

Pasientskader og erstatning – hva bør vi vite?

■ ROLF GUNNAR JØRSTAD *assisterende direktør i Norsk pasientskadeerstatning* TOR VATTEKAR *allmennlege og rådgivende lege i NPE*

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) er et statlig forvaltningsorgan som behandler erstatningskrav fra pasienter i norsk helsevesen. Fra og med 2009 er NPE, foruten å være ansvarlig for skader i den offentlige helse-tjenesten, også ansvarlig for skader i det private helsevesenet. Ut over dette behandler NPE erstatningskrav på vegne av legemiddelforsikringen i Norge. De største saksområdene er ortopedisk kirurgi og kreftsykdommer.

NPE ble etablert som en midlertidig ordning i 1988 og lovfestet gjennom ikrafttredelsen av pasientskadeloven fra 2003. Hovedformålet med opprettelsen av NPE var å styrke pasientenes erstatningsrettslige vern.

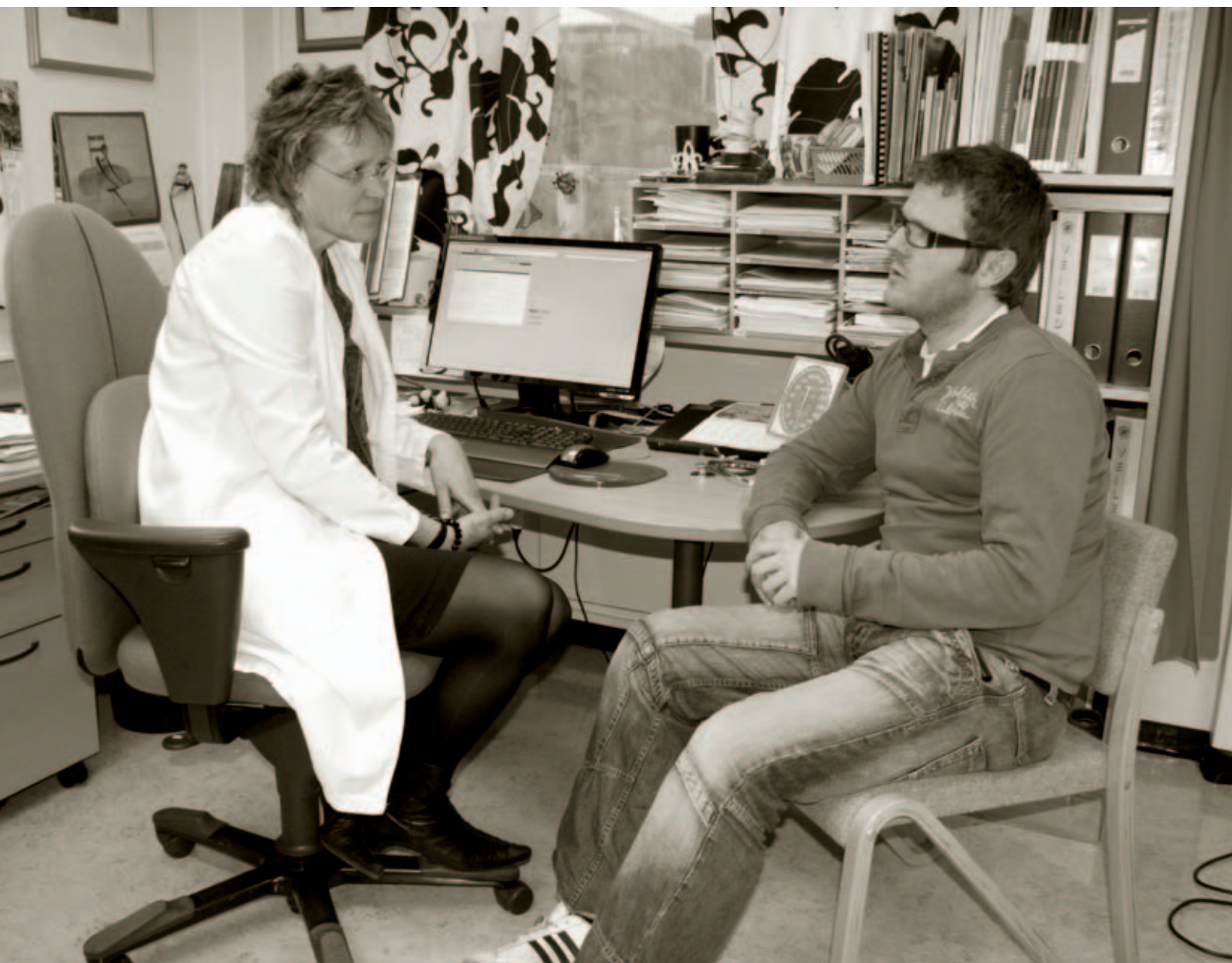
Pasienter i det norske helsevesen som påføres skade gjennom diagnostikk eller behandling har gjennom NPE rett til erstatning dersom skaden skyldes svikt ved helsehjelpen, selv om ingen nødvendigvis kan lastes for svikten. I særskilte tilfeller kan vedkommende til og med ha rett til erstatning der det ikke foreligger svikt. Det er viktig å være klar over at det er NPE – og ikke den enkelte institusjon eller lege – som er erstatningsrettslig ansvarlig for skaden etter pasientskadeloven.

Sakstyper og aspekter ved medhold

NPE mottar årlig mellom 4000 og 4500 krav om erstatning. I 2010 ble det fattet vedtak i drøyt 4000 saker. Fem medisinske områder – registrert ut i fra pasientens sykdomstilfelle – representerer 64 prosent av det totale antall vedtak som blir fattet. Ortopedi/ortopedisk kirurgi er størst, med en andel på rundt 40 prosent av sakene. Svulster og kreftsykdommer er det nest største området, med ti prosent. Om lag 35 prosent får medhold i at de har krav på erstatning. I 2010 utbetalte NPE 793 millioner kroner i erstatninger til pasienter og etterlatte, i tillegg til at legemiddelforsikringen utbetalte rundt 25 millioner kroner etter vår anvisning.

En pasientskade er en personskade som har oppstått i og har sammenheng med det å være pasient. Dette betyr at skaden må ha oppstått i en behandlingssituasjon. Kfr. teksten for nærmere begrepsdrøfting. FOTO T. SUNDAR





Av 2800 saksvedtak knyttet til primærhelsetjenesten, gjaldt 78 prosent kommune- eller fastlege, 17 prosent kommunal legevakt og 5 prosent annen kommunehelsetjeneste. FOTO T. SUNDAR

I perioden 2001–2010 ble det fattet om lag 2800 vedtak knyttet til primærhelsetjenesten. 78 prosent av disse vedtakene omhandlet kommune- eller fastlege, 17 prosent gjaldt saker ved kommunal legevakt, mens fem prosent gjaldt annen kommunehelsetjeneste. Det var nærmere 800 pasienter/pårørende som fikk erstatning for skade oppstått i kontakt med primærhelsetjenesten i denne perioden. Dette gir en medholdsandel på 28 prosent, hvilket er lavere enn for alle saker behandlet av NPE.

50 prosent av sakene innen primærhelsetjenesten dreier seg om påstått forsinket diagnostikk, og de øvrige handler om bl.a. former for funksjonsforstyrrelser, smerter og feilmedisinering. Diagnosesvikt er årsak til med-

hold i nesten 60 prosent av sakene, mens behandlingssvikt er årsak til medhold i nesten 30 prosent. Når man ser på alle NPE-sakene, er behandlingssvikt medholdsårsak i om lag 55 prosent av sakene.

Hva er en pasientskade?

En pasientskade er en personskaade, enten den er av fysisk eller psykisk karakter, som har oppstått i og har sammenheng med det å være pasient. Dette betyr at skaden må ha oppstått i en behandlingssituasjon, forstått i en vid forstand. Behandling, diagnostisering, veiledning, undersøkelse, pleie, vaksinasjon, prøvetaking, analyse av prøver, røntgenundersøkelser og ekspedisjon av legemidler fra apotek

er alle eksempler på hva som anses som «behandlingssituasjon» i pasientskadelovens forstand. Det oppstilles ikke et krav om at behandlingen skal være nødvendig. Utføres rent kosmetiske operasjoner, omfattes de således av loven. Er skaden voldt i en behandlingssituasjon, har det videre ingen betydning at skaden består i at behandleren gikk ut over sin behandlerrolle, for eksempel i form av overgrep mot pasienten. Faller imidlertid pasienten for eksempel på glatt gulv eller skader seg på vei til/fra kiosken på sykehuset, vil dette falle utenfor pasientskadelovens dekningsområde. Et erstatningskrav må i en slik situasjon håndteres opp mot sykehusets eien-



Et overordnet formål med ordningen for pasientskadeerstatning, er at erfaringene fra sakene skal bidra til læring, skadeforebygging og pasientsikkerhet. FOTO T. SUNDAR

Ansvarsreglene

Hovedregelen etter pasientskadeloven er at man har krav på erstatning *når en pasientskade skyldes svikt ved ytelsen av helsehjelp*, selv om ingen kan lastes for svikten. Lovens hovedregel innebærer med andre ord ansvar uavhengig av utvist uaktsomhet i helsevesenet. Ved vurderingen av om pasientskaden kan sies å skyldes svikt, skal det tas hensyn til om de krav pasienten med rimelighet kan stille til virksomheten eller tjenesten på skadetidspunktet, er tilsidesatt.

I noen situasjoner foreligger et rent *objektivt ansvar*. Dette gjelder når pasientskaden skyldes teknisk svikt ved apparat, redskap eller annet utstyr, når den skyldes smitte eller infeksjon som ikke i hovedsak skyldes pasientens tilstand eller sykdom, og når skaden skyldes vaksinasjon.

Pasientskadeloven inneholder også en viktig *unntaksbestemmelse* – ofte omtalt som rimelighetsbestemmelsen – som kan komme til anvendelse der det ikke foreligger svikt ved ytelsen av helsehjelp eller objektivt ansvar. I henhold til denne bestemmelsen kan det ytes erstatning når pasientskaden er særlig stor eller særlig uventet, og ikke kan anses som utslag av en risiko som pasienten må akseptere.

Når det gis erstatning kommer *sviktregelen* til anvendelse i mer enn 80 prosent av sakene. Objektivt ansvar for smitte eller infeksjon er ansvarsgrunnlag i ca 14 prosent av sakene, mens unntaksbestemmelsen benyttes som ansvarsgrunnlag i kun tre prosent av sakene.

I de tilfellene der erstatning avslås, begrunnes dette i 53 prosent av sakene med at det ikke foreligger svikt og at unntaksregelen heller ikke kommer til anvendelse, mens det i hele 43 prosent legges til grunn at det ikke er årsakssammenheng mellom skaden og behandling/diagnostikk.

Erstatningsutmåling

Det grunnleggende prinsipp i norsk erstatningsrett er at *skadelidtes økonomiske tap skal dekkes fullt ut*, men at man ikke har krav på erstatning for samme tap to ganger. I et land med godt utbygde offentlige ytelser, innebærer dette et lavere erstatningsnivå enn i mange andre land. Der staten bidrar med ytelser som kompenserer for tapet, for eksempel ved sykepenger eller uførepensjon, har man bare krav på erstatning for et eventuelt overskytende økonomisk tap (uførepensjon dekker for eksempel ikke inntektstapet fullt ut). I tillegg til erstatning for tapt inntekt både før og etter skaden, vil man ha krav på *erstatning for påførte og fremtidige utgifter* som har oppstått som følge av skaden, for eksempel egenandeler, transportutgifter og utgifter til hjelp i hjemmet. Det er i flere saker krevende å finne frem til riktig erstatning for den enkelte skadelidte.

Dersom pasienten er påført en varig skade med medisinsk invaliditet på 15 prosent eller mer, vil vedkommende ha krav på *menerstatning* som kompensasjon for den tapte livsutfoldelse skaden har ført til. Menerstatningen vil variere med invaliditetsgrad og alder på skadetidspunktet.

Skadelidte som var under 16 år på skadetidspunktet får en *standardisert erstatning for fremtidig inntektstap og varig men* dersom det foreligger en medisinsk invaliditet på minst 15 prosent. Den standardiserte erstatningen beregnes på bakgrunn av størrelsen på den varige medisinske invaliditeten. 100 prosent medisinsk invaliditet gir en erstatning på 40 G, mens for eksempel 30 prosent medisinsk invaliditet gir en erstatning på 12 G. I tillegg til den standardiserte erstatningen ytes det konkret beregnet erstatning for *utgifter* som skaden påfører skadelidte.

Etterlatte etter pasienter som dør vil ha krav på erstatning for tapt forsørgelse dersom avdøde rent faktisk forsørget dem. Normalt vil barn kunne påregne forsørgertapserstatning frem til fylte 18 år, mens forsørgete ektefeller/samboere normalt forventes å tilpasse seg sin nye livssituasjon etter noen år, slik at det sjelden blir tale om en forsørgertapserstatning ut gjenlevendes levetid.

Saksgang

Som statlig forvaltningsorgan har NPE en lovpålagt utredningsrolle når det gjelder disse sakene. Dette innebærer at NPE, etter å ha mottatt erstatningssøkerens skademelding, sørger for at all relevant dokumentasjon innkommer, samt besørger nødvendig medisinsk utredning av sakene. Saker knyttet til primærhelsetjenesten vil (med unntak av noen saker fra legevakt) alltid bli vurdert av allmennleger, basert på det prinsipp at saker skal vurderes «på samme nivå» og med samme kompetanse som der den anførte svikt skal ha funnet sted. For tiden har NPE fast knyttet til seg tre spesialister i allmennmedisin, og i tillegg benyttes et stort antall allmennleger over hele landet til sakkyndige oppdrag i saker som omhandler allmennmedisin.

Rådgivende leges rolle

Det har i lengre tid vært rettet et fokus mot legers virksomhet. En økende bevisstgjøring rundt hva man kan forvente av legetjenester både i volum og kvalitet, sammen med økt kjennskap til klageordninger, herunder NPE, har resultert i et stigende antall klagesaker. Mange erstatningskrav er fremsatt på en ryddig måte, og en del krav viser seg å være berettiget. Noen krav kan fra et profesjonelt ståsted anses urimelige og noen ganger som et uberettiget angrep på faglig integritet. En klage vil uansett føles ubehagelig for den innklagede legen.

NPE skal *ikke vurdere forsvarlighet* i den helsehjelpen som ytes. Dette påhviler tilsynsmyndigheten. Rådgivende leges oppgaver blir derfor i hovedsak å ta stilling til om utredningen og/eller behandlingen har vært *i henhold til vanlig medisinsk praksis eller i tråd med gjeldende medisinske retningslinjer* der slike finnes. Det er også en sentral oppgave å vurdere om det foreligger sannsynlig *årsakssammenheng* mellom en gitt eller unnlatte behandling og skaden. I den forbindelse må den rådgivende legen – på samme måten som den eksterne sakkyndige der slike engasjeres til å vurdere et saksforhold – forholde seg til at i erstatningsretten er det tilstrekkelig med simpel sannsynlighetsovervekt for at noe skal legges til grunn som sannsynlig. Det er altså ikke

slik som i strafferettslig eller vitenskapelig sammenheng, at man må langt opp mot full sikkerhet for å kunne si at noe er sannsynliggjort.

Når det gjelder saker innenfor primærhelsetjenesten, vil spørsmålet om årsakssammenheng ofte måtte vurderes av en annen lege enn allmennlegen. Dreier saken seg for eksempel om hvorvidt håndteringen hos fastlegen av en pasient som viste seg å ha hjerteinfarkt var som man måtte kunne forvente, gjøres den vurderingen av en allmennlege. Spørsmålet om raskere stilt diagnose og behandling ville ledet til et annet og bedre resultat for pasienten, må derimot normalt forelegges en spesialist i kardiologi.

Til syvende og sist er det saksbehandlerens oppgave å ta stilling til om det foreligger en pasientskade og om det foreligger årsakssammenheng mellom denne skaden og behandlingen eller mangel på sådan. Men den rådgivende legen er ut ifra sin spesialkompetanse på området en sentral premissleverandør for de vurderinger saksbehandler her må gjøre.

Vurdering innen samme spesialitet

Som omtalt tidligere i denne artikkelen skal saken alltid vurderes av en rådgivende lege innen samme spesialitet. Til grunn for vurderingen legges de symptomer og funn som var tilstede på behandlingstidspunktet og i oppfølgingsperioden. Videre er det sentralt at den medisinske vurderingen skal gjøres i forhold til medisinsk praksis og retningslinjer som var gjeldene på behandlingstidspunktet. Mange ganger kan dette være flere år tilbake i tid. Spesielle forhold ved allmennmedisinen er dens «sile- og sorteringsfunksjon». I mange andre spesialiteter er pasientens problem allerede definert innenfor et begrenset område. Slik er det ikke i allmennmedisinen. Dette er nok også noe av grunnen til at en ikke ubetydelig del av sakene innen dette fagfeltet gjelder anført forsinket diagnose. Disse spesielle forholdene må det tas hensyn til i utarbeidelsen av vurderingen.

Journalen er rådgivende leges viktigste arbeidsdokument. Her finnes tidsnære nedtegnelser, og disse skal i juridisk sammenheng tillegges betydelig vekt. Som dokumentasjon vil derfor journalnedtegnelser gjort på aktuelle tidspunkt være viktigere enn nedtegnelser ført i ettertid. God journalføring er således avgjørende i denne sammenheng, på samme måte som det er av vesentlig betydning for at behandlende lege skal ha et godt arbeidsverktøy i sitt daglige virke.

Ved enkelte saker som vurderes i NPE vil det være tvil om utredningen eller behandlingen har vært innenfor «normen» for vanlig medisinsk praksis. Her finnes ofte ikke ret-

ningslinjer, og det vil være den rådgivende legens medisinske skjønn som avgjør. I slike saker benyttes ofte flere sakkyndige før det konkluderes.

Skadeforebygging

En viktig oppgave for NPE er å bidra med statistikk og andre innspill til helsevesenets arbeid med skadeforebygging og økt pasient-

sikkerhet. Vi arbeider stadig med å utvikle tilgjengeligheten til vårt eget statistikkmateriale. For NPE er det viktig at erfaringene fra sakene kan bidra til læring, og på den måten komme helsevesenet og pasientene til gode.

FOR MER INFORMASJON: www.npe.no

Rolf.Gunnar.Jorstad@npe.no

Dersom pasienten er påført varig skade med minst 15 prosent medisinsk invaliditet, vil vedkommende ha krav på menerstatning for den tapte livsutfoldelse skaden har ført til. Kfr. teksten for nærmere forklaring.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX.COM