

Dato: 30.08.2019
Vår ref.: 19-559
Deres ref.: 18/806

Ny forskrift om menerstatning ved pasientskader - høring

Finans Norge viser til departementets brev av 20.05.2019 med utsendelse av forslag til endring i pasientskadeloven og ny forskrift om menerstatning ved pasientskader.

Vi vil først gi noen kommentarer knyttet til del I Alminnelige bestemmelser. Derest følger noen supplerende betraktninger knyttet til smertetilstander, - som departementet legger opp til å regulere i eget kapittel i invaliditetstabellen.

Til §2 Definisjoner

Det bør vurderes om det er hensiktsmessig å presisere at varig medisinsk invaliditet er den fysiske og / eller psykiske funksjonsnedsettelsen som en skade eller sykdom *vanligvis* gir (ref også tabellen i del II)

Til § 3. Vilkår for menerstatning ved pasientskader

Utkastet angir i § 3 at «En varig pasientskade er en skade som varer i minst ti år». Bestemmelsen fremstår som et tidsmessig minstevilkår slik at skader som ikke faktisk varer i minst 10 år heller ikke gir rett til menerstatning. Finans Norge mener at bestemmelsen fremstår som mer absolutt enn det som kan ledes ut av gjeldende rettskilder. I Rt 2003 s. 841 «Menerstatningsdommen» uttaler Høyesterett (note 53) at

Formålet med ménerstatningsordningen tilsier at det også må kunne utmåles erstatning for langvarige medisinske skader, i hvert fall når skaden antas å ville få minst en tiårs varighet. Virkningen av en slik langvarig skade vil klart kunne reduseres ved kompensasjon for den reduserte livsutfoldelsen skaden innebærer for skadelidte. Vi befinner oss imidlertid da i det nedre området, og Nygaards 3-5 år er etter min vurdering et for kort tidsrom

For det første må det etter Høyesterett være tilstrekkelig at «det antas» at skaden vil vare over lengre tid. Det er altså intet krav til at skaden faktisk varer så lenge. Dernest er 10 år «i det nedre området», hvilket angir at 10 år etter Høyesteretts uttalelse ikke er en absolutt grense. Dette må også kunne leses av formuleringen «minst en ti års varighet» - en formulering som angir en omtrentlighet.

Menerstatningens formål er å kompensere for den reduserte livsutfoldelsen en betydelig skade innebærer for en skadelidt. Hvordan skaden påvirker livsutfoldelsen vil blant annet være avhengig av skadens art, interesser, livssituasjon osv., men også alder. Det må antas at en ung person som rammes av en skade som setter begrensninger i fysisk, sosial eller læringsmessig utvikling, vil kunne rammes hardere og med lengre avledede følger enn en godt voksen person. Det kan derfor være gode grunner til å stille noe mindre strenge krav til varighetens lengde for barn og ungdom.

Finans Norge mener etter dette at kriteriet til varighet ikke bør stilles så absolutt som utkastet foreslår. Finans Norge vil foreslå at kravet til varighet formuleres mer i tråd med Høyesteretts uttalelse i Menerstatningsdommen: «En varig pasientskade er en skade som må antas å få minst en tiårs varighet».

Til pkt. 6.1.5, 7.3.2 og 7.1.6 e

Utkastet inneholder forslag til medisinsk invaliditetsgrad for 3 organtransplantasjoner:

Pkt. i tabellen	Skade	Forslag til inv.grad.
6.1.5	Vellykket hjertetransplantasjon	25-35 %
7.1.6.e	Velfungerende levertransplantat	15-25 %
7.3.2	Vellykket nyretransplantasjon	30-40 %

For Finans Norge er det noe uklart hva som begrunner så store forskjeller mellom disse tre skadetyperne. Og dernest er det også noe uklart hvordan spennet mellom nedre og øvre invaliditetsgrad skal anvendes.

Invaliditetsanslaget ved nyretransplantasjon på 30-40 % har vært med i Invaliditetstabellen siden 1997. Mye har skjedd innen transplantasjonsmedisin siden den tid. Situasjonen for nyretransplanterte og levertransplanterte er ikke veldig forskjellig. Begge grupper må ha immundempende behandling og kan få komplikasjoner som svikt i transplantatets funksjon og avstøtningsreaksjon.

Hjertetransplanterte har nok større risiko for sykdom og komplikasjoner i etterforløpet enn de to andre gruppene.

Det synes mest fornuftig at invaliditetsgraden for både nyretransplanterte og levertransplanterte settes til 15-25 %, mens hjertetransplanterte beholdes på 25-35 %.

Til pkt. 7.1.8 / 7.1.9

Under punktene 7.1.8 (Ulcerøs kolitt) og 7.1.9 (Crohns sykdom) i utkastet foreslås det medisinske invaliditetsgrader fra 0 til 8 %. Dette kan synes som er inspirert av den svenske invaliditetstabellen «MEDICINSK INVALIDITET - sjukdomar 2018».

Når man sammenligner ulike lidelser i tabell-utkastet kan det se ut om pkt. 7.1.8 og 7.1.9 ligger noe lavt i forhold til andre skader/sykdommer mht. konsekvenser for livsutfoldelse. Samtidig vil Finans Norge gjøre oppmerksom på at det tilsvarende amerikanske tabellverket ligger noe høyere. Finans Norge ber derfor om at invaliditetsforslaget på disse to punktene vurderes opp mot andre punkter i tabellen og mot den amerikanske tabellen.

Til pkt. 7.1.13.c / 7.5.c.

Ved totalt tap av endetarmskontroll angir utkastet en invaliditetsgrad på 25-34 % (pkt. 7.1.13.c.) og ved uttalt eller komplett urininkontinens angir utkastet en invaliditetsgrad på 40 % (pkt. 7.5.c.).

For Finans Norge fremstår det som relativt uforklarlig hvorfor inkontinens skal vektes med en høyere invaliditetsgrad enn totalt tap av endetarmskontroll. Vi ser at denne forskjellen også er nedfelt i dagens invaliditetstabell pkt. 2.5.4 og 2.5.5 og i den svenske invaliditetstabellen «MEDICINSK INVALIDITET - skador 2013» pkt. 2.1.7. Men for det enkelte individ skulle en tro at det mht. livsutfoldelse er en større ulempe med manglende endetarmskontroll enn manglende urinkontroll. Finans Norge ber om at det vurderes om det fortsatt er grunnlag for en slik forskjell.

Vi vil så som nevnt over, gi noen nærmere medisinsk forankrede betraktninger knyttet til smerte som tema, og at departementet foreslår å regulere smertetilstander spesifikt (pkt 10 i tabellen). Vi er usikre på hvor klart og praktikabelt et slikt eget tabellpunkt blir å praktisere.

Nærmere om smerte

International Association for the Study of Pain (IASP) definerer smerte slik:

En ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som opptrer i sammenheng med vevsskade eller truende vevsskade eller blir beskrevet som om den skyldes vevsskade.

Inntil 1960-tallet ble smerte ansett som en sensorisk respons på vevskader. Det var mangel på kunnskap om den affektive dimensjonen av smerteopplevelsen og begrenset innsikt i betydningen av genetiske forskjeller, tidligere erfaring, psykiske lidelser og sentrale smertemekanismer. I de senere årene har det blitt gjort store fremskritt i forståelsen av smerte, men fortsatt gjenstår mye som uforklart.

Smerte er en av de vanligste årsakene til at lege eller annet helsepersonell oppsøkes. Utgifter forbundet med utredning og behandling av kronisk smerte er enorme. Mange angir smerte som hovedårsak til funksjonstap og nedsatt arbeidsevne.

Smertetyper

Smerte kan inndeles på flere måter etter etiologi (årsak) og tidsaspekt:

Varighet:

Akutt og kronisk.

Etiologi:

Nociceptiv, nevropatisk, somatoform, idiopatisk/psykogen

I tillegg er begrepet nevroplastisk smerte introdusert i moderne smerteforståelse. Det mangler definerte diagnostiske kriterier. Med nevroplastisitet forstås hjernens evne til å endre struktur og funksjon. Nyere nevroplastiske studier har vist at smerte er assosiert med anatomiske og biokjemiske forandringer på mange nivåer i sentralnervesystemet. Hvilken plass nevroplastisk smerte vil få som egen smertetilstand i medisinen generelt og forsikringsmedisin spesielt, er uavklart.

Akutt smerte

Akutt smerte skyldes aktivering av nociceptorer ved mekaniske, termiske eller kjemiske stimuli.

Smerten er raskt innsettende. Smerten kan vare fra noen sekunder til dager eller uker.

Kronisk smerte

WHO/IASP Task Force for the Classification of Chronic Pain definerer kronisk smerte slik: *Kronisk smerte er en vedvarende eller tilbakevendende smerte som varer lengre enn 3 måneder.* En mer fruktbar definisjon på kronisk smerte vil være en smerte som:

- varer utover tilhelingstiden
- har lav grad av identifiserbar patologi som ikke kan forklare smerten og/eller intensiteten
- forstyrrer nattesøvn og et normalt liv
- ikke lenger har en beskyttende effekt og i stedet bidrar til å redusere helsen og funksjonsnivået.

Nociceptiv smerte

Nociceptive smerter utløses ved stimulering av perifere nerveceller (nevroner) i forskjellige vevsstrukturer. Nociceptiv smerte er ofte velavgrenset, skarp, konstant. Visceral somatisk smerte oppstår i kroppens indre organer og er ofte diffus, murrende og takvis.

Nevropatisk smerte

IASP definerer nevropatisk smerte som "smerte som oppstår som en direkte konsekvens av en lesjon eller sykdom som påvirker det somatosensoriske systemet" eller enklere uttrykt, smerte forårsaket av en primær lesjon i nervesystemet. Noen vanlige årsaker til nevropatisk

smerte er avklemming av (entrapment) eller skader på perifere nerver, smertefulle nevropatier, infeksjoner i nervesystemet (f.eks. postherpetisk nevralgi), ryggmargsskader, multippel sklerose og cerebrale infarkter. Nevropatisk smerte er nesten alltid kjennetegnet av sensibilitetsendringer oftest knyttet til affeksjon av tynne nervefibrer. De fleste nevropatiske smertetilstander involverer sentralnervøs sensitivisering også omtalt som sensitisering.

Somatoformt smertesyndrom

Ved en somatoform smertelidelse forstås vedvarende, alvorlig og plagsom smerte, som ikke kan forklares fullstendig med en fysiologisk prosess eller en somatisk lidelse, og som inntreffer i forbindelse med følelsesmessige konflikter eller psykososiale problemer. Den «ikke-somatiske» smerten er utfordrende å utrede, behandle og også håndtere i oppgjørssammenheng ved sykdom eller skade.

Idiopatisk smerte/psykogen smerte

Idiopatisk smerte er en smerte vi ikke kjenner årsaken til. Ofte kan det dreie seg om muskel-, hode-, rygg-, nakke- og skuldersmerter.

Psykogen smerte har tidligere vært benyttet om smerte forårsaket av psykiske faktorer/psykisk sykdom. Begrepet er på vikende front og i stor grad erstattet av somatoformt smertesyndrom.

Vurdering av smerterelatert invaliditet

Smerterelatert invaliditet må avgrenses til å gjelde funksjonstap grunnet kronisk smerte. Det er fortsatt mye som ikke er kjent når det gjelder initiering og vedlikeholdelse av kroniske smerter. Det hitsettes fra AMA Guides 6th Edition (fritt oversatt):

Den biopsykososiale tilnærmingen til kronisk smerte og funksjonshemming er nå betraktet som det mest heuristiske perspektivet for forståelse, vurdering og behandling av kroniske smerteforstyrrelser, og har erstattet det utdaterte biomedisinske reduksjonistiske perspektivet. Denne biopsykososiale tilnærmingen viser kronisk smerte som en kompleks og dynamisk interaksjon mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer som vedlikeholder, endog kan forverre, den kliniske presentasjonen. Enhver person vil oppleve en kronisk smertetilstand unikt, og dermed forklare de store individuelle forskjellene i hvordan smerte uttrykkes. Kompleksiteten i en kronisk smerteforstyrrelse er spesielt tydelig når den vedvarer over tid, da en rekke psykososiale og økonomiske faktorer kan samhandle med patofysiologi for å modulere pasientens rapportering om ubehag og funksjonshemming knyttet til smerten. Videre vil alle pasientene til tross for tilhelning og avtagende smerter, oppleve en viss grad av fysisk dekondisjonering, stivhet og muskelatrofi i det skadede området. Risikofaktorer for alvorlig dekondisjonering hvor det skadede området blir det svake punkt, inkluderer utvidede perioder med inaktivitet, redusert funksjon på grunn av smerte og bevegelsesfrykt.

Umiddelbart demonstreres betydelige utfordringer knyttet til vurdering av smerterelatert invaliditet. I norsk og internasjonal praksis legges det til grunn en biomedisinsk forklaringsmodell ved vurdering av årsakssammenheng. I den norske invaliditetstabellen har medisinsk invaliditet i prinsippet blitt bedømt på basis av objektive medisinske data og ikke på grunnlag av selvrapportering.

Psykisk sykdom byr på spesielle utfordringer i forhold til objektivitetskriteriet.

Invaliditetstabellen omhandler kun to psykiatriske tilstander; posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og psykoser. Svikt i ADL og deltagelse i sosiale aktiviteter danner grunnlaget for invaliditetsvurderingen ved disse punktene. Vurdering av subjektive faktorer er således av avgjørende betydning ved fastsettelse av medisinsk invaliditet ved psykisk sykdom.

Kunnskap og erfaring om funksjonstap ved disse lidelsene må likevel anses for å være allment medisinsk akseptert og derved tilstrekkelig avklart til å kunne danne grunnlag for en medisinsk invaliditetsfastsettelse. (I praksis ses store forskjeller i skjønnsutøvelse ved fastsettelse av vmi ved psykisk sykdom.)

Objektivitetskriteriet er nedfelt i Forskrift om ménerstatning ved yrkesskade, Del 1 - Alminnelige bestemmelser § 1:

«Med medisinsk invaliditet forstår vi den fysiske og/eller psykiske funksjonsnedsettelsen som en bestemt skade eller sykdom erfaringsvis forårsaker. Invaliditetsgraden fastsettes på objektivt grunnlag uten hensyn til medlemmets yrke, nedsatt evne til inntektsgivende arbeid (uføregrad), fritidsinteresser o.l.»

I Veiledning for bruk av Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell pkt. «B.5.2 Objektiv medisinsk vurdering» står det:

«Det er vanligvis bare direkte skadefølger, som ut fra en objektiv medisinsk vurdering kan godtas, som skal være med ved invaliditetsfastsettelsen. Vi kan altså ikke uten videre legge skadedes subjektive utsagn om en skades omfang og/eller funksjonstap til grunn.»

I denne sammenhengen skal symptomer bedømmes på samme måte som de objektive funn: *En objektiv medisinsk vurdering innebærer en vurdering av skadelidtes symptomer, funn ved undersøkelser og vurdering av bakgrunnsdokumentasjonen opp mot det faglige kunnskapsgrunnlaget på området.»*

Dersom det foretas en endring av grunnlaget for fastsettelse av medisinsk invaliditet, fra en vurdering på objektivt grunnlag med et forventet funksjonstap ved den aktuelle sykdom eller skade til den enkelte persons subjektivt opplevde funksjonstap, endres premissene for fastsettelse av medisinsk invaliditet fundamentalt, med uoversiktlige konsekvenser til følge.

Smerterelatert funksjonstap - kontroverser

Kan det i det hele tatt foretas en ensartet og rettferdig vurdering av medisinsk invaliditet ved kroniske smertetilstander? Her hersker det ulike oppfatninger. Det konseptuelle rammeverket for gjeldende norsk invaliditetstabell tillater trolig at et smerterelatert funksjonstap inkluderes så lenge nødvendige oppklaringer og avgrensninger gjøres.

Fastsettelse av medisinsk invaliditet ved kronisk smerte vil utelukkende bero på skjønn. Skjønnsetningen må være konsistent og troverdig. Kroniske smertesyndromer som medtas i Invaliditetstabellen må tilfredsstillende visse kriterier. Medisinske sakkyndige må ta følgende forhold i betraktning:

- Samsvar mellom symptomintensitet og -omfang på den ene siden og gjeldende kunnskap om den aktuelle kroniske smertetilstanden på den andre siden. AMA Guides trekker frem fantomsmerte og komplekst regionalt smertesyndrom som eksempler på tilstander hvor det normalt foreligger et adekvat medisinsk vurderingsgrunnlag.
- Konsistens over tid og uavhengighet av situasjon. Smerte må være tilstede uavhengig av tid, sted, aktivitet og kroppsstilling.
- Konsistente anatomiske og fysiologiske funn. AMA Guides trekker frem som eksempel et forventet muskelsvinn i en ekstremitet som ikke er i vanlig bruk.
- Avvikende smerteatferd.
- Bred enighet mellom medisinske behandlere/observatører

Vurdering av smerterelatert invaliditet

- Smerte knyttet til objektiv påvisbar sykdom eller skade.

Et eget smertepunkt bør ikke inkludere smerter som allerede er behandlet i invaliditetstabellens øvrige kapitler. For ekstremitetsskader er det åpnet for at de tabellariske verdiene ut fra en funksjonell vurdering av tilstanden, kan justeres opp med inntil en firedel (1/4), likevel ikke med mer enn 10 prosentpoeng. Dette gjelder ved tilleggskomplikasjoner i form av betydelig ekstraordinær smerte, trofiske forstyrrelser, arrforandringer og/eller sensibilitetstap.

Kausalgi som begrep har gått ut av klinisk bruk og blitt erstattet av betegnelsene «komplekst regionalt smertesyndrom» (CRPS) type 1 og 2. CRPS er kjennetegnet ved utfall i det autonome nervesystemet som misfarging av huden, endret hudtemperatur, ødem, nedsatt bevegelse og kraft, tremor, økt svette endret vekst av hår og negler og av og til avkalkning av knokler i affisert ekstremitet.

Causalgi major ble opprinnelig reservert for en usedvanlig alvorlig form for nevropatisk smerte med ledsagende autonome utfall, og hvor smertesyndromet hadde sitt utspring i skade på en større perifer nerve.

Kausalgi punktene 3.10 og 4.11 skal brukes restriktivt og har lav overføringsverdi til andre smertetilstander da punktene gjelder klassisk betydelig causalgi major hvilket i praksis betyr et ekstremt uttalt CRPS type II hvor den affiserte ekstremiteten er helt ubrukelig og hvor personen ville ha vært bedre stilt med amputasjon av hele ekstremiteten med smertefrihet.

Utover causalgi major behandler den norske invaliditetstabellen ikke nevropatisk smerte. Nevropatisk smerte er på empirisk grunnlag som regel mer uttalt og fører til et større funksjonstap enn det som somatisk invaliditet med tillegg av inntil 1/4 reflekterer.

Samtidig er smerten ofte ikke så uttalt at kriteriene for causalgia major er oppfylt. Medisinsk invaliditet ved majoriteten av CRPS ligger erfaringsmessig i spennet 15-35%.

- Smerte som ikke er knyttet til objektiv påvisbar sykdom eller skade
AMA Guides har valgt en forenklet løsning for smerte som ikke er knyttet til objektiv påvisbar sykdom eller skade. Det tas ikke spesifikt stilling til hvilken type smerte det dreier seg om. Det fastsettes en medisinsk invaliditet på basis av svarprofilen for en psykometrisk test - Pain Disability Questionnaire (PDQ). Skjemaet er basert på den biopsykososiale tilnærmingen til smerteforståelse. Dette representerer i seg selv en betydelig utfordring i relasjon til norsk rettspraksis på personskadeområdet.
AMA Guides har en øvre grense på 3% («whole person») ved ekstrem smerterelatert funksjonshemning:

TABLE 3-1

Pain-Related Impairment and Whole Person Impairment Based on Pain Disability Questionnaire

Degree of Pain-Related Impairment	Pain Disability Questionnaire Score	Whole Person Impairment (%)
None	0	0
Mild	1-70	0
Moderate	71-100	1
Severe	101-130	2
Extreme	131-150	3

Nærmere om forslaget om eget smertepunkt i invaliditetstabellen

Følgende punkter i høringsnotatet og utkast til Forskrift om ménerstatning ved pasientskader kommenteres så nærmere.

- *10.1 Tillegg for smerte. Det kan gis et tillegg på inntil en fjerdedel for smerter som er klart utover det som er vanlig ved pasientskaden, likevel ikke med mer enn ti prosentpoeng. Dette punktet kan brukes i tillegg til andre punkter i tabellen hvis smerte ikke er omtalt fra før.*
Dette punktet virker hensiktsmessig
- *10.2 Smertetilstander. Dette punktet kan brukes istedenfor de øvrige punktene i tabellen dersom pasientens sterke smerter er den vesentligste delen av skaden.*
Hvordan skal biopsykososiale faktorer som attribusjon, symptomforsterkning og negativ forventning i relasjon til smerteopplevelsen håndteres? Erstatningsmessige smerter må defineres og avgrenses.
- *Det er kommet mange innspill om at smerte i seg selv er et komplisert tema, og en tilstand som det er svært vanskelig å vurdere. Dette skyldes blant annet at smertetilstander inneholder mange subjektive elementer, og at den ofte kan være vanskelig å verifisere ut*

fra objektive kriterier.

Smerten er helt og holdent subjektiv uten mulighet for objektivisering. Det finnes indikatorer på smerte som lar seg bedømme objektivt som f.eks muskelatrofi og autonome utfall.

- *[...] det kan være usikkert om varighetskravet for rett til menerstatning er oppfylt.*
Det er uheldig om varighetskriteriet gjøres til gjenstand for individuell vurdering. Det bør spesifiseres en minste observasjonstid.
- *Hvis man skulle regulere smerte som egne punkter knyttet til forskjellige medisinske områder, ville det være flere områder hvor smerte fortsatt ikke blir regulert. Dette er hovedgrunnen til at NPE foreslår et generelt punkt om smerte.*
Så lenge økonomisk kompensasjon ved personskader er knyttet til årsakssammenheng bedømt ut fra objektive kriterier, blir det umulig å behandle kronisk smerte med sammensatte årsaksforhold, uten en nærmere differensiering.
- *[...] det er sett hen til løsninger i andre land*
Det savnes referanser til AMA Guides. "Guides to the Evaluation of Permanent Impairment" utarbeidet av American Medical Association er en publikasjon som ofte tjener som et referanseverk i forhold til uklare tolkninger av invaliditetstabellen.
- *Videre er det i forslaget valgt en løsning som gjelder for smertetilstander både med og uten objektive funn, og som er delt inn i tre grupper etter hvor sterke smertene er, og hvordan funksjonsnedsettelsen arter seg.*
Det er neppe av avgjørende betydning om det tas inn ett punkt 10.2 med spenn i vmi fra 15-35% eller 3 underpunkter a-c med samme totale invaliditetsintervall. Vanskeligheter vil utløses ifm fortolkningen av adjektivene sterk, svært sterk, moderat og betydelig.
- *Er smerten en egen tilstand i tillegg til andre separate skader, må punktet samordnes med andre punkter i tabellen på vanlig måte.*
Det er uklart hva dette betyr. Åpnes det opp for å fastsette en varig medisinsk invaliditet for smerte som selvstendig sykdom? Hvordan skal dette forstås i forhold til regelen om at punkt 10.2 kan brukes istedenfor de øvrige punktene i tabellen dersom pasientens sterke smerter er den vesentligste delen av skaden? Betyr dette at det kan kompenseres for smerte knyttet til somatisk skade og i tillegg gis kompensasjon for en uforklart smertetilstand så lenge den uforklarte smertetilstanden ikke utgjør den vesentligste delen av skadesekvelet? Dette punktet bør vurderes omformulert eller utgå med den ordlyden som foreligger.

Forslag til implementering av smerte i invaliditetstabellen

1. Kronisk smerte som ledsagende symptom til somatisk skade behandles som tidligere. Det åpnes for en utvidelse av grunnlaget for anvendelse av et tillegg på inntil 1/4 begrenset oppad til 10% ved betydelig, ekstraordinær smerte.

2. Invaliditet ved smerte knyttet til objektiv påvisbar sykdom eller skade utover det som behandles i punkt 1 begrenses til nevropatisk smerte, herunder CRPS i henhold til gjeldende diagnostiske kriterier og sentral sensitivisering på ryggmargsnivå med påvisbare sensibilitetsforandringer (allodyn og hyperalgesi). Det foreslås et intervall på 15-35%.
3. Dersom et lokalt kronisk smertesyndrom som ikke er ledsaget av objektive funn skal tas inn i invaliditetstabellen, bør dette skje i samsvar med de retningslinjer som angis i AMA Guides 6th Edition. Det innebærer obligat anvendelse av et psykometrisk instrument og en øvre begrensning av varig medisinsk invalidet på 3%.
4. Ved generalisert kronisk smertesyndrom som ikke er ledsaget av objektive funn, skal medisinsk invaliditet settes i intervallet 4-14%

Dersom departementet eller NPE i det videre oppfølgingsarbeidet skulle ønske det, står vi gjerne til disposisjon for deltakelse i et møte hvor vi kan ha nærmere dialog om dette.

Med vennlig hilsen

Finans Norge



Hege Hodensdal

Direktør