe av grunnen var at stor portefølje fører til mye administreringsarbeid. Det kom frem at forskjellige sakstyper og individuelle forskjeller hos saksbehandlerne også var av betydning. En optimal porteføljestørrelse hadde derfor vært vanskelig å peke ut. Hos Pasientskadenemnda/Helseklage fant Riksrevisjonen at saksporteføljene hadde et betydelig mindre omfang. Dette kunne forklares med ulikheter i saksbehandlingen, som at en betydelig mindre andel av sakene lå på vent i påvente av innhenting av opplysninger. Ekspertgruppen har tatt dette til orientering.

Ekspertgruppen vurderer at det neppe er mulig å få vesentlig ned den innledende liggetiden gjennom endringer i den løpende driften i etatene. Med mindre etatene tilføres ekstra ressurser, noe gruppen ikke har kunnet ta som utgangspunkt, ligger da muligheten i å skape seg et handlingsrom gjennom omprioritering av ressurser i en avgrenset periode. Dette innebærer da et krafttak i hele organisasjonen for å få ned restansene, og holde dette nye nivået når normal drift gjenopptas. Ekspertgruppen foreslår derfor at begge etatene starter tidsbegrensede prosjekter med

mål om å betydelig redusere den innledende liggetiden og dermed komme ned på et mer akseptabelt driftsnivå.

En slik ekstraordinær innsats vil nødvendigvis medføre at andre oppgaver blir nedprioritert i den aktuelle perioden, herunder tilleggsoppgaver saksbehandlerne har og andre pågående prosjekter. Det vil være nødvendig for at tilstrekkelig med saksbehandlingsressurser kan settes inn. Uten en slik omprioritering av ressurser, vil neppe tiltaket gi ønsket effekt.

Hvilket handlingsrom man her har må naturligvis vurderes av etatene selv, men ekspertgruppen vil fremheve at nettopp den innledende liggetiden utgjør en særlig utfordring for tilliten til pasientskadeordningen. Dagens liggetid i kø på henholdsvis 79 og 304 dager er for lang og har stor påvirkning for de som har meldt inn krav og står i en allerede krevende livssituasjon. Ekspertgruppen påpeker at den innledende liggetiden ikke tilfører saken noe.

#### Boks 5.4 **Anbefaling**

Ekspertgruppen anbefaler at NPE og Helseklage iverksetter tidsavgrensede prosjekter hvor ressurser omprioriteres til ren saksbehandling med mål om betydelig å redusere den innledende liggetiden.

## 5.7 Klarere rutiner om håndteringen av ny anførsel underveis i saksbehandlingen

### 5.7.1 Innledning

Avgjørende for utfallet av erstatningssaken kan være hvilket – eller hvilke – behandlingssted som er innklaget til NPE. Tilsvarende gjelder hvordan saken for øvrig er skåret til, for eksempel med

tanke på hvilken – eller hvilke – skader som er gjort gjeldende som grunnlag for kravet. Overfor ekspertgruppen er det reist som en problemstilling at erstatningssøkerne i forbindelse med søknad om erstatning ikke nødvendigvis har en god nok oversikt over egen sak til å gjøre gode valg i denne sammenheng. Dette henger delvis sammen med søknadsskjemaet som skiller mellom behandlingssteder og *innklaget* behandlingssted. Erstatningssøker selv må hake av hvilket av disse stedene vedkommende ønsker å klage inn. Ekspertgruppen har fått innspill om at det er vanskelig å skille her og hake av riktig. Utfordringer blant annet knyttet til manglende språkkunnskaper, kan utgjøre en tilleggsproblemstilling.

Situasjonen kan for eksempel være at en person med symptomer på netthinneløsning tar kontakt med legevakten på telefon, men blir oppfordret til å oppsøke optiker for vurdering. Denne oppdager på sin side ikke noe unormalt, noe det viser seg å være. I forbindelse med erstatningssøknad etter skade på grunn av forsinket diagnose og øyeoperasjon, innklages bare optikeren, ikke den kommunale legevakten. Det oppstår da fare for at ikke hele behandlingssløpet blir tatt under vurdering som grunnlag for erstatningssaken. Når dette oppdages under saksbehandlingen i NPE og svikt hos legevakten vurderes som en relevant problemstilling, blir spørsmålet om erstatningssaken skal utvides til å gjelde enda et behandlingssted, eller om det skal opprettes en egen sak som knytter seg til legevakten.

### 5.7.2 Dagens praksis

Ekspertgruppen erfarer at praksis kan variere mellom saksbehandlere i NPE om hvordan denne type situasjoner håndteres. Hensynet til rask saksavvikling og at saksbehandlerne blir målt på produksjon, kan være en driver for ikke å utvide saken i en slik situasjon. Dette fordi det gjerne vil innebære at man må ta en ny runde med innhenting av uttalelser og sakkyndig vurdering, og der-

med forlenges behandlingstiden for saken. Ved oppretting av ny sak «startes klokken på nytt», til sammenligning.

I NPEs Rutinehåndbok er problemstillingen omtalt.<sup>123</sup> Det fremgår at vurderingen må være konkret, og blant annet heter det:

«Dersom det gjelder samme skadevoldende handling eller samme skadefølge, bør den løpende saken utvides.»

Det er ikke utferdiget tilsvarende skriftlige rutiner i Helseklage.

### 5.7.3 Vurdering

Ekspertgruppen vil understreke at det kan ha stor betydning for utfallet av saken blant annet hvilket – eller hvilke – behandlingssted som er innklaget. Herunder kan vurderingen være knyttet til om pasienten samlet sett har fått forsvarlig oppfølging, flere steder sett under ett.

Veiledningsplikten etter forvaltningsloven § 11 blir i slike tilfeller satt særlig på spissen. Ekspertgruppen vil fremheve at der saksbehandler forstår eller bør forstå at måten saken er «skåret til på» er uheldig og kan få betydning for utfallet i erstatningssøkers disfavør, vil det foreligge en sterk plikt til å gi individuell veiledning om dette. Personen må altså få konkrete og individuelle råd om hvordan han eller hun bør opptre for å ivareta sine interesser på best mulig måte. I forlengelsen av dette vil det ligge en plikt for saksbehandler til å treffe de valg med tanke på den videre saksbehandling, som best mulig sikrer erstatningssøkers interesser. Å velge ikke å utvide en eksisterende sak av hensyn til statistikkføring av saksbehandlingstid, kan i denne forbindelse være et usaklig hensyn.

<sup>123</sup> «Nytt behandlingssted eller ny anførsel kommer til under behandlingen av en sak - ny sak eller utvidelse av løpende sak», *Rutinehåndboken*, NPE (2024).

Ekspertgruppen anbefaler NPE og Helseklage å klargjøre i interne rutiner at en sak som den klare hovedregel skal utvides med nytt behandlingssted eller nye anførsler, der det ellers er fare for at erstatningssøker kan lide rettstap.

Ekspertgruppen vil her også vise til punkt 5.5 over som omhandler retur av saker fra Pasientskadenemnda/Helseklage til NPE. Det må gjøres en konkret vurdering av om det er mest hensiktsmessig at Pasientskadenemnda/Helseklage beholder saken, selv om den er utvidet med flere anførsler eller behandlingssteder.

#### Boks 5.5 **Anbefaling**

Ekspertgruppen anbefaler NPE og Helseklage å klargjøre i interne rutiner at en sak som den klare hovedregel skal utvides med nytt behandlingssted eller nye anførsler for øvrig, der det ellers er fare for at erstatningssøker kan lide rettstap.

## 5.8 Nytt saksbehandlingssystem

### 5.8.1 Innledning

Muligheter og begrensninger i saksbehandlingssystemet påvirker arbeidshverdagen og effektiviteten i etatene. Som beskrevet i punkt 3.5 har NPE og Helseklage et felles saksbehandlingssystem – ISAK. ISAK ble tatt i bruk i 2014, og etatene er nå i prosess med å anskaffe et nytt saksbehandlingssystem som er antatt å kunne tas i bruk i løpet av 2025.

### 5.8.2 Dagens situasjon

Dagens saksbehandlingssystem kan, etter de opplysningene ekspertgruppen har fått fra etatene, ikke lenger oppgraderes tilfredsstillende. De siste årene er det derfor arbeidet med utvikling og etablering av et nytt felles system. Etatene opp-

gir til ekspertgruppen at det er viktig med en mer moderne teknisk plattform for løsningen enn i dag, blant annet for å kunne automatisere deler av saksbehandlingen i større grad fremover<sup>124</sup>. I et mer moderne system vil det være enklere for etatene å gjøre endringer og justeringer ut fra behov. For eksempel kan etatene i dagens system ikke endre «forløpene» i saksbehandlingen selv, noe som kompliserer nærmest enhver omlegging av saksflyten.

Pasientskadeordningen håndterer årlig svært store mengder av dokumenter. I 2023 mottok NPE om lag 140 000 filer, fordelt på 78 000 dokumentnavn. Filene blir mottatt via flere kanaler, postmottak hos Norsk helsenett, Altinn, Helsemail, e-postmottak, eFormidling, sykehusluser, DIPS og oversettelsesportalen Semantic. I de fleste portalene beholder filene navnet avsender har gitt. Filen i seg selv blir knyttet til et dokumentkort som gir en dekkende beskrivelse av innholdet. Når disse filene sendes videre, til for eksempel en advokat som ber om kopi av saksdokumentene, blir de ulike filene lagt ved et oversendelsesbrev uten at dokumentbeskrivelsen følger med. NPE oppgir at de kan oppfordre avsender til å navngi filene tydeligere, men med så mange avsendere vurderer NPE at en slik oppfordring vil ha liten effekt. Staten er også bekymret for at for strenge krav vil kunne medføre at de ikke får dokumentene tilsendt digitalt, som ønsket. Det er ingen formell hindring for at NPE kan endre filnavnene ved mottak, men dette må i så fall gjøres manuelt og vil være en svært ressurskrevende jobb for Norsk helsenett, som er engasjert av NPE for å gjøre denne jobben. I sin tilbakemelding til ekspertgruppen oppgir NPE at de ennå ikke vet hvordan problemstillinger rundt filnavn vil bli håndtert i ny saksbehandlingssystem.

<sup>124</sup> NPE har i 2024 tatt i bruk «Øyvind Robot» for å automatisere deler av arbeidet. Øyvind jobber på tvers av avdelingene og gjør det han blir bedt om. Han hjelper blant annet til med å registrere statistikk, sender ut orienteringsbrev når saker blir plassert i kø og sladder skademeldingsskjemaer.

Planen er at etatene på nyåret 2025 vil begynne å bruke første versjon av det nye saksbehandlings-systemet. Målet er da å bringe saksbehandlingen over på en ny teknisk plattform. Det er forventet at systemet deretter må utvikles videre. Etatene oppgir at de viktigste forbedringene de ser for seg allerede ved versjon 1.0, er:

- Enklere og mer brukervennlig løsning for sakkyndige
- Bedre analyseverktøy for lettere å svare ut henvendelser fra eksterne, for eksempel journalister som ber om tall angående bestemte sakstyper/skadetilfeller
- Bedre og lettere tilgang til god styringsinformasjon
- Mulighet for å fordele saker på en smidig måte
- Lettere å videreutvikle systemet ettersom det er bygget på mer moderne teknologi

Overfor ekspertgruppen har etatene opplyst at ressursituasjonen vil ha betydning for den videre utviklingen av det nye systemet. Etatene oppgir at det som trolig ville ha vært av størst praktisk betydning for erstatningssøker, er å utvikle en mer brukervennlig søknadsløsning med delvis automatisk informasjonsinnhenting. Ressursituasjonen tilsier at dette ikke kan prioriteres nå.

Ifølge etatene vil innføringen av et nytt saksbehandlingssystem innebære at betydelige ressurser må brukes til implementering i en oppstartfase. Dette er ressurser som vil måtte belastes de rene saksbehandlingsoppgavene. Alt annet likt medfører det en risiko for økt saksbehandlingstid i en overgangsfase, før man kan begynne å høste gevinster av et nytt og bedre saksbehandlingssystem.

### 5.8.3 Vurdering

Ekspertgruppen har fått opplyst at bruk av kunstig intelligens (KI) som maskinlæring, ikke er en del av planene for utviklingen av det nye saksbe-

handlingssystemet, i alle fall ikke i denne runden. Denne typen spørsmål og problemstillinger vil imidlertid presse seg frem også i pasientskade-forvaltningen, som i offentlig forvaltning ellers. Her vil det være viktig at man i etatene løpende vurderer hvilke muligheter dette gir for eksempel med tanke på gjennomføring av visse typer erstatningsberegning, samt kommunikasjon med erstatningssøker med fremmedspråklig bakgrunn. Samtidig er det viktig å ha oppmerksomhet rettet mot de særlige etiske utfordringer som KI kan reise på et felt som pasientskadeerstatning. Det ligger klart utenfor gruppens mandat å gå nærmere inn i disse spørsmålene.

Ekspertgruppen vurderer at arbeidet med en videreutvikling av saksbehandlingssystemer og arbeidsprosesser som understøtter en effektiv saksflyt bør prioriteres, men har ikke gått inn på anbefalinger til konkrete løsninger. Dette er en følge av mandatets forutsetning om å fokusere på problemstillinger i etatene som er aktuelle i et noe kortere tidsperspektiv. Ekspertgruppen har likevel ønsket å fremheve noen forhold som etatene bør ha særlig i tankene i arbeidet med nytt saksbehandlingssystem, som pågår og vil pågå fremover.

I rapporten *Møtes på halvveien* problematiseres de «relativt beskjedne krav til erstatningssøker» til å informere om skadeomfanget eller det økonomiske tapet i søknaden. En del erstatningssøkere «sender en søknad om erstatning, men involverer seg lite i etterkant», for eksempel ved å unnlate å svare på oppfordringer om å sende mer dokumentasjon. Dette kan vanskeliggjøre utredning av saken i NPE. Søknadsskjemaet bør understøtte at Team ekspress effektivt kan fange opp og gis grunnlag for å behandle «enkle» saker raskt.

Et mulig tiltak er å se på om søknadsskjemaet kan utformes slik at det i sterkere grad oppfordrer til å gi mer informasjon som opplyser saken i en tid-

lig fase. Løpende tilbakemelding om sannsynlig utfall av saken, kan være en side av dette: Hvis søker klikker «nei» på spørsmål om skaden vil føre til tap over 10 000 kroner, kan det i skjemaet for eksempel dukke opp en melding som forklarer at dette er et krav for å motta erstatning. I søknadsskjemaet bør det også være direkte lenke til nettsidene til NPE som beskriver vilkårene for å få erstatning, slik at erstatningssøker har lett tilgang til informasjon under utfylling.

Ekspertgruppen har forespurt NPE om et kostnadsoverslag for en slik funksjonalitet i dagens system. NPE har i sin tilbakemelding vurdert at en søknadsløsning som inkluderer blant annet behovskartlegging, utvikling, brukertesting med mer vil koste 2,5-3,0 millioner kroner. Samtidig vurderer NPE at en saksbehandler i snitt bruker 20-40 minutter per sak i de sakene som åpenbart er utenfor ordningen. Ekspertgruppen bemerker her at en engangskostnad som gir erstatningssøkerne bedre veiledning og flere «riktige» saker inn i systemet, må ses opp mot kostnaden ved å behandle saker som ikke skulle ha vært meldt.

Begge etatene har under saksbehandlingen behov for å innhente informasjon fra eksterne aktører, i tillegg til innklaget behandlingssted. Det kan for eksempel være andre behandlingssteder, kommuner, NAV eller Skatteetaten. Dersom saksbehandlingssystemet kan «samarbeide» med eksterne etater om rask og sikker informasjonsflyt, vil det kunne spare mye tid som ellers går med til administrering.

Ekspertgruppen har fått opplyst at NPE jobber med å teste ut automatisert innhenting av saksopplysninger i oppstartsfasen av saksbehandlingen, basert på opplysningene i søknaden. Gruppen vurderer at et slikt tiltak åpenbart har potensiale til å kunne effektivisere saksbehandlingen.

Overføring av saker mellom etatene i dag, skjer

som oversendelse av ett hoveddokument og resten (av dokumentene) som filvedlegg. Gruppen vurderer at viktige opplysninger som allerede «ligger på saken», i større omfang bør følge med for å effektivisere saksbehandlingen (se avsnitt 3.5 for omtalte av dagens saksbehandlingssystem). Det gjelder blant annet metadata og dokumenttitler. Ekspertgruppen mener det er viktig at etatene utforsker mulighetene for å automatisere deler av saksbehandlingstegene i det nye systemet. Mange av henvendelsene som sendes ut ved oppstart av saker eller ved innhenting av opplysninger, er standardiserte. De vil i stor grad kunne gjøres av andre enn saksbehandler, for eksempel en robot. Slik vil tid kunne frigjøres for saksbehandlerne til å utføre oppgaver bare de kan. Videre kan en automatisert informasjonsinnhenting skjeme sakene ligger i kø, enten for oppstart i NPE eller før tildeling av saksbehandler i Helseklage. Dermed vil saken i større grad være klare til å påbegynnes for utredning når saksbehandler er tildelt, noe som normalt sett er tidsbesparende.

#### Boks 5.6 **Anbefaling**

Ekspertgruppen anbefaler at etatene i arbeidet med å videreutvikle saksbehandlingssystemet, utforsker mulighetene for automatisering, herunder utvikling av et interaktivt søknadsskjema og løsninger for raskere informasjonsinnhenting fra ulike aktører.

## 5.9 Etatene bør vurdere hva som er en hensiktsmessig bruk av påleggshjemmelen for innhenting av dokumentasjon

### 5.9.1 Innledning

Saksbehandlingen i NPE og Pasientskadenemnda/Helseklage er skriftlig og forutsetter innhenting

av store mengder dokumentasjon. Smidighet og effektivitet her er viktig for at sakene raskest mulig kan komme seg videre i systemet og bli korrekt vurdert. Ekspertgruppen har derfor sett på gjennomføringen av denne siden av prosessen med tanke på om det er mulig å komme med tiltak som kan redusere tidsbruken.

### 5.9.2 Dagens praksis

Ekspertgruppen har fått ulike innspill om at innhenting av nødvendige dokumenter er en flaskehals i saksbehandlingen, særlig i NPE. Det er påpekt at det er lengre ventetid ved innhenting fra noen eksterne etater enn fra andre. Her må det ofte purres flere ganger før opplysningene blir mottatt. Innhenting av opplysninger fra NAV, fastlege, kommune og enkelte private behandlingssteder, har i noen sammenhenger blitt trukket frem som særlig krevende. Eksempelene med delt utvalget om hvor problemene er størst, har likevel variert.

Det synes å være enighet om at innhenting av pasientjournal går smidigst ved store sykehus. Dette kan forklares med at det ikke nødvendigvis er det behandlende helsepersonellet selv som gjør selve utplukket ettersom sykehusene har egne arkiv- og dokumentasjonssentre som kan stå for uthenting av de etterspurte dokumentene. Tidligere var det også lang ventetid ved innhenting av opplysninger fra Skatteetaten, men etter det ble avtalt at alle henvendelser skal sendes sentralt og ikke lokalt, synes problemene her å være løst.

I ny rutine for begge etatene som gjelder fra april 2024, er det gjort endringer som betyr at all innhenting av dokumentasjon fra NAV må gjøres per post. Elektronisk brevforsendelse er ikke et alternativ. Ekspertgruppen antar at den aktuelle endringen i rutinen som nå er gjeldende, er av forbigående art. Endringen vil likevel klart påvirke tidsbruken i negativ retning så lenge det varer.

Dette viser viktigheten av å komme frem til effektive, digitale løsninger mellom etater. Ekspertgruppen er kjent med at NPE jobber med å få til en hensiktsmessig digital løsning med NAV som kan effektivere innhenting av dokumentasjon.

Utfordringer knyttet til digital overføring av dokumenter mellom etater, har blitt særlig tematisert overfor gruppen. Det er blant annet påpekt utfordringer med at ulike deler av offentlig forvaltning har elektroniske systemer som «ikke snakker sammen». Ekspertgruppen bemerker at dette er problemstillinger som må forsøkes løst i forbindelse med nytt saksbehandlingssystem og videre arbeid mellom etatene og andre eksterne aktører.

I 2023 ble pasientskadeloven § 10 a endret med tanke på å lette NPEs innhenting av informasjon. Bestemmelsen gjelder tilsvarende for Pasientskadenemnda/Helseklage, jf. sjetten avsnitt. Overfor ekspertgruppen har etatene særlig vektlagt at informasjon i saker innkommet etter 1. juli 2023, nå kan innhentes uten særskilt samtykke fra erstatningssøker.

Gjennom lovendringen har etatene imidlertid også fått hjemmel for å treffe vedtak om pålegg om utlevering av informasjon:

«Etter *andre ledd første punktum* skal opplysningene utleveres til NPE uten ugrunnet opphold. NPE kan utstede et formelt pålegg om utlevering i medhold av lovhjemmelen, enten med en gang eller dersom en oppfordring om utlevering ikke etterkommes helt eller delvis. Et pålegg innebærer et rettslig bindende krav, og reglene i forvaltningsloven § 14 vil komme til anvendelse. Hjemmelen for pålegget skal angis, og det skal gjøres oppmerksom på klageadgangen.»<sup>125</sup>

<sup>125</sup> Prop. 8 L (2022-2023) s. 49.



Som det fremgår, utgjør pålegg «et rettslig bindende krav». Et pålegg om å utlevere informasjon vil i utgangspunktet kunne legge ekstra tyngde bak kravet og viktigheten av hurtig håndtering.

Gruppen har på forespørsel fått innsyn i standardbrev som blir brukt i forbindelse med informasjonsinnhenting og purring. Hos NPE ligger ikke ordet «pålegg» inne i noen av disse. Hva som er bakgrunnen for dette vites ikke, men en mulig forklaring kan være at NPEs brevmaler til dels ivaretar ulike funksjoner, særlig overfor innklaget behandlingssted: Dels er formålet å innhente dokumentasjon, dels bes det om å gi uttalelse. Ut fra det materialet gruppen har fått oversendt, brukes imidlertid heller ikke pålegg ved ren informasjonsinnhenting, eller ved purring.

For Pasientskadenemnda/Helseklage er situasjonen litt mer sammensatt. Basert på tilsendte standardtekster, kan det se ut som at etaten er *i ferd* med å ta i bruk pålegg som virkemiddel, men hittil på en ufullstendig måte. Således er opplysningen om at det er truffet vedtak om pålegg nærmest gjemt bort mot slutten av brevene, som ellers er preget av mildere oppfordringer (vi «ber om» eller «ønsker».) I fremlagte tekster brukt ved purring, er heller ikke «pålegg» nevnt og man bruker fremdeles milde formuleringer som at man «ber om» eller «ønsker».

Når det gjelder purring på etterspurt dokumentasjon som ikke er mottatt, gjøres dette av saksbehandlerne i NPE og Helseklage. Det er rutiner på hvor mange ganger man skal purre og hvor lang tid det skal gå før saksbehandler purrer.<sup>126</sup> For eksempel vil hvor mange ganger man skal purre på journal fra innklaget behandlingssted

kunne variere ut fra sakens alvorlighetsgrad.<sup>127</sup> Hos NPE er det også interne rutiner på hvilke eksterne etater saksbehandler ikke skal sende påminnelse til. Eksempelvis er det ikke nødvendig å purre på Statsforvalteren/Helsetilsynet.<sup>128</sup> Det er opprettet standardtekster i begge etater for både innhenting av dokumentasjon og purring, til hjelp for saksbehandleren.

### 5.9.3 Vurdering

Ut fra at innhenting av dokumenter utgjør en flaskehals i saksbehandlingen, noe endringen av pasientskadeloven § 10 a adresserer, er det ekspertgruppens anbefaling at etatene vurderer hva som kan være en hensiktsmessig bruk av påleggshjemmelen. Det kan her tenkes ulike løsninger, og det er ikke gruppens syn at pålegg nødvendigvis skal benyttes alltid og i alle saker. Det samlede inntrykk er imidlertid at etatene i liten grad har vurdert eller faktisk tatt i bruk de muligheter for raskere dokumentinnhenting påleggshjemmelen åpner for, og som åpenbart var lovgivers intensjon.

Når det gjelder fastleger og andre private aktører i mindre virksomheter, slik som avtalespesialister, som ikke er innklaget, vil bruk av påleggshjemmelen kunne fremstå som særlig hardhendt. Dette i lys av forholdet mellom arbeidsbelastning og honorering, som er omtalt nedenfor. Derfor vil nok en anmodende tone om rask oversendelse av etterspurt dokumentasjon fortsatt være å foretrekke her.

Ekspertgruppen har også vurdert den praktiske gjennomføringen av innhenting av dokumentasjon, herunder utsending av purring, med tanke på om rutinene fremstår som tilstrekkelig klare og effektive. Gruppen erfarer at systemet for purring

<sup>126</sup> Eksempelvis «Rutine for forfallsdatoer», NPEs rutinehåndbok versjon 07.02.2024 – og Helseklage sin rutine – Purre-rutine ved innhenting av journaldokumentasjon 2024».

<sup>127</sup> Avgjøre saker uten journal fra innklaget behandlingssted, NPE (2024).

<sup>128</sup> Oppstart av sak, NPE (2024).

ikke fungerer optimalt når dette skal gå via saksbehandler. Det er mulig at nytt saksbehandlings-system gir muligheter for automatiserte purreprosedyrer, men som beskrevet over er det i dag noe uklart når og eventuelt i hvilken utstrekning dette vil skje. Etatene oppfordres derfor til å ha en gjennomgang av rutineene for purring, herunder å vurdere mulige forbedringer som merkan til støtte for saksbehandlerne.

#### Boks 5.7 **Anbefaling**

Ekspertgruppen anbefaler at etatene vurderer hva som er hensiktsmessig bruk av påleggshjemmelen man har for innhenting av dokumentasjon.

## 5.10 Honorering ved journalinnhenting

### 5.10.1 Innledning

I ekspertgruppen har spørsmålet om honoreringen for klargjøring og utsending av pasientjournal og annen dokumentasjon til etatene, vært et tema. Dette gjelder behandlingssteder som ikke er innklaget, men som etatene likevel henvender seg til for innhenting av dokumenter i saken.

### 5.10.2 Dagens situasjon

Innhenting av journalopplysninger, blant annet fra fastleger, kan ta mye tid i erstatningssakene. Tidvis blir det sendt ut flere purringer før etatene mottar etterspurt dokumentasjon. Dette påvirker fremdriften av saken. Det bes ofte om dokumentasjon utover fastlegens egne notater, spesielt epikriser fra andre behandlingssteder som har vært involvert. Fastlegen kontaktes for dokumentasjon ikke bare når fastlegen selv er innklaget helsepersonell. Det kan også skje når en av deres listepasienter har fremsatt krav til NPE med utspring i helsehjelp gitt ved et annet behandlingssted. Fast-

legene kan her oppleve at etatene ser det som en lettvin t løsning å be om å få «alt» fra dem. Etatene vil gjerne se det litt annerledes. Fordi fastlegene har best kjennskap til pasientens samlede sykehistorikk, kan det være særlig nyttig å henvende seg nettopp her for dokumentasjon.

Når en fastlege skal klargjøre og oversende journal på forespørsel fra NPE eller Pasientskadenemnda/Helseklage, må han eller hun bruke tid som ellers kunne vært brukt til pasientbehandling. Fastleger er ofte selvstendig næringsdrivende, og legen har selv ansvaret for det som sendes ut av dokumenter. Vedkommende må gå gjennom dokumentasjonen blant annet av hensyn til reglene om taushetsplikt. For eksempel kan det være nødvendig å luke ut informasjon om tredjeperson. Det blir derfor en prioritering hos legen å håndtere henvendelser fra etatene opp mot andre gjøremål. Det er også andre offentlige etater som kan komme til å be legen om å oversende journaldokumentasjon i andre typer av saker. Eksempler kan være Statsforvalteren, NAV eller barnevernet. Forsikringsselskaper ber også om journaldokumentasjon. En standardsats for honorar vil sjelden gjenspeile medgått arbeidstid i den konkrete saken. I noen tilfeller vil det gå svært fort å håndtere en henvendelse, i andre tilfeller vil det kunne kreve mange timers arbeid.

### 5.10.3 Vurdering

Gruppen har merket seg at spørsmålet om honorering av journalforsendelser nylig er vurdert av lovgiver. I den forbindelse har man opprettholdt prinsippet om at denne oppgaven som utgangspunkt skal skje uten godtgjøring, jf. pasientskadeloven § 10 a sjette avsnitt. Unntak er gjort i forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda § 19 hvor det i andre avsnitt står; «Godtgjørelse ytes til privatpraktiserende helsepersonell, uavhengig av om de har driftsavtale med det offentlige. Det ytes ikke godtgjørelse til helsepersonell som er innklaget som påstått

skadevolder.» I tredje avsnitt i samme bestemmelse er det bestemt at honoreringen skal være tilsvarende er 0,5 ganger offentlig salærsats, dvs. om lag 600 kroner.

På bakgrunn av det beskrevne har ekspertgruppen vurdert om en modell med økte honorarsatser for klargjøring og oversending av pasientjournal, vil øke behandlingsstedenes vilje til å prioritere slike henvendelser fra pasientskadeordningen. Alternativt kan man tenke seg en «nedtrappingsmodell» av honoraret ved at rask ekspedisjon av dokumenter gir full utbetaling av honorar, men at betalingen deretter blir gradvis nedtrappet.

NPE har fått seg forelagt problemstillingen og kommet med en vurdering av forslaget økonomiske og administrative konsekvenser. NPE beskriver at de i 2023 utbetalte omtrent 1,5 millioner kroner som honorar for journalutskrifter. Dersom man for eksempel skulle ha doblet denne taksten, ville det medført en tilsvarende dobling i utbetaling av honorar.

NPE har videre beskrevet at forslaget om en delvis nedtrapping av honoraret ved sen respons, vil være svært krevende å gjennomføre administrativt innenfor dagens system. Det er i dag HELFO som håndterer kravene. HELFO har ikke tilgang på arkivsystemet i NPE og kan dermed ikke undersøke om journalen ble mottatt innenfor fastsatte frister eller ikke. Dersom det må utføres manuell sjekk for hver sak som skal utbetales, vil det være arbeidskrevende både for HELFO og NPE.

Ekspertgruppen bemerker at nivået på honoraret nylig har vært vurdert av departementet i forbindelse med forskriftsendringen. Sett i sammenheng med etatens vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser av forslaget og at aktuell dokumentasjon er noe etatene har påleggshjemmel for å innhente, har ikke gruppen

funnet å kunne prioritere å anbefale økte honorarsatser i denne runden.

## 5.11 Anbefalinger

- Ekspertgruppen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet, i samarbeid med NPE og Pasientskadenemnda/Helseklage, utarbeider nye styringskrav som i større grad reflekterer variasjonen i saker, og som tydeligere speiler spenningen mellom saksfremdrift, tillit og kvalitet.
- Ekspertgruppen anbefaler en samordnet prioritering av saker som skal gå utenom kø. Dette bør organiseres som et samarbeidsprosjekt mellom etatene.
- Ekspertgruppen anbefaler at Pasientskadenemnda/Helseklage etablerer en mer nyansert praksis rundt retur av saker til NPE og avgjør flere saker i sin helhet i klageorganet.
- Ekspertgruppen anbefaler at NPE og Helseklage iverksetter tidsavgrensede prosjekter hvor ressurser omprioriteres til ren saksbehandling, med mål om betydelig å redusere den innledende liggetiden.
- Ekspertgruppen anbefaler NPE og Helseklage å klargjøre i interne rutiner at en sak som den klare hovedregel skal utvides med nytt behandlingssted eller nye anførsler for øvrig, der det ellers er fare for at erstatningssøker kan lide rettstap.
- Ekspertgruppen anbefaler at etatene i arbeidet med å videreutvikle saksbehandlingssystemet, utforsker mulighetene for automatisering, herunder utvikling av et interaktivt søknadsskjema og løsninger for raskere informasjonsinnhenting fra ulike aktører.
- Ekspertgruppen anbefaler at etatene vurderer hva som er hensiktsmessig bruk av påleggshjemmelen man har for innhenting av dokumentasjon.

# 6 Raskere saksbehandling i de riktige sakene – særlig om Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)

## 6.1 Innledning

En felles innledning til kapittel 5, 6 og 7 er gitt i punkt 5.1. Her i kapittel 6 er det problemstillinger som er spesifikke for NPE som løftes frem. NPE behandler over 5700 saker i året, noe som stiller store krav til å ha en god og hensiktsmessig organisering av saksgangen. Det er derfor sentralt for ekspertgruppens mandat å se nærmere på saksflyten i NPE. Gruppen har sett etter punkter i saksbehandlingsskjeden som fremstår unødvendig omstendelige og ressurskrevende, slik at en omlegging kan bidra til raskere saksbehandling, alt annet likt.

## 6.2 Én-sak-én-saksbehandler bør være hovedregelen

### 6.2.1 Innledning

Ekspertgruppen har vurdert saksflyten i NPE med tanke på hvor mange saksbehandlere som formelt er involvert før vedtak treffes i saken. (Selvsagt kan ytterligere saksbehandlere være uformelt involvert.) Det er en alminnelig erfaring fra offentlig forvaltningsvirksomhet at bytte av saksbehandler kan forsinke saksbehandlingen. Det fremgår av ulike dokumenter at også NPE ser utfordringene som ligger her. Selvsagt kan bytte av saksbehandler i konkrete tilfeller være unngå-

elig og av ulike grunner også ønskelig. Gruppens fokus har derfor vært rettet mot systemet: Om NPE i behandlingen av erstatningssøknader, i for stor utstrekning systematisk legger opp til bytte av saksbehandler underveis.

### 6.2.2 Dagens praksis

Med utgangspunkt særlig i *Rutinehåndbok for NPE*<sup>129</sup>, supplert av *Veileder ende-til-ende-saksbehandling*<sup>130</sup>, har ekspertgruppen funnet det vi oppfatter som fire hovedmodeller for antall saksbehandlere. Dersom vi ser bort fra saker avsluttet i Team ekspress, er det tre hovedmodeller for antall saksbehandlere av søknaden etter fordeling av saken til avdeling:

- **Én saksbehandler:** Saken utredes og vedtak fattes av samme saksbehandler. Dette kan være et avslagsvedtak, eller et medholdvedtak der samme saksbehandler både vurderer ansvar og beregningsspørsmålet. Ekspertgruppen oppfatter at dette er normalordningen i avslagsaker.

<sup>129</sup> Versjon 07.02.2024.

<sup>130</sup> NPE (2023).

- **To saksbehandlere**

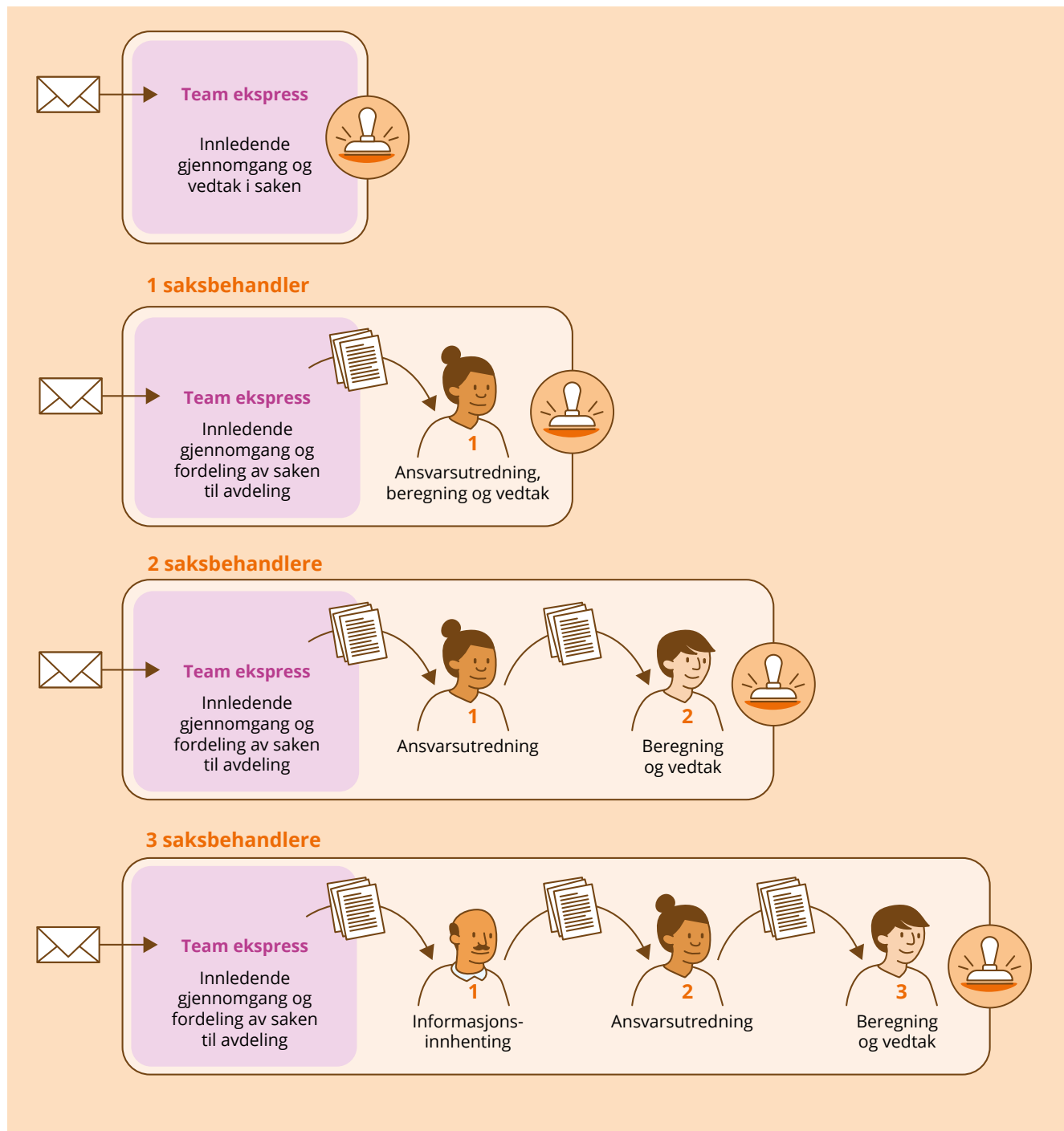
- Avslagssaker: Saken blir innledningsvis forberedt av én saksbehandler, som senere overfører saken til en annen for ansvarsutredning.<sup>131</sup> Etter det ekspertgruppen forstår er denne varianten sjelden forekommende og under avvikling i etaten.
- Medholdsaker: Ansvarsspørsmålet blir først utredet av én saksbehandler, mens beregningsspørsmålet og det endelige vedtaket fattes av en annen. Ekspertgruppen oppfatter at dette er normalordningen i medholdsaker.

- **Tre saksbehandlere:** Saken blir innledningsvis forberedt av én saksbehandler, som senere overfører til en annen for ansvarsutredning, som deretter overfører til en tredje for beregning og endelig vedtak. Etter det ekspertgruppen forstår er også denne varianten sjelden forekommende og under avvikling i etaten.

---

<sup>131</sup> For eksempel «Oppstart av sak», *Rutinehåndbok NPE*, versjon 07.02.2024.

Figur 6.1 Hovedmodeller for antall saksbehandlere etter dagens praksis



Ekspertgruppen utelukker ikke at det også kan finnes ytterligere varianter. De nevnte er imidlertid beskrevet av NPE selv blant annet i *Rutinehåndboken*, og gruppen oppfatter de derfor som hovedmodeller for virksomheten. Som nevnt antas én saksbehandler å være normalordningen i avslagssaker og to i medholdsaker (når vi ser bort fra Team ekspress).

Blant annet på bakgrunn av Riksrevisjonens rapport, har NPE de siste årene gjort tiltak som i praksis har bidratt til å begrense bytte av saksbehandlere underveis. Dette inkluderer at samme saksbehandler i større grad både skal gjøre ansvars- og beregningsvurderingen. Fortsatt er likevel bytte av saksbehandler fra ansvarsutreder til beregner i saker som ligger an til medhold, normalordningen/hovedregelen.

### 6.2.3 Vurdering

Gruppen anser etableringen av Team ekspress fra 2017 som et hensiktsmessig og viktig grep med tanke på rask avklaring av saker som enten faller utenfor ordningen (avvisning), eller som fremstår som så oversiktlige både med hensyn til fakta og jus, at de kan realitetsbehandles i løpet av kort tid. Ordningen er godt i samsvar med lovgivers intensjon uttrykt i forarbeidene om «enkel og rask» saksbehandling.<sup>132</sup>

Ekspertgruppen anerkjenner at erstatningsberegning reiser egne problemstillinger og i noen tilfeller kan være særlig komplisert. Å splitte opp behandlingen av samme sak etter rettsregelens vilkårsdel og rettsvirkningsdel, er likevel særmerkt og innebærer en fragmentering som av en rekke grunner er problematisk. Ett forhold er lett å få øye på: at saken legges i (ny) kø for tildeling av ny saksbehandler (beregner). Ventetiden ligger per desember 2023 på om lag 22 dager. Dette fremstår imidlertid som et avgrenset problem.

<sup>132</sup> Jf. Ot.prp. nr. 31 (1998–99) s. 84.

Ekspertgruppen vurderer de mer indirekte effektene for saksbehandlingen ved bytte av saksbehandler, som langt viktigere. En side ved dette er at den nye saksbehandleren selvsagt trenger tid til å sette seg inn i saken, som allerede er utredet med hensyn til ansvar, for å føre den videre. En annen er at utreder av ansvarsdelen selvsagt også gjør valg når det gjelder å «skjære til» saken, som i større eller mindre grad kan støtte opp under den etterfølgende beregningsvurderingen.

Dersom samme saksbehandler behandler hele saken, er det overfor ekspertgruppen også fremhevet positive «dynamiske effekter». Dette ved at man raskt kan iverksette nødvendige skritt for eksempel med tanke på informasjonsinnhenting, alt etter hvordan saken utvikler seg. Man ser altså hele saken samlet.

Som et ytterligere poeng vil ekspertgruppen fremheve at den saksbehandleren som er «sist i rekken» har det endelige ansvar for helheten – det er ett vedtak som skal fattes. Skifte av saksbehandler ved overgang til beregning fører derfor uunngåelig til dobbeltarbeid. I *Rutinehåndboka* kommer dette tydelig til uttrykk under rutinen «Medholdsaker – det er sendt ut foreløpig svar på søknad om erstatning, håndtering av beregningsdelen»:

«Vedtaket skal omfatte både ansvar og beregning. Kopier ansvarsvurderingen fra foreløpig svar. [...] Når du skal kopiere fra foreløpig svar, må du ta stilling til om innholdet er riktig og tilstrekkelig. Det kan ha kommet inn nye opplysninger i saken.»

Et mer spesielt eksempel på de komplikasjoner skifte av saksbehandler kan medføre, finner vi under rutinen «Besvar krav om advokatutgifter, ansvar og beregning». Der drøfter man saksbehandlingen av krav om dekning av advokatutgifter relatert til ansvarsspørsmålet, men etter at saken er overtatt av beregner. Sett utenfra – for

ekspertgruppen – skulle det enkleste i disse tilfellene være at ansvarsutreder behandler og treffer vedtak i saken om advokatutgifter. I Rutinehåndboka legges det imidlertid atskillig energi i å holde på den motsatte løsningen, selv om beregner ikke har de beste forutsetninger for å håndtere spørsmålet effektivt. Dette ender så ut i en omtale om hvilke saksnummer som skal brukes ved klagesak. Om man da følger de instruksjoner som er gitt i Rutinehåndboka, beskrives resultatet slik:

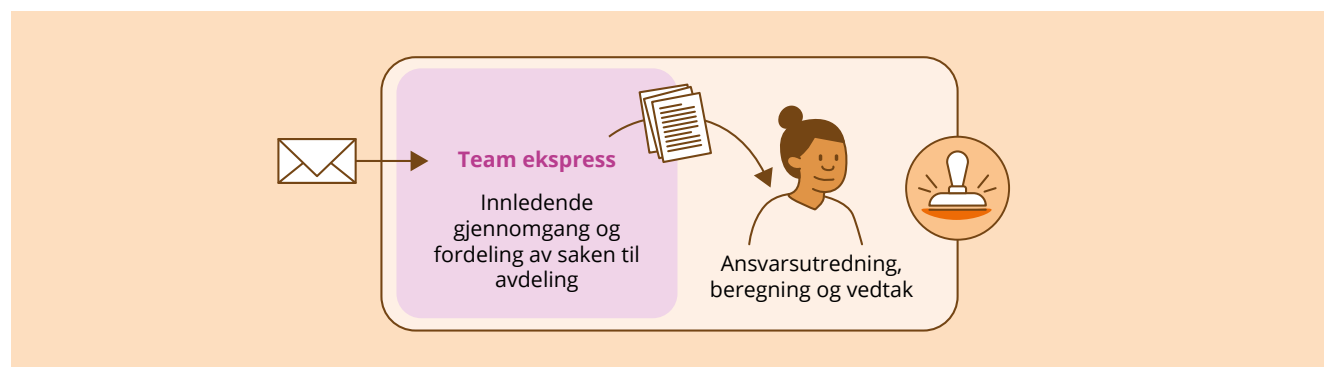
«Saken vil da endre statuskode til NKVU (Klagebehandling Nemnda ansvar). Dette er feil statuskode hvis beregner fortsatt skal behandle beregningssaken, i så fall må du sende en e-post til [statistikk@npe.no](mailto:statistikk@npe.no) og be dem om å slette statuskodene SKVU og NKVU. Da blir saken stående i en beregningskode og behandles videre på vanlig måte.»

Ekspertgruppen bruker sistnevnte som en illustrasjon på det omfattende systemet av registrering av saksnummer som er etablert. Dette er selvsagt grunnleggende sett nødvendig, blant annet av hensyn til statistikkformål. Gruppens poeng er likevel at en forenkling av saksbehandlingen der det er mulig, vil lette på prosessen for de stegene man er nødt til å ta. Ekspertgruppen anerkjenner også at denne delen av prosessen potensielt og forhåpentligvis vil bli enklere ved innføring av nytt saksbehandlingssystem.

Som nevnt har NPE allerede iverksatt tiltak som i praksis har bidratt til å redusere omfanget av bytte av saksbehandler underveis i saksbehandlingssløpet. Ekspertgruppen mener at denne utviklingen bør videreføres, mer målrettet og med økende styrke. Det anbefales at NPE har som målsetting at samme saksbehandler skal behandle hele saken (både ansvar og beregning), som en klar hovedregel. (Team ekspress holdes som det fremgår, utenfor her.)

På spørsmål fra ekspertgruppen om konsekvenser og kostnader ved å gjennomføre én-sak-én-saksbehandler som hovedregel, har NPE vist til sitt arbeid de siste årene for å styrke saksbehandlerens kompetanse i beregningsspørsmål. Dette har medført en reduksjon i bytte av saksbehandler og medvirket til en positiv utvikling i saksbehandlingstiden. Likevel fremheves at noen beregningssaker er store og komplekse og krever mengdetrening som ledd i bygging av fagkompetanse. Å fordele denne typen saker mer eller mindre tilfeldig blant saksbehandlerne, vil kunne forsinke saksbehandlingen og også skape utfordringer når det gjelder kvalitet. Videre kan det, i større eller mindre grad, være utfordrende tidlig å forutsi hvilke saker som er kompliserte beregningssaker. At videre oppbygging av beregningssaker bredt i fagmiljøet vil kreve ressurser og må skje over tid, synes også klart.

Figur 6.2 Én-sak-én-saksbehandler-prinsippet





Ekspertgruppen anerkjenner utfordringene. Disse står likevel ikke i konflikt med en målsetting om at samme saksbehandler skal behandle hele saken (både ansvar og beregning), som en *klar hovedregel*. Ekspertgruppen er altså på det rene med at enkelte undergrupper av saker er av en slik art at saksbehandlere som utelukkende jobber med beregning er nødvendig. Dette for å sikre tilstrekkelig fagkompetanse gjennom spesialisering, slik at kvaliteten i saksbehandlingen blir ivaretatt. NPE har selv nevnt beregning av næringstap, forsørgertap, boligtilpasning og erstatning til barn etter fødselsskade, i den forbindelse. Gruppen vurderer imidlertid at spesialisert beregning ikke bør være hovedregelen, slik det er i dag.

Hvordan den praktiske gjennomføring av én-sak-én-saksbehandler som hovedregel praktisk skal skje, og hvor raskt, må være opp til etaten å vurdere nærmere. Som sagt er det snakk om å videreføre og forsterke en utvikling i NPE som allerede er på gang. Det er viktig at gjennomføringen skjer på en måte og i et tempo som saksbehandlerne er komfortable med. Dette for å sikre realisering av det bakenforliggende formålet: Raskere saksbehandling gjennom en bedre saksflyt.

For å gjennomføre én-sak-én-saksbehandler som klar hovedregel, vil det klart nok være nødvendig å bygge fagkompetanse, særlig på beregning, bredere blant saksbehandlerne. I en overgangsperiode vil dette kreve ekstra ressurser. En mulighet kan være en teambasert modell der solid erfaring fra henholdsvis ansvar og beregning settes sammen. Slik kan god støtte for den enkelte saksbehandler sikres, særlig i en implementeringsfase.

Ekspertgruppen har merket seg at NPE har hatt utfordringer med gjennomtrekk, særlig blant juristene i saksbehandlerstillinger. Grunnene til dette er åpenbart flere og sammensatte. Gruppen mener likevel at det å la den enkelte få behandle

hele saken, ikke bare en del, for noen både kan oppleves som en tillitserklæring og som mer interessant ved at arbeidsoppgavene blir mer varierte. En fadderordning kan også sikre at saksbehandlerne ikke står «alene» med krevende problemstillinger. Alt annet likt kan dette tenkes å virke positivt med tanke på å beholde ansatte.

#### Boks 6.1 Hovedanbefaling

Ekspertgruppen anbefaler at NPE innfører som klar hovedregel at en sak ikke bytter saksbehandler når saken går over til beregning.

### 6.3 Ordningen med «foreløpig vurdering» i medholdsaker bør avvikles

#### 6.3.1 Innledning

I de fleste saker hvor det vurderes å foreligge et ansvar grunnlag, skriver NPE en «foreløpig vurdering» som blir sendt erstatningssøker. Dette er ikke et formelt vedtak, og NPE er ikke juridisk bundet av den foreløpige vurderingen. Praksisen er imidlertid ressurs- og tidkrevende og legger uformelle føringer for retningen på det endelige vedtaket.

#### 6.3.2 Dagens praksis

I nær sammenheng med spørsmålet om bytte av saksbehandler i overgangen mellom ansvar utredning og beregning, står ordningen med å sende ut «foreløpig vurdering» av ansvarsspørsmålet. «Foreløpig svar» blir tidvis også brukt som uttrykksmåte, men det er noe misvisende da dette også brukes i forvaltningsloven § 11 a, som gjelder noe annet.

Ekspertgruppen har vurdert hvordan ordningen med foreløpig vurdering skal forstås, forvaltningsrettslig sett. Ordningen er ikke lovpålagt. I de eksempler ekspertgruppen har fått seg forelagt, synes heller ikke et konkret behov for bedre opplysning av ansvarsspørsmålet å være den primære bakgrunnen for at brev sendes ut. «Du må gjerne ta kontakt med oss hvis du har kommentarer eller spørsmål», er en formulering som synes å gå igjen. Konkret etterspørres imidlertid eventuell supplerende informasjon for beregningen av det økonomiske tapet. Behov for opplysninger om tapet kan imidlertid som utgangspunkt både raskere og mer målrettet formidles gjennom et kortere brev, eventuelt på annen måte som ved å ta en telefon.

Slik ekspertgruppen vurderer det, henger ordningen med foreløpig vurdering igjen fra tidligere der det ble fattet separat vedtak om ansvarsspørsmålet. I Rt. 2015 s. 577 ble spørsmålet om oppdeling omtalt som et «hensiktsmessighets-spørsmål» (avsnitt 40).<sup>133</sup> For å redusere antallet stoppunkter i sakene og forbedre brukervennligheten, igangsatte NPE i 2017 et prosjekt for å samle vurderingen av ansvar og beregning i ett avsluttende vedtak. Bakgrunnen for endringene var en gjennomgang av tidligere regjeringsadvokat Sven Ole Fagernæs på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Fagernæs vurderte at ett samlet vedtak kunne medføre færre klager og raskere saksbehandling, og være mer i tråd med alminnelig forvaltningsrett. Fra begynnelsen av

2018 har NPE implementert denne arbeidsmetodikken i alle saker. Likevel har praksisen med foreløpig vurdering vedvart som en rest fra tidligere prosesser.

NPE har informert ekspertgruppen om at de våren 2024 igangsatte et pilotprosjekt for å vurdere avvikling av foreløpig vurdering. Det er planlagt evaluering av effektene høsten 2024.

### 6.3.3 Vurdering

Ut fra ekspertgruppens syn på behovet for å gjennomføre én-sak-én-saksbehandler som klar hovedregel, anbefales også at ordningen med utsending av «foreløpig vurdering» avvikles. Dette er nærmest en logisk konsekvens. Henvendelser til erstatningssøker bør være målrettet og konkret knyttet til behovet for opplysning av saken og kontradiksjon.

Ekspertgruppen kan ikke se at det å avvikle dagens praksis med foreløpig vurdering kan få noen negativ innvirkning for saksbehandlingen ellers. Alternativet er at etaten opptre mer målrettet overfor erstatningssøker – skriftlig eller muntlig – ut fra det konkrete behov for informasjonsinnhenting. Det er nærliggende at en slik omlegging vil kunne gi positive, forenklingseffekter, som kan bidra til raskere saksbehandling. Ekspertgruppen anbefaler derfor at NPE går bort fra ordningen med «foreløpig vurdering». Gruppen vurderer det aktuelle prosjektet i NPE med pilotering av alternativer til foreløpig vurdering, som unødvendig omstendelig.

<sup>133</sup> Jf. Rt. 2013 s. 1167 som forutsetter at den forvaltningsmessige avgjørelsen på henholdsvis ansvars- og beregningsspørsmålet til syvende og sist er ett vedtak rettslig sett, selv om det kan være delt opp i to: «når vedtaket – som i denne saken – treffes i to etapper, foreligger det først 'endelig vedtak' når det andre delvedtaket er truffet» (avsnitt 25). Deler av litteraturen beskriver fortsatt den tidligere totrinnsbehandlingen som gjeldende, se for eksempel Morten Kjelland (2023/2024), Askeland (2024), begge forfatterne i kommentaren til § 12. Men dette gir altså hverken et dekkende bilde av de krav pasientskade-loven stiller eller forvaltningspraksis i dag.

### Boks 6.2 **Anbefaling**

Ekspertgruppen anbefaler at ordningen i NPE med utsending av «foreløpig vurdering» av ansvarsspørsmålet avvikles.

## 6.4 Anbefalinger

- Ekspertgruppen anbefaler at NPE innfører som klar hovedregel at en sak ikke bytter saksbehandler når saken går over til beregning.
- Ekspertgruppen anbefaler at ordningen med utsending av «foreløpig vurdering» av ansvarsspørsmålet avvikles.

# 7 Raskere saksbehandling i de riktige sakene – særlig om Pasientskadenemnda/Helseklage

## 7.1 Innledning

En felles innledning til kapittel 5, 6 og 7 er gitt i punkt 5.1. Dette kapittelet tar for seg mulige tiltak for en raskere saksbehandling i Pasientskadenemnda/Helseklage særskilt. Tiltak for at klagesaker som kan behandles raskt blir identifisert effektivt og treffsikkert ved mottak og deretter rent faktisk raskt blir behandlet, har stått sentralt. Videre har ekspertgruppen sett nærmere på praksis ved delegering og muligheten for å frigjøre mer tid for saksbehandlerne til å utøve sin kjerneoppgave.

## 7.2 Etablering av Helseklages Team ekspress

### 7.2.1 Innledning

Den innledende gjennomgangen av klagesaken er viktig for å avdekke mangler og sette den videre saksgangen tidlig i riktig spor. Ikke minst ved lang saksbehandlingstid i etaten, er det viktig raskt å identifisere og ekspedere enkle og oversiktlige saker. Ekspertgruppen har derfor sett på om organiseringen av den tidlige fasen i saksbehandlingsprosessen er tilstrekkelig robust i Pasientskadenemnda/Helseklage.

### 7.2.2 Dagens praksis

Etter at NPE har oversendt en klagesak til Pasientskadenemnda/Helseklage, er det en «fløter» som først ser på saken.<sup>134</sup> I Helseklage er det i dag fire personer som har rollen som fløter som tilleggsoppgave. Fløterrollen er beregnet til å utgjøre 20 prosent av stillingen. Fløternes oppgaver er varierte, se punkt 3.4.2 og boks 3.7. De har for det første ansvaret for en innledende gjennomgang av saken der formaliteter blir kontrollert, prioritering vurdert og en faglig «merking» foretatt.<sup>135</sup> Fløterne treffer svært sjelden vedtak selv – selv i de enkle og oversiktlige sakene –, men administrerer sakskøen inn i saksbehandleravdelingene. Henvendelser fra klagerne er det også fløterne som besvarer, inntil saksbehandler er tildelt. Endelig ligger det til fløterrollen å planlegge hvilke saker som skal behandles i de kommende møtene i Pasientskadenemnda.

I 2023 mottok Pasientskadenemnda/Helseklage 2244 nye saker til behandling. I snitt betyr det at fløterne gjennomgikk 43 nye saker per uke. (Til sammenligning håndterte Team ekspress i NPE

<sup>134</sup> *Fløter -rutine for mottak av ny sak og henvendelser i pasientskadesaker fra NPE som ligger i kø*, Helseklage (2022).

<sup>135</sup> *Rutine for prioritering av saker*, Helseklage (2024).

7863 nye saker i 2023, noe som tilsvarer 151 saker i uken.)<sup>136</sup>

Etter at sentralbordløsningen til Helseklage ble endret, har ekspertgruppen fått opplyst at henvendelser som fløterne skal besvare fra erstatningssøkere har økt. Se mer om denne problemstillingen i punkt 8.3.2.

Pasientskadenemnda/Helseklage har vært opptatt av at saker ikke unødvendig skal havne i en lang kø. «SIL-tankegangen» med raskt å identifisere og ekspedere skriveklare saker til nemnda, var opprinnelig en del av fløtterollen. Dersom fløteren oppdaget saker som (tilsynelatende) var tilstrekkelig opplyst og dermed kunne behandles raskt med tanke på behandling i nemnd, skrev vedkommende selv utkast til vedtak. I dag er dette endret ved at skrivejobben er lagt til et eget team som jobber med SIL-saker («SIL-teamet»). Slik det fungerer nå, er det altså fløterne som siler saker til SIL-teamet. Disse sakene legges også i kø, men en kø som i praksis er kortere enn for andre saker. SIL-teamet består av ti saksbehandlere, inkludert en teamkoordinator.

Det som kanaliseres til SIL-teamet er saker som er forventet raskt å kunne klargjøres for behandling i nemnda fordi de etter en innledende gjennomgang synes å være tilstrekkelig opplyst. Innhenting av ytterligere opplysninger eller sakkyndigvurdering synes altså å være unødvendig. Dersom fløterens vurdering om at saken er tilstrekkelig opplyst, viser seg å være feil, beholdes saken i SIL-teamet. SIL-teamet behandler som utgangspunkt ikke delegeringssaker. Antatt raske delegeringssaker blir plassert på en egen plukklister (som internt blir kalt «liten ansvar»), som er tilgjengelig

for alle saksbehandlere. Per juni 2024 er det bare saker fra 2024 på denne listen.

Ekspertgruppen har i en henvendelse til Helseklage spurt om bakgrunnen for at man gikk bort fra den opprinnelige ordningen med at fløter også skrev utkast til vedtak i SIL-saker. Etaten har i sitt svar begrunnet dette med at det var viktigere at fløterne konsentrerte seg om «fløteroppgaven», altså å ivareta fordelingsfunksjonen. Fordi det ble opprettet et eget team som jobber med SIL-saker, mener etaten at gevinsten med at fløterne skrev utkast, fremdeles er ivaretatt.

### 7.2.3 Vurdering

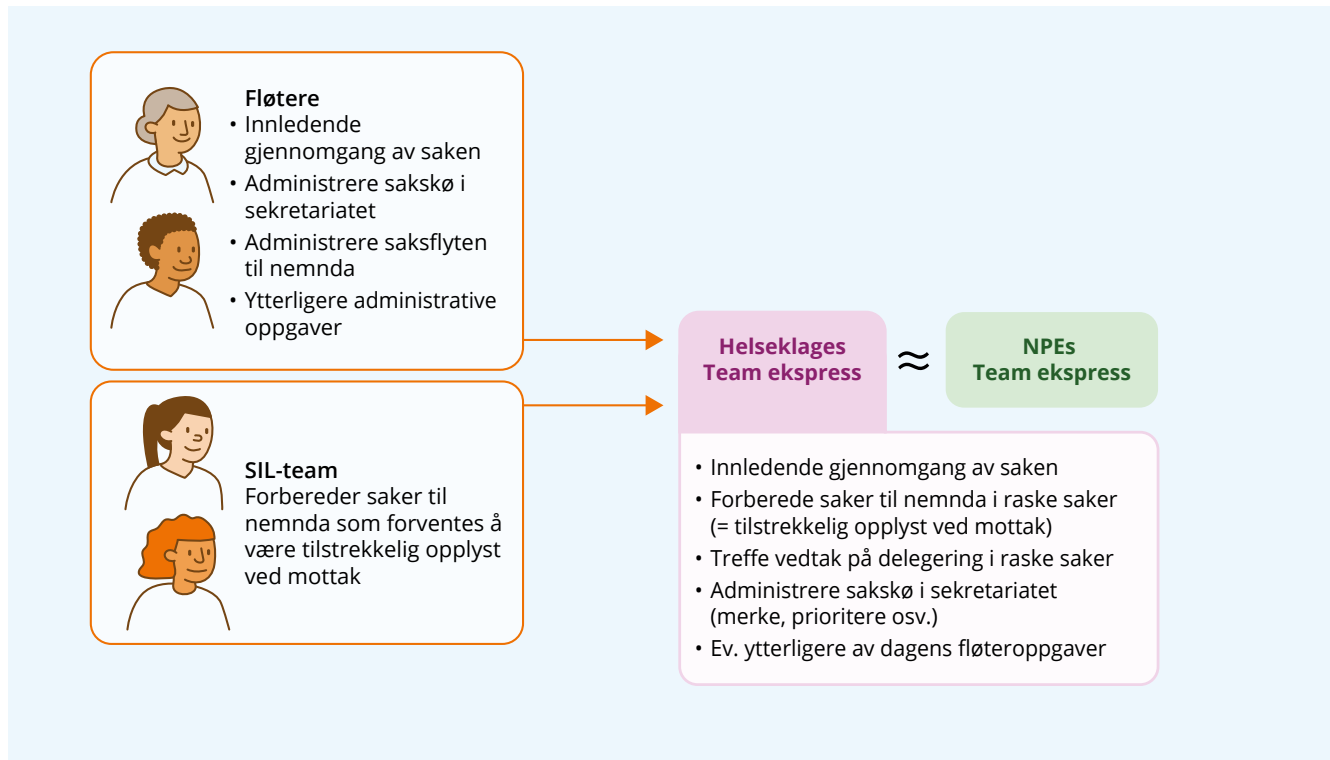
En fløter har gjennomsnittlig om lag 43 nye saker å gjennomgå den uken vedkommende har vakt. Dette kommer i tillegg til de andre og vesentlige oppgavene som ligger til fløtterollen. Selv om saksmengden den enkelte uke selvsagt kan variere, mener ekspertgruppen at snittberegningen likevel gir en viktig pekepinn på at fløterne har svært begrenset tid til å vurdere muligheten for rask behandling av nye klagesaker.

Ekspertgruppen ser et grunnleggende likhetstrekk mellom NPEs Team ekspress og Helseklages SIL-tankegang som ivaretas i kombinasjon av fløterne og SIL-teamet. Målsettingen er i begge etater raskt å identifisere og ekspedere saker som er enkle og oversiktlige. Organiseringen er imidlertid svært forskjellig. Av betydning er at fløterne hos Helseklage skal ivareta andre vesentlige funksjoner, blant annet avvikling av møter i nemnda.

Det har ikke vært mulig å hente ut tall på hvor mange saker som blir behandlet i SIL-teamet, blant annet fordi det har vært involvert ulike saksbehandlere fra forskjellige avdelinger. Det har derfor ikke latt seg gjøre for ekspertgruppen å sammenligne SIL-teamet og NPEs Team ekspress mer detaljert.

<sup>136</sup> Team ekspress består av 10 saksbehandlere, og fatter vedtak i omtrent 25 prosent av sakene NPE får inn hvert år.

Figur 7.1 Forslag om et nytt Team ekspress i Helseklage



Ekspertgruppen vil sterkt understreke viktigheten av den innledende saksgjennomgangen for å fremme rask saksavvikling. For «ordinære» saker kan riktig «merking» være av betydning for at de raskt kommer i rett spor når saksbehandler er tildelt. Enda viktigere er sannsynligvis at kvalitet i første ledd kan sikre at saker ikke blir lagt i kø, men avgjøres raskt og enkelt. Dette vil redusere belastningen på systemet som helhet og ressurser kan lettere konsentreres om de riktige sakene.

Ekspertgruppen anbefaler at Helseklage organiserer fløterne inn i et eget team lignende det NPE har gjort med Team ekspress. Dette kan beskrives som å slå sammen fløtterollen og SIL-teamet til en ny enhet – Helseklages Team ekspress. Det synes å være bred enighet om at erfaringene i NPE gjennomgående har vært gode.

Et slikt grep i Helseklage vil for det første medføre at fløter-oppgaver ivaretas innenfor en mer robust struktur. Utvelgelsen av saker som er egnet for rask behandling kan slik skje raskere og mer treffsikkert. Ekspertgruppen har all grunn til å tro at de som i dag utøver fløtterollen gjør en samvittighetsfull og god jobb, innenfor de gjeldende rammene. Problemet er imidlertid nettopp rammene. Organiseringen fremstår som lite robust, og det er vanskelig å se at fløterne skal ha tilstrekkelig tid til å utøve sorteringsfunksjonen på en måte som tilstrekkelig utnytter potensialet for effektiv saksavvikling.

En omorganisering til et Helseklages Team ekspress vil for det andre minske antallet saksbehandlere som er involvert i de enkle sakene, som SIL-teamet i dag håndterer. Sakene vil ikke bli lagt i kø til SIL-teamet, slik som i dag, men

håndteres innenfor den nye enheten. Man vil da også kunne få effekten av at den som allerede har sett på saken og funnet at den er egnet for rask avgjørelse, går direkte videre og skriver vedtak, uten å slippe saken. Dagens ordning med skifte av saksbehandler og kø inn til SIL-teamet, fremstår for ekspertgruppen som lite effektiv. At brudd i prosessen i form av skifte av saksbehandlere og plassering i kø gir en fare for tidstap, er for ekspertgruppen lite tvilsomt. En annen fordel med en ny struktur er at man vil unngå uheldige konsekvenser av «feilmerking» av sakene hos fløter, for eksempel at en sak likevel trenger utredes nærmere. I dag blir slike saker beholdt i SIL-teamet, noe man kan si svekker ideen bak SIL-tankegangen.

Gruppen vurderer at et nytt Helseklages Team ekspress både bør ta hånd om saker som raskt kan klargjøres for behandling i nemnda, og i tillegg behandle og treffe vedtak i raske delegeringsaker. Sistnevnte representerer en endring sammenlignet med SIL-teamets funksjon i dag, men man unngår altså å legge lette saker i kø.

Som nevnt har fløterne en rekke andre oppgaver enn de som er knyttet til innledende saksbehandling. Hvordan alle disse skal ivaretas ved en sammenslåing av fløtterollen og SIL-teamet til en ny enhet – Helseklages Team ekspress – er etaten selv nærmest til å vurdere. Et alternativ er naturligvis at disse overtas av den nye enheten.

#### Boks 7.1 Hovedanbefaling

Ekspertgruppen anbefaler at Helseklage slår sammen fløtterollen og SIL-teamet til en ny enhet – Helseklages Team ekspress.

## 7.3 Omfanget av delegering bør ikke knyttes til et prosentmål, og Stortinget bør lovfeste rammene

### 7.3.1 Innledning

Sekretariatet fatter nesten halvparten av vedtakene i klageinstansen etter delegert myndighet. Ekspertgruppen har sett nærmere på praksis, herunder om det er behov for en klarere lovmessig forankring.

### 7.3.2 Dagens praksis

I pasientskadeloven § 16 syvende avsnitt er Pasientskadenemndas leder gitt hjemmel for delegering til sekretariatet (Helseklage):

«Pasientskadenemndas leder kan bestemme at sekretariatet kan treffe avgjørelser på vegne av nemnda.»

Bestemmelsen fikk sin endelige form ved lovendring i 2015, men innholdet har hele tiden ligget fast,<sup>137</sup> med unntak av at beslutningsmyndigheten er flyttet fra nemnda til nemndas «leder».

Forarbeidene legger noen føringer for hva som kan delegeres:

«Det forutsettes [...] at delegasjonen bare skal gjelde bestemte sakstyper, og at det skal gis retningslinjer for løsningen. Vanligvis vil delegasjon bare være aktuelt i helt kurante saker, men ved serieskader kan det være nødvendig å delegerer i noe større utstrekning.»<sup>138</sup>

<sup>137</sup> Jf. Prop. 9 L (2015–2016) s. 21.

<sup>138</sup> Ot.prp. nr. 31 (1998–99) s. 98.

Gjeldende delegeringsfullmakt gjelder ut 2024.<sup>139</sup> Helseklage gis her – i egenskap av sekretariat for nemnda – myndighet til «å avgjøre klager over vedtak i saker som ikke reiser tvilsspørsmål av avgjørende betydning for utfallet, og hvor avgjørelsen ikke er av prinsipiell karakter». Dette konkretiseres så gjennom en oppregning av saks typer. Med forbehold som nevnt, omfatter delegeringsfullmakten saker om ansvar og beregning, foreldelse, gjenopptak, lovens virkeområde, tilskudd fra private tjenestetilbydere, advokatutgifter og oppreisning for oversittet klagefrist.

Leder av Pasientskadenemnda har ytterligere presisert rammene for delegering gjennom et dokument med tittel *Interne retningslinjer*.<sup>140</sup> Det presiseres at saker som behandles etter delegeringsfullmakten «bør ha et oversiktlig sakskompleks og oppdaterte opplysninger». Sekretariatet kan treffe vedtak uavhengig av saksutfall: både medhold, avslag og avvisning. Det er videre gitt en 14-punkts liste med eksempler på hvilke saker som faller inn under delegeringsbeslutningen, og 11 punkter med eksempler på saker som ikke omfattes. I tillegg kommer en egen liste med «begrensninger» for bestemte sakstyper.

I sum er det ekspertgruppens vurdering at dagens delegeringsbeslutning sett i sammenheng med tilhørende presiseringer, i hovedsak setter klare og tydelige rammer for når saker kan behandles på delegering. En intern gjennomgang i 2023 av 20 tilfeldige saker, ledet av nemndleder, konkluderte med at én sak var behandlet i strid med delegeringsfullmakten, mens tre andre lå i et grenseland, men ble vurdert å falle innenfor.<sup>141</sup> Det fremgår

likevel at panelet som vurderte delegeringsvedtakene i utgangspunktet var overrasket over kompleksiteten og vanskelighetsgraden i sakene.

De rammene som er satt for hvilke saker som kan behandles på delegering, er i samsvar med forarbeidenes forutsetning om «retningslinjer» for løsningen. Forutsetningen om at delegering bare skal gjelde «bestemte sakstyper» blir likevel lagt på strekk, når nærmest alle sakstyper blir nevnt i delegeringsbeslutningen. Ekspertgruppen vurderer at dette er uttrykk for at behovet for delegering har vist seg større enn det lovgiver opprinnelig så for seg.

På noen få punkter kan det videre reises spørsmål ved om retningslinjene ligger innenfor gjeldende delegeringsbeslutning. Det gjelder gitte eksempler relatert til at saken er lite omfattende:

«Ansvarssaker med begrenset økonomisk betydning/rekkevidde.»

«Utmålingssaker med få poster eller begrensede erstatningsbeløp.»

«Enklere saker ('normvedtak') og/eller saker med begrenset omfang.»

Her finner ekspertgruppen det noe uklart om disse punktene må tolkes innskrenkende i lys av delegeringsfullmaktens alminnelige begrensning til «saker som ikke reiser tvilsspørsmål av avgjørende betydning for utfallet, og hvor avgjørelsen ikke er av prinsipiell karakter».

Det fremgår av retningslinjene at delegert avgjørelse «skal være et betryggende alternativ» til nemndbehandling, at det skal vurderes «konkret

<sup>139</sup> «Delegasjon av avgjørelsesmyndighet i pasientskadesaker», signert 8. mars 2023.

<sup>140</sup> Nåværende retningslinjer har vært gjeldende fra 1. januar 2023.

<sup>141</sup> Ekspertgruppen har fått seg forelagt relevante interne oppsummeringsnotat etter gjennomgangen, datert mai og juni 2023. Opprinnelig ble fire av 20 saker vurdert til å

skulle ha vært behandlet i nemnd, men etter en nærmere gjennomgang ble tallet altså redusert til én.



om en sak egner seg for delegasjon» og at det alltid skal være to involvert i saksbehandlingen. Det er ekspertgruppens inntrykk at intensjonen bak disse føringene blir tatt på alvor og fulgt av saksbehandlerne.

I hvilket omfang delegeringshjemmelen har blitt brukt, har variert. Ekspertgruppen registrerer at det har vært vanlig å sette en form for prosentmål på hvor mange saker som kan behandles på delegering. Dette målet har variert en del over tid.<sup>142</sup> I gjeldende interne retningslinje heter det under punkt 2 at delegering «ikke [skal] være hovedregelen». Dette blir forstått slik at volumet av delegeringsvedtak ikke kan overstige 50 prosent av det samlede antall vedtak i nemnda for det aktuelle kalenderår. For 2023 var antallet delegeringsvedtak 1115 (49 prosent).

Bestemmelsen om at delegeringsvedtak ikke skal være «hovedregelen» er klart nok ikke rettslig bindende i den forstand at brudd kan føre til at vedtak kjennes ugyldig. Bestemmelsen følger ikke av en tolking av loven og fremstår utelukkende som en intern pliktbestemmelse til innvortes bruk i nemnda. Etter det ekspertgruppen erfarer har det vært tilfeller der saksbehandlere har blitt bremsert i å fatte delegeringsvedtak av hensyn til «hovedregelen». Gruppens inntrykk er at flere saker enn i dag kunne vært avgjort etter delegert myndighet. På grunn av grensen på maksimalt 49 prosent, har disse sakene likevel blitt avgjort i nemnd i stedet.

### 7.3.3 Vurdering

Ekspertgruppen vurderer at det åpenbart er nødvendig med en delegeringshjemmel fra Pasientskadenemnda til sekretariatet (Helseklage). Etagens begrensede ressurser bør brukes mest mulig effektivt – og i denne sammenheng betyr det at nemndbehandling må forbeholdes de viktigste og vanskeligste sakene. Allerede i dag er nemnd-

møtene presset på tid ut fra saksomfanget.<sup>143</sup> Som nevnt har ikke gruppen kunnet basere seg på at ressurstilgangen skal bli bedre fremover.

Gitt dagens saksmengde, vil derfor ikke flere saker i nemnd som utgangspunkt bedre rettssikkerheten i klagebehandlingen, i det store bildet. På denne bakgrunn vurderes det som problematisk om omfanget av delegeringsvedtak skal styres av interne prosentmål i nemnda. Gruppen vurderer at det er viktigere at de «riktige» sakene behandles etter delegasjon enn at sekretariatet skal passe på at de holder seg innenfor en prosentvis grense.

Ekspertgruppen har fått seg forelagt tre eksempler på vedtak fattet etter delegering. Det fremgår klart av første side i alle vedtakene at de ikke er behandlet i nemnd, men av sekretariatet. De fremlagte eksemplene tilfredsstiller klart nok minstekravene til vedtak etter forvaltningsloven § 25.

Samtidig har ekspertgruppen merket seg at det over tid har blitt uttrykt uro rundt omfanget av bruken av delegering.<sup>144</sup> Synspunktet til Personskadeforbundet LTN om at det burde fremgå av lov når delegering kunne skje, ble ikke fulgt opp i forbindelse med lovendringen i 2015:

«Departementet holder fast ved forslaget i høringsnotatet om å videreføre ordningen med at nemnda selv kan avgjøre hvilke saker som skal delegeres til sekretariatet. Dette vil gi den nødvendige fleksio-

<sup>142</sup> Se Jørstad (2011) s. 201–202.

<sup>143</sup> Basert på gjennomsnittlig antall saker behandlet per møte i 2023 som var 33, fordelt på anslagsvis 12,5 timer møtetid per møte (fordelt over to dager), skulle det gi et anslag på 20–30 minutter per sak i gjennomsnitt. Selv om tidsbruken vil variere mye fra sak til sak, gir dette likevel et bilde av situasjonen.

<sup>144</sup> Jf. Prop. 9 L (2015–2016) s. 17–18.

biliter i nemndas arbeid og sikre en effektiv saksbehandling.»<sup>145</sup>

Med dagens omfang og behov for delegering, som lovgiver nok ikke så for seg i 2015, har spørsmålet om en lovfesting av vilkår fått fornyet aktualitet. Ekspertgruppen vurderer at hensynet til tillit til ordningen kan tilsa at Stortinget får si sin mening om delegeringsspørsmålet. Dette vil også kunne bidra til en forståelse og aksept for at delegeringsvedtak kan være en fullt forsvarlig løsning i mange saker, og at omfanget ikke bør knyttes til et prosenttall, men heller til trekk ved sakene og nemndas faglige kontroll og styring av sekretariatet.

Etter ekspertgruppens syn bør lovmessige grenser for delegeringsadgangen følge de linjer som gjeldende delegeringsbeslutning fra nemndleder trekker opp: at sakene ikke reiser tvilsspørsmål av avgjørende betydning for utfallet, og heller ikke er av prinsipiell betydning. I tillegg vurderer gruppen at delegering bør tillates i saker av mindre økonomiske betydning, for eksempel beløpsmessig avgrenset til 1 G<sup>146</sup>. Som pekt på ovenfor, synes også dagens delegeringspraksis å hensynta sakens (økonomiske) størrelse, selv om det ikke kommer så klart frem i den gjeldende delegeringsbeslutningen. Gruppen mener også at det bør nedfelles krav i loven om at nemnda regelmessig skal føre kontroll med sekretariatets praktisering av delegeringsbeslutningen, noe som vil være godt i samsvar med alminnelig forvaltningsrett.

## Boks 7.2 **Anbefaling**

- Ekspertgruppen anbefaler at omfanget av delegeringsvedtak ikke knyttes til et internt prosentmål.
- Ekspertgruppen anbefaler at rammene for delegering fra Pasientskadenemnda til Helseklage som sekretariat, lovfestes.

## 7.4 Økt bevissthet rundt bruk av delegasjonsfullmakten i medholdsaker

### 7.4.1 Innledning

Som det fremgår ovenfor er andelen saker som avgjøres etter delegering høy. Ekspertgruppen har derfor sett på hvordan vedtakene fordeler seg på henholdsvis avslag og medhold.

### 7.4.2 Dagens praksis

Nesten halvparten av vedtakene i Pasientskadenemnda avgjøres altså av sekretariatet etter delegert fullmakt. I 2023 var andelen 49 prosent. Staten har opplyst til ekspertgruppen at av disse sakene gjaldt om lag 75 prosent klage på ansvarsspørsmålet, og 25 prosent klage på erstatningssummen. Det ble gitt medhold etter delegert klagebehandling i 0,6 prosent av ansvarssakene og 1,8 prosent av sakene som gjaldt beregningen, mens resten fikk avslag.

I delegasjonsfullmakten fra nemndleder er det i utgangspunktet ikke lagt større begrensninger på å fatte medholdsvedtak enn avslagsvedtak: «Sekretariatet kan omgjøre, stadfeste og avvise klagesaker».<sup>147</sup> Dette underbygges også av en generell formulering om delegeringsfullmaktens

<sup>145</sup> Jf. Prop. 9 L (2015–2016) s. 18.

<sup>146</sup> Folketrygdens grunnbeløp som per 1. mai 2024 er 124 028 kroner.

<sup>147</sup> *Delegasjon av avgjørelsesmyndighet i pasientskadesaker*, datert 8. mars 2023.

omfang: «Når det ikke er tvilsomt for sekretariatet at NPEs vedtak omgjøres (medhold) eller stadfestes (avslag)». Likevel viser tallene at det er en markant forskjell på avslag og medhold i saker som avgjøres på delegasjon.

Deler av delegasjonsfullmakten retter seg direkte mot beregningssaker. Ett sted fremkommer det at «[u]tmålingssaker med få poster eller begrensede erstatningsbeløp» er omfattet av delegasjonsfullmakten. Det tyder på at større saker skal behandles i nemnd. På den andre siden fremgår det at også «utmålingssaker med mange poster/der 'alt' er påklaget, dersom det fremstår opplagt at klagen ikke kan føre frem», kan avgjøres på delegasjon. Det finnes ikke en tilsvarende formulering for beregningssaker dersom det fremstår opplagt at klagen *kan føre frem*. Dette kan oppfattes slik at beregningssaker av et visst omfang skal behandles i nemnd med mindre det er åpenbare avslagssaker; med andre ord at det er forskjellsbehandling mellom avslags- og medholdsaker.

Etter forespørsel fra ekspertgruppen, har Helseklage meldt tilbake at den lave andelen medholdvedtak kan skyldes delegasjonsfullmaktens begrensninger. Samtidig fremheves at det erfaringsmessig er en overvekt av ansvarssaker hvor resultatet kan være ganske opplagt i retning avslag, som naturlig bør tas på delegasjon.

### 7.4.3 Vurdering

Ekspertgruppen vurderer at en relativt høy andel avslagsvedtak er naturlig å forvente. Fordi det allerede er gjort en seleksjon i førsteinstansen, er det ikke overraskende at det i klageinstansen i utgangspunktet er lettere å identifisere sikre saker for avslag enn sikre saker for medhold. Dette påvirker i sin tur utvalget av saker til henholdsvis delegering og nemndbehandling.

Imidlertid er medholdprosenten i saker som behandles etter delegeringsbeslutningen nå så lav at det er forståelig at det blir reist spørsmål. Problemet er at så lave tall – gitt det høye antallet vedtak som fattes av sekretariatet – kan skape inntrykk av at behandling på delegering ikke er «et betryggende alternativ» til nemndbehandling, slik det skal være etter nemndleders retningslinjer. Dette må også ses i sammenheng med de vurderinger som ble gjort i gjennomgangen av delegeringsvedtak fra 2023, om at de tilfeldig uttrukne sakene var overraskende komplekse.

På denne bakgrunn kan det spørres om sekretariatet kjenner på uformelle bindinger til ikke å gi medhold på delegasjon, til tross for retningslinjenes utgangspunkt om en likestilling av ulike saksutfall. Dette må ses i sammenheng med om det også eksisterer formelle hindringer for å gi medhold ved delegeringsvedtak som ikke gjelder tilsvarende ved spørsmål om avslag, og om slike forskjeller i så fall er tilstrekkelig begrunnet.

For å ivareta tilliten til at behandling på delegering er «et betryggende alternativ» til nemndbehandling, anbefaler ekspertgruppen en intern gjennomgang av praksis. Dette med tanke på å kartlegge årsaker til den lave medholdprosenten og å vurdere eventuelle tiltak.

#### Boks 7.3 Anbefaling

Ekspertgruppen anbefaler at Pasientskadenemnda og Helseklage gjennomgår praksis i delegeringssakene med tanke på å kartlegge årsaker til den lave medholdprosenten og vurdere eventuelle tiltak.

## 7.5 Helseklage bør vurdere hvordan saksbehandlerne kan få frigjort mer tid til saksbehandling

### 7.5.1 Innledning

Det er viktig å tilrettelegge for at saksbehandlerne får konsentrert seg om sin primæroppgave: saksbehandling. Blant annet kan det være ugunstig om dagene i for stor grad blir oppstykket av andre arbeidsoppgaver. Tematikken har likevel vært vanskelig å gå dypt inn i for ekspertgruppen, fordi dette er spørsmål som dels krever inngående kjennskap til forholdene ved det enkelte arbeidssted, dels blir styrt av mer overordnede føringer i lov og avtaleverk, med mer. Med disse forbehold har gruppen sett på enkelte sider av problemstillingen.

### 7.5.2 Dagens situasjon

Helseklage har på forespørsel fra ekspertgruppen manuelt beregnet produktivitetstall i sekretariatet. Helseklage beskriver at de per april 2024 har 71 saksbehandlere som jobber med pasientskadesaker. Av disse er det 28 som bare jobber med saksbehandling, 20 har tilleggsoppgaver som tilsvarer om lag 30 prosent av stillingen, og de resterende 17 personene har tilleggsoppgaver som utgjør anslagsvis 60-80 prosent av stillingen. Det er altså et mindretall – om lag 40 prosent – som jobber fulltid med saksbehandling.

Tilleggsoppgavene omfatter blant annet å ivareta roller som teamkoordinator, fagkoordinator, forbedringslos, fløter, med mer. Totalt er det beskrevet 19 tilleggsoppgaver som kan kreve mellom 10-50 prosent av stillingen. Enkelte ansatte har også flere tilleggsoppgaver samtidig, og kan derfor ha opptil 80 prosent av stillingen bundet opp i disse.

Ekspertgruppen har videre fått innspill om at måten enkelte arbeidsoppgaver er organisert på kan fungere som tidstyver ved at de oppleves som unødvendig tungvint og tidkrevende. Ett eksempel på dette er prosessen med å honorere eksterne sakkyndige.<sup>148</sup> Her må saksbehandler etter å ha mottatt en sakkyndig vurdering, fylle ut et Excel-skjema med forskjellige opplysninger som økonomiavdelingen trenger for å utbetale honorar. Skjemaset må deretter sendes til den sakkyndige sammen med en beskrivelse av hvordan krav om honorar skal sendes inn.

Helseklage har på spørsmål fra ekspertgruppen, generelt gitt uttrykk for at alle de ulike tilleggsoppgavene saksbehandlerne har, trengs ivarettatt i virksomheten for å sikre kvalitet, effektivitet og brukertilfredshet. Særlig er det påpekt at den juridiske støttefunksjonen hos Helseklage ikke er skilt ut i en egen avdeling, slik som hos NPE, men lagt til selve pasientskadeavdelingen, som en tilleggsoppgave. Det innebærer at en del av saksbehandlerressursene nødvendigvis går med til faglig utvikling og kvalitetssikring av arbeidet som sekretariatet og nemnda gjør.

Saksbehandlerne har fått en viss merkantil avlastning ved at innhenting av oppdatert informasjon i de eldste beregningssakene, er skilt ut. Disse sakene har ofte ligget lenge i kø og det vil som regel være behov for å hente inn oppdaterte opplysninger når saken skal påbegynnes. Helseklage har i dag en deltidsansatt som jobber med å innhente oppdaterte opplysninger her. Målet er at disse beregningssakene skal være klar for behandling når saksbehandler starter opp arbeidet med saken.

<sup>148</sup> Rutine 2a 1 *Veiledning til saksbehandler/advokat i å attestere honorarkrav fra eksterne*, NPE (2023).

### 7.5.3 Vurdering

Ekspertgruppen har sett på spørsmålet om det kanaliseres tilstrekkelig med ressurser til saksbehandling som sådan i Helseklage. Dette er tross alt etatens hovedoppgave. At bare 40 prosent av saksbehandlerne er 100 prosent dedikert til saksbehandling synes i utgangspunktet noe lavt. De nevnte tilleggsoppgavene ivaretar imidlertid viktige funksjoner, som til dels er særegne for virksomheten, herunder arbeidet opp mot nemnda. I tillegg kommer generelle personalpolitiske vurderinger inn, herunder hvordan Helseklage kan fremstå som en attraktiv arbeidsgiver. Ekspertgruppen er på denne bakgrunn ikke i posisjon til å vurdere om omfanget av tilleggsoppgaver generelt sett er for stort i virksomheten, eventuelt blir spredd på for mange, ulike saksbehandlere. Gruppen forutsetter at dette er vurderinger som løpende gjøres av ledelsen.

Ekspertgruppen mener derimot at det er grunn til å vurdere å gi saksbehandlerne mer bistand fra merkantil personell på noen områder, for slik å effektivisere saksbehandlingen. Ett område som peker seg ut er honorering av eksterne sakkynndige, som omtalt ovenfor. I dag er rutinen lagt opp slik at saksbehandler skriver ferdig mandatet til den sakkyndige før service- og dokumentsentret begynner arbeidet med å finne den aktuelle fagpersonen. Det betyr at den første kontakten saksbehandler har med den sakkyndige (med mindre det oppstår spørsmål underveis), er når honorarskjemaet skal sendes ut. Ekspertgruppen har fått opplyst at skjemaet oppleves tungvint og tidkrevende å fylle ut, og operasjonen må gjentas «fra grunnen av» i hver sak, selv om den sakkyndige er brukt tidligere.

For ekspertgruppen er dette et eksempel på at organisering på et detaljnivå kan ha betydning for hvilke muligheter de ansatte har til å prioritere etatens kjernefunksjon: saksbehandling. Ekspertgruppen anbefaler derfor at etaten foretar en nærmere gjennomgang av på hvilke områder økt merkantil støtte kan bidra til å frigjøre tid for saksbehandlerne til å konsentrere seg om saksbehandling. Saksbehandlerne må selvsagt involveres i en slik prosess.

Ekspertgruppen støtter videre arbeidet med å innhente oppdaterte opplysninger for saker som ligger i kø, særlig gamle beregningssaker, før saksbehandler tildeles. Det er klart hensiktsmessig at saken i størst mulig grad er ferdig opplyst på det tidspunkt saksbehandler blir tildelt, slik at vedkommende kan gå rett på og arbeide aktivt med saken.

#### Boks 7.4 **Anbefaling**

Ekspertgruppen anbefaler at Helseklage foretar en nærmere gjennomgang av på hvilke områder økt merkantil støtte kan bidra til å frigjøre tid for saksbehandlerne til å konsentrere seg om saksbehandling.

## 7.6 Anbefalinger

### **Anbefalinger:**

- Ekspertgruppen anbefaler at Helseklage slår sammen fløtterollen og SIL-teamet til en ny enhet – Helseklages Team ekspress.
- Ekspertgruppen anbefaler at omfanget av delegeringsvedtak ikke knyttes til et internt prosentmål.
- Ekspertgruppen anbefaler at rammene for delegering fra Pasientskadenemnda til Helseklage som sekretariat, lovfestes.
- Ekspertgruppen anbefaler at Pasientskadenemnda og Helseklage gjennomgår praksis i delegeringssakene med tanke på å kartlegge årsaker til den lave medholdprosenten og vurdere eventuelle tiltak.
- Ekspertgruppen anbefaler at Helseklage foretar en nærmere gjennomgang av på hvilke områder økt merkantil støtte kan bidra til å frigjøre tid for saksbehandlerne til å konsentrere seg om saksbehandling.

# 8 Klar og forutsigbar kommunikasjon med erstatningssøker

## 8.1 Innledning

God ivaretagelse av brukerperspektivet er viktig, og kan blant annet legge grunnlaget for økt tillit til pasientskadeordningen. Dette har verdi i seg selv, men kan i tillegg bidra til større grad av aksept blant erstatningssøkerne for de vedtak som treffes. I sin tur kan det få betydning for antallet klagesaker og søksmål.

En del av ekspertgruppens mandat er å se på hvordan erstatningssøkerne ivaretas under saksbehandlingen i NPE og klagebehandlingen i Pasientskadenemnda/Helseklage. Nøyaktig og pålitelig informasjon til erstatningssøker er viktig for at han eller hun skal kunne ivareta sine egne interesser. Samtidig er kommunikasjon mer enn bare informasjon. God kommunikasjon handler også om hvordan etatene uttrykker seg i brev og vedtak, og hvordan de skaper en forståelse hos erstatningssøker om de vurderinger som er gjort. Det er opplagt at god kommunikasjon både før og under saksbehandlingen er viktig for å skape tillit til de avgjørelser som etatene fatter.

Begge etatene oppgir til ekspertgruppen at god informasjon, klart språk og kommunikasjon er et høyt prioritert arbeid. Likevel understreker flere organisasjoner i sine innspill til ekspertgruppen,

et behov for at etatene har bedre kommunikasjon med erstatningssøkerne både før og etter at søknad er sendt til NPE. Det er også et behov for tydeligere informasjon om rettigheter og prosess, samt bedre tilgjengelighet av støttetjenester og veiledning. Organisasjonene påpeker at NPE har informasjonsplikt, men opplever at denne jobben i for stor grad ligger hos dem. Både enkeltpersoner og pasient- og brukerorganisasjoner har pekt på at dårlig kommunikasjon og vanskelig språk fører til frustrasjon og svekket tillit blant erstatningssøkere.

Ekspertgruppen har på denne bakgrunn sett på områder hvor kommunikasjon fra etatene til erstatningssøker kan og bør bli bedre. For å få til god kommunikasjon, er det også viktig at etatene, og den enkelte saksbehandler, har god forståelse for hva som er viktig for erstatningssøker.

Etatene har en bred og omfattende brukergruppe. Dette innebærer stor variasjon i språkferdigheter, helsekompetanse og digital kompetanse. Ekspertgruppen har derfor også sett på om informasjonen fra etatene bør bedres og gjøres mer tilgjengelig for flere grupper, og om én informasjonskanal om de ulike klagemulighetene vil gjøre det enklere for alle erstatningssøkere å fremme sin egen sak til rett instans.

## 8.2 Felles og samordnet informasjon om ulike muligheter for å ta opp uønskede hendelser i helsetjenesten

### 8.2.1 Innledning

Antallet søknader om erstatning som blir fremmet for NPE hvert år er betydelig. I 2023 ble det registrert 7863 nye saker, en økning på 38 prosent fra 2019. Samtidig er det blitt formidlet til ekspertgruppen – praktisk talt fra alle hold – at et ikke uvesentlig antall saker *aldri burde vært fremmet* for NPE. Årsakene til det er flere, for eksempel at det er åpenbart at pasienten ikke oppfyller vilkårene for erstatning, men likevel opplever å ha blitt oppfordret av helsepersonell om å søke. I noen tilfeller er også motivasjonen for å ta opp saken en annen enn å få økonomisk kompensasjon. Både blant pasienter og helsepersonell virker det som om det kan råde en misforståelse om at NPE vil sørge for at behandlingsstedet eller behandler stilles til ansvar, eventuelt gjennomføre en gransking av hendelsen som sådan. Her vil det være tilsynsmyndighetene som er riktig adressat, mens i andre tilfeller kan det være riktig at sak meldes inn både hos tilsynsmyndighetene og NPE.

Pasient- og brukerombudene gir råd og veiledning om pasienters rettigheter til de som ønsker det. De informerer også om fremgangsmåten ved klage. Dette innebærer at pasienter kan få en gratis veiledning om hva som er riktig og hensiktsmessig vei videre, ut fra hans eller hennes egne behov og ønsker.<sup>149</sup> Både for den enkelte og for samfunnet vil det være en fordel om saker som av ulike grunner ikke hører hjemme i NPE, raskt lukes ut. For pasienten/erstatningssøker vil det å fremme krav som uansett ikke har en sjanse

<sup>149</sup> Pasient og brukerombudet «Hvordan kan vi hjelpe?»

til å vinne frem, kunne bli en unødvendig belastning som kan foranledige frustrasjon og i siste instans svekke tilliten til pasientskadeordningen. For NPE – og i sin tur Pasientskadenemnda/Helseklage – handler dette om å effektivisere ressursbruken med betydning for behandlingstiden i andre saker. Ekspertgruppen har vurdert flere tiltak som kan bidra til at riktige saker blir fremmet for NPE.

### 8.2.2 Dagens situasjon

Det er ulike måter for pasienter, brukere og pårørende å ta opp uønskede hendelser i helsevesenet. I 2013 ble det gjort flere lovendringer for å styrke rettsstillingen i så måte, også for pårørende. Fra 2014 har pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 fjerde avsnitt hatt denne ordlyden:

«Dersom pasienten eller brukeren blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner, skal pasienten eller brukeren informeres om dette. Det skal samtidig informeres om adgangen til å søke erstatning hos Norsk pasientskadeerstatning, til å henvende seg til pasient- og brukerombudet og adgangen til å anmode tilsynsmyndigheten om vurdering av eventuelt pliktbrudd etter § 7-4.»<sup>150</sup>

Det gjelder en plikt til å gi informasjon i samsvar med denne bestemmelsen både for helsepersonell<sup>151</sup> og tjenestene<sup>152</sup>.

Det er mye informasjon som er tilgjengelig forskjellige steder, både på internett og i informasjonsskriv ved behandlingsstedene. NPE og Helse-

<sup>150</sup> Det nye var at man ikke bare skulle informere om adgangen til å søke om erstatning, men også om muligheten for å kontakte pasient- og brukerombudet samt tilsynsmyndigheten.

<sup>151</sup> Helsepersonelloven § 10.

<sup>152</sup> Spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 andre avsnitt og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 a første avsnitt.



klage har blant annet informasjon på egne nettsider.

I tillegg er det på Helsenorge.no flere forskjellige informasjonssider vedrørende klageordninger. Noen eksempler på dette er:

- <https://www.helsenorge.no/helsehjelp/> (samleside med informasjon om hvordan helsevesenet fungerer i Norge, inkludert klage på helsetjenester)
- <https://www.helsenorge.no/klage-og-erstatning/klageordninger/> (om alle klageordningene)
- <https://www.helsenorge.no/klage-og-erstatning/slik-sender-du-en-rettighetsklage/> (om rettighetsklage til statsforvalteren)
- <https://www.helsenorge.no/klage-og-erstatning/slik-soker-du-erstatning/> (om pasientskadeerstatning fra søknad til ev. rettssak eller gjenopptak)
- <https://www.helsenorge.no/klage-og-erstatning/klagemuligheter-etter-tannbehandling/> (om klager på tannbehandling)

### 8.2.3 Vurdering

God og lett tilgjengelig informasjon om hvor du kan få hjelp om hva, er viktig for at brukeren henvender seg til riktig etat. For mye spredt og lite koordinert informasjon kan være villedende og dermed oppleves forvirrende og skape usikkerhet.

Ekspertgruppen vil påpeke at det ikke bare er NPE, pasient- og brukerombudet og tilsynsmyndigheten som kan være aktuelt å ta saken opp med ved uønskede hendelser. I tillegg kommer selvsagt muligheten for å ta saken opp med behandlingsstedet direkte, eventuelt i form av en klage etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2. Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 fjerde avsnitt må altså ikke forstås uttømmende om ulike måter å ta opp en sak på.

Gruppen har mottatt innspill fra mange hold om at pasientskadeordningen i en del tilfeller blir brukt som en kanal for å uttrykke misnøye med den behandling eller oppfølging man har fått i helsetvesenet, uavhengig av spørsmålet om erstatning. Personen ønsker da gjerne først og fremst at hans eller hennes historie blir hørt og tatt på alvor, at behandler eller behandlingssted blir stilt til ansvar og videre at «systemet» skal lære av feilen. Dette er også tatt opp i Varselutvalgets rapport punkt 1.1.7.<sup>153</sup>

For den enkelte pasient vil det som regel være vanskelig å vite hvilken instans man eventuelt bør henvende seg til etter en uønsket hendelse. Hvilken myndighet henholdsvis NPE, tilsynsmyndigheten, statsforvalteren (som klageinstans), virksomheten selv og pasient- og brukerombudet har, vil langt på vei være for juridisk spesialkunnskap å regne.

Ekspertgruppen har fått formidlet eksempler på at pasienter aktivt har blitt oppfordret av behandler til å søke om erstatning hos NPE, i tilfeller der det åpenbart ikke har vært grunnlag for dette. Det er naturligvis uheldig, og gruppen finner grunn til å understreke at det å gi informasjon om ordningen, slik loven krever, er noe annet enn å oppfordre om å søke erstatning. Ekspertgruppen vurderer at der vedkommende er i tvil om hva han eller hun bør gjøre, bør man henvise til pasient- og brukerombudet.<sup>154</sup>

Slik ekspertgruppen vurderer det, er det egentlig ikke mangel på informasjon om de ulike ordningene som er problemet. Utfordringen er heller at pasienter og brukere ikke får tilstrekkelig hjelp til å orientere seg og gjøre informerte valg om hvilket eller hvilke spor det er hensiktsmessig å velge.

<sup>153</sup> Varselutvalget (2023), *Fra varsel til læring og forbedring*.

<sup>154</sup> Jf. Pasient- og brukerrettighetsloven kap. 8, se særlig § 8-1.

Tanker om samordning av informasjon har også blitt reist tidligere, blant annet i rapporten fra fellesprosjektet hos etatene *Møtes på halvveien*. Under rapportens punkt 1.1 anbefaler arbeidsgruppen at NPE og Helseklage utarbeider et informasjonsskriv/informasjonsfilm om pasientskadeordningen. Slik kan informasjon om ulike muligheter samordnes på ett sted.

Det har kommet innspill om at en felles informasjonskanal kan gjøre informasjonen mer tilgjengelig og oversiktlig. Ekspertgruppen er enig i dette og vil fremheve at et slikt tiltak kan bidra til at sakene i større grad blir kanalisert til rett instans. Samtidig ser ekspertgruppen at en slik informasjonskanal omfatter flere aktører enn de som omfattes av gruppens mandat.

NPE har gitt tilbakemelding til ekspertgruppen om at opprettelsen av en felles informasjonsportal vil være et svært omfattende arbeid. Det vil ikke bare involvere NPE og Helseklage, men også mange andre aktører innenfor helseområdet. NPE oppgir at de ikke vil ha kapasitet til å følge dette videre opp.

I Helseklage har de tenkt rundt om en slags «dultefunksjon» på Helsenorge.no kunne være en god ide. Tanken er «å dulte» brukerne til riktig instans basert på hva de for eksempel klikker på eller haker av at de ønsker. Det er i tilfelle Helsenorge.no sin redaksjon og deres utviklere som må gjøre mesteparten av den jobben, selv om etatene kan bidra med innhold og testing.

Ekspertgruppen mener en felles, tydelig og samordnet informasjon om ulike ordninger, vil være til god hjelp både for pasienter og brukere og de aktørene som eventuelt bistår disse (brukerorganisasjoner, helsepersonell eller andre). Ekspertgruppen vil derfor anbefale at Helse- og omsorgsdepartementet tar initiativ til at det utarbeides felles, tydelig og samordnet informasjon til pasi-

enter og brukere som omfattes av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 fjerde avsnitt. En digital interaktiv løsning bør være målet, men også forbedringer innenfor eksisterende teknologiske rammer vil være verdifullt.

#### Boks 8.1 **Anbefaling**

Ekspertgruppen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet tar initiativ til å utarbeide felles, tydelig og samordnet informasjon til pasienter og brukere som omfattes av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 fjerde avsnitt.

### 8.3 Ivaretagelse av erstatningssøker bør være en større del av opplæringen av saksbehandlerne

#### 8.3.1 Innledning

For å skape tillit til de avgjørelser som blir fattet, er det viktig at erstatningssøker under prosessen opplever å bli sett, hørt og tatt på alvor. Hvilke behov den enkelte har, vil kunne variere. Det er derfor sentralt at saksbehandlerne forstår hva som er viktig for erstatningssøker i saksbehandlingsprosessen. Dette vil bidra til bedre ivaretagelse av den enkelte erstatningssøker gjennom saksbehandlingen.

#### 8.3.2 Dagens situasjon

Det er noe ulik vektlegging i de to etatene av brukerperspektivet i opplæringen og kursingen av de ansatte. Et av kursene i NPE sitt opplæringsprogram for nyansatte, er en time om telefonbruk. Dette omfatter blant annet rutiner og sikkerhet samt servicesenterets oppgaver. Det er også et timeskurs om pasienter og pårørende som omfatter «samfunnsoppdrag, pasienten i

fokus, bevisstgjøring, kommunikasjon med mer». Dette kurset inneholder tips til saksbehandler for god kommunikasjon med pasient og pårørende. Ingen av disse kursene blir holdt av brukerorganisasjoner, advokater eller andre som opptre på vegne av erstatningssøker i en pasientskadesak. Nyansatte i NPE gjennomgår også et kurs om forvaltningsrett, hvor blant annet veiledningsplikten står sentralt. I kursplan 2 (som gjelder for saksbehandlere ansatt i mer enn ett år) og kursplan 3 (kurs som settes opp ved behov), er det derimot ingen opplæringselementer som primært tar opp brukerperspektivet.

NPE har opplyst ekspertgruppen om at de gjennom interne seminarer, stadig har fokus på å bygge bevissthet hos saksbehandlerne om hvordan etaten kan bli oppfattet av erstatningssøker. Høsten 2023 hadde NPE et todagers seminar for alle ansatte hvor temaet var «Møte med mennesker i krise». I tillegg har NPE jevnlig møter med pasient- og brukerombudene og advokater som representerer erstatningssøkere, om deres erfaringer.

I Helseklage er brukerperspektivet ikke en del av opplæringen. Etaten oppgir at brukerperspektivet er sentralt i de jevnlig samtalene lederne har med de ansatte i løpet av året. Videre viser Helseklage til at et godt verdisyn og en bruker-i-fokus-holdning, er viktig i intervjuene i ansettelsesrundene.

### 8.3.3 Vurdering

Ekspertgruppen merker seg at brukerperspektivet er en del av opplæringen for nyansatte i NPE. Ekspertgruppens vurdering er at det er viktig at ivaretagelse av erstatningssøker også blir en del av den organiserte oppfølgingen av ansatte som har jobbet hos NPE lengre enn ett år. Det er viktig å bygge en robust kultur for bevissthet rundt brukerperspektivet i hele etaten, og da trenger også erfarne saksbehandlere faglig påfyll.

Brukerperspektivet er ivare tatt ved nemnd-behandlingen gjennom brukerrepresentanten, men ivaretagelse av erstatningssøker er ikke en del av den formaliserte opplæringen av ansatte i Helseklage. Ekspertgruppen er av den oppfatning at dette er en svakhet. Brukerperspektivet bør bli en del av opplæringen av nyansatte. Perspektivet er også viktig ved kursing av de som har jobbet i Helseklage over lengre tid. Gruppen er i tvil om jevnlig samtaler mellom leder og ansatt kan sies å ivareta dette på en tilstrekkelig god og systematisk måte.

Ekspertgruppen mener at et økt fokus på krav til «god forvaltningsskikk» kan være hensiktsmessig. Dette er normer som ligger i skjæringspunktet mellom jus og etikk, og står sentralt blant annet i Sivilombudets praksis.<sup>155</sup> Det å opptre imøtekommende og respektfullt overfor partene blant annet for å skape tillit og unngå eskalering av konflikt, står sentralt.

Den formaliserte opplæringen skjer av etatene selv. Ekspertgruppen er av den oppfatning at et samarbeid med pasient- og brukerorganisasjonene kan være nyttig, og anbefaler derfor at slik kontakt etableres. Slik sikrer man at erfaringer formidles direkte fra de som har tett kontakt med erstatningssøkerne til daglig og som ser etatene utenfra. Bruk av eksterne krefter vil også avlaste nøkkelpersoner i etatene for ytterligere oppgaver, se problemstilling i punkt 7.5. En mulig modell kan være at etatene etablerer et samarbeid med en eller flere organisasjoner med tanke på bidrag i opplæringen. Hvorvidt også andre bør involveres, for eksempel advokater med erfaring fra pasientskadesaker, kan vurderes. Etatene selv er nærmest til å vurdere innhold og omfang av kurs samt hyppighet.

<sup>155</sup> Se også Bernt/Bernt (2018).

## Boks 8.2 **Anbefaling**

Ekspertgruppen anbefaler at NPE og Helseklage samarbeider med pasient- og brukerorganisasjoner om hvordan brukerperspektivet kan inngå som en formalisert del av opplæring og oppfølging av ansatte.

## 8.4 Bedre ivaretagelse av personer med ulike språkferdigheter, helsekompetanse og digital kompetanse

### 8.4.1 Innledning

Å følge med på egen sak gir erstatningssøker mulighet til å være proaktiv og bidra til å opplyse saken. Dette er med på å sikre en smidig prosess, samtidig som søker får tillit til prosessen avgjørelsen bygger på.

NPE og Helseklage har en bred og omfattende brukergruppe. Dette underbygges av de innspillene ekspertgruppen har mottatt. Pasientskader forekommer uavhengig av alder, kjønn, bosted og utdanning. Skader forekommer hos minoriteter, og det forekommer hos turister på besøk i Norge. Også leger og sykepleiere opplever å bli skadet. I denne sammensatte brukergruppen vil det også være store variasjoner i språkferdigheter, helsekompetanse<sup>156</sup> og digital kompetanse. Uavhengig av kompetanse og bakgrunn, skal alle ha tillit til at deres sak blir behandlet på en god måte av etatene.

<sup>156</sup> «Helsekompetanse» er ifølge Helsedirektoratet (2021) «personers evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten».

### 8.4.2 Dagens situasjon

#### **Kontakt med saksbehandler via telefon**

Kommunikasjonen med erstatningssøker skjer i hovedsak skriftlig i form av brev (digitalt eller fysisk per post). Mye informasjon om saken og saksgangen gjøres tilgjengelig gjennom portalen Min side. De som velger å ikke opprette brukerprofil på Min side får formidlet informasjon i brev form fra etatene, eventuelt via telefonkontakt.

Søknad om erstatning kan sendes digitalt eller fysisk per post. Spørsmål om hvordan man skal gå frem, kan rettes til NPE sitt servicesenter, som vil veilede søker i søknadsprosessen. Det er ikke noe krav til at søker må opprette profil på Min side eller ha digital postkasse, men etatene oppfordrer brukere til å benytte seg av Min side. Der ligger mange av saksdokumentene, og mye informasjon om saksgangen og veien videre.

Noen av innspillene til ekspertgruppen omhandler at det er vanskelig å ha oversikt over dokumentene på Min side da filene ikke har navn som beskriver innholdet. Dette har ekspertgruppen sett nærmere på i punkt 5.8.

Digitale løsninger kan for noen være vanskelig å bruke av forskjellige årsaker. Andre kan ha utfordringer med å forklare seg skriftlig. At det finnes flere måter å få fremmet sitt syn og sine kommentarer på, er derfor viktig. Ekspertgruppen har fått innspill på at det til tider kan være vanskelig å komme i kontakt med sin saksbehandler i Helseklage på telefon. Mens saken ligger i kø vet klager heller ikke hvem saksbehandleren er, og det oppleves som vanskelig å få svar på det han eller hun lurere på.

Både NPE og Helseklage har sentralbord, men de fungerer ulikt. Servicesenteret til NPE er lokalisert i NPE sine lokaler, og gir råd og veiledning til personer som er usikre på om de skal søke om pasient-

entskadeerstatning eller ikke. De ansatte veileder søker om hvordan søknadsskjemaet bør fylles ut og hvordan søkeprosessen er. Servicesenteret besvarer også spørsmål knyttet til den konkrete saken for de som har en sak gående, og spørsmål om de digitale løsningene. Dersom det er behov for det, blir erstatningssøker satt i kontakt med saksbehandleren sin.

Høsten 2023 ble ansvaret for sentralbordet til Helseklage overtatt av Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon sine sentralbordtjenester, Statens servicesenter i Engerdal (SSiE). SsiE er sentralbord for 29 statlige virksomheter, blant annet departementene, statsforvalterne og Statsbygg. Tidligere var det ansatte hos Helseklage som bemannet sentralbordet, på samme måte som servicesenteret til NPE. De kunne dermed svare på enkelte generelle spørsmål om saksbehandlingen, og gi nødvendig veiledning. De svarte også på spørsmål knyttet til de digitale løsningene. SsiE har ikke tilgang til saksbehandlingssystemet i Helseklage og kan dermed heller ikke svare på spørsmål om hvem som er saksbehandler, status i saken eller lignende. Servicesenteret til NPE har noe lenger åpningstid enn sentralbordtjenesten som Helseklage benytter.<sup>157</sup>

Saksbehandlers tilgjengelighet for erstatningssøker er ikke omtalt i rutinene til NPE og Helseklage, utover det å besvare telefonsamtaler. Dagens ordning i NPE er at saksbehandlerne skal være tilgjengelig for erstatningssøkere per telefon. Om servicesenteret mottar en henvendelse, blir denne satt over til aktuell saksbehandler. Når saken er tildelt en saksbehandler, vil erstatningssøker også få direktenummer til denne. Saksbehandlerne i NPE har ikke telefontider eller telefondager, og skal i utgangspunktet være tilgjengelig

uten slike begrensninger. I beregningssaker skal saksbehandler i NPE ved oppstart ringe til advokaten/erstatningssøkeren for å bli enige/informere om videre prosess og for å få avklart eventuelle uklare punkter i saken.<sup>158</sup> Ekspertgruppens inntrykk er at dette ikke alltid skjer i praksis.

I Helseklage har ikke søker adgang til å ringe direkte til saksbehandler. Telefonene går først til SsiE, som videre ber saksbehandler om å ta kontakt med den som har ringt. I motsetning til i NPE, styrer altså saksbehandlerne i Helseklage i større grad selv når telefoner skal besvares. Saksbehandler skal forsøke å ringe erstatningssøker tilbake minst to ganger til ulike tidspunkt (med minst en times mellomrom) innenfor en 48-timers periode.<sup>159</sup>

### Språk

I dag foregår det meste av kommunikasjonen mellom etatene og erstatningssøker på norsk. En del av de som søker om erstatning er ikke norskspråklige, og vil være avhengig av bistand for å forstå innholdet i brevene fra etatene.

I slike tilfeller tar NPE ansvar for å skaffe tolk og dekker utgiftene. I tillegg viser rutinebeskrivelsen til at det i noen saker kan være aktuelt å benytte seg av kompetansen til ansatte i NPE for å veilede fremmedspråklige erstatningssøkere.<sup>160</sup>

Under ansvarsutredningen kan det være aktuelt for NPE å dekke advokatutgifter i tilfeller der det er vanskelig å kommunisere med erstatningssøker fordi vedkommende ikke kan lese, skrive eller snakke. Dette kan også være aktuelt der det foreligger språkutfordringer. Om det er aktuelt å dekke advokatutgifter, avgjør saksbehandler etter

<sup>157</sup> Åpningstider sentralbord NPE: 08:00-15:00 sommerhalvåret, og 08:00-15:45 vinterhalvåret, mens åpningstidene hos SsiE er hverdager kl. 09:00-14:30.

<sup>158</sup> *Veileder ende-til-ende-saksbehandling*, NPE (2023).

<sup>159</sup> *Rutine for håndtering av telefonhenvendelse fra brukere*, Helseklage (2023).

<sup>160</sup> «Bestilling av tolk/translator» fra *Rutinehåndbok for NPE*, oppdatert 07.02.2024.

en konkret vurdering med utgangspunkt i pasientskadeloven § 11.<sup>161</sup> Hovedregelen er at advokatutgifter ikke dekkes under ansvarsutredningen, men det gjelder visse unntak.<sup>162</sup> Se mer om dette i punkt 3.2.11 i rapporten.

Pasientskadenemnda/Helseklage har ikke nedfelt egne rutiner om bruk av tolk, men oppgir til ekspertgruppen at de benytter tolk hvor det er lovpålagt eller nødvendig for å ivareta hensynet til rettssikkerheten. De har avtale med tolketjenester som de benytter i tilfeller der de må få oversatt dokumenter til erstatningssøker. Etter en konkret helhetsvurdering kan det i noen tilfeller være aktuelt å dekke advokatutgifter i stedet for utgifter til tolk.

Ekspertgruppen bemerker at det også kan være aktuelt å dekke advokatbistand hvis erstatningssøker er i en situasjon der vedkommende ikke klarer å ivareta sine egne interesser av andre grunner. Eksempel på dette kan være at vedkommende har en omfattende kognitiv funksjonssvikt. Det kan komme på tale å be om legeattest for å bekrefte en slik tilstand. I tillegg kan det være aktuelt å dekke advokatutgifter i saker som av ulike grunner er særlig krevende. I forbindelse med beregning dekkes alltid rimelig og nødvendige utgifter til advokatbistand dersom erstatningssøker ønsker dette.

### 8.4.3 Vurdering

Mulighet for å komme i kontakt med saksbehandler og å følge med på egen sak, er en viktig del av ivaretagelsen av erstatningssøker. Det kan bidra til å styrke tilliten til etatene. Forutsigbarhet i saksbehandlingen er viktig både i saker med kort og lang forventet saksbehandlingstid. Økt til-

gjengelighet i etatene og flere kontaktpunkter for erstatningssøker, er ikke et mål i seg selv. Digitale løsninger som i større grad gir forutsigbarhet for søker, kan bidra til at kommunikasjonen mellom erstatningssøker og NPE og Helseklage kan gjøres mer effektiv. Dette vil redusere behovet for telefonkontakt og antall henvendelser til etatene. Samtidig er det vanskelig å se at kun skriftlig kommunikasjon og informasjon vil være tilstrekkelig for å ivareta alle de forskjellige brukernes behov. Det er, som nevnt, stor variasjon i brukergruppen, og både språk-, digital- og helsekompetanse vil variere.

I dag formidles mye av informasjonen mellom etatene og erstatningssøker digitalt, og da fortrinnsvis via Min side. Digitaliseringsdirektoratet anslår at om lag 20 prosent av den voksne befolkningen i Norge, altså om lag 850 000 personer, er sårbare i møte med offentlige digitale tjenester.<sup>163</sup> Selv om de fleste av erstatningssøkerne i dag bruker Min side, er det viktig at etatene også hensyntar andre brukergruppers behov for informasjon. Det må være tilstrekkelig og forsvarlig informasjon om saksgangen også til de som ønsker en skriftlig dialog. Ekspertgruppen bemerker at tydelig kommunikasjon om eventuell utvikling av prosessuelle rettigheter underveis i saksgangen, er viktig, både i brevene til erstatningssøker og på nettsidene. Et eksempel kan være erstatningssøkers sterkere rett til advokatbistand ved beregning av erstatningen, enn ved vurdering av ansvarsspørsmålet, se nærmere omtale under punkt 3.2.11. Tilrettelagt kommunikasjon er viktig fordi noen har problemer med å formulere seg skriftlig. Ekspertgruppen ser samtidig at et stort antall muntlige henvendelser rettet mot saksbehandlerne kan stå i motsetning til et ønske om å effektivisere ressursbruken. Det er derfor viktig å se på muligheter for å luke ut de henvendelsene som kan besvares på andre måter, som for eksempel ved klarere språk

<sup>161</sup> Pasientskadeloven §11 med forskrifter regulerer adgang til å få dekket advokatutgifter. Se forskrift om dekning av pasientens utgifter til advokat etter pasientskadelovens § 11.

<sup>162</sup> Ot.prp.nr.31 (1998–99) kap. 17.3.

<sup>163</sup> Digdir (u.å.), «Kor mange opplever digitalt utanforskap?»

i brevene som sendes ut og mer informasjon på nettsidene.

NPE oppgir at et viktig satsningsområde for dem når det gjelder ivaretagelse av erstatningssøker, er å opprettholde et kompetent servicesenter hvor man kan ringe inn og få veiledning. Ekspertgruppen er enig i denne vurderingen. Gruppen vurderer at selv om Helseklage sine rutiner for telefonkontakt trolig oppfyller kravene i forvaltningsloven § 11 d første avsnitt, tyder innspillene gruppen har fått på at forbindelsen mellom sentralbordet og saksbehandler ikke alltid er god nok. Dette er en viktig tilbakemelding som Helseklage bør ta med seg i det videre arbeidet, inkludert ved en eventuell vurdering av hvordan organiseringen av sentralbordtjenestene bør være i fremtiden. Et velfungerende sentralbord er viktig for å avlaste saksbehandlerne tidsbruk, men også for å øke tilliten til etaten.

Det er på det rene at arbeids- og administrasjonsspråket i offentlig forvaltning er norsk. Samtidig er etatene omfattet av tolkeloven. Etter lovens § 6 første avsnitt gjelder en plikt til å bruke tolk «når det er nødvendig for å ivareta hensynet til rettssikkerhet eller for å yte forsvarlig hjelp og tjeneste». Dette innebærer at etatene i utgangspunktet har en plikt til å bruke tolk dersom partene ikke kan kommunisere forsvarlig på annen måte. Samisk språk, norsk tegnspråk for døve, hørselshemmede og døvblinde omfattes også av tolkelovens plikt til å vurdere bruk av tolk.

Forvaltningsloven stiller ikke ytterligere krav. Rekkevidden av kravet om bruk av tolk etter forvaltningsloven ble blant annet vurdert av Justis- og politidepartementet i 2003. Vurderingen gjaldt personer som har andre fremmedspråk som morsmål. Det kan blant annet være aktuelt for noen minoritetsgrupper i Norge. Konklusjonen til departementet var at det ikke foreligger en generell plikt etter forvaltningsloven § 11 til å veilede

ved bruk av tolk eller oversettelse, og at en generell plikt til å tilby tolk og oversettelse derfor ikke kan oppstilles.<sup>164</sup>

Det har kommet innspill om behov for mer bruk av tolk i etatene. Dette kan det være gode grunner for, men det er samtidig et ressurs spørsmål. Ekspertgruppen har ikke villet prioritere å anbefale mer bruk av tolk enn loven krever. Det er også vanskelig for ekspertgruppen å gå inn å vurdere nærmere dagens praksis om bruk av tolketjenester. Samtidig understreker ekspertgruppen viktigheten av at rutiner blir skriftlig nedfelt, og anbefaler Helseklage å utferdige slike rutiner. Dette vil sikre likebehandling og fremme tillit.

### Boks 8.3 **Anbefaling**

- Ekspertgruppen anbefaler at Helseklage vurderer tiltak som kan bedre kommunikasjonen mellom sentralbordet og saksbehandler
- Ekspertgruppen anbefaler at Helseklage etablerer interne skriftlige rutiner om når og hvordan tolketjenesten skal benyttes.

## 8.5 Klarere informasjon om muligheten for at klagesaken kan bli avgjort av sekretariatet ved vedtak på delegasjon

### 8.5.1 Innledning

En særlig problemstilling gjelder vedtak truffet på delegasjon i Helseklage som sekretariat for Pasientskadenemnda. Overfor ekspertgruppen er det beskrevet som problematisk at klager ikke alltid er forberedt på at saken blir avgjort mye raskere

<sup>164</sup> Justis- og beredskapsdepartementet (2003), «§§ 11 og 17 - Veilednings- og informasjonsplikt i kommunikasjon med personer som ikke har tilstrekkelige norskkunnskaper».

enn tidligere varslet. Problemet oppstår ikke på samme måte når saken behandles i nemnd, fordi det da sendes ut varselbrev fire uker før nemndmøtet.

I bekreftelsesbrevet som sendes ut når klagen er mottatt, blir det vist til at Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage) er sekretariat for Pasientskadenemnda og at de kan utrede, forbedre og fatte vedtak etter delegert myndighet. Videre er det beskrevet hva som er forventet saksbehandlingstid under forutsetning om nemndbehandling, men at behandlingstiden kan bli kortere eller lengre enn forventet. Videre gis informasjon blant annet om saksbehandlingsprosessen og nemndbehandlingen.

### 8.5.2 Vurdering

At saksbehandlingstiden blir kortere enn forventet kan skje i alle deler av forvaltningen, og oppfattes stort sett som et gode. I Helseklage har kritikken gått på at avgjørelser ved delegasjon kommer brått på og at klager ikke får mulighet til å komme med sine siste innspill, slik man får anledning til før behandling i nemnda. Ekspertgruppen forstår det slik at det ikke er uvanlig at klagerne avventer å gi en utfyllende begrunnelse. Dette på grunn av lang saksbehandlingstid for klageinstansen og at oppdatert informasjon i noen saker uansett må fremskaffes når tiden nærmer seg.

I den grad saksbehandler må forstå at erstatningssøker ikke har gitt en utfyllende begrunnelse i forbindelse med klagen og har en saklig grunn for dette, kan det være nødvendig for saksbehandler å kontakte vedkommende, jf. forvaltningsloven § 17 første avsnitt om opplysning av saken og § 11 om veiledningsplikt. Tilsvarende kan være tilfelle der erstatningssøker har «varslet» i klagen eller på et senere tidspunkt, et ønske om å komme tilbake til begrunnelse når tidspunkt for behandling av saken nærmer seg. Også i andre tilfeller kan det tenkes at kravet om forsvarlig

saksbehandling tilsier at klageren blir kontaktet for avklaringer, for eksempel der saken har blitt liggende svært lenge i påvente av behandling.

Ekspertgruppens flertall vurderer at et system tilsvarende det som gjelder ved nemndbehandling med obligatorisk varsling i forkant av et delegeringsvedtak, ikke er forsvarlig å gjennomføre. Dette må ses i sammenheng med at hvilke saker som skal behandles etter delegeringsfullmakten, blir vurdert der og da av saksbehandler. Innføringen av en tilsvarende rutine som i saker som skal for nemnd, vil dermed medføre en klar økning av saksbehandlingstiden på minst fire uker i alle delegasjonssaker, også de enkleste og mest åpnebare med tanke på utfall. Slik flertallet ser det, vil dette være klart uheldig. Spørsmålet om klageren skal kontaktes for ytterligere innspill i saker som behandles etter delegeringsfullmakten, må heller bero på en konkret vurdering i lys av forsvarlighetskravet og basert på momenter som nevnt ovenfor.

Helseklage bør imidlertid være klarere og mer forutsigbare i informasjonen som sendes ut i forbindelse med mottak av klagen, og som fungerer som et foreløpig svar etter forvaltningsloven § 11 a. Det bør her fremgå klart at opp mot halvparten av sakene (etter dagens praksis), kan bli behandlet administrativt etter delegering. Av denne grunn er det viktig at klager ikke utsetter å sende inn en eventuell supplerende begrunnelse for klagen, eller supplerende opplysninger ellers, i påvente av nemndbehandling. Dermed får klager en oppfordring helt fra saken kommer inn til klageinstansen om å oversende sentral dokumentasjon underveis.

### Delvis dissens

Gruppens medlemmer Janne Larsen og Per Oretorp deler ikke denne vurderingen og mener at samme varsling, med en siste mulighet til å komme med oppdatert informasjon, bør gjelde



for både vedtak som fattes av Pasientskadenemnda og vedtak som fattes av sekretariatet på delegasjon. Disse medlemmene vil påpeke at forutsigbarhet og saksbehandling av god kvalitet er viktigere for erstatningssøker enn *hurtig* saksbehandling, og at erstatningssøkere skal ha like muligheter for å opplyse saken uavhengig av om den behandles av nemnd eller sekretariat, utfra et likhetsprinsipp. Disse medlemmene er derfor ikke uenig i anbefalingen som sådan, men mener i tillegg at sekretariatet i Helseklage bør varsle erstatningssøkere om at saken deres vil behandles på delegasjon og at det gis en siste mulighet for å sende inn informasjon, da neste steg er en kostbar domstolsbehandling.

#### Boks 8.4 **Anbefaling**

Ekspertgruppen anbefaler at Helseklage tydeliggjør i bekreftelsesbrevet som sendes til erstatningssøker, at saken kan bli avgjort av sekretariatet på delegasjon og at man derfor så snart som mulig bør sende inn eventuell supplerende begrunnelse eller informasjon.

## 8.6 Klart språk i kommunikasjon med erstatningssøker

### 8.6.1 Innledning

Klart språk har betydning både for hvordan erstatningssøker opplever å bli ivaretatt i prosessen, og for effektiv saksbehandling. Uklarheter kan for eksempel føre til misforståelser som gjør at saksbehandlingsskritt må gjentas. I likhet med andre offentlige organer er NPE og Pasientskadenemnda/Helseklage lovpålagt å kommunisere på et klart og korrekt språk, som er tilpasset målgruppen.<sup>165</sup>

<sup>165</sup> Lov om språk (språklova) § 9.

### 8.6.2 Dagens situasjon

Begge etatene jobber kontinuerlig med klarspråk.<sup>166</sup> NPE oppgir at de løpende arbeider med utvikling av nettsider, Min side, maler og standardtekster. I 2023 gjennomgikk alle i NPE, inkludert sakkyndige med avtaler, et klarspråk-kurs basert på etatens interne retningslinjer (som er inspirert av klarspråkarbeidet til Språkrådet). NPE har også en egen «Malgruppe» som har ansvaret for klarspråk i maler og standardtekster.

Høsten 2021 kartla NTB Arkitektst språket i seks vedtak fra Pasientskadenemnda/Helseklage. For å følge opp anbefalingene i NTBs rapport, har Helseklage satt i gang flere tiltak for å øke kompetansen på klarspråk hos de ansatte. Dette omfatter skriveverksteder og «månedens språktema» på avdelingsmøter. Helseklage har også en standardtekstgruppe som jobber frem nye maler. Etaten har både en overordnet klarspråkgruppe og en tekstgruppe i pasientskadeavdelingen. Tekstgruppen jobber med å forbedre, utvikle og lage nye tekster. Klarspråk er et tema på avdelingsmøtene og de ukentlige morgenmøtene på pasientskadeavdelingene.

Helseklage har også gjennomført flere endringer i hvordan vedtak utformes. Det handler blant annet om at konklusjonen skal stå først i vedtaksdokumentet. Et annet tiltak er å bruke du-form i kommunikasjonen med erstatningssøker. Det er Pasientskadenemnda som har det avgjørende ordet om vedtakets form og innhold. Dette arbeidet gjøres derfor i samarbeid med nemnda. Det ble gjennomført en ny undersøkelse i 2023, også utført av NTB Arkitektst. Helseklage oppgir at de fikk mange gode tilbakemeldinger på hvordan vedtakene forstås og oppfattes. Det er fortsatt forbedringspunkter, og etaten oppgir til ekspertgrup-

<sup>166</sup> Språkrådet (u.å.) definerer klarspråk som «kommunikasjon med så tydelig ordlyd, struktur og utforming at leserne i målgruppen finner informasjonen de trenger, forstår den og kan bruke den».

pen at disse følges opp. I mai 2024 ble Helseklage tildelt statens klarspråkpris for 2023.<sup>167</sup> En del av juryens begrunnelse var at klarspråk er viktig for hele organisasjonen og at etaten ser på klarspråk-arbeid som en viktig del av sitt samfunnsoppdrag.

### 8.6.3 Vurdering

Ekspertgruppen vil fremheve at uklar kommunikasjon kan skade brukernes tillit til etatene. Innspill til ekspertgruppen fra privatpersoner og pasient- og brukerorganisasjoner støtter opp under denne problemforståelsen. Etatene rapporterer også selv at kommunikasjonen med erstatningssøker kan forbedres. I Helseklage sin *Brukerreise-rapport* er det kartlagt noen problemstillinger knyttet til brukernes opplevelse av kommunikasjonen med etaten. Det fremgår at uklarheter skaper misforståelser og avstand. Ett av hovedfunnene var at brukerne opplevde at deres argumenter ikke ble hørt og at «juss-språk» var vanskelig å forstå. Videre opplevdes måten det ble kommunisert på som kjølig, upersonlig og byråkratisk.

Ekspertgruppen anerkjenner at det i etatene jobbes løpende med ulike problemstillinger som er av betydning for klarhet og tilgjengelighet. Det omfatter blant annet oppbyggingen (struktureringen) av brev som sendes ut til erstatningssøkerne om sakkyndigvurdering og vedtak. Utover prosjektet *Møtes på halvveien*, kan imidlertid ikke ekspertgruppen se at det har vært noe samarbeid mellom de to etatene om tematikken. Det være seg hvordan vedtaksdokumenter er bygd opp, hvordan man formulerer seg og lignende. Ekspertgruppen antar at etatene hver på sin kant her vil kunne sitte med verdifulle erfaringer som den andre kan dra nytte av. Økt samarbeid mellom etatene er derfor ønskelig. For erstatningssøkere som velger å klage, har et slikt samordningsarbeid en særlig verdi ved at det kan skape gjenkjenning i kontakten på tvers

<sup>167</sup> Klarspråkprisen deles ut av Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet.

av etatene. Samtidig ser ekspertgruppen at slike prosjekter kan trekke ut ressurser fra saksbehandling, og at det her blir et spørsmål om prioriteringer. Disse prioriteringene er etatene nærmest til å gjøre. Ut fra de tilbakemeldinger gruppen har fått, synes det likevel som at også etatene ser videre arbeid med klarspråk som viktig og nyttig.

### Boks 8.5 Anbefaling

Ekspertgruppen anbefaler at NPE og Pasient-skadenemnda/Helseklage fortsetter arbeidet med å fremme klart språk og samarbeider om utveksling av erfaringer.

## 8.7 Åpenhet om plassering av tvilsrisiko for hvilket faktum som skal legges til grunn

### 8.7.1 Innledning

Helt sentralt for utfallet av en sak vil være hvilket faktum som legges til grunn av NPE, og Pasient-skadenemnda/Helseklage. I utgangspunktet er dette et spørsmål om hvor godt saken må være utredet, jf. forvaltningsloven § 17 første avsnitt («så godt som mulig»). Innholdet av denne bestemmelsen er nærmere omtalt i punkt 3.2.7. Uansett hvor grundig saksbehandler jobber for å opplyse saken, kan det likevel gjenstå tvil på sentrale punkter. Overfor ekspertgruppen er særlig uenighet om riktigheten av beskrivelser gitt i journal, eventuelt ufullstendige opplysninger gitt i journal, fremhevet som en praktisk viktig utfordring.

Bevissspørsmål ligger i et grenseområde for gruppens mandat. Dette fordi «hva som eventuelt skal kreves bevist, bestemmes i prinsippet av de materielle reglene».<sup>168</sup> Ekspertgruppen kan ut fra for-

<sup>168</sup> Ot.prp. nr. 31 (1998–99) s. 69.

ståelsen av mandatet, ikke gå inn i slike spørsmål, men har vurdert å kunne knytte noen alminnelige bemerkninger til spørsmålet om plassering av tvilsrisiko. Dette på grunn av sammenhengen med kravet om forsvarlig utredning av saken i forvaltningsloven § 17 første avsnitt.

### 8.7.2 Dagens praksis

Utgangspunktet i forvaltningsretten, og erstatningsretten, er at det mest sannsynlige saksforhold skal legges til grunn.<sup>169</sup> Tilsvarende gjelder i saker etter pasientskadeloven, med mindre noe annet er fastsatt i lov.<sup>170</sup>

Den bevismessige betydning av pasientjournal er fremhevet i Rt. 1989 s. 674 (Strumadommen) der det blir lagt til grunn at legejournalen var «av sentral bevismessig betydning når man i ettertid skal forsøke å klarlegge operasjonens forløp og hvilke forholdsregler som ble tatt» (s. 681). Svakheter ved journalføringen førte imidlertid til at tvil måtte komme erstatningssøker til gode:

«Den bevistvil som dermed foreligger om operasjonen har vært gjennomført på en fullt forsvarlig og aktsom måte må, mener jeg, løses i disfavør av ankemotparten. Jeg viser til det jeg har sagt om legejournalens bevismessige betydning. Når denne sikreste kilde til viten om hva som skjedde og hva som ble gjort er taus på dette punkt, anser jeg kravet til bevis for uaktsomhet som oppfylt.» (s. 682)

Rettstilstanden er videreført etter pasientskadeloven.<sup>171</sup>

<sup>169</sup> NOU 2019: 5 Ny forvaltningslov — Lov om saksbehandlingen i offentlig forvaltning (forvaltningsloven) s. 545 med videre henvisninger.

<sup>170</sup> Jf. for eksempel Kjelland (2023/2024) som i kommentaren til § 1 blant annet uttaler: «Hovedregelen er at det kreves alminnelig sannsynlighetsovervekt for årsakssammenheng, i likhet med i den alminnelige erstatningsretten.»

<sup>171</sup> Ot.prp. nr. 31 (1998–99) s. 70 og jf. Syse (2011b) s. 59.

I NPEs Rutinehåndbok er sider ved problemstillingen omtalt.<sup>172</sup> Fokus er rettet mot problemstillingen der behandlingsstedet ikke medvirker til å opplyse saken og hvordan man kan presse frem ønsket aktivitet i så måte. Avslutningsvis uttales:

«Vi beholder muligheten for å gi medhold i saker der innklaget behandlingssted ikke har medvirket til å få opplyst saken. Vi har for eksempel hatt tilfeller der behandlingsstedet knapt har skrevet journal eller ikke har tatt vare på dem lenge nok etter å ha lagt ned praksisen, til at vi har kunnet få dem når vi har fått meldt et erstatningskrav. En erstatningssøker kan ikke få avslag på grunn av en slik svikt hos innklaget behandlingssted.»

På forespørsel fra ekspertgruppen om etatenes vurdering av gjeldende rett, nøyer man seg i stor grad med å henvise direkte til rettskildene. NPE oppgir at de ikke har egne fagnotater om plassering av tvilsrisiko, men at det avholdes eget kurs for saksbehandlerne og de interne sakkyndige. Helseklage har heller ikke nedfelt retningslinjer for hvordan tvilsrisikoen påvirkes av uklarheter i pasientjournaler, men viser til at det fokuseres på temaet i fagmøter.

### 8.7.3 Vurdering

Som det fremgår tillegges pasientjournalen i utgangspunktet stor bevismessig vekt. Samtidig kan utilstrekkelige føringer gi som konsekvens at risikoen for tvil om hva som har skjedd, blir skjøvet over på helsetjenesten. Et nøkkelspørsmål blir derfor hva som er tilstrekkelig journalføring i relasjon til pasientskadeloven.

Pasientjournalforskriften<sup>173</sup> skal fremme ulike formål, jf. § 1. Ett av disse er å bidra til at «helse-

<sup>172</sup> «Avgjøre saker uten journal fra innklaget behandlingsted», *Rutinehåndbok for NPE* versjon 07.02.2024.

<sup>173</sup> FOR-2019-03-01-168.

hjelpen kan kontrolleres i ettertid» (bokstav c). Samtidig er forskriften nokså vag om de konkrete krav til hva som må journalføres. Paragrafene 6 og 7 kan fremstå som særlig sentrale med tanke på pasientskadesaker. Paragraf 6 omhandler blant annet undersøkelse og behandling, og § 7 blant annet hvilken informasjon som er gitt. Begge bestemmelsene omtaler hva som «kan være relevant og nødvendig» å ta med i journal, samtidig som oversikten «ikke er uttømmende».

Spørsmålet om «knekkpunktet» for når mangelfull journalføring medfører at tvilsrisikoen etter pasientskadeloven går over fra erstatningssøker til helsetjenesten, er viktig. Det er åpenbart at så vel NPE som Pasientskadenemnda/Helseklage må ta stilling til dette i sin løpende virksomhet, nærmest daglig. Slik sett må det foreligge en omfattende forvaltningspraksis om problemstillingen.

For ekspertgruppen har det ikke vært mulig å gå inn og analysere praksis ut fra de rammer som er gitt for arbeidet. Basert på de svar som er mottatt, synes heller ikke etatene å ha gjort nevneverdige forsøk på å beskrive egen praksis i fagnotater eller lignende, ut over tidligere nevnte rutine i NPEs *Rutinehåndbok*. Ekspertgruppen vurderer at åpenhet om hvilke forhold ved journalføring man i forvaltningspraksis vektlegger ved plassering av tvilsrisiko er ønskelig. Dette vil kunne fremme mulighetene for så vel en faglig som allmenn offentlig diskusjon om spørsmålet, av betydning for tilliten til pasientskadeordningen.

#### Boks 8.6 **Anbefaling**

Ekspertgruppen anbefaler at NPE og Pasientskadenemnda/Helseklage gjennomgår, systematiserer og beskriver sin egen praksis med hensyn til hvilke forhold ved journalføring som kan ha betydning for plassering av tvilsrisiko.

## 8.8 Anbefalinger

- Ekspertgruppen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet tar initiativ til å utarbeide felles, tydelig og samordnet informasjon til pasienter og brukere som omfattes av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 fjerde avsnitt.
- Ekspertgruppen anbefaler at NPE og Helseklage samarbeider med pasient- og brukerorganisasjoner om hvordan brukerperspektivet kan inngå som en formalisert del av opplæring og oppfølging av ansatte.
- Ekspertgruppen anbefaler at Helseklage vurderer tiltak som kan bedre kommunikasjonen mellom sentralbordet og saksbehandler.
- Ekspertgruppen anbefaler at Helseklage etablerer interne skriftlige rutiner om når og hvordan tolketjenesten skal benyttes.
- Ekspertgruppen anbefaler at Helseklage tydeliggjør i bekreftelsesbrevet som sendes til erstatningssøker, at saken kan bli avgjort av sekretariatet på delegasjon og at man derfor så snart som mulig bør sende inn eventuell supplerende begrunnelse eller informasjon.
- Ekspertgruppen anbefaler at NPE og Pasientskadenemnda/Helseklage fortsetter arbeidet med å fremme klart språk og samarbeider om utveksling av erfaringer
- Ekspertgruppen anbefaler at NPE og Pasientskadenemnda/Helseklage gjennomgår, systematiserer og beskriver sin egen praksis med hensyn til hvilke forhold ved journalføring som kan ha betydning for plassering av tvilsrisiko.

# 9 Styrking av kvaliteten på sakkyndigarbeidet

## 9.1 Innledning

Innhenting av sakkyndigvurderinger er en viktig del av saksbehandlingen i etatene. Ikke minst gjelder det hos NPE som førsteinstans, der volumet er størst. De medisinske uttalelsene vil normalt stå særlig sentralt ved vurdering av ansvarsspørsmålet. Her blir sakkyndigvurderingen gjerne helt avgjørende for utfallet. Ved beregning av økonomisk tap kan bruken av sakkyndige være mer begrenset, og er som regel knyttet til vurdering av skadeomfang og funksjonsbeskrivelser.

Selv om erfaringene varierer, har sider ved bruken av sakkyndige i etatene blitt trukket frem som en utfordring i innspillene til ekspertgruppens arbeid. Ulike problemstillinger er reist, og da særlig varierende kvalitet på sakkyndiguttalelsene, manglende rolleforståelse hos enkelte og uheldig formulering av oppdraget (mandatet). Ekspertgruppen har valgt å se nærmere på sider ved etatenes organisering av sakkyndigarbeidet som kan ha betydning for kvaliteten på de vurderinger som gjøres. Kapitlet er bygget opp etter en kronologi-tankegang og starter med rekruttering, opplæring og kvalitetssikring av sakkyndigarbeidet. Deretter kommer spørsmålet om innføring av en åremålsordning og de sakkyndiges rom for å påpeke forhold som ikke er tatt opp i mandatet. Spørsmål om mulighet for direkte kontakt mellom erstatningssøker og den sakkyndige, er omtalt i kapittel 11.

## 9.2 Bedre rekruttering av sakkyndige

### 9.2.1 Innledning

Rekruttering av sakkyndige med riktig kompetanse er en forutsetning for god kvalitet på sakkyndigvurderingene. Samtidig kan knapphet på medisinsk sakkyndige bli en flaskehals i saksbehandlingen og føre til mye ventetid. Legeforeningen har i sitt innspill til arbeidet understreket at

«sakkyndige må være aktive og kompetente klinikere. De må være faglig oppdatert og godt kjent med praksis på feltet. Sakkyndige bør fortrinnsvis ha erfaring fra tilsvarende klinisk virksomhet som den påklagede».

### 9.2.2 Dagens situasjon

#### 9.2.2.1 Organisering

NPE knytter til seg sakkyndige gjennom offentlige anbudsprosesser, omtalt som «avtalesakkyndige». I tillegg benyttes eksterne sakkyndige for enkeltoppdrag. I 2023 var det om lag 140 avtalesakkyndige tilknyttet etaten, fordelt på mer enn 30 spesialiteter.<sup>174</sup> Avtalene har et omfang på 10 til 70 timer i måneden. Samme år (2023) ble det skrevet 7419 sakkyndigvurderinger av de avtalesakkyndige i NPE.

<sup>174</sup> Årsrapport 2023 NPE.

NPE opplyser at de legger ut informasjon om muligheten for å bli tilknyttet etaten som avtale-sakkyndig gjennom anbudskonkurranse, på etatens nettsider. Her gis også veiledning om hvordan man leverer et tilbud. Personer som henvender seg direkte til Norsk helsenett (NHN) eller NPE kan få ytterligere veiledning/hjelp. På etatens nettsider er det også lagt ut informasjon om kontaktpersoner som kan hjelpe til med prosessen i den utlyste konkurransen. Etaten opplyser videre at anbudskonkurranser annonseres i Tidsskrift for Den norske legeforening og Tannlegetidende.

Helseklage har totalt 12 stillingshjemler for interne medisinske rådgivere, som er fast ansatt.<sup>175</sup> Disse personene jobber ikke bare med pasientskadesaker, men bistår også de andre saksbehandlingsavdelingene i Helseklage i saker tilknyttet refusjonsordninger, tilsyn mv. Ved behov for rekruttering, blir det gjennomført offentlig utlysning av ledige stillinger. Staben av interne medisinske rådgivere består i dag av to ortopeder, to allmennleger, tre tannleger, en psykiater og tre farmasøyer. Stillingshjemmelen for kreftmedisin er for tiden ubesatt. De tre farmasøytene er ansatt på heltid og jobber primært med andre saksområder enn pasientskade. De resterende medisinerne jobber i stillinger på 20 til 60 prosent, med de fleste i en 20 prosent stilling.

Begge etatene bruker eksterne sakkyndige for enkeltoppdrag. I 2023 ble det utført 653 sakkyn-digvurderinger av eksterne sakkyndige for NPE, mens Helseklage fikk utført 75 slike oppdrag. NPE opplyser at de per i dag ikke annonserer etter eksterne sakkyndige, men at de rekrutterer på ulike andre måter. For eksempel vil kvalifiserte tilbydere som ikke vinner frem i en anbudsprosess bli tilbudt å stå på liste for enkeltoppdrag. Videre kan avtalesakkyndige komme med innspill på sakkyndige ut fra sine nettverk. Det hender også at

saksbehandlere kommer med innspill til aktuelle navn, basert på sin erfaring og kunnskap.

På nettsiden til Helseklage ligger informasjon om de sakkyndiges arbeidsoppgaver. Dersom man er interessert i oppdrag som ekstern sakkyndig, kan etaten kontaktes via e-post.<sup>176</sup> Helseklage opplyser til ekspertgruppen at man bruker ulike kanaler for rekruttering via fagmiljøene. Herunder er det aktuelt å kontakte Legeforeningens ulike faggrupper, fagmiljø ved sykehusene eller enkeltpersoner man ellers får anbefalt av fagpersoner. Helseklage har våren 2024 etablert en koordinatorrolle for de eksterne sakkyndige. Denne personen har både ansvar for å holde oversikt over eksterne sakkyn-dige som man vet kan kontaktes og nyrekruttering. Sakkyndige som har avtale med NPE eller gjør enkeltoppdrag for en av etatene, får betalt per time. Satsene er de samme som for sakkyn-dige i domstolene. Per 1. juli 2024 er timesatsen 1 265 kroner.

#### 9.2.2.2 Rekrutteringsutfordringer

Rekruttering av sakkyndige innen enkelte spesialiteter er en utfordring for både NPE og Helseklage. NPE opplyser at det er særlige utfordringer med å få rekruttert sakkyndige innen infeksjons- og indremedisin, maxillofacialkirurgi<sup>177</sup> og transplantasjonskirurgi. For sistnevnte spesialitet er det kun ett behandlingssted i Norge, noe som gjør at man av habilitetsårsaker må få disse sakene vurdert av sakkyndige i utlandet. NPE viser også til utfordringer med habilitet som følge av at enkelte spesialiteter, som radiologi og oralkirurgi organiseres gjennom landsdekkende kjeder.

Helseklage opplyser at det varierer hvilke spesialiteter det er behov for. Rekrutteringsutfordringene merkes likevel i særlig grad innenfor saks-typer hvor det regelmessig er prioriterte saker,

<sup>175</sup> Årsrapport 2023 Helseklage.

<sup>176</sup> Helseklage, «Vil du vera helsefagleg sakkunnig?»

<sup>177</sup> Kirurgisk behandling i kjeve og ansikt.

for eksempel kreft, nevrologi og barnesykdommer. Våren 2024 utlyste etaten stilling som intern medisinsk rådgiver for onkologi (kreftlege), uten å få ansatt noen.

### 9.2.2.3 Krav til sakkyndige

Ved utlysning av anbudskonkurranse for avtalesakkyndige, stiller NPE et absolutt krav om minst seks års arbeidserfaring som godkjent spesialist innenfor det aktuelle området. I tillegg må sakkyndig være i aktiv klinisk praksis innenfor den aktuelle spesialiteten.<sup>178</sup> Det stilles også krav om at de skal kunne formulere vurderinger og konklusjoner på en måte som er forståelig for erstatningssøker og andre uten helsefaglig bakgrunn.

For avtalesakkyndige er avtalen løpende frem til en av partene sier den opp, eller den sakkyndige fyller 75 år. Avtalen kan forlenges med et år av gangen etter at den sakkyndige har fylt 75 år dersom kravet om klinisk praksis er oppfylt. En absolutt aldersgrense er likevel 80 år. Kravene ble skjerpet i 2023. NPE opplyser at de stiller de samme kravene til sakkyndige som tar enkeltoppdrag som til sakkyndige med avtale.

Ekspertgruppen har tatt opp spørsmålet om hvordan man håndterer konkurransesituasjoner mellom flere kvalifiserte tilbydere. NPE opplyser at de gjennomfører dialogmøter med alle aktører som når opp i konkurransen, hvor det blant annet gjennomføres en «skrivetest». NPE innhenter også to referanser for alle som tas inn til dialogmøte. Dette for å få dokumentert den faglige tyngden spesialisten har i eget fagmiljø, og fungerer som en verifikasjon av informasjonen som er oppgitt i CV.

Helseklage opplyser at for å være intern medisinsk rådgiver er det krav om å ha klinisk praksis

ved siden av arbeidet hos dem. For personer med lang erfaring og høy faglig kompetanse, kan det være tilstrekkelig at man *har vært* i klinisk praksis de siste tre årene. Det er en øvre aldersgrense på 75 år. Kravene som stilles til interne medisinske rådgivere i Helseklage, er altså noe mindre strenge enn i NPE når det gjelder krav til aktiv klinisk praksis. Forskjellen er at Helseklage åpner for at de medisinske rådgiverne ikke er i klinisk praksis.

Ved utlysning av stillinger som medisinsk rådgiver innen henholdsvis onkologi og ortopedi våren 2024, ble det stilt krav om norsk autorisasjon som lege og relevant spesialitet. I tillegg ble det krevd at søkere hadde «klinisk praksis ved siden av stillingen hos oss, eller på annen måte ha[r] arbeidsoppgaver som holder deg faglig oppdatert». God fremstillingsevne på norsk og erfaring med å jobbe i digitale systemer, var også med på listen over kvalifikasjoner. I tillegg fremgikk at Helseklage legger vekt på personlige egenskaper, hvor de blant annet er opptatt av fleksibilitet, effektivitet, faglig vurderingsevne og at man er god til å formidle et medisinsk budskap til ikke-medisinere.

For eksterne sakkyndige viser Helseklage til at disse er i klinisk praksis ettersom personene de henvender seg til for enkeltoppdrag, er behandlere på sykehus og andre behandlingssteder. Det blir altså ikke stilt formelle krav ut over dette.

## 9.2.3 Vurdering

### 9.2.3.1 Modell for tilknytning

Ekspertgruppen viser til at NPE har behov for sakkyndigerklæringer i et slikt omfang, spesielt innen enkelte fagområder, at etaten er forpliktet til å følge statens anbudsregelverk for kjøp av varer og tjenester. På spørsmål fra ekspertgruppen opplyser NPE at de opplever ordningen med anbud som hensiktsmessig av flere grunner. Sammenlignet med fast ansettelse som alternativ, er ordningen kostnadsbesparende. Den skaper dessuten

<sup>178</sup> Anskaffelse av sakkyndigtjenester. Vedlegg 1 – Krav til sakkyndig og tjenesteleveransen, NPE (2024).

større avstand mellom etaten og de sakkyndige, noe som er ønskelig med tanke på å unngå uheldige bindinger. Modellen gjør det også enklere å avslutte samarbeid, for eksempel ved manglende oppfyllelse av leveringskrav.

Ekspertgruppen vurderer at NPE sin modell med tilbud for å knytte til seg avtalesakkyndige, er hensiktsmessig og støtter opp om tillit til pasient-skadeordningen. Muligheten for enkelt å kunne avvikle avtaler dersom det viser seg at den sakkyndige ikke leverer vurderinger av god kvalitet eller lignende, er viktig. Samtidig kan rekrutteringsprosedyren i seg selv begrense tilgangen til kvalifiserte klinikere fordi det krever noe tid og innsats å håndtere formalitetene ved et tilbud. Ekspertgruppen mener derfor at NPE bør vurdere tiltak som gjør det enklere for aktuelle fagpersoner å komme med tilbud, slik som forsterket veiledning og samarbeid med relevante profesjonsorganisasjoner. En mulighet kan for eksempel være å lage enkle e-kurs/videoer som demonstrerer hvordan man praktisk leverer tilbud, som et supplement til eksisterende veiledningstilbud. Potensielt kan temaet også tenkes gjort til en del av Legeforeningens kurs for sakkyndige (se nærmere omtale i avsnitt 9.3).

Ekspertgruppen er kjent med at Legeforeningen de siste årene har hatt en avtale med Direktoratet for medisinske produkter (tidligere Statens legemiddelverk), om å være behjelpelig med å rekruttere kliniske eksperter til legemiddelvurderinger. Disse legene rekrutteres via Legeforeningens 46 fagmedisinske foreninger og honoreres på timebasis per oppdrag de påtar seg. Denne måten å rekruttere kliniske fageksperter på kan gi økt tilfang av sakkyndige, og kan bidra til forankring av sakkyndigarbeidet i et bredt nasjonalt fagmiljø. Ekspertgruppen vurderer at både NPE og Helseklage kan være tjent med å vurdere en tilsvarende avtale med Legeforeningen. For NPE kan en slik tilnærming være særlig aktuell på fagområder hvor

omfanget av sakkyndigvurderinger ikke er stort nok til at en anbudsprosess er hensiktsmessig. Det kan også vurderes om tilsvarende kan være aktuelt for andre sakkyndiggrupper, som tannlegespesialister.

#### 9.2.3.2 *Krav til sakkyndige*

Som beskrevet over, stiller NPE fra 2023 noe strengere krav til de avtalesakkyndige enn Helseklage gjør for sine interne medisinske rådgivere, når det gjelder aktiv klinisk praksis. På spørsmål fra ekspertgruppen viser Helseklage til at de i utgangspunktet har et krav om at de medisinske rådgiverne skal være i klinisk praksis, men at de etter en konkret vurdering har akseptert at det kan gå inntil tre år etter avsluttet praksis dersom vedkommende holder seg faglig oppdatert.

Kravene som stilles til sakkyndige om erfaring og klinisk praksis er viktige for å sikre god kvalitet i sakkyndigvurderingene. En lemping på kravene ville potensielt gjøre det enklere å rekruttere, men ekspertgruppen vurderer at det heller bør benyttes andre virkemidler for å sikre tilgang på godt kvalifiserte sakkyndige. Ekspertgruppen vurderer at NPE som i dag, bør ha like krav til avtalesakkyndige og eksterne sakkyndige. Det er vanskelig å forsvare prinsipielt hvorfor kravene til eksterne sakkyndige i Helseklage skal være mindre strenge enn i NPE, slik tilfellet er i dag. At det stilles andre krav til de interne medisinske rådgiverne i Helseklage er etter gruppens syn mindre problematisk da disse har en noe annen rolle, herunder betjener flere saksfelt i etaten.



### Boks 9.1 **Anbefaling**

- Ekspertgruppen anbefaler at NPE ser på muligheter for å forbedre veiledningen til potensielle sakkyndige, slik at det blir enklest mulig å legge inn anbud.
- Ekspertgruppen anbefaler at NPE og Helseklage vurderer mulighetene for et mer forpliktende samarbeid med profesjonsorganisasjoner om rekruttering av sakkyndige til enkeltoppdrag.

## 9.3 Opplæring av sakkyndige

### 9.3.1 Innledning

God opplæring av sakkyndige har betydning for kvaliteten på vurderingene. En viktig del av opplæringen gjelder rolleforståelse. For legene kan spørsmålet deles i to: Opplæring gjennom utdanningsløpet og opplæring i regi av etatene.

### 9.3.2 Dagens situasjon

#### 9.3.2.1 Opplæring i sakkyndigarbeid gjennom spesialistutdanning for leger

Ny spesialistforskrift for leger<sup>179</sup> som ble vedtatt i 2016, er iverksatt i sin helhet for alle spesialiteter og hele spesialiseringsløpet. I den nye ordningen er det oppnåelse av læringsmål som gjelder som kvalitetsmål for ferdigheter og kompetanse. Det er Helsedirektoratet som er ansvarlig for godkjenning av spesialistene. Helsedirektoratet definerer læringsmål og gir anbefalte læringsaktiviteter, men tar imot forslag og innspill fra fagmiljøene. Læringsmålene er delt i felles kompetansemål som omfatter alle spesialiteter, og spesifikke læringsmål for de enkelte spesialiteter.

Sakkyndighetsarbeid er et tema både under felles kompetansemål og i ulik grad i de spesifikke læringsmålene for de enkelte spesialitetene.<sup>180</sup> Noen spesialiteter har krav om større kurs om sakkyndigarbeid, mens det innen andre stilles krav om utferdigelse av et visst antall spesialisterklæringer under veiledning, for å kunne oppnå kompetansemålet.

Helsedirektoratet oppgir «Sakkyndighetsarbeid-kurs» som anbefalt læringsaktivitet under to læringsmål i felles kompetansemål<sup>181</sup>:

*FKM-46: Forstå ansvaret som legespesialist i ivaretagelsen av lovlighet, forsvarlighet, standardisering og god praksis.*

*FKM-47: Ha kjennskap til at det finnes spesiallover, særskilte organer og saksbehandlingsformer av særlig betydning for den enkelte spesialitet.*

Legeforeningen har et e-læringskurs i sakkyndigarbeid som er obligatorisk for spesialistgodkjenning etter gammel ordning (det er fremdeles noen som er i utdanningsløp etter gammel ordning), men som fremdeles gjennomføres for å oppnå læringsmål i ny ordning. Legeforeningen opplyser at det hvert år er om lag 1200 personer som tar dette kurset. Kurset koster 1390 kroner, og er ikke lenger poenggivende for spesialiteten i allmennmedisin.

Ifølge tilbakemeldinger er ikke Legeforeningens sakkyndigkurs like relevant for allmennlegene, og det er derfor ønske om et kurs mer tilrettelagt for allmennleger i spesialisering. Nåværende kurs er under revidering og det er mulig en ny versjon ikke bare skal være et anbefalt kurs for allmennleger i spesialisering i ny ordning slik det er det

<sup>179</sup> Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften).

<sup>180</sup> Vedlegg 2 til spesialistforskriften, «Læringsmål for spesialistutdanningen av leger».

<sup>181</sup> Helsedirektoratet, «Felles kompetansemål»

for de øvrige spesialitetene, men at det også kan brukes som et «oppfriskningskurs» for ferdige spesialister som trenger kurs for å bli gode sakkyndige. Ekspertgruppen har ikke hatt anledning til å kartlegge hva som finnes av kurs for ulike spesialiteter. Gruppen har likevel identifisert at det blant annet finnes e-læringskurs for tannleger i sakkyndigarbeid.<sup>182</sup>

### 9.3.2.2 Opplæring i NPE og Helseklage

Sakkyndige som har inngått avtale med NPE, går gjennom et opplæringsprogram som består av en digital opplæringspakke og en «kontaktsaksbehandlerordning». Ekspertgruppen har sett meldingen som sendes til de nye sakkyndige med informasjon om opplæringen. Den digitale opplæringspakken består av totalt 18 videoer på mellom to og 32 minutter. I tillegg vises det til anonymiserte eksempler på sakkyndigvurderinger som den avtalesakkyndige får tilgang til via intranettet. Det er anslått at det tar om lag fire timer å gå gjennom materialet, og avtalesakkyndige kan fakturere inntil ytterligere fire timer. Faktureringen kan først gjøres når vedkommende har gått gjennom opplæringsmaterialet og returnert et evalueringsskjema.

Ordningen med kontaktsaksbehandler er en del av NPE sitt opplæringsopplegg for avtalesakkyndige. Ifølge *Veileder for kontaktsaksbehandlere* innebærer ordningen «at nye avtalesakkyndige blir knyttet til en erfaren saksbehandler for individuell oppfølging i oppstartsfasen». Kontaktsaksbehandler skal gjennomgå rollen til den sakkyndige med utgangspunkt i *Veileder til å utarbeide sakkyndig vurdering*. Videre skal vedkommende gi tilbakemeldinger på de fem første vurderingene den sakkyndige skriver, før disse ferdigstilles. Endelig skal kontaktsaksbehandler ta kontakt

med en saksbehandler i NPE som har jobbet opp mot den aktuelle sakkyndige, for å vurdere om det er behov for videre oppfølging. Blant elementene som skal vektlegges i veiledningen er klart språk, at sakkyndig ikke skal ta stilling til lovens vilkår (ansvarsspørsmålet), at alle spørsmål i mandatet skal besvares, og forståelsen av beviskrav.

NPE har også en opplæringspakke for sakkyndige som iverksettes på et senere tidspunkt i avtaleforholdet (etter 6 og 12 måneder). Her blir det blant annet fokusert på enkelte juridiske spørsmål og vurdering av mén. Forhold ved den sakkyndiges arbeid, som kvalitet og produksjon, er også tema. NPE har vanligvis årlige fagmøter for alle de avtalesakkyndige i fellesskap. Disse møtene går over en dag. Temaene kan variere. I 2023 ble det gjennomført en fysisk samling med temaer som klarspråk, bevis- og årsakslære og forståelse av infeksjonsbestemmelsen.<sup>183</sup>

Eksterne sakkyndige får tilsendt en e-post med generell informasjon om sakkyndigvurderinger i NPE, og praktisk informasjon. Det blir vist til informasjon på etatens nettside. Der ligger blant annet lenker til *Veileder til å utarbeide sakkyndigvurdering* og relevant regelverk.

For de interne medisinske rådgiverne i Helseklage, lages det egne opplæringsopplegg tilpasset den enkelte. Disse er ikke standardisert, men inkluderer informasjon om Helseklage, pasientskadeordningen og regelverket, sakkyndiges rolle, mandater og nemndmøter. For eksterne sakkyndige som skriver erklæringer på enkeltoppdrag for Helseklage, blir det vist til informasjon på etatens nettsider om rollen til medisinsk sakkyndige.<sup>184</sup>

<sup>182</sup> «Rollen som sakkyndig tannlege ved Statens barnehus» som er utarbeidet av Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst.

<sup>183</sup> Årsrapport 2023 NPE.

<sup>184</sup> Helseklage «Dette er rollen til medisinsk sakkyndig i klager på pasientskadeerstatning».

Det blir også vist til en informasjonsfilm/et webinar om sakkyndigrollen i klagesaker.<sup>185</sup>

### 9.3.3 Vurdering

God opplæring er viktig for kvaliteten på sakkyndigarbeidet. Slik opplæring er en del av både grunn- og videreutdanningen for leger. NPE og Helseklage er på sin side ute etter sakkyndige som er ferdig utdannede spesialister innen sitt fag, gjerne med flere års klinisk erfaring i tillegg. Det kan ha gått mange år siden disse spesialistene tok formelle kurs eller oppnådde læringsmålene i sakkyndighetsarbeid innen sin spesialitet.

I dette bildet ville kurs i sakkyndigarbeid som ledd i etterutdanning, og oppdatering av ferdige spesialister, kunne gitt et større tilfang av potensielle sakkyndige for NPE og Helseklage. Å få dette til vil kreve en langsiktig innsats og samarbeid mellom NPE, Helseklage, profesjonsforeningene og Helsedirektoratet. Bedre kursing av ferdige spesialister vil også kunne øke forståelsen for viktigheten av denne typen arbeid som ledd i å drive kvalitetsutviklingsarbeid og utvikle en pasientsikkerhetskultur.

Ekspertgruppen har gjennom sitt arbeid fått innsikt i at det etterlyses kompetansehevende tiltak i å utøve rollen som sakkyndig. Eksempler på opplevde opplæringsbehov gjelder det å kunne vurdere om en har relevant kompetanse til å avgi sakkyndig erklæring i saken, om en bør/må konferere med annen sakkyndig for å avstemme egne vurderinger eller om saken er godt nok opplyst. I tillegg kan rollen som sakkyndig reise ulike etiske dilemmaer.

At opplæringsmateriell har en forankring i de helsefaglige miljøene kan bidra til økt tillit til ordningen ettersom dette er objektive aktører. Det kan også gi økt oppmerksomhet om sakkyndigarbeid, som kan ha en positiv effekt på rekruttering.

En mulighet kunne være å stille krav om at sakkyndige har gjennomført Legeforeningens kurs for sakkyndige, eller å tilby kurset som en del av opplæringen. Å stille det som et formelt krav kan imidlertid gjøre det vanskeligere å rekruttere. Der som etatene skulle tilby Legeforeningens kurs til sakkyndige, ville dette koste 1390 kroner per sakkyndig med dagens pris. Det er uklart i hvilken grad dette kurset ville kunne erstatte det eksisterende kursmateriellet til NPE og om det på den måten ville innebære noen kostnadsbesparelser. Legeforeningens sakkyndigkurs er generelt og ikke spesifikt for pasientskadeområdet. Ekspertgruppen har ikke grunnlag for å mene noe om kvaliteten og relevansen av Legeforeningens sakkyndigkurs. Gruppen vurderer likevel at særlig NPE bør se på mulighetene for samarbeid med Legeforeningen og andre profesjonsforeninger om innretning på kurs, men dette er også relevant for Helseklage. For tiden finnes en ordning for dekning av kostnader til kurs i kvalitetsforbedrende arbeid i regi av SKIL, Senter for kvalitet i legekontor, via Legeforeningens kvalitetsfond. Etatene bør vurdere å se på samarbeid om muligheter for at sakkyndigkurs kan få refusjon gjennom Legeforeningens kvalitetsfond.

Ekspertgruppen vurderer videre at NPE bør involvere avtalesakkyndige ytterligere i utarbeidelsen av opplæringsmateriell, slik at innholdet best mulig treffer målgruppens behov. Ved gjennomføring av e-læringskursene etter inngåelse av avtale, blir de sakkyndige bedt om å fylle ut et evalueringsskjema. Hvorvidt opplæringen er nyttig og relevant kan imidlertid være enklere å vurdere etter at man har fått litt erfaring som sakkyndig. Et mulig tiltak kan være å involvere de avtalesakkyndige tettere i utforming av opplæringsmateriell, og å få tilbakemeldinger på opplæringsbehov etter at de sakkyndige har vært i drift en periode.

<sup>185</sup> Helseklage «Hva er en sakkyndig?»

## Boks 9.2 **Anbefaling**

Ekspertgruppen anbefaler at NPE og Helseklage ser på mulighetene for et tettere samarbeid med fagmedisinske foreninger og sakkyndige om innretning på opplæringen i sakkyndigarbeid på pasientskadeområdet.

## 9.4 Kvalitetssikring av sakkyndigvurderinger – etablering av ordning med ledende sakkyndig i NPE

### 9.4.1 Innledning

Uttalelsen fra den sakkyndige kan være helt avgjørende for utfallet av saken. Samtidig er kritikk reist mot at kvaliteten på erklæringene kan være varierende. Dette kan gjelde forhold ved den enkelte vurdering isolert sett, eller manglende samordning av praksis med likebehandlingsproblemer som resultat. Ekspertgruppens inntrykk etter dialog med personer som er eller har vært sakkyndige, er at det er flere som etterspør et faglig/kollegialt fellesskap. Det som løftes frem er gjerne et behov for å avstemme egne vurderinger med fagfeller i krevende saker.

### 9.4.2 Dagens situasjon

Ekspertgruppens inntrykk er at kravene som stilles ved rekruttering av sakkyndige (da særlig godkjenning som spesialist, erfaring og aktiv klinisk praksis) og opplæringen som tilbys, er hovedmekanismene for å sikre god kvalitet på sakkyndigvurderingene. Utgangspunktet er at den sakkyndige er i stand til å utføre arbeidet selvstendig, uten nevneverdig faglig oppfølging og støtte. Det er likevel etablert noen ytterligere tiltak for å bidra til kvalitet.

Saksbehandlerne og fagveilederne i NPE utøver en form for kvalitetskontroll av de sakkyndige i forbindelse med arbeid som gjøres i sakene. Det er en egen rutine i *Rutinehåndboken* som omhandler hvordan tilbakemelding og oppfølging av avtalesakkyndige skal foregå.<sup>186</sup> Det fremgår der at tilbakemeldingene skal gis underveis og direkte til den sakkyndige. Dersom dette ikke fører frem, er det skissert en fremgangsmåte for hvordan dette skal løftes i linjen. For nye sakkyndige vil kontaktsaksbehandler ha et særlig ansvar for å vurdere kvaliteten på den sakkyndiges arbeid, jf. omtale under punkt 9.3.2.2.

NPE har enkelte fagnotater rettet mot saksbehandlere og sakkyndige som skal bidra til likebehandling. Et eksempel her er fagnotatet *Momenter for lik behandling av like saker innen ortopedisk kirurgi*. Det er imidlertid ikke utarbeidet denne typen notater for alle fagområder.

NPE har også arrangert fagmøter for enkelte spesialiteter hvor faglige problemstillinger kan drøftes. Et eksempel på dette er «Ortopedimøte», som sist ble avholdt september 2022. Ekspertgruppen har fått se referatet fra dette møtet. Det fremstår som at det i hovedsak ble benyttet til å drøfte faglige problemstillinger, som «beinlengdeforskjell – hvilke målemetoder legger vi til grunn?». Det er også eksempler på at mer administrative spørsmål blir tatt opp, og at saksbehandler i NPE gjennomgår fagnotat. Ekspertgruppen har videre fått forelagt møteagenda for «Fagmøte om BUP og psykiatri i oktober 2022». I dette møtet var det satt opp tema som «Ménvurdering og inngangsinvaliditet», «Forskriftsarbeid» og «ADHD». For sistnevnte tema var et av formålene å «forsøke å lande hvordan vi ivaretar likebehandlingsprinsipper og andre hensyn [...]». Ekspertgruppens

<sup>186</sup> *Tilbakemelding og oppfølging av avtalesakkyndige*, NPE (2024).

inntrykk er at det ikke er fagmøter for alle spesialiteter, og at hyppighet og innretning varierer.

I Helseklage er det en del av rutinen ved innhenting av sakkyndigerklæringer at saksbehandler, når oppdraget er utført, skal fylle ut og sende inn et skjema for evaluering av sakkyndigoppdraget.<sup>187</sup> Det er laget en egen mal for evalueringen. Det fremstår dermed som at det er saksbehandlerne som står for evalueringen av kvaliteten på de sakkyndige vurderingene i Helseklage.

#### 9.4.3 Vurdering

Hvor stort problemet med varierende kvalitet på sakkyndigerklæringer er, kan det være delte meninger om. Gruppen har likevel grunnlag for å konkludere med at problemstillingen bredt blir oppfattet som reell og vesentlig, ikke bare blant erstatningssøkere, advokater og interesseorganisasjoner, men også i etatene. Ekspertgruppen ser dette i sammenheng med svak medisinskfaglig ledelse av sakkyndigarbeidet i etatene. Hos NPE er det i Seksjon for sakkyndig utredning for eksempel ikke ansatt noen lege. I den grad det utøves kontroll, er den hovedsakelig ikke av fagfeller, men av saksbehandlere, som i stor grad er jurister.

I Helseklage er det ikke noen i ledelsen som har medisinskfaglig kompetanse, heller ikke på den avdelingen hvor de rådgivende legene er ansatt. Kontrollen av de medisinske vurderingene baseres derfor på tilbakemeldinger fra saksbehandlerne og eventuelt nemndas medlemmer (hvor noen vil ha medisinsk kompetanse, men ikke nødvendigvis innenfor samme spesialitet som det saken gjelder).

Gruppen er kjent med eksempler på at enkelte sakkyndige har organisert sin egen «private» faglige kvalitetskontroll ved å diskutere vanske-

lige saker med kontakter utenfor NPE. Etter det gruppen erfarer har problemene med manglende mulighet for faglig avstemming med kollegaer, økt i kjølvannet av den tiltakende digitalisering under og etter pandemien. Muligheten for fysisk tilstedeværelse i NPEs lokaler er redusert. Det er blitt fremhevet at den uformelle praten «ved kaffemaskinen» sakkyndige imellom var viktig for faglig kvalitetssikring, men er vanskeligere å opprettholde i dag. Det er eksempler på avtalesakkyndige som har avsluttet sitt engasjement hos NPE hovedsakelig som en følge av slike endringer i rammene for utøvingen av arbeidet.

Som beskrevet ovenfor er det i dag begrenset med mekanismer for kvalitetskontroll av den enkelte sakkyndiges arbeid. Etatenes forutsetning er på et vis at vedkommende må klare seg selv faglig, noe som selvsagt har en side til den sakkyndiges faglige uavhengighet og integritet. Den faglige tvil som kan være til stede i konkrete saker må likevel ikke undervurderes. Tilsvarende problem gjelder for pasientskadeordningen når det oppstår forskjellsbehandling på grunn av ulike faglige vurderinger som ikke kan forklares med individuelle forskjeller mellom saker. Resultatet er da at den faglige uenighet på feltet gjerne først kommer til syne i forbindelse med en eventuell domstolsbehandling. Det er uheldig at svakheter ved kvalitetskontrollen i førsteinstansen på denne måten kan virke prosessdrivende.

Ekspertgruppen vurderer derfor at det bør etableres en kvalitetssikringsordning for sakkyndigarbeidet. En slik ordning bør først prøves ut i NPE. Dette henger sammen med at omfanget av bruken av sakkyndige er størst i førsteinstansen, og med at styrket tillit til saksbehandlingen i NPE kan bidra til at flere aksepterer vedtaket og avstår fra å klage. Erfaringer fra NPE kan eventuelt senere brukes av Helseklage.

<sup>187</sup> *Rutiner for saksbehandlere som skal innhente vurdering fra ekstern sakkyndig*, NPE (2024).

Ekspertgruppen anbefaler en modell der en av de avtalesakkyndige innen hver spesialitet, får en overordnet funksjon med tanke på å fremme kvalitet i sakkyndigarbeidet. Denne personen, som gruppen har kalt «ledende sakkyndig», bør velges ut fra en vurdering særlig av faglig integritet og dyktighet. Dette er kriterier som ikke henger sammen med hvor lenge han eller hun har vært tilknyttet NPE. Integritetsbegrepet er knyttet til det å være lojal mot faget, og ikke la seg påvirke av andre forhold, og å ha en god forståelse av rollen som sakkyndig. Gruppen anbefaler at NPE i prosessen med å finne hvem som skal ivareta funksjonen som ledende sakkyndig innenfor den enkelte spesialitet, bør være åpen for innspill fra relevante fagmiljøer. Av hensyn til å ivareta tilliten til pasientskadeordningen bør man unngå en lukket, rent intern prosess.

Noen av de større spesialitetene som kreft og ortopedi, er inndelt i underspesialiteter. Ekspertgruppen vurderer imidlertid ikke dette som en egentlig innvending mot den skisserte modellen. I utgangspunktet vil en ledende sakkyndig kunne være en god samtalepartner for en sakkyndig med en annen spesialisering innenfor samme hovedfelt, for eksempel kreftmedisin. Medisinsk-faglig ledelse for å fremme kvalitet innebærer noe mer og annet enn å være ekspert på sitt avgrensede område.

Ekspertgruppen ser at nærmere innretning av ordningen vil måtte avhenge av hvilken spesialitet det er tale om. NPE har avtale med sakkyndige innenfor over 30 spesialiteter, og for noen av de store fagområdene er det også flere underspesialiteter. Gruppen vurderer derfor at det er hensiktsmessig å starte med de største spesialitetene som kreft og ortopedi. For de minste spesialitetene kan det være at ordningen kan gjennomføres i en sterkt forenklet form, eventuelt vurderes som unødvendig.

Den nærmere organiseringen av ledende sakkyndig-ordningen må klart nok vurderes av etaten, i nær dialog med de sakkyndige. Ekspertgruppen anbefaler at den ledende sakkyndige det enkelte år får disponere en gitt timeressurs, avhengig av spesialitetens størrelse i NPE, til sitt kvalitetsarbeid. Hvordan disse ressursene benyttes vil kunne variere over år. Et aktuelt tiltak vil for eksempel kunne være gjennomgang av én eller flere sakkyndigerklæringer fra hver av de sakkyndige innen spesialiteten, og med generelt fokus på kvalitet og individuelle tilbakemeldinger om forbedringspunkter. Andre tiltak vil kunne være mer spisset, for eksempel inn mot å sikre likebehandling. Ekspertgruppen forutsetter at en del av timeressursen hvert år settes av til konsultasjon i konkrete enkeltsaker, etter behov fra sakkyndige.

Ekspertgruppen anbefaler at det settes av om lag 500 000 kroner i budsjettet til NPE til implementering av ordningen, og at man starter med å innføre ordningen innen områdene kreft og ortopedi. Summen tilsvarer i overkant av 400 timer, gitt at de ledende sakkyndige får ordinær salær-sats. Dette tilsvarer om lag én prosent av NPE sine utgifter til sakkyndige.<sup>188</sup>

### Boks 9.3 Hovedanbefaling

Ekspertgruppen anbefaler at NPE etablerer en ordning med ledende sakkyndig for alle relevante fagområder.

<sup>188</sup> I 2023 utgjorde NPE sine utgifter til medisinsk sakkyndige 50,1 mill. kroner, noe som utgjør 18 % av kostnadene på driftsbudsjettet til etaten ifølge årsrapporten for 2023.

## 9.5 Åremål for sakkyndige vurderes som lite hensiktsmessig

### 9.5.1 Innledning

Ekspertgruppen har mottatt innspill som problematiserer at enkelte sakkyndige har et for tett forhold til etatene. Kreftforeningen skriver i sitt innspill at de opplever at de fleste sakkyndige er objektive og «gjør en grundig og samvittighetsfull utredning av saken». Samtidig forekommer det at enkelte sakkyndige «til en viss grad er 'institusjonalisert' og nærmest argumenterer for at vilkårene for erstatning ikke er oppfylt».

Tilsvarende hevder Advokatforeningen i sitt innspill at «de sakkyndige i enkelte tilfelle[r] opptrer som at det foreligger en binding til NPE/PSN som oppdragsgiver». Advokatforeningen har i sitt innspill bedt ekspertgruppen «vurdere om de sakkyndige eksempelvis kan skiftes ut etter en åremålsordning». Dette må ses på bakgrunn av hvor viktig sakkyndiguttalelser ofte er for utfallet av saken.

### 9.5.2 Dagens praksis

På spørsmål fra ekspertgruppen er det opplyst at gjennomsnittsalderen for sakkyndige med avtale i NPE er 63 år, og medianalderen er 66 år. Gjennomsnittlig avtaleperiode er syv år. NPE opplyser at av de sakkyndige som har hatt avtale lengst, er det to som startet i 2009. Disse avtalene blir avviklet og erstattet i 2024. Fra 2020 har NPE i snitt inngått 20 nye avtaler per år, hvorav omtrent halvparten har vært begrunnet i behov for en økning i kapasitet som følge av økt saksmengde. Resten har skyldtes behov for å erstatte avtaler som har blitt avsluttet enten av NPE eller den sakkyndige selv. I 2024 er det om lag 40-50 nye avtaler som skal inngås. Dette som følge av at NPE strammet inn kravene for sakkyndige i 2023, og det er derfor behov for å erstatte flere avtaler i løpet av et år enn det som har vært vanlig.

De interne medisinske rådgiverne i Helseklage har en gjennomsnittsalder på 59 år og en medianalder på 58,5 år. De har i snitt vært ansatt i ca. fire år og syv måneder.

### 9.5.3 Vurdering

Tidsbegrensninger for et tilknytningsforhold til offentlig forvaltning er brukt i ulike sammenhenger der verdien av å få inn nye impulser og å unngå inngrodde holdninger, anses særlig viktig. Dette gjelder for eksempel ved oppnevning til ulike faste kontroll- eller tilsynsutvalg, som kontrollkommisjonene i psykisk helsevern.

Advokatforeningen viser i sitt innspill til at «bindingene [mellom den sakkyndige og etaten] ikke nødvendigvis er mindre i starten av et engasjement. Tvert om vil mindre erfaringsgrunnlag og risikoen for forventningsstyrte vurderinger kunne være større tidlig i et engasjement, enn etter en tid med opparbeidet erfaring.»

Et argument mot en tidsbegrensning er at dette vil måtte gjelde generelt. Dermed vil det kunne skape problemer i en situasjon der det i utgangspunktet er utfordringer knyttet til å rekruttere sakkyndige. NPE vurderer på spørsmål fra ekspertgruppen, at det å skaffe sakkyndige allerede i dag er en ressurskrevende oppgave, og at innføring av åremål vil kunne skape problemer for saksavviklingen. Etaten mener hensynet til enkelt å kunne avslutte samarbeid med sakkyndige som ikke leverer på en god måte, er ivaretatt gjennom dagens avtalebaserende system. Helseklage vurderer på sin side at en eventuell innføring av åremål for de interne medisinske rådgiverne, kan føre til ytterligere utfordringer med rekruttering. Etaten anerkjenner at det ville kunne sikre utskifting, men mener at dette i dag skjer naturlig.

Ekspertgruppen vurderer at man bør unngå at misnøye i enkeltsaker fremprovoserer generelle regelverksendringer som kan få utilsiktede følger.

Ekspertgruppen anerkjenner innspillene som har kommet om behovet for utskiftning og å unngå inngrodde holdninger hos enkelte sakkyndige. Samtidig opplever etatene utfordringer med å rekruttere sakkyndige som kan bli forverret ved innføring av tidsbegrensninger. Ekspertgruppen mener at andre anbefalte tiltak, særlig kvalitets-sikring av sakkyndigvurderinger og tiltak for å øke rekruttering, vil ha større effekt enn innføring av åremål for avtalesakkyndige.

## 9.6 Sakkyndige skal ha anledning til å påpeke forhold de anser som faglig relevant

### 9.6.1 Innledning

Ekspertgruppen har mottatt bekymringer om at de sakkyndige ikke har tilstrekkelig rom for å påpeke forhold som de ser kan være relevante for vurderingen av saken. Dette kan gjelde forhold som ikke er tatt opp av erstatningssøker og/eller saksbehandler. Eksempler kan være at også andre behandlingssteder eller andre deler av behandlingen bør omfattes av saken.

### 9.6.2 Dagens praksis

Til hjelp for utferdigelse av mandater, har saksbehandlerne både i NPE og Helseklage tilgang til standardtekster. Ekspertgruppen har sett NPE sine 25 ulike varianter av slike. Det fremgår innledningsvis at tekstene skal brukes som et utgangspunkt, og saksbehandler skal huske «å tilpasse spørsmålene til den konkrete saken». De fleste av standardtekstene inneholder avslutningsvis et spørsmål som gir sakkyndige mulighet til å komme med «andre kommentarer til saken». Det er imidlertid også eksempler på at dette spørsmålet ikke er med. Blant annet inngår det ikke i alle standardtekstene som gjelder fødselsskade på barn.

I NPE sin *Veileder til å utarbeide sakkyndig vurdering* står det at den sakkyndige skal påpeke forhold som ligger utenfor egen spesialitet, men som man mener bør vurderes. Videre skal den sakkyndige ta kontakt med saksbehandler dersom man oppdager noe som tilsier at også et annet behandlingssted bør være innklaget.

Ekspertgruppen har også sett Helseklages mal for mandat, som benyttes både for eksterne sakkyndige og interne medisinske rådgivere. Her inngår følgende formulering: «Har du andre kommentarer du ønsker og finner nødvendig å knytte til saken, er vi takknemlig for å motta slike.»

I sitt arbeid har ekspertgruppen blitt kjent med at posten «andre kommentarer» ikke nødvendigvis er med i uttalelsen fra den sakkyndige. Om dette skyldes at spørsmålet er fjernet av saksbehandler før oversending, eller av den sakkyndige fordi han eller hun ikke har noen andre kommentarer, er uvisst for ekspertgruppen. Ut fra rammene for gruppens arbeid har man heller ikke kunnet prioriterer å grave dypere i dette. Samtidig synes saksbehandlingen gjennomgående å legge opp til at sakkyndige skal ha mulighet til å ta opp forhold som ikke er berørt i mandatet, som det fremgår ovenfor.

### 9.6.3 Vurdering

Ekspertgruppen understreker viktigheten av at den sakkyndige alltid skal ha mulighet til å komme med «andre kommentarer» som vedkommende oppfatter som relevante og viktige ut fra et faglig synspunkt. I noen tilfeller vil dette også være nødvendig for å oppfylle kravet om forsvarlig saksforberedelse etter forvaltningsloven § 17 første avsnitt.

Ekspertgruppen ser at et slikt åpent spørsmål kan gi en fare for utglidning der enkelte sakkyndige tar opp irrelevante forhold. At funksjonen til et slikt



åpent spørsmål ikke blir forstått av enkelte må imidlertid løses gjennom forklarende tekst, eventuelt også gjennom veiledning på et individnivå. Gruppen vurderer at det ikke bør forekomme at adgangen til å gi «andre kommentarer» fjernes manuelt av saksbehandler. Den sakkyndige bør kvittere ut at posten er sett, eventuelt ved å føre «ingen bemerkninger» eller lignende under «andre kommentarer».

#### Boks 9.4 **Anbefaling**

Ekspertgruppen anbefaler at NPE og Helseklage sikrer at alle mandater som sendes til sakkyndige inkluderer et punkt som gir anledning til å påpeke andre forhold som de anser som faglig sett relevant.

## 9.7 Anbefalinger

- Ekspertgruppen anbefaler at NPE ser på muligheter for å forbedre veiledningen til potensielle sakkyndige, slik at det blir enklest mulig å legge inn anbud.
- Ekspertgruppen anbefaler at NPE og Helseklage vurderer mulighetene for et mer forpliktende samarbeid med profesjonsorganisasjoner om rekruttering av sakkyndige til enkeltoppdrag.
- Ekspertgruppen anbefaler at NPE og Helseklage ser på mulighetene for et tettere samarbeid med fagmedisinske foreninger og sakkyndige om innretning på opplæringen i sakkyndigarbeid på pasientskadeområdet.
- Ekspertgruppen anbefaler at NPE etablerer en ordning med ledende sakkyndig for alle relevante fagområder.
- Ekspertgruppen anbefaler at NPE og Helseklage sikrer at alle mandater som sendes til sakkyndige inkluderer et punkt som gir anledning til å påpeke andre forhold som de anser som faglig sett relevant.

# 10 Aspekter ved Pasientskadenemndas virksomhet

## 10.1 Innledning

Pasientskadenemnda er klageinstans for klagesaker fra Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) og slik en hjørnestein i pasientskadeordningen.<sup>189</sup> I etterkant av Riksrevisjonens rapport er også nemndas virksomhet gjennomgått internt med tanke på forbedringer. Det vises her til prosjektet *Effektive nemndsavgjørelser* fra 2022 som også hadde en samordning med andre nemnder der Helseklage er sekretariat, som perspektiv.<sup>190</sup>

Ekspertgruppen har ut fra de rammene som er satt for arbeidet, ikke hatt muligheter til å gå detaljert inn i nemndas saksavvikling. Selv om det allerede er iverksatt effektiviseringstiltak, vil etaten løpende måtte vurdere slike i dialog mellom nemndleder, nemndas medlemmer og Helseklage.

Gruppen bemerker at det har kommet innspill fra flere hold om at tiden man bruker i nemndmøtene på å forhandle om mindre språklige justeringer, kan variere mye, avhengig av hvem som leder møtet. For ekspertgruppen står dette som

eksempel på en type spørsmål der det bør etterstrebes en felles tilnærming blant møtelederne av hensyn til fornuftig bruk av dyrebar møtetid.

Ekspertgruppen har videre vurdert innspill om at det kan være behov for flere møter i nemnda. Særlig er spørsmålet om flere møter i fast nemnd reist med tanke på å sikre prinsipielle avklaringer som igjen kan styrke kvaliteten i saksavviklingen ellers. Gruppen har tatt opp problemstillingen med ledelsen i Helseklage og fått som tilbakemelding at det ikke er økonomiske hindringer for å avholde flere nemndmøter dersom dette er ønsket eller behov for. Ekspertgruppen har tatt dette til orientering.

Også andre spørsmål ved nemndas virksomhet har vært drøftet ut fra det informasjonsgrunnlaget som er fremskaffet. Ekspertgruppen har valgt å gå nærmere inn på to forhold: prosessen med oppnevning av medlemmer til nemnda og praksis om innsyn i sekretariatets innstilling til nemnda.

<sup>189</sup> Se rapportens punkt 2.3.2.1 for beskrivelse av hvordan nemnda arbeider.

<sup>190</sup> Se rapportens punkt 5.2 for mer beskrivelse av etatenes oppfølging etter Riksrevisjonens rapport.

## 10.2 Ledige verv i Pasientskadenemnda bør annonseres offentlig

### 10.2.1 Innledning

Pasientskadenemndas medlemmer har en viktig rolle i pasientskadesakene. Ekspertgruppen har derfor sett på prosessen med å utnevne medlemmer til nemnda.

### 10.2.2 Dagens praksis

Det er Helse- og omsorgsdepartementet som har ansvaret for oppnevning av medlemmer til Pasientskadenemnda,<sup>191</sup> men Helseklage har via sitt tildelingsbrev som oppdrag å bistå i prosessen. Det er fastsatt i forskrift at leder, nestleder, medlemmer og varamedlemmer oppnevnes for en periode på tre år.<sup>192</sup> Forskriften begrenser ikke muligheten til gjenoppnevning.

Ekspertgruppen har fått oversendt informasjon om alder og virketid for medlemmer av Pasientskadenemnda. Dagens 25 medlemmer, inkludert leder, har ulik fartstid, varierende fra knapt 3 til vel 18 år. I gjennomsnitt har medlemmene vært oppnevnt i litt over 10 år. Blant medlemmene er det 12 menn og 13 kvinner. Aldersspennet er 31 til 75 år, med en gjennomsnittsalder på 64 år.

Kravene til medlemmenes kompetanse er definert i lov og forskrift. Leder av Pasientskadenemnda skal ha juridisk embetseksamen eller mastergrad i rettsvitenskap.<sup>193</sup> De «medisinsk sakkyndige» som oppnevnes skal ha erfaring fra ulike fagområder.<sup>194</sup> Brukerrepresentanter oppnevnes etter

forslag fra Norsk Pasientforening<sup>195</sup>, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon og Forbrukerrådet.<sup>196</sup>

Helse- og omsorgsdepartementet innhenter selv forslag til brukerrepresentanter, og Helseklage er ikke involvert.

Helseklage har nylig skriftliggjort sin interne rutine for arbeid med oppnevning av øvrige nemndmedlemmer.<sup>197</sup> Dette er en formalisering av det som tidligere har vært praktisert. I rutinen fremgår det «relevante momenter for å vurdere sammensetningen av nemnda». Dette omfatter kjønnsbalanse, balanse mellom fornyelse og kontinuitet, geografi og alder/erfaring.

Avdeling «Fag og utvikling» hos Helseklage innhenter forslag til øvrige medlemmer i nemndene som Helseklage har ansvar for, også Pasientskadenemnda. I rutinen vises det til at forslag til nemndmedlemmer kan innhentes fra ulike kilder:

- «Aktuelle fagmedisinske foreninger under legeforeningen
- Sittende eller tidligere nemndmedlemmer (basert på faglige anbefalinger, vær obs på habilitet)
- Andre nettverk/kontakter, for eksempel våre interne sakkyndige
- Personer som selv har meldt interesse for vervet
- Annonser om å oppfordre aktuelle kandidater til å melde seg på våre nettsider evt. i fagtidsskrifter»

Helseklage opplyser på forespørsel fra ekspertgruppen, at praksis har vært å kontakte henholdsvis Dommerforeningen, Advokatforeningen og

<sup>191</sup> Pasientskadeloven § 16 første avsnitt.

<sup>192</sup> Forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda §§ 10 til 12.

<sup>193</sup> Pasientskadeloven § 16 første avsnitt.

<sup>194</sup> Forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda § 10 første avsnitt.

<sup>195</sup> Norsk pasientforening ble avviklet i august 2023.

<sup>196</sup> Forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda § 10 andre avsnitt.

<sup>197</sup> *Rutine for oppnevning av nemndmedlemmer*, Helseklage (2023).

Legeforeningen for innspill til kandidater. Annonsering har ikke vært brukt.

Helseklage sine rutiner omfatter å innhente CV og referanser ved vurdering av nye medlemmer, gjennomføre en samtale med kandidaten og en referansesamtale. For nemndmedlemmer med medisinsk kompetanse, sjekkes Helsepersonellregisteret for autorisasjon og eventuelle merknader.

### 10.2.3 Vurdering

Det er ikke uvanlig at det settes en absolutt grense for hvor lenge en person kan være oppnevnt som medlem av en statlig klagenemnd. Kontrollkommissjonene i psykisk helsevern er her et eksempel,<sup>198</sup> Felles klagenemnd i universitets- og høyskolesektoren et annet.<sup>199</sup> Bakgrunnen er vanligvis et ønske om å sikre nye impulser og unngå inngrodd holdninger. Frykten er at medlemmene skal bli for «husvarme» og at man slutter å stille kritiske spørsmål. Særlig der det behandles saker av inngripende karakter står et slikt synspunkt sterkt.<sup>200</sup>

Pasientskadefeltet skiller seg her litt ut ved at det i utgangspunktet er snakk om privatrettslige (erstatnings)krav. Måten nemnda er organisert på ved at personsammensetningen ikke er fast, men stadig veksler mellom møtene, reduserer også motforestillingene.

Ekspertgruppen vil her også nevne at Statens helsepersonellnemnd frem til 2023 hadde en begrensning på seks års oppnevning for sine med-

lemmer. Denne begrensningen ble fjernet i fjor ved en forskriftsendring.<sup>201</sup> Samlet sett har ikke ekspertgruppen tilstrekkelig grunnlag for å foreslå en øvre grense for antall gjenoppnevninger i Pasientskadenemnda.

Det er imidlertid viktig å ivareta åpenhet rundt oppnevningprosessen, slik at alle som er interessert og kvalifisert får mulighet til å melde seg. Dette kan både styrke tilliten til Pasientskadenemnda som en viktig samfunnsinstitusjon, samtidig som det kan stimulere til en sunn konkurranse mellom kandidater. Etter gjeldende regelverk er dette mest aktuelt for den juridiske og medisinske fagkompetansen i nemnda. Som det fremgår støtter Helseklage i sin saksforberedelse for Helse- og omsorgsdepartementet, seg til relevante profesjonsorganisasjoner. Hvordan de interne prosessene foregår der, er ikke ekspertgruppen kjent med.

Som nevnt er gjennomsnittsalderen på dagens medlemmer i Pasientskadenemnda 64 år, og gjennomsnittsansieniteten peker mot at det er vanlig å sitte 3-4 perioder. Ekspertgruppen ser dette som en indikasjon på at rekrutteringsprosessen ikke fungerer optimalt. Ekspertgruppen mener at Helseklages rutine for rekruttering av nemndmedlemmer er bra, men at det er viktig at man i praksis benytter de virkemidlene som der angis.

Ut fra det ovennevnte anbefales derfor at man i fremtiden mer aktivt annonserer ledige verv offentlig. Dette er ikke til hinder for at man også kan innhente forslag fra relevante fagorganisasjoner i den grad det finnes ønskelig.

<sup>198</sup> Psykisk helsevernloven § 6-2 andre avsnitt.

<sup>199</sup> Forskrift til universitets- og høyskoleloven, kapittel 8.

<sup>200</sup> Se NOU 2019:14 blant annet på s. 646 og 747 om kontroll med tvang i helsetjenesten. Etter Tvangslovutalgets lovutkast må det «settes klare grenser for gjenoppnevning av medlemmer. Bare én gjenoppnevning [skal være] tillatt før det inntrer en karenperiode» (s. 747).

<sup>201</sup> Forskrift om Statens helsepersonellnemnd – organisering og saksbehandling § 3.

## Boks 10.1 **Anbefaling**

Ekspertgruppen anbefaler at Helseklage, i sitt arbeid med å tilrettelegge grunnlaget for departementets oppnevning av medlemmer i ledige verv, aktivt annonserer offentlig etter aktuelle kandidater.

## 10.3 Behov for gjennomgang av praksis om innsyn i sekretariatets innstilling til nemnda

### 10.3.1 Innledning

Spørsmål om innsyn for klager i sekretariatets (Helseklages) innstilling til Pasientskadenemnda er reist for ekspertgruppen. Bakgrunnen kan være et ønske om kontradiksjon der kravet blir satt frem før nemndbehandling: altså å ha mulighet til å kommentere det forslaget til vedtakstekst som innstillingen i realiteten er.

### 10.3.2 Dagens praksis

I dag er det ingen automatikk i at erstatningssøker får innsyn i innstillingen til Pasientskadenemnda før nemndbehandling.<sup>202</sup> Forarbeidene til pasientskadeloven bygger på at forvaltningslovens «alminnelige regler» om dokumentinnsyn gjelder:

«Etter utvalgets forslag skal partene ha rett til dokumentinnsyn i samsvar med reglene i forvaltningsloven § 18 flg. Departementet slutter seg til dette. Disse reglene

innebærer for eksempel at partene ikke har rett til å se innstillingen fra sekretariatet til nemnda, jfr forvaltningsloven § 18 annet ledd om interne dokumenter. Enkelte høringsinstanser finner dette uheldig. Etter departementets syn bør imidlertid forvaltningslovens alminnelige regler gjelde, fordi det ikke bør utvikle seg en tidkrevende praksis med prosessinnlegg i flere runder. Når partsinnsyn er nødvendig for å sikre at alle sider av saken blir belyst, eller etter at saken er avgjort i Pasientskadenemnda, bør imidlertid normalt innsyn gis også i slike interne dokumenter. At det har vært uenighet i rettslige spørsmål, er det således liten grunn til å legge skjul på.»<sup>203</sup>

Ekspertgruppen har fått innsyn i innstillingen til nemnda i en sak fra 2021 som fremstår som en prinsipp sak med tanke på innsyn. Dette ut fra et ønske i gruppen om å få nærmere kunnskap om praksisen som føres. Det er en langvarig praksis i sekretariatet for at det ikke gis innsyn i innstillingen, «heller ikke i etterkant av nemndas vedtak».<sup>204</sup>

Bakgrunnen er et ønske om å sikre at saksbehandlerne

«helt fritt skal redegjøre for hvordan saken vurderes, herunder punkter hvor saken er usikker. Uklarheter mht. rettslige spørsmål utgjør en liten del av dette.»

<sup>202</sup> Askeland (2024) reiser i kommentaren til § 14 spørsmål ved om det kan gjelde en rett til innsyn på ulovfestet grunnlag: «Det er mulig at det unntak fra denne unntaksrett som Høyesterett i realiteten skapte i dommen i Rt. 1977 s. 1035, og som ble tuftet på 'alminnelige rettsgrunnsetninger', også kan påberopes i dette tilfelle. Atskillig taler for det. Men domstolene har ikke tatt stilling til spørsmålet.»

<sup>203</sup> Ot.prp.nr.31 (1998–1999) s. 84.

<sup>204</sup> Ekspertgruppen har fått seg forelagt vedtak 19.04.2021, som ble videre sendt til Helse- og omsorgsdepartementet for klagebehandling. Etter det opplyste ble vedtaket stadfestet.

Innsyn vil på denne bakgrunn «kunne få uheldig innvirkning» på hva som står i innstillingene. Det blir fremhevet at det er nemndas begrunnelse som ligger til grunn for vedtaket, og som slik sett er det vesentligste. Videre står det:

«Når sekretariatet peker på usikkerheter i innstillingen i en sak, tar nemndsbehandlingen nettopp sikte på å avklare dette. Det vises særlig til at nemnda har medisinsk fagkompetanse, som sekretariatet ikke har. At erstatningssøker da får innsyn i det som er foreløpige eller uriktige vurderinger, kan være prosessdrivende.»

Selv om man i forarbeidene altså uttrykker generelt at erstatningssøker ikke har «rett til å se innstillingen», må dette leses med reservasjon for dagens § 18 c i forvaltningsloven (som viderefører tidligere § 18 fjerde avsnitt). Av denne bestemmelsen følger det at parten uansett har rett til innsyn i «faktiske opplysninger». Unntak gjelder når opplysningen er «uten betydning for avgjørelsen» eller finnes i et annet dokument som parten har tilgang til.

Også Helseklage har lagt til grunn at det gjelder rett til innsyn i «faktiske opplysninger» etter § 18 c. Et spørsmål er likevel praktiseringen av bestemmelsen. Som allerede nevnt har man blant annet argumentert med det uheldige i at «erstatningssøker [...] får innsyn i det som er foreløpige eller uriktige vurderinger».

### 10.3.3 Vurdering

Ekspertgruppen bemerker at faren for at vedtaket blir basert på et uriktig faktisk grunnlag, nettopp er begrunnelsen for § 18 c. At det endelige vedtaket har høyere kvalitet enn tidlige utkast er for øvrig ikke en problemstilling som er spesielt i forholdet mellom Pasientskadenemnda og sekretariatet, men gjelder generelt i forvaltningen.

Ekspertgruppens utgangspunkt med tanke på lovforståelsen av hva som utgjør «faktiske opplysninger», har vært forarbeidene. Der legges til grunn at uttrykksmåten er «meget omfattende»:

«Begrepet «faktiske opplysninger» som loven bruker i dag, er meget omfattende. Ikke bare har parten rett til å gjøre seg kjent med spesifikke og presise faktiske opplysninger, som f.eks. arealoppgaver, men også med opplysninger som i høy grad bygger på vurderinger. [...] I sak om erstatning for ulykke, f.eks. for naturskade, kan parten kreve å få se utredninger om årsaken til ulykken, selv om disse kan være skjønnsmessige og lite eksakte. Departementet har overveid om uttrykket «faktiske opplysninger» bør suppleres med sikte på å få framhevd disse tolkingsresultater. Dette er imidlertid vanskelig.»<sup>205</sup>

I den innstilling (vedtaksutkast) til nemnda som gruppen har fått tilgang til, fikk erstatningssøker innsyn i enkelte innledende standardformuleringer og punktet «Kort om sakens bakgrunn». Hva gjaldt utkast til «Begrunnelse for vedtaket», fikk ikke parten innsyn i noe.

Det er ekspertgruppens vurdering at innstillingen til nemnda i den aktuelle saken, klart nok inneholder mange elementer som faller utenfor § 18 c, og altså ikke utgjør faktiske opplysninger. Dette gjelder således redegjørelse for rettsregler, vurderinger av om lovens vilkår er oppfylt – såkalt «subsumsjon» i juridisk terminologi – og forslag til vedtakskonklusjon for nemnda. Samtidig vurderer gruppen at innstillingen også inneholder elementer som utgjorde «faktiske opplysninger», men som vedkommende ble nektet innsyn i. Dette

<sup>205</sup> Ot.prp nr. 3 (1976–77) s. 79. Dette gjentas i litteraturen, se f.eks. Eckhoff/Smith (2022) s. 286-287 og Woxholth (2011) s. 393.

gjelder blant annet opplysninger om saksgang og hvilket faktum som alt i alt er vurdert som bevist som grunnlag for vedtaket. (Unntak fra innsyn etter § 18 c vil her være betinget av at opplysningen er «uten betydning for avgjørelsen» eller finnes i et annet dokument som parten har tilgang til – ekspertgruppen har ingen indikasjon på at dette var aktuelt i saken.)

Den innstillingen ekspertgruppen har fått innsyn i og gjennomgått, gjaldt klage over ansvarsspørsmålet. Gruppen er på det rene med at beregning av fremtidig tap i denne sammenheng reiser særlige problemstillinger på grunn av en iboende usikkerhet. Utgangspunktet er at hypoteser om hvordan ting vil utvikle seg i fremtiden kan ha en slik usikkerhet over seg at det faller utenfor «faktiske opplysninger» og dermed heller ikke kan kreves innsyn i etter forvaltningsloven § 18 c.<sup>206</sup>

Ekspertgruppens rapport er ikke stedet for å gå nærmere i detalj om et konkret vedtak. Gruppen har imidlertid tilstrekkelig grunnlag for å anbefale en intern gjennomgang i Pasientskadenemnda/Helseklage av praktiseringen av forvaltningsloven § 18 c i saker om krav om innsyn i sekretariatets innstilling.

Gruppen understreker at innsyn etter § 18 c i forkant av nemndmøtet, ikke betyr at det skal gis en særlig frist for å komme med kommentarer. I hvilken grad det er nødvendig må vurderes etter forvaltningsloven § 17, som gjelder uavhengig av innsynsspørsmålet. Utgangspunktet må derfor være at innsyn i faktiske opplysninger i samsvar med forvaltningsloven § 18 c, ikke vil påvirke saksbehandlingstiden nevneverdig. Hensynet til

å fremme tillit i forholdet mellom etaten og erstatningssøker har vært en del av gruppens mandat. Det antas at en gjennomgang og justering av praksis i lys av ovennevnte vil ha betydning her.

### Boks 10.2 **Anbefaling**

Ekspertgruppen anbefaler en intern gjennomgang i Pasientskadenemnda/Helseklage av praktiseringen av forvaltningsloven § 18 c i saker om krav om innsyn i sekretariatets innstilling til nemnda.

## 10.4 Anbefalinger

- Ekspertgruppen anbefaler at Helseklage, i sitt arbeid med å tilrettelegge grunnlaget for departementets oppnevning av medlemmer i ledige verv, aktivt annonserer offentlig etter aktuelle kandidater.
- Ekspertgruppen anbefaler en intern gjennomgang i Pasientskadenemnda/Helseklage av praktiseringen av forvaltningslovens § 18 c i saker om krav om innsyn i sekretariatets innstilling til nemnda.

<sup>206</sup> Se Woxholth (2011) s. 393. Jf. likevel Bernt (2017) note 571 til § 18 c som uttaler at også «prognoser eller sannsynlighetsvurderinger som knytter seg til rent objektive forhold, som for eksempel risikoen for rømning fra et oppdrettsanlegg for laks» omfattes av uttrykksmåten «faktiske opplysninger».

# 11 Opplysning av saken – særlige problemstillinger

## 11.1 Innledning

Vedtak må være basert på et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag. Forvaltningsloven § 17 første avsnitt pålegger etatene å «påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes». At sakene avgjøres på et forsvarlig grunnlag er viktig ikke bare for at vedtaket skal være korrekt, men også for at erstatningssøker skal ha tillit til ordningen og de avgjørelser som fattes. Kontradiksjon (anledning til å uttale seg og fremme sitt syn), er også viktig for tilliten til avgjørelsene som fattes.

Ekspertgruppen har fått flere innspill om at erstatningssøkere ikke kjenner seg igjen i det faktum som er lagt til grunn i saken, og at de opplever at deres oppfatning av hva som har skjedd ikke blir hørt. Kreftforeningen oppgir ovenfor ekspertgruppen at mange pasienter har lav tillit til de sakkyndige, og at en «måte å bygge opp under tilliten på, er å i større grad tillate pasienten (eller advokaten til pasienten) å få stille spørsmål til den sakkyndige». Kreftforeningen viser til at dette er praksisen i andre personskadesaker. Ekspertgruppen har også fått innspill fra personer med erfaring som sakkyndige, som erkjenner at ytterligere opplysninger direkte fra erstatningssøker, i noen saker kunne ha vært nyttig for deres vurdering.

Ekspertgruppen har sett på erstatningssøkers involvering i opplysningen av saken. Det er så å si ingen direkte kontakt mellom erstatningssøkere

og sakkyndige i dag. Ekspertgruppen har også fått innspill om at økt bruk av hjemmebesøk i enkelte typer av saker, kan være nyttig i kartlegging av sakens faktum. En ytterligere problemstilling som er reist under gruppens arbeid, gjelder mulighet for erstatningssøker til å kommentere mandatet før oversendelse til den sakkyndige.

## 11.2 Direkte kontakt mellom sakkyndig og erstatningssøker for å opplyse saken – justering av dagens praksis

### 11.2.1 Innledning

Dersom erstatningssøker kommer med supplerende informasjon underveis i saksbehandlingen, vil denne inngå som en del av avgjørelsesgrunnlaget og følge saken. Dersom erstatningssøker tar kontakt med saksbehandler muntlig, skal slik informasjon nedtegnes, jf. forvaltningsloven § 11 d andre avsnitt:

«nye opplysninger eller anførsler av betydning for avgjørelsen av saken, skal [...] såvidt mulig nedtegnes eller protokolleres.»

Muligheten for direkte kontakt mellom erstatningssøker og saksbehandler er generelt ikke beskrevet som et stort problem overfor ekspertgruppen. Blant annet ved beregning er slik kon-



takt også systematisert, særlig i NPE,<sup>207</sup> og erstatningssøkerne har normalt rimelig gode muligheter for direkte kontakt med sin saksbehandler, se nærmere i punkt 8.4.2.

Enkelt personer og organisasjoner har imidlertid etterspurt at erstatningssøker får anledning til å møte *den sakkyndige* i større grad. Noe av bakgrunnen for dette er misnøye i enkeltsaker med hvordan saken er opplyst fra behandlingsstedet, herunder hvilke opplysninger som fremgår (eller ikke fremgår) av journal. Kreftforeningen skriver for eksempel i sitt innspill:

«Den sakkyndige baserer seg nesten utelukkende på opplysninger nedtegnet i journalen. Journalen er et arbeidsverktøy for helsepersonellet som skal yte helsehjelp og er ikke ment å være et bevismiddel. I en del saker bør forvaltningen i større grad også støtte sine konklusjoner på andre opplysninger. I et fåtall saker kalles pasienten inn til samtale eller klinisk undersøkelse hos den sakkyndige. Selv om disse forslagene er ressurskrevende mener vi at det kan lette arbeidsbelastningen for systemet som helhet».

Legeforeningen påpeker i sitt innspill til gruppen at «[s]akkyndig vil i noen tilfeller ha behov for å snakke med erstatningssøker for å få mer informasjon om et hendelsesforløp.» Advokatforeningen mener at

«[D]et under ansvarsutredningen i omfattende saker bør innhentes eksterne sakkyndigvurderinger hvor erstatningssøkeren undersøkes/innkalles til samtale, for å sikre forsvarlig saksbehandling. Det samme gjelder for vurdering av medisinsk invali-

ditet under utmålingsfasen. I saker hvor pasienten har fått en betydelig og omfattende skade, bør den sakkyndige undersøke skadelidte for å få tilstrekkelig oversikt over skadeomfanget.»

Kontakt med erstatningssøker kan ha betydning for såvel saksbehandlingstid som tillit til pasient-skadeordningen, i tillegg til kvaliteten på sakkyndigvurderingene og dermed også vedtakene. Den direkte kontakten mellom erstatningssøker og *saksbehandler* er i hovedsak omtalt i kapittel 8. I det følgende presenteres dagens praksis spesifikt for direkte kontakt mellom *sakkyndig* og erstatningssøker.

### 11.2.2 Dagens praksis

Hverken NPE eller Helseklage har egne retningslinjer for når og hvordan kontakt mellom erstatningssøker og sakkyndig bør foregå. Utgangspunktet er at dette er opp til den sakkyndige å vurdere. I NPE sin *Veileder til å utarbeide sakkyndig vurdering* heter det at «[h]vis det mangler opplysninger eller dokumentasjon som er nødvendig for å vurdere saken, kan du be saksbehandler om å innhente ytterligere dokumentasjon». Det fremgår ikke eksplisitt at dette inkluderer behov for ytterligere informasjon også direkte fra erstatningssøker, men denne muligheten er heller ikke utelukket.

Dersom den sakkyndige ser behov for å innhente mer informasjon, går dette altså via saksbehandler i NPE. Tilsvarende gjelder i Helseklage. Det har ikke lyktes å fremskaffe tall om hvor ofte erstatningssøker blir kontaktet direkte for utfyllende informasjon: Det være seg skriftlig, muntlig i form av en telefonsamtale, et digitalt møte med videoløsning, et fysisk møte, eventuelt en klinisk undersøkelse. Etter det ekspertgruppen erfarer skjer dette, uavhengig av form, svært sjelden. Gruppen har som ledd i arbeidet hatt samtaler med ulike personer med erfaring som sakkyndige, og som

<sup>207</sup> Se nærmere omtale i punkt 3.2.5 om muntlig samtale og punkt 3.3.4 utfall av saksbehandlingen i NPE.

til sammen har skrevet mange tusen sakkyndigerklæringer. Noen av disse vurderer at direkte kontakt med erstatningssøker for oppdaterte eller supplerende opplysninger, i noen tilfeller kunne ha vært nyttig, for eksempel ved vurdering av varig medisinsk invaliditet. Ekspertgruppens inntrykk er likevel at dette ikke har blitt sett på som en aktuell mulighet i praksis.

### 11.2.3 Vurdering

Forvaltningens arbeidsform er skriftlig, altså basert på dokumenter. Dette gjelder også i NPE og Pasientskadenemnda/Helseklage. I utgangspunktet er det imidlertid ingenting rettslig hindring for å ha muntlig kontakt med erstatningssøker for eksempel på telefon eller i form av digitalt eller fysisk møte, når det er ønskelig for å opplyse saken, jf. forvaltningsloven § 17 første avsnitt («så godt opplyst som mulig»). Forutsetningen er likevel at parten aksepterer dette og at det ellers fremstår som forsvarlig.

Forvaltningsloven § 11 d andre avsnitt omhandler hvordan muntlig kontakt skal dokumenteres. Dette må også overholdes ved eventuell direkte muntlig kontakt mellom den sakkyndige og erstatningssøker.

På visse vilkår har parten rett («skal [...] gis adgang») til å snakke med en ansatt («tjenestemann») ved forvaltningsorganet, jf. forvaltningsloven § 11 d første avsnitt. Hverken denne bestemmelsen eller noen annen bestemmelse i forvaltningsloven, gir imidlertid en rett til å snakke med sakkyndige, i den grad vedkommende skulle ha et ønske nettopp om det. Det avgjørende er dermed om en form for muntlig kontakt er nødvendig og hensiktsmessig for sikre at saken er tilstrekkelig opplyst etter forvaltningsloven § 17 første avsnitt.

Direkte kontakt mellom erstatningssøker og sakkyndig kan tenkes gjennomført på ulike måter.

Fordi forvaltningens arbeidsform i utgangspunktet er skriftlig, kan det å sende et brev med spørsmål som bes besvart, selvsagt være en mulighet. Alternativer kan være en telefonsamtale, eller et digitalt videomøte der den sakkyndige for eksempel spør erstatningssøker om kapasitet til å gå opp en trapp eller lignende, med tanke på vurdering av varig medisinsk invaliditet. Dette er noe annet og mindre omfattende enn fysisk/klinisk undersøkelse av personen.

Ekspertgruppen vurderer at direkte kontakt mellom sakkyndig og erstatningssøker fortsatt må være behovsavhengig, og vurderes konkret med utgangspunkt i forvaltningsloven § 17 første avsnitt.<sup>208</sup> En mer utbredt bruk av telefon og video enn det som er tilfelle i dag, kan likevel være hensiktsmessig og i tråd med kravet om forsvarlig saksbehandling. Ekspertgruppen vil understreke at det er den sakkyndiges faglige vurdering av hva som er nødvendig for å opplyse saken tilstrekkelig, som er avgjørende. Dette gjelder både med hensyn til om direkte kontakt er hensiktsmessig og eventuelt valg av form for kontakt. Det er altså ikke slik at erstatningssøker eventuelt via advokat, kan kreve dette. På den annen side vil heller ikke den sakkyndige kunne kreve gjennomført direkte kontakt som erstatningssøker ikke aksepterer.

Fremsettes et ønske til saksbehandler om direkte kontakt, må det selvsagt videreformidles til den sakkyndige. Ekspertgruppen er ikke kjent med at det i dag eksisterer rutiner hos etatene for hvordan et slikt ønske skal videreformidles. Imidlertid vil den sakkyndige få tilgang til sakens dokumenter, og på den måten også få kjennskap til erstatningssøkers eventuelle ønske om å få snakke med vedkommende.

<sup>208</sup> Dette er også tilnærmingen til Askeland (2024) i kommentaren til § 14: «Etter omstendigheten i saken kan det tenkes å følge av utredningsplikten i fvl. §17, at parten skal undersøkes av de(n) sakkyndige, før de(n) avgir uttalelse.»

Hvor stort behovet er for direkte kontakt mellom erstatningssøker og den sakkyndige, kan variere. Ekspertgruppen vurderer at behovet i særlig grad er aktuelt der den sakkyndige skal vurdere situasjonen her og nå med hensyn til omfang og konsekvenser av en skade, som varig medisinsk invaliditet. Lungespesialisten vil da for eksempel kunne vurdere det som viktig for sakens opplysning å kunne stille direkte spørsmål til erstatningssøker relatert til fysisk kapasitet. Situasjonen kan være at vedkommende ikke har vært til kontroll ved behandlingsstedet den siste tiden og faktagrunnlaget av denne eller andre årsaker, alt i alt fremstår som utilfredsstillende.

Også for vurderinger knyttet til ansvarsspørsmålet kan direkte kontakt være aktuelt. Her må selvsagt de rammer som følger av gjeldende rett for bevisvurdering hensyntas, herunder plassering av tvilsrisiko, se nærmere omtale under punkt 8.7. Dette gir likevel ikke alltid klare svar. Direkte kontakt kan blant annet være aktuelt der sakkyndig er usikker på hvilket faktum som skal legges til grunn ut fra hva som burde ha vært beskrevet i journal, men uten at tvilen nødvendigvis kommer erstatningssøker til gode. Kontakt kan også være aktuelt der den informasjon erstatningssøker tidligere har gitt eller andre saksopplysninger, er ufullstendig.

Det er viktig at direkte kontakt mellom den sakkyndige og erstatningssøker skjer i ordnede former, både for å ivareta formaliteter og erstatningssøkers rettssikkerhet. Det bør derfor være slik at den sakkyndiges ønsker om direkte kontakt organiseres gjennom saksbehandler. Selv om det formelt sett er saksbehandler som beslutter at det skal opprettes direkte kontakt, er det den sakkyndiges faglige vurderinger som her i realiteten vil være avgjørende. Ekspertgruppen vurderer at dette også gjelder i dag, men utfordringen er at direkte kontakt i svært liten grad forekommer.

Det kan være gode grunner for at saksbehandler deltar i møter mellom erstatningssøker og den sakkyndige. Saksbehandler vil normalt ha mer erfaring med å dokumentere det som fremkommer, og kan bidra til at møtet tematisk holder seg innenfor den sakkyndiges mandat. Hva som her er forsvarlig og ønskelig vil imidlertid kunne variere og bør vurderes fra sak til sak. Blant annet er det en faktor hva erstatningssøker ønsker og kan akseptere.

Sakkyndigerklæringen er svært sentral for utfallet i mange saker. Rammene for direkte kontakt er derfor av betydning både for kvaliteten på vedtakene og tilliten til pasientskadeordningen som helhet. Ekspertgruppen vil dessuten fremheve at direkte kontakt i noen tilfeller kan bidra til raskere saksavvikling. Det kan således være raskere å fremskaffe supplerende informasjon ved å ta en telefon til erstatningssøker enn å tilskrive et behandlingssted som kanskje ikke prioriterer å besvare henvendelsen.

Hverken lovverket eller gjeldende rutiner fra NPE eller Helseklage er i dag til hinder for direkte kontakt mellom erstatningssøker og den sakkyndige. Som nevnt forekommer dette likevel svært sjelden i praksis. Ekspertgruppens inntrykk er at de sakkyndige i liten grad er oppmerksom på muligheten. Ekspertgruppen anbefaler derfor at det utarbeides rutiner for direkte kontakt. Kontakten kan selvsagt være skriftlig, for eksempel ved at den sakkyndige ber erstatningssøker fylle ut et skjema. Muntlig kontakt som erstatningssøker samtykker til, bør primært skje over telefon, eventuelt digitalt med videoløsning, for eksempel Teams. At det blir utferdiget rutiner vil sannsynligvis øke bruken av direkte kontakt en del. Dette er imidlertid ikke problematisk da det ut fra det informasjonsgrunnlag ekspertgruppen har innhentet, i dag sannsynligvis er et underforbruk. Gruppen er ikke bekymret for et fremtidig overforbruk all den tid det er den sakkyndiges

faglige vurdering av behovet som skal være styrende. Utvikling av praksis mellom ulike sakkyndige innenfor samme spesialitet, vil ellers kunne være et aktuelt tema for den ledende sakkyndige, se punkt 9.4.

Gruppen vil fremheve at en noe økt bruk av direkte kontakt mellom erstatningssøker og den sakkyndige, vil imøtekomme et vesentlig kritikkpunkt mot pasientskadeordningen i dag. En slik justering av praksis er intendert av ekspertgruppen og vil kunne styrke tilliten til ordningen og i sin tur bidra til at noen klagesaker og søksmål trolig kan unngås i fremtiden.

Fysisk/klinisk undersøkelse av erstatningssøker skjer i et svært begrenset antall tilfeller i dag. Når det unntaksvis er aktuelt, kan gjennomføringen tidvis skje i regi av den sakkyndige, i andre tilfeller i regi av et behandlingssted. De økonomiske kostnadene er store, og det er til dels omstridt i hvilken grad slike undersøkelser kan og bør gjennomføres i regi av helsetjenesten og hvem som i så fall skal dekke kostnadene. Ekspertgruppen vurderer at kliniske undersøkelser som ledd i saksbehandlingen i pasientskadesaker, også i fremtiden vil måtte være svært begrenset, og at det må vurderes helt konkret i den enkelte sak hvordan et behov for dette kan løses. Det anbefales derfor ikke å utarbeide retningslinjer om dette.

#### Boks 11.1 **Anbefaling**

Ekspertgruppen anbefaler at NPE og Pasientskadenemnda/Helseklage utarbeider retningslinjer som synliggjør muligheten for direkte kontakt mellom den sakkyndige og erstatningssøker. Vurderingen må i den enkelte sak knyttes til hva som etter den sakkyndiges vurdering er nødvendig for å opplyse saken forsvarlig.

## 11.3 Hjemmebesøk av saksbehandler for å opplyse saken – pilotere retningslinjer, inkludert bruk av videoløsning

### 11.3.1 Innledning

At saksbehandler besøker erstatningssøker hjemme kan være aktuelt for å vurdere behov for fremtidig tilrettelegging av bolig. Særlig gjelder det der det er usikkerhet knyttet til hvordan bosituasjonen er, eller der pasientskadens betydning for fungeringen i hverdagen er usikker. Forutsetningen for hjemmebesøk er at erstatningssøker samtykker til dette. At etatene i for liten grad tar i bruk hjemmebesøk som ledd i saksbehandlingen, har blitt fremmet som en kritikk.

### 11.3.2 Dagens praksis

I NPE er det saksbehandler, sammen med fagveileder, som vurderer om hjemmebesøk er nødvendig og skal gjennomføres. Momenter vil være omfanget av kravet og hvor god beskrivelse av funksjon som finnes i øvrige saksdokumenter. Formålet med et hjemmebesøk er å avklare faktum og at erstatningssøker kan få lagt frem sine synspunkter.

Ekspertgruppens forståelse er at hjemmebesøk oftest er aktuelt å vurdere ved fødselsskade på barn hvor skadeomfanget er vurdert til 80–100 prosent varig medisinsk invaliditet. Det kan også være aktuelt med hjemmebesøk hos voksne skadelidte når det foreligger skader av et visst omfang som medfører behov for tilpasninger i hjemmet.

NPE opplyser at de ikke har mulighet for å hente ut tall for hjemmebesøk ettersom dette ikke er søkbar informasjon i saksbehandlingssystemet. Et anslag må derfor basere seg på saksbehandlernes hukommelse. Under pandemien ble det så å si full stopp i hjemmebesøk. I november 2023 ble

saksbehandlerne spurt om hvor mange hjemmebesøk de hadde gjennomført etter 2021. Det var da snakk om syv hjemmebesøk over en periode på litt under to år. Det fremstår for ekspertgruppen som at det er en mer restriktiv bruk av hjemmebesøk nå enn tidligere, jf. Rolf Gunnar Jørstad som i 2011 beskriver at saksbehandlerne «ofte» reiste på hjemmebesøk i mer omfattende saker.<sup>209</sup>

Ekspertgruppen er kjent med at NPE av og til tilbyr et alternativ til hjemmebesøk i form av personlig møte med erstatningssøker. Dette skjer ofte etter forespørsel fra en advokat, og møtet blir da avholdt på kontoret til advokaten. I saker der det ikke er advokat involvert, blir disse møtene gjort per telefon.

I Helseklage fremkommer det blant annet av fagnotatet om barneutmåling at det skal vurderes om det er nødvendig med «nytt» hjemmebesøk.<sup>210</sup> Det skal da vurderes om det er lenge siden NPE var på hjemmebesøk og om det har skjedd endringer siden den gang. Det skal gjøres en konkret og kritisk vurdering av om hjemmebesøket vil kunne fremskaffe flere opplysninger som er viktig for å avgjøre saken. Som et alternativ vil bruk av spørreskjema kunne erstatte hjemmebesøk i Helseklage. Selv om fagnotatet åpner for at det kan gjennomføres hjemmebesøk, har det etter hva ekspertgruppen forstår kun vært gjort hjemmebesøk én gang siden 2015.

### 11.3.3 Vurdering

Hjemmebesøk er et ressurskrevende tiltak som del av saksbehandlingen. Dels krever det mye tid i forberedelser, gjennomføring og etterarbeid for saksbehandler. I tillegg kommer kostnader i form av reiseutgifter og advokatsalær. Praksis må dessuten ta hensyn til verdien av likebehandling

<sup>209</sup> Jørstad (2011) s. 195.

<sup>210</sup> I fagnotatet omtales ikke saker der det ikke har vært gjennomført hjemmebesøk tidligere.

uavhengig av hvor erstatningssøker bor. For NPE er det i utgangspunktet langt lettere å gjennomføre hjemmebesøk i Oslo enn ute i distriktene. Dagens praksis, med om lag fem hjemmebesøk i året fra NPE og ingen fra Helseklage, må uansett kunne beskrives som restriktiv. Ekspertgruppen vil påpeke at en for restriktiv praksis fra etatenes side kan være prosessdrivende. Det er eksempler på at erstatningssøker har vunnet frem i søksmål for domstolene og det avgjørende har vært at det nå er blitt gjennomført hjemmebesøk.

Ekspertgruppen vil understreke at forvaltningsloven ikke gir erstatningssøker noe krav på at det gjennomføres hjemmebesøk. Det avgjørende vil være hva som er nødvendig for å opplyse saken tilstrekkelig, jf. forvaltningsloven § 17 første avsnitt. Spørsmålet må derfor vurderes i lys av sakens øvrige opplysninger og hva som er alternativer for å fremskaffe ytterligere, nødvendig dokumentasjon.

Ekspertgruppen vurderer at hjemmebesøk fra saksbehandler kan være relevant i beregningsaker der det er antatt å være et behov for større boligtilpasning og/eller betydelige utgifter til pleie og bistand. Samtidig bør etatene vurdere bruk av ny teknologi i form av videoløsninger, som alternativ til det tradisjonelle hjemmebesøket. At fysisk hjemmebesøk fortsatt vil være begrenset til et fåtall saker i året synes klart. Ekspertgruppen vurderer at etatene bør utforme og pilotere retningslinjer for hjemmebesøk.

#### Boks 11.2 **Anbefaling**

Ekspertgruppen anbefaler at NPE og Helseklage utarbeider og piloterer interne retningslinjer for bruk av hjemmebesøk der også alternativ til fysisk oppmøte omtales.

## 11.4 Utprøving av at erstatningssøker får kommentere sakkyndigmandat i noen få, særskilt egnede saker

### 11.4.1 Innledning

At erstatningssøker ikke får anledning til å delta i utformingen av mandatet til den medisinske sakkyndige er blitt rettet som kritikk til ordningen. En slik mulighet før saken sendes til sakkyndig, kan tenkes nyttig med tanke på sakens opplysning. Problemet er samtidig at saksbehandlingstiden vil kunne påvirkes negativt.

### 11.4.2 Dagens praksis

I dag er det saksbehandlerne i NPE og Helseklage, eventuelt Pasientskadenemnda direkte, som avgjør hvilken spesialitet av sakkyndige som skal vurdere saken, og hvilke spørsmål som skal stilles i mandatet. I vedlegget til malen for mandat til sakkyndige, skriver Helseklage at den sakkyndige må opplyse etaten dersom vedkommende vurderer at oppdraget ligger utenfor vedkommendes «kompetanse/erfaring eller medisinske spesialitet».<sup>211</sup> Tilsvarende står i malen til mandat fra NPE, og i NPEs *Veileder til å utarbeide sakkyndigvurdering*.

I mandatet formulerer saksbehandler i NPE og Helseklage de spørsmål som ønskes besvart. Videre gis en kort oppsummering av sykehistorien basert på tilgjengelig dokumentasjon. På dette punkt oppfordres den sakkyndige til å gjøre eventuelle rettinger, eventuelt tilføyelser der det er nødvendig (gjelder bare NPE). Erstatningssøker blir orientert når saken sendes til sakkyndig for vurdering, men får ikke tilsendt mandatet til kommentar. Med mindre erstatningssøker ber om inn-

syn i mandatet, får vedkommende heller ikke se oppsummeringen av sykehistorikken og spørsmålene, før den endelige sakkyndige vurderingen foreligger.

Erstatningssøker får i de fleste sakene mulighet til å kommentere den sakkyndige vurderingen før vedtak fattes. På hvilket tidspunkt dette gjøres i NPE, er avhengig av sannsynlig utfall av saken. I Helseklage sendes vurderingene som en klar hovedregel til kommentering når erklæringen er mottatt. Ved behov blir kommentarene fra erstatningssøker forelagt den sakkyndige på nytt for besvarelse av tilleggsspørsmål. I visse tilfeller kan det også være behov for å innhente vurdering fra en ytterligere sakkyndig med en annen spesialitet enn den som allerede har vært inne i saken.

### 11.4.3 Vurdering

Ekspertgruppen vil fremheve at det å få se mandatet før det sendes ut til den sakkyndige, ikke er noe man har krav på etter forvaltningsloven. Etter den generelle bestemmelsen i § 17 første avsnitt, er spørsmålet om saken er «så godt opplyst som mulig». Noe generell plikt til å forelegge mandatet før det sendes ut, er det således ikke. Loven er fokusert på resultatet, altså om saken er godt nok utredet. På den andre side gjelder det selvsagt heller ikke noe forbud mot at erstatningssøker blir konsultert på forhånd, noe som altså ikke blir praktisert i dag.

Gjennomføring av et slikt tiltak i alle saker vil føre til betydelig økt saksbehandlingstid, og da særlig i NPE siden omfanget av bruk av sakkyndige er større der enn i Helseklage. Erstatningssøker vil måtte få en frist til å komme med innspill. Selv om kommentarene kan komme raskt, vil det være naturlig å operere med en frist overfor erstatningssøker på tre til fire uker. Dette tilsvarer det som i dag ellers er vanlig praksis i etatene ved behov for ytterligere opplysninger/kommentarer fra erstatningssøker. I tillegg kommer spørsmå-

<sup>211</sup> Rutine Mandat til ekstern sakkyndig. Del 1 – Generelt om spesialisterklæringen, Helseklage (2024).

let om hvordan innspill fra erstatningssøker skal håndteres. Det er ikke uten videre gitt at saksbehandler er enig i de forslag som kommer. Skal det stilles flere spørsmål til den sakkyndige, eventuelt ved sider av saken som forutsetter at flere sakkyndige kobles inn, vil det kunne få betydning for saksbehandlingstiden.

Samtidig ser ekspertgruppen grunner for at NPE og Helseklage i noen tilfeller bør vurdere å trekke inn erstatningssøker i prosessen med utforming av mandatet. En imøtekommende og forståelsesfull holdning vil her i konkrete saker, kunne øke tilliten og forankres i prinsippene for god forvaltnings-skikk. I tillegg vil en slik forberedende runde kunne sikre at saken er godt utredet og slik forebygge en ny runde med ekstraspørsmål til sakkyndig, eventuelt klage over vedtaket eller søksmål for domstolene.

Fordi det å få se og kommentere mandatet i forkant av utsending, ikke følger av forvaltningsloven, er det uten videre klart at etatene også står fritt til å vurdere hvordan eventuelle innspill skal håndteres. Med all den usikkerheten som her er nevnt knyttet til hvordan dette vil fungere i praksis og påvirke saksbehandlingstiden, vurderer ekspertgruppen at det aktuelle er en utprøving gjennom et pilotprosjekt begrenset til en håndfull saker, først i NPE. Erfaringene man her høster, kan så danne grunnlag for hva man videre skal gjøre. Ekspertgruppen antar egnede pilotsaker kan være saker som er av stor velferdsmessig betydning, har versert lenge i systemet og der erstatningssøker gir uttrykk for mistillit til den forvaltningsmessige håndteringen. Med en slik innretning er det vanskelig å se for seg at et pilotprosjekt skal få negativ betydning for saksavviklingen.

### Boks 11.3 **Anbefaling**

Ekspertgruppen anbefaler at NPE, som et pilotprosjekt, prøver ut å la erstatningssøker få kommentere mandatet før utsending til sakkyndig i noen få, særskilt egnede saker.

## 11.5 Anbefalinger

- Ekspertgruppen anbefaler at NPE og Helseklage utarbeider retningslinjer som synliggjør muligheten for direkte kontakt mellom den sakkyndige og erstatningssøker. Vurderingen må i den enkelte sak knyttes til hva som etter den sakkyndiges vurdering er nødvendig for å opplyse saken forsvarlig.
- Ekspertgruppen anbefaler at NPE og Helseklage utarbeider og piloterer interne retningslinjer for bruk av hjemmebesøk der også alternativ til fysisk oppmøte omtales.
- Ekspertgruppen anbefaler at NPE, som et pilotprosjekt, prøver ut å la erstatningssøker få kommentere mandatet før utsending til sakkyndig i noen få, særskilt egnede saker.

# 12 Bedre kommunikasjon med helsepersonell og helsetjenesten

## 12.1 Innledning

Selv om pasientskadeordningen skal ha «pasienten i fokus», er det i tillegg viktig at den har tillit hos helsepersonell, også de som er innklaget. Slik kan samarbeidet mellom etatene og helsevesenet fremmes i behandlingen av enkeltsaker. Kunnskap om ordningen og etatenes arbeid, kan dessuten ha en positiv effekt på rekruttering av sakkyndige.

Samtidig er tilstrekkelig kunnskap om ordningen ved behandlingsstedene med på å styrke pasientenes tillit til «systemet». Mye av informasjonen om Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) og Pasientskadenemnda/Helseklage får pasientene av de som gir dem helsehjelp. At helsepersonell er kjent med ordningen og vilkårene for å få erstatning, og på den måten kan gi riktig og god informasjon, er derfor viktig. Informasjonen pasienten får i sin kontakt med behandlende helsepersonell, kan skape forventninger til erstatningssaken.

Ekspertgruppen er kjent med at flere som melder saker til pasientskadeordningen er opptatt av at tilsvarende skader ikke skal ramme andre. Det forventes gjerne at helsevesenet bruker vurderingene til etatene i sitt pasientsikkerhetsarbeid.

Kommunikasjonen mellom etatene og behandlingsstedene – altså både helsepersonell og helsetjenesten som sådan – er derfor viktig av flere grunner. Mulige forbedrende tiltak i den sammenheng, er tema for dette kapitlet.

## 12.2 Dagens situasjon

NPE har et forskriftsfestet ansvar for at det blir utarbeidet og formidlet informasjon om erstatningsordningen og pasientskadeloven til helsepersonell og pasienter.<sup>212</sup> NPE oppgir til ekspertgruppen i denne forbindelse, at de over tid har hatt samarbeid med enkelte profesjonsforeninger. I 2023 hadde de blant annet møter med Sykepleierforbundet, Tannlegeforeningen og Legeforeningen for å informere om ordningen. NPE opplyser til ekspertgruppen at tilstedeværelse på blant annet helsefaglige årsmøter og konferanser er ønskelig. De har en ambisjon om å øke slik deltakelse ytterligere. Det påpekes samtidig at dette er ressurskrevende. Videre oppgir NPE at innlegg og kronikker i tidsskrifter, aviser og lokale og nasjonale medier har vært høyt prioritert de siste fire årene. Fokuset har vært å løfte pasientsikkerhets-

<sup>212</sup> Forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda § 4.



perspektivet og informere om retten til å søke erstatning.

Helsepersonell kan også bli kjent med ordningen gjennom informasjon som gis underveis i saksgangen. Innklaget behandlingssted blir blant annet orientert om saken ved at NPE i forbindelse med utredningen, innhenter uttalelse og journaldokumentasjon. I enkelte saker ber NPE også om kommentarer til den sakkyndiges vurderinger. Hovedregelen er likevel at behandlingsstedene får den sakkyndige erklæringen til orientering samtidig som de får kopi av avslagsvedtak eller den foreløpige vurderingen i saker som går mot medhold. I tillegg informerer NPE innklaget behandlingssted om at saken sendes til Pasientskadenemnda/Helseklage for klagebehandling.

I dag får det innklagede behandlingsstedet ingen informasjon fra Helseklage før det eventuelt er tatt ut stevning i saken. Tidligere var praksis å oversende kopi av vedtaket i klagesaken. På spørsmål fra ekspertgruppen, oppgir Helseklage at bakgrunnen for dagens praksis er at vedtaket kan omhandle flere innklagede behandlingssteder. Synspunktet er at det vil være i strid med taushetsplikten at for eksempel en tannlege får oversendt et vedtak som også omhandler pasientens øvrige helseforhold. Behandlingsstedene blir heller ikke orientert om de sakkyndige vurderingene Helseklage innhenter. På forespørsel fra ekspertgruppen, oppgir Helseklage at det er «viktig å gi behandlingsstedene tilbakemelding, men dette er først og fremst ment ivaretatt av førstinstansen NPE, som håndterer flere pasientskadesaker/flere behandlingssteder, og som også har dette i sitt oppdrag».

## 12.3 Vurdering

Helsepersonell plikter å informere om adgangen til å søke om erstatning hos NPE dersom pasienten har blitt «påført skade eller alvorlige komplikasjoner».<sup>213</sup> At helsepersonell er kjent med ordningen og vilkårene for å få erstatning, og på den måten kan gi riktig og god informasjon, er etter ekspertgruppens oppfatning derfor åpenbart viktig. Samtidig er det viktig at det ikke er helsepersonellet på behandlingsstedene som vurderer om vilkårene for erstatning er oppfylt eller ikke. Dette er det etatene som skal avgjøre. Erstatningssøker som har fått «beskjed» om at han eller hun har krav på erstatning av sin behandler, kan miste tillit til systemet dersom NPE og Pasientskadenemnda/Helseklage kommer til motsatt konklusjon.

Ekspertgruppen støtter tiltak rettet mot helsepersonell med formål å øke bevisstheten om hva pasientens muligheter og rettigheter er etter en skade eller svikt. Dette korresponderer også med anbefalinger fra Varselutvalget.<sup>214</sup>

Ekspertgruppen deler NPE sin oppfatning om at økt samarbeid med og økt synlighet overfor profesjonsforeningene for å styrke kunnskap om ordningen, vil være både hensiktsmessig og viktig. Etter gruppens syn kan dette både bidra til økt kjennskap om ordningen og til at helsepersonell kan gi bedre informasjon til pasienter. Samtidig ser ekspertgruppen at en videreutvikling av slike aktiviteter kan være ressurskrevende for etaten. Ekspertgruppen vurderer at NPE bør prioritere sitt utadrettede informasjonsarbeid så langt det finnes forsvarlig i lys av den samlede ressursituasjonen.

<sup>213</sup> Se pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 fjerde avsnitt, jf. helsepersonelloven § 10.

<sup>214</sup> Varselutvalget, *Fra varsel til læring og forbedring*, anbefaling nr 5.

Ekspertgruppen mener at kommunikasjonen mellom Helseklage og behandlingsstedene må bli bedre. Dette er særlig viktig i saker hvor Helseklage har innhentet en sakkyndigvurdering som konkluderer annerledes enn sakkyndigerklæringen innhentet av NPE. Taushetsplikten utgjør her ikke noe hinder så lenge man sørger for å gjøre et nødvendig «sladdearbeid», slik praksis er i NPE.

Det kan også være hensiktsmessig å se på om det er forbedringspunkter i kommunikasjonen mellom etatene og behandlingsstedene. For ekspertgruppen fremstår det som særlig viktig at det tydelig og gjentatt blir formidlet at det ikke er noe krav til skyld etter pasientskadeordningen. Ekspertgruppen er kjent med at pasienter i noen tilfeller vegrer seg for å klage inn «legen sin», da man er usikker på hvordan dette vil bli oppfattet av vedkommende og om det kan få negative konsekvenser for den framtidige behandlingsrelasjonen. At helsepersonell er velinformerte og trygge på hva ordningen innebærer kan dermed bygge tillit til ordningen hos alle involverte.

## 12.4 Anbefaling

- Ekspertgruppen anbefaler at NPE og Helseklage vektlegger kommunikasjon med helsepersonell og helsetjenesten for å fremme økt kunnskap om pasientskadeordningen og styrke koblingen til pasientsikkerhetsarbeidet.
- Ekspertgruppen anbefaler at Helseklage i større grad informerer innklaget behandlingssted om saksutfall, særlig dersom en ny sakkyndigvurdering avviker fra tidligere vurderinger.

## 13 Økonomiske og administrative konsekvenser

Det følger av mandatet at ekspertgruppen skal «utrede de økonomiske og administrative konsekvensene av sine forslag, inkludert hvordan de foreslåtte tiltakene ev. vil påvirke saksbehandlingstid mv.». Gruppen har kommet med fire hovedanbefalinger og 29 ordinære anbefalinger. De fire hovedanbefalingene uttrykker hva gruppen vurderer som de viktigste og mest virkningsfulle tiltakene. Utover dette kommer ikke gruppen med en prioritering av anbefalingene eller tidslinje for implementering. Dette er forhold som vil ha betydning for omfanget av de økonomiske og administrative konsekvensene. For flere av anbefalingene har gruppen valgt å være tilbakeholdne med å gi detaljerte føringer ettersom det er forhold etatene er best stilt til å vurdere. Dette gjør det også vanskelig å beregne økonomiske og administrative konsekvenser. Ekspertgruppen ønsker likevel å komme med enkelte betraktninger om forventede konsekvenser.

Ekspertgruppen har lagt til grunn for sine vurderinger og anbefalinger at tiltak i stor grad kan gjennomføres innenfor dagens økonomiske rammer. Noen av de foreslåtte tiltakene vil imidlertid ha økonomiske og administrative konsekvenser. Gruppen har i arbeidet med rapporten bedt NPE og Helseklage om vurderinger rundt konsekvenser ved ulike tiltak.

Enkelte av gruppens anbefalinger vil medføre endringer i organisering med betydning for ansattes arbeidsoppgaver. Dette gjelder hovedanbe-

falingene om én sak – én saksbehandler i NPE, opprettelse av Helseklages Team ekspress, og en mer nyansert praksis rundt retur av omgjøringsaker fra Pasientskadenemnda/Helseklage til NPE. Disse tiltakene vil kreve ressurser til opplæring av saksbehandlere i ny arbeidsform i en overgangsperiode, samt særlig en styrking i bredden av etatenes fagkompetanse innen beregning av erstatningssum. Gruppen vurderer at konsekvensene vil være kortvarige, og at endringene vil medføre gevinster knyttet til effektiv ressursbruk og raske saksbehandling i sum.

Ledende sakkyndig innenfor det enkelte fagområde i NPE, skal kunne kvalitetssikre andre sakkyndiges vurderinger, bidra til likebehandling av erstatningssøkere, være en sparringspartner i kompliserte saker og vurdere behovet for fagmøter. Ekspertgruppen anbefaler at det settes av om lag 500 000 kroner i budsjettet til NPE til implementering av ordningen med ledende sakkyndig. Gruppen har ikke vurdert om dette kan gjennomføres innenfor NPEs nåværende budsjett-ramme. Gruppen har tatt utgangspunkt i at den ledende sakkyndige får betalt etter samme sats som avtalesakkyndige (for 2024 er satsen 1215 kroner i timen), noe som tilsier i overkant av 400 timer i året samlet sett, til slikt kvalitetsarbeid. Videre har gruppen pekt på at det kan være aktuelt å starte med noen av de største fagområdene som ortopedi og kreft, men at NPE ut over dette må vurdere hvor behovet er størst. Tiltaket kan medføre økt behov for midler etter hvert som

det skaleres opp til å omfatte flere fagområder. Gruppen vurderer at en slik ordning isolert sett kan føre til noe lenger saksbehandlingstid i noen saker, kanskje først og fremst i forbindelse med implementering.

Flere av anbefalingene fra ekspertgruppen innebærer at NPE og/eller Pasientskadenemnda/Helseklage skal etablere rutiner, gjennomgå eksisterende praksis eller etablere samarbeid med for eksempel profesjonsorganisasjoner. Gjennomføringen av slike tiltak vil kunne skje innenfor eksisterende budsjетtrammer, men krever at saksbehandlere og andre ressurser i en fase bruker tid på dette fremfor saksbehandling. På sikt skal tiltakene bidra til god og effektiv saksbehandling.

Ekspertgruppen har i kapittel 11 vurdert mulige tiltak hvor erstatningssøker i større grad blir direkte involvert i å opplyse sin sak i særskilte tilfeller. Gruppen anbefaler blant annet at etatene utarbeider retningslinjer for direkte kontakt mellom medisinsk sakkyndig og erstatningssøker og utarbeider og piloterer retningslinjer for hjemmebesøk hos erstatningssøker. Kostnadene til å iverksette tiltakene, og betydningen for gjennomsnittlig saksbehandlingstid, vil avhenge av hvordan retningslinjene utformes og i hvilken grad etatene tar dette i bruk. Ekspertgruppen har understreket at det er forvaltningslovens krav om forsvarlig saksforberedelse, jf. § 17 første avsnitt, som er avgjørende for om direkte kontakt eller hjemmebesøk skal skje. Det er således ikke snakk om å innføre nye saksbehandlingsrettigheter. At det blir utferdiget rutiner, vil sannsynligvis øke bruken av direkte kontakt en del, men gruppen vurderer at det i dag kan være et underforbruk. For direkte kontakt mellom erstatningssøker og sakkyndig, må den sakkyndige honoreres iht. gjeldende sats for timebruk. Utgangspunktet er at møtet vil ha form av en telefonsamtale eller et digitalt møte. Dette vil trolig i liten grad påvirke samlet saksbehandlingstid da alternativet i noen

tilfeller er mer tidkrevende prosedyrer knyttet til innhenting av dokumentasjon. Gruppen vurderer at hjemmebesøk av saksbehandler er et ressurskrevende tiltak som krever tid i forberedelser, gjennomføring og etterarbeid for saksbehandler, samt kostnader i form av reiseutgifter (med mindre hjemmebesøket gjøres digitalt) og advokatsalær. I tillegg kommer konsekvenser for saksbehandlingstid, som i noen tilfeller ved hjemmebesøk kan være betydelig. Gruppen antar imidlertid at det er et fåtall saker hvor dette vil være aktuelt. Etatene må vurdere kostnadene opp mot nytten i arbeidet med retningslinjer og pilotering.

Gruppen har samlet sett i sine anbefalinger balansert hensynene til kvalitet, tillit og saksbehandlingstid. Videre har gruppens utgangspunkt vært å vurdere den samlede effekten av tiltak på saksbehandlingstid gjennom hele saksforløpet. Bedre veiledning til erstatningssøker, samt økt kvalitet på utredning av saken i førsteinstans, kan føre til at færre klager saken sin videre til Pasientskadenemnda/Helseklage, noe som vil kunne korte ned saksbehandlingstiden samlet sett.

Gruppen vurderer at noen av tiltakene kan være ressursbesparende. Større grad av automatisert saksbehandling, samt at merkantilt personell utfører administrative oppgaver som nå ligger til saksbehandlere, kan bidra til bedre ressursutnyttelse og høyere effektivitet.

Ekspertgruppen viser for øvrig til de løpende vurderingene av konsekvenser av tiltakene i kapitlene 5-12.

# Kildeliste

## Lover

Forvaltningsloven (1967). *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker* (LOV-1967-02-10)

Skadeserstatningsloven (1969). *Lov om skadeserstatning* (LOV-1969-06-13-26)

Psykisk helsevernloven (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62)

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63)

Pasientskadeloven (2001). *Lov om erstatning ved pasientskader mv.* (LOV-2001-06-15-53)

Offentleglova (2006). *Lov om rett til innsyn i dokument i offentlig verksemd* (LOV-2006-05-19-16)

Språklova (2021). *Lov om språk* (LOV-2021-05-21-42)

## Forskrifter

Forskrift om menerstatning ved yrkesskade. (FOR-1997-04-21-373)

Forskrift om Statens helsepersonellnemnd – organisering og saksbehandling. (FOR-2000-12-21-1383)

Forskrift om Norsk pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda. (FOR-2002-12-20-1625)

Forskrift til forvaltningsloven (forvaltningslovforskriften). (FOR-2006-12-15-1456)

Forskrift til offentliglova (offentlegforskriften). (FOR-2008-10-17-1119)

Forskrift om dekning av pasienters utgifter til advokat etter pasientskadeloven § 11 FOR-2009-03-27-357

Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften). (FOR-2016-12-08-1482)

Forskrift om pasientjournal (pasientjournalforskriften). (FOR-2019-03-01-168)

Forskrift om menerstatning ved pasientskader. (FOR-2021-03-01-622)

Forskrift til universitets- og høyskoleloven (universitets- og høyskoleforskriften). (FOR-2024-06-28-1392)

## Interne retningslinjer i etatene

### Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage):

*Booking av legemøter med interne sakkyndige*, oppdatert versjon 24.04.2024

*Fagnotat om barneutmåling*, oppdatert versjon av 23.06.2023

*Fløter-rutine for mottak av ny sak og henvendelser i pasientskadesaker fra NPE som ligger i kø*, oppdatert versjon 02.05.2024

*Første gjennomgang av ny klagesak, versjon per 13.04.2021*

*Hvem kan møte i Pasientskadenemndas møter?, sist oppdatert 26.02.2021*

*Innhente vurdering fra ekstern sakkyndig – samling av rutiner for Helseklage, oppdatert versjon 15.02.2024*

*Innhente vurdering fra intern rådgivende lege, tannlege eller farmasøyt, oppdatert versjon 15.02.2024*

*Innsyn, oppdatert versjon 22. september 2022*

*Innsyn etter offentleglova, datert desember 2023.*

*Mandat til ekstern sakkyndig. Del 1 – Generelt om spesialisterklæringen, versjon 25.10.2021*

*Mindreåriges partsrettigheter, oppdatert versjon 22.05.2024*

*Nye brev/krav i avsluttede saker – spørsmål om gjenopptak, versjon 29.11.2022*

*Når saken er klar for behandling i Pasientskadenemnda, versjon 7.11.2023*

*Purrerutine for innhenting av journaldokumentasjon, versjon per mars 2024*

*Retur av saker til Norsk pasientskadeerstatning, datert 1.09.2021*

*Habilitetsrutine - Generelt om habilitet og habilitetsrutinen, versjon per 21.06.2022*

*Rutine for håndtering av telefonhenvendelse fra brukere, versjon 23.03.2023*

*Rutine for prioritering av saker, versjon per 6. mars 2024*

*Vedlegg/liste til delegasjonsfullmakten – begrensninger. Gyldig fra 01.01.2023*

*Veiledning til saksbehandler/advokat i å attestere honorarkrav fra eksterne sakkyndige, versjon av 27.11.2023*

### **Norsk Pasientskadeerstatning (NPE):**

*Anskaffelse av sakkyndigtjenester. Vedlegg 1 – Krav til sakkyndig og tjenesteleveransen, gjeldende per 01.04.2024*

*Behandling av ADHD-saker ansvarsutredning, versjon per 10.11.2023*

*Dekning av advokatutgifter, versjon per 04.12.2023*

*Gjenopptak – ansvar, versjon er 01.06.2021*

*Gjenopptak av erstatningsberegning, versjon per 19.12.2022*

*Mindreåriges rettigheter etter forvaltningsloven, versjon per 26.06.2020*

*Prioritering av de alvorligste sakene i saksbehandlingen, versjon per 28.11.2016*

*Rutinehåndbok for NPE, digital versjon, oppdatert versjon av 15.03.2024*

*Rutine om fullmakter til å sende ut forslag om erstatning og honorar samt til å budsjett disponere erstatninger og honorarer, datert 24.03.2024*

*Rutinehåndbok for NPE, oppdatert versjon av 07.02.2024*

*Veileder ende-til-ende-saksbehandling, oppdatert versjon av 13.06.2023*

*Veileder normvedtak, oppdatert versjon per 20.03.2024*

*Veileder for sakkyndigmøter i NPE*, gjeldende per 01.04.2024

*Vurdering av habilitet for saksbehandlere, ledere og sakkyndige i NPE*, oppdatert versjon av 29.09.2022.

## Proposisjoner

Ot.prp nr. 3 (1976–77). Om behandlingsmåten i forvaltningssaker (regler om taushetsplikt m.m.)

Ot.prp.nr 31 (1998–1999). Om lov om erstatning ved pasientskader (pasientskadeloven)

Prop. 119 S (2014–2015). Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2015

Prop. 9L (2015–2016). Endringer i helselovgivningen (Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten mv.)

Prop. 8 L (2022–2023). Endringer i helselovgivningen (organisering av klagenemndene, behandling av personopplysninger i pasientskadesaker m.m.)

## Rettspraksis og annen praksis

Rt-2007-172

Rt. 2013 -1167

Rt-2013-769

HR-2022-1132-A

Sivilombudets sak 2022/1133

## Litteraturliste

Askeland, Bjarte (2024): «Gyldendal Rettsdata, lovkommentar til pasientskadeloven», versjon 14.01.2024.

Bernt, Camilla og Bernt Jan Fridthjof (2018): *God forvaltningsskikk: Rettssikkerhet, kommunikasjon og konfliktforståelse i forvaltningen*, Oslo 2018.

Bernt, Jan Fridthjof (2017): «Gyldendal Rettsdata, lovkommentar til forvaltningsloven», versjon 06.12.2017.

Eckhoff, Torstein og Smith, Eivind (2022): *Forvaltningsrett*, 12. utgave, Oslo 2022.

Graver, Hans Petter (2019): *Alminnelig forvaltningsrett*, 5. utgave, Oslo 2019

Haugen, Ragnhild og Søvig, Karl Harald (2023): «Pasientskadeerstatning i Skandinavia», s 161-176 i Dahlin, M., Garland, J., Lind, A., Singer, A., Slokenerga, S. (red.), *Festskrift til Elisabeth Rynning. Integritet och rättssäkerhet inom och bortom den medicinska rätten*, Stockholm 2023.

Jørstad, Rolf Gunnar (2011): «Avgjøringsorganer og saksbehandlingsregler», s. 189-207 i Aslak Syse, Morten Kjelland og Rolf Gunnar Jørstad (red.), *Pasientskaderett*, Oslo 2011.

Kjelland, Morten (2023/2024): «Karnov, lovkommentar til pasientskadeloven», versjon 17.10.2023 og 20.02.2024

Syse, Aslak (2011a): «Pasientskadeloven med kommentarer», s. 91-185 i Aslak Syse, Morten Kjelland og Rolf Gunnar Jørstad (red.), *Pasientskaderett*, Oslo 2011.

Syse, Aslak: «Pasientskaderett» (2011b), s. 21-89 i Aslak Syse, Morten Kjelland og Rolf Gunnar Jørstad (red.), *Pasientskaderett*, Oslo 2011.

Woxholth, Geir (2011): *Forvaltningsloven med kommentarer*, 5.utgave, Oslo 2011.

## Offentlige publikasjoner

Fra varsel til læring og forbedring: Rapport fra utvalg oppnevnt for å vurdere varselordningene til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (2023)

NOU 2019: 5 Ny forvaltningslov — Lov om saksbehandlingen i offentlig forvaltning (forvaltningsloven)

NOU 2019: 14 Tvangsbegrensingsloven — Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten

NOU 2023: 11 Raskt og riktig — En helhetlig gjennomgang av klage- og ankesystemet i Arbeids- og velferdsetaten og Trygderetten

Riksrevisjonen (2020). Undersøkelse av årsaker til lang saksbehandlingstid på pasientskadeområdet.

Tildelingsbrev til Helseklage for 2024, Helse- og omsorgsdepartementet.

Tildelingsbrev til Norsk pasientskadeerstatning for 2024, Helse- og omsorgsdepartementet.

Årsrapport NPE 2022

Årsrapport NPE 2023

## Annet

Delegasjon av avgjørelsesmyndighet i pasientskadesaker. Datert 8. mars 2023.

Digdir (u.å.), «Kor mange opplever digitalt utanforskap?» Kor mange opplever digitalt utanforskap? | Digdir

Innst. 245 S (2022–2023). Innstilling til Stortinget fra Helse- og omsorgskomiteen. Dokument 8:80 S (2022–2023).

Helsedirektoratet (2021). Helsekompetanse – kunnskap og tiltak [nettdokument]. (siste faglige endring 16. februar 2021). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse>

Helsedirektoratet (2022). Felles kompetansemål.

Helseklage. «Vil du vera helsefagleg sakkunnig?» <https://helseklage.no/informasjon-til-nemnd-medlemmer-sakkyndige-og-behandlingssteder/informasjon-til-sakkyndige/vil-du-vera-helsefagleg-sakkunnig/>

Helseklage «Hva er en sakkyndig?». <https://www.helseklage.no/nemndene-vi-er-sekretariat-for/pasientskadenemnda/spoersmaal-og-svar-om-pasientskadeordningen/hva-er-en-sakkyndig/>

Helseklage/NPE. *Møtes på halvveien*. Intern rapport levert juni 2022

Helseklage. *Effektive nemndavgjørelser*. Intern rapport levert 13.05.2022.

Helseklage (2020). *Rapport om etableringen av Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten*.



Helseklage «Dette er rollen til medisinsk sakkyndig i klager på pasientskadeerstatning». <https://helseklage.no/nyheter/dette-er-rollen-til-medisinsk-sakkyndige-i-klager-paa-pasientskadeerstatning/>

Justis- og beredskapsdepartementet (2003) «§§ 11 og 17 -Veilednings- og informasjonsplikt i kommunikasjon med personer som ikke har tilstrekkelige norskkunnskaper». Tolkningsuttalelse.

Norsk Pasientskadeerstatning. Den unike norske pasientskadeordningen fyller 35 år <https://www.npe.no/no/Om-NPE/aktuelt/den-unike-norske-pasientskadeordningen-fyller-35-ar/> Sist oppdatert januar 2023.

Norsk Pasientskadeerstatning. Finansiering av ordningen <https://www.npe.no/no/Om-NPE/Organisasjon/Finansiering-av-ordningen/>. Sist oppdatert januar 2022.

Notat *Gjennomgang av delegasjonsvedtak 2019 - mars 2023 - vurdering*, datert 12. mai 2023

Notat *Oppsummering fra møte mellom nemndleder Kjetil Gjøen, nemndmedlem Øyvind Vennesland og avdelingsdirektørene i sekretariatet, Live Halmø og Vivian Erstad, primo juni 2023*

Pasient- og brukerombudet «Hvordan kan vi hjelpe?». <https://www.pasientogbrukerombudet.no/hvordan-kan-vi-hjelpe>

Regjeringen.no, Pasientskadeordningen gir gratis hjelp ved behandlingssvikt. Sist oppdatert 16.03.2017.

Språkrådet (u.å). Kort om klarspråk. <https://sprakradet.no/klarsprak/kunnskap-om-klarsprak/kort-om-klarsprak/>

Rollen som sakkyndig tannlege ved statens barnehus, utarbeidet av Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst, oppdatert 13.04.2023.

# Vedlegg

**Tabell 1.1** Styringsparametere og rapporterte resultater for NPE 2019–2023

År	Styringsparametere	Rapporterte resultater
2023	85 % av sakene der erstatningssøkeren er tilkjent erstatning (medholdssakene) skal være ferdigbehandlet innen det har gått 24 måneder. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for disse sakene skal ikke overstige 14 måneder.	89 % av disse sakene ble avsluttet innen 24 måneder. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for disse sakene var 12,6 måneder.
	90 % av sakene der erstatningssøkeren ikke tilkjennes erstatning (avslagssakene) skal være ferdigbehandlet innen det har gått 12 måneder. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for disse sakene skal ikke overstige 6 ½ måneder	88 % av disse sakene ble avsluttet innen 12 måneder og gjennomsnittlig saksbehandlingstid var 6,6 måneder.
	NPE skal i 2023 ikke ha saker som har vært under ansvarsvurdering lengre enn to år. Videre skal under fem prosent av de løpende beregningssakene ha vært under beregning over to år.	Ved årets avslutning var det ni saker som hadde vært under ansvarsvurdering lengre enn to år, og 35 løpende beregningssaker (5,5 %) som hadde vært under beregning i over to år.
2022	80 % av sakene der erstatningssøkeren er tilkjent erstatning (medholdssakene) skal være ferdigbehandlet innen det har gått 24 måneder. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for disse sakene skal ikke overstige 16 ½ måneder.	86 % av disse sakene ble avsluttet innen 24 måneder. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for disse sakene var 13,9 måneder.
	90 % av sakene der erstatningssøkeren ikke tilkjennes erstatning (avslagssakene) skal være ferdigbehandlet innen det har gått 12 måneder. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for disse sakene skal ikke overstige 6 ½ måneder	89 % av disse sakene ble avsluttet innen 12 måneder og gjennomsnittlig saksbehandlingstid var 6,6 måneder.
	NPE skal i 2022 ikke ha saker som har vært under ansvarsvurdering lengre enn to år. Videre skal under fem prosent av de løpende beregningssakene ha vært under beregning over to år.	Ved årets avslutning var det seks saker som hadde vært under ansvarsvurdering lengre enn to år, og 43 løpende beregningssaker (5,8 %) som hadde vært under beregning i over to år.

År	Styringsparametere	Rapporterte resultater
2021	70 % av sakene der erstatningssøkeren er tilkjent erstatning (medholdssakene) skal være ferdigbehandlet innen det har gått 24 måneder. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for disse sakene skal ikke overstige 21 måneder	84 % av disse sakene ble avsluttet innen 24 måneder. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for disse sakene var 15,1 måneder.
	85 % av sakene der erstatningssøkeren ikke tilkjennes erstatning (avslagssakene) skal være ferdigbehandlet innen det har gått 12 måneder. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for disse sakene skal ikke overstige 7 ½ måneder	90 % av disse sakene ble avsluttet innen 12 måneder. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for disse sakene var 6,6 måneder.
	NPE skal i 2021 ikke ha saker som har vært under ansvarsvurdering lengre enn to år. Videre skal under fem prosent av de løpende beregningssakene ha vært under beregning over to år.	Ved årets avslutning var det seks saker som hadde vært under ansvarsvurdering lengre enn to år, og 50 (5,4 %) løpende beregningssaker som hadde vært under beregning i over to år.
2020	70 % av sakene der erstatningssøkeren er tilkjent erstatning (medholdssakene) skal være ferdigbehandlet innen det har gått 24 måneder. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for disse sakene skal ikke overstige 22 måneder.	72,5 % av disse sakene ble avsluttet innen 24 måneder og gjennomsnittlig saksbehandlingstid var 19,7 måneder.
	85 % av sakene der erstatningssøkeren ikke tilkjennes erstatning (avslagssakene) skal være ferdigbehandlet innen det har gått 12 måneder. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for disse sakene skal ikke overstige åtte måneder.	85,9 % av disse sakene ble avsluttet innen 12 måneder og gjennomsnittlig saksbehandlingstid var 7,5 måneder.
	NPE skal i 2020 ikke ha saker som har vært under ansvarsvurdering lengre enn to år. Videre skal under fem prosent av de løpende beregningssakene ha vært under beregning over to år.	Ved årets avslutning var det fire saker som hadde vært under ansvarsvurdering lengre enn to år, og 47 (4,5 %) løpende beregningssaker som hadde vært under beregning i over to år.

År	Styringsparametere	Rapporterte resultater
2019	70 % av sakene der erstatningssøkeren er tilkjent erstatning (medholdssakene) skal være ferdigbehandlet innen det har gått 24 måneder. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for disse sakene skal ikke overstige 22 måneder.	81 % av disse sakene var avsluttet innen 24 måneder. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for disse sakene er ikke oppgitt.
	85 % av sakene der erstatningssøkeren ikke tilkjennes erstatning (avslagssakene) skal være ferdigbehandlet innen det har gått 12 måneder. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for disse sakene skal ikke overstige åtte måneder	65 % av disse sakene ble avsluttet innen 12 måneder. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for disse sakene er ikke oppgitt.
	NPE skal halvere antall saker som har vært under ansvarsutredning eller beregning i mer enn to år. Målet for 2019 var 94 saker.	Ved årets avslutning var det 98 saker som hadde vært under ansvarsvurdering i mer enn to år.

**Tabell 1.2** Styringsparametre og rapporterte resultater for Helseklage 2019–2023

År	Styringskrav for pasientskadeordningen	Rapporterte resultater
2023	Gjennomsnittlig saksbehandlingstid skal ikke overstige 12 måneder pr. 31.12.2023	Ved utgangen av 2023 var den gjennomsnittlige saksbehandlingstiden på alle pasientskadesaker sett under ett 13,8 måneder.
	Samlet saksavvikling for 2023 skal tilsvare samme nivå som i 2022	Fremgår indirekte av årsrapport at målet er nådd.
2022	Alle saker mottatt før 31. desember 2019 skal være avviklet innen utgangen av 2022.	Ved årsskiftet var det i underkant av 20 saker mottatt før 2019 fortsatt under arbeid, hovedsakelig i påvente av sakkyndig vurdering.
	Samlet saksavvikling i 2022 skal øke med 18 prosent.	Økningen fra 2021 var på to prosent. Forklarer dette med at etaten har prioritert eldre saker som er tidkrevende.

År	Styringskrav for pasientskadeordningen	Rapporterte resultater
2021	<p>Alle saker innkommet før 31.12.2018 skal være avviklet innen utgangen av 2021.</p> <p>Avvikle 600 saker som er innkommet i 2019 innen utgangen av 2021.</p> <p>Samlet saksavvikling skal øke med 25 prosent.</p> <p>Helseklage skal utarbeide en plan for å nå 12 måneders gjennomsnittlig saksbehandlingstid innen utgangen av 2023.</p>	<p>Fremgår indirekte av årsrapport at målet er nådd.</p> <p>Fremgår indirekte av årsrapport at målet er nådd.</p> <p>Saksbehandling ble økt med 28 prosent sammenlignet med 2020.</p> <p>Fremgår indirekte av årsrapport at målet er nådd.</p>
2020	<p>Antall avviklede saker skal øke med 15 % sammenliknet med 2019.</p> <p>Antall saker eldre enn 2 år skal reduseres.</p> <p>Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for nye saker som kommer inn i siste kvartal 2020 skal ikke være lenger enn 18 måneder</p>	<p>Saksavviklingen økte med 12 prosent sammenlignet med 2019.</p> <p>Antall saker som har ventet på svar lengre enn to år økte i 2020.</p> <p>Saksbehandlingstiden for avsluttede saker i 2020 var i gjennomsnitt 19 måneder. Forventet saksbehandlingstid for nye saker var om lag 20 måneder.</p>
2019	<p>Antall avviklede saker skal øke med 10 % sammenliknet med 2018.</p> <p>Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for nye saker som kommer inn i siste kvartal for 2019 skal ikke være lenger enn 17 måneder</p>	<p>Avviklet 28 prosent flere saker i 2019 sammenlignet med 2018.</p> <p>Forventet saksbehandlingstid for nye saker var om lag 20 måneder.</p>

**Tabell 1.3** Utvikling i antall saker fordelt på fagområder fra 2019–2023.

<b>Fagområde</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
Ortopedi	1526	1524	1431	1501	1639
Annet	440	493	636	720	1059
Odontologi	612	497	657	654	964
Svulster og kreft	696	689	680	684	778
Psykisk helse	407	376	497	639	616
Vaksinesaker	57	96	382	766	820
Fødselshjelp/kvinnesykdommer	213	210	268	253	300
Gastrokirurgi	225	239	240	243	270
Nevrologi	272	263	256	244	178
Hjertesykdommer	164	177	187	170	180
Øyesykdommer	162	154	176	135	170
Plastikkbehandling/kosmetisk kirurgi	99	91	114	124	124
Infeksjonssykdommer	110	95	134	124	85
Øre-nese-hals-sykdommer	81	87	90	100	105
Karsykdommer	100	112	104	76	63
Fordøyelsesykdommer	81	68	88	94	71
Geriatrici	7	45	188	127	33
Urologi	78	67	63	52	105
Fødselsskade barn	56	56	52	66	81
Endokrinologi/metabolsk	74	57	88	72	47
Anestesiologi	63	59	66	84	46
Nevrokirurgi	51	52	63	54	64
Revmatologi	51	49	42	51	31
Lungesykdommer	60	40	49	41	34



Rapport fra ekspertgruppen nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet for å evaluere saksbehandlingen i pasientskadeordningen.

Bestilling av publikasjoner:  
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon  
publikasjoner.dep.no  
Telefon: 22 24 00 00  
Publikasjonen er tilgjengelig på: regjeringen.no

Publikasjonskode: I-1221 B  
Design og illustrasjoner: Melkeveien Designkontor AS  
Trykk: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon  
08/2024 – opplag 100

