



Helseklage

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

Årsrapport 2017





Regjeringen besluttet i mai 2015 at **Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten** (Helseklage) skulle opprettes. Klageorganet er sekretariat for fem nemnder: Pasientskadenemnda, Helsepersonellnemnda, Apotekklagenemnda, Klagenemnda for behandling i utlandet og Preimplantasjonsdiagnostikknemnda. I tillegg er klagesaker fra Helfo og Helsedirektoratet overført til det nye klageorganet. Helseklage er under etablering i Bergen i løpet av perioden 2016-2019. I en kongelig resolusjon ble det bestemt at den formelle overtakelsen av Helfo-sakene skulle utsettes til 1.1.2017.

Innhold

1

INNLEDNING



Leders beretning

s. 7

ved Rose-Marie Christiansen, direktør. Helseklage ser tilbake på året som har gått, hvilke utfordringer Helseklage har møtt og løst i forbindelse med omstilling og saksbehandlingstid.

2

INTRODUKSJON AV VIRKSOMHETEN OG HOVEDTALL



Hva er Helseklage?

s. 11

Oversikt over Helseklages arbeidsområder og mål for 2017.

Mål og prioriteringer

s. 14

Organisasjon og ledelse

s. 17

Oversikt over antall ansatte, kjønnsfordeling, sykefravær med mer.

Utvalgte hovedtall

s. 20

De overordnede linjene fra årsregnskapet.

Møte mellom nemndledere

s. 23

3

ÅRETS AKTIVITETER OG RESULTATER

Hovedtall

s. 25

for saksbehandlingen i Helseklage.

Statens helsepersonellnemnd

Nemndleder har ordet

s. 27

Tall fra avdelingen

s. 30

Hull i dokumentasjonen i tannlegesaker

s. 33

Beviskravet i klagesaker

s. 34

Preimplantasjonsdiagnostikknemnda

Nemndleder har ordet

s. 37

Tall fra avdelingen

s. 40

PGD kombinert med vevstyping

s. 41

Klagenemnda for behandling i utlandet

Nemndleder har ordet

s. 43

Tall fra avdelingen

s. 45

Utprøvende og eksperimentell behandling

s. 46

Helseoppgjør

Hva er helseoppgjør?

s. 48

Tall fra avdelingen

s. 52

Endringer i førerkortforskriften

s. 54



Pasientskadenemnda

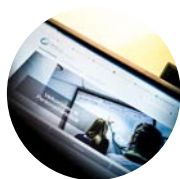
| | |
|-----------------------------------|-------|
| Nemndleder har ordet | s. 57 |
| Tall fra avdelingen | s. 59 |
| Vaksinesaker – Restanseprosjektet | s. 61 |
| Nordisk samarbeid | s. 62 |

Rettsaker

| | |
|----------------------------------|-------|
| Rettsaksavdelingen | s. 65 |
| Informasjonsplikt | s. 67 |
| Oversikt over høyesterettsdommer | s. 69 |
| Sikkerhetsventilen i loven | s. 72 |

4

STYRING OG KONTROLL I VIRKSOMHETEN



| | |
|---|-------|
| Overordnet vurdering av styring og kontroll i virksomheten | s. 75 |
|---|-------|

| | |
|--|-------|
| Prosjekt e-arkiv <i>Digitalisering av historisk arkivmateriale.</i> | s. 79 |
|--|-------|

5

VURDERING AV FRAMTIDSUTSIKTER s. 80



6

ÅRSREGNSKAP

| | |
|---|-------|
| Ledelsens kommentar til årsregnskapet 2017 | s. 82 |
|---|-------|

av Rose-Marie Christiansen, direktør.

| | |
|--------------------------------|-------|
| Prinsippnote til årsregnskapet | s. 83 |
|--------------------------------|-------|



1 LEDERS BERETNING



Helseklage
Nasjonalt klageorgan
for helsejenseten

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage) ble etablert 1. januar 2016. Den nye organisasjonen er nå to år gammel. Fusjonen ble komplett da Helseklage overtok ansvaret for klagesakene fra Helfo 1.1.17. I 2017 har Helseklage vokst fra rundt 20 til 80 ansatte i Bergen. I løpet av sommeren 2017 var det flere medarbeidere i Bergen enn i Oslo.

Betydelig oppbygging i Bergen

OMSTILLINGSPROSESSEN i Helseklage har vært, og er fremdeles, krevende. Så langt har utviklingen stort sett gått som planlagt. Riktignok sluttet flere i Oslo noe tidligere i 2017 enn forventet. Færre saksbehandlerværker førte til at vi ikke nådde målene våre for avvikling i 2017.

Det var tidlig klart for oss at vi måtte øke antall ansatte i Bergen raskere enn vi opprinnelig hadde planlagt. 50 nye medarbeidere begynte i Helseklage i 2017. Ytterligere 20 ble ansatt, men begynte først i 2018. Å lære opp så mange nyansatte på en gang har lagt beslag på mye ressurser fra Oslo-kontoret.

Ved årsskiftet 2017/2018 var 80 medarbeidere på plass i Bergen, mens det var 40 medarbeidere igjen i Oslo. Kun to medarbeidere har valgt å flytte fra Oslo til Bergen. For å forhindre at flere medarbeidere med kritisk kompetanse skulle slutte i Oslo, har vi benyttet økonomiske incentiver.

I januar 2017 ble Helseklage offisielt åpnet i Krinkelkroken 1



ROSE-MARIE
CHRISTIANSEN

Direktør
Helseklage

i Bergen. I løpet av 2017 har vi hatt tilgang på tre etasjer på midlertidig basis. Lokalene i 4. og 5. etasje ble innflyttingsklare 1. februar 2018. Lokalene er moderne aktivitetsbaserte åpne landskap etter «ringer i vann»-prinsippet. Dette innebærer i praksis at de som trenger ro rundt sine arbeidsoppgaver, sitter skjernet innerst i lokalene, mens sosiale soner, resepsjon og lignende er plassert i nærheten av inngangsdørene i mer støyutsatt sone.

Helseklage flyttet for øvrig ut fra Møllergata 24 i Oslo i juni 2017, og har resten av året leid kontorer hos Helsedirektoratet i Universitetsgata 2.

Overtakelsen av klagesaker fra Helfo

HELSEKLAGE MOTTOK FAGANSVARET for klagesakene fra Helfo 1. januar 2017. Noe av utfordringen på dette saksområdet var at de fleste saksbehandlere hadde fått svært kort opplæringstid. Dessuten mottok vi en større portefølje enn vi var blitt forespeilet. I tillegg har sakstilfanget økt



med 28 % i 2017, sammenlignet med i 2016. Det har vist seg at de 10 stillingene vi fikk overført midler fra Helfo for, ikke var tilstrekkelig. Vi har derfor ansatt flere saksbehandlere på dette området, og vil være oppe i 15 årsverk i 2018.

Vi er opptatt av å effektivisere måten vi jobber på, og å utvikle bedre løsninger for brukerne. Et viktig stikkord her er forenkling.

Digitalisering og IKT

HELSEKLAGE BLIR DRIFTET på IKT av Norsk Helsenett (gjennom konsernmodellen), mens utviklingen av løsningene blir ivaretatt av Norsk pasientskadeerstatning.

IKT-løsningene har vært under kontinuerlig utvikling også i hele 2017. Dette arbeidet vil fortsette i 2018. Vi er opptatt av å effektivisere måten vi jobber på, og å utvikle bedre løsninger for brukerne. Et viktig stikkord her er forenkling.

I 2017 har vi samarbeidet med Norsk Pasientskadeerstatning om en brukerportal. Målet er at denne portalen skal lanseres i løpet av 2018, i første omgang i pasientskadesakene. Dette vil gjøre det mulig for pasientene å logge seg inn i sakene sine og se status, samt gjøre det enklere å kommunisere med oss underveis i saksbehandlingen.

Vi har jobbet med å automatisere arbeidsprosessene i saksbehandlingssystemet, og har utviklet forløpsmaler ved hjelp



av verktøyet «prosess engine». Første forløp ble lansert i desember 2017, og arbeidet vil fortsette i hele 2018.

Riksarkivet

I 2017 HAR HELSEKLAGE PERIODISERT, digitalisert og fått godkjent tre uttrekk som er levert til Riksarkivet. Digitaliseringsprosjektet er gjennomført i tett samarbeid med eksterne prosjektledere på arkiv og IKT. Vi er stolte av at vi er den første organisasjonen i Norge som har fått godkjent en deponering etter nytt regelverk, som trer i kraft i 2018.

Kultur og organisasjonsutvikling

I 2017 HAR ORGANISASJONEN jobbet fram Helseklages verdigrunnlag - *Ferd - som står for faglig styrke, engasjert, respekt og dynamisk*. I 2018 jobber vi videre med hva ordene betyr for medarbeidere, avdelinger og seksjoner, samt Helseklage internt og eksternt.

På flere områder har vi startet opp samarbeid på tvers av fagområder. Høsten 2017 arrangerte vi et møte med alle nemndlederne i Helseklage, hvor vi delte erfaringer og fortalte hverandre om de ulike nemndenes arbeidsmåter. Vi har også startet opp klarspråk-arbeid på tvers av avdelinger og fagområder. Her har de tidligere fusjonspartene naturlig nok hatt ulike måter å gjøre ting på.

Fortsatt utfordringer med saksbehandlingstid

DET ER FORTSATT UTFORDRINGER med saksbehandlingstid for flere saksområder i Helseklage. Gjennomsnittlig forventet saksbehandlingstid i **pasientskadesakene** har blitt redusert fra 22 måneder i 2016 til drøyt 15 måneder ved slutten av 2017. Det er gledelig at saksbehandlingstiden er redusert fra i fjor, men det er fortsatt en lang vei å gå før vi er nede på en akseptabel saksbehandlingstid. Målet for 2018 er å komme ned i 10 måneder saksbehandlingstid. Det er grunn til å understreke at dette målet er «hårete», og at det forutsetter at vi ikke får en uventet høy turn over i 2018.

Tiltak for å redusere saksbehandlingstiden i 2017:

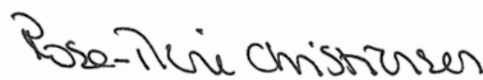
- Intensivert rekruttering i Bergen
- Midlertidig ekstra saksbehandlingsressurser i Oslo høst 2016/vår 2017
- Sommervikarer i Bergen
- Flere berammede nemndmøter
- Restanseprosjekt - saker fra 2014-2015
- Opplæring i utmåling og andre kompliserte saker i Bergen
- Økonomiske incentiver for å beholde kompetanse i Oslo

Restansene i **Helfo-sakene** er også betydelige. Her pågår det en betydelig styrkning av saksbehandlingsressursene slik at restanse-økningen kan stoppes, og nedbygging av restanser kan starte. Det er også her planer om midlertidig ekstra saksbehandlingsressurser.

På **helsepersonelloområdet** har det også vært en betydelig økning i sakstilfang i 2017. Dette skyldes blant annet mottak av om lag 50 saker som gjelder psykologiutdanning i Ungarn. På dette området er det ikke mange igjen i Oslo som kan lære opp nyansatte i Bergen da de fleste har sluttet, og dette utgjør en stor bekymring. Her har vi styrket bemanningen i Bergen.

På flere andre områder i Helseklage har saksbehandlingstiden holdt seg stabil eller til og med gått ned.

Det er avgjørende for våre brukere at Helseklage har høy kvalitet i saksbehandlingen. Til tross for utfordringene med saksbehandlingstid på enkelte områder, har vi levert saksbehandling av høy kvalitet innenfor det brede spekteret av fagområder vi arbeider innenfor - også gjennom omstillingsfasen.



Rose-Marie Christiansen
direktør

A woman with short hair, wearing a dark top, is sitting at a table in a meeting room. She is smiling and looking towards the camera. The room has a grid ceiling with recessed lights. The entire image has a blue color cast.

2 VIRKSOMHETEN OG HOVEDTALL

HVA ER HELSEKLAGE?

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage) er en statlig organisasjon underlagt Helse- og omsorgsdepartementet og ble etablert 1. januar 2016.

HELSEKLAGE ER EN FUSJON av sekretariatene til Pasient-skadenemnda, Statens helsepersonellnemnd, Klagenemnda for behandling i utlandet, Apotekklagenemnda og Preimplantasjonsdiagnostikknemnda (PGD-nemnda). Det er kun sekretariatene som er slått sammen. De enkelte nemndenes uavhengighet opprettholdes.

HELSEKLAGE BEHANDLER i tillegg noen klagesaksområder fra HelseDirektoratet. Fra 1. januar 2017 overtok vi klagesaker som tidligere ble behandlet av Helfo.



ANSVARSRÅDER

| Fagområde/Nemnd | Sakstyper |
|---------------------------------------|---|
| Pasientskadenemnda | Erstatningsrett, pasientskader |
| Helsepersonellnemnda | Autorisasjon, lisens for helsepersonell mv. |
| Preimplantasjonsdiagnostikknemnda | Søknader (ingen klageinstans) |
| Klagenemnda for behandling i utlandet | Behandling i utlandet avgjort av de regionale helseforetakene |
| Apotekklagenemnda | Apotekloven kap. 3-9 (svært få saker) |
| Helseoppgjør | Klager behandlet av Helfo om legemidler og utstyr, kontroll, utenlandssaker, behandlingsrefusjon mv. |
| Andre saker | Førerkort (helserelatert), turnus helsepersonell, blåresept, helsereiser til utlandet (fra Ullevål universitetssykehus) mv. |

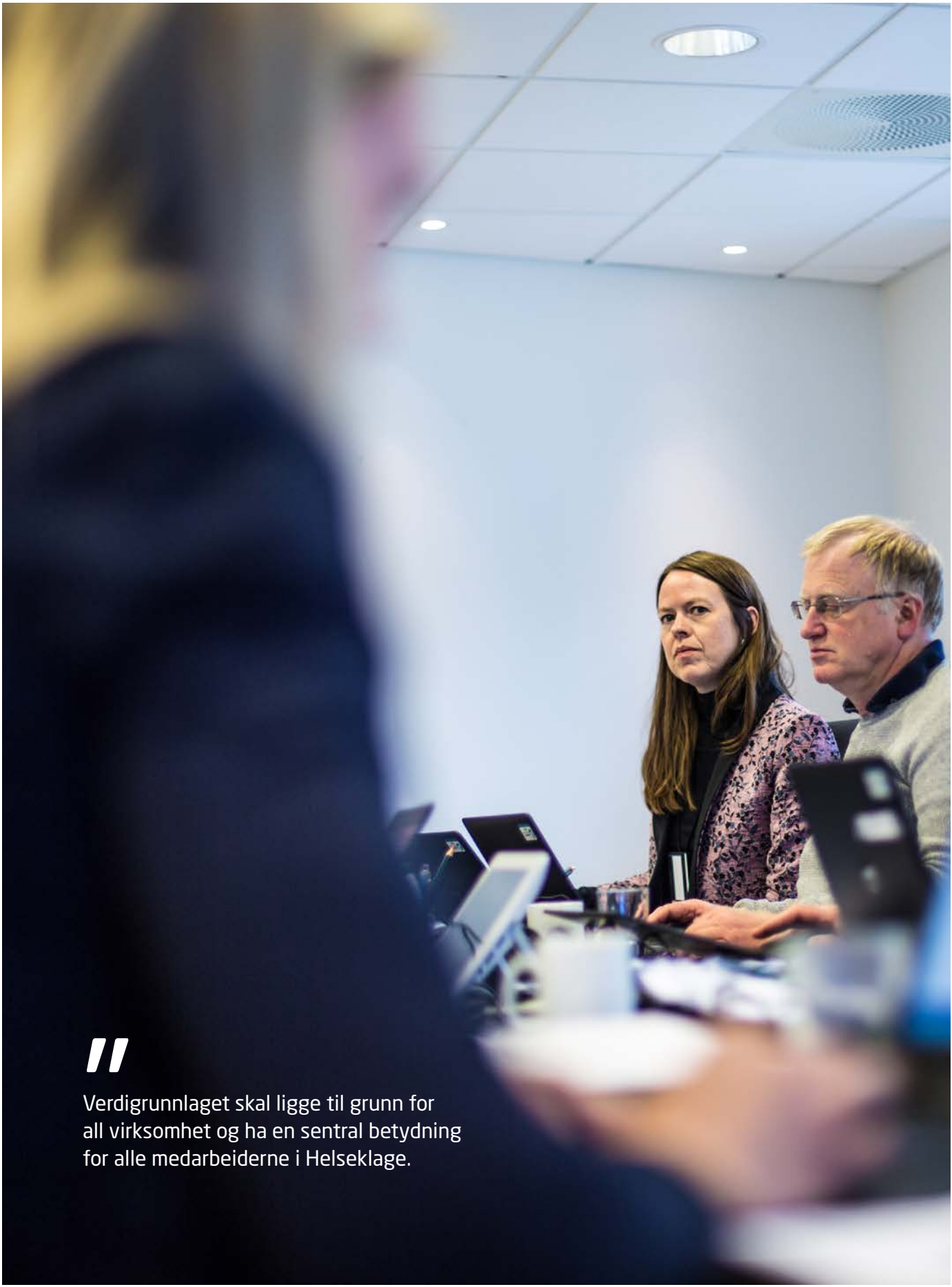
HELSEKLAGES VERDIGRUNNLAG

I 2017 jobbet Helseklage fram sitt verdigrunnlag

Forbokstavene i verdiene utgjør ordet Ferd, som fungerer både som et symbol på utviklingen av Helseklage og den enkelte medarbeiders utvikling.

Verdigrunnlaget skal ligge til grunn for all vår virksomhet og ha en sentral betydning for alle medarbeiderne i Helseklage. Å bruke verdier handler om å skape en organisasjonsidentitet og en felles kultur.





//

Verdigrunnlaget skal ligge til grunn for all virksomhet og ha en sentral betydning for alle medarbeiderne i Helseklage.

MÅL OG PRIORITERINGER FOR 2017

«De overordnede prioriteringene i 2017 er å videreføre fusjonen, overta ansvaret for klagesakene fra Helfo og forsere oppbygging i Bergen. Saksbehandlingstiden skal holdes så lav som mulig innenfor vedtatt økonomiske rammer.»

Tildelingsbrev av 21. desember 2016, fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helseklage.

Helseklage skal blant annet rapportere på følgende:

Fusjon og organisasjonsutvikling

- Opprettholde høy kvalitet i saksbehandlingen.
- Sikre at Helseklage opererer og fremstår som en enhetlig organisasjon.
- Inkludere Helfo-oppgavene på en god måte fra 1.1.17.
- Ta ut synergigevinster fra fusjonen.

Oppbygging i Bergen og nedbygging i Oslo

Helseklage har følgende mål for flytteprosjektet til Bergen i 2017:

- Flytte inn i permanente lokaler innen 1.1.18.
- Bemanne opp Bergen-kontoret (2/3 av antall årsverk ved årsskiftet 2017/2018 skal være lokalisert i Bergen).
- Helseklage skal sikre en god og effektiv overføring av kompetanse til nyansatte i Bergen, gjennom kompetanseoverføring beskrevet i onboardingplanen, utvikle og nedtegne rutiner, videreutvikle fagdatabase på alle saksområder med blant annet fagnotater og praksisoversikter.
- Beholde nødvendig kompetanse under hele omstillingsperioden.
- Finne overgangskontorer i Oslo.
- Helseklage skal tilrettelegge for å avvikle Oslo-kontoret i løpet av 2019.
- Ferdigstille digitalisering av avsluttet arkivmateriale fra nemndene og Pasientskadenemnda og foreta uttrekk av begges databaser.

Saksbehandlingen

- Opprettholde høy kvalitet i saksbehandlingen og sikre rask og god saksavvikling.
- Pasientskadeordningen: Gjennomsnittlig saksbehandlingstid skal reduseres kraftig gjennom året og være ca. 12 mnd. i desember 2017.
- Helsepersonellnemnda, Klagenemnda for behandling i utlandet og Preimplantasjonsdiagnostikknemnda: Gjennomsnittlig saksbehandlingstid skal reduseres sammenlignet med nivået i 2016.
- Øvrige klagesaker: Produktiviteten skal opprettholdes på samme nivå som i 2016.
- Avgjørelsene i Helseklage og nemndene skal være godt begrunnet og forståelige for brukerne.
- Helseklage skal jobbe aktivt med klarspråk.
- Ha særlig fokus på avvikling av de eldste sakene.

Ledelsesverktøy og gode styringssystemer

Helseklage har som overordnet målsetting for all sin virksomhet i 2017, å sikre en god økonomistyring og internkontroll.

- Videreutvikle styringssystemet og rapporteringsrutinene i Helseklage.
- Ha et godt system for internkontroll som omfatter rutiner, oppfølging, kontroll og avviksbehandling på viktige områder.
- Sørge for trygg og forsvarlig behandling av sensitive personopplysninger.
- Sikre at HMS-lovgivningen blir fulgt, og at det er rutiner for å ivareta ansattes sikkerhet i dialogen med brukerne.

Personalpolitiske mål

Helseklage har følgende mål for personalpolitikken for 2017:

- Ha synlig og tilgjengelig ledelse som tar godt vare på de ansatte i omstillingsperioden.
- Jobbe målrettet med miljøskapende tiltak (beholde og skape gode arbeidsmiljø, etablere grunnlaget for en «vi-følelse» i Helseklage).
- Sørge for gode prosesser for virkemidler i perioden.
- Ha utarbeidet nødvendige retningslinjer.

Kommunikasjonsarbeidet

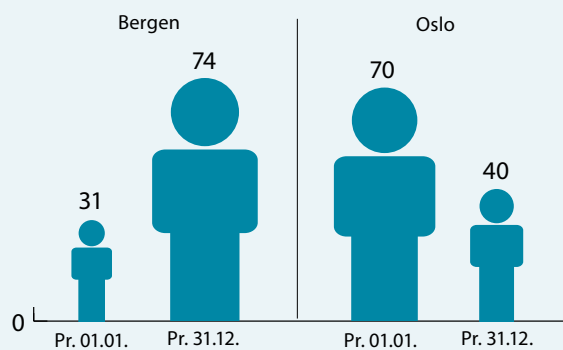
- Helseklage skal sørge for god intern og ekstern kommunikasjon.
- Alle som bringer inn en sak for Helseklage skal få informasjon om hvordan saken vil bli behandlet og hvor lang tid det forventes å ta.
- Nemndenes virksomhet skal gjøres kjent for pasienter, helsepersonell og offentligheten generelt.



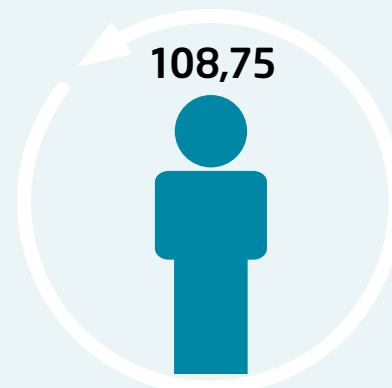
De overordnede prioriteringene i 2017 er å videreføre fusjonen, overta ansvaret for klagesakene fra Helfo og forsere oppbygging i Bergen.



ORGANISASJON OG LEDELSE

ANTALL ANSATTE VED ÅRETS START OG SLUTT
I OSLO/BERGEN 2017

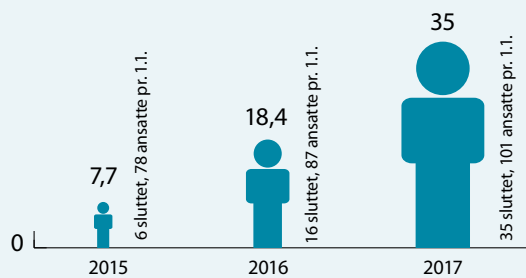
ANTALL ÅRSVERK I 2017



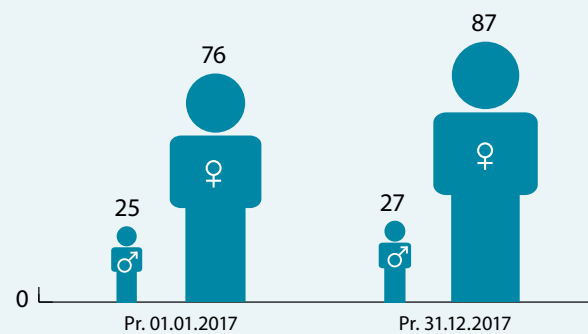
Gjennomsnittlig årsverk for hele 2017.

TURNOVER I PROSENT

Alle som har sluttet i Helseklage har gått over i nye jobber, og ingen er blitt arbeidsledige som følge av omstillingen.

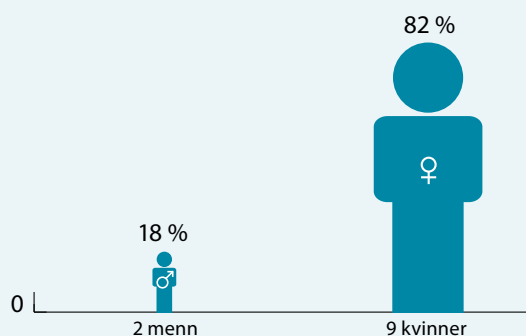


KJØNNSFORDELING TOTALT



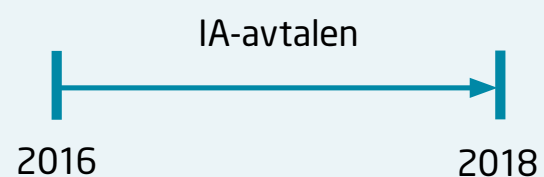
KJØNNSFORDELING I LEDERGRUPPEN

Pr. 31.12.2017.



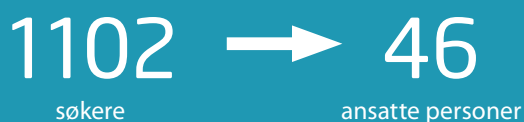
INKLUDERENDE ARBEIDSLIV

Helseklage er en IA-bedrift. IA-avtalen er en videreføring av de tidligere avtalene til Helseklages fusjonspartere.

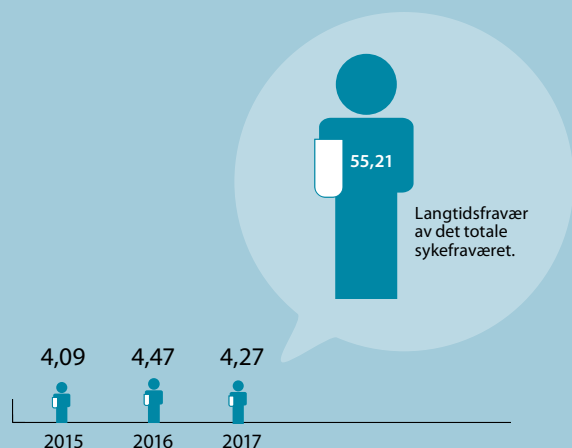


REKRUTTERING

- Vi hadde totalt 20 rekrutteringsprosesser, med søknadsfrist i 2017.
- I disse 20 prosessene ansatte vi 46 personer og hadde til sammen 1 102 søkere.
- Tiltredelse i flere av stillingene skjer først i 2018.



SYKEFRAVÆR I PROSENT



LIKESTILLING OG INKLUDERING

Helseklage har en ambisjon om å speile det norske samfunnet i forhold til kjønn, alder og etnisitet. Helseklage er en inkluderende arbeidsplass. Det blir tilrettelagt på arbeidsplassen for personer med nedsatt arbeidsevne eller funksjonshemming og for medarbeidere i ulike livsfaser med ulike behov.

Helseklage er en kvinnedominert arbeidsplass. Kjønnfordelingen var ved utgangen av 2017 på 87 kvinner og 27 menn. I ledergruppen var det ved utgangen av året 82 prosent kvinner (ni) og 18 prosent menn (to).

Det er ikke store lønnsforskjeller mellom kjønnene, på sammenlignbare funksjoner og nivåer. Helseklages personalretningslinjer sikrer at begge kjønn har like lønns- og arbeidsvilkår og samme mulighet for forfremmelse og utvikling.

HMS I HELSEKLAGE

Høsten 2017 ble det gjennomført en medarbeiderundersøkelse, og avdelingsvis oppfølging er igangsatt. Årlig vernerunde er gjennomført i både Oslo og Bergen, og nødvendige tiltak er gjennomført. Årlig brannvern-runde er også gjennomført, og i tillegg gis alle nye medarbeidere en egen brannvern-runde i løpet av de første dagene etter at de tiltrer.

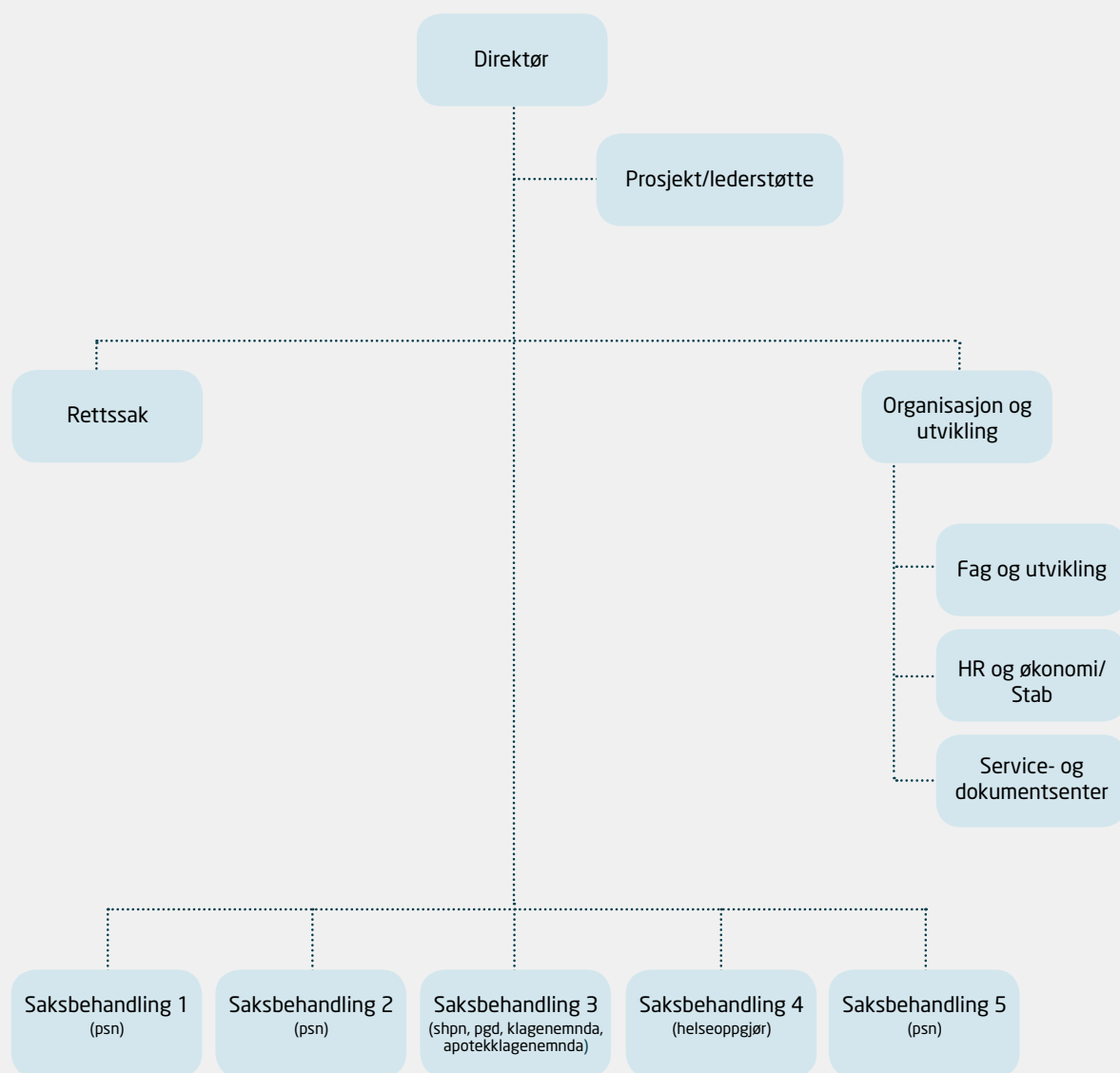


SLUTTSAMTALER

Helseklage startet med sluttsamtaler i 2016. Alle som har sluttet etter dette har vært invitert til sluttsamtale med HR, og samtlige har takket ja til tilbudet. Samtalene har gitt oss verdifull informasjon om hvorfor ansatte velger å slutte. Noen av temaene i sluttsamtalen har vært av generell art, mens andre har gått konkret på endringsprosessen i Helseklage.



ORGANISASJONSKART



UTVALGTE HOVEDTALL

Økonomi i Helseklage

Årsregnskapet til Helseklage er i henhold til statens standard kontoplan for bruttobudsjetterte virksomheter. Det vises for øvrig til prinsippnoter til regnskapet. Nøkkeltallene i tabellene og diagrammene under er basert på definisjoner fra Direktoratet for økonomistyring (DFØ) sin veileder for årsrapportering. Ulik praksis for beregning av årsverk gjør at årsverk for 2016 ikke er sammenlignbart med årsverk for 2017. Sammenlignbart årsverkstall for 2016 er 72 årsverk. Helseklage har ikke tall på årsverk for 2015, siden virksomheten ble etablert 1. januar 2016.

Nøkkeltall i årsregnskapet

Helseklage har ingen virksomhet som gir omsetning. Som tabellen viser, utgjør lønnsutgiftene knyttet til ordinær driftspost størstedelen av vårt budsjett med 77,4 %. I lønnsstillingene er det nettoført refusjoner fra syke og fødselspermisjoner på 3,403 mill. kroner (se figur 1). Helseklage har i 2017 ført omstillingsmidler inkl. sosiale omkostninger på post 21 Spesielle driftsutgifter tilsvarende 9,566 mill. kroner.



Nøkkeltall

| Kapittel 0723 post 01 | 2016 | 2017 |
|-----------------------------|-------------|-------------|
| Antall årsverk | 91,8 | 108,8 |
| Samlet tildeling post | 100 836 723 | 118 659 000 |
| Driftsutgifter | 98 343 889 | 120 386 103 |
| Utnyttelsesgrad | 97,5 % | 100,3 % |
| Lønnsdel driftsutgifter | 70,2 % | 77,4 % |
| Lønnsutgifter per årsverk* | 752 004 | 856 171 |
| | | |
| Kapittel 0723 post 21 | 2016 | 2017 |
| Samlet tildeling | 19 900 000 | 27 884 000 |
| Driftsutgifter | 14 963 350 | 24 867 273 |
| Utnyttelsesgrad | 75,2 % | 100 % |
| Lønnsdel driftsutgifter** | 48,8 % | 38,5 % |
| | | |
| Kapittel 0723 totalt | 2016 | 2017 |
| Antall årsverk | 91,8 | 108,8 |
| Samlet tildeling post 01-21 | 120 736 723 | 146 543 000 |
| Driftsutgifter | 113 307 239 | 145 253 376 |
| Utnyttelsesgrad | 93,8 % | 99,1 |
| Lønnsdel driftsutgifter | 63,68 % | 70,7 |

* I kategorien lønnsutgifter per årsverk inngår fast og midlertidig lønn, nemndshonorar, overtid, arbeidsgiveravgift og pensjon, kantineutgifter, bedriftshelsetjeneste m.m. Nemndshonorar utgjør 7 % av lønnsandelen. Årsverksberegningen er hentet fra DFØ, med tilpasning for underliggende virksomheter av Helse- og omsorgsdepartementet.

** I kategorien lønnsutgifter per årsverk inngår virkemidler ved omstilling og arbeidsgiveravgift. Virkemidler brukes for å beholde kritisk kompetanse som kan lære opp nyansatte.

De samlede lønnsutgiftene, inklusiv refusjoner fra sykefravær/permisjoner, utgjorde 102,718 mill. kroner (69 %) i 2017. Dette inkluderer lønn til ansatte, honorarer til nemnda, trygder og pensjoner (arbeidsgiveravgift), omstillingsmidler og andre sosiale utgifter.

Figur 2 viser at husleie og kostnader knyttet til drift av eiendom utgjør 33,1 % av samlede driftsutgifter i 2017 (ikke hensyntatt investerings og finansutgifter). Øvrige driftsutgifter som kjøp av fremmede tjenester, kjøp av tjenester til løpende drift, reiser og diett utgjorde hhv. 25, 11 og 10 % av driftsutgiftene. I tillegg kommer vedlikehold

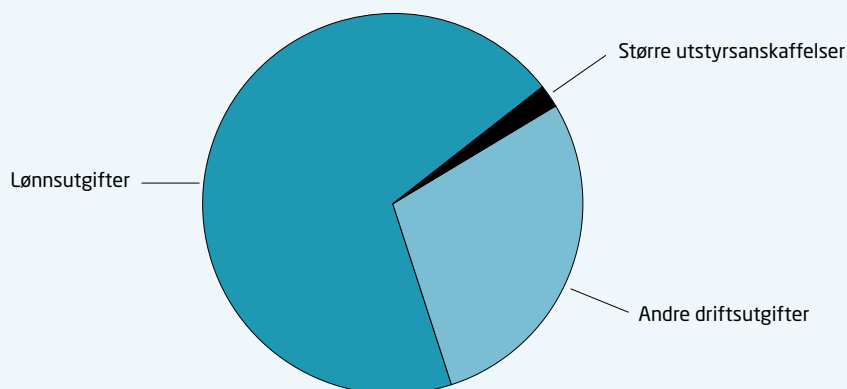
av maskiner og utstyr, mindre utstyrskaffelser, leie av maskiner og inventar, og øvrige driftsutgifter.

Samlet utgift til varer og tjenester ble 45,552 mill. kroner (31 %). Av disse utgjorde utbetaling til investeringer 3 mill. kroner. Investeringene knytter seg til inventar og IKT-kjøp som følge av oppbygging av virksomheten i Bergen.

Netto samlet forbruk for postene 01 og 21 var 148,270 mill. kroner.

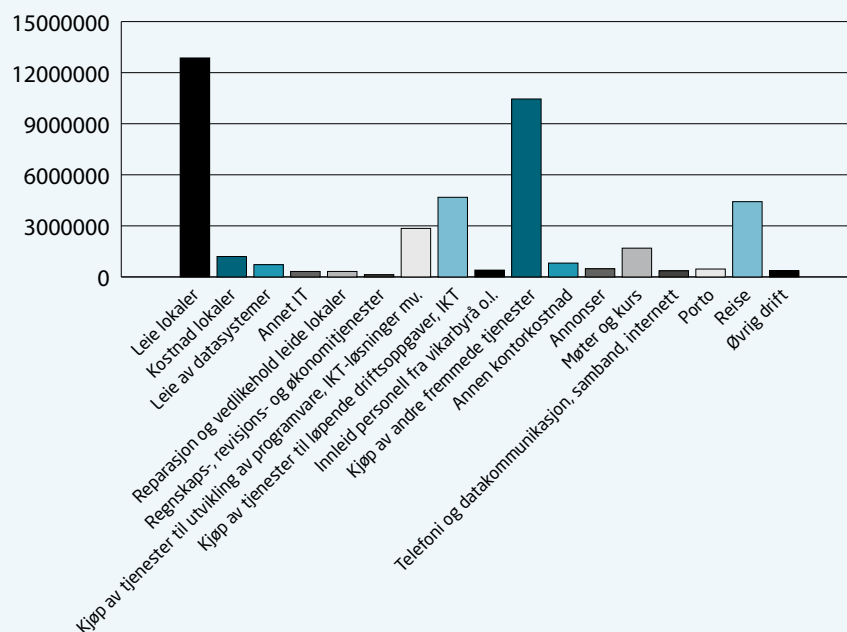
Utgiftsfordeling

Figur 1. Fordeling lønn, investering og større anskaffelser, samlet for postene 01 og 21.



Andre driftsutgifter

Figur 2. Fordeling andre driftsutgifter, samlet for postene 01 og 21.



MØTE MELLOM NEMNDLEDERNE

Høsten 2017 arrangerte Helseklage et møte mellom lederne for nemnder som har sitt sekretariat i Helseklage: Helsepersonellnemnda, Klagenemnda for behandling i utlandet, Preimplantasjonsdiagnostikknemnda og Pasientskadenemnda.

Målet med dagen var at nemndlederne skulle bli kjent med både hverandre og fagområdene.

Tema for møtet

- Hvordan jobber vi i de ulike nemndene?
- Hva er forventninger til de ulike aktørene (nemndleder, medlem, saksbehandler fra sekretariatet osv.)?

Her er noen av diskusjonspunktene fra møtet:

- Møtefrekvens og antall saker pr. møte - hva er hensiktsmessig?
- Hvilken erfaring har nemndene med temamøter - samlet behandling av liknende saker?
- Nemndas selvstendighet og rollen til de ulike medlemmene.
- Hvordan jobber vi med dynamikk og læring mellom sekretariat og nemnd?
- Sekretariatets rolle og oppgaver for saksbehandler og direktørens stedfortreder (før, under og etter møtet).
- Hvordan er strukturen i møtene?
- Rullerende eller faste nemndmedlemmer? Fordeler og ulemper
- Hva mener vi med kvalitet i saksbehandlingen?
- Hvor ofte er det dissens i de ulike nemndene?

Videre arbeid

Deltakerne syntes det var interessant å høre om hvordan arbeidet ble gjort i de andre nemndene. Nemndlederne var enige om å møtes en gang i året framover. Ved å bli kjent med arbeidsmetodene i de andre nemndene og utveksle erfaringer, skapes det muligheter for synergier på tvers i Helseklage.





3 ÅRETS AKTIVITETER
OG RESULTATER

HOVEDTALL SAKSBEHANDLING

Her er en oversikt over restanser, nye saker, avviklede saker og målkrav innen de ulike fagområdene.

| Statens helsepersonellnemnd | |
|--|-------|
| Restanser ved utgangen av 2017 | 268 |
| Nye innkomne saker | 344 |
| Avviklede saker | 205 |
| Målkrav til saksavvikling | 206 |
| Apotekklagenemnda | |
| Restanser ved utgangen av 2017 | 0 |
| Nye innkomne saker | 0 |
| Avviklede saker | 0 |
| Målkrav til saksavvikling | - |
| Preimplantasjonsdiagnostikknemnda | |
| Restanser ved utgangen av 2017 | 17 |
| Nye innkomne saker | 52 |
| Avviklede saker | 40 |
| Målkrav til saksavvikling | 36 |
| Klagenemnda for behandling i utlandet | |
| Restanser ved utgangen av 2017 | 4 |
| Nye innkomne saker | 19 |
| Avviklede saker | 24 |
| Målkrav til saksavvikling | 42 |
| Pasientskadenemnda | |
| Restanser ved utgangen av 2017 | 3102 |
| Nye innkomne saker | 1712 |
| Avviklede saker | 1549 |
| Målkrav til saksavvikling | 2624* |
| Andre saker som ikke behandles i nemnd (tidligere saker fra Helfo og Helsedirektoratet) | |
| Restanser ved utgangen av 2017 | 1592 |
| Nye innkomne saker 2017 | 1729 |
| Avviklede saker 2017 | 681 |
| Målkrav til saksavvikling | 1275 |

* Måltall fra januar 2017. Ble justert ned i løpet av året.



Statens
helsepersonellnemnd

§ 3-10. Organisasjonsform
Kommunen
utførelsen av
Kommunen s
omfatter av loven
erfaringer og synspu
Helse- og oms
brukergruppene organ
samme oppgaver som h
nr. 1, skal i tillegg til det
pasienters eller brukeres hel
tjenesten. Dette gjelder også
helse- og omsorgstjenesten ett
1. Lov 12 juni 1987 nr. 56

Kapittel 4. Krav til fors

§ 4-1. Forsvarlighet

Helse- og omsorgstjenester som
forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge

- a. den enkelte pasient eller bruker
 - omsorgstjenestetilbud.
 - b. den enkelte pasient eller bruker
 - c. helse- og omsorgstjenesten og person
overholdt sine lovpålagte plikter og
 - d. tilstrekkelig fagkompetanse sikret i tjenesten
- Kongen i statsråd kan i henhold til nærmere
etter første ledd bestemme

Nemndleder har ordet

Organisering og oppgaver i Statens helsepersonellnemnd

HELSEPERSONELLNEMNDA ble etablert i 2001 som en følge av ikrafttredelsen av helsepersonelloven. Nemnda består av syv faste medlemmer; tre jurister, tre medlemmer med helsefaglig bakgrunn og en brukerrepresentant. Tanken er at det skal være en balanse mellom jurister og helsepersonell, og med en brukerrepresentant «på vippen». Min erfaring er at det sjelden er stor forskjell på hvordan medlemmene vurderer en sak. Nemndas sammensetning er velvalgt og bidrar til å forhindre et inntrykk av skjev representasjon.

NEMNDA HAR ET vidt ansvarsområde. Ifølge helsepersonelloven § 48 skal den behandle saker for 29 kategorier helsepersonell, herunder leger, sykepleiere, kiropraktorer, psykologer og tannleger. Nemnda behandler blant annet klager på avslag på autorisasjon og lisens og administrative reaksjoner mot autorisert helsepersonell. Spesielt viktig er autorisasjonsaker. Nektelse eller tilbakekall av autorisasjon kan i praksis bety yrkesforbud.

NEMNDA ER UAVHENGIG og skal ivareta helsepersonellet



RUNE BÅRD HANSEN
Nemndleder
Statens helsepersonellnemnd

rettssikkerhet best mulig. Sakstilfanget har vært stigende over flere år, og flyttingen til Bergen har forlenget saksbehandlingstiden. Takket være meget iherdig arbeid fra de ansatte i nemndas sekretariat, ble siste sak fra 2016 avgjort på siste møte i 2017. Så vel «gamle» i Oslo som nyansatte i Bergen, har gjort en fin innsats.

Lovens formål er rettesnor

HELSEPERSONELLOVENS formålsbestemmelse i § 1 er viktig. Her fremgår det at loven skal bidra til sikkerhet for pasienter, kvalitet i helse- og omsorgstjenesten og tillit til helsepersonell og -tjenesten. Formålsbestemmelsen har betydning for nemndas anvendelse av lovens regler, ved at den gir veiledning for skjønnsutøvelsen. Dette gir også utslag i de bevisregler og beviskrav som nemnda anvender. Jeg vil særlig peke på at det er den som søker autorisasjon som helsepersonell som må dokumentere at kvalifikasjonene er slik loven krever. Eventuell tvil om dette, må gå ut over søkeren og ikke pasientene.

Autorisasjon/lisens basert på utenlandsk utdanning, eksemplifisert ved ELTE-saken

SAKSOMRÅDET BERØRER både utenlandske statsborgere som søker autorisasjon i Norge og norske kandidater fra utenlandske læresteder. I 2017 har problemstillingen blitt særlig aktuell på grunn av saken om de norske studentene med mastergrad i psykologi fra ELTE-universitetet i Budapest, Ungarn. Tidligere har ELTE-kandidatene fått lisens fra Helsedirektoratet, slik at de etter minst ett år med veiledet klinisk praksis kunne få autorisasjon som psykolog. I april 2016 fikk direktoratet ny informasjon fra ungarske myndigheter som medførte at denne praksisen ble stanset. Dette medførte sterke protester fra studentene, som engasjerte advokat og påklaget direktoratets vedtak. Nemnda stadfestet direktoratets vedtak for de fire første klagerne i desember 2017.

Saken er kompleks, og illustrerer godt kompleksiteten i sakstypen. Jeg vil gi et kortfattet sammendrag av nemndas overveielser.

EØS-regelverket

NEMNDA HAR VURDERT sakene både opp mot EØS-regelverket, forskrift av 8. oktober 2008 nr. 1130 om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller Sveits (EØS-forskriften), og norske regler for lisens og autorisasjon (helsepersonelloven §§ 48 a og 49).

ETTER EØS-REGELVERKET er det sentrale for nemndas vurdering om masterutdanningen i psykologi fra Ungarn kvalifiserer til et yrke der som er sammenlignbart med det en norsk autorisert psykolog kan utøve. Den norske profesjonsutdanningen innen klinisk psykologi gir grunnlag for selvstendig utredning, diagnostisering og behandling av pasienter innen helsevesenet. Den ungarske masterutdanningen i psykologi gir ikke adgang til klinisk arbeid med pasienter i helsevesenet i Ungarn. Nemnda har av den grunn kommet til at kandidatene med masterutdanning i psykologi fra ELTE har søkt om autorisasjon/lisens i Norge for et annet yrke enn det de er kvalifisert for i Ungarn. De har dermed ikke rett til godkjenning i Norge etter EØS-reglene.

Jevngod utdanning?

IFØLGE HELSEPERSONELLOVEN § 48 a bokstav c, har søkere også rett til autorisasjon hvis den utenlandske utdanningen anerkjennes som jevngod med tilsvarende norsk utdanning. Etter mitt syn er lovens uttrykk «jevngod» lite velvalgt. Det gir inntrykk av at den norske utdannelsen alltid vurderes som bedre enn den utenlandske der søknaden om autorisasjon/lisens ikke fører frem. En utdanning - f.eks. fra ELTE - kan være like akademisk solid som den norske, men det avgjørende er om utdanningen har nivå, omfang og faglig innhold som faktisk kvalifiserer til det norske yrket søknaden gjelder.

DET ER IKKE ENKELT å sammenligne utdanninger fra ulike land. Antall studiepoeng i samme fag kan være et utgangs-



punkt, men like viktig er f.eks. hvilke forkunnskaper som kreves og om utdanningen i de enkelte fag utgjør en faglig og pedagogisk helhet med progresjon over flere semestre. Ofte er det også vanskelig å vurdere fordelingen mellom praksis og teori i utdanninger fra andre land. Det norske profesjonsstudiet i psykologi er utpreget praktisk orientert, med stor vekt på ferdighetstrening i utredning og behandling av barn, voksne og familier.

HELSEPERSONELLNEMNDA sammenlignet det norske profesjonsstudiet med masterstudiet fra ELTE. Nemndas konklusjon var at profesjonskandidatene i Norge blir generalister i klinisk psykologi, mens utdanningen fra ELTE er mer sammenlignbar med den norske mastergraden i psykologi som ikke kvalifiserer til yrkesutøvelse som psykolog. Nemnda kom til at ELTE-utdanningen slikt sett ikke er «jevngod» med den norske profesjonsutdanningen. Den er ett år kortere og har store mangler innen kliniske emner, praksisnære emner og ferdighetstrening. Nemnda fant videre at manglene var for omfattende til at det kan gis lisens. Dette medfører at kandidatene, i motsetning til tidligere, ikke kan supplere utdanningen med veiledet klinisk praksis for deretter å søke norsk autorisasjon som psykolog.

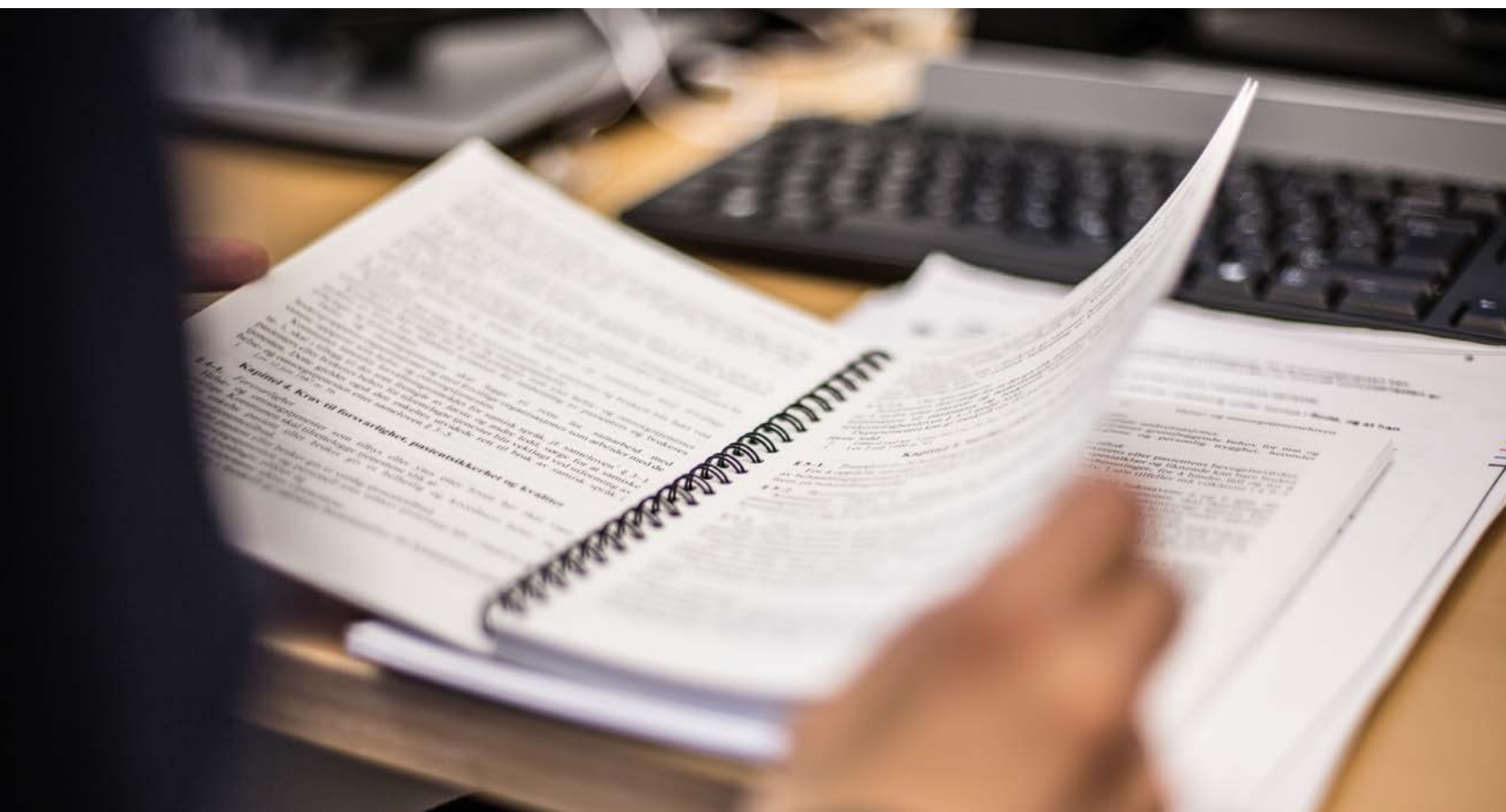
JEG UNDERSTREKER at nemnda ikke er i tvil om at utdanningen fra ELTE kvalitetsmessig er på høyde med norsk utdanning, men studieopplegget er så forskjellig fra det norske profesjonsstudiet i psykologi at autorisasjon eller lisens som psykolog i Norge ikke kan innvilges. Studentene er rett og slett ikke utdannet til kliniske psykologer og veiledet klinisk praksis er ikke tilstrekkelig til å bøte på manglene.

Hensynet til pasientene er viktigst

KANDIDATENE som nå ikke får lisens opplever seg forskjellsbehandlet i forhold til tidligere ELTE-kandidater. Det er lett å ha sympati med dem, og nemnda forstår at de føler seg urettferdig behandlet. Det var beklagelig at Helsedirektoratet tidligere fattet vedtak basert på manglende informasjon om hvilket yrke utdanningen gav grunnlag for. Også i denne vanskelige saken må likevel sikkerheten og kvaliteten for pasientene veie tyngst for nemnda.



Det er lett å ha sympati med dem, og nemnda forstår at de føler seg urettferdig behandlet.



TALL FRA AVDELINGEN

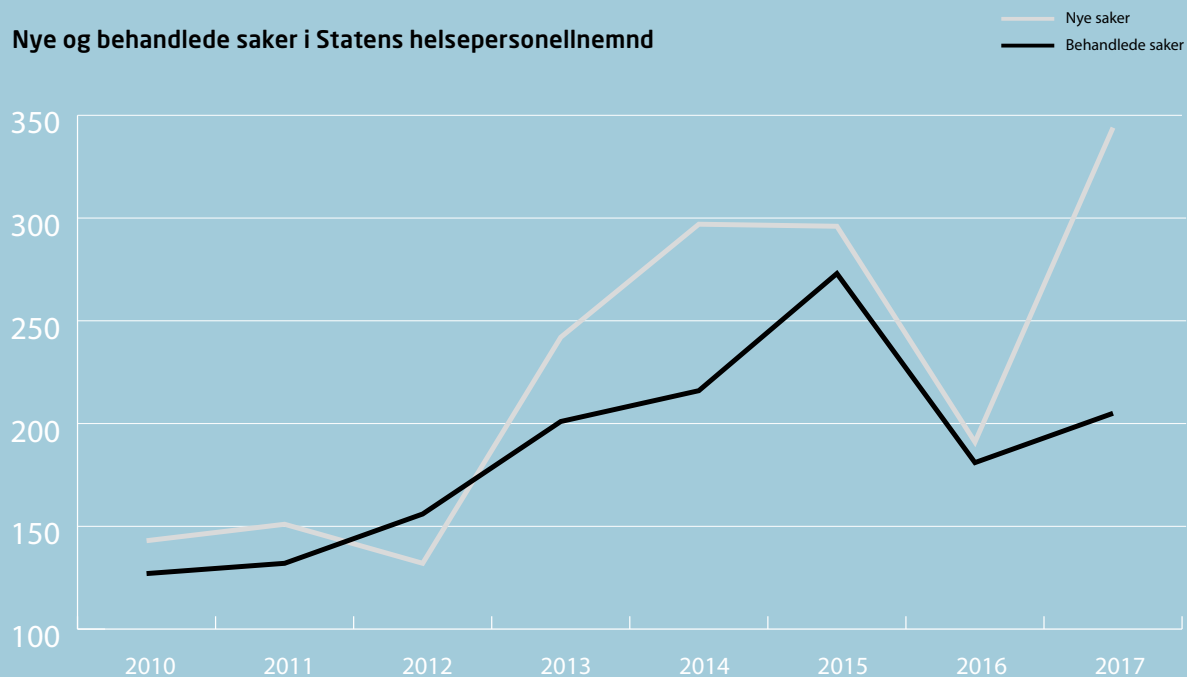
Statens helsepersonellnemnd (Helsepersonellnemnda) er en uavhengig klagenemnd som behandler klager fra helsepersonell. Dette kan være vedtak som avslag på søknad om autorisasjon og lisens, administrative reaksjoner eller spesialistgodkjenning.



SAKSAVVIKLING

Statens helsepersonellnemnd behandlet totalt 205 saker i 2017. Av disse fikk syv (3,5 prosent) medhold og vedtaket ble omgjort. 197 saker (96 prosent) ble stadfestet, og én sak ble avvist. Seks saker ble utsatt, og 17 trukket i 2017.

Nye og behandlede saker i Statens helsepersonellnemnd



SAKSBEHANDLINGSTID

Målet i tildelingsbrevet for 2017 var at saksbehandlingstiden skulle reduseres. Den gjennomsnittlige saksbehandlingstiden i Statens helsepersonellnemnd var i 2017 på ca. 9 måneder. I 2016 var behandlingstiden på 8,5 måneder.

Flere av sakene nemnda behandler krever også mye utredning av sekretariatet. Dette er forhold som krever store ressurser og gjør at saksbehandlingstiden sannsynligvis vil øke.



FORVENTNINGER TIL UTVIKLINGEN

Utfordringen vedrørende saksbehandlingen i Helsepersonellnemnda er stor økning i saksinngangen. I tillegg har mange erfarne saksbehandlere i Oslo sluttet og mange nyansatte i Bergen på læres opp. Etter hvert som flere nyansatte blir opplært i Bergen vil man kunne øke saksavviklingen, og målet er å redusere saksbehandlingstiden.



APOTEKKLAGENEMNDA

Apotekklagenemnda behandler klager for enkelte vedtak fattet av Statens legemiddelverk etter apotekloven.

Medlemmer av Statens helsepersonellnemnd er også med i Apotekklagenemnda. Når nemnda settes byttes to av Statens helsepersonellnemnds medlemmer med helsefaglig bakgrunn mot to med farmasøytisk kompetanse.

I 2017 kom det ingen saker inn, ingen saker ble behandlet og det var ingen restanser.





HULL I DOKUMENTASJONEN I TANNLEGESAKER

Statens helsepersonellnemnd (SHPN) har fra 2014 hatt en betydelig økning av antall klagesaker fra tannleger som har fått avslag på søknad om autorisasjon. De fleste sakene gjelder tannleger som har utdanning fra et land utenfor Norge og EØS-området. I tidsrommet fra 2014-2017 har nemnda behandlet totalt 54 klagesaker som gjelder avslag på søknad om autorisasjon fra tannleger.

Dokumentasjonen er mangelfull i halvparten av sakene

Nemnda vurderer om den utenlandske utdanningen har et nivå, omfang og et faglig innhold som gjør at den kan anses som faglig jevngod med norsk utdanning. I omtrent halvparten av sakene kan ikke Helsepersonellnemnda realitetsbehandle sakene fordi den fremlagte dokumentasjonen er for mangelfull. Nemnda kan da ikke vurdere den aktuelle utdanningen opp mot kravene til norsk tannlegeutdanning. For å kunne vurdere om en utdanning er jevngod med norsk utdanning, må dokumentasjonen vise hvor stor andel av undervisningen som er teori, veiledet klinisk praksis og hva veiledningen har bestått i, og hvor stor andel som utgjør egenstudier.

Hvilken dokumentasjon er nødvendig?

Når nemnda vurderer en utenlandsk utdanning må vi se etter sentrale dokumenter som vitnemål, diploma supplement, transcript og fagplan. De aller fleste kan fremlegge vitnemål og transcript. Disse gir en oversikt over titlene på fag og emner som inngår i utdanningen, antall timer i hvert fag og karakterer. Hovedmangelen er som oftest at det ikke er fremlagt en fagplan. I noen tilfeller legges det frem feil fagplan, f.eks. for en annen tidsperiode enn klagerens utdanning eller at den ikke er utstedt i klagerens navn. I slike tilfeller vil fagplanen ikke kunne legges til grunn for nemndas vurdering.

Klageren ansvarlig for å fremlegge dokumentasjon

Det er klageren som har ansvar for å fremlegge nødvendig dokumentasjon slik at nemnda kan vurdere utdanningen. Når det ikke kan foretas en fullstendig vurdering av det faglige innholdet i en utdanning, er det

- ikke mulig å fastlegges konkret hvilke mangler utdanningen eventuelt har
- ikke forsvarlig å gi hverken lisens eller autorisasjon
- ikke mulig å vise til hva som skal til for at vedkommende på et senere tidspunkt kan få godkjenning.

Formålet med dokumentasjonskravet

Dokumentasjonskravet gjelder for alle søkere innen de 29 helsepersonellgruppene som helsepersonelloven omfatter. Dokumentasjonskravet kan synes strengt, men det er viktig å forsikre seg om at de som får offentlig godkjenning i form av autorisasjon eller lisens fullt ut er kvalifisert for dette. Helsepersonellovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter, kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. Dokumentasjonskravet er en måte å sikre dette på.

BEVISKRAVET I KLAGESAKER OVER ADMINISTRATIVE REAKSJONER FRA STATENS HELSETILSYN

Spørsmålet om hvilket beviskrav og bevisregler som gjelder, kommer tidvis opp som tema i klager over vedtak fra Statens helsetilsyn til Statens helsepersonellnemnd (SHPN).

Som den klare hovedregel er beviskravet i sakene alminnelig sannsynlighetsovervekt. Det vil si at det må være mer enn 50 prosent sannsynlig at helsepersonellet har gjort eller unnlatt å gjøre de handlinger som ligger til grunn for det påklagede vedtaket. Det offentlige har bevisbyrden. Det betyr at dersom beviskravet ikke er oppfylt, vil vedtaket bli omgjort.

Avklaringer om beviskrav - dom i Høyesterett i 2007

I en dom fra 2007 (Rt-2007-185) avklarte Høyesterett ytterligere hvilket beviskrav som skal legges til grunn.

Saken gjaldt spørsmål om tilbakekall av autorisasjon som lege som følge av grove seksuelle overgrep begått overfor mindreårige, kort tid før han fikk autorisasjon som lege og atten år før vedtaket om tilbakekall.

Dommen drøfter først om det skal være noen generell regel om kvalifisert sannsynlighetsovervekt, men finner ikke grunnlag for det. Ifølge Høyesterett var utgangspunktet at alminnelig sannsynlighetsovervekt er tilstrekkelig.

Deretter drøftes skjerpet beviskrav:

«Det kan anføres at også de interesser helsepersonelloven § 57 er satt for å verne, er av en slik art og har slik tyngde, at hensynet til den beskyldningene retter seg mot, må vike. Jeg finner imidlertid at når det, som i denne sak, er tale om å legge til grunn eldre forhold av sterkt infamerende karakter, og disse forhold ikke har noen umiddelbar tilknyt-

ning til den aktuelle yrkesutøvelse, må det stilles krav om kvalifisert sannsynlighetsovervekt.»

Hovedregel - alminnelig sannsynlighetsovervekt

Nemnda har etter dommen i Høyesterett fulgt det klare utgangspunktet med alminnelig sannsynlighetsovervekt. I sak 15/192 drøfter nemnda dette mer inngående. Senere avgjørelser i domstolene har stadfestet nemndas bevisvurderinger. Dette gjelder også der faktum som legges til grunn er belastende for helsepersonellet, noe det ofte vil være i saker om tilbakekall av en autorisasjon.

Unntak 1 - skjerpet beviskrav

I enkelte klagesaker anføres det at Helsepersonellnemnda må legge til grunn et strengere beviskrav enn alminnelig sannsynlighetsovervekt. Klagerne anfører at beviskravet må være strengere hvis de forhold som Statens helsetilsyn mener helsepersonellet har begått, er svært alvorlige og belastende.

Nemnda skal i sine avgjørelser veie hensynet til klagers rettssikkerhet opp mot formålet med helsepersonellovens bestemmelser; å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helse-tjenesten. Hvis nemnda skal legge et skjerpet beviskrav til grunn betyr det at formålet svekkes.

I dommen fra 2007 åpnet Høyesterett opp for et skjerpet beviskrav hvis alle vilkårene - *eldre forhold, av sterkt*

infamerende karakter og ikke noen umiddelbar tilknytning - er til stede samtidig. I de tilfellene hvor det er aktuelt å vurdere om et skjerpet beviskrav skal legges til grunn i saken, må nemnda drøfte hva som ligger i disse skjønns-messige uttrykkene opp mot den aktuelle handlingen. Nemnda har lagt et slikt skjerpet beviskrav til grunn i sak 13/164.

Unntak 2 - svakere beviskrav

I noen tilfeller stiller loven et svakere beviskrav enn almin-nelig sannsynlighetsovervekt, selv om dette kan føre til inngripende vedtak for helsepersonellet. Dette er med på å verne om formålet i helsepersonelloven. Her er det tilstrek-kelig at det er grunn til å tro at vilkårene for tilbakekall er

til stede. Dette gjelder ved suspensjon av en autorisasjon; midlertidig tilbakekall frem til endelig avgjørelse foreligger, og ved vurderingen av om en autorisasjon skal begrense selv om tapsvilkårene ikke er oppfylt. I et slikt tilfelle holder det at det er «grunn til å tro» at vilkårene kan bli oppfylt hvis autorisasjonen ikke begrenses.

Snudd bevisbyrde

Hvis et helsepersonell har mistet eller fått begrenset autorisasjonen og søker om å få autorisasjonen tilbake eller begrensningen opphevet, snus bevisbyrden. Helsepersonellet har da selv bevisbyrden. Beviskravet er også her alminnelig sannsynlighetsovervekte.



Preimplantasjonsdiagnostikk- nemnda

Kapittel 2A. Preimplantasjonsdiagnostikk m.m.

2A-1. Genetisk undersøkelse av befruktede egg
Med preimplantasjonsdiagnostikk menes en genetisk undersøkelse av kjønn, preimplantasjonsdiagnostikk kan bare tilbys par der en eller begge er bærere av en arvelig sykdom og der er stor fare for at sykdommen kan overføres til et kommende barn. Preimplantasjonsdiagnostikk kan i tillegg brukes for å undersøke veksttype med sikte på å få et svevstypisk barn. Befruktede egg utenfor kroppen for forskning og medisinske formål skal seksuelt forelegges helseetisk kontrollkomitee.

Nemndleder har ordet

PGD-nemndas oppgaver

PREIMPLANTASJONSDIAGNOSTIKKNEMNDA (PGD-nemnda) behandler søknader om tillatelse til genetisk undersøkelse av befruktete egg før innsetting i livmoren. Slik tillatelse kan gis for å utelukke alvorlig arvelig sykdom. Nemnda behandler også søknader om PGD i kombinasjon med vevstyping, HLA-typing, med sikte på at et kommende barn kan bli stamcelledonor for et alvorlig sykt søsken.

Saksbehandlingen

I 2017 HAR NEMNDA hatt fem ordinære møter og til sammen fattet 40 vedtak. I 31 av sakene ble PGD innvilget, i seks av sakene var vedtaket avslag og tre av sakene ble avvist. I tre av sakene delte nemnda seg i et flertall og et mindretall.

Det har vært en økning i saksmengden på om lag 45 % i forhold til 2016. De aktuelle søknadene behandles fortløpende, slik at det i praksis er en maksimal behandlingstid på tre måneder. Nemnda anser dette som tilfredsstillende.

SAMMENSETNINGEN AV personer i nemnda har vært den



BENTE LAFORCE

Nemndleder
Preimplantasjonsdiagnostikk-
nemnda

samme siden oppnevning av samtlige i 2014, foruten ett nytt medlem som ble oppnevnt i 2016.

Likebehandling

NEMNDA JOBBER KONTINUERLIG med å sikre fokus på å sikre størst mulig likebehandling. Et gjennomgående tema i vurderingene er om den aktuelle sykdommen er tilstrekkelig alvorlig for å kunne få innvilget PGD. Det er snakk om mange forskjellige sykdommer som arter seg svært forskjellig, og sammen-

ligning kan være vanskelig.

Medisinsk utvikling

DET ER STADIG UTVIKLING innen ulike behandlingsformer. Nemnda skal til enhver tid vurdere om det finnes tilfredsstillende behandling for den aktuelle sykdommen. Dette kan i enkelte tilfeller være vanskelig å forutsi. Her opererer nemnda med en konservativ tilnærming, dvs. at nemnda ikke tar hensyn til behandling som framstår som usikker.

Bruken av PGD skal etter loven være restriktiv

BÅDE LOVEN OG LOVFORARBEIDENE taler for at bruken av PGD skal være restriktiv. Dette innebærer at sykdommer som mange vil definere som alvorlige, ikke gir grunnlag for å få innvilget PGD. Ved vurderingen av om en sykdom er tilstrekkelig alvorlig i lovens forstand, har nemnda i enkelte saker i 2017 delt seg i et flertall og et mindretall. Dette gjelder for sykdommene SPG4, hemofili A og Marfans syndrom, der søknad om PGD er avslått, men der et mindretall har gått inn for innvilgelse.

Lovverket har ikke blitt endret det inneværende året.

Klart språk

FOR Å SIKRE STØRST MULIG LIKEBEHANDLING, etterprøvbarehet og effektivitet, har nemnda det siste året fokusert på utformingen av vedtak. Nemnda har forsøkt i større grad å standardisere vedtakene. Det er jobbet både med innhold og språk, slik at vedtakene blir lettere å forstå og ikke er

for lange. Det er et mål at vedtakene skal være lett forståelige for både søkerne, helsepersonell og offentligheten ellers.

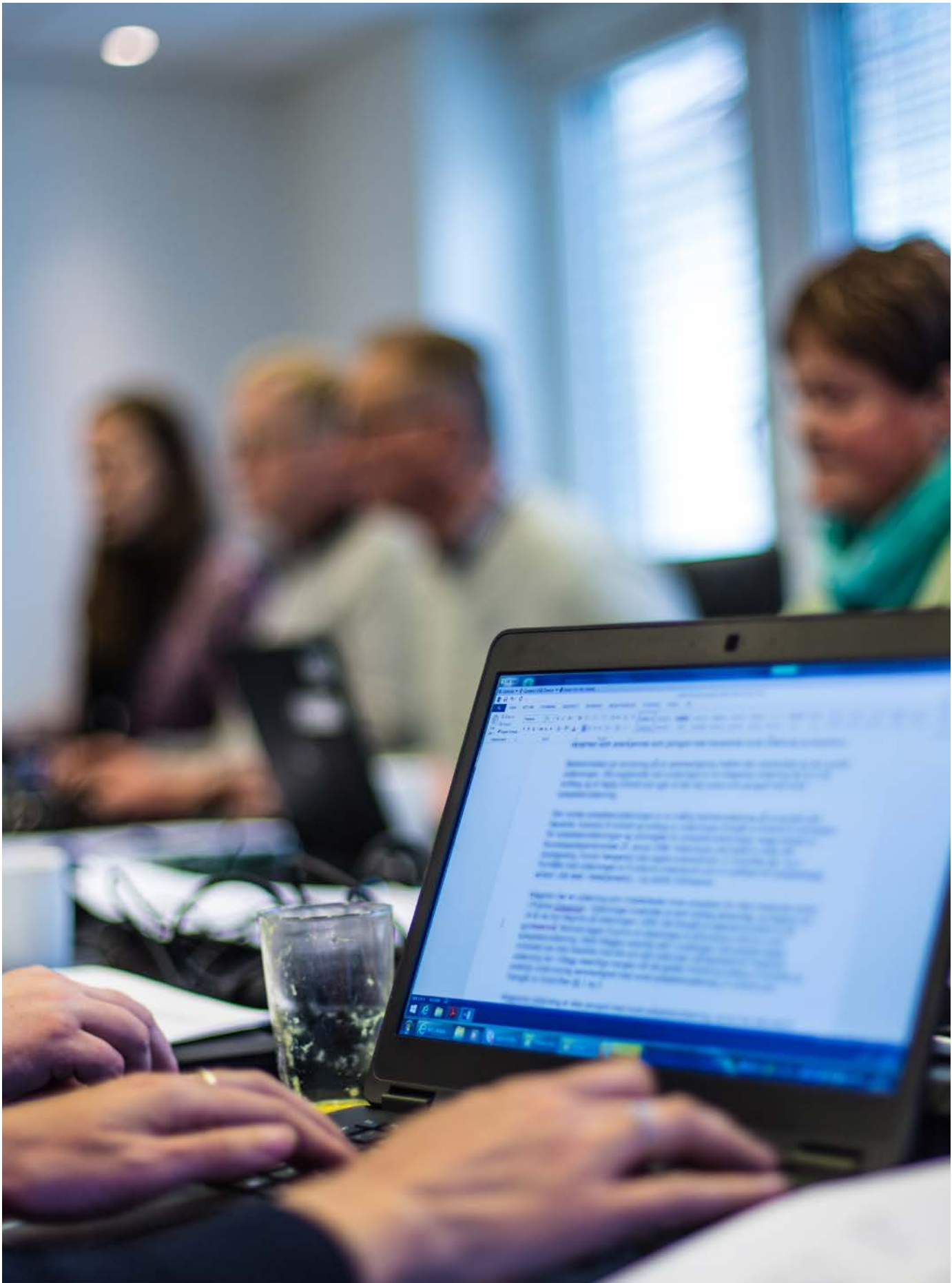
Publisering av vedtak

NEMNDA HAR SOM MÅLSETNING å gjøre offentlig tilgjengelig hvilke sykdommer som kvalifiserer for PGD og hvilke vurderinger nemnda til enhver tid gjør. Samtidig må nemnda sikre personvernet for den enkelte søker. Enkelte av sykdommene rammer svært få i populasjonen, og dette gjør at offentliggjøring av opplysninger kan være sårbart for de som er rammet. Her må det gjøres en konkret vurdering.

Omstilling

PGD-NEMNDA HAR i liten grad vært påvirket av omorganiseringen til Helseklage og flytting av hovedkontor til Bergen. Den største praktiske endringen for PGD-nemnda har vært overgang til digital saksbehandling.





TALL FRA AVDELINGEN

Preimplantasjonsdiagnostikk, forkortet til PGD, er genetisk undersøkelse av et befruktet egg før det settes inn i livmoren. Slik undersøkelse kan etter bioteknologiloven bare innvilges når minst én av foreldrene er bærer av en alvorlig arvelig sykdom, og det er stor fare for at sykdommen overføres til et kommende barn. Ved hjelp av PGD kan man unngå at den aktuelle sykdommen går i arv.

Man kan også søke om å få utført vevstypetesting, noe som innebærer at det befruktete eggets vevstype undersøkes, med sikte på å få et vevstypelikt barn som kan være stamcelledonor for et sykt søsken.

Preimplantasjonsdiagnostikknemnda behandler søknader om PGD i første instans. Vedtak om avslag kan ikke påklages, men må bringes inn for domstolene.

SAKSAVVIKLING

PGD-nemnda har behandlet 40 søknader i 2017. Innvilgningsprosenten for innvilget PGD-behandling er 77 prosent. Av de 40 behandlede søknadene ble 31 innvilget, seks saker avslått og tre saker avvist.

**PGD-nemnda oversikt pr. år**

| År | Nye søknader | Behandlede søknader | Innvilget | Restanse pr. 31.12. |
|------|--------------|---------------------|-----------|---------------------|
| 2010 | 25 | 26 | 24 | 6 |
| 2011 | 28 | 32 | 30 | 1 |
| 2012 | 37 | 34 | 32 | 4 |
| 2013 | 32 | 33 | 30 | 2 |
| 2014 | 48 | 37 | 33 | 10 |
| 2015 | 35 | 43 | 37 | 3 |
| 2016 | 34 | 32 | 28 | 5 |
| 2017 | 50 | 40 | 31 | 15 |

SAKSBEHANDLINGSTID

Nemnda har i 2017 hatt en saksbehandlingstid på rundt 2,5 måneder. I tildelingsbrevet for 2017 ble det satt som mål for nemndene at saksbehandlingstiden skulle reduseres i forhold saksbehandlingstiden for 2016. Saksbehandlingstiden var da 2,8 måneder. Dette målet er nådd.

**FORVENTNINGER TIL UTVIKLINGEN**

I 2017 økte saksmengden med 45 % i forhold til 2016. Saksbehandlingstiden har likevel ligget under tre måneder. Det forventes også høy saksinnang i 2018.

Det er viktig av nye saksbehandlere i Bergen får overført kompetanse fra de erfarne i Oslo, slik at Helseklage er godt rustet til å forberede sakene for nemnda. Dette arbeidet er godt i gang.

PGD KOMBINERT MED VEVSTYPING

Preimplantasjonsdiagnostikk (PGD) er en genetisk undersøkelse av befruktede egg utenfor kroppen før innsetting i livmoren. Dette kan bare tilbys par der en eller begge er bærere av alvorlig monogen eller kromosomal arvelig sykdom og det er stor fare for at sykdommen kan overføres til et kommende barn. PGD kan i tillegg utføres for å undersøke vevstype med sikte på å få et vevstypelikt barn som kan være stamcelledonor for et søsken med alvorlig arvelig sykdom.

For at et par skal få tillatelse til PGD og eventuelt med tillegg å undersøke vevstype, må de søke om tillatelse hos Preimplantasjonsdiagnostikknemnda, som avgjør dette. De nærmere bestemmelsene om dette finnes i bioteknologiloven kapittel 2A.

Ifølge bioteknologiloven er PGD kombinert med vevstyping (betegnes ofte som PGD/HLA) bare er tillatt hvis søsken-donasjon av friske forlikelige stamceller med stor sannsynlighet er egnet til å kurere et sykt søsken. Videre må hensynet til det syke barnet veies opp mot belastningene for et fremtidig søsken, og barnet som fødes etter PGD med vevstyping må ikke utsettes for uakseptable inngrep.

Etter at PGD-nemnda ble opprettet i 2008 har nemnda totalt behandlet ni slike søknader. Av disse er fem innvilget og fire avslått. De to siste søknadene ble behandlet av PGD-nemnda i 2016 og fikk avslag på HLA, men ikke på PGD. Grunnen til begge avslagene var at søkerne ikke hadde gjort tilstrekkelige undersøkelser av hvorvidt det fantes andre i familien som kunne tjene som donor for det syke barnet eller offisielle donorregistre. Hvis slike tilgjengelige donorer finnes, vil PGD/HLA bli ansett å komme i konflikt med vilkårene som er satt i bioteknologiloven. Det er derfor helt nødvendig for de som søker om PGD/HLA at de kan dokumentere hvilke undersøkelser som er gjort,

både i familie og kartlegging av donorsituasjonen ellers. Vurdering av transplantasjonsmuligheter må skje i regi av offentlig godkjent helseinstitusjon.





Klagenemnda for behandling
i utlandet

94
N2010/0503

Nemndleder har ordet

Klagenemnda for behandling i utlandet

KLAGENEMNDA behandler klager etter pasient- og brukerrettighetsloven, der utenlandskontoret hos regionale helseforetak har avslått søknad om dekning av utgifter til behandling i utlandet. Rett til dekning av utgifter til helsehjelp i utlandet kan foreligge hvis det ikke finnes adekvat kompetanse i Norge.

Rettsikkerhet

KLAGERNE ER OFTE i en krevende situasjon, og sakene som behandles er av stor betydning for den enkelte klager. Rask saksbehandling, høy kvalitet på saksbehandlingen og ivaretagelse av rettsikkerheten for brukeren er viktig for Klagenemnda. I tillegg til at saksbehandlingen skal sikre et forsvarlig beslutningsgrunnlag i den enkelte sak, er et viktig mål for Klagenemnda at like saker behandles likt, slik at det etableres, og videreføres, en konsistent og forutsigbar praksis.



KARI LUNDE
Nemndleder
Klagenemnda for
behandling i utlandet

Omstilling

OMSTILLINGEN I FORBINDELSE med at sekretariatet til samtlige klagenemnder er lagt til Helseklage i Bergen har i liten grad påvirket Klagenemndas arbeid i 2017. Klagenemnda har hatt fem møter i Oslo i 2017 i samsvar med møteplanen. I tillegg ble et nyttig internt fagseminar for Klagenemnda gjennomført våren 2017. Det fremstår som at sekretariatet, i en fortsatt krevende omstillingsperiode, har gjort en svært god jobb ved å forberede nye saksbehandlere som trer inn i saksbehandlingen.

Saksbehandling

SAKENE SOM ER BEHANDLET i 2017 har vært innen et vidt medisinsk spekter, og medisinske spesialisters vurderinger er ofte viktige premisser ved den rettslige vurderingen. I enkelte saker har det vært behov for ytterligere utredning. I disse sakene har behandlingen tatt noe lenger tid enn det som er vanlig.

KLAGENEMNDA har behandlet 24 saker og 4 anmodninger om omgjøring i 2017, mot 19 saker og 2 anmodninger om omgjøring i 2016. En sak er utsatt til neste år i påvente av ytterligere utredning. Av de 24 klagesakene som ble behandlet og avsluttet av Klagenemnda ble 19 vedtak stadfestet og 1 vedtak omgjort. I tillegg ble 4 saker avgjort etter bestemmelser i forvaltningsloven, hvorav 2 saker ble avvist og 2 saker ble opphevet og returnert til ny behandling hos førsteinstansen. Den gjennomsnittlige saksbehandlingstiden i 2017 er på 4,3 måneder sammenliknet med 4,1 måneder i 2016. Målet om redusert gjennomsnittlig saksbehandlingstid i Klagenemnda i 2017 ikke er nådd.

Det har vært arbeidet med at vedtak skal ha en god pedagogisk utforming og at medisinske uttrykk skal presenteres på en forståelig måte. Dette arbeidet vil fortsette i 2018.



Sakene som er behandlet i 2017 har variert innen et vidt medisinsk spekter, og medisinske spesialisters vurderinger er ofte viktige premisser ved den rettslige vurderingen.



TALL FRA AVDELINGEN

Klagenemnda Klagenemnda behandler klager fra pasienter som har søkt om dekning av utgifter til medisinsk behandling i utlandet. De regionale helseforetakene er førsteinstans i disse sakene, og det er deres avslagsaker som kommer til Klagenemnda.

SAKSAVVIKLING

Klagenemnda for behandling i utlandet behandlet 24 klagesaker og fire gjenopptakssaker i 2017. En pasient - dvs. 5 % - fikk medhold.

**Klagenemnda oversikt pr år**

| | Nye saker | Behandlede saker | Restanse pr 31.12. |
|------|-----------|------------------|--------------------|
| 2010 | 41 | 47 | 14 |
| 2011 | 29 | 26 | 17 |
| 2012 | 29 | 37 | 9 |
| 2013 | 38 | 40 | 7 |
| 2014 | 26 | 27 | 7 |
| 2015 | 29 | 28 | 8 |
| 2016 | 25 | 19 | 14 |
| 2017 | 14 | 24 | 4 |

Medhold og tilbakeviste saker

| | Stadfestet resultat | Medhold | Opphevet og returnert | Avvist klage |
|------|---------------------|---------|-----------------------|--------------|
| 2010 | 42 | 5 | 0 | |
| 2011 | 26 | 0 | 0 | |
| 2012 | 33 | 2 | 2 | |
| 2013 | 33 | 3 | 4 | |
| 2014 | 26 | 0 | 0 | 1 |
| 2015 | 26 | 0 | 2 | |
| 2016 | 15 | 3 | 0 | 1 |
| 2017 | 19 | 1 | 2 | 2 |

SAKSBEHANDLINGSTID

Klagenemnda har i 2017 hatt en saksbehandlingstid på 4,3 måneder. I tildelingsbrevet for 2017 ble det satt som mål for nemndene at saksbehandlingstiden skulle reduseres i forhold saksbehandlingstiden for 2016. Saksbehandlingstiden for klagenemnda ligger så vidt over gjennomsnittet på 4,1 måned i 2016.

**FORVENTNINGER TIL UTVIKLINGEN**

De siste fem årene har saksinngangen ligget gjennomsnittlig på ca. 30 klagesaker årlig. Saksbehandlingstiden holder seg jevnt, rett i overkant av fire måneder. Det er ikke forventet store endringer. Arbeidet med å overføre kompetanse fra de erfarne i Oslo til de nye i Bergen er godt i gang.

ADGANGEN TIL Å FÅ DEKKET UTGIFTER TIL UTPRØVENDE ELLER EKSPERIMENTELL BEHANDLING I UTLANDET

Klagenemnda behandler klager fra pasienter som har søkt om dekning av utgifter til medisinsk behandling i utlandet. De regionale helseforetakene er førstestans i disse sakene, og det er deres avslagsaker som kommer til Klagenemnda. Kravene er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven og i prioriteringsforskriften.

En forutsetning for å ha krav på å få dekket slike utgifter er at helsehjelpen kan utføres forsvarlig av tjenesteyter i utlandet etter akseptert metode, at pasienten har forventet nytte av behandlingen og at de forventede kostnadene står i rimelig til behandlingens effekt.

Selv om disse vilkårene ikke er oppfylt kan en pasient unntaksvis få dekket utgiftene til utprøvende eller eksperimentell behandling i utlandet. Det må i så fall gjelde sykdomsgrupper som er så sjeldne og eller så vanskelige og ressurskrevende, at det ikke er bygget opp nasjonal kompetanse i Norge. I merknadene til prioriteringsforskriften presiseres det at en pasient kun unntaksvis og i spesielle tilfeller vil kunne få slik behandling i utlandet. Pasienten må videre ha en mer alvorlig tilstand når det gjelder eksperimentell behandling enn ved utprøvende behandling. Dette skyldes at det er bedre dokumentasjon for utprøvende behandling enn eksperimentell behandling. Ved vurderingen kan kostnadshensyn tillegges vekt.

Når slike saker har vært oppe for nemnda har en av hovedutfordringene vært å ta stilling til om en sykdomsgruppe er tilstrekkelig sjelden. Det vil være en konkret vurdering av sykdommen og ikke individuell med hensyn til hvordan den

manifesterer seg hos den enkelte pasient. Utgangspunktet for vurderingen om en sykdom er sjelden eller ikke er ikke antall tilfeller per år, men om det er utviklet kompetanse for den eller ikke. At en sykdom har manifestert seg kraftigere hos en pasient enn det som er vanlig, gjør den ikke til en sjelden sykdom.



I merknadene til prioriteringsforskriften presiseres det at en pasient kun unntaksvis og i spesielle tilfeller vil kunne få slik behandling i utlandet.

The background is a teal-tinted photograph of a classroom. A whiteboard is visible on the right side, with a red marker resting on its edge. In the center, there is a semi-transparent white circle containing the text 'Helseoppgjør'.

Helseoppgjør

HVA ER HELSEOPPGJØR?

Helseoppgjør er en av fem saksbehandleravdelinger i Helseklage. Avdelingen behandler klagesaker, hovedsakelig fra vedtak fattet i Helfo. Fra 1. januar 2017 ble avdelingen offisielt en del av Helseklage, da klagesakene som tidligere ble behandlet av KAR (klage, anke og regelverk) i Helfo formelt ble overført til Helseklage.

Ved utgangen av 2017 var Helseoppgjør ni jurister, en rådgivende farmasøyt og avdelingsdirektør. I tillegg har avdelingen knyttet til seg en rådgivende overlege (fjernkontor i Sandefjord) og en rådgivende overtannlege (fjernkontor i Molde).

Helseoppgjør behandler klagesaker innen et bredt fagfelt. I tillegg forberedes anker for Trygderetten og avdelingen bistår regjeringsadvokaten/rettsaksavdelingen i sivile saker for domstolene. Helseoppgjør er den eneste saksbehandlingsavdelingen i Helseklage som ikke er sekretariat for en nemd; avdelingen har selv beslutningsmyndighet i alle klagesakene.

Helfo er førsteinstans i de fleste sakene som avdeling Helseoppgjør behandler. I følge Helfos egne tall betalte Helfo i 2016 ut 34,2 milliarder kroner i refusjon og stønad knyttet til behandling og legemidler, samt medisinsk forbruksmateriell. Av disse gikk 22,3 milliarder kroner til refusjon av utgifter til pasientbehandling. Helfo utbetaler også refusjon og stønad til privatpersoner som søker om å få dekket utgifter til blant annet behandling og legemidler, både i Norge og i utlandet.



Hvem er brukerne våre?

Helseoppgjør behandler klagesaker både fra privatpersoner og behandlere.

KLAGESAKER FRA PRIVATPERSONER

Eksempler på klagesaker fra privatpersoner

- **Klager på stønad til utgifter for legemidler brukt utenfor institusjon.** Hensikten er å sikre tilgang til effektive og nødvendige legemidler uavhengig av brukernes økonomiske situasjon. Stønad gis etter blåreseptforskriften eller bidragsordningen (hvit resept).
- **Klager på krav om ordinær stønad til helsetjenester i utlandet.** For å vurdere retten til slik stønad skal det i hovedsak ses til de nasjonale vilkårene som gjelder for den aktuelle helsetjenesten (legemidler, tannbehandling, legehjelp osv.). Utgangspunktet er at vurderingen skal skje som om helsehjelpen var mottatt i Norge.
- **Stønad til tannbehandling.** Utgangspunktet er at den voksne del av befolkningen selv skal betale for behandling hos tannlege og tannpleier. Hensikten med folketrygdlovens regler om tannbehandling er å gi hel eller delvis støtte til grupper i befolkningen med særlige tannbehandlingsbehov. Trygderefusjon er begrenset til undersøkelse og behandling av 15 opplistede sykdommer/tilstander i forskriften til folketrygdloven § 5-6.
- **Klager på fylkesmannens vedtak om førerrett** vurdert mot førerkortforskriftens helsekrav. Disse sakene overtok Helseoppgjør ansvar for høsten 2017.

I tillegg til å behandle klagesaker fra privatpersoner, behandler Helseoppgjør også klagesaker vedrørende søknader fra leverandører av medisinsk forbruksmaterieell om å få varer inn på produkt- og prislister (blå resept).

KLAGESAKER FRA BEHANDLERE

I Norge er det ca. 23 000 behandlere utenfor sykehus. Alle behandlere som har refusjonsrett fra folketrygden, sender sine refusjonskrav til Helfo. Dette er fastleger, legespesialister, psykologer, tannleger, tannpleiere, fysioterapeuter, manuellterapeuter, kiropraktorer, helsestasjoner, jordmødre, logopeder, audiopedagoger og ortoptister. I tillegg refunderer Helfo utgifter til behandling på poliklinikk, private medisinske laboratorier/røntgeninstitutt og noe pasientbehandling foretatt i utlandet.

Behandlingen i Helfo

I 2016 mottok Helfo til sammen 705 000 refusjonskrav fra ulike helseaktører. Systemet er basert på tillit, ved at Helfo automatisk og innen meget korte frister utbetaler refusjon for de takster som det sendes regning for. Helseaktører anses som profesjonelle parter og har ansvar for at refusjonskravene som sendes til Helfo er korrekte. Selv om de fleste opptrer i tråd med regelverket, er det likevel enkelte helseaktører som gjør feil; enten bevisst eller ubevisst.

Helfo har et særskilt ansvar for å identifisere økonomisk misbruk, og har ulike virkemidler til bruk overfor helseaktører som får refusjon fra folketrygden. Helfo gir blant annet pålegg om endring av praksis, fatter vedtak om å tilbakekreve feilutbetalt refusjon, og vedtak om tap av retten til å praktisere for trygdens regning. I 2016 påla Helfo 190 helseaktører å endre praksis og krevde tilbake 54 millioner kroner i refusjon.

Helfo gjennomfører kontroller av helseaktører på flere ulike måter. Når eksempelvis en lege eller fysioterapeut sender oppgjørskrav til Helfo blir kravene kontrollert. Oppgjørssystemet avdekker imidlertid ikke alle feil, og Helfo gjennomfører derfor også etterkontroller av refusjoner. I mange tilfeller starter Helfo kontroller basert på tips fra for eksempel kolleger eller pasienter.

Når Helfo finner alvorlige forhold ved en helseaktørs refusjonskrav, og ikke lenger har tillit til helseaktøren, kan Helfo fatte vedtak om at helseaktøren mister retten til å praktisere for trygdens regning. Dette fremgår av folketrygdloven § 25-6. I disse tilfellene får helseaktøren ikke lenger refusjon fra folketrygden for behandling eller tjenester som ytes, noe som også får konsekvenser for helseaktørens pasienter. Dette er det strengeste virkemiddelet Helfo har, med unntak av politianmeldelse.

Helfos vedtak kan påklages til Helseklage

Samtlige vedtak som Helfo fatter ovenfor de ulike behandlergruppene, kan påklages til Helseklage. Helseklage som klageinstans skal prøve alle sider av saken. Dette innebærer at Helseklage vurderer synspunktene som klageren kommer med, og eventuelt tar opp forhold som ikke er berørt av klager (nye omstendigheter). Sakene inneholder i mange tilfeller flere medisinske spørsmål, og vi innhenter derfor ofte vurderinger fra medisinsk sakkyndige, for eksempel en lege eller tannlege.

RESTANSER I HELSEOPPGJØR

Vi har en utfordring med restanser, men det tas grep for å håndtere disse på best mulig måte for brukerne.

Samarbeid i omstillingen

Flytting og relokalisering av arbeidsoppgaver er krevende og betinger god oversikt og godt samarbeid mellom avgivende og mottagende organ. Heldigvis har Helseklage hatt et godt og tett samarbeid med Helfo og Helsedirektoratet i denne overføringsprosessen.

Beregning av saksomfang og antall ansatte

Ifølge Helfos erfaringer tilsvarte saksomfanget med klagesakene ca. 10 årsverk. Dette ble førende for antallet saksbehandlere som ble ansatt i Helseklage for å ta over klage- og ankesakene fra Helfo. I avdeling for Helseoppgjør ble det tilsatt 4 jurister og 1 farmasøyt i 50 % stilling i mai 2016. Utover høsten 2016 kom det til 3 jurister og avdelingsdirektør.

Det har vært utfordrende å lage historisk statistikk over saksinngang og saksbehandling på områdene som Helse-

klage har overtatt ansvar for. Grunnen til dette er at Helfo saksbehandlet sakene i forskjellige systemer. I 2016, som var året før Helseklage overtok sakene, var saksinngangen den høyeste noen gang med 1106 saker. Dette medførte at Helseklage overtok en større restanse enn det som var beregnet.

Økt saksinngang og restanser

Ved planleggingen av 2017 tok vi utgangspunkt i at inngangen i 2017 ville bli den samme som i 2016. Saksinngangen i 2017 ble høyere enn antatt - 1 424 saker mot 1 109 saker i 2016, en økning på ca. 28 % fra 2016.

På samme tid som inngangen er historisk høy til klageinstansen, består avdelingen av mange nye saksbehandlere som bruker litt ekstra tid på saksbehandlingen pga. opplæring. I tillegg har det vært for få saksbehandlere til å ta unna saksinngangen. Dette har resultert i en stor økning av sakskøen, og vi har en restanse på 1487 saker ved utgangen av 2017. Til sammenligning var restansen på 448 saker ved utgangen av 2016.

Hvilke grep foretar Helseklage for å møte økt saksinngang og for å redusere sakskøen i 2018?

Bemanning

Bemanningen i avdelingen er for lav med tanke på saksinngangen og restansen som ble bygget opp gjennom 2017. Våren 2017 ble det tilsatt 3 jurister, som startet i august 2017. På slutten av 2017 ble det ansatt ytterligere 7 jurister til. De fleste vil være på plass senest 1. mars 2018. I tillegg har vi ansatt en farmasøyt til i 50 % stilling. Dette minsker sårbarheten i avdelingen for denne type kompetanse. Tilsettingene vil etter hvert gjøre oss rustet til å behandle den løpende saksinngangen og redusere sakskøen.



Flytting og relokalisering av arbeidsoppgaver er krevende og betinger god oversikt og godt samarbeid mellom avgivende og mottagende organ for at det skal bli vellykket.

Andre tiltak

I tillegg til å styrke bemanningen jobbes det med følgende tiltak:

- **Samhandling.** Vi ønsker å videreutvikle en god og tett samhandling med både Helfo og Helsedirektoratet. I 2018 planlegger vi blant annet å få på plass faglige kontaktpunkter.
- **Utlån av erfarne saksbehandlere.** I 2018 er det planlagt utlån av erfarne saksbehandlere fra Helfo. Tiltaket vil hjelpe oss å holde saksbehandlingen i gang i den perioden vi skal ha opplæring av alle de nye saksbehandlerne. Utlån fra førsteinstans er et tiltak som tidligere har vist seg å fungere godt på pasientskadeområdet, og vi regner med at dette vil gi god effekt hos Helseoppgjør også.
- **Utvikling av saksbehandlerverktøy.** Vi jobber med videreutvikling av saksbehandlingsverktøyet og har allerede fått store forbedringer på plass siden vi startet i januar 2017.

- **Avvikling av de eldste sakene.** Fortsatt behandler vi saker som opprinnelig var oversendt til Helfo KAR for behandling. Fordi Helfo og Helseklage har ulike datasystemer, blir saksbehandlingen ressurskrevende. Dette er forhold som vil bedre seg etter hvert som vi får tatt unna de eldste sakene.
- **Økt faglig trygghet.** I løpet av 2018 vil vi bygge mer erfaring og faglig trygghet, noe som også vil påvirke tempo i saksbehandlingen.
- **Systematisk forbedringsarbeid.** Ved utgangen av 2017 vil vi gjennomgå sakene vi har behandlet i 2017 og oppsummere funnene som kan bedre kvaliteten på vedtakene i førsteinstansen (Helfo). En bedring av kvaliteten på vedtakene i førsteinstansen vil kunne påvirke hvor høy klagesaksinngangen blir.

Formålet med disse tiltakene er å få en raskere saksavvikling i avdelingen og at brukerne våre vil oppleve å få raskere svar på sine klager. Målet vårt er å unngå en økning av saksbehandlingstiden i 2018 og redusere saksbehandlingstiden fra 2019.



TALL FRA AVDELINGEN

SAKSAVVIKLING

| | Opprettholdt | Delvis opprettholdt | Delvis omgjort | Omgjort | Opphevet | Bortfalt | Avvist | Trukket | Totalt |
|--------------------|--------------|---------------------|----------------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|------------|
| Bidrag | 60 | 0 | 2 | 5 | 0 | 1 | 1 | 2 | 71 |
| Frikort | 39 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 43 |
| Legemidler | 87 | 0 | 2 | 4 | 3 | 1 | 0 | 5 | 102 |
| Oppgjør | 12 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 15 |
| Produkt og pris | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tann | 24 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 25 |
| Uten underkategori | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 4 |
| Utland | 79 | 2 | 2 | 3 | 11 | 2 | 3 | 0 | 102 |
| Totalt | 304 | 2 | 8 | 13 | 15 | 6 | 4 | 10 | 362 |

Helseoppgjørsområdet kom inn i Helseklage 01.01.2017. Gjennomsnittlig tidsbruk fra mottak av sak til vedtak var 209 dager i 2017.



PRODUKTIVITET

Kravet i tildelingsbrevet for 2017 fra departementet var at «Produktiviteten skal opprettholdes på samme nivå som i 2016». Dette målet er nådd.

Helseklage overtok en større restanse fra Helfo KAR enn det som ble meldt til Helseklage i 2016. I tillegg har saksinngangen i 2017 økt med ca. 28 % i forhold til 2016-inngangen. Restansene har økt fordi avdelingen ikke har vært bemannet for å ta denne store inngangen som kom i 2017. Avdelingen har også hatt noe turnover og noe sykemeldinger i 2017, i tillegg til at vi er forholdsvis nye på saksområdet. Konklusjonen er at saksbehandlingstiden og restansene har økt, samtidig som produksjon pr ansatt har gått noe opp.

FORVENTNINGER TIL UTVIKLINGEN

Prognosen for 2018 tilsier at saksbehandlingstiden vil øke måned for måned dersom prognosen for inngangen blir som forventet. Per nå har vi fortsatt 162 saker igjen av saksinngangen fra Helfo KAR i desember 2016. Sakene er fordelt på følgende saksområder:

Oversikt over saker fra Helfo KAR 2016

| | |
|-----------------|-----|
| Bidrag | 1 |
| Legemidler | 37 |
| Oppgjør | 15 |
| Produkt og pris | 5 |
| Utland | 104 |

Utfordringen har vært at vi har ikke hatt tilstrekkelige ressurser til å løse sakene så raskt som ønskelig. Vi har nå valgt å ansette flere saksbehandlere. Prognosen tilsier at restansen vil øke måned for måned, til og med august 2018. Deretter vil vi se en begynnende nedgang i restansen når de nyansatte har fått opplæring og kommet ordentlig i gang med saksbehandlingen.





ENDRINGER I FØRERKORTFORSKRIFTEN

Helseklage behandler klager på fylkesmannens vedtak om førerrett vurdert mot førerkortforskriftens helsekrav. Nytt regelverk høsten 2016 har medført at det er vanskeligere å få dispensasjon fra helsekravene til å føre bil. Som følge av regelendringen mottar Helseklage færre klagesaker. Dette betyr at vi i 2018 forventer redusert saksbehandlingstid i disse sakene.

Saksbehandlingen i Helseklage

Helseklage overtok klagebehandling av førerkortsakene den 1.1.16, og sakene ble behandlet i Oslo. Fra våren 2017 startet planleggingen med å overføre saksbehandlerkompetanse til medarbeidere i Bergen, i avdeling Helseoppgjør. Saksbehandlere fra Helseoppgjør har vært på opplæring hos erfarne saksbehandlere i Oslo. Nylig ble det arrangert en «workshop» med nye og erfarne saksbehandlere fra Oslo og Bergen hvor utforming av nye maler og effektivisering av saksbehandlingsprosessen ble drøftet. Det er også blitt ansatt en rådgivende overlege i Bergen i en 20 % stilling som har som sin hovedoppgave å jobbe med disse sakene.

NYTT REGELVERK: Forskrift om endring i førerkortforskriften av 13. juni 2016 (i kraft fra 1. oktober 2016.)

Hovedinnholdet i regelverket etter endringen

Søknad om førerkort

- Førerkortsøkeren fyller ut egen helseattest. Fastlegen er viktigste premissleverandør ved å fyller ut den nye NA-0202 Helseattest for førerrett.
- Det kreves spesialistuttalelser ved spesifiserte helsetilstander.

Helsekravene har trafiksikkerhet som førende prinsipp

- Helsekravene er nå mer i samsvar med EU-direktiv, klarere definert og mer på linje med regelverket i våre naboland.
- Helsekravene er formulert slik at en innledende paragraf angir generelle helsekrav i en sykdomsgruppe.
- En sekundærparagraf med tabell/ matrise angir spesifiserte helsekrav innenfor sykdomsgruppen.

Dispensasjon. Grensen for når helsekrav anses oppfylt er flyttet.

- Tidligere var helsekravene mer generelle, noe som medførte at svært mange søkere ikke fikk medhold. Dette ble kompensert ved at 80-90 % av søknadene om dispensasjon ble innvilget. De nye helsekravene er definert slik at (nesten alle) de som før fikk dispensasjon, nå oppfyller helsekravene og ikke trenger dispensasjon.
- Handlingsrommet for å gi dispensasjon har dermed nesten utspilt sin rolle, og den gjenstående dispensasjonsadgangen er dermed sterkt begrenset.
- For å kunne få innvilget dispensasjon med dagens ordning, må det foreligge «tungtveiende grunner» og/eller være «åpenbart urimelig» å avslå etter en helhetlig vurdering av helsetilstanden og trafikkrisiko.
- Dispensasjonen skal ikke gis utover fastsatte grenser.
- Behovet for førerkort skal ikke lenger tillegges vekt ved denne vurdering.

Overgangsordning for dem som tidligere har hatt dispensasjon

- Det kreves «tungtveiende grunner» og/eller må være «åpenbart urimelig» å avslå etter en helhetlig vurdering av helsetilstanden og trafikkrisiko.
- Ordningen gjelder ikke ved bruk av trafikkfarlige legemidler.
- Dispensasjon etter denne ordningen kan ikke gjelde utover 30. september 2019, da ordningen utgår.



Pasientskadenemnda

Nemndleder har ordet

Pasientskadenemnda - særlige utfordringer i 2017

Tre-nemnd, fem-nemnd og delegasjon

2017 ER DET FØRSTE ÅRET hvor alt var på «plass» for arbeidet i tre-nemnd. Etter retningslinjer fra fast nemnd fordeles sakene til henholdsvis tre-nemnd, fem-nemnd og til delegasjon, hvor arbeidet skjer i nemndas sekretariat i Helseklage. Lovendringen forutsetter at de fleste sakene skal behandles i tre-nemnd, og at færre saker skal behandles etter delegasjon. De tyngste sakene skal behandles i fem-nemnd. Arbeidet med å plassere klagesakene på riktig nivå er krevende og fordrer god kompetanse.

ERFARINGEN MED TRE-NEMND så langt er ikke entydig. I behandlingen av ansvarssakene får den medisinske kyndige større belastning og et mer følbart ansvar både ved forberedelsen og i møtet. I utmålingssakene får nemndas leder et større ansvar. Tvilssaker blir som regel utsatt, enten for ytterligere utredning eller til behandling i fem-nemnd. Samtidig vil færre medlemmer bety en mer effektiv fremdrift av møtet. Det er for tidlig å ha noen sikker oppfatning om en effektivitetsgevinst.



SISSEL ENDRESEN
Nemndleder
Pasientskadenemnda

Som en del av restansearbeidet har tre-nemnd vært brukt til å ta unna likeartede saker. Eksempelvis har tre medlemmer av fast nemnd, hvor de fleste vaksinesaker hittil har vært behandlet, tatt unna en rekke klagesaker på vaksineområdet i ekstramøter.

Omstilling

NEMNDAS ARBEID har naturlig nok vært preget av omstillingen. Svært mange erfarne og trygge saksbehandlere med

mange års erfaring har sluttet. De er erstattet med ivrige og flinke folk, men hvor de fleste ikke hadde spesiell kompetanse på feltet fra før av. Pasientskadeerstatning er et komplisert felt, både faktisk og juridisk.

Det tar tid før en saksbehandler kan forventes å ha opparbeidet seg den kunnskap, oversikt og rutine som kreves. Det er etablert overgangsordninger med erfarne saksbehandlere som faddere for nyansatte.

KOMPETANSEBRUDET ved flyttingen til Bergen er følbart. Dette betyr merarbeid for nemnda, med mer omfattende



forberedelse. I nemndsmøtene må flere steiner snus for at nemnda skal kunne være trygg på at relevante spørsmål er fanget opp. Det kan nok oppleves som frustrerende «mas» for den enkelte saksbehandler, men er ikke desto mindre viktig for avklaring av saksforholdene. Det er også en god læringsprosess for de nyansatte. Det er i seg selv krevende å være saksbehandler for en nemnd, særlig fordi en rekke saker skal behandles i løpet av kort tid. Saksbehandler må være oppdatert og trygg på saken, og representanten for direktøren skal være forberedt på å kunne svare på mer overordnede problemstillinger som reises i enkeltsaker. I tillegg møter saksbehandleren forskjellige nemndsmedlemmer fra gang til gang, noe som nok kan være en ekstra utfordring.

LA DET LIKEVEL VÆRE KLART: Det har jevnt over vært en merkbar stigning i kvalitetsnivået på innstillingene til nemnda i løpet av året. Det skjer også at enkelte vedtatte sannheter, både om fremgangsmåte og innhold, settes på prøve av ferske, dyktige folk. Det gir i seg selv muligheten for videreutvikling av nemndsarbeidet, og er utvilsomt en styrke ved en ny organisasjon. Og ytterligere positivt er det at saksbehandlingstiden er på vei ned.

RIKTIGE VEDTAK er det bærende hensynet for nemnda. Flyttingen til Bergen innebærer at det må bygges en helt ny organisasjon, for å drifte til dels ulikeartede saksområder (med og uten nemnd). Arbeidet med å få organisasjonen opp å gå vil i en fase kunne stjele tid fra primæroppgavene. Tydelige krav fra nemnda blir desto viktigere. De fleste medlemmene av Pasientskadenemnda har lang fartstid. Nemnda representerer kontinuitet og faglig integritet, - dette er særlig viktig i disse omstillingstider.



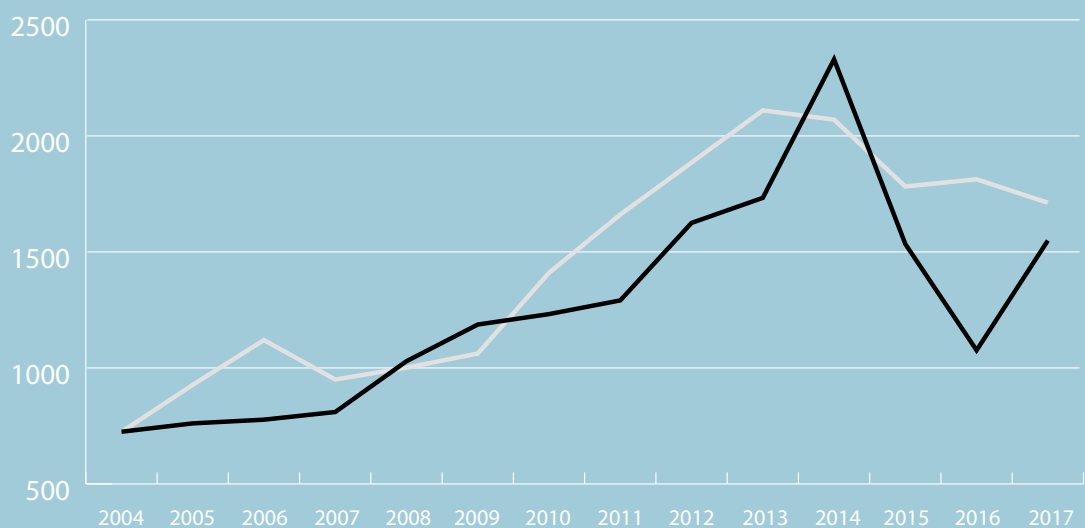
Det er etablert overgangsordninger med erfarne saksbehandlerne som faddere for nyansatte.

TALL FRA AVDELINGEN

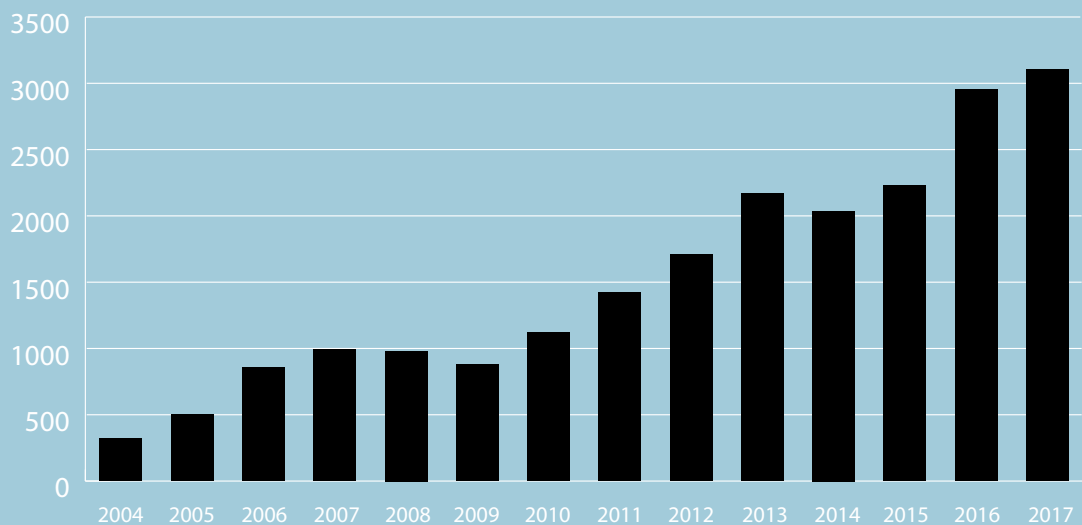
Pasientskadenemnda behandler klagesaker fra Norsk Pasientskadeerstatning. Klagesakene gjelder spørsmål om erstatning for pasientskader påført i offentlig eller privat helsevesen.

SAKSAVVIKLING

Nye og behandlede saker i Pasientskadenemnda



Restanser, pasientskadesaker ved årets slutt



TALL FRA AVDELINGEN



Hos Pasientskadenemnda fikk pasienten medhold i 8 % av de behandlede sakene. For utmålingssakene isolert var medholdsprosenten 28, mens pasienten fikk medhold i 6 % av ansvarssakene. Av behandlede saker i 2017, ble 127 saker omgjort.

Ansvar stadfestet: 1170

Ansvar omgjort: 68

Utmåling stadfestet: 201

Utmåling omgjort: 59

SAKSBEHANDLINGSTID

Pasientskadesakene utgjør den største delen av Helseklages saksområder, og har fått mye medieoppmærksomhet pga. lang saksbehandlingstid.

Gjennomsnittlig historisk saksbehandlingstid* var 31.12.2017 om lag 20 måneder.

Ansvar: 19,2 måneder

Utmåling: 25,5 måneder

Juridisk bistand: 4,4 måneder

Det fremgikk av tildelingsbrevet for 2017 fra departementet at fremtidig forventet saksbehandlingstid** skulle reduseres kraftig gjennom året og være 12 måneder i desember 2017. Dette målet ble ikke nådd.

*Historisk saksbehandlingstid er den tiden det i gjennomsnitt har tatt å behandle saker som ble avsluttet i 2017. (Jo flere eldre saker som er avsluttet, desto lengre vil gjennomsnittlig historisk saksbehandlingstid bli.)

**Fremtidig forventet saksbehandlingstid er den tiden det forventes å ta fra en sak kommer inn til den er ferdig behandlet.

FORVENTNINGER TIL UTVIKLINGEN

Når det gjelder inngangen av nye saker har det vist seg at denne er styrt av mekanismer som er vanskelig å forutse. Saksavviklingen i førsteinstansene vil kunne gi en viss pekepinn på grunnlaget for saker som kommer til Helseklage. Norsk pasientskadeerstatning fikk meldt 5 819 nye saker i 2017 og har en prognose på 6 000 nye saker i 2018. Erfaringsvis klages 1/3 av disse inn for Pasientskadenemnda.

For pasientskadesakene vil den videre oppbemanningen i Bergen på sikt bidra til en nedbygging av restansene. Dette tar tid fordi nyansatte skal rekrutteres og opplæres, og Helseklage bruker mye ressurser på kompetanseoverføring i omstillingsperioden. Dette går midlertidig ut over avviklingen av saker.



Vi gikk inn i 2018 med 3102 saker, beholdningen har økt med 133 saker sammenlignet med beholdningen ved starten av 2017. Planen for 2018 er å behandle antall saker tilsvarende saksinngangen, samt redusere beholdningen.

VAKSINESAKER - RESTANSEPROSJEKT

Vaksiner har som formål å forhindre smittespredning slik at færre personer utvikler smittsomme sykdommer, som i verste fall kan gi varige skader. Det er strenge krav til hvordan vaksiner utvikles, men vaksiner kan i sjeldne tilfeller føre til skader/sykdom hos den vaksinerte. Personer som får skader/sykdom forårsaket av vaksinasjon, har krav på pasientskadeerstatning.

Pasientskadeordningen mottar få krav om erstatning etter vaksineskade, sammenliknet med hvor mange vaksinasjoner som gjennomføres hvert år i Norge. Personer som tror de kan ha fått en skade etter vaksinasjon, kan søke om økonomisk erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning. Når man ikke frem med sitt krav hos NPE, kan vedtaket påklages til Pasientskadenemnda.

Gjennom årene har særlig to typer vaksiner utmerket seg med mange klagesaker: Meningokokk-B-vaksinen som ble gitt mot smittsom hjernehinnebetennelse i perioden 1988 til 1992, og Pandemrix-vaksinen som ble gitt mot svineinfluensa i 2009 og 2010.

I nesten alle klagesakene relatert til Meningokokk-B-vaksinen søkes det om erstatning for å ha utviklet utmattelsesykdommen CFS/ME (chronic fatigue syndrom/myalgisk encefalopati). Når det gjelder Pandemrix-vaksinen er årsaken til erstatningssøknadene mangfoldige, men søvn-sykdommen narkolepsi og utmattelsesykdommen CFS/ME (chronic fatigue syndrom/myalgisk encefalopati) utmerker seg som hovedårsakene til at det søkes om erstatning. Det tok dessverre mye lenger tid enn vi trodde å få behandlet Pandemrix-sakene, og årsakene til dette er flere. Flere av sakene trengte en bred medisinsk utredning av om det kunne være en sammenheng mellom Pandemrix-vaksinen og de aktuelle plagene. Ved begynnelsen av 2017 ventet 131 vaksinesaker på behandling. 31 av disse sakene kom inn til ordningen i 2014, og var dermed blant våre eldste saker.

For å ta unna køen av vaksinesaker, ble det laget en plan for å ta ned restansen. Saker med uavklarte sykdommer/symptomkomplekser skulle utredes medisinsk og så behandles i fast nemnd. Saker med sykdommer/symptomkomplekser som var avklart i nemnda, skulle samles i egne vaksinenemndmøter der tre av medlemmene i fast nemnd deltok. Målet var at alle saker som var kommet inn i 2015 eller tidligere, skulle være tatt til behandling innen utgangen av 2017. Restanseprosjektet inkluderte også erfaringsoverføring til Bergen da saksbehandlere i Bergen ble med i arbeidet med vaksinesakene og fikk opplæring av erfarne saksbehandlere i Oslo. Standardteksten ble gjennomarbeidet og forenklet, og det ble laget egne tekster for ME, narkolepsi og andre sykdommer.

Ved avslutningen av 2017 var det 49 ansvarsaker tilknyttet vaksine i saksøk. Antallet vaksinesaker som var tatt under behandling ved årsskiftet var totalt 38. Av disse er 11 klare til å avgjøres i nemnd.



Pasientskadeordningen mottar få krav om erstatning etter vaksineskade, sammenliknet med hvor mange vaksinasjoner som gjennomføres hvert år i Norge.

NORDISK SAMARBEID PÅ PASIENTSKADEOMRÅDET

Pasientskadenemnda har i mange år deltatt i samarbeid mellom pasientskadenemndene i Norden. Medlemmer fra pasientskadenemndene i Finland, Sverige, Danmark og Norge og deres sekretariater møtes årlig, og annet hvert år arrangeres Nordisk konferanse.

Utveksler erfaringer og informasjon

I møtene utveksler landene erfaringer og informerer om faglige og organisatoriske forhold: Juridiske og medisinske problemstillinger, prinsipielle dommer, lovendringer, erfaringer ved forbedringstiltak og ulike omstillinger. Landene har mange felles utfordringer. Vi kan lære mye av hverandres måter å organisere virksomhetene på, til nytte for våre brukere. Det er stor verdi i å ha kontakt med og lære av fagmiljøene i nabolandene våre.

Omstillinger i de nordiske pasientskadenemndene

Ett av temaene som har vært diskutert de siste årene er omstillinger i helseforvaltningen.

Den norske Pasientskadenemnda har informert om sin omstilling. Organet ble fusjonert inn i Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage) fra 01.01.16, med utflytting fra Oslo til Bergen, samtidig som nye lovendringer om nemndas sammensetning mv. trådte i kraft. Det er lærerikt i prosessen å kunne dele erfaringer med andre land vi kan sammenligne oss med, når de har møtt tilsvarende utfordringer.

I Danmark er Pasientskadenemnden (Ankenævnet for Patienterstatningen) fra 2016 en del av Styrelsen for Patientsikkerhed (under Helseministeriet). Formålet er å utvikle et sterkt og effektivt system for blant annet behandling av pasientklager. Det er politisk bestemt at store deler av den offentlige forvaltningen i Danmark

geografisk skal flyttes ut fra de store byene. Allerede er ca. 100 av totalt 300 medarbeidere i Styrelsen for Patient-sikkerhed flyttet ut fra København til Århus.

I Finland pågår det en stor omlegging av helseomsorgen, med betydning også for pasientskade- og erstatningsordningen. Pasientforsikringssystemet fornyes og blir en primær ordning og loven fra 1987 endres betydelig. Det er også sannsynlig at pasientskadenemnden slås sammen med trafikkskadenemnden. Mye av dette skal være klart i 2019.

Andre temaer

Andre temaer som diskuteres er utvidelser av pasientskade-lovenes dekningsområder, endrede regler for foreldelse/preskripsjon i Danmark og Sverige, utfordringer med saksbehandlingstid, språkpolitikk (klart språk) og brukerperspektivet for økt brukertilfredshet.

Konferanse i Finland 2018

Neste konferanse finner sted i Finland i september 2018. Vi vil da utveksle ytterligere felles erfaringer fra omstillingsarbeid og annet.



Vi kan lære mye av hverandres måter å organisere virksomhetene på, til nytte for våre brukere.





Rettssaker

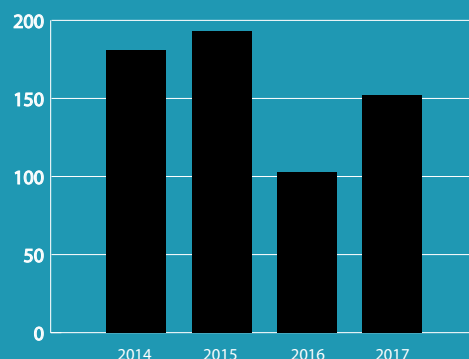
RETSSAKSAVDELINGEN

Rettsaksavdelingen fører rettssakene når staten ved Pasientskadenemnda blir saksøkt.

Avdelingen består av 13 advokater og har for tiden anslagsvis 180 løpende rettssaker. Sakene gjelder krav om erstatning for pasientskader oppstått under behandling i det offentlige og det private helsevesen.

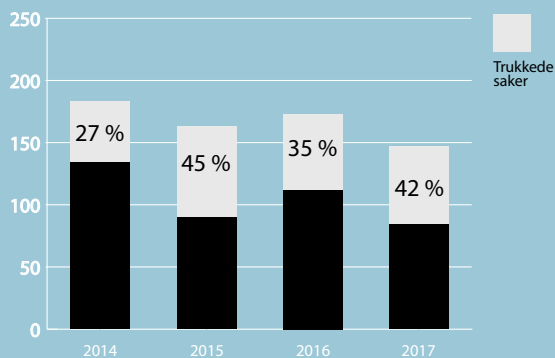
AVSLUTTEDE SAKER

I 2017 ble 147 saker avsluttet i rettsystemet. Dette inkluderer trukkede og forlikte saker, og rettskraftige dommer.



STEVNINGER

I 2017 mottok staten ved Pasientskadenemnda (PSN) 152 stevninger. De siste årene har det vært en jevn stigning i antall stevninger som blir tatt ut mot PSN, men fra 2015 til 2016 falt tallet med nesten halvparten grunnet nedgangen i antall fattede vedtak i 2016. I 2017 ser vi at tallet er på vei opp igjen.



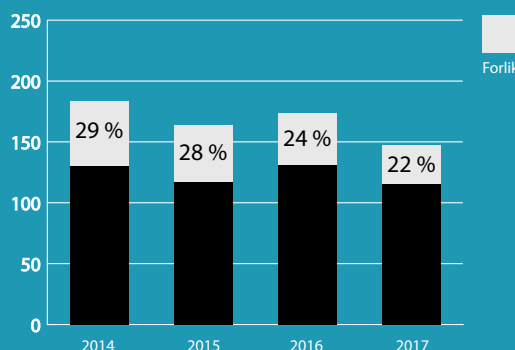
TRUKKEDE SAKER

I 2017 økte antallet saker som ble trukket til 42 prosent. Historisk sett kommer en tredjedel av alle rettsaker aldri til hovedforhandling, da pasientene trekker sakene sine.



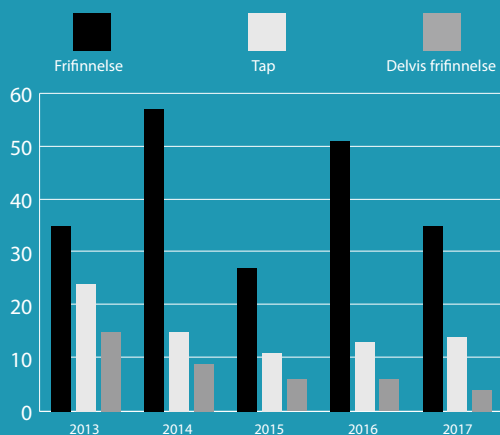
FORLIK

Forlikene skjer som oftest før hovedforhandling, men i noen få saker inngås det forlik etter at hovedforhandlingene er påbegynt. Den viktigste årsaken til forlikene er at det kommer fram opplysninger som enten ikke har vært kjent tidligere, eller at saken blir bedre belyst under bevisførselen.



DOMMER

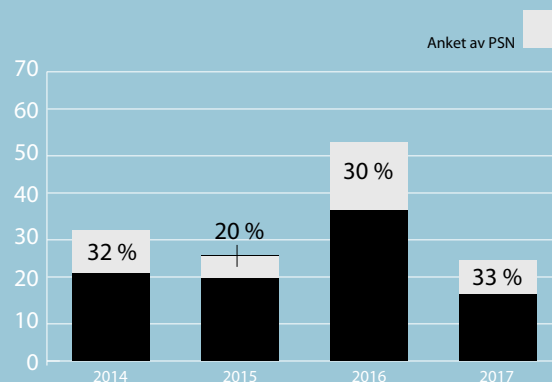
53 dommer ble rettskraftige i 2017. Staten ble frifunnet i 35 saker, tapte 14 og i fire saker ble resultatet delvis frifinnelse/tap. Tallene viser når rettskraft ble kjent, ikke nødvendigvis i hvilket år dommen ble avsagt.



ANKER

Det ble i 2017 avsagt 66 dommer i domstolene, hvorav 53 er rettskraftige. I 2017 hadde vi to saker som ble behandlet i Høyesterett, 19 for lagmannsretten og 45 i tingretten.

24 dommer ble anket i 2017, 8 av disse ble anket av PSN mens pasienten anket 16. I enkelte saker løper fortsatt ankefristen per januar 2018. Av ankene til lagmannsretten anket staten tre saker, mens pasienten anket tolv. Av sakene anket til Høyesterett stod staten for fem, mens pasienten anket fire.



INFORMASJONSPLIKT OM FREMTIDIG SYKDOM

Høyesterett avsa 30.03.17 dom i en pasientskadesak som gjaldt spørsmål om informasjonsplikt for fremtidig sykdom (HR-2017-687-A). Høyesterett kom også med uttalelser om «svikt ved ytelsen av helsehjelp».

Pasienten var hos hjertespesialist og fikk korrekt diagnostisert ufarlige muskelsmerter i brystkassen (myalgi). Rundt tre måneder etter konsultasjonen fikk pasienten et hjerteinfarkt. Ettersom spesialisten hadde gitt myalgidiagnosen, oppsøkte ikke pasienten helsehjelp før ett døgn etter at symptomene på hjerteinfarkt inntraff.

Pasienten trodde smertene skyldtes myalgilidelsen. Etter pasientens syn forelå det svikt ved at han ikke hadde fått konkret informasjon om risikoen for hjerteinfarkt samt hvordan han skulle forholde seg til symptomene. Pasienten mente at han ville oppsøkt lege tidligere om han hadde fått slik informasjon.

Ingen generell informasjonsplikt

Når det gjelder innholdet i informasjonsplikten, viser Høyesteretts gjennomgang av forarbeid mv. at pasienten har krav på informasjon om aktuell risiko slik at pasienten kan gi sitt samtykke til behandlingen. Høyesterett legger til grunn at det ikke kan stilles en generell informasjonsplikt om fremtidig risiko. Dette begrunnes både i hensynet til pasienten selv, som ikke skal utsettes for unødig engstelse, og i hensynet til effektiv utnyttelse av ressursene i helsevesenet.

Høyesterett kom til at det ikke forelå informasjonssvikt i den konkrete saken.

Svikt ved ytelsen av helsehjelp

Høyesterett sier også hva som ligger i «svikt ved ytelsen av helsehjelp», etter pasientskadeloven § 2 første ledd bokstav a. Normen er hva som er god medisinsk praksis

ut ifra den konkrete medisinske spesialitet, ikke hva som er optimal behandling. Vurderingen må gjøres ut i fra den medisinske kunnskap som forelå på skadetidspunktet. Høyesteretts vurdering her vil ha overføringsverdi til andre saker som gjelder spørsmålet om «svikt ved ytelsen av helsehjelp».





NORGES HØYESTERETT

MOTTATT
08 OKT 2012
PSN

Denne sak gjelder et søknad om innreise og oppholdstillatelse for den søkende av den søkendes indre borgerskap.

Den søkende har søkt om innreise og oppholdstillatelse i Norge for en periode på seks måneder.

Den søkende har søkt om innreise og oppholdstillatelse i Norge for en periode på seks måneder.

Den søkende har søkt om innreise og oppholdstillatelse i Norge for en periode på seks måneder.

Den søkende har søkt om innreise og oppholdstillatelse i Norge for en periode på seks måneder.

Den søkende har søkt om innreise og oppholdstillatelse i Norge for en periode på seks måneder.

Den søkende har søkt om innreise og oppholdstillatelse i Norge for en periode på seks måneder.

Den søkende har søkt om innreise og oppholdstillatelse i Norge for en periode på seks måneder.

Den søkende har søkt om innreise og oppholdstillatelse i Norge for en periode på seks måneder.

Den søkende har søkt om innreise og oppholdstillatelse i Norge for en periode på seks måneder.

Den søkende har søkt om innreise og oppholdstillatelse i Norge for en periode på seks måneder.

Den søkende har søkt om innreise og oppholdstillatelse i Norge for en periode på seks måneder.

Den søkende har søkt om innreise og oppholdstillatelse i Norge for en periode på seks måneder.

Den søkende har søkt om innreise og oppholdstillatelse i Norge for en periode på seks måneder.

Den søkende har søkt om innreise og oppholdstillatelse i Norge for en periode på seks måneder.

Den søkende har søkt om innreise og oppholdstillatelse i Norge for en periode på seks måneder.

OVERSIKT OVER HØYESTERETTSDOMMER

HR-2017-2270-A

Spørsmål om unntaksbestemmelsen på relativ indikasjon.
Pskl. § 2, 3. Ledd

Frifinnelse



HR-2017-687-A

Anført informasjonssvikt ifb. fremtidige risikofaktorer.
Pskl. § 2

Frifinnelse

HR-2015-1246

Utvilking av MS etter MMR-vaksine.
Smittevernloven § 8-2, 1. ledd

Domfellelse

Rt-2013-1689

Anført pasientskade hos mor som fikk psykiske skader etter å ha født et barn med Downs.
Svikt ved manglende fostervannsdagnostikk, men psykisk skade medførte ikke skade som nøytt erstatningsrettslig vern.

Pskl § 2

Frifinnelse, dissens 3-2

Rt-2011-1238

Erstatningsutmåling for tap av forsørger og spørsmål om pensjonssparing kunne ansees som forsørgelse.

Skl. § 3-4

Frifinnelse

Rt-2011-549

Krav om erstatning for invalidiserende smerter og diareplager etter fjerning av svulst.
Midlertidige regler § 3 a (nå unntaksbestemmelsen i § 2, 3. ledd).

Frifinnelse, dissens 4-1

Rt-2010-1153

Krav om inntektstap til skadelidendes mor etter fødselsskade.

Skl. § 3-1

Frifinnelse, dissens 3-2 (hva gjelder begrunnelse, ikke resultat)

Rt-2009 -425

Erstatning for inntektstap frem til oppgjørstidspunktet i tillegg til standardisert erstatning for barn etter skl. § 3-2a.

Skl. § 3-1, § 3-2a

Frifinnelse

Rt-2008-1336

Presisering av begrepet «skadetiden»; skal forstås som skadetidspunktet, ikke oppdagelsestidspunktet.

Skl. 3-1, § 3-2, § 3-2a

Frifinnelse

Rt-2008-218

Svært store skader etter cellegift- og strålebehandling som ble ansett å være utslag av akseptabel risiko.

Midlertidige regler § 3 a (nå unntaksbestemmelsen i § 2, 3. ledd).

Frifinnelse

Rt-2006-1217

Etter hjerteundersøkelser og hjerteoperasjon fikk pasienten varig skade, men skadeomfanget alene gav ikke grunnlag for erstatning og skaderisikoen lå ikke utenfor det som måtte aksepteres.

Midlertidige regler § 3 a (nå unntaksbestemmelsen i § 2, 3. ledd).

Frifinnelse

Rt-2006-871

Et barn som allerede hadde medisinsk invaliditet var påført varig hjerneskade ved behandling. Spørsmål om utmåling av barneverstatning. Ved erstatningsutmålingen ble separasjonsprinsippet anvendt.

Skl § 3-2a

Domfellelse



SIKKERHETSVENTILEN I LOVEN – HVA SKAL TIL?

I to 2017-dommer fra lagmannsretten fikk vi to ulike resultater i saker om pasientskadeloven § 2, 3. ledd, selv om sakene var relativt like. Høyesterett kom med en avklaring senere på året, om når «sikkerhetsventilen» i loven kommer til anvendelse.

Pasienter kan få skader i forbindelse med helsehjelp. I tilfeller hvor helsehjelpen har vært i tråd med alminnelig god praksis, vil det normalt ikke være grunnlag for pasientskadeerstatning. Behandling vil alltid være forbundet med risiko for manglende helbredelse og/eller komplikasjoner, og lovgiver har derfor bestemt at det normalt må kreves at det har skjedd en svikt for at man skal ha rett på erstatning gjennom pasientskadeordningen.

Unntaket fra regelen

Fra dette utgangspunktet er det ett viktig unntak: Selv om det ikke kan påvises svikt, åpner pasientskadeloven § 2, 3. ledd for erstatning for pasientskader som er særlig uventet og av særlig stort omfang, og som det ikke er rimelig at pasienten bærer risikoen for selv. Dette er en unntaksbestemmelse som skal utgjøre en «sikkerhetsventil». Bestemmelsen blir aktuell i tilfeller hvor pasienten har fått et særlig uheldig sluttresultat, som står i et vesentlig misforhold til den sykdommen/tilstanden pasienten oppsøkte helsetjenesten for å få behandling for. At det skal være et vesentlig misforhold innebærer at det nærmest er utelukket å få erstatning etter denne bestemmelsen ved livreddende behandling.

Men hva med de tilfellene hvor det ikke er snakk om livreddende behandling? To relativt ferske lagmannsrettsdommer illustrerer at det er krevende vurderinger også etter unntaksbestemmelsen:

To lignende saker - to ulike resultat

Agder lagmannsrett avsa 29. mars 2017 dom (LA-2016-151040) hvor en 65 år gammel yrkesaktiv kvinne ble påført en nerveskade ved innsetting av et epiduralkateter (smertelindring, for eksempel ved operasjoner eller fødsel). Den aktuelle skaden var her kjent, men forekommer svært sjeldent ved denne typen inngrep. Pasienten utviklet en kronisk smertetilstand i det ene benet som lagmannsretten mente hadde gjort henne arbeidsufør. Retten fant videre at skaden gav henne en varig medisinsk invaliditet på mellom 20-24 prosent. Domstolen fant under tvil at skaden var særlig stor og særlig uventet, og at den ikke var et utslag av en risiko som pasienten selv måtte bære. Pasienten ble tilkjent erstatning etter unntaksbestemmelsen. Staten anket dommen til Høyesterett, som nylig avsa dom.

I en sak som Borgarting lagmannsrett (LB-2015-187501) behandlet i august 2017, kom retten til motsatt resultat. Saken gjaldt en mann som ble blind på det ene øyet etter grå stær-operasjon. Lagmannsretten fant at skaden gav



Behandling vil alltid være forbundet med risiko for manglende helbredelse og/eller komplikasjoner.

pasienten en varig medisinske invaliditet på mellom 20-27 prosent. Retten fant skaden «særlig stor», men presiserte at «invaliditetsgraden er i nedre sjikt av hva som kan regnes som en særlig stor skade». Derimot mente retten at skaden ikke var å anse som «særlig uventet». Det ble vektlagt at risikoen var kjent i fagmiljøet, og at skaden sto i sammenheng med grunnsykdommen (grå stær). Retten la også stor vekt på at synstapet sannsynligvis ville oppstått også om operasjonen var blitt utført på et senere tidspunkt. Etter en samlet vurdering fant retten at skaden var et utslag av en risiko som pasienten måtte akseptere, selv om blindhet var en sjelden komplikasjon (0,1 prosent). Staten ble frifunnet og pasientens anke ble nektet fremmet for Høyesterett.

//

Bestemmelsen skal bare brukes der det foreligger et markert avvik fra den risiko som pasienter må akseptere når de gjennomgår medisinske inngrep.

En viss avklaring i Høyesterett

De to sakene har fellestrekk som gjør at det kanskje ikke er helt lett å forstå hvorfor lagmannsrettene kom til motsatt resultat. Skadene ble vurdert til å være omtrent like store. Begge skadene var meget sjeldne. Begge inngrepene hadde kjente komplikasjoner. Ingen av behandlingene var livsnødvendige. En viss avklaring kom da Høyesterett nylig behandlet saken fra Agder lagmannsrett. Dommen ble avsagt 30. november 2017 (HR-2017-2270-A).

Høyesterett gikk systematisk til verks og vurderte for det første indikasjonen for inngrepet - hvilket de mente var god. Deretter viste Høyesterett til at de aktuelle komplikasjonene var kjente, og at de lå «innenfor den risiko som var påregnelig ved inngrepene, selv om sannsynligheten for at de ville inntreffe, var svært liten». Selv om de aktuelle skadene hadde virket negativt på pasientens livsutfoldelse og livskvalitet, og utvilsomt var «tunge å bære i det daglige», fant Høyesterett at skadene som følge av behandlingen ikke var uforholdsmessige, sammenholdt med sykdomstilstanden før operasjonen. Endelig understreket Høyesterett at bestemmelsen «bare skal brukes der det foreligger et markert avvik fra den risiko som pasienter må akseptere når de gjennomgår medisinske inngrep». Det var ikke tilfelle i den saken, og staten ble frifunnet av en enstemmig Høyesterett.



4

STYRING OG KONTROLL I VIRKSOMHETEN

Velkommen til
Personalhåndbok

ANSVAR/PRI | 110+
PRI

UTMÅLING

VÅRSING

Kategori

Overordnet vurdering av styring og kontroll i virksomheten

Styringsdialogen går fram av tildelingsbrevet. Etatens myndighet, ansvar og faste oppgaver framgår av hovedinstruks for styringen av Helseklage. Vi viser til del III med hensyn til måloppfyllelse og vurdering av ressursbruk. Vår overordnede vurdering er at samlet måloppfyllelse er i henhold til plan. Helseklage har hatt to etatsstyringsmøter med Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Vi har i 2017 rapportert to ganger på måloppnåelse, resultater og eventuelle avvik på oppdrag. Som følge av omstillingsprosessen har vi også

rapportert månedlige bemanningstall i Oslo og Bergen samt på anvendelse av de personalpolitiske virkemidler som vi er bevilget i budsjettåret. Videre rapportering og dialog avhenger av behov, og kan initieres fra begge parter. Helseklage opplever at styringsdialogen med departementet er god og konstruktiv.

Oppfølging av fellesføring i tildelingsbrev

Digitalisering i staten

Helseklage arbeider systematisk med å utnytte tildelte ressurser bedre for å øke produktiviteten. Digitalisering av arbeidsprosesser og tjenester er et sentralt virkemiddel i dette arbeidet, sammen med f.eks. omorganisering, prosessforbedring og annen bruk av teknologi.

Helseklage arbeider metodisk for å digitalisere arbeidsprosesser og tjenester. I samarbeid med Norsk pasientskadeerstatning har Helseklage utviklet et fullelektroniske saksbehandlings- og arkivsystem (Isak). I 2017 ble det lagt til rette for at nemndmøter kunne gjennomføres fullelektronisk.

Det er forventet at implementeringen av forløpsmaler for saksbehandlingen i Isak både vil bidra til effektivisering av arbeidsprosesser og til generell styrking av saksbehandlernes arbeidsverktøy. Dette arbeidet ble påbegynt i 2017, og fortsetter i 2018.

Et ledelsesrapporteringsverktøy for alle sakstyper i Helseklage er på plass og vil bli utviklet videre i 2018. I tillegg til å være en viktig støtte i den pålagte rapporteringen, vil verktøyet være nyttig i utforming av mål og oppfølging av resultater.

Det er lagt ned et betydelig arbeid med å skanne hele Helseklages papirarkiv. Arbeidet ble ferdigstilt primo 2017, og Helseklage har gått over til e-arkiv-løsning. Dette gir besparelser med hensyn til materialforbruk, lagring av papir og til arbeidsmengde for ansatte. Dessuten gir systemet god gjenfinnbarhet.

Helseklage har også gjennomført andre endringer for å bli mer kostnadseffektive. Blant annet har Helseklage etablert en ny telefon- og sentralbordløsning, utviklet en anonym vedtaksdatabase som er tilgjengelig for allmennheten og innført videokonferanser som arbeidsverktøy.

Fremover vil Helseklage følge opp målet om å bli mer brukervennlig. Dette skal blant annet gjøres ved å utvikle Helseklages hjemmeside, slik at brukerne våre lettere finner frem til relevante opplysninger. Vi er også i gang med å utvikle en elektronisk brukerportal hvor brukerne våre kan følge prosessen i sin egen sak. Dette arbeidet vil bli utført i samarbeid med Norsk helsenett og Norsk pasientskadeerstatning - i første omgang på pasientskadeområdet. I tillegg til å gi en bedre og enklere opplevelse for brukeren, vil fullelektronisk løsning effektivisere kommunikasjonen mellom Helseklage, brukere og andre involverte.

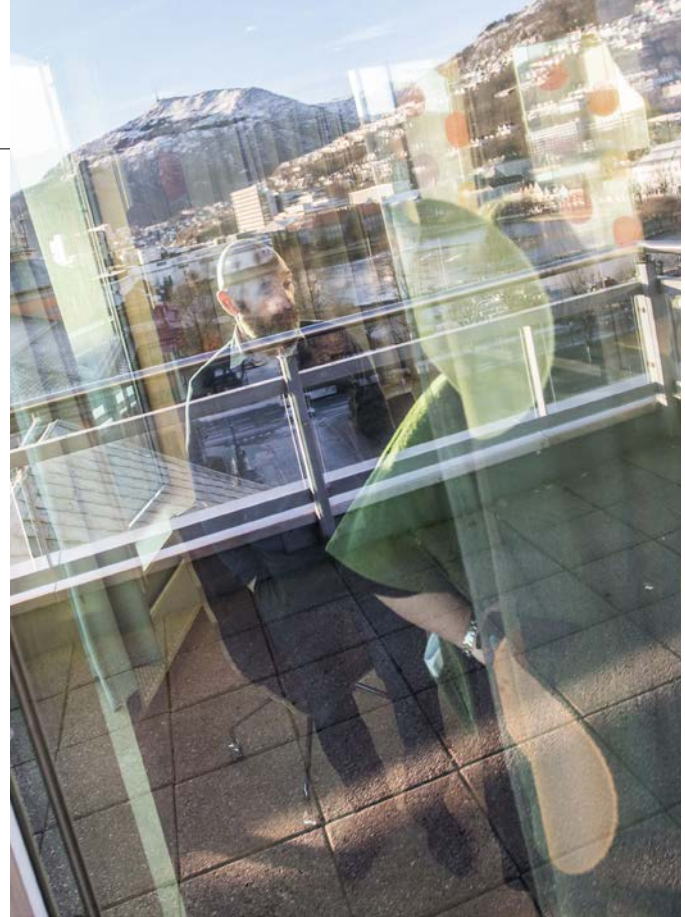
Konsernmodellen

Helse- og omsorgsdepartementet har besluttet å innføre en konsernmodell for felles produksjon av administrative tjenester for alle underliggende etater. Sentralisering av administrative tjenester skal danne grunnlag for en mer ressurseffektiv løsning og administrative tjenester av høy kvalitet på tvers av etatene. Mer ensartet organisering og like rutiner skal bidra til tidsbesparelser, gjenbruk av ressurser og kompetanse, og forenkle erfaringsutveksling.

Norsk helsenett (NHN) er opprettet for å ivareta tre områder for helseforvaltningen; anskaffelser, arkiv/post og IKT-drift. Norsk helsenett har utført oppgaver innen anskaffelser og IKT-drift i 2017, mens arkiv/post har blitt utsatt til medio 2018.

Anskaffelser

Som forvalter av anskaffelser for underliggende virksomheter til HOD, skal NHN ivareta avtalene som Helseklage er forpliktet til å følge gjennom Statens innkjøpssenter



(SI), i tillegg til å inngå nye avtaler. Helseklage har så langt opplevd økte kostnader på anskaffelsesområdet, sett opp mot hva vi hadde tidligere. I tillegg ser vi at NHN har brukt lengre tid enn forventet på noen leveranser.

Arkiv og post

Det er bestemt at NHN skal etablere felles postmottak og arkivfaglig enhet på tvers av helseforvaltningen. Helseklage har en forholdsvis liten mengde post etter at virksomheten ble fullelektronisk. Helseklage er omfattet av overføring av arkivtjenester i henhold til «konsept 2» til tjenestesenteret i Norsk helsenett SF. Prosessen med etablering av felles postmottak for skannbar post er noe forsinket, men har forventet oppstart 1. juni 2018. Virksomhetsoverdragelsen vil ikke få konsekvenser for de ansatte i Helseklage, ettersom arbeidsoppgavene som overføres til NHN kun utgjør en liten del av oppgavene som utføres av vårt service- og dokumentsenter. Utredning og planlegging av arkivkonsept 3, i samarbeid med Norsk helsenett, er ikke



Helseklage har så langt opplevd økte kostnader på anskaffelsesområdet, sett opp mot hva vi hadde tidligere.

påbegynt. Helseklage vil fortsette å stille ressurser til rådighet i prosjektarbeidet og etter hvert i arkivfaglig nettverk.

IKT-drift

Helseklage synes det er betryggende at NHN vil bli en større og mer profesjonell aktør innen IKT-drift enn hva Helseklage har vært så langt. At en etat av Helseklages størrelse får tilgang til et mer robust miljø for å håndtere f.eks. virusangrep o.l., tar ned vår totale risikoeksponering innen IKT. IKT-drift er det tjenesteområdet hvor vi så langt



Helseklage synes det er betryggende at NHN vil bli en større og mer profesjonell aktør innen IKT-drift enn hva Helseklage har vært så langt.

er mest fornøyd med tjenesteleveransene fra NHN. Til tross for noen oppstartsutfordringer, har NHN levert tilfredsstillende på dette området.

En utfordring for Helseklage er skillet mellom IKT-utvikling (ivaretas av NPE) og IKT-drift (ivaretas av NHN). Dette medfører økte administrasjonskostnader totalt for Helseklage, som i tillegg til å ha egen IKT kompetanse for å koordinere og følge opp samarbeidspartnerne, blir belastet for deler av NPE og NHN sine administrasjonskostnader.

Helseforvaltningens HR-forum

Som en del av den nye konsernmodellen er det etablert et HR-forum på tvers av helseforvaltningen. Målet er at HR-forumet skal legge til rette for standardisering, opplæring og felles anskaffelser på HR-området, samt være en plattform for kompetansedeling og erfaringsutveksling. HR-forumet er etablert og er godt i gang med tildelt opp-



gave. Helseklage anser forumet for å ha stor verdi med hensyn til økonomiske gevinster gjennom felles innkjøp, og stor nytte i den kunnskapsdelingen som finner sted i forumet. De ulike etatene er på forskjellig sted med hensyn til HR-prosesser og virksomhetsutfordringer, samt med tanke på hvilke HR-verktøy som er implementert. Dette gir nyttig erfaringsutveksling på tvers av etatene.

Fullservicekunde innen lønn og regnskap hos Direktoratet for økonomistyring, DFØ

Ettersom Helseklage har vært fullservicekunde hos DFØ innen lønns- og regnskapsområdet fra 2006, har overgangen til konsernmodellen begrensede konsekvenser på dette området. Helseklage er svært opptatt av å forenkle prosesser og rutiner, for å bli mer kostnadseffektive. Vi ser av den grunn frem til de digitale løsningene DFØ har gitt signaler

om kommer fremover og som skal bidra til forbedring og forenkling for oss som kunde.

Etablering av oppgjørsordning med Norsk pasientskadeerstatning

Helseklage har i henhold til krav i tildelingsbrevet etablert ny oppgjørsordning for betaling av IKT drifts- og utviklings-tjenester til Norsk pasientskadeerstatning (NPE). Ordningen trer i kraft fra 2018.

Gjennomføring av brukerundersøkelse

Helseklages arbeid med gjennomføring av brukerundersøkelse i 2017 ble forsinket, ettersom ressursmangel hos NHN førte til at det har tatt lang tid å få anskaffet nødvendig konsulentkompetanse. Arbeidet er nå godt i gang og brukerundersøkelsen er forventet å starte opp i løpet av første halvår 2018.

Risikostyring og internkontroll

Internkontrollarbeidet i Helseklage er en prosess, utformet for å gi sikkerhet for måloppnåelse innenfor områdene:

- Målrettet og effektiv drift
- Pålitelig rapportering av resultat og regnskapsinformasjon
- Overholdelse av lover og regler

Helseklage har i 2017 arbeidet med å etablere et nytt system for kvalitetssikring og internkontroll og har i løpet av året fått på plass:

1. Det er etablert en helhetlig struktur og system for kvalitetssikring og internkontroll, som vil bli fulgt opp videre i 2018.
2. Det er foretatt gjennomgang av gjeldende målsettinger og krav til virksomheten, som vil bli fulgt opp og oppdatert i henhold til nye føringer og krav i tildelingsbrev og andre steder.

3. Det er implementert ny systemløsning og rutine for avvikshåndtering og forbedringsforslag, som vil bli fulgt opp jevnlig av ledelsen for å identifisere og iverksette tiltak og hindre skade.
4. Det er implementert ny systemløsning for kvalitetssikring, herunder dokumentasjon av gjeldende rutiner innenfor alle deler av virksomheten. Denne er forventet ferdigstilt første kvartal 2018.

Helseklage har i sin statusrapportering per 31. mai og 30. september til departementet gitt sin vurdering av risiko for virksomheten basert på tildelingsbrevets mål og resultatkrav. Arbeidet med videre utvikling og forankring av internkontrollsystemet i hele etaten fortsetter i 2018.

Internkontrollarbeidet er en kontinuerlig prosess, hvor målsettinger og planer utarbeides, resultater måles, og eventuelle avvik håndteres. Helseklage bruker internkontroll aktivt for å følge opp egen måloppnåelse, gjøre nødvendige prioriteringer og iverksette korrigerende tiltak ved behov.

DIGITALISERING AV HISTORISK ARKIVMATERIALE

PROSJEKT e-ARKIV

I Helseklage er det ikke lenger nødvendig å finne fram historiske klagesaker i papirform; arkivtilbudet er fullstendig digitalisert!

I 2017 har Service- og dokumentasjonssenteret i Helseklage periodisert, digitalisert og fått godkjent tre uttrekk levert til Riksarkivet. Digitaliseringsprosjektet er gjennomført i tett samarbeid med eksterne prosjektledere på arkiv og IKT.

Omfattede prosjekt på kort tid

I løpet av svært kort tid har tre arkiver blitt avsluttet i Pasientskadenemnda, Helsepersonellnemnda, Apoteklagenemnda, Klagenemnda for behandling i utlandet og Preimplantasjonsdiagnostikknemnda.

Arkivmaterialet har blitt hentet inn fra alle kontorer. Saker har blitt ryddet i og skannet inn sammen med alle kopibøker og protokoller. Metadata i databaser har blitt kvalitetssikret, slik at ansatte i Helseklage og andre kan bruke materialet også i framtiden. Det er ikke uvanlig at en organisasjon bruker opp mot ett år på å gjøre en deponering, uten å digitalisere arkivet samtidig. Helseklage er veldig fornøyd med å ha gjennomført et så stort prosjekt på så kort tid.

Overlevering godkjent av Riksarkivet

Når oppgaver blir gjort fortere enn vanlig, kan det føre til dårligere kvalitet. For Helseklage ble uttrekkene godkjent av Riksarkivet ved første innlevering, uten redigeringer i avleveringspakkene. Det er vanlig at slik avleveringspakker går minst 2-3 ganger mellom arkivskaper og arkivverket før godkjenning.

Først i landet

Helseklage er den første virksomheten som har søkt om godkjenning av deponering etter det nye regelverket som trer i kraft i 2018. Nå venter Helseklage muligheten til å kunne kassere store mengder papirarkiver ved implementeringen av den nye forskriften.



5 VURDRING AV FRAMTIDSUTSIKTER



Helseklages samfunnsoppdrag kan oppsummeres slik:

- Opprettholde høy kvalitet i saksbehandlingen.
- Sikre rask og god saksavvikling.
- Sikre at Helseklage opererer og fremstår som en enhetlig organisasjon.
- Ta ut synergigevinster fra fusjonen.
- Gi alle som bringer en sak inn for Helseklage informasjon om hvordan saken vil bli behandlet og hvor lang tid det forventes å ta.
- Avgjørelsene i nemndene skal være godt begrunnede og forståelige for brukerne.

Kvalitet i saksbehandlingen

Det er gjennomført mange tiltak for å sikre at kvaliteten i saksbehandlingen skal opprettholdes under omstillings- og flytteprosessen. Vi er klar over at saksbehandlingstiden også er en del av opplevd kvalitet. Den lange saksbehandlingstiden fører til en mindre god brukeropplevelse for mange. Vel så viktig er likevel at vedtakene blir riktige og i samsvar med de lover og regler vi er satt til å forvalte.

Opplæringen og kompetanseoverføringen skjer fortsatt hovedsakelig fra de erfarne i Oslo til de nyansatte i Bergen. Vi bruker økonomiske incentiver for å beholde kritisk kompetanse i Oslo så lenge som mulig i 2018. Noen av de første medarbeiderne som begynte i Bergen i 2016 kan i økende grad bistå i opplæringen av nyansatte. Helseklage ønsker å ha en kultur der vi deler kunnskap, lærer av hverandres feil og hjelper hverandre fram mot felles mål.

I 2018 skal Helseklage jobbe med klart språk på tvers av fagområdene, blant annet gjennom skriveverksted med Språkrådet. Hvordan bør vi skrive slik at brukerne skal forstå innholdet i vedtakene, som inneholder mye komplisert juss og medisin?

Saksbehandlingstid

Den største utfordringen i dag er saksbehandlingstiden og oppbygging av restanser. Særlig gjelder dette i pasientskade-

sakene og klagesakene fra Helfo. Det er iverksatt tiltak for å få bygget ned restansene i 2018.

Enhetlig organisasjon

Det er fortsatt mange viktige oppgaver som ligger foran oss for å skape et enhetlig Helseklage med felles retning og kultur. I løpet av de to første årene er mange milepæler nådd; vi er samlokalisert (riktignok med et hovedkontor i Bergen, og et mindre kontor i Oslo), vi har utformet felles styringsdokumenter, fått på plass felles IKT-system osv. I 2018 skal vi jobbe videre med vårt felles verdigrunnlag, nye internett- og intranettsider med mer.

Synergier av fusjonen

Vi ser mange gevinster ved fusjonen, f.eks. i form av økt digitalisering og andre stordriftsfordeler. I 2018 vil vi fortsatt fokusere på å legge til rette for gevinstrealisering i ulike sammenhenger.



Helseklage ønsker å ha en kultur der vi deler kunnskap, lærer av hverandres feil og hjelper hverandre fram mot felles mål.

6 ÅRSREGNSKAP

Ledelseskommmentar til årsregnskapet 2017

Helseklage ble opprettet i 2016 og er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Helseklage er et statlig forvaltningsorgan som fører regnskap i henhold til kontantprinsippet, slik det fremgår av prinsippnoten til årsregnskapet. Årsregnskapet utgjør del VI i årsrapporten til Helseklage.

Bekreftelse

Årsregnskapet er avlagt i henhold til bestemmelser om økonomistyring i staten, rundskriv R-115 fra Finansdepartementet og krav fra Helse- og omsorgsdepartementet i instruks om økonomistyring. Regnskapet gir et dekkende bilde av Helseklage sin disponible bevilgning, regnskapsførte utgifter, inntekter, eiendeler og gjeld.

Vurderinger av vesentlige forhold

Helseklage fikk i 2017 totalt tildelt 118,659 mill. kroner på post 01 Driftsutgifter. Tildelingen inkluderer overført beløp fra 2016 på 2,331 mill. kroner. Det totale forbruket på post 01 i 2017 var 120,394 mill. kroner. Hensyntatt merinntekter gjennom privat sektor på 1,351 mill. kr har Helseklage et merforbruk på 0,384 mill. kroner som vil dekkes inn i 2018.

Helseklage fikk også tildelt 27,884 mill. kroner over post 21 Spesielle driftsutgifter. Tildelingen inkluderer overført beløp fra 2016 på 4,937 mill. kroner. Tildelingen er knyttet til regjeringens beslutning om å fusjonere etater og flytte virksomheten til Bergen innen utgangen av 2018. Det totale forbruket på post 21 var 27,876 mill. kroner. Tildelingen ble benyttet i sin helhet.


Hensyntatt refusjoner var rapporterte samlede utgifter til drift og investeringer 144,472 mill. kroner i 2017. Utbetalinger til lønn og sosiale utgifter beløp seg til 102,718 kroner. Økning i driftsutgiftene fra 2016 (106,814 mill. kr i 2016) er en konsekvens av oppbygging av bemanning og drift i Bergen, men også behov for å opprettholde kritisk kompetanse i Oslo i flytteperioden.

På inntektssiden har Helseklage regnskapsført 1,687 mill. kroner i tilkjente sakskostnader i 2017. Dette er midler som tilføres statskassen. Helseklage har også et inntektskrav på kap. 3723, post 50 privat sektor på 2,447 mill. kroner i 2017. Det er knyttet merinntektsfullmakt til posten. Det er regnskapsført 1,351 mill. kr i merinntekter som tilføres rammen.

Tilleggsopplysninger

Riksrevisjonen er ekstern revisor og bekrefter årsregnskapet for Helseklage. Årsregnskapet er ikke ferdig revidert per dags dato, men revisjonsberetningen vil foreligge 1. mai 2018. Beretningen er unntatt offentlighet inntil Stortinget har mottatt Dokument 1 fra Riksrevisjonen. Beretningen vil bli publisert på Helseklage sin nettside så snart dokumentet er offentlig.

Bergen, 26. februar 2018



Rose-Marie Christiansen
direktør

Prinsippnote til årsregnskapet

Årsregnskap for Helseklage er utarbeidet og avlagt etter nærmere retningslinjer fastsatt i bestemmelser om økonomistyring i staten («bestemmelsene»), fastsatt 12. desember 2003 med endringer, senest 5. november 2015. Årsregnskapet er i henhold til krav i bestemmelsene punkt 3.4.1, nærmere bestemmelser i Finansdepartementets rundskriv R-115 av november 2016 og instruks utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet.

Oppstillingen av bevilgningsrapporteringen omfatter kun bevilgningsrapporten. Oppstillingen av artskontorrapporten har en øvre del som viser hva som er rapportert til statsregnskapet etter standard kontoplan for statlige virksomheter, og en nedre del som viser grupper av kontoer som inngår i mellomværende med statskassen.

Oppstillingen av bevilgningsrapporteringen og artskontorrapporteringen er utarbeidet med utgangspunkt i bestemmelsene punkt 3.4.2 - de grunnleggende prinsippene for årsregnskapet:

1. Fullstendighetsprinsippet: Regnskapet inneholder alle rapporterte utgifter og inntekter for regnskapsåret.
2. Bruttoprinsippet: Utgifter og inntekter er ført i regnskapet med brutto beløp.
3. Kontantprinsippet: Alle regnskapstall er tidfestet til det tidspunkt inntekten eller utgiften er betalt.
4. Ettårsprinsippet: Regnskapet er ettårig og følger kalenderåret.

Oppstillingene av bevilgnings- og artskontorrapportering er utarbeidet etter de samme prinsippene, men gruppert etter ulike kontoplaner. Prinsippene korresponderer med krav i bestemmelsene punkt 3.5 til hvordan virksomhetene skal rapportere til statsregnskapet. Sumlinjen «Netto rapportert til bevilgningsregnskapet» er lik i begge oppstillingene.

Helseklage er tilknyttet statens konsernkontoordning i Norges Bank i henhold til krav i bestemmelsene pkt. 3.7.1.

Helseklage er bruttobudsjettet virksomhet, som ikke tilføres likviditet gjennom året, men har en trekkrettighet på sin konsernkonto. Ved årets slutt nullstilles saldoen på den enkelte oppgjørskonto ved overgang til nytt år.

Bevilgningsrapporteringen

Oppstillingen av bevilgningsrapporteringen omfatter en øvre del med bevilgningsrapporteringen, og en nedre del som viser beholdninger virksomheten står oppført med i kapitalregnskapet. Bevilgningsrapporteringen viser regnskapstall som Helseklage har rapportert til statsregnskapet. Det stilles opp etter de kapitler og poster i bevilgningsregnskapet virksomheten har fullmakt til å disponere. Kolonnen samlet tildeling viser hva Helseklage har fått stilt til disposisjon i tildelingsbrev for hver statskonto (kapittel/post). Oppstillingen viser i tillegg alle finansielle eiendeler og forpliktelser Helseklage står oppført med i statens kapitalregnskap.

Artskontorrapporteringen

Oppstillingen av artskontorrapporteringen har en øvre del som viser hva som er rapportert til statsregnskapet etter standard kontoplan for statlige virksomheter, og en nedre del som viser eiendeler og gjeld som inngår i mellomværende med statskassen. Artskontorrapporteringen viser regnskapstall Helseklage har rapportert til statsregnskapet etter standard kontoplan for statlige virksomheter. Helseklage har en trekkrettighet på konsernkonto i Norges Bank. Tildelingene er ikke inntektsført, og derfor ikke vist som inntekt i oppstillingen.

Note 8 til artskontorrapporteringen viser forskjeller mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen.

Oppstilling av bevilgningsrapportering 31.12.2017. Beløp oppgitt i NOK.

| Utgiftskapittel | Kapittelnavn | Post | Posttekst | Note | Samlet tildeling* | Regnskap 2017 | Merutgift (-) og mindreutgift |
|------------------------|-------------------------------|------|--------------------------|------|-------------------|---------------|-------------------------------|
| 0723 | Driftsutgifter | 01 | Driftsutgifter | A,B | 118 659 000 | 120 393 887 | -1 734 887 |
| 0723 | Flyttebudsjett | 21 | Spesielle driftsutgifter | A,B | 27 884 000 | 27 876 226 | 7 774 |
| 1633 | Nettoordning for mva i staten | 01 | | | 0 | 5 041 633 | |
| <i>Sum utgiftsført</i> | | | | | 146 543 000 | 153 311 746 | |

| Inntektskapittel | Kapittelnavn | Post | Posttekst | Note | Samlet tildeling* | Regnskap 2016 | Merinntekt (-) og mindreinntekt |
|---|---|------|--|------|-------------------|--------------------|---------------------------------|
| 3723 | Overføringer fra NPE statlige fond | 50 | Privat sektor | 1 | 2 447 000 | 3 798 000 | 1 351 000 |
| 5309 | Tilfeldige inntekter | 29 | Tilkjente sakskostnader og innbet gruppelivsforsikring | | 0 | 1 826 873 | |
| 5700 | Folketrygden | 72 | Arbeidsgiveravgift | | 0 | 12 536 046 | |
| <i>Sum inntektsført</i> | | | | | 2 447 000 | 18 160 919 | |
| Netto rapportert til bevilgningsregnskapet | | | | | | 135 150 828 | |
| Kapitalkontoer | | | | | | | |
| 60080101 | Norges Bank KK / innbetalinger | | | | | 9 218 689 | |
| 60080102 | Norges Bank KK / utbetalinger | | | | | -145 112 555 | |
| 707011 | Endring i mellomværende med statskassen | | | | | 743 038 | |
| <i>Sum rapportert</i> | | | | | | 0 | |

| Beholdninger rapportert til kapitalregnskapet (31.12) | | | | | | | |
|---|-------------------------------|--|--|--|------------|------------|---------|
| | | | | | 31.12.17 | 31.12.2016 | Endring |
| 707011 | Mellomværende med statskassen | | | | -5 926 777 | -6 669 815 | 743 038 |

* Samlet tildeling skal ikke reduseres med eventuelle avgitte belastningsfullmakter. Se note B for nærmere forklaring.

Note A

Forklaring av samlet tildeling utgifter. *Beløp oppgitt i NOK.*

| Kapittel og post | Overført fra i fjor | Årets tildelinger | Samlet tildeling |
|------------------|---------------------|-------------------|------------------|
| 72301 | 2 331 000 | 116 328 000 | 118 659 000 |
| 72321 | 4 937 000 | 22 947 000 | 27 884 000 |

Helseklage har i 2017 disponert en samlet tildeling på 146,543 mill. kr.

Note B

Forklaring til brukte fullmakter og beregning av mulig overførbart beløp til neste år. *Beløp oppgitt i NOK.*

| Kapittel og post | Stikkord | Merutgift(-)/ mindre utgift | Utgiftsført av andre iht. avgitte belastningsfullmakter(-) | Merutgift(-)/ mindreutgift etter avgitte belastningsfullmakter | Merinntekter/ mindreinntekter(-) iht. merinntektsfullmakt | Omdisponering fra post 01 til 45 eller til post 01/21 fra neste års bevilgning | Innsparinger(-) | Sum grunnlag for overføring | Maks. overførbart beløp * | Mulig overførbart beløp beregnet av virksomheten |
|-------------------|---------------|-----------------------------|--|--|---|--|-----------------|-----------------------------|----------------------------------|--|
| 072301/ 372350 | Kan overføres | -1 734 887 | | 1 734 887 | 1 351 000 | | | -383 887 | [5% av årets tildeling i note A] | |
| 072321 | Kan overføres | 7 774 | | 7 774 | | | | 7 774 | [5% av årets tildeling i note A] | |

*Maksimalt beløp som kan overføres er 5% av årets bevilgning på driftspostene 01-29, unntatt post 24 eller sum av de siste to års bevilgning for poster med stikkordet «kan overføres». Se årlig rundskriv R-2 for mer detaljert informasjon om overføring av ubrukte bevilgninger.

FORKLARING TIL BRUK AV BUDSJETTFULLMAKTER

Fullmakt til å bruke standard refusjoner av lønnsutgifter til å overskride utgifter

Refusjoner av lønn på totalt kr 3 381 157 er nettoført i driftsutgiftene post 01.

Mottatte inntektsfullmakter til å overskride tilsvarende driftsutgifter:

Fullmakt til å overskride driftsbevilgninger mot tilsvarende merinntekter

Helseklage har i 2017 merinntektsfullmakt på kap. 3723 post 50 fullmakt til å benytte merinntekter på kap. 723 post 01.

Helseklage har kr 1 351 000 i merinntekter utover inntektskravet på post 50.

Mulig overførbart beløp

Helseklage har et negativt overførbart beløp til 2018 på netto kr 376 113.

Beløpet må således dekkes inn i 2018.

Oppstilling av artskontorrapporteringen 31.12.2017. Beløp oppgitt i NOK.

| | Note | 2017 | 2016 |
|--|------|--------------------|--------------------|
| Driftsinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet | | | |
| Innbetalinger fra gebyrer | 1 | 0 | 0 |
| Innbetalinger fra tilskudd og overføringer | 1 | 0 | 0 |
| Salgs- og leieinnbetalinger | 1 | 3 798 000 | 2 304 000 |
| Andre innbetalinger | 1 | 0 | 0 |
| <i>Sum innbetalinger fra drift</i> | | 3 798 000 | 2 304 000 |
| Driftsutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet | | | |
| Utbetalinger til lønn | 2 | 102 717 687 | 72 155 838 |
| Andre utbetalinger til drift | 3 | 42 535 689 | 32 780 985 |
| <i>Sum utbetalinger til drift</i> | | 145 253 376 | 104 936 824 |
| Netto rapporterte driftsutgifter | | 141 455 376 | 102 632 824 |
| Investerings- og finansinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet | | | |
| Innbetaling av finansinntekter | 4 | 0 | 0 |
| <i>Sum investerings- og finansinntekter</i> | | 0 | 0 |
| Investerings- og finansutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet | | | |
| Utbetaling til investeringer | 5 | 3 008 590 | 4 179 936 |
| Utbetaling til kjøp av aksjer | 5,8B | 0 | 0 |
| Utbetaling av finansutgifter | 4 | 8 148 | 1 629 |
| <i>Sum investerings- og finansutgifter</i> | | 3 016 738 | 4 181 564 |
| Netto rapporterte investerings- og finansutgifter | | 3 016 738 | 4 181 564 |
| Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten | | | |
| Innbetaling av skatter, avgifter, gebyrer m.m. | 6 | 1 686 764 | 1 550 933 |
| <i>Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten</i> | | 1 686 764 | 1 550 933 |
| Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten | | | |
| Utbetalinger av tilskudd og stønader | 7 | 0 | 0 |
| <i>Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</i> | | 0 | 0 |
| Inntekter og utgifter rapportert på felleskapitler * | | | |
| Gruppelivsforsikring konto 1985 (ref. kap. 5309, inntekt) | | 140 109 | 109 217 |
| Arbeidsgiveravgift konto 1986 (ref. kap. 5700, inntekt) | | 12 536 046 | 8 815 25 |
| Nettoføringsordning for merverdiavgift konto 1987 (ref. kap. 1633, utgift) | | 5 041 633 | 4 169 745 |
| <i>Netto rapporterte utgifter på felleskapitler</i> | | -7 634 522 | -4 754 730 |
| Netto rapportert til bevilgningsregnskapet | | 135 150 828 | 100 508 725 |
| Oversikt over mellomværende med statskassen ** | | | |
| Eiendeler og gjeld | | 2017 | 2016 |
| Fordringer | | 0 | 0 |
| Kasse | | 0 | 0 |
| Bankkontoer med statlige midler utenfor Norges Bank | | 0 | 0 |
| Skyldig skattetrekk | | -5 932 087 | -6 701 194 |
| Skyldige offentlige avgifter | | 0 | 0 |
| Annen gjeld | | 5 310 | 31 379 |
| Sum mellomværende med statskassen | 8 | -5 926 777 | -6 669 815 |

Note 1

Innbetalinger fra drift. *Beløp oppgitt i NOK.*

| | 31.12.2017 | 31.12.2016 |
|---|------------------|------------------|
| <i>Innbetalinger fra gebyrer</i> | | |
| Sum innbetalinger fra gebyrer | 0 | 0 |
| <i>Innbetalinger fra tilskudd og overføringer</i> | | |
| Sum innbetalinger fra tilskudd og overføringer | 0 | 0 |
| <i>Salgs- og leieinnbetalinger</i> | | |
| Overføringer fra NPE statlige fond | 3 798 000 | 2 304 000 |
| Sum salgs- og leieinnbetalinger | 3 798 000 | 2 304 000 |
| <i>Andre innbetalinger</i> | | |
| Sum andre innbetalinger | 0 | 0 |
| Sum innbetalinger fra drift | 3 798 000 | 2 304 000 |

Note 2

Utbetalinger til lønn. *Beløp oppgitt i NOK.*

| | 31.12.2017 | 31.12.2016 |
|-----------------------------------|--------------------|-------------------|
| Lønn | 69 541 652 | 55 268 978 |
| Arbeidsgiveravgift | 12 536 046 | 8 815 259 |
| Pensjonsutgifter* | 7 950 092 | 0 |
| Sykepenge og andre refusjoner (-) | -3 402 929 | -4 188 851 |
| Andre ytelser | 16 092 825 | 12 260 453 |
| Sum utbetalinger til lønn | 102 717 687 | 72 155 838 |

* Denne linjen benyttes av virksomheter som innbetaler pensjonspremie til SPK.

| | | |
|------------------------|----|-----|
| Antall årsverk: | 96 | 109 |
|------------------------|----|-----|

*Nærmere om pensjonskostnader

For virksomheter som er omfattet av rundskriv R-118

Fra og med 1. januar 2017 betaler virksomheten pensjonspremie til SPK. For 2017 er arbeidsgivers andel av pensjonspremien 12 prosent.

*Nærmere om årsverksberegning:

Årsverksberegning 2017 baserer seg anbefaling i Direktoratet for økonomistyring sin veileder. Det var ulik praksis på dette i 2016 slik at tallet for 2016 ikke er 100% sammenlignbart. Sammenlignbart tall for 2016 er 72 årsverk.

Note 3

Andre utbetalinger til drift. *Beløp oppgitt i NOK.*

| | 31.12.2017 | 31.12.2016 |
|---|-------------------|-------------------|
| Husleie | 12 863 751 | 8 792 212 |
| Vedlikehold egne bygg og anlegg | 0 | 0 |
| Vedlikehold og ombygging av leide lokaler | 295 145 | 215 273 |
| Andre utgifter til drift av eiendom og lokaler | 1 200 020 | 988 336 |
| Reparasjon og vedlikehold av maskiner, utstyr mv. | 26 853 | 79 282 |
| Mindre utstysanskaffelser | 321 358 | 628 627 |
| Leie av maskiner, inventar og lignende | 721 286 | 1 253 201 |
| Kjøp av fremmede tjenester | 18 510 241 | 13 068 345 |
| Reiser og diett | 4 421 713 | 2 660 859 |
| Øvrige driftsutgifter | 4 175 322 | 5 094 849 |
| Sum andre utbetalinger til drift | 42 535 689 | 32 780 985 |

Note 4

Finansinntekter og finansutgifter. *Beløp oppgitt i NOK.*

| | 31.12.2017 | 31.12.2016 |
|---|------------|------------|
| <i>Innbetaling av finansinntekter</i> | | |
| Renteinntekter | 0 | 0 |
| Valutagevinst | 0 | 0 |
| Annen finansinntekt | 0 | 0 |
| Sum innbetaling av finansinntekter | 0 | 0 |

| | 31.12.2017 | 31.12.2016 |
|---|--------------|--------------|
| <i>Utbetaling av finansutgifter</i> | | |
| Renteutgifter | 8 148 | 1 629 |
| Valutatap | 0 | 0 |
| Annen finansutgift | 0 | 0 |
| Sum utbetaling av finansutgifter | 8 148 | 1 629 |

Note 5

Utbetaling til investeringer og kjøp av aksjer. *Beløp oppgitt i NOK.*

| | 31.12.2017 | 31.12.2016 |
|---|------------------|------------------|
| <i>Utbetaling til investeringer</i> | | |
| Immaterielle eiendeler og lignende | 0 | 0 |
| Tomter, bygninger og annen fast eiendom | 0 | 0 |
| Beredskapsanskaffelser | 0 | 0 |
| Infrastruktureiendeler | 0 | 0 |
| Maskiner og transportmidler | 0 | 0 |
| Driftsløsøre, inventar, verktøy og lignende | 3 008 590 | 4 179 936 |
| Sum utbetaling til investeringer | 3 008 590 | 4 179 936 |

| | 31.12.2017 | 31.12.2016 |
|--|------------|------------|
| <i>Utbetaling til kjøp av aksjer</i> | | |
| Kapitalinnskudd | 0 | 0 |
| Obligasjoner | 0 | 0 |
| Investeringer i aksjer og andeler | 0 | 0 |
| Sum utbetaling til kjøp av aksjer | 0 | 0 |

Note 6

Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten. *Beløp oppgitt i NOK.*

| | 31.12.2017 | 31.12.2016 |
|---|------------------|------------------|
| Tilfeldige inntekter | 1 686 764 | 1 550 933 |
| Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten | 1 686 764 | 1 550 933 |

Note 7

Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten. *Beløp oppgitt i NOK.*

| | 31.12.2017 | 31.12.2016 |
|--|------------|------------|
| Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten | 0 | 0 |

Note 8

Sammenheng mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen. *Beløp oppgitt i NOK.*

| Del A Forskjellen mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen | | | | |
|--|-------------------------------------|---|--|-----------------|
| | | 31.12.2017 | 31.12.2017 | |
| | | Spesifisering av bokført avregning med statskassen | Spesifisering av rapportert mellomværende med statskassen | Forskjell |
| <i>Finansielle anleggsmidler</i> | | | | |
| | Investeringer i aksjer og andeler* | 0 | 0 | 0 |
| | Obligasjoner | 0 | 0 | 0 |
| | <i>Sum</i> | 0 | 0 | 0 |
| <i>Omløpsmidler</i> | | | | |
| | Kundefordringer | 0 | 0 | 0 |
| | Andre fordringer | 0 | 0 | 0 |
| | Bankinnskudd, kontanter og lignende | 0 | 0 | 0 |
| | <i>Sum</i> | 0 | 0 | 0 |
| <i>Langsiktig gjeld</i> | | | | |
| | Annen langsiktig gjeld | 0 | 0 | 0 |
| | <i>Sum</i> | 0 | 0 | 0 |
| <i>Kortsiktig gjeld</i> | | | | |
| | Leverandørgjeld | -327 240 | 0 | -327 240 |
| | Skyldig skattetrekk | -5 932 087 | -5 932 087 | 0 |
| | Skyldige offentlige avgifter | 0 | 0 | 0 |
| | Annen kortsiktig gjeld | 5 310 | 5 310 | 0 |
| | <i>Sum</i> | -6 254 017 | -5 926 777 | -327 240 |
| Sum | | -6 254 017 | -5 926 777 | -327 240 |

* Virksomheter som eier finansielle anleggsmidler i form av investeringer i aksjer og selskapsandeler fyller ut note 8 B.

| Del B Spesifisering av investeringer i aksjer og selskapsandeler | | | | | | | |
|---|--------------|---------------|------------|-------------|----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| | Ervervs-dato | Antall aksjer | Eier-andel | Stemmeandel | Årets resultat i selskapet | Balanseført egenkapital i selskapet | Balanseført verdi i regnskap* |
| Aksjer | | | | | | | |
| Selskap 1 | | | | | | | |
| Selskap 2 | | | | | | | |
| Selskap 3 | | | | | | | |
| Balanseført verdi 31.12.2017 | | | | | | | 0 |

* Investeringer i aksjer er bokført til anskaffelseskost. Balanseført verdi er den samme i både virksomhetens kontospesifikasjon og kapitalregnskapet.



Helseklage

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

HELSEKLAGE

Universitetsgata 2
0164 Oslo

Krinkelkroken 1
5014 Bergen

helseklage.no