



15.03.2021

Veileder til forskrift om menerstatning ved pasientskader

Veileder til forskrift om menerstatning ved pasientskader

Innledning

Forskrift om menerstatning ved pasientskader (heretter omtalt som psf) trer i kraft 15.03.2021. Forskriften gjelder for krav som er meldt til NPE etter dette tidspunktet. Forskriften har hjemmel i pasientskadeloven (passkl.) § 4 første ledd, siste setning, og gjelder for saker som er omfattet av pasientskadelovens område.

Forskriften har tatt utgangspunkt i innholdet i Forskrift om menerstatning ved yrkesskade, yrkesskadeforskriften (ysf). Ysf har i liten grad vært oppdatert, og er mangelfull når det gjelder skader som erfaringsmessig oppstår ved pasientbehandling. Det er derfor gjort endringer, både i del I og i enkelte av tabellene.

Denne veilederen gjelder ved bruk av forskrift om menerstatning ved pasientskader. Vi viser for øvrig til Veileder og rundskriv til forskrift om menerstatning ved yrkesskade. Der det ikke er gjort endringer vil disse kunne gi veiledning også i pasientskadesakene.

Forskriftens innhold

Skadeserstatningsloven, rettspraksis og praksis fra pasientskadesakene gjelder for utmåling av menerstatning i pasientskadesakene. Forskriften inneholder flere presiseringer og særregler, som til dels avviker fra de alminnelige erstatningsreglene.

Vilkårene for menerstatning, og hvordan man fastsetter varig medisinsk invaliditet og menerstatning, blir tydeliggjort. Vi viser til nærmere kommentarer til de enkelte bestemmelsene under.

Del I alminnelige bestemmelser

Del I omhandler de grunnleggende vilkårene for å få menerstatning ved pasientskader. Pasientskaden må være varig og betydelig. Det er også beskrevet hvor stor årlig menerstatning blir ved forskjellige invaliditetsgrader, og hvordan samlet menerstatning skal utmåles.

Innholdet i de enkelte paragrafene er nærmere beskrevet i kapitlet om del I under. Bestemmelsene bygger på prinsipper og praksis som har vært gjeldende for utmåling av menerstatning, men avviker til dels fra alminnelig erstatningsrett.

I forskriften er vilkårene for menerstatning om varig og betydelig skade tydeliggjort. Hvordan invaliditetsgraden skal fastsettes og menerstatningen utmåles er nærmere beskrevet. Det er endringer i forhold til tidligere praksis, ved at vi ikke skal ta hensyn til tidligere skader eller sykdommer, når vi fastsetter varig medisinsk invaliditet (separasjonsprinsippet skal gjelde). Det er også egne regler for å fastsette varig medisinsk invaliditet og å utmåle menerstatning i særlige tilfeller.

Del II og III i forskriften viderefører de tilsvarende delene i gjeldende yrkesskadeforskrift. Medisinske områder som er lagt til, eller er gjort endringer i, er markert med ramme rundt teksten. Dette gjelder hjerte og lunger, fordøyelsessystemet, kvinnelige og mannlige kjønnsorganer, cerebral parese og smerter. Vi viser til kommentarene under til disse områdene i tabellen.

Kommentarer til bestemmelsene i del I

§ 1 Virkeområde

Forskriften gjelder ved utmåling av menerstatning i pasientskadesaker i NPE og Pasientskadenemnda, og ved domstolsbehandling av slike saker, jf. passkl. § v 18.

Forskriften går foran de alminnelige reglene om menerstatning. Hjemmel for dette er angitt i passkl. § 4 første ledd, siste setning. De alminnelige erstatningsreglene vil gjelde utfyllende der forskriften ikke sier noe.

§ 2 Definisjoner

Medisinsk invaliditet skal fastsettes ut fra en objektiv vurdering av hvilke plager og ulemper i livsutfoldelsen som skaden vil medføre.

Skadevirkningstidspunktet har betydning for hva som er utgangspunktet for perioden som menerstatningen skal dekke. Menerstatningen skal som hovedregel gis fra skadevirkningstidspunktet til statistisk levealder, jf. § 5.

Oppgjørstidspunktet har betydning for hvilken G, grunnbeløpet i folketrygden, som skal benyttes ved beregning av menerstatningen, jf. § 5.

§ 3 Vilkår for menerstatning ved pasientskader

Det følger av skadeserstatningsloven (skl) § 3-2 at menerstatning gis dersom skadelidte har fått betydelig og varig skade av medisinsk art. Hva som ligger i kravene om varig og betydelig skade er fastsatt gjennom rettspraksis, forsikringspraksis og forvaltningspraksis.

Etter denne praksisen er varighetsvilkåret oppfylt når skaden mest sannsynlig vil vare i ti år eller mer. Videre må skaden gi en medisinsk invaliditet på minst 15 prosent, før den utløser rett til menerstatning. Dette er også i tråd med langvarig og fast praksis i NPE og PSN. Kravene om varig og betydelig skade fremgår nå direkte i § 3, første ledd.

I særlige tilfeller kan det gis menerstatning selv om vilkårene i § 3 ikke er oppfylt, jf. § 6. Sikkerhetsventilen i § 6 første ledd gir i særlige tilfeller anledning til å gi erstatning ut fra én gruppe høyere enn den medisinske invaliditeten tilsier etter tabellen i § 5. Denne sikkerhetsventilen omfatter også tilfeller hvor kravet til betydelig skade i utgangspunktet ikke er oppfylt. Lavere medisinsk invaliditet kan i noen tilfeller få store utslag på livsutfoldelsen. Dette kan gjelde hvor flere skadefølger samordnet utgjør en lavere medisinsk invaliditet enn 15 prosent, eller hvor fastsettelsen er basert på utpreget skjønsmessige vurderinger. Den varige medisinske invaliditeten, som skyldes pasientskaden, må da isolert sett ligge tett oppunder kravet om 15 prosent. I tillegg må skaden være særlig merkbar for pasienten. I slike tilfeller kan vi gi menerstatning etter gruppe 1 (som gjelder invaliditeter mellom 15-24 prosent), selv om den fastsatte invaliditeten er lavere enn 15 prosent.

Se nærmere om sikkerhetsventilen under kommentarene til § 6.

§ 4 Fastsetting av medisinsk invaliditet

Reglene i § 4 harmonerer i stor grad med det som i dag står i yrkesskedeforskriften. Graden av medisinsk invaliditet skal fastsettes med grunnlag i invaliditetstabellen i del II og III. Her finner man frem til menets størrelse i prosent, som igjen danner grunnlaget for beregning av menerstatningen.

Dersom en skade ikke er beskrevet i tabellen, skal invaliditetsgraden fastsettes ved en skjønnsmessig sammenligning med de skadefølgene det er mest naturlig å sammenligne med.

Tidligere har det ikke vært praksis for å ta hensyn til tidligere skader eller sykdom, som ingen er ansvarlig for. Invaliditetsgraden ble som hovedregel fastsatt etter invaliditetstabellen, som om skadelidte bare hadde pasientskaden. Dette kalles separasjonsprinsippet. Høyesterett avsa i 2015 en prinsipiell dom, Rt-2015-820, der de tok hensyn til tidligere sykdom eller skade, slik at invaliditetsgraden ble fastsatt som differansen mellom total medisinsk invaliditet og invaliditeten for tidligere skade eller sykdom, dersom dette ga høyest erstatning. Dette kalles differanseprinsippet.

Praksis i tiden etter denne dommen har medført usikkerhet og en mer omfattende utredning av sakene, uten at dette nødvendigvis gir høyere erstatning. Etter en samlet vurdering endrer vi praksis til at separasjonsprinsippet skal brukes, og invaliditetsgraden fastsettes uavhengig av andre skader eller sykdommer. Dette kommer frem av § 4 andre ledd.

Når det er flere delinvaliditeter, som vi skal ta hensyn til når vi fastsetter menerstatning, må vi samordne disse etter en reduksjonsmetode. Metoden er hentet fra yrkesskedeforskriftens regulering av flerskader i del I § 2 punkt tre, med tilhørende forklaringer i rundskriv og veileder.

Reduksjonsmetoden tar utgangspunkt i at den samlede invaliditetsgraden ikke kan bli større enn 100 prosent. Derfor skal vi fastsette invaliditetsgraden samlet, når erstatningssøkeren har fått flere pasientskader ved samme hendelse eller ulike hendelser. Den første skaden teller fullt ut, mens invaliditetsgraden for de øvrige skadene reduseres forholdsmessig ut fra den invaliditeten som gjenstår.

Hvis erstatningssøkeren har to eller flere separate pasientskader, for eksempel 70 og 40 prosent, vil vi ved en ren summering komme opp i 110 prosent og sprengte rammen for fastsettingen. Når vi samordner er det derfor bare den første av delinvaliditetene som regnes med fullt. De øvrige delinvaliditetene reduseres relativt.

Dette kan illustreres slik: Vi lar den første skaden telle fullt ut med 70 prosent. Den andre skaden på 40 prosent multipliseres med gjenværende invaliditet på 30 prosent ($100 - 70$) og reduseres dermed til 12 prosent. Den totale invaliditetsgraden blir da 82 prosent ($70 + 12$) og vi holder oss innenfor 100 prosent.

Første skade (70 prosent) teller fullt	70	
Andre skade (40 prosent) redusert	12	$(100 - 70) \times 40 = 12$
Total varig medisinsk invaliditet (vmi)	82	

Reduksjonsmetoden passer imidlertid ikke ved alle skader. I likhet med yrkesskadeforskriften, med tilhørende rundskriv og veileder, kan den ikke brukes ved skader som gjensidig forsterker hverandre, f.eks. flerfingerskader og skader på «parvise organer». Den bør heller ikke brukes hvor den medisinske invaliditeten må fastsettes på rent skjønnsmessig grunnlag. I de tilfellene der den samlede invaliditetsgraden ligger nær opptil en invaliditetsgrad som gir rett til pasientskadeerstatning etter en høyere erstatningsgruppe, bør det vurderes om skadelidte skal få erstatning etter den høyere erstatningsgruppen.

Vi benytter heller ikke reduksjonsmetoden ved såkalt «overinvaliditet», som gjelder for de virkelig alvorlige skadetilfellene med flere og store skader. Et eksempel kan være en person som får store hodeskader og blir både lam og blind. En slik skade medfører ulemper som er betydelig større enn ved skader som gir grunnlag for en menerstatning etter gruppe 8 (invaliditetsgrad 85 – 100 prosent). I slike tilfeller er skadelidte såkalt «overinvalid», og vi gir menerstatning etter gruppe 9. I praksis brukes denne gruppen svært sjelden.

I enkelte tilfeller kan det være behov for å fravike hovedregelen om bruk av separasjonsprinsippet. Dette gjelder når skadelidte har en inngangsinvaliditet, og pasientskaden fører til en forverring av denne. I slike tilfeller vil ikke bruk av separasjonsprinsippet gi tilstrekkelig kompensasjon. Dette gjelder for skader i samme kroppsdel eller organ som inngangsinvaliditeten omfatter, og for skader i organer som virker sammen (parvise organer).

Pasienten kommer da i en ny situasjon, hvor pasientskaden har forverret en fra før spesielt sårbar del av kroppen. Forverringen kan ikke leses direkte ut av invaliditetstabellen. Det er derfor nødvendig med en annen tilnærming til å fastsette invaliditet, enn for separate skader.

Et illustrerende eksempel på dette er en person som får operert inn en hofteprotese. Protesen tilsvarer en varig medisinsk invaliditet på 15 prosent og utgjør inngangsinvaliditeten. Under operasjonen skjer det en pasientskade som resulterer i en instabil hofte, som gir en total medisinsk invaliditetsgrad på 35 prosent. Økningen av invaliditetsgraden med 20 prosent er da pasientskaden.

Et annet eksempel er en person som på forhånd er blind på ett øye. I forbindelse med behandling av det andre øyet oppstår det en pasientskade som gjør vedkommende blind også på dette øyet. Hvis man ser isolert på pasientskaden vil denne gi 20 prosent medisinsk invaliditet. I en slik situasjon ville det være urimelig å bare tilkjenne erstatning etter 20 prosent (gruppe 1). Pasienten har kommet i en ny og betydelig forverret situasjon med total blindhet og en medisinsk invaliditet på 100 prosent. Økningen av invaliditetsgraden med 80 prosent er da pasientskaden.

I enkelte tilfeller har erstatningssøkeren fra før en annen skade som gir 100 prosent medisinsk invaliditet. Dette må vi ta hensyn til når vi fastsetter ny invaliditet. Da skal vi legge vekt på i hvilken grad den funksjonen som pasientskaden rammer, allerede er redusert eller tapt. I de tilfellene den nye skaden rammer en funksjon som allerede er redusert eller tapt, skal vi fastsette menerstatningen skjønnsmessig. Om det oppstår en skade et sted på kroppen hvor funksjonen fra før ikke er redusert eller tapt, skal invaliditetsgraden som et utgangspunkt fastsettes separat, og vi utmåler menerstatningen etter separasjonsprinsippet.

§ 5 Utmåling av menerstatning

Utmåling av menerstatning etter skl. § 3-2 har etter praksis tatt utgangspunkt i de standardiserte reglene i yrkesskedeforskriften, tillagt en tredjedel. Tabellen som viser den årlige menerstatningen i § 5 er beregnet på samme måte som etter reglene om yrkesskade, men der tillegget med en tredjedel er lagt direkte inn i tabellen.

Bortsett fra de tilfellene hvor det er grunnlag for å betale terminerstatning, skal erstatning for fremtidig tap utbetales som et engangsbeløp, jf. skadeserstatningsloven § 3-9. Dette gjelder også for menerstatningen. Det fremgår av § 5, femte ledd at menerstatningen skal dekke perioden fra skadevirkningstidspunktet til statistisk forventet levealder.

Utgangspunktet for utmålingen er at erstatningssøkeren skal få den årlige menerstatningen i hele sin gjenværende levetid. For å finne den gjenværende levetiden benyttes oppdatert statistikk fra Statistisk Sentralbyrå. For å beregne engangsbeløpet ganger vi årlig menerstatning med kapitaliseringsfaktoren ut fra erstatningssøkers alder på skadevirkningstidspunktet.

Selv om tapene vil oppstå i årene framover, vil erstatningssøkeren få beløpet utbetalt og til disposisjon allerede i dag. Ved utmålingen trekkes det derfor fra de renteinntektene man vil få på beløpet. Dette kalles kapitalisering og kan illustreres med et eksempel: Et framtidig tap på 10 000 kroner per år i ti år ville med en utbetaling på 100 000 kroner innebære et overskudd. Dette er fordi erstatningssøkeren i løpet av de ti årene vil få renter på det gjenværende erstatningsbeløpet. Ettersom det gjøres fradrag for disse renteinntektene, vil en utbetaling på 82 700 kroner (ut fra dagens rentefot på 4 prosent) gi erstatningssøkeren mulighet til å ta ut et årlig beløp på 10 000 kroner i ti år.

Hovedregelen er at vi utmåler menerstatningen etter separasjonsprinsippet, det vil si uavhengig av tidligere skader eller sykdommer. Dersom erstatningssøkeren tidligere har fått utbetalt menerstatning for en pasientskade, må erstatningen imidlertid utmåles på en annen måte. Både i erstatningsretten og for yrkesskader er gjeldende praksis at menerstatning i slike tilfeller utmåles ut fra et differanseprinsipp.

Dersom erstatningssøkeren tidligere har fått en pasientskade og fått utbetalt menerstatning for denne, skal vi ved en ny skade først beregne hva den samlede invaliditeten er etter reduksjonsmetoden. Så skal vi beregne ny menerstatning for den tidligere skaden. Begge beregningene skal gjøres ut fra dagens grunnbeløp. Forskjellen mellom disse to beløpene utgjør da ny menerstatning.

Hvis for eksempel den samordnede invaliditeten tilsier en plassering i gruppe 3, og det tidligere er utbetalt menerstatning i gruppe 1, utgjør erstatningen for den siste skaden differansen mellom beregnet erstatning etter gruppe 3 og gruppe 1.

Har skadelidte en inngangsinvaliditet som det ikke er betalt erstatning for, er det som nevnt over mulig å gjøre en individuell justering ved hjelp av gruppeopprykk, jf. forskriften § 6.

§ 6 Utmåling av menerstatning i særlige tilfeller

Sikkerhetsventilen i § 6 skal særlig fange opp tilfeller hvor erstatningssøkeren på forhånd har en skade eller tilstand som i særlig stor grad forsterker virkningene av pasientskaden. Dette betyr ikke at

alle som har en skade eller plage fra før, vil ha rett til høyere erstatning enn andre med samme pasientskade. Spørsmålet er om kombinasjonen av tidligere skader/helsetilstand og den nye pasientskaden fører til at pasientskaden rammer personen vesentlig hardere enn den ellers ville ha gjort.

Et eksempel kan være dersom personen før skaden har en ubrukelig høyre arm, og så ved en skade mister et bein. Den tidligere skaden fører til at personen ikke kan gå ved hjelp av krykker, og dette gjør den nye skaden ekstra byrdefull. Ett annet eksempel er at et barn som er døvt, blir skadet i hendene. Skaden vil også her bli ekstra belastende fordi den gjør det vanskelig å bruke tegnspråk. I slike tilfeller gir vi erstatning ut fra én gruppe høyere enn den medisinske invaliditeten tilsier etter tabellen i § 5. Dersom pasienten etter den matematiske beregningen havner i gruppe 8 (som gjelder medisinsk invaliditet mellom 85-100 prosent), kan dette ikke føre til opprykk til gruppe 9. Da gjelder de særlige reglene for overinvaliditet.

Sikkerhetsventilen omfatter også tilfeller hvor kravet til betydelig skade i utgangpunktet ikke er oppfylt. I helt særlige tilfeller kan lavere medisinsk invaliditet enn 15 prosent påvirke livsutfoldelsen i så stor grad at menerstatning kan være aktuelt. Dette kan gjelde hvor flere skadefølger samordnet utgjør en lavere medisinsk invaliditet enn 15 prosent, eller hvor fastsettelsen er basert på utpreget skjønnsmessige vurderinger. Den varige medisinske invaliditeten som skyldes pasientskaden må da isolert sett ligge tett oppunder kravet om 15 prosent, og skaden må gjøre seg særlig merkbar for pasienten. I slike tilfeller kan vi gi menerstatning etter gruppe 1 (som gjelder men mellom 15-24 prosent), selv om den fastsatte invaliditeten er lavere enn 15 prosent.

Sikkerhetsventilen vil også gjelde for enkelte tilfeller hvor en person får en særlig stor pasientskade, men hvor skadeperioden er noe kortere enn ti år, jf. § 6 andre ledd. Særlig vil dette gjelde for unge mennesker, som får sin livsutfoldelse sterkt redusert i en særlig sårbar alder. I slike tilfeller kan det være grunnlag for en tidsbegrenset menerstatning. Dette kan gjelde tilfeller hvor feil diagnose og/eller behandling har ført til en forbigående skade. Et eksempel kan være en pasientskade som har gitt 50 % medisinsk invaliditet over en periode på 8 til 9 år.

§ 7 Dødsfall

Vi gir menerstatning for den perioden skadelidte har hatt tapt livsutfoldelse. Dersom skadelidte har gått bort, og de etterlatte søker om erstatning, er det ikke lenger grunnlag for å utbetale menerstatning for fremtiden. Vi utbetaler derfor ikke menerstatning hvis pasienten dør før et erstatningskrav er meldt til NPE, jf. § 7 første ledd.

Hvis erstatningssøkeren dør etter at erstatningskravet er meldt til NPE, fastsetter vi menerstatningen til summen av årlig menerstatning fra skadevirkningstidspunktet og frem til dødsfallet, jf. § 7 andre ledd. Da vil vi utbetale erstatningsbeløpet til arvingene.

§ 8 Ikrafttredelse

Forskriften gjelder for søknader om pasientskadeerstatning som er meldt til NPE etter at forskriften trådte i kraft, 15.03.2021. For søknader som er meldt før dette tidspunktet gjelder fortsatt praksis etter ysl.

Del II. Invaliditetstabell

De områdene som er endret.

6 Skade/sykdom som gjelder hjerte og lunger

Denne tabellen er i hovedsak lik tabellen om hjerte og lunger i ysf. I yrkesskadeforskriften vurderes hjertesvikt ut fra en funksjonsklassevurdering, basert på et mål på hjertets pumpefunksjon. Det som er nytt i forskrift om menerstatning ved pasientskader er at man i tillegg til å se på funksjonsnedsettelsen, kan legge vekt på andre forhold. Dette kan for eksempel være redusert prognose, behov for hjertesviktmedisiner, pacemaker m.m. Dette er tatt inn i tabellens punkt 6.1.

Eksempel

Et hjerteinfarkt kan medføre at en del av hjertemuskelen dør og erstattes av arr på hjertemuskelen. Denne skaden er per definisjon en hjertesvikt. Denne har umiddelbart ikke stor betydning for funksjonen og gir ikke en varig invaliditet etter ysf. Etter psf. vil imidlertid en slik skade kunne medføre varig invaliditet.

7.1 Fordøyelsessystemet

I forskrift om menerstatning ved yrkesskade er det kun tre punkter som omhandler skader og sykdommer på fordøyelsessystemet mage og tarm. På dette medisinske området har det skjedd en stor utvikling og behovet for å lage en ny tabell har vært ekstra stort. Tabellen for pasientskader inneholder derfor flere nye punkter.

Yrkesskadeforskriften har for eksempel ikke hatt noe punkt for levertransplantasjon og det har derfor vært vanlig å sammenligne med nyretransplantasjon. I den nye tabellen er levertransplantasjon tatt med og det er tatt hensyn til at det gjort betydelige medisinske fremskritt siden 1997. Resultatene ved levertransplantasjon er gode og med færre følgetilstander enn hva som var tilfellet tidligere. Vellykket levertransplantasjon gir derfor en lavere invaliditetsgrad enn tidligere.

Kjønnsorganer

I forskrift om menerstatning ved yrkesskade er skader på kjønnsorganer samlet i *ett* punkt i tabellen - 7.4, inkludert urinrørskade. Tabellen i pasientskadeforskriften er bygget opp på en annen måte, med egne punkter for henholdsvis mannlige og kvinnelige kjønnsorganer, og urinrørsskade.

Tabellen er mer detaljert og inneholder flere nye punkter. Videre er det tatt hensyn til at det i dag er et bedre behandlingstilbud for flere tilstander, som man tidligere ikke kunne behandle.

Punktene utforming tar hensyn til at kjønnsorganene har tre funksjoner: seksualitet, reproduksjon og hormonproduksjon. Den detaljerte inndelingen er ment å gjøre menvurderingen enklere og mer treffsikker for både menn og kvinner.

Kvinnelige kjønnsorganer

Tabellen om de kvinnelige kjønnsorganene tar utgangspunkt i at kvinnens naturlige fruktbarhet reduseres sterkt fra ca. 40 år, og at eggstokkene slutter å fungere ved overgangsalder, ved ca. 50-52 år. Eggstokkene har fortsatt en viss hormonproduksjon etter overgangsalderen, frem til ca. 60 år.

Tabellen om kvinners kjønnsorganer er dermed bygget opp rundt en grunntanke om at de indre kjønnsorganene (eggstokker, eggledere og livmor) har en begrenset «funksjonstid». Alder er derfor tatt med som en viktig faktor for graderingen av medisinsk invaliditet.

Når det gjelder de ytre kjønnsorganene (kjønnslepper, klitoris, skjedeåpning og skjeden) er tabellen utvidet, sammenlignet med yrkesskadeforskriftens tabell. Dette er blant annet gjort for å fange opp småskader som man i dag ser etter kosmetisk kirurgi. For eksempel en endring av utseendet på en kjønnsleppe.

Vi har laget nye punkter for eggledere, livmor og hypofysesvikt. Disse er ikke eksplisitt nevnt i yrkesskadeforskriften. Tap av livmor gir for eksempel en varig medisinsk invaliditet på 15-30 prosent, hvis kvinnen er under 50 år. Størrelsen på invaliditetsgraden vil være avhengig av kvinnens alder.

Når vi vurderer invaliditetsgraden skal vi ta hensyn til at noen skader kan kompenseres ved assistert befruktning (prøverørsbehandling) og ved tilførsel av kjønnshormoner.

Det er ikke tatt hensyn til behandlingstilbud som ikke er tillatt i Norge, som for eksempel surrogati eller livmortransplantasjon. Tabellen er basert på norske lover og regler.

Mannlige kjønnsorganer

På dette området er det særlig gjort endringer knyttet til punkter som omhandler funksjonstap for ytre kjønnsorganer, tap av en testikkel når den andre ikke fungerer optimalt og ereksjonssvikt.

Tabellen legger opp til at vi omtaler funksjonene (ereksjonssvikt, infertilitet) direkte, og går vekk fra tidligere bruk av det upresise begrepet seksualfunksjon. I tillegg til tap av funksjon kan noen skader gi en medisinsk invaliditet på grunn av et vesentlig endret utseende. I noen tilfeller vil alder ha en betydning og da skal vi ta med det i vurderingen.

Tabellen tar også hensyn til at funksjonssvikt kan bli avhjulpet på en annen måte i dag enn tidligere. For eksempel kan sæd fryses ned, ereksjonssvikt kan behandles med medikamenter eller implantat, og inkontinens kan behandles ved operasjon.

Urinrørskade

Fordi tabellen om kjønnsorganer har egne punkter for menn og kvinner, er punktet om urinrørskade tatt med under andre skader i urinveiene.

Innholdsmessig er det gjort enkelte justeringer som gjenspeiler at det har vært en medisinsk utvikling, og at behandlingstilbudet er endret. I dag er det for eksempel mulig å gjennomføre rekonstruksjon av urinrør.

Smertes

Tabellen i yrkesskedeforskriften har ikke noe eget punkt om smerte, men har tatt inn smerte under enkelte medisinske områder. For andre medisinske områder må man finne et punkt i tabellen å sammenligne med.

Forskrift om menerstatning ved pasientskader har et nytt og generelt punkt om smerte, i tillegg til at smerte er regulert under enkelte andre punkter og underpunkter.

Den generelle tabellen i dette punktet er laget for å ivareta smertetilstander som til nå har vært uregulert, og skal derfor ikke brukes når det allerede finnes et punkt i tabellen tilknyttet et bestemt medisinsk område.

Som eksempel kan nevnes at smerte er regulert om hodet/hjernen/hjernenerver, og om over- og underekstremiteter, men mangler om hjerte/lunger og om bukorganer. Meningen er da at den generelle smertetablellen bare skal brukes sammen med hjerte/lunger og bukorganer.

Siden smerte er subjektivt og vanskelig å måle, kan det være krevende å fastsette størrelsen på en kronisk smertetilstand. Når vi vurderer invaliditetsgrad skal vi legge vekt på hvor intense og frekvente smertene er, og hvordan pasienten responderer på behandling. For å få et så godt vurderingsgrunnlag som mulig, må vi innhente relevant informasjon som dokumenterer hvordan smerten påvirker pasienten. Dette vil være journaldokumentasjon fra før skaden, selve skadehendelsen, og fortløpende journal/NAV-dokumentasjon i tiden etterpå.

Tabellen er delt i to hoveddeler. Den første delen gjør det mulig å gi et *tillegg* på inntil en fjerdedel, for smerter som er klart utover det som er vanlig ved pasientskaden. Vi skal likevel ikke gi mer enn ti prosentpoeng. Det første punktet kan brukes i tillegg til andre punkter i tabellen, hvis smerte ikke er omtalt fra før. Denne løsningen harmonerer med det som gjelder for ortopediske skader under kapittel 3 og 4.

Eksempel

Hvis en operasjon av magesekken medfører en pasientskade som i utgangspunktet tilsvarer en invaliditet på 30 prosent etter punkt 7.1.2 b), vil vi kunne gi et tillegg med en fjerdedel for kroniske smerter etter punkt 10.1. Det gir en total medisinsk invaliditet på 37,5 prosent. Erstatningen vil da bli beregnet ut fra en gruppe høyere, enn hvis skaden ikke hadde involvert smerter.

Den andre delen er et *alternativt* punkt for kroniske smertetilstander. Den er delt inn i tre grupper etter hvor sterke smertene er, og hvordan funksjonsnedsettelsen arter seg. Dette er et punkt som kan brukes istedenfor de øvrige punktene i tabellen, der pasientens sterke smerter er den vesentligste delen av skaden.

I tillegg til at vi skal legge vekt på hvor intense og frekvente smertene er, og hvordan pasienten responderer på behandling, skal vi her også legge vekt på i hvilken grad smertetilstanden innskrenker dagliglivets aktiviteter (ADL), reduserer den psykiske helsen og begrenser sosiale aktiviteter.

Eksempel: Hvis en operasjon av tykktarmen medfører en pasientskade som i utgangspunktet tilsvarer en invaliditet på 15 prosent etter punkt 7.1.11 b), og pasienten har fått svært sterke smerter som følge av dette, kan man isteden bruke punkt 10.2 c) som gir 35 prosent. Erstatningen vil da bli beregnet ut fra to grupper høyere enn hvis skaden ikke hadde involvert smerter.

Cerebral parese (CP)

Forskrift om menerstatning har et eget kapittel om cerebral parese.

Tidligere ble CP vurdert som enten mild, moderat eller alvorlig, og vmi ble fastsatt ved å sammenligne med punkter om hjerneskade beregnet på voksne.

Den nye tabellen følger de moderne klassifiseringene av CP, som har fem nivåer. Nivå 1 er det mildeste, og nivå 5 er det mest alvorlige. Barnets grovmotorikk, håndfunksjon og evne til kommunikasjon avgjør nivået av CP. Vmi baserer seg på disse nivåene. Henvisningen til de ulike funksjonssystemene som brukes for å avgjøre grad av grovmotorikk, håndfunksjon og evne til kommunikasjon er tatt inn i tabellen.

Funksjonsnivåene bygger på funksjonssystemene GMFCS (Gross Motor Function Classification Scale), MACS (Manual Ability Classification System) og CFCS (Communication Function Classification System). Håndfunksjonen kan eventuelt vurderes etter BFMF (Bimanual Fine Motor Function) eller Mini-MACS. Normalt vil det være tilstrekkelig informasjon om de ulike nivåene i saksdokumentene. Beskrivelse av de ulike klassifikasjonssystemene finner du på internett.

Innen hvert nivå er det et spenn, og den sakkyndige må derfor også vurdere om pasienten har påvirkning av flere funksjoner.

Eksempel

Et barn med CP som kun har påvirkning av den ene hånden (for eksempel litt nedsatt gripekraft) vil være i nivå 1, og uten påvirkning av grovmotorikk eller evne til kommunikasjon skal vmi settes i nedre sjikt (rundt ti prosent).

Et barn med CP der både grovmotorikk, håndfunksjon og evne til kommunikasjon er påvirket skal ha vmi i øvre del av spennet innen nivået sitt. I nivå 1 vil det være 19 prosent.

Tilleggsvansker

Mange barn med CP kan ha andre tilleggsvansker enn det som går inn under grovmotorikk, håndfunksjon og kommunikasjon. Vi skal ikke sette medisinsk invaliditet for cerebral parese høyere på grunn av tilleggsvanskene. Dersom disse barna er påført tilleggsskader, for eksempel i form av epilepsi, spisevansker, sansedefekter (reduert syn, hørsel) eller lignende, skal vi vurdere tilleggsskadene for seg. Vi skal fastsette en egen medisinsk invaliditet på tilleggsskaden, som deretter på vanlig måte skal samordnes med medisinsk invaliditet for CP etter reduksjonsmetoden.

Eksempel

Et barn med CP nivå 4 med bare påvirkning av grovmotorikk (for eksempel avhengig av rullestol) som i tillegg har problemer med synet, skal plasseres i nedre sjikt i nivå 4 (vmi på 60 prosent). Vi vurderer synet som tilleggsinvaliditet etter egne punkter i tabellen om øyet. Disse to invaliditetene skal deretter samordnes ved bruk av reduksjonsmetoden.

Tidspunktet for vurdering av vmi

Det er ingen endring av praksis for når varig medisk invaliditet kan fastsettes. Flere av sakene med alvorlig grad av CP som pasientskade (svikt under fødselshjelpen) dreier seg om barn med hundre prosent varig medisinsk invaliditet. Ved slike alvorlige skader kan varig medisinsk

invaliditet fastsettes i tidlig småbarnsalder, og sakene kan ofte avsluttes før barnet har fylt seks år.

For barna med CP i de lavere nivåene, vil det være vanskelig å treffe presist med vurdering av medisinsk invaliditet før barnet nærmer seg skolealder. Språklige og kognitive vansker blir ofte ikke lagt merke til før skolestart. Det er en risiko for at varig medisinsk invaliditet blir satt for lavt, hvis vurderingen gjøres for tidlig.

I noen få saker må vi vente med å fastsette varig medisinsk invaliditet til barna er over seks år. I enkelte tilfeller kan vi likevel ta stilling til en foreløpig invaliditet, slik at vi kan utbetale en del av erstatningen før barnet nærmer seg skolealder.