

# Ny forskrift om menerstatning ved pasientskader

## 1 Innledning

### 1.1 Behov for å utarbeide en egen forskrift om menerstatning ved pasientskader

I dette notatet foreslås en egen forskrift om menerstatning ved pasientskader.

Menerstatning er erstatning for skade som fører til redusert mulighet for personlig livsutfoldelse. Slik erstatning kan gis etter § 3-2 i skadeserstatningsloven når skadelidte har fått varig og betydelig skade av medisinsk art. Erstatningen fastsettes ut fra den medisinske invaliditetsgraden og for antall år beregnet frem til statistisk levealder.

Forskrift om menerstatning ved yrkesskade, FOR-1997-04-21-373, (yrkesskadeforskriften), er utarbeidet med tanke på skader og sykdommer som typisk kan inntre ved yrkesskader. Den gir føringer for utmåling av menerstatning i pasientskadesaker. Etter praksis utmåles slik menerstatning ved at årlig menerstatning beregnet etter reglene om yrkesskade blir tillagt en tredjedel. Varig medisinsk invaliditet fastsettes enten ved at det vises direkte til tilstander som er regulert i yrkesskadeforskriften, eller med grunnlag i en sammenligning med tilstander som er regulert der. Denne forskriften har i liten grad vært oppdatert i takt med den medisinske utviklingen. Den er mangelfull når det gjelder skader som erfaringsmessig oppstår ved pasientbehandling.

I pasientskadesaker har fastsetting av medisinsk invaliditetsgrad betydning både i forbindelse med utredning av om det foreligger et ansvarsgrunnlag, og i forbindelse med erstatningsutmålingen. Under ansvarsutredningen er det nødvendig å få en vurdering av skadeomfanget blant annet fordi små og ubetydelige skader ikke gir rett til erstatning.

I tillegg har skadeomfanget betydning ved vurdering av unntaksbestemmelsen i pasientskadeloven, jf. § 2 tredje ledd. Rett til erstatning etter denne bestemmelsen gis med bakgrunn i en rimelighetsvurdering og et skjønn hvor skadens størrelse er ett av flere momenter som skal vektas.

Norsk pasientskadeerstatning, NPE, har over lengre tid vært i dialog med departementet om det kan igangsettes et arbeid med å revidere yrkesskadeforskriften. Det har ikke vært ansett hensiktsmessig å revidere denne forskriften da det var ønskelig å avvete arbeidet med nye utmålingsregler for personskadeerstatning i skadeerstatningsloven jf. NOU 2011: 16. På denne bakgrunn utarbeidet NPE i 2014 en intern veiledende invaliditetstabell for skader som ikke er beskrevet, eller mangelfullt beskrevet i yrkesskadeforskriften. NPE så i praksis at tilnærmet like skadefølger ble vurdert og fastsatt ulikt. Samtidig ble det meldt om usikkerhet og et behov for klarere retningslinjer fra de sakkyndige som fastsetter varig medisinsk invaliditet. Det overordnede ønsket var å oppnå likebehandling,

forutberegnelighet og i siste omgang en enklere og raskere saksbehandling. For å skape legitimitet har NPE vært åpen om tabellen. Det har kommet innvendinger til at NPE alene har laget interne tabeller som kan ha vesentlig betydning ved avgjørelser i pasientskadesakene. Det har også vært reist spørsmål om tabellenes rettskildemessige verdi, og at disse ikke har forligget i forskrifts form.

I 2018 utbetalte NPE menerstatning i 625 saker, som utgjør 42 prosent av sakene. Det ble utbetalt tilsammen mer enn 196 millioner kroner i menerstatning, og som utgjorde 20 prosent av de samlede erstatningsutbetalingene.

NPE anser det på bakgrunn av opplysningene over riktig at det gis en egen forskrift om menerstatning ved pasientskader.

## **1.2 Kort beskrivelse av oppdraget**

I brev av 13.02.2018 ga Helse- og omsorgsdepartementet NPE i oppdrag å:

- gjøre rede for hvilke typer pasientskader som ikke er beskrevet, eller som er mangelfullt beskrevet, i invaliditetstabellen
- beskrive de områder som bør prioriteres først
- lage utkast til forskrift om beregning av menerstatning ved pasientskader

NPE fikk også i oppdrag å skissere en tidsplan for implementering av prioriterte skadeområder. Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage) ble bedt om å involveres i arbeidet, og andre aktører ved behov. Videre skulle det gjøres rede for de administrative og økonomiske konsekvensene av alle forslagene og anbefalingene.

Fristen var opprinnelig satt til 31.12.2018, men ble forlenget til 15.03.2019. Bakgrunnen for fristforlengelsen var blant annet at arbeidet med et av skadeområdene, smerte, var mer omfattende enn det man kunne forutse.

## **1.3 Kort om hvordan arbeidet er gjennomført**

Arbeidet med forskriften er gjennomført som et prosjekt med en bredt sammensatt arbeidsgruppe. Arbeidsgruppen har bestått av: prosjektleder og juridisk fagrådgiver Trude Mørtvedt, avdelingsdirektør Vibeke Bugge Møllhausen, juridisk fagrådgiver Henning Berg, juridisk fagrådgiver Jan Storvik, seniorrådgiver Solveig Brun Gerhardsen, fagsjef sakkyndighet Mads Morten Nøjd, spesialist i gastroenterologisk kirurgi Kjell Øvrebø, som etter avtale med NPE tar oppdrag som sakkyndig, og seniorrådgiver Hege S. Markussen Mangset og avdelingsdirektør Hilde Lier i Helseklage.

Ved utarbeidelsen av tabellene i forskriften har flere medisinske sakkyndige med spesialistkompetanse, betydelig erfaring fra klinisk arbeid og det å fastsette invaliditetsgrad, bidratt.

I juni 2018 hadde NPE et informasjonsmøte om arbeidet med forskriften. Representanter fra brukerorganisasjoner, advokater og andre som jobber med pasientskadesaker var invitert til møtet. Det ble lagt opp til dialog, spørsmål og kommentarer.

På bakgrunn av tilbakemeldinger i informasjonsmøtet, hvor flere ønsket større involvering av brukerne i selve utarbeidelsen av forskriften, nedsatte NPE en referansegruppe. Referansegruppen har bestått av: Pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus Anne-Lise Kristensen, assisterende generalsekretær i Personskadeforbundet Per Oretorp, som også representerte Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Norsk Pasientforening ved Gry Pedersen, advokat Janne Larsen ved advokatfirmaet Roander og co, og Finans Norge ved Truls Nygård. Referansegruppen har avholdt tre møter. I møtene har arbeidsgruppen lagt frem de enkelte delene av forskriften, og det har vært nyttige og gode diskusjoner og innspill til forskriften.

Finans Norge tok kontakt med NPE i en tidlig fase av arbeidet. De arbeidet med en intern invaliditetstabell for varig medisinsk invaliditet ved sykdom hos barn, og ønsket et samarbeid. NPE og Finans Norge besluttet i første omgang å samarbeide om en invaliditetstabell om cerebral parese.

For å sikre klart språk har det under arbeidet med forskriften vært et samarbeid med Språkrådet.

## **1.4 Hva forskriften skal omhandle**

Forskriftens del I om Alminnelige bestemmelser regulerer de grunnleggende vilkårene for å få menerstatning ved pasientskader. Det må foreligge en pasientskade som er varig og betydelig. Det er nødvendig å tydeliggjøre vilkårene for menerstatning, og nærmere beskrive hvordan man skal fastsette varig medisinsk invaliditet, og hvordan menerstatningen skal utmåles i pasientskadesakene.

Del I angir videre hvor stor den årlige menerstatningen blir ved forskjellige invaliditetsgrader, og har en anvisning på hvordan samlet menerstatning skal utmåles, jf. § 6. De ulike prinsippene for beregning, separasjonsprinsippet, differanseprinsippet og reduksjonsmetoden er nærmere forklart.

Etter § 4 andre ledd i del I skal det ikke tas hensyn til andre skader eller sykdommer enn pasientskaden ved fastsettelse av den medisinske invaliditetsgraden. Det foreslås å endre praksis for flerskader som har vært gjeldende fra 2015, tilbake til tidligere praksis. Det foreslås også en «sikkerhetsventil» i § 7 for utmåling av menerstatning i særlige tilfeller.

Forslaget tar utgangspunkt i skadeserstatningsloven, rettspraksis og yrkesskadeforskriften. Forslaget inneholder imidlertid flere presiseringer og særregler, som til dels avviker fra de alminnelige erstatningsreglene. Forslaget forutsetter således at det gis hjemmel til slike særregler ved endring av pasientskadeloven.

Del II og III i forskriften er en videreføring av tilsvarende deler i gjeldende yrkesskadeforskrift. Medisinske områder som er lagt til, eller det er gjort endringer i, er i forslaget markert med ramme rundt teksten. Det er gitt en nærmere beskrivelse av de nye områdene under pkt. 1.5 nedenfor.

NPE vil lage noe veiledning og eksempler på sine nettsider om hvordan forskriften skal forstås og brukes.

## **1.5 Omtale av prioriterte medisinske områder**

Denne forskriften tar utgangspunkt i yrkesskadeforskriftens tabell om skader og tilstander som kan oppstå i yrkessammenheng. Praksis har vist at den ikke alltid dekker eller er detaljert nok når det gjelder følgetilstander som oppstår ved pasientskader. Det er på nåværende tidspunkt ikke mulig å revidere hele tabellverket fra yrkesskadeforskriften, og NPE har derfor valgt ut enkelte medisinske områder hvor behovet for en revisjon har vært særlig stort.

De medisinske områdene det har vært jobbet med i ny forskrift er områdene fordøyelsessystemet (mage og tarm), kjønnsorganer og hjerte. Områdene er allerede omtalt i yrkesskadeforskriften, men de er supplert og justert i ny forskrift. I tillegg er det laget et generelt punkt om smerter og et nytt punkt om cerebral parese. Ellers er resten av tabellverket fra yrkesskadeforskriften kopiert inn i denne forskriften.

Som nevnt innledningsvis startet NPE i 2014 et internt arbeid med å lage en veiledende tabell for skader som ikke er beskrevet eller er mangelfullt beskrevet i tabellen til yrkesskadeforskriften.

Yrkesskadeforskriften inneholdt kun fire punkter som gjelder skade eller sykdom på bukorganene mage og tarm. Siden skader innenfor gastroenterologisk kirurgi er et av de største medisinske områdene innenfor pasientskader, var behovet for en bedre veiledning når det gjelder fastsetting av invaliditet særlig stort. Det var også et særlig behov for å regulere skade eller sykdom som oppstår i kvinners kjønnsorganer. NPE laget interne tabeller for disse to områdene, og tabellene har ligget ute på NPE sin nettside siden 2016.

Nivåene i tabellene er basert på kjennskap til hvilke konsekvenser skaden erfaringsmessig gir for erstatningssøker. Det er sett hen til praksis og nivåer i andre skandinaviske lands invaliditetstabeller. Tabellene har blitt til ved et samarbeid med samtlige spesialister innenfor gastroenterologisk kirurgi og gynekologi, som etter avtale med NPE tar oppdrag som sakkyndig.

Det er arbeidet videre med tabellens punkt om hjerte og lunger, og utarbeidet et eget punkt om smertetilstander. På begge disse områdene var det et uttalt behov for tilpasninger til pasientskadesakene. Arbeidet med disse tabellene er slutført med denne forskriften. Tabellen om cerebral parese er utarbeidet i samarbeid med Finans Norge. Tabellen har særlig vært savnet i forbindelse med fastsetting av medisinsk invaliditet i fødselsskadesakene i NPE.

## **1.6 Omtale av nye prioriterte områder**

NPE vil arbeide videre med enkelte nye skadeområder som vil tilføyes i denne forskriften på et senere tidspunkt. Det har i den forbindelse vært naturlig å ta utgangspunkt i de områdene hvor det oftest søkes om pasientskadeerstatning, og som er mangelfullt beskrevet i forskriften.

Ortopedi og kreft er de skadeområdene hvor det oftest søkes om pasientskadeerstatning.

Det er flest saker innen ortopedi. Siden slike skader ikke er særegent for pasientskadeområdet, men også er sentralt for yrkesskader og trafikkskader mv, er det ikke naturlig at området i denne omgang reguleres for pasientskadeområdet alene.

Innenfor området kreft er det særlig følgetilstander som lymfødeme og fatigue som det er aktuelt å arbeide videre med, og regulere i ny forskrift.

Videre er psykiske skader ikke tilstrekkelig regulert i dagens forskrift, og vil derfor prioriteres. Finans Norge har laget en intern tabell om psykiske lidelser, og NPE og Finans Norge vil på tilsvarende måte som ved utarbeidelsen av cerebral parese-tabellen samarbeide om denne tabellen.

Det neste området som vil prioriteres er urologi, da området er en naturlig følge av at skader på kvinnelige og mannlige kjønnsorganer nå er regulert i ny forskrift om menerstatning for pasientskader.

## **2 Gjeldende rett. Forholdet til andre forskrifter og lover**

Det følger av pasientskadeloven § 4 at vilkårene i skadeserstatningsloven (skl.) § 3-2 gjelder ved utmåling av menerstatning etter pasientskade.

I forarbeidene til skl. § 3-2 (Innst.O.nr.32 (1972–1973) side 1 og Ot.prp. nr. 4 (1972-73) side 21) er det sagt at menerstatningen skal være en særskilt ytelse for skadelidte som har fått varig men av betydning, og ytes uten hensyn til om skadelidte også vil ha krav på erstatning for økonomisk tap. Formålet er å gi skadelidte «en kompensasjon i penger for den ulempe det varige men vil innebære for hans livsutfoldelse og livsnytelse».

Utmålingen skulle knyttes til tabellverket utarbeidet for yrkesskadeerstatningen etter folketrygdloven, men slik at man la til en tredjedel. Hvordan erstatningen nærmere skulle beregnes ble bevisst overlatt til rettspraksis.

Etter ordlyden i skl. § 3-2 synes erstatningen å skulle fastsettes skjønnsmessig og individuelt. Ut fra rettspraksis er utmålingen i dag i vesentlig grad standardisert og objektivisert, basert på skadelidtes grad av medisinsk invaliditet og gjenstående statistiske levetid. I likhet med yrkesskadens system, har utgangspunktet vært at «betydelig» skade foreligger ved et medisinsk men på minst 15 prosent og at skaden er «varig» når menet varer i minst ti år. Etter gjeldende rett er det likevel noe rom for individuell og skjønnsmessig tilpasning av erstatningen.

## **3 Vurderinger og forslag**

Del I i forskriften omhandler alminnelige bestemmelser som gjelder for fastsetting av medisinsk invaliditet, og for å utmåle menerstatningen i pasientskadesakene. NPE vil her gi kommentarer til de enkelte paragrafene i del I.

## Del I. Alminnelige bestemmelser

### § 1 Virkeområde

Forskriften vil gjelde for utmåling av menerstatning i pasientskadesaker i NPE og Pasientskadenemnda (PSN). Reglene vil også gjelde ved domstolsbehandling av slike saker, jf. § 18 i pasientskadeloven (passkl.).

Så langt det passer gjelder skadeserstatningsloven, blant annet § 3-2, og praksis for utmåling av menerstatning som er utviklet gjennom domstolene og PSN. Forskriften er en særregulering som går foran de alminnelige reglene om menerstatning. Hjemmel for en slik særregulering forutsettes gitt ved endring i passkl. De alminnelige erstatningsreglene vil gjelde utfyllende der forskriften er taus.

### § 2 Definisjoner

De grunnleggende begrepene som trenger en nærmere forklaring er definert i § 2.

*Medisinsk invaliditet er den fysiske og psykiske funksjonsnedsettelsen som en skade eller sykdom gir.*

Den medisinske invaliditetsgraden skal fastsettes ut fra en objektiv vurdering av hvilke plager og ulemper i livsutfoldelsen som skaden vil medføre. Det skal ikke tas hensyn til den enkeltes fritidsinteresser eller evne til inntektsgivende arbeid.

*Skadevirkningstidspunktet er det tidspunktet da pasienten opplevde de første symptomene på nedsatt helsetilstand.* Begrepet er brukt i § 3-2 a i skl. om standardiserte regler om barneerstatning, se Prop.110 L (2014-2015), pkt. 8.2. Skadevirkningstidspunktet har betydning for hva som er utgangspunktet for perioden som menerstatningen skal dekke, jf. forskriftsutkastet § 6. Menerstatningen skal beregnes for de årene skadelidte har hatt en varig og betydelig skade. I noen tilfeller kan det gå en tid fra en skade inntreffer til denne medfører slike plager og funksjonstap at det er grunnlag for å gi årlig menerstatning. Hvilket tidspunkt pasienten har opplevd de første symptomene på nedsatt helsetilstand vil som oftest være nedfelt i journal fra fastlege eller annet behandlingssted.

*Oppgjørstidspunktet er det tidspunktet da Norsk pasientskadeerstatning (NPE) eller Pasientskadenemnda (PSN) treffer vedtak om størrelsen på menerstatningen.*

Oppgjørstidspunktet har betydning for hvilken G, grunnbeløpet i folketrygden, som skal benyttes ved utmåling av menerstatningen, jf. § 6.

### § 3 Vilkår for menerstatning ved pasientskader

Lovteksten i skl. § 3-2 gir ingen nærmere beskrivelse av hva som ligger i begrepet «varig» skade. Forarbeidene sier imidlertid at også langvarige skader er omfattet.

Høyesterett har uttalt (Rt-2003-841) at varighetskravet er oppfylt «i hvert fall når skaden antas å få minst en tiårs varighet» ... «Vi befinner oss imidlertid da i det nedre området». Standardiseringsutvalget legger i NOU 2011:16 Standardisert personskadeerstatning til grunn at varighetsvilkåret er oppfylt når menet antas å ha en varighet på ti år eller mer (pkt. 9.1 og 9.6). Juridisk teori synes i hovedsak å legge det samme til grunn, se Nils

Nygaard (2007 s. 130) og Peter Lødrup med Morten Kjelland (2009 s. 513-514). Fast og langvarig praksis i NPE og PSN tilsier også at skaden må vare i minst ti år, før det kan tilkjennes menerstatning.

Etter en gjennomgang av rettskildebildet har NPE kommet til at det i forskriften bør settes krav til at pasientskaden må ha en varighet på minst ti år før varighetskravet er oppfylt. En sikkerhetsventil åpner for at det i særlige tilfeller unntaksvis kan ytes en tidsbegrenset menerstatning ved en noe kortere varighet enn ti år.

Skl § 3-2 setter videre som vilkår at skaden må være «betydelig» før den utløser rett til menerstatning. Dette setter en nedre grense for medisinsk invaliditet.

I tråd med forarbeidene til skl. § 3-2 har Høyesterett uttalt (Rt-2000-441) at det ved utmålingen skal tas utgangspunkt i de standardiserte reglene for menerstatning ved yrkesskade. Høyesterett fremhever behovet for standardiserte regler om menerstatning også på personskaderettens område. Menerstatning ved yrkesskader ytes når den medisinske invaliditeten er minst 15 prosent (folketrygdloven § 13-17 og forskriften § 3 nr. 1). Etter gjeldende rettspraksis på personskaderettens område må skaden gi en medisinsk invaliditet på minst 15 prosent før den utløser rett til menerstatning. Dette er i tråd med langvarig og fast praksis i NPE og PSN.

NPE har vurdert om lavere medisinsk invaliditet enn 15 prosent kan være «betydelig». NPEs referansegruppe har også vært opptatt av dette. Standardiseringsutvalget har foreslått å senke den nedre grensen for menerstatning til 5 prosent, og har vist til at Sverige og Danmark har lavere innslagspunkt for menerstatning, og til samfunnets forventninger om erstatning også ved mindre skader. Utvalget uttaler at lovens formulering da må endres slik at kriteriet "betydelig" forlates. Forslaget fordrer også revisjon av invaliditetstabellene, som i liten grad har så lave invaliditetsgrader som 5 prosent. Etter NPEs oppfatning er det vanskelig å legge til grunn et lavere innslagspunkt, uten at dette skjer ved en lovendring.

Etter en gjennomgang av rettskildebildet har NPE kommet til at det i forskriften skal settes krav til at pasientskaden må utgjøre en medisinsk invaliditet på minst 15 prosent, før den utløser rett til menerstatning. Dette harmonerer med yrkesskadens system, bygger på langvarig og klar retts- og nemndspraksis, og har støtte i juridisk teori. En sikkerhetsventil åpner for at det i særlige tilfeller kan ytes menerstatning også når den varige medisinske invaliditeten er noe lavere enn 15 prosent.

#### **§ 4 Fastsetting av medisinsk invaliditet**

Lovteksten i skl. § 3-2 gir ingen nærmere anvisning på hvordan størrelsen på medisinsk invaliditet skal fastsettes og menerstatningen utmåles. Regelen er utpreget skjønnsmessig og det skal legges vekt på skadelidtes individuelle forhold. Metoder og prinsipper for hvordan medisinsk invaliditet skal fastsettes og erstatningen beregnes, er utviklet gjennom rettspraksis og juridisk teori. I praksis har deler av temaet vært gjenstand for tvister og domstolsprøving.

Det er ønskelig å forskriftsfeste regler om hvordan menerstatning skal fastsettes for pasientskader. En slik regulering vil bidra til å forenkle saksbehandlingen i pasientskadesaker og skape mer forutberegnelighet for skadelidte.

Ved anvendelse av skl. § 3-2 gir både forarbeider og rettspraksis holdepunkter for at det skal tas utgangspunkt i utmålingssystemet som gjelder for menerstatning ved yrkesskade etter folketrygdloven (ftrl.) § 13-17, med tilhørende forskrift om menerstatning ved yrkesskade. Ved hjelp av tabellverket i yrkesskadeforskriften finner man frem til menets størrelse i prosent, som igjen danner grunnlaget for utmåling av menerstatningen.

Det er flere skadefølger som ikke er med i tabellen, og invaliditetsgraden må da fastsettes på grunnlag av en skjønnsmessig sammenligning med andre skadefølger i tabellen.

I praksis er det vanlig å gi en nærmere begrunnelse for valget av det skjønnsmessige sammenligningspunktet i tabellen, og samtidig henviser til dette. Samme metode er anbefalt i rundskriv og veileder til yrkesskadeforskriften. NPE mener det er hensiktsmessig å forskriftsfeste en slik retningslinje fordi den vil bidra til å gjøre det lettere å etterprøve skjønnen som er utøvd ved invaliditetsfastsettelsen.

NPE foreslår regler for fastsetting av medisinsk invaliditetsgrad i denne forskriften som i stor grad harmonerer med det som i dag fremgår av yrkesskadeforskriften.

I pasientskadesakene har mange erstatningssøkere komplekse sykehistorier og flere behandlingstrengende tilstander. En pasientskade kommer ofte som et tillegg til andre helseplager, som ikke har noe med pasientskaden å gjøre, også kalt inngangsinvaliditet.

Pasienter kan bli påført flere skader i samme eller i ulike hendelser. I noen av tilfellene er det tidligere utbetalt menerstatning.

Det er mange ulike situasjoner som skal håndteres ved fastsettelse av menerstatning der pasienten har flere skader eller helseplager. Det er derfor viktig å ha klare regler for hvordan de ulike tilfellene skal løses.

I retts- og forvaltningspraksis har det vært vanlig å bruke to hovedprinsipper; separasjonsprinsippet og differanseprinsippet. I tillegg benyttes en reduksjonsmetode for å samordne flere invaliditeter (delinvaliditeter).

Separasjonsprinsippet innebærer at invaliditeten fastsettes i henhold til tabellen som om skadelidte bare hadde hatt den siste skaden. Man ser bort fra en eventuelt tidligere invaliditet eller ny invaliditet som oppstår etter ansvarshendelsen.

Differanseprinsippet innebærer at man tar utgangspunkt i erstatningen som den totale medisinske invaliditeten gir. Deretter gjør man fradrag for erstatningen som inngangsinvaliditeten utgjør.

Når det foreligger flere delinvaliditeter som det skal tas hensyn til ved fastsettelse av menerstatning, må disse samordnes etter en reduksjonsmetode. Metoden som brukes i erstatningsretten er hentet fra yrkesskadeforskriftens 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 invaliditetsgraden fastsettes 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 for eksempel skadelidte har blitt påført to skader på henholdsvis 70 og 40 prosent, vil man ved en ren summering komme opp i 110 prosent og sprengte rammen for fastsettingen. Praktisk gjøres samordningen ved at det bare er den første av delinvaliditetene som medregnes fullt. De øvrige delinvaliditetene reduseres relativt.

Dette kan illustreres med eksempelet over hvor skadelidte er påført to skader på henholdsvis 70 og 40 prosent. Den første skaden teller 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 samlede invaliditetsgraden blir da 82 prosent ( $70 + 12$ ).

Reduksjonsmetoden passer imidlertid ikke i alle skadetilfellene. 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 det i den samlede vurderingen inngår skader hvor den medisinske invaliditeten må fastsettes på rent skjønnsmessig grunnlag. I de tilfellene der den reduserte samlede invaliditetsgraden ligger nær opptil en invaliditetsgrad som gir rett til pasientskadeerstatning etter en høyere erstatningsgruppe, bør det vurderes om den reduserte invaliditetsgraden bør justeres opp slik at den skadelidte får erstatning etter den påfølgende høyere erstatningsgruppen.

Reduksjonsmetoden benyttes heller ikke ved såkalt «overinvaliditet» som gjelder for de virkelig alvorlige skadetilfellene som består av flere og store skader. Eksempel her kan være en skadelidte 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 gis menerstatning etter gruppe 9. I praksis brukes denne gruppen svært sjelden.

I juni 2015 avsa Høyesterett en prinsipiell dom om hvordan menerstatning skal utmåles ved flerskader (Rt-2015-820).

Frem til da ble medisinsk invaliditet etter skl. § 3-2 i stor grad fastsatt på samme måte som for yrkesskadene. Hvis erstatningssøker hadde en inngangsinvaliditet som ingen var ansvarlig for, ble invaliditetsgraden som hovedregel fastsatt etter separasjonsprinsippet. Kun i særlige tilfeller ble det benyttet et differanseprinsipp.

Dommen handler om en kvinne som i forbindelse med en trafikkulykke ble påført flere skader fastsatt til 40 prosent medisinsk invaliditet. På ulykkestidspunktet hadde hun en total inngangsinvaliditet på 41 prosent.

Forsikringselskapet som var ansvarlig for skadene hadde utbetalt erstatning etter separasjonsprinsippet.

Høyesterett kom til at differanseprinsippet må være utgangspunktet for fastsettelsen av menerstatning i flerskadetilfellene, med mindre bruk av separasjonsprinsippet gir en høyere erstatning.

Erfaringen etter omleggingen av praksis i tråd med Høyesteretts dom har vært at regelen har medført økt saksbehandling uten at dette nødvendigvis gir en høyere erstatning.

Det har vært økt behov for bistand fra medisinsk sakkyndig. Det har vært nødvendig å innhente flere sakkyndige erklæringer for å få vurdert medisinsk invaliditetsgrad av ulike typer sykdommer og skader. For eksempel må en pasient med diabetes og hjerteproblemer, som får en skade i forbindelse med behandling av et beinbrudd, få vurdert sin medisinske invaliditet av tre ulike medisinske sakkyndige. Saksbehandlerne må også bruke mer tid på utredning av sakene, og mer tid på utmålingen av erstatningen, idet de må gjennomføre alternative beregninger.

Dommen har skapt usikkerhet med hensyn til om det alltid er riktig å utrede inngangsinvaliditet. Mange pasienter har en sammensatt helsemessig situasjon med flere sykdommer/skader av mer eller mindre varig karakter, og hvor det synes unaturlig å undersøke om alle disse skal tas med ved fastsettelse av menerstatningen.

Ikke alle pasienter ønsker å få kartlagt hele sykehistorien sin eller føler seg komfortable med at det innhentes omfattende journaler og dokumenter om andre forhold enn det som gjelder pasientskaden. Kartlegging av inngangsinvaliditeter kan også bidra til at det oppstår tvister om nivået på andre erstatningsposter som fremstår som uheldig for erstatningssøker.

Flere i NPEs referansegruppe er også skeptiske til at NPE utreder forhold som ikke er relevant for pasientskadesaken.

I tiden som har gått etter dommen har NPE mottatt færre krav om at det skal tas hensyn til inngangsinvaliditet og bruk av differanseprinsippet enn først antatt. Praksis over tid viser at det er separasjonsprinsippet som gir høyest erstatning i de fleste sakene.

Dommen skapte en tid usikkerhet om inngangsinvaliditet og skaderelatert invaliditet skulle samordnes eller summeres ved bruk av differanseprinsippet. Høyesterett tok ikke direkte stilling til dette, og fulgte bare lagmannsretten tilnærming. Både NPE og andre aktører i erstatningsmiljøet mente at det var riktig å samordne. Dette er senere fulgt opp i rettspraksis (LB-2016-179244). Lagmannsretten la til grunn at ved bruk av differanseprinsippet ved flerskader, skal den samlede invaliditetsgrad fastsettes ved en samordning av inngangsinvaliditeten og den skaderelaterte invaliditeten (reduksjonsmetoden). Denne metoden er tatt inn i forskriftens del I.

Et prinsipp i erstatningsretten er at skadevolderen ikke skal betale erstatning for mer enn det han er ansvarlig for.

Et annet viktig prinsipp er at skadevolderen må ta «skadelidte som han er». Dette gjelder imidlertid først og fremst der skadelidte har en latent sårbarhet i seg, som utløser en større skade ved en hendelse som skadevolderen må ta ansvaret for.

NPE mener at bruk av separasjonsprinsippet som hovedregel vil være den beste løsningen ved fastsetting av medisinsk invaliditet i pasientskadesakene.

Ved å forskriftsfeste en sikkerhetsventil hvor menerstatningen i særlige tilfeller kan oppjusteres etter at medisinsk invaliditet er fastsatt, mener NPE at det er tatt tilstrekkelig høyde for pasientens inngangsinvaliditet.

NPE foreslår regler for fastsetting av medisinsk invaliditet i denne forskriften som i stor grad harmonerer med det som i dag fremgår av yrkesskedeforskriften.

Dommen i Høyesterett (Rt-2015-820) har som nevnt over gitt uhensiktsmessige følger, og NPE ønsker derfor å gå tilbake til tidligere praksis ved å regulere dette i forskriften. Det fremgår i tråd med dette, av § 4 andre ledd, at den medisinske invaliditeten som pasientskaden gir, skal fastsettes uavhengig av andre skader eller sykdommer (separasjonsprinsippet).

## **§ 5 Fastsetting av medisinsk invaliditet i særlige tilfeller**

I enkelte tilfeller har det vist seg å være behov for å fravike hovedregelen om bruk av separasjonsprinsippet. Dette gjelder når pasienten har en inngangsinvaliditet, og hvor pasientskaden fører til en forverring av denne. I slike tilfeller vil reglene som er foreslått i § 4 og § 7 ikke 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 invaliditetsfastsettelsen enn for separate skader.

I praksis har det vært lite uenighet om hvordan man skal fastsette medisinsk invaliditet når det gjelder forverring av en grunnlidelse, eller skade på parvise organer hvor det ene organet er skadet fra før. For disse tilfellene er det vanlig å fastsette total invaliditetsgrad ut fra den nye situasjonen fratrukket inngangsinvaliditeten uten bruk av reduksjonsmetoden.

Et illustrerende eksempel på dette er en pasient 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 hofta som gir en total medisinsk invaliditetsgrad på 35 prosent. Økningen av invaliditetsgraden med 20 prosent er da pasientskaden.

Et annet eksempel er en pasient 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 yrkesskadetilfellene er det anvist samme metode, jf. rundskriv til yrkesskadeforskriften § 2 nr. 2. Metoden forklares med at det på grunn av byrdefulle individuelle forhold i disse spesielle tilfellene er nødvendig å fravike hovedprinsippet ved den generelle invaliditetsfastsettelsen, og ta hensyn til individuelle forhold allerede ved fastsettelse av den generelle invaliditetsgrad. I slike tilfeller gir ikke alltid muligheten for inntil to gruppeopprykk tilstrekkelig erstatningsmessig kompensasjon.

Ved selve erstatningsutmålingen etter skl. §3-2 i disse tilfellene, har man i praksis sett litt ulik tilnærming.

I yrkesskadetilfellene er dette avklart i rundskriv til yrkesskadeforskriften § 2 nr. 2. Det fremgår der at invaliditetsgraden skal utgjøre differansen mellom total invaliditetsgrad og den invaliditetsgraden som inngangsinvaliditeten gir. I eksempelet om blindhet tar man 100 prosent og trekker fra 20 prosent som gir 80 prosent. Yrkesskadeerstatningen vil da bli beregnet ut fra 80 medisinsk invaliditet.

Praksis viser at samme metode i enkelte tilfeller blir benyttet ved anvendelse av skl. § 3-2. I tillegg benyttes en «differansemetode» hvor selve beregningen går ut på at man først finner frem til hva menerstatningen blir ut fra den nye totale invaliditeten. Deretter trekker man fra menerstatningen beregnet ut fra inngangsinvaliditeten.

Tar man utgangspunkt i eksempelet om blindhet, blir regnestykket 63 prosent av G (100 prosent invalid og gruppe 8) minus 7 prosent av G (20 prosent invalid og gruppe 1). Menerstatningen blir da 56 prosent av G. Etter yrkesskadeforskriften ville menerstatningen vært 52 prosent av G (80 prosent invalid og gruppe 7).

Hvis erstatnings søkeren befinner seg i situasjonen med blindhet, viser beregninger at det vil bli utbetalt en noe høyere menerstatning ved bruk av differansemetoden, sammenlignet med metoden angitt i yrkesskadetilfellene.

Differansemetoden gir likevel ikke alltid høyest menerstatning. Dette kan illustreres med et eksempel. Hvis pasientskaden er en økning fra 15 prosent til en total invaliditet på 30 prosent, altså 15 prosent, viser beregningen at differansemetoden gir en mindre erstatning. Differansemetoden gir her en erstatning på 5 prosent av G (gruppe 2 minus gruppe 1)). Beregner man erstatningen isolert med grunnlag i 15 prosent (gruppe 1), utgjør menerstatningen 7 prosent av G og dermed en høyere erstatning.

Det sentrale er at skadelidte får tilstrekkelig uttelling for sin sårbarhet allerede ved fastsettelsen av medisinsk invaliditetsgrad.

Hvilken av beregningsmetodene det vil være riktig å forskriftsfeste her, kan diskuteres.

Den enkleste metoden synes å være den som benyttes i yrkesskadetilfellene. Hensikten med særregelen er godt begrunnet i rundskriv til yrkesskadeforskriften. På den annen side kan det tas til orde for at det i disse spesielle tilfellene skal benyttes en differansemetode der dette gir høyest erstatning. Det er i tråd med Høyesteretts avgjørelse i 2015 hvor det ble understreket at det skal tas hensyn til skadelidtes inngangsinvaliditet og sårbarheten denne gir. I disse tilfellene synes sårbarheten å være særlig fremtredende. Av den grunn

kan det ut fra en rimelighetsbetraktning være at man bør utmåle erstatning etter den metoden som gir best uttelling. NPE foreslår dette.

I enkelte særlige tilfeller er skadelidte 100 prosent medisinsk invalid fra før, når det oppstår en ny skade ved en ansvarshendelse. Hvordan størrelsen på den nye invaliditeten skal fastsettes og menerstatningen utmåles, fremgår ikke helt klart av rettspraksis.

Høyesterett har vurdert et tilfelle som gjaldt et erstatningskrav etter skl. § 3-2 a om standardisert erstatning til barn, hvor det tidligere var utbetalt full erstatning som følge av en annen skade, jf. (Rt-1997-771). Saken gjaldt et barn som fra før var lam fra brystet og ned etter en trafikkulykke. I forbindelse med påfølgende sykehusbehandling oppsto det en pasientskade som medførte at begge bena måtte amputeres ved kneleddet. Det ble fremsatt krav om utbetaling av full barneerstatning en gang til.

Høyesterett tok utgangspunkt i at tapet i fremtidig erverv allerede var dekket av erstatningen som var utbetalt av bilforsikringselskapet. Spørsmålet for Høyesterett var begrenset til om barnet kunne kreve ytterligere menerstatning. Høyesterett kom til at den nye situasjonen med benamputasjonen helt klart hadde betydning for skadelidte, selv om han var lam i bena fra før. Det ble tilkjent en supplerende menerstatning, ut fra at barnet hadde fått en «tilleggsinvaliditet» ved den siste skadehendelsen. Det ble ikke fastsatt noen egen invaliditetsgrad for skaden. Tilleggserstatningen ble fastsatt skjønnsmessig, men med utgangspunkt i medisinske vurderinger fra sakkyndig.

Det kan være flere tilfeller som det er vanskelig å regulere fullt ut i denne forskriften, og NPE mener derfor det kan være fornuftig med en skjønnsmessig tilnærming i slike tilfeller.

Hvis erstatningssøkeren fra før har en annen skade som gir 100 prosent medisinsk invaliditet, skal man ved fastsettelsen av ny invaliditet legge vekt på i hvilken grad den funksjonen som pasientskaden rammer, allerede er redusert eller tapt. I de tilfeller den nye skaden rammer en funksjon som allerede er redusert eller tapt foreslår NPE at menerstatningen fastsettes skjønnsmessig. Videre foreslås at hvor 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 menerstatningen beregnes etter separasjonsprinsippet.

## **§ 6 Utmåling av menerstatning**

Utmåling av menerstatning etter skl. § 3-2 tar utgangspunkt i de standardiserte reglene i yrkesskedeforskriften. I henhold til forarbeidene skulle ytelsene i erstatningsretten ligge noe høyere enn ved yrkesskader, og forslaget var at man ved utmålingen skulle legge til en tredjedel ut over hva yrkesskedeforskriften skulle tilsi. Dette ble også stadfestet av Høyesterett, se Rt-1977-782 og Rt-1981-138.

NPE mener at tabellen som viser den årlige menerstatningen i § 6 bør utformes slik at tillegget med en tredjedel legges direkte inn. Dette vil gjøre tabellen og forskriften lettere å forstå, enn om man hadde tatt inn en egen setning om at det skal legges til en tredjedel. Dette er også i tråd med forslaget til Standardiseringsutvalget.

NPE, PSN og erstatningsmiljøet for øvrig har i sin praksis lagt til grunn dom i Oslo tingrett av 10.09.2015 om at man skal benytte oppdaterte statistikker fra Statistisk Sentralbyrå når det gjelder gjenværende levetid som grunnlag for beregningen.

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 § 6 tredje ledd at menerstatningen skal dekke perioden fra skadevirkningstidspunktet til statistisk forventet levealder. Utgangspunktet for beregningen er altså at erstatningssøkeren skal få den årlige menerstatningen i hele sin gjenværende levetid. For å finne den gjenværende levetiden i det konkrete tilfellet benyttes oppdaterte statistikker fra Statistisk Sentralbyrå. For å beregne engangsbeløpet ganges årlig menerstatning med kapitaliseringsfaktoren ut fra alder på skadevirkningstidspunktet.

Selv om tapene vil oppstå i årene framover, vil erstatningssøkeren få beløpet utbetalt og til disposisjon allerede i dag. Ved beregningen trekkes det derfor fra de renteinntektene man vil få på beløpet. Dette kalles kapitalisering og kan illustreres med et eksempel: Et framtidig tap på kr 10 000 per år i ti år ville med en utbetaling på kr 100 000 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 kr 82 700 (ut fra dagens rentefot på 4 prosent) gi erstatningssøkeren mulighet til å ta ut et årlig beløp på kr 10 000 i ti år.

Dersom erstatningssøkeren tidligere har fått utbetalt menerstatning for en pasientskade, må erstatningen beregnes på en annen måte enn ved bruk av seperasjonsprinsippet. Både i erstatningsretten og for yrkesskader er gjeldende praksis at menerstatning i slike tilfeller beregnes ut fra et differanseprinsipp.

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

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 mulig å gjøre en individuell justering ved hjelp av gruppeopprykk, jf. forskriften § 7.

## **§ 7 Utmåling av menerstatning i særlige tilfeller**

Etter ordlyden i skl. § 3-2 fastsettes erstatningen blant annet under hensyn til "skadens betydning for den personlige livsutfoldelse». Adgangen til å legge vekt på det individuelle tapet av livsutfoldelse er lite brukt i praksis. Den restriktive retts -og nemndpraksisen

skyldes særlig Høyesteretts uttalelser i Rt-2000-441, hvor behovet for standardiserte regler fremheves. Standardiseringsutvalget påpeker behovet for å opprettholde en mest mulig standardisert utmåling av menerstatning (punkt 9.5.).

Pasientskadeordningen behandler årlig et stort antall krav om erstatning. Det er viktig med regler som fremmer likebehandling og forutsigbarhet, og reduserer antall tvistepunkter. Mest mulig standardiserte regler er prosessøkonomisk og reduserer saksbehandlingstiden. Ulike rettsanvenderes fokus på enkeltpersoners personlige og subjektive preferanser for livsutfoldelse, kan føre til tilfeldige forskjeller.

Selv om størst mulig standardisering anses viktig, kan det være uheldig ikke å ha en sikkerhetsventil for de helt spesielle tilfellene.

Etter yrkesskadeforskriften (§ 3 nr. 3) kan det gis erstatning en eller to grupper høyere enn den medisinske invaliditeten tilsier, dersom individuelle forhold fører til at en skadefølge er vesentlig mer byrdefull enn ved et normalt tilfelle. Høyesterett uttaler (Rt-2000-441) at det riktige ved menerstatning etter skl. § 3-2 er et skjønnsmessig tillegg, selv om ordningen med gruppeopprykk ved yrkesskader kan gi veiledning. Standardiseringsutvalget foreslår å ta bort hjemmelen for individualisering slik den er formulert i dag, og innføre en snever mulighet for å gi et skjønnsmessig, pengemessig påslag som tilsvarer 10 prosent av den utregnede erstatningssummen.

NPE foreslår at pasientskadeordningen i særlige tilfeller kan gi erstatning etter en høyere gruppe, når individuelle forhold gjør en pasientskade vesentlig mer belastende for en enkelt skadelidt enn for andre med samme skade, jf. forskriftsutkastet § 7 første ledd. Dette er i tråd med yrkesskadens system. På bakgrunn av det store antall saker pasientskadeordningen håndterer årlig, vil en ordning med gruppeopprykk redusere elementer av skjønn, øke forutberegnelighet og begrense antall mulige tvistepunkter, i motsetning til et rent skjønnsmessig tillegg, jf. Rt-2000-441. Et pengemessig påslag på for eksempel 10 prosent vil etter NPEs vurdering kunne gi liten grad av kompensasjon for de sjeldne tilfellene sikkerhetsventilen er ment å fange opp. Dette gjelder særlig hvor det matematisk beregnede menet plasserer skaden i en av de lavere gruppene.

Sikkerhetsventilen skal i hovedsak fange opp tilfeller hvor erstatningssøkeren på forhånd har en skade eller tilstand som i særlig stor grad forsterker virkningene av pasientskaden. Etter NPEs vurdering skal ikke enhver som har en skade eller plage fra før, ha rett til høyere erstatning enn andre med samme pasientskade. Vurderingskriteriet må være om kombinasjonen av tidligere skader/helsetilstand og den nye pasientskaden, fører til at pasientskaden rammer en skadelidt vesentlig hardere enn den ellers ville ha gjort. Et eksempel som er brukt er en skadelidt som før skaden har en ubrukelig høyre arm og som så ved en skade mister et bein. Den tidligere skaden fører til at skadelidte ikke kan gå ved hjelp av krykker, og dette gjør den nye skaden ekstra byrdefull. NPEs referansegruppe støtter at det skal gis en egen sikkerhetsventil som gir grunnlag for gruppeopprykk i særlige tilfeller.

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.

Økt erstatning på individuelt grunnlag er lite brukt i rettspraksis, noe som beskriver at dette kun skal skje i helt spesielle tilfeller. Det kan derfor stilles spørsmål ved om det er tilstrekkelig å ha muligheten til å rykke opp en gruppe, og ikke også to slik yrkesskedeforskriften åpner for. Det er vanskelig å se for seg skadetilfeller hvor det kan være aktuelt å tilkjenne menerstatning to grupper høyere enn den medisinske invaliditeten tilsier. Dette er det heller ikke praksis for i pasientskadeordningen. Å begrense sikkerhetsventilen til opprykk med en gruppe vil gi en enklere regel med færre tvistepunkter, samtidig som behovet for en individuell vurdering i de helt spesielle tilfellene er hensyntatt. Etter dette foreslår NPE at det i særlige tilfeller kan gis erstatning med én gruppe høyere enn den medisinske invaliditeten tilsier.

NPE finner at sikkerhetsventilen kan omfatte tilfeller hvor kravet til betydelig skade i utgangpunktet 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, og skaden må gjøre seg særlig merkbar for pasienten. I slike tilfeller kan det tilkjennes menerstatning etter gruppe 1 (som gjelder men mellom 15-24 prosent), selv om den fastsatte invaliditeten er lavere enn 15 prosent.

NPE slutter seg til innspillet fra NPEs referansegruppe om at det er behov for en sikkerhetsventil for enkelte tilfeller hvor skadelidte får en særlig stor pasientskade, men hvor skadeperioden er noe kortere enn ti år. NPE mener sikkerhetsventilen særlig vil gjelde unge skadelidte som får sin livsutfoldelse sterkt redusert i en særlig sårbar alder. I slike tilfeller kan det være grunnlag for en tidsbegrenset menerstatning. Det vises til at Høyesterett i Rt-2003-841 tok hensyn til skadens varighet, og tilkjente menerstatning for en skadeperiode på ti år. Det er i tråd med dette tatt inn i andre ledd i § 7 at dersom skaden er særlig stor, kan også en noe kortere skadeperiode enn ti år gi grunnlag for tidsbegrenset menerstatning.

## **§ 8 Dødsfall**

Det følger av § 3-10 første ledd i skl. at krav på erstatning etter lovens § 3-2 ikke kan overføres ved arv, så lenge krav ikke er meldt til NPE. Menerstatning skal gis for den perioden som skadelidte har behov for å få kompensert tapt mulighet for livsutfoldelse. Dersom skadelidte har gått bort, og erstatning blir krevd av etterlatte, er det ikke lenger grunnlag for å utbetale menerstatning for fremtiden. Det utbetales 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, skal menerstatningen fastsettes til summen av årlig menerstatning fra



skadevirkningstidspunktet frem til dødsfallet, jf. § 8 andre ledd. Da vil erstatningsbeløpet bli utbetalt til arvingene.

## **§ 9 Ikrafttredelse**

NPE foreslår at forskriften skal gjelde for søknader om pasientskadeerstatning som er meldt til NPE etter 01.01.2020.

## **Del II. Invaliditetstabell**

Del II og III i forskriften har en tilsvarende inndeling som i yrkesskedeforskriften. De fleste av punktene er beholdt uendret fra denne forskriften. Punktene som er endret er nærmere omtalt nedenfor. Disse punktene er rammet inn i tabellen under.

Det følger av § 4 at invaliditetsgraden skal fastsettes på grunnlag av tabellen i del II og III. For skader som ikke er med i tabellen, skal invaliditetsgraden fastsettes på grunnlag av en skjønsmessig sammenligning med andre punkter i tabellen. Det skal da vurderes hvilke symptomer og funksjonstap det er mest naturlig å sammenligne skaden med. Invaliditetsgraden er fastsatt ut fra det funksjonstapet som en skade eller sykdom erfaringsmessig medfører for en person.

### **Kvinnelige kjønnsorganer**

Det er utarbeidet en egen tabell for skader på de kvinnelige kjønnsorganer fordi tabellen i yrkesskedeforskriften punkt 7.4 har slått sammen skadefølger for kvinner og menn, uten at det i tilstrekkelig grad er tatt hensyn til ulikheter mellom kjønnene. I tillegg har det skjedd en medisinsk utvikling som gjør at man i dag har et større og bedre behandlingstilbud for enkelte tilstander som man tidligere ikke kunne avhjelpe. Dette påvirker størrelsen av medisinsk invaliditet, og tabellen som foreslås forskriftsfestet her tar hensyn til dette.

Kjønnsorganer har tre funksjoner: seksualitet, reproduksjon og hormonproduksjon som delvis overlapper hverandre. Tabellen tar utgangspunkt i skade/tap av de ulike organene. Med dette menes at organene blir påført funksjonstap eller blir operert ut slik at hele organet går tapt.

Kvinnens naturlige fruktbarhet reduseres sterkt fra ca. 40 år, og opphør av eggstokkfunksjonen ventes ved overgangsalder ved ca. 50-52 år. Eggstokkene har fortsatt en viss hormonproduksjon etter overgangsalderen frem til ca. 60 år. Kvinnen kan fungere seksuelt uten egne eller tilførte hormoner. Sviktende hormonproduksjon kan kompenseres ved hormontilskudd. Livmor og eggledere har bare betydning for det å kunne få barn, ellers har de ingen funksjon.

Tabellen om kvinners kjønnsorganer er 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 også her utvidet, og delt opp noe mer enn punkt 7.4 i yrkesskedeforskriftens

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.

For eggledere, livmor og hypofysesvikt er det laget nye punkter. Disse er ikke eksplisitt nevnt i tabellen i yrkesskedeforskriften.

Ved vurdering av skadeomfanget skal det tas hensyn til at noen skader kan kompenseres ved assistert befruktning (prøverørsbehandling) og ved tilførsel av kjønns hormoner. Visse andre behandlingstilbud (som eggdonasjon, surrogati eller livmortransplantasjon) er mulige, men ikke tillatt i Norge. Tabellen som foreslås her er basert på norske lover og regler, og tar ikke hensyn til andre lands behandlingstilbud.

I forslaget er det tatt hensyn til at kjønnsorganer delvis har en begrenset funksjonstid, og at det har skjedd en medisinsk utvikling som avhjelper enkelte skadefølger bedre enn tidligere. Dette medfører at enkelte punkter i ny tabell vil ligge lavere enn i punkt 7.4 i tabellen i yrkesskedeforskriften.

NPE foreslår etter dette et nytt punkt 7.4.1 i tabellen for kvinnelige kjønnsorganer.

## **Mannlige kjønnsorganer**

En naturlig konsekvens av å lage en egen tabell for kvinnelige kjønnsorganer, var å revidere punktene som ble igjen under 7.4 i yrkesskedeforskriften om mannlige kjønnsorganer.

Det har blitt spilt inn at det er flere vurderinger som er vanskelige med yrkesskedeforskriftens punkt 7.4 fordi den ikke er revidert i tråd med medisinsk utvikling på dette området.

I dag er det et forbedret behandlingstilbud som igjen bidrar til å redusere størrelsen på medisinsk invaliditet. Dette er særlig knyttet til punkter som omhandler funksjonstap for ytre kjønnsorganer, tap av en testikkel når den andre ikke fungerer optimalt og ereksjonssvikt. Dagens yrkesskedeforskrift punkt 7.4 viser også en del inkonsistens mellom de forskjellige punktene.

Den nye tabellen legger derfor opp til at man omtaler funksjonene (ereksjonssvikt, infertilitet) direkte, og går vekk fra å bruke det upresise begrepet seksualfunksjon. I tillegg til tap av funksjon kan noen skader gi en medisinsk invaliditet på grunn av et vesentlig endret utseende. Den nye inndelingen er ment å gjøre vurderingen enklere. Alder skal med i vurderingen der det er naturlig å legge vekt på denne.

Den nye tabellen tar hensyn til at funksjonssvikt kan bli avhjulpet på en annen måte i dag enn tidligere. Dette gjelder for eksempel ved infertilitet ved at sæd kan fryses ned, ereksjonssvikt som kan behandles med medikamenter eller implantat, og inkontinens som kan behandles ved operasjon.

NPE foreslår etter dette et nytt punkt i tabellen 7.4.2 for mannlige kjønnsorganer.

## **Urinrørskade**

En konsekvens av at NPE har valgt å dele tabellen om kjønnsorganer inn i egne punkter for menn og kvinner, er at punktet som gjelder urinrørskade på begge kjønn ble stående

igjen. Da det er mer naturlig å omtale skader på urinrøret sammen med andre skader i urinveiene, foreslår NPE at dette fellespunktet flyttes og settes sammen med øvrige punkter om urinveiene.

Innholdsmessig er det gjort enkelte justeringer i nytt punkt om urinrørskade som gjenspeiler at det har vært en medisinsk utvikling, og et endret behandlingstilbud, som for eksempel dagens mulighet til rekonstruksjon av urinrør.

NPE foreslår etter dette et nytt punkt 7.7 i tabellen for urinrørskade.

## **Smerter**

Det er et behov for å regulere smertetilstander i et eget kapittel om smerter i den nye forskriften.

Dagens tabell i yrkesskedeforskriften har ikke noe eget kapittel som omhandler smertetilstander generelt. Smerte er nevnt enkelte steder i tilknytning til noen medisinske områder, men flere punkter mangler helt en slik angivelse. I disse tilfellene må man foreta en skjønnsmessig sammenligning med et annet punkt i tabellen. I praksis er det eksempler på at slike sammenligninger blir gjort på forskjellig måte for like tilstander.

Det er stor variasjon i måten smerte er beskrevet på og fastsatt i yrkesskedeforskriften. Det mangler felles kriterier for å kunne bedømme omfanget av en smertetilstand. Det er ikke alltid lett å forstå hvorfor tilsynelatende lik smertebeskrivelse gir ulik uttelling under de forskjellige medisinske områdene.

Smerte opptrer i ulike sammenhenger i pasientskadesakene. Enkelte ganger er smerte den eneste pasientskaden, andre ganger opptrer den sammen med en primærskade eller den eksisterer fra før og utgjør en inngangsinvaliditet.

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. I slike tilfeller vil det imidlertid være viktig å undersøke pasientens funksjonsnedsettelse. Den vil kunne gi verdifull informasjon om smertens karakter. For å finne ut av dette må det innhentes informasjon om smerteintensitet, frekvens og respons på behandling. Det bør også innhentes informasjon om i hvilken grad smertetilstanden påvirker dagliglivets aktiviteter (ADL), deltagelse i arbeidslivet, psykisk helse, sosiale aktiviteter og nattesøvn.

I praksis ser man at det ikke alltid foreligger oppdatert og tilstrekkelig informasjon om disse forholdene. Det har også kommet innspill om at det er en fare for at denne typen informasjon ikke blir korrekt når den innhentes i ettertid. Det kan være vanskelig for pasienten å huske tilbake, og dermed gi et korrekt bilde av hvordan smerten har utviklet seg og påvirket funksjonsnedsettelsen. NPE mener derfor det i disse tilfellene blir ekstra viktig å forsøke å innhente «tidsnær» dokumentasjon fra skadehendelsen.

Et annet problem som er meldt inn er at det er kjent at smerter kan brenne ut etter noe tid, slik at det kan være usikkert om varighetskravet for rett til menerstatning er oppfylt. Dette er noe som medisinsk sakkyndig må ha et ekstra fokus på og forsøke å verifisere, for

eksempel gjennom henvisning til forskningsresultater og erfaringer med aktuelle smertetilstand.

Under utarbeidelsen av tabellen om smerter, har det vært særlig to faglige innfallsvinkler til tabellens innhold. En generell tabell om smerte og en med smerte knyttet til de ulike medisinske områdene. 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.

Fordi temaet er spesielt komplekst, har arbeidet med å lage en generell smertetabell/smertepunkt vært krevende og tatt lang tid. Løsningen som nå er foreslått er basert på omfattende informasjon og bred involvering fra flere ulike aktører. Det har blitt gjennomført en spørreundersøkelse for å kartlegge behovet for en egen smertetabell. Denne ble besvart av ulike medisinske spesialister, som etter avtale med NPE tar oppdrag som sakkyndig, saksbehandlere i NPE, og enkelte saksbehandlere og sakkyndige i Helseklage. Ulike utkast av tabeller er diskutert og testet ut av medisinsk sakkyndige, og det er sett hen til løsninger i andre land. Det er også rettet henvendelser til våre naboland.

Det svenske forsikringselskapet Lof, som behandler pasientskadesaker i Sverige, bruker den medisinske invaliditetstabellen som er utarbeidet av Svensk Försäkring. Det fremgår av punkt 1.4.2 i denne tabellen at vanlige smertetilstander er innbakt i rammeverket for de ulike skadene. Gjenstår det en smertetilstand klart utover det som kan forventes, kan det gis et tillegg for smerte etter punkt 2.1.6. I praksis blir dette punktet brukt på alle typer smertetilstander. Man vurderer smerter og dens følgetilstander uavhengig av hva som har forårsaket smerten. Rammeverket i 2.1.6 gir opptil 35 prosentpoeng.

Lof har oppgitt at det generelt sett er uvanlig med tillegg over 10-15 prosent, i så fall dreier det seg om kraftige smertetilstander. Det vanligste er vurderinger i området 10-15 prosent. For å tilstrebe likebehandling er det laget en eksempelsamling på nettet, «Referensfall till medicinsk invaliditet skador – smärta», som skal bidra til å samkjøre skjønn og vurderingene.

I forslaget er det valgt en delt løsning hvor man nå får muligheten til å gi 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. 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 i dag under innledning til kapitlene 3 og 4 om ortopediske tilstander.

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. Flere har ønsket gruppeinndeling i tabellen fordi det oppleves som et bedre verktøy enn bare ett punkt. Ett punkt gir større rom for skjønn og det er økt fare for at like tilstander vurderes ulikt. Dette punktet kan brukes istedenfor de øvrige punktene i tabellen der pasientens sterke smerter er den vesentligste delen av skaden.

Fordi punktet også gjelder for tilstander uten objektive funn, mener NPE det er grunn til å sette et tak på smertetilstanden på 35 prosent medisinsk invaliditet. Er smerten den eneste

skaden, vil man kunne få utbetalt erstatning etter gruppe 3. Er smerten en egen tilstand i tillegg til andre separate skader, må punktet samordnes med andre punkter i tabellen på vanlig måte. Størrelsen på 35 prosent er i samsvar med nivået i den svenske tabellen. I forslaget til ny tabell er det sett hen til svenskenes erfaring med at et spenn på 0-35 prosent fører til ulikheter, og at det i praksis likevel er spennet mellom 0-15 som blir mest brukt.

Det er andre punkter i tabellen som omhandler smertetilstander som er satt høyere enn 35 prosent medisinsk invaliditet. Det kan diskuteres om det generelle punktet som er foreslått er satt for lavt.

Et eksempel hvor det er angitt høyere invaliditet er punktet om causalgi i 3.10 og 4.11, som gjelder skade/sykdom på over- og underekstremiteter. Det er her angitt et spenn på 50-70 prosent invaliditet. Punktet er lite brukt i praksis og hvis det kommer til anvendelse, er vurderingen basert på spesifikke objektive medisinske kriterier som er utviklet over tid på dette området.

Det at det finnes enkelte punkter i tabellen som gir høyere medisinsk invaliditet enn 35 prosent, mener NPE i seg selv ikke er nok til å sette det generelle punktet om smerter høyere i ny tabell.

Ut fra en samlet vurdering har NPE kommet til at det er en rimelig løsning at øvre grense for smerter settes til 35 prosent.

Erfaringen med arbeidet har vist at det er vanskelig å få til en optimal løsning. NPE mener imidlertid at løsningen som er valgt i ny tabell er god, og vil være et verktøy som forenkler fastsettelse av medisinsk invaliditet på smertetilstander som mangler regulering i dag. I tillegg vil den føre til mer likebehandling, forutberegnelighet og bidra til å redusere tvister om dette temaet.

Det generelle punktet om smerte gjelder bare der andre punkter i forskriften ikke nevner noe spesifikt om smerte.

For å klargjøre når tabellen kan brukes, er det tatt inn en setning om dette under innledningen til forskriftens del II om Invaliditetstabell. Det fremgår der at det i de enkelte punktene er tatt hensyn til de funksjonstapene, smertene og psykiske plagene som er vanlige følger av skaden. For andre smertetilstander gjelder kapittel 10 og øvrige punkter i tabellen hvor smerte er spesielt omtalt.

NPE foreslår etter dette et nytt kapittel 10 om smerte.

## **Fordøyelsessystemet**

På dette medisinske området har det skjedd en stor utvikling og behovet for å lage en ny tabell har vært særlig stort. Dette området var derfor et av to som ble tatt inn i NPEs interne tabell i 2016. Tabellen viser at det var behov for å lage flere nye punkter. Disse er tatt inn under pkt. 7.1.

Når det for eksempel gjelder levertransplantasjon som ikke er nevnt i yrkesskadeforskriften, har det vært vanlig å sammenligne med nyretransplantasjon.

Medisinske fremskritt har kommet langt siden 1997, og resultatene ved både nyre- og levertransplantasjon er gode og med færre følgetilstander enn hva som var tilfellet tidligere. Vellykket levertransplantasjon gir i dag en mye lavere invaliditetsgrad enn tidligere; noe som gjenspeiles i ny forskrift.

## Hjerte

Innenfor pasientskadeområdet er det en del saker som gjelder forsinket diagnose og behandling av hjerteinfarkt. Pasienten har fått en skade på hjertet i form av hjertesvikt, som kunne vært unngått ved riktig diagnostikk og behandling.

I yrkesskedeforskriften vurderes hjertesvikt ut fra en funksjonsklassevurdering basert på et mål på hjertets pumpefunksjon. Et infarkt medfører at en del av hjertemuskelen dør og erstattes av arr på hjertemuskelen. Denne skaden som per definisjon er en hjertesvikt, har umiddelbart ikke stor betydning for funksjonen og gir ikke en varig invaliditet etter dagens invaliditetstabell. Som regel har pasienten kun fått et noe forlenget sykdomsforløp, og mange saker ender opp uten utbetaling.

En hjertesykdom som i øyeblikket gir beskjedent funksjonstap, kan likevel være alvorlig fordi den raskt kan bli verre og eventuelt medføre død. Den som for eksempel trenger massiv hjertesviktmedisinering for å fungere, har ikke lenger reserver å gå på. I tillegg til å måtte leve med uheldige bivirkninger av medisineren, vil prognosen være vesentlig dårligere ved en ny «hjertehendelse». Ved innsatt pacemaker, hjertestarter eller mekanisk hjerteventil har pasienten livslang økt risiko for infeksjoner og komplikasjoner. Disse pasientene vil rent statistisk leve kortere enn hjertefriske. Dette er en psykisk belastning for disse pasientene, som det bør gis erstatning for.

NPE mener at invaliditeten ved hjerteskaader i hovedsak skal avgjøres på bakgrunn av den aktuelle funksjonsevnen, men at det i en viss grad også skal vektlegges andre forhold. Tilleggsfaktorer det skal legges vekt på er tatt inn i innledning under punkt 6.1. Det er ingen endringer i forhold til skader på lunger.

NPE foreslår et nytt punkt 6.1.5 for vellykket hjertetransplantasjon. En hjertetransplantasjon medfører immunhemmende behandling som gir økt infeksjonsfare og en akselerert åreforkalkningsprosess. Pasienter må ta medisiner som gir betydelige bivirkninger, og jevnlig ha omfattende og besværlige kontrollundersøkelser.

## Cerebral parese (CP)

Tabellen i yrkesskedeforskriften har ikke et eget punkt om CP. Det innebærer at medisinsk invaliditet i dag fastsettes ved en skjønnsmessig sammenligning med andre punkter i tabellen. I praksis er det vanlig å sammenligne invaliditeten med punktene 1.8 om hemiparese, punkt 1.9 om demens, eller 8.1.2 dersom det er det funksjonsmessige utfallet gir best sammenligningsgrunnlag.

Dagens situasjon gjør at det er stort rom for skjønn. En uheldig konsekvens av dette er at forholdsvis like skader kan bli vurdert ulikt. Det kan også være mer tidkrevende for sakkyndig som skal vurdere skaden. I tillegg kan skjønnsmessige vurderinger være vanskelig å etterprøve.

Forslaget til ny tabell er utarbeidet i samarbeid med Finans Norge.

Etter ny tabell skal medisinsk invaliditet fastsettes til en samlet prosent når sakkyndig har vurdert skaden basert på barnets grovmotorikk, håndfunksjon og kommunikasjon.

Tabellen er delt inn i fem nivåer, der nivå 1 er barn med den aller beste funksjonen. Barn i nivå 1 vil for eksempel normalt gå uten begrensninger. Nivå 5 representerer de aller dårligste barna, som er helt avhengig av assistanse, har dårlig kommunikasjon selv med kjente samtalepartnere og transporteres i rullestol.

Vurderingene av nivået 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. Funksjonssystemene er godt kjent i praksis.

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

Utkastet til ny tabell har vært forelagt saksbehandlere og flere spesialister som etter avtale med NPE tar oppdrag som sakkyndig. Tilbakemeldingene har vært positive. Det er blant annet pekt på at den nye tabellen er et godt verktøy og vil gjøre vurderingen av medisinsk invaliditet mer treffsikker. Det er også kommet innspill om at nivåene for medisinsk invaliditet harmonerer godt med andre punkter i tabellen.

NPE går etter dette inn for å forskriftsfeste ny tabell om CP. NPE mener tabellen vil være mer treffsikker og samtidig gjøre det enklere å fastsette medisinsk invaliditet. I tillegg fremstår tabellen som riktigere og mer rettferdig enn dagens verktøy.

## **4 Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene**

Forslaget til ny del 1 om pasientskader er i hovedsak en presisering og kodifisering av gjeldende rett. Imidlertid vil presiseringene i del 1 gjøre vilkårene for å få menerstatning lettere tilgjengelig for erstatningssøkerne. Se for eksempel vilkårene i § 3 om varighetskravet på 10 år og en invaliditetsgrad på minst 15 prosent.

Etter høyesterettsdommen i Rt-2015-820 har NPE brukt en god del ressurser, særlig ved innhenting av medisinske sakkyndige vurderinger, for å undersøke om erstatningssøkeren har en inngangsinvaliditet som det skal tas hensyn til ved beregningen av menerstatningen. Forslaget om å fravike Høyesteretts dom, og gå tilbake til tidligere praksis hvor hovedregelen er separasjonsprinsippet, vil frigi ressurser ved at det vil være et mindre behov for medisinske utredninger. Erfaringsmessig vil menerstatning beregnet

etter separasjonsprinsippet gi høyest erstatning, men i enkelte tilfeller vil endringen kunne føre til at det i noen få saker vil bli utbetalt en noe lavere menerstatning.

Sikkerhetsventilen vil imidlertid kunne fange opp slike tilfeller, og gi høyere erstatning hvis pasienten på forhånd har en tilstand eller skade som i særlig stor grad forsterker virkningene av pasientskaden.

Endringene i forskriftens del II om fastsettelse av invaliditetsgraden vil slå noe ulikt ut avhengig av hvilket medisinsk område som erstatningssaken gjelder. Noen skader vil bli vurdert høyere, mens andre lavere. Samlet sett vil det sannsynligvis ikke bli noen økonomiske endringer.

For eksempel vil erstatningssøkere med hjerteskader i noen tilfeller få tilkjent menerstatning der de tidligere ikke ville fått. Motsatt vil skader på noen av de kvinnelige kjønnsorganene ikke lenger føre til menerstatning for kvinner over en viss alder.

Når det gjelder smerteskader innebærer ikke forslaget at flere skal ha rett til menerstatning, men at det skal være mindre behov for å sammenligne med andre punkter i tabellen. Dette vil igjen føre til at disse skadene vurderes på en mest mulig ensartet måte.

Innenfor fordøyelsessystemet er del II bygget ut med mange nye punkter, så det er vanskelig å ha noen sikker formening om menerstatningen innen dette området vil øke eller minke totalt sett. Imidlertid er de aller fleste nivåene innenfor rammen til yrkesskadetabellen.

Når det gjelder administrative konsekvenser vil det etter NPEs syn bli lettere å fastsette medisinsk invaliditetsgrad og utmåle menerstatningen.

Samlet sett mener NPE at forslaget vil føre til at saksbehandlingen blir mer effektiv og at det vil bidra til kortere saksbehandlingstid.