

01.01.2026

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 menerstatning.

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 gruppeopptrykk, 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 ubrukkelig 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. § 8 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. § 8 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 saker som er meldt før dette tidspunktet gjelder fortsatt praksis etter ysl.

Del II. Invaliditetstabell

De områdene som er endret.

Psykiske lidelser - gjelder for saker meldt etter 01.01.2026

Bakgrunn

Psykiske lidelser utgjør en uensartet gruppe av mange ulike tilstander. Diagnostikken er basert på en beskrivelse av ulike symptomer og at et visst antall kriterier må være oppfylt. Diagnosene sier bare unntaksvis noe om årsakene til lidelsen. Mange lidelser har overlappende symptomer og det er en del ganger vanskelig med sikkerhet å vite hvilken lidelse pasienten har. Symptomer og intensitet kan variere over tid, og ved sammensatte problemer kan ulike diagnoser i ulike perioder være riktige. Det er heller ikke uvanlig med flere diagnoser samtidig. Diagnosekriterier kan også endre seg ved revisjoner av diagnosesystemene. Alle disse hensynene må tas med når det skal vurderes hva som til enhver tid er den mest riktige diagnosen.

For mange av diagnosene er det en stor utfordring at funksjonstap ikke alltid kan forklares av de diagnosene som er satt, men at samtidige uheldige omstendigheter i livet bidrar. Det er derfor viktig at sakkyndig som skal vurdere medisinsk invaliditet vurderer funksjonstapet som skyldes den aktuelle tilstanden og ikke andre forhold.

Forsinket diagnose og behandling

Mange av erstatningssøknadene som omhandler psykiske lidelser, gjelder forsinket diagnose og behandling. Skadelidte har vanligvis allerede en psykisk lidelse, en grunnlidelse. Vi må da ta stilling til konsekvensene av forsinket diagnose eller forsinket behandling, og om forsinkelsen har ført til en merskade.

Sakkyndig må ta stilling til hvilken invaliditet skadelidte uansett ville hatt uten forsinkelsen (inngangsinvaliditeten), både i forhold til den aktuelle lidelsen og eventuelle andre lidelser eller hendelser i livet. Sakkyndig må vurdere hvilken medisinsk invaliditet pasienten uansett ville hatt, hvis man tenker svikten i behandlingen borte. I tillegg må sakkyndig ta stilling til hvilken total invaliditet pasienten har som følge av både forsinkelsen og inngangsinvaliditeten, se forskriften § 4 fjerde ledd.

I noen få tilfeller kan det være aktuelt å vurdere om NPE er ansvarlig for hele den psykiske lidelsen. Dette kan være aktuelt blant annet under punkt 1.10.1 om PTSD, for eksempel i en sak hvor skaden skyldes at narkosen ikke har virket, eller at pasienten har opplevd en svært dramatisk fødsel.

Innledningen til pkt. 1.10 om psykiske lidelser

Punkt 1.10 skal brukes ved selvstendige psykiske lidelser.

I innledningen til punkt 1.10 har vi vist til det spesielle med psykiske lidelser og hvordan man må vurdere medisinsk invaliditet ved psykiske lidelser. Ved vurderingen skal det legges vekt på dagliglivets aktiviteter (ADL) og psykisk og sosialt funksjonsnivå. Den subjektive opplevelsen blir ivaretatt i disse vurderingskriteriene.

Da mange psykiske lidelser har et svingende og periodevis forløp, skal det gjøres en gjennomsnittsbetraktning ved fastsettelsen av varig invaliditet.

Ved somatiske lidelser vurderes de forskjellige skadene for seg. Hvis det foreligger samsykelighet, dvs. flere psykiske plager som medfører funksjonsreduksjon, eller flere psykiske lidelser, må det derimot gjøres en helhetlig vurdering. Dette er fordi det ved de enkelte diagnosene kan foreligge

samme type funksjonsutfall. Hvis hver diagnose/samsykelighet skulle blitt vurdert hver for seg, ville enkelte funksjonsutfall blitt regnet med flere ganger.

Sykdommen/diagnosen skal vurderes etter internasjonale diagnostiske klassifikasjonssystemer som blir brukt i spesialisthelsetjenesten.

Diagnosene kan stilles både av leger og psykologer, med unntak av i pkt. 1.10.1 hvor det er presisert at diagnosen skal være verifisert av psykiater/spesialist i klinisk psykologi.

Fire nye underpunkter

Det er inntatt fire nye underpunkter til punkt 1.10 i invaliditetstabellen som omfatter forskjellige diagnoser.

Punktene er:

- Stemningslidelser
- Angstlidelser
- Personlighetsforstyrrelser
- Nevroutviklingsforstyrrelser

De nye punktene om psykiske lidelser er bygget opp på samme måte som eksisterende punkter i 1.10, med en kort innledende sykdomsbeskrivelse og med oppdeling i invaliditetsintervaller i tre eller flere grupper. Punkt 1.10.1 om PTSD, og punkt 1.10.2 om psykoser, er uendret.

Andre psykiske lidelser kan skjønnsmessig vurderes ved sammenlikning av tilstander omtalt i tabellen.

Stemningslidelser

Punktet om stemningslidelser omfatter depresjon, mani, unipolar lidelse og bipolar lidelse type I og II. I innledningen til punktet er det presisert at symptomene i perioder kan være fraværende, og at det derfor må gjøres en gjennomsnittsbetraktning. Selv om dette er presisert i innledningen til pkt. 1.10, er dette likevel tatt med under dette punktet, da variasjoner i symptomer er mer uttalt ved bipolare lidelser enn ved de fleste andre psykiatriske diagnosene.

Invaliditetsvurderingen er delt i fire underpunkter som spenner fra 0-84 prosent. Det er gitt en beskrivelse av omfanget av symptomer og funksjonsnivå som veiledning til graderingen.

Angstlidelser

Punktet om angstlidelser omfatter alle typer angstlidelser og gir en kort innledning om symptomer felles for angstlidelsene. Sykdomsgruppen er inndelt i tre underpunkter som spenner fra 0 – 54 prosent med en beskrivelse av omfanget av symptomer og funksjonsnivå.

Personlighetsforstyrrelse

Punktet om personlighetsforstyrrelse omfatter en samling av forskjellige uhensiktsmessige personlighetstrekk som er tilstrekkelig til å gi diagnose. Punktet er oppdelt i fem underpunkter med spenn fra 0 – 84 prosent, med beskrivelse av generelle symptomer og funksjonsnivå ved personlighetsforstyrrelsene.

Personlighetsforstyrrelser omfatter for eksempel emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (borderline). Selvsykdom kan være et symptom på denne personlighetsforstyrrelsen. Plassering av selvsykdom i invaliditetstabellen kan være følgende:

Symptomer på selvskading (risping) vurderes etter punkt 1.10.5 a. Symptomer med mer alvorlig selvskading (kutt som må sys) vurderes etter punkt 1.10. 5 b. Symptomer som gjentatt og alvorlig selvskading, vurderes etter punkt 1.10.5 c, mens gjentatt og livstruende selvskading, eventuelt selvmordsforsøk, vurderes etter punkt. 1.10.5 d.

Nevroutviklingsforstyrrelse

Punktet om nevroutviklingsforstyrrelser omfatter en ikke ensartet gruppe tilstander. Dette er et punkt som omfatter utviklingsforstyrrelser og atferdsforstyrrelser.

Punktet er inndelt i seks underpunkter med spenn fra 0 – 100 prosent, med generell beskrivelse av symptomer og funksjonsnivå for hvert underpunkt.

Nevroutviklingsforstyrrelser omfatter en rekke forskjellige tilstander:

ADHD kjennetegnes av problemer med blant annet oppmerksomhet, impulsivitet og/eller hyperaktivitet.

Autismespektertilstander er en gjennomgripende utviklingsforstyrrelse som kjennetegnes ved vansker i gjensidig sosialt samspill, språk og kommunikasjon og ved stereotyp, begrenset og repetitivt mønster av atferd og interesser.

Tics-tilstander er kjennetegnet ved ufrivillige, raske, gjentatte, urytmiske motoriske bevegelser og/eller plutselige, utilsiktede vokale lyder eller ord.

Motorisk utviklingsforstyrrelse er kjennetegnet ved moderat til alvorlig svikt i utviklingen av motorisk koordinasjon.

Språkvansker innebærer i denne sammenhengen forstyrrelse av det normale mønsteret for språktilegnelse fra de tidligste utviklingsstadiene.

Lærevansker er tilstander der det normale mønsteret for tilegnelse av skoleferdigheter er forstyrret fra de tidligste utviklingstrinnene.

Psykisk utviklingshemming er forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå og som innebærer reduserte intellektuelle ferdigheter.

Underveis i arbeidet ble det vurdert å ha egne punkter blant annet for ADHD, Aspergers syndrom og Tourettes syndrom. På grunn av både likhetstrekk og stor samsykelighet er det mest hensiktsmessig å samle alle nevroutviklingsforstyrrelser under ett punkt. Dette er også i tråd med nyere diagnostisk klassifikasjon.

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.

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 urinrørsskade. 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.

Punktenes 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.

Skade av nyrer - gjelder for saker meldt etter 01.01.26

Nyresykdommer utvikler seg som regel gradvis og kan gi nedsatt nyrefunksjon. Nedsatt nyrefunksjon kan også oppstå akutt, for eksempel i forbindelse med traumer eller kirurgi.

Det er tatt inn en innledende hjelpetekst til punktet om nyrer for å tydeliggjøre hva det ut fra medisinsk erfaring bør legges vekt på ved fastsetting av VMI ved nyreskader.

Nyreskader skal vurderes ut fra pasienten sin estimerte glomerulære filtrasjonsrate (GFR). Det er et sentralt mål for hvor effektivt nyrene fjerner avfallsstoffer fra blodet.

Ved fastsettelse av invaliditetsgrad skal det tas hensyn til alder og fremtidig risiko for utvikling av nyresvikt. I tillegg skal det legges vekt på hvor alvorlig symptomene er og omfanget av komplikasjoner.

Tap av en nyre når den andre er frisk (punkt 7.3.1 a.)

I tidligere tabeller er invaliditetsgraden ved tap av én nyre, når den andre er frisk, fastsatt til 15 prosent. Selv om det er enkelte individuelle variasjoner viser medisinsk erfaring at det går bra med denne pasientgruppen. Prosentsatsen er derfor erstattet med et spenn fra 5-15 prosent.

Ved tap av en nyre vil den andre nyren kompensere noe for tapt funksjon. Dette kan føre til en lett økt risiko for fremtidig nyreskade (f.eks. målt ved proteiner i urin). Personer med en nyre kan ha noe økt risiko for å utvikle høyt blodtrykk.

Hos en eldre person vil tap av en nyre, den andre frisk, mest sannsynlig ikke medføre noe funksjonstap eller mén. Imidlertid vil samme skade hos en yngre person innebærer flere år med en noe økt risiko for følgetilstander.

Risikofaktorer for kronisk nyresvikt som for eksempel diabetes eller høyt blodtrykk, bør tilsi et høyere mén. Forbigående forverring av nyrefunksjon som krever ekstra medisinsk oppfølging kan også tilsi et høyere mén.

Gjennomført vellykket nyretransplantasjon (punkt 7.3.1 g.)

I tidligere tabeller er invaliditetsgraden etter en vellykket nyretransplantasjon fastsatt til 30-40 prosent. Erfaringen er at vellykket nyretransplantasjon gir få symptomer. Invaliditetsgraden i denne tabellen er derfor justert til 15-30 prosent. Dette harmonerer også bedre med punktet om levertransplantasjon 7.1.6 e.

Det er likevel en del ulemper knyttet til at man må bruke immundempende legemiddel resten av livet. Pasientene vil også ha økt risiko for sykdom, inkludert behov for flere transplantasjoner.

Pasienter som får et akutt behov for nyretransplantasjon, vil normalt få et bedre forløp etter transplantasjonen.

Smerter

Tabellen i yrkesskadeforskriften 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 smertetabellen 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 utgangpunktet 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 utgangpunktet 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.

Følgetilstander etter kreftsykdom - gjelder for saker meldt etter 01.01.26

Forskrift om menerstatning ved pasientskader har to nye punkter om følgetilstander ved kreftsykdom, fatigue og lymfeødem.

Fatigue

Fatigue eller kronisk tretthetssyndrom kan oppstå som følge av kreftsykdom og/eller behandling for kreftsykdom. Fatigue blir brukt om en vedvarende opplevelse av utmattelse som ikke blir bedre ved hvile. Tilstanden innebærer reduserte kognitive ferdigheter, og pasientene opplever et lavt energinivå. Pasientene kan slite med konsentrasjon og hukommelse, og de kan være deprimerte. Tilstanden inntreffer som regel en stund etter behandlingen, og bør derfor vurderes først ett år etter avsluttet kreftbehandling.

I vurderingen av invaliditetsgrad skal det legges vekt på hvor mye fatigue reduserer pasientens funksjon i form av innskrenkning av vanlige aktiviteter i dagliglivet (ADL), og til å delta i sosiale aktiviteter. Det skal også legges vekt på i hvilken grad fatiguen øker de psykiske plagene hos pasienten.

Ved lette symptomer settes invaliditetsgraden til 0-14 prosent. Ved mer uttalte symptomer med moderat funksjonsnedsettelse kan invaliditetsgraden settes til 15-24 prosent. Og ved enda mer uttalte symptomer med betydelig funksjonsnedsettelse, kan den settes til 25-34 prosent.

Hvis pasienten har så omfattende plager at det kan være aktuelt å sette invaliditeten i den høyeste gruppen, kreves det mer dokumentasjon enn for de to laveste.

Det forutsettes da at fatigue er dokumentert i journal hos onkolog eller annen relevant spesialist, og at det er prøvd rehabiliteringstiltak/behandlingsforsøk i kommunal regi eller i spesialisthelsetjenesten.

Lymfeødem

Lymfeødem er en varig tilstand med økt ansamling av lymfe utenfor lymfeårene. Tilstanden kan oppstå ved fjerning av lymfekjertler ved kreftsykdom, ved fjerning av melanomer, være en følge av strålebehandling og komme etter bruk av cellegift.

Hemmet lymfedrenasje vil gi en oppsvulming av vevet i en arm eller et ben, området i ansikt/hals eller i underlivet. Dette kan være meget plagsomt, og det kan også føre til komplikasjoner. Behandling av lymfeødem inkluderer både kirurgi, fysioterapi og konservativ behandling med støttestrømper.

Fordi tilstanden arter seg noe forskjellig og kan gi noe ulike plager avhengig av hvor på kroppen det oppstår, er punktet delt inn i fire underpunkter:

- ansikt og/eller hals
- arm (overekstremitet)
- bein (underekstremitet)
- underliv

Under hvert av disse områdene er det gitt en tredelt gradering av invaliditetsgraden avhengig av hvor omfattende hevelsen er. I vurderingen av invaliditetsgrad skal det legges vekt på hvor mye hevelsen reduserer pasientens funksjon i form av innskrenkning av vanlige aktiviteter i dagliglivet (ADL), og i hvilken grad behandlingen virker.