



Utvalg: Menerstatning - inngangsinvaliditet

Innholdsfortegnelse

Norges Høyesterett - HR-2015-1362-A - Rt-2015-820	3
Eidsivating lagmannsrett - LE-2014-125	10
Agder lagmannsrett - LA-2014-52993	22
Sør-Østerdal tingrett - TSOST-2013-53953	45
Oslo tingrett - TOSLO-2015-206595	57
Oslo tingrett - TOSLO-2015-12190	62
Menerstatningsberegning - Rt-2015-820	73
Erstatningsnemnda for voldsofre - ENV-2016-3990	75
Erstatningsnemnda for voldsofre - ENV-2016-2645	78
Erstatningsnemnda for voldsofre - ENV-2016-1704-2	82
Erstatningsnemnda for voldsofre - ENV-2016-2325	84
Erstatningsnemnda for voldsofre - ENV-2016-1051	87
Erstatningsnemnda for voldsofre - ENV-2016-1024	90
Erstatningsnemnda for voldsofre - ENV-2016-1023	93
Erstatningsnemnda for voldsofre - ENV-2016-2142	96
Erstatningsnemnda for voldsofre - ENV-2016-1704-1	99
Erstatningsnemnda for voldsofre - ENV-2015-4143	102
Pasientskadenemnda - PSN-2016-327	105
Pasientskadenemnda - PSN-2015-7007	111
Pasientskadenemnda - PSN-2015-2576	115
Pasientskadenemnda - PSN-2015-2475	119
Pasientskadenemnda - PSN-2015-8959	125
Pasientskadenemnda - PSN-2015-2729	129
Pasientskadenemnda - PSN-2015-2272	134
Pasientskadenemnda - PSN-2015-3614	141
Pasientskadenemnda - PSN-2015-2652	144
Pasientskadenemnda - PSN-2015-9129	148
Pasientskadenemnda - PSN-2015-11944	152
Pasientskadenemnda - PSN-2015-2309	156
Pasientskadenemnda - PSN-2015-2494	161
Pasientskadenemnda - PSN-2015-2330	167
Pasientskadenemnda - PSN-2015-7072	175
Pasientskadenemnda - PSN-2015-2418	181
Pasientskadenemnda - PSN-2015-2296	184
Pasientskadenemnda - PSN-2015-2273	189
Pasientskadenemnda - PSN-2015-5372	195
Pasientskadenemnda - PSN-2015-2408	204

Pasientskadenemnda - PSN-2015-3468	210
Pasientskadenemnda - PSN-2015-2311	215
Pasientskadenemnda - PSN-2015-3641	220
Pasientskadenemnda - PSN-2015-5276	226
Pasientskadenemnda - PSN-2015-2405	234

Norges Høyesterett - HR-2015-1362-A - Rt-2015-820

Instans	Norges Høyesterett - Dom.
Dato	2015-06-26
Publisert	HR-2015-1362-A - Rt-2015-820
Stikkord	Erstatningsrett. Ménerstatning. Inngangsinvaliditet.
Sammendrag	En kvinne ble i en trafikkulykke påført skader som medførte medisinsk invaliditet på 40 %. Hun hadde på ulykkestidspunktet en inngangsinvaliditet på 41 %. Høyesterett kom til at ménerstatningen etter skadeserstatningsloven § 3-2 i et tilfelle som dette skulle fastsettes med det såkalte differanseprinsippet som utgangspunkt. Dette innebærer at erstatningen fastsettes ut fra differansen mellom den medisinske invaliditeten etter skaden og den invaliditet som grunnskaden isolert sett hadde utgjort. Det ble også uttalt at det såkalte separasjonsprinsippet, hvoretter det ses bort fra grunnskaden og vurderes isolert hvilken medisinsk invaliditet den etterfølgende skaden har påført skadelidte, setter en nedre grense for ménerstatningen.
Saksgang	Sør-Østerdal tingrett TSOST-2013-53953 - Eidsivating lagmannsrett LE-2014-125 - Høyesterett HR-2015-1362-A, (sak nr. 2014/2339), sivil sak, anke over dom.
Parter	Gjensidige Forsikring ASA (advokat Kjell Mandal) mot A (advokat Merete Bårdsen - til prøve).
Forfatter	Normann, Stabel, Indreberg, Ringnes, Skoghøy.

-
- (1) Dommer **Normann**: Saken gjelder utmåling av menerstatning i et tilfelle hvor skadelidte har en funksjonssvikt eller er skadet fra før.
 - (2) A er født 0.0.1972. Den 20. januar 2006 ble hun utsatt for en bilulykke. En møtende bil kom under oppbremsing over i hennes kjørebane og frontkolliderte med bilen hun var fører av.
 - (3) I den rettsoppnevnte sakkyndiges erklæring er realskadene beskrevet slik:

«A ble innlagt Lillehammer sykehus med ambulanse. Det beskrives bevisstløshet da ambulansepersonellet kom til, og hun var litt desorientert ved innleggelsen på sykehuset (Glasgow Coma Scale 14). Det ble påvist et 12 cm kutt i pannen og hun hadde skader i form av brudd i venstre kragebein, brudd i brystbeinet, brudd i leggbeinet rett under venstre kne med bruddlinje i kneet samt brudd fortil på 2. korsryggvirvel (L.2). Videre hadde hun skade av lunge med luft i brysthulen og bløtdelsskade venstre underarm. CT-undersøkelsen av hode og nakke viste ikke noe sikkert galt. Hun ble operert for leggbeinsbruddet 4 dager etter ulykken og utskrevet fra sykehuset 10 dager etter ulykken.»
 - (4) Om virkningene av de skadene hun ble påført, heter det blant annet:

«Hun opplever lammelser i venstre ben til og fra, disse lammelsene kan komme spontant og gjør at benet kan svikte. Hun går med krykker, eller bruker rullestol. Hun angir ellers smerter rundt kneet på venstre side, og hun har fått fjernet jernet etter operasjonen, men hun har fortsatt stikkende og plagsomme smerter.»
 - (5) Fra den sakkyndiges avsluttende vurdering hitsettes:

«Ulykken hadde utvilsomt et betydelig skadepotensial og hun ble umiddelbart innlagt sykehus med mutiple skader. Hun har nå først og fremst ryggplager, smerter og tidvis nevrologiske utfall i venstre ben samt arrforandringer, som mest sannsynlig er relatert til den aktuelle bilulykke. Bruddskaden i ryggvirvel L.2 er behandlet med avstivning mellom L.1 og L.3, angivelig uten vesentlig effekt på ryggplagene. Hun har således, etter min vurdering, en tilstand med betydelige smerteplager, nedsatt funksjon og bevegelighet, samt objektive skaderelaterte skjelettforandringer i korsryggen, noe som etter min skjønnsmessige vurdering kvalifiserer til en medisinsk invaliditetsgrad tilsvarende punkt 2.3.3 i 'Forskrift om ménerstatning ved yrkesskade' av 21. april 1997, det vil si 20-30 %, skjønnsmessig 25 %.

...

Tilstanden i venstre kne og underekstremitet for øvrig, vil ... mest sannsynlig ha årsakssammenheng med den aktuelle lokale skade, og som dr. Kirkeby konkluderer med er 15 % i medisinsk invaliditetsgrad for dette relativt rimelig anslag, etter punkt 4.7.2.»

- (6) Den skadelidte har også enkelte andre plager som antas å kunne tilbakeføres til ulykken i 2006. Den skaderelaterte medisinske invaliditetsgraden som følge av denne ulykken er på denne bakgrunn satt til 40 % i samordnet sum.
- (7) A hadde også vært utsatt for bilulykker i 2001 og 2002. Det fremgår videre av den sakkyndiges erklæring at det er dokumentert generelle lærevansker gjennom grunnskolealderen og betydelige adferdsproblemer, med innleggelse på psykiatrisk avdeling i 1990. Det refereres mye fysisk mishandling fra slekt og kjæreste fra 1991. Inngangsinvaliditeten er satt til 41 % i samordnet sum.
- (8) Partene er enige om at de oppgitte invaliditetsgrader skal legges til grunn.
- (9) Gjensidige Forsikring ASA - Gjensidige - har erkjent ansvar for ulykken etter bilansvarsloven. For tingretten og lagmannsretten gjaldt tvisten hele forsikringsoppjøret, mens den for Høyesterett bare gjelder hvorvidt og i tilfelle på hvilken måte det ved fastsettelsen av menerstatning etter skadeserstatningsloven § 3-2 skal tas hensyn til den inngangsinvaliditet A hadde på skadetidspunktet.
- (10) Ved utmåling av menerstatning der skadelidte har en funksjonssvikt eller er skadet fra før, har det vært operert med tre mulige prinsipper. Jeg finner det hensiktsmessig innledningsvis å redegjøre for disse, slik de er gjengitt i Rt-2006-871:
 - «(7) Med bruttoprinsippet menes at erstatningen fastsettes ut fra den samlede medisinske invaliditet, uten at det blir gjort noe fradrag for den forutgående invaliditeten, også beskrevet som inngangsinvaliditeten eller grunnskaden.
 - (8) Etter differanseprinsippet fastsettes erstatningen ut fra differansen mellom den medisinske invaliditeten etter skaden og den invaliditet som grunnskaden isolert sett hadde utgjort.
 - (9) Når separasjonprinsippet anvendes, ser man bort fra grunnskaden og vurderer isolert hvilken medisinsk invaliditet den etterfølgende skadevoldende handling har påført skadelidte. Erstatningen beregnes ut fra denne invaliditeten.»
- (11) Dommen gjaldt fastsettelse av erstatning til barn etter skadeserstatningsloven § 3-2a, og prinsippene er sitert i Prop. 110 L (2014-2015) side 49-50.
- (12) Partene er enige om at bruttoprinsippet ikke er aktuelt i saken her. Skadelidte gjør gjeldende at menerstatningen skal utmåles etter differanseprinsippet, mens forsikringsselskapet på sin side hevder at separasjonsprinsippet må komme til anvendelse.

- (13) A brakte ved stevning 21. mars 2013 saken inn for Sør-Østerdal tingrett [TSOST-2013-53953]. Tingretten kom til at menerstatningen skulle utmåles etter separasjonsprinsippet og fastsatte denne til 365 000 kroner.
- (14) A anket til Eidsivating lagmannsrett, som i dom 28. oktober 2014 [LE-2014-125] ga henne medhold i at menerstatningen skulle utmåles etter differanseprinsippet. Lagmannsretten viste blant annet til at de skadene A allerede hadde, gjorde det vesentlig mer byrdefullt å bære de betydelige plagene hun ble påført ved trafikkulykken i 2006 enn det som normalt gjelder ved slike skadefølger. Menerstatningen ble satt til 710 105 kroner. Etter fradrag for et utbetalt å kontobeløp på 114 395 kroner ble Gjensidige pålagt å betale 596 000 kroner i menerstatning.
- (15) Gjensidige har anket til Høyesterett. Anken gjelder rettsans anvendelsen.
- (16) Den ankende part - *Gjensidige Forsikring ASA* - har i hovedtrekk gjort gjeldende:
- (17) Lagmannsretten har tatt feil når den anvender differanseprinsippet. Det finnes ingen rettskildemessig dekning for denne løsningen.
- (18) Det følger av Rt-2000-441 at menerstatning skal utmåles etter separasjonsprinsippet i flerskadetilfellene, men at det i enkelte tilfeller kan gis et skjønsmessig tillegg hvor inngangsinvaliditeten gjør skaden ekstra byrdefull å bære. Separasjonsprinsippet ble også lagt til grunn i Rt-2006-871.
- (19) Gjensidige er ikke kjent med lagmannsrettspraksis der det er prosedert på differanseprinsippet i saker hvor det foreligger en inngangsinvaliditet ingen er ansvarlig for. I slike saker er separasjonsprinsippet benyttet.
- (20) Praksis fra Norsk pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda gir ikke holdepunkter for å anvende differanseprinsippet. I nemndspraksis er prinsippet bare benyttet der pasienten tidligere har fått utbetalt menerstatning eller det foreligger skade i samme organ. Dette er ikke tilfellet her.
- (21) Separasjonsprinsippet er dessuten anvendt i forsikringspraksis siden vedtakelsen av skadeserstatningsloven § 3-2 i 1973.
- (22) Anvendelsen av differanseprinsippet vil virke prosessdrivende. Dette forutsetter at det må foretas en mer inngående vurdering av inngangsinvaliditeten, noe som vil føre til økt behov for medisinsk sakkyndige og dermed også økte kostnader.
- (23) Det er heller ikke grunnlag for å gjøre skjønsmessige tillegg i erstatningssummen eller å utmåle erstatning med utgangspunkt i en høyere invaliditetsgrad - gruppeopprykk. I Rt-2000-441 understreket Høyesterett betydningen av å standardisere erstatningsutmålingen.
- (24) Etter Gjensidiges oppfatning bør menerstatningen som utgangspunkt fastsettes til 445 512 kroner. Selskapet har utbetalt å konto 114 395 kroner. Avrundet aksepterer Gjensidige å betale ytterligere 335 000 kroner.
- (25) Gjensidige Forsikring ASA har nedlagt slik påstand:
«1. Gjensidige Forsikring ASA betaler A kr 335.000,- i menerstatning.»
- (26) Ankemotparten - *A* - har i hovedtrekk gjort gjeldende:
- (27) Lagmannsrettens dom er riktig. Differanseprinsippet skal legges til grunn ved utmåling av menerstatning i alle tilfeller hvor dette fører til det beste resultatet for skadelidte.

- (28) Verken skadeserstatningsloven § 3-2 eller bestemmelsens forarbeider gir veiledning for hvilket prinsipp som skal legges til grunn ved erstatningsutmålingen utover at det skal sees hen til reglene for utmåling av menerstatning etter folketrygdloven ved yrkesskade, og at erstatningen skal utmåles konkret og skjønnsmessig.
- (29) Satsene i tabellen i yrkesskadeforskriften § 3 nr. 1 er progressive. Dette er utslag av et bevisst lovgivervalg, og er begrunnet i at erstatningsutmålingen ellers ville ha gitt en uforholdsmessig stor erstatning for små skader sammenlignet med store. Differanseprinsippet vil gi A større fordel av progresjonen i tabellen.
- (30) Høyesterett har ikke tidligere tatt stilling til spørsmålet på prinsipielt grunnlag, og verken Rt-2000-441 eller Rt-2006-871 gir støtte for at separasjonsprinsippet kommer til anvendelse i denne saken.
- (31) Differanseprinsippet kommer i alminnelighet til anvendelse ved utmåling av erstatning for økonomisk skade, og det er - med unntak av Nygaard i Skade og ansvar, 6. utgave - lagt til grunn i juridisk teori at dette også skal anvendes ved utmåling av menerstatning. Det er ikke mange tilfeller hvor differanseprinsippet ikke vil gi det mest fordelaktige resultatet for skadelidte.
- (32) Dersom menerstatningen skal utmåles etter separasjonsprinsippet, gjøres det subsidiært gjeldende at A har krav på gruppetillegg på én eller to grupper eller et individuelt opprykk som fastsettes skjønnsmessig.
- (33) Ved utmåling etter differanseprinsippet vil menerstatningen utgjøre 841 522 kroner. Til fradrag kommer utbetalt å konto beløp med 114 395 kroner.
- (34) A har nedlagt slik påstand:
 «1. Anken forkastes med den endring at menerstatningen justeres til kr 727 127.
 2. A tilkjennes saksomkostninger for Høyesterett.»
- (35) **Jeg er kommet til** at anken ikke fører frem.
- (36) Om menerstatning heter det i skadeserstatningsloven § 3-2:
 «Har skadelidte fått varig og betydelig skade av medisinsk art, svares særskilt menerstatning. Denne erstatning fastsettes under hensyn til menets medisinske art og størrelse og dets betydning for den personlige livsutfoldelse. Bestemmelsene i § 3-1 tredje ledd gjelder tilsvarende for så vidt ytelsene kan anses å gi kompensasjon for menet.
 Har skadelidte på skadetiden ikke fylt 16 år, utmåles menerstatningen etter § 3-2a.»
- (37) Det fremgår at menerstatning skal kompensere for redusert livsutfoldelse som følge av skaden. Bestemmelsen gir ingen veiledning for hvordan den reduserte livsutfoldelsen skal omsettes til penger, men lovens ordlyd kan synes å legge opp til en rent skjønnsmessig fastsetting.
- (38) I Ot.prp.nr.4 (1972-73) var det foreslått å koble utmålingen til folketrygdens system ved menerstatning etter yrkesskader med tillegg av en tredjedel.
- (39) Dette fikk imidlertid ikke full tilslutning under stortingsbehandlingen. Justiskomiteén uttalte at «... utmålingspraksis ikke bør være så bundet til et bestemt nivå i forhold til de normer som gjelder for menerstatningen i yrkesskadetilfellene som proposisjonen synes å gå inn for». Men også komiteén regnet med at de retningslinjene som er angitt i proposisjonen, til «en viss grad» ville være veiledende for utmålingspraksis, jf. Innst.O.nr.32 (1972-83) side 145.

- (40) Rettspraksis har etter hvert beveget seg i retning av det som ble lagt til grunn i proposisjonen, jf. Nygaard, Skade og ansvar, 6. utgave 2007, side 133 med henvisning til Rt-1977-782, Rt-1981-138 og Rt-1991-697.
- (41) At det ved utmålingen tas utgangspunkt i de standardiserte reglene for menerstatning ved yrkesskade, er kommet særlig klart til uttrykk i Rt-2000-441. På side 447 er det uttalt at det kan «foretas en viss skjønnsmessig vurdering, ut fra ménets betydning for 'den personlige livsutfoldelse'». Men dommen fremhever videre behovet for standardiserte regler om menerstatning, og uttaler at det skal «atskillig til før man går nevneverdig utover det som følger av den nevnte matematiske utregningen», jf. side 448.
- (42) Utgangspunktet for utmålingen av menerstatning er altså regelen om menerstatning ved yrkesskade etter folketrygdlovens regler, jf. forskrift 21. april 1997 som er gitt med hjemmel i folketrygdloven § 13-17 og tillagt en tredjedel. Det fremgår - blant annet av dommen fra 2000 - at det ved utbetaling av menerstatning etter skadeserstatningsloven er grunnbeløpet på oppgjørstidspunktet, og ikke skadetidspunktet, som skal legges til grunn.
- (43) I vår sak er - som jeg tidligere har vært inne på - spørsmålet om hvordan utmåling av menerstatning skal utmåles ved flerskader og annen inngangsinvaliditet. Som jeg tidligere har redegjort for, er de aktuelle prinsippene for utmåling av menerstatning gjengitt i Rt-2006-871.
- (44) Det er et vilkår for å få tilkjent menerstatning at skadelidte har en medisinsk invaliditet på minst 15 %, jf. tabellen som er inntatt i forskriften § 3 nr. 1. Det fremgår av tabellen at menerstatningen ikke øker proporsjonalt med skaden, men progressivt. På grunn av satsenes progresjon kan valget av utmålingsprinsipp gi store utslag ved erstatningsutmålingen.
- (45) Partene har fremlagt et hjelpedokument som viser at separasjonsprinsippet gir det gunstigste resultatet for skadelidte i de tilfellene der inngangsinvaliditeten er svært høy, og der både inngangsinvaliditeten og den aktuelle skaden er lav. I vår sak, der inngangsinvaliditeten og invaliditeten som følge av den aktuelle skaden er henholdsvis 41 % og 40 %, vil anvendelse av differanseprinsippet imidlertid medføre omtrent en dobling av det erstatningsbeløpet som er utregnet etter separasjonsprinsippet.
- (46) Spørsmålet er etter dette hvilket prinsipp det skal tas utgangspunkt i. Høyesterett har ikke tidligere tatt stilling til spørsmålet på prinsipielt grunnlag.
- (47) Gjensidige har anført at det følger av Rt-2000-441 at menerstatning skal utmåles etter separasjonsprinsippet i flerskadetilfellene. Jeg er ikke enig i at dommen kan forstås på den måten. Valget av prinsipp ble ikke problematisert, og spørsmålet var der om det var grunnlag for å gi et skjønnsmessig tillegg til det som fulgte av den matematiske utregningen som etter rettspraksis er utgangspunktet for beregning av menerstatning. I den saken ville for øvrig utmåling av menerstatning etter differanseprinsippet og separasjonsprinsippet ha gitt omtrent samme resultat.
- (48) Jeg kan heller ikke se at Rt-2006-871 løser vårt spørsmål. Saken gjaldt utmåling av barneerstatning, og separasjonsprinsippet ga i det tilfellet høyest erstatning.
- (49) Utgangspunktet for den videre vurderingen må etter mitt syn tas i hva menerstatningen tar sikte på å kompensere. Det fremgår av skadeserstatningsloven § 3-2 at denne er ment å kompensere for skadelidtes reduserte livsutfoldelse som følge av den aktuelle skaden. Dette innebærer at utmåling etter separasjonsprinsippet må være et minimum. Utslaget som den nye invaliditeten gjør, vil imidlertid kunne være vesentlig forskjellig ettersom skadelidte er invalid fra før sammenlignet med om vedkommende hadde vært helt frisk. Livsutfoldelsen reduseres normalt ikke proporsjonalt med invaliditetsgraden, men vesentlig sterkere jo høyere denne er. Som følge av dette vil menerstatning etter separasjonsprinsippet ikke alltid gi tilstrekkelig kompensasjon. Dette bør - slik

jeg ser det - føre til at differanseprinsippet kommer til anvendelse der dette vil gi skadelidte høyere erstatning. På denne måten vil man ved erstatningsutmålingen få tatt hensyn til hvilket nivå inngangsinvaliditeten befinner seg på.

- (50) Alternativet til å benytte differanseprinsippet ville være å utmåle erstatningen etter separasjonsprinsippet for deretter å gi tillegg etter en skjønnsmessig vurdering i flerskadetilfellene. En slik metode ville imidlertid medføre økt usikkerhet og dermed virke prosessdrivende, jf. også Rt-2000-441.
- (51) Gjensidige har gjort gjeldende at administrative og økonomiske konsekvenser tilsier at separasjonsprinsippet må legges til grunn. Det vises til at differanseprinsippet vil medføre økt fokus på inngangsinvaliditeten, at dette vil kreve økt bistand fra den medisinske sakkyndige og dermed bli mer kostnadskreven.
- (52) Jeg ser ikke bort fra at dette kan være riktig et stykke på vei. Men etter mitt syn er dette ingen tungtveiende innvending mot at differanseprinsippet legges til grunn som alminnelig utgangspunkt. Det må uansett vurderes hva som gir skadelidte tilstrekkelig kompensasjon, og da er inngangsinvaliditeten under enhver omstendighet relevant.
- (53) Gjensidige har for øvrig akseptert at differanseprinsippet kommer til anvendelse dersom inngangsskaden har gitt rett til menerstatning og også dersom det samme organet skades på nytt. Det er etter mitt syn vanskelig å se hvorfor det er grunn til å foreta et slikt skille, når det uansett er tale om å kompensere skadelidte for den reduserte livsutfoldelse den siste skaden har medført.
- (54) Jeg er på denne bakgrunn kommet til at differanseprinsippet må danne utgangspunktet for fastsettelsen av menerstatning i flerskadetilfellene, men at erstatning utmålt etter separasjonsprinsippet setter en nedre grense. En slik fremgangsmåte samsvarer godt med hovedregelen om at skadevolder må ta «skadelidte som han er», jf. Lødrup, Lærebok i erstatningsrett, 6. utgave, side 519.
- (55) Erstatningen skal - som nevnt - utmåles etter grunnbeløpet på domstidspunktet. Det fremgår av lagmannsrettens dom at grunnbeløpet i 2014 var 88 370 kroner. Grunnbeløpet ble 1. mai 2015 økt til 90 068 kroner. As fødselsdato var for lagmannsretten uriktig oppgitt å være [--] januar 1972. Korrekt dato er [--] august 1972, og dette er nå hensyntatt. Erstatningen utgjør etter ny beregning 841 522 kroner. A har mottatt et å kontobeløp på 114 395 kroner som kommer til fradrag. Hennes erstatningskrav utgjør etter dette 727 127 kroner.
- (56) Gjensidige har etter avtale påtatt seg å dekke As sakskostnader for de tidligere instanser. For Høyesterett har A fremsatt krav om dekning av sakskostnader på 167 500 kroner inkludert merverdiavgift. I samsvar med hovedregelen i tvisteloven § 20-2, finner jeg at kravet må tas til følge.
- (57) Jeg stemmer for denne
- dom:
1. Gjensidige Forsikring ASA betaler til A 727 127 - sjuhundreogtjuesjutenetthundreogtjuesju - kroner i menerstatning.
 2. I sakskostnader for Høyesterett betaler Gjensidige Forsikring ASA til A 167 500 - etthundreogsekstisjutenfemhundre - kroner.
 3. Oppfyllelsesfristen for begge beløpene er 2 - to - uker fra forkynnelsen av denne dom.
- (58) Dommer **Stabel**: Jeg er i det vesentlige og i resultatet enig med førstvoterende.

- (59) Dommer **Indreberg**: Likeså.
- (60) Dommer **Ringnes**: Likeså.
- (61) Dommer **Skoghøy**: Likeså.
- (62) Etter stemmegivningen avsa Høyesterett denne

dom:

- 1. Gjensidige Forsikring ASA betaler til A 727 127 -
sjuhundreogtjuesjutesenettthundreogtjuesju - kroner i menerstatning.*
- 2. I sakskostnader for Høyesterett betaler Gjensidige Forsikring ASA til A 167 500 -
ettthundreogsekstisjutesenfemhundre - kroner.*
- 3. Oppfyllelsesfristen for begge beløpene er 2 - to - uker fra forkynnelsen av denne dom.*

Eidsivating lagmannsrett - LE-2014-125

Instans	Eidsivating lagmannsrett - Dom
Dato	2014-10-28
Publisert	LE-2014-125
Stikkord	Menerstatning. Trafikkulykke. Skadeserstatningsloven § 3-2.
Sammendrag	Lagmannsretten utmålte menerstatning etter skadeserstatningsloven § 3-2 etter differanseprinsippet. Skadelidte hadde ved skadetilfellet en betydelig inngangsinvaliditet. Skaden ved trafikkulykken ble derfor vesentlig mer byrdefull enn i normaltillfellene. Skadelidte fikk også erstattet påførte utgifter, inntektstap, fremtidige utgifter og utgifter til juridisk bistand.
Saksgang	Sør-Østerdal tingrett TSOST-2013-53953 - Eidsivating lagmannsrett LE-2014-125 (14-000125ASD-ELAG/). Anket til Høyesterett; se dom HR-2015-1362-A.
Parter	A (advokat Idar Hegsethtrø) mot Gjensidige Forsikring ASA (advokat Kjell Mandal).
Forfatter	Lagdommer Terje Hoffmann, lagdommer Randi Egge, ekstraordinær lagdommer Fridtjof Mohr.

Saken gjelder utmåling av erstatning etter trafikkulykke 20. januar 2006.

I spesialisterklæring fra dr. med. Ingunn Rise Kirkeby av 17. januar 2012 er hendelsesforløpet ved trafikkulykken beskrevet slik:

Den aktuelle ulykken skjedde fredag den 20. januar 2006, cirka kl. 15:30, ved Vingrom i Lillehammer. Skadelidte var fører av en 16 år gammel Toyota Corolla. (...) En motgående Chrysler Grand Voyager kom over i feil kjørebane under oppbremsing, og frontkolliderte med skadelidtes bil. Fartsgrensen på stedet er 80 km/t, og motparten oppga sin hastighet i kollisjonsøyeblikket til 50 km/t. Det var betydelige materielle skader på begge bilene. (...) Skadelidte ble kjørt til Lillehammer sykehus med ambulanse (...)

A hadde forut for trafikkulykken i 2006 også vært utsatt for trafikkulykker i 2001 og 2002. Om trafikkulykken i 2001 uttaler tingretten:

Den 05.07 01 var A utsatt for en bilulykke hvor hun slo hodet mot frontruten, var mørbanket og hadde slått benet og tinningen i forbindelse med påkjørsel bakfra. Denne ulykken medførte senere spesialisterklæring av nevrolog Sætre 14.08.04, og det ble konkludert med at nakkeplagene tilsvarte en invaliditet på 10-12 %, hvorav 5-6 % var skaderelatert.

Når det gjelder trafikkulykken i 2002 heter det i tingrettens dom:

Det er opplyst at A var utsatt for en frontkollisjon i 26.02.02 da hun fikk forbigående smerter i venstre legg og venstre tinning. I 2002 ble hun utredet for magesmerter, samt at hun klaget over uklart syn, i perioder daglig hodepine og besvimelse. I 2003 er det anført plager med svimmelhet, besvimelser, synsforstyrrelser og hodepine. Hun hadde også en episode med akutt korsryggsmerter i februar 2003. Plagene var kortvarig og forbigående. Hun var innlagt på Lillehammer sykehus, nevrologisk avdeling, i mars og juli 2003 på grunn av nakkesmerter, hodepine, svimmelhet og besvimmelser.

A hadde dessuten allerede forut for trafikkulykken i 2006 utfordringer i forhold til læring og generell fungering i samfunnet. Om disse forholdene sier tingretten:

A fremmet krav på tidsbegrenset uførestønad/uførepensjon den 03.02.04. Fra søknaden framkommer at hun gjennomførte X barneskole 1.-6. klasse, Y ungdomsskole 7. pluss delvis 8. klasse, Z Kompetansesenter og XX (brøt underveis). Hun angir der «aldri vært i jobb» og angir følgende funksjonsbeskrivelse: «Klarer enkel rengjøring. Trenger hjelp til grundig rengjøring. Får hjelp til stell av hage/uteareal». Årsaken til

søknaden angis som «nakkesmerter, depresjon, hodepine, svimmelhet. Har aldri vært i jobb. Ikke klart å fullføre skolegang». A fikk godkjent søknaden og hadde på tidspunkt for ulykken (i 2006) tidsbegrenset uførepensjon.

A hadde generelle lærevansker gjennom grunnskolealder, og betydelige atferdsproblemer, med innleggelse på psykiatrisk avdeling i 1990.

I tingrettens dom heter det videre om As plager forut for trafikkulykken i 2006:

Psykiater Tjora utarbeider en spesialisterklæring den 15.04.04 hvor det opplyses at A hadde posttraumatisk stresslidelse (etter voldtekt 12 år tidligere), spillelagskap og depresjoner. Det anføres at A ikke er i stand til å prøve seg i arbeidslivet i overskuelig framtid.

I desember 2004 anføres at A har hatt ryggsmarter i flere måneder, og hun fortalte angivelig at hun hadde en lang ryggshistorie fra tidligere. Både i 2004 og 2005 refereres legekonsultasjoner for hodepine, korsryggsmarter, psykososiale problemer, samlivsbrudd, spiseforstyrrelser og komplikasjoner etter overvektskirurgi. Nevropsykologisk rapport av 04.03.05 konkluderte med en rekke funksjonsutfall som kunne stamme fra flere hjerneområder, samt alvorlig personlighetsforstyrrelse. Hun ble antatt å være varig arbeidsudyktig.

I juni 2005 fikk A innvilget midlertidig uførepensjon med ytelse som ung ufør. Det ble bemerket fra trygdekantoret at hun fikk tidsbegrenset uførestønning da det ikke kunne utelukkes at behandling kunne føre til bedring av arbeidsevnen.

Rettsoppnevnt sakkyndig professor dr. med. Johan K. Stanghelle uttaler i sin erklæring av 21. juli 2013 blant annet følgende vedrørende skadeforløpet etter trafikkulykken i 2006:

A ble innlagt Lillehammer sykehus med ambulanse. Det beskrives bevisstløshet da ambulanspersonellet kom til, og hun var litt desorientert ved innleggelsen på sykehuset (Galsgow Coma Scale 14). Det ble påvist et 12 cm kutt i pannen og hun hadde skader i form av brudd i venstre kragebein, brudd i brystbeinet, brudd i leggbeinet rett under venstre kne med bruddlinje i kneet samt brudd fortil på 2. korsryggvirvel (L.2). Videre hadde hun skade av lunge med luft i brysthulen og bløddelsskade venstre underarm. CT-undersøkelsen av hode og nakke viste ikke noe sikkert galt. Hun ble operert for leggbeinsbruddet 4 dager etter ulykken og utskrevet fra sykehuset 10 dager etter ulykken.

Ved kontroll på sykehuset 2 uker etter skaden ble det påvist nedsatt følelse på venstre bens utside, deretter påvist lammelse av evne til å løfte foten (dropfot-peroneuspåse). Dette ble behandlet med skinne. Bruddet i korsryggen ble behandlet konservativt med korsett.

Hun ble behandlet med fysioterapi. Hun hadde ellers mye smerter og var svimmel og uvel, samt at hun hadde søvnvansker hvor hun våknet med bilder av kollisjonen. Hun hadde lammelser i venstre fot (dropfot) av og på, og nevrografi viste ikke noe sikkert galt.

I mai 2006 beskriver primærlegen en tilstand med langvarig smerter i korsryggen etter skaden, samt nedsatt kraft, følesans og smerter i venstre legg etter bilulykken, med lammelse (dropfotfølelse) av og til.

I juni 2006 blir det anført tiltagende smerter i korsryggen, samt tiltagende hodepine og flimrer for øynene.

Ved undersøkelse hos ryggkirurg i september 2006 blir det anført ryggsmarter i betydelig grad og nedsatt bevegelighet i ryggen, og det ble konkludert med at hun kunne ha nytte av avstivning fra virvelen over bruddet til virvelen under (L.1-L.3). Det anføres da bare lette nevrologiske utfall fra venstre ben og smerter som hovedproblem. Hun brukte således sterke smertestillende medisiner.

I januar 2007 ble hun operert med avstivning, som planlagt, L.1-L.3. Ved samtalen 01.07.13 forteller hun at dette til å begynne med hadde relativt god effekt, men at smertene etter hvert tiltok. Det anføres også at hun i mars 2007 anførte at hun ikke var blitt noe bedre etter inngrepet, og at hun var i kontakt med primærlegen både i april og juni 2007 på grunn av korsryggplager.

I september 2007 beskrives episoder med sterke ryggsmarter samt besvimelsestendens, og hun brukte sterke smertestillende midler. Ved kontroll hos ryggkirurgen i desember 2007 blir det anført at ryggen er verre enn før operasjonen, samt at hun har smerter i venstre kne med redusert kraft og bevegelighet i kneet.

I 2008 anføres fortsatt ryggsmarter og mye bruk av sterke smertestillende medisiner, samt kraftsvikt i venstre ben.

I 2009 anføres at hun både har hatt hodeskade, øyeskade og ryggskade samt posttraumatisk stressyndrom med panikkangst etter aktuelle ulykke. I tillegg var hun i økende grad plaget med svimmelhet hodepine og kvalme.

I 2009 får hun innvilget varig uførepensjon med uføretidspunkt fra 1988.

I 2010 hadde hun en episode med hodepine, nummenhet i ansiktet og svimmelhet, og det ble funnet mulig akutt skade av blodkar til hjernen på høyre side (carotidisseksjon, eventuelt pseudoaneurisme). Utredning ved Ullevål sykehus konkluderte med at utposingen på halspulsåren kunne være en følge av spalting av karet (carotidisseksjon eller gammel skade), og det ble funnet grunnlag for å gi blodfortynnende legemidler. Det ble imidlertid ikke konkludert med at disse forandringene kunne gi symptomer og det ble heller ikke anbefalt kirurgisk intervensjon.

I 2011 ble hun innlagt på Elverum sykehus på grunn av vannlatingsbesvær og hun begynte med kateterisering.

I oktober 2011 beskrives økende plager med ryggen siste året, og påvist et lite prolaps. Hun ble imidlertid ikke kirurgisk behandlet.

Det fremgår videre av sakkyndigerklæringen at A opplever lammelser til og fra i venstre ben som gjør at benet kan svikte, og at hun går med krykker, eller bruker rullestol.

Gjensidige Forsikring har erkjent ansvar etter trafikkulykken, men det er ikke enighet om erstatningsutmålingen.

A brakte saken inn for Sør-Østerdal tingrett som den 11. oktober 2013 avsa dom med slik slutning:

1. Gjensidige Forsikring AS frifinnes mot å betale 270 000 - tohundreogsyttitusen - kroner til A innen 2 - to - uker for dommens forkynnelse.
2. Erstatning for sakskostnader tilkjennes ikke.

A har den 14. november 2013 inngitt rettidig anke over tingrettens dom. Gjensidige Forsikring har tatt til motmæle.

Ankeforhandling ble avholdt i Hamar tinghus 23. og 24. september 2014. Det ble ført tre vitner hvorav en privatoppnevnt og en rettsoppnevnt sakkyndig. Det ble ellers foretatt slik dokumentasjon som rettsboken viser.

Ankende part - A - har i hovedtrekk gjort gjeldende:

Det er uomtvistet at A forut for trafikkulykken i 2006 hadde en inngangsinvaliditet på 41 % og at hun ved trafikkulykken ble påført en varig medisinsk invaliditet angitt til 40 % i samordnet sum.

Når det gjelder menerstatning så gjøres det prinsipalt gjeldende at denne skal utmåles etter differanseprinsippet, subsidiært at det skal gis erstatning en eller to grupper høyere enn den medisinske invaliditeten tilsier.

A har krav på dekning av påførte utgifter. Dette gjelder utgifter til medisiner og utgifter til hjelp i hjemmet. A har betalt egenandeler for medisiner med kr 7 700 per år i perioden 2010 til 2013, som må anses å være representative for hele perioden på knapt 9 år fra januar 2006 og frem til i dag. Det kan skjønsmessig fastsettes at om lag halvparten av utgiftene gjelder medisiner som kan knyttes til trafikkulykken i 2006, anslagsvis kr 4 000 per år, kr 35 000 totalt. Når det gjelder utgifter til hjelp i hjemmet kan disse skjønsmessig settes til 1 time per uke á kr 200 per time, dvs. kr 10 000 per år, anslagsvis kr 90 000 totalt for perioden fra 2006 og frem til i dag.

A har videre krav på dekning av fremtidige utgifter til medisiner, hjelp i hjemmet og sosialmedisinske behov. Når det gjelder medisiner har professor dr. med. Stanghelle uttalt at egenandelen kan anslås til ca. kr 12 000 per år, hvorav anslagsvis halvparten - kr 6 000 per år - kan knyttes til trafikkulykken i 2006. Fremtidige utgifter til hjelp i hjemmet vil utgjøre egenandel for kommunal hjelp med kr 7 668 per år. I tillegg vil A ha behov for noe ytterligere hjelp i hjemmet i dårlige perioder, som i følge professor dr. med. Stanghelle vil kunne utgjøre 2-3 uker hver tredje måned, og hvor utgiftene kan anslås til kr 250 per time. A vil dessuten ha utgifter til dekning av sosialmedisinske behov i form av assistanse og følge på feriereiser, kinobesøk og lignende. Utgiftene kan skjønsmessig fastsettes til 3 timer per uke á kr 250, til sammen kr 40 000 per år. Ved utmåling av erstatning for fremtidige utgifter må det hensyntas skatteulempe på 25 % av erstatningsbeløpet.

A har dessuten krav på erstatning for utgifter til juridisk bistand i forbindelse med fremsettelse av erstatningskrav overfor Gjensidige Forsikring, og som ikke er relatert til rettssaken eller forberedelsene til denne. Kravet på kr 90 860 utgjør rimelige og nødvendige kostnader.

Det er nedlagt slik påstand:

1. A tilkjennes - etter retten skjønn -
 - ménerstatning, oppad begrenset til kr 715 000
 - erstatning for påførte utgifter, oppad begrenset til kr 150 000
 - erstatning for fremtidige utgifter, oppad begrenset til kr 900 000
 - erstatning for utgifter til juridisk bistand med kr 90 860
2. A tilkjennes saksomkostninger for tingrett og lagmannsrett.

Ankemothparten - Gjensidige Forsikring ASA - har i hovedtrekk gjort gjeldende:

Det bestrides at det etter gjeldende rett kan anvendes et differanseprinsipp ved utmålingen av menerstatning i en sak som denne. Det er heller ikke grunnlag for gruppeopprykk. Tingrettens utmåling av menerstatning på kr 365 000 må derfor legges til grunn.

Når det gjelder påførte utgifter til medisiner, må det legges til grunn at økningen i medisinbruk frem til As forverrede tilstand rundt 2012/2013 ikke skyldes trafikkulykken i 2006, men var et misbruk av smertestillende medikamenter, og som det ikke kan kreves erstatning for. Det er umulig å ta stilling til om, og tilfelle i hvilken utstrekning, trafikkulykken har medført et økt behov for medisiner. Dette gjelder også i forhold til eventuelle fremtidige utgifter til medisiner. Det gjøres gjeldende at det ikke er grunnlag for å tilkjenne A erstatning for eventuelle utgifter til medisiner i tiden fremover.

Også når det gjelder utgifter til hjelp i hjemmet er det uklart om behovet for slik hjelp skyldes trafikkulykken i 2006, eller andre årsaker som Gjensidige Forsikring ikke er erstatningsansvarlige for. Det er videre uklart om forverringen av As helsetilstand i 2012/2013 - med økt behov for hjelp i hjemmet - skyldes trafikkulykken i 2006, og om det er tilstrekkelige holdepunkter for at A i fremtiden vil ha dårlige perioder med tilhørende behov for ekstrahjelp. Det gjøres gjeldende at det ikke er grunnlag for å tilkjenne A erstatning for utgifter til hjelp i hjemmet.

De saker hvor domstolene har tilkjent erstatning til dekning av utgifter til sosialmedisinske behov, er ikke sammenlignbare med saken her. Dette dreier seg typisk om såkalte «storskadesaker». Det vises for øvrig til at A har opplyst at hun har tre hunder, kjører bil til retten og at hun har vært på sydentur. Dette tilsier at hun har evne til å dekke sitt nødvendige sosialmedisinske behov uten særskilt assistanse fra andre.

Kravet om dekning av utgifter til juridisk bistand bestrides. Det er ikke årsakssammenheng mellom utgiftene og den skadevoldende handlingen.

Det er nedlagt slik påstand:

1. Anken forkastes.
2. Gjensidige Forsikring ASA tilkjennes omkostninger for lagmannsrett.

Lagmannsretten bemerker:

A ble ved trafikkulykken i 2006 påført omfattende skader, særlig i ryggen, med betydelig funksjonshemming som følge.

Det rettslige utgangspunkt for erstatningsutmålingen er at det skal ytes full erstatning for påførte og fremtidige merutgifter som følge av ulykken, jf. bilansvarsloven § 6 og skadeserstatningsloven § 3-1. Skadelidte vil også kunne ha krav på menerstatning etter skadeserstatningsloven § 3-2.

Menerstatning

Skadeserstatningsloven § 3-2 lyder:

Har skadelidte fått varig og betydelig skade av medisinsk art, svares særskilt menerstatning. Denne erstatning fastsettes under hensyn til menets medisinske art og størrelse og dets betydning for den personlige livsutfoldelse (...)

Det er uomtvistet at A har krav på menerstatning, men partene er uenige om størrelsen og beregningsmåten.

Etter ordlyden i skadeserstatningsloven § 3-2 skal menerstatningen utmåles etter domstolenes frie skjønn.

Lovforarbeidene gir etter lagmannsrettens syn ikke nærmere veiledning om hvordan menerstatningen skal utmåles. Særlig gjelder dette ved flerskadetilfellene slik som i vår sak.

Rettspraksis har lagt til grunn at menerstatningen skal utmåles med utgangspunkt i en kapitalisert verdi av folketrygdens grunnbeløp.

I Rt-1977-782 (Pallas) ble det lagt til grunn at menerstatningen i yrkesskadetilfellene tillagt en tredjedel vil kunne gi en antydning om erstatningsnivået, likevel slik at individuelle forhold vil kunne få betydning ved erstatningsutmålingen. I dommen heter det blant annet:

Menerstatninger skal således fastsettes etter domstolenes frie skjønn. Det betyr likevel ikke at størrelsen på menerstatningen i yrkesskadetilfellene er uten interesse. Ved fastsettelsen bør det ses hen til hva slik erstatning, tillagt en tredjedel, vil gi til resultat. Under tilbørlig hensyn til forholdene i det individuelle tilfelle, vil dette kunne gi en grov skissemessig antydning om erstatningsnivået. (...) I den utstrekning erstatningen i yrkesskadetilfellene gir veiledning ved fastsettelsen av erstatning etter § 3-2 i loven om skadeserstatning, finner jeg det mer riktig å basere sammenligningen på en kapitalisering av grunnbeløpet på domstidspunktet, mens kapitaliseringsfaktoren må baseres på skadetidspunktet.

I Rt-2000-441 (Kåsa) fulgte Høyesterett opp uttalelsene i Rt-1977-782, og hvor det understrekes at det i det enkelte tilfelle vil være aktuelt å foreta en viss skjønnsmessig vurdering. I dommen heter det blant annet:

Rettspraksis etter § 3-2 har da også tatt utgangspunkt i de standardiserte reglene for menerstatning ved yrkesskade, som nå er gitt i forskrift 21. april 1997 med hjemmel i folketrygdloven § 13-7 annet ledd. I forhold til ytelsene ved yrkesskade legger man likevel til en tredjedel, og man bruker grunnbeløpet på oppgjørstidspunktet, ikke som ved yrkesskadesystemet på skadetidspunktet. I tillegg kan det foretas en viss skjønnsmessig vurdering, ut fra menets betydning for den «personlige livsutfoldelse».

Folketrygdloven § 13-7 lyder:

Et medlem som ved yrkesskade blir påført varig og betydelig skadefølge av medisinsk art, har rett til en årlig menerstatning som løper så lenge vedkommende lever.

Menerstatningen beregnes på grunnlag av skadens medisinske art og størrelse etter forskrifter og graderingsnormer som fastsettes av departementet.

(...)

Dersom den skadde ønsker det, skal kapitalverdien av menerstatningen utbetales som et engangsbeløp. Engangsbeløpet fastsettes på grunnlag av grunnbeløpet på virkningstidspunktet.

I vår sak skal menerstatningen utmåles som et engangsbeløp.

Grunnbeløpet i Folketrygden utgjør fra 1. mai 2014 kr 88 370.

A er født 0.0.1972, og var altså på skadetidspunktet 33 år gammel. Det er enighet om en kapitaliseringsrente på 5 %, noe som gir en kapitaliseringsfaktor på 17,77.

Etter forskrift om menerstatning ved yrkesskade av 21. april 1997 nr. 373 § 2 nr. 3 skal det fastsettes en såkalt «samordnet sum» ved flerskader i følgende tilfeller:

Dersom en person har fått flere skadefølger etter samme yrkesskade eller etter flere yrkesskader som er godkjent etter folketrygdloven, fastsettes invaliditetsgraden ut fra en samlet vurdering.

Metoden går i korthet ut på at man fastsetter invaliditeten etter en reduksjonsmodell, hvor det tas utgangspunkt i invaliditetsprosenten for skadene med høyest invaliditetsprosent.

Professor dr. med. Stanghelle har vurdert at A før trafikkulykken i 2006 hadde en inngangsinvaliditet på 41 % i samordnet sum, og at den skaderelaterte medisinske invaliditetsgrad er 40 % i samordnet sum. Det er her ikke foretatt samordning med ikke-skaderelatert inngangsinvaliditet ved fastsettelsen av den skaderelaterte invaliditetsgraden. Som nevnt skal det foretas samordning etter forskrift for yrkesskader § 2 nr. 3 i de tilfeller hvor det foreligger «flere skadefølger etter samme yrkesskade eller etter flere yrkesskader som er godkjent etter folketrygdloven». Dette er ikke aktuelt her ettersom inngangsinvaliditeten ikke har foranlediget noen utbetaling

av menerstatning. Partene er også enige om at det ikke skal foretas samordning. Lagmannsretten legger etter dette til grunn at det ikke skal foretas samordning av inngangsinvaliditeten og den skaderelaterte invaliditeten ved fastsettelse av den samlede medisinske invaliditeten i vår sak.

A er etter trafikkulykken i 2006 påført en ytterligere invaliditetsgrad på 25 % på grunn av sannsynlig cauda equina syndrom. Etter den rettsoppnevnte sakkyndiges vurdering er det imidlertid mindre sannsynlig at dette syndromet er relatert til trafikkulykken i 2006. Etter lagmannsrettens syn skal det derfor ikke tas hensyn til dette forholdet ved utmålingen av menerstatning.

Ved utmåling av menerstatning vil tre ulike prinsipper kunne være aktuelle, jf. Rt-2006-871 (Egeland):

- (7) Me bruttoprinsippet menes at erstatningen fastsettes ut fra den samlede medisinske invaliditet, uten at det blir gjort noe fradrag for den forutgående invaliditeten, også beskrevet som inngangsinvaliditeten eller grunnskaden.
- (8) Etter differanseprinsippet fastsettes erstatningen ut fra differansen mellom den medisinske invaliditeten etter skaden og den invaliditet som grunnskaden isolert sett hadde utgjort.
- (9) Når separasjonprinsippet anvendes, ser man bort fra grunnskaden og vurderer isolert hvilken medisinsk invaliditet den etterfølgende skadevoldende handling har påført skadelidte. Erstatningen beregnes ut fra denne invaliditeten.

I tillegg kommer eventuelt gruppeopprykk etter forskrift for yrkesskader § 3 nr. 3, som lyder:

Erstatningsberegningen i nr. 1 og 2 i denne paragrafen kan fravikes dersom individuelle forhold fører til at en skadefølge er vesentlig mer byrdefull enn ved et normalt tilfelle. Det kan da gis erstatning en eller to grupper høyere enn den medisinske invaliditeten tilsier.

Det vil ved utmåling av menerstatning etter skadeserstatningsloven § 3-2 dessuten kunne være aktuelt å foreta et skjønnsmessig tillegg utover den menerstatning som fremkommer av forskrift for yrkesskader § 3 nr. 1 («sammenligningsbeløpet»).

Partene er enige om det rettslige utgangspunktet: Det er den skaden som skyldes trafikkulykken i 2006 - ikke den samlede invaliditeten - som det skal gis menerstatning for. De plager som A hadde fra før ulykken, eller som hun har fått etter ulykken som følge av forhold som Gjensidige Forsikring ikke er ansvarlig for, er altså i utgangspunktet ikke relevante.

Tingretten anvendte separasjonsprinsippet, dvs. at det ved fastsettelsen av menerstatningen ble lagt til grunn en medisinsk invaliditet som følge av trafikkulykken i 2006 på 40 %, uten ytterligere tillegg. Etter forskrift for yrkesskader § 3 nr. 1 gir dette en innplassering i gruppe 3 og en menerstatning på 18 % av grunnbeløpet.

Dersom det foretas gruppeopprykk med en eller to grupper etter § 3 nr. 3 vil dette gi menerstatning på henholdsvis 25 % (gruppe 4) og 33 % (gruppe 5) av grunnbeløpet.

Differanseprinsippet innebærer at det skal tas utgangspunkt i den samlede medisinske invaliditeten og fastsette prosentsatsen av grunnbeløpet etter forskrift for yrkesskader § 3 nr. 1 i henhold til denne, for deretter å trekke i fra prosentsatsen av grunnbeløpet for den ikke-skaderelaterte invaliditeten. På grunn av progresjonen i satsene vil dette normalt gi en høyere prosentsats enn etter separasjonsprinsippet, hvor man ser bort fra grunnskaden. I vår sak vil samlet medisinsk invaliditet utgjøre $41\% + 40\% = 81\%$, noe som gir en menerstatning på 52 % av grunnbeløpet (gruppe 7). Fratrukket menerstatning for en inngangsinvaliditet på 41 % som utgjør 18 % av grunnbeløpet (gruppe 3), gir dette en menerstatning på $52\% - 18\% = 34\%$.

Etter dette vil altså en anvendelse av separasjonsprinsippet - uten skjønnsmessige tillegg utover sammenligningsbeløpet - gi en menerstatning på 18 % av grunnbeløpet, gruppeopprykk med en eller to grupper vil gi en menerstatning på henholdsvis 25 % og 33 % av grunnbeløpet, mens differanseprinsippet vil gi en menerstatning på 34 % av grunnbeløpet.

Høyesterett har ikke tatt stilling til spørsmålet om separasjonsprinsippet eller differanseprinsippet skal danne utgangspunktet for erstatningsutmålingen i flerskadetilfellene. Lagmannsretten er heller ikke kjent med annen rettspraksis hvor differanseprinsippet er gitt direkte anvendelse.

I Rt-2000-441 (Kåsa) ble menerstatningen fastsatt på grunnlag av den skadebetingede medisinske invaliditet. Spørsmålet i denne saken var om det skulle gis gruppeopprykk, eventuelt om det burde gis et skjønnsmessig tillegg utover sammenligningsbeløpet. Både inngangsinvaliditeten og invaliditeten som var forårsaket av den aktuelle skaden utgjorde hver 25-30 % av total medisinsk invaliditet på 50 %. Høyesterett la til grunn at bestemmelsene om gruppeopprykk i yrkesskadetilfellene ikke var direkte anvendbare ved utmåling av

menerstatning etter skadeserstatningsloven § 3-2, og at det for øvrig skal en del til før man går noe særlig utover sammenligningsbeløpet. Høyesterett fant ut fra de konkrete forholdene i den aktuelle saken ikke grunn til å gå utover sammenligningsbeløpet:

A anfører imidlertid at hennes tidligere plager må føre til at hun settes i en høyere gruppe, prinsipielt ut fra forskriften § 3 nr. 3, som sier at gruppeplasseringen kan fravikes «dersom individuelle forhold fører til at en skadefølge er vesentlig mer byrdefull enn ved et normalt tilfelle». Subsidiært mener hun at det må gis et skjønsmessig tillegg, ut fra ménets betydning for hennes personlige livsutfoldelse. Slik jeg ser det, må det prinsipielt være den siste spørsmålsstillingen som er den riktige ved ménestatning etter skadeserstatningsloven § 3-2, selv om gruppeopprykkordningen ved yrkesskader kan gi en viss veiledning.

Utgangspunktet for vurderingen av tillegg må etter mitt syn være at det er behov for standardiserte regler om ménestatningen, og etter rettspraksis skal det da også atskillig til før man går nevneverdig utover det som følger av den nevnte matematiske utregningen. Når det gjelder ordningen ved yrkesskader, er forskriften § 3 nr. 3 åpenbart ikke ment å føre til gruppeopprykk for alle som på forhånd har en skade eller plager; bestemmelsen tar sikte på situasjoner der nettopp kombinasjonen av tidligere og nye skader eller plager gjør skadefølgen spesielt byrdefull. Et eksempel i et rundskriv fra Rikstrygdeverket gjelder en mann som på forhånd har en ubrukelig høyre arm, og som så ved en arbeidsulykke mister høyre ben. Han kan få gruppeopprykk fordi den tidligere skaden gjør at han ikke kan bruke krykker, og dermed får spesielt store vansker med å bevege seg etter ulykken. - Jeg legger til grunn at A er kommet i en meget vanskelig situasjon etter biluhellet, med store smertepager, men jeg kan ikke se at hennes tilfelle ville kvalifisert for gruppeopprykk etter forskriften. Jeg kan heller ikke se at den kombinasjonen hun har av plager fra før og etter biluhellet, kan gi tilstrekkelig grunn til noe vesentlig skjønsmessig tillegg. Storebrand er villig til å foreta en viss avrunding oppover, slik at ménestatningen settes til 140.000 kroner, og et høyere beløp er det etter mitt syn ikke grunnlag for.

Etter lagmannsrettens syn kan man imidlertid ikke slutte av Rt-2000-441 at differanseprinsippet, som ikke var påberopt av skadelidte, ikke vil kunne få anvendelse i tilfeller hvor inngangsinvaliditeten medfører at skadelidte blir ekstra hardt rammet av den den erstatningsberettigede skaden. Det kan heller ikke utelukkes at det i enkelte tilfeller kan være grunnlag for å tilkjenne skjønsmessig tillegg utover sammenligningsbeløpet. Slike tillegg er i større eller mindre grad blant annet gitt i Rt-1981-138 (Sevaldsen), Rt-1991-697 (Overfall), Rt-1985-46 (Danselærer) og Rt-1999-887 (Akbari).

Rt-2006-871 (Egeland) gjaldt utmåling av standardisert erstatning etter skadeserstatningsloven § 3-2 a for et barn som allerede hadde en medisinsk invaliditet, og som var blitt påført en varig hjerneskade ved behandling på sykehus. Ordningen med standarderstatning for barn under 16 år i skadeserstatningsloven § 3-2 a avviker på sentrale punkter fra den ordningen med utmåling av erstatning for voksne etter § 3-2. Utmålingen av tap i fremtidig erverv og ménestatningen er her slått sammen og det utmåles en erstatning etter en standardisert sats i forhold til barnets medisinske invaliditet. Høyesterett la til grunn at utmålingen skulle vurderes etter separasjonsprinsippet, slik skadelidte anførte, ettersom dette ville gi en høyere erstatning enn differanseprinsippet i den aktuelle saken. Høyesterett begrunnet standpunktet med henvisning til uttalelser i forarbeidene om å gi barn som allerede er uføre, et sterkere erstatningsrettslig vern enn det som gjelder for voksne.

Etter lagmannsrettens syn kan man heller ikke slutte av Rt-2006-871 at differanseprinsippet ikke vil kunne få anvendelse ved fastsettelsen av ménestatning etter skadeserstatningsloven § 3-2. Det vises til at det i denne saken ble utmålt en erstatning som gikk ut over hva som fulgte av differanseprinsippet.

Agder lagmannsretts dom av 22. desember 2004, LA-2004-53322, gjaldt utmåling av ménestatning for personskade på grunn av feilbehandling fra sykehus, hvor skadelidte allerede hadde en inngangsinvaliditet etter en fallskjermulykke. Pasientskadenemnda hadde anvendt differanseprinsippet med et skjønsmessig tillegg på ca. 50 %. Lagmannsretten la imidlertid til grunn separasjonsprinsippet som i dette tilfellet ga skadelidte en betydelig høyere erstatning. Sammenligningsgrunnlaget utgjorde i denne saken kr 270 000, det skjønsmessige tillegget fra Pasientskadenemnda kr 130 000, mens lagmannsretten tilkjente ytterligere kr 250 000. Norsk Pasientskadeerstatning anket lagmannsrettens dom til Høyesterett, som tillot anken fremmet, men trakk senere anken. Lagmannsretten uttaler blant annet:

Saken reiser særskilt spørsmålet om betydningen av flerskader ved erstatningsutmåling. A fikk i tingretten gjennomslag for beregning etter den såkalte separasjonsmodellen, mens NPE har prosedert på at differansemodellen må benyttes. Lagmannsretten går ikke nærmere inn på en generell teoretisk drøftelse av disse prinsipper, men legger til grunn at det skal utmåles en erstatning etter skadeserstatningsloven § 3-2

for den skade A ble påført gjennom den tragiske feil som ble begått fra sykehusets side under operasjonen. Det må selvfølgelig tas hensyn til den såkalte inngangsskaden - etter fallskjermulykken. For så vidt vil det da være nærliggende å si at man tar utgangspunktet i en differansebetraktning. Men lagmannsretten finner i det foreliggende tilfelle det ikke korrekt, slik NPE har gjort, ved beregningen av den erstatningsbetingede skaden kun å se på den økte invaliditetsgraden fra den første skaden til den andre, derimot i hvor stor grad de to skadene har bidratt til den fulle invaliditet. Lagmannsretten finner støtte for dette i Lødrup «Lærebok i erstatningsrett» 3. utgave side 433.

(...)

Slik lagmannsretten ser det vil en slik differansebetraktning mellom invaliditetsgruppene ikke gi skadelidte den nødvendige erstatningen etter § 3-2, hvor som her resultatet av behandlingsskaden har medført en slik nærmest total funksjonssvikt. I tillegg kommer at sammenligningsgrunnlaget alltid bare er en grov skissemessig antydning om erstatningsnivået, jf. Pallas-dommen (Rt-1977-782). Lagmannsretten kan ikke se at Høyesterett senere har tatt avstand fra denne oppfatning, heller ikke i Kåsa-dommen (Rt-2000-441), selv om beregningen av menerstatningen i praksis er blitt noe mer skjematisk.

Forholdene i Agder lagmannsretts dom av 22. desember 2004 (LA-2004-53322) adskiller seg fra vår sak, ved at behandlingsskaden der medførte en nærmest total funksjonssvikt for skadelidte, noe som ikke er tilfelle for skadelidte i vår sak.

Etter lagmannsrettens syn kan rettspraksis i flerskadetilfellene sammenfattes slik: Det tas utgangspunkt i erstatningsberegningen som følger av yrkesskadeforsikringen § 3 nr. 1. I enkelte tilfeller vil det kunne gis et skjønsmessig tillegg. Slikt skjønsmessig tillegg vil i den enkelte sak kunne overstige det som følger av differanseprinsippet.

Norsk pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda har i flere avgjørelser anvendt differanseprinsippet ved utmålingen av menerstatning etter skadeserstatningsloven § 3-2 i flerskadetilfellene, jf. blant annet PSN-2010-705 og PSN-2011-799.

I PSN-2010-705 fremgår det:

NPE har tilkjent pasienten menerstatning med kr 590 000. Erstatninga er berekna på bakgrunn av differanseprinsippet. Den samla medisinske invaliditeten som vart lagt til grunn var 75 % med frådrag på inngangsinvaliditet på 30 % (gruppe 7 minus gruppe 2).

(...)

På bakgrunn av dette finn nemnda å tilkjenne menerstatning basert på differanseprinsippet. I berekninga er det lagt til grunn samla medisinsk invaliditet på 75 % (gruppe 7) med frådrag på inngangsinvaliditet tilsvarende gruppe 1. Den samla erstatninga er kr 663 514. Erstatninga som står att til utbetaling er avrunda kr 75 000.

Lødrup: «Erstatningsrett» 6. utgave (2009) side 519-520 mener at man ved utmåling av menerstatning ved flerskader etter skadeserstatningsloven § 3-2 skal anvende differanseprinsippet, idet man her står friere til å foreta individuelle tilpasninger:

Videre kan vi tenke oss at den første skaden ikke var en yrkesskade, men at nr. 2 er det. Da bygger man på en separasjonsmodell, dvs. man ser utelukkende på invaliditetsgraden for skade nr. 2 - i vårt eksempel 20 prosent.

(...)

Det er ikke gitt tilsvarende klare regler for hvordan menerstatningen etter skl. § 3-2 skal vurderes i flerskadetilfellene. Men når menerstatningen i utgangspunktet er knyttet til nivået for menerstatning ved yrkesskader, er det naturlig å bygge på de samme modellene. Men det gir ikke mer enn sammenligningsgrunnlaget. Ved menerstatning etter skl. § 3-2 står man friere til å foreta individuelle tilpasninger.

(...)

Hvor skadelidte har en inngangsinvaliditet, oppstår spørsmål om menerstatningen for skade nr. 2 etter skl. § 3-2 skal beregnes etter dennes omfang isolert sett, eller om det skal tas utgangspunkt i skadelidtes samlede invaliditet med fradrag av inngangsinvaliditeten. ... På grunn av satsenes progresjon vil den første løsningen være til gunst for skadelidte. Uansett hva løsningen etter folketrygdloven måtte bli, er etter min mening den første løsningen den riktige.

Syse mfl.: «Pasientskaderett» (2011) side 486 mener også at differanseprinsippet får anvendelse ved utmåling av menerstatning etter skadeserstatningsloven § 3-2 i flerskadetilfellene, hvor inngangsinvaliditeten er under 100 %:

På grunn av progresjonen i satsene, og at formålet med denne graderingen er å fange opp at den tapte livsutfoldelsen normalt øker jo større inngangsinvaliditeten er, bør etter mitt syn den første løsningen legges til grunn.

Forskjellene i utmålt erstatning ved de to beregningsmåtene - separasjonsprinsippet og differanseprinsippet - vil kunne variere med størrelsen på inngangsinvaliditet og skadelidtes samlede invaliditet. Som vist i LA-2004-53322 kan det også være forhold som tilsier at det gis et individuelt tillegg også utover det som følger av differanseprinsippet.

Utmåling av menerstatning etter differanseprinsippet vil i vår sak gi bortimot dobbelt så høy menerstatning som etter separasjonsprinsippet. Etter lagmannsrettens syn vil imidlertid ikke en utmåling av menerstatning etter separasjonsprinsippet, uten at det gis et betydelig individuelt tillegg, gi A den nødvendige erstatningen etter skadeserstatningsloven § 3-2. Lagmannsretten viser her til de betydelige plager som A har fått etter trafikkkulykken i 2006, og som er nærmere beskrevet i erklæringen fra den rettsoppnevnte sakkyndige gjengitt ovenfor. De skadene som A hadde allerede på det tidspunkt trafikkkulykken inntraff, gjør det aktuelle tilfellet vesentlig mer byrdefullt å bære enn hva som gjelder i normalt tilfellet ved skadefølger av den aktuelle art. Det er i denne forbindelse sett bort fra As ytterligere plager som skyldes etterfølgende forhold, og som Gjensidige Forsikring ikke er ansvarlig for.

Det er ut i fra saksforholdet ikke grunn til å drøfte spørsmålet om eventuelle ytterligere skjønnsmessige tillegg utover det som differanseprinsippet gir grunnlag for, og noe slikt krav er da heller ikke gjort gjeldende fra As side.

Lagmannsretten finner på denne bakgrunn at en utmåling av menerstatning etter differanseprinsippet vil være rimelig i vår sak.

Menerstatningen beregnes da slik:

$$34 \% \times \text{kr } 88\,370 \times 17,77 \times 1,33 = \text{kr } 710\,105$$

A har mottatt et á konto beløp på kr 114 395, som går til fradrag i det beløp som tilkjennes som menerstatning. Rest til utbetaling blir da avrundet kr 596 000.

Erstatning for påførte utgifter og inntektstap

Det følger av skadeserstatningsloven § 3-1 at

Erstatning for skade på person skal dekke lidt skade, tap i framtidig erverv og utgifter som personska den antas å påføre skadelidte i framtiden.

I Rt-1993-1547 (Skoland) la Høyesterett til grunn at det som kan kreves erstattet er «*nødvendige og rimelige*» utgifter som skadelidte vil kunne få som følge av skaden. Det offentlige tilbud etter helse- og sosiallovgivningen vil være utgangspunktet. Erstatningen fra skadevolder skal være et supplement til de offentlige ytelser for i rimelig utstrekning å avbøte på følgene av skader ytterligere:

Helse- og sosiallovgivningen tar sikte på å sikre befolkningen nødvendig og forsvarlig helsehjelp og å fremme trivsel og gode sosiale forhold. Ut fra prinsippet om at erstatningen skal være et supplement til offentlige ytelser, mener jeg at det offentlige tilbud må være utgangspunktet for hva som er rimelige og nødvendige utgifter som kan kreves dekket gjennom erstatningsretten. De skadelidte vil også nyte godt av den utvikling som skjer i samfunnets tilbud. ... Skal man fravike prinsippet om at erstatningen skal være et supplement til offentlige ytelser, må det foreligge særegne omstendigheter, og ikke minst må utgiftene stå i et rimelig forhold til det som kan oppnås gjennom en annen ordning enn det offentlige tilbud.

Medisiner

Tingretten la til grunn at utgiftene til egenandeler for medisiner ikke kan settes høyere enn kr 2 000 per år uten ytterligere dokumentasjon. Tingretten tok utgangspunkt i at A har dokumentert at hun har betalt reseptbelagte legemidler med kr 23 078 i perioden 1. januar 2007 til 7. august 2013, hvilket gir en årlige

utgifter på kr 4 196. Tingretten la videre til grunn at anslagsvis halvparten av disse utgiftene skyldes trafikkulykken i 2006.

Under ankeforhandlingen ble det avklart at utgiftene på kr 23 078 gjaldt perioden 16. august 2010 til 7. august 2013, dvs. en periode på ca. 3 år og ikke 5 ½ år slik tingretten har lagt til grunn.

Den rettsoppnevnte sakkyndige har i sin erklæring anslått at om lag halvparten av As behov for ulike hjelpemidler kan forklares ut fra skaderelaterte årsaker. Lagmannsretten legger dette til grunn.

A har imidlertid erkjent at hun i denne perioden utviklet misbruk av smertestillende medisiner. Etter lagmannsrettens syn vil derfor medisnutgiftene i ovennevnte periode ikke være representativ for hennes utgifter til medisiner fra 2006 og frem til i dag. A har bevisbyrden for årsakssammenhengen og for det tap hun har lidt. Hun har derfor hatt oppfordring til å dokumentere medisnutgiftene for hele perioden, noe hun ikke har gjort. Lagmannsretten finner heller ikke å kunne legge avgjørende vekt på den rettsoppnevnte sakkyndiges anslag over utgifter til medisiner, som ble gitt under hans forklaring i retten. Det falt utenfor hans mandat å gi et slikt anslag. Anslaget synes heller ikke å ha vært undergitt en grundig vurdering ut i fra As behov og pris på ulike medisiner.

Etter lagmannsrettens syn er det ikke grunnlag for et høyere årlig beløp enn det tingretten har utmålt, dvs. kr 2 000 per år, kr 18 000 totalt.

Hjelp i huset

Etter skadeserstatningsloven § 3-1 første ledd første punktum vil skadelidte ha krav på erstatning for påført inntektstap. Det følger videre av annet punktum at:

Med inntekt likestilles verdien av arbeid i heimen.

Det betyr at bortfall av evnen til å arbeide i hjemmet vil kunne gi rett til erstatning. Dette gjelder både for enslige, og for familier med og uten barn.

Det skal ikke tillegges vekt om arbeidet blir utført av familie eller venner, jf. Rt-1965-1309 (Forus Travbane) og Lødrup: «Erstatningsrett» 6. utgave (2009) side 544.

Skadelidte kan imidlertid bare kreve erstatning for den delen av hjemmearbeidstapet som skyldes ansvarshendelsen, og ikke den delen av hjemmearbeidsevnen som var tapt fra før. Dette følger av de vanlige reglene om krav til adekvat årsakssammenheng mellom ansvarshendelsen og hjemmearbeidstapet. Etter lagmannsrettens syn må As egne opplysninger i søknad om uførepensjon forut for trafikkulykken i 2006 om at hun klarer enkel rengjøring, men trenger hjelp til grundig rengjøring, her legges til grunn.

Den rettsoppnevnte sakkyndige har i sin erklæring vurdert at A vil ha behov for hjelp i hjemmet:

Aktuelle ulykke har imidlertid medført betydelig økte helseplager, og etter min skjønnsmessige vurdering har det medført noe redusert funksjon i forhold til dagliglivets aktiviteter og fritidsaktiviteter. Det er således sannsynlig at hun vil måtte ha noe mer hjelp enn tidligere grunnet vanlige aktiviteter relatert til hus og eiendom.

I sin forklaring i retten ga professor dr. med. Stanghelle uttrykk for at As behov for hjelp ville variere, og at det i enkelte perioder ikke ville kunne påregnes at det offentlige stilte opp. Dette ville anslagsvis kunne dreie seg om perioder på 2-3 uker hver tredje måned, hvor A ville ha behov for hjelp 1-2 timer per dag.

Det er i rettspraksis lagt til grunn et såkalt «neddempet hushjelpprinsipp». Dette følger blant annet av Rt-2000-441 (Kåsa) hvor Høyesterett nedjusterte skadelidtes anslag betydelig. Nedjusteringen skal foretas slik at den ligger innenfor en konkret fastsatt behovsstandard.

Lagmannsretten finner ikke å kunne tilkjenne erstatning for egenandel til kommunal hjemmehjelp ettersom slik hjelp i all hovedsak antas å gjelde det behov for hjelp som A hadde allerede før trafikkulykken i 2006.

Etter lagmannsrettens syn må det, slik rettsoppnevnt sakkyndig har vurdert, legges til grunn at A i perioder vil ha behov for ekstra hjelp som ikke dekkes av det offentlige. Lagmannsretten anslår at «nødvendige og rimelige» utgifter her vil være 1 time annenhver dag á kr 200 i 8 uker per år, til sammen ca. kr 5 000 per år. Det er imidlertid noe uklart om A har hatt et slikt behov i hele perioden siden trafikkulykken i 2006, og lagmannsretten finner derfor skjønnsmessig å fastsette erstatningskravet til kr 25 000.

Samlet erstatning for påførte utgifter og inntektstap tilkjennes etter dette med kr 43 000.

Erstatning for fremtidige utgifter

Medisiner

Lagmannsretten legger til grunn at A vil ha krav på å få dekket utgifter til medisiner med kr 2 000 per år i en periode som anslagsvis kan settes til 40 år. Dette gir et samlet erstatningskrav på kr 34 000.

Hjelp i huset

Lagmannsretten finner at A har krav på å få erstattet utgifter til hjelp i huset med kr 5 000 per år. Tapsperioden settes her frem til fylte 70 år, jf. Rt-2000-441 (Kåsa) ettersom de aller fleste i en slik alder vil måtte betale andre for å utføre det tyngste arbeidet. Dette gir et erstatningskrav på kr 45 000.

Sosialmedisinske behov

Det er gjennom en rekke Høyesterettsdommer blitt fastsatt klare rammer for hva som er å anse som full erstatning for utgifter til sosialmedisinske tiltak. Erstatningen skal være et supplement til det offentlige ytelse, for ytterligere å bøte på følgene av skaden i rimelig utstrekning. Etter rettspraksis skal det blant annet legges vekt på i hvor stor grad skadelidte kan nyttiggjøre seg erstatningen, dvs. at erstatningen skal legge til rette for den type aktiviteter som skadelidte har et sosialmedisinsk utbytte av.

Når det gjelder krav på erstatning for utgifter til dekning av sosialmedisinsk behov viser lagmannsretten til at A ikke synes å ha hatt behov for å ha med assistanse frem til nå, verken i forbindelse med ferieturer eller andre sosiale aktiviteter. I hennes dårlige perioder vil det uansett neppe være aktuelt med særlige sosiale aktiviteter som krever behov for assistanse, ettersom hun i slike perioder ikke vil ha evne til å nyttiggjøre seg erstatningen. Lagmannsretten finner derfor ikke grunn til å tilkjenne erstatning for slike utgifter.

Samlet erstatningskrav

Samlet erstatningskrav for fremtidige utgifter til medisiner og hjelp i huset utgjør kr 79 000.

Det skal gjøres tillegg for skatteulempe, som i tråd med praksis for langvarige utgifter og inntektstap settes til 25 %.

Samlet erstatningskrav for fremtidige utgifter og tap av inntektsevne utgjør etter dette avrundet kr 100 000

Erstatning for utgifter til juridisk bistand

Tingretten la til grunn at utgiftene til juridisk bistand gjaldt utgifter til prosessfullmektig ved behandling av saken i forliksrådet, og som derfor er sakskostnader som faller inn under tvisteloven kapittel 20.

Under ankeforhandlingen ble det avklart at disse utgiftene ikke relaterer seg til behandlingen i forliksrådet 12. november 2012, men gjelder bistand til A vedrørende erstatningskravet mot Gjensidige Forsikring i perioden 11. oktober 2010 til 29. juni 2012. Lødrup: «Erstatningsrett» 6. utgave (2009) side 503 uttaler:

Frem til saksanlegget (stevning) er utgifter til juridisk bistand erstatningsmessige på linje med andre merutgifter - de skal dekkes av skadevolder (ikke skadelidte selv) innenfor det som er «nødvendig og rimelig».

Advokat Hegsethtrø har beregnet seg et honorar på kr 90 860 for 44,75 timers arbeid i ovennevnte periode. Etter lagmannsrettens syn må denne utgiften anses som «nødvendig og rimelig» hensett til sakens omfang og kompleksitet. Gjensidige Forsikring vil derfor være ansvarlig for å dekke utgiften, jf. skadeserstatningsloven § 3-1.

Samlet erstatning

Etter dette blir den samlede erstatningen:

Menerstatning	kr 596 000
Erstatning for påførte utgifter og inntektstap	kr 43 000
Erstatning for fremtidige utgifter mv	kr 100 000
Erstatning for utgifter til juridisk bistand	kr 90 860
Totalt	kr 829 860

Sakskostnader

Anken har delvis ført fram, da lagmannsretten har fastsatt et høyere erstatningsbeløp enn hva tingretten gjorde. Lagmannsretten finner at den ankende part ikke kan anses for å ha vunnet saken fullt ut eller i det vesentlige, men har i ankerunden fått medhold av betydning etter tvisteloven § 20-3. Da skal i utgangspunktet hver av partene dekke egne sakskostnader. Lagmannsretten kan ikke se at det foreligger tungtveiende grunner for å fravike hovedregelen.

A begjærte i prosesskrift av 22. januar 2014 professor dr. med. Stanghelle oppnevnt som rettsoppnevnt sakkyndig for lagmannsretten. Oppnevningen anses imidlertid å ha skjedd i begge parter interesse i henhold til lagmannsrettens brev av 25. februar 2014. Hver av partene bærer etter dette halvparten av utgiftene til den rettsoppnevnte sakkyndige for lagmannsretten, jf. Rt-1998-692. Unntaket i rettsgebyrloven § 2 annet ledd fjerde punktum får ikke anvendelse slik saken sto for lagmannsretten.

Tingrettens sakskostnadsavgjørelse endres ikke.

Dommen er enstemmig.

Dommen er ikke avsagt innen lovens frist. Grunnen er andre presserende gjøremål i lagmannsretten.

DOMSSLUTNING

- 1. Gjensidige Forsikring ASA betaler til A 829 860 - åttehundreogtjuenitusenåttehundreogseksti - kroner innen 2 - to - uker fra forkynnelse av dommen.*
- 2. Hver av partene bærer sine omkostninger for tingretten og lagmannsretten.*

Agder lagmannsrett - LA-2014-52993

Instans	Agder lagmannsrett - Dom
Dato	2015-06-29
Publisert	LA-2014-52993
Stikkord	Erstatningsrett. Skyldansvar.
Sammendrag	En kvinne som var blitt slått ned av sin daværende samboer krevde erstatning for skadene som hun ble påført av ham. Lagmannsretten fant at hennes tidligere samboer var erstatningsansvarlig for de skader og tap som fornærmede var blitt påført. (Sammendrag ved Lovdata.)
Saksgang	Nedre Telemark tingrett TNETE-2012-202255 - Agder lagmannsrett LA-2014-52993 (14-052993ASD-ALAG).
Parter	A (advokat Jørgen Olof Bugge) mot B (advokat Guro Ingeborg Erikstein).
Forfatter	Lagmann Reidun Wallevik. Lagdommer Espen Ødegaard. Ekstraordinær lagdommer Jens Kristian Elstad. Meddommere: Spesialist i psykiatri Peter Kjær Gravgaard. Spesialist i nevrologi Remo Martin Gerdts.

Saka gjeld krav om erstatning.

Framstilling av saka

A vart den 8. november 1994 slått ned av sin dåverande sambuar B. Hendinga skjedde seint om kvelden på badet i det felles husværet deira. A vart køyrd til legevakta i Porsgrunn og deretter til Telemark sentralsjukehus i Skien. Ho kunne ikkje gjera greie for kva som hadde skjedd.

Frå journalen datert 9. november 1994 vert referert følgjande:

«Aktuelt

Pasientens samboer kontaktet en venninne for å få hjelp med pasienten ved midnattstider 8/11. Ifølge venninnen var samboer påvirket av alkohol og skal ha slått henne. Pasienten selv husker ingenting av hva som har skjedd de siste dagene. Ved innleggelsen har hun også problemer med nærhukommelsen og er kvalm og brekker seg, plaget av smerter fra høyre mandibel og fra nakke: legges inn fra legevakten i Porsgrunn med spørsmål om mandibulafraktur, nakkeskade og commotio.

(... ..)

Status presens 9/11-94, kl. 2.30 .

28 årig kvinne, normalt hold og god allmenntilstand. Plaget av kvalme og hodesmerter ved undersøkelsen. Klarer ikke å gjøre rede for tid, sted og egen situasjon og det må stadig gjentas både hendelsesforløp og forsikring om at sønnen har det bra.

Puls: 72, regelmessig. BT: 105/66.

Ingen ødemer, exantherer, icterus, cyanose, glandesvulst.

Caput : Betydelig hevelse over angulus mandibula og hæmatomer i samme område. Det palperes ingen diskontinuitet eller instabilitet, heller ingen instabilitet ved palpasjon av tannrekken, en god del ømhet i området. Også palpasjonsømhet i høyre temporalområdet. Det palperes ingen hevelse eller skjelettforandringer. Caput for øvrig uten anmerkninger.

Pupiller : Runde, egale med symmetrisk reaksjon på lys direkte og indirekte. Ingen nystagmus eller dobbeltsyn.

Ophthalmoscopi: Godt innsyn til normal retina og velavgrenset papille med normal papilledicratio.

Collum : Palpasjonsømheter over processus spinosus i C2, for øvrig uten anmerkning.

Thorax : Symmetrisk i form og bevegelse. Ingen instabilitet eller palpasjonsømheter.

Pulm. : Sonor perkusjonslyd, vesikulær respirasjonslyd. Ingen fremmedlyder.

Cor : Hjertedempning til stede. Rene hjertetonen. Ingen bilyder. Regelmessig aksjon.

Abdomen : Normal konfigurert. Bløt med lette palpasjonssmerter i høyre flanke, svarende til muskulaturen. Normale tarmlyder og sonor perkusjonslyd. Ingen palpable oppfyllinger eller tumores.

Nevrologisk undersøkelse .

Pasienten har smerter og er noe desorientert, slik at en fullstendig undersøkelse er vanskelig å gjennomføre, men hun har god spontan bevegelse i extremiteter og oppgir å kjenne berøring like godt i extremitetene. Normal og symmetrisk patellar og achillesrefleks.

Plantarrefleks VV bilat.

Resyme/vurdering .

28 årig kvinne som etter å ha blitt slått av samboer, har amnesi for de siste 2 dager, har også vanskelig for å gjøre rede for seg samt nedsatt nærhukommelse. Plaget av kvalme, hodepine og smerter i mandibelen hvor hun også har en hevelse på høyre side samt nakkesmerter. I samråd med dr. Dahle og dr. Holmberg legges pasienten inn på E til observasjon for commotio. Det bestilles rtg. av ansiktsskjelett og cervicalcolumna til senere på dagen. Pasienten har ikke bestemt seg hvorvidt hun vil anmelde skaden, det tas fotografi av ansiktsskade med operasjonsstusens kamera.

10.11.94. Søknad om ØNH-tilsyn v/dr. Hunnestad/JR .

Etter slag mot høyre underkjeve den 8.11 ble pasienten innlagt med commotio og smerter. Det er røntgenologisk påvist fraktur i høyre angulus mandibulae, ingen nakke eller hodeskade for øvrig. Det rekvireres herved ØNH-tilsyn med henblikk på videre behandling av hans mandibulaefraktur.»

10/-94 ØNH tilsyn (dr. Stangeland)

Konf. journal. Bittet passer ikke. Hun har ved palpasjon en fraktur på hø. side som er verifisert ved rtg. Fracturen står 2 til 3 mm ut av stilling. Overlege Dingsør, som f.t. er på kjevekir. avd., er vakthavende lege i morgen og vil ta pasienten ned fastende til vurdering med henblikk på låsing. Det er mulig at dette må gjøres i narkose, og derfor er pasienten fastende. Hun har fått beskjed om opplegget.

Dersom dr. Dingsør ikke synes det er mulig å gjøre noe her, må hun henv. til Ullevål sykehus, men dette bestemmes altså i morgen.

13/11-94 journalnotat ved Dingsør ØNH avd.

Pasienten har både i går og i dag klaget over at det gjør vondt i munnen på grunn av intermaxillær fiksasjon. Ved visittgang i dag angir hun at bittet passer, men hun er oppløst av tårer og vil ha buene fjernet fordi de irriterer i slimhinnen, og ståltrådene irriterer i gingiva. Jeg prøvde å forklare henne at dette vanligvis går over etter et par dager, men hun er svært innstilt på å få fiksasjonen av. Hun fraskriver avdelingen et hvert ansvar for behandlingen videre. Jeg får etter en stund overtalt henne til å ha på fiksasjonen og jeg rådfører meg også med kjevekirurg på Ullevål som anbefaler å prøve å legge på litt benvoks der wirene måtte irritere i slimhinnen. Dette hjelper noe. På kveldsvisitten virker hun noe mindre smertepåvirket og er i bedre humør. Skulle tråden irritere på tross av at de er lagt per(..) langs buen, kan det limes på et lite plastikk belegg over ståltrådene hos egen tannlege. Hun skulle kunne låses med ståltråd i stedet for strikk i morgen og der bør tas et rtg. kontroll bilde før hun utskrives.

Bør vel kontrolleres om en ukes tid for å se at intermaxillær fiksasjon fungerer.

16.11.94. Psykiatrisk tilsyn v/dr. Tveiten/gk

Dette er en pasient som er innlagt øre-nese-halsavdelingen for kjevefraktur og commotio. Hun ble slått ned av alkoholpåvirket samboer og har ønske om å få klarlegge en del ting. Samlivsbruddet var definitivt før

denne hendelsen og samboeren har reagert med voldsom skyldfølelse, og har også søkt hjelp for egen del. Sannsynlig har han et ikke ubetydelig problem i forhold til alkohol. Selv om forholdet nå er over har pasienten omsorg for at eksamboeren skal få hjelp, og har en rekke spørsmål omkring mulighetene her.

Snakker ellers en del omkring forventede reaksjoner etterpå og også forholdet til den 10 år gamle sønnen.

Dette er en kvinne som ikke har noen spesielle psykiske problemer. Hun virker ressurssterk, handlekraftig og nøktern, fornuftig i sitt resonnement og trenger ingen etterbehandling psykisk sett.

Sluttnotat den 16/11-94 Åkre/es:

Hun har siden overflyttingen til ØNH-avdelingen kommet seg bra. Det ble den 14/11 satt på intermaxillære låser som hun har tolerert greit.

Hun utskrives den 16/11 med avtale om kontroll om en uke. Hun fikk rekvisisjon til fysikalsk behandling på grunn av nakkeplager som hun har fått etter skaden. Hun har også tidligere gått til fysikalsk behandling på grunn av nakkebesvær.»

A melde forholdet til politiet den 3. februar 1995. I meldinga heiter det mellom anna:

«Gjort kjent med anmelder- og vitneansvaret, forklarte at hun tirsdag 081194 ca. kl. 2330 på bopel i [adresse] i X, ble mishandlet fysisk i overkropp fra hofter til og med hode så sterkt at hun ble lagt inn på TSS, avd. Ulefossvn. umiddelbart etter å ha blitt kjørt til Legevakten i Porsgrunn av en venninde.

Hun lå på TSS i 8 dager og er fremdeles sykemeldt.

Skadene omfatter brukket kjeveben, vridning i nakken, hjernerystelse, forslått brystregion og forslått venstre hofte og deler av låret.

Fornærmede husket ingen ting av selve hendelsen, men er i ettertid blitt fortalt av eks-samboer og venninder det som angivelig skulle ha skjedd.

Hun forklarte videre at hadde vært sammen med og samboer med anmeldte i ca. 3 år. De bodde sammen i [adresse], en tomannsbolig som de hadde kjøpt sammen i juli -92.

(...)

Forholdet mellom fornærmede og anmeldte var oppløst i forkant og de var på vei til å skille lag. Anmeldte hadde spilt bandy denne kvelden og da han kom hjem ved 2130 tiden gikk fornærmede ned til [adresse] hvor hun skulle se på en ny leilighet og som hun nå har flyttet til og bor i. Da hun kom tilbake var anmeldte beruset. Dette har hun fått kjennskap til av venninden C, (. . .), som også var den som kjørte henne til Legevakten etter å ha blitt tilkalt av anmeldte. (...)

I følge uttalelser fra anmeldte i ettertid hadde fornærmede kommet hjem glad og fornøyd over at hun hadde fått ny leilighet. Hun hadde fortalte dette og gledet seg til å flytte. Da de skulle legge seg for kvelden, trolig ved 23.30-tiden hadde de vært sammen på badet. Han skal heller ikke ha husket hva som skjedde der inne men mishandlingen hadde skjedd inne på badet. Det han angivelig skal ha husket var at tannbørsten lå i vasken og fornærmede hang over badekaret forslått, skrikende av smerter.

Han hadde løftet henne opp mot veggen og etterpå fått henne ut i stua uten at hun vet hvordan hun kom dit. Fornærmede hadde bedt ham ringe foreldrene og venninden C, men ombestemt seg og bedt ham ringe C.

Hun kom umiddelbart og C har senere fortalt at anmeldte spurte henne sitat: «Skal du eller jeg kjøre A til Legevakten» C hadde kikket på ham og unnlatt å svare fordi anmeldte var «full».

(... ..)

Hun var oppegående og bare fungerte delvis i huset. Sønnen var mer eller mindre hos hennes foreldre og samboeren tok seg fri fra jobben på Y for å hjelpe henne. Han var svært lei seg for det som hadde skjedd og lovet under sykehusoppholdet at han skulle søke hjelp for både sitt alkoholproblem og tydelig sin aggresjon etter det som hadde hendt.

Fornærmede opplyste at samboerens alkoholforbruk/misbruk av årsaken til at de skulle bryte samboerforholdet. Hun mente han drakk for mye, bl. annet hver eneste helg fra fredag til og med søndag og til tider også midt i ukene.

Mishandlingen tirsdag den 8. november har ført til store fysiske og psykiske plager for henne.

Fysisk er kjevebenet på høyre side forkortet og forskjøvet grunnet det kompliserte kjevebensbruddet. Denne forkortningen har medført væskeansamling i høyre kjevebensledd, høyere trykk i høyre øre som gjør at hun verker i hodet, sener og muskler rundt bruddstedet. Kjeven er forskjøvet slik at tannstillingen også er blitt skjev og hun gikk med kjevelås i 6 uker. Kjevestillingen medfører nå at hun ikke kan tygge hard kost.

Hun ble sendt til undersøkelse på Ullevål Sykehus men kunne ikke opereres. Operasjonen ville bli for komplisert kunne medføre dødt kjeveben og nerveskader i ansiktet.

Vridningen i nakken er blitt behandlet fysikalsk med massasje, ultralyd-, laser- og varmebehandling. Til sammen 12 behandlinger.

Hun går f.t. til dr. Oddvar Tveiten, Skien for psykiske problemer hun har fått i ettertid. Hun begynte på arbeidet 1. desember, men som følge av hva som hadde hendt 8. november og bråk internt på arbeidsstedet «raste» alt for henne etter kun 3 dager. Hun går fortsatt sykemeldt.

Anmeldte har en gang tidligere vært fysisk brutal mot henne ved at han slo henne i bakhodet så hardt at hun falt fremover, rett i gulvet. Slaget kom så fort og var så hardt at hun ikke rakk å ta seg for før hun traff gulvet i leiligheten. Dette skjedde våren -94 og etter den hendelsen bestemte fornærmede at hun ville gjøre slutt på samboerskapet. Forholdet mellom dem har siden vært kjølig og lunkent og de har holdt sammen på grunn av barn og økonomiske grunner. Denne episoden vil hun ikke anmelde men er nevnt som understøttelse vedr. den anmeldte saken.

Hun har ikke anmeldt B tidligere etter samråd med dr. Tveiten som mente hun ikke var psykisk sterk nok. Han anbefalte henne å vente etter at behandlingen begynte å gi resultater, både samtaler og svak medisiner. Hun tok avgjørelsen etter at hun nå har fått rede på at hun vil få varig fysiske men og plager, bekreftet etter undersøkelser på Ullevål sykehus den 26. januar og i samråd med legen var tiden inne til å anmelde saken.

Hun begjærte B tiltalt og straffet for legemsbeskadigelse utført på badet deres i bolig [adresse] i X, tirsdag 8. november ca. kl. 2330.

Hun ønsker ikke å ta stilling til et evt. erstatningskrav i saken uten å ha rådført seg med sin advokat.

(...)»

B var tiltalt for brot på straffelova § 229 andre straffalternativ, og med følgende grunnlag:

«Tirsdag 8. november 1994 ca. kl. 23.30 i leiligheten i [adresse] i X, slo han A i ansiktet, slik at A fikk hjernerystelse med hukommelsestap og et brudd i høyre underkjeve. A måtte gå med kjevelås og var sykemeldt i mer enn 14 dager. «

B vart ved dom i Skien og Porsgrunn byrett dømd til fengsel i seks måneder, samt dømd til å betala A erstatning i form av økonomisk tap med kr 1.000,- og i form av oppreisning med kr 20.000,-.

A var utdanna som teknisk teiknar og arbeide som dette. Arbeidet ved datamaskina medførte plager i høre skulder, og ho vart også utsett for påkøyrsl bakfrå under bilkøyring den 11. oktober 1989. I byrjinga av 1990 åra var ho sjukmeld i kortare periodar og hadde ein del tilvisingar til fysioterapibehandlingar etc. Frå 22. desember 1992 var ho sjukmeld i 50 % med diagnose «L83 Nakke myose/myalgi». Frå 18. januar 1993 var ho sjukemeld 100 %, og der «skulderyndromer/tendinit» er oppgjeve som tilstand. Den 28. februar 1994 vart ho operert i høre skulder. Ho var deretter sjukemeld fram til ho vart slått ned av sambuaren den 8. november 1994.

Rett før denne hendinga hadde A fått yrkesretta attføring fram til 30. november 1994 på grunn av skulderplagene. Etter valdshendinga vart attføringsvedtaket endra slik at ho no fekk attføringsstønad til ei heilt ny utdanning. I åra 1995-96 tok ho allmennfag for å få studiekompetanse, deretter studerte ho sosiologi grunnfag i 1996-97 og endeleg tre-årig barnevernpedagogutdanning frå 1997 til 2000.

Etter utdanninga tok ho til i eit vikariat som miljøterapeut ved Z i juli 2000. Ho hadde deretter fleire vikariat før ho fekk fast stilling i september 2003 som miljøterapeut ved Æ bufellesskap for vaksne med psykiske problem. A arbeide her fram til og med februar 2006. I mars 2006 starta ho som familierettleiar ved Ø i Å, som er ein institusjon under BUF-etat. Her var ho til ho vart fullt sjukemeld i november 2007. Ho fekk tidsavgrensa uføretrygd til 30. november 2011, og ved vedtak av 29. desember 2011 vart ho gjeven varig uføretrygd frå 1. januar 2012.

Ved sin prosessfullmektig, advokat Jørgen Bugge, tok A den 13. desember 2012 ut stemning mot B for Nedre Telemark tingrett med påstand om betaling av erstatning fastsett etter rettens skjønn.

B ved sin prosessfullmektig, advokat Guro Erikstein tok til motmæle den 20. februar 2013.

Hovudforhandling vart halden 18., 19., 20. og 21. november 2013, og dom vart sagt 15. januar 2014 med slik domsslutning:

»

1. *B frifinnes.*
2. *Partene bærer hver sine saksomkostninger.»*

A har anka dommen, og B har teke til motmæle.

For nærare om det som vart gjort gjeldande for tingretten samt tingrettens grunngjeving, vert vist til tingrettens dom.

Ankeforhandling vart halden 26., 27., 28. og 29. mai 2015. Begge partar møtte og forklarde seg. Det vart høyrte 6 sakkunnige vitne, og 11 øvrige vitne.

A ved sin prosessfullmektig, advokat Jørgen Bugge, har samanfatningsvis gjort gjeldande:

Det ligg føre skuldansvar etter ulovfesta rett, og det er sannsynleg årsakssamanheng mellom skadevaldinga utført av B og dei skadane som A har i dag. Desse er forverra nakkeplager, kjeve- og ansiktssmerter, organisk hjerneskade, smerteplager i brystryggsøyra og psykiske plager. Valdsutøvinga har vore ein nødvendig føresetnad for dei somatiske og psykiske plagene ho har, og ho er vorten påført økonomisk tap som følgje av denne.

Tingretten har korrekt lagt til grunn at det er årsakssamanheng mellom voldstraumet og dei forverra nakkeplagene, hovudskaden og kjeveskaden, men invaliditetane er sette for lågt. Derimot har tingretten uriktig lagt til grunn at valdsutøvinga ikkje har medført psykisk skade og skade i brystryggen.

Dei skadane som A er påført, er pårekelege følgjer av B si valdsutøving 8. november 1994. Hovudskade og nakkeskade er pårekelege følgjer av eit hardt slag, jf. punchballeffekten, det same gjeld slag som er så hardt at det fører til medvitstap. Brot i kjeven er også ei pårekeleg følgje av eit hardt slag mot ansiktet, det same gjeld psykiske plager både som pårekeleg følgje av sjølv valdsutøvinga, og som følgje av dei fysiske skadane som er påført. Endeleg er prolapsen i brystryggen ei pårekeleg følgje av det harde slaget.

Kjeven.

Når det så gjeld kjeveskaden, er saka betre opplyst for lagmannsretten idet det sakkunnige vitnet, professor Bjørnland, har påvist at det ligg føre nerveskade i kjeven, og at fokuset på kjevoforskyvinga i all den tida A har søkt hjelp for smertene, har skygd for andre forklaringar på plagene. A hadde ingen plager frå kjeven på førehand, og ho hadde akutt svære smerter frå kjeven. Smertene har vore til stades heile tida etterpå, ho har forklart seg om «nummenhet», om endringar ved kulde og varme, og ho har iherdig prøvd å få hjelp. Hadde det vore lite smerter, ville ho ikkje stått på i 14 år, og aldri ville gje seg.

Nakken

A hadde akutte smerter etter valdshandlinga, og ho har kontinuerleg hatt smerter i ettertid. Det skal takast med i vurderinga at ho hadde inngangsverdi i og med at ho hadde nakkeproblem også før skaden, men skadelidte skal takast som ho er, og skadevaldaren var i alle høve klar over at A hadde «skjør nakke». Tingretten har lagt for låg invaliditet til grunn, og det sakkunnige vitnet dr. Robbestad si erklæring på 10 % varig medisinsk invaliditet må leggjast til grunn.

Hovudskaden

Det ligg føre klar rapport frå det sakkunnige vitnet, psykiater Jon Johnsen, som konkluderer med at A har utvikla eit posttraumatisk hjernesyndrom og en «forlenget tilpasningsreaksjon», som med meir enn 50 % sannsyn har si årsak i valdshendinga. Det vert her også vist til den sakkunnige, nevropsykolog Svenn Erik Jacobsen si erklæring om at det mest sannsynleg ligg føre hjerneorganisk skade. Vitnet nevropsykolog Erik Wærnes, som har undersøkt A og ikkje påvist noko konsentrasjonssvikt over tid, har gått mot Jacobsen sin uttale. Han måtte likevel for lagmannsretten vedgå at han ikkje hadde nytta samen metodikk som Jacobsen, dvs., at han ikkje hadde målt konsentrasjonen over tid. Resultata er såleis ikkje samanliknbare med Jacobsen

sine. Wærnes vedgjekk også at den diagnosen han hadde sett på A, nevrasteni, var sett med tanke på NAV sitt regelverk og i samanheng med søknad om uføretrygd.

Psykiske plager

Dei psykiske plagene heng saman med hovudskaden som nemnt, jf. Johnsen si erklæring, og det er ikkje grunnlag for å hevda at A er offer for ei somatiseringsliding. Det er dei fysiske plagene som er dominerande, og den kognitive svikten, trøyttleiken, søvnproblema osv. har si årsak i hjerneskadene og «forlenget tilpasningsreaksjon» som følgje av valdshendinga.

Brystryggen

A hadde ingen plager med brystryggen før valdshendinga i 1994, og det vert vist til det sakkunnige vitnet dr. Magnus Robbestad si erklæring der det går fram at det er påvist «følelsesutfall» frå brystryggen ved undersøking på Bergen Spine Center, samt at han har funne det same ved begge sine nevrologiske undersøkingar. «Normale» prolapsar i dette området er sjeldne, og det er sannsynsovervekt for at skaden og smertene har sitt opphav i valdshendinga.

Forelding.

Når det endeleg gjeld spørsmålet om forelding, har tingretten korrekt lagt til grunn at verken kravet om meinerstatning, lidt tap eller erstatning for framtidig inntektstap er forelda. Foreldingsfristen vart broten ved at det vart teke ut forliksklage med påfølgjande klager 1. juli 2010, og stemning vart teken ut 13. desember 2012. A hadde ikkje nødvendig kunnskap om skaden før 1. juli 2007, og det låg heller ikkje føre forhold som tilsa at ho burde ha skaffa seg nødvendig kunnskap om skaden før den tid.

Påført inntektstap, påførte utgifter attende til 1. juli 2007 er såleis ikkje forelda, heller ikkje framtidstap for desse postane.

For så vidt gjeld meinerstatning var det først ved dr. Robberstad si spesialisterklæring 11. juni 2012 at A fekk kunnskap om at det dreia seg om eit monaleg mein, dvs. minst 15 % varig medisinsk invaliditet, slik at kunnskapskravet først ved dette tidspunktet var oppfylt. Vedtaket om full uførepensjon låg først føre 29. desember 2011.

A gjorde alt ho kunne for å få hjelp for plagene sine og få koma attende til arbeidslivet. Ho hadde lenge eit håp om at dette skulle lata seg gjera. Ho kan ikkje lastast for at ho ikkje gjorde det ho kunne for å skaffa seg kunnskap om skadane og årsakssamanhengene, og ho har elles føljt tapsavgrensingsplikta si. Det vert endeleg vist til at det først ved ankeforhandlinga i lagmannsretten er klargjort at kjeveskaden er underdiagnostisert idet ein har fokusert på kjeve/bittstillinga i staden for ein eventuell nerveskade.

Det er lagt ned slik påstand:

«1. B er erstatningsansvarlig for somatiske og psykiske skader som han har påført A ved voldsutøvelsen den 08.11.94.

2. B dømmes til å betale As/det offentliges saksomkostninger for tingrett og lagmannsrett.»

B, ved sin prosessfullmektig, advokat Guro Erikstein, har samanfatningsvis gjort gjeldande:

A sine erstatningskrav er forelda idet ho frå 1994 var vel kjend med skaden. Ho var i gang med attføringstiltak på grunn av skulder/nakkeplager før skaden, og gjekk i gang med fullstendig ny utdanning etter valdshendinga. I februar 1995 fekk ho kunnskap om varig fysisk mein og plager, og ho hadde i 95-96 klar oppfordring til å gå til sak. Det vert elles vist til at ho i oktober 1997 søkte om valdsoffererstatning. I alle fall frå dette tidspunktet hadde ho kunnskap om både fysisk og økonomisk skade. A kan ikkje verta høyrd med at ho ikkje kjende til utviklinga av helseproblema. Ho hadde fullt høve til å be retten skjønna over dette. Heller ikkje tilleggsfristen i foreldingslova § 10 er halden, idet A ikkje har utvist aktsam aktivitet.

Når det så gjeld det materielle innhaldet i saka, så er det ein kompleks problemstilling der smerte synast å vera hovudproblemet.

Kjeveskaden som oppstod ved slaget har ikkje ført til noko bittproblem, og det er ikkje ført tilstrekkeleg bevis for at det ligg føre nokon nerveskade som vist til av det sakkunnige vitnet Bjørnland. Bjørnland har stolt på Robberstad sin uttale om at det ligg føre hjernenerveskade, noko som ikkje er påvist. Sjølv om det kan seiast å liggja føre ein liten restskade i kjeven frå slaget i 1994, så utgjer ikkje dette 10 % varig medisinsk invaliditet.

Det ligg føre eit visst sannsyn for at slaget førte til ein forsterka nakkeproblematikk, men ikkje i slik grad som dr. Robberstad har uttalt. Når det gjeld brystryggen er det ikkje grunnlag for å hevda at As plager skal ha noko med hendinga den 8. november å gjera. B slo ein gong, og den minneframkallinga som psykolog Ørvik har vist til om at A kan ha ein svakt minne om at ho låg på badegolvet og merka ei rørsle i kroppen, er ikkje nok til å kunna leggja til grunn at A vart sparka eller slått i ryggen. Heller ikkje for påstått hovudskade og psykiske problem er det ført tilstrekkeleg bevis for at det ligg føre problem som stammar frå det slaget som B påførte A. Vitnet Jacobsen har ikkje lagt fram validitetstestar, og det burde elles vore nytta ein annan enn Jacobsen til å føreta dei aktuelle undersøkingane for lagmannsretten. Johnsens påstand om at amnesien varte over 24 timar stemmer ikkje og nokre av dei symptoma han nemner har ikkje oppstått etter skaden, og er heller ikkje konsistente. Det sakkunnige vitnet dr. Robberstad har dessutan føreteke eit skjønnsamt utval av føreliggjande data når han har skrivne sin rapport.

A har elles hatt andre skadesituasjonar, ho var såleis utsett for bilkollisjon med nakkeskade og ho datt av ein hest.

Det er heller ikkje haldepunkt for at ho har hatt kontinuerlege plager. Ho har teke barnevernutdanning på normert tid, og ho hadde i åra 1995 til 2003 liten kontakt med lege. Det som vart teke kontakt om, gjaldt elles anna enn skaderelaterte forhold.

Endeleg har A alt i 1993 uttrykt misnøye dersom ho ikkje vert trudd av helsepersonell, noko som kan forklara kvifor ho noterer så flittig, det vil seia at det ikkje er konsentrasjonen som er problemet. A var elles diagnostisert med asteni før 1994, og fastlegen hennar gjennom mange år, dr. Myhren, har diagnostisert henne med «nevrose somatiserende». A har elles flytta rundt til ulike legar, og ho har hatt den fulle regien om kva som er framlagt i saka.

Subsidiært vert gjort gjeldande at A ikkje har oppfylt tapsavgrensingsplikta si, ho har ikkje gjennomført tilrådd behandling, og ho har ikkje teke tilstrekkeleg omsyn til si sårbare helse ved aldri å gi seg.

Det er lagt ned slik påstand:

«1. Anken forkastes.

2. A dømmes til å betale sakens omkostningar for tingrett og lagmannsrett.»

Lagmannsretten skal nemna:

Forelding

Etter foreldingslova § 9 første ledd vert krav på skadeserstatning eller oppreisning forelda tre år etter den dagen då den skadelidne fekk eller burde ha skaffa seg nødvendig kunnskap om skaden og den ansvarlege.

Det er semje mellom partane i at foreldingsfristen vart broten 1. juli 2010 då det vart teke ut forliksklage til Porsgrunn forliksråd. Spørsmålet vert då på kva tidspunkt A hadde kunnskap om, eller burde ha skaffa seg kunnskap om, skaden og den ansvarlege. Med «skade» i denne samanhengen meiner ein ikkje den fysiske eller psykiske påverknaden på den skadelidne, men derimot til dei økonomiske skadeverknadene, jf. Rt-1998-587 der det m.a. heiter:

«Etter rettspraksis foreligger skade i lovens forstand når en faktisk skade har manifestert seg på en slik måte at det objektivt sett kan konstateres grunnlag for å reise en sak om erstatning, jf blant annet dommene i Rt-1992-603 og Rt-1996-1134 .

Hva som nærmere ligger i kravet til at det må foreligge søksmålsgrunnlag eller - som det også uttrykkes - utsikt til et positivt resultat, bør ses i lys av de rettskraftsvirkninger som er knyttet til en dom om erstatning for inntektstap eller mén, og som innebærer at det normalt ikke kan reises ny sak hvis utviklingen blir en annen enn det var grunn til å vente på domstidspunktet. En mulighet for et positivt resultat kan på denne bakgrunn ikke være nok.»

På den andre sida er det ikkje nødvendig at tapet let seg endeleg påvisa, jf. Rt-1992-603 der det heiter at det må «kreves en mulighet for at skaden vil føre til et tap av erstatningsmessig betydning. Skaden behøver ikkje være klarlagt i detalj.»

Elles må foreldingsfristen vurderast for den enkelte tapspost, dvs at det kan løpa ulike foreldingsfristar for meinerstatning og for påført og framtidig inntektstap.

For tap i framtidig erverv er hovudregelen at forelding skjer under eitt, jf. Anne Cathrine Røed, *Foreldelse av fordringer*, 2004 side 248 der det m.a. heiter:

«Som hovedregel synes klart å være at fremtidig tap foreldes under ett. Det synes først å være i de tilfeller hvor det foreligger særlig usikkerhet med hensyn til tapets størrelse at foreldelsen skjer suksessivt.

På bakgrunn av den rettspraksis som foreligger må man kunne utlede at foreldelsesfristen løper under ett for et samlet fremtidig tap fra det tidspunkt skadelidte får eller burde ha skaffet seg kunnskap om at skaden antas å få varig karakter, at hun eller han har oppfordring til å reise søksmål.»

Sentralt ved vurderinga om når foreldingsfristen tek til å løpa for tap i framtidig erverv, vil såleis vera det tidspunktet der vedkomande fekk eller burde fått kunnskap om at det ligg føre skade i foreldingslovas forstand, og at skaden «antas å få varig karakter».

I vår sak har A hatt ulike plager i etterkant av hendinga i november 1994, men omskulerte seg og var i arbeid fram til hausten 2007 då ho vart sjukemeld, utan seinare å koma attende i arbeid. Ho hadde også tidlegare hatt kortare og lengre sjukemeldingar, men var innstilt på å halda seg i arbeid, og la også ned mykje energi i å finna ut kva som var årsaka til smertene og plagene, slik at ho kunne få behandling og verta betre.

Det vert såleis vist til journalnotat frå 29. november 2007 frå fastlegen der han tilviste pasienten til Smerteklinikken ved Sykehuset Telemark:

«Info om virus. Søker denne pasient til dere for smerter i nakken og interscapulært. Hun ble voldelig utsatt for traume med fractur av manibula for noen år tilbake. Etter dette har hun slitt med nakkesmerter og ryggsmarter. Har brukt fysioterapeut som lite har hjulpet, sist år var hun hos naprapat som hjalp henne en god del. Imidlertid er det dyrt og hun kan ikke fortsette. Hun jobber med barn og ungdom og trives godt i jobben, men sliter nå med å klare jobben. Hun har økende konsentrasjonssvikt og hukommelsesproblem. Jeg tolker det slik at en psykologisk tilnærming ville være hensiktsmessig i dette tilfellet. Kognitiv terapi kanskje, men hun er ikke innstilt på psykologhjelp. Jeg tror det kanskje kan bli vanskelig å bli helt kvitt smertene, men at hun til dels må lære å leve med disse. Hun var til nevropsykologisk testing ved Wærnes noe tid tilbake og man fant ingen hjerneskade. Hun er ikke velvillig innstilt på tabletter, og bra er det. Jeg ber om en vurdering og ber om hjelp til forslag på terapivalg.»

Den 7. januar 2008 skriv fastlegen følgjande i journalen:

Åkre finner intet unormalt, henviser kjevekirurg i Arendal. Hun har smerter i øvre Th columna, prolaps angivelig der som gir henne en vedvarende smerte interscapulært, sitter som en klo. Dette tar så mye av hennes krefter fra henne. Klarer ikke 100% jobb. Nummenhet i armene og fingrene. Klarer ikke å skrive kompliserte rapporter vedr. klienter»

Vidare heiter det den 1. april 2008:

«MR caput kjeve normale funn. Thoracal Prolaps TH5-6 midtstillet. Kontakt med St. Olav og Ullevål. Er en chr smertepasient. Får aldri hvilt ut. Confortid og paracet demper plagene. Håper på operasjon selv. Bli aldri ferdig smertene ellers. Skal til kjevekirurg i Arendal i morgon. Fortsatt smerter i IS col og Th col. (...) Diagn. Nevrose somatiserende»

Og endeleg 26. mai 2008:

«Søker denne pasient til GREP for en enhetlig vurdering. Hun var utsatt for et voldelig angrep i 1994 og pådro seg et komplisert brudd i hø ramus mandibulae. I ettertid mye plager med nakke hode kjeve. Hun har nakkeplager og ryggplager i Th columna med mulighet for myelopati Th 5-6 og 6-7. har vært til ulike vurderinger på FMR Firdaklinikken og Nakkeryggklinikken på Ullevaal. Strever nå å komme til et ryggcenter på St. Olavs. Hun er sliten, anspent og psykisk sliten i den kampen for egen helse som hun nå står midt oppi. Er pga plagene sykmeldt 100% i en konsulentjobb innen barne og ungdomsarbeide.

Annen henvendelse: NAV Trygd Porsgrunn Til annen institusjon.»

Den 4. juli 2008 går det fram av journalen at St. Olavs Hospital Trondheim ikkje ville operera.

A fekk mellombels uføretrygd inntil ho fekk vedtak om varig uførepensjon 29. desember 2011.

Lagmannsretten ser det slik at A først i løpet av 2007/2008 fekk kunnskap om at skaden hadde manifestert seg på ein slik måte at det objektivt sett kan konstaterast grunnlag for å reisa sak om erstatning, og at skaden «antas å få varig karakter».

Kravet om erstatning for lidet og framtidig ervervstap er på denne bakgrunn ikkje å sjå på som forelda.

Kravet om meinerstatning vert etter lagmannsrettens syn å sjå på på same måte. Grunnlaget for meinerstatninga i dette tilfellet er vidare enn den oppreisingserstatninga som B vart dømd til å betala i dommen frå 1995, og utbetalinga av valdsoffererstatning frå Fylkesmannen i Telemark i 1996. Grunnlaget for meinerstatning har først manifestert seg i same tidsrom som det nemnde for ervervstap.

Ingen av krava vert etter dette å sjå på som forelda.

Erstatningskravet

Lagmannsretten er langt på veg samd med ankemotparten i at dette er ei samansett sak, og at smerteproblematikk synest å utgjera ein ikkje uvesentleg faktor.

I den samanhengen vil lagmannsretten visa til det som er uttalt i den velkjende dommen frå Rt-1998-1565 som gjaldt ei såkalla Whiplash-sak, men det som Høgsterett uttalar er treffande også for vår sak:

«Innledningsvis finner jeg grunn til å si noe generelt vedrørende domstolenes behandling og avgjørelser av denne type saker.

Såkalte whiplash- eller nakkeslengsaker som kommer for domstolene, er ikke sjelden preget av et uklart årsaks- og symptombilde. Det kan være uklarhet om hvilke skader som er oppstått, når de forskjellige symptomer har inntrådt og i det hele om og i tilfelle hvilke deler av en foreliggende helsesvikt som kan tilbakeføres til den aktuelle påkjørsel som skal ha medført nakkesleng. Det foreliggende bevismateriale vil gjerne være sammensatt, og opplysningene kan trekke i forskjellige retninger. Ved en slik bevisbedømmelse er det viktig å ha for øye at bevisene vil kunne ha forskjellig kvalitet og tyngde. Særlig viktig ved bevisbedømmelsen vil være nedtegnelser foretatt i tid nær opp til den begivenhet eller det forhold som skal klarlegges, og da spesielt beskrivelser foretatt av fagfolk nettopp for å få klarlagt en tilstand. Dette vil gjelde blant annet nedtegnelser i legejournaler om funn og om de symptomer pasienten har ved undersøkelsen eller behandlingen. Svakere bevisverdi vil for eksempel opplysninger fra pasient til lege ha hvis opplysningene gjelder pasientens tilstand på et vesentlig tidligere tidspunkt enn tidspunktet for den aktuelle konsultasjon. Opplysninger fra parter eller vitner med binding til partene som er gitt etter at tvisten er oppstått, og som står i motstrid eller endrer det bildet som mer begivenhetsnære og uavhengige bevis gir, vil det oftest være grunn til å legge mindre vekt på, jf her - om bevisbedømmelsen på et annet rettsområde - Rt-1995-821. En evaluering av bevisene i nærværende sak kommer jeg tilbake til.

Whiplash eller nakkesleng er ikke uttrykk for en inntrådt skade, men for en skademekanisme - altså en bestemt måte skade eventuelt inntreffer på - ved at hodet, gjerne ved påkjørsler med bil bakfra, kastes bakover for så etter en «knekk» å fare fremover. Hva som skal til for å få skader ved nakkesleng, skadeomfang, varighet og andre sider ved nakkesleng er til dels sterkt omtvistet. Men særlig gjennom 90-årene har det skjedd en betydelig medisinskfaglig avklaring av viktige sider ved nakkesleng. Dette leder meg til mitt neste generelle poeng. Vi er her på et område hvor det kanskje er særlig viktig at domstolene har for øye at årsaksforhold, skadeomfang m v så langt mulig må bedømmes i lys av mer allment akseptert medisinsk viten. Jeg peker spesielt på rapporten fra den såkalte Quebec Task Force, en tverrfaglig internasjonal gruppe som har samlet materiale om årsaksforhold, forebygging og behandling av tilstander utløst av nakkesleng. Dens arbeide har resultert i det som er betegnet som en internasjonal konsensus om lidelser assosiert med nakkeslengskader. Jeg viser til omtale av dette i Tidsskrift for Den norske lægeforening nr 17 for 1995. Jeg legger til at de rettsoppnevnte sakkyndige for Høyesterett i sine forklaringer har vist til denne rapporten og dens konklusjoner. Videre peker jeg på at det er viktig for domstolene å påse at aksepterte retningslinjer for vurdering av uførhet ved skader etter nakkesleng følges, jf her blant annet legeforeningens retningslinjer av 1994 for fastleggelsen av dette.

Det tredje forhold av mer generell karakter som jeg vil trekke frem, er at rettens behov for sakkyndighet må bli dekket på en betryggende måte. I saker med kompliserte og omtvistete medisinske årsaksforhold, sier det seg nærmest selv at det må oppnevnes medisinsk sakkyndige. Vi er for øvrig her på et område hvor forsvarlighet og grundighet også ofte vil tilsi at retten fraviker lovens utgangspunkt om én sakkyndig, jf

tvistemålsloven § 239 første ledd, og oppnevner to sakkyndige. Sakkyndige vitner vil nok i noen grad kunne avhjelpe rettens behov for sakkyndige råd og veiledning, men oftest ikke fullt ut. Rettsoppnevnte sakkyndige vil gjerne med en større grundighet utrede de mer generelle og spesielle medisinske spørsmål saken reiser. Det er også vesentlig at rettsoppnevnte sakkyndige vil være uten bindinger til partene, noe som ofte ikke vil være situasjonen for sakkyndige vitner.

I nærværende sak oppnevnte byretten to sakkyndige, men disse trakk seg før hovedforhandlingen. Det burde så vidt mulig vært oppnevnt to nye. Lagmannsretten avslo den ankende parts begjæring om oppnevning av medisinsk sakkyndige, begrunnet i at ankemotparten motsatte seg dette. Jeg forstår ikke lagmannsrettens standpunkt her. Begge parter har i en tvist som nærværende et selvfølgelig krav på at de sentrale tvistepunkter i saken opplyses på en forsvarlig og grundig måte. Etter mitt skjønn bærer lagmannsrettens vurderinger omkring de medisinske forhold preg av at den ikke har hatt medisinsk sakkyndige å støtte seg til.»

I vår sak har lagmannsretten høyr 6 sakkunnige vitne, 4 frå ankande part si side, og 2 frå ankemotparten si side. Det har ikkje vore rettsoppnemnde sakkunnige, men retten er derimot sett med to fagkunnige meddommarar, slik det også var i tingretten.

Dei sakkunnige vitna har til dels hatt divergerande oppfatningar både av As tilstand og årsak til den eventuelle tilstanden, noko som vil gå fram av det følgjande.

Når det gjeld As tilstand, så synest som nemnt ein vesentleg del å vera knytt til smerter, men også til noko nedsett motorisk funksjon, til konsentrasjonsvanskar, minnesvekking og trøytteik. Når det gjeld smerter og t.d. trøytteikskjensle, er dette i hovudsak subjektive opplevingar som vanskeleg let seg måla eller på annan måte objektivt verifisera, og ein må i stor grad basera seg på pasienten sine eigne utsegner om dette, samt støtta seg på andre omstende som byggjer opp under den opplevde tilstanden. I tillegg kan ein stundom høyra utsegner frå medisinsk hald om at «smerter set seg fast». Smerteproblematikk er såleis eit område som inneheld fleire usikre faktorar, men lagmannsretten er likevel ikkje i tvil om at enkeltpersonar kan vera plaga av sterke smerter utan at årsaka til smertene kan påvisast ved t.d. røntgen eller MR.

Lagmannsretten vil så ta for seg dei ulike område som er påstått utsett for erstatningsutløyande skade frå B si side, og startar med

Brystryggen

Det første som må godtgjerast, er at B den 8. november 1994 utførte vald mot A med pårekeleg skadepotensiale for brystryggsmarter som vist til av A.

A hugsar ingenting av sjølv hendinga, og det ho har uttalt om skadevaldinga, har ho fått greie på av B. B hevda sjølv straks etter hendinga at han også hadde tap av minne frå sjølv valdshandlinga, jf. det han forklarte under straffsaka mot han, dvs at han hugsa at han var på badet, og at det neste han hugsa var at skadelidne låg bøygd over badekaret på badet og gråt. Han hadde inga anna forklaring på hendinga enn at han har slått henne. Men både for tingretten og lagmannsretten i nærverande sak har han forklart at han nok hugsa meir enn det han hadde forklart til politiet og retten på dåverande tidspunkt, idet han tykte det var for ille.

Det er ikkje reist tvil om at slaget må ha vore hardt, og at det trefte kjeven. A har vore oppsett på å få nærare kjennskap til det som eigentleg skjedde, og ho freista saman med psykolog Karl Petter Ørvik å kalla fram minne frå hendinga. Ho har forklart at ho gjennom det vagt kan minnast at ho låg på flisene på golvet, og at kroppen endra stilling framover. Ho kan også vagt minnast synet av ein knyttneve.

Lagmannsretten finn ikkje dette tilstrekkeleg til å godtgjera at B også utførte vald i form av spark eller slag mot ryggen til A. Dette stemmer heller ikkje med det B har forklart seg konsistent om, dvs at ho låg over badekaret, og at han hjalp henne frå denne stillinga opp på føtene og ut i stova. Sjølv om B som nemnt ikkje har vore konsistent i si forklaring på det han hugsa, er det ikkje haldepunkt for at han også skal ha sparka eller slått henne i ryggen. A har vist til eit stort blåmerke på hofta, men lagmannsretten kan ikkje sjå at dette med tanke på erstatningsutløyande skade i brystryggen kan ha noko relevans. Lagmannsretten ser også bort frå at legane ved innkomsten på sjukehuset på ein eller annan måte skulle ha oversett teikn på skade i ryggen, jf. ovannemnde grundige journalnotat frå dei fyrste dagane på dåverande Telemark Sentralsjukehus.

Lagmannsretten kan heller ikkje sjå at slaget mot A sin kjeve på nokon som helst måte kan ha vore ein medverkande årsak til A sine plager frå brystryggen. B har elles forklart at det var eitt slag mot hovudet, og det er ikkje haldepunkt for at det skulle vore fleire slag.

Etter lagmannsrettens syn ligg det heller ikkje føre brusymptom, idet smertene/plagene først er omtalt i 2003, og prolapsar vart påviste same år.

Smertene er elles omtalt slik i dr. Magnus Robberstad, spesialist i nevrologi og fysikalsk medisin, si utgreiing av 23. mars 2012 basert på As skildring pr. 31. januar 2012:

«Den dominerande plaga er uttalte klo-liknande smerter i midtre del av brystryggen. Desse har ei viss høgre overvekt. Det blir verre ved alle rørsler, verre dersom ho skal bera noko enten det er sekk på ryggen eller berepose i hendene. Det blir og verre ved framoverbøy, både frå ståande og sitjande stilling. Ho oppnår ei viss lindring når ho ligg, ved sterke smerter må ho leggja seg ned. Ho er kvalm, svimren og redd for å svima når smertene er sterke. Ho set dette i samband med dysfunksjon i matrøret der peristaltikken i midtre del er dårleg til fråverande, jamfør vurdering frå indremedisinsk poliklinikk Telemark sentralsjukehus 14.12.10.»

Ved MR-undersøking ved Telemark Røntgensenter 7. mai 2003 er gjort følgjande funn:

«MR CERVICALCOLUMNA (halsryggraden)

Sag T2/T1, fra T2me.

Det er normalt signal fra virvler og skiver i cervicalavsnittet. Den cervicale lordose er litt utrettet. Det er ikke påvist skivebukning, prolaps eller stenose i cervicalavsnittet.

De sagittale bildesekvenser inkluderer øvre del av thoracalavsnittet. I nivå TH5/TH6 sees et relativt stort midtstillet prolaps. Dette gir en impresjon i medullas fremflate. Funnet tilsier at pasienten bør undersøkes i hele thoracalavsnittet, også med aksiale snitt i aktuelle skiverom. Vi tillater oss å innkalle pasienten til dette.

R: UPÅFALLENDE FORHOLD CERVICALT, MEN PÅVIST PROLAPS I SKIVEN TH5/TH6»

Ved ny MR den 15. mai 2003 heiter det:

«MR THORACALCOLUMNA (brystryggraden):

sag T2 (telleserie), sag T2/T1, fra T2med gjennom TH5 til og med TH7.

I TH5/6-nivå sees et midtstillet prolaps som tangerer medullas forflate, men det er fortsatt bra plassforhold i spinalkanalen. I TH6/7 sees et lite venstrestillet prolaps som tangerer medullas anterolaterale venstre aspekt. Også her bra plassforhold i sentralkanalen. Normal signalintensitet i medulla spinalis. Normale forhold i de øvrige cervicale nivåer.

R: PROLAPSER I TH5/6 OG TH6/7-NIVÅ SOM BESKREVET.»

Endeleg er det gjort MR-undersøking 11. april 2011 ved Curato Røntgen Sandvika der det er gjort følgjande funn:

«I nivå TH10/TH11 er det et prolaps mot høyre helt lateralt i kanalen og tilgrensende laterale recess som er trang. Forandringene forårsaker ingen kompresjon av medulla. Lett progresjon av funn siden undersøkelse 30.05.08.

I nivå TH5/TH6 er det et prolaps i midtlinjen. Uendret fra tidligere.»

Det er konkludert med «Kronisk brystryggsmerte med påviste skiveprolapsar. Diagnose M51.24 Thorakale skiveprolaps.»

Lagmannsretten er samd med tingretten i at dette fell inn under pkt. 2.2.2 i invaliditetstabellen der det heiter:

«Betydelig nedsatt funksjon i brystryggsøylen med sterke smerter, vesentlig nedsatt bevegelighet og objektivt påvist skade-/sykdomsrelatert skjelettforandring.»

Medisinsk invaliditet for pkt. 2.2.2 er oppgjeven å vera 15-20 %, og lagmannsretten er også samd med tingretten i at den her bør setjast til 18 %.

Det er såleis påvist prolapsar som kan vera årsak til smertene i brystryggen, men lagmannsretten finn som nemnt ovanfor at det ikkje er årsakssamanheng mellom desse prolapsane og valdshendinga som fann stad 8. november 1994.

Kjeveskaden

Brotet i kjeven grodde noko feil, som gav ei feilstilling i bittet. Det vart ikkje tilrådd kirurgisk behandling, men i staden vart skaden behandla med bittskinne og fysioterapi. A har i løpet av åra som har gått vore til mange undersøkingar, og som nemnt vore oppteken av å få hjelp til å verta betre.

Tingretten har oppsummert på denne måten:

«Ved røntgen 15.12.00 ved Unilabs er resultatet:

«KJEVELEDD

Sidelike normale funn»

Ved røntgen 10.06.03 ved Telemark røntgensenter er resultatet:

«R: NORMALE FORHOLD I BEGGE KJEVELEDD»

Ved røntgen 16.06.05 ved Telemark røntgensenter er resultatet:

«MR KJEVELEDD:

...

«R: NORMALE FORHOLD»

Ved røntgen 27.02.08 ved Capio Røntgen Bergen er resultatet:

«MR BEGGE KJEVELEDD 270208:

Normale forhold ved knoklene.

Meniskene ligger i normal posisjon både ved lukket munn og ved gaping.

R: NORMALE FUNN.»

Ved røntgen 30.05.08 ved Telemark Røntgensenter er resultatet:

«R: MINIMALE DEGENERATIVE FORANDRINGER PÅ CAPUT MANDIBULAE VENSTRE SIDE, FOR ØVRIG NORMALT FUNN.»

Ved røntgen 26.05.11 ved Curato Røntgen Sandvika anføres det:

«26.05.2011 CT Kjeveledd

Undersøkt med multislice teknikk og rekonstruert bilder i aksialt, coronalt og skrå sagittalt plan for optimal vurdering av kjeveledd/ mandibula condyler.

Som beskrevet ved MR ligger høyre mandibulacondyl lenger ventralt i leddet en tilsvarende på venstre side med kjeveledd i hvilestilling/sammenbitt.

Det er symmetriske funn med hensyn til vurdering av bensubstans og corticalt ben i mandibulacondylene. Ingen degenerative påleiringer.

Ingen sikre fokale patologiske forandringer i skjelettsubstans i resten av mandibula.

R:Ingen patologiske forandringer i skjelettstrukturen.»

Retten har valgt å støtte seg på oralkirurg Bård Alvsakers vurdering fra 02.04.08 (s. 251) og oppfatter denne som en akseptabel beskrivelse av nå-tilstanden. Det heter her:

«Diagnoser:K07.6 Kjeveleddslidelser»

... .

«Funn:

Ved undersøkelse i dag finner man side lik førlighet til ansiktsnervene. Hun er tydelig palpasjonsømt i tygge- og kjeveleddsmuskulatur, spesielt m. masseter og m. temporalis på høyre side.

Gaper lett ca 40-45 mm. Det er god sideføring av underkjeven. Hun har midtlinjeforskyvning på anslagsvis 2 mm til høyre i underkjeven og det er kryss bitt på høyre side. Hun mener selv at bittet har vært helt entydig og stabilt tidligere, da hun har hatt gjennomgått kjeveortopedisk behandling. Velkonserverte tannsett og normale bleke slimhinner.

Kan ikke høre leddyder ved undersøkelsen. Røntgen OPG viser greie ledd konturer, vanskelig å avgjøre leddspalten. Pasienten har på eget initiativ fått tatt MR av kjeveleddene som ved 2 anledninger har vært negative med tanke på menisk utglidning.»

Vurdering:

Pas har tydelig myalgi i tygge- og kjeveleddsmuskulatur, på høyre side spesielt. Trolig er dette sekundært til hennes generelle helsetilstand som er preget av mye smerter grunnet både nakke- og ryggplager. Okklusjonen er stabil til tross for kryssbitt høyre side. Hun har grei sidebevegelse og gapehøyde ved underkjeven.»

Etter rettens vurdering faller ikke dette direkte inn i noen kategori i invaliditetstabellen. Men pkt 1.1.5 gir veiledning. Det heter her:

«Sterkt nedsatt gapefunksjon med påviste strukturelle forandringer i kjeveleddet. Øvre grense på 15 prosent skal bare brukes i tilfeller der den skadde bare kan ta inn føde i form av flytende kost eller farsekost.»

Medisinsk invaliditet for pkt 1.1.5 er angitt til 10-15%».

Tingretten vurderte så den medisinske invaliditeten til 3%.

A har i etterkant av tingrettens dom innhenta spesialisterklæring fra professor i klinisk odontologi Tore Bjørnland, med følgende mandat:

- «1. Det ønskes utredet tann/kjeve/bittskaden som A fikk ved voldstraumet 8.11.94 og at det foretas en undersøkelse av skadelidte.
2. Vurdering av årsaksforhold
3. Vurdering av medisinsk invaliditet
4. Funksjonsvurdering
5. Særlige behov»

Frå erklæringa datert 23. august 2014, vert sitert følgende:

«Ved gjennomgang av legejournaler beskrives» diffus nummenhet/følelessvikt i høyre ansikt og kroppshalvdel ... «Spesialisterklæring av 8.7.2009 fra dr Kjell Skavdal. Poliklinisk notat fra oralkirurg Bård Alvsaker av 2.4.2008:» Hun føler at hun har nummenhetsfølelse i høyre ansiktshalvdel samt synsforstyrrelser». En kombinasjon av nummenhetsfølelse/smertefølelse finner jeg også ved egen undersøkelse av fr A 21.5.2014. Det synes derfor som man ved første innleggelse ikke fikk frem denne opplysning, noe som ikke er uvanlig fordi selve skaden er mer tydelig og at symptomer på en nedsatt/forandret følelse først blir tydelig etter noen dager. Dette er av betydning ved en senere utvikling av kroniske smerter.».

Etter ein gjennomgang av den behandlinga som er føreteken, og dei undersøkingane som er gjort tidlegare, held Bjørnland fram slik:

«Hun har forsøkt en del medikamenter mot smertene (Neurontin og Lyrica), medikament man forsøker ved kroniske smerter. Dette hjalp noe mot de stikkende smertene. Bruker nå Tramadol (middels sterke smertestillende) og Palexia (meget sterke smertestillende). I tillegg til dette har det vært forsøkt å bruke bittskinner som kan hjelpe mot muskelsmerter, men det har ikke gitt noen nevneverdig effekt.

Ved undersøkelse av fr A opplyser hun om konstant verking fra høyre side av kjeven. Det er vanskelig å beskrive smertene, men kan minne om kramper, blir verre i kulde, varme kan hjelpe, kan være stikkende og jagende. Kan også være nummenhet. Ved beskrivelse av smertene med en Visuell Analog Skala (VAS), der 0 er ingen smerte og 100 er den største smerten man kan ha, opplyser hun at smerten ligger mellom 75 og 90. Dette er en meget betydelig smerte. Ved palpering av muskulatur er hun meget ømt i tyggemusklene.

Hun har en gapehøyde på 29 mm der smertene inntreer og kan gape med smerter opp til 37 mm. Sidebevegelse er ca 5 mm. Dette tyder på en lett nedsatt gapehøyde og nedsatt sidebevegelse. Underkjeven ligger ca 5 mm for langt il høyre.

Symptomer som beskrevet som smerter har økt den senere tid til tross for behandling. Bittet har bedret seg ved at tennene i overkjeven treffer tennene i underkjeven, men det gjenstår en betydelig rest-skjevhet som målt til 5 mm.»

Når det gjeld skadelidne si eiga vurdering av helsetilstand og kva gjeremål ho er hemma i eller hindra i å utføra, vert sitert følgjande:

«Her er det vanskelig å skille ut kjeveskaden og følgetilstanden for dette isolert i forhold til de andre symptomene.

Fr A har en meget høy smertepåvirkning, som tidligere nevnt mellom 75 og 90 på VA - skalaen. Dette må karakteriseres som invalidiserende smerter. Hun er smertepåvirket hele dagen som også kan påvirke søvn. Man får derfor en negativ effekt som fører til tretthet, konsentrasjonsproblemer. Tretthet vil i sin tur igjen kunne påvirke smerteterskelen slik at smerter av mindre intensitet oppfattes som større. Dette er kjente sammenhenger. Hun bruker også mye tid på å forsøke å finne ut av smertene og det blir derfor også i tillegg en viss grad av smertefokusering.

Fr A opplyser at hennes aktivitetsnivå er meget lavt pga smerter og utslitthet. Hun kan ikke være i vanlig arbeid og selv letter husarbeid kan være en for stor belastning.»

Når det gjeld vurdering av årsaksforholdet, har Bjørnland uttalt:

«Fr A hadde før voldsepisoden ikke hatt noen symptomer eller funksjonsnedsettelse fra kjeven. Skadene og senfølgen etter volden mot kjeven som førte til kjevebrudd, skjevhet i kjeven og tenner har en helt klar årsakssammenheng med skaden som oppstod 8.11.1994. Skjevheten i kjeven (tennene ble delvis bedret etter at det ble foretatt regulering av tennene ved kjeveortoped Linge, men det er en resterende skjevhet som både man ser ved den kliniske undersøkelsen (underkjevens tenner 5 mm til høyre og CT og MR undersøkelsene, 19.5.2011) Ved skaden oppstod det også høyst sannsynlig (mer enn 50%) en nerveskade pga bruddet i underkjeven. Det ligger en nerve som gjør at man har følelse i leppe/hake/tenner. Når det oppstår et brudd der posisjonen av benet forandres, vil nerven kunne bli revet av, strukket eller sammenpresset. Dette kan gi alt fra fullstendig følelseløshet til smerter (såkalte nevrologiske smerter).

Bittforandringer etter et kjevebrudd tilheler normalt helt hvis benstykkene legges i riktig posisjon etter skaden, med nødvendig behandling som kan være kjevelås kombinert med titanplater/skruer/ståltråd i det aktuelle bruddområdet. Det er tydelig dokumentert via legejournalene at bruddet ikke tilhelte normalt og at bittet ikke var normalt etter den initiale behandling. Hvorvidt en bedre reponering og fiksering av frakturen (bedre tilpassing og plassering av bruddet) ville ført til 100 % bedring er ikke mulig å forutsi. Det er derfor ikke mulig å gi en sannsynlighet på over 50 % om en annen behandling ville ført til et bedre resultat.

Hvorvidt skjevheten som har oppstått i kjeven og tennene er årsaken til symptomene er også vanskelig å vurdere, mindre enn 50 % sannsynlighet, men en skjevhet i kjeve/tenner kan tenkes å gi funksjonsforstyrrelser i kjeven. Her har forskning ikke kommet fremt til sikre tall for sannsynlighet.

Det er en lett nedsatt funksjon i kjeven med gapehøyde. Vanligvis bør man ha en gapehøyde på ca 35 mm uten smerte for at funksjonen skal sies å være god. Den nedsatte funksjonen er høyst sannsynlig (mer enn 50%) grunnet de sekundære muskelsmerter og ikke direkte (mindre enn 50%) relatert til kjevebruddet.

Det som synes mest sannsynlig (mer en 50% sannsynlighet) er at bruddet i kjeven har ført til en nerveskade som kan gi nevrologiske smerter (kroniske nervesmerter). Slike smerter kan ha ulike årsaker, men det foreligger som regel en nerveskade påført pga kjevebrudd, fjerning av visdomstenner, infeksjoner el.l. behandling av slike nevrologiske smerter er vanskelig.»

Når det gjeld vurdering av medisinsk invaliditet har Bjørnland uttalt følgjande:

«I følge «Forskrift om menerstatning ved yrkesskade gitt av Sosial- og helsedepartementet den 21. april 1997 med hjemmel i lov 28 februar 1997 om folketrygd § 13-17 andre ledd» kommer hennes invaliditet under punkt 1.4- andre hjernenervefunksjoner. Hun har kroniske ansiktssmerter (jevnlig forekommende) som kan karakteriseres som excessive med stor smerteintensitet. Punkt 1.4. 3c har et spenn på 45-70. Ette en samlet vurdering velger jeg å legge invaliditeten i den lavere del av dette, i og med at noe behandling

kan lette symptomene. Jeg velger derfor ut fra en samlet vurdering å sette invaliditeten i følge punkt 1.4.3 c, 45 %. Det foreligger ingen inngangsinvaliditet for kjeveskaden.»

Bjørnland har endeleg konkludert slik:

«Konklusjon:

Det foreligger høyst grad av sannsynlighet (mer enn 50 %) for at symptomer med kroniske nevropatiske smerter fra kjeve har en direkte sammenheng med slaget mot kjeven, kjevebruddet og nerveskaden som da oppsto. Jeg velger derfor ut fra en samlet vurdering å sette invaliditeten ut fra: Punkt 1.4 - andre hjernenervefunksjoner, 1.4.3 c, 45 %. Det er mulighet for bedring, men det foreligger ingen enkel behandling som kan løse problemene. Behandlingen av nevropatiske smerter vil kun være kombinasjon av medikamenter og ulike tilnæringsformer som f.eks kognitiv adferdsterapi. Fr A bør av sin fastlege bli henvist til en smerteklinikk.»

Problematikken omkring kjeven er etter dette opplyst for lagmannsretten på annan måte enn for tingretten, idet smerteplagene synest å ha fått ein større plass i skadebiletet, samt at nerveskade er introdusert som årsak til smertene. Lagmannsretten ser det ikkje som utenkeleg at denne forklaringsmodellen kan ha vorte oversett tidlegare, idet både A sjølv og dei spesialistane som har vore inne i biletet, har hatt fokus på den mekaniske delen av problemet.

Lagmannsretten er sett med fagkyndige meddommarar, der den eine er spesialist i nevrologi. Med utgangspunkt i den «allment akseptert medisinsk viten» som vist til i ovannemnde sitat frå Rt-1998-1561 [kan vel være RT-1998-1565, Lovdatas anm.] vert vurderinga frå professor Bjørnland med omsyn til nerveskade sett på som å innehalda nokre usikre faktorar. For det fyrste meinte Bjørnland under ankeforhandlinga at det låg føre skade på 2. og 3. grein av hjernenerva (n.trigeminus), men vedgjekk at det var «litt rart» at to nerver skulle verta skada ved traumet. Han lurte av den grunn på om det kunne ha vore to slag. Vidare skildra han nevropatisk smerte som typisk brennande, dunkande, jagande i karakter. Etter «allment akseptert medisinsk viten» er det klart at skade på ein nerve kan medføra vedvarande smerter, men då distalt (perifert) frå skadestaden. Eit klassisk eksempel er fantomsmerter, der pasienten har vedvarande smerte i t.d. ein amputert fot, dvs foten er borte, men pasienten har smerter som vert oppfatta å sitja i foten. Dette er forklart i at smertesignal frå nervestumpen vert lokalisert i hjernen sitt «kroppskart» til å koma frå den amputerte lekamdelen. Desse pasientane har ikkje smerter der nervane er kutta. Heller ikkje ved den vanlegaste årsaka til nevropatisk ansiktssmerter, trigeminusnevralgi, sit smerta på skadestaden. Ved denne tilstanden har pasienten lynande smerter i (som oftast) ei grein av ansiktserven, ei smerte som kan provoserast av berøring/stimulering av det affiserte ansiktsområdet, for eksempel tannpuss, tygging osv. Desse smertene er kortvarige, intense og kan koma hyppig, og kan såleis vera svært belastande.

Etter lagmannsrettens oppfatning har ikkje A smerter som svarar til ein slik nerveskade. Det vert i denne samanhengen vist til journal frå øre-nese-hals ved dr. Dingsør ... 1995:

«Med makt klarer hun å presse bittet sammen. Hun har også vondt tilsvarende leddet på hø. side.»

Assisterande tannlege Bjørn Kubon har ved kjevekirurgisk undersøking 16. oktober 1997 uttalt:

«Hun har i årene som fulgte vært stadig plaget med smerter fra kjeveleddsområdet hø. side. (...) Normal sensorikk og motorikk. Ingen submandibulær lymfadenitt. Det observeres palpasjonsømheter i tyggemuskelatur samt nakkemuskelatur hø. side.»

Endeleg vert vist til journalnotat frå Sykehuset Telemark ved spesialist i nevrologi, dr. Heidi Øyen Flemming, datert 2. februar 2005:

« Pas. er henvist for balanseforstyrrelser. Hun relaterer selv plagene til hendelsen i 1994 der hun var utsatt for vold. Ble slått ned av tidligere partner. Hun har vært mye plaget i etterkant av dette, særlig i kjeve/ansiktet som følge av brudd i mandibula og feilstilling i bittet. Imidlertid har hun også hatt mye smerter generelt i kroppen og beskriver at muskulaturen periodevis blir steinhard fra midten av ryggen opp mot hodet. Noen ganger kan hun kjenne prikkinger i begge armene, mest høyre og da hovedsakelig baksiden av armen. Hun er også stiv i nakken og har mye hodepine.»

Ved undersøkinga fann dr. Øyen Flemming:

«Antydet hypersensibilitet ved testing av berøring 1. gren for trigeminus høyre side, ellers normal ansiktssensibilitet.»

Ingen av desse journalnotata avdekkjer etter lagmannsretten syn noko som skulle tilseia nevropatisk smerte, og professor Bjørnland sin uttale under ankeforhandlinga om at to nerver er skada, er vanskeleg å sameina med dei anatomiske forholda, då det berre er 3. grein av trigminussnerven som passerer brotstaden i kjeven.

Lagmannsretten finn etter dette at det ikkje er tilstrekkeleg godtgjort at valdsutøvinga utført av B 8. november 1994 har medført ein nerveskade som påstått.

Etter lagmannsrettens oppfatning er As plager knytt til kjeveleddsmerte og muskulære smerter i området rundt kjeveleddet. Som nemnt innleiingsvis inneheld smerteproblematikk fleire usikre faktorar, og graden av smerte kan ein utanforståande vanskeleg uttala seg om. Lagmannsretten finn likevel at A si utsegn til professor Bjørnland om at smertene ligg mellom 75 og 90 på ein skala frå 0 til 100 der 100 er uuthaldelege smerter, ikkje kan leggjast til grunn som premiss for vurderinga om det ligg føre skade som har si årsak i valdsutøvinga i 1994, så lenge det ikkje er funne godtgjort at det ligg føre nerveskade og nevropatisk smerte.

Lagmannsretten er såleis samd med tingretten i tilvisinga til oralkirurg Alvsaker som sitert ovanfor, «*tydelig myalgi i tygge- og kjeveleddsmuskulatur, på høyre side spesielt.*», og at dette ikkje fell direkte inn i nokon kategori i invaliditetstabellen. Som tingretten finn likevel lagmannsretten rettleiing i pkt. 1.1.5:

«Sterkt nedsatt gapefunksjon med påviste strukturelle forandringer i kjeveleddet. Øvre grense på 15 prosent skal bare brukes i tilfeller der den skadde bare kan ta inn føde i form av flytende kost eller farsekost.»

I pkt. 1.1.6 er omhandla same tilfella som for pkt. 1.1.5, men der det i tillegg ligg føre smerte.

Tingretten kom til ein medisinsk invaliditet på 3%. Lagmannsretten finn at denne prosenten bør hevast til 7 %, idet det i sterkare grad er teke omsyn til As smerteplager frå kjeven.

Nakkeskade

Når det gjeld nakkeskaden, er lagmannsretten komen til same konklusjon som tingretten. A klagar over nakkesmerter straks etter valdsutøvinga, og har i varierende grad vist til nakkesmerter også i åra etter hendinga. Det kan objektivt påvisast reduserte rørsleutslag og ho har øm muskulatur. Som tingretten, finn lagmannsretten at tilstanden fell inn under pkt. 2.1.2 i invaliditetstabellen:

«Moderat nedsatt funksjon, med middels sterke smerter og nedsatt bevegelse i halsryggsøylen.»

Lagmannsretten finn det sannsynleggjort at det oppstod nakkeskade som følgje av det påførte slaget i 1994, og at denne følgja var ei påreknelig følgje. Det er såleis årsakssamanheng mellom slaget og As skade.

Det er likevel påvist inngangsinvaliditet idet A var utsett for påkøyrslar bakfrå under bilkøyring i 1989, og ho var i byrjinga av 1990 talet, før valdshendinga, langvarig sjukemeld i samband med helseplager etter ein-sidig arbeid ved dataskjerm som teknisk teiknar. Ho fekk m.a. stilt diagnosen «L 83 Nakke myose/myalgi».

Dr. Robberstad har i si spesialisterklæring av 27. april 2015 som tilleggserklæring til erklæring av 23. mars 2012 uttalt følgjande:

«Når det gjeld delinvaliditet frå nakkeskaden, har A nedsette nakkerørsler. På MR er det påvist skade av bogeleden mellom C 1 og C 2, og der det er arrvevpåleiringar på toppen av dens av C 2, som teikn på gamal skade av ligamentfesta og mogelegvis av knokkelvevet. Den nåverande nakkeskaden fell såleis i post 1.2.2 i tabellen med tilrådd delinvaliditet 15 prosent. Frå dette går gammal skade med 5 % slik at nåverande skaderelatert delinvaliditet frå nakken blir 10 %.»

I si erklæring av 23. mars 2012 har dr. Robberstad uttalt:

«Nakkedistorsjonsplager diagnose S 13.4 svarande til invaliditetstabellens punkt 2.1.2 med tilrådd delinvaliditet 15 %. Men her er der ein inngangsinvaliditet frå tidlegare i storleiksorden halvdel av den nåverande, og det er då ein rest på 8% nakkeinvaliditet som då er skaderelatert. Men denne kan ikkje kombinerast med hjerneskadeinvaliditet etter teksten i invaliditetstabellen. Ho er då best tent med å velja hjerneinvaliditeten.»

Lagmannsretten kan ikkje sjå at det er grunnlag for å endra inngangsinvaliditeten til 5 %, og held fast ved det som også tingretten har lagt til grunn, halvdel av 15 % dvs. 7,5 %.

Medisinsk invaliditet som har årsakssammenheng med valdshendinga 8. november 1994 vert etter dette sett til 7.5 %.

Hovudskade

A vart diagnostisert med hjernerystelse etter valdshendinga den 8. november 1994. Det er ingen opplysningar i skadenær dokumentasjon som indikerer at ho ved hendinga fekk ein meir alvorleg hovudskade, men det er dokumentert at ho både akutt, i nær tid, og i dei komande åra, har klagt over manglande konsentrasjon, og også noko minnesvikt. Rett nok synest det først vera i tilvising frå fastlegen, dr. Myhre, til psykolog 7. mai 1998 at dette kjem fram i journalen, men lagmannsretten finn det sannsynleggjort at konsentrasjonsvanskane har vore til stades heile tida sidan valdshendinga. Eit tydeleg symptom på dette, som fleire vitnemål fortel om, er at ho i unormal stor grad noterer undervegs i samtalar osv, også i privatlivet. Lagmannsretten kunne elles ved sjølvsyn leggja merke til As sviktande konsentrasjon litt fram i forklaringa si under ankeforhandlinga.

Men A har ein intelligens over gjennomsnittet, og etter lagmannsrettens syn er det dette som har gjort at ho har kunna gjennomføra studiar og utdanning som nemnt ovanfor. Ho fekk elles spesiell tilrettelegging i eksamenssituasjonar.

I 2004 fekk ho føreteke ei nevropsykologisk utgreiing hos spesialist i klinisk vaksenpsykologi og nevropsykologi, Erik Wærnes. Nevropsykologisk testing viste ikkje funn som kunne sameinast med hjerneskeade (encefalopati). Wærnes konkluderte slik:

*«Nevropsykologisk testing viser funn som ikke er forenlig med en encephalopati (hjerneorganisk skade).
Diagnoser: F.48.0. Nevrasteni.*

Behandlingsmessige konsekvenser/evt. Forslag til videre utredning:

Nevropsykologisk testing styrker ikke en mistanke om at pasienten kan ha utviklet et hjerneorganisk sequele etter hodetraume i 1994.»

I mai 2011 fekk A utført ein ny nevropsykologisk utgreiing hos spesialist i klinisk nevropsykologi Svann Erik Jacobsen, som konkluderer slik i sin rapport:

«Pasientens kognitive vansker i det daglige er nok i hovedsak forårsaket av smerter og tretthet, men man kan ikke med sikkerhet utelukke en lett skade av hjernevev.»

Tingretten har kommentert dette slik:

«I sitt vitnemål for retten forsterket han dette standpunktet til å tenke at det er en hjerneorganisk skade som er årsak. Det ble ikke klart for retten hva han bygget denne glidningen i sin vurdering på, på bakgrunn av at han ikke hadde gjort nye undersøkelser eller fått seg forelagt nye tester foretatt av andre. Retten finner ikke å kunne la denne vurderingen bli utslagsgivende.»

Psykologspesialist Jacobsen har kome med ein tilleggsrapport for lagmannsretten, datert 28. mars 2014, og basert på undersøking av A 21. februar 2014.

Frå rapporten vert sitert følgjande:

«Ved den neuropsykologiske undersøkelsen foretatt i 2011 viste testresultatene en sviktende kapasitet ved testmål knyttet til vedvarende oppmerksomhet. Utfallsmønsteret ved dagens utredning er sammenfallende med resultatene fra den forrige undersøkelsen.

Ut fra en samlet vurdering av testresultater, symptombeskrivelse fra inntaksintervjuet og bakgrunnsdata fra henvisning konkluderes det med at A mest sannsynlig er blitt påført en hjerneorganisk skade. Konsistente funksjonsutfall ved flere undersøkelser over tid, med samsvarende resultater ved flere prøver innenfor samme funksjonsområde, øker sannsynligheten for at de rapporterte plagene er forårsaket av en hjerneskeade heller enn av smerter eller emosjonelle forhold.

Psykiske faktorer synes ikke å ha påvirket testprestasjonene og man kjenner ikke til tidligere sykdom/skade som kan forklare pasientens sviktsymptomer. Hun var riktignok utsatt for en påkjørsel bakfra i 1989, men hun kom seg greit og det ble ikke påvist noen vedvarende følgetilstander etter denne hendelsen. Med fravær av andre mulige etiologiske faktorer relateres de kognitive vanskene i sin helhet til overfallet i 1994.

Vurdering av uførhet

Basert på «Forskrifter om menerstatning ved yrkesskade «gitt av Sosial- og helsedepartementet den 21. april 1997 med hjemmel i lov av 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd § 13-17, fastsettes den medisinske invaliditetsgraden skjønnsmessig til 20-25% (punkt 1.9.2). I vurderingen legges det vekt på at pasienten har betydelige symptomer etter hodetraumatet og har ikke vært i stand til å gjenoppta tidligere aktiviteter etter skadetidspunktet. As funksjonssvikt er sannsynligvis varig ettersom det er gått såpass lang tid siden skaden uten noen vesentlig bedring av hennes funksjonsnivå. Hun har ingen kjent inngangsinvaliditet.»

Det går såleis fram av testresultata at A har sviktande kapasitet ved krav til konsentrasjon over tid. Psykolog Wærnes har ikkje funne tilsvarende svikt, men det kom fram under ankeforhandlinga at han nytta testar som ikkje varte lenger enn maksimum tre minutt, medan Jacobsen nytta testar som prøver ut pasienten i ca. 15 minutt. Lagmannsretten er på dette punktet samd med ankande part i at konklusjonen frå Wærnes ikkje kan tilleggast same vekt som Jacobsen sine resultat. Jacobsen, som for øvrig har omfattande erfaring frå dette feltet, har konstatert «*konsistente funksjonsutfall over tid*, og uttalte elles under ankeforhandlinga at den kognitive svikten som kunne observerast hos A ofte var synleg på pasientar innlagde på Sunnaas sjukehus med liten traumatisk hjerneskade. Lagmannsretten finn etter dette å leggja avgjerande vekt på Jacobsen sin konklusjon.

I samanheng med problematikken omkring hovudskade/kognitive vanskar samt andre psykiske problem, har ankande part for lagmannsretten også innhenta psykiatrisk spesialisterklæring frå overlege dr. med. Jon Johnsen. I mandatet er uttalt:

«Det er hjerneskade/psykisk skade som A fikk ved voldstraumatet 081194 som ønskes utredet.»

Dr. Johnsen har utarbeidd ein omfattande rapport, og konkludert med at A lid av posttraumatisk hjernesyndrom og «en forlenget tilpasningsreaksjon». Frå rapporten vert sitert følgjande:

«Jeg kartlegger så om pasienten tilfredsstiller kriteriene for et posttraumatisk hjernesyndrom. For å få diagnosen må følgende kriterier tilfredsstilles:

- *Ubehagelige smerter som hodepine, lett svimmelhet, men ikke nautisk/gyratorisk svimmelhet, økt trettbarhet og intoleranse for lyd.*

Etter ulykken er det stadige notater om at hun plages av hodepine og lett svimmelhet. Videre har hun klaget over økt trettbarhet. I legeerklæringen til overlege Bernt Dingsør 21. april 1995 er hodepinen beskrevet som en generell hodepine. Det er også beskrevet balanseproblemer. Videre er hodepinen nevnt av psykologspesialist Erik Wærnes i hans utredning av 23. februar 2004 hvor han nevner at hun plages av occipitalt preget hodepine, balanseforstyrrelser, svimmelhet og tretthetsfølelse. I februar 2005 blir hun også utredet ved nevrologisk poliklinikk av overlege Heidi Øyen Flemmen for balanseforstyrrelser. Dette kriterium vurderer jeg til å være oppfylt.

Emosjonelle forandringer med irritabilitet, emosjonell labilitet, som provoseres av stress og noen grad av depressive og angst symptomer, men ikke av en slik grad at symptomene tilfredsstiller en selvstendig psykiatrisk diagnose.

Det er beskrevet emosjonelle forandringer av allmennlege Idar Myhren den 15. oktober 1997 og psykologspesialist Erik Wærnes. I hans erklæring den 23. februar 2004 står det at hun er blitt mer psykolabil med irritasjonsutbrudd og sinneutbrudd. Dette kriterium synes jeg også er oppfylt.

Subjektive plager med å konsentrere seg og utføre mentale oppgaver samt problemer med hukommelsen, uten at det påvises signifikante utfall ved psykologiske tester.

Dette kriterium er også oppfylt. Hun har helt siden tiden etter ulykken klaget over hukommelsesvansker og konsentrasjonsproblemer. Det er ikke lett å merke dette i samtale med pasienten, og det er ikke påvist kognitive utfall ved en nevropsykologisk undersøkelse 23. februar 2004 og ved april/mai 2011. Ved undersøkelsen er det noe varierende funn ved testing av konsentrasjon og oppmerksomhet og særlig vedvarende oppmerksomhet. I følge nevropsykologen kan dette ha bakgrunn i en økt trettbarhet. Det er også utført en ny nevropsykologisk tekst i februar 2014 hvor det avdekkes markerte vansker i delt oppmerksomhet med skåre på 3. persentil som er omtrent 2 standardavvik under det som forventes. Nevropsykologen tilskriver dette funn voldsepisoden i 1994, men drøfter ikke effekten av de legemidlene hun bruker eller om hennes trettbarhet kunne innvirke på resultatet. Pasienten bruker Palexia depot 200 mg som er opioid som kan ha sentralnervøse effekter å påvirke de kognitive funksjoner. I den godkjente preparatomtalen står som nevrologiske bivirkning blant annet

svimmelhet, men oppmerksomhetsforstyrrelser nevnes også spesielt. Jeg mener derfor at det er lite sannsynlig at det foreliggende funn bare kan skyldes den voldsepisoden den 8. november 1994.

Søvnproblemer.

Pasienten sov dårligere etter den traumatiske hendelsen. Hun hadde nattlige oppvåkninger utløst av smerter og hadde vanskelig for å sovne igjen. Det er ikke dokumentert søvnproblemer i de medisinske journaler, men selv mener hun at søvnkvaliteten er dårligere i perioder hvor hun er stresset. Jeg synes ikke hun oppfyller dette kriteriet.

Redusert toleranse for alkohol.

Pasienten angir et lav alkoholforbruk, og det fremkommer ikke sikre symptomer på redusert toleranse for alkohol. Det er samme konklusjon som psykospesialist Erik Wærnes kom til som skriver følgende den 23. Februar 2004: Det synes ikke å være noen atypiske reaksjoner på lett alkoholfpåvirkning.

Opptatthet av de nevnte symptomer og redsel for frykt for en permanent hjerneskade som kan utvikle seg til å bli hypokondrisk ideer og med tilpasning til en rolle som syk.

Dette kriterium oppfyller hun. Hun har en frykt for at det har utviklet seg en permanent hjerneskade og gjennomgår stadige nye undersøkelser for å få en forklaring på sin smerteplager, sine kognitive plager og sin asteni.

Pasienten tilfredsstillter silingskriteriet for posttraumatisk hjernesyndrom ved at han har gjennomgått en hjernerystelse, og at hun nå ikke har signifikante nevrologiske og nevropsykiatriske utfall eller andre sykdommer som kan forklare symptombildet. Hun tilfredsstillter 4 av 6 kriterier for diagnosen F 07.2 Posttraumatisk hjernesyndrom.

Siden pasienten tilfredsstillter diagnosen F 07.2 Posttraumatisk hjernesyndrom er det ikke relevant å gå igjennom kriteriene for diagnosen F 48.0 Nevrasteni. Det er slik at hvis det foreligger et posttraumatisk hjernesyndrom vil den diagnosen gis forrang og utelukke diagnosen nevrasteni.

Ved nevrasteni er det den uttalte mentale og fysiske trettheten som er det sentrale symptom og denne trettheten skal provoseres av minimale belastninger som ikke vanligvis oppleves som mentalt eller fysisk krevende. Pasienten kjenner seg selv ikke igjen i denne diagnosen, og ingen andre behandlere enn psykologspesialist Wærnes har stilt diagnosen og det uten en det foreligger en systematisk skriftlig gjennomgang av kriteriene.

Etter mitt strukturerte diagnostiske intervju er jeg kommet til at har et A tilfredsstillter kriteriene F 07.2 Posttraumatisk hjernesyndrom, og at jeg ikke har funnet holdepunkter verken for diagnosen F 43.1 Posttraumatisk stresslidelse eller F 32 Depressiv episode..

Imidlertid mener overlege Tveiten som undersøkte henne gjentatte ganger kort til etter voldsepisoden at hun utviklet en depressiv episode i betydelig grad med angstreksjoner og indre spenning. Han mener også at hun lett ble stresset og antyder at hun kan lide av en posttraumatisk stresslidelse. Da det ikke foreligger systematiske journaler er det vanskelig i retrospekt å vurdere hennes psykiske helsetilstand. Imidlertid var disse psykiske symptomene så uttalte at hun fikk psykiatrisk behandling og medikamentell behandling med antidepressiv medikasjon og symptomene bidro til svekket funksjon. Ut fra disse journalnotater tilfredsstillter hun de diagnostiske kriterier for en selvstendig psykiatrisk lidelse i form av en tilpasningsforstyrrelse. Den omtalte kollisjonen med sjefen Det at hun i et klinisk intervju 20 år senere ikke husker at hun var deprimert vinteren 2004/2005 er ikke overraskende, og kan tyde på at hun ikke overdriver sine psykiske plager.

Ved å vurdere den skriftlige informasjonen fra overlege Oddvar Tveiten er jeg altså kommet til at hun mest sannsynlig hadde en tilpasningsforstyrrelse med blandede symptomer som angst, depresjon, indre spenning og sinne/irritabilitet F 43.23. En slik tilpasningsforstyrrelse er en tilstand med subjektivt ubehag og følelsesmessig forstyrrelse som hemmer sosial funksjon og ytelse, og som kan oppstå etter belastende livshendelser. Tilpasningsforstyrrelsen kan være kortvarig eller langvarige, og hos vår pasient vedvarte denne reaksjonen i cirka 6 måneder. Jeg har ikke vurdert samarbeidsproblemene med arbeidsgiver som så belastende at det kan utløse en tilpasningsforstyrrelse alene.»

Dr. Johnsen har vurdert den medisinske invaliditeten til 14 % for det posttraumatiske hjernesyndromet, punkt 1.9.1. Men dr. Johnsen uttalte under ankeforhandlinga at dersom psykolog Jacobsen si erklæring skal leggjast

til grunn, vil han meina at den medisinske invaliditeten bør kategoriserast under punkt 1.9.2. Slik lagmannsretten oppfatta dr. Johnsen under ankeforhandlinga, la også han, på same måten som lagmannsretten har gjeve uttrykk for ovanfor, større vekt på Jacobsen sin konklusjon enn på det Wærnes hadde kome fram til, etter å ha høyrte det som kom fram om kva testar dei to hadde nytta.

Lagmannsretten har etter dette kome til at det er sannsynleggjort at A lid av F06.7 «Mild organisk hjernelidelse.» Invaliditeten skal då fastsetjast etter pkt. 1.9.2 i tabellen (15-29%) og kan ikkje vera lågare enn 15 %. Lagmannsretten finn at invaliditetsprosenten skjønsmessig skal setjast til 15.

Som konsekvens av dette skal også nakkeskaden reknast med i den totale invaliditeten.

På bakgrunn av det ovannemnde samt As sjukehistorie knytt til hovudskaden, er lagmannsretten komen til at denne skaden har si årsak i valdshendinga 8. november 1994.

Psykiske vanskar

Dr. Johnsen har som det går framgår ovanfor gjeve A diagnosen «tilpasningsforstyrrelse/forlenget tilpasningsreaksjon», og vurdert den medisinske invaliditeten til 10 %, jf. punkt 1.10.1 i invaliditetstabellen. Frå konklusjonen vedkomande årsaksforhold vert henta følgjande:

«Tilpasningsforstyrrelser er ikke nevnt som en egen diagnose i invaliditetstabellen og jeg har derfor valgt å sammenligne den med kriteriene for posttraumatisk stresslidelse under punkt 1.10.1. Hun hadde i følge psykiater Tveiten betydelige depressive symptomer, angstplager og indre spenning som bidro til svikt i psykososial fungering. Jeg vil derfor plassere henne i øvre del av invaliditetsspennet fra 0 til 14 % med en invaliditetsgrad på 10 %. En tilpasningsreaksjon er en tidsbegrenset reaksjon med symptomer som førte til tap av personlig og sosial utfoldelse hos denne pasient gjennom lengre tid, men fører ikke til så alvorlige og langvarige konsekvenser som en posttraumatisk stresslidelse.»

Dr. Johnsen baserer mykje av sin argumentasjon for denne diagnosen på skriftleg materiale frå Tveiten, som er avliden. Lagmannsretten har derfor ikkje hatt høve til å høyra direkte frå denne korleis han oppfatta A, og eventuell årsakssamanheng med valdshendinga. Plagene som er skildra synest etter lagmannsrettens oppfatning uansett ikkje å ha vore til stades i slik grad i heile tidsrommet at det kan konstaterast årsakssamanheng med slaget ho fekk den 8. november 1994.

Endeleg vert vist til at A fire gonger på test med SCL-90 har vist så låg score at det ikkje tyder på psykisk sjukdom.

Elles synest dr. Johnsen konklusjon om invaliditet noko sjølvmotseiande idet invaliditetstabellen omhandlar varig invaliditet, men dr. Johnsen uttalar sjølv at ein tilpassingsreaksjon er ein tidsavgrensa reaksjon, og «*hos vår pasient vedvarte denne reaksjonen i cirka 6 måneder*».

I alle tilfelle finn lagmannsretten at dei psykiske reaksjonane som måtte liggja føre er slike som vanlegvis kan følgja av skade, og er teken med i invaliditeten for den fysiske skaden. Punkt 1.10 skal derfor ikkje nyttast, jf. «Veiledning for bruk av Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell av 21.4.1997» utarbeidd av Rikstrygdeverket i juni 2000.

Skulderskaden

Under ankebehandling har ikkje skulderskaden vore noko tema, og tingrettens konklusjon om at denne utgjer ein invaliditetsgrad på 2 %, og at skaden var til stades før valdshandlinga, vert lagt til grunn.

Lagmannsretten har på bakgrunn av det ovanståande kome fram til at den medisinske invaliditeten i dag utgjer nakkeskade med 15 %, brystrygg 18 %, hovudskade 15%, kjeveskade 7 % og skulder 2 %. Den invaliditeten som vert funnen å ha si årsak valdshendinga er 29,5 %, der hovudskaden utgjer 15 %, nakkeskaden 7,5 % og kjeveskaden 7%, jf. også Høgsteretts dom av 26. juni 2015, (2015-01362) [HR-2015-1362-A].

Etter samordning i samsvar med invaliditetstabellen vert den utrekna prosenten 26,9, dvs. 27 %.

Som nemnt innleiingsvis vert As tilstand sett på som samansett. Dei mange komponentane i den totale helsesituasjonen kan i nokon grad dels oppfatast å vera diffuse og dels overlappa kvarandre, men det ligg også føre komponentar som er enklare å katalogisera.

Høgsterett har i den såkalla p-pilledom II, i Rt-1992-64 gjort nærare greie for problemstillinga nå der ligg føre fleire moglege samverkande årsaker. Det heiter der m.a.:

«Årsakskravet mellom en handling eller unnlatelse og en skade er vanligvis oppfylt dersom skaden ikke ville ha skjedd om handlingen eller unnlatelsen tenkes borte. Handlingen eller unnlatelsen er da en nødvendig betingelse for at skaden inntre. I den årsakskjede som leder frem til en skade, kan det - når årsakskravet stilles på denne måte - foreligge flere årsaker og dermed også flere mulige erstatningsbetingende forhold.

(... ..)

Spørsmålet blir etter min mening om bruken av p-pillen Lyndiol var en nødvendig betingelse for at A ble rammet av hjernetrombosen. På bakgrunn av de opplysninger som foreligger og som jeg kommer tilbake til, kan mye tale for at det her foreligger et tilfelle av samvirkende skadeårsaker, hvor flere faktorer har vært nødvendige for skaden. Når jeg i det følgende drøfter om p-pillebruken er en nødvendig betingelse eller årsak til skaden, legger jeg samtidig i uttrykket «nødvendig» at den har vært så vidt vesentlig i årsaksbildet at det er naturlig å knytte ansvar til den.

Når det foreligger flere samvirkende skadeårsaker, vil noen av disse - de som tidsmessig inntre først - kunne være «disponerende», mens en enkelt vil kunne fremtre som den «utløsende» årsak. Men såfremt de «disponerende» skadeårsaker er nødvendige for å fremkalle skaden, vil også de kunne være ansvarsbetingende.

Spørsmålet om bruken av p-pillen har vært en nødvendig årsak til As trombose, må avgjøres ut fra en samlet bedømmelse av bevismaterialet i saken. Høyesterett har i saken i Rt-1974-1160 antatt at produsenten ikke kan pålegges erstatningsansvar med mindre det kan sies å være en «rimelig sannsynlighet» eller en «rimelig sannsynlighetsovervekt» for at skaden er forårsaket ved bruken av p-piller. Dette vil etter min mening, her som ellers i erstatningsretten, innebære at det må være mer sannsynlig at bruken av p-piller har vært en nødvendig årsak til trombosen enn at den ikke har vært det. Det betyr at dersom skaden kan være forårsaket av bare en av flere mulige - men hver for seg uavhengige - årsaksfaktorer, må p-pillen være mer sannsynlig som årsak til trombosen enn de øvrige alternativer samlet. I denne saken hvor de beste grunner taler for at det foreligger samvirkende skadeårsaker, vil det imidlertid være tilstrekkelig at det foreligger sannsynlighetsovervekt for at p-pillebruken har vært en nødvendig medvirkende årsak til skaden.

Det følger av det jeg har sagt at beviskravet for å fastslå en årsakssammenheng ikke stilles like strengt i erstatningsretten - hvor spørsmålet er hvem som skal bære det økonomiske tapet etter en skade - som i naturvitenskapen. Denne forskjellen kan som jeg kommer tilbake til, ha betydning for forståelsen av uttalelsene fra de sakyndige.

I denne saken foreligger et meget sammensatt årsaksbilde. Dette gjør bevisbedømmelsen vanskelig, men kan - slik jeg ser det - ikke begrunne et strengere krav til bevisets styrke. Bevisvurderingen må skje på grunnlag av det forskningsmaterialet og de opplysninger som er fremlagt for Høyesterett på basis av den viten som nå foreligger. Det er sannsynlig at man i fremtiden vil få et bedre grunnlag til å trekke slutninger om disse spørsmål. Men jeg kan ikke se at muligheten for at fremtiden vil kunne gi oss sikrere svar, kan tillegges betydning ved fastsettelsen av kravet til bevisets styrke.»

I Rt-2000-915, den såkalla Disprildommen, er vist til første avsnitt i det siterte ovanfor, og uttalt:

«Det ligger i denne uttalelsen at norsk erstatningsrett i alminnelighet bygger på betingelseslæren, ikke hovedårsakslæren, noe som fører til - slik førstvoterende konstaterer - at det kan være flere ansvarlige skadevoldere til en skade. I så fall hefter de solidarisk. I P-pilledom II åpnes det likevel for en viss konsesjon til hovedårsakslæren, idet det avgrenses mot årsaker som i sammenhengen er ubetydelige (side 70):

«Såfremt p-pillebruken hadde fremstått som et lite vesentlig element i skadebildet i forhold til en annen årsak som anses som den dominerende, kunne det være grunn til å se bort fra p-pillebruken ved ansvarsbedømmelsen selv om også den var en betingelse for skaden.»

Førstvoterende uttrykker noe senere reservasjonen slik at den aktuelle årsak må ha «vært så vidt vesentlig i årsaksbildet at det er naturlig å knytte ansvar til den».

Jeg er enig i de rettslige utgangspunkter som her trekkes opp.»

Førstvoterande i Disprildommen har i sin konklusjon uttrykt det rettslege på denne måten:

«Det er etter min mening ikke grunnlag for å anse at Dispril har hatt så liten innvirkning på forløpet at det skulle være unaturlig å tillegge det erstatningsrettslig betydning.»

Overført til vår sak vil det rettslege utgangspunktet vera at slaget må ha vore så vidt vesentleg i årsaksbiletet at det er naturleg å knyta ansvar til det.

I den såkalla P-pilledom II var temaet enklare idet skadelidne fekk hjernetrombose, og det var såleis ikkje nokon tvist om sjølve tilstanden. Også i Disprildommen var tilstanden lettare å konstatera. I vår sak er biletet som nemnt svært samansett, noko som heller ikkje er uvanleg, jf. det som heilt innleiingvis er vist til i Rt-1998-1565 om Whiplash-saker.

Sjølv om diagnosebiletet synest uoversiktleg og mangslunge, utkrystalliserer det seg likevel etter lagmannsretten syn eit mønster der konsentrasjonsproblem, samt kjeve- og nakkesmerter, er vedvarande klagepunkt. I dette mønsteret peikar valdshandlinga seg ut som ein ikkje uvesentleg faktor. At A har freista halda seg i arbeid, og har freista leva eit normalt liv med fritidsaktivitetar, skal ikkje tala mot henne. Heller ikkje at ho har vore aktiv i å prøva å finna årsaker og løysingar på plagene sine. Dette har også noko å seia for skadeavgrensingsplikten.

Lagmannsretten er såleis, etter ei samla vurdering av bevisbiletet halde opp mot det rettslege utgangspunktet som gjort greie for, kome til at slaget er så vidt vesentleg i årsaksbiletet at det er naturleg å knyta ansvar til det. Det vert vist til gjennomgangen ovanfor, der det er lagt til grunn at slaget førte til kjevebrot med smertetilstand, hovudskade med følgjetilstand, samt nakkeskade med smertetilstand, som i alt utgjjer ein varig medisinsk invaliditet på 27 %.

Skadevaldaren var klar over As sårbare tilstand, dvs. nakke og skulderproblema, og han handla med forsett, jf. Kielland «Særlig sårbarhet i personskade» side 266 og 267.

Lagmannsretten finn det ikkje tvilsamt at dei nemnde skadane var påreklelege følgjer av det harde slaget som vart påført A.

Økonomisk tap

Lagmannsretten skal her berre ta stilling til *om* det ligg føre økonomisk tap. Storleiken på eit eventuelt tap ligg utanfor ramma av fastsetjingsspørsmålet.

Lagmannsretten finn det sannsynleggjort at det for A ligg føre økonomisk tap som følgje av skaden ho vart påført av B. Det vert vist til det som er gjort greie for ovanfor når det gjeld yrkeslivet hennar, inkludert sjukemeldingar og pensjonsvedtak, utan at dette siste utan vidare skal leggjast til grunn for storleiken på tapet.

B vert etter dette å halda erstatningsrettsleg ansvarleg for dei nemnde skadane påførte A.

Sakskostnader

A har for lagmannsretten i realiteten argumentert med at det ligg føre 100 % varig medisinsk invaliditet, noko ho ikkje har fått medhald i. Ho har heller ikkje fått medhald i at brystryggskadene har si årsak i valdshendinga. Lagmannsretten er såleis i tvil om saka kan seiast å vera vunne fullt ut eller i det vesentlege, jf. tvistelova § 20-2 andre ledd. Det er likevel ikkje nødvendig å gå nærare inn på dette, idet lagmannsretten, som tingretten, har funne at saka har bydd på såpass tvil at det er grunnlag for å nytta unntaksregelen i tredje ledd. Spørsmåla som har vore til behandling inneheld vanskelege vurderingar av faktisk og medisinsk art, og der fleire faktorar er vovne inn i kvarandre.

Lagmannsretten finn på denne bakgrunn at kvar av partane ber sine egne kostnader for lagmannsretten.

På denne bakgrunn finn heller ikkje lagmannsretten å gjera om på tingrettens sakskostnadsavgjerd.

Domsslutning:

1. B er erstatningsansvarleg for dei skadar og tap som A er påført som følgje av valdshandlinga den 8. november 1994.

2. Kvar av partane ber sine egne kostnader både for lagmannsretten og for tingretten.

Sør-Østerdal tingrett - TSOST-2013-53953

Instans	Sør-Østerdal tingrett - Dom.
Dato	2013-10-11
Publisert	TSOST-2013-53953
Stikkord	Erstatning etter personskade. Skadeserstatningsloven § 3-2.
Sammendrag	Saken gjelder utmåling av erstatning for personskade etter trafikkulykke. Skadelidte hadde ved skadetilfellet en betydelig inngangsinvaliditet. Tingretten kom frem til at forsikringsselskapet kunne frifinnes mot å betale menerstatning mv. med 270 000 kroner. (Sammendrag ved Lovdata.)
Saksgang	Sør-Østerdal tingrett TSOST-2013-53953 (13-053953TVI-SOST). Anket til Eidsivating lagmannsrett LE-2014-125.
Parter	A (advokat Idar Hegsethtrø) mot Gjensidige Forsikring (advokat Kjell Mandal).
Forfatter	Tingrettsdommer Bente Westgård.

Saken gjelder utmåling av erstatning for personskade etter trafikkulykke den 20. januar 2006.

Framstilling av saken

Saksøker, A, er født 0.0.1972. A har tre barn, født henholdsvis i 1991, 1997 og 1999.

A hadde overgangsstonad fram til april 2003, deretter rehabiliteringspenger.

A fremmet krav på tidsbegrenset uførestonad/uførepensjon den 03.02.04. Fra søknaden framkommer at hun gjennomførte X barneskole 1.-6. klasse, Y ungdomsskole 7. pluss delvis 8. klasse, Z Kompetansesenter og XX (brøt underveis). Hun angir der «aldri vært i jobb» og angir følgende funksjonsbeskrivelse: «Klarer enkel rengjøring. Trenger hjelp til grundig rengjøring. Får hjelp til stell av hage/uteareal». Årsaken til søknaden angis som «nakkesmerter, depresjon, hodepine, svimmelhet. Har aldri vært i jobb. Ikke klart å fullføre skolegang». A fikk godkjent søknaden og hadde på tidspunkt for ulykken (i 2006) tidsbegrenset uførepensjon.

A hadde generelle lærevansker gjennom grunnskolealder, og betydelige atferdsproblemer, med innleggelse på psykiatrisk avdeling i 1990. Det er opplyst om mye fysisk og psykisk mishandling fra slekt og kjærester fra 1991.

Den 05.07 01 var A utsatt for en bilulykke hvor hun slo hodet mot frontruten, var mørbanket og hadde slått benet og tinningen i forbindelse med påkjørsel bakfra. Denne ulykken medførte senere spesialisterklæring av nevrolog Sætre 14.08.04, og det ble konkludert med at nakkeplagene tilsvarte en invaliditet på 10-12 %, hvorav 5-6 % var skaderelatert.

Det er i foreliggende dokumentasjon anført at A ble mishandlet av tidligere kjærester. I desember 2001 er det anført at hun ble mishandlet med slag i hodet, og hun hadde da fast kontakt med psykiatrisk poliklinikk på grunn av psykiske problemer.

Det er opplyst at A var utsatt for en frontkollisjon i 26.02.02 da hun fikk forbigående smerter i venstre legg og venstre tinning. I 2002 ble hun utredet for magesmerter, samt at hun klaget over uklart syn, i perioder daglig hodepine og besvimelse. I 2003 er det anført plager med svimmelhet, besvimelser, synsforstyrrelser og hodepine. Hun hadde også en episode med akutt korsryggsmerter i februar 2003. Plagene var kortvarig og forbigående.

Hun var innlagt på Lillehammer sykehus, nevrologisk avdeling, i mars og juli 2003 på grunn av nakkesmerter, hodepine, svimmelhet og besvimmelser.

Psykiater Tjora utarbeider en spesialisterklæring den 15.04.04 hvor det opplyses at A hadde posttraumatisk stresslidelse(etter voldtekt 12 år tidligere), spilllegalskap og depresjoner. Det anføres at A ikke er i stand til å prøve seg i arbeidslivet i overskuelig framtid.

I desember 2004 anføres at A har hatt ryggsmarter i flere måneder, og hun fortalte angivelig at hun hadde en lang rygghistorie fra tidligere. Både i 2004 og 2005 refereres legekonsultasjoner for hodepine, korsryggsmarter, psykososiale problemer, samlivsbrudd, spiseforstyrrelser og komplikasjoner etter overvektskirurgi. Nevropsykologisk rapport av 04.03.05 konkluderte med en rekke funksjonsutfall som kunne stamme fra flere hjerneområder, samt alvorlig personlighetsforstyrrelse. Hun ble antatt å være varig arbeidsudyktig.

I juni 2005 fikk A innvilget midlertidig uførepensjon med ytelse som ung ufør. Det ble bemerket fra trygdekontoret at hun fikk tidsbegrenset uførestønad da det ikke kunne utelukkes at behandling kunne føre til bedring av arbeidsevnen.

Overfor sakkyndig prof. dr. med. Stanghelle fortalte A «at hun forut for ulykken 20.01.06 hadde hatt en god del helseplager, men at hun hadde et relativt høyt funksjonsnivå i forhold til hva hun fikk etter denne ulykken. Hun angir at hun hadde planer om å ta fagbrev som frisør i 2007, hun jobbet en del, både i kiosk og som dagmamma ved siden av trygdeytelsene, hun greide å gjøre alt husarbeidet i det 200 m²; store huset, og organiserte og kjørte til og fra aktiviteter for datteren.»

Den 20. januar 2006 var A utsatt for en trafikkulykke ved Vingrom i Lillehammer, da hun kolliderte med en møtende bil som kom over i feil kjørebane. Som følge av ulykken ble hun kjørt til Lillehammer sykehus med ambulanse. Hennes skade og etterfølgende sykehistorie er beskrevet i sakkyndig erklæring på følgende måte:

[. .] Det beskrives bevisstløshet da ambulanspersonellet kom til, og hun var litt desorientert ved innleggelsen på sykehuset (Galsgow Coma Scale 14). Det ble påvist et 12 cm kutt i pannen og hun hadde skader i form av brudd i venstre kragebein, brudd i brystbeinet, brudd i leggbeinet rett under venstre kne med bruddlinje i kneet samt brudd fortil på 2. korsryggvirvel (L.2). Videre hadde hun skade av lunge med luft i brysthulen og bløtdelsskade venstre underarm. CT-undersøkelsen av hode og nakke viste ikke noe sikkert galt. Hun ble operert for leggbeinsbruddet 4 dager etter ulykken og utskrevet fra sykehuset 10 dager etter ulykken.

Ved kontroll på sykehuset 2 uker etter skaden ble det påvist nedsatt følelse på venstre bens utside, deretter påvist lammelse av evne til å løfte foten (dropfot-peroneusparese). Dette ble behandlet med skinne. Bruddet i korsryggen ble behandlet konservativt med korsett.

Hun ble behandlet med fysioterapi. Hun hadde ellers mye smerter og var svimmel og uvel, samt at hun hadde søvnvansker hvor hun våknet med bilder av kollisjonen. Hun hadde lammelser i venstre for(dropfot) av og på, og nevrografi viste ikke noe sikkert galt.

I mai 2006 beskriver primærlegen en tilstand med langvarig smerter i korsryggen etter skaden, samt nedsatt kraft, følesans og smerter i venstre legg etter bilulykken, med lammelse (dropfotfølelse) av og til.

I juni 2006 blir det anført tiltagende smerter i korsryggen, samt tiltagende hodepine og flimrer for øynene.

Ved undersøkelse hos ryggkirurg i september 2006 blir det anført ryggsmarter i betydelig grad og nedsatt bevegelighet i ryggen, og det ble konkludert med at hun kunne ha nytte av avstiving fra virvelen over bruddet til virvelen under (L.1-L.3). Det anføres da bare lette nevrologiske utfall fra venstre ben og smerter som hovedproblem. Hun brukte således sterke smertestillende medisiner.

I januar 2007 ble hun operert med avstivning, som planlagt, L.1-L.3. Ved samtalen 01.07.13 forteller hun at dette til å begynne med hadde relativt god effekt, men at smertene etter hvert tiltok. Det anføres også at hun i mars 2007 anførte at hun ikke var blitt noe bedre etter inngrepet, og at hun var i kontakt med primærlegen både i april og juni 2007 på grunn av korsryggplager.

I september 2007 beskrives episoder med sterke ryggsmarter samt besvimelsestendens, og hun brukte sterke smertestillende midler. Ved kontroll hos ryggkirurgen i desember 2007 blir det anført at ryggen er verre enn før operasjonen, samt at hun har smerter i venstre kne med redusert kraft og bevegelighet i kneet.

I 2008 anføres fortsatt ryggsmarter og mye bruk av sterke smertestillende medisiner, samt kraftsvikt i venstre ben.

I 2009 anføres at hun både har hatt hodeskade, øyeskade og ryggskade samt posttraumatisk stressyndrom med panikkangst etter aktuelle ulykke. I tillegg var hun i økende grad plaget med svimmelhet hodepine og kvalme.

I 2009 får hun innvilget varig uførepensjon med uføretidspunkt fra 1988.

I 2010 hadde hun en episode med hodepine, nummenhet i ansiktet og svimmelhet, og det ble funnet mulig akutt skade av blodkar til hjernen på høyre side (carotidisseksjon, eventuelt pseudoaneurisme). Utredning ved Ullevål sykehus konkluderte med at utposingen på halspulsåren kunne være en følge av spalting av karet(carotidisseksjon eller gammel skade), og det ble funnet grunnlag for å gi blodfortynnende legemidler. Det ble imidlertid ikke konkludert med at disse forandringene kunne gi symptomer og det ble heller ikke anbefalt kirurgisk intervensjon.

I 2011 ble hun innlagt på Elverum sykehus på grunn av vannlatingsbesvær og hun begynte med kateterisering.

I oktober 2011 beskrives økende plager med ryggen siste året, og påvist et lite prolaps. Hun ble imidlertid ikke kirurgisk behandlet.

I sakkyndig erklæringen gis også følgende opplysninger: På ferietur til Kypros sommeren 2013 ble A innlagt på Lito Private Hospital i Larnaca den 05.06.13 med lenderyggsmarter, nummenhet i begge ben, og i genitallområdet, samt at hun ikke kunne late vannet. På mistanke om såkalt cauda equinalesjon (hestehaleskade av ryggmargen), ble det tatt MR med nevrokirurgisk vurdering etterpå. MR-bildene viste trange forhold og degenerative forandringer i skivene L4/L5 og L5/ Si, samt sammenpresset virvel L2 med

50 % etter gammel skade. Mulig trykk mot venstre L5 kan forekomme. Det ble ikke funnet indikasjon på operasjon ifølge nevrokirurg Papanastasiou, og det angis at A blir bedre med smertestillende medikasjon. Hun ble klar til å fly hjem den 14.06.13.

Saken var til behandling ved Elverum forliksråd den 12.11.2012. Mekling ble gjennomført uten resultat. Klager (A) forlangte dom i saken, men forliksrådet fant ikke tilstrekkelig grunnlag for å dømme i saken, og besluttet saken innstilt. Saken har også vært gjenstand for forliksklage i 2010, angivelig for å tvinge fram framdrift i saken. Denne forliksklagen synes å ha foranlediget innhenting av spesialisterklæring, som ble utarbeidet fra oktober 2011 og framlagt i januar 2012.

Stevning i saken innkom Sør-Østerdal tingrett den 25. mars 2013. Det ble etter begjæring fra saksøker oppnevnt sakkyndig for å foreta ny vurdering av den skaderelaterte medisinske invaliditeten.

Hovedforhandling ble holdt i Sør-Østerdal tingrett den 28. og 29. august 2013. Saksøker, A, møtte og avga forklaring. Hun hadde bistand fra prosessfullmektig. Saksøkte, Gjensidige Forsikring AS møtte kun ved sin prosessfullmektig. Det ble ført tre vitner hvorav en sakkyndig og en rettsoppnevnt sakkyndig. Det ble ellers foretatt slik dokumentasjon som framkommer av rettsboken.

Saksøkerens påstandsgrunnlag

A ble skadet i trafikkuulykke den 20.01.2006. Hun ble påført en varig medisinsk invaliditet angitt til 40 % i samordnet sum. Hun hadde på skadetidspunktet en inngangsinvaliditet angitt til 41 %, som per i dag er økt til 56 %.

Gjensidige forsikring er ansvarlig etter bilansvarsloven.

Ménerstatning

Ved beregning av ménerstatning må man legge differanseprinsippet til grunn. Dette betyr at man legger sammen inngangsinvaliditeten og skaderelatert invaliditet og benytter samlet fastsatt invaliditetsgrad for å finne gruppe for beregning av menerstatning, jf. forskrift om ménerstatning ved yrkesskade (FOR 1997-04-21-373), § 3. Deretter trekkes fra beregnet erstatning for den gruppe som inngangsinvaliditeten plasseres i. På grunn av progresjonen i erstatningen vil dette gi en høyere beregnet ménerstatning enn om man plasserer den skaderelaterte invaliditeten direkte i gruppe uten hensyn til inngangsinvaliditeten. Som støtte for et slikt synspunkt vises til praksis fra Pasientskadenemnda, se bl.a. PSN-2011-799, og juridisk teori angående utmåling av pasientskadeerstatning, jf. Syse mfl. Pasientskaderett side 486.

Retten bes velge differanseprinsippet ved utmåling av erstatningen fordi skaden har medført at hennes øvrige helseplager er ekstra byrdefull. Utmåling basert på dette prinsippet vil gi A en ménerstatning på kr 610 000.

Dersom retten kommer til at man ikke kan benytte differanseprinsippet ved utmålingen av ménerstatningen, bes subsidiært om at det gis gruppeopprykk med en eller to grupper fordi skaden er vesentlig mer byrdefull å bære for A på grunn av hennes øvrige plager, enn ellers for tilsvarende skade. A har fått problemer i ettertid med vannlating, og forverring av ryggskaden, som har forstørret selve skadefølgen, jf. Rikstrygdeverkets Rundskriv, Kommentarer til forskrift om utmåling av ménerstatning ved yrkesskade § 13-17, § 3 nr. 3. A bes i det minste plasseres i gruppe 4 som beregnet gir en ménerstatning på kr 505 000.

A har mottatt à konto beløp på kr 114 395 som skal trekkes fra i oppgjøret.

Erstatning for påløpte utgifter

A har hatt store utgifter til smertelindrende medisiner, særlig det siste ¼ året. Legen har foreskrevet Codaxol og Ketorax, som er morfinholdige smertestillende midler. A får ikke blå resept på disse midlene pga. at de er vanedannende. Hun må derfor betale dette selv. Selv om det ikke er anbefalt medisinskfaglig å gi henne denne type medisiner, må det vektlegges at det er helsevesenet som har gitt behandlingen. Det kan ikke tale mot A at det er benyttet behandlingsmetoder som ikke er anbefalt. Det bør også vektlegges at denne løsningen kun gjelder for en begrenset tid, i påvente av videre utredning av om hun skal opereres eller ikke.

Etter skaden skjedde har A hatt stort hjelpebehov. Hennes far har bistått i omfattende grad etter at hun kom ut av sykehuset. Dertil har hun fått hjelp av en venninne. A har behov for bistand til å foreta innkjøp, til renhold og annet tungt husarbeid, samt hjelp til plenklipping og annet hagestell. Venninnen har fått kompensasjon for hjelpen ved at hun har fått leie leilighet billig hos A, ettersom A når har flyttet inn hos en samboer.

Venninnen har betalt en månedlig leie på kr 4 200, mens leieverdien antakelig er ca. kr 9 000 per måned.

Påførte utgifter er ikke dokumenterte. Dette kan håndteres på samme måte som Pasientskadeerstatningen (PSE) gjør - man tilkjenner påløpte utgifter omtrent på samme nivå som framtidige utgifter, uavhengig av hva som er dokumentert eller ikke.

Utgifter til medisin i perioden fra ulykken og fram til i dag utgjør alene ca. kr 45 000, hvorav minst kr 30 000 må sies å være relatert til skaden. Samlet vil det være rimelig å tilkjenne A kr 150 000 til dekning av påløpte utgifter.

Framtidige utgifter

A har behov for å skaffe seg ny leilighet. Den hun nå har er på to plan, og A har store problemer med å gå trapper. Hun må ha en bolig hvor alle rom er på ett plan. Hun vil ved bytte av bolig få utgifter til meglerhonorar på ca. kr 80 000 samt utgifter til dokumentavgift og tinglysing av skjøte mv, til sammen anslagsvis kr 46 000.

I tillegg må A få dekket framtidige utgifter til sosialmedisinske behov, behovet for å få et innhold i hverdagen, kunne ta ferier mv. A vil alltid ha behov for bistand dersom hun skal reise. Dertil har hun behov for daglig bistand i hjemmet. Den sakkyndige anslår at A vil ha behov for 1-2 timer hjelp hver dag slik situasjonen hennes er nå, forutsatt at hun bor alene. Uten ulykken var hjelpebehovet 2-3 timer per uke. Det er derved en vesentlig økning i hjelpebehovet. Det kan ikke legges til grunn at samboer og venninne skal dekke denne hjelpefunksjonen. Egenandelen ved bruk av kommunal hjemmehjelp vil alene utgjøre ca. kr 7 300 per år.

As helsetilstand samt situasjonen for øvrig tilsier at hun bør tilkjennes en årlig erstatning for framtidige utgifter på kr 40 000 fram til år 2055, dvs. for resten av sin antatte levetid. Dette skal gå til dekning av hjelp i hjemmet, sosialmedisinske behov samt nødvendige medikamenter, samt at det inkluderer utgifter ved skifte av bolig.. Dertil skal det tas hensyn til skatteulempe med 25 %. Neddiskontert verdi inkludert skatteulempen er kr 900 000.

Erstatning for utgifter til juridisk bistand

A har hatt utgifter til juridisk bistand fram til saken ble fremmet som forliksklage. Samlet inklusive rettsgebyr for forliksklagen, utgjør disse utgiftene kr 90 860. Tidsforbruket er 45 timer som er avregnet med kr 2 000 per time inklusive merverdiavgift.

Det er anført at kostandene har vært nødvendige og rimelige.

Saksøkerens påstand

1. A tilkjennes - etter retten skjønn -
 - ménerstatning, oppad begrenset til kr 610 000
 - erstatning for påførte utgifter, oppad begrenset til kr 150 000
 - erstatning for fremtidige utgifter, oppad begrenset til kr 900 000
 - erstatning for utgifter til juridisk bistand med kr 90 860
2. A tilkjennes sakens omkostninger.
3. Oppfyllelsesfristen er 2 - to - uker etter dommens forkynnelse.

Saksøktes påstandsgrunnlag**Utmåling av ménerstatning**

Sett på bakgrunn av den skade som foreligger framstår saksøkers krav om ménerstatning som høyt, og beregningsmåten som presenteres representerer noe helt nytt. Både i juridisk teori, jf. Nils Nygaard: Skade og Ansvar side 139, og Høyesterettspraksis er det lagt til grunn at ansvarsskaden vurderes separat med utgangspunkt i null i gruppetabellen, uten hensyn til inngangsinvaliditeten, jf. Rt-2000-441 (side 446-448). Se også Rt-1997-771 og Rt-2006-871. For As del vil en separat vurdering av ansvarsskade bety en plassering i gruppe to eller gruppe tre alt etter om man legger til grunn vurderingen av uførhetsgraden foretatt av dr. med Kirkeby eller om man legger til grunn vurdering av uførhetsgraden foretatt av prof. dr. med. Stanghelle. I gruppe to er ménerstatning beregnet (avrundet) til kr 245 000, mens en plassering i gruppe tre ville gitt ménerstatning beregnet (avrundet) til kr 365 000.

Det er ikke framkommet opplysninger som medfører endring i forsikringsselskapet standpunkt om at invaliditetsgraden i skadelidtes tilfelle bør settes i gruppe to slik vurdert av dr.med. Kirkeby i hennes sakkyndigrapport. Dette til tross har selskapet som et forlikstilbud foreslått at ménerstatning utmåles til kr 300 000 som en mellomløsning mellom de sakkyndiges vurderinger. Dette er imidlertid avslått fra skadelidtes side.

Påførte og framtidige utgifter

Det hører til saksøkers bevisbyrde å påvise at det har påløpt merutgifter som har sin årsak i den aktuelle skade. Det bemerkes at A allerede før den aktuelle ulykken var ufør og hadde store utgifter til medisiner. Det er ikke påvist at forbruket er økt etter ulykken, og uansett er det merforbruket som har oppstått det siste ¾ år ikke sitt utspring i skaden, men skyldes trolig slitasje i ryggvirvlene L4 og L5. De sakkyndige er begge enige i at det ikke er sannsynlighetsovervekt for at de oppståtte vannlatingsproblemer skyldes ansvarsskaden.

Videre har de sakkyndige uttrykt enighet i at egentrening er den beste behandling for å bedre skadelidtes tilstand, og at behandling med smertelindrende medikamenter ikke vil bedre skadelidtes situasjon. Forsikringsselskapet kan ikke se at de skal erstatte utgifter til medikamentbruk som verken er anbefalt av de sakkyndige eller er medisinskfaglig forsvarlig.

Behovet for hjemmehjelp oppsto ved den akutte forverringen i As sykdomstilstand i 2013 ved hennes tiltagende ryggsmertor og vannlatingsproblemer. Begge de sakkyndige er enige om at disse tilstandene ikke er en følge av ansvarsskaden. Disse forhold gir A en ubetinget rett til å få hjemmehjelp fra kommunen, mot å betale en egenandel. Ettersom dette behovet er utløst av annen tilstand enn ansvarsskaden skal ikke denne utgiftsposten erstattes av forsikringsselskapet. Det er også et moment at A hadde betydelige sykdomsproblemer før ulykken og hun var allerede tilkjent uførepensjon som ung ufør på bakgrunn av et sammensatt sykdomsbilde, med både fysiske og psykiske problemer. Det er å bemerke at også forut for skaden overfor NAV har opplyst å ha behov for hjelp til tyngre renhold, og til stell av hage/uteareal.

Erstatning for husmorinnsats framstår som helt udokumentert og har basis kun i påstander fra saksøkers side. Ingen av de som hevdes å ha bistått med betydelig innsats har møtt i retten som vitner, og det er heller ingen

holdepunkter for at hjelpebehovet har endret seg vesentlig etter skaden. Det er ikke opplyst eller dokumentert hvilket hjelpebehov hun har ut over det behovet hun hadde før ulykken.

Forsikringsselskapet har framsatt et forlikstilbud på samlet kr 100 000 for påløpte og framtidige utgifter. Dette tilbudet er avslått fra saksøkers side og ikke bindende for selskapet. Det best tatt hensyn til dette samt ved fastsettelse av eventuelt sakskostnadsansvar.

Saksøktes påstand

1. Gjensidige Forsikring ASA frifinnes mot å betale erstatning fastsatt etter rettens skjønn.
2. Gjensidige Forsikring ASA tilkjennes sakens omkostninger.

Retten vurdering

Partene i saken er enige i at saksøkte, Gjensidige Forsikring AS, er rett ansvarsforsikringsselskap og at det skal svares erstatning hvis betingelsene er tilstede.

Det er sikker rett at det er den som krever erstatning - skadelidte - som har bevisbyrden for at det foreligger årsakssammenheng mellom ulykken og den skaden som har inntrådt. Hvor det er tvil om årsakssammenhengen må tvilsrisikoen hvile på skadelidte, jf. Rt-2001-320, (s 329). Beviskravet er oppfylt når det foreligger sannsynlighetsovervekt for de faktiske forhold dommen skal bygge på.

Ménerstatning

Ménerstatning utgjør en egen erstatningspost, og utmålinga skjer i medhold av skadeserstatningsloven § 3-2 første ledd, annet punktum: «Denne erstatning fastsettes under hensyn til menets medisinske art og størrelse og dets betydning for den personlige livsutfoldelse.» Med utgangspunkt i forarbeider, og med støtte i praksis og teori, bygger det på et tabellverk for medisinsk men.

Det har vært et tema i saken hvilke prinsipper man skal legge til grunn for beregning av ménerstatningen. Saksøker var ufør forut for den aktuelle skaden, og har vist til en rekke avgjørelser fra Pasientskadenemnda der det såkalte «differanseprinsippet» er benyttet. Bruk av dette beregningsprinsippet vil gi saksøker en høyere erstatning enn hun ellers ville fått etter gjeldende rettspraksis. Det er videre gjort gjeldende at dersom dette prinsippet ikke benyttes, må det være grunnlag for gruppeopptrykk i denne saken, da med utgangspunkt i den plassering i gruppetabellen som rettsoppnevnt sakkyndig, professor, dr. med. Stanghelle har kommet fram til.

Retten er ikke enig i saksøkers synspunkt på hvilken praksis som skal legges til grunn for erstatningsutmålingen. Retten legger til grunn at det er Høyesteretts praktisering av utmålingsbestemmelsen som skal anvendes. Denne er beskrevet av Askeland: Gyldendal rettsdata, skadeserstatningsloven § 3-2, note 129, på følgende måte:

« 3-2 første ledd andre punktum inneheld utmålingsreglane. Utgangspunktet er den medisinske uføreprosenten, som gir uttrykk for «menets medisinske art og størrelse», jf. note 127. Denne prosentsetningen gir så grunnlag for utmåling av ménerstatninga. Både førearbeida i prp. 1973 Innst.O.nr.1973, Kval-dommen i Rt-1977-782 og Sevaldsdommen i Rt-1981-138 gir grunnlag for å ta utgangspunkt i det utmålingssystemet som gjeld for ménerstatning ved yrkesskade etter ftrl. § 13-17. Nemleg klassifiserings- og gruppetabellen i forskrift 21. april 1997 nr. 373 og RTVs kapitaliseringstabell. Med dette tabellverket finn ein fram til kva skadelidne ville hatt krav på i ménerstatning ved yrkesskade, med tilsvarende uføregrad og alder mv. For å finna fram til ménerstatning etter skl. § 3-2, bruker ein denne summen som mønster, men aukar den med ein tredjedel. Dette er så i hovudsak det ein kallar samanlikningssummen. Denne summen kan vera gjenstand for individuelle justeringar, og framstår som ménerstatninga etter skl. § 3-2. Jf. Lødrup m. bistand Kjelland 2009 s. 515-516; Nygaard 2007 s. 132-136.»

Spørsmålet for retten blir heretter hvilken gruppe, etter klassifiserings- og gruppetabellen i forskrift 21. april 1997 nr. 373 og RTVs kapitaliseringstabell i som skal benyttes ved beregningen av ménerstatningen for A.

Det er utarbeidet to sakkyndigerklæringer i saken. Den første ble utarbeidet av dr. med Ingunn Rise Kirkeby, den 17. januar 2012, og den andre av rettsoppnevnt sakkyndig professor dr. med Johan Kvalvik Stanghelle som

avga sin erklæring den 21. juli 2013. De sakkyndige har kommet til noe avvikende konklusjon med hensyn til størrelsen på den skaderelaterte medisinske invaliditeten.

Dr. med. Kirkeby konkluderte i sin sakkyndig erklæring på følgende måte:

- «1. Det er sannsynlig årsakssammenheng mellom den aktuelle ulykken og skadelidtes korsryggsplager og plager fra venstre ben (mer enn 50 % sannsynlighetsvekt for årsakssammenheng.
2. Jeg vil skjønnsmessig fastsette den skaderelaterte medisinske invaliditet til 28 %. Denne vurderingen er gjort med støtte i «Forskrift om menerstatning ved yrkesskade» (Sosial - og helsedepartementet den 21. april 1997) punkt 2.3.2 og punkt 4.7.2.
3. [...]

Professor dr.med. Stanghelle hadde i sin sakkyndig erklæring følgende vurdering:

[...] Hun har nå først og fremst ryggplager, smerter og tidvis nevrologiske utfall i venstre ben, samt arrforandringer, som mest sannsynlig er relatert til den aktuelle bilulykke. Bruddskaden i ryggvirvel L.2 er behandlet med avstivning mellom L.1 til L.3, angivelig uten vesentlig effekt på ryggplagene. Hun har således, etter min vurdering, en tilstand av betydelige smertepager, nedsatt funksjon og bevegelighet, samt objektive skaderelaterte skjelettforandringer i korsryggen, noe som etter min skjønnsmessige vurdering kvalifiserer til en medisinsk invaliditetsgrad tilsvarende punkt 2.3.3 i «Forskrift om menerstatning ved yrkesskade» av 21. april 1997, dvs. 20-30%, skjønnsmessig 25 %.

Hun har senere utviklet en tilstand med vannlatingsbesvær og periodevis føleforandringer i ridebukseområdet, periodevis også med lammelser, noe som kan tilsvare cauda equina syndrom, eller skade på fortsettelsen av ryggmargen (hestehalen). Denne tilstanden kan henge sammen med prolaps eller skade på noe lavere nivå enn aktuelle fraktru, men blir ofte også påvist uten tegn til objektiv skade, med mistanke om kombinert somatisk og psykosomatisk årsak. I dette tilfelle er det vanskelig å finne akutt- og brosymptomer fra hendelsen 20.01.06 til denne aktuelle tilstand, som først og fremst kjennetegnes av vannlatingsbesvær, tilsvarende punkt 2.5.5 i «Invaliditetstabellen», med totalt tap av kontroll av urinblæren alene som følge av nevrologisk skade eller sykdom, noe som gir 40 % i medisinsk invaliditetsgrad, minus fradrag 10 - 15 % på grunn av etablert refleksstyring eller kontroll ved kateterisering, det vil si skjønnsmessig 25 % i medisinsk invaliditetsgrad.

Tilstanden i venstre kne og underekstremiteter for øvrig vil, etter min skjønnsmessige vurdering, mest sannsynlig ha årsakssammenheng med aktuelle lokale skade, og som dr. Kirkeby konkluderte med er 15 % i medisinsk invaliditetsgrad for dette relativt rimelig anslag, etter punkt 4.7.2.

Etter min skjønnsmessige vurdering er også aktuelle arr etter hendelsen 20.01.06 såpass tydelig og skjemmende at jeg vil gi en medisinsk invaliditetsgrad på 5 % etter punkt 5.15b.

Den skaderelaterte medisinske invaliditeten blir således $25 \% + 15 \% + 5 \% = 45 \%$ i uredusert sum og $25 \% + 11 \% + 4 \% = 40 \%$ i samordnet sum.

Som tidligere anført er det min skjønnsmessige vurdering at hun hadde en inngangsinvaliditet på 41 % i samordnet sum, og denne invaliditetsgrad finnes fortsatt i tillegg til den skaderelaterte medisinske invaliditetsgrad.

I tillegg kommer, som nevnt ovenfor, en invaliditetsgrad på 25 % på grunn av sannsynlig cauda equina syndrom, etter min vurdering mindre sannsynlig relatert til den aktuelle ulykke.

Samordnet med inngangsinvaliditeten på 41 % blir dette 15 %, noe som gir en ikke-skaderelatert medisinsk invaliditetsgrad på totalt 56 %

Den skaderelaterte medisinske invaliditetsgraden er på 40 %. Denne blir ikke samordnet med den medisinske invaliditetsgraden, spesielt fordi den ikke skaderelaterte medisinske invaliditetsgrad ikke er gjenstand for forsikringsutbetalinger, og fordi den skaderelaterte medisinske invaliditetsgrad gjør hennes øvrig helseplager ekstra byrdefull.

[...]

Under hovedforhandlingen var dr. med. Kirkeby åpen for at man skjønnsmessig kunne komme til en medisinsk invaliditetsgrad mellom 20 - 30 % for bruddskaden i ryggen. Hun mente likevel at invaliditetsgraden for ryggskaden i denne saken neppe kvalifiserte for høyere plassering enn 20 % isolert sett. Professor dr. med. Stanghelle var av den oppfatning av at når man først skulle foreta en plassering av invaliditetsgrad skulle det skje midt i gruppen, her 25 %, med mindre det var helt spesielle forhold som tilsa en høyere eller lavere plassering. Slike forhold forekom ikke her, jf. hans vurdering første avsnitt inntatt ovenfor. Denne forskjellen i vurdering av bruddskaden i ryggen har betydning for den samlede skaderelaterte medisinske invaliditet og

innebærer at de sakkyndige plasserer den skaderelaterte medisinske invaliditeten i forskjellig gruppe når de foretar oppsummering.

Forskriften § 3 nr. 3 første punktum gir anvisning på at dersom «*individuelle forhold fører til at en skadefølge er vesentlig mer byrdefull enn ved et normalt tilfelle*» kan det «*gis erstatning en eller to grupper høyere enn den medisinske invaliditeten tilsier.*» Ved vurderingen av et slikt gruppeopprykk kan det legges vekt på individuelle forhold hos skadelidte som alder, kjønn, vekt mm. De påberopte individuelle forhold må være av en slik art at de gjør skaden vesentlig mer byrdefull å bære for skadelidte enn det som er normalt ved en slik skade. Det vil si at det må kreves at de individuelle forhold som allerede var til stede da skaden skjedde, må ha aksentuert eller forstørret selve skadefølgen. De individuelle forhold som skadelidte påberoper seg i denne saken er vannlatings-problemer som har oppstått i ettertid, og forverring av ryggskade.

Kravet «vesentlig mer byrdefull» innebærer at det ikke er nok å konstatere at vedkommende er plaget av en rekke ulemper av individuell art. I Kåsa-dommen i Rt-2000-441, beskriver Høyesterett dette på følgende måte: «*Utgangspunktet for vurderingen av tillegg må etter mitt syn være at det er behov for standardiserte regler om ménerstatning, og etter rettspraksis skal det da atskillig til før man går nevneverdig utover det som følger av den matematiske utregningen. ...*

A har et meget sammensatt sykdomsbilde, og hadde relativt omfattende helseproblemer forut for den aktuelle trafikkuulykken i 2006. Det er de sakkyndiges uttalte oppfatning at A hadde en betydelig medisinsk invaliditetsgrad også før ulykken inntraff. Behovet for en vurdering av de merulempene som følge av individuelle forhold synes tilstrekkelig ivaretatt ved professor dr. med. Stanghelles vurdering av den samlede medisinske invaliditetsgrad, der han ikke foretar samordning med den ikke medisinske invaliditetsgraden, nettopp av hensyn til at den skaderelaterte medisinske invaliditetsgrad gjør hennes helseplager ekstra byrdefull. Et ekstra gruppeopprykk med samme begrunnelse ville i så fall medføre at man tok hensyn til merbelastningen to ganger.

Retten finner, som den rettsoppnevnte sakkyndige, å fastsette den medisinske invaliditetsgraden etter punkt 2.3.3 til 40 %. Begrunnelsen for dette er at det er dokumentert en forverring av As plager, særlig i det siste halve året. Denne forverringen av tilstanden var ikke til stede da dr. med. Kirkeby foretok sine vurderinger. Professor dr. med. Stanghelle hadde således en mer oppdatert dokumentasjon og derved et bedre grunnlag å bygge sine vurderinger på. I gruppeplasseringen er det som påpekt ovenfor tatt noe hensyn til at As øvrige plager som forelå før ulykken har medført at den skaderelaterte medisinske invaliditeten gjør hennes helseplager ekstra byrdefull.

Av forskrift om ménerstatning ved yrkesskade § 3 nr. 1, punkt 3, framkommer da at utgangspunktet for beregning av ménerstatningen skal utgjøre 18 % av grunnbeløpet(G).

As alder ved skadedato var 33 år. Kapitaliseringsrente 5 %. Dette gir en kapitaliseringsfaktor på 17,77. Etter anvisninger i skadeserstatningsloven § 3-2 beregnes da ménerstatningen slik:

18 % x 85245 (G) x 17,77 =	272 663
+ 1/3	90 888
Sum	<u>363 551</u>

Summen avrundes i tråd med praksis oppover til 365 000.

A har mottatt et à konto beløp på kr 114 395, som går til fradrag i det beløp som tilkjennes som ménerstatning. Rest til utbetaling blir da kr 250 605.

Påførte utgifter

A var tilkjent uføretrygd som ung ufør forut for den aktuelle skade. Denne har hun selvfølgelig i behold. Dette betyr at hun ikke har et inntektstap som følge av den aktuelle skaden.

A har i retten gjort gjeldende å ha hatt betydelige merutgifter til medisiner og hjelp i hjemmet mv. som hun krever dekket. Hjelpen beskriver hun å ha fått fra en venninne og fra sin far. Venninnen har hun «betalt» ved å la henne bo i sin leilighet for redusert husleie. Selv har A flyttet til sin nåværende samboer.

As fastlege vitnet i retten og var tydelig på at A ville fått tilkjent hjemmehjelp dersom hun søkte om det. A opplyste at hun takket nei til hjemmehjelp og heller ville benytte venninne og familie ved behov.

Fastlegen opplyste at A fikk hjelp fra sykepleier, da særlig i forbindelse med kateterisering, ved behov. A har fått hjelpemidler i egen leilighet - håndtak, dusjstol mv - satt inn og tilpasset av ergoterapeut.

Etter skadeserstatningsloven § 3-1. gis det *«erstatning for skade på person skal dekke lidt skade, tap i framtidig erverv og utgifter som personskaden antas å påføre skadelidte i framtiden.»*

A har fremmet et krav på dekning av påførte utgifter fram til hovedforhandlingen på inntil kr 150 000. Det er ikke framlagt noen form for dokumentasjon av disse utgiftene, og venninne og/eller far har ikke møtt for å forklare om omfanget av hjelpen de har gitt til A. Som vist til innledningsvis i rettens vurdering er det skadelidte som har bevisbyrden for at det foreligger grunnlag for å tilkjenne erstatning.

Når det gjelder behov for hjelp i hjemmet, var dette beviselig til stede forut for skaden, i alle fall i forbindelse med tynge husarbeid og hagestell. Dette har A selv opplyst i forbindelse med sin søknad om uføretrygd til NAV. Retten kan ikke utelukke at skaden har medført et noe større behov for hjelp. Utgifter til dette ville imidlertid lett kunne dokumenteres dersom de var reelle. I tillegg må det videre forutsettes at A benyttet seg av de stønadsordninger som finnes, for eksempel hjemmehjelp fra kommunen, slik at utgiftene og derved kravet mot forsikringsselskapet ble begrenset. Faktiske utgifter til hjelp i hjemmet er ikke dokumentert eller sannsynliggjort ut over det behov som fantes før skaden, og erstatning for dette tilkjennes ikke.

A har også krevd erstattet påløpte utgifter for smertestillende medisiner samt for kateterisering. Hun anslår de årlige merutgiftene til kr 50 000.

Begge de sakkyndige har konkludert med at vannlatingsproblemene som A har fått i den senere tid, ikke er relatert til den skaden som oppsto som følge av ulykken. Det er således ingen årsakssammenheng mellom skaden og utgiftene hun har som følge av dette. Utgiftene til kateterisering faller derfor utenfor hva A kan kreve dekket fra forsikringsselskapet.

Det har framkommet at A har utgifter til smertestillende midler. Hovedmengden av de smertestillende midler hun bruker er relatert til ryggsmarter. Ryggproblemene har forverret seg siste ¾ år. De sakkyndige har begge opplyst at kroniske ryggsmarter best kan behandles med fysisk aktivitet, gjennomtrening og betydelig egenaktivitet. Morfinpreparater er absolutt ikke anbefalt. Psykisk dårlig fungering gjør at man dårligere takler en fysisk funksjonsreduksjon. Det er nok slik i As tilfelle. A driver lite eller ingen egentrening.

Det er ikke dokumentert eksakte merutgifter til smertestillende midler som følge av ulykken. Den rettsoppnevnte sakkyndige mente likevel det var sannsynlighetsovervekt for at en del av behovet for smertestillende midler hadde sammenheng med ulykken.

De forandringene som senere er påvist i L.4 og L.5 (modik-forandringer) er beskrevet som slitasjeforandringer og skyldes ikke skaden. Modikforandringer gir smerter.

Det er ikke mulig å fastslå eksakt hvor stor del av smertene som skyldes slitasjeforandringene i L.4 og L.5, eller kommer fra skaden i L.1- L.3. Det er også slik at en del av behandlingen som A får hos fastlegen -Ketorax (morfinpreparater)- er opplyst ikke er medisinsk tilrådelig. Noe prøving og feiling må det likevel være åpning for.

A har framlagt utskrift av fra apotek som viser hva hun har betalt for reseptbelagte legemidler i perioden 1.1.2007 til 07.08.2013 - en periode på 5 ½ år. Samlet under rubrikken betalt, er beløpet kr 23 078. Hvilket gir en utgift per år på kr 4 196. Inkludert i dette beløpet er også betaling for medisiner til behandling av angst og depresjon og andre plager som ikke er relatert til skaden. Inkludert i beløpet er også medisiner til den del av smertelindring for ryggplager som ikke relateres til skaden. Tatt i betraktning at den rettsoppnevnte sakkyndige har gitt uttrykk for at noe av merutgiftene til smertelindring kan knyttes til skaden, må retten foreta en skjønnsmessig fastsettelse av beløpet. Retten finner at dette ikke kan fastsettes høyere enn kr 2 000 per år uten ytterligere dokumentasjon. Det har per dags dato gått 7 ¾ år siden ulykken, hvilket gir samlet skaderelatert merutgift pådratt per dags dato på kr 15 500.

Framtidige utgifter

A har krevd dekket framtidige utgifter med inntil kr 900 000. Det er gjort gjeldende at A må ha dekket meglerhonorar, dokumentavgift og tinglysing av skjøte til ny hensiktsmessig bolig i det hun ikke kan bo i den leiligheten hun nå har som er over to etasjer. Samlet er merutgiftene til anskaffelse av ny bolig anslått til ca. kr 126 000.

Hun vil ha utgifter til daglig hjelp i hjemmet slik situasjonen er nå ca. 1-2 timer daglig mot 2-3 timer hver uke uten ulykken. Dette er en vesentlig økning i hjelpebehovet. Egenandelen for kommunal hjemmehjelp er kr 7 300 per år.

Hun krever dessuten kr 40 000 per år til dekning sosialmedisinske behov og medikamenter.

A opplyste i retten at hun leide ut leiligheten sin og nå var bosatt sammen med samboer i hans bolig som var på ett plan. Hvorvidt dette er en ordning som vil vedvare er usikkert. Retten legger derfor til grunn for sin vurdering at As behov ses opp mot den leilighet som hun er eier av. Denne er på to plan med trapp mellom etasjene. As problem består i at hun ikke er i stand til å gå trapper. Retten har ikke mottatt tilstrekkelig dokumentasjon for at As problemer med å gå trapper enten helt eller delvis skyldes ansvarsskaden eller om de skyldes slitasjeforandringene i ryggen. Retten legger dertil til grunn at A med sin nedsatte funksjonsevne har rett til å få nødvendige hjelpemidler dekket av NAV. I dette tilfelle en trappeheis. Det antas at det er en egenandel på hjelpemidlene, men at den er beskjedent. En trappeheis anses som tilstrekkelig avhjelp av problemet. Dette betyr at retten ikke kan godkjenne ekstra omkostninger ved salg av boligen. Dette gjelder selv om A velger å gjennomføre salget i stedet for å installere trappeheis. Det er heller ikke tilstrekkelig dokumentert at funksjonsnedsettelsen som medfører vansker med å gå trapper er en følge av ansvarsskaden. Egenandel til trappeheis kan derfor ikke kreves dekket av Gjensidige Forsikring AS.

A har hatt en økning i behovet for hjelp i hjemmet. Dette gir A en ubetinget rett til hjemmehjelp fra kommunene. Forverringene i As tilstand skyldes tiltagende ryggsmarter og vannlatingsproblemer. Begge de sakkyndige er enige om at tilstandene ikke er en følge av ansvarsskaden. Som nevnt ovenfor var A tilkjent uførepensjon som ung ufør på grunn av både fysiske og psykiske problemer. Hun har forut for skaden opplyst til NAV at hun hadde behov for hjelp til tyngre renhold og stell av hage/uteareal. Hennes fastlege har opplyst i retten at som følge av slitasjeforandringene i ryggen samt vannlatingsproblemer vil A ha krav på hjemmehjelp. Slik retten har oppfattet fastlegen er merbehovet for hjelp knyttet til de funksjonsproblemer som følger av slitasjeforandringer i L.4, L.5 og Si., samt til vannlatingsproblemer, som begge de sakkyndige vurderer ikke å være relatert til den aktuelle skaden.

A har det siste året fått morfinpreparater som hun må betale selv da de ikke gis på blå resept. Morfinpreparater til smertelindring for As korsryggplager er ikke tilrådelig og de sakkyndige har uttrykt enighet om at denne medisineringen ikke bør fortsette. Dr. med. Kirkeby uttaler i sin erklæring: «*Jevnlige injeksjoner med morfinpreparater hos pasienter med ryggsmarter er misbruk og feilbehandling.*» Det er dette preparatet som har medført den største utgiftsposten for A. Slik retten oppfatter de sakkyndige kan de skaderelaterte smertene lindres ved bruk av smertestillende midler som gis på blå resept. Dette har per i dag en egenandel på kr 1 880 per år. Minstepensjonister og personer med supplerende stønad betaler ikke egenandel, og utgiften faller derfor bort for skadelidte. Smerter som følge av slitasjeforandringer i L.4, L.5 og Si er ikke skaderelatert og utgifter knyttet til dette kan ikke kreves dekket av forsikringsselskapet.

Det er gjort gjeldende at A skal ha dekket sosialmedisinske behov fordi hun trenger bistand i forbindelse med ferieturer, og det å kunne delta i sosiale aktiviteter utenfor hjemmet. Under rettsforhandlingene er det ikke tilstrekkelig dokumentert at hennes behov for bistand i nevnte sammenheng er knyttet til den aktuelle skade. As fysiske og psykiske problemer forut for skaden, samt før omtalte slitasjeforandringer og vannlatingsproblemer synes å være de største hindringer for at hun kan delta i sosiale aktiviteter uten bistand. Retten betviler ikke at hun har et visst hjelpebehov i denne sammenheng, men det er ikke sannsynlighetsovervekt for at dette hjelpebehovet er relatert til ansvarsskaden.

Retten har etter dette kommet til at det ikke er sannsynlighetsovervekt for at A vil ha framtidige utgifter som følge av den aktuelle bilulykke. Forsikringsselskapet skal derfor frifinnes fra kravet om erstatning til dekning av framtidige utgifter.

Utgifter til juridisk bistand

Utgifter til juridisk bistand er kostnader «ved saken», her utgifter til prosessfullmektig ved sakens behandling i forliksrådet. Slike utgifter er en sakskostnad som derved faller inn under spørsmålet om erstatning for sakskostnader som vil bli behandlet nedenfor.

Oppsummering

Etter dette har retten komme til at Gjensidige Forsikring AS kan frifinnes mot å betale menerstatning til A med kr 205 605 og påløpte utgifter med kr 15 500, til sammen kr 266 105 som avrundes til kr 270 000.

Sakskostnader

Saksøker har delvis vunnet fram med at hun får en noe større ménerstatning enn det forsikringsselskapet har tilbudt, men hun har ikke fått medhold i kravet om endret beregningsmåte for ménerstatningskravet. Saksøker har dertil fått mindre erstatning for pådratte utgifter enn det hun har krevet, samt tapt fullstendig angående kravet om erstatning for framtidige utgifter.

Ansvar for sakskostnader skal vurderes under ett for de krav som er tvistegjenstand, jf. tvisteloven § 20-2 (2) annet punktum.

Saksøker har fremmet følgende sakskostnadskrav:

1. Kr 90 860 for juridisk bistand fra fram til forlikssklage i perioden 11.10.2010 - 01.07.2012 til sammen 45 timer à kr 1 600 + mva, og gebyr forlikssklage kr 860.
2. Kr 110 000 for 55 timer à kr 1 600 + mva.

Timetallet er fordelt med 10 timer fram til stevning, 30 timer til stevning, prosesskrift og saksforberedelse, 13 timer til hovedforhandling og to timer etterarbeid.

3. Rettsgebyr for to dagers hovedforhandling kr 6 880 og utgift til vitne kr 945.
4. Utgifter til rettsoppnevnt sakkyndig.

Saksøkte har fremmet krav om sakskostnader med kr 30 000, hvorav kr 21 000 til forberedelse og kr 9 000 til hovedforhandling. Timetallet er ikke opplyst, men sammenlignet med kravet fra saksøker synes det innenfor akseptable kostnadsrammer.

Tvistelovens kapittel 20 gjelder partens og partshjelpers krav på erstatning for sakskostnader i rettssaker med mindre annet er bestemt eller avtalt, jf. tvl. § 20-1 (2). I denne saken foreligger ingen avtale om sakskostnader. Det må derved påvises et lovgrunnlag etter tvistelovens kapittel 20, ellers kan sakskostnader ikke tilkjennes, jf. Ot.prp.nr.51 (2004-2005) side 443. Kravet kan ikke basere seg på alminnelige erstatningsrettslige synspunkter eller rettsgrunnsetninger, jf. Schei m.fl.: Tvisteloven kommentarutgave, 2. utg, bind I, side 695. Dette medfører at sakskostandskravet fram til forliksrådets behandling skal vurderes etter tvistelovens bestemmelser. Tvisteloven § 20-5 gjelder for sakskostnader ved forliksrådsbehandling, da med de begrensninger som følger av tvisteloven § 6-13. Det betyr at det uansett ikke kan kreves mer enn rettsgebyret pluss utgifter til prosessfullmektig med fire ganger rettsgebyret. Samlet utgjør dette kr 4 300.

Det følger av tvisteloven § 20-2 første ledd, jf. annet ledd at en part, med den begrensning som nevnt angående sakskostnader for forliksrådet, har krav på full erstatning for sine sakskostnader fra motparten, hvis parten har fått medhold fullt ut eller «i det vesentlige». A har ikke vunnet saken «i det vesentlige», selv om det er nedlagt påstand erstatning oppad begrenset til bestemte beløp, når hun bare har fått medhold i enkelte av de postene som inngår i kravet, jf. Hr-2009-1868-U og Rt-2005-1233.

Formuleringen «i det vesentlige» er ment å dekke tilfeller hvor det er naturlig å si at motparten «praktisk talt» har tapt saken fullstendig og bare vunnet fram på et mindre punkt, jf. Ot.prp.nr.51 (2004-2005) s 444. Som eksempel er nevnt et erstatningskrav som er sammensatt av en rekke poster hvor motparten bare får medhold på et punkt av bagatellmessig karakter. As krav er ikke forankret i rettspraksis og heller ikke knyttet direkte til den veiledning den rettsoppnevnte sakkyndige har gitt. A har fått medhold i en ménerstatning tilsvarende anbefalingen fra rettsoppnevnt sakkyndig, men kravet hennes var høyere enn dette.

Når ingen av partene har vunnet saken etter tvisteloven § 20-2 er hovedregelen at hver av partene dekker sine sakskostnader. En part som har fått «medhold av betydning» kan likevel helt eller delvis tilkjennes sakskostnader av motparten hvis «tungtveiende grunner» tilsier det, jf. tvisteloven § 20-3. I vilkåret om «medhold av betydning» ligger det at partene har oppnådd så mye at det ikke ville vært rimelig å forlange at partene skulle akseptere motpartens standpunkt i tvisten, jf. Ot.prp.nr.51 (2004-2005) s. 446.

Ved vurderingen av om det foreligger «tungtveiende grunner» skal det også legges vekt på momentene i tvisteloven § 20-2 tredje ledd. Styrkeforholdet mellom partene er i denne saken svært forskjellig. Gjensidige

Forsikring AS er et profesjonelt selskap med store ressurser og som stadig behandler tilsvarende krav. A er uførepensjonist med fysiske og psykiske plager og med begrenset økonomi.

A har under saksforberedelsen for tingretten og senere under hovedforhandlingen avslått forlikstilbud fra saksøkte. Sett i sammenheng med sakens resultat - der saksøker samlet sett kommer dårligere ut enn framsatt forlikstilbud, samt at hun ikke får medhold i sitt krav om grunnleggende endringer i beregningsmåten for ménerstatningskravet, framstår det ikke rimelig at hun skal ha dekket sakskostnader fra motparten. Spørsmålet blir om forsikringsselskapet som blir frifunnet for et betydelig krav i saken skal ha erstattet noe av sakskostnadene fra A.

Forsikringsselskapet har fremmet et sakskostnadskrav i forbindelse med hovedforhandling på kr 30 000. Tatt i betraktning at saksøker har nådd fram med et noe høyere erstatningsbeløp enn det som var tilbudt fra saksøktes side angående ménerstatningen, har det vært et visst behov for å belyse saken ved ytterligere ved den sakkyndighet som ble oppnevnt for retten og som ligger til grunn for rettens avgjørelse angående ménerstatningen. Isolert sett var saksøktes tilbud om ménerstatning lavere enn det saksøker oppnådde under rettsforhandlingen. Dette tatt i betraktning sammenholdt med styrkeforskjellen mellom partene, finner retten å frita A fra å dekke saksøktes sakskostnader, jf. tvl. § 20-2 (3).

Retten har etter dette kommet til at ingen av partene får tilkjent erstatning for sakskostnader fra hverandre.

Under saken har det etter begjæring fra saksøker blitt oppnevnt sakkyndig i medhold av tvisteloven § 25-2. Saksøkte motsatte seg oppnevningen. Erklæringen fra rettsoppnevnt sakkyndig, samt hans vitnemål i retten har vært nødvendig for sakens opplysning.

Saksøkte motsatte seg dette med den begrunnelse at saken var tilstrekkelig utredet fra før. Den rettsoppnevnte sakkyndige professor dr. med. Stanghelle kom til et annet og gunstigere resultat for saksøker hva gjelder skaderelatert medisinsk invaliditet i det hun ble plassert en gruppe høyere enn hva sakkyndig dr. med. Kirkeby gjorde i sin vurdering. Saksøker har det siste $\frac{3}{4}$ år før hovedforhandlingen hatt en klar forverring i sin helsetilstand og det var behov for en ny vurdering av medisinsk invaliditet samt av hvorvidt denne forverringen var skaderelatert eller ikke.

Resultatet av den rettsoppnevnte sakkyndiges vurdering viste at begjæringen fra saksøker var nødvendig. Tvistelovens kap. 20 er ikke til hinder for at man kan vurdere dekning av sakkyndig på en noe annen måte enn sakskostnader for øvrig. Grunnen til dette er at det anses som skadevolders ansvar å medvirke til at konsekvensene av ansvarsskaden blir tilstrekkelig belyst. Den rettsoppnevnte sakkyndiges vurderinger har vært nødvendig både for å fastsette ménerstatningen, men også for å avklare at ansvarsskaden ikke er årsak til forverringer som har oppstått det seneste $\frac{3}{4}$ året. Dette var ikke uten videre gitt med de opplysninger som forelå ved saksanlegget. Retten finner av den grunn at det er rimelig at

Forsikringsselskapet bærer utgiftene til rettsoppnevnt sakkyndig.

Utgifter til rettsoppnevnt sakkyndig har påløpt med samlet kr 64 374,50. Beløpet inkluderer utarbeidelse av sakkyndig erklæring kr 37 800 og forberedelse og oppmøte til hovedforhandling samt reise, diett i denne forbindelse til sammen kr 26 574,50.

Utgifter til rettsoppnevnt sakkyndig innkreves direkte fra retten. Det anses derfor ikke nødvendig å medta dette i domsslutningen.

Dommen er ikke avsagt innen lovens frist. Grunnen er stor arbeidsbyrde hos dommeren.

Domsslutning:

1. *Gjensidige Forsikring AS frifinnes mot å betale 270 000 - tohundreogsyttitusen - kroner til A innen 2 - to - uker for dommens forkynnelse.*
2. *Erstatning for sakskostnader tilkjennes ikke.*

Oslo tingrett - TOSLO-2015-206595

Instans	Oslo tingrett - Dom
Dato	2016-07-14
Publisert	TOSLO-2015-206595
Stikkord	Voldsoffererstatning. Klage. Spesialisterklæring. Voldsoffererstatningsloven § 14 femte ledd.
Sammendrag	Saken gjelder saksøkers krav om at Erstatningsnemnda for voldsofre sitt klagesaksvedtak av 30. september 2015 er ugyldig på grunn av manglende innhenting av spesialisterklæring. (Sammendraget er hentet fra sakens innledning.)
Saksgang	Oslo tingrett TOSLO-2015-206595 (15-206595TVI-OTIR/08). Rettskraftig.
Parter	A (advokat Espen Rekkedal) mot Staten v/Erstatningsnemnda for voldsofre (advokat Stein-Erik Jahr Dahl).
Forfatter	Tingrettsdommer Geir Grindhaug.

Saken gjelder saksøkers krav om at Erstatningsnemnda for voldsofre sitt klagesaksvedtak av 30.09.2015 [ENV-2013-2974-1] er ugyldig på grunn av manglende innhenting av spesialisterklæring.

Sakens bakgrunn

A er født 0.0.1966 og bor i 0000 X. Fredag 8. juli 2011 ble han utsatt for en overtredelse av straffeloven (1902) § 229 første straffalternativ jf. § 232. Ved Indre Finnmark tingretts dom av 30.11.2011 ble gjerningsmannen dømt for forholdet til 6 måneders fengsel hvorav 60 dager ble gjort betinget med en prøvetid på to år. Han ble også dømt til å betale oppreisningserstatning med kr 30.000 til A. Gjerningsmannen ble dømt i samsvar med tiltalebeslutningen som hadde følgende grunnlag:

«Fredag 8. juli 2011 ca. kl. 2100 i Y utenfor Bar Z/åstedet slo og sparket han A, slik at A fikk ett kutt i ansiktets høyre side på ca. 3 - 4 cm som ble sydd med 5 sting. En uke etter hendelsen var A plaget med svimmelhet og var øm i bakre nakke i muskelfestet, sydd sår nedenfor høyre øye, gult blåmerke over høyre øye og et ca. 15 cm gult merke på høyre underarm.»

Da A ble nedslått var han ute av arbeid etter en trafikkulykke hvor han pådro seg en ankelskade med påfølgende infeksjon som følge av bruddbehandlingen. Det ble foretatt et oppgjør med bilens forsikringsselskap og Norsk Pasientskadeerstatning, bl.a. basert på spesialisterklæring av 14.03.2012 fra spesialist i generell og ortopedisk kirurgi, dr. Elin Nesse, som konkluderte med at A var påført en medisinsk invaliditet på 10 % som følge av ankelskaden. I stevningen er det opplyst at A etter nedslagningen fikk både fysiske og psykiske skader, og at han var til behandling for sine psykiske plager hos psykiatrisk sykepleier og hos psykiater Henrik Littauer ved Midt-Finnmark DPS. Dr. littauer har i en spesialisterklæring av 30.11.2012 diagnostisert A med posttraumatisk stresslidelse, PTSD med en medisinsk invaliditet på 40 %. I sin spesialisterklæring skriver dr. Littauer at «A har hatt det vesentlig verre enn pr. i dag, og en viss mindre bedring vil også kunne forventes».

Det er videre fremlagt en spesialisterklæring av 05.05.2014 fra spesialist i psykiatri Bente Øvesen til If skadeforsikring i anledning As krav om menerstatning derfra på grunn av psykisk skade som følge av voldshendelsen. I følge dr. Øvesens erklæring var hennes oppgave å foreta «en vurdering av eventuell psykisk lidelse og eventuell årsakssammenheng med en voldsepisode i 2011». Dr. Øvesen fant det lite sannsynlig at A tilfredsstilte noen PTSD-diagnose, og konkluderte med «hvis man skal akseptere at denne angstproblematikken har en årsakssammenheng med voldsepisoden, utgjør dette ikke mer enn 10-15 % skaderelatert medisinsk invaliditet».

Kontoret for voldsoffererstatning tilkjente A kr 30.000 i oppreisningserstatning og i alt kr 16.459 i sakskostnader, men avslo hans krav om erstatning for tapt inntekt og menerstatning. Det er fremlagt en omfattende korrespondanse mellom Kontoret for voldsoffererstatning og advokat Rekkedal, som bl.a. handler om sistnevntes krav om en ny spesialisterklæring om As psykiske helse. Siste bevegelse i As voldsoffererstatningssak er Erstatningsnemnda for voldsofre sitt vedtak av 30.09.2015 [ENV-2013-2974-1]. Der ble As krav om erstatning for inntektstap og menerstatning også avslått, men han ble tilkjent sakskostnader som det i Erstatningsnemndas vedtak overlates til Statens Sivilrettsforvaltning å fastsette.

Det er Erstatningsnemndas vedtak som er gjenstand for As saksanlegg ved advokat Rekkedals stevning av 22.12.2015 hvor vedtaket påstås kjent ugyldig. Staten har tatt til motmæle og påstått seg frifunnet i tilsvar av 26.01.2016 fra Regjeringsadvokaten v/advokat Jahr Dahl. Det er deretter innkommet en rekke prosesskriv fra prosessfullmektigene som med rettens samtykke har avtalt at saken skal avgjøres på grunnlag av skriftlig behandling i henhold til tvisteloven § 9-9 annet ledd.

As påstandsgrunnlag

Basert på advokat Rekkedals stevning og hans påfølgende prosesskriv kan As påstandsgrunnlag gjengis slik:

Erstatningsnemndas behandling er i henhold til voldsoffererstatningsloven § 14 første ledd underlagt forvaltningsloven, herunder forvaltningsloven § 17 om forvaltningens plikt til å sørge for sakens opplysning. Det har ikke nemnda gjort når den uten videre underkjenner dr. Littauers spesialisterklæring om at A har en medisinsk invaliditet på 40 %. Selv om dr. Litauer skriver at «*en viss mindre bedring*» vil kunne forventes, så betyr ikke det at As svekkede psykiske helsetilstand er på mindre enn 15 % og at den ikke er varig, det vil si av en varighet på minst 8 år som nemnda korrekt legger til grunn.

Dr. Litauer er psykiater og har derfor korrekt bare vurdert den psykiske skaden. Nemnda var gjort kjent med erklæringen fra dr. Nesse som viser den somatiske skade på foten, altså inngangsinvaliditeten. Det vises i denne forbindelse til Rt-2015-820 der Høyesterett har lagt til grunn at inngangsinvaliditet forsterker skaden, og at dette kan tilsi en høyere menerstatning enn det den skaderelaterte varige medisinske invaliditeten tilsier. Det vises særlig til dommens avsnitt 49 [HR-2015-1362-A-A49]. Dersom Erstatningsnemnda hadde utredet saken og lagt til grunn en inngangsinvaliditet som en forsterket av skaden ville A hatt krav på menerstatning.

Til statens henvisning til dr. Øvesens spesialisterklæring bemerkes at dr. Øvesen ikke har møtt A personlig.

Det som med en forsvarlig saksbehandling burde ha vært gjort i denne saken er å ha dekket utgiftene til en ny psykiatrisk spesialisterklæring i henhold til voldsoffererstatningsloven § 14 femte ledd slik A gjentatte ganger ba om, i stedet for nå å vise til at dette skyldes at Kontoret for voldsoffererstatning ikke fikk de opplysningene man ba om fra A. At dette ikke ble gjort innebærer en alvorlig saksbehandlingsfeil som meget vel kan ha virket inn på Erstatningsnemndas vedtak som derfor er ugyldig.

Vedtaket må oppheves og saken tas opp igjen av forvaltningen. De må enten tilkjenne A menerstatning ut fra den foreliggende dokumentasjon eller innhentes en oppdatert utredning av As psykiske skade.

Det nedlegges slik påstand:

1. Erstatningsnemnda for voldsofres vedtak av 30.09.2015 i sak 2013/2974 [ENV-2013-2974-1] er ugyldig.
2. A tilkjennes sakens omkostninger.

Statens påstandsgrunnlag

Basert på advokat Jahr Dahls tilsvar og hans påfølgende prosesskriv kan statens påstandsgrunnlag gjengis slik:

Det sentrale som kan utredes av den fremlagte dokumentasjon knyttet til anførselen om saksbehandlingsfeil, er at saksøker fra første kontakt har fått veiledning om hvilken dokumentasjon som kreves for at voldsoffererstatningsmyndighetene skal kunne ta stilling til en anmodning om dekning av utgifter til spesialisterklæring. Dette gjelder blant annet:

- dokumentasjon på at forsikringsselskapet ikke dekker medisinsk utredning.
- kostnadsoverslag fra spesialist, og
- oppdatert medisinsk dokumentasjon.

Slik staten tolker stevningen, anføres det i realiteten to grunnlag for den påståtte ugyldigheten:

- brudd på utredningsplikten etter forvaltningsloven § 17
- feil ved vurderingen av dr. Littauers erklæring

Utredningsplikten

Forvaltningsloven § 17 første ledd pålegger forvaltningsorganer å påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes, og denne bestemmelsen gjelder i utgangspunktet også i voldsoffererstatningssaker jf. voldsoffererstatningsloven § 14 første ledd. Det blir da også rutinemessig innhentet dokumentasjon fra straffesaker, samt annen dokumentasjon som eksempelvis NAV-dokumenter når dette anses nødvendig.

Voldsoffererstatningsloven § 14 femte ledd inneholder imidlertid en særskilt bestemmelse om sakkyndige erklæringer, som avgrenser utredningsplikten omfang knyttet til innhenting av sakkyndige erklæringer.

I følge voldsoffererstatningsloven § 14 femte ledd, kan det bare i «særlige tilfelle» bestemmes at en part skal få dekket utgifter til innhenting av erklæringer fra lege, tannlege, psykolog og lignende. Det følger forutsetningsvis av denne bestemmelsen at det er den enkelte søker selv som plikter å dokumentere sitt krav ved å innhente sakkyndige utredninger. Denne forståelsen er i tråd med Erstatningsnemnda for voldsofre (ENV) sin praksis om at det som hovedregel påligger søkeren selv å sannsynliggjøre sitt krav, jf. eksempelvis ENV-2012-1496 og ENV-2014-3207.

ENV har følgelig ikke brutt utredningsplikten ved ikke selv å innhente ytterligere vurderinger av saksøkers skade før vedtak ble truffet.

Når det gjelder spørsmålet om forskuddsbetaling, viser staten til at § 14 femte ledd gir «*voldsoffererstatningsmyndighetene en skjønnsmessig adgang til å dekke utgifter til innhenting av bevismateriale*» jf. Ot prp.nr. 10 (2007-08) pkt. 3.19. Spørsmålet om slike utgifter skal forskuddsbetales, eller om erstatning for utgifter til sakkyndigerklæringer eventuelt skal utbetales etterskuddsvis etter voldsoffererstatningsloven § 4, beror på forvaltningens frie skjønn. Voldsoffererstatningsmyndighetene hadde ingen plikt til å utbetale forskudd til saksøker.

For å kunne ta stilling til en anmodning om forskuddsbetaling etter § 14 femte ledd, kreves det bl.a. slik dokumentasjon som nevnt i de tre s trepunktene foran.

Dette er etter statens syn nødvendige og rimelige krav for å kunne vurdere spørsmålet om forskuddsbetaling på en forsvarlig måte. Saksøker har fått veiledning av Kontoret for Voldsoffererstatning (KFV), som gjentatte ganger har fremhevet disse kravene til saksøkers advokat. Saksøker har dessuten fått dekket utgifter til advokatbistand i forvaltningssaken. Staten kan følgelig ikke se at det foreligger noen saksbehandlingsfeil knyttet til beslutningen om ikke å gi saksøker forskuddsbetaling.

Vurderingen av dr. Littauers erklæring

Den primære begrunnelsen for ENVs avslag på søknad om menerstatning var at saksøker ikke hadde sannsynliggjort at det anførte menet var varig, jf. voldsoffererstatningsloven § 5. Saksøker har så vidt staten forstår ikke anført at det foreligger feil ved denne primære begrunnelsen.

Derimot hevder saksøker at staten feilaktig mente at Littauer skulle tatt hensyn til inngangsinvaliditet i spørsmålet om graden av den medisinske invaliditeten. Ettersom saksøker ikke har anført noen feil ved den primære begrunnelsen, får dette spørsmålet ingen betydning for vedtakets gyldighet.

En spesialisterklæring vil normalt være et betydningsfullt bevis i menerstatnings saker. Dersom retten skulle komme til at det var en saksbehandlingsfeil at staten ikke ga forhåndstilsagn om dekning av utgifter til innhenting av spesialisterklæring, vil det i så fall være en feil som kan ha virket bestemmende på vedtakets innhold, jf. forvaltningsloven § 41. Dette vil i så fall innebære i foreliggende sak at avslaget på saksøkers søknad om menerstatning er ugyldig. Men det er altså statens syn at dette ikke var feil at det ikke ble gitt slikt forhåndstilsagn i denne saken.

Det nedlegges slik påstand:

1. Staten v/Erstatningsnemnda for voldsofre frifinnes
2. Staten v/Erstatningsnemnda for voldsofre tilkjennes sakskostnadene.

Rettenns vurdering

Slik søksmålet er anlagt er As angrep på Erstatningsnemndas vedtak rettet mot saksbehandlingen som ligger til grunn for vedtaket, og i og for seg ikke mot nemndas vurdering i seg selv. Slik retten ser saken, vil dette imidlertid i stor grad være to sider av samme sak, ettersom mye av spørsmålet vil være om de fremlagte spesialisterklæringene, særlig dr. Littauers, burde ha foranlediget innhenting av en ny utredning og spesialisterklæring om As helsetilstand. Voldsoffererstatningsmyndighetenes vurdering av dette har også en side til forvaltningens frie skjønn.

Når det gjelder vurderingen av faktum tar retten i likhet med partene utgangspunkt i at et tema for nemnda var hvorvidt A med sannsynlighet har en varig medisinsk invaliditet på over 15 %, og slik at «varig» innebærer en varighet på minst 8 år.

Retten har vanskeligheter med å følge Erstatningsnemndas underkjenning av dr. Littauers Spesialisterklæring av 30.11.2012. Innledningsvis nevner retten at den legger til grunn at dr. Littauers opplysning om at den aktuelle voldsepisoden skjedde 08.08.2010 beror på en skrivefeil e.l. Staten har da heller ikke bestridt at det er den aktuelle nedslagningen av A fredag 8. juli 2011 dr. Littauer relaterer sine konklusjoner til. Dr. Littauer konkluderte pr. sin erklæring 30.11.2012 at A som følge av voldshendelsen hadde en medisinsk invaliditet på 40 %. At A i følge Littauer tidligere hadde hatt det «*vesentlig verre enn i dag*» sier ikke nødvendigvis noe særlig om hvordan As tilstand ville utvikle seg i tiden etter dr. Littauers erklæring. Om dette sier dr. Littauer selv at «*en viss mindre*» (rettens understrekning) *bedring* vil forventes. Det er umiddelbart vanskelig å se at man av dette utsagnet kan legge til grunn at As tilstand vil bedres til en medisinsk invaliditetsgrad på under 15 %.

Erstatningsnemnda omtaler flere steder i sitt vedtak dr. Littauers journalnotat 24.02.2012 som synes betydelig mer optimistisk med hensyn til As helseutvikling enn det dr. Littauer gir uttrykk for i spesialisterklæring av 30.11.2011. Av journalen fremgår imidlertid at behandlingen av ham hos dr. Littauer og Midt-Finnmark DPS startet 24.01.2012, bare én måned før det omtalte journalnotatet av 24.02.2012, mens dr. Littauer har skrevet sin spesialisterklæring 30.11.2012, etter å ha hatt A til behandling i 10 måneder. Til sammenligning er dr. Øvesens spesialisterklæring basert kun på dokumenter. Dr. Øvesens spesialisterklæring er fra 05.05.2014, og er således nyere enn dr. Littauers, og den konkluderer, basert på dokumentgjennomgang, med en medisinsk invaliditetsgrad på 10-15 %.

Erstatningsnemnda har vist til at As i forkant av voldshendelsen var påført en medisinsk invaliditet på 10 % fra bilulykken i 2009, jf. dr. Nesses spesialisterklæring av 14.03.2012, og at A således hadde en inngangsinvaliditet som dr. Littauer ikke har tatt hensyn til i sin spesialisterklæring av 30.11.2012. Med differanseprinsippet fra Rt. 2015 side 820 (avsnitt 49 flg. [HR-2015-1362-A-A49]) lagt til grunn har A rett i at hans inngangsinvaliditet i seg selv ikke ville ha bragt hans medisinske invaliditetsgrad under 15 % i forhold til dr. Littauers spesialisterklæring. Dommen i Rt-2015-820 er avsagt 26.06.2015, altså før Erstatningsnemndas vedtak av 30.09.2015 [ENV-2013-2974-1].

Etter denne gjennomgang sitter retten tilbake med en oppfatning av at med den dokumentasjon Erstatningsnemnda baserte sitt vedtak på, fremsto situasjonen omkring As medisinske invaliditet så vidt uklar at det var - og er - behov for ytterligere sakkyndig utredning av spørsmålet. Dette lå det etter rettens syn under voldsoffer- erstatningsforvaltningens saksopplysningsplikt å medvirke til at ble gjort jf. forvaltningsloven § 17. Etter rettens mening fremsto saken såpass spesiell at dette burde ha blitt bestemt i henhold til voldsoffererstatningsloven § 14 femte ledd. At ny spesialisterklæring ikke ble innhentet fremstår som en feil som *kan* ha virket inn på vedtaket jf. forvaltningsloven § 41.

Partene har vært til dels sterkt uenige om hvorvidt A selv har ytt nødvendig medvirkning til å få oppnevnt en ny medisinsk/psykiatrisk sakkyndig. Det kan se ut til at staten har et poeng i at A av en eller annen grunn ikke synes å ha reagert adekvat på Voldsofferkontorets forespørsler om dokumentasjon - uten at retten har klart å trenge helt til bunns i faktum på dette punkt. Etter rettens oppfatning kan imidlertid ikke dette tillegges avgjørende vekt i retning av å tillegge A alene ansvaret for at vedtaket ble fattet uten ny spesialisterklæring. Dette kunne ha stilt seg annerledes dersom dr. Littauers spesialisterklæring ikke forelå. Men når denne forelå, og etter rettens syn i det minste ga nokså klare indikasjoner på at A kunne ha en varig medisinsk

invaliditetsgrad på over 15 %, er det etter rettens syn mest nærliggende holde forvaltningsorganet ansvarlig på at sakens mangelfulle opplysning ikke ble avhjulpet.

Rettens konklusjon blir etter dette at Erstatningsnemndas vedtak av 30.09.2015 [ENV-2013-2974-1] må kjennes ugyldig.

Sakskostnader

A har vunnet saken fullstendig og har i henhold til tvisteloven § 20-2 første ledd krav på å få dekket sine sakskostnader fra motparten. Unntaksbestemmelsene i § 20-2 tredje ledd finnes ikke anvendelige.

Advokat Rekkedal har i prosesskriv av 30.05.2016 inngitt omkostningsoppgave pålydende kr 62.500 inkl. mva. som i sin helhet er salær. Omkostningsoppgaven er ikke bestridt og legges til grunn av retten.

Dommen er ikke avsagt innen lovens frist. Grunnen er arbeidsmengden

Domsslutning:

- 1. Erstatningsnemnda for voldsofre sitt vedtak av 30.09.2015 i As sak 2013/2974 [ENV-2013-2974-1] er ugyldig.*
- 2. I sakskostnader til A betaler staten v/Erstatningsnemnda for voldsofre kr 62.500 - kroner sekstitotusenfemhundre - innen 2 -to - nker fra forkynning av dommen.*



Oslo tingrett - TOSLO-2015-12190

Instans	Oslo tingrett - Dom
Dato	2015-09-10
Publisert	TOSLO-2015-12190
Stikkord	Erstatningsrett. Trafikkulykke. Inntektstap. Menerstatning. Oppreisning.
Sammendrag	Saken gjaldt erstatning etter en trafikkulykke. Retten bemerket at spørsmålet om hvilken næringsinntekt saksøker ville ha fått uten skade var vanskelig å avgjøre, fordi hennes inntektsforhold hadde vært sterkt varierende, samt ligget under det vanlige inntektsnivå for personer med hennes utdannelse. Retten kom til at Trafikkforsikringsforeningen skulle betale saksøker en økonomisk erstatning på kroner 920.000, samt en menerstatning på kroner 225.000 og en oppreisning på kroner 80.000. Når det gjaldt menerstatningen, la tingretten til grunn SSBs dagsaktuelle levetidstabeller, og ikke det som tidligere hadde vært lagt til grunn - SSBs dødelighetserfaringer i tidsrommet 1956-1960. Det var denne foreldete tabellen som var forskriftsfestet ved kapitalisering av menerstatning for yrkesskadetrygden. Den gamle tabellen ga 5,22 år kortere levealder.
Saksgang	Oslo tingrett TOSLO-2015-12190 (15-012190TVI-OTIR/07).
Parter	A (advokat Trond Alan Walmsnæss Wehn) mot Trafikkforsikringsforeningen (advokat Yngve Skogrand).
Forfatter	Tingrettsdommer Knut Erik Strøm.

Innledning

Saken gjelder erstatning etter en trafikkulykke. Tvisten er i hovedsak konsentrert omkring tre forhold, nemlig forventet inntekt uten skaden i forhold til økonomisk erstatning, prinsippene for kapitalisering ved utmåling av menerstatning, og korrekt erstatningsnivå i forhold til rettspraksis omkring oppreisning.

Stevning i saken innkom til retten den 19. januar 2015, og tilsvar innkom i rett tid. Hovedforhandling ble først berammet til 11. juni 2015, med deretter utsatt. Hovedforhandlingen ble gjennomført 17. og 18. august 2015. Saksøker har forklart seg under hovedforhandlingen. Det er fremlagt erklæringer fra tre sakkyndige vitner, og to av disse har også forklart seg under hovedforhandlingen. Det er foretatt en omfattende dokumentasjon.

Saksøker har lagt ned slik påstand:

1. Trafikkforsikringsforeningen betaler A erstatning fastsatt etter rettens skjønn med tillegg av lovens rente fra to uker etter at dommen forkynnes og frem til betaling skjer.
2. Trafikkforsikringsforeningen betaler As saksomkostninger, med tillegg av lovens rente fra to uker etter at dommen forkynnes og frem til betaling skjer.

Saksøker har argumentert for en økonomisk erstatning omkring kr 890.000 inklusive renter i påført tap, omkring kr 355.000 i fremtidig tap, og kr 80.000,- for advokatutgifter, for en oppreisning på omtrent kr 125.000 til 150.000, og en menerstatning på kr 225.000.

Saksøkte har lagt ned slik påstand:

1. Trafikksforsikringsforeningen dømmes til å betale erstatning til A etter rettens skjønn.
2. Trafikksforsikringsforeningen tilkjennes sakens kostnader.

Saksøkte har argumentert for en økonomisk erstatning omkring kr 250.000,- i påført tap, samt et betydelig mindre beløp enn kr 80.000 for advokatutgifter, for en oppreisning på omkring kr 80.000, og en menerstatning på kr 170.000.

Kr. 20.000 for utgifter forbundet umiddelbart med ulykken er godtatt, utbetalt og holdt helt utenfor saken.

Saksøkte har fremsatt et forlikstilbud på kr 500.000 pluss oppreisning, og påberoper seg dette i forbindelse med saksomkostningene.

De faktiske begivenheter**Innledning**

Det er lite tvist om sakens de faktiske begivenheter i saken. Tvist vedørende faktum er i all hovedsak knyttet til hvilke konklusjoner vedrørende fremtidig utvikling som kan foretas på bakgrunn av uomtvistede inntrufne begivenheter.

Saken gjelder en bilpåkørsel 5. mars 2011.

Arbeidslivet før ulykken

Saksøker er født i 1946. Etter diverse kurs og korttidsstudier, ble hun utdannet til arkitekt ved Arkitekthøyskolen i Oslo fra 1968 til 1974. Hun ble gift i 1976. Ekteparet har tre barn født i 1978, 1981 og 1985. Saksøker har helt fra 1974 og frem til ulykken arbeidet som arkitekt, eller tatt utdannelse som kan sees som en videreutvikling av hennes kvalifikasjoner som arkitekt. Hun har imidlertid i liten utstrekning praktisert sitt yrke på full tid i denne perioden, og lange perioder har hun prioritert forhold som å ta seg av barn i oppveksten, ta seg av syke familiemedlemmer og gå heltid på kunstscole, i en utstrekning som har gjort at hun har hatt årlige inntekter som har ligget meget lavt, og noen ganger ligget på tilnærmet ingenting.

I det følgende er saksøkers pensjonsgivende inntekt gjengitt til venstre, og opptjente pensjonspoeng hvert enkelt år justert med dagens grunnbeløp 90.068 til høyre, for å gi en antydning om inntektenes nåtidsverdi.

1974	30.800	200.851	1987	198.800	521.493	2000	87.900	163.923
1975	61.300	296.884	1988	100.200	202.653	2001	3.800	6.763
1976	41.800	223.368	1989	19.300	53.859	2002	2.400	4.060
1977	0	0	1990	87.600	233.462	2003	2.400	3.862
1978	14.000	86.465	1991	99.400	165.725	2004	10.500	16.266
1979	83.100	371.457	1992	97.500	153.115	2005	22.600	33.892
1980	90.400	400.472	1993	52.700	127.896	2006	13.900	20.140
1981	63.700	153.517	1994	47.700	113.485	2007	4.000	5.499
1982	102.300	355.768	1995	49.000	113.485	2008	83.637	108.982
1983	150.900	516.089	1996	49.500	109.882	2009	135.449	169.327
1984	94.300	268.402	1997	49.800	107.180	2010	208.103	251.289
1985	80.300	195.477	1998	64.600	130.598	2011	Ulykken	i mars
1986	159.900	435.028	1999	110.200	213.461			

Frem til 2008 var saksøker ansatt i eget aksjeselskap. Hun fikk råd fra sin regnskapsfører om at inntektene var så små at aksjeselskapsmodellen ikke var hensiktsmessig. Hun avvirket aksjeselskapet i 2008, og fortsatte virksomheten som et enkeltforetak. Hun arbeidet nå i kontorfellesskap innenfor arkitektur og bygg, og hver det naturlig tilfløt henne oppgaver også gjennom andre. Inntektene disse tre siste årene før ulykken var derfor sterkt økende, nemlig

- I 2008 hadde hun salgsinntekter kr 147.818, driftsutgifter kr 71.678, som gav næringsinntekt kr 76.140.
- I 2009 hadde hun salgsinntekter kr 211.823, driftsutgifter kr 78.231, som gav næringsinntekt kr 133.592.

- I 2010 hadde hun salgsinntekter kr 241.489, driftsutgifter kr 64.068, som gav næringsinntekt kr 177.421.

Saksøker har helt fra 2005 og frem til 2014 hatt inntekter som styremedlem i en stiftelse, utbetalinger som har varierer fra kr 2.000 til kr 31.000 per år. De fleste år ligger inntekten området fra kr 7.500 til kr 14.000. Det som er interessant for saken er at i 2010 da hun mottok kr 31.000, skyldes dette høyere beløpet at hun hadde gjort en del arkitektarbeid for stiftelsen som ble betalt via styrehonoraret.

Det er fremlagt fastlegelegejournaler. Disse bærer preg av mange konsultasjoner og mange helseproblemer, men meget få sykemeldinger. Saksøker skiftet fastlege i 2008, og det er en markert forskjell på journalene ved at det frem til 2008 er tatt med en rekke subjektive plager og symptomer som ikke har medført behandlingstiltak, mens legen etter 2008 i liten utstrekning har med slike forhold. **Saksøker** hevder at hun ikke har hatt helseproblemer som har redusert hennes arbeidsevne, men **saksøkte** hevder at legejournalene viser at hun har hatt så mange problemer med helsen, at dette også før ulykken var med å redusere hennes yrkesaktivitet. I og med de lave inntekter og det varierende inntektsnivå saksøker har hatt, samt at kravet bygger på en lavere inntekt enn arkitekters vanlige inntekt, blir denne uenigheten i praksis ikke et spørsmål om en inngangsinvaliditet som reduserer erstatningen, men mer uenighet om argumenter for og imot sannsynligheten for den inntektsutviklingen saksøker hevder hun ville hatt frem til hun ville pensjonert seg.

Ulykken og skaden

Saksøker ble kjørt ned av en bil den 5. mars 2011. Hun gikk på fortauet sammen med en venninne. En bil kom over i motsatt kjørebane og videre inn på fortauet, hvor begge to ble truffet. Bilen kjørte videre etter påkjørselen, og bilføreren er aldri blitt funnet. I tillegg til småskader, ble saksøker påført et brudd ved sideleddet til en nakkevirvel uten at det kom ut av stilling, samt hjernerystelse og to blødninger under den harde hjernehinnen på yttersiden av høyre pannelapp.

Nakkeskaden ble behandlet med nakkekrage i tre måneder. Varige plager etter denne skaden er små, og er av de sakkyndige bare anset som en faktor til veiledning ved fastsettelsen av den samlede medisinske invaliditet etter hodeskaden.

De to blodansamlingene ved høyre pannelapp gikk tilbake av seg selv. Overlege dr. med Jan Berstad utarbeidet en sakkyndigerklæring den 20. mai 2014 etter enighet mellom partene om dette. Saksøkte ønsket deretter en ny vurdering. Sandvika Nevrosenter ved professor dr. philos Stein Andersson utarbeidet deretter en spesialisterklæring etter nevropsykologisk undersøkelse, og på denne bakgrunn utarbeidet professor dr. med. Tryggve Lundar en sakkyndigerklæring den 27. mai 2015. Både Berstad og Lundar har forklart seg under hovedforhandlingen, og Berstad har da også forholdt seg til Anderssons nevropsykologiske undersøkelse. Forskjellene i vurderingene i de opprinnelige erklæringer fra Berstad og Lundar hvor ganske små, bortsett fra at de vurderte den medisinske invaliditet etter skadene slik at saksøker etter Berstad vurdering havnet en gruppe høyere enn ved Lundars vurdering, i forhold til gruppene for yreksskadeerstatning. Under hovedforhandlingen er imidlertid dette blitt justert, slik at begge endelige vurdering ligger innenfor samme gruppe. Det er nyanser mellom de to sakkyndiges vurderinger, og mellom partenes oppfatninger av deres vurderinger, men i forhold til de spørsmål som er omtvistet, trenger retten ikke å gå inn på dette, men kan nøye seg med en mer skjematisk beskrivelse som retten oppfatter som uomstridt.

Begge de sakkyndige har undersøkt saksøker for neurologiske symptomer. Dr. Berdal fant i mai 2014 slike symptomer, mens dr. Lundar ikke fant det i mai 2015. Det er ikke sikkert hvorvidt dette skyldes forskjellige vurderinger, eller en bedring i løpet av det siste år. Ved den nevropsykologiske undersøkelse er det ikke funnet symptomer, og saksøker scorer over gjennomsnittet i samme aldersgruppe på denne undersøkelsen.

Av subjektive symptomer oppgir saksøker at hun har fått dårlig konsentrasjonsevne og mental utholdenhet, og hun er blitt mer initiativløs. Hun har også fått svekket hukommelse. Dette har umuliggjort å fortsette med vanlig arkitektvirksomhet. Hun har forsøkt, og kan fungere i den første kreative fasen. Arbeid som arkitekt forutsetter imidlertid at hun har evnen til å gjennomføre prosjekter med detaljplanlegging og arbeid med dokumenter. De subjektive symptomer hun beskriver er meget godt i overensstemmelse med hva man kan forvente ved små skader på høyre pannelapp, og derfor godt forenelige med de objektive funn som var tilstede i tiden etter ulykken. Det er derfor ikke tvilsomt at disse subjektive symptomer er fremkalt av ulykken, og at de har umuliggjort videre arbeid som arkitekt. Plagene etter bruddet i nakken er ikke store nok til å gi noen selvstendig prosentvis ansettelse av invaliditet, men tas i stedet med som en faktor ved fastsettelsen av den

invaliditet som følger av hjerneskaden. Dr. Berdal har under hovedforhandlingen justert sin vurdering av medisinsk invaliditet til cirka 33 prosent, mens dr. Lundar har fastholdt sin vurdering til cirka 30 prosent.

Retten legger til grunn at det er enighet om at saksøker skal ha en menerstatning beregnet med utgangspunkt i yrkesskadeforskriftenes klasse 2 for medisinsk invaliditet mellom 25 og 34 prosent. Det er også enighet om at saksøker før ulykken var frisk nok til å drive ordinær arkitektvirksomhet, mens hun etter ulykken ikke har vært istand til dette. Som nevnt er det imidlertid uenighet om helseplager som er uavhengig av ulykken har hatt negativ innvirkning på inntektsnivået hennes før ulykken, og ville hatt det også i fremtiden om ulykken ikke hadde funnet sted.

Arbeidsliv og inntekter etter ulykken

Saksøker var etter ulykken 100 prosent sykemeldt fra 5. mars til 20. mai 2011, 80 prosent sykemeldt fra 20. mai til 17. august 2011, 60 prosent sykemeldt fra 17. august 2011 til 17. oktober 2011 og 50 prosent sykemeldt fra 17. oktober 2011 til 2. mars 2012. Saksøker fikk ikke innvilget arbeidsavklaringspenger, og har derfor ikke hatt behov for sykemeldinger fra 2. mars 2012 og fremover.

Et halvt år etter ulykken forsøkte saksøker å komme tilbake i arbeidet. Hun greide å delta i den innledende kreative fase av prosjekter, men ikke det videre arbeid. Hun gjorde også enkelte alvorlig feil da hun skulle arbeide med byggeprosjekter i den mer detaljorienterte fasen. Dette var feil hun aldri hadde gjort før, og som viste at det ikke var forsvarlig for henne å fortsette. Perioden med fullstendig fravær fra arbeidet det første halvåret etter ulykken, gjorde det også vanskelig å komme i gang, fordi hun da var falt ut av markedet i forhold klientmassen, samtidig som hun hadde mistet sin ansvarsrett. Den kreative innledende fasen av et arkitekturprosjekt var ikke noe hun kunne tjene penger på. Denne fasen er mest for å selge seg inn hos kunden, slik at dette kan føre til de inntektsgivende deler senere i et prosjekt.

I ulykkesåret 2011 mottok saksøker kr 14.000 i lønn fra stiftelsen, kr 59.799 i sykepenger. Leie- og kapitalinntekter kom i tillegg, samt pensjonsinntekter som ville vært de samme med og uten skaden.

I 2012 mottok saksøker kr 14.000 i lønn fra stiftelsen og kr 99.535 i næringsinntekt. Leie- og kapitalinntekter kom i tillegg, samt pensjonsinntekter som ville vært de samme med og uten skaden.

I 2013 mottok saksøker lønn fra stiftelsen med kr 11.000 og næringsinntekt med kr 32.515. Leie- og kapitalinntekter kom i tillegg, samt pensjonsinntekter kr 74.303 som ville vært de samme med og uten skaden.

I 2014 mottok saksøker lønn fra stiftelsen med kr 11.000 og hadde ikke lenger noen næringsinntekt. Leie- og kapitalinntekter kom i tillegg, samt pensjonsinntekter kr 201.100 som ville vært de samme med og uten skaden.

Partenes anførsler

Saksøkers anførsler

Lidt og fremtid tap i næring

Saksøker nevner innledningsvis at hun har rett til uttak av alderspensjon fra fylte 62 år selv om hun er i fullt arbeid, og med hennes forholdsvis lave inntekter, var det sannsynlig at hun ville gjort dette uansett. Det er altså ikke slik at pensjonsinntekter etter ulykken skal sees som en konsekvens av ulykken, og trekkes ifra i regnestykket over hennes tap.

Saksøkers erstatning for tapt yrkesinntekt, bygger på en forutsetning om at det skjedde en markant endring i saksøkers yrkesliv i 2008, en endring som er bevist ved saksøkers egen forklaring sammenholdt med utviklingen av hennes næringsinntekt i perioden. Saksøker var i 2008 kommet inn i et kontorfellesskap, som passet hennes form for arkitekt-virksomhet godt. Hun fikk innarbeidet seg hos klienter og fikk egne oppdrag, men kunne også ta arbeid for andre i kontorfellesskapet. Denne arbeidsformen passet henne meget bra, samtidig som hun ikke hadde noen sosiale forpliktelser som holdt henne tilbake yrkesmessig. Det er en markert og jevn økning av næringsinntektene fra 2008 til 2009 og 2010. Utgiftene i næring holder seg derimot ganske stabilt.

Det mest sannsynlig er at denne utviklingen ville fortsatt om skaden ikke var inntrådt, selv om saksøker godtar at hun ikke ville nådd opp i en inntekt som tilsvarer vanlig inntektsnivå for arkitekter.

Den mest sannsynlige utvikling var at inntektene vill steget i noe raskere takt fra 2010 til 2011, og at veksten deretter ville ha fortsatt etter en noe utflatet kurve. Det må anses som temmelig sikkert at saksøker ville fortsatte sin yrkesvirksomhet langt ut over 70 år, hvilket er vanlig blant arkitekter, men hun har valgt å avgrense kravet til ut året 2016, det vil si til 70 og et halvt års alder. Dette er i samsvar med det alminnelige erstatningsrettslige prinsipp om at det viktigste ved vurderingen er skadelidte økonomiske situasjon umiddelbart før skaden.

I beregningen har hun forutsatt at det ikke foreligger noe tap i lønnsinntekt fra stiftelsen, som ville blitt den samme med og uten skaden.

Den beregning saksøker har gjort, bygger på økende næringsinntekt med omtrent kr. 40.000 årlig fra 2011 til 2013, og deretter et stabilt nivå på kr. 300.000. Videre er det beregnet renter av beløpene. Dette gir

- tap i 2011 basert på næringsinntekt uten skade kr 221.000, på kr 171.194,
- tap i 2012 basert på næringsinntekt uten skade kr. 260.000, på kr 160.486,
- tap i 2013 basert på næringsinntekt uten skade kr 300.000, på kr 261.779,
- tap i 2014, basert på næringsinntekt uten skade kr 300.000, på kr 294.246,
- fremtidig neddiskontert tap i 2015, basert på næringsinntekt uten skade kr 300.000, på kr 181.176
- fremtidig neddiskontert tap i 2016, basert på næringsinntekt uten skade kr 300.000, på kr 174.208.

Menerstatning

Saksøker godtar at menerstatning gis basert på yrkesskadetrygdens gruppe 2 med medisinsk invaliditet på mellom 30 og 33 prosent. Utgangspunktet for erstatningen er yrkesskadetrygdens erstatning pluss en tredjedel, basert på erstatning fra og med skadetidspunktet, men beregnet ut ifra folketrygdens grunnbeløp på domstidspunktet. Saksøker påberoper seg ikke noe skjønsmessig tillegg til den sjablongmessige utmåling som er utgangspunktet i rettspraksis. Dette gjør at erstatningen skal beregnes ut ifra en årlig erstatning på 12 prosent av grunnbeløpet kr 90.068, det vil si kr 10.808, tillagt en tredjedel, altså kr 14.410. Dette er ikke omstridt i saken.

Erstatningen skal utbetales som en engangsutbetaling beregnet ut ifra saksøkers forventede gjenstående levealder på skadetidspunktet, og neddiskontert til en nåtidsverdi. Heller ikke dette er omstridt.

Saksøker godtar at rettspraksis har lagt opp til at beregningen av menerstatning som hovedregel skal gjøres sjablongmessig. Selve neddiskonteringen skjer ut ifra to anslag, nemlig et anslag av rentenivået og et anslag av gjennomsnittlig gjenværende levealder.

Det er enighet om at rentesatsen ved nediskonteringen skal være i samsvar med den nyeste Høyesterettspraksis nemlig Kreutzer-dommen (Rt-2014-1203) som legger rentenivået på 4 prosent.

Rentesatsen var uavklart, men fra Høyesterettsdom i Rt-1981-138 (Sevaldsen-dommen) ble det slått fast at den gang skulle være 6 prosent, hvilket var den samme renten som ble anvendt ved kapitaleiring av menerstatning etter yrkesskadeloven. Ved dom Rt-1993-1524 (Ølberg-dommen) ble renten satt ned til 5 prosent for årlige erstatningsutbetalinger for økonomisk tap, mens Rikstrygdeverkets rente ikke var blitt tilsvarende nedsatt, Dette ble knesatt i praksis også for menerstatning ved en voldgiftsdom RG-1995-1021 mellom en skadelidt og UNI Storebrand Skadeforsikring AS med høyesterettsdommer Kjetil Lund sammen med professorene Lødrup og Kjønstad som voldgiftsdommere. Kapitaliserings-renten ble videre generelt satt ned til 4 prosent ved Kreutzer-dommen i 2014, og dette inkluderte renten ved kapitalisering av menerstatning.

Det andre anslaget som ligger til grunn for beregningen, nemlig levealder, er imidlertid aldri blitt justert tilsvarende, og dette spørsmålet er heller ikke problematisert i den foreliggende rettspraksis. Dagens tabeller som er forskriftsfestet ved kapitalisering av menerstatning for yrkesskadetrygden, er basert på SSBs dødelighetserfaringer i tidsrommet 1956 til 1960. Dette gir hele 5,22 år kortere levealder for saksøker enn det en beregning basert på SSBs aktuelle dødelighetserfaringer ville gjort. Dette er et generelt problem for alle skadelidte, men de prosentvis utslagene blir større dess eldre skadelidte er.

Saksøker er som nevnt klar over at rettspraksis er restriktiv med å legge inn store individuelle variasjoner ved beregning av menerstatning, og vil heller ikke hevde at dette bør gjøres i den foreliggende sak. Poenget er at Høyesterett (og voldgiftsretten) har vært villige til å gå inn og endre den ene faktor ved kapitaliseringen, nemlig renten, når den rente som er vært brukt tidligere er blitt forledet og ikke står i rimelig forhold til dagens realiteter. Dette er blitt gjort til tross for at de samme endringer ikke er funnet sted i forhold til den forskriftsforankrede rente ved kapitalisering av yrkesskadeerstatningen. Gjenværende levetid for kvinner på saksøkers alder har økt med om lag 30 prosent siden det SSB-grunnlag som brukes ble fastlagt. Det er alene forskjellen på yrkesskade-forskriftene foreldede levealdersberegning og en aktuell oppdatert levealdersberegning som er årsaken til at partene i den foreliggende sak ender med et krav på kr 225.000 mot et tilbud på kr 170.000.

Saksøker hevder at forskjellen mellom en riktig forventet levealder og den som tradisjonelt brukes, nå er blitt så stort at man må regne med at hvis forholdet problematiseres overfor Høyesterett, vil Høyesterett i sine avgjørelser legge nye og aktuelle beregningstall til grunn. Dette må derfor anses som gjeldende rett.

Saksøker understreker at renteendringer skjer oftere og er mer vanskelige å forutse enn endringene i levealder. En endring vil derfor ikke skape større oppgjørstekniske problemer, enn de tilsvarende endringer som er skjedd i rettspraksis vedrørende rentefoten.

I erstatningsretten forøvrig anvendes aktuell forventet levealder, så en justering av kapitaliseringen av menerstatning er ikke et avvik, men en harmonisering med den øvrige erstatningsretten. I motsetning til ved yrkesskade, vil en endring her ikke innebære at forskrifter blir satt til side. Forholdet er ikke lovregulert, og det kan derfor ikke sies å være en lovgiveroppgave å endre rentefoten. Derimot er det i motsetning til ved yrkesskadeerstatning normalt ingen adgang til å kreve at erstatningen utbetales årlig, slik at saksøker ikke har en mulighet til å unngå kapitaliseringen ved istedet å velge slike utbetalinger.

Oppreisning

Retten står overfor en særdeles stygg påkjørsel med en sjåfør som stakk av fra ulykkesstedet. Saksøker viser særlig til Rt-2009-6 (Parkeringsplass-dommen) hvor uaktsomheten var mindre, og hvor oppreisningsbeløpet ble kr 75.000. Videre viser saksøker til en rekke dommer hvor erstatningsnivået er blitt øket etter 2009.

Saksøker anser at oppreisningsbeløpet bør ligge i området omkring 125.000 til 150.000 kroner.

Utgifter til advokathjelp før stevning

Arbeidet omfang er ikke blitt bestridt at saksøkte. Arbeidet er blitt mer omfattende enn normalt fordi saksøkte først sa seg enig i å la en sakkyndig se på saken, men deretter ønsket en ny sakkyndigvurdering når de ikke var fornøyd med resultatet av den første. Saken inneholder prinsipielle spørsmål knyttet til kapitalisering av menerstatning. Kravet på kr 80.000 opprettholdes derfor.

Saksøktes anførsler

Lidt og fremtid tap i næring

Saksøker slår under henvisning til avgjørelsen Rt-2010-584 fast at det er differanse-prinsippet som gjelder.

Saksøker understreker innledningsvis at forskjellige bevis har forskjellig tyngde, og at objektivt konstaterbare kjensgjerninger, slik som historiske inntektstall, har langt større vekt enn saksøkers intensjoner og oppfatninger idag av hvordan fremtiden ville bli. Om de forskjellige bevis vekt viser saksøkte særlig til Rt-1998-1565 (L-dommen). Det er saksøker som har bevisbyrden, og når kravet bygger på en inntekt som klart overstiger det historiske nivå, blir kravet til bevis ytterligere skjerpet.

Inntekten saksøker hadde i 2010 var ekstraordinært høy i forhold til årene før. Historiske inntektstall viser også andre perioder hvor saksøkers inntekt har steget betydelig på kort id, men uten at dette har ført til et stabilt høyt inntektsnivå over tid.

Saksøkers helseplager gjennom lang tid må tas i betraktning. Det er grunn til å tro at de kan ha vært en medvirkende faktor ved det lave historiske inntektsnivå, og at disse problemene også ville redusert inntekten etter 2010 om ulykken ikke hadde inntruffet.

Hvis man velger å regne gjennomsnittslønn over forskjellige perioder, er det gjennomsnittet for de tre siste år før ulykken som gir det mest gunstige tallet for saksøker, og dette er en næringsinntekt på kr 119.337 per år. Dette godtas av saksøkte, og må sies å være godt i overkant av hva saksøker har greid å sannsynliggjøre.

Det normale er å regne med arbeidsinntekt frem til fylte 67 år, og avvik fra dette i rettspraksis gjelder oftest at skadelidte ikke engang får medhold i at vedkommende ville stått så lenge i arbeid. Med den sterkt varierende, og til dels lave historiske inntekt, sammenholdt med saksøkers helseplager, er det ikke sannsynliggjort at hun ville fortsatt å arbeide utover 67 år.

Saksøkte godtar en næringsinntekt i ulykkesåret på kr 119.337, avrundet og justert med en økning på 3,5 prosent per år som utgangspunkt for erstatning. Tap kan bare regnes frem til fylte 67 år.

Saksøkte hadde for året saksøker fyller 67 tatt med alderspensjonen som en inntekt som reduserer tapet. Subsidiært var det samme gjort for årene etter fylte 67, hvis retten skulle komme til at saksøker i denne perioden ville vært yrkesaktiv uten skaden. Retten har forstått saksøkte under hovedforhandlingen slik at denne anførselen nå er frafalt, og at det aksepteres at saksøker fra fylte 67 år ville tatt ut full alderpensjon uansett om skaden hadde inntrådt eller ikke, og uansett om hun ville vært i arbeid eller ikke.

Menerstatning

Det er bare et punkt hvor det er uenighet mellom partene om beregningen av menerstatningen, nemlig spørsmålet om hvilken gjenværende levealder som skal legges til grunn ved kapitaliseringen.

Saksøker hevder at det ikke er grunnlag for å avvike vanlig beregningsmåte for denne erstatningen.

Saksøker viser til at menerstatningen har vært en standardisert ytelse helt fra 1973. Dette er opprettholdt ved Høyesteretts avgjørelser Rt-1993-1547 (Skoland-dommen), Rt-2000-441 (Kåsa-dommen) og ved avgjørelsen i Høyesterett HR-2015-1362-A, hvor forøvrig særlig det forhold at også menerstatning skal vurderes etter differanseprinsippet ble slått fast. Saksøker viser videre til en dom ved Borgarting lagmannsrett (LB-2012-115118), hvor det for kapitalisering av yrkesskadetrygd, ble slått fast den forskriftmessige fremgangsmåte er gyldig selv om beregningen i samsvar med forskriftenes kapitaliseringsfaktorer gav et urimelig resultat. Saken ble ikke sluppet igjennom til behandling i Høyesterett.

I Kreutzer-dommen har Høyesterett i storkammer behandlet prinsippene for erstatningsberegning i sin fulle bredde, og fastlagt den alminnelige kapitaliseringsrente til 4 prosent, uten at spørsmålet om gjenværende levealder ble ansett som omstridt eller tvilsomt.

Skal den faste beregningsmåte som er fulgt siden 1973 andres, er dette en lovgiveroppgave, ikke et spørsmål som domstolene bør ta fatt i.

Oppreisning

Det blir ikke bestridt at den skadevoldende handling objektivt sett var grovt uaktsom, men vi vet lite om skadevolders personlige forutsetninger og skyld.

Saksøker har lagt seg på et erstatningsnivå som i rettspraksis kan sammenlignes med for eksempel forsettlig voldtekt eller uaktsomt drap. Det er klart at dette er for høyt. P-plass-dommen som saksøker viser til, gjaldt et meget mer alvorlig tilfelle, hvor uaktsomheten grenset mot forsett, og hvor skadene skadelidte ble påført var meget alvorlige.

Saksøkte antar på denne bakgrunn at en oppreisning omkring kr 80.000 vil være riktig.

Advokatutgifter før stevning

Advokatutgiftene før stevning hevdes å være for høye i forhold til de problemer saken reiser.

Rettenns bemerkninger

Lidt og fremtid tap i næring

Retten bemerker at spørsmålet om hvilken næringsinntekt saksøker ville ha fått uten skade er vanskelig å avgjøre, simpelthen fordi hennes inntektsforhold har vært sterkt varierende, samt ligget under det vanlige inntektsnivå for personer med hennes utdannelse.

Legejournalene tyder på at saksøker har hatt en god del medisinske plager, men hun har i liten grad vært sykemeldt. Den legen hun hadde frem til 2008, har også i stor grad notert opplysninger om plager som ikke har ført til noen nærmere undersøkelser eller til behandlingstiltak. Samtidig viser saksøkers inntekter at hun uansett har arbeidet mindre enn normalt nesten alle årene. Retten er av den oppfatning at det i denne situasjon er nærmest umulig å tilbakeføre noen konkret inntektsreduksjon til helseplagene. Men de utgjør en usikkerhetsfaktor som er et argument for at man ikke bare bør se på inntektsutviklingen rett før ulykken, men også må ta hensyn til hvordan saksøkers yrkeskarriere hadde artet seg sett over en periode på mange år.

Retten finner ingen grunn til å tvile på saksøkers forklaring om at hun fra 2008 var kommet inn i et kontorfellesskap som fungerte meget bra for henne faglig og organisasjonsmessig. Retten viser til at dette stemmer meget godt med de inntekts- og regnskapsopplysninger som foreligger for perioden fra 2008 til 2011. Disse årene viser en utvikling med jevnt økende salgsinntekter og næringsinntekt, og retten finner at det derfor vil bli misvisende å vurdere fremtidige inntekter ut ifra et gjennomsnitt av de tre årene. Det er etter rettens oppfatning åpenbart at det var en oppstartsperiode med lave inntekter, og at inntektsnivået hun kunne forvente fremover må fastsettes ut ifra den utvikling hun hadde oppnådd da ulykken inntraff. Det er også påvist en vedvarende interesse for arkitekturket, som sammen med inntektsøkningen de tre siste årene før ulykken, gir en klar sannsynlighetsovervekt for at hun hadde fortsatt å være yrkesaktiv også etter at hun hadde fylt 67 år. Dette ville også vært vanlig i forhold til denne profesjonen.

Når retten ser på hennes meget varierende, og til dels meget lave historiske inntekter, blir det imidlertid ingen selvfølge at man kan forutsette at den oppadgående utvikling ville fortsette helt opp til en inntekt på omkring kr. 300.000. Retten må legge betydelig vekt på de tidligere ujevne og dels meget lave inntekter, og retten er derfor kommet til at de resonnementer som saksøker har anført om nyetableringen i kontorfellesskap og økende inntekter, ikke kan begrunne mer enn en næringsinntekt på kr. 200.000 i 2011. Tatt i betraktning saksøkers alder finner retten også at det er mest realistisk å regne med at det ikke ville bli noen økning av dette beløpet de påfølgende.

Erstatningen blir altså å fastsette ut ifra at hun uten skaden ville ha hatt en næringsinntekt på kr 200.000 per år ut året hun fyller 70 år. Det synes å være enighet om å sette skille mellom lidt tap og fremtidig tap til årsskiftet 2014/2015. Det er uansett store skjønnsmessige momenter som gjør en nøyaktig beregning umulig. Ved beregningen har retten bortsett fra næringsinntekten, lagt de samme tall inn i Compensatio-programmet, som saksøker har gjort i sine beregningsark for næringsinntekt kr 250.000 stigende med 3,5 prosent i alle år. Beløpene er beregnet med renter. (Retten gjør oppmerksom på at beregningen på rettens program gav noen få kroner i avvik for minstefradrag / oppgjørsfradrag i forhold til saksøkers beregninger)

Dette gir

- tap i 2011 basert på næringsinntekt uten skade kr 200.000, på kr 152.296,
- tap i 2012 basert på næringsinntekt uten skade kr. 200.000, på kr.103.395,
- tap i 2013 basert på næringsinntekt uten skade kr 200.000, på kr.159.774,
- tap i 2014, basert på næringsinntekt uten skade kr 200.000, på kr 197.754,
- fremtidig neddiskontert tap i 2015, basert på næringsinntekt uten skade kr 200.000, på kr 120.195,
- fremtidig neddiskontert tap i 2016, basert på næringsinntekt uten skade kr 200.000, på kr 114.472.

Det gir en samlet erstatning for tapt inntekt på kr 613.219 (hvorav kr 96.904 er renter), det vil avrundet si kr 620.000, og en erstatning for fremtidig tap i arbeid på kr. 234.667, det vil avrundet se kr 240.000. Det er tilstrekkelig at skillet mellom tapt næringsinntekt og fremtidig tap i næringsinntekt fremgår i domspremissene, og domsslutningen kan derfor gis for det samlede beløp.

Menerstatning

Retten konstaterer at det bare foreligger uenighet på ett punkt vedrørende utmålingen av menerstatningen, og det er hvilken gjenstående levealder som skal legges til grunn ved beregningen.

Det er entydig fastslått i rettspraksis, og heller ikke omstridt, at beregningen av menerstatning er en skjematisk beregning med liten anledning til individuelle avvik. Når slike avvik forekommer, er det knyttet til særlige velferdsmessige forhold omkring den enkelte skadelidte, hvilket uomstridt ikke er tilfelle i den foreliggende sak. I den foreliggende sak er det enighet om at beregningen skal foretas med utgangspunkt i yrkesskadetabellens gruppe 2, og at det ikke foreligger grunn til å avvike utgangspunktet med 12 prosent av folketrygdens grunnbeløp på domstidspunktet tillagt en tredjedel.

Dette innebærer at hvis saksøkers anførsler om at hennes gjenstående levealder skal beregnes ut ifra dagens dødelighetstall skal føre frem, så må dette være i overenstemmelse med gjeldende rett også i alle tilsvarende saker. Med andre ord forutsetter det at Høyesterett om de får seg forelagt spørsmålet, vil komme til samme resultatet, og at dette gjelder uansett individuelle trekk ved skaden eller ved skadelidte. Det innebærer følgelig også at saksøkers løsning forutsetter at kapitaliseringen ved menerstatning blir gjenstand for en generell omlegging. En slik generell omlegging vil normalt ikke skje før det tidspunkt da Høyesterett tar standpunkt til spørsmålet, men det betyr ikke at ikke underordnet rett må dømme slik den etter lov og rettspraksis antar at Høyesterett vil dømme, når spørsmålet blir forelagt for dem.

Retten understreker at det i denne saken ikke dreier seg om at tingretten skal avvike fra et klart prejudikat eller fra en lov eller forskrift. Det omstridte forhold er ikke regulert i lov eller forskrift. Selve kjernen i tvisten kretser i stor grad omkring prejudikatsvirkningen av den foreliggende rettspraksis, ikke om at retten skal fravike prejudikatene. Etter rettens oppfatning følger det av dette at saksøktes argument om at en endring av levetidsfaktoren ved kapitaliseringen er et lovgiverspørsmål, ikke har noen sterk vekt.

Retten slår innledningsvis fast at kapitalisering av menerstatning etter skadeserstatningsloven § 3-2 og menerstatning etter yrkesskade skiller seg fra hverandre på to vesentlig punkter. For det første er kapitaliseringen regulert i lov og forskrift ved yrkesskade, men ikke ved vanlig menerstatning. For det andre kan den skadelidte velge mellom årlige ytelser eller kapitalisering ved yrkesskade, mens menerstatning etter skadeserstatningsloven § 3-2, etter samme lovs § 3-9 som hovedregel skal utbetales som en engangs-erstatning.

Ved Høyesteretts avgjørelse i Rt-1977-782 (Pallas-dommen) ble, med bakgrunn i lovens forarbeider, prinsippet om at menerstatningen skulle beregnes med utgangspunkt i yrkesskadeerstatningen tillagt en tredjedel, kapitalisert ut ifra skadelidtes alder på ulykkestidspunktet, men folketrygdens grunnbeløp på beregningstidspunktet, fastslått. Høyesterett understreket den gang at erstatningen lå under domstolenes frie skjønn, og at denne sjablongmessige beregningsmåte bare kunne gi en grovt skissemessig antydning om erstatningsnivået. Det er hverken tvilsomt eller omstridt at i den senere rettspraksis er utmålingen blitt langt mer ensartet og sjablongmessig enn disse uttalelsene pekte i retning av.

Ved Høyesteretts avgjørelse Rt-1981-138 (Sevaldsen-dommen) tok Høyesterett standpunkt til en rekke erstatningsrettslige spørsmål i forbindelse med en 18 år gammel mann som ved en ulykke var blitt 100 prosent invalid. Her ble kapitaliseringsrenten satt til 6 prosent som var lik den Rikstrygdeverket anvendte. Det ble uttalt om en referanse til Pallas-dommen at: «Jeg forstår den på samme måte som den ankende part, dvs. at med «kapitaliseringsfaktoren» alene siktes til det antall år som kapitaliseringen skal skje over, og ikke til rentefoten. For denne vil det - likhet med grunnbeløpet,- være forholdene på domstidspunktet som vil være av interesse». Som det fremgår av denne uttalelsen dreier dette seg om tidspunktet som er utgangspunkt for beregningen, og ikke spørsmålet om hva som ligger fast og hva som ved rettspraksis kan endres i takt med utviklingen.

Ved Høyesteretts avgjørelse Rt-2000-441 (Kåsa-dommen) ble prinsippet om at menerstatning normalt skal utmåles sjablongmessig og at det er et behov for standardiserte regler ytterligere knesatt. Men problemstillingen var den konkrete skade holdt opp mot yrkesskadetrygdens sjablongmessige invaliditetstabell, ikke spørsmålet om kapitaliserings-faktorene. Dette ble også bekreftet ved Høyesterett avgjørelse HR-2015-1362-A, hvor forøvrig særlig det forhold at også menerstatning skal vurderes etter differanseprinsippet, ble slått fast.

Saksøker har vist til en dom ved Borgarting lagmannsrett (LB-2012-115118), hvor det for kapitalisering av yrkesskadetrygd, ble slått fast den forskriftmessige fremgangsmåte er gyldig selv om beregningen i samsvar med forskriftenes kapitaliseringsfaktorer gav et urimelig resultat. Som nevnt ble saken ble ikke sluppet

igjennom til behandling i Høyesterett. Retten kan ikke se at denne dommen er særlig relevant, og viser til at det som allerede er nevnt, om at denne kapitaliseringen er forskriftregulert, og at skadelidte her har et valg mellom en kapitalisering eller en årlig utbetalt ytelse.

Voldgiftsavgjørelsen RG-1995-1021 har større betydning. Selv om det er voldgiftsdom, må den anses å være et dekkende uttrykk for gjeldende rett. Retten viser til at saksøkte var et av landets største forsikringsselskaper. Retten viser videre til at voldgiftsretten foruten en høyesterettsdommer bestod av de to mest sentrale professorer innenfor erstatningsrett og trygderett. I denne avgjørelsen ble renten ved kapitalisering av menerstatning løsrevet fra yrkesskadeerstatningen forskriftregulerte kapitaliseringsrente. Spørsmålet om en tilsvarende løsrivelse av tabellene for gjenstående alder er ikke berørt i avgjørelsen.

I storkammedommen Rt-2014-1203 er den generelle kapitaliseringsrente ved erstatningssaker gjenstand for en meget grundig drøftelse. Her ble kapitaliseringsrenten regulert ytterligere ned til 4 prosent, og menerstatning er her med blant de forskjellige typer erstatning uten noen særbehandling. Retten ser denne dommen som en bekreftelse på at voldgiftsdommen var et uttrykk for gjeldende rett. Da dommen ikke spesielt dreier seg om menerstatning, synes voldgiftsdommen å gi mer konkret veiledning i den foreliggende sak enn den etterfølgende høyesterettsdom.

Idet retten altså legger til grunn at voldgiftsdommen er et uttrykk for gjeldende rett, blir spørsmålet om prinsippet i dommen også tilsier en regulering av gjenstående levealder, eller om det forhold at dette ikke ble tvistegjenstand ved denne avgjørelse, viser at dette er en helt uaktuell problemstilling.

Retten kan ikke se at det skaper praktiske beregningstekniske problemer å regne gjenstående levealder ut ifra dagsaktuelle dødelighetstall. Det er ikke tale om en individuell vurdering av leveutsiktene, men bare spørsmål om å bruke SSBs oppdaterte dagsaktuelle tabell istedet for en foreldet tabell. Dette er meget enklere enn å finne kapitaliseringsrenten, hvor skiftende konjunkturer gjør det hele både mer usikkert og mer ustabil, og hvor problemet ved at man må vurdere når rentenivået og de økonomiske prognosene har endret seg så mye at man også må foreta en generell endring av kapitaliseringsrenten, kommer i tillegg.

Det forhold at spørsmålet om levealder ikke har vært opp i rettspraksis, kan ha sin forklaring i at den alminnelige rettsoppfatning er at det ikke er adgang til en slik endring. Men det kan også være rent tilfeldig. En mulig mer sosiologisk forklaring kan være at de største erstatningsbeløp inntreffer når skadelidte er ung, en situasjon hvor kapitaliseringsrenten får meget stor betydning, mens forskjellene på tabellene for gjenstående levetid gir prosentvis mindre utslag, mens det særlig er for de eldre skadelidte at det gir store prosentvise utslag hvor dagsaktuelle levealdersberegningene er.

Retten er enig med saksøker i at rent systematisk vil en bruk av dagsaktuelle levealderstabeller fremfor en foreldet tabell, ikke innebære noen særstilling for utmålingen av menerstatningen, men tvert imot at denne utmålingen på dette punkt bringes mer overensstemmelse med erstatningsutmålingsreglene generelt.

På bakgrunn av disse argumenter kan retten ikke se annet enn at gjeldende rett må være at det grunnlag som gir et faktisk mest mulig korrekt resultat legges til grunn, nemlig i kapitalisering på grunnlag av SSBs aktuelle levetidstabeller. Det er da ikke omstridt at selve beregningen vil bli det beløp i menerstatning som saksøker krever, nemlig avrundet kr 225.000.

Oppreisning

Retten legger til grunn at uaktsomheten ved påkjørselen må anses som meget grov. Selv om detaljene omkring ulykken ikke har vært mulig å klarlegge, må det være tilstrekkelig å slå fast at saksøker gikk på fortauet da hun ble kjørt ned, at fortauet var på motsatt side av veien i forhold til der bilen skulle ha kjørt, og at bilføreren stakk fra stedet, selv om det er meget sannsynlig at han eller hun forstod at en alvorlig ulykke hadde funnet sted.

Retten viser til Høyesteretts avgjørelse Rt-2009-6 (Parkeringsplass-dommen) hvor oppreisningsbeløpet ble satt til kr 75.000. Retten viser videre til Høyesteretts avgjørelse Rt-2008-1360 hvor det ble gitt oppreisning til hver av de skadelidte på kr 30.000. Den siste avgjørelsen sier noe om et normalt nivå for oppreisning ved uaktsomhet i trafikken. Parkeringsplassdommen var klart mer alvorlig enn den foreliggende sak. Uaktsomheten grenset her til forsett, idet skadelidte ble kjørt ned under en konflikt om hvem som skulle ha en parkingsplass og skadevolder visste at skadelidte hadde stilt seg på denne plassen. Skadefølgene ble også meget alvorlige. Oppreisningen i den foreliggende sak må derfor ligge på et nivå mellom disse to sakene. Når det beløpet

justeres i forhold til den generelle justering av oppreisningsbeløpet som har funnet sted mellom 2008/2009 og i dag, synes kr 80.000 som god tatt av saksøkte, å være et korrekt beløp.

Advokatutgifter forut for stevning

Det er ikke omstridt eller tvilsomt at saksøker skal ha erstattet de nødvendige advokatutgifters forut for stevning ble utarbeidet. Retten er enig med saksøkte i at kr. 80.000 synes noe høyt i forhold til hva som normalt skulle være nødvendig i personskadesaker. Det eneste spørsmålet hvor denne saken skiller seg markert ut fra helt ordinære personskadesaker, er den prinsipielle konflikt omkring kapitaliseringen av menerstatningen, men dette er et spørsmål som etter rettens oppfatning virker noe kostnadsdrivende i forhold til saksomkostningene ved retten, ikke i forhold til kontakten om et erstatningsoppgjør i forkant av at en rettslig tvist er et faktum. Retten setter derfor beløpet til kr 60.000. I domsslutningen tas også dette beløpet med i totalbeløpet for økonomisk erstatning.

Saksomkostninger

Saken er etter dette dels vunnet, dels tapt for partene, og de skal bære hver sine omkostninger etter hovedregelen i tvisteloven § 20-2. Retten kan ikke se at noen av unntaksbestemmelsene fra hovedregelen bør eller kan få anvendelse i denne saken.

Domsslutning:

- 1. Trafikkforsikringsforeningen betaler A økonomisk erstatning kr. 920.000,- - kronernihundreogtyvetusen00/100 med tillegg av lovens rente fra fra forfall og til betaling skjer.*
- 2. Trafikkforsikringsforeningen betaler A menerstatning kr. 225.000,- -kronertohundreogtjuefemtusen00/100 med tillegg av lovens rente fra forfall og til betaling skjer.*
- 3. Trafikkforsikringsforeningen betaler A oppreisning kr 80.000,- -kroneråttitusen00/100- med tillegg av lovens rente fra forfall og til betaling skjer.*
- 4. Beløpene i postene 1, 2 og 3 forfaller til betaling 2 -to- uker fra forkynnelsen av denne dom.*
- 5. Saksomkostninger tilkjennes ikke.*

Menerstatningsberegning - Rt-2015-820

Forfatter	Thorson, Bjarte
Dato	2015
Publisert	Nytt i privatretten nr. 3 2015 s. 14-15 - (NIP-2015-3-14)
Utgiver	Cappelen Akademisk Forlag

Bjarte Thorson

Høyesterett avsa 26. juni 2015 [Rt-2015-820] enstemmig dom om hvordan menerstatning etter en bilulykke i 2006 skulle utmåles i lys av at skadelidte også hadde vært involvert i flere invalidiserende bilulykker tidligere samt hadde andre invalidiserende helseplager fra før. Retten formulerte problemstillingen dit hen at den gjaldt «hvorvidt og i tilfelle på hvilken måte det ved fastsettelsen av menerstatning etter skadeserstatningsloven § 3-2 skal tas hensyn til den inngangsinvaliditet [skadelidte] hadde på skadetidspunktet».

Det heter innledningsvis i dommen at «[d]en skaderelaterte medisinske invaliditetsgraden som følge av» bilulykken i 2006, var «satt til 40% i samordnet sum». Om de tidligere ulykkene og øvrige helseplagene ble det sagt at «[inngangsinvaliditeten er satt til 41% i samordnet sum».

Høyesterett siterte forøvrig innledningsvis fra Rt-2006-871, en dom om standardisert barneerstatning etter skadeserstatningsloven § 3-2a, hvor det ble talt om tre mulige utmålingsprinsipper:

«Med *brutto prinsippet* menes at erstatningen fastsettes ut fra den samlede medisinske invaliditet, uten at det blir gjort noe fradrag for den forutgående invaliditeten, også beskrevet som inngangsinvaliditeten eller grunnskaden.

Etter *differanse prinsippet* fastsettes erstatningen ut fra differansen mellom den medisinske invaliditeten etter skaden og den invaliditet som grunnskaden isolert sett hadde utgjort.

Når *separasjon prinsippet* anvendes, ser man bort fra grunnskaden og vurderer isolert hvilken medisinsk invaliditet den etterfølgende skadevoldende handling har påført skadelidte. Erstatningen beregnes ut fra denne invaliditeten.»

Angjeldende sak var konsentrert om hvorvidt differanse- eller separasjonsprinsippet skulle anvendes, idet partene var enige om at brutto prinsippet var uaktuelt.

Høyesterett tok utgangspunkt i at meningen med skadeserstatningsloven § 3-2 er å kompensere for skadelidtes reduserte livsutfoldelse som følge av den aktuelle skaden. Derfor ble det konkludert med at beregning etter separasjonsprinsippet utgjør et minimum. For å ta høyde for at utslaget av den nye invaliditeten kan være vesentlig forskjellig hvor skadelidte allerede er invalid, må man så videre bruke differanseprinsippet der dette gir høyere erstatning.

Dommen er etter mitt syn noe ufullstendig og gir ikke helt den ønskelige avklaring og veiledning. Høyesterett diskuterer valget av disse ulike «prinsippene» på et generelt nivå, men redegjør ikke nærmere for hvordan beregningen faktisk skal gjøres - og derfor blir henvisningen til disse ulike prinsippene

Side 15

hengende noe i luften. Uklarheten bestyrkes av en gjennomgang av den beregningen som faktisk er gjort i saken. Går man gjennom domspremissene i lagmannsretten, så trer det frem at beregningen er gjort ved at man har summert 41% inngangsinvaliditet med 40% skadebetinget invaliditet (til 81%). Menerstatningsberegning etter skadeserstatningsloven § 3-2 tar utgangspunkt i de regler som i forskrift til folketrygdloven er foreskrevet for menerstatning fra Nav, men med noen erstatningsrettslige tilpasninger. Lagmannsretten gikk inn i forskriften med summen av den samordnede inngangsinvaliditeten og den samordnede skadebetingende invaliditeten - 81% - noe som i henhold til folketrygdloven ville gi krav på en årlig menerstatning på 52%

G. Deretter brukte den forskriften for å finne det årlige tapet som korresponderte til den samordnede inngangsinvaliditeten. I saken var det 18% G for 41% invaliditet. Så trakk man fra 18%-poeng i 52%-poeng. Årlig tap ble dermed vurdert til 34% G (cirka kr 31.000). Dette ble så gjenstand for de vanlige erstatningsmessige tilpasninger.

Denne fremgangsmåten står ikke i harmoni med alminnelige prinsipper for erstatningsberegning forøvrig. Utgangspunktet er at man ved flere ulike skader/plager som hver for seg fører til medisinsk invaliditet, ikke kan summere dem - de må samordnes. Ellers kan man jo blant annet komme over 100%. Lagmannsretten så likevel ved beregningen i angjeldende sak bort fra dette, idet inngangsinvaliditeten og den skadebetingede invaliditeten først ble summert - det ble sagt at «samlet medisinsk invaliditet» var 81%. Samordning av invaliditeten ved de alt foreliggende skadene med invaliditeten ved de ansvarsbetingende skedefølgene, ville imidlertid ikke lede til en invaliditetsgrad på et slikt nivå at den ville gi erstatning på 34% G etter folketrygdforskriften. I det perspektivet fikk skadelidte ved fremgangsmåten i denne saken erstatning for en invaliditetsgrad som ut fra slik samlet medisinsk invaliditet vanligvis vurderes, taktisk overstiger den samlede medisinske invaliditet vedkommende har, mens skadelidte på grunn av den skadebetingende invaliditeten må betale erstatning som overstiger det han måtte ha betalt dersom det var han som hadde påført skadelidtes samtlige plager. Disse punktene burde ha vært tatt opp av Høyesterett når denne saken først var tatt til behandling.

Erstatningsnemnda for voldsofre - ENV-2016-3990

Instans	Erstatningsnemnda for voldsofre - vedtak
Dato	2017-04-25
Publisert	ENV-2016-3990
Stikkord	Voldsoffererstatningsloven § 5, § 6 og § 9
Sammendrag	Klagestiller søkte erstatning for fremtidige inntektstap, menerstatning og oppreisning på bakgrunn av påført vold av en nærstående. Nemda kom til at det ikke forelå tilstrekkelige holdepunkter for å si at klager ville vært i arbeid om voldshandlingene tenkes borte. Fremtidige inntektstap ble dermed ikke tilkjent. Oppreisning på kr 30.000 ble tilkjent med hensyn til alvorligheten og konsekvensene de skadevoldende handlingene hadde hatt på klager, jf. voldsoffererstatningsloven § 6. Menerstatning på kr 290.000 ble tilkjent med grunnlag i spesialisterklæringer og utmåling etter seperasjonsprinsippet, jf. voldsoffererstatningsloven § 5.
Saksgang	ENV 2016/3990
Forfatter	Carl Gunnar Sandvold, Harald Jølle, Marianne Jakobsen

Behandling av klage - Voldsoffererstatning - NN født xxxx64

Aktuelle saksopplysninger:

Dato:	20.04.2017	KFV saksnr:	16/05941
ENV saksnr:	2016/3990	Klage mottatt KFV:	05.08.2016
Klage mottatt SRF:	23.12.2016		
Hendelsesdato:	03.10.2014		
Politianmeldt:	06.10.2014 til X politidistrikt		
Avgjort:	Påtaleunntatelse av 02.06.2016 etter straffeprosessloven § 69 andre ledd for overtredelse av straffeloven 1902 § 228 første ledd.		
Søknadsdato:	15.04.2016		
Rettsgrunnlag:	Voldsoffererstatningsloven		

NN skal ha blitt utsatt for vold i X av en tidligere nærstående. Som følge av dette skal klager ha fått fysiske og psykiske skader.

Det er søkt om erstatning for fremtidig inntektstap, behandlingsutgifter, menerstatning og oppreisning med uspesifiserte beløp.

Klagen gjelder vedtak av 21. juli 2016 fra Kontoret for voldsoffererstatning hvor klager ble tilkjent kr 1.682 i erstatning for behandlingsutgifter og kr 15.000 i oppreisning. Krav om erstatning for fremtidig inntektstap ble avslått fordi det ikke forelå årsakssammenheng mellom klagers anførte inntektstap og den skadevoldende handlingen. Videre ble krav om erstatning for reiseutgifter avslått fordi det ikke var dokumentert at kravet ikke kunne dekkes gjennom Pasientreiser. Krav om erstatning for telefonutgifter til leger/behandlere ble avslått fordi utgiftene ikke var rimelige og nødvendige. Videre ble krav om menerstatning avslått fordi det ikke var sannsynliggjort at klager var påført en varig medisinsk invaliditetsgrad på 15% eller mer som følge av den skadevoldende handlingen.

Advokat X har på vegne av klager påklaget vedtaket. Klagen er begrunnet med at det er feil ved avslaget på krav om erstatning for fremtidig inntektstap og menerstatning, samt at oppreisningsbeløpet er satt for lavt. Det er anført at klager måtte slutte i sin stilling som hjemmesykepleier. Det er gjort gjeldende at klager hadde tatt utdanning som helsefagarbeider i 2012 og skulle ta fagbrev i 2015.

Vedtaket av Erstatningsnemnda for voldsofre (nemnda)

NN tilkjennes ytterligere kr 305.000 i voldsoffererstatning fra staten.

Vurdering

Økonomisk tap

Det er søkt om erstatning for fremtidig inntektstap med et uspesifisert beløp.

Voldsoffererstatningen skal dekke lidt skade, tap i fremtidig erverv og utgifter personskaden antas å påføre skadelidte i fremtiden, jf. voldsoffererstatningsloven § 4. Det er et vilkår at det foreligger faktisk og rettslig årsakssammenheng mellom tapet og den skadevoldende handling. Det er videre et vilkår at tapet ikke kan dekkes gjennom andre ordninger, som forsikring, sykepenger etc., jf. § 9.

I erstatningsretten er det en forutsetning at den skadevoldende handling må ha utgjort en nødvendig betingelse for skadefølgen. Der skaden er et resultat av samvirke mellom flere nødvendige årsaksfaktorer, må den skadevoldende hendelsen som påberopes fremstå som et såpass vesentlig element i årsaksbildet at det er naturlig å knytte ansvar til den. Nemnda viser til Rt-1992-64, hvor Høyesterett blant annet uttalte at det ved vurdering av årsakssammenheng skal legges vekt på hva som har vært en nødvendig betingelse for skaden. Utgangspunktet er at skadevolder må ta skadelidte «som hun er».

Nemnda anser på bakgrunn av fremlagt medisinsk dokumentasjon at klager har et sammensatt sykdomsbilde og at det foreligger flere medvirkende årsaker til hennes nedsatte arbeidsevne. Nemnda viser til bevisgjennomgangen som fremgår av Kontoret for voldsoffererstatnings vedtak, herunder epikrise fra DPS av 5. november 2014, epikrise fra revmatismesykehuset av 20. oktober 2015, uttalelse av 16. mars 2016 fra X legesenter. Nemnda viser også til gjennomgangen av klagers legejournal, herunder journalnotat av 16. april 2015, 12. mai 2015 og 11. juni 2015.

Nemnda viser videre til gjennomgangen av klagers sykmeldinger etter hendelsen, arbeidsevnevurdering fra NAV av 11. mars 2016 og notat fra NAV av 11. mars 2016.

I klageomgangen er det fremlagt udatert spesialisterklæring fra spesialist i kirurgi/ortopedi X, hvor det fremgår at klager forsøkte å jobbe et par måneder etter hendelsen, men at hun ikke har vært i arbeid siden 5. september 2015.

Videre er det fremlagt spesialisterklæring av 26. oktober 2016 fra spesialist i psykiatri X, hvor det fremgår at klager har utdanning som helsefagarbeider i 2012, jobbet delvis som hjemmesykepleier og skulle tatt fagbrev i 2015. Det er vurdert at det er sannsynlig at dersom det aktuelle ikke hadde skjedd ville klager vært i 80% jobb. I tilleggserklæring av 25. januar 2017 fra X fremgår det at de siste årene før hendelsen jobbet klager delvis, men at hun etter skaden ikke har klart å jobbe.

Det er også fremlagt brev av 20. september 2016 fra X kommune og skatteoppgjør/ligning for 2015 vedrørende klagers inntektsforhold.

Etter nemndas syn er det ikke godtgjort tilstrekkelig årsakssammenheng mellom klagers anførte inntektstap og den skadevoldende handlingen. Det er ved avgjørelsen lagt vekt på den medisinske dokumentasjonen i saken, hvor det fremgår at klager har hatt betydelige fysiske og psykiske plager forut for den skadevoldende handlingen. Nemnda bemerker at det foreligger sammensatt sykdomsbilde, og at klager har hatt betydelige problemer med å stå i ordinært arbeid også før den skadevoldende handlingen. Nemnda viser i den sammenheng til at klager fikk innvilget uføretrygd flere år før den skadevoldende handlingen. Nemnda anser at det ikke er tilstrekkelige holdepunkter for at klager ville vært i arbeid dersom den skadevoldende handlingen tenkes borte. Voldshandlingen anses dermed ikke som en nødvendig årsak til klagers manglende arbeidsevne.

Oppreisning

Det er søkt om oppreisning med et uspesifisert beløp.

Oppreisning for påført tort og smerte kan tilkjennes med en slik engangssum som finnes rimelig, jf. voldsoffererstatningsloven § 6. Ved utmålingen legges det vekt på hvor alvorlig handlingen er isolert sett, sammenholdt med de konsekvenser handlingen har fått for klageren.

Nemnda legger til grunn at det er klart sannsynliggjort at klager ble slått flere ganger i ansiktet med flat hånd og kløpet i venstre arm. Som følge av dette skal klager ha blitt påført blåmerker og hevelser i ansiktet, nakken og skulderen, smerter i nakken, samt psykiske plager.

Kontoret for voldsoffererstatning har vist til ENV-2012-715. I den saken ble klager utsatt for gjentatte slag i ansiktet og hodet av sin daværende ektefelle. Som følge av dette skal klager ha fått fargeforandring under venstre øye, tåkesyn, mild kvalme og hodepine. Klager ble tilkjent kr 10.000 i oppreisning.

Nemnda anser at oppreisningen passende kan settes til kr 30.000. Det er ved avgjørelsen lagt vekt på hvor alvorlig handlingen er isolert sett, sammenholdt med de konsekvenser handlingen har fått for klager. Nemnda har lagt vekt på at klager har fått store psykiske plager etter den skadevoldende handlingen. Det er sett hen til nemndspraksis i lignende saker hvor det er gitt 30 000 i oppreisning, jf. for eksempel ENV-2013-615.

Menerstatning

Det er søkt om menerstatning med et uspesifisert beløp.

Etter voldsoffererstatningsloven § 5 tilkjennes menerstatning dersom skadelidte har fått en varig og betydelig skade av medisinsk art. Erstatningen fastsettes under hensyn til menets art og størrelse og dets betydning for den personlige livsutfoldelse. Det gis ikke menerstatning ved lavere invaliditetsgrad enn 15%. Etter fast nemndspraksis må varigheten og den skaderelaterte medisinske invaliditet dokumenteres ved en spesialisterklæring.

I udatert spesialisterklæring fra spesialist i kirurgi/ortopedi X er det vurdert at klager har en invaliditetsgrad på 5% på grunn av nakkesmerter og 15% grunnet PTSD. Videre fremgår det at det er gjort fradrag for en inngangsinvaliditet på 4% grunnet tinnitus. Det er vurdert at klager har en varig skaderelatert invaliditetsgrad på totalt 16%.

I udatert tilleggserklæring fra X er det vurdert at klager har symptomer på PTSD. Klager har deltatt på et rehabiliteringsopphold på X helse og rehabiliteringssenter hvor hun har hatt en samtale med en psykologspesialist og deltatt på en samtalegruppe. Det fremgår av uttalelse av 18. august 2016 fra psykologspesialist X at det finnes tegn på traumatisering, men at han ikke kan konkludere med diagnose.

Videre er det fremlagt spesialisterklæring av 26. oktober 2016 fra spesialist i psykiatri X, hvor det fremgår at klagers diagnose er PTSD. Klager har etter det aktuelle hatt kontakt med DPS og psykisk helse. Klager har ikke hatt oppfølging fra psykisk helse etter at hun flyttet, men dette vurderes. Det er vurdert at slike tiltak vil kunne bedre hennes livskvalitet. Det er vurdert at klager har gjennomført adekvat behandling.

I tilleggserklæring av 25. januar 2017 fra X er det vurdert at klager har en medisinsk invaliditetsgrad på grunn av PTSD på 28%, samt en invaliditetsgrad på grunn av en somatisk diagnose på 5%, totalt 33%. Det fremgår at invaliditetsgraden for PTSD er satt høyt for å markere at en ikke kan utelukke psykogene smerter. Videre fremgår det at det er mulig at en nevropsykologisk utredning eller utredning ved psykosomatisk avdeling vil kunne avklare dette. Det er vist til tidligere vurdering om at klager har gjennomgått adekvat behandling. Spesialisten har anslått at sannsynlighet for vesentlig spontan bedring er ca. 10%, og tilstanden er dermed vurdert som varig.

Nemnda viser til spesialisterklæring av 26. oktober 2016 og tilleggserklæring av 25. januar 2017 fra spesialist i psykiatri X, og legger til grunn at klager har en inngangsinvaliditet på 5% og en skaderelatert medisinsk invaliditet på 28%.

Nemnda viser til Rt-2015-820 der Høyesterett slår fast at differanseprinsippet danner utgangspunktet for fastsettelsen av menerstatning i flerskadetilfellene, men at separasjonsprinsippet setter en nedre grense. I denne saken vil det være like gunstig å utmåle etter separasjonsprinsippet.

Etter utregning i beregningsprogrammet Ejus gir dette en menerstatning på kr 288.169, som avrundes til kr 290.000. Klager tilkjennes etter dette kr 290.000 i menerstatning.

Klagen har delvis ført frem.

Erstatningsnemnda for voldsofre - ENV-2016-2645

Instans	Erstatningsnemnda for voldsofre - vedtak
Dato	2017-03-23
Publisert	ENV-2016-2645
Stikkord	Voldsoffererstatningsloven § 4, § 5 og § 14 femte ledd. Økonomisk tap. Lidt og fremtidig inntektstap. Menerstatning. Differanseprinsippet. Tredjemannstap. Delvis medhold.
Sammendrag	Klager utsatt for grov vold hadde krevet erstatning for lidt inntektstap, tap i fremtidig inntekt, utgifter som klagers foreldre har hatt som følge av hendelsen, samt menerstatning. Nemnda avsto inntektstap, og la vekt på at klager på tidspunktet for voldshendelsen allerede hadde 100% nedsatt arbeidsevne grunnet psykiske plager, og et sammensatt sykdomsbilde. Utgiftene på foreldrenes hånd, ble avslått da de ble ansett å være en for avledet og indirekte følge av den straffbare handlingen til å knytte ansvar til dem. Klager ble imidlertid tilkjent menerstatning med kr 340.000, på bakgrunn av tilleggserklæring fra psykiater som redegjorde for 45% total medisinsk invaliditet, hvorav 15% inngangsinvaliditet, med grunnlag i psykiske plager. Nemnda anvendte differanseprinsippet ved fastsettelsen av menerstatningen.
Saksgang	ENV 2016/2645
Forfatter	Carl Gunnar Sandvold, Harald Jølle og Marianne Jakobsen.

Behandling av klage - Voldsoffererstatning - NN født XXXX86

Aktuelle saksopplysninger:

Dato:	23.03.2017	KFV saksnr:	16/04714
ENV saksnr:	2016/2645	Klage mottatt KFV:	15.06.2016
Klage mottatt SRF:	12.08.2016		
Hendelsesdato:	27.10.2012		
Avgjort:	28.10.2014 ved X tingrett: Oppgitt skadevolder dømt for overtredelse av straffeloven (1902) § 229 tredje straffalternativ jf. § 232, og til å betale kr 2.472 i erstatning for lidte utgifter, kr 150.000 i erstatning for lidt inntektstap og kr 100.000 i oppreisning.		
Søknadsdato:	01.10.2014		
Rettsgrunnlag:	Voldsoffererstatningsloven		

NN har blitt utsatt for vold i X av en bekjent. Som følge av dette skal klager ha fått fysiske og psykiske skader.

Det er søkt om erstatning for lidt inntektstap, tap i fremtidig inntekt, behandlingsutgifter, reiseutgifter og ødelagte klær, samt menerstatning og oppreisning. Deler av tapet knytter seg til utgifter som klagers foreldre har hatt som følge av hendelsen.

Klagen gjelder vedtak av 19. mai 2016 fra Kontoret for voldsoffererstatning hvor klager ble tilkjent erstatning for behandlingsutgifter og lidt inntektstap samt oppreisning i samsvar med rettens utmåling i Oslo tingretts dom. Klager ble i tillegg tilkjent kr 6.145 i erstatning for påførte behandlingsutgifter, kr 1.250 i erstatning for ødelagte klær, samt erstatning for sine foreldres utgifter til klagers medisiner og behandling med henholdsvis kr 5.955 og kr 2.040 (jf. egenandelstaket i 2013). Erstatning for behandlingsutgifter utover egenandelstaket ble avslått under henvisning til klagers tapsbegrensningsplikt og plikten til å benytte seg av det offentlige

helsetilbudet så langt det er mulig. Erstatning for reiseutgifter på foreldrenes hånd ble avslått med den begrunnelse at utgiftene var dekningsmessige gjennom andre offentlige støtteordninger, og at klager heller ikke på dette punkt hadde oppfylt sin tapsbegrensningsplikt. Transportutgifter i forbindelse med flytting ble ikke ansett som en rimelig og nødvendig følge av klagers personskade. Krav om erstatning for underholdsbidrag ble avslått med den begrunnelse at klager allerede var tilkjent erstatning for inntektstap, og dekning av privat lån ville innebære en dobbelkompensasjon.

Krav om erstatning for lidt og fremtidig inntektstap ble avslått primært på grunn av det ikke var sannsynliggjort at klager ville ha hatt en større inntekt uten skaden enn den klager faktisk har hatt med skaden. Krav om fremtidig inntektstap ble subsidiært avslått med den begrunnelse at det ikke var sannsynliggjort at klager hadde varig nedsatt arbeidsevne, og derfor ikke ville lide et fremtidig inntektstap. Krav om menerstatning ble avslått med den begrunnelse at det ikke var godtgjort varig skade. Kontoret for voldsoffererstatning har samtidig påpekt at spesialisterklæringen i saken er mangelfull hva gjelder vurdering av tidligere overgrepshistorie opp mot spørsmål om inngangsinvaliditet.

Advokat X har på vegne av klager påklaget vedtaket. Klagen er begrunnet med at Kontoret for voldsoffererstatning har vurdert bevisene feil hva gjelder spørsmål om klagers inntektsmuligheter forut for skaden. Det anføres at klager har lidt og vil fortsette å lide et inntektstap som følge av voldshendelsen. Det er videre anført at klager oppfylder vilkårene for menerstatning, og at usikkerhetene knyttet til fremtidig utvikling av skaden ikke kan ha betydning. Endelig er det anført at foreldrenes tap må dekkes fullt ut.

Nemnda anmodet den 23. februar 2017 psykiater X om å utarbeide en tilleggsuttalelse hvor klagers NAV-mappe og spørsmål om inngangsinvaliditet ble nærmere vurdert. Psykiater X oversendte slik uttalelse den 14. mars 2017, hvor han konkluderte med 15% inngangsinvaliditet som følge av psykiske plager, og fastsatte skaderelatert medisinsk invaliditet til 30%. Psykiater har fremsatt krav om dekning av konsulentonorar i forbindelse med tilleggserklæringen med 3 timer a kr 1.300, totalt kr 3.900.

Vedtak av Erstatningsnemnda for voldsofre (nemnda)

NN tilkjennes ytterligere kr 343.900 fra staten.

Vurdering

Voldsoffererstatningen skal dekke lidt skade, tap i fremtidig erverv og utgifter personskaden antas å påføre skadelidte i fremtiden, jf. voldsoffererstatningsloven § 4. Det er et vilkår at det foreligger faktisk og rettslig årsakssammenheng mellom tapet og den skadevoldende handling. Det er videre et vilkår at tapet ikke kan dekkes gjennom andre ordninger, som forsikring, sykepenger etc., jf. § 9.

Lidt og fremtidig inntektstap

Nemnda viser til Kontoret for voldsoffererstatnings gjennomgang av rettskilder og faktum i saken, og slutter seg i det vesentlig til denne. Nemnda legger til grunn at klager i årene forut for den skadevoldende hendelsen hadde varig nedsatt arbeidsevne som følge av helserelaterte plager. Nemnda har vektlagt opplysninger fra klagers NAV-mappe, hvor det fremgår at hun den 13. oktober 2009 ble vurdert å ha nedsatt arbeidsevne grunnet «Overgrep, depresjon, angst». Klager ble tilstått yrkesrettet attføring, og senere arbeidsavklaringspenger, og mottok stønad fra NAV fra august 2009 frem til den skadevoldende hendelsen fant sted, med unntak enkelte 14-dagers perioder. Det siste arbeidsforholdet ble avsluttet i august 2011. Av arbeidsevnevurdering den 4. oktober 2012, fire uker forut for voldshendelsen, fremgår følgende: «Grunnet helse anses søker å ha nedsatt arbeidsevne. Varig nedsatt i betydning langvarig, avhengig av fullførelse behandling. Ikke fullført utdanning, ikke-kvalifisert til høvelig arbeid. Overgrep. depresjon. angst- ikke i stand til å stå i arbeid per i dag. Uansett utdanning er søker p.t. i en situasjon som gjør at hun ikke vil være i stand til å utføre arbeid.». Av legeerklæring 30. november 2012 er klagers sykehistorie forut for voldshendelsen beskrevet slik: I oppveksten plaget med angst og depresjon, oppfølging av X DPS og Rusteam. Hun oppgir at ha hatt et problematisk forhold til piller fra 15-16 års alder, benzodiazepioner, de siste 2 årene hatt et jevnlig inntak av Rivotril og amfetamin som hun kjøper illegalt, i perioder stort alkoholforbruk. Den 27. oktober - 12 ble hun utsatt for blind vold. Mange store kutt i hodet, sydd 28 sut i ansikt og hodet. Saken etterforskes av politiet. Hun får traumebehandling av psykolog på legevakten.» Det fremgår også at hun går i terapi, men ønsker å fortsette utdannelsen.

Nemnda finner det ikke godtgjort at klager, i perioden fra voldshendelsen og fremt til vedtakstidspunktet, ville hatt inntekter utover hva hun mottok av stønader fra NAV, dersom voldshendelsen tenkes borte. Nemnda anser det heller ikke godtgjort et fremtidig inntektstap. Nemnda har lagt vekt på at klager på tidspunktet for voldshendelsen allerede hadde 100% nedsatt arbeidsevne grunnet psykiske plager, og et sammensatt sykdomsbilde. Nemnda har merket seg at klager i perioden hun har mottatt AAP og vært under traumebehandling har uttrykt ønske om å gjennomføre utdanning for å komme tilbake til arbeid. Det synes imidlertid klart at det er klagers helse som i perioden fra august 2011 og til dags dato, har hindret klager i å komme tilbake i arbeid. Ut fra den medisinske dokumentasjonen i saken, ser nemnda ikke bort fra at voldshendelsen i oktober 2012 bidrar til å holde klager utenfor arbeidslivet. All den tid klager allerede hadde 100% langvarig nedsatt arbeidsevne på tidspunktet for voldshendelse, uten utsikter til rask bedring, finner nemnda ikke at det kan knyttes ansvar mellom voldshendelsen og klagers nedsatte arbeidsevne.

Nemnda påpeker at X tingretts dom 28. oktober 2014 ikke har omtalt klagers nedsatte arbeidsevne på skadetidspunktet. Nemnda antar dette skyldes at ovennevnte dokumentasjon ikke var kjent for retten, og viser til at denne informasjonen ikke fremgår av prosesskrivet vedrørende de sivile krav som er vedlagt politidokumentene. Nemnda anser på bakgrunn av det ovennevnte at det ikke var grunnlag for å tilkjenne klager inntektstap med kr 150.000, i henhold til tingrettens avgjørelse, men påpeker at fristen for å omgjøre vedtaket til ugunst for klager etter forvaltningsloven § 34 er utløpt. Nemnda vil også nevne at den, i denne sammenheng, ikke har funnet grunnlag for å legge vekt på spesialisterklæring av 17. august 2015. Det vises til at denne erklæringen ikke har tatt hensyn til klagers sykehistorie forut for voldshendelsen.

Menerstatning

Det er i klagen anført at vilkårene for å tilkjenne menerstatning er oppfylt.

I henhold til voldsoffererstatningsloven § 5 kan det tilkjennes menerstatning dersom skadelidte har fått varig og betydelig skade av medisinsk art. Erstatningen fastsettes under hensyn til menets medisinske art og størrelse og dets betydning for den personlige livsutfoldelse. Det gis ikke menerstatning ved lavere invaliditetsgrad enn 15%.

Nemnda viser til psykiater X spesialisterklæring av 17. august 2015 samt tilleggserklæring av 14. mars 2017, og legger til grunn at klager har en inngangsinvaliditet på 15% og en skaderelatert medisinsk invaliditet på 30%.

Nemnda viser til Rt-2015-820 der Høyesterett slår fast at differanseprinsippet danner utgangspunktet for fastsettelsen av menerstatning i flerskadetilfellene, men at separasjonsprinsippet setter en nedre grense. I saken for Høyesterett hadde skadelidte en inngangsinvaliditet på 41% og en skaderelatert medisinsk invaliditet på 40%. Høyesterett tok dermed konkret stilling til et sakstillfelle med en inngangsinvaliditet på over 15%, som er grensen for å utløse menerstatning.

Den skaderelaterte medisinske invaliditet ved bruk av reduksjonsmetoden blir $(100-15) \times 30\% = 26\%$, tilsvarende gruppe 2 (25-34%).

Etter en utregning i beregningsprogrammet Ejus utgjør menerstatningen totalt kr 339.940, som avrundes til kr 340.000. Nemnda har i denne saken ikke funnet grunnlag for ytterligere avrunding.

Nemnda påpeker at bruk av seperasjonsprinsippet gir eksakt samme resultat, nemlig gruppe 2 ($45\%-15\% = 30\%$, tilsvarende gruppe 2 (25-34%).

Nemnda tilkjenner klager dekning for utgifter til spesialisterklæring med kr 3.900, i henhold til voldsoffererstatningsloven § 14 femte ledd.

Tredjemannstap

Det er i klagen anført at foreldrenes tap må erstattes fullt ut. Det er vist til at foreldrene ikke kan lastes for å ikke ha tatt i bruk de offentlige støtteordninger som er tilgjengelige, så fremt de ikke har blitt tilstrekkelig informert. Det er også fremholdt at alle utgiftene var medisinsk nødvendige i forhold til klager.

Nemnda viser til Kontoret for voldsoffererstatnings vurdering av tredjemannstapet, og slutter seg i det vesentlige til konklusjonen. Nemnda påpeker at manglende kunnskap om de offentlige støtteordningene som er tilgjengelig, som kan anses som rettsvillfarelse, er klagers, eller i dette tilfellet foreldrenes, risiko, jf. blant annet ENV-2016-1966. Nemnda slutter seg for øvrig til Kontoret for voldsoffererstatnings konklusjon om at flytteutgiftene ikke var medisinsk nødvendig. Nemnda viser til klagers alder, samt at flytteutgifter normalt anses å være en for avledet og indirekte følge av den straffbare handlingen til å knytte ansvar til dem. Det vises til at flytteutgifter har blitt innvilget i saker der skadelidte etter gjentatte overgrep har flyttet som følge av frykt

for nye overgrep, og der trusselsituasjonen har representert en akutt og alvorlig fare for klager. Dette anses ikke godtgjort i vår sak. Det er sett hen til sammenlignbar forvaltningspraksis, jf. ENV-2016-1855.

Når det gjelder krav om erstatning for det som i søknaden omtales som underholdsbidrag, et pengebidrag på kr 6.000 per måned i fem måneder etter voldshendelsen, er Nemnda er enig med Kontoret for voldsoffererstatning i at dette er å anse som et privat lån. Nemnda viser til redegjørelsen for klagers inntektstap, og at anser at de samme momenter gjør seg gjeldende ved spørsmål om klagers private lån hos foreldrene var en nødvendig og påregnelig følge av den skadevoldende hendelsen. Nemnda viser til at klager allerede forut for voldshendelsen hadde 100% nedsatt arbeidsevne. Dersom pengebidraget var ment å kompensere for differanse mellom klagers inntekt ved ytelser fra NAV og klagers løpende utgifter, legger nemnda at denne differansen forelå forut for voldshendelsen, og finner at det ikke er rettslig årsakssammenheng mellom tapet og voldshendelsen.

Klagen har delvis ført frem.

Erstatningsnemnda for voldsofre - ENV-2016-1704-2

Instans	Erstatningsnemnda for voldsofre - vedtak
Dato	2017-02-23
Publisert	ENV-2016-1704-2
Stikkord	Forvaltningsloven § 35 første ledd bokstav a. Voldsoffererstatningsloven § 5. Menerstatning. Differanseprinsippet. Reduksjonsmetoden. Medhold.
Sammendrag	Nemnda fant at det som utgangspunkt for flerskader skulle beregnes menerstatning ved bruk av differanseprinsippet. Nemndas flertall fant at reduksjonsmetoden måtte anvendes for å finne klagers totale invaliditet, mens mindretallet fant at total medisinsk invaliditet var en summasjon mellom klagers inngangsinvaliditet og skaderelatert invaliditet. I nærværende sak var inngangsinvaliditeten på under 15%.
Saksgang	ENV 2016/1704-2. For tidligere vedtak se ENV-2016-1704-1.
Forfatter	Carl Gunnar Sandvold, Harald Jølle, Marianne Jakobsen.

Omgjøringsbegjæring - Voldsoffererstatning - NN født xxxx91

Beslutning/Vedtak av Erstatningsnemnda for voldsofre (nemnda):

Begjæring om omgjøring er tatt til følge. NN tilkjennes ytterligere kr 206.287 i voldsoffererstatning fra staten.

Aktuelle saksopplysninger:

Dato for vedtak:	23.02.2017
KFV saksnr:	16/00507-2
ENV saksnr:	2016/1704-2
Dato for begjæring om omgjøring	21.12.2016
Rettsgrunnlag	Voldsoffererstatningsloven

Saken gjelder begjæring om omgjøring av vedtak fra Statens sivilrettsforvaltning (SRF), ENV-2016-1704-1.

NN søkte den 31. oktober 2012 om voldsoffererstatning på bakgrunn av vold og seksuelle overgrep.

Kontoret for voldsoffererstatning (KFV) tilkjente den 15. januar 2016 kr 292.958 i menerstatning og nemnda tilkjente ytterligere kr 338.107 i menerstatning, totalt kr 541.065. Nemndas vedtak er endelig.

Advokat x har begjært ny behandling av saken, på bakgrunn av at det i vedtaket fra nemnda fremgår at det er lagt til grunn en inngangsinvaliditet på 10%, mens det under utmålingen synes å være lagt til grunn en inngangsinvaliditet på 15%. Det anmodes om at klager tilkjennes menerstatning basert på en inngangsinvaliditet på 10%, alternativt at saken sendes til Kontoret for voldsoffererstatning og sikres to-instansbehandling.

Vurdering av saken:

Et forvaltningsorgan kan omgjøre sitt eget vedtak etter anmodning dersom endringen ikke er til skade for noen som vedtaket retter seg mot, jf. forvaltningsloven § 35 første ledd bokstav a). For at en begjæring om omgjøring skal tas til følge, må det i henhold til forvaltningspraksis foreligge nye opplysninger, som anses å ha betydning for resultatet i saken.

Klager har ikke fremlagt nye opplysninger etter at vedtaket ble fattet i saken utover en beregning i Ejus med inngangsinvaliditet på 10% og 15%.

Etter nemndas syn har opplysningene betydning for resultatet i saken. Det foreligger derfor grunnlag for å gi saken ny realitetsbehandling.

Nemnda bemerker at det ved en inkurie er lagt til grunn 15% inngangsinvaliditet ved utmåling av menerstatning og at det skulle ha vært lagt til grunn 10% inngangsinvaliditet, slik det fremgår av vedtaket.

I henhold til voldsoffererstatningsloven § 5 kan det tilkjennes menerstatning dersom skadelidte har fått varig og betydelig skade av medisinsk art. Erstatningen fastsettes under hensyn til menets medisinske art og størrelse og dets betydning for den personlige livsutfoldelse. Det gis ikke menerstatning ved lavere invaliditetsgrad enn 15%.

Menerstatning utmåles etter de ordinære reglene for utmåling av menerstatning etter skadeerstatningsloven § 3-2. For å ha rett til menerstatning kreves det at klagers skade må være av varig art, jf. skadeerstatningsloven § 3-2. Det kreves ikke at skaden er livsvarig. I Rt-2003-841 kom Høyesterett til at 10 år ligger i det nedre sjiktet av hva som kan anses å være varig, og at 3-5 år ikke regnes som varig. Etter fast nemndspraksis må den varige medisinske invaliditeten dokumenteres ved en spesialisterklæring.

Nemnda viser til Rt-2015-820 der Høyesterett slår fast at differanseprinsippet danner utgangspunktet for fastsettelsen av menerstatning i flerskadetilfellene, men at separasjonsprinsippet setter en nedre grense. I saken for Høyesterett hadde skadelidte en inngangsinvaliditet på 41% og en skaderelatert medisinsk invaliditet på 40%. Høyesterett tok dermed konkret stilling til et sakstillfelle med en inngangsinvaliditet på over 15%, som er grensen for å utløse menerstatning.

Spørsmålet er hvilket prinsipp som skal anvendes i foreliggende sak, der inngangsinvaliditeten er under 15%.

Nemnda fant i sitt vedtak av 21. september 2016, (ENV-2016-2142), at differanseprinsippet som utgangspunkt skal anvendes som utmålingsprinsipp også der inngangsinvaliditeten er under 15%:

Nemnda finner etter en helhetsvurdering at differanseprinsippet skal være utgangspunktet for fastsettelsen av menerstatning i flerskadetilfellene, også der inngangsinvaliditeten er under 15%. Nemnda finner at grunnskaden er av betydning for klagers livsutfoldelse i dag. Det vises til lovens formål om å kompensere skadelidte for den reduserte livsutfoldelsen den siste skaden har medført. Nemnda viser også til Rt-2015-820, hvor det særlig ble lagt vekt på prinsippet om at skadevolder må ta skadelidte som han er.

For å beregne menerstatning etter differanseprinsippet må klagers inngangsinvaliditet og skaderelatert invaliditet legges sammen, for deretter å trekke fra hva en eventuell inngangsinvaliditet utgjør.

Nemndas flertall, bestående av Harald Jølle og Marianne Jakobsen, finner at reduksjonsmetoden som et utgangspunkt skal anvendes ved beregning av menerstatning ved flerskader. Når man bruker denne metoden vil hver enkelt skade få en lavere invaliditet enn hva skadene er fastsatt til enkeltvis. Hensynet bak dette prinsippet er at samlet invaliditet ikke skal bli over 100%. Det utelukkes ikke at det etter en skjønnsmessig vurdering kan gjøres unntak fra å anvende reduksjonsmetoden. I nærværende sak finner imidlertid nemndas flertall ikke at det er grunnlag for å fravike dette prinsippet.

Inkludert inngangsinvaliditeten blir klagers totale medisinske invaliditet ved bruk av reduksjonsmetoden $(100 - 10) \times 35\% = 31,5\%$ + $10\% = 41,5\%$ tilsvarende gruppe 3 (35 - 44%). Videre legges det til grunn at klager hadde en inngangsinvaliditet på 10% forut for hendelsene, som ikke fører til et fradrag i utmålingen.

Ved bruk av separasjonsprinsippet blir menerstatning også utmålt etter gruppe 3 (35%).

Dette gir etter en beregning i Ejus totalt kr 747.352 i menerstatning. Klager er tidligere tilkjent totalt kr 541.065 i menerstatning i saken, som trekkes fra i utmålingen.

Mindretallet, bestående av Carl Gunnar Sandvold, er av den oppfatning at det utmålingsprinsippet som gir det mest gunstige resultatet skal legges til grunn. I nærværende sak vil det være mest gunstig å utmåle etter differanseprinsippet. Mindretallet finner videre at inngangsinvaliditeten og den skaderelaterte medisinske invaliditeten skal summeres for å finne klagers totale medisinske invaliditet, jf. Rt-2015-820. Klagers medisinske invaliditet som følge av de skadevoldende handlingene faller dermed inn under gruppe 4 (45%) etter invaliditetstabellen, og klager hadde en inngangsinvaliditet på 10% forut for hendelsene, som ikke fører til et fradrag i utmålingen. Det foretas ingen utmåling ettersom det er flertallets standpunkt som blir gjeldende.

Erstatningsnemnda for voldsofre - ENV-2016-2325

Instans	Erstatningsnemnda for voldsofre - vedtak
Dato	2017-01-31
Publisert	ENV-2016-2325
Stikkord	Voldsoffererstatningsloven § 5. Utmåling av oppreisningserstatning opprettholdt. Menerstatning. Differanseprinsippet. Reduksjonsmetoden. Medhold.
Sammendrag	Nemnda fant at det som utgangspunkt for flerskader skulle beregne menerstatning ved bruk av differanseprinsippet. Nemndas flertall fant at reduksjonsmetoden måtte anvendes for å finne klagers totale invaliditet, mens mindretallet fant at total medisinsk invaliditet var en summasjon mellom klagers inngangsinvaliditet og skaderelatert invaliditet.
Saksgang	ENV 2016/2325
Forfatter	Carl Gunnar Sandvold, Harald Jølle, Marianne Jakobsen.

Behandling av klage - Voldsoffererstatning - NN født xxxx89

NN tilkjennes ytterligere kr 721.430 i voldsoffererstatning fra staten.

Aktuelle saksopplysninger:

Dato:	31.01.2017	KFV saksnr:	16/04915
ENV saksnr:	2016/2325	Klage mottatt KFV:	20.06.2016
Klage mottatt SRF:	01.07.2016		
Hendelsesdato:	11.02.2012		
Politianmeldt:	14.02.2012 X politidistrikt		
Avgjort:	Forelegg: 21.08.2012 strl. 1902 § 228 første ledd (legemsfornærmelse). Bot kr 6.000		
Søknadsdato:	24.10.2012		
Rettsgrunnlag:	Voldsoffererstatningsloven		

NN ble sparket og slått. Forholdet fant sted i x og ble utført av en for klager ukjent skadevolder. Som følge av dette fikk klager brudd i nesen.

Det er søkt om dekning av behandlingsutgifter og reiseutgifter med uspesifisert beløp, erstatning for ødelagte klær med kr 1.500, menerstatning og oppreisning.

Klagen gjelder vedtak av 19. mai 2016 fra Kontoret for voldsoffererstatning hvor søknaden ble avslått så vidt gjaldt menerstatning. Det ble vist til at skadene det ble søkt om menerstatning for, skyldtes neseoperasjonen som ble utført 9 måneder etter voldshendelsen. Det ble vist til at personskader som følge av feilbehandling eller annen svikt i helsehjelp, etter sin art faller utenfor voldsoffererstatningsordningen. Når det gjelder avslag på menerstatning på grunn av de psykiske skadene klager skal ha blitt påført, er det vist til at den medisinske invaliditeten på dette grunnlag fremstår som upåregnelig, fjern og avledet i forbindelse med den straffbare handlingen og at det ikke foreligger adekvat årsakssammenheng. Klager ble innvilget kr 25.000 i oppreisning.

Advokat x har på vegne av klager påklaget vedtaket. Klagen er begrunnet med at Kontoret for voldsoffererstatning har vurdert bevisene feil i forhold til spørsmålet om menerstatning og at oppreisningsbeløpet er satt for lavt.

Vurdering

Nemnda finner at inngangsvilkårene for voldsoffererstatning foreligger, jf. voldsoffererstatningsloven § 1, jf. § 3 fjerde ledd. Det vises til vedtatt forelegg for overtredelse av strl. § 228 første ledd.

Oppreisning

Oppreisning for påført tort og smerte kan tilkjennes med en slik engangssum som finnes rimelig, jf. voldsoffererstatningsloven § 6. Ved utmålingen legges det vekt på hvor alvorlig handlingen er isolert sett, sammenholdt med de konsekvenser handlingen har fått for klageren.

Det er i klagen anført at oppreisningserstatningen er satt for lavt. Det er vist til Rt-2011-769 og at det generelle oppreisningsnivået er oppjustert de siste årene. Kontoret for voldsoffererstatning har i sin avgjørelse vist til ENV-2013-1849. Denne avgjørelsen er fattet etter nevnte Høyesterettsavgjørelse.

Det er også vist til LB-2012-50456 hvor en skadelidt fikk kr 75.000 etter å ha blitt truffet av en bil som kjørte inn på en uteservering. Skadelidte ble påført et kutt fra hårfestet og bakover som ble sydd med sju sting, og et kutt i leggen som ble sydd med åtte sting. Hun var påført hevelser over hele ryggen og omfattende blåmerker. Videre var nesen brukket og det var et kutt over neseroten. Skadelidte ble sykemeldt i en måned, delvis på grunn av psykiske ettervirkninger. En annen skadelidt fikk kr 20.000 i oppreisning. Vedkommende ble påført et arr på leggen, gikk ukentlig til psykolog i ett år og fikk diagnosen PTSD.

Nemnda finner at skaden i nærværende sak ikke kan sammenlignes med den alvorlige skaden som ble påført i ovennevnte lagmannsrettsavgjørelse i forhold til den skadelidte som fikk kr 75.000. Nemnda finner det mer nærliggende å sammenligne skaden med den hvor det ble tilkjent kr 20.000 i oppreisning.

I ENV-2015-4078 var skadelidte påført vold i form av slag og spark mot hodet og kroppen. Vedkommende ble påført fysiske og psykiske skader. Oppreisningserstatningen ble satt til kr 20.000. Det ble også vist til to andre saker, ENV-2014-887 og ENV-2013-2271, hvor erstatningen ble fastsatt til kr 20.000. I den ene saken måtte skadelidte sy tre sting i bakholdet og to sting i leppa. I den andre ble nesen brukket.

I ENV-2014-1923 var skadelidte påført brudd i nesen. Plagene vedvarte over tid og ble operert halvannet år etter voldshendelsen inntraff. Det ble sett hen til at volden skjedde uprovosert og at det også ble påført psykisk skade. Oppreisningserstatningen ble satt til kr 20.000.

Nemnda finner som Kontoret for voldsoffererstatning at oppreisningen passende kan settes til kr 25.000. Det vises til at plagene har vedvart over tid, samt praksis i ovennevnte saker.

Menerstatning

I henhold til voldsoffererstatningsloven § 5 kan det tilkjennes menerstatning dersom skadelidte har fått varig og betydelig skade av medisinsk art. Erstatningen fastsettes under hensyn til menets medisinske art og størrelse og dets betydning for den personlige livsutfoldelse. Det gis ikke menerstatning ved lavere invaliditetsgrad enn 15%.

Menerstatning utmåles etter de ordinære reglene for utmåling av menerstatning etter skadeerstatningsloven § 3-2. For å ha rett til menerstatning kreves det at klagers skade må være av varig art, jf. skadeerstatningsloven § 3-2. Det kreves ikke at skaden er livsvarig. I Rt-2003-841 kom Høyesterett til at 10 år ligger i det nedre sjiktet av hva som kan anses å være varig, og at 3-5 år ikke regnes som varig. Etter fast nemndspraksis må den varige medisinske invaliditeten dokumenteres ved en spesialisterklæring.

I erstatningsretten er det et sentralt prinsipp at skadevolder må ta skadelidte som han er. Det betyr at det er skadevolder som i utgangspunktet har risikoen for de merbelastninger hans handlinger påfører skadelidte, og som skyldes at skadelidte har en særlig sårbarhet.

Det fremgår av spesialistvurderingen at klager har diagnosen posttraumatisk lidelse (PTSD) av alvorlig grad. Det vises også til at det foreligger en inngangsinvaliditet på opp til 10% på grunn av vansker i oppveksten. Det er konkludert med at klagers skaderelaterte men på grunn av PTSD forårsaket av vold fra skadevolder, er på 35 - 40%.

Nemnda viser til Rt-2015-820 der Høyesterett slår fast at differanseprinsippet danner utgangspunktet for fastsettelsen av menerstatning i flerskadetilfellene, men at separasjonsprinsippet setter en nedre grense. I saken for Høyesterett hadde skadelidte en inngangsinvaliditet på 41% og en skaderelatert medisinsk invaliditet på

40%. Høyesterett tok dermed konkret stilling til et sakstillfelle med en inngangsinvaliditet på over 15%, som er grensen for å utløse menerstatning.

Spørsmålet for nemnda er hvilket prinsipp som skal anvendes i foreliggende sak, der inngangsinvaliditeten er under 15%.

Nemnda fant i sitt vedtak av 21. september 2016, (ENV-2016-2142), at differanseprinsippet som utgangspunkt skal anvendes som utmålingsprinsipp også der inngangsinvaliditeten er under 15%:

Nemnda finner etter en helhetsvurdering at differanseprinsippet skal være utgangspunktet for fastsettelsen av menerstatning i flerskadetilfellene, også der inngangsinvaliditeten er under 15%. Nemnda finner at grunnskaden er av betydning for klagers livsutfoldelse i dag. Det vises til lovens formål om å kompensere skadelidte for den reduserte livsutfoldelsen den siste skaden har medført. Nemnda viser også til Rt-2015-820, hvor det særlig ble lagt vekt på prinsippet om at skadevolder må ta skadelidte som han er.

For å beregne menerstatning etter differanseprinsippet må det utmåles en total medisinsk invaliditet, som omfatter både klagers inngangsinvaliditet og skaderelatert invaliditet, for deretter å trekke fra hva en eventuell inngangsinvaliditet utgjør.

Etter en ny vurdering finner nemndas flertall, bestående av Harald Jølle og Marianne Jakobsen, at reduksjonsmetoden som et utgangspunkt skal anvendes ved beregning av menerstatning ved flerskader. Når man bruker denne metoden, vil hver enkelt skade få en lavere invaliditet enn hva skadene er fastsatt til enkeltvis. Hensynet bak dette prinsippet er at samlet invaliditet ikke skal bli over 100%. Det utelukkes ikke at det etter en skjønsmessig vurdering kan gjøres unntak fra å anvende reduksjonsmetoden. I nærværende sak finner imidlertid nemndas flertall ikke at det er grunnlag for å fravike dette prinsippet.

Klager ble ansett å ha en inngangsinvaliditet på 10% forut for det aktuelle forholdet i saken, og den skaderelaterte invaliditetsgraden ble satt til 40%.

Inkludert inngangsinvaliditeten blir klagers totale medisinske invaliditet ved bruk av reduksjonsmetoden $(100 - 10) \times 40\% = 36\% + 10\% = 46\%$ tilsvarende gruppe 4 (45 - 54%). Videre legges det til grunn at klager hadde en inngangsinvaliditet på 10% forut for hendelsen, som ikke fører til et fradrag i utmålingen.

Ved bruk av separasjonsprinsippet ville menerstatning blitt utmålt etter gruppe 3 (40%). Nemnda legger til grunn det gunstigste utmålingsprinsippet i saken for klager og utmåler etter gruppe 4.

Etter en utregning i beregningsprogrammet Ejus utgjør menerstatningen totalt kr 721.430.

Mindretallet, bestående av Carl Gunnar Sandvold, er av den oppfatning at inngangsinvaliditeten og den skaderelaterte medisinske invaliditeten skal summeres for å finne klagers totale medisinske invaliditet, jf. Rt-2015-820. I nærværende sak utgjør dette $10\% + 40\% = 50\%$. Dette faller også inn under gruppe 4 etter invaliditetstabellen. Klager hadde en inngangsinvaliditet på 10% forut for hendelsen som ikke fører til et fradrag i utmålingen.

Utmålingen blir tilsvarende som for flertallets avgjørelse.

Klagen har etter dette delvis ført frem.

Erstatningsnemnda for voldsofre - ENV-2016-1051

Instans	Erstatningsnemnda for voldsofre - vedtak
Dato	2017-01-31
Publisert	ENV-2016-1051
Stikkord	Voldsoffererstatningsloven § 4 og § 5. Inntektstap. Menerstatning.
Sammendrag	Nemnda la til grunn at det ikke var godtgjort tilstrekkelig årsakssammenheng mellom klagers anførte inntektstap og de skadevoldende handlingene i perioden høsten 2001 og desember 2002. Krav om inntektstap ble avslått. Nemnda fant at det som utgangspunkt for flerskader skulle beregne menerstatning ved bruk av differanseprinsippet, men at separasjonsprinsippet satt en nedre grense. Nemnda fant at det i denne saken ville være like gunstig å utmåle etter separasjonsprinsippet. Klager ble tilkjent kr 210.000 i menerstatning.
Saksgang	ENV 2016/1051
Forfatter	Carl Gunnar Sandvold, Harald Jølle, Marianne Jakobsen.

Behandling av klage - Voldsoffererstatning - NN født XXXX88

Vedtak av Erstatningsnemnda for voldsofre (nemnda)

NN tilkjennes kr 210.000 i voldsoffererstatning fra staten.

Aktuelle saksopplysninger:

Dato:	31.01.2017	KFV saksnr:	16/01637
ENV saksnr:	2016/1051	Klage mottatt KFV:	03.03.2016
Klage mottatt SRF:	22.03.2016		

Hendelsesdato: I perioden høsten 2001 til desember 2002
Avgjort: X tingretts dom av 03.05.2004 (Skadevolder ble dømt for overtredelse av straffeloven 1902 § 195 første ledd første straffalternativ og § 200 andre ledd første punktum, og til å betale kr 40.000 i oppreisning til klager)

Søknadsdato: 07.07.2015
Rettsgrunnlag: Voldsoffererstatningsloven

NN ble utsatt for seksuelle overgrep på X av faren til en kamerat. Som følge av dette skal klager ha fått psykisk skade, herunder PTSD.

I vedtak av 18. juli 2005 fra Kontoret for voldsoffererstatning (KFV) ble klager tilkjent kr 40.000 i oppreisning. Krav om erstatning for økonomisk tap ble avslått, da kravet ikke var dokumentert eller på annen måte sannsynliggjort. I KFVs vedtak av 16. oktober 2007 ble krav om erstatning for økonomisk tap på nytt avslått, fordi kravet ikke var dokumentert eller på annen måte sannsynliggjort. Anmodningen om en ny vurdering av oppreisningsbeløpet ble avslått, da det tidligere vedtaket ikke var formelt påklaget.

Det er i tilleggssøknad av 7. juli 2015 fremmet krav om erstatning for lidet og fremtidig inntektstap, menerstatning, samt dekning av utgifter til innhenting av spesialisterklæring med uspesifiserte beløp.

Klagen gjelder vedtak av 10. februar 2016 fra KFV, hvor krav om erstatning for lidet og fremtidig inntektstap ble avslått fordi det ikke var sannsynliggjort tilstrekkelig årsakssammenheng mellom klagers anførte

inntektstap og de skadevoldende handlingene. Krav om menerstatning og krav om dekning av utgifter til innhenting av spesialisterklæring ble avslått grunnet manglende dokumentasjon.

Klager har påklaget vedtaket hva gjelder avslag på erstatning for lidt og fremtidig inntektstap og menerstatning. Når det gjelder menerstatning er det vist til dokumentasjon fra avdeling fra rusmedisin datert 8. februar 2016. Videre er det anført at det ikke er riktig at klagers alkoholproblemer startet da klager var 12 år, og at hendelsen i 7. klasse kun var et engangstilfelle. Det er gjort gjeldende at klagers rusproblemer først startet da han var 14-15 år.

Vurdering:

Lidt og fremtidig inntektstap

Voldsoffererstatningen skal dekke lidt skade, tap i fremtidig erverv og utgifter personskadene antas å påføre skadelidte i fremtiden, jf. voldsoffererstatningsloven § 4. Det er et vilkår at det foreligger faktisk og rettslig årsakssammenheng mellom tapet og den skadevoldende handling.

Spørsmålet er om det er godtgjort tilstrekkelig årsakssammenheng mellom klagers anførte inntektstap og de skadevoldende handlingene.

I erstatningsretten er det en forutsetning at den skadevoldende handling må ha utgjort en nødvendig betingelse for skadefølgen. Der skaden er et resultat av samvirke mellom flere nødvendige årsaksfaktorer, må den skadevoldende hendelsen som påberopes fremstå som et såpass vesentlig element i årsaksbildet at det er naturlig å knytte ansvar til den. Nemnda viser til Rt-1992-64, hvor Høyesterett blant annet uttalte at det ved vurdering av årsakssammenheng skal legges vekt på hva som har vært en nødvendig betingelse for skaden. Utgangspunktet er at skadevolder må ta skadelidte «som han er».

Det fremgår av sakens dokumenter at klager har gjennomført ungdomsskolen, men ikke videregående skole. Klager mottok økonomisk sosialhjelp fra august 2006. Han gikk over til rehabiliteringspenger fra NAV den 1. februar 2007 og mottok dette frem til 30. januar 2008. Etter dette jobbet klager tre måneder som butikkmedarbeider fra 1. februar 2008 til 1. mai 2008. Klager har mottatt arbeidsavklaringspenger (AAP) fra NAV siden 17. januar 2011. I NAVs vedtak av 3. september 2015 ble klager innvilget AAP frem til 31. august 2016.

Nemnda anser på bakgrunn av fremlagt medisinsk dokumentasjon at klager har en sammensatt sykdomshistorikk og at det foreligger flere medvirkende årsaker til hans nedsatte arbeidsevne. I uttalelse av 18. mai 2007 fra psykolog X fremgår det at klager ikke har hatt en normal skolegang, i flere år hatt en vanskelig hjemmesituasjon og i perioder hatt et høyt forbruk av rusmidler.

I legeerklæring av 23. mai 2011 fra overlege X vedrørende fortsatt rett til AAP fremgår det at klagers hoveddiagnose er opiatavhengighet.

I utredningsrapport av 4. november 2013 fra psykolog X fremgår det at klager var innlagt på X fra 28. februar 2013 til 4. november 2013. Klager har beskrevet en belastende oppvekst preget av omsorgssvikt. Klagers mor slet med egne rusrelaterte vansker, og klagers kontakt med sin far var preget av et høy konfliktnivå. Klager bodde i perioder på barnevernsinstitusjon. Videre har klager forklart at han startet å drikke alkohol da han var 12 år, og at han begynte med narkotiske stoffer da han var 14 år. Klager har forklart at han blant annet er plaget av tankekjør og vonde tanker, som han setter i sammenheng med tidligere overgrep. Klager har sterke symptomer på PTSD, herunder påtrengende minner og unngåelsesadferd. Klager fikk diagnosene avhengighetssyndrom, ADHD, emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, kompleks PTSD og panikk lidelse.

I vedlegg 1 til rapporten fra samme behandler fremgår det at da klager har forklart at faren ofte hadde en aggressiv og truende adferd. Faren var ikke voldelig mot klager, men mot hans eldre brødre. Klager har forklart at i perioden fra klager var 5-12 år ble han utsatt for seksuelle overgrep av blant annet en familievenn, en tremenning, samt en venn av klagers mor. En av sakene har i ettertid vært behandlet av domstolen.

I legeerklæring ved arbeidsuførhet av 5. oktober 2015 fra lege X fremgår det at klagers hoveddiagnose er stoffmisbruk og at hans bidiagnose er PTSD. Klager har hatt flere kortvarige arbeidsforhold, men har hatt høyt fravær grunnet rusmisbruk og psykiske plager som følge av flere ulike diagnoser.

I klageomgangen er det fremlagt uttalelse av 8. februar 2016 fra psykologspesialist X, hvor det fremgår at klager har forklart at han har hatt kontakt med barnevernet fra han var 3 år. Foreldrene skilte seg da han var 12

år. Klagers mor døde da klager var 17 år, noe klager tok svært tungt. Klager har forklart at han har vært utsatt for seksuelle overgrep fra tre forskjellige voksenpersoner fra han var 5 til 12 år. Klager har selv beskrevet overgrepene begått av en familievenn som det klart mest belastende. Klager har videre beskrevet en oppvekst med betydelig omsorgssvikt. Det er vurdert at sannsynligheten for årsakssammenheng mellom de seksuelle overgrepene og klagers diagnoser er mer enn 50%.

Etter nemndas syn er det ikke godtgjort tilstrekkelig årsakssammenheng mellom klagers anførte inntektstap og de skadevoldende handlingene i perioden høsten 2001 og desember 2002. Det er ved avgjørelsen lagt vekt på den medisinske dokumentasjonen i saken, hvor det fremgår at klager har hatt betydelige psykiske plager uavhengig av de skadevoldende handlingene. Nemnda bemerker at det foreligger et sammensatt årsaksbilde og at klager har forklart at han, i tillegg til hendelsene i foreliggende sak, har vært utsatt for en rekke andre traumatiske livshendelser, herunder seksuelle overgrep fra to andre voksenpersoner også før de skadevoldende handlingene, samt omsorgssvikt. Nemnda anser at det ikke er tilstrekkelige holdepunkter for at klager ville kommet tilbake i arbeidslivet dersom voldshandlingene fra høsten 2001 til desember 2002 tenkes borte. Voldshandlingene anses dermed ikke som er nødvendig betingelse til klagers manglende arbeidsevne.

Menerstatning

Det følger av voldsoffererstatningsloven § 5 at det kan tilkjennes menerstatning dersom skadelidte har fått en varig og betydelig skade av medisinsk art. Erstatningen fastsettes under hensyn til menets art og størrelse og dets betydning for den personlige livsutfoldelse. Det gis ikke menerstatning ved lavere invaliditetsgrad enn 15%. Etter fast nemndspraksis må varigheten og den skaderelaterte medisinske invaliditet dokumenteres ved en spesialisterklæring.

I tilleggssuttalelse av 5. desember 2016 fra psykologspesialist X fremgår det at klager ved utredning i 2013 fikk diagnosen PTSD, og at kriteriene vurderes å være innfridd også i dag. Klagers øvrige diagnoser er avhengighetssyndrom, ADHD, emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og panikkelidelse. Det er vurdert at klagers medisinske invaliditet ligger i øvre del av kategori b under punkt 1.10.1 (PTSD) i invaliditetstabellen, dvs. 34%.

Etter nemndas syn har spesialisten ved fastsettelse av klagers medisinske invaliditet lagt til grunn at klager i tillegg til hendelsene i foreliggende sak, har vært utsatt for flere andre traumatiske hendelser, herunder seksuelle overgrep fra to andre voksenpersoner også før de skadevoldende handlingene i nærværende sak. Nemnda legger skjønnsmessig til grunn at klager hadde en inngangsinvaliditet på 15% forut for de aktuelle forholdene i saken. Nemnda legger videre til grunn at klager som følge av de aktuelle voldshandlingene i foreliggende sak er påført et varig men i gruppe 1.

Nemnda viser til Rt-2015-820 der Høyesterett slår fast at differanseprinsippet danner utgangspunktet for fastsettelsen av menerstatning i flerskadetilfellene, men at separasjonsprinsippet setter en nedre grense. I denne saken vil det være like gunstig å utmåle etter separasjonsprinsippet.

Etter utregning i beregningsprogrammet Ejus gir dette en menerstatning på kr 208.003, som avrundes til kr 210.000. Klager tilkjennes etter dette kr 210.000 i menerstatning.

Klagen har delvis ført frem.

Erstatningsnemnda for voldsofre - ENV-2016-1024

Instans	Erstatningsnemnda for voldsofre - vedtak
Dato	2017-01-31
Publisert	ENV-2016-1024
Stikkord	Voldsoffererstatningsloven § 5. Menerstatning. Differanseprinsippet. Reduksjonsmetoden. Medhold.
Sammendrag	Nemnda fant at det som utgangspunkt for flerskader skulle beregne menerstatning ved bruk av differanseprinsippet. Nemndas flertall fant at reduksjonsmetoden måtte anvendes for å finne klagers totale invaliditet, mens mindretallet fant at total medisinsk invaliditet var en summasjon mellom klagers inngangsinvaliditet og skaderelatert invaliditet.
Saksgang	ENV 2016/1024
Forfatter	Carl Gunnar Sandvold, Harald Jølle, Marianne Jakobsen.

Behandling av klage - Voldsoffererstatning - NN født xxxx95

Vedtak av Erstatningsnemnda for voldsofre (nemnda)

NN tilkjennes ytterligere kr 187.607 i voldsoffererstatning fra staten.

Aktuelle saksopplysninger:

Dato:	31.01.2017		
ENV saksnr:	2016/1024	KFV saksnr:	15/07627
Klage mottatt SRF:	21.03.2016	Klage mottatt KFV:	17.12.2015

Hendelsesdato:	August 2010
Avgjort:	x lagmannsretts dom av 06.02.2014. Skadevolder er i forhold til klager dømt for overtredelse av strl. 1902 § 196 første ledd, og til å betale kr 100.000 i oppreisning.
Søknadsdato:	01.06.2016
Rettsgrunnlag:	Voldsoffererstatningsloven

NN ble utsatt for seksuelle overgrep i x av en bekjent. Som følge av dette har klager fått psykiske skade.

Det er søkt om menerstatning, påførte og fremtidige utgifter, oppreisning og lidt og fremtidig inntektstap.

Klager er tidligere i vedtak av 16. februar tilkjent kr 148.907 i erstatning for lidt inntektstap i perioden 1. juli 2013 til 31. desember 2014, kr 4.475 i lidt behandlingsutgifter, kr 11.356 i erstatning for fremtidige behandlingsutgifter, kr 180.627 i menerstatning, samt kr 100.000 i oppreisning.

Etter klage omgjorde Kontoret for voldsoffererstatning sitt eget vedtak i forhold til menerstatning i vedtak av 23. november 2015, og klager ble tilkjent ytterligere kr 153.618 i menerstatning. I samme vedtak ble krav om fremtidig inntektstap på grunn av forsinket utdanning avslått.

Advokat x har på vegne av klager påklaget vedtaket av 23. november 2015, hva gjelder utmåling av menerstatning. Det er anført at menerstatningen skal utmåles etter gruppe 3, og at differanseprinsippet skal benyttes. Subsidiært er det anført at usikkerheten rundt hans inngangsinvaliditet burde komme ham til gode, slik at VMI settes til 35 prosent, eventuelt gruppeopprykk. Endelig er det anført at menerstatningen etter gruppe 2 er beregnet feil.

På grunn av en regnefeil er klager i Kontoret for voldsoffererstatnings vedtak av 22. januar 2016 tilkjent ytterligere kr 12.148 i menerstatning.

Vurdering

I henhold til voldsoffererstatningsloven § 5 kan det tilkjennes menerstatning dersom skadelidte har fått varig og betydelig skade av medisinsk art. Erstatningen fastsettes under hensyn til menets medisinske art og størrelse og dets betydning for den personlige livsutfoldelse. Det gis ikke menerstatning ved lavere invaliditetsgrad enn 15%.

Menerstatning utmåles etter de ordinære reglene for utmåling av menerstatning etter skadeerstatningsloven § 3-2. For å ha rett til menerstatning kreves det at klagers skade må være av varig art, jf. skadeerstatningsloven § 3-2. Det kreves ikke at skaden er livsvarig. I Rt-2003-841 kom Høyesterett til at 10 år ligger i det nedre sjiktet av hva som kan anses å være varig, og at 3-5 år ikke regnes som varig. Etter fast nemndspraksis må den varige medisinske invaliditeten dokumenteres ved en spesialisterklæring.

Det vises til erklæring fra spesialist i psykiatri x av 16. september 2015 som har satt klagers varige medisinske invaliditet til 40%. Det konkluderes med at klager er blitt påført psykiske skader som følge av de anførte forholdene i saken. Klager ble ansett å ha en inngangsinvaliditet på 5-10% forut for de aktuelle forholdene i saken. Den skaderelaterte invaliditetsgraden ble satt til 30-35%. Kontoret for voldsoffererstatning har utmålt menerstatning etter separasjonsprinsippet. Det er blitt tilkjent menerstatning etter gruppe 2 (30%) i invaliditetstabellen for menerstatning, jf. forskrift om menerstatning for yrkesskade av 21. april 1997. Dette utgjorde tilsammen kr 346.393 i menerstatning.

Klagers advokat har anført at differanseprinsippet må legges til grunn for beregningen, jf. Rt-2015-820.

Nemnda viser til Rt-2015-820 der Høyesterett slår fast at differanseprinsippet danner utgangspunktet for fastsettelsen av menerstatning i flerskadetilfellene, men at separasjonsprinsippet setter en nedre grense. I saken for Høyesterett hadde skadelidte en inngangsinvaliditet på 41% og en skaderelatert medisinsk invaliditet på 40%. Høyesterett tok dermed konkret stilling til et sakstillfelle med en inngangsinvaliditet på over 15%, som er grensen for å utløse menerstatning.

Spørsmålet for nemnda er hvilket prinsipp som skal anvendes i foreliggende sak, der inngangsinvaliditeten er under 15%.

Nemnda fant i sitt vedtak av 21. september 2016, (ENV-2016-2142), at differanseprinsippet som utgangspunkt skal anvendes som utmålingsprinsipp også der inngangsinvaliditeten er under 15%:

Nemnda finner etter en helhetsvurdering at differanseprinsippet skal være utgangspunktet for fastsettelsen av menerstatning i flerskadetilfellene, også der inngangsinvaliditeten er under 15%. Nemnda finner at grunnskaden er av betydning for klagers livsutfoldelse i dag. Det vises til lovens formål om å kompensere skadelidte for den reduserte livsutfoldelsen den siste skaden har medført. Nemnda viser også til Rt-2015-820, hvor det særlig ble lagt vekt på prinsippet om at skadevolder må ta skadelidte som han er.

For å beregne menerstatning etter differanseprinsippet må det utmåles en total medisinsk invaliditet, som omfatter både klagers inngangsinvaliditet og skaderelatert invaliditet, for deretter å trekke fra hva en eventuell inngangsinvaliditet utgjør.

Etter en ny vurdering finner nemndas flertall, bestående av Harald Jølle og Marianne Jakobsen, at reduksjonsmetoden som et utgangspunkt skal anvendes ved beregning av menerstatning ved flerskader. Når man bruker denne metoden vil hver enkelt skade få en lavere invaliditet enn hva skadene er fastsatt til enkeltvis. Hensynet bak dette prinsippet er at samlet invaliditet ikke skal bli over 100%. Det utelukkes ikke at det etter en skjønsmessig vurdering kan gjøres unntak fra å anvende reduksjonsmetoden. I nærværende sak finner imidlertid nemndas flertall ikke at det er grunnlag for å fravike dette prinsippet.

Klager ble ansett å ha en inngangsinvaliditet på 5-10% forut for de aktuelle forholdene i saken, og den skaderelaterte invaliditetsgraden ble satt til 30-35%. Nemnda legger til grunn at klager hadde en inngangsinvaliditet på 5% og en skaderelatert medisinsk invaliditet på 35%.

Inkludert inngangsinvaliditeten blir klagers totale medisinske invaliditet ved bruk av reduksjonsmetoden $(100-5) \times 35\% = 33,25\% + 5\% = 38,25\%$ tilsvarende gruppe 3 (35 - 44%). Videre legges det til grunn at klager hadde en inngangsinvaliditet på 5% forut for hendelsene, som ikke fører til et fradrag i utmålingen.

Ved bruk av separasjonsprinsippet blir menerstatning også utmålt etter gruppe 3 (35%).

Klager er tidligere blitt tilkjent kr 346.393 i menerstatning av Kontoret for voldsoffererstatning. Dette beløpet kommer til fradrag. Ved beregning i Erstatningsjus utgjør menerstatning i gruppe 3 kr 533.169, som avrundes til 534 000. Klager tilkjennes ytterligere kr 187.607 i menerstatning.

Mindretallet, bestående av Carl Gunnar Sandvold, er av den oppfatning at det utmålingsprinsippet som gir det mest gunstige resultatet skal legges til grunn. I nærværende sak vil det være mest gunstig å utmåle etter differanseprinsippet. Mindretallet finner videre at inngangsinvaliditeten og den skaderelaterte medisinske invaliditeten skal summeres for å finne klagers totale medisinske invaliditet, jf. Rt-2015-820. Klagers medisinske invaliditet som følge av de skadevoldende handlingene faller dermed inn under gruppe 3 (40%) etter invaliditetstabellen, og klager hadde en inngangsinvaliditet på 5% forut for hendelsene, som ikke fører til et fradrag i utmålingen. Utmålingen blir tilsvarende som flertallet.

Klagen har ført frem.

Erstatningsnemnda for voldsofre - ENV-2016-1023

Instans	Erstatningsnemnda for voldsofre - vedtak
Dato	2017-01-31
Publisert	ENV-2016-1023
Stikkord	Voldsoffererstatningsloven § 5. Menerstatning. Differanseprinsippet. Reduksjonsmetoden. Stadfestelse.
Sammendrag	Nemnda fant at det som utgangspunkt for flerskader skulle beregne menerstatning ved bruk av differanseprinsippet. Nemndas flertall fant at reduksjonsmetoden måtte anvendes for å finne klagers totale invaliditet, mens mindretallet fant at total medisinsk invaliditet var en summasjon mellom klagers inngangsinvaliditet og skaderelatert invaliditet.
Saksgang	ENV 2016/1023
Forfatter	Carl Gunnar Sandvold, Harald Jølle, Marianne Jakobsen.

Behandling av klage - Voldsoffererstatning - NN født xxxx61

Vedtak av Erstatningsnemnda for voldsofre (nemnda)

Kontoret for voldsoffererstatnings vedtak stadfestes.

Aktuelle saksopplysninger:

Dato:	31.01.2017	KFV saksnr:	15/07189
ENV saksnr:	2016/1023	Klage mottatt KFV:	25.11.2015
Klage mottatt SRF:	21.03.2016		
Hendelsesdato:	2001-2008		
Politianmeldt:	06.10.2009 til x politidistrikt.		
Avgjort:	Henlagt 02.02.2012 grunnet delvis foreldelse (familievold) og delvis bevisets stilling (voldtekt).		
Søknadsdato:	10.04.2014		
Rettsgrunnlag:	Voldsoffererstatningsloven		

NN ble utsatt for vold og voldtekt i x av en nærstående. Som følge av dette fikk klager blåmerker, ribbensbrudd og psykiske skader.

Det er søkt om menerstatning og oppreisning med et uspesifisert beløp.

Klagen gjelder vedtak av 28. oktober 2015 fra Kontoret for voldsoffererstatning hvor klager ble tilkjent kr 394.927 i menerstatning og kr 225.000 i oppreisning.

Advokat x har på vegne av klager påklaget vedtaket. Klagen er begrunnet med at menerstatningen er satt for lavt. Det er anført at SSBs levetidstabell skal legges til grunn for utmålingen, jf. Oslo tingretts dom TOSLO-2015-12190. Det er videre anført at differanseprinsippet skal legges til grunn for beregningen, jf. Rt-2015-820.

Kontoret for voldsoffererstatning tilkjente ytterligere menerstatning med kr 41.410 i vedtak av 27. november 2015 på bakgrunn av SSBs levetidstabell. Videre ble det etter en regnefeil i Erstatningsjus tilkjent ytterligere kr 49.526 i menerstatning, jf. vedtak av 15. januar 2016.

Vurdering

I henhold til voldsoffererstatningsloven § 5 kan det tilkjennes menerstatning dersom skadelidte har fått varig og betydelig skade av medisinsk art. Erstatningen fastsettes under hensyn til menets medisinske art og størrelse og dets betydning for den personlige livsutfoldelse. Det gis ikke menerstatning ved lavere invaliditetsgrad enn 15%.

Menerstatning utmåles etter de ordinære reglene for utmåling av menerstatning etter skadeerstatningsloven § 3-2. For å ha rett til menerstatning kreves det at klagers skade må være av varig art, jf. skadeerstatningsloven § 3-2. Det kreves ikke at skaden er livsvarig. I Rt-2003-841 kom Høyesterett til at 10 år ligger i det nedre sjiktet av hva som kan anses å være varig, og at 3-5 år ikke regnes som varig. Etter fast nemndspraksis må den varige medisinske invaliditeten dokumenteres ved en spesialisterklæring.

Det vises til spesialisterklæring fra spesialpsykolog x av 9. april 2015 som har satt klagers varige medisinske invaliditet til 45%. Det konkluderes med at klager er blitt påført psykiske skader som følge av de anførte forholdene i saken. Den psykiske skaden hadde allerede vart i mer enn 7 år, og det ble ansett som mer enn 50% sannsynlig at invaliditeten ville vedvare i 5-10 år fremover. Klager ble ansett å ha en inngangsinvaliditet på 10% forut for de aktuelle forholdene i saken. Den skaderelaterte invaliditetsgraden ble satt til 35%. Kontoret for voldsoffererstatning har utmålt menerstatning etter separasjonsprinsippet. Det er blitt tilkjent menerstatning etter gruppe 3 (35%) i invaliditetstabellen for menerstatning, jf. forskrift om menerstatning for yrkesskade av 21. april 1997. Dette utgjorde tilsammen kr 485.863 i menerstatning.

Klagers advokat har anført at differanseprinsippet må legges til grunn for beregningen, jf. Rt-2015-820.

Nemnda viser til Rt-2015-820 der Høyesterett slår fast at differanseprinsippet danner utgangspunktet for fastsettelsen av menerstatning i flerskadetilfellene, men at separasjonsprinsippet setter en nedre grense. I saken for Høyesterett hadde skadelidte en inngangsinvaliditet på 41% og en skaderelatert medisinsk invaliditet på 40%. Høyesterett tok dermed konkret stilling til et sakstillfelle med en inngangsinvaliditet på over 15%, som er grensen for å utløse menerstatning.

Spørsmålet for nemnda er hvilket prinsipp som skal anvendes i foreliggende sak, der inngangsinvaliditeten er under 15%.

Nemnda fant i sitt vedtak av 21. september 2016, (ENV-2016-2142), at differanseprinsippet som utgangspunkt skal anvendes som utmålingsprinsipp også der inngangsinvaliditeten er under 15%:

Nemnda finner etter en helhetsvurdering at differanseprinsippet skal være utgangspunktet for fastsettelsen av menerstatning i flerskadetilfellene, også der inngangsinvaliditeten er under 15%. Nemnda finner at grunnskaden er av betydning for klagers livsutfoldelse i dag. Det vises til lovens formål om å kompensere skadelidte for den reduserte livsutfoldelsen den siste skaden har medført. Nemnda viser også til Rt-2015-820, hvor det særlig ble lagt vekt på prinsippet om at skadevolder må ta skadelidte som han er.

For å beregne menerstatning etter differanseprinsippet må det utmåles en total medisinsk invaliditet, som omfatter både klagers inngangsinvaliditet og skaderelatert invaliditet, for deretter å trekke fra hva en eventuell inngangsinvaliditet utgjør.

Etter en ny vurdering finner nemndas flertall, bestående av Harald Jølle og Marianne Jakobsen, at reduksjonsmetoden som et utgangspunkt skal anvendes ved beregning av menerstatning ved flerskader. Når man bruker denne metoden vil hver enkelt skade få en lavere invaliditet enn hva skadene er fastsatt til enkeltvis. Hensynet bak dette prinsippet er at samlet invaliditet ikke skal bli over 100%. Det utelukkes ikke at det etter en skjønnsmessig vurdering kan gjøres unntak fra å anvende reduksjonsmetoden. I nærværende sak finner imidlertid nemndas flertall ikke at det er grunnlag for å fravike dette prinsippet.

Klager ble ansett å ha en inngangsinvaliditet på 10% forut for de aktuelle forholdene i saken, og den skaderelaterte invaliditetsgraden ble satt til 35%.

Inkludert inngangsinvaliditeten blir klagers totale medisinske invaliditet ved bruk av reduksjonsmetoden $(100 - 10) \times 35\% = 31,5\% + 10\% = 41,5\%$ tilsvarende gruppe 3 (35 - 44%). Videre legges det til grunn at klager hadde en inngangsinvaliditet på 10% forut for hendelsene, som ikke fører til et fradrag i utmålingen.

Ved bruk av separasjonsprinsippet blir menerstatning også utmålt etter gruppe 3 (35%).

Klager er tidligere blitt tilkjent kr 485.863 i menerstatning av Kontoret for voldsoffererstatning etter gruppe 3. Kontoret for voldsoffererstatnings vedtak blir følgelig å stadfeste.

Mindretallet, bestående av Carl Gunnar Sandvold, er av den oppfatning at det utmålingsprinsippet som gir det mest gunstige resultatet skal legges til grunn. I nærværende sak vil det være mest gunstig å utmåle etter differanseprinsippet. Mindretallet finner videre at inngangsinvaliditeten og den skaderelaterte medisinske invaliditeten skal summeres for å finne klagers totale medisinske invaliditet, jf. Rt-2015-820. Klagers medisinske invaliditet som følge av de skadevoldende handlingene faller dermed inn under gruppe 4 (45%) etter invaliditetstabellen, og klager hadde en inngangsinvaliditet på 10% forut for hendelsene, som ikke fører til et fradrag i utmålingen. Det foretas ingen utmåling ettersom det er flertallets standpunkt som blir gjeldende.

Klagen har etter dette ikke ført frem.

Erstatningsnemnda for voldsofre - ENV-2016-2142

Instans	Erstatningsnemnda for voldsofre - vedtak
Dato	2016-09-21
Publisert	ENV-2016-2142
Stikkord	Voldsoffererstatningsloven § 5. Menerstatning. Utmåling. Medhold.
Sammendrag	Nemnda fant at differanseprinsippet er utgangspunktet for fastsettelsen av menerstatning i flerskadetilfellene, også der inngangsinvaliditeten er under 15 %. Søker ble derfor tilkjent ytterligere voldsoffererstatning.
Saksgang	ENV 2016/2142
Forfatter	Carl Gunnar Sandvold, Harald Jølle, Marianne Jakobsen.

Voldsoffererstatning - NN født xxxx71

Vedtak av Erstatningsnemnda for voldsofre (nemnda):

NN tilkjennes ytterligere kr 195.000 i voldsoffererstatning fra staten.

Aktuelle saksopplysninger:

Dato:	21.09.2016	KFV saksnr:	16/04367
ENV saksnr:	2016/2142	Klage mottatt KFV:	06.06.2016
Klage mottatt SRF:	16.06.2016		

Hendelsesdato:	I perioden juni 2009 til desember 2009.
Avgjort:	X lagmannsretts dom av 17.02.2012. Oppgitt skadevolder er dømt for en overtredelse av straffeloven 1902 § 192 første ledd bokstav a, jf. andre ledd bokstav a, jf. tredje ledd bokstav b, to overtredelser av straffeloven 1902 § 192 første ledd bokstav a, jf. andre ledd bokstav a, en overtredelse av straffeloven 1902 § 219 første ledd, samt de forhold som er rettskraftig avgjort ved dom fra X tingrett. Oppgitt skadevolder ble også dømt til å betale søker kr 250.000 i oppreisning, kr 38.131 i økonomisk tap og kr 91.405 for tapt inntekt og fremtidig tap.
Søknadsdato:	Tilleggssøknad av 10.04.2014
Rettsgrunnlag:	Voldsoffererstatningsloven

NN ble utsatt for voldtekt og familievold fra en nærstående person flere steder i X. Som følge av dette skal hun ha fått psykiske skader.

Det er søkt om dekning av lidt inntektstap, utgifter, ménerstatning og utgifter til en sakkyndig erklæring.

Søker ble i KFVs vedtak av 11. juni 2012 tilkjent kr 38.131 i erstatning for påførte utgifter, kr 91.405 i erstatning for lidt og fremtidig inntektstap og oppreisning med kr 250.000. Det vises til lagmannsrettens dom i saken.

I KFVs vedtak av 28. august 2014 ble søker tilkjent erstatning for lidt inntektstap med kr 118.372, fremtidig inntektstap med kr 136.926 og dekning av utgifter til behandling med kr 4.125. Vedtaket ble påklaget. I vedtak av 28. november 2014 fra Statens sivilrettsforvaltning ble søker tilkjent ytterligere kr 53.174 i erstatning for inntektstap.

KFV har i vedtak av 14. juli 2015 tilkjent søker kr 24.000 til innhenting av en spesialisterklæring. Det ble ikke tilkjent reiseutgifter til søker og ledsager. Vedtaket ble påklaget. KFV tilkjente i vedtak av 28. august 2015 søker kr 4.500 i erstatning for egne reiseutgifter. Den delen av klagen som gjaldt reiseutgifter til ledsager ble sendt klageinstansen. I vedtak av 22. oktober 2015 stadfestet Statens sivilrettsforvaltning KFVs vedtak.

Klagen gjelder vedtak av 23. mai 2016 fra Kontoret for voldsoffererstatning (KFV), hvor søker ble innvilget kr 481.377 i ménerstatning.

Søker er til sammen blitt tilkjent kr 1.202.030 i voldsoffererstatning fra staten.

Advokat X har på vegne av søker begrunnet klagen med at KFVs beregning av ménerstatningen må anses uriktig. Det anføres at differanseprinsippet må legges til grunn for beregningen av menerstatningen. Søker skulle da ha vært tilkjent kr 673.623 i erstatning, jf. vedlagte beregning.

Vurdering:

I henhold til voldsoffererstatningsloven § 5 kan det tilkjennes menerstatning dersom skadelidte har fått varig og betydelig skade av medisinsk art. Erstatningen fastsettes under hensyn til menets medisinske art og størrelse og dets betydning for den personlige livsutfoldelse. Det gis ikke menerstatning ved lavere invaliditetsgrad enn 15 %.

Menerstatning utmåles etter de ordinære reglene for utmåling av menerstatning etter skadeerstatningsloven § 3-2. For å ha rett til menerstatning kreves det at søkers skade må være av varig art, jf. skadeerstatningsloven § 3-2. Det kreves ikke at skaden er livsvarig. I Rt-2003-841 kom Høyesterett til at 10 år ligger i det nedre sjiktet av hva som kan anses å være varig, og at 3-5 år ikke regnes som varig.

Etter fast nemndspraksis må den varige medisinske invaliditeten dokumenteres ved en spesialisterklæring.

Det vises her til spesialisterklæring av 16. februar 2016 fra psykologspesialist X ved X. Det konkluderes med at søker er blitt påført psykiske skader som følge av de anførte forholdene i saken og at hun vil ha behov for psykiatrisk behandling i 5-10 år fremover. Søker ble ansett å ha en inngangsinvaliditet på 10 % forut for de aktuelle forholdene i saken. Den skaderelaterte invaliditetsgraden ble satt til 35 %.

Nemnda finner at det foreligger tilstrekkelig årsakssammenheng mellom den skadevoldende handlingen og søkers medisinske invaliditet, og at søkers skade anses som varig. Søker har således krav på menerstatning.

Når det gjelder utmålingen vises det til Høyesteretts dom, Rt-2015-820, hvor Høyesterett tok stilling til hvilket prinsipp det skal tas utgangspunkt i på prinsipielt grunnlag (separasjonsprinsippet eller differanseprinsippet).

I dommens avsnitt 49 viser førstvoterende til skadeerstatningsloven § 3-2 og at menerstatning er ment å kompensere for skadelidtes tapte livsutfoldelse som følge av den aktuelle skaden, og at dette innebærer at utmåling etter separasjonsprinsippet må være et minimum. Førstvoterende uttaler etter dette at; *«dette bør - slik jeg ser det - føre til at differanseprinsippet kommer til anvendelse der dette vil gi skadelidte høyere erstatning. På denne måten vil man ved erstatningsutmålingen få tatt hensyn til hvilket nivå inngangsinvaliditeten befinner seg på.»* I dommens avsnitt 54 fremgår det også at *«differanseprinsippet må danne utgangspunktet for fastsettelsen av menerstatning i flerskadetilfellene, men at erstatning utmålt etter separasjonsprinsippet setter en nedre grense.»* Det vises videre til at *«en slik fremgangsmåte samsvarer godt med hovedregelen om at skadevolder må ta «skadelidte som han er», jf. Lødrup, lærebok i erstatningsrett, 6. utgave, side 519.»*

Nemnda bemerker at Høyesterett her konkret tok stilling til et saksforhold, hvor inngangsinvaliditeten var over 15 %, noe som ikke er tilfellet i denne saken.

I foreliggende sak har KFV lagt til grunn separasjonsprinsippet. KFV la til grunn for beregningen at søker har en skaderelatert medisinsk invaliditetsgrad på 35 %. Det ble sett bort fra grunnskaden til søker. Det vises til spesialisterklæringen, hvor det fremgår at søker anses å ha en inngangsinvaliditetsgrad på 10 %. Søker ble dermed plassert i gruppe 3 i invaliditetstabellen for menerstatning, jf. forskrift om menerstatning for yrkesskade av 21. april 1997.

Spørsmålet for nemnda er om det i foreliggende sak skal utmåles menerstatning etter separasjonsprinsippet eller differanseprinsippet.

I denne saken er den medisinske invaliditetsgraden fastsatt til 10 %, noe som betyr at det ikke oppstår en differanse mellom brutto- og differanseprinsippet.

Nemnda finner etter en helhetsvurdering at differanseprinsippet skal være utgangspunktet for fastsettelsen av menerstatning i flerskadetilfellene, også der inngangsinvaliditeten er under 15 %. Nemnda finner at grunnskaden er av betydning for søkers livsutfoldelse i dag. Det vises til lovens formål om å kompensere skadelidte for den reduserte livsutfoldelsen den siste skaden har medført. Nemnda viser også til Rt-2015-820, hvor det særlig ble lagt vekt på prinsippet om at skadevolder må ta skadelidte som han er.

Det legges etter dette til grunn at søkers medisinske invaliditet som følge av de skadevoldende handlingene faller inn under gruppe 4 (45-54 %) etter invaliditetstabellen i Forskrift om menerstatning ved yrkesskade. Videre legges det til grunn at søker hadde en inngangsinvaliditet på 10 % forut for hendelsene som ikke fører til et fradrag i utmålingen. Ved beregning i Erstatningsjus utgjør dette en erstatning på kr 673.623 (gruppe 4) som avrundes til kr 675.000.

Søker er tidligere blitt tilkjent kr 481.377 i menerstatning av KFV. Dette beløpet kommer til fradrag. Det vises til KFVs vedtak av 23. mai 2016. Søker skal etter dette tilkjennes ytterligere kr 193.623 i menerstatning, avrundet til kr 195.000.

Klagen har ført frem.

Erstatningsnemnda for voldsofre - ENV-2016-1704-1

Instans	Erstatningsnemnda for voldsofre - vedtak
Dato	2016-09-21
Publisert	ENV-2016-1704-1
Stikkord	Forvaltningsloven § 35. Voldsoffererstatningsloven § 4, § 5 og § 6. Begjæring om omgjøring. Menerstatning. Flerskade. Oppreisning. Inntektstap. Medhold.
Sammendrag	Søker skal ha vært utsatt for vold og seksuelle overgrep av en nærstående. Begjæring om omgjøring ble tatt til følge etter at det var fremlagt spesialisterklæring. Det ble tilkjent ytterligere menerstatning og oppreisning. Søker ble i spesialisterklæringen vurdert å ha en inngangsinvaliditet på 10 % som følge av vold og omsorgssvikt i tiden før oppgitt skadevolder kom inn i familien. Søker hadde videre et rusmisbruk som ble vurdert som en selvstendig skade som bidro med 5 % invaliditet. Dette selv om søkers rusmisbruk i stor grad var et uttrykk for selvmedisinering i forhold til de belastninger søker har opplevd. De ble ikke funnet grunnlag for å fravike vurderingen slik den fremgikk av spesialisterklæringen, med en beregning av menerstatning ut fra en skaderelatert invaliditetsgrad på 35 %.
Saksgang	ENV 2016/1704-1. For senere vedtak se ENV-2016-1704-2.
Forfatter	Carl Gunnar Sandvold, Harald Jølle, Marianne Jakobsen.

Voldsoffererstatning - NN født xxxx91

Vedtak av Erstatningsnemnda for voldsofre:

Omgjøringsbegjæringen tas til følge. Søker tilkjennes ytterligere kr 450 000 i voldsoffererstatning fra staten. Den del av søknaden som gjelder inntektstap returneres til KfV for videre behandling.

Aktuelle saksopplysninger:

Dato:	21.09.2016		
ENV saksnr:	2016/1704		
Klage mottatt SRF:	10.05.2016	KfV saksnr:	16/00507-2
Klage mottatt KfV:	01.02.2016		

Hendelsesdato:	I perioden 1996 til 2008
Politianmeldt:	29.10.2012 til X politidistrikt
Avgjort:	Henlagt 24.10.2013 på grunn av bevisets stilling
Søknadsdato:	31.10.2012
Rettsgrunnlag:	Voldsoffererstatningsloven

NN skal ha blitt utsatt for vold og seksuelle overgrep fra oppgitt skadevolder, samt vært vitne til vold begått mot moren av oppgitt skadevolder. Som følge av dette skal søker ha fått psykisk skade.

Det er søkt om erstatning for påført og fremtidig inntektstap, behandlingsutgifter, menerstatning, oppreisning med uspesifisert beløp, samt forhåndstilsagn til dekning av utgifter til spesialisterklæring.

Erstatningsnemnda for voldsofre fattet 15. oktober 2014 vedtak hvor det ble funnet klart sannsynliggjort at søker har vært utsatt for vold fra oppgitt skadevolder, samt vært vitne til vold mot moren. Det ble ikke funnet

klart sannsynliggjort at søker har vært utsatt for seksuelle overgrep fra oppgitt skadevolder. Det ble tilkjent dekning av utgifter til spesialisterklæring og saken ble returnert til KfV for utmåling av erstatning.

Klagen gjelder vedtak av 15. januar 2016 fra Kontoret for voldsoffererstatning (KfV), hvor søker ble innvilget kr 292.958 i menerstatning.

Advokat X har på vegne av søker begjært nemndas vedtak av 15. oktober 2014 omgjort. Det anføres at det er klart sannsynliggjort at søker også har vært utsatt for seksuelle overgrep. Det vises til spesialisterklæring fra psykologspesialist X, hvor det vurderes som helt klart at søker har vært utsatt for seksuelle overgrep fra oppgitt skadevolder.

Det klages videre over KfVs vedtak om menerstatning. Det er anført at det fremstår som svært uheldig at det anførte seksuelle overgrepet ikke er funnet klart sannsynliggjort, for deretter å begrunne en avkortning i invaliditetsgrad med at invaliditeten også skyldes andre årsaker/det seksuelle overgrepet. Det anføres at søkers men skyldes samvirkende årsaker, at alle årsakene må hefte fullt ut for skaden, og at det ikke er anledning til å dele opp årsakene til én og samme skade når årsakene er fra samme skadevolder og har skjedd i samme tidsperiode. Det er anført at dette er i strid med læren om samvirkende årsaker og vist til blant annet Rt-2015-820, samt p-pille dom I og II. Det anføres at søkers menerstatning beregnes etter en invaliditetsgrad på 40 %.

Til sist anføres at rusandelen på 5 % skyldes omsorgssvikt/vold fra oppgitt skadevolder, og må anses som en påregnelig følge av hvordan skadelidte har hatt det i oppveksten og at det er feil å anse dette som inngangsinvaliditet.

Vurdering:

Begjæring om omgjøring av nemndas vedtak

Et forvaltningsorgan kan omgjøre sitt eget vedtak etter anmodning dersom endringen ikke er til skade for noen som vedtaket retter seg mot, jf. forvaltningsloven § 35 første ledd bokstav a). For at en begjæring om omgjøring skal tas til følge, må det i henhold til forvaltningspraksis foreligge nye opplysninger, som anses å ha betydning for resultatet i saken.

I forhold til slik saken sto ved nemndas behandling, er det utarbeidet spesialisterklæring fra psykologspesialist X.

Nemnda fant i likhet med KfV det ikke klart sannsynliggjort at søker hadde vært utsatt for seksuelle overgrep fra oppgitt skadevolder. Det ble særlig lagt vekt på at det forelå motstridende forklaringer og at det ikke forelå bevis som i tilstrekkelig grad underbygde søkers forklaring om hendelsesforløpet. Nemnda la videre vekt på at seksuelle overgrep ikke var nevnt i den medisinske dokumentasjonen som var vedlagt saken.

Etter nemndas syn er det på bakgrunn av ovennevnte spesialisterklæring nå klart sannsynliggjort at søker har vært utsatt for seksuelle overgrep fra oppgitt skadevolder. I spesialisterklæringen fra X er det fremkommet opplysninger som har betydning for resultatet i saken. Det er i erklæringen foretatt en grundig gjennomgang av søkers historie og medisinske dokumentasjon. Det vises til at søker ifølge spesialisterklæringen har alvorlig psykisk skade som spesielt skyldes seksuelle overgrep fra oppgitt skadevolder og at det vurderes som helt klart at søker har vært utsatt for seksuelle overgrep, basert på data fra søker og hennes symptomutvikling fra 14 års alder og frem til dags dato.

Omgjøringsbegjæringen har ført frem.

Klage over utmåling av menerstatning

I henhold til voldsoffererstatningsloven § 5 kan det tilkjennes menerstatning dersom søker har fått varig og betydelig skade av medisinsk art. Erstatningen fastsettes under hensyn til menets medisinske art og størrelse og dets betydning for den personlige livsutfoldelse. Det gis ikke menerstatning ved lavere invaliditetsgrad enn 15 %. Det følger av fast praksis at søkers medisinske invaliditet må dokumenteres med en spesialisterklæring.

Søkers samlede invaliditet er i spesialisterklæringen beregnet til 50 %. Det fremgår at søker har diagnosen posttraumatisk stresslidelse av alvorlig grad, samt at hun oppfyller kriteriene for traumereaksjoner. Det vurderes at det foreligger en inngangsinvaliditet på 10 % som følge av vold og omsorgssvikt i tiden før oppgitt skadevolder kom inn i familien, samt vedvarende vold og omsorgssvikt fra en annen nærstående. Det fremgår videre at søkers rusmisbruk vurderes som en selvstendig skade, og at den bidrar med 5 % i forhold til hennes

mèn for psykisk skade. Dette selv om søkers rusmisbruk i stor grad har vært uttrykk for selvmedisinering i forhold til de belastninger søker har opplevd. Det konkluderes med at søker har et skaderelatert mèn på grunn av PTSD forårsaket av vold og seksuelle overgrep fra oppgitt skadevolder på 35 %. Vurderingen er bygget på alvorsgraden og antallet traumatiske hendelser oppgitt skadevolder påførte søker gjennom mange år. Dette tilsier menerstatning etter gruppe 3, jf. § 3 i forskrift om menerstatning ved yrkesskade av 21. april 1997 nr. 373 § 3 nr. 1.

Advokat X har i klagen anført at søkers skade som følge av rusmisbruk som bidrar til 5 % invaliditet, skyldes vold og overgrep fra oppgitt skadevolder. Det anføres at det eventuelt må avvises på grunn av at denne del av søkers invaliditet ikke har tilstrekkelig årsakssammenheng med søknaden.

Nemnda finner ikke grunnlag for å fravike vurderingen slik den fremgår av spesialisterklæringen, med en beregning av menerstatning ut fra en skaderelatert invaliditetsgrad på 35 %. Det vises til at det i spesialisterklæringen er vurdert at søkers rusproblemer har vært en følge av de skadevoldende handlingene søker har opplevd, men at det likevel vurderes som en selvstendig skade. Nemnda finner videre at det ikke foreligger tilstrekkelig årsakssammenheng mellom søkers rusproblemer og de skadevoldende handlingene til at det kan tilkjennes menerstatning for denne skaden.

Etter en utregning i beregningsprogrammet Ejus utgjør menerstatningen totalt kr 541.065. Det er tatt utgangspunkt i søkers totale invaliditetsgrad på 50 % med fradrag på 15 % inngangsinvaliditet. Beregningen er foretatt etter differanseprinsippet, se bl.a. Rt-2015-820. I vedtak av 15. januar 2016 utbetalte KFV kr 202.958 i menerstatning. Dette beløpet kommer til fradrag ved utbetaling av menerstatning. Søker tilkjennes etter dette ytterligere kr 338.107 i menerstatning, som avrundes til kr 340.000.

Oppreisning

Oppreisning for påført tort og smerte kan tilkjennes med en slik engangssum som finnes rimelig, jf. voldsoffererstatningsloven § 6. Ved utmålingen legges det vekt på hvor alvorlig handlingen er isolert sett, sammenholdt med de konsekvenser handlingen har fått for søkeren.

Søker er tilkjent kr 90.000 i oppreisning i KFVs vedtak 15. januar 2016 for vold og opplevd vold fra oppgitt skadevolder. Nemnda finner at oppreisningen passende kan settes til kr 200.000. Det er lagt vekt på at søker i oppveksten har blitt utsatt for vold og seksuelle overgrep over en lang periode i sitt eget hjem, fra en nærstående skadevolder. Videre er det sett hen til psykiske skader søker er påført som følge av handlingene.

Søker tilkjennes etter dette ytterligere kr 110.000 i oppreisning.

Inntektstap

Det fremgår av KFVs vedtak 15. januar 2016 at inntektstap hva gjelder volden søker har vært utsatt for behandles i et annet vedtak, da søker har hatt en klagesak om uførepensjon hos NAV. Etter vedtak om omgjøring må det ved beregningen av inntektstap tas i betraktning at det også er funnet klart sannsynliggjort at søker er utsatt for seksuelle overgrep. Den del av søknaden som gjelder inntektstap returneres til KFV for videre behandling.

Klagen har ført frem.

Erstatningsnemnda for voldsofre - ENV-2015-4143

Instans	Erstatningsnemnda for voldsofre - vedtak
Dato	2016-04-21
Publisert	ENV-2015-4143
Stikkord	Voldsoffererstatningsloven § 5. Menerstatning. Flerskade. Spesialisterklæring. Avslag.
Sammendrag	Nemnda stadfestet KFVs vedtak om utmåling av menerstatning. Søkers advokat ba om en ny vurdering av menerstatningskravet uten forutgående utredning fra nevrolog for å spare kostnader og anførte at søker i tillegg til psykisk skade ble påført en hodeskade. Subsidiært ble det anført at søker måtte utredes for hodeskade og bedt om dekning av utgifter til innhenting av spesialisterklæring. Nemnda fant det ikke klart sannsynliggjort at en spesialisterklæring ville være utslagsgivende i søkers favør. Det ble vist til at søkers skaderelaterte medisinske invaliditet først ble fastsatt til 25 % for psykiske skader, og ved tilleggserklæring ble søker vurdert å ha 12,3 % skaderelatert medisinsk invaliditet for sine fysiske plager. Det ble heller ikke funnet sannsynliggjort at søker var påført ytterligere skader som følge av den skadevoldende handlingen eller en høyere grad av medisinsk invaliditet enn det som det allerede var tatt høyde for ved utmålingen av menerstatning i KFVs vedtak.
Saksgang	ENV 2015/4143

Voldsoffererstatning - NN født xxxx44

Vedtak av Erstatningsnemnda for voldsofre (nemnda):

Kontoret for voldsoffererstatnings vedtak stadfestes.

Aktuelle saksopplysninger:

Dato:	21.04.2016	KFV saksnr:	15/05580-7
ENV saksnr:	2015/4143	Klage mottatt KFV:	21.09.2015
Klage mottatt SRF:	15.12.2015		

Hendelsesdato: To anledninger høsten 2005
Avgjort: 05.04.2006: avgjort ved dom i X tingrett. Oppgitt skadevolder ble dømt for overtredelse av dagjeldende straffelov § 229 første straffalternativ, jf. § 232. Søker ble i dommen tilkjent erstatning for økonomisk tap og oppreisning med henholdsvis kr 1.700 og kr 10.000.

Søknadsdato: 10.08.2015
Rettsgrunnlag: Voldsoffererstatningsloven

NN skal ved to anledninger ha blitt utsatt for vold, ved at han ble slått i hodet og på kroppen i X av flere skadevoldere. Som følge av dette skal søker ha fått kuttskader, tannskader og ansiktsbrudd.

Det er i tilleggssøknad 10. august 2015 søkt om ytterligere menerstatning. Det er i søknaden blant annet anført at søker i tillegg til psykiske skader også er påført hodeskade med mulig medisinsk invaliditet ut fra nevrologiske årsaker. Det er bedt om at det foretas en ny vurdering av menerstatningskravet uten forutgående utredning fra nevrolog for å spare kostnader og anført at søkers medisinske invaliditet er over gruppe 3.

Klagen gjelder vedtak av 26. august 2015 fra Kontoret for voldsoffererstatning (KFV) der søknad om ytterligere menerstatning ble avslått, på grunn av at det ikke var fremlagt ny spesialisterklæring som dokumenterte en høyere medisinsk invaliditet. Søker ble i samme vedtak tilkjent dekning for advokatutgifter med kr 25.000, som ikke er påklaget. Søker ble i KFVs vedtak 29. august 2012 tilkjent menerstatning med kr 143.357 ut fra en fastsatt skaderelatert medisinsk invaliditet på 25 %. På grunn av ny vurdering fra spesialist hvor søkers medisinske invaliditet ble forhøyet med 12,3 %, og dermed en plassering i gruppe 3 etter tabellen i forskrift om menerstatning ved yrkesskade § 3, ble det tilkjent ytterligere kr 71.672 i menerstatning. Søker ble etter dette tilkjent totalt kr 215.029 i menerstatning.

Advokat X har på vegne av søker begrunnet klagen med at KFV har tolket reglene for utmåling av menerstatning feil. Det er anført at det i KFVs vedtak ikke er tatt hensyn til at det dreier seg om en alvorlig flerskadesak med høy inngangsinvaliditet, og at den medisinske invaliditetsgraden kan forhøyes i flerskadetilfellene. I den forbindelse er det vist til NOU 2011:16, forskrift om menerstatning ved yrkesskade og HR-2015-1362-A. Subsidiært anføres at søker må utredes vedrørende hodeskade og det bes om dekning av utgifter til innhenting av spesialisterklæring.

Vurdering:

I henhold til voldsoffererstatningsloven § 5 kan det tilkjennes menerstatning dersom skadelidte har fått varig og betydelig skade av medisinsk art. Erstatningen fastsettes under hensyn til menets medisinske art og størrelse og dets betydning for den personlige livsutfoldelse. Det gis ikke menerstatning ved lavere invaliditetsgrad enn 15 %.

KFV av slo søknad om ytterligere menerstatning og gruppeopprykk til gruppe 5, som følge av at HR-2015-1362-A ikke åpner for en generell adgang til å kreve gamle saker gjenopptatt og omregnet med basis i differanseprinsippet, og at adgang til å forhøye mængden i flerskadeforhold som omtales i NOU 2011:16 ikke er en vedtatt praksisendring. Søknaden ble videre avslått fordi det ikke var fremlagt spesialistutredning som dokumenterer en høyere medisinsk invaliditetsgrad.

Nemnda finner at det ikke foreligger tilstrekkelig medisinsk dokumentasjon til at det er grunnlag for å utbetale et høyere menerstatningsbeløp. Den fremlagte medisinske dokumentasjon fra nevropsykologisk poliklinikk bidrar ikke i tilstrekkelig grad til å kunne vurdere om søker har en forhøyet medisinsk invaliditet på grunn av hodeskader.

I klageomgangen er det søkt om dekning av utgifter til innhenting av spesialisterklæring, jf. voldsoffererstatningsloven § 14 femte ledd. Bestemmelsen gir i særlige tilfelle adgang til å dekke slike utgifter.

Utgangspunktet er at det påhviler den skadelidte selv å dokumentere sitt krav. Det er kun i særlige tilfeller at voldsoffererstatningsmyndighetene gir forhåndstilsagn om dekning til innhenting av spesialisterklæring, jf. voldsoffererstatningsloven § 14 femte ledd. Bestemmelsen benyttes som hovedregel i tilfeller hvor spesialisterklæringen skal belyse søkers varige medisinske invaliditet eller nedsatte ervervsevne.

Begrepet «særlige» viser at det skal mye til for at det foreligger et tilfelle hvor søker kan få dekket utgifter til innhenting av bevismateriale. Det følger av Ot.prp.nr.10 (2007-2008) s. 35 at det «bør legges vekt på sannsynligheten for at de aktuelle bevisene blir utslagsgivende i offerets favør».

Det fremgår av notat fra X 13. oktober 2008 at søker etter den skadevoldende handlingen i 2005 har hatt smerter og kontinuerlig murring i venstre tinning, samt kortvarige stikkinger og intense hodepiner ledsaget av kvalme. I notat fra nevropsykologisk poliklinikk 13. august 2014 fremgår at søker er henvist til nevrologisk vurdering med mistanke om epilepsi. Diagnosen ble ikke stilt og søker ble henvist til søvndeprivert EEG og polygrafi. Det fremgår at plagene kan skyldes tidligere alkoholmisbruk. I følge journal fra 25. august 2014 var funnene ved EEG normale og det ble ikke funnet noen epileptogene trekk.

På bakgrunn av den fremlagte medisinske dokumentasjonen i tilleggssøknaden finner nemnda at det ikke er tilstrekkelig sannsynliggjort at en spesialisterklæring vil være utslagsgivende i søkers favør. Det vises til at den medisinske utredning søker har gjennomgått i 2014 og 2015 ikke sannsynliggjør at de voldsrelaterte skadene er mer omfattende enn det som er lagt til grunn ved tilkjent menerstatning. Nemnda viser i den forbindelse også til at søker, ved tilleggsuttalelse til spesialisterklæring 22. november 2012, ble vurdert å ha 12, 3 % skaderelatert medisinsk invaliditet for sine fysiske plager.

På bakgrunn av den fremlagte medisinske dokumentasjonen finner nemnda det ikke sannsynliggjort at søker er påført ytterligere skader som følge av den skadevoldende handlingen eller en høyere grad av medisinsk invaliditet enn det som det allerede er tatt høyde for ved utmålingen av menerstatning i KFs vedtak. Det vises blant annet til at det ikke er påvist epilepsi, at polynevropati kan ha mange ulike årsaker som ofte er følge av annen sykdom, og at den hyppigst kjente årsaken er diabetes fulgt av alkoholmisbruk.

Klagen har etter dette ikke ført frem.

Nemndas vedtak er endelig og kan ikke påklages.

Pasientskadenemnda - PSN-2016-327

Myndighet	Pasientskadenemnda - vedtak
Dato	2017-05-22
Doknr/publisert	PSN-2016-327
Sammendrag	Erstatning etter forsinket behandling av epilepsi. Ansvarsgrunnlag og utmåling.
Saksgang	Klagesak nr N2016/0327
Forfatter	Sissel Endresen, Marit Kristoffersen, Sten Nymoen.

Saken gjelder krav om erstatning for følger av mangelfull behandling av epilepsi. Norsk pasientskadeerstatning fattet vedtak vedrørende ansvarsgrunnlaget 02.02.15 (NPE 2011/01730). NPE har så utmålt erstatning til pasienten i vedtak av 30.11.15.

Pasienten klaget på ansvarsvedtaket 25.02.15 og utmålingsvedtaket 23.12.15. Pasientskadenemnda/Helseklage mottok klagesakene 13.01.16.

Advokat ---- representerer pasienten i saken.

Pasienten har fått medhold for forsinket behandling med Vagus Nerve Stimulator (VNS) i perioden 2008 - 2013. Han har fått tilkjent og utbetalt erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE) med totalt kr 220.000. Erstatningen fordeler seg slik:

Menerstatning	kr 190.000
Tapt evne til arbeid i hjemmet	kr 10.000 inkludert renter
<u>Merutgifter</u>	<u>kr 20.000 inkludert renter</u>
Totalt	kr 220.000

Det er ikke tilkjent erstatning for inntektstap. Nemnda skal ta stilling til erstatningens størrelse på samtlige poster. I tillegg mener pasienten at NPE i utmålingsvedtaket ikke har klarlagt hvilke følgeskader han har fått erstattet, slik at nemnda også skal ta stilling til ansvarsgrunnlaget.

Pasientskadenemnda har behandlet klagen og har kommet til følgende konklusjon:

1. Norsk pasientskadeerstatnings ansvarsvedtak av 02.02.15 stadfestes (så langt det er påklaget).
2. Pasientskadenemnda endrer Norsk pasientskadeerstatnings utmålingsvedtak av 30.11.15 på postene menerstatning, hjemmearbeidstap, og merutgifter.

Erstatningen tilkjent fra Pasientskadenemnda fordeler seg slik:

Menerstatning	kr 358.697
Påført inntektstap	kr 447.000 inkludert renter
Fremtidig inntektstap	kr 1.024.000 inkludert skatteulempe
Tapt evne til arbeid i hjemmet	kr 20.000 inkludert renter og skatteulempe
<u>Merutgifter</u>	<u>kr 30.000 inkludert renter og skatteulempe</u>
Totalt	kr 1.879.697

Det gjenstår da kr 1.659.697 til utbetaling fra Norsk pasientskadeerstatning (kr 1.879.697 - 220 000).

3. «pasienten» får dekket utgifter til juridisk bistand i forbindelse med klagesaken med kr 28.500 inkl. mva.

Kort om sakens bakgrunn

Pasienten er en 41 år gammel uføretrygdet mann med fagbrev som ----.

Pasienten opplevde hodetraume med bevissthetstap etter fall fra hems som barn. Han har hatt mangeårig vedvarende og tidvis dyp depresjon. Første anfall med epilepsi var trolig da han var 22 år gammel. I juni 2000 ble pasienten innlagt på sykehus der EEG viste epileptiform aktivitet høyre side frontotemporalt og pasienten fikk medikamentene Lamictal og Trimonil. Ved konsultasjon 21.08.08 ble Keppra lagt til medikasjonen fordi anfallsfrekvensen hadde økt. Samtidig ble Lamictal trappet langsomt ned. På grunn av alvorlige psykiske bivirkninger ble Keppra seponert umiddelbart 21.10.08. Nedtrappingen av Lamictal fortsatte, og han ble kun behandlet med Triminol fra 2009. Etter en økning i anfallsfrekvensen ble medikasjonen endret i 2010 og pasienten ble henvist til

Spesialsykehuset for epilepsi (SSE), men det ble ikke funnet grunnlag for operasjon. I et forsøk på å bedre pasientens epilepsiplager ble det isteden satt inn VNS 18.09.12.

Saken har vært vurdert av nevrolog Gry Klevan 12.01.12, 10.02.12, 09.07.12, 22.10.14, 23.10.14, 16.09.15 og 13.01.16 samt nevrokirurg Knut Wester 28.01.15. Advokaten har tidligere mottatt uttalelsene og forutsettes kjent med dem.

Begrunnelse for vedtaket

Erstatningen er beregnet etter bestemmelsene i lov om skadeserstatning.

Saken er godt nok opplyst til at Pasientskadenemnda kan fatte vedtak.

Ansvarsvedtak av 02.02.15

Pasienter som får økonomisk tap på grunn av pasientskade, har som hovedregel krav på erstatning dersom skaden skyldes svikt ved ytelsen av helsehjelp, se pasientskadeloven § 2 første ledd bokstav a. Begrepet svikt betyr at behandlingen ikke var i samsvar med gjeldende medisinsk praksis på behandlingstiden.

Norsk pasientskadeerstatning har i vedtak av 02.02.15 lagt til grunn at pasienten har krav på erstatning for følgene av forsinket behandling med Vagus Nerve Stimulator i perioden fra 2008 til 2013. NPE viser til at pasienten burde vært henvist til SSE i oktober 2008, og at han da mest sannsynlig ville fått tilbud om behandling med VNS. Han kunne som følge av dette oppnådd anfallsreduksjon på et tidligere tidspunkt og mindre plager i den aktuelle 5-års perioden. I tillegg er det lagt til grunn at pasienten som følge av forsinkelsen har fått en mindre varig skade med noe svekkelse av kognitiv funksjon.

Pasienten anfører at han var utsatt for feilbehandling fra UNN også forut for 2008. Pasienten er av den oppfatning at feilbehandlingen fra UNN dreier seg om langt mer enn at legene ikke henviste eller anbefalte ham behandling med Vagus Nerve Stimulator. Pasienten mener at UNN aldri foretok en adekvat undersøkelse av ham. Ut fra journalbeskrivelsene tyder det på at legene ikke var helt sikre på hvilken type anfall eller epilepsi det var snakk om at han hadde. Det var først når han fikk samboer, og hun ga kompletterende opplysninger, at UNN ble klar over hans alvorlige epilepsi. Pasienten er derfor av den oppfatning at hans type anfall eller epilepsi kunne ha vært avdekket langt tidligere dersom pasienten hadde vært innlagt til observasjon når hans epilepsi ble oppdaget eller i løpet av de neste tre årene.

Behandlingen har ifølge pasienten også vært mangelfull i forhold til seponering av medisinen Keppra. Legen anbefalte pasienten å seponere bruken av Keppra umiddelbart den 20.10.08. Dette medførte at han fikk ni epileptiske anfall etter kort tid. Pasienten stiller spørsmålsteget til om det var riktig å seponere medisinen umiddelbart. Da pasienten ikke vet om ovennevnte har hatt betydning for hans varige plager, anser han det nødvendig å påklage ansvarsgrunnlaget.

Pasienten anfører at legene ved UNN aldri ga informasjon om hvordan anfallene kunne stoppes. Denne informasjonen fikk han ved St. Olavs Hospital i slutten av 2009. Etter den tid ble anfallene redusert. Han fikk resept på Stesolid. Samboeren ga han Stesolid under anfallene, noe som medførte at de stoppet opp. I tillegg bidro Stesolid til at han fungerte dagen etter, og det tok ca. 14 dager før neste anfall, som igjen ble stoppet av Stesolid.

På bakgrunn av sakens dokumenter, herunder dr Klevans erklæringer, finner nemnda at utredningen og behandlingen har vært i tråd med alminnelig god medisinsk praksis frem til oktober 2008. Ifølge dr. Klevan har verken bruken eller seponeringen av Keppra forårsaket varige plager, selv om pasienten fikk en kortvarig økning i anfallsfrekvens. Nemnda legger til grunn at pasientens epilepsiplager har vært i klar bedring etter innsetting av VNS september 2012. Nemnda finner at det mest sannsynlig ikke foreligger årsakssammenheng mellom manglende informasjon vedrørende effekten av Stesolid og pasientens varige plager. Nemnda legger dermed til grunn at pasienten ikke har krav på erstatning for ytterligere tidsperiode eller ytterligere skade/plage enn det som er lagt til grunn i NPEs vedtak.

Utmålingsvedtak av 30.11.15

Pasienten har krav på økt menerstatning

Pasienter som er påført varig og betydelig skade av medisinsk art, har krav på menerstatning. Dette følger av lov om skadeserstatning § 3-2.

Beregningen av menerstatningen er i hovedsak standardisert, ut fra blant annet alder da behandlingsskaden oppsto og folketrygdens grunnbeløp når erstatningen blir utbetalt.

Behandlingsskaden må være varig og tilsvare en medisinsk invaliditetsgrad på minst 15%. Menet fastsettes etter Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell.

Pasienten har fått kr 190.000 i menerstatning fra NPE. Erstatningen er beregnet på bakgrunn av en medisinsk invaliditet i gruppe 1 (15-24%).

Pasienten krever høyere menerstatning og mener den fastsatte invaliditet ikke er dekkende for pasientens plager.

Nemnda finner at det er grunnlag for å øke den tilkjente menerstatningen.

Dr. Klevan har kommet til at pasienten hadde en invaliditetsgrad på 50% i forsinkelsesperioden, jf. invaliditetstabellen punkt 1.7.4. Etter innsetting av VNS er invaliditetsgraden 35%, jf. punkt 1.7.3. Forsinket behandling med VNS i 4,5 - 5 år vurderes således til å ha medført en økt medisinsk invaliditet på 15% i denne perioden. Omtrent halvparten av denne invaliditeten er varig, ifølge sakkyndig.

Medisinsk invaliditet relatert til svekket kognitiv funksjon vurderes ut fra invaliditetstabellen punkt 1.9.2 til 25%. Halvparten av denne invaliditeten vurderes relatert til epilepsien i seg selv, men den andre halvparten er relatert til forsinket behandling. Sakkyndig har konkludert med at behandlingsskaden har medført 21% varig medisinsk invaliditet.

I en tilleggsuttalelse datert 07.06.17 fra nevrolog Klevan er pasientens inngangsinvaliditet vurdert ut fra invaliditetstabellens punkt 1.7.3 til å utgjøre i alle fall 30%. Etter dette har nemnda kommet til at samlet invaliditetsgrad faller inn under gruppe 4 (45-54%) beregnet etter reduksjonsprinsippet (samordning av inngangsinvaliditet og behandlingsskaden) Pasienten har da krav på menerstatning tilsvarende differansen mellom gruppe 4 og gruppe 2, jf. høyesterettsdommen i Rt-2015-820. Beregning i Compensatio viser at dette utgjør kr 358.697.

Til fradrag kommer menerstatning utbetalt av Norsk Pasientskadeerstatning med kr 190.000.

Gjenstående å utbetale i menerstatning blir da kr 168.697.

Norsk Pasientskadeerstatnings vedtak omgjøres på dette punkt.

Pasienten har krav på erstatning for inntektstap

Erstatningen skal dekke inntektstap som mest sannsynlig skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Pasientskadenemnda beregner tapet ut fra den inntekten pasienten sannsynligvis ville fått utbetalt dersom skaden ikke hadde skjedd, og den inntekten pasienten får utbetalt med skaden. Pasientskadenemnda må ta hensyn til utgifter pasienten sparer ved ikke å være i (fullt) arbeid (for eksempel fagforeningskontingent, reiseutgifter, utgifter til pensjonsordning).

Pasienten er utdannet ---- og har jobbet som ----, ----, ----, ----, ----, ---- og ---- innen industri og anlegg. Siden 08.01.08 har han vært 100% utenfor arbeidslivet. Året før behandlingsskaden inntrådte (2008) var han i jobb. Han ble uføretrygdet i 2012. Ifølge innhentede likninger er pasienten registrert med følgende inntekter:

2006:	229 390
2007:	283 147
2008:	336 788
2009:	327 071
2010:	277 901
2011:	287 750
2012:	247 710
2013:	181 204
2014:	187 932
2015:	226 208

Pasienten har ikke fått erstatning for lidt eller fremtidig inntektstap. NPE har lagt vekt på at pasienten mest sannsynlig ville ha blitt arbeidsufør uansett grunnet alkoholproblemer, psykiatri, epilepsi og kognitiv svikt.

Pasienten krever erstatning for lidt inntektstap. Uten skaden mener pasienten at han ville ha tjent det samme som i 2008 med tillegg av 4 prosent lønnstigning hvert år. Pasienten mener at han ville ha vært i 100% jobb frem til pensjonsalder dersom han hadde fått riktig behandling.

Nemnda har kommet til at pasienten har krav på erstatning for påført og fremtidig inntektstap.

Påført tap:

Det fremgår av NPEs vedtak at pasienten har krav på erstatning for forsinket behandling av epilepsi i perioden 2008-2013. Dersom behandlingsskaden tenkes borte ville pasienten fått vagus stimulator i 2008, i stedet for september 2012.

Det fremgår av sakens dokumenter at pasienten fikk fast jobb i 100% stilling fra 20.05.07. Arbeidet besto i reparasjon av lastebiler og vogntog. Anfallene økte utover høsten 2007, men pasienten sto i jobb til tross for dette, med unntak av enkelte sykmeldinger. Utover i 2008 økte anfallsfrekvensen, og sykmeldingene økte også deretter. I løpet av 2008 falt han ut av jobb. Han gikk deretter på arbeidsavklaringspenger og fikk innvilget uførepensjon i 2012.

Det fremgår av de medisinske dokumentene i saken at pasientens epilepsi er vanskelig regulerbar, selv etter at han har fått vagus stimulatoren. Sakkyndig Klevan har konkludert med at pasienten uansett ville hatt en inngangsinvaliditet på 30% som følge av epilepsien i seg selv. Nemnda har på denne bakgrunn kommet til at pasienten mest sannsynlig ville hatt problemer med å stå i 100% stilling. Nemnda viser til fastlegejournalen der det fremgår at legen og pasienten også drøftet muligheten for å gå ned i stillingsprosent før behandlingsskaden inntraff i år 2008. Nemnda legger derfor til grunn at pasienten mest sannsynlig ville klart å stå i 50% stilling, og mottatt 50% ytelse fra NAV uten behandlingsskaden.

Nemnda kan ikke se at det foreligger noe inntektstap i år 2008 og 2009. Første tapsår er derfor år 2010. Nemnda legger til grunn et inntektsnivå på kr 310.000 uten skaden (lønn i 50% stilling kr 175.000 + 50% ytelse fra NAV kr 135.000). Nemnda har videre lagt til grunn 3.5% lønnsøkning de påfølgende år i den påførte tapsperioden når det gjelder inntektsnivå uten skaden, og sett hen til de faktiske tall i likningen når det gjelder inntekt med skaden, jf. beregning fra compensatio.

Påført inntektstap tilkjennes med kr 373.730. I tillegg kommer renter med kr 72.440. Total erstatning utgjør kr 446.170, avrundet kr 447.000.

Fremtidig tap:

Nemnda legger til grunn 2017 som basisår for beregningen av det fremtidige inntektstapet til pasienten. Inntekt uten skaden fastsettes til 222 000 (50% jobb) og 121 000 (50% uføretrygd). Med skaden legges til grunn at pasienten mottar uføretrygd med kr 242.000.

Neddiskontert fremtidstap utgjør etter dette kr 852.870. Tillagts skatteulempe med kr 170.574 utgjør total erstatning som tilkjennes for fremtidig inntektstap kr 1023 444 inkl. skatteulempe (Avrundet kr 1024 000).

Klagen har ført delvis frem på dette punkt.

Pasienten har krav på økt erstatning for redusert evne til arbeid i hjemmet

Verdien av arbeid i hjemmet er likestilt med inntekt, se skadeserstatningsloven § 3-1. Det økonomiske tapet skal beregnes ut fra forskjellen mellom det hjemmearbeidet pasienten gjorde uten skaden og det arbeidet pasienten er i stand til å gjøre med skaden.

Pasienten har fått erstatning for redusert evne til arbeid i hjemmet med kr 10.000. NPE har lagt til grunn at forverret epilepsi og kognitive merplager på grunn av behandlingsskaden ikke har medført nevneverdig reduksjon i hjemmearbeidsevnen, selv om invaliditetsgraden er høy.

Pasienten krever ytterligere erstatning for hjelp i hjemmet. Pasientens kone har lagd mat og gjort rent fordi pasienten var i svært dårlig form etter anfallene.

Nemnda finner at det er grunnlag for å øke den tilkjente erstatningen for redusert evne til arbeid i hjemmet.

Nemnda legger til grunn at pasienten i en periode hvor han hadde økt anfallsfrekvens med epilepsi hadde redusert hjemmearbeidsevne som gir grunnlag for økt erstatning. Nemnda legger til grunn at behovet har vært noe større enn det NPE har lagt til grunn, og tilkjenner skjønnsmessig erstatning med kr 20.000 inkludert renter i den påførte periode.

På bakgrunn av behandlingsskaden art med forverret epilepsi og kognitive merplager, finner ikke nemnda grunnlag for å tilkjenne erstatning for tapt hjemmearbeidsevne i fremtiden.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak omgjøres på dette punkt.

Pasienten har fått utbetalt kr 10.000 inkl. renter fra NPE under denne posten, og det gjenstår derfor å utbetale kr 10.000 inkl. renter.

Pasienten har krav på økt erstatning for utgifter

Pasienten skal ha erstattet økte utgifter som skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1.

Erstatningen skal være et supplement/tillegg til ytelsene som pasienten kan få dekket av det offentlige.

Pasienten må forsøke å begrense tapet, blant annet ved å søke om de offentlige ytelsene som kan være aktuelle.

Pasienten har fått erstatning fra NPE for påførte utgifter med kr 20.000. NPE har lagt til grunn at pasienten uansett ville hatt frikort grunnet behov for antiepileptika, VNS og psykologhjelp. NPE har utbetalt et mindre skjønnsmessig beløp til dekning av utgifter som ikke dekkes under frikortordningen.

Pasienten krever erstatning for ødelagte briller, en pc, en stressless, nattbord, stuebord, baderomsinnredning, klær, madrass og flere dynetrekk. I tillegg har pasienten hatt utgifter til gebyrer for behandlingsutstyr, plasterpakker, salver, transportutgifter samt egenandeler til lege og psykolog. Pasienten mener at han i dag har få utgifter knyttet til grunnskadene (epilepsien) og uten skaden ville han bare hatt utgifter til lege og medisiner hver fjerde måned og ingen behov for behandling hos psykolog.

Nemnda finner grunnlag for å øke den tilkjente erstatningen for merutgifter.

Nemnda finner det sannsynlig at behandlingsskaden med økte epilepsianfall kan ha påført pasienten noen merutgifter med ødelagte gjenstander. Videre finner nemnda det sannsynlig at pasienten uavhengig av behandlingsskaden ville hatt sin grunnsykdom, og at dette ville medført utgifter til legekonsultasjoner, medikamenter med mer. Videre legger nemnda til grunn at pasienten også ville hatt utgifter som følge av sine andre lidelser, jf. fastlegejournalen. Ut fra beskrivelsene av behandlingsskadens omfang i forsinkelsesperioden

finner imidlertid nemnda grunnlag for å øke erstatningen for merutgifter skjønnsmessig til kr 30.000 inkludert renter.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak omgjøres på dette punkt.

Pasienten har fått utbetalt kr 20.000 inkl. renter fra NPE under denne posten, og det gjenstår derfor å utbetale kr 10.000 inkl. renter.

Utgifter til advokathjelp i klageomgangen dekkes

Pasientens advokat har bedt om at pasienten får dekket utgiftene til advokathjelp i klageomgangen med kr 28.500.

Pasienten skal ha dekket vesentlige kostnader som har vært nødvendig for å få endret vedtaket, jf forvaltningsloven § 36.

Ettersom pasienten har fått medhold i klagen, har Pasientskadenemnda kommet til at pasientens utgifter til advokathjelp i klageomgangen skal dekkes i sin helhet med kr 28.500 inkl. mva.

Klagen har ført frem. Saken sendes tilbake til Norsk pasientskadeerstatning for utbetaling av tilkjent av erstatning.

Vedtaket er enstemmig.

Pasientskadenemnda - PSN-2015-7007

Myndighet	Pasientskadenemnda - vedtak
Dato	2017-05-22
Doknr/publisert	PSN-2015-7007
Sammendrag	Utmåling av erstatning for forsinket diagnostikk av Goodpastures-syndrom.
Saksgang	Klagesak nr N2015/7007
Forfatter	Sissel Endresen, Marit Kristoffersen, Sten Nymoen.

Pasienten har krav på erstatning for forsinket diagnostikk av

Goodpastures-syndrom og følgene av dette, herunder utvikling av dialysetrengende nyresvikt.

Norsk pasientskadeerstatning har utmålt erstatning til pasienten i vedtak av 15.06.15 (NPE snr. 2013/03851).

Pasienten klaget på vedtaket 24.06.15. Helseklage mottok klagesaken 17.07.15.

Advokat ---- representerer pasienten i saken.

Pasienten har fått tilkjent og utbetalt erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE) med totalt kr 561.000. Erstatningen fordeler seg slik:

Menerstatning	kr 335.000
Påført hjemmearbeidstap	kr 27.324 inkludert renter
Fremtidig hjemmearbeidstap	kr 114.824
Påførte utgifter	kr 30.000 inkludert renter
Fremtidige utgifter	kr 25.485
<u>Skatteulempe</u>	<u>kr 28.062</u>
Totalt	kr 561.000 inkludert avrunding

Det er ikke tilkjent erstatning på postene lidt og fremtidig inntektstap.

Det er enighet om inntektstap, påførte utgifter og tapt hjemmearbeidsevne etter 2016. Pasientskadenemnda skal behandle klage på postene menerstatning, redusert hjemmearbeidsevne og fremtidige utgifter.

Pasientskadenemnda har behandlet klagen og har kommet til følgende konklusjon:

1. Pasientskadenemnda endrer Norsk pasientskadeerstatnings vedtak av 15.06.15 på posten hjemmearbeidstap. For postene menerstatning og merutgifter opprettholder Pasientskadenemnda Norsk pasientskadeerstatnings vedtak.
2. Den tilkjente erstatningen fordeler seg slik:

Menerstatning:	kr 335.000
Påført hjemmearbeidstap:	kr 72.967 inkludert renter
Fremtidige utgifter:	kr 25.485 inkludert skatteulempe
Total erstatning:	kr 433.452

Total erstatning inkludert erstatningspostene som ikke er klaget inn til NPE utgjør kr 583.566

3. «pasienten» får dekket utgifter til juridisk bistand i forbindelse med klagesaken kr 7000.

På posten menerstatning skal pasienten ha en tilleggsutbetaling på kr 68.540. Bakgrunnen for dette er at levealdertabellen er endret per 10.09.15.

Kort om sakens bakgrunn

Pasienten er en kvinne på 58 år. Hun er uførepensjonert på grunn av revmatisk sykdom, og har proteser i begge hoftene. Videre har hun astma og hypothyreose (lavt stoffskifte). Pasienten var til flere konsultasjoner hos fastlege ved Tromsdalen legesenter i perioden 25.03.13 til 28.06.13 med feber, hoste og hodepine. Tilstanden ble oppfattet som lungebetennelse. Videre var hun til utredning på sykehus i april 2013 hvor det blant annet ble utført CT av lungene (thorax). Hun var også til konsultasjoner ved ---- legevakt i mai 2013. Fastlegen sørget for at pasienten ble akutt innlagt på sykehus 28.06.13. Diagnosen Goodpastures - syndrom med påvirkning av lungene ble stilt. Pasienten har mistet nyrefunksjonen og har blitt dialysetrengende. Pasienten er i vedtak av 18.02.15 gitt medhold for forsinket diagnostikk av Goodpastures-syndrom og følgene av dette, herunder utvikling av dialysetrengende nyresvikt.

Det fremgår av brev av 04.03.15 fra Marie Kjærgaard, Nyremedisinsk seksjon, Universitetssykehuset Nord-Norge, at pasienten etter en nyretransplantasjon vil ha en invaliditetsgrad på 30 til 40%.

Nyretransplantasjon ble gjennomført 19.07.15. Pasienten ble reoperert 25.07.15 på grunn av ureternekrose. Det ble gjennomført biopsi i februar 2016 grunnet kreatininstigning. Juli 2016 var pasienten til kontroll på Rikshospitalet der det ble blant annet ble registrert økte lungeplager og en betydelig vektøkning.

Saken har videre vært vurdert av spesialist i allmenntilleggsmedisin Tove Kristin Fløgstad, 20.02.14, spesialist i indremedisin og nyresykdommer Ola Samuelsson 03.08.14 og spesialist i indremedisin Aira Bucher 29.04.14. Pasienten/advokaten har tidligere mottatt uttalelsene og forutsettes kjent med dem.

Begrunnelse for vedtaket

Erstatningen er beregnet etter bestemmelsene i lov om skadeserstatning.

Saken er godt nok opplyst til at Pasientskadenemnda kan fatte vedtak.

Pasienten har ikke krav på økt menerstatning

Pasienter som er påført varig og betydelig skade av medisinsk art, har krav på menerstatning. Dette følger av lov om skadeserstatning § 3-2.

Beregningen av menerstatningen er i hovedsak standardisert, ut fra blant annet alder da behandlingsskaden oppsto og folketrygdens grunnbeløp når erstatningen blir utbetalt.

Behandlingsskaden må være varig og tilsvare en medisinsk invaliditetsgrad på minst 15%. Menet fastsettes etter Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell.

Pasienten har fått kr 335.000 i menerstatning fra NPE. Erstatningen er beregnet på bakgrunn av en medisinsk invaliditet i gruppe 3 (35-44%). Vellykket nyretransplantasjon, gir 30-40% invaliditet ifølge tabellens pkt. 7.3.2.

Pasienten krever en menerstatning på kr 465.000. Pasienten viser til at hun i dag har en dialysetrengende nyresvikt som etter invaliditetstabellen punkt 7.3.1 d) gir en invaliditet på mellom 75 og 90 prosent (tap av begge nyrene med dialyse).

Prinsipielt må pasienten tilkjennes en gruppe ekstra forbundet med den belastning det er å gå med en dialysekrevene nyresvikt og hvor hun vet at hun må gjennom en dobbelt nyretransplantasjon med blant annet immunsupprimerende behandling. Det er i praksis tilkjent gruppeopprykk til skadelidte som har fått hepatitt C etter smitte på sykehuset på grunn av belastningen det er å gå med risiko for senere utvikling av leversvikt og transplantasjon. Det er også tilkjent gruppeopprykk for kreftpasienter med svekket prognose. Det er en stor belastning for pasienten å vente på en nyretransplantasjon. Det bør derfor gis gruppeopprykk.

Subsidiært må det være grunnlag for ytterligere menerstatning fordi kan det gå mange år før pasienten transplanteres. Dersom hun etter en vellykket transplantasjon ender på 40% medisinsk invaliditet, har hun ikke fått kompensert tap av livskvalitet de årene hun har ventet på transplantasjon. At tilstanden eventuelt ikke varer i 10 år kan ikke være avgjørende. Dersom man legger til grunn en medisinsk invaliditet på 90% i fire til seks år, og deretter 40% forutsatt vellykket transplantasjon, vil gjennomsnittlig invaliditetsgrad bli cirka 50%. Pasienten må derfor gis erstatning i gruppe 4 (45-54%).

Nemnda finner ikke grunnlag for å øke den tilkjente menerstatningen.

Nemnda har kommet til at det ikke foreligger grunnlag for gruppeopprykk. Det vises til Rt-2000-441 der Høyesterett uttaler at det er behov for standardiserte regler om menerstatning, og at det skal atskillig til før man går nevneverdig utover den matematiske beregningen. Nemnda kan ikke se at det i denne saken foreligger ekstraordinære skadefølger av en slik art at det er grunnlag for opprykk til gruppe 4. Menerstatningen skal fastsettes på et objektivt grunnlag. Nemnda mener at det er tatt tilstrekkelig hensyn til pasientens helsetilstand ved å plassere pasienten i gruppe 3 og at den foreliggende invaliditetsfastsettelsen har tatt høyde for de fysiske og psykiske plager pasienten har som følge av behandlingsskaden.

Nemnda kan heller ikke se at det er grunnlag for kompensasjon for de årene pasienten venter på operasjon. Det er den varige invaliditeten som skal erstattes. Den tilkjente menerstatningen ligger etter nemndas syn innenfor et forsvarlig skjønn. Nemnda har ved vurderingen lagt til grunn at hun vil få en velfungerende nyre. Dersom denne forutsetningen svikter vil det vil være grunnlag for gjenopptak.

Det fremkommer av Høyesteretts dom i Rt 2015-840 [skal vel være Rt-2015-820, Lovdata anm.] at pasientens inngangsinvaliditet skal tas i betraktning ved beregningen av menerstatning dersom dette fører til en høyere erstatning. Det foreligger ingen medisinsk menvurdering av pasientens øvrige helseplager. Det fremkommer imidlertid av pasientens journal at hun på tidspunktet for behandlingsskaden hadde proteser i begge hoftene, astma, hypothyreose og revmatisk sykdom. I henhold til invaliditetstabellen punkt 4.8.2 finner nemnda at pasienten har 15% inngangsinvaliditet i hver hoft. Nemnda legger til grunn at pasientens øvrige plager skjønsmessig kan fastsettes til 15%. Samordnet i henhold til reduksjonsmetoden gir dette en samlet inngangsinvaliditet på 39%. Med en skaderelatert invaliditet på 40% medfører dette en totalinvaliditet på 63% etter reduksjonsmetoden. Beregninger viser imidlertid at differansen mellom gruppe 5 (55-64%) og gruppe 3 (35-44%) ikke vil gi pasienten en høyere erstatning enn gruppe 3, jfr. separasjonsprinsippet.

Klagen har ikke ført frem på dette punkt.

Pasienten har tidligere fått utbetalt menerstatning etter gruppe 3. Ny menerstatning må beregnes etter dagens grunnbeløp. Menerstatning etter gruppe 3 er med dagens grunnbeløp og oppdatert levealdertabell (SSB) beregnet til kr 413.935. Fra dette må nemnda gjøre fradrag for menerstatningen etter dagens grunnbeløp beregnet etter RTV-tabellen (kr 345.395). Dette gir en tilleggsutbetaling på kr 68.540.

Pasienten har krav på økt erstatning for redusert evne til arbeid i hjemmet

Verdien av arbeid i hjemmet er likestilt med inntekt, se skadeserstatningsloven § 3-1. Det økonomiske tapet skal beregnes ut fra forskjellen mellom det hjemmearbeidet pasienten gjorde uten skaden og det arbeidet pasienten er i stand til å gjøre med skaden. Pasienten må prøve å begrense tapet, for eksempel ved å bruke hjelpemidler, ved å bruke lengre tid på arbeidet eller ved å omfordele/bytte oppgavene mellom familiemedlemmene. Det følger av rettspraksis at verdien av den tapte hjemmearbeidsevnen erstattes etter en nøktern vurdering.

Pasienten har fått erstatning for redusert evne til arbeid i hjemmet med kr 24.000 (påført) og kr 114.824 (fremtidig). Dette tilsvarer kr 12.000 ut 2016 og deretter kr 8.000. NPE har vist til at nivået på kr 15.000 er forbeholdt de mest alvorlige skadene. Selv om pasientens skade er svært alvorlig og hun derfor isolert sett ville hatt rett til kr 15.000, hadde hun allerede en rekke plager uavhengig av nyresvikten. Hun er uføretrygdet på grunn av revmatisme og har også beskrevet smerter flere steder. Det er også tatt hensyn til at den nedsatte arbeidsevnen i 2013 kun gjaldt for et halvt år.

Pasienten krever 15 000 per år fra skaden i 2013 og ut 2016. Pasienten viser til at det foreligger domstolspraksis med høyere nivåer enn 15 000 per år. Selv om pasienten hadde andre lidelser, var hun likevel i stand til å ivareta hjemmearbeidet. Nå kan hun ikke gjøre noe arbeid hjemme.

Nemnda legger til grunn at pasienten hadde nedsatt hjemmearbeidsevne i årene 2013 t.o.m 2016 i noe større grad enn det NPE har lagt til grunn i sin vurdering. I tråd med advokatens krav legger nemnda til grunn et årlig nivå på kr 15.000 i disse årene. Pasienten har dermed krav på en tilleggsutbetaling på avrundet kr 15.000, inkludert renter og skatteulempe.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak omgjøres på dette punkt.

Pasienten har ikke krav på økt erstatning for fremtidige utgifter

Pasienten skal ha erstattet økte utgifter som skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Det følger av rettspraksis at det bare er nødvendige og rimelige utgifter som skal erstattes. Erstatningen skal være et supplement/tillegg til ytelsene som pasienten kan få dekket av det offentlige. Pasienten må innrette seg slik at utgiftene ikke blir større enn nødvendig. Pasienten må forsøke å begrense tapet, blant annet ved å søke om de offentlige ytelsene som kan være aktuelle.

Pasienten har fått erstatning for fremtidige utgifter fra NPE med kr 25.485 (dette tilsvarer årlig kr 1.500). NPE har lagt vekt på at pasienten har andre sykdommer og uansett utgifter til legemidler. Transport til og fra behandling dekkes av ordningen med pasientreiser innenfor frikortet. Transportutgiftene vil videre sannsynligvis avta etter gjennomført transplantasjon.

Pasienten krever kr 5.000 per år. Pasienten mener at hennes utgifter til kontroller, parkering, egenandeler, hjelpemidler, bistand med videre vil overstige kr 1.500.

Nemnda finner ikke grunnlag for å øke den tilkjente erstatningen for utgifter. Nemnda viser til at erstatningen skal være et supplement til de offentlige ytelsene. Slik nemnda ser det vil det kun påløpe utgifter utover dette i begrenset grad. Ytterligere dekning av utgifter til transport må søkes dekket gjennom offentlige støtteordninger. Nemnda presiserer videre at det kun er merutgifter forbundet med behandlingsskaden som er erstatningsmessige, og at utgifter som uansett ville påløpt av andre årsaker, herunder grunnsykdommer, må holdes utenfor. Nemnda mener også at pasienten ville hatt utgifter til egenandeler uavhengig av behandlingsskaden.

Nemnda finner det ikke sannsynliggjort behandlingsrelaterte utgifter som går utover den tilkjente erstatningen fra NPE, og har kommet til at erstatningen ligger innenfor et forsvarlig skjønn. Nemnda bemerker for øvrig at utgiftene som kreves erstattet ikke er dokumentert.

Klagen har ikke ført frem på dette punkt.

Utgifter til advokathjelp i klageomgangen dekkes delvis

Pasientens advokat har bedt om at pasienten får dekket utgiftene til advokathjelp i klageomgangen med kr 13.063.

Pasienten skal ha dekket vesentlige kostnader som har vært nødvendig for å få endret vedtaket, se forvaltningsloven § 36. Nemnda finner grunnlag for å dekke utgifter til advokathjelp med kr 7000 inkl. mva.

Klagen har ført delvis frem. Saken sendes tilbake til Norsk pasientskadeerstatning for utbetaling av tilkjent erstatning.

Vedtaket er enstemmig.

Pasientskadenemnda - PSN-2015-2576

Myndighet	Pasientskadenemnda - vedtak
Dato	2017-05-11
Doknr/publisert	PSN-2015-2576
Sammendrag	Utmåling av erstatning for fjerning av feil ben i hånden ved operasjon av tommel.
Saksgang	Klagesak nr N2015/2576
Forfatter	Nina Sollie, Øyvind Vennesland, Tone Li Sandvik.

Norsk pasientskadeerstatning har utmålt erstatning til pasienten i vedtak av 19.03.14 (NPE snr. 2011/02329).

Pasienten klaget på vedtaket 09.04.14. Pasientskadenemnda (nå Helseklage) mottok klagesaken samme dato.

Pasienten har krav på erstatning for følger av operasjon i høyre håndledd for slitasjegikt. Det ble fjernet feil ben i hånden, med smerter og nedsatt bevegelighet til følge samt behov for reoperasjon. Pasienten har ikke krav på erstatning for grunnlidelsen med slitasjegikt.

Pasienten har fått tilkjent og utbetalt erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE) med totalt kr 243.000. Erstatningen fordeler seg slik:

Menerstatning	kr 83.000
Inntektstap forsinket utgivelse av bok	kr 20.000, inkludert renter
Fremtidig inntektstap	kr 50.000, inkludert skatteulempe
Tapt evne til arbeid i hjemmet	kr 60.000, inkludert renter og skatteulempe
Påførte utgifter	kr 10.000, inkludert renter
<u>Fremtidige utgifter</u>	<u>kr 20.000, inkludert skatteulempe</u>
Totalt	kr 243.000

Pasienten og NPE er enige om alle poster, med unntak av krav som gjelder inntektstap som følge av forsinket bokutgivelse. Nemnda skal ta stilling til erstatningens størrelse på denne posten.

Pasientskadenemnda har behandlet klagen og har kommet til følgende vedtak:

1. Pasientskadenemnda endrer Norsk pasientskadeerstatnings vedtak av 19.03.14 på posten inntektstap som forfatter.
2. Den økte erstatningen tilkjent fra nemnda fordeler seg slik:

Lidt inntektstap kr 138.023, inkludert renter

Total erstatning (inkludert erstatningspostene som ikke er klaget inn til Pasientskadenemnda) utgjør kr 381.023.

Det gjenstår da kr 138.023 til utbetaling fra Norsk pasientskadeerstatning.

På postene fremtidig inntektstap, fremtidige utgifter, fremtidig redusert evne til arbeid i hjemmet og menerstatning skal pasienten ha en tilleggsutbetaling på (samlet) kr 42.893. Bakgrunnen for dette er at kapitaliseringsrenten per 12.12.14 er endret fra 5% til 4% og levealdertabellen er endret per 10.09.15.

Kort om sakens bakgrunn

Pasienten er en kvinne på 69 år. Hun har tidligere arbeidet i ----, men ble uføretrygdet i 2014. Hun har i tillegg gitt ut flere bøker som forfatter.

Hun ble operert 31.05.11 for slitasjegikt i høyre tommels grunnledd. Ved en svikt fjernet man feil ben i håndroten (os scafoid i stedet for os trapezium). Etter dette måtte pasienten gjennom reoperasjon og forlenget sykdomsperiode, og hun har fått nedsatt bevegelighet i håndleddet, ugunstig stilling av tommelen og smerter som følge av dette. Disse plagene gjør det vanskeligere å bruke hånden.

Saken har vært vurdert av spesialist i ortopedisk kirurgi John Williksen i uttalelser av 02.11.11 og 13.05.12, spesialist i ortopedisk kirurgi Gunnar Follerås i uttalelse av 05.03.13. Det er innhentet menvurdering datert 05.02.13 fra overlege ---- ved «behandlingssted» har tidligere mottatt uttalelsene og forutsettes kjent med disse.

Begrunnelse for vedtaket

Erstatningen er beregnet etter bestemmelsene i lov om skadeserstatning.

Pasienten har krav på økt erstatning for inntektstap

Erstatningen skal dekke inntektstap som mest sannsynlig skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Pasientskadenemnda beregner et eventuelt tap ut fra den inntekten pasienten sannsynligvis ville fått utbetalt dersom skaden ikke hadde skjedd, og den inntekten pasienten får utbetalt med skaden. Pasientskadenemnda må ta hensyn til utgifter pasienten sparer ved ikke å være i (fullt) arbeid (for eksempel fagforeningskontingent, reiseutgifter, utgifter til pensjonsordning).

Pasienten har arbeidet som ungdomsbokforfatter siden 1980-tallet. Hun har gitt ut bøker følgende år: 1984, -86, -89, -91, -95, -99, 2002 og -07. Hun har nå ferdigstilt siste bok, og har inngått avtale med et forlag om utgivelse i 2017.

Pasienten har akseptert erstatningen fra NPE hva gjelder fremtidig inntektstap knyttet til hennes stilling i ----. Hun påklager imidlertid vedtaket hva gjelder inntektstap som forfatter.

NPE har lagt til grunn at det er mange usikkerhetsfaktorer knyttet til vurderingen av bokutgivelsen, og mener behandlingsskaden uansett kun har medført en forsinkelse av bokutgivelsen og inntektene knyttet til denne. Det er tilkjent erstatning med kr 20.000 for inntektstap, som følge av at boken mest sannsynlig blir utgitt på et senere tidspunkt enn den ellers ville blitt.

Pasienten krever erstatning for tap av minst en bokutgivelse, herunder tapte oppdrag, tapt minstestipend og tapte royaltynntekter, med kr 127.000.

Hun viser til at dette er et nøkternt minimumsoverslag, basert på standardkontrakter benyttet ved hennes forrige utgivelse. Situasjonen med nedsatt bevegelighet og nedsatt styrke i hånden, og smerter i håndledd og tommel har ikke har endret seg og ikke kommer til å endre seg. Hun skriver saktere og må ta pauser oftere. Plagene hun hadde før operasjonen hindret henne ikke i særlig grad i å skrive, og det er dermed pasientskaden som er årsaken til at utgivelsen er blitt forsinket. Hennes utgivelser har vært jevnlig siden 1980-tallet, men det er nå gått ti år siden forrige utgivelse, som følge av feiloperasjonen. Planen var utgivelse i 2012/13, men boken kommer nå ut i 2017.

Pasientskadenemnda er kommet til at det er grunnlag for å tilkjenne ytterligere erstatning for tapt arbeidsinntekt som følge av forsinket bokutgivelse.

Nemnda ser at pasienten har utgitt bøker jevnlig siden 1984, med fem år eller kortere mellom hver utgivelse. Nemnda påpeker at pasienten uansett ville hatt noe forsinkelse i arbeidet som følge av operasjonen for grunnlidelsen, selv om pasientskaden tenkes borte. Sakkyndig Williksen har uttalt at rehabiliteringstiden uansett ville vært 3-12 måneder med vellykket operasjon. Pasienten har oppgitt at førsteutkastet til boken som nå skal utgis var ferdig våren 2011, og i sitt brev av 15. mars 2017 opplyser hun at det nå er inngått avtale med et forlag om utgivelse av boken i løpet av 2017.

Nemnda ser at pasienten nå altså har ferdigstilt boken og kommet til utgivelse. Nemnda finner ut fra sakens opplysninger å kunne legge til grunn at pasienten mest sannsynlig ville fullført dette arbeidet tidligere dersom pasientskaden ikke hadde oppstått. Nemnda viser her også til at varig medisinsk invaliditet som følge av pasientskaden er vurdert til 17%. På dette grunnlag finner nemnda å kunne tilkjenne erstatning for tapt arbeidsinntekt, som følge av forsinkelse i arbeidet som forfatter. Nemnda legger til grunn at pasienten ville utgitt sin bok i 2013 dersom pasientskaden ikke hadde oppstått. Det tas her hensyn til en rehabiliteringsperiode hun uansett måtte gjennomgått.

Nemnda tilkjenner samlet kr 127.000, tilsvarende pasientens krav, som et påført inntektstap. Til fradrag kommer allerede utbetalt kr 20.000 fra NPE, slik at ytterligere tilkjent erstatning utgjør kr 107.000. Inkludert renter på kr 31.023 utgjør da økt erstatning for inntektstap fra nemnda kr 138.023.

Vedtaket fra Norsk pasientskadeerstatning endres på dette punktet.

Justert erstatning på fremtidige tapsposter

Høyesterett bestemte i dom av 12.12.14 [RT-2014-1203] at kapitaliseringsrenten (renten som benyttes når erstatningen for fremtidige tapsposter fastsettes til et engangsbetrag) skal settes ned fra 5% til 4%. Samtidig ble erstatningen for skatteulempen redusert. Når nemnda legger til grunn at erstatningssøker får en lavere rente på erstatningsbeløpet, vil mange kunne ha krav på en noe høyere erstatning enn tidligere.

Nemnda har på denne bakgrunnen funnet det riktig å utbetale et tilleggsbeløp til pasienten for postene menerstatning, fremtidig inntektstap, fremtidig tapt hjemmearbeidsevne og fremtidige utgifter.

Disse erstatningspostene er ikke klaget inn for Pasientskadenemnda og nemnda legger for øvrig til grunn de samme premissene som fremgår av NPEs vedtak.

Nedenfor følger en oversikt over nye beregnede utbetalinger av aktuelle erstatningsposter:

Fremtidig inntektstap

Pasienten har tidligere fått utbetalt erstatning for fremtidig inntektstap med kr 50.000, som er inkludert skatteulmp. Etter en ny beregning der nemnda legger til grunn samme forutsetninger som NPE, utgjør tapet kr 46.252 med en kapitaliseringsrente på 4%. Tillagt 10% skatteulmp blir tapet kr 50.877. Dette gir en tilleggsutbetaling på kr 877.

Fremtidige utgifter

Pasienten har fått utbetalt erstatning for fremtidige utgifter med skjønnsmessig kr 20.000, inkludert skatteulmp. Da skjønnnet i noen grad kan ha basert seg på en forventet avkastning (5%) ut over det vi nå skal legge til grunn (4%), finner Pasientskadenemnda at pasienten skal ha et tillegg som tilsvarer ca 5% av den tidligere tilkjente erstatningen. Dette mener vi tar godt høyde for den endrede renten. Nemnda tilkjenner et tillegg i den fremtidige delen av erstatningen med kr 1.000.

Redusert evne til arbeid i hjemmet

Pasienten har fått utbetalt erstatning for redusert evne til arbeid i hjemmet med skjønnsmessig kr 60.000 (samlet for både den påførte og fremtidige perioden). Da skjønnnet i noen grad kan ha basert seg på en forventet avkastning (5%) ut over det vi nå skal legge til grunn (4%), finner Pasientskadenemnda at pasienten skal ha et tillegg som tilsvarer ca 5% av den tidligere tilkjente erstatningen. Dette mener vi tar godt høyde for den endrede renten. Nemnda tilkjenner et tillegg i den fremtidige delen av erstatningen med kr 3.000.

Menerstatning

Det følger av praksis i Høyesterett (Rt-2015-820) at i tilfeller der pasienten har inngangsinvaliditet må også pasientens totale invaliditet vurderes, og det beregningsprinsippet som gir pasienten høyest erstatning skal legges til grunn. I saken her er det ikke gjort noen sakkyndig vurdering av pasientens inngangsinvaliditet. På bakgrunn av informasjonen i dokumentene fra NAV, herunder pasientens omfattende egenerklæring til NAV om sin helsetilstand i forbindelse med søknad om uføreytelse, finner likevel nemnda å kunne legge til grunn en inngangsinvaliditet i maksimalt gruppe 2. Pasienten vil da uansett få høyest erstatning ved beregning etter separasjonsprinsippet, og nemnda har dermed lagt dette til grunn ved beregningen nedenfor.

Pasienten har tidligere fått utbetalt menerstatning etter gruppe 1. Ny menerstatning må beregnes etter dagens grunnbeløp. Menerstatning etter gruppe 1 er med dagens grunnbeløp, kapitaliseringsrente på 4% og oppdatert levealdertabell (SSB) beregnet til kr 134.525. Fra dette må nemnda gjøre fradrag for menerstatningen utmålt i samme gruppe/grupper etter dagens grunnbeløp, beregnet med en kapitaliseringsrente på 5% (den tidligere renten) og RTVs levealdertabell (som gjaldt ved den tidligere beregningen). Dette utgjør kr 96.509. Tilleggsutbetalingen blir da på kr 38.016.

Dette gir en samlet tilleggsutbetaling på (totalt) kr 42.893.

Klagen har ført frem. Saken sendes tilbake til Norsk pasientskadeerstatning for utbetaling av tilkjent av erstatning.

Vedtaket er enstemmig.

Pasientskadenemnda - PSN-2015-2475

Myndighet	Pasientskadenemnda - vedtak
Dato	2017-05-11
Doknr/publisert	PSN-2015-2475
Sammendrag	Utmåling av erstatning for mangelfull oppfølging etter blodpropp i venstre øye.
Saksgang	Klagesak nr N2015/2475
Forfatter	Nina Sollie, Øyvind Vennesland, Tone Li Sandvik.

Norsk pasientskadeerstatning har utmålt erstatning til pasienten i vedtak av 28.03.14 (NPE snr. 2011/03061). Pasienten klaget på vedtaket 11.04.14 med utdypende klagegrunner i brev av 09.05.14. Helseklage (tidligere Pasientskadenemnda) mottok klagesaken 23.05.14.

Advokat ---- representerer pasienten i saken.

Pasienten har krav på erstatning for mangelfull oppfølging etter blodpropp i venstre øye, i perioden etter mai/juni 2007. Pasienten har fått ytterligere redusert syn på øyet som følge.

Pasienten har fått tilkjent og utbetalt erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE) med totalt kr 220.000. Erstatningen fordeler seg slik:

Menerstatning	kr 165.000
Tapt evne til arbeid i hjemmet	kr 40.000, inkludert renter og skatteulempe
<u>Påførte og fremtidige utgifter</u>	<u>kr 15.000, inkludert renter og skatteulempe</u>
Totalt	kr 220.000

Det er ikke tilkjent erstatning på posten inntektstap.

Klagen til nemnda omfatter alle erstatningsposter.

Pasientskadenemnda har behandlet klagen og har kommet til følgende vedtak:

1. Pasientskadenemnda stadfester Norsk pasientskadeerstatnings vedtak av 28.03.14.
2. «pasienten» får ikke dekket utgifter til juridisk bistand i forbindelse med klagesaken.

På postene menerstatning, tapt evne til arbeid i hjemmet og merutgifter skal pasienten ha en tilleggsutbetaling på (samlet) kr 65.491. Bakgrunnen for dette er at kapitaliseringsrenten per 12.12.14 er endret fra 5% til 4% og levealdertabellen er endret per 10.09.15.

Kort om sakens bakgrunn

Pasienten er en mann på 79 år.

I april 2005 fikk han blodpropp i venstre øye (grenvenetrombose). Han fikk behandling med laser og injeksjon av steroider, og ble deretter fulgt opp med gjentatte kontroller i 2005. Han var så til to kontroller i 2006 og én kontroll i februar 2007. Synsevnen er beskrevet som stabil i denne perioden i journalen.

Pasienten skulle så kalles inn på nytt etter seks måneder, ifølge journal, men falt ut av kontrollsystemet og fikk ikke ny time før i 28.04.09. Synet var på dette tidspunktet redusert noe sammenliknet med i 2007, og det ble planlagt ny kontroll etter tre måneder. Igjen falt pasienten ut av innkallingssystemet, og ble først kontrollert etter nye to år, 11.05.11. Undersøkelsen da viste ytterligere redusert syn, og journalen beskriver epiretinal fibrose og ødem i macula. Det var også tilkommet katarakt (grå stær). Pasientens syn var på dette tidspunktet blitt for dårlig til å kjøre bil.

Total invaliditet som følge av nedsatt syn (på begge øyne) utgjør ifølge sakkyndig Heger 60%, hvorav 20% må tilskrives forverring på grunn av manglende oppfølging.

Pasienten har hatt svekket syn på høyre øye siden barndommen. Han er nå pensjonist, men fortsatte en periode å arbeide med lederutvikling i enkeltmannsforetak.

Saken har vært vurdert av spesialist i øyesykdommer Hilde Heger i uttalelser av 16.01.12, 21.05.12, 29.10.12, 12.08.13 og 10.02.14. Pasienten og hans advokat har tidligere mottatt uttalelsene og forutsettes kjent med disse.

Begrunnelse for vedtaket

Erstatningen er beregnet etter bestemmelsene i lov om skadeserstatning.

Pasientens advokat mener det er nødvendig å innhente ytterligere sakkyndig vurdering, og da fra leger ved behandlingsstedet som kjenner pasienten og hans forløp. Det hevdes at konklusjonene fra dr. Heger ikke harmonerer med de øvrige medisinske opplysningene, og at begrunnelsene er mangelfulle. Det anføres at reduksjonen i synsevne mellom 2007 og 2011 i sin helhet må tilskrives den mangelfulle behandlingen i perioden.

Pasientskadenemnda mener saken er godt nok opplyst til at det kan fattes vedtak. Det er innhentet fem vurderinger fra dr Heger i saken, på ulike tidspunkter og konkret for å kommentere pasientens innsigelser. Pasienten har lagt frem en uttalelse datert 09.07.14 fra behandlende lege dr ----, men nemnda kan ikke se at denne tilsier ytterligere utredning.

Pasienten har ikke krav på økt menerstatning

Pasienter som er påført varig og betydelig skade av medisinsk art, har krav på menerstatning. Dette følger av lov om skadeserstatning § 3-2.

Beregningen av menerstatningen er i hovedsak standardisert, ut fra blant annet alder da behandlingsskaden oppsto og folketrygdens grunnbeløp når erstatningen blir utbetalt.

Behandlingsskaden må være varig og tilsvare en medisinsk invaliditetsgrad på minst 15%. Menet fastsettes etter Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell.

Pasienten har fått kr 165.000 i menerstatning fra NPE. Erstatningen er beregnet på bakgrunn av en medisinsk invaliditet i gruppe 1 (15-24%). Invaliditeten som følge av forsinket behandling er vurdert til 20%. Invaliditet totalt, inkludert nedsatt syn som følge av grunnlidelsen, er vurdert til 60%.

Pasientens advokat mener menerstatningen er satt for lavt. Den behandlingsrelaterte invaliditeten bør settes til 45%. Synsevnen uten pasientskaden ville utgjort en invaliditet på 15%, tilsvarende nivået i 2007.

Det anføres at det er lagt til grunn en mer negativ skadeutvikling uten behandlingsskaden enn opplysningene i saken gir grunnlag for, og man er uenig i vurderingen av hvordan synsevnen ville utviklet seg dersom pasienten hadde mottatt oppfølging og behandling i periodene 2007-2009 og 2009-2011. Pasientens syn ville ha stabilisert seg i 2007 etter blodproppen, og grunnlidelsen ville ikke hatt en så negativ utvikling som NPE hevder. Den mangelfulle oppfølgingen har dermed ført til en større skade enn NPE har lagt til grunn.

Pasientskadenemnda er kommet til at det ikke er grunnlag for ytterligere menerstatning.

Sakkyndig øyelege dr Heger har vurdert pasientens varige medisinske invaliditet knyttet til pasientskaden til 20%. Totalt vurderes invaliditeten til 60%, slik at 40% er knyttet til grunnlidelsen og utgjør en invaliditet som pasienten uansett ville hatt.

Pasientens advokat viser til at pasientens reduserte syn utgjorde en invaliditet på 15% i 2007 og 17% i 2009, og dermed var stabilt etter blodproppen. Det hevdes at hevelsen som ble oppdaget i 2009 var et resultat av manglende behandling i perioden, og førte til at tilstanden ikke lenger lot seg behandle med injeksjoner. Dette førte så til ytterligere synstap. Det anføres at det virker ulogisk, slik Heger uttaler, at pasienten uansett ville fått redusert synsevne fra invaliditet på 15-17% i 2007-2009 til invaliditet 40% i 2011 dersom han hadde fått adekvat behandling med injeksjoner ved tegn til hevelse. Adekvat behandling ville ifølge advokaten gitt en invaliditet tilsvarende 15%, som var nivået pasientens tilstand hadde stabilisert seg på.

Sakkyndig Heger har uttalt seg om pasientens grunnlidelse. Hun uttaler at en vanlig utvikling av denne tilstanden er at synet blir dårligere med tiden, fordi det er skjedd forandringer i øyet. Injeksjonsbehandling, slik pasienten kunne fått med adekvat oppfølging, vil vanligvis kunne bremse utviklingen av tilstanden, men ikke stoppe den helt. Synet ville dermed svekkes gradvis også med injeksjonsbehandling. Dr Heger viser til at netthinneforandringer som følge av blodpropp i øyet responderer dårligere på injeksjonsbehandling (VEGF-hemmende behandling) enn andre tilstander man bruker slik behandling på, og at det derfor ikke er sannsynlig at pasienten ville fått beholde det synet han hadde i 2007.

Nemnda legger til grunn at pasientens synsevne på venstre øye har blitt skadet som følge av mangelfull oppfølging i helsetjenesten. Nemnda finner det likevel ikke sannsynlig at pasientens tilstand med rett behandling ville hatt en slik utvikling som pasientens advokat hevder. Nemnda viser til dr Hegers uttalelse, der hun påpeker at tilstanden i utgangspunktet var dramatisk og vanskelig å behandle. Tilstanden kan ifølge Heger bremses med injeksjonsbehandling, men ikke stoppes. Nemnda har videre merket seg at forandringene pasienten hadde var av en type som responderer dårligere på injeksjonsbehandling enn andre tilstander. Nemnda finner ut fra dette å kunne legge til grunn at pasientens forløp selv med adekvat behandling ville ført til betydelig nedsatt syn. Nemnda finner videre å kunne legge til grunn vurderingen fra dr Heger på 20% invaliditet som følge av mangelfull behandling.

Pasientskadenemnda stadfester vedtaket fra Norsk pasientskadeerstatning på dette punktet.

Justering av menerstatningen som følge av endringer i rettspraksis

Høyesterett bestemte i dom av 12.12.14 [RT-2014-1203] at kapitaliseringsrenten (renten som benyttes når erstatningen for fremtidige tapsposter fastsettes til et engangsbeløp) skal settes ned fra 5% til 4%. Samtidig ble erstatningen for skatteulempen redusert. Når nemnda legger til grunn at erstatningssøker får en lavere rente på erstatningsbeløpet, vil mange kunne ha krav på en noe høyere erstatning enn tidligere.

I saker der pasienten har inngangsinvaliditet skal erstatningen utmåles etter differanseprinsippet der dette gir en høyere erstatning enn erstatning utmålt etter separasjonsprinsippet, jf. dom inntatt i Rt-2015-820.

Pasienten har tidligere fått utbetalt menerstatning etter gruppe 1. Ny menerstatning må beregnes etter dagens grunnbeløp. Menerstatning etter gruppe 1 er med dagens grunnbeløp, kapitaliseringsrente på 4% og oppdatert levealdertabell (SSB) utgjør kr 224.369. Dette er beregnet etter differanseprinsippet, som gir høyest erstatning i dette tilfellet. Fra dette må nemnda gjøre fradrag for menerstatningen utmålt i samme gruppe/grupper etter dagens grunnbeløp, med en kapitaliseringsrente på 5% (den tidligere renten) og RTVs levealdertabell (som gjaldt ved den tidligere beregningen), som utgjør kr 161.628.

Dette gir en tilleggsutbetaling på kr 62.741.

Pasienten har ikke krav på erstatning for inntektstap

Erstatningen skal dekke inntektstap som mest sannsynlig skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Pasientskadenemnda beregner et eventuelt tap ut fra den inntekten pasienten sannsynligvis ville fått utbetalt dersom skaden ikke hadde skjedd, og den inntekten pasienten får utbetalt med skaden. Pasientskadenemnda må ta hensyn til utgifter pasienten sparer ved ikke å være i (fullt) arbeid (for eksempel fagforeningskontingent, reiseutgifter, utgifter til pensjonsordning).

Pasienten er utdannet som ----, og har tilleggsutdannelse i pedagogikk/psykologi. Han har hatt en lang karriere i ---- etter at han begynte der i 1983, med lederstillinger innen personalutvikling og lederutvikling. I årene etter

1995 har han jobbet som ---- i ----, og i offentlig og privat sektor. Etter at han gikk av med pensjon har han fortsatt med ----virksomhet med oppdrag i samme fagfelt frem til 2007.

Opplysninger om næringsinntekt som er lagt frem er følgende:

2005:	kr 350.124
2006:	kr 376.646
2007:	kr 84.829

NPE har ikke tilkjent erstatning for inntektstap. De har vist til at pasientens grunnlidelse mest sannsynlig er årsaken til at pasienten måtte slutte å jobbe som ----.

Pasientens advokat mener det har oppstått inntektstap som følge av pasientskaden.

Han viser til at han i perioden etter at blodproppen oppstod i 2005 hadde inntekter i sin ----virksomhet på kr 350.000-400 000 per år til tross for sitt nedsatte syn etter blodproppen. Han anfører at han ville fortsatt å arbeide i flere år fremover, i likhet med andre pensjonerte kolleger i samme bransje. Selv etter at han sluttet å jobbe som ---- har han blitt kontaktet med tilbud om oppdrag. Grunnen til at han ikke tok flere oppdrag i 2007, var at han ventet på injeksjonsbehandling som han var forespeilet.

Det er vedlagt beregninger ut fra et inntektstap på kr 300.000 årlig frem til det året pasienten blir 80.

Pasientskadenemnda er kommet til at det ikke er grunnlag for å tilkjenne erstatning for inntektstap.

Pasienten hevder han ville fortsatt å arbeide som ---- dersom han hadde fått adekvat behandling av sin øyesykdom.

Nemnda ser ut fra de fremlagte oversiktene over næringsinntekter at pasienten jobbet som ---- med inntekt på kr 300.000-400 000 frem til og med 2006. Fra 2007 trappet han imidlertid ned arbeidet som ----, og hadde en inntekt på kr 85.000. Hva angår synsevne hadde pasienten i perioden 2007-2009 stort sett uforandret syn, tilsvarende 15-17% invaliditet.

Ut fra opplysningene i saken, herunder pasientens anførsler, legger nemnda til grunn at pasienten også i tiden etter 2007 var i stand til å jobbe dersom han ønsket det. Nemnda peker på at synsevnen i perioden 2007-2009 var tilsvarende det han hadde etter blodproppen, mens han fortsatt var i arbeid. Pasienten anfører at han i 2007 avventet videre injeksjonsbehandling, og at han med adekvat behandling ville ha arbeidet igjen fra 2008. Nemnda kan ikke legge dette til grunn. Dersom pasienten ønsket å arbeide i sin virksomhet i 2007 og senere anser nemnda at han fortsatt hadde mulighet til det, ettersom hans synsevne var nogenlunde uforandret frem til 2009. Når han likevel ikke gjorde det, finner nemnda det mest sannsynlig at han heller ikke uten pasientskaden ville kommet tilbake i arbeid som ----. Pasienten selv har vist til at han fikk tilbud om oppdrag, og nemnda legger til grunn at han ville tatt disse dersom han ønsket å fortsette å jobbe.

Videre har sakkyndig Heger har uttalt seg om hvordan pasientens synsevne mest sannsynlig ville utviklet seg uten skaden. Hun konkluderer med at han ville opplevd en gradvis forverring av sin synsevne som følge av grunnlidelsen, i en slik grad at han ikke lenger ville kunne lese dokumenter eller kjøre bil. Hun konkluderer med at hans syn ikke ville forblitt på det nivået det var i 2007. Nemnda legger dette til grunn. Ut fra dette finner nemnda det mest sannsynlig at pasienten uansett etter hvert ville fått ytterligere redusert synsevne som følge av grunnlidelsen. Når han så ikke var i arbeid av vesentlig grad fra 2008, kan nemnda heller ikke se at det er sannsynlig at han uten skaden likevel ville kommet tilbake i arbeid senere.

Pasientskadenemnda stadfester vedtaket fra Norsk pasientskadeerstatning på dette punktet.

Pasienten har ikke krav på økt erstatning for redusert evne til arbeid i hjemmet

Verdien av arbeid i hjemmet er likestilt med inntekt, se skadeserstatningsloven § 3-1. Det økonomiske tapet skal beregnes ut fra forskjellen mellom det hjemmearbeidet pasienten gjorde uten skaden og det arbeidet pasienten er i stand til å gjøre med skaden. Pasienten må prøve å begrense tapet, for eksempel ved å bruke hjelpemidler, ved å bruke lengre tid på arbeidet eller ved å omfordele/bytte oppgavene mellom familiemedlemmene. Det følger av rettspraksis at hjemmearbeidsevnen erstattes etter et nøkternt nivå.

Pasienten har fått erstatning for redusert evne til arbeid i hjemmet med skjønsmessig kr 40.000. NPE har vist til at grunnlidelsen i seg selv nok har ført til nedsatt evne til arbeid i hjemmet, men at behandlingsskaden har gjort dette ytterligere vanskelig.

Pasienten har vist til ulike oppgaver knyttet til vedlikehold av hus og tomt, samt hytte, som han ikke lenger kan utføre. Det er foreslått en skjønsmessig økning på kr 30.000 på denne posten.

Pasientskadenemnda finner ikke grunnlag for å øke erstatningen for redusert evne til arbeid i hjemmet.

Nemnda viser til at grunnlidelsen i seg selv er omfattende, samt at det forutsettes en viss omfordeling av oppgaver i husholdningen. Nivået for erstatning for tapt evne til arbeid i hjemmet er etter rettspraksis nøkternt. Nemnda mener at erstatningen tilkjent fra NPE ligger innenfor et rimelig skjønn.

Pasientskadenemnda stadfester vedtaket fra Norsk pasientskadeerstatning på dette punktet.

Justering av erstatning for tapt evne til arbeid i hjemmet

Som nevnt ovenfor under punktet menerstatning, er kapitaliseringsrenten endret fra 5% til 4%. Pasienten har fått utbetalt erstatning for redusert evne til arbeid i hjemmet med skjønsmessig kr 40.000 (samlet for både den påførte og fremtidige perioden).

Da skjønnet i noen grad kan ha basert seg på en forventet avkastning (5%) ut over det vi nå skal legge til grunn (4%), finner Pasientskadenemnda at pasienten skal ha et tillegg som tilsvarer ca 5% av den tidligere tilkjente erstatningen. Dette mener vi tar godt høyde for den endrede renten. Nemnda tilkjenner et tillegg i den fremtidige delen av erstatningen med kr 2.000.

Pasienten har ikke krav på økt erstatning for utgifter

Pasienten skal ha erstattet økte utgifter som skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Det følger av rettspraksis at det bare er nødvendige og rimelige utgifter som skal erstattes. Erstatningen skal være et supplement/tillegg til ytelsene som pasienten kan få dekket av det offentlige. Pasienten må innrette seg slik at utgiftene ikke blir større enn nødvendig. Pasienten må forsøke å begrense tapet, blant annet ved å søke om de offentlige ytelsene som kan være aktuelle.

Pasienten har fått erstatning fra NPE for utgifter med skjønsmessig kr 15.000. NPE har antatt at de fleste utgifter vil følge av grunnlidelsen, men at det kan ha påløpt noen ekstrautgifter.

Pasienten har vist til uspesifiserte kostnader knyttet til praktisk hjelp i forbindelse med transport. Det er foreslått en skjønsmessig økning på kr 30.000 på denne posten.

Pasientskadenemnda finner ikke grunnlag for å øke erstatningen for utgifter.

Nemnda viser til at det uansett vil påløpe utgifter for pasienten som følge av grunnlidelsen, som for eksempel egenandeler til grensen for frikort. Når det gjelder anførselene om bilkjøring og transport viser nemnda til at sakkyndig Heger har konkludert med at pasientens syn også uten pasientskaden etter hvert ville blitt så redusert at han ikke lenger kunne kjøre bil. På denne bakgrunn mener nemnda at erstatningen tilkjent fra NPE ligger innenfor et rimelig skjønn.

Pasientskadenemnda stadfester vedtaket fra Norsk pasientskadeerstatning på dette punktet.

Justering av erstatning for utgifter

Som nevnt ovenfor under punktet menerstatning er kapitaliseringsrenten endret fra 5% til 4%. Pasienten har tidligere fått utbetalt erstatning for fremtidige utgifter med kr 15.000 (samlet for den påførte og den fremtidige perioden).

Da skjønnet i noen grad kan ha basert seg på en forventet avkastning (5%) ut over det vi nå skal legge til grunn (4%), finner Pasientskadenemnda at pasienten skal ha et tillegg som tilsvarer ca 5% av den tidligere tilkjente erstatningen. Dette mener vi tar godt høyde for den endrede renten. Nemnda tilkjenner et tillegg i den fremtidige delen av erstatningen med kr 750.

Utgifter til advokathjelp i klageomgangen dekkes ikke

Pasientens advokat har bedt om at pasienten får dekket utgiftene til advokathjelp i klageomgangen med kr 42.688 inkl mva.

Pasienten har ikke fått medhold i klagen sin og kan derfor ikke få erstattet sine utgifter til advokathjelp etter forvaltningsloven § 36.

Pasientskadenemnda er et forvaltningsorgan med medisinsk og juridisk kompetanse, som på selvstendig grunnlag utreder og avgjør saken. Det er derfor som hovedregel ikke nødvendig med hjelp fra advokat.

Pasientskadenemnda har likevel i enkelte tilfeller dekket utgifter til advokathjelp i klageomgangen når erstatningssøkeren har spesielle vanskeligheter med å forstå innholdet i sakens dokumenter, eller av andre grunner ikke kan ivareta sine interesser. Det følger av pasientskadeloven § 17 andre ledd, jf. § 11, at pasienten kan få dekket sine utgifter til advokatbistand, men ifølge forarbeidene til loven kan slike utgifter altså bare dekkes i særlige tilfeller.

Pasientskadenemnda kan ikke se at det i denne saken er vist til eller foreligger særlige grunner for å dekke pasientens utgifter til juridisk bistand.

Klagen har etter dette ikke ført frem.

Vedtaket er enstemmig.

Pasientskadenemnda - PSN-2015-8959

Myndighet	Pasientskadenemnda - vedtak
Dato	2017-05-05
Doknr/publisert	PSN-2015-8959
Sammendrag	Utmåling av erstatning for følgene av infeksjon etter operasjon med bukplastikk.
Saksgang	Klagesak nr N2015/8959
Forfatter	Nina Sollie, Gunnar Lind, Annelise Skeie, Odd Søreide, Anne Therese Sortebeck.

Norsk pasientskadeerstatning har utmålt erstatning til pasienten i vedtak av 12.06.15 (NPE snr. 2005/01623). Dette var et omgjøringsvedtak, etter gjenopptak av opprinnelig utmålingsvedtak datert 19.08.09. Grunnlaget for gjenopptak av saken var at pasientens tilstand hadde forverret seg vesentlig.

Pasienten klaget på vedtaket 14.07.15. Det ble gitt oppreisning for oversittet klagefrist på grunn av pasientens nyttilkomne helseproblemer. Pasientskadenemnda (nåværende Helseklage) mottok klagesaken 09.09.15.

Pasienten har krav på erstatning for svikt ved operasjon med bukplastikk i 2002, med sårinfeksjon, forsinket sårtilheling og oppstått Pyoderma gangrenosum (sår sykdom i huden) til følge.

Pasienten har fått tilkjent og utbetalt erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE) med totalt kr 320.000, etter opprinnelig vedtak i 2009 samt omgjøringsvedtak i 2015. Erstatningen fordeler seg slik:

Menerstatning kr 270.000

Påførte og fremtidige utgifter kr 50.000, inkludert renter og skatteulempe

Totalt kr 320.000

Det er ikke tilkjent erstatning på postene tapt arbeidsinntekt og arbeid i hjemmet.

Pasienten har påklaget postene menerstatning og tapt arbeidsinntekt, og nemnda skal ta stilling til erstatningens størrelse på disse.

Pasientskadenemnda har behandlet klagen og har kommet til følgende vedtak:

1. Pasientskadenemnda endrer Norsk pasientskadeerstatnings vedtak av 12.06.15 hva gjelder posten menerstatning.

For posten tapt arbeidsinntekt opprettholder Pasientskadenemnda Norsk pasientskadeerstatnings vedtak.

2. Erstatningen tilkjent fra nemnda fordeler seg slik:

Menerstatning kr 238.266

Total erstatning (inkludert erstatningspostene som ikke er klaget inn til Pasientskadenemnda) utgjør kr 558.266.

Det gjenstår da kr 238.266 til utbetaling fra Norsk pasientskadeerstatning.

På posten utgifter skal pasienten ha en tilleggsutbetaling på kr 2.500. Bakgrunnen for dette er at kapitaliseringsrenten per 12.12.14 er endret fra 5% til 4%.

Kort om sakens bakgrunn

Pasienten er en kvinne på 48 år.

Hun ble operert med bukplastikk i mai 2002, på grunn av såkalt fettforikle. I ettertid har hun hatt langvarige plager med forsinket sårtilheling og infeksjoner, og det har blitt utført gjentatte operasjoner for arkkorreksjon. I 2013 fikk hun diagnostisert hudsykdommen Pyoderma gangrenosum, som mest sannsynlig er en følge av behandlingsskaden med infeksjon. Hun har gjennomgått flere operasjoner etter dette, og har i dag sårddannelser på magen og smerter knyttet til dette, som er grunnlaget for erstatningssaken.

Saken har vært vurdert av spesialist i gastroenterologisk kirurgi Tom Gerner i uttalelser av 27.08.13 og 15.01.15, samt av spesialist i gastroenterologisk kirurgi Helge Myrvold i uttalelse av 01.06.09. Pasienten har tidligere mottatt uttalelsene og forutsettes kjent med disse. Det foreligger også eldre legevurderinger i saken, men de har ikke betydning for dette vedtaket.

Begrunnelse for vedtaket

Erstatningen er beregnet etter bestemmelsene i lov om skadeserstatning.

Pasienten har krav på økt menerstatning

Pasienter som er påført varig og betydelig skade av medisinsk art, har krav på menerstatning. Dette følger av lov om skadeserstatning § 3-2.

Beregningen av menerstatningen er i hovedsak standardisert, ut fra blant annet alder da behandlingsskaden oppsto og folketrygdens grunnbeløp når erstatningen blir utbetalt.

Behandlingsskaden må være varig og tilsvare en medisinsk invaliditetsgrad på minst 15%. Menet fastsettes etter Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell.

Pasienten har fått kr 270.000 i menerstatning fra NPE. Erstatningen er beregnet på bakgrunn av en medisinsk invaliditet i gruppe 2 (25-34%).

Pasienten anfører at invaliditetsgraden er høyere enn det som er lagt til grunn i NPE.

Hun viser til at hun har smerter, ikke kan strekke seg helt ut og ikke kan bruke vanlige klær som strammer. I tillegg er det store arrdannelser, beskrevet som krater.

Pasientskadenemnda finner grunnlag for å øke menerstatningen.

Pasientskadenemnda viser til at varig medisinsk invaliditet er vurdert grundig i to omganger av sakkyndige leger i NPE, Helge Myrvold og Tom Gerner. Nemnda peker særlig på at merplagene som følge av Pyoderma gangrenosum er særskilt vurdert, og legger etter dette til grunn en samlet medisinsk invaliditet på 32% som følge av pasientskaden.

Inngangsinvaliditet og valg av beregningsprinsipp

For pasienter med helseplager som medførte inngangsinvaliditet da pasientskaden oppsto, må nemnda vurdere hvilket beregningsprinsipp som skal brukes ved utmåling av menerstatning, jf. dom fra Høyesterett inntatt i Rt-2015-820. Differanseprinsippet skal legges til grunn ved beregningen dersom dette fører til høyere erstatning enn separasjonsprinsippet. NPE har benyttet separasjonsprinsippet.

Det fremgår av fastlegejournalen at pasienten her hadde plager med angst, muskelskjelettlidelser og stoffskifteforstyrrelse på tidspunktet da pasientskaden oppsto i 2002. Det foreligger ingen menvurdering av pasientens inngangsinvaliditet, men nemnda legger skjønnsmessig til grunn at disse plagene sett i sammenheng utgjorde en samlet inngangsinvaliditet på 20%.

Med inngangsinvaliditet på 20% utgjør pasientens varige medisinske invaliditet etter pasientskaden 46% i samordnet sum. Bruk av differanseprinsippet gir en høyere erstatning enn beregning etter separasjonsprinsippet med erstatning etter gruppe 2. Differanseprinsippet legges etter dette til grunn for beregningen.

Erstatningen kapitaliseres etter en rente på 4% og etter SSBs oppdaterte levealderstabeller. Ny menerstatning utgjør da kr 501.475.

Fra dette må det gjøres fradrag for tidligere tilkjent menerstatning oppjustert etter dagens grunnbeløp, med en kapitaliseringsrente på 5% og Rikstrygdeverkets levealderstabell. Dette fradraget utgjør kr 263.209.

Nemnda omgjør NPE sitt vedtak på dette punktet, og tilkjenner ytterligere menerstatning med kr 238.266.

Pasienten har ikke krav på erstatning for inntektstap

Erstatningen skal dekke inntektstap som mest sannsynlig skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Pasientskadenemnda beregner et eventuelt tap ut fra den inntekten pasienten sannsynligvis ville fått utbetalt dersom skaden ikke hadde skjedd, og den inntekten pasienten får utbetalt med skaden. Pasientskadenemnda må ta hensyn til utgifter pasienten sparer ved ikke å være i (fullt) arbeid (for eksempel fagforeningskontingent, reiseutgifter, utgifter til pensjonsordning).

Pasienten har langvarige muskel/skjelettplager i nakke, rygg og skulder, og hun har vært i behandling for angstlidelse og stoffskiftesykdom også i tiden forut for pasientskaden. Videre har hun gjennomgått behandling for brystkreft, som ble avsluttet i 2016.

Siden 2012 har pasienten mottatt 60% uføretrygd. Videre har hun siden 2010 mottatt 40% arbeidsavklaringspenger fra NAV, en ytelse som løper frem til sommeren 2017. Hun har også tidligere mottatt ulike ytelser fra NAV, som stønad ved yrkesrettet attføring (1998-99) og rehabiliteringspenger. Hun har fullført ungdomsskole og har arbeidserfaring fra flere ulike typer serviceyrker, som assistent på skole, renholder og parkansatt. Dette har i all vesentlighet vært arbeidsforhold av kortere varighet. Hennes siste arbeidsforhold var som butikkansatt fra juni 2011 til desember 2012.

Ut fra likningsopplysninger har hun hatt følgende inntekter:

2010: 151 979

2011: 214 892

2012: 209 028

2013: 233 036

2014: 246 660

2015: 278 941

NPE

Pasienten har ikke fått erstatning for inntektstap. NPE har vist til at det ikke er grunnlag for erstatning, fordi det er andre forhold enn pasientskaden som er årsaken til hennes nedsatte funksjonsevne.

Pasienten anfører at hun har tapt arbeidsinntekt som følge av pasientskaden.

Hun viser til at hun fikk fast stilling ved ----, men at hun ble syk og mye sykemeldt. Til slutt mistet hun jobben fordi hun ikke kunne ha på arbeidsuniform med vanlig bukse slik de krevde, ettersom det irriterte såret på magen.

Pasientskadenemnda finner ikke grunnlag for å tilkjenne erstatning for tapt arbeidsinntekt.

Nemnda viser til at pasienten har et sammensatt sykdomsbilde, med mange ulike plager. Hun har fått behandling for lavt stoffskifte, tennisalбие, smerter i rygg og nakke og for overvekt. Hun gikk til behandling for både angstlidelse, rygg- og nakkeplager og stoffskiftesykdom i årene forut for pasientskaden, og hadde lengre perioder med sykemelding og også attføringsstønad i denne tiden. I lys av pasientens langvarige og sammensatte sykehistorie, finner nemnda det mest sannsynlig at det er andre årsaker som er mer vesentlige enn pasientskaden til at hun ikke er i arbeid. Nemnda har merket seg at pasienten også har plager som følge av hudsykdommen, men finner det likevel ikke sannsynlig at hun ville vært i arbeid dersom man tenker behandlingsskaden borte.

For øvrig kan nemnda ikke se at det er oppstått et økonomisk tap som følge av pasientskaden, herunder med forverringen i 2012/13. Det følger av likningsopplysningene at pasienten har hatt økende inntekt fra 2010 og frem til i dag. Pasienten har ikke konkret vist til hva inntektstapet består i, men skriver at hun mistet sin faste stilling som ---- fordi plagene fra såret på magen forhindret henne fra å ha på uniformen slik arbeidsgiver krevde. Nemnda forstår dette som en anførsel om at hun uten pasientskaden ville hatt en bedre

inntektsutvikling. Det følger av rettspraksis fra Høyesterett (Rt-2003-338 Dykkerdommen) at det er skjerpede beviskrav for en slik påstand, som innebærer at det må underbygges med tydelige bevis.

Av fastlegejournalen fremgår det at pasienten mens hun hadde stilling som ---- i perioden i 2011-2012 hadde flere langvarige sykmeldinger for muskel/skjelettplager i rygg, nakke og skulder samt tennisalbue. Nemnda finner det på denne bakgrunn mer sannsynlig at det er andre årsaker enn pasientskaden til at arbeidsforholdet ble avvirket.

Vedtaket fra Norsk pasientskadeerstatning stadfestes på dette punktet.

Justert erstatning på fremtidige tapsposter

Høyesterett bestemte i dom av 12.12.14 at kapitaliseringsrenten (renten som benyttes når erstatningen for fremtidige tapsposter fastsettes til et engangsbeløp) skal settes ned fra 5% til 4%. Samtidig ble erstatningen for skatteulempen redusert. Når nemnda legger til grunn at erstatningssøker får en lavere rente på erstatningsbeløpet, vil mange kunne ha krav på en noe høyere erstatning enn tidligere.

Nemnda har på denne bakgrunnen funnet det riktig å utbetale et tilleggsbeløp til pasienten på posten utgifter.

Erstatningsposten er ikke klaget inn for Pasientskadenemnda og nemnda legger for øvrig til grunn de samme premissene som fremgår av NPEs vedtak.

Utgifter

Pasienten har fått utbetalt erstatning for utgifter med skjønnsmessig kr 50.000 (samlet for både den påførte og fremtidige perioden). Da skjønnet i noen grad kan ha basert seg på en forventet avkastning (5%) ut over det vi nå skal legge til grunn (4%), finner Pasientskadenemnda at pasienten skal ha et tillegg som tilsvarer ca 5% av den tidligere tilkjente erstatningen. Dette mener vi tar godt høyde for den endrede renten. Nemnda tilkjenner et tillegg i den fremtidige delen av erstatningen med kr 2.500.

Klagen har etter dette ført delvis frem. Saken sendes tilbake til Norsk pasientskadeerstatning for utbetaling av tilkjent av erstatning.

Vedtaket er enstemmig.

Pasientskadenemnda - PSN-2015-2729

Myndighet	Pasientskadenemnda - vedtak
Dato	2017-04-28
Doknr/publisert	PSN-2015-2729
Sammendrag	Utmåling av erstatning for infeksjon etter innsetting av hofteprotese.
Saksgang	Klagesak nr N2015/2729
Forfatter	Kari Mjølhus, Tone Li Sandvik, Lill Mensen.

Norsk pasientskadeerstatning har utmålt erstatning til pasienten i vedtak av 05.08.14 (NPE snr. 2012/03230).

Pasienten var tidligere representert ved advokat, men fører nå saken selv.

Pasienten klaget på vedtaket 28.08.14. Pasientskadenemnda/Helseklage mottok klagesaken 17.10.14.

Pasienten har krav på erstatning for følger av infeksjon etter innsetting av hofteprotese i 2000. Han har fått tilkjent og utbetalt erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE) med totalt kr 1.548.000. I henhold til vedtaket av 05.08.14 og etterbetaling iht. brev av 31.01.15, er erstatningen fordelt slik:

Menerstatning kr 160.000

Lidt inntektstap kr 380.000 inkludert renter

Fremtidig inntektstap kr 619.000 inkludert skatteulempe

Tapt evne til arbeid i hjemmet, påført kr 77.000 inkludert renter

Tapt evne til arbeid i hjemmet, fremtidig kr 143.000 inkludert skatteulempe

Påførte utgifter kr 85.000 inkludert renter

Fremtidige utgifter kr 84.000 inkludert skatteulempe

Totalt kr 1.548.000

Alle erstatningsposter er påklaget.

Pasientskadenemnda har behandlet klagen og har kommet til følgende konklusjon:

1. Pasientskadenemnda endrer Norsk pasientskadeerstatnings vedtak av 05.08.14 vedrørende menerstatning og skatteulempe.

For postene inntektstap, tapt hjemmearbeidsevne og utgifter opprettholder Pasientskadenemnda Norsk pasientskadeerstatnings vedtak.

2. Erstatningen tilkjent fra nemnda fordeler seg slik:

Menerstatning kr 298.000 (økt erstatning kr 132.000)

Fremtidig inntektstap kr 690.000 inkl. skatteulempe

Renter på tilleggserstatningen kr 17.252

Total erstatning utgjør avrundet kr 1.775.000.

Det gjenstår kr 227.000 til utbetaling fra Norsk pasientskadeerstatning.

Kort om sakens bakgrunn

Pasienten er en mann på 51 år.

Pasienten har fra barndommen en ødelagt hofte på grunn av sykdommen Calve-Legg-Perthe. På grunn av artrose fikk han satt inn totalprotese i venstre hofte i 1999. I 2000 foretok man revisjon på grunn av en løs komponent. I etterkant hadde pasienten mest sannsynlig en kronisk lavgradig proteseinfeksjon. Han hadde tegn på infeksjon i hofte fra 2004. Det ble utført to åpninger og dreneringer av verkebyller, og to bløtdelsrevisjoner i hofte frem til 2012. Etter inngrepene var det oppvekst av stavbakterier, og pasienten fikk antibiotika. I desember 2014 fikk pasienten innsatt ny protese.

Ved siste kontroll ved Rikshospitalet 29.11.16 var såret tørt og reaksjonsløst. Det fremgår at pasienten har smerter og stivhet i noe varierende grad, og han går mye med to krykker, av og til med en krykke. Pasienten har noe benlengdeforskjell og har fått oppbygd sko. Kontrollene ble avsluttet i november 2016.

Saken har vært vurdert 15.12.12 av Bjarne Grøgaard og 18.09.13 av John Slåstad. Begge er spesialister i ortopedi. Videre har Pasientskadenemndas rådgivende lege og spesialist i ortopedi, Tor Øystein Rundén, vurdert saken 10.02.17.

Pasienten har tidligere mottatt vurderingene og forutsettes kjent med dem.

Begrunnelse for vedtaket

Erstatningen er beregnet etter bestemmelsene i lov om skadeserstatning.

Pasienten har krav på økt menerstatning

Pasienter som er påført varig og betydelig skade av medisinsk art, har krav på menerstatning. Dette følger av lov om skadeserstatning § 3-2.

Beregningen av menerstatningen er i hovedsak standardisert, ut fra blant annet alder da behandlingsskaden oppsto og folketrygdens grunnbeløp når erstatningen blir utbetalt.

Behandlingsskaden må være varig og tilsvare en medisinsk invaliditetsgrad på minst 15%. Menet fastsettes etter Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell.

Pasienten har fått kr 140.000 i menerstatning fra NPE. Erstatningen er beregnet på bakgrunn av en medisinsk invaliditet i gruppe 1 (20%). Det er tatt utgangspunkt i en medisinsk invaliditet på 35% og trukket fra inngangsinvaliditet på 15%.

Pasienten ber om at det foretas en ny vurdering av invaliditetsgraden. Han er uenig i at det gjøres fradrag for inngangsinvaliditet, idet operasjonen i 2000 var forutsatt å skulle gi tilnærmet 100% funksjonsevne. Det forhold at infeksjonen stadig blusser opp må være en skade i seg selv. I perioder er han opp mot 100% funksjonsudyktig. Disse forhold tilsier at invaliditetsgraden må økes.

Pasientskadenemnda finner grunnlag for å øke den tilkjente menerstatningen.

Nemnda viser til den sakkyndige vurderingen fra John Slåstad. Det fremgår der at pasientens proteseinfeksjon hadde blusset opp igjen i 2013. En reoperasjon ville medføre fjerning av benvev og bløtvev, og gangfunksjonen ville mest sannsynlig bli svekket. Denne tilstanden ble vurdert å medføre en varig medisinsk invaliditet på omkring 35% iht. invaliditetstabellen pkt. 4.8.3. Av etterfølgende journal fra Rikshospitalet 08.12.15 fremgår at pasienten har fått satt inn ny protese, og av journalnotat 29.11.16 fremgår at pasienten ikke lenger har infeksjon.

Nemnda viser videre til uttalelsen fra rådgivende lege datert 10.02.17 hvor han påpeker at den sakkyndige erklæringen fra Slåstad ble gitt 18.09.13, altså før den siste hofteoperasjonen. Rådgivende lege tolker erklæringen slik at den tar høyde for ny protese. I følge de siste opplysningene i saken anser han det riktig å anslå varig medisinsk invaliditet til totalt 35% ut i fra situasjon slik den er nå. Det ser ut som om man ved det siste inngrepet oppnådde målet med å få sanert infeksjonen. Blodprøver og andre undersøkelser tyder også på det. Rådgivende lege sier videre at man under siste operasjon måtte fjerne litt av den øvre del av lårbenet, og

dette har bidratt til den svekkede muskelkraften i benet. Smertene han har er trolig relatert til arrvev etter mange operasjoner, samt til nødvendig fjerning av ben, muskel og bløtdelsvev i området rundt hoftelrådet og låret. Rådgivende lege tar utgangspunkt i punkt 4.8.2 c og legger til grunn 15% inngangsinvaliditet iht. tabellen pkt. 4.8.2 a.

Erstatningen kapitaliseres etter en rente på 4% og etter SSBs oppdaterte levealdertabeller. Dette er i tråd med nyere nemnds- og rettspraksis, og vil bidra til en høyere erstatning.

Høyesterett avsa 26.05.16 (Rt-2015-820) en prinsipiell dom om utmåling av menerstatning når skadelidte har en inngangsinvaliditet (funksjonssvikt, sykdom eller skade før pasientskaden) som ingen er erstatningsansvarlig for. Høyesterett kom i dommen til at separasjonsprinsippet setter en nedre grense for menerstatningens størrelse etter skl. § 3-2, og at differanseprinsippet skal brukes når dette gir en høyere menerstatning. Nemnda må etter dette vurdere hvilket prinsipp som skal legges til grunn ved beregning av menerstatning for denne pasienten.

Nemnda legger til grunn at beregning etter differanseprinsippet gir den høyeste menerstatningen i dette tilfelle. Menerstatningen utgjør kr 297.644 (gruppe 3 minus gruppe 1). Fra dette må det gjøres fradrag for tidligere tilkjent menerstatning i gruppe 1 oppjustert etter dagens grunnbeløp med en kapitaliseringsrente på 4% og Rikstrygdeverkets levealdertabell. Dette fradraget utgjør kr 166.579. Tilleggserstatningen utgjør avrundet kr 132.000.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak omgjøres på dette punktet.

Pasienten har krav på økt erstatning for inntektstap

Erstatningen skal dekke inntektstap som mest sannsynlig skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Pasientskadenemnda beregner tapet ut fra den inntekten pasienten sannsynligvis ville fått utbetalt dersom skaden ikke hadde skjedd, og den inntekten pasienten får utbetalt med skaden. Pasientskadenemnda må ta hensyn til utgifter pasienten sparer ved ikke å være i (fullt) arbeid (for eksempel fagforeningskontingent, reiseutgifter, utgifter til pensjonsordning).

Pasienten har jobbet innenfor potetindustrien, metallindustrien og som truckkjører. Fra 1987 mottok han atferingsstønad fra trygdekontoret. I 1996 ble han innvilget 100% uførepensjon med virkning fra 1988. Uføretidspunktet ble satt til 08.87. Fra 01.09.10 ble uførepensjonen redusert til 89% pga. inntekt. Fra 01.09.11 ble uføregraden økt til 99%, og fra 01.01.12 ble uføregraden økt til 100%. Pasienten har hatt arbeid som assistent i omsorgsbolig ved siden av å motta uførepensjon.

Påført inntektstap

Pasienten har fått erstatning for påført inntektstap med kr 380.000 inkl. renter. NPE har beregnet inntektstap for årene 2000-2013. For årene 2012 og 2013 utgjør tapet kr 150.000 inkl. renter. Det resterende tapet i perioden 2000-2011 er skjønsmessig vurdert.

Pasienten krever kr 349.525 i inntektstap for den påførte perioden. I tillegg kreves renter som frem til 20.01.14 var beregnet til kr 286.423. Pasienten har lagt til grunn et inntektstap siden 2000 som følge av skaden.

Pasientskadenemnda finner ikke grunnlag for å øke erstatningen for påført inntektstap.

Ligningsopplysningene og opplysninger fra NAV viser at pasienten hadde begrensede inntekter forut for skaden. Han har hatt stønad fra folketrygden/Nav fra 1988. Fra 1997, da han ble innvilget uførepensjon, har han hatt noe inntekt.

Fra 2012 da man forberedte innsetting av ny protese, legger nemnda til grunn at pasienten uten infeksjonen ville hatt inntekt tilsvarende den han hadde i 2011. Ved beregningen av inntektstap i 2012 og 2013, slutter nemnda seg til NPEs beregninger og vurderinger. Tapet utgjør kr 38.296 og kr 110.785, til sammen kr 149.081.

For perioden før 2012 finner nemnda at det er usikkert i hvilken grad pasienten ville hatt inntekt dersom skaden ikke hadde inntruffet. Av den sakkyndige erklæringen fra Bjarne Grøgaard fremgår at pasienten hadde svært vage symptomer på infeksjon de første årene etter revisjonen i mai 2000, og først i 2004 ble symptomene tydeligere. Pasienten er skjønsmessig tilkjent kr 230.000 i inntektstap for perioden 2000-2011. Nemnda finner at pasienten med dette har fått dekket et inntektstap også for perioden før 2012.

Fremtidig inntektstap

NPE har i brev av 15.01.14 beregnet fremtidig inntektstap til kr 814.346 ekskl. skatteulempe. Inntekt med skaden er forutsatt å utgjøre kr 245.000 årlig. Senere er inntekten justert opp til kr 275.000 årlig, og den samlede erstatningen er redusert.

I vedtaket av 05.08.14 er det tilkjent erstatning for fremtidig inntektstap frem til 62 års alder med kr 600.000 inkl. skatteulempe. I ettertid er det foretatt en etterbetaling med kr 19.000 på bakgrunn av endringen i kapitaliseringsrenten. Det er lagt til en beregnet skatteulempe på 9,8%.

NPE har tatt utgangspunkt i at det er usikkert om infeksjonen vil bli sanert, og at det derfor også er usikkert om pasienten kan komme tilbake i arbeid. Erstatningen er beregnet på bakgrunn av at pasienten i fremtiden ikke vil ha inntekt ved siden av uførepensjonen.

Pasienten krever erstatning frem til fylte 67 år. Det er anført at NPE i forslaget til oppgjør 15.01.14 beregnet erstatningen til kr 814.346. Kravet var opprinnelig kr 724.150 pluss skatteulempe på kr 388.507.

Pasientskadenemnda finner ikke at det er grunnlag for å øke selve erstatningen for fremtidig inntektstap, men at det er grunnlag for å øke skatteulempen.

Nemnda viser til NPEs beregning og legger tilsvarende forutsetninger til grunn. Nemnda finner at det er usikkert om pasienten ville opprettholdt inntektsnivået i 2011, og viser til at grunnlidelsen i seg selv medførte ikke ubetydelige plager og begrensninger. I likhet med NPE er også nemnda av den oppfatning at det er en mulighet for at pasienten vil komme tilbake i noe arbeid. Nemnda finner det imidlertid mest sannsynlig at pasienten uten behandlingsskaden ville hatt en inntekt tilsvarende nivået i 2011, og at han med behandlingsskaden ikke kommer tilbake i arbeid. Etter 62 års alder finner nemnda at pasienten uansett mest sannsynlig ville vært utenfor inntektsgivende arbeid på grunn av hoftelidelsen i seg selv.

Nemnda legger til grunn at inntekt med skaden i 2014 utgjør kr 275.000 årlig. Det vises til selvangivelsen for 2013 hvor pensjonen utgjør kr 270.941. Inntektstap i perioden 2014-2028 utgjør kr 574.678.

På oppgjørstidspunktet var kapitaliseringsrenten 5%. Høyesterett bestemte i dom Rt-2014-1203 at kapitaliseringsrenten skal settes ned til 4%. Beregningen er derfor gjort på det grunnlaget.

Skatteulempe

For fremtidige erstatningsposter vil det påløpe skatt på formue og renteinntekter. Skadelidte skal ha erstattet denne skatteulempen.

I Rt-2014-1203 ble det uttalt at skatteulempen som hovedregel skal settes til 20%, og det skal sterke grunner til for å fravike dette utgangspunktet. I henhold til nemndspraksis kan det være tilfelle der den matematisk beregnede skatteulempen blir betydelig lavere enn 20%, enten grunnet kort erstatningsperiode eller høy gjeld. Videre legges til grunn at bunnfradraget skal komme pasienten til gode.

NPE lagt til skatteulempe med kr 44.290 (7,71%) på bakgrunn av matematisk beregning.

Pasientskadenemnda har kommet til at matematisk beregnet skatteulempe skal tillegges med 20%. Det vises til at det skal tas hensyn til bunnfradraget (kr 1000 000 i 2014) som medfører matematisk beregnet skatteulempe på 15,08.

Tillagt 20% skatteulempe utgjør samlet erstatning for fremtidig inntektstap avrundet kr 690.000.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak omgjøres på dette punktet.

Pasienten har ikke krav på økt erstatning for redusert evne til arbeid i hjemmet

Verdien av arbeid i hjemmet er likestilt med inntekt, se skadeserstatningsloven § 3-1. Det økonomiske tapet skal beregnes ut fra forskjellen mellom det hjemmearbeidet pasienten gjorde uten skaden og det arbeidet pasienten er i stand til å gjøre med skaden. Pasienten må prøve å begrense tapet, for eksempel ved å bruke hjelpemidler, ved å bruke lengre tid på arbeidet eller ved å omfordele/bytte oppgavene mellom familiemedlemmene. Det følger av rettspraksis at verdien av den tapte hjemmearbeidsevnen erstattes etter en nøktern vurdering.

Pasienten har fått erstatning for redusert evne til arbeid i hjemmet med kr 77.000 inkl. renter for den påførte perioden (årlig kr 4.000), og kr 143.000 (årlig kr 7.000), inkl. 20% skatteulempe, for den fremtidige perioden.

Pasienten har påklaget posten uten å konkretisere kravet.

Pasientskadenemnda finner ikke grunnlag for å øke erstatningen for tap av hjemmearbeid.

Fra 2011 bor pasienten for seg selv i leilighet med delt omsorg for ett barn.

Nemnda legger til grunn at pasienten som følge av grunnlidelsen hadde redusert evne til å utføre hjemmearbeid forut for pasientskaden. Han har fått ytterligere redusert evne til å utføre hjemmearbeid som følge av behandlingsskaden. Nemnda finner imidlertid at det tilkjente årlige nivået på kr 4.000 for den påførte perioden og kr 7.000 for den fremtidige perioden er innenfor et rimelig skjønn.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak stadfestes på dette punktet.

Pasienten har ikke krav på økt erstatning for utgifter

Pasienten skal ha erstattet økte utgifter som skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Det følger av rettspraksis at det bare er nødvendige og rimelige utgifter som skal erstattes. Erstatningen skal være et supplement/tillegg til ytelsene som pasienten kan få dekket av det offentlige. Pasienten må innrette seg slik at utgiftene ikke blir større enn nødvendig. Pasienten må forsøke å begrense tapet, blant annet ved å søke om de offentlige ytelsene som kan være aktuelle.

Pasienten har fått erstatning fra NPE for påførte utgifter med kr 85.000 inkl. renter og fremtidige utgifter med kr 84.000 inkl. 20% skatteulempe.

NPE har lagt til grunn at pasientskaden mest sannsynlig har medført ekstrautgifter til fysioterapi, smertestillende, helse- og opptreningsopphold, egenandeler o.l. Det er tilkjent dekning av utgifter til automatgir med kr 25.000. Til fradrag kommer utgifter som pasienten uansett ville hatt som følge av grunnlidelsen.

For den fremtidige perioden er det lagt til grunn årlige utgifter med kr 4.000, på bakgrunn av tilsvarende forutsetninger som ved den påførte perioden.

Pasienten krever økt erstatning, uten at dette er nærmere konkretisert i klagen.

Pasientskadenemnda finner ikke grunnlag for å øke erstatningen for utgifter.

Det legges til grunn at pasienten vil ha noe merutgifter som følge av behandlingsskaden, men at dette gjelder egenandeler til legebesøk, medisiner, transport etc. Samtidig presiseres at pasienten mest sannsynlig ville hatt utgifter også som følge av grunnlidelsen.

Nemnda finner at tilkjent erstatning er innenfor et rimelig skjønn.

Vedtaket er enstemmig.

Pasientskadenemnda - PSN-2015-2272

Myndighet	Pasientskadenemnda - vedtak
Dato	2017-03-23
Doknr/publisert	PSN-2015-2272
Sammendrag	Utmåling av erstatning for pasientskade.
Saksgang	Klagesak nr N2015/2272
Forfatter	Kari Mjølhus, Ivar Holst, Atle Larsen, Tron H. Torkildsen, Tor Bjørang.

Norsk pasientskadeerstatning har utmålt erstatning til pasienten i vedtak av 20.06.13 (NPE snr. 2010/01640). Total erstatning som er tilkjent og utbetalt er kr 1.850.000.

Erstatningen fordeler seg på følgende poster:

Menerstatning	kr 315.000
Lidt inntektstap	kr 171.431
Renter	kr 11.131
Fremtidig inntektstap	kr 1.001.186
Tapt evne til arbeid i hjemmet, påført	kr 50.000
Tapt evne til arbeid i hjemmet, fremtidig	kr 140.000
Påførte utgifter	kr 65.000
<u>Fremtidige utgifter</u>	<u>kr 95.000</u>
Sum	kr 1.848.748

Pasienten klaget på vedtaket 04.07.13. Advokat ---- representerer pasienten i saken.

Pasientskadenemnda skal ta stilling til postene menerstatning, inntektstap, nedsatt hjemmearbeidsevne og utgifter.

Pasientskaden består i forsinket diagnostisering og behandling av en infeksjon i ankelen. Pasienten utviklet blodforgiftning og multiorgansvikt, og måtte amputere venstre bein på leggen. Han har i tillegg fått en dårligere hjerteklaffunksjon.

Pasientskadenemnda behandlet saken i møte 23.03.17 med følgende konklusjon:

1. Pasientskadenemnda endrer Norsk pasientskadeerstatnings vedtak av 20.06.13 på posten inntektstap, og øker erstatningen med kr 156.000 178 000 inkl. skatteulempe.
2. For øvrig stadfestes Norsk pasientskadeerstatnings vedtak av 20.06.13.
3. Erstatningen på de påklagede postene fordeler seg etter dette slik:

Menerstatning	kr 315.000
Lidt inntektstap	kr 185.000 inkl. renter
Fremtidig inntektstap	kr 1.116.000 inkl. skatteulempe
Tapt evne til arbeid i hjemmet, påført	kr 50.000 inkl. renter
Tapt evne til arbeid i hjemmet, fremtidig	kr 140.000 inkl. skatteulempe
Påførte utgifter	kr 65.000 inkl. renter

<u>Fremtidige utgifter</u>	<u>kr 95.000 inkl. skatteulempe</u>
Delsum erstatning	kr 1.966.000
<u>Renter på tilleggserstatningen</u>	<u>kr 40.000</u>
Total erstatning, avrundet	kr 2.006.000

NPE har tidligere utbetalt kr 1.850.000. Den økte erstatningen som skal utbetales fra NPE utgjør **kr 156.000**.

4. «pasienten» får dekket utgifter til juridisk bistand i forbindelse med klagesaken med kr 14.768 inkl. mva.
5. På postene menerstatning, fremtidig tap av hjemmearbeidsevne og fremtidige utgifter skal pasienten ha en tilleggsutbetaling, fordi kapitaliseringsrenten er endret fra 5% til 4%. Tilleggsutbetalingen utgjør samlet **kr 137.000**.

Kort om sakens bakgrunn

Pasienten er en mann på 54 år. På tidspunktet da skaden skjedde jobbet han som ---- på pukkverk. Han hadde også en deltidsstilling som ----.

I november 2007 fikk pasienten smerter i venstre ankel og han fikk derfor behandling med antibiotika. Han utviklet bruskskade i ankelleddet og gjennomgikk avstivning av ankelen.

I 2010 ble det påvist septisk artritt og pasienten fikk multiorgansvikt. Venstre bein måtte amputeres på leggnivå. Pasienten har fått medhold i at diagnosen septisk artritt skulle vært stilt i november 2007, og at det er forsinkelsen som er årsak til amputasjonen. Forsinkelsen medførte også multiorgansvikt, som har ført til at pasienten har fått en dårligere funksjon av hjerteklaffen.

Pasienten fikk satt inn protese i høyre hofte 12.01.11 grunnet artrose. Det er ikke ansett å være årsakssammenheng mellom pasientskaden og artrose i hoften, da pasienten tidligere har hatt et lårhalsbrudd.

Saken har vært vurdert av spesialist i ortopedisk kirurgi Pål Høvding 13.07.12 og spesialist i generell kirurgi, karkirurgi og thoraxkirurgi Rune Haaverstad 30.01.12. Advokaten har tidligere mottatt uttalelsene og forutsettes kjent med disse.

Begrunnelse for vedtaket

Erstatningen er beregnet etter bestemmelsene i lov om skadeserstatning.

Saken er godt nok opplyst til at Pasientskadenemnda kan fatte vedtak.

Menerstatning

Pasienter som er påført varig og betydelig skade av medisinsk art, har krav på menerstatning. Dette følger av lov om skadeserstatning § 3-2.

Beregningen av menerstatningen er i hovedsak standardisert, ut fra blant annet alder da behandlingsskaden oppsto og folketrygdens grunnbeløp når erstatningen blir utbetalt.

Behandlingsskaden må være varig og tilsvare en medisinsk invaliditetsgrad på minst 15%. Menet fastsettes etter Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell.

Pasienten har fått kr 315.000 i menerstatning fra NPE. Den varige medisinske invaliditeten er satt til 24% for leggamputasjonen og 25% for nedsatt funksjon av hjerteklaffen, det vil si samordnet 43% i henhold til reduksjonsprinsippet. Erstatningen er derfor beregnet på bakgrunn av en medisinsk invaliditet i gruppe 3 (35-44%).

Advokaten krever gruppeopprykk slik at menerstatningen beregnes i gruppe 4. Advokaten viser til at skaden ligger i øvre sjikt av gruppe 3 og at pasienten har totalprotese i hoften. Advokaten anfører at det må vurderes om behovet for hofteprotese er en følge av pasientskaden, eventuelt som en medvirkende årsak.

Pasientskadenemnda finner grunnlag for å øke den tilkjente menerstatningen ved å gjøre en teknisk justering som følge av endringer i rettspraksis.

Skadeområdet er vurdert av to spesialistleger, og samlet varig medisinsk invaliditet er vurdert til 43% etter reduksjonsprinsippet, jf. forskrift om menerstatning ved yrkesskade § 2 nr 3. Nemnda kan ikke se at det er holdepunkter for at vurderingene ikke skulle være korrekte. Invaliditetsgradene dekkes av bestemte punkter i invaliditetstabellen både for amputasjonen og hjerteklafffunksjonen. Når det gjelder hjerteklaffen påpeker nemnda at skaden på denne er vurdert til 25% i henhold til invaliditetstabellen punkt 6.1.2. Det fremgår av menvurderingen at pasienten har normal hjertefunksjon og at han ikke har symptomer fra hjertet, mens det under pkt 6.1.2 er angitt at det oppstår symptomer som unormal tretthet, palpitasjoner, dyspnoe eller angina pectoris ved anstrengelser.

Når det gjelder anførselen om gruppeopprykk viser nemnda til at Høyesterett (Rt-2000-441) har uttalt at det kan gis et skjønnsmessig tillegg til den matematisk beregnede menerstatningen, og at det ved slike tillegg kan ses hen til gruppeopprykkordningen ved yrkesskader. Høyesterett uttalte at det likevel skal atskillig til før man går nevneverdig utover det som følger av den nevnte matematiske utregningen. I Rt-2000-441 var det en kombinasjon av tidligere plager og smerteplager etter en ulykke som var vurderingtemaet for et eventuelt tillegg, noe Høyesterett ikke fant tilstrekkelig. Etter nemndas mening er det i pasientens tilfelle ikke grunnlag for gruppeopprykk eller et tillegg til menerstatningen ut fra de forholdene som påberopes av advokaten. Det fremgår ikke av sakens dokumenter at pasientens funksjonsevne med leggprotese er betydelig forverret på grunn av tidligere innsatt hofteprotese. Når det gjelder hofteprotesen vil nemnda bemerke at sakkyndig Høvdning har vurdert at behovet for hofteprotese skyldes tidligere gjennomgått lårhalsbrudd.

Høyesterett avsa 26.05.16 (Rt-2015-820) en prinsipiell dom om utmåling av menerstatning når skadelidte har en inngangsinvaliditet (en funksjonssvikt, sykdom eller er skadet før pasientskaden) som ingen er erstatningsansvarlig for. Høyesterett kom i dommen til at separasjonsprinsippet setter en nedre grense for menerstatningens størrelse etter skl. § 3-2, og at differanseprinsippet skal brukes når dette gir en høyere menerstatning. Nemnda må etter dette vurdere hvilket prinsipp som skal legges til grunn ved beregning av menerstatning for denne pasienten.

Nemnda legger til grunn at pasienten har en inngangsinvaliditet knyttet til at han har en hofteprotese. Dette gir en invaliditet på 15% iht. invaliditetstabellen pkt. 4.8.2 a.

Med samordning av inngangsinvaliditet relatert til hofteprotesen og behandlingsskaden

(25% + 18% + 8,55%), finner nemnda etter avrunding oppover at pasienten har en total invaliditet i gruppe 4 (45-54%).

Erstatningen kapitaliseres etter en rente på 4% og etter SSBs oppdaterte levealdertabeller. Dette er i tråd med nyere nemnds- og rettspraksis, og vil bidra til en høyere erstatning.

Ved separasjonsprinsippet utgjør menerstatning etter gruppe 1 kr 173.232. Ved differanseprinsippet blir menerstatningen erstatning i gruppe 4 minus erstatning i gruppe 1, det vil si kr 618.716 minus kr 173.232, noe som utgjør kr 445.484. Erstatning etter gruppe 3 utgjør i dette tilfelle det samme, kr 445.484.

Menerstatningen utgjør etter dette kr 445.484. Fra dette må det gjøres fradrag for tidligere tilkjent menerstatning i gruppe 3 oppjustert etter dagens grunnbeløp med en kapitaliseringsrente på 5% og Rikstrygdeverkets levealdertabell. Dette fradraget utgjør kr 336.613. Tilleggserstatningen utgjør kr 108.871.

Økningen i menerstatning her er kun en teknisk justering som følge av endringer i rettspraksis, og medfører ikke omgjøring av vedtaket i NPE, da nemnda anvender det samme beregningsprinsippet som NPE.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak stadfestes på dette punktet.

Pasienten skal ha en tilleggsutbetaling på avrundet kr 109.000 i menerstatning som følge av endret kapitaliseringsrente og anvendelse av SSBs levealdertabell.

Pasienten har krav på økt erstatning for inntektstap

Erstatningen skal dekke inntektstap som mest sannsynlig skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Pasientskadenemnda beregner tapet ut fra den inntekten pasienten sannsynligvis ville fått utbetalt dersom skaden ikke hadde skjedd, og den inntekten pasienten får utbetalt med skaden. Pasientskadenemnda må ta

hensyn til utgifter pasienten sparer ved ikke å være i (fullt) arbeid (for eksempel fagforeningskontingent, reiseutgifter, utgifter til pensjonsordning).

Pasienten jobbet som ---- og ---- da pasientskaden oppsto i slutten av 2007. I 2004 og 2005 synes han å ha jobbet heltid som ----, mens han fra 2006 jobbet dels som ---- og dels for ---- AS (som maskinfører) Han ble sykmeldt i november 2007 og mottok også andre ytelser fra NAV. Han jobbet i perioden mai 2009 til januar 2010, og ble deretter sykmeldt på nytt. Han ble uføretrygdet i 2012.

Pasienten har hatt følgende inntekter:

Før skaden	
2004:	kr 349.622
2005:	kr 296.192
2006:	kr 455.267
2007:	kr 522.312
Etter skaden	
2008:	kr 397.946
2009:	kr 549.238
2010:	kr 494.295
2011:	kr 507.863
2012:	kr 350.128
2013:	kr 577.556
2014:	kr 428.976
2015:	kr 421.991

Påført inntektstap (årene 2008-2012)

Pasienten har fått erstatning for påført inntektstap med kr 182.562 inkludert renter. NPE har tatt utgangspunkt i pasientens inntekt i 2007 og lagt til ca. 3% lønnsøkning for hvert år, slik at inntekt uten skaden i 2008 er kr 530.000, i 2009 kr 545.000, i 2010 kr 560.000, i 2011 kr 575.000 og i 2012 kr 590.000. NPE har vist til at pasienten har hatt varierende inntekter i årene før pasientskaden og at det ikke er sannsynliggjort en lønnsøkning ut over vanlig lønnsutvikling.

Advokaten anfører at pasienten har krav på høyere erstatning for påført inntektstap. Dette begrunnes med at inntekt uten skaden er vurdert for lavt. Det vises til uttalelser fra ---- AS og ---- AS, hvor sannsynlig inntekt uten skade i 2011 er oppgitt til henholdsvis kr 582.000 og kr 30.000. Antall overtidstimer i ---- AS er vurdert til 150 årlig, noe som anføres som realistisk med tanke på at pasienten jobbet skift og bodde hjemmefra i arbeidsperioden. Arbeidet i ----AS ble utført i løpet av de seks dagene pasienten var hjemme, og utgjorde 3-4 timer/uke. Det hevdes at pasienten ville fortsatt med dette.

Videre anføres at det ikke er grunnlag for fradrag til pensjonsordning på kr 50.000 årlig. Årlig lønnsvekst må settes til 4%, tilsvarende veksten i folketrygdens grunnbeløp.

Pasientskadenemnda finner ikke grunnlag for å øke erstatningen for påført inntektstap.

For perioden 2008-2010 legger nemnda til grunn en tilsvarende erstatningsberegning som NPE. Det er tatt utgangspunkt i inntekten i 2007 tillagt årlig lønnsøkning på 3%. På bakgrunn av generell lavkonjunktur kan nemnda ikke se at det er grunnlag for en høyere lønnsvekst enn dette. Dette er også i tråd med nemndspraksis. Videre er det grunnlag for å føre fradrag for kost og losji, da det fremgår av ligningen for 2007 at pasienten har hatt slikt fradrag. Dette er noe skjønnsmessig ført med kr 50.000 under «andre fradrag» og «andre utgifter» i beregningen.

Fra 2011 skal det etter nemndas syn legges til grunn en høyere inntekt uten skaden. Det vises til opplysningene fra ---- AS, hvor inntekt i 2011 er anslått til kr 582.000. I beløpet er 150 timer overtid inkludert. Det anses noe usikkert i hvilken grad pasienten ville jobbet overtid, da blant annet konjunkturer, bedriftens behov og pasientens muligheter til ekstraarbeid kan variere. Nemnda finner likevel at pasienten hadde gode muligheter for å jobbe overtid idet han jobbet på anlegg og bodde hjemmefra i arbeidsperioden. Videre er det bedriften selv

som har angitt behovet, og timeantallet anses å være moderat. Nemnda legger etter dette til grunn at årlig inntekt fra ---- AS i 2011 ville vært kr 582.000.

Når det gjelder inntekten fra ---- AS tar nemnda utgangspunkt i at pasienten jobbet fulltid frem til mars 2006. Deretter fortsatte han å jobbe som ---- etter behov. I brev av 28.11.11 opplyser ---- AS at pasienten var ansatt med tilknytingsavtale, og at det var forventet at timene som reserve---- ville tilsvare en 10% fast stilling. Nemnda finner det sannsynlig at pasienten kunne fortsatt med dette, da jobben ble utført i den uken hvor han ikke jobbet på anlegg. Imidlertid må det antas at inntekten kunne variere, men nemnda finner å kunne legge til grunn en gjennomsnittlig inntekt på kr 30.000 årlig.

Nemnda legger etter dette til grunn følgende årlige inntekter uten skaden:

2011	kr 612.000
2012	kr 630.000
2013	kr 649.000

Som tidligere legges til grunn en lønnsvekst på 3%, noe som også samsvarer med opplysningene fra ---- AS.

Påført inntektstap utgjør etter dette:

2008	kr 23.456
2009	kr 0
2010	kr 0
2011	kr 0
<u>2012</u>	<u>kr 161.021 inkl. renter</u>
Sum	kr 184.477 inkl. renter

Beløpet avrundes til kr 185.000.

For 2011 har NPE kommet til at det foreligger tap på kr 23.877. Nemnda bemerker imidlertid at utgifter og fradrag på kr 50.000 for kost og losji ikke er tatt hensyn til, noe nemnda mener det er grunnlag for. Med den forutsetningen oppstår det ikke tap i 2011.

Det vises til vedlagte beregninger.

Nemnda vil bemerke at det kan reises spørsmål om «overskuddet» i årene 2009-2011 bør komme til fradrag i den øvrige erstatning for lidt inntektstap. Da NPE ikke har gjort fradrag for dette, finner nemnda ikke grunn til å endre beregningsprinsippet i denne saken.

Fremtidig inntektstap (årene 2013-2029)

Pasienten har fått erstatning for fremtidig inntektstap med kr 1.001.186. NPE har tatt utgangspunkt i en gjennomsnittlig inntekt uten skaden på kr 600.000. For øvrig er beregningen gjort med tilsvarende premisser som ved beregningen av det påførte inntektstapet.

Advokaten anfører at inntekt før skaden må settes til 660 000. For øvrig gjøres gjeldende tilsvarende anførsler som ved påført inntektstap.

Pasientskadenemnda finner at det er grunnlag for å øke erstatningen for fremtidig inntektstap.

Når det gjelder inntekt uten skaden tar nemnda utgangspunkt i inntekt uten skade i 2012 (kr 630.000) tillagt 3% lønnsvekst, dvs. kr 649.000. For øvrig vises til beregningen av påført inntektstap.

I 2015 ble tidligere uførepensjon omgjort til uføretrygd. Dette hadde skattemessig betydning, samtidig som særfradraget falt bort. Av ligningen for dette året fremgår at pasienten hadde kr 382.456 i pensjon og kr 39.535 i lønn. Nemnda legger til grunn at pasienten har en restarbeidsevne og at han vil kunne ha en viss årlig inntekt. Størrelsen på inntekten kan variere, og nemnda legger derfor til grunn et moderat beløp på kr 20.000 som gjennomsnittlig lønnsinntekt. Årlig nettotap i 2015 utgjør kr 73.014.

Fremtidig inntektstap utgjør etter dette kr 929.044. Beløpet avrundes til kr 930.000. Se vedlagte beregninger.

Kapitalisering og skatteulempe

Erstatningsbeløpet skal kapitaliseres. Dette betyr at vi fastsetter nåtidsverdien av et tap som vil komme hvert år i flere år fremover. Utgangspunktet er at pengene skal plasseres med avkastning (f.eks. renter) og tas ut med samme beløp hvert år. Kapitaliseringsrenten er på 4%.

Ved beregningen skal Pasientskadenemnda også ta hensyn til at pasienten eventuelt må betale formuesskatt, og inntektsskatt av avkastningen (rentene) og erstatte dette. Skatteulempen settes til 20% og utgjør kr 186.000.

Den fremtidige erstatningen for inntektstap utgjør avrundet kr 1.116.000 inkl. skatteulampe.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak endres på dette punktet.

Pasienten har ikke krav på økt erstatning for redusert evne til arbeid i hjemmet

Verdien av arbeid i hjemmet er likestilt med inntekt, se skadeserstatningsloven § 3-1. Det økonomiske tapet skal beregnes ut fra forskjellen mellom det hjemmearbeidet pasienten gjorde uten skaden og det arbeidet pasienten er i stand til å gjøre med skaden. Pasienten må prøve å begrense tapet, for eksempel ved å bruke hjelpemidler, ved å bruke lengre tid på arbeidet eller ved å omfordele/bytte oppgavene mellom familiemedlemmene. Det følger av rettspraksis at verdien av den tapte hjemmearbeidsevnen erstattes etter en nøktern vurdering.

Pasienten har fått erstatning for redusert evne til arbeid i hjemmet med kr 50.000 for den påførte perioden (2008-2012). For den fremtidige perioden er det tilkjent kr 140.000, hvor årlig erstatningsbeløp er satt til kr 8.000. Erstatning ytes frem til pasienten fyller 75 år. NPE har lagt til grunn at pasienten har behov for hjelp til de fleste tyngre oppgaver i hjemmet, utover lettere husarbeid. Erstatningsposten omfatter også nødvendige utgifter til kjøp av utstyr til plenklipping og snømåking.

Advokaten krever dekket utgifter til innkjøp av plenklipper/snøskuffer i tillegg til det tilkjente årlige beløpet, forutsatt at beløpet ikke dekkes under posten utgifter. Det opplyses at pasienten som følge av amputasjonen måtte gå til innkjøp av plenklipper/snøskuffer som kunne betjenes sittende.

Pasientskadenemnda finner ikke grunnlag for å øke erstatningen for arbeid i hjemmet.

Nemnda legger til grunn at pasienten som følge av behandlingsskaden har redusert evne til å utføre tyngre arbeid i hjemmet, herunder renhold utover det daglige, diverse vedlikehold, plenklipping etc. Nemnda bemerker at pasienten uavhengig av behandlingsskaden har en hofteprotese. Det legges til grunn at hofteprotesen er årsak til deler av de nevnte begrensingene mht. hjemmearbeid.

Erstatningen er ment å dekke utgifter til leie av hjelp i hjemmet. Kostnader ved kjøp av utstyr som gjør pasienten i stand til å utføre arbeidet selv, erstattes ikke i tillegg. Kravet om dekning av utgifter til plenklipper/snøskuffer er derfor ikke dekningsmessig.

Nemnda finner at den tilkjente erstatningen er innenfor et rimelig skjønn og i tråd med praksis.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak stadfestes på dette punktet.

Pasienten har ikke krav på økt erstatning for diverse øvrige utgifter

Pasienten skal ha erstattet økte utgifter som skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Det følger av rettspraksis at det bare er nødvendige og rimelige utgifter som skal erstattes. Erstatningen skal være et supplement/tillegg til ytelsene som pasienten kan få dekket av det offentlige. Pasienten må innrette seg slik at utgiftene ikke blir større enn nødvendig. Pasienten må forsøke å begrense tapet, blant annet ved å søke om de offentlige ytelsene som kan være aktuelle.

Pasienten har fått erstatning fra NPE for påførte utgifter med samlet kr 65.000. Det er tatt utgangspunkt i et årlig beløp på kr 5.000. I tillegg har man erstattet ekstrautgifter på kr 30.000 til innkjøp av bil med automatisk girkasse.

Fremtidige utgifter er tilkjent med kr 95.000.

Advokaten krever kr 200.000 til dekning av påførte utgifter. Beløpet omfatter utgifter til plenklipper/snøskuffer, ekstrautgifter ved kjøp av bil med automatisk girkasse, leie av hjelp til hagearbeid samt utgifter til medisiner og transport.

Erstatningen for fremtidige utgifter aksepteres, forutsatt at øvrige poster erstattes i henhold til kravet.

Pasientskadenemnda finner ikke grunnlag for å øke erstatningen for utgifter.

Når det gjelder utgifter til leie av hagehjelp, anses dette dekket gjennom posten tap av hjemmearbeidsevne. Med hensyn til snøskuffer/plenklipper vises til det som er sagt vedrørende erstatning for tap av hjemmearbeidsevne. Erstatningen på kr 30.000 til automatisk girkasse anses å være innenfor det som er rimelig og nødvendig.

Det legges til grunn at pasienten vil ha noe merutgifter som følge av behandlingsskaden, herunder til egenandeler, medisiner, transport etc. Samtidig presiseres at pasienten mest sannsynlig ville hatt utgifter også som følge av grunnlidelsen. Nemnda finner at det tilkjente årlige beløpet på kr 5.000 er innenfor et rimelig skjønn.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak stadfestes på dette punktet.

Justert erstatning på fremtidige tapsposter som ikke er omgjort

Høyesterett bestemte i dom av 12.12.14 at kapitaliseringsrenten (renten som benyttes når erstatningen for fremtidige tapsposter fastsettes til et engangsbetrag) skal settes ned fra 5% til 4%. Samtidig ble erstatningen for skatteulempen redusert. Når nemnda legger til grunn at erstatningssøker får en lavere rente på erstatningsbeløpet, vil mange kunne ha krav på en noe høyere erstatning enn tidligere.

Nemnda har på denne bakgrunnen funnet det riktig å utbetale et tilleggsbeløp til pasienten for postene fremtidig tap av hjemmearbeidsevne og fremtidige utgifter.

Fremtidige utgifter

Pasienten har tidligere fått utbetalt erstatning for fremtidige utgifter med kr 5.000 per år frem til 2042, totalt kr 95.000 inkludert skatteulmp. Tapet blir kr 88.155 med en kapitaliseringsrente på 4%. Tillagt 20% skatteulmp utgjør tapet avrundet kr 106.000. Dette gir en tilleggsutbetaling på kr 11.000.

Redusert evne til arbeid i hjemmet

Pasienten har tidligere fått utbetalt erstatning for fremtidig tapt evne til arbeid i hjemmet med kr 8.000 per år frem til år 2038, totalt kr 140.000 inkludert skatteulmp. Tapet utgjør kr 130.369 med en kapitaliseringsrente på 4%. Inkludert 20% skatteulmp utgjør tapet kr 157.000. Dette gir en tilleggsutbetaling på kr 17.000.

Utgifter til advokathjelp i klageomgangen dekkes

Pasientens advokat har bedt om at pasienten får dekket utgiftene til advokathjelp i klageomgangen med kr 14.768 inkl. mva.

Pasienten skal ha dekket vesentlige kostnader som har vært nødvendig for å få endret vedtaket, se forvaltningsloven § 36.

Pasientskadenemnda har kommet til at pasientens utgifter til advokathjelp i klageomgangen skal dekkes med kr 14.768 inkl. mva.

Klagen har ført delvis frem. Saken sendes tilbake til Norsk pasientskadeerstatning for utbetaling av tilkjent av erstatning.

Vedtaket er enstemmig.

Pasientskadenemnda - PSN-2015-3614

Myndighet	Pasientskadenemnda - vedtak
Dato	2017-02-17
Doknr/publisert	PSN-2015-3614
Sammendrag	Feilmedisinering med Curacit - ansvarsgrunnlag og erstatningsutmåling.
Saksgang	Klagesak nr N2015/3614
Forfatter	Kjetil Gjøen, Gunnar Lind, Tron H. Torkildsen, Tor Bjørang, Anne Therese Sortebeck.

Saken gjelder krav om erstatning for følger av feilaktig injeksjon med Curacit. Legen skulle sette en kortisonsprøyte blandet med lokalbedøvelse mot ryggsmarter, men ved en forveksling satte han i stedet en kortisonsprøyte blandet med Curacit.

Norsk pasientskadeerstatning ga pasienten delvis medhold i vedtak av 31.10.13 (NPE sak 2013/00459). I NPEs vedtak ble pasienten innvilget erstatning for psykiske reaksjoner som mareritt, angst og nedsatt livskvalitet i en periode på to år som følge av feilmedisinering. Videre ble det lagt til grunn at anførte lungeplager og utvikling av KOLS hos pasienten ikke hadde sammenheng med hendelsen.

Pasienten klaget på ansvarsvedtaket 05.12.13, etter at NPE hadde gitt utsatt klagefrist. Det ble anført at ansvarshendelsen har ført til lungeplager hos pasienten, og at hennes psykiske plager vil vare lenger enn to år.

Klagesaken ble oversendt Pasientskadenemnda. Etter oversendelsen har pasienten anført at hun har utviklet psoriasis som følge av de psykiske belastningene etter hendelsen.

NPE fattet utmålingsvedtak 22.06.15, hvor pasienten ble tilkjent erstatning for påførte og fremtidige merutgifter med samlet kr 30.000. NPE la til grunn at de psykiske plagene ville vedvare i fem år. Det ble tatt høyde for årsakssammenheng mellom behandlingsskaden og utviklingen av psoriasis, og beløpet inkluderte utgifter til medikamenter og kremer. Utmålingsvedtaket ble påklaget 06.07.15.

Nemnda finner det hensiktsmessig å behandle pasientens klage på NPEs ansvarsvedtak av 31.10.13 og hennes klage på utmålingsvedtak av 22.06.15 sammen i ett vedtak. Om pasienten har krav på erstatning for psykiske plager ut over fem år, og følgeskade med psoriasis, er etter nemndas vurdering et spørsmål som kan behandles under erstatningsutmålingen.

Advokat ---- representerer pasienten.

I brev av 13.01.16 ba hun om utsettelse av saken i påvente av oppdatert informasjon fra pasientens psykiatriske behandling. I nemndsmøte 22.01.16 besluttet nemnda at saken skulle utsettes. Etter dette har Pasientskadenemnda innhentet oppdaterte journaler, og advokat ---- har sendt inn nye uttalelser fra psykolog som har behandlet pasienten.

Pasientskadenemnda har behandlet klagen og kommet til følgende konklusjon:

1. Norsk pasientskadeerstatnings vedtak av 31.10.13 omgjøres delvis. «pasienten» har krav på erstatning for varig psykisk skade, og utvikling av psoriasis som følge av psykisk belastning etter feilmedisinering. «pasienten» har ikke krav på erstatning for lungeplager.
2. Norsk pasientskadeerstatnings vedtak av 22.06.15 omgjøres så langt det er påklaget. «pasienten» tilkjennes menerstatning med kr 87.783.

Kort om sakens bakgrunn

Pasienten er en kvinne på 81 år.

Pasienten har en mangeårig sykehistorie med kroniske leddsmerter som i de medisinske journalene er vurdert som både polyartrose (slitasjegikt) og polyartritt (gikt). I følge journal fra revmatolog har det ikke vært mistanke om psoriasis leddgikt.

Pasienten skulle få en kortisonsprøyte (Celeston Chronodose) mot ryggsmertor 25.09.12. Dette medikamentet blandes vanligvis med et lokalbedøvelsesmiddel. I dette tilfellet var det legens plan å bruke lokalbedøvelsesmiddelet Marcaïn. Ved en feil ble Celeston Chronodose i stedet blandet med medikamentet Curacit. Curacit er et sterkt muskelavslappende medikament, som gir umiddelbar og total muskellammelse. Pasienten fikk hjelp til å puste mens hun var lammet. Virkningen av medikamentet varte ca. 30 minutter. Pasienten ble da i stand til å puste selv igjen.

Røntgenbilde tatt kort tid etter hendelsen viste en mindre fortetning i venstre lunges overlapp. Nytt røntgenbilde ble tatt senere samme dag og fortetningen var da gått tilbake.

Etter denne hendelsen hadde pasienten hoste og blodtilblandet oppspytt som varte i 8-10 dager. Hun har fått oppfølging av psykiatrisk sykepleier og behandling ved alderspsykiatrisk poliklinikk med fokus på traumebehandling og avslapping.

Pasienten har i ettertid utviklet psoriasis. Hun har gått jevnlig til psykolog frem til høsten 2016.

Saken har vært vurdert av Bjørn Bergholtz, spesialist i indremedisin og lungesykdommer. Han har uttalt seg 16.05.13 og 22.10.13. Videre har saken vært vurdert av Carl Fredrik Haaland, spesialist i psykiatri. Han har uttalt seg 03.10.13 og 20.02.15. Endelig har saken vært vurdert av Dag Sollesnes Holsen, spesialist i hudsykdommer. Han har uttalt seg 07.11.14 og 19.11.15. Advokat ---- har tidligere mottatt vurderingene og forutsettes kjent med dem.

Advokat ---- har innhentet spesialisterklæringer fra to psykologer som har behandlet pasienten. ----har uttalt seg 13.10.14. ----har uttalt seg 23.02.16 og 12.08.16.

Begrunnelse for vedtaket

Anførsel om lungeplager

NPE la i vedtak av 31.10.13 til grunn at pasienten ikke har en lungeskade som følge av feilmedisineringen, og at det ikke er årsakssammenheng mellom pasientens utvikling av KOLS og hendelsen.

Pasienten anfører at hun ikke hadde noen plager med lungene før hendelsen, og at det er påfallende at hun rett etter hendelsen fikk disse omfattende plagene. Pasienten er kjent med at KOLS utvikler seg over tid, men spørsmålet blir om hendelsen medførte KOLS eller om hendelsen akutt forverret en latent KOLS-lidelse. Hendelsen har uansett forverret pasientens helsetilstand også med hensyn til lungeplager.

Nemnda legger til grunn at det ikke er årsakssammenheng mellom feilmedisineringen og anførte lungeplager. Nemnda viser til Bergholtz sin vurdering. Bergholtz skriver at det ikke er dokumentert at hendelsen har ført til noen varig lungeskade. Av journalen fremgår det at pasienten hadde forbigående hoste, til dels med blodtilblandet oppspytt. Pasienten hadde ved undersøkelse 26.03.13 nedsatte lungefunksjonsverdier forenlig med KOLS grad 2, men ifølge Bergholtz kan dette ikke forklares med feilmedisineringen.

Nemnda stadfester NPEs vedtak av 31.10.13 når det gjelder anførselen om lungeplager.

Pasientens anførsler om varig psykisk skade og utvikling av psoriasis behandles nedenfor under erstatningsutmålingen og posten menerstatning.

Erstatningens størrelse

Erstatningens størrelse er vurdert etter bestemmelsene i lov om skadeserstatning.

Menerstatning

Pasienter som er påført varig og betydelig skade av medisinsk art, har krav på menerstatning. Dette følger av lov om skadeserstatning § 3-2. Beregningen av menerstatningen er i hovedsak standardisert, ut fra blant annet alder da behandlingsskaden oppsto og folketrygdens grunnbeløp når erstatningen blir utbetalt.

Behandlingsskaden må være varig og tilsvare en medisinsk invaliditetsgrad på minst 15%. Menet fastsettes etter Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell.

NPE har ikke tilkjent pasienten menerstatning. Det er vist til Haalands vurderinger og at behandlingsskaden må forventes å være ferdig behandlet etter fem år. Når det gjelder pasientens anførsler om utvikling av psoriasis, legger NPE til grunn at psoriasisutbruddet ikke kvalifiserer til en varig medisinsk invaliditet på 15% eller mer. NPE viser til journalnotat av 20.02.14, som beskriver et moderat utbrudd av psoriasis, først og fremst lokalisert til bena.

Pasienten anfører at hun har krav på menerstatning. Det er vist til uttalelsene fra ----, hvor det fremkommer at pasienten har fått en varig personlighetsforstyrrelse som anslås å utgjøre en medisinsk invaliditet i gruppe 3 (35-44%) i midtre område. Det er også vist til at pasienten har utviklet psoriasis som en følge av de psykiske belastningene.

Nemnda finner grunnlag for å tilkjenne menerstatning.

Etter en samlet vurdering mener nemnda at pasienten skal tilkjennes menerstatning i gruppe 1. Når det gjelder varigheten av psykiske plager har nemnda lagt mest vekt på Haalands vurderinger. Når det gjelder psoriasisplagene har nemnda lagt til grunn Holsens vurdering om at behandlingsskaden mest sannsynlig er årsak til plagene, og at disse utgjør 15% medisinsk invaliditet.

Nemnda har lagt til grunn at pasienten vil komme best ut ved anvendelse av separasjonsprinsippet, jf. Rt-2015-820. Det vises til at hun har omfattende inngangsinvaliditet på grunn av sin generelle helsetilstand og plager fra KOLS, spinal stenose, polyartrose, polyartritt, høyt blodtrykk og kolesterol, med mer.

Nemnda tilkjenner menerstatning med kr 87.783.

Nemnda omgjør NPEs vedtak av 22.06.15 på punktet menerstatning.

Utgifter til advokathjelp i klageomgangen

Pasientens advokat har krevet at pasienten får dekket utgiftene til juridisk bistand i klageomgangen.

Pasienten skal ha dekket vesentlige kostnader som har vært nødvendig for å få endret vedtaket, se forvaltningsloven § 36.

Pasientskadenemnda har foreløpig ikke mottatt noe spesifisert krav fra advokaten.

Klagen har ført frem. Saken returneres til Norsk pasientskadeerstatning for utbetaling av tilkjent erstatning.

Vedtaket er enstemmig.

Pasientskadenemnda - PSN-2015-2652

Myndighet	Pasientskadenemnda - vedtak
Dato	2017-02-02
Doknr/publisert	PSN-2015-2652
Sammendrag	Utmåling av erstatning for mangelfull utredning av tarmplager.
Saksgang	Klagesak nr N2015/2652
Forfatter	Ivar Holst, Knut Hofft Kierulf, Stian M. Innerdal.

Norsk pasientskadeerstatning har utmålt erstatning til pasienten i vedtak av 06.05.14 (NPE snr. 2011/01780).

Pasienten klaget på vedtaket 12.05.14. Pasientskadenemnda mottok klagesaken 17.06.14.

Pasienten har krav på erstatning for mangelfull utredning av tarmproblemer i perioden oktober 2009 til april 2010. Dette førte til operasjon for tarmslyng, utlagt tarm og utvikling av brokk. Pasienten har ikke krav på erstatning for nedsatt førlighet i bena etter operasjonen.

Pasienten har fått tilkjent og utbetalt erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE) med totalt kr 425.000. Erstatningen fordeler seg slik:

Menerstatning kr 315.000

Påført tap, arbeid i hjemmet kr 15.000, inkludert renter

Fremtidig tap, arbeid i hjemmet kr 20.000, inkludert skatteulempe

Påførte utgifter kr 15.000, inkludert renter

Fremtidige utgifter kr 60.000, inkludert skatteulempe

Totalt kr 425.000

Det er ikke tilkjent erstatning for inntektstap.

Nemnda skal ta stilling til erstatningens størrelse på postene menerstatning, inntektstap, arbeid i hjemmet og utgifter.

Pasientskadenemnda har behandlet klagen og kommet til følgende konklusjon:

Pasientskadenemnda stadfester Norsk pasientskadeerstatnings vedtak av 06.05.14.

På postene menerstatning, redusert evne til arbeid i hjemmet og utgifter skal pasienten ha en tilleggsutbetaling på samlet kr 105.762. Bakgrunnen for dette er at kapitaliseringsrenten per 12.12.14 er endret fra 5% til 4% og at levealdertabellen er endret per 10.09.15.

Kort om sakens bakgrunn

Pasienten er en kvinne på 59 år. Hun arbeider deltid som helsefagarbeider, og mottar 50% uføretrygd.

Pasienten hadde fra tidligere en dårlig regulert diabetes, og hun gjennomgikk underlivsoperasjon i 2008. Etter lang tid med tarmplager ble hun operert for akutt tarmslyng 26.04.10. Under inngrepet fjernet man en del av tarmen og anla stomi. Etter operasjonen tilkom det vevsdød i stomien, og pasienten ble operert 12.05.10 med anleggelse av ny stomi. Pasienten anga nedsatt kraft i høyre ben etter første operasjon, men MR viste ikke

nerverotspåvirkning. Hun har senere angitt smerter i føttene og bena. Videre har hun utviklet flere brokk. Operasjon av brokkene og tilbakelegging av tarm har vært vurdert, men hun har blitt frarådet dette på grunn av høy komplikasjonsrisiko. Pasienten hadde et underarmsbrudd i 2012, hun fikk påvist nevropati i bena i 2013 og gjennomgikk hjerteinfarkt i 2014. Hun har vært vurdert for slankeoperasjon, men må først betydelig ned i vekt.

Saken har vært vurdert av Finn-Bjørn Paulsen, spesialist i anesthesiologi. Han har uttalt seg 26.09.11. Videre har saken vært vurdert av Tom Gerner, spesialist i gastroenterologisk kirurg. Han har uttalt seg 31.07.12 og 15.01.14. Pasienten har tidligere mottatt uttalelsene og forutsettes kjent med disse.

Begrunnelse for vedtaket

Erstatningen er beregnet etter bestemmelsene i lov om skadeserstatning.

Menerstatning

Pasienter som er påført varig og betydelig skade av medisinsk art, har krav på menerstatning. Dette følger av lov om skadeserstatning § 3-2.

Beregningen av menerstatningen er i hovedsak standardisert, ut fra blant annet alder da behandlingsskaden oppsto og folketrygdens grunnbeløp når erstatningen blir utbetalt.

Behandlingsskaden må være varig og tilsvare en medisinsk invaliditetsgrad på minst 15%. Menet fastsettes etter Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell.

NPE har tilkjent menerstatning med kr 315.000. Erstatningen er beregnet på bakgrunn av en medisinsk invaliditet i gruppe 3 (35-44%). Det er vist til Gerners fastsettelse av menet til 35%. Ved avrundingen er det tatt høyde for justering av folketrygdens grunnbeløp i 2014.

Pasienten har i klagen anført at den tilkjente menerstatningen er for lav. Hun aksepterer ikke at plagene i bena er forårsaket av diabetes, og viser til at to andre pasienter uten diabetes fikk tilsvarende plager etter operasjoner utført av samme leger.

Nemnda finner ikke grunnlag for å tilkjenne ytterligere menerstatning. Ved vurderingen er Gerners invaliditetsvurdering lagt til grunn. Nemnda fastholder konklusjonen i sitt vedtak av 28.01.14 om at pasientens benplager ikke skyldes anestesi i forbindelse med tarmslyngoperasjonen.

Nemnda legger for øvrig til grunn at pasienten ikke vil få høyere erstatning med anvendelse av differanseprinsippet ved beregning av menerstatningen, jf. Rt-2015-820.

Nemnda stadfester NPE sitt vedtak på dette punktet.

Inntektstap

Erstatningen skal dekke inntektstap som mest sannsynlig skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Pasientskadenemnda beregner tapet ut fra den inntekten pasienten sannsynligvis ville fått utbetalt dersom skaden ikke hadde skjedd, og den inntekten pasienten får utbetalt med skaden. Det skal tas hensyn til utgifter pasienten sparer ved ikke å være i fullt arbeid (for eksempel fagforeningskontingent, reiseutgifter, utgifter til pensjonsordning).

Pasienten har arbeidet som hjelpepleier/helsefagarbeider siden 1985. De senere årene har hun arbeidet i kommunens rus- og psykiatriavdeling. Arbeidet omfatter utdeling av medisiner, miljøterapeutisk arbeid og lett stell. På skadetidspunktet var pasienten etter egne opplysninger ansatt i 75% stilling. Etter skaden skal hun ha gått ned i 50% stilling. Arbeidsmengde og inntekt har variert med antall ekstravakter. Hun har mottatt sykepenger fra april 2010 til 2011. Hun ble innvilget 50% uføretrygd fra 01.09.16.

Likningsdokumenter viser følgende inntekter:

2007: Kr 285.046

2008: Kr 314.021

2009: Kr 316.974

2010: Kr 318.870

2011: Kr 339.114

2012: Kr 359.944

2013: Kr 320.524

2014: Kr 318.625

2015: Kr 327.989

NPE har ikke tilkjent erstatning for inntektstap. Det er vist til at pasienten til tross for redusert stillingsandel hadde en høyere inntektsutvikling i årene 2010 til 2012 enn tidligere år. Videre er det vist til at hun hadde omfattende helseplager som til sammen gjorde det vanskelig å øke stillingsandelen.

Pasienten har klaget på at det ikke er tilkjent erstatning for inntektstap. Stomi og brokk fremheves som hovedårsaker til hennes nedsatte arbeidsevne. Hun aksepterer ikke nemndas tidligere konklusjon om at det ikke er årsakssammenheng mellom plager i bena og tarmslyngoperasjonen.

Nemnda finner ikke grunnlag for å tilkjenne erstatning for inntektstap.

Ved vurderingen har nemnda sett hen til at pasienten har hatt en høyere inntektsutvikling i årene 2010 til 2012 enn tidligere år. Videre har nemnda sett hen til opplysninger i tryggedokumentene, hvor plager fra stomi og brokk i begrenset utstrekning er beskrevet som årsak til arbeidsuførhet. I tillegg til disse plagene er det beskrevet operasjon for underarmsbrudd i 2012 med nerveskade i tommel, påvist nevropati i bena i 2013, dårlig regulert diabetes og overvektsproblemer over lang tid, og gjennomgått hjerteinfarkt i 2014. Over lang tid har hun hatt nakke-, skulder og korsryggsmerter. I siste legeerklæring før innvilgelse av uføretrygd i september 2016 fremgår det at hun har økte helseplager med betennelse i akilles og hæler.

På bakgrunn av pasientens inntektsutvikling i perioden 2010 til 2012, og hennes omfattende helseplager for øvrig, finner nemnda det ikke sannsynlig at plager fra brokk og stomi har ført til eller vil føre til noe inntektstap hos pasienten. Som for de øvrige postene har nemnda lagt til grunn at pasientens plager fra nevropati i bena ikke skyldes tarmslyngoperasjonen.

Nemnda stadfester NPE sitt vedtak på dette punktet.

Redusert evne til arbeid i hjemmet

Verdien av arbeid i hjemmet er likestilt med inntekt, se skadeserstatningsloven § 3-1. Det økonomiske tapet skal beregnes ut fra forskjellen mellom det hjemmearbeidet pasienten gjorde uten skaden og det arbeidet pasienten er i stand til å gjøre med skaden. Pasienten må prøve å begrense tapet, for eksempel ved å bruke hjelpemidler, ved å bruke lengre tid på arbeidet eller ved å omfordele oppgavene mellom familiemedlemmene.

Pasienten bor sammen med ektemannen i et hus på 137 m² med tomt på litt over et mål.

NPE har tilkjent erstatning for påført tap av hjemmearbeidsevne med skjønnsmessig kr 15.000, inkludert renter. Fremtidig redusert evne til arbeid i hjemmet er erstattet skjønnsmessig med kr 20.000, inkludert skatteulempe.

Pasienten har i klagen anført at den tilkjente erstatningen er for lav.

Nemnda finner ikke grunnlag for å øke den tilkjente erstatningen for redusert evne til arbeid i hjemmet. Etter nemndas vurdering er den tilkjente erstatningen innenfor et forsvarlig skjønn. Nemnda legger til grunn at stomi og brokk bare i begrenset grad hindrer pasienten fra å utføre arbeidsoppgaver i hjemmet. Hennes øvrige omfattende helseplager vil uansett hindre henne i å utføre tyngre oppgaver.

Nemnda stadfester NPE sitt vedtak på dette punktet.

Utgifter

Pasienten skal ha erstattet økte utgifter som skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Det følger av rettspraksis at det bare er nødvendige og rimelige utgifter som skal erstattes. Erstatningen skal være et supplement til ytelsene som pasienten kan få dekket av det offentlige. Pasienten må innrette seg slik at utgiftene

ikke blir større enn nødvendig. Pasienten må forsøke å begrense tapet, blant annet ved å søke om de offentlige ytelsene som kan være aktuelle.

NPE har tilkjent erstatning for påførte utgifter med kr 15.000, inkludert renter. Fremtidige utgifter er dekket med kr 60.000, inkludert skatteulempe. Erstatningen omfatter utgifter til endret klesmønster i en periode, mindre utgifter til slitasje på klær og sengetøy, noen utgifter til fotpleie og andre utgifter som kan oppstå i fremtiden som følge av stomien.

Pasienten har i klagen anført at den tilkjente erstatningen er for lav.

Nemnda finner ikke grunnlag for å øke den tilkjente erstatningen for utgifter. Etter nemndas vurdering er den tilkjente erstatningen innenfor et forsvarlig skjønn. Nemnda viser til at det ikke er innvilget grunnstønad fra NAV for økte klesutgifter. Nemnda kan ikke se at det er grunnlag for å dekke utgifter til fotpleie som den tilkjente erstatningen omfatter. Nemnda legger til grunn at stomi og brokk bare i begrenset grad vil medføre ekstra utgifter for pasienten.

Nemnda stadfester NPE sitt vedtak på dette punktet.

Justert erstatning på fremtidige tapsposter

Høyesterett bestemte i dom av 12.12.14 at kapitaliseringsrenten (renten som benyttes når erstatningen for fremtidige tapsposter fastsettes til et engangsbeløp) skal settes ned fra 5% til 4%. Samtidig ble erstatningen for skatteulempen redusert. Når nemnda legger til grunn at erstatningssøker får en lavere rente på erstatningsbeløpet, vil mange kunne ha krav på en noe høyere erstatning enn tidligere.

Nemnda har på denne bakgrunnen funnet det riktig å utbetale et tilleggsbeløp til pasienten for postene menerstatning, fremtidig redusert evne til arbeid i hjemmet og fremtidige utgifter. Menerstatningen justeres også i tråd med Oslo tingretts dom av 10.09.15, slik at levealder beregnes etter SSB sin statistikk, og ikke som tidligere etter Rikstrygdeverkets tabell.

Nedenfor følger en oversikt over nye beregnede utbetalinger på aktuelle erstatningsposter:

Menerstatning

Pasienten har tidligere fått utbetalt menerstatning etter gruppe 3. Ny menerstatning må beregnes etter dagens grunnbeløp. Menerstatning etter gruppe 3 er med dagens grunnbeløp, kapitaliseringsrente på 4% og oppdatert levaldertabell beregnet til kr 426.599. Fra dette må nemnda gjøre fradrag for menerstatningen etter dagens grunnbeløp, kapitaliseringsrente 5% og Rikstrygdeverkets levaldertabell, som utgjør kr 324.837. Dette gir en tilleggsutbetaling på kr 101.762.

Redusert evne til arbeid i hjemmet og utgifter

Pasienten har fått utbetalt erstatning for fremtidig redusert evne til arbeid i hjemmet og fremtidige utgifter skjønnsmessig med til sammen kr 80.000. Da skjønnet i noen grad kan ha basert seg på en forventet avkastning (5%) ut over det vi nå skal legge til grunn (4%), finner nemnda at pasienten skal ha et tillegg som tilsvarer ca. 5% av den tidligere tilkjente erstatningen. Nemnda tilkjenner et samlet tillegg på disse postene med kr 4.000.

Dette gir en samlet tilleggsutbetaling på kr 105.762.

Klagen har etter dette ikke ført frem.

Vedtaket er enstemmig.

Pasientskadenemnda - PSN-2015-9129

Myndighet	Pasientskadenemnda - vedtak
Dato	2017-01-20
Doknr/publisert	PSN-2015-9129
Sammendrag	Utmåling av erstatning for forverring av smerter i og området rundt testikkel etter unødvendig operasjon.
Saksgang	Klagesak nr N2015/9129
Forfatter	Sissel Endresen, Øyvind Vennesland, Anne Elisabeth Eriksrud.

Norsk pasientskadeerstatning har utmålt erstatning til pasienten i vedtaket datert 14.04.15 (NPE 2011/02308).

Pasienten klaget allerede da NPE sendte sitt løsningsforslag. I vedtak av 14.04.15 er det opplyst at saken vil bli sendt til Pasientskadenemnda for behandling, i det pasientens «klage» av 08.04.15 på løsningsforslaget ble å anse som en klage på vedtaket. Helseklage mottok klagesaken 15.09.15.

Advokatfullmektig ---- representerer pasienten i saken og har sendt tilleggsbemerkninger til klagen i brev datert 19.02.16.

Pasienten har krav på erstatning for følger av forverring av smerter i venstre testikkel og området rundt etter inngrep ved ---- sykehus 30.09.10.

Pasienten har fått tilkjent og utbetalt erstatning fra NPE med totalt kr 200.000. Erstatningen fordeler seg slik:

Menerstatning kr 165.000

Utgifter/hjemmearbeidstap kr 35.000

Totalt kr 200.000

Det er ikke tilkjent erstatning for inntektstap. Nemnda skal ta stilling til erstatningens størrelse på samtlige poster.

Pasientskadenemnda har behandlet klagen og har kommet til følgende konklusjon:

1. Pasientskadenemnda endrer Norsk pasientskadeerstatnings vedtak av 14.04.15 på posten menerstatning.

For postene inntektstap, utgifter og hjemmearbeidstap opprettholder Pasientskadenemnda Norsk pasientskadeerstatnings vedtak.

2. Erstatningen tilkjent fra nemnda fordeler seg slik:

Menerstatning kr 358.804

Utgifter/hjemmearbeidstap kr 35.000

Totalt kr 393.804

Det er ikke tilkjent erstatning for inntektstap.

Det gjenstår da kr 186.955 til utbetaling fra Norsk pasientskadeerstatning.

3. «pasienten» får dekket utgifter til juridisk bistand i forbindelse med klagesaken med kr 15.000 inkl. mva.

Kort om sakens bakgrunn

Pasienten er en 38 år gammel mann.

Pasienten kommer opprinnelig fra England og hadde i flere år vært plaget med kroniske testikkelsmerter da han kom til Norge i 2009. I juli 2010 ble tilstanden vurdert ved ---- sykehus, der det ble antatt at han hadde kronisk bitestikkelbetennelse. I et forsøk på å bedre pasientens langvarige smertetilstand ble han operert 30.09.10. Prøvesvar etter inngrepet viste imidlertid ingen betennelse eller andre sykdomstegn. Han opplevde forverrede smerter i venstre testikkel og området rundt. Pasienten fikk også en liten blodansamling over testikkelen, men dette gikk tilbake av seg selv.

Saken har vært vurdert av spesialister i urologi Steinar J. Karlsen 18.11.11 og Nils Magnus Ulvik 05.06.14. Advokaten har tidligere mottatt uttalelsene og forutsettes kjent med dem.

Begrunnelse for vedtaket

Erstatningen er beregnet etter bestemmelsene i lov om skadeserstatning.

Saken er godt nok opplyst til at Pasientskadenemnda kan fatte vedtak.

Pasienten har krav på økt menerstatning

Pasienter som er påført varig og betydelig skade av medisinsk art, har krav på menerstatning. Dette følger av lov om skadeserstatning § 3-2. Beregningen av menerstatningen er i hovedsak standardisert, ut fra blant annet alder da behandlingsskaden oppsto og folketrygdens grunnbeløp når erstatningen blir utbetalt. Menet fastsettes etter Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell.

Pasienten har fått kr 165.000 i menerstatning fra NPE. Erstatningen er beregnet på bakgrunn av en medisinsk invaliditet i gruppe 1 (15-24%). NPE har vist til uttalelse fra rådgivende urolog som konkluderte med at pasientskaden har medført 20% varig medisinsk invaliditet.

Pasienten krever høyere menerstatning. Pasientens advokat mener at inngangsinvaliditeten må betraktes som sårbarhet og at det bør innhentes spesialisterklæring fra nevrolog. Advokaten har vist til at menerstatningen skal fastsettes etter differanseprinsippet, jf Rt 2015-820. I tillegg må utmålingen foretas på bakgrunn av nye tabeller for statistisk levealder.

Nemnda finner grunnlag for å øke menerstatningen.

Ifølge dr Ulvik har pasienten en total varig medisinsk invaliditet på 50% i henhold til invaliditetstabellen punkt 4.11. Smerteforverringen som følge av operasjonen 30.09.10 er angitt til 20% varig medisinsk invaliditet, mens inngangsinvaliditeten er angitt til 15%. Smerteintoleranse som følge av generell sykdom er også angitt til 15%. Nemnda finner ikke grunnlag for å endre dr Ulviks fastsettelse av skaderelatert og total varig medisinsk invaliditet.

I lys av høyesterettsdommen Rt 2015-820 må menerstatningen beregnes etter differanseprinsippet og med SSBs oppdaterte levealdertabeller. Ny menerstatning utgjør forskjellen mellom gruppe 4 og gruppe 2.

Menerstatningen blir etter dette kr 358.804. Fra dette må nemnda gjøre fradrag for menerstatning beregnet etter dagens grunnbeløp, gruppe 1 og RTV-tabellen, noe som utgjør kr 171.849. Dette gir en ekstra utbetaling på kr 186.955.

Klagen har ført frem på dette punkt.

Pasienten har ikke krav på erstatning for inntektstap

Erstatningen skal dekke inntektstap som mest sannsynlig skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Pasientskadenemnda beregner et eventuelt tap ut fra den inntekten pasienten sannsynligvis ville fått utbetalt dersom skaden ikke hadde skjedd, og den inntekten pasienten får utbetalt med skaden. Pasientskadenemnda må ta hensyn til utgifter pasienten sparer ved ikke å være i fullt arbeid (for eksempel fagforeningskontingent, reiseutgifter, utgifter til pensjonsordning).

Pasienten har jobbet i en barnehage. Pasienten mottar arbeidsavklaringspenger foreløpig til 31.01.17. Ifølge innhentede likningsdokumenter er pasienten registrert med følgende inntekter:

2009: kr 20.008

2010: kr 299.977

2011: kr 361.548

2012: kr 336.780

2013: kr 346.354

2014: kr 389.234

2015: kr 333.071

Pasienten har ikke fått erstatning for inntektstap. NPE har lagt vekt på at pasienten har en kompleks smertetilstand grunnet andre forhold, herunder psoriasisartritt, samt smerter i andre deler av kroppen som ikke skyldes pasientskaden.

Pasienten krever erstatning for både lidt- og fremtidig inntektstap. Advokaten har anført at behandlingsskaden er en nødvendig betingelse for at pasienten ikke er i arbeid.

Nemnda finner ikke grunnlag for å tilkjenne pasienten erstatning for inntektstap.

Nemnda legger til grunn at det gikk flere år fra den aktuelle operasjonen fant sted til pasienten fikk sykefravær og et vedvarende behov for arbeidsavklaringspenger. Ifølge likningsopplysningene har pasienten hatt høyere inntekter i årene etter skaden sammenlignet med skadeåret og året før.

Videre fremkommer det av den sakkyndige vurderingen til dr Ulvik at pasienten mest sannsynlig fortsatt ville ha hatt smerter i venstre side av pungen dersom behandlingsskaden tenkes borte. Smertene ble forverret som følge av operasjonen. Smertetilstanden ble mer utålelig som følge av nedsatt allmenntilstand på grunn av en generell sykdom.

Ifølge legeerklæring datert 06.07.14 har pasienten psoriasis artritt som gir betennelser i ledd i kroppen. Det er beskrevet daglige sterke, nesten invalidiserende smerter i hele kroppen. Ifølge aktivitetsplan datert 01.09.15 har hendene fungert dårligere og høyre hånd er nesten ubrukelig. Pasienten har vært hos ortoped for vurdering av eventuell operasjon med utskrapning eller skifte av hofte. Pasienten har også blitt henvist til revmatolog for vurdering av om pasienten skal fortsette med cellegift.

På bakgrunn av foreliggende dokumentasjon finner nemnda det mest sannsynlig at behandlingsskaden ikke har påført pasienten et inntektstap. Smerteforverrelsen etter operasjonen i venstre testikkel fremstår uvesentlig i sykdomsbildet og har derved så vidt liten innflytelse på ervervsevnen at det ikke er naturlig å knytte ansvar til den skadevoldende handling.

Klagen har ikke ført frem på dette punkt.

Pasienten har ikke krav på økt erstatning for merutgifter/reduert evne til arbeid i hjemmet

Pasienten skal ha erstattet økte utgifter som skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Det følger av rettspraksis at det bare er nødvendige og rimelige utgifter som skal erstattes. Erstatningen skal være et supplement/tillegg til ytelsene som pasienten kan få dekket av det offentlige. Pasienten må innrette seg slik at utgiftene ikke blir større enn nødvendig. Pasienten må forsøke å begrense tapet, blant annet ved å søke om de offentlige ytelsene som kan være aktuelle.

Verdien av arbeid i hjemmet er likestilt med inntekt, se skadeserstatningsloven § 3-1. Det økonomiske tapet skal beregnes ut fra forskjellen mellom det hjemmearbeidet pasienten gjorde uten skaden og det arbeidet pasienten er i stand til å gjøre med skaden. Det følger av rettspraksis at verdien av den tapte hjemmearbeidsevnen erstattes etter en nøktern vurdering.

Pasienten har fått erstatning for merutgifter/reduert evne til arbeid i hjemmet med kr 35.000. NPE har lagt til grunn at pasienten på grunn av andre helseproblemer ville ha brukt opp egenandelskortet. Samtidig har NPE

lagt til grunn at det kunne ha påløpt noe ekstra utgifter til behandling og transport i forbindelse med behandlingsskaden, samt tap av noe hjemmearbeidsevne.

Pasienten krever høyere erstatning for påførte og fremtidige merutgifter inkludert tap av hjemmearbeidsevne. Pasienten har hatt utgifter til behandling, transport og smertestillende medikamenter gjennom flere år. Det er sendt inn utskrifter fra apotek. Pasientens hjemmearbeidsevne er betydelig redusert som følge av behandlingsskaden. På dårlige dager klarer han ikke å gjøre noe og arbeidet faller således på hans samboer. Pasientens reduserte funksjonsnivå går også ut over hans evne til aktivitet med barna.

Nemnda finner ikke grunnlag for å øke den tilkjente erstatningen for merutgifter/hjemmearbeidstap.

Nemnda legger til grunn at pasienten på grunn av grunnlidelsen og andre plager ville ha hatt merutgifter og behov for hjelp i hjemmet uavhengig av behandlingsskaden. Nemnda viser også til at pasienten må prøve å begrense tapet, for eksempel ved å bruke hjelpemidler, ved å bruke lengre tid på arbeidet eller ved å omfordele/bytte oppgavene mellom familiemedlemmene. Det fremgår av rettspraksis, blant annet dom fra Borgarting lagmannsrett av 07.06.99 at det må kunne forventes at barna bidrar med alminnelig husarbeid, selv om de er opptatt med ulike gjøremål. Det må forventes at de kan bistå med enklere oppgaver. På bakgrunn av behandlingsskadens art og omfang og det nivået som fremgår av praksis finner nemnda at den tilkjente erstatningen er innenfor et rimelig skjønn.

Klagen har ikke ført frem på dette punkt.

Utgifter til advokathjelp i klageomgangen dekkes

Pasientens advokat har bedt om at pasienten får dekket utgiftene til advokathjelp i klageomgangen.

I henhold til forvaltningsloven § 36 dekkes nødvendige utgifter til juridisk bistand som hovedregel når klagen endres til gunst for klager. Klagen har medført endring av utmålt menerstatning. Dette en følge av endret praksis etter høyesterettsdom. Utover dette har klagen ikke ført frem. På denne bakgrunn tilkjennes utgifter til juridisk bistand med kr 15.000 inkludert mva.

Klagen har etter dette ført delvis frem. Saken sendes tilbake til Norsk pasientskadeerstatning for utbetaling av tilkjent av erstatning.

Vedtaket er enstemmig.

Pasientskadenemnda - PSN-2015-11944

Myndighet	Pasientskadenemnda - vedtak
Dato	2017-01-12
Doknr/publisert	PSN-2015-11944
Sammendrag	Utmåling av erstatning for mangelfull behandling av håndskade.
Saksgang	Klagesak nr N2015/11944
Forfatter	Ida Kristin Bøen, Lill Karin Mensen, Tone Li Sandvik.

Norsk pasientskadeerstatning har utmålt erstatning til pasienten i vedtak av 29.11.15 (NPE 2012/04619).

Pasienten klaget på vedtaket 11.12.15. Pasientskadenemnda/Helseklage mottok klagesaken 16.12.15.

Advokat ---- representerer pasienten i saken.

Pasienten har krav på erstatning for følger av mangelfull behandling av bruddskade i venstre hånd.

Pasienten har fått tilkjent kr 50.000 for påført og fremtidig tapt hjemmearbeidsevne og kr 10.000 for påførte og fremtidige utgifter. Under saksforløpet fikk pasienten utbetalt akontobeløp fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE) med totalt kr 145.000. NPE kan ikke kreve noe tilbake, så beløpet ble ansett som et totaloppgjør for hele saken. Det er ikke tilkjent erstatning på postene menerstatning og inntektstap.

Nemnda skal ta stilling til erstatningens størrelse på alle poster.

Pasientskadenemnda har behandlet klagen og har kommet til følgende konklusjon:

1. Pasientskadenemnda stadfester Norsk pasientskadeerstatnings vedtak av 29.11.15 og 04.12.15.
2. «pasienten» får ikke dekket utgifter til juridisk bistand i forbindelse med klagesaken.

Kort om sakens bakgrunn

Pasienten er en 45 år gammel uføretrygdet kvinne.

Pasienten jobbet som renholder da hun i 2007 skled på et nybonet gulv og slo ryggen og høyre håndledd. Pasienten oppsøkte ---- sykehus 04.06.09 på grunn av plager i venstre hånd, og røntgen viste håndleddsbrudd som ble behandlet med gips. Det ble gjort en ny røntgenundersøkelse senere på ---- sentralsykehus. Man valgte å fortsette behandlingen og det ble lagt en plastlaske. Deretter vurderte man bruddet som mer alvorlig enn først antatt og man mente at pasienten burde få innsatt en plate. Pasienten har mye smerter i venstre hånd og opplever at fingrene låser seg i tillegg til redusert gripefunksjon.

Saken har vært vurdert av ortopedene Konrad Mader 30.10.14 og Emil Mohr 26.02.13 og 07.04.15. Advokaten har tidligere mottatt uttalelsene og forutsettes kjent med dem.

Begrunnelse for vedtaket

Erstatningen er beregnet etter bestemmelsene i lov om skadeserstatning.

Saken er godt nok opplyst til at Pasientskadenemnda kan fatte vedtak.

Pasienten har ikke krav på menerstatning

Pasienter som er påført varig og betydelig skade av medisinsk art, har krav på menerstatning. Dette følger av lov om skadeserstatning § 3-2.

Beregningen av menerstatningen er i hovedsak standardisert, ut fra blant annet alder da behandlingsskaden oppsto og folketrygdens grunnbeløp når erstatningen blir utbetalt.

Behandlingsskaden må være varig og tilsvare en medisinsk invaliditetsgrad på minst 15%. Menet fastsettes etter Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell.

Pasienten har ikke fått menerstatning. NPE har lagt til grunn at det ville ha blitt et varig mèn som følge av grunnskaden uansett.

Pasienten krever menerstatning gruppe 1. Pasienten vil ikke gjøre fradrag for inngangsinvaliditet og viser til statistikk om at 90% blir behandlet med full tilheling som resultat. Pasientens invaliditet er anslått til 15% og differanseprinsippet tilsier at pasienten uansett har krav på menerstatning.

Nemnda finner ikke grunnlag for menerstatning.

Nemnda legger til grunn at Dr ---konklusjon på 15% er en angivelse av pasientens totale invaliditet etter behandlingen. Det vises til at Dr Mohr har konkludert med total varig medisinsk invaliditet på 15% i henhold til invaliditetstabellen punkt 3.4.3. Videre fremgår det klart av den sakkyndige tilleggsuttalelsen til dr Mohr at grunnskaden er alvorlig og bidrar til inngangsinvaliditet på 5%. Ifølge dr Mohr utgjør skaderelatert invaliditet 10%. Når skaderelatert varig medisinsk invaliditet utgjør mindre enn 15% har pasienten ikke krav på menerstatning. Differanseprinsippet kan kun anvendes når skaderelatert invaliditet i seg selv overstiger 15%, slik som i Rt 2015-820. Basert på foreliggende medisinske vurderinger kan ikke nemnda finne holdepunkter for at pasienten har krav på menerstatning.

Klagen har ikke ført frem på dette punkt.

Pasienten har ikke krav på erstatning for inntektstap

Erstatningen skal dekke inntektstap som mest sannsynlig skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Pasientskadenemnda beregner tapet ut fra den inntekten pasienten sannsynligvis ville fått utbetalt dersom skaden ikke hadde skjedd, og den inntekten pasienten får utbetalt med skaden. Pasientskadenemnda må ta hensyn til utgifter pasienten sparer ved ikke å være i (fullt) arbeid (for eksempel fagforeningskontingent, reiseutgifter, utgifter til pensjonsordning).

Pasienten har grunnskoleutdanning og jobbet som renholder. Hun ble 60% sykmeldt etter at hun skadet ryggen i en arbeidsulykke i 2007. I 2008 ble pasienten 100% sykmeldt og falt helt ut av arbeidslivet. Ifølge innhentede likninger er pasienten registrert med følgende inntekter:

2004: kr 69.047

2005: kr 100.392

2006: kr 54.788

2007: kr 143.036

2008: kr 225.350

2009: kr 184.989

2010: kr 180.533

2011: kr 192.470

2012: kr 199.316

Pasienten har ikke fått erstatning for inntektstap. NPE har lagt vekt på at pasienten hadde betydelige ryggplager før behandlingsskaden inntraff.

Pasienten krever 394 134 i erstatning for påført inntektstap i perioden 2010-2014 i tillegg til renter på kr 57.547. For den fremtidige perioden til og med 2037 krever pasienten kr 1.256.301. Pasienten mener at hennes trygdesituasjon ble vesentlig endret etter at behandlingsskaden fant sted. Hun opplever behandlingsskaden som en forutsetning for at hun er arbeidsufør.

Pasientskadenemnda finner ikke grunnlag for å tilkjenne erstatning for inntektstap.

Det fremkommer av tryggedokumentene at arbeidsavklaringspengene ble beregnet etter særreglene ved yrkesskade helt frem til 12.06.14. Dette innebærer at ryggskaden i 2007 var hovedårsaken til at pasienten mottok arbeidsavklaringspenger fra NAV. Da pasienten ble innvilget uføretrygd 26.06.14 konkluderte NAV med at uførheten i hovedsak skyldes andre forhold enn ryggskaden 10. september 2007, jf Trygderettens avgjørelse TRR-2013-189. Det fremkommer av den aktuelle trygderettsavgjørelsen at pasienten har hatt muskulære smerteplager før 2007. I den opprinnelige avgjørelsen, TRR-2011-209, var det etter Trygderettens vurdering påvist en utbredt smertetilstand og det ble lagt til grunn at hennes tilstand med myalgier/muskelsmerter spesielt i nakke og skuldre var varig og hadde ført til at hun ikke klarte å komme tilbake i sitt arbeide som renholder. Nemnda kan ikke se at det er vist til behandlingsskaden i disse trygderettsavgjørelsene, til tross for omfattende utredning av årsaksforholdet.

I sluttrapport datert 03.10.13 vedrørende et oppfølgingsprosjekt som ble startet 28.02.13 ble det konkludert med at pasienten hadde så store ryggplager at hun trolig ikke vil kunne komme tilbake til arbeidslivet.

På bakgrunn av foreliggende dokumentasjon finner nemnda at behandlingsskaden ikke utgjør en nødvendig betingelse for pasientens vedvarende behov for arbeidsavklaringspenger og uføretrygd. Behandlingsskaden fremstår som såpass uvesentlig i årsaksbildet at det etter nemndas oppfatning ikke er naturlig å knytte ansvar til den.

Klagen har ikke ført frem på dette punkt.

Pasienten har ikke krav på økt erstatning for redusert evne til arbeid i hjemmet

Verdien av arbeid i hjemmet er likestilt med inntekt, se skadeserstatningsloven § 3-1. Det økonomiske tapet skal beregnes ut fra forskjellen mellom det hjemmearbeidet pasienten gjorde uten skaden og det arbeidet pasienten er i stand til å gjøre med skaden. Pasienten må prøve å begrense tapet, for eksempel ved å bruke hjelpemidler, ved å bruke lengre tid på arbeidet eller ved å omfordele/bytte oppgavene mellom familiemedlemmene. Det følger av rettspraksis at verdien av den tapte hjemmearbeidsevnen erstattes etter en nøktern vurdering.

Pasienten har fått erstatning for redusert evne til arbeid i hjemmet med kr 50.000. NPE har lagt vekt på at pasienten i utgangspunktet har nedsatt hjemmearbeidsevne som følge av øvrige helseplager. Pasienten bør ifølge NPE ta tiden til hjelp når hun nå er blitt ufør.

Pasienten har påklaget NPEs vedtak og mener pasientskaden har ført til en vesentlig reduksjon i hjemmearbeidsevnen. Funksjonen i håndleddet er en forutsetning for å utføre stort sett alle arbeidsoppgaver i hjemmet.

Nemnda finner ikke grunnlag for å øke hjemmearbeidstapserserstatningen.

Nemnda er enig med NPE i at pasienten må belage seg på å bruke lengre tid på hjemmearbeidet ettersom hun ikke er yrkesaktiv. Videre legger nemnda til grunn at pasienten har andre plager som i vesentlig grad reduserer evnen til å utføre arbeid i hjemmet. På bakgrunn av behandlingsskadens art og omfang og det nivået som følger av praksis finner nemnda at den tilkjente erstatningen er innenfor et rimelig skjønn.

Klagen har ikke ført frem på dette punkt.

Pasienten har ikke krav på økt erstatning for utgifter

Pasienten skal ha erstattet økte utgifter som skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Det følger av rettspraksis at det bare er nødvendige og rimelige utgifter som skal erstattes. Erstatningen skal være et supplement/tillegg til ytelsene som pasienten kan få dekket av det offentlige. Pasienten må innrette seg slik at utgiftene ikke blir større enn nødvendig. Pasienten må forsøke å begrense tapet, blant annet ved å søke om de offentlige ytelsene som kan være aktuelle.

Pasienten har fått erstatning fra NPE for påførte og fremtidige merutgifter med kr 10.000. NPE har lagt vekt på at pasienten måtte påregne å betale egenandeler til medisinsk behandling uavhengig av behandlingsskaden.

Pasienten har påklaget NPEs vedtak og mener hun har hatt utgifter utover tilstått erstatning.

Nemnda finner ikke grunnlag for økt erstatning for merutgifter.

Nemnda kan ikke se at det er dokumentert eller sannsynliggjort utgifter som følge av behandlingsskaden, som overstiger den tilkjente erstatningen fra NPE. Det bemerkes at erstatningen er subsidiær til ytelser fra det offentlige, og det forutsettes at pasienten tar de nødvendige initiativ for å skaffe seg relevante offentlige ytelser. Nemnda legger til grunn at mesteparten av pasientens utgifter er dekket via NAV. Særlig bør dette være tilfelle for den perioden der pasienten har hatt en godkjent yrkesskade, jf folketrygdloven § 13. For øvrig er det mye som tyder på at eventuelle utgifter til for eksempel smertestillende medisiner i det vesentlige har andre årsaker enn den aktuelle behandlingsskade. På bakgrunn av foreliggende dokumentasjon finner nemnda at den tilkjente erstatningen ligger innenfor et forsvarlig skjønn.

Klagen har ikke ført frem på dette punkt.

Utgifter til advokathjelp under behandlingen i NPE økes ikke

Norsk pasientskadeerstatning er at forvaltningsorgan med medisinsk og juridisk kompetanse, som på selvstendig grunnlag utreder og avgjør saken. Det er derfor som hovedregel ikke nødvendig med hjelp fra advokat. I de tilfellene utgifter til advokathjelp blir dekket, dekker Norsk pasientskadeerstatning de utgiftene som er nødvendige og rimelige i den aktuelle saken. NPE har i vedtak datert 04.12.15 dekket utgifter til juridisk bistand med kr 48.500 inkludert mva. På bakgrunn av pasientskadens omfang og den tiden som er gått finner nemnda at det tilkjente salæret er innenfor et rimelig skjønn.

Utgifter til advokathjelp i klageomgangen dekkes ikke

Pasientens advokat har bedt om at pasienten får dekket utgiftene til advokathjelp i klageomgangen med kr 25.625.

Pasienten har ikke fått medhold i klagen sin og kan derfor ikke få erstattet sine utgifter til advokathjelp etter forvaltningsloven § 36.

Pasientskadenemnda er et forvaltningsorgan med medisinsk og juridisk kompetanse, som på selvstendig grunnlag utreder og avgjør saken. Det er derfor som hovedregel ikke nødvendig med hjelp fra advokat.

Pasientskadenemnda har likevel i enkelte tilfeller dekket utgifter til advokathjelp i klageomgangen når erstatningssøkeren har spesielle vanskeligheter med å forstå innholdet i sakens dokumenter, eller av andre grunner ikke kan ivareta sine interesser. Det følger av pasientskadeloven § 17 andre ledd, jf. § 11, at pasienten kan få dekket sine utgifter til advokatbistand, men ifølge forarbeidene til loven kan slike utgifter altså bare dekkes i særlige tilfeller.

Etter Pasientskadenemndas oppfatning er det ikke særlige grunner for å dekke pasientens utgifter til juridisk bistand i denne saken.

Klagen har etter dette ikke ført frem.

Vedtaket er enstemmig.

Pasientskadenemnda - PSN-2015-2309

Myndighet	Pasientskadenemnda - vedtak
Dato	2016-11-24
Doknr/publisert	PSN-2015-2309
Sammendrag	Utmåling av erstatning for droppfot og smerter etter kompartmentsyndrom.
Saksgang	Klagesak nr N2015/2309
Forfatter	Ivar Holst, Marit Kristoffersen, Stian M. Innerdal.

Norsk pasientskadeerstatning har utmålt erstatning til pasienten i vedtak av 06.09.13 (NPE snr. 2010/02472). Klagefristen ble utsatt med tre uker fra mottak av NPEs brev datert 05.11.13.

Pasienten klaget på vedtaket 02.12.13. Pasientskadenemnda/Helseklage mottok klagesaken 05.12.13.

Advokat ---- representerer pasienten i saken.

Pasienten har krav på erstatning for følgene av for stram bandasjering ved innsetting av kneprotese, herunder kompartmentsyndrom og droppfot. Pasienten har ikke krav på erstatning for smerter i venstre kne, rygg smerter, hoftesmerter og stivhet i finger.

Pasienten har fått tilkjent og utbetalt erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE) med totalt kr 450.000 inkl. renter og skatteulempe. Erstatningen fordeler seg slik:

Menerstatning kr 125.000

Tapt hjemmearbeidsevne, påført kr 32.277

Tapt hjemmearbeidsevne, fremtidig kr 116.653

Påførte utgifter kr 35.000

Fremtidige utgifter kr 89.443

Boligtilpasning kr 50.000

Totalt kr 448.373

Pasienten og NPE er enige om erstatningen for påførte og fremtidige utgifter utover boligtilpasning og arbeid i hjemmet. Nemnda skal ta stilling til erstatningens størrelse på postene menerstatning, inntektstap, hjemmearbeidsevne og boligtilpasning.

Pasientskadenemnda har behandlet klagen og har kommet til følgende konklusjon:

1. Pasientskadenemnda stadfester Norsk pasientskadeerstatnings vedtak av 06.09.13.
2. «pasienten» får ikke dekket utgifter til juridisk bistand i forbindelse med klagesaken.

På postene menerstatning, fremtidige utgifter til arbeid i hjemmet og øvrige fremtidige utgifter skal pasienten ha en tilleggsutbetaling på samlet **kr 52.616**. Bakgrunnen for dette er at kapitaliseringsrenten per 12.12.14 er endret fra 5% til 4% og levealdertabellen er endret per 10.09.15.

Kort om sakens bakgrunn

Pasienten er en kvinne på 53 år. Hun hadde i mange år hatt plager i høyre kne, og var operert 14-15 ganger. I 2005 ble hun operert med innsetting av kneprotese. På grunn av smerter og løsning av protesen ble hun i 2010 reoperert med innsetting av ny kneprotese. I den forbindelse oppsto kompartmentsyndrom (trykkøkning i en gruppe muskler) i leggen, og hun ble derfor operert med fasciotomi. I ettertid fikk hun smerter og nedsatt følelse i høyre legg, ankel og fot.

I vedtak fra Pasientskadenemnda 16.07.12 ble pasienten gitt medhold i krav om erstatning for kompartmentsyndrom og droppfot etter behandlingen i 2010. Det ble presisert at pasienten ikke har krav på erstatning for smerter i venstre kne, rygg smerter, hoftesmerter og stivhet i finger.

Saken har vært vurdert av spesialist i ortopedisk kirurgi, Bjarne Grøgaard. Videre har spesialist i ortopedisk kirurgi, Øystein Høvik, uttalt seg om graden av varig medisinsk invaliditet.

Begrunnelse for vedtaket

Erstatningen er beregnet etter bestemmelsene i lov om skadeserstatning.

Pasienten har ikke krav på økt menerstatning

Pasienter som er påført varig og betydelig skade av medisinsk art, har krav på menerstatning. Dette følger av lov om skadeserstatning § 3-2.

Beregningen av menerstatningen er i hovedsak standardisert, ut fra blant annet alder da behandlingsskaden oppsto og folketrygdens grunnbeløp da erstatningen blir utbetalt.

Behandlingsskaden må være varig og tilsvare en medisinsk invaliditetsgrad på minst 15%. Menet fastsettes etter Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell.

NPE har utbetalt kr 125.000 i menerstatning, beregnet på bakgrunn av en medisinsk invaliditet i gruppe 1 (15-24%).

Pasienten krever at erstatningen avrundes oppover til kr 130.000, begrunnet i pasientens sårbarhet som gjør at invaliditeten er uvanlig belastende. Det vises til Rt-2000-441 og Rt-2006-871.

Pasientskadenemnda finner ikke grunnlag for å øke erstatningen. Sakkyndig Øystein Høvik har vurdert at den samlede varige medisinske invaliditeten er 30%. Av dette er behandlingsskaden årsak til 15% som omfatter redusert styrke i fot og legg, litt redusert bevegelighet i ankelen, kronisk verking og dårlig følelse. Dette har ført til ustøhet og behov for krykke og rullator. Det anses riktig å beregne erstatningen på bakgrunn av 15% varig medisinsk invaliditet.

Nemnda kan ikke se at de nevnte dommene fører til et annet resultat. I Rt-2006-871 ble det slått fast at man ikke skal bruke bruttoprinsippet ved beregning av menerstatning, dvs. man skal ikke yte erstatning for en eventuell inngangsinvaliditet som ikke er forårsaket av behandlingsskaden. Slik nemnda ser det samsvarer det med beregningen av menerstatningen som er gjort i vår sak. I Rt-2000-441 gis adgang til gruppeopprykk, men da på bakgrunn av en inngangsinvaliditet som gjør aktuelle skade vesentlig mer byrdefull. Nemnda kan ikke se at det er tilfelle her. Det bemerkes at beregning etter separasjonsprinsippet gir den høyeste erstatningen i denne saken, jf. Høyesteretts dom Rt-2015-820.

Justert erstatning:

I dom fra Høyesterett Rt-2014-1203 ble det bestemt at kapitaliseringsrenten (renten vi bruker når vi fastsetter erstatningen på fremtidige tapsposter til et engangsbeløp) skal settes ned fra 5% til 4%. Når nemnda legger til grunn at erstatningssøker får en lavere rente på erstatningsbeløpet, vil mange kunne ha krav på en noe høyere erstatning enn tidligere. Videre må beløpet justeres på bakgrunn av oppdatert levealdertabell.

Menerstatning etter gruppe 1 er med dagens grunnbeløp, kapitaliseringsrente på 4% og oppdatert levealdertabell (SSB) beregnet til kr 172.023. Fra dette må nemnda gjøre fradrag for menerstatningen etter

dagens grunnbeløp beregnet med en kapitaliseringsrente på 5% (den tidligere renten). Dette gir en tilleggsutbetaling på **kr 38.103**.

Pasienten har ikke krav på erstatning for inntektstap

Erstatningen skal dekke inntektstap som mest sannsynlig skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Pasientskadenemnda beregner tapet ut fra den inntekten pasienten sannsynligvis ville fått utbetalt dersom skaden ikke hadde skjedd, og den inntekten pasienten får utbetalt med skaden. Pasientskadenemnda må ta hensyn til utgifter pasienten sparer ved ikke å være i (fullt) arbeid (for eksempel fagforeningskontingent, reiseutgifter, utgifter til pensjonsordning).

Pasienten er utdannet ---- og ----. Hun arbeidet i ---- i perioden 1981 til 2002, og som ---- i perioden 2002 til 2006. I perioden 2006 til 2008 jobbet hun ulønnet som ---- i regi av NAV. Etter dette har hun ikke vært i arbeid.

Pasienten har hatt 50% uførepensjon fra 1992 på grunn av en nakkeskade. Etter 2004 har hun vært helt ufør, og har blant annet mottatt attføringspenger og arbeidsavklaringspenger. Fra 01.01.14 ble hun innvilget 100% uførepensjon.

NPE har ikke tilkjent lidt eller fremtidig inntektstap. Det er vist til at det ikke er sannsynlig årsakssammenheng mellom behandlingsskaden og det påståtte inntektstapet.

Pasienten krever erstatning for lidt og fremtidig inntektstap med henholdsvis kr 59.968 og kr 865.265. Det er opplyst at selv om pasienten har vært 50% ufør siden 1992, hadde hun planer om å komme ut i 50% arbeid som lærer i barneskolen. Disse planene måtte hun oppgi på grunn av pasientskaden.

Nemnda kan ikke se at det er grunnlag for erstatning for inntektstap. Det vises til at pasienten har vært 50% ufør siden 1992. I perioden 2006-2008 var hun i ulønnet praksis på skole, men etter 2008 har hun ikke vært i noe type arbeid. Behandlingsskaden skjedde i 2010. Pasienten ble innvilget 100% uførepensjon fra 01.01.14, hvor uføretidspunktet ble satt til 01.11.04.

Når det anføres en vesentlig endring i inntekt sammenlignet med den faktiske situasjon, er det skjerpede beviskrav. Dette fremgår blant annet av den såkalte Dykker-dommen (Rt-2003-338). Det fremkommer ikke opplysninger om at pasienten hadde konkrete planer om å gå ut i lønnet arbeid som lærer før 2010. Gitt at man tenker behandlingsskaden borte, finner nemnda det ikke sannsynliggjort at pasienten ville vært i en annen situasjon med hensyn til arbeid. Det anses derfor ikke å være årsakssammenheng mellom det anførte inntektstapet og behandlingsskaden.

Pasienten har ikke krav på økt erstatning for redusert evne til arbeid i hjemmet

Verdien av arbeid i hjemmet er likestilt med inntekt, se skadeserstatningsloven § 3-1. Det økonomiske tapet skal beregnes ut fra forskjellen mellom det hjemmearbeidet pasienten gjorde uten skaden og det arbeidet pasienten er i stand til å gjøre med skaden. Pasienten må prøve å begrense tapet, for eksempel ved å bruke hjelpemidler, ved å bruke lengre tid på arbeidet eller ved å omfordele/bytte oppgavene mellom familiemedlemmene. Det følger av rettspraksis at verdien av den tapte hjemmearbeidsevnen erstattes etter en nøktern vurdering. Man fastsetter et årlig nivå på erstatningen som ikke nødvendigvis gjenspeiler kostnaden ved å kjøpe aktuelle tjenester.

NPE har tilkjent erstatning for lidt og fremtidig redusert evne til arbeid i hjemmet med henholdsvis kr 32.277 og kr 116.653, basert på en årlig erstatning på kr 7.000 frem til fylte 75 år. NPE har lagt vekt på at det kun er redusert arbeidsevne i hjemmet som følge av behandlingsskaden som skal erstattes. Videre er det vist til at årlig erstatningsnivå overstiger kr 10.000 kun ved svært omfattende personskader.

Pasienten krever en årlig erstatning med kr 20.000 inkl. renter for den påførte perioden, og kr 15.000 for den fremtidige perioden. Det anføres at grunnskaden er å anse som en sårbarhet, og at pasienten har rett på erstatning for hele den reduserte evnen til arbeid i hjemmet. Pasienten har videre opplyst at arbeidsinnsatsen i hjemmet er betydelig svekket, siden hun har problemer med å stå og gå på bena. Før behandlingsskaden var det ikke behov for mye hjelp fra ektefellen.

Nemnda kan ikke se at det er grunnlag for å øke erstatningen for tapt hjemmearbeidsevne. Nemnda tar utgangspunkt i at pasienten bor sammen med ektefelle i enebolig med hage. Det legges til grunn at pasientens

plager med droppfot, redusert funksjon og smerter i høyre ben/legg, har ført til redusert evne til arbeid i hjemmet. I legeerklæring til NAV fra lege ---- datert 26.01.13, fremgår imidlertid at pasienten klarer å ordne huset i små mengder av gangen, herunder støvsuging, klesvask og matlaging. Det legges til grunn at pasientens grunnlidelse i form av høyresidig kneprotese, plager i venstre kne samt nakkeplager, mest sannsynlig også ville medført noe redusert arbeidsevne i hjemmet, i alle fall på sikt. Det forutsettes videre at familiemedlemmene må dele på arbeidsoppgavene.

Nemnda stiller spørsmål ved om erstatningen skal begrenses til fylte 75 år. Nemnda finner uansett at totalbeløpet er innenfor et forsvarlig skjønn og i tråd med foreliggende praksis.

Justert erstatning:

På bakgrunn av den reduserte kapitaliseringsrenten, foretas en oppjustering av erstatning for fremtidig tap av hjemmearbeidsevne.

Fremtidig erstatning for redusert evne til arbeid i hjemmet beregnet med kapitaliseringsrente på 4% utgjør kr 103.141. Skatteulempe på 20% utgjør kr 20.628. Til sammen utgjør dette kr 123.769.

Fra dette må nemnda gjøre fradrag for tidligere utbetalt erstatning på kr 116.653. Tilleggsutbetalingen utgjør etter dette **kr 7.116**.

Pasienten har ikke krav på økt erstatning for utgifter til boligtilpasning

Pasienten skal ha erstattet utgifter som er en følge av skaden, se lov om skadeserstatning § 3-1. Dette gjelder blant annet nødvendige og rimelige utgifter for å få en bolig som er tilpasset pasientens funksjonshemming.

Pasienten bor i enebolig på ca. 180 m² over to etasjer. Det er opplyst at et rom i huset er gjort om til kombinert bad, wc og vaskerom. Soverommet ligger i andre etasje.

NPE har tilkjent pasienten kr 50.000 i erstatning for utgifter til boligtilpasninger som er nødvendige på grunn av pasientskaden. NPE har lagt vekt på at trappeheis kan dekkes gjennom NAV dersom det foreligger et medisinsk behov for det.

Pasienten krever kr 250.000 i utgifter til boligtilpasning. Dette er begrunnet med at pasienten er avhengig av å få flyttet bad og toalett til andre etasje slik at hun risikofritt kan komme seg på toalettet om natten. Dette anføres som en nødvendig boligtilpasning for at pasienten skal kunne bli boende i nåværende bolig. Trappeheis er ikke et alternativ da dette ikke er mulig å sette opp i den trappen det gjelder.

Nemnda finner ikke grunnlag for å tilkjenne ytterligere erstatning for utgifter til boligtilpasning. Nemnda presiserer at det er de nødvendige og rimelige utgifter som har oppstått som følge av skaden som skal dekkes, og ikke en ideell boligløsning. Løsningen skal imøtekomme pasientens funksjonelle behov i det daglige, innenfor naturlige og nøkterne rammer.

Nemnda finner at flytting av bad er utenfor det som anses rimelig og nødvendig, sett hen til den skaden pasienten har fått, og sammenlignet med foreliggende praksis. Uansett vil nemnda påpeke at pasienten plikter å redusere erstatningen ved å benytte de offentlige ordninger som måtte foreligge. I dette tilfelle antas at trappeheis kunne avhjelpe problemet med forflytning mellom første og andre etasje, noe som kan søkes om hos NAV. Det er ikke dokumentert at trappeheis ikke kan tilpasses pasientens bolig slik pasienten opplyser.

Justert erstatning på fremtidige tapsposter som ikke er påklaget

Fremtidige utgifter

Pasienten har tidligere fått utbetalt erstatning for fremtidige utgifter med kr 4.500 per år frem til år 2047 (statistisk levealder), totalt kr 89.443 inkludert skatteulempe. Tapet blir kr 80.700 med en kapitaliseringsrente på 4%. Inkludert 20% skatteulempe blir tapet kr 96.840. Dette gir en tilleggsutbetaling på **kr 7.397**.

Klagen har ikke ført frem.

Utgifter til advokathjelp i klageomgangen dekkes ikke

Pasientens advokat har bedt om at pasienten får dekket utgiftene til advokathjelp i klageomgangen med kr 28.750 inkl. mva.

Pasienten har ikke fått medhold i klagen sin og kan derfor ikke få erstattet sine utgifter til advokathjelp etter forvaltningsloven § 36.

Pasientskadenemnda er et forvaltningsorgan med medisinsk og juridisk kompetanse, som på selvstendig grunnlag utreder og avgjør saken. Det er derfor som hovedregel ikke nødvendig med hjelp fra advokat.

Pasientskadenemnda har likevel i enkelte tilfeller dekket utgifter til advokathjelp i klageomgangen når erstatningssøkeren har spesielle vanskeligheter med å forstå innholdet i sakens dokumenter, eller av andre grunner ikke kan ivareta sine interesser. Det følger av pasientskadeloven § 17 andre ledd, jf. § 11, at pasienten kan få dekket sine utgifter til advokatbistand, men ifølge forarbeidene til loven kan slike utgifter altså bare dekkes i særlige tilfeller. Eksempel på «særlige tilfeller» er der pasienten ikke behersker norsk eller hvor pasienten har en kognitiv skade.

Etter Pasientskadenemndas oppfatning er det ikke særlige grunner for å dekke pasientens utgifter til juridisk bistand i denne saken.

Vedtaket er enstemmig.

Pasientskadenemnda - PSN-2015-2494

Myndighet	Pasientskadenemnda - vedtak
Dato	2016-11-18
Doknr/publisert	PSN-2015-2494
Sammendrag	Utmåling av erstatning for sensorisk nerveskade etter operasjon med blant annet forlengelse av achillessene i høyre ben.
Saksgang	Klagesak nr N2015/2494
Forfatter	Marit Nervik, Tron H. Torkildsen, Sten Nymoen.

Norsk pasientskadeerstatning har utmålt erstatning til pasienten i, tak av 13.02.14 (NPE snr. 2012/01881).

Pasienten klaget på vedtaket 26.02.14. Pasientskadenemnda/Helseklage, tok klagesaken 14.03.14.

Advokat ----- representerer pasienten i saken.

Pasienten har krav på erstatning for nerveskade (plantarnervene) etter rasjon av for kort akillessene den 15.09.10.

Pasienten har fått tilkjent og utbetalt erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE) med totalt kr 220 000. Erstatningen fordeler seg slik:

Menerstatning kr 150 000

Tapt evne til arbeid i hjemmet, fremtidig kr 50 000, skatteulempe

Påførte og fremtidige utgifter kr 20 000, inkludert renter

Totalt kr 220 000

Det er ikke tilkjent erstatning på postene inntektstap og pleie og omsorg.

Pasienten og NPE er enige om posten menerstatning. Nemnda skal ta stilling til erstatningens størrelse på postene påført og fremtidige utgifter, fremtidig inntektstap, arbeid i hjemmet i fremtiden og pleie og omsorg.

Pasientskadenemnda har behandlet klagen og har kommet til følgende konklusjon:

1. Pasientskadenemnda endrer Norsk pasientskadeerstatnings vedtak av 13.02.14 på postene menerstatning, arbeid i hjemmet og utgifter.

For postene fremtidig inntektstap og pleie og omsorg opprettholder Pasientskadenemnda Norsk pasientskadeerstatnings vedtak slik at erstatning ikke tilkjennes.

2. Erstatningen tilkjent fra nemnda fordeler seg slik:

Menerstatning kr 325.074

Tapt evne til arbeid i hjemmet kr 96.000, inkl. skatteulempe

Utgifter kr 50.000, inkl. renter og skatteulempe

Renter på tilleggserstatningen kr 18.535

Totalt kr 489.609

Total erstatning utgjør kr 489.609.

Det gjenstår da kr 269.609 til utbetaling fra Norsk pasientskadeerstatning.

3. «pasienten» får dekket utgifter til juridisk bistand i forbindelse med klagesaken med kr 12.812 inkl. mva.

Kapitaliseringsrenten per 12.12.14 er endret fra 5% til 4% og levealdertabellen er endret per 10.09.15. Dette er hensyntatt under de nye beregningene.

Kort om sakens bakgrunn

Pasienten er en mann på 22 år som er uføretrygdet.

Pasienten ble født ca. 10 uker før termin og fikk hjerneblødning i nyfødtp perioden. Pasienten utviklet cerebral parese i form av en moderat høyresidig hemiparese (spastisitet og nedsatt motorisk funksjon i høyre sides ekstremiteter). Han er vesentlig mer rammet i benet enn i armen. Av den grunn har pasienten hatt gangvansker på grunn av stivhet og spissfottendens i benet. Pasienten har fått vanlig behandling for dette, inklusiv fysioterapi, behandling med botullnum toxin og han har også vært operert i leggmuskulaturen i 2000.

Tilstanden med cerebral parese har ført til at pasienten hadde noe for kort achillessene, noe forkortning av senen til leggmuskel (musculus tibialis posterior), var hulfot og hadde varusstilling av hælen. Dette førte igjen til at han belastet ytre fotrand, og gikk med fotbladet pekende innover, og hadde lett for å snuble. I 2008 ble han vurdert tverrfaglig på grunn av problemer med høyre fot. Man planla operasjon av foten, men dette ble av ulike årsaker utsatt. Ved konsultasjon den 27.04.10 diskuterte man igjen om operasjon kunne bedre fotstillingen og ganglaget, men pasienten var da ikke sikker på om han ville opereres. Han ble satt på venteliste og fikk dermed lengre tid på å bestemme seg.

Tre dager etter at pasienten fylte 16 år, den 15.09.10, ble han operert med akillesseneforlengelse, fjerning av sene/hinne (plantarfasciotomi) og fjerning av deler av hælbeinet (calcaneusosteotomi). Han skulle deretter ha gips i seks uker. Ved kontroll den 28.09.10 fortalte pasienten at han hadde hatt en del smerter etter operasjonen, men at dette hadde bedret seg. Ved neste kontroll den 26.10.10 ble gipsen fjernet, man fant god fotstilling, men også følelsesutfall i en del av fotsålen, noe som gjorde det vanskelig å belaste benet. Man håpet at dette var forbigående. Etter hvert ble denne overfølsomheten i deler av fotsålen erstattet med smerte og man antok at han hadde fått en nerveskade. I januar 2011 hadde han fortsatt smerter i fotsålen og problemer med å stå. Han ble anbefalt å bruke støttebandasje og spesialsko for å hindre utvikling av spissfot. Den 28.06.11 ble han henvist til smertepoliklinikken. Konklusjonen ved sykehuset ble at pasienten sannsynligvis hadde fått en sensorisk nerveskade i høyre fot i forbindelse med inngrepet den 15.09.10.

Saken har vært vurdert av Gunnar Follerås, spesialist i ortopedisk kirurgi. Pasientens advokat har tidligere mottatt uttalelsen og forutsettes kjent med den.

Begrunnelse for vedtaket

Erstatningen er beregnet etter bestemmelsene i lov om skadeserstatning.

Saken er godt nok opplyst til at Pasientskadenemnda kan fatte vedtak.

Pasienten har krav på økt menerstatning

Pasienter som er påført varig og betydelig skade av medisinsk art, har krav på menerstatning. Dette følger av lov om skadeserstatning § 3-2.

Beregningen av menerstatningen er i hovedsak standardisert, ut fra blant annet alder da behandlingsskaden oppsto og folketrygdens grunnbeløp når erstatningen blir utbetalt.

Behandlingsskaden må være varig og tilsvare en medisinsk invaliditetsgrad på minst 15%. Menet fastsettes etter Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell.

Pasienten har fått kr 150.000 i menerstatning fra NPE. Erstatningen er beregnet etter separasjonsprinsippet på bakgrunn av en varig medisinsk invaliditet som følge av behandlingsskaden etter gruppe 1 (15-24%).

Nemnda viser innledningsvis til at denne posten ikke er påklaget av erstatningssøker. Etter en gjennomgang av saken har imidlertid nemnda funnet grunnlag for å beregne ny erstatning.

Etter nemndas vurdering skal pasientens menerstatning skal beregnes etter differanseprinsippet. Videre avsa Høyesterett en prinsipiell dom (Rt-2015-820) om utmåling av menerstatning der skadelidte har en inngangsinvaliditet (en funksjonssvikt eller er skadet fra før) som ingen erstatningsrettslig ansvar for. Høyesterett kom til at seperasjonsprinsippet setter en nedre grense for menerstatningens størrelse etter skl. § 3-2 og at differanseprinsippet skal brukes når dette gir en høyere menerstatning.

Nemnda viser til den vurderingen av pasientens varige medisinske invaliditet foretatt av behandlingsstedet. Det fremgår at dr. ---- har vurdert pasientens totale varige medisinske invaliditet til ca. 35-40% (tilsvarer menerstatning gruppe 3). Pasientens grunnlidelse med høyresidig hemiparese utgjør en varig medisinsk invaliditet på mellom 20 - 29%. Ved å foreta en gjennomsnittsberegning, vil varig medisinsk invaliditet for grunnskaden utgjøre 24,5%. Etter en konkret vurdering av forholdene i denne saken, finner nemnda det riktig å sette inngangsinvaliditeten til 24% (gruppe 1).

Med grunnlag i ovennevnte forutsetning vil da menerstatning etter differanseprinsippet utgjøre forskjellen gruppe 3 og gruppe 1:

Total varig medisinsk invaliditet: 35-40% (gruppe 3) = kr 531.915

Varig medisinsk invaliditet grunnskade: 24% (gruppe 1) = kr 206.841

Menerstatning = kr 325.074

Erstatningen er kapitalisert etter en rente på 4% og etter SSBs oppdaterte levealdertabeller.

Fra menerstatningen på kr 325.074 må det gjøres fratrukk av tidligere utbetalt menerstatning etter dagens G og med en kapitaliseringsrente på 5%. Dette tilsvarer kr 173.664.

Dette gir en ekstra utbetaling på kr 151.410.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak omgjøres på dette punkt.

Pasienten har ikke krav på erstatning for fremtidig inntektstap

Erstatningen skal dekke inntektstap som mest sannsynlig skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Pasientskadenemnda beregner tapet ut fra den inntekten pasienten sannsynligvis ville fått utbetalt dersom skaden ikke hadde skjedd, og den inntekten pasienten får utbetalt med skaden. Pasientskadenemnda må ta hensyn til utgifter pasienten sparer ved ikke å være i (fullt) arbeid (for eksempel fagforeningskontingent, reiseutgifter, utgifter til pensjonsordning).

Pasienten har 1. og 2. året på videregående skole for ungdom med ----. I løpet av denne tiden hadde pasienten 400 t fravær. Etter dette gikk han deltid ved en annen videregående skole. Det fremgår i legeerklæring datert 15.11.12 at på grunn av tilpasningsvansker i forhold til skolegang, så er skolegangen ufullstendig gjennomført uten eksamen/karakterer. Pasienten har ikke tidligere hatt inntekt.

NPE har ikke tilkjent pasienten erstatning for fremtidig inntektstap.

Pasienten krever erstatning for fremtidig inntektstap med kr 934.000. Det er vist til en løsning der pasienten uansett ville blitt innvilget uførepensjon, men at behandlingsskaden har medført at han ikke klarer å arbeide ved siden av sin uførepensjon. Advokaten viser til at man kan ha inntekt inntil 1 G uten at det får noen betydning for uførepensjonen.

Nemnda finner ikke grunnlag for å tilkjenne erstatning for fremtidig inntektstap.

I likhet med NPE og i overensstemmelse med forutsetningene i kravet, finner nemnda det mest sannsynlig at pasienten ville ha hatt uførepensjon uavhengig av behandlingsskaden.

Videre er spørsmålet om pasientskaden har medført at pasienten har mistet muligheten til å arbeide ved siden av uførepensjonen. I den sammenheng er det relevant å se hen til pasientens grunnlidelse og de følgene dette har for pasienten. I søknad om uførepensjon fra 2008, før behandlingsskaden inntraff, fremgår det at pasienten på videregående hadde 400 timers fravær. Han begynte deretter på studier på deltid og hadde behov for hjelp på flere av dagliglivets områder og mottok hjelpestønad sats 2. Han hadde smerter i beina på grunn av CP og får akutte, sterke migreaneanfall ca. 3 ganger i uken, har store konsentrasjonsvansker og sosial angst. Det er også beskrevet at pasienten kan konsentrere seg om oppgaver/områder han liker, særlig data, men ikke som ordinært arbeid, og ikke kan ha flere oppgaver på en gang. Det fremgår av legeerklæring datert 15.11.12 at pasienten

fortsatt har jevnlig migreanfall, og at pasienten har vansker i relasjon med andre mennesker, er lite selvstendig og har lite nettverk. På bakgrunn av dette mener nemnda at eventuelle begrensninger til biinntekt mest sannsynlig skyldes pasientens grunnlidelse. Videre mener nemnda at behandlingsskadens art og omfang, dersom pasienten finner seg et egnet arbeid i forhold til hans grunnlidelse, ikke vil være til hinder for å jobbe i et mindre omfang.

Nemnda gjør avslutningsvis oppmerksom på at inntektsgrensen for inntekt ved siden av uførepensjon er endret. Inntektsgrensen er for satt til 0,4G. De som fikk innvilget uførepensjon før 01.01.15 kan i en overgangsperiode frem til 01.01.19 tjene kr 60.000 ved siden av uførepensjonen før pensjonen blir avkortet.

Pasienten har krav på økt erstatning for fremtidig redusert evne til arbeid i hjemmet

Verdien av arbeid i hjemmet er likestilt med inntekt, se skadeserstatningsloven § 3-1. Det økonomiske tapet skal beregnes ut fra forskjellen mellom det hjemmearbeidet pasienten gjorde uten skaden og det arbeidet pasienten er i stand til å gjøre med skaden. Pasienten må prøve å begrense tapet, for eksempel ved å bruke hjelpemidler, ved å bruke lengre tid på arbeidet eller ved å omfordele/bytte oppgavene mellom familiemedlemmene. Det følger av rettspraksis at verdien av den tapte hjemmearbeidsevnen erstattes etter en nøktern vurdering. Erstatningsbeløpene som tilkjennes for tapt hjemmearbeidsevne i domstolene er forholdsvis lave, oftest mellom kr 5.000 og kr 10.000 .

Pasienten har fått erstatning for redusert evne til arbeid i hjemmet med kr 50.000 inkludert skatteulempe. NPE har lagt vekt på at det er usikkert i hvilken grad behandlingsskaden i det hele tatt vil få innvirkning på hjemmearbeidsevnen. Videre har NPE lagt vekt på innretningsplikten, men ser samtidig at følgene av behandlingsskaden kan ha medført at noen enklere oppgaver er blitt vanskeligere å utføre. Erstatningen er skjønsmessig fastsatt.

Pasienten krever redusert hjemmearbeidsevne dekket med kr 80.000, som tilsvarer ca. 30 min hjelp pr. uke. Det er vist til at pasienten snart får egen bolig. Det er vist til pasientens funksjonsmessige problemer før behandlingsskaden. Behandlingsskaden har medført ytterligere begrensninger som vil få følger når skadelidte flytter i egen bolig.

Nemnda finner grunnlag for å øke den tilkjente erstatningen.

Nemnda viser til den medisinske vurderingen av dr. Follerås der det fremgår at nervus tibialis posterior mest sannsynlig har blitt skadet under inngrepet. Initialt hadde pasienten redusert sensibilitet i hele fotsålen, mens sluttresultatet er blitt redusert sensibilitet og hyperestesi svarende til den laterale gren av plantarnerven, det vil si den del av nerven som forsyner ytre del av fotbladet og lilletåen. Pasienten har redusert følsomhet i dette området og er overfølsom for berøring og smerter. Pasienten har gangproblemer, han er overfølsom og får smerter ved belastning av foten. I den medisinske vurdering 10.06.13 fra behandlingsstedet, er det beskrevet at pasienten kommer moderat haltende, men går uten hjelpemidler. Det fremgår videre at det største problemet pasienten har er i høyre fot da han har vanskeligheter med å stå. Han klarer ikke å stå barbent og har redusert gangdistanse til ca. 200m. Videre er han frarådet medikamentell behandling med Lyrica grunnet pasientens cerebral parese hvor man er redd for bivirkninger. I brev datert 24.01.12 er det beskrevet at pasienten er verre enn før inngrepet.

Nemnda viser til at pasienten som følge av sin cerebral parese har redusert funksjon, og som nemnda mener påvirker pasientens hjemmearbeidsevne. Pasienten har imidlertid blitt verre etter inngrepet og har i tillegg redusert mulighet til medikamentell behandling som følge av sin grunnlidelse. Nemnda finner det sannsynlig at pasientens hjemmearbeidsevne mest sannsynlig er blitt ytterligere redusert.

Erstatningen som er tilkjent fra NPE tilsvarer ca. kr 1.800 ekskl. skatteulempe per år. Selv om man ser hen til pasientens innretnings- og tapsbegrensningsplikt, finner nemnda at den skjønsmessige erstatningen er satt noe lavt. Det er krevet kr 80.000 for fremtidig tap av hjemmearbeidsevnen, noe som skulle tilsvare en årlig erstatning i underkant av kr 3.500.

På bakgrunn av en skjønsmessig vurdering finner nemnda grunnlag for å øke den tilkjente erstatningen for fremtidig hjemmearbeidsevne til samlet kr 80.000 ekskl. skatteulempe. Skatteulempen settes til 20% (kr 16.000).

Samlet erstatning etter dette utgjør kr 96.000 inkl. skatteulempe.

Forsinkelsesrenter på den økte erstatningen (kr 46.000) beregnes fra 1 måned etter NPEs vedtaksdato (13.03.14) og frem til oppgjørsdato (1 måned etter nemndsvedtak), og utgjør etter dette 11 535.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak omgjøres på dette punkt.

Pasienten har krav på økt erstatning for utgifter

Pasienten skal ha erstattet økte utgifter som skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Det følger av rettspraksis at det bare er nødvendige og rimelige utgifter som skal erstattes. Erstatningen skal være et supplement/tillegg til ytelsene som pasienten kan få dekket av det offentlige. Pasienten må innrette seg slik at utgiftene ikke blir større enn nødvendig. Pasienten må forsøke å begrense tapet, blant annet ved å søke om de offentlige ytelsene som kan være aktuelle.

Påførte utgifter:

Pasienten har fått erstatning fra NPE for påførte utgifter og fremtidige utgifter skjønnsmessig med kr 20.000 inkl. renter og skatteulempe. Etter nemndas beregninger tilsvarer dette en årlig erstatning på kr 650 uten renter og skatteulempe. NPE har lagt vekt på at pasienten ville ha hatt en del av de samme utgiftene sett bort fra behandlingsskaden.

Pasienten krever erstatning for påførte utgifter samlet med kr 16.000 inkl. renter. Utgifter til egenandeler til spesialsko og såler 2 ganger pr. år utgjør kr 6.000 (kr 1950 pr år) og merutgifter til transport er krevet skjønnsmessig med kr 10.000. For den fremtidige perioden kreves det samlet 96 955 ekskl. skatteulempe. Dette tilsvarer en årlig erstatning på kr 5.000 der kr 2.000 er merutgifter til sko og kr 3.000 merutgifter til transport. Det er vist til at pasienten har fått redusert gangdistanse og ikke lenger klarer å sykle.

Nemnda viser innledningsvis til at pasienten har krav på erstatning som skyldes behandlingsskaden. Utgifter som pasienten uansett ville hatt som følge av grunnlidelsen eller andre forhold, er ikke dekningsmessig.

Barn under 16 år er unntatt fra å betale egenandeler til medisinsk behandling. Nemnda viser til at pasienten fylte 16 år samme år som behandlingsskaden oppstod, og måtte fra dette tidspunktet begynne å betale egenandeler. Nemnda mener at pasienten uavhengig av behandlingsskaden ville ha hatt utgifter til egenandeler som følge av plager relatert til sin grunnlidelse. Videre fremgår det av sakens dokumenter at pasienten forut for behandlingsskaden hadde behov for spesialsko, fotseng og ortoser. I likhet med NPE finner nemnda at behandlingsskaden kan ha gitt et endret behov i en kortere periode i når det gjelder bruk av spesialsko og såler.

Pasienten hadde fra tidligere også behov for hjelp til transport på grunn av sin hemiplegi, og det er opplyst i saken at pasienten derfor også har trygdebil og mottar grunnstønad. Nemnda mener imidlertid at det er sannsynlig at behandlingsskaden kan ha ført til noe økte transportutgifter, men ikke i det omfang som er krevet.

Etter en skjønnsmessig vurdering finner nemnda at den tilkjente erstatningen for utgifter er satt noe lavt, og finner grunnlag for å øke erstatningen skjønnsmessig til kr 50.000 inkl. renter, skatteulempe og forsinkelsesrenter.

Pleie og omsorg / supplementserstatning

Pasienten har ikke blitt tilkjent supplementserstatning fra NPE. NPE har lagt vekt på at det ikke er sannsynlig at behandlingsskaden har medført redusert selvstendighet, uavhengighet og trivsel i hverdagen utover de behov pasienten ville hatt som følge av sin CP.

Pasienten har krevet supplementserstatning selv om det vesentligste hjelpebehovet er knyttet til grunnlidelsen. Det er krevet skjønnsmessig kr 10.000 pr. år. For den påførte perioden er kravet på kr 35.000 og for den fremtidige perioden 194 000.

Nemnda vil innledningsvis kort redegjøre for de generelle utmålingsprinsippene som Høyesterett har trukket opp for denne type erstatning.

Denne erstatningsposten skal være et supplement til ytelsene som pasienten har krav på fra det offentlige, som en ekstra hjelp til å øke pasientens mulighet for selvstendighet, uavhengighet og trivsel i hverdagen. Erstatning til dekning av utgifter til sosialmedisinske tiltak må avgrenses mot økonomisk tap og økte utgifter som skyldes pasientens medisinske/helsemessige behov og sosiale behov. Pasientens medisinske behov er ment dekket av

det offentlige. Med medisinske/helsemessige behov mener Pasientskadenemnda blant annet behov for legehjelp og medisiner. Utgifter til dekning av sosiale behov skal dekkes av menerstatningen. Menerstatningen skal kompensere for pasientens reduserte mulighet for livsutfoldelse, som for eksempel utgifter til spesialtilpasset fritidsutstyr og egne økte utgifter ved ferie- og fritidsreiser.

Pasienten har redusert fysisk og motorisk funksjonsnivå som følge av sin grunnlidelse med CP. Pasienten hadde forut for behandlingsskaden vanskeligheter med å gå på grunn av sin høyresidige hemiplegi der han er mest rammet i benet. Pasienten har i tillegg vansker med finmotorikk i armen. Videre har pasienten i mange år hatt hyppige migræne anfall. Han har også adferdsvansker med høyt aktivitetsnivå, konsentrasjonsvansker og utagerende adferd. Nemnda finner det ikke sannsynlig at behandlingsskaden har medført redusert selvstendighet, uavhengighet og trivsel i hverdagen ytterligere enn det som følger av hans grunnlidelse med CP.

Nemnda viser for øvrig til at det fra pasientens side ikke er angitt hva det kreves supplementserstatning for og det er heller ikke sannsynliggjort at det foreligger et udekket behov som følge av behandlingsskaden.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak stadfestes på dette punkt.

Renter

Det må beregnes forsinkelsesrenter på erstatningen som er økt i forhold til det pasienten ble tilkjent i NPE. Forsinkelsesrenter beregnes fra 13.03.14 (1 måned etter vedtaksdato) til oppgjørstidspunktet.

Utgifter til advokathjelp i klageomgangen dekkes

Pasientens advokat har bedt om at pasienten får dekket utgiftene til advokathjelp i klageomgangen med kr 12.812 inkl. mva.

Pasienten skal ha dekket vesentlige kostnader som har vært nødvendig for å få endret vedtaket, se forvaltningsloven § 36.

Pasientskadenemnda dekker utgiftene med kr 12.812 inkl. mva.

Justert erstatning på fremtidige tapsposter

Høyesterett bestemte i dom av 12.12.14 at kapitaliseringsrenten (renten vi bruker når vi fastsetter erstatningen på fremtidige tapsposter til et engangsbeløp) skal settes ned fra 5% til 4%. Samtidig ble erstatningen for skatteulempen redusert. Når nemnda legger til grunn at erstatningssøker får en lavere rente på erstatningsbeløpet, vil mange kunne ha krav på en noe høyere erstatning enn tidligere.

Menerstatningen er ikke klaget inn for Pasientskadenemnda, men er justert av nemnda på eget initiativ. Endringen av kapitaliseringsrenten fra 5% til 4% er hensyntatt ved beregning av ny menerstatning. Se under posten menerstatning.

Klagen har ført delvis frem. Saken sendes tilbake til Norsk pasientskadeerstatning for utbetaling av tilkjent av erstatning.

Vedtaket er enstemmig.

Pasientskadenemnda - PSN-2015-2330

Myndighet	Pasientskadenemnda - vedtak
Dato	2016-05-10
Doknr/publisert	PSN-2015-2330
Sammendrag	Utmåling av erstatning for merskade i høyre ben etter forsinket prolapsoperasjon.
Saksgang	Klagesak nr N2015/2330
Forfatter	Kjetil Gjøen, Gunnar Lind, Marit Voltersvik, Anne Therese Sortebeck, Annelise Skeie.

Norsk pasientskadeerstatning har utmålt erstatning til pasienten i vedtak av 04.11.13 (NPE snr. 2011/02936). Total erstatning som er tilkjent og utbetalt er kr 1.476.000.

Pasientens advokat klaget på vedtaket ved brev av 21.11.13. Pasientskadenemnda (nå Helseklage) mottok klagesaken 06.12.13. Advokat ---- representerer pasienten i saken.

Klagesaken gjelder utmåling av erstatning for merskade i form av forverrede smerter og varig nedsatt kraft i høyre bein som følge av at prolapsoperasjonen som ble utført 07.12.10 var forsinket.

Nemnda skal ta stilling til erstatningens størrelse for postene menerstatning, påført og fremtidig inntektstap, påført og fremtidig tap av hjemmearbeidsevne samt for merutgifter.

Pasientskadenemnda behandlet saken i møte 10.05.16 med følgende konklusjon:

1. Pasientskadenemnda endrer Norsk pasientskadeerstatnings vedtak av 04.11.13 på postene påført og fremtidig inntektstap og fremtidig tap av hjemmearbeidsevne. For postene menerstatning, påført tap av hjemmearbeidsevne og påførte og fremtidige utgifter opprettholder Pasientskadenemnda Norsk pasientskadeerstatnings vedtak.
2. Erstatningen for postene som Pasientskadenemnda har behandlet fordeler seg slik:

Menerstatning kr 106.000

Lidt inntektstap kr 516.590 inkludert renter

Fremtidig inntektstap kr 1.844.699 inkludert skatteulempe

Tapt evne til arbeid i hjemmet, påført kr 20.000 inkludert renter

Tapt evne til arbeid i hjemmet, fremtidig kr 99.769 skatteulempe

Påførte utgifter kr 45.000 inkludert renter

Fremtidige utgifter kr 73.000 inkludert skatteulempe

Delsum kr 2.705.058

Renter på tilleggserstatningen kr 247.940

Totalt kr 2.952.998

Det gjenstår kr 1.476.998 til utbetaling fra Norsk pasientskadeerstatning.

3. «pasienten» får dekket utgifter til juridisk bistand i forbindelse med klagesaken med kr 41.485 inkl. mva.

På postene menerstatning og fremtidige utgifter skal pasienten ha en tilleggsutbetaling på samlet kr 47.190. Bakgrunnen for dette er at kapitaliseringsrenten per 12.12.14 er endret fra 5 % til 4 % og levealdertabellen er endret per 10.09.15.

Kort om sakens bakgrunn

Pasienten er en mann på 58 år.

Pasienten hadde korsryggsmerter fra begynnelsen av november 2010, og etter hvert tilkom det utstråling til begge beina, og det høyre beinet begynte å svikte. Han ble innlagt ved Akershus universitetssykehus (Ahus) den 28.11.10 der MR-undersøkelse viste prolaps i ryggen (nivå L2/L3). Han ble overflyttet til «behandlingssted» der han ble operert 30.11.10. Pasienten opplyste om vedvarende smerter i beinet etter operasjonen, og det ble gjort en MR-undersøkelse 01.12.10 der det ble påvist et mulig gjenværende restprolaps og et lite hematom. Man valgte å se situasjonen an, og pasienten ble overflyttet til Ahus 04.12.10. Han ble operert på nytt 07.12.10 på grunn av restprolaps og hematom. Etter inngrepet hadde han plager i høyre bein med blant annet dropfoot og parese. Ved kontroll 31.08.11 ble det beskrevet betydelig pareser i høyre bein og mye smerter ut i beinet.

Saken har vært vurdert av spesialist i nevrokirurgi, Knut Wester. Hans erklæringer er datert 05.12.11 og 10.02.12. I forbindelse med erstatningsutmålingen i NPE ble det også innhentet en menvurdering fra overlege Tor Brommeland ved Ullevål sykehus datert 05.02.13. Det foreligger også en tilleggsuttalelse på e-post datert 29.10.13. Pasienten/advokaten har tidligere mottatt uttalelsene og forutsettes kjent med innholdet.

Begrunnelse for vedtaket

Erstatningen er beregnet etter bestemmelsene i lov om skadeserstatning.

Pasienten har ikke krav på økt menerstatning

Pasienter som er påført varig og betydelig skade av medisinsk art, har krav på menerstatning. Dette følger av lov om skadeserstatning § 3-2.

Beregningen av menerstatningen er i hovedsak standardisert, ut fra blant annet alder da behandlingsskaden oppsto og folketrygdens grunnbeløp når erstatningen blir utbetalt.

Behandlingsskaden må være varig og tilsvare en medisinsk invaliditetsgrad på minst 15 %. Menet fastsettes etter Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell.

NPE har utbetalt kr 106.000 i menerstatning. Erstatningen er beregnet på bakgrunn av en medisinsk invaliditet i gruppe 1 (15-24 %). NPE har vist til at sakkyndig Wester har anslått den totale medisinske invaliditeten til 34 %, men der grunnlidelsen utgjør 14 %. Ifølge Wester utgjør den behandlingsskaderelaterte invaliditeten 20 %. Sakkyndig Brommeland har vurdert den totale skaden til 30 %. Også han har vurdert inngangsinvaliditeten som følge av grunnskaden til 14 %. NPE har vist til at begge de sakkyndige har benyttet samme punkt i invaliditetstabellen ved fastsettelse av det totale menet (punkt 4.10.2 c).

Pasientens advokat viser til at pasientens smertesituasjon ikke er tilstrekkelig hensyntatt ved fastsettelse av menerstatning. I brev av 14.08.13 fremgår det at pasienten har vedvarende stråling til fremsiden av lår, legg og ned mot tærne. Plagene holder han våken om natten. I tillegg er det beskrevet nedsatt kraft i hele høyre bein, hvor kneet ofte svikter. Han har redusert gangfunksjon, og er avhengig av krykker. Videre er det fremhevet at NPE ikke har tatt i betraktning pasientens økte plager i skuldrene som følge av krykkebruk.

Pasientskadenemnda finner ikke grunnlag for å tilkjenne ytterligere menerstatning.

Pasientskadenemnda viser til at begge de sakkyndige har fastsatt varig medisinsk invaliditetsgrad på bakgrunn av punkt 4.10.2 c i tabellen. Sakkyndig Wester har konkludert med et totalt men på 34 %, mens Brommeland har konkludert med et samlet men på 30 %. Wester viser til at det ikke er grunnlag for å fastsette menet etter bokstav d (som starter på 35 %) da pasienten ikke har skade på flere nerverøtter. Nemnda legger dette til grunn.

Når det gjelder inngangsinvaliditeten har begge de sakkyndige konkludert med at denne er på 14 %. Invaliditeten er ikke forankret i noe punkt i tabellen, men nemnda legger til grunn at dette må tilsvare punkt 4.10.2 bokstav a som omfatter sensoriske symptomer (inkludert smerte) og/eller lette motoriske utfall i ben og/eller fot uten særlig funksjonell betydning (gir 3-14 % medisinsk invaliditet). Nemnda legger videre til grunn at smerter er inkludert ved fastsettelse av menet, jf. innledningen til punkt 4 i tabellen.

Advokaten har i tapsoppstilling datert 14.08.13 anført at det er grunnlag for gruppeopprykk under henvisning til at skadefølgen i pasientens tilfelle er vesentlig mer byrdefull enn ved et normalt tilfelle.

Høyesterett har i Rt-2000-441 uttalt at det kan gis et skjønsmessig tillegg til den matematisk beregnede menerstatningen og at det ved slike tillegg kan ses hen til gruppeopprykkordningen ved yrkesskader. Det skal likevel «atskillig til før man går nevneverdig utover det som følger av den nevnte matematiske utregningen.» Nemnda viser til at ordningen med gruppeopprykk er ment for tilfeller der pasienten kommer spesielt byrdefullt ut som følge av tidligere plager eller skader. Nemnda kan ikke se at skaden er vesentlig mer byrdefull for pasienten selv om han hadde skulderplager fra tidligere, og at behandlingsskaden har medført delvis behov for krykker. Nemnda viser også til at det fremgår av journal fra fastlegen datert 18.05.15 at han går med stokk (hjemme kan han gå uten), og at han går lang tur hver dag. Nemnda kan derfor ikke se at det er grunnlag for å gi et skjønsmessig tillegg utover den matematiske beregningen i denne saken.

På bakgrunn av dom i Høyesterett, Rt-2015-820, må nemnda også vurdere om menerstatning beregnet etter differanseprinsippet gir en høyere erstatning. I denne vurderingen kommer også eventuelle andre grunnlidelser i betraktning ved fastsettelse av menet.

Det fremgår av sakens dokumenter at pasienten fra tidligere har ulcerøs kolitt som gir han betydelige plager i perioder, og at stress utløser en forverring av plagene. Det fremgår av journalen at han tar medisiner som har effekt på plagene. I tillegg er det i en årrekke beskrevet nedsatt bevegelighet i skuldre, og smerter/stivhet i fingre og håndledd grunnet psoriasisartritt (revmatisk leddsykdom). Skulderplagene ble forverret av krykkebruk. Ved konsultasjon på revmatologisk poliklinikk ved ---- den 22.08.11 fremgår det at det ikke var tegn til inflammatorisk aktivitet i noen ledd, og at det var legens vurdering at pasienten ikke hadde psoriasisartropati. Det er imidlertid beskrevet at pasienten hadde betydelige myalgier ved undersøkelsen, som pekte i retning av fibromyalgi. Det ble ikke avtalt ny kontroll. Nemnda har innhentet oppdatert fastlegejournal, og det foreligger lite opplysninger om pasientens øvrige tilstand den senere tiden. Pasienten har over lang tid stått i fullt arbeid selv om han har hatt ulike plager.

På bakgrunn av opplysningene i saken finner ikke nemnda at menerstatning etter differanseprinsippet gir en høyere erstatning.

Høyesterett bestemte i dom av 12.12.14 at kapitaliseringsrenten (renten vi bruker når vi fastsetter erstatningen på fremtidige tapsposter til et engangsbeløp) skal settes ned fra 5 % til 4 %. Nemnda har på denne bakgrunnen funnet det riktig å utbetale et tilleggsbeløp til pasienten for posten menerstatning.

Pasienten har tidligere fått utbetalt menerstatning etter gruppe 1. Ny menerstatning må beregnes etter dagens grunnbeløp. Menerstatning etter gruppe 1 er med dagens grunnbeløp, kapitaliseringsrente på 4 % og oppdatert levealdertabell (SSB) beregnet til kr 154.216. Fra dette må nemnda gjøre fradrag for menerstatningen etter dagens grunnbeløp beregnet med en kapitaliseringsrente på 5 % (den tidligere renten), som utgjør kr 113.945. Tilleggsutbetalingen utgjør kr 40.271. Det er tatt høyde for nytt grunnbeløp per 01.05.16.

Pasienten har krav på økt erstatning for inntektstap

Erstatningen skal dekke inntektstap som mest sannsynlig skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Pasientskadenemnda beregner tapet ut fra den inntekten pasienten sannsynligvis ville fått utbetalt dersom skaden ikke hadde skjedd, og den inntekten pasienten får utbetalt med skaden. Pasientskadenemnda må ta hensyn til utgifter pasienten sparer ved ikke å være i (fullt) arbeid som for eksempel fagforeningskontingent, reiseutgifter og utgifter til pensjonsordning.

Det fremgår av sakens dokumenter at pasienten har utdanning innen ----, men har arbeidet med salg fra 1982 og frem til 2010. Arbeidet har bestått mye av oppsøkende salg blant annet til bilforhandlere og verksteder, slik at arbeidet innebar mye bilkjøring. Pasienten har hatt ulike arbeidsgivere i denne perioden. Fra 2006 arbeidet han i salgsfirmaet ----. I 2010 arbeidet han en kort periode i ----. På skadetidspunktet var han i en prosess med

jobbskifte, og pasienten har opplyst at han skulle starte i firmaet ---- fra 01.01.11. Det er vist til at arbeidskontrakten ble inngått 01.10.10. Han ble innvilget 100 % varig uføretrygd fra 01.04.15.

Det fremgår av mottatte ligningsdokumenter at pasienten har hatt følgende inntekter:

2008 kr 555.139

2009 kr 538.634

2010 kr 499.562

2011 kr 424.839

2012 kr 408.080

2013 kr 408.282

2014 kr 414.052

Påført inntektstap (årene 2011-2013)

Pasienten har fått erstatning for påført inntektstap med kr 300.000 inkl. renter på kr 16.013. NPE har lagt vekt på at pasientens sykemeldingsperiode forut for behandlingsskaden skyldtes arbeidskonflikt og separasjon fra ektefellen, og at han til tross for ulike plager ville ha klart å arbeide i full stilling. Det ble lagt til grunn en inntekt uten skaden i 2011 (første tapsår) på kr 530.000, kr 551.000 i 2012 og kr 573.000 i 2013.

Pasientens advokat krever en høyere erstatning for påført inntektstap. Det er vist til at det må legges til grunn en inntekt uten skaden på kr 580.000 i 2011, og at dette beløpet er i samsvar med arbeidsavtalen som pasienten hadde med ----. Denne arbeidskontrakten ble inngått 01.10.10 og skulle gjelde fra 01.01.11. Årsaken til inntektsnedgangen før behandlingsskaden var at han var sykmeldt. Videre er det stilt spørsmål ved bakgrunnen for at det i beregningen er lagt inn kr 10.000 i tillegg til fagforeningskontingent som utgifter ved å være i arbeid. Pasienten hadde ikke reiseutgifter til jobb. Det anføres også at NPE har lagt til grunn høyere inntekt med skaden enn det som fremgår av ligningen.

Pasientskadenemnda finner grunnlag for å tilkjenne ytterligere erstatning for påført inntektstap.

Det fremgår av fastlegejournal datert 15.10.10 at pasienten hadde to ulike og invalidiserende lidelser som begge var i en dårlig fase. På dette tidspunktet ble han anbefalt videre sykmelding fra revmatolog. Pasienten hadde forut for behandlingsskaden en lengre periode med sykmelding. Nemnda legger imidlertid til grunn at dette skyldes vanskelige familie- og arbeidsforhold.

Nemnda viser til den sakkyndige erklæringen i saken der det fremgår at pasienten uansett ville ha måttet regne med en rekonvalesenstid på 2-3 måneder selv om behandlingsskaden ikke hadde oppstått. Regnet fra begynnelsen av desember 2010 ville han uansett ikke ha vært tilbake i arbeid før tidligst i februar 2011.

Nemnda legger til grunn at pasienten uten behandlingsskaden ville ha kommet tilbake i 100 % arbeid. Selv om han over flere år periodevis har hatt plager som følge av astma, leddplager og plager fra tarmen har han allikevel vært i arbeid. Nemnda finner også at pasienten ville ha klart å være i jobb med den inngangsinvaliditeten han ville hatt i tilknytning til prolapsoperasjonen. Nemnda legger til grunn, som det fremgår ovenfor, at inngangsinvaliditeten representerer lette plager uten særlig funksjonell betydning.

Det er fremlagt en jobbtilbud fra ---- der det fremgår av pasienten var tilbudt jobb fra 01.01.11 med en årslønn på 580 000. Arbeidssted var hele Norge, med hovedvekt på området opp til Harstad, og pasienten skulle få fri bil og telefon. Det foreligger ikke noen signert arbeidskontrakt.

Under noe tvil legger nemnda til grunn en inntekt uten skaden i 2011 på kr 580.000. Nemnda bemerker at det ikke foreligger signert arbeidskontrakt, kun et jobbtilbud, og at pasienten den første perioden av 2011 ville ha vært sykmeldt som følge av prolapsoperasjonen i seg selv. Advokaten har anført at pasienten ikke hadde reiseutgifter til jobben, og at han derfor ikke ville hatt utgifter ved å være i arbeid utover fagforeningskontingenten. Nemnda legger til grunn at det i alminnelighet vil knytte seg utgifter til det å være i arbeid, selv om disse ikke kan spesifiseres. Nemnda viser til Rt-1993-1538 (----) der det ble lagt til grunn at det ved en arbeidsinntekt på 180 000 kr ville ha knyttet seg utgifter som ble satt til kr 10.000 selv om disse hver for seg ikke kunne sannsynliggjøres eller tallfestes. Nemnda legger til grunn for beregningen at også denne pasienten ville hatt utgifter ved å være i arbeid, selv om han ikke hadde reiseutgifter til jobben.

Med skaden legger nemnda til grunn de inntektsopplysningene som fremgår av ligningen.

For 2012 legger nemnda til grunn inntekt uten skaden på kr 597.000, og for 2013 er inntekt uten skaden satt til kr 615.000. Med skaden legger nemnda til grunn de opplysningene som fremgår av ligningen.

Disse premissene gir en erstatning for påført inntektstap med kr 476.471. I tillegg kommer renter som utgjør kr 40.119. Samlet utgjør dette en erstatning på kr 516.590.

Pasienten har tidligere fått utbetalt kr 300.000 slik at kr 216.590 gjenstår til utbetaling.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak omgjøres.

Fremtidig inntektstap (årene 2014-2025)

Pasienten har fått erstatning for fremtidig inntektstap med kr 859.000 inkludert skatteulempe. NPE har lagt til grunn inntekt uten skaden på kr 596.000 i 2014, og at pasienten, under noe tvil, ville ha stått i arbeid til fylte 67 år. Videre ble det lagt til grunn at pasienten med skaden mottok arbeidsavklaringspenger første halvår 2014, og at han fra 01.07.14 ville motta 100 % uførepensjon. Det er lagt til grunn en samlet inntekt med skaden på kr 356.000.

Pasientens advokat viser også her til at NPE har lagt til grunn et for lavt inntektsgrunnlag uten skaden. Det er enighet om at han ville motta uførepensjon fra juli 2014. Det er også vist til at NPE har lagt til grunn et for høyt inntektsnivå med skaden.

Pasientskadenemnda finner grunnlag for å tilkjenne ytterligere erstatning for fremtidig inntektstap.

Pasientskadenemnda legger til grunn at det er behandlingsskaden som er årsaken til pasientens arbeidsuførhet. I beregningen legger nemnda til grunn at pasienten uten skaden ville hatt en inntekt i 2014 på kr 630.000. Videre er det lagt inn utgifter ved å være i arbeid. Med skaden legger nemnda til grunn de opplysningene som fremgår av ligningen.

For 2015 har nemnda lagt til grunn en inntekt uten skaden på kr 648.000. Med skaden er det lagt til grunn arbeidsavklaringspenger for perioden januar til mars med kr 89.000, og uføretrygd for resten av året med kr 262.458. I beregningen er det også sett hen til nye regler for uføretrygd.

For 2016 legger nemnda til grunn at pasienten uten skaden ville hatt en inntekt på kr 668.000, og at han med skaden vil motta uføretrygd med kr 360.000.

Dette danner grunnlaget for erstatning for fremtidstapet. Erstatningen er beregnet frem til pasienten fyller 67 år, der erstatningen for år 2025 er beregnet manuelt.

Erstatningsbeløpet skal kapitaliseres. Dette betyr at vi fastsetter nåtidsverdien av et tap som vil komme hvert år i flere år fremover. Utgangspunktet er at pengene skal plasseres med avkastning (f.eks. renter) og tas ut med samme beløp hvert år. Kapitaliseringsrenten er på 4 %. Ved beregningen skal Pasientskadenemnda også ta hensyn til at pasienten eventuelt må betale formuesskatt, og inntektsskatt av avkastningen (rentene) og erstatte dette.

Erstatningen for fremtidig inntektstap utgjør etter dette neddiskontert kr 1.537.249. I tillegg kommer 20 % skatteulempe på kr 307.450. Samlet erstatning utgjør kr 1.844.699.

Pasienten har tidligere fått utbetalt kr 859.000, slik at det gjenstår kr 985.699 til utbetaling.

Pasienten har krav på økt erstatning for redusert evne til arbeid i hjemmet

Verdien av arbeid i hjemmet er likestilt med inntekt, se skadeserstatningsloven § 3-1. Det økonomiske tapet skal beregnes ut fra forskjellen mellom det hjemmearbeidet pasienten gjorde uten skaden og det arbeidet pasienten er i stand til å gjøre med skaden. Pasienten må prøve å begrense tapet, for eksempel ved å bruke hjelpemidler, ved å bruke lengre tid på arbeidet eller ved å omfordele/bytte oppgavene mellom familiemedlemmene. Det følger av rettspraksis at verdien av den tapte hjemmearbeidsevnen erstattes etter en nøktern vurdering.

Det fremgår av sakens opplysninger at pasienten bor i enebolig med hage. Han var igjennom et samlivsbrudd før behandlingsskaden oppsto, og han hadde delt omsorg for den yngste sønnen. Hans eldste sønn hadde flyttet ut. Det fremgår videre av sakens dokumenter at pasienten på tidspunktet for behandlingsskaden hadde ny kjæreste/samboer som han nå er gift med.

Pasienten har fått erstatning for redusert evne til arbeid i hjemmet med kr 20.000 inkludert renter for den påførte perioden. For den fremtidige perioden er pasienten tilkjent en neddiskontert erstatning på kr 73.000 inkl. skatteulempe. NPE har vist til at pasienten som følge av sin inngangsinvaliditet også hadde vansker med å utføre visse typer husarbeid før behandlingsskaden inntraff. Det er lagt til grunn et årlig beløp på kr 6.000 for ekstraavgifter til hjelp hjemmet.

Pasientens advokat viser til at pasienten har fått en stor funksjonsbegrensning etter skaden, og at han har blitt avhengig av krykker. Det er en rekke hjemmearbeidsoppgaver han ikke lenger klarer å utføre, og han har ved flere anledninger opplevd smerteanfall der han blir liggende på gulvet uten å komme seg opp ved egen hjelp. Han klarer heller ikke å holde hagen i orden og han har behov for hjelp til å handle.

Det er vist til dom fra Agder lagmannsrett av 07.05.13 der en skadelidt med 18 % medisinsk invaliditet ble tilkjent erstatning for hjemmearbeidstap med kr 15.000 årlig. Advokaten viser til at saken er svært sammenlignbar med nærværende sak, og at den årlige erstatningen for pasienten i vår sak må ligge på tilsvarende nivå.

Pasientskadenemnda finner ikke grunnlag for å tilkjenne ytterligere erstatning for tapt hjemmearbeidsevne for den påførte perioden. For den fremtidige perioden finner nemnda at pasienten har rett til ytterligere erstatning.

Pasienten har som følge av behandlingsskaden fått plager i høyre bein som gjør seg utslag i stråling til fremsiden av lår og legg ned mot tærne, mye nattlige plager som holder han våken samt nedsatt kraft i hele beinet som er mest uttalt i kneet der kneet kan svikte. Han har en funksjonssvikt i beinet som følge av behandlingsskaden.

Nemnda legger til grunn at pasienten uten behandlingsskaden ville hatt noen mindre plager som følge av grunnlidelsen, som sannsynligvis ville ha gitt noen vanskeligheter med enkelte, kanskje spesielt de tyngre, hjemmearbeidsoppgavene. Nemnda viser blant annet til at det tidligere ble søkt om støtte til anskaffelse av snøfreser som følge av skulderplager.

Det følger av tapsbegrensningsplikten at pasienten må regne med å bruke lenger tid på hjemmearbeidsoppgavene, og at oppgavene må fordeles mellom medlemmene i husstanden. Det fremgår av sakens dokumenter at pasienten har ny ektefelle, slik at det må forventes at oppgavene fordeles, kanskje på en annen måte enn de ellers ville vært uten skaden. Det fremgår av klagen at pasienten ikke klarte å handle selv, men nemnda legger nå til grunn at dette er en oppgave som kan utføres av ektefellen. Videre fremgår det av pasientens fastlegejournal at han i mai 2015 gikk med stokk, men at han klarte seg uten hjemme. Det fremgår også av fastlegejournalen at han på dette tidspunktet gikk over én mil per dag.

Nemnda mener at et årlig erstatningsbeløp på kr 6.000, slik han er tilkjent av NPE, må anses innenfor et forsvarlig skjønn sett hen til skadens art og omfang. Nemnda presiserer at beløpet er et gjennomsnitt, der utgiftene kan variere fra år til år. Det legges til grunn at hjelpebehovet var størst i den første perioden etter at skaden oppsto.

Når det gjelder dommen fra Agder lagmannsrett viser nemnda til at nivået i dommen er høyere enn det som er vanlig praksis på området, og nemnda finner ikke grunnlag for å tilkjenne tilsvarende høy erstatning i denne saken.

På bakgrunn av disse premissene finner nemnda at den tilkjente erstatningen for den påførte perioden er innenfor et forsvarlig skjønn.

Når det gjelder den fremtidige perioden finner nemnda at det også her er innenfor et forsvarlig skjønn med et årlig gjennomsnittlig nivå på 6 000. I samsvar med vanlig praksis tilkjennes erstatningen frem til fylte 75 år.

Det fremgår av NPEs vedtak at pasienten er tilkjent en erstatning på kr 73.000 inkl. skatteulempe for den fremtidige perioden. Tallet samsvarer ikke med det som fremgår av NPEs vedlagte beregning (der erstatningen for øvrig er beregnet frem til statistisk levealder). Etter nemndas beregninger utgjør fremtidstapet neddiskontert kr 83.141. I tillegg kommer 20 % skatteulempe som utgjør kr 16.628. Dette gir en samlet erstatning på kr 99.769.

Pasienten har tidligere fått utbetalt kr 73.000, slik at det gjenstår kr 26.769 til utbetaling.

Pasienten har ikke krav på økt erstatning for utgifter

Pasienten skal ha erstattet økte utgifter som skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Det følger av rettspraksis at det bare er nødvendige og rimelige utgifter som skal erstattes. Erstatningen skal være et supplement/tillegg til ytelsene som pasienten kan få dekket av det offentlige. Pasienten må innrette seg slik at utgiftene ikke blir større enn nødvendig. Pasienten må forsøke å begrense tapet, blant annet ved å søke om de offentlige ytelsene som kan være aktuelle.

Pasienten har fått erstatning fra NPE for påførte utgifter med kr 45.000 inkl. renter og kr 73.000 inkl. skatteulempe for den fremtidige perioden. Erstatningen for den fremtidige perioden er på årlig kr 4.000. Denne erstatningen er akseptert av pasienten.

Pasientens advokat har i klagen vist til at pasienten ikke aksepterer at NPE ikke har dekket utgifter til gressklipper med kr 16.500. Advokaten viser til at det ikke kan være riktig, slik NPE mener, at utgifter til gressklipper som redskap går inn under erstatningen for tapt hjemmearbeidsevne, men at dette må dekkes under posten for utgifter. Det er i den anledning vist til praksis fra Pasientskadenemnda.

I brev av 21.04.16 viser advokaten også til at pasienten som følge av behandlingsskaden er påført utgifter til massasjebehandlinger i tillegg til fysioterapi. Behandlingen utføres av en fysioterapeut, men dette dekkes ikke av egenandelstaket. Utgiftene utgjør kr 1.500 - 2 000 per måned, og er ikke tidligere tatt med i erstatningskravet.

Pasientskadenemnda finner at det ikke er grunnlag for å tilkjenne ytterligere erstatning for utgifter.

Når det gjelder utgifter til anskaffelse av gressklipper viser nemnda til at den tilkjente erstatningen for nedsatt hjemmearbeidsevne er ment å kompensere for at pasienten ikke lenger kan utføre alle hjemmearbeidsoppgaver som han tidligere utførte. Dersom man i tillegg skulle gi erstatning for innkjøp av hjelpemidler for at pasienten likevel skal utføre disse oppgavene, blir dette en ytterligere kompensasjon for den bortfalte hjemmearbeidsevnen. Det er ikke grunnlag for å dekke det samme tapet to ganger. Dette er i samsvar med nemndas avgjørelser i sak N2011/1121 [PSN-2011-1121] og N2011/1191 [PSN-2011-1191].

Når det gjelder utgifter til massasjebehandling finner ikke nemnda grunnlag for å dekke dette da det ikke anses som en rimelig og nødvendig utgift som følge av behandlingsskaden. Uansett finner nemnda at dette er et krav som på enkel måte kunne vært dokumentert eller på annen måte sannsynliggjort, noe det ikke er.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak stadfestes.

Også for denne erstatningsposten finner nemnda grunnlag for å foreta en justering på bakgrunn av Høyesteretts avgjørelse av 12.12.14. Basert på 4 % kapitaliseringsrente utgjør fremtidstapet kr 66.599. I tillegg kommer 20 % skatteulempe som utgjør kr 13.320. Dette gir en samlet erstatning basert på de samme premissene som NPE har lagt til grunn på kr 79.919.

Pasienten har tidligere fått utbetalt kr 73.000 for denne posten. Pasienten skal ha en tilleggsutbetaling på kr 6.919.

Renter

Det må beregnes forsinkelsesrenter på erstatningen som er økt i forhold til det pasienten ble tilkjent i NPE. Forsinkelsesrenter beregnes fra NPEs vedtakstidspunkt til oppgjørstidspunktet, og utgjør kr 247.940.

Utgifter til advokathjelp i klageomgangen dekkes

Pasientens advokat har bedt om at pasienten får dekket utgiftene til advokathjelp i klageomgangen med kr 41.485 inkl. mva.

Pasienten skal ha dekket vesentlige kostnader som har vært nødvendig for å få endret vedtaket, se forvaltningsloven § 36.

Pasientskadenemnda dekker utgiftene med kr 41.485 inkl. mva.

Klagen har ført delvis frem. Saken sendes tilbake til Norsk pasientskadeerstatning for utbetaling av tilkjent erstatning.

Vedtaket er enstemmig.

Pasientskadenemnda - PSN-2015-7072

Myndighet	Pasientskadenemnda - vedtak
Dato	2016-03-04
Doknr/publisert	PSN-2015-7072
Sammendrag	Krav om erstatning for plager etter oppstått aneurisme og utvikling av blodpropp i høyre ben etter operasjon. Utmåling av erstatning for pasientskade.
Saksgang	Klagesak nr N2015/7072
Parter	Mann - 62 år
Forfatter	Nina Sollie, Odd Søreide, Anne Therese Sortebekk.

Norsk pasientskadeerstatning har utmålt erstatning til pasienten i vedtak av 04.06.15 (NPE snr. 2014/00155) for plager etter oppstått utposning av en blodåre (aneurysme) og utvikling av blodpropp i høyre ben etter en operasjon med innsettelse av kneprotese 08.11.10. Total erstatning som er tilkjent og utbetalt er kr 134 000. Det er i tillegg utbetalt kr 22 532 til dekning av juridisk bistand i saken.

Det er tilkjent erstatning for påførte utgifter med kr 10 000 inkl. renter, fremtidige utgifter med kr 50 000 inkl. skatteulempe, samt tap hjemmearbeidsevne med kr 11 000 inkl. renter for den påførte perioden og kr 63 000 inkl. skatteulempe for den fremtidige perioden.

Norsk pasientskadeerstatning har ikke tilkjent pasienten menerstatning eller erstatning for påført og fremtidig inntektstap.

Pasientens advokat, -----, klaget på vedtaket 26.06.15. Klagen gjelder alle postene.

Saken ble lagt frem for Pasientskadenemnda i møte 24./25.11.15, men ble utsatt idet nemnda ønsket en medisinsk vurdering fra spesialist i karkirurg.

Pasientskadenemnda behandlet saken i møte 03.03.16 med følgende konklusjon:

1. Pasientskadenemnda endrer Norsk pasientskadeerstatnings vedtak av 04.06.15 på postene menerstatning og fremtidige utgifter. For postene påført og fremtidig inntektstap, påførte utgifter, samt erstatning for påført og fremtidig tapt hjemmearbeidsevne opprettholder Pasientskadenemnda Norsk pasientskadeerstatnings vedtak.
2. Den økte erstatningen fordeler seg slik:
 - Menerstatning kr 141.000
 - Fremtidige utgifter kr 38.408
 - Delsum kr 179.408
 - Renter på tilleggserstatningen kr 2.859
 - Totalt kr 182.267
 - Total erstatning (inkludert erstatningspostene som ikke er endret) utgjør kr 316.267.
3. Det gjenstår da kr 182.267 til utbetaling fra Norsk pasientskadeerstatning.
3. ---- får dekket utgifter til juridisk bistand i forbindelse med klagesaken med kr 22.491 inkl. mva.
4. På posten erstatning for fremtidig tapt hjemmearbeidsevne skal pasienten ha en tilleggsutbetaling på kr 5018. Bakgrunnen for dette er at kapitaliseringsrenten per 12.12.14 er endret fra 5 % til 4 % og 20 %

skatteulempe.

Kort om sakens bakgrunn

Pasienten er en mann på 62 år som arbeider som ----.

Pasienten fikk 08.11.10 innsatt en kneprotese i høyre kne ved ----på grunn av slitasjegikt i kneleddet. Etter operasjonen fikk pasienten smerter i det høyre låret. Ultralydundersøkelse foretatt av benet 15.11.10 viste ikke tegn til noen blodpropp. Ved kontroller det påfølgende året, ble funksjonen i kneleddet rapportert å være i bedring. Pasienten ble, etter kontroll hos sin fastlege i april 2013, innlagt til observasjon ved Sykehuset Telemark. Det ble her påvist en blodpropp. Ved ny ultralydundersøkelse ble det påvist en utposning av en blodåre i det høyre kneet. Som følge av disse funnene ble det utført en bypass - operasjon ved Sykehuset i Vestfold, ----, 11.06.13.

Saken har vært vurdert av spesialist i ortopedisk kirurgi, Bjørn Franc, i erklæring av 02.05.14. Pasienten har tidligere mottatt uttalelsen og forutsettes kjent med den. Sakkyndig Franc har lagt til grunn at behandlingsskaden medfører en medisinsk invaliditet på 8 %. I erklæringen har han vist til at det ikke foreligger et eget punkt i den norske tabellen, men at tilstanden i den danske angir et men på 5 % for karskade på ben, reparert med transplantat av blodåre høstet fra pasienten selv. Det er videre vist til at pasienten i dette tilfellet vil ha behov for kompresjonsstrømpe gjennom hele livet, og at menprosenten derfor heves skjønnsmessig til 8 %.

Pasientskadenemndas sekretariat har innhentet en sakkyndig vurdering fra spesialist i karkirurgi, Erik Halbakken v/Vestfold sykehus, i erklæring av 19.01.16. Halbakken har gjort en vurdering av pasientens medisinske invaliditet som følge av karskade med etterfølgende dyp venetrombose i vene i leggen og i vene i knehasen (v. polplitea) og pseudoaneurisme bak i knehasen. Halbakken har også vist til at det ikke finnes et eget punkt i tabellen, men finner på bakgrunn av den kroniske hevelsen som følge av trombosen med de problemer det medfører at pasienten har en medisinsk invaliditet på 15-20%.

Begrunnelse for vedtaket

Erstatningen er beregnet etter bestemmelsene i lov om skadeserstatning.

Pasienten har krav på menerstatning

Pasienter som er påført varig og betydelig skade av medisinsk art, har krav på menerstatning. Dette følger av lov om skadeserstatning § 3-2.

Beregningen av menerstatningen er i hovedsak standardisert, ut fra blant annet alder da behandlingsskaden oppsto og folketrygdens grunnbeløp når erstatningen blir utbetalt.

Behandlingsskaden må være varig og tilsvare en medisinsk invaliditetsgrad på minst 15 %. Menet fastsettes etter Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell.

Pasienten har ikke blitt tilkjent menerstatning. Det er lagt til grunn at pasienten har en medisinsk invaliditet på 8%.

Advokaten har i brev av 10.02.16 vist til den sakkyndige vurderingen til Halbakken og krevd menerstatning på kr 140.000. I brev av 26.02.16 kreves det kr 145.000.

Nemnda finner at det er grunnlag for å tilkjenne menerstatning.

Nemnda legger sakkyndig Halbakken sin vurdering til grunn, og finner at behandlingsskaden medfører en medisinsk invaliditet på 15-20%. Halbakken har vurdert at pasientens plager med kronisk hevelse som følge av trombosen, med de problemer det medfører, samt den potensielle faren for problemer som følge av bypasskirurgien, gir en medisinsk invaliditet på 15-20%. Det er i vurderingen vist til at pasienten vil være utsatt for nye tilfeller av erysipelas eller annen form for hudinfeksjon som følge av hevelse i høyre ben nedenfor kneet, og at han på grunn av hevelsen er avhengig av å bruke kompresjonsstrømpe resten av livet.

Pasienten tilkjennes etter dette menerstatning etter gruppe 1 (15-24% varig medisinsk invaliditet). Nemnda har, på bakgrunn av Rt-2015-820, foretatt en beregning av hvorvidt separasjonsprinsippet eller differanseprinsippet gir den høyeste erstatningen på bakgrunn av at pasienten har en inngangsinvaliditet. Pasienten har i dette tilfellet en kneprotese som gir en medisinsk invaliditet på 15 % i henhold til tabellens punkt 4.7.3 a. Nemnda legger etter dette til grunn at pasienten har en inngangsinvaliditet tilsvarende gruppe 1.

Erstatningen etter differanseprinsippet utgjør kr 100.507 og erstatningen etter separasjonsprinsippet utgjør kr 140.728. Erstatningen etter separasjonsprinsippet gir etter dette den høyeste summen, og legges til grunn med en kapitaliseringsrente på 4 % og oppdatert levealderstabell (SSB).

Pasienten har etter dette krav på kr 141.000 i menerstatning.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak omgjøres.

Pasienten har ikke krav på erstatning for inntektstap

Erstatningen skal dekke inntektstap som mest sannsynlig skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Nemnda beregner tapet ut fra den inntekten pasienten sannsynligvis ville fått utbetalt dersom skaden ikke hadde skjedd, og den inntekten pasienten får utbetalt med skaden. Nemnda må ta hensyn til utgifter pasienten sparer ved ikke å være i (fullt) arbeid (for eksempel fagforeningskontingent, reiseutgifter, utgifter til pensjonsordning).

På tidspunktet for behandlingsskaden arbeidet pasienten som ----for ----i ----, noe han fortsatt gjør.

I henhold til likningsmyndighetene har han hatt følgende inntekter:

2009: 610 265

2010: 610 929

2011: 704 398

2012: 686 343

2013: 791 009

2014: 750 269

2015: 703 100 (lønns- og trekkoppgave)

Pasienten har ikke fått erstatning for påført eller fremtidig inntektstap. Det er vist til at det ut fra likningsdokumentene ikke fremgår noe påvisbart tap, og at det ikke er sannsynliggjort at skaden vil gi et inntektstap i fremtiden.

Advokaten krever i brev av 26.02.16 kr 225.000 i påført inntektstap. Det er vist til at pasienten har provisjonsbasert lønn og at han på grunn av sykemeldinger og noe kortere arbeidstid, har hatt mindre salg på grunn av behandlingsskaden. Han viser videre til at likningsdokumenter fra 2011-2013 likevel viser en inntektsøkning og at det er vanskelig å dokumentere. Imidlertid vises det til at ligningsdokumenter i 2014 og lønns- og trekkoppgave for 2015 viser en tydelig inntektsreduksjon i forhold til 2013. Sammenlignet med pasientens kolleger, anføres det at pasienten har hatt en negativ inntektsutvikling i samme periode.

Det anføres videre at pasienten har store problemer med å opprettholde den arbeidskapasiteten han hadde før behandlingsskaden, og at smertene og funksjonsnedsettelse vil etter all sannsynlighet medføre reduserte inntekter også i fremtiden. Det er sannsynlig at pasienten som følge av behandlingsskaden vil måtte ta ut pensjon ved fylte 65 år. I den sammenheng er det vist til en vurdering fra pasienten vedrørende hans arbeidsevne og inntektssituasjon. Pasienten mener at han fra 2016-2018 skjønnsmessig vil ha et tap på kr 200.000 årlig, og at han fra og med 65-67 år vil måtte gå av med pensjon. Det er etter dette lagt til grunn at pasienten vil bli påført et fremtidig inntektstap på kr 1.115.000.

Nemnda finner ikke grunnlag for å tilkjenne erstatning for inntektstap.

Nemnda finner ikke at nedgangen i inntekten fra 2013 kan knyttes til behandlingsskaden. Pasienten arbeider fullt som ----, hvor deler av inntekten er knyttet til fast lønn og noe er knyttet til salg og provisjon. Det vil innenfor et slikt provisjonsbasert arbeid være naturlig med svingninger i salget og inntekt over tid, noe også

likningsopplysninger viser. Nemnda viser til at behandlingsskaden oppstod i 2010, og at pasienten i 2013 måtte gjennomgå en bypass-kirurgi på grunn av den. Fra 2011-2013 hadde pasienten likevel en inntektsøkning. Nemnda viser videre til at det fremgår av sakkyndig Halbakken sin erklæring at pasienten har et velfungerende venegraft i dag, med normalt trykk i høyre fot, som ikke medfører noen form for invaliditet. Den fastsatte medisinske invaliditet på 15-20% knytter seg til trombosen med problemer i form av hevelse på høyre legg og bruk av kompresjonsstrømpe, infeksjonsfare, samt faren for potensielle problemer som følge av bypass-kirurgien. Nemnda viser til at det av sakkyndig Halbakken sin vurdering ikke fremkommer at pasienten er sterkt smertepåvirket, eller har stor funksjonsnedsettelse. I fastlegejournalen fremkommer det heller ikke opplysninger om at pasienten har hatt eller har store plager. Nemnda viser også til at det fremkommer av poliklinisk notat av 24.06.15 fra sykehuset i Vestfold at pasienten ikke har noen spesifikke plager, og at han ikke hadde noen ødemer ved kontrollen. Av samme notat fremkom det at pasienten hadde debuterende kneplager fra venstre side og at han var til utredning for dette. Nemnda viser videre til at pasienten kun har gjennomgått et tilfelle av erysipelas høsten 2015. På bakgrunn av sakens opplysninger og skadens art og omfang, finner nemnda etter dette at det mest sannsynlig ikke er årsakssammenheng mellom følgene av behandlingsskaden og nedgangen i pasientens inntekt i 2014 og 2015.

Nemnda finner videre, på bakgrunn av det ovennevnte, at det heller ikke er sannsynlig at pasienten vil bli påført et inntektstap i fremtiden som følge av behandlingsskaden. Det vises for øvrig til at det er mulig å begjære gjenopptak av saken, dersom forholdene endrer seg.

Norsk pasientskadeerstatning vedtak stadfestes.

Pasienten har ikke krav på økt erstatning for redusert hjemmearbeidsevne

Verdien av arbeid i hjemmet er likestilt med inntekt, se skadeserstatningsloven § 3-1. Det økonomiske tapet skal beregnes ut fra forskjellen mellom det hjemmearbeidet pasienten gjorde uten skaden og det arbeidet pasienten er i stand til å gjøre med skaden. Pasienten må prøve å begrense tapet, for eksempel ved å bruke hjelpemidler, ved å bruke lengre tid på arbeidet eller ved å omfordele/bytte oppgavene mellom familiemedlemmene.

Pasienten har blitt tilkjent erstatning for tapt evne til arbeid i hjemmet med kr 5.000 årlig. For den påførte perioden er det tilkjent kr 11.000 inkludert renter, og for den fremtidige perioden er det tilkjent kr 63.000 inkludert skatteulempe.

Advokaten krever erstatning for tapt hjemmearbeidsevne med kr 60.000 for perioden 2011-2015. Det anføres at pasienten, på grunn av smerter og funksjonsnedsettelse, har problemer med å utføre tyngre arbeidsoppgaver slik som rengjøring, hagearbeid, og snømåking mv. Videre anføres det at pasienten er forhindret fra å utføre slikt arbeid fordi han må være forsiktig med belastning. Huden er tynn og kan fort får rifter og sår som igjen kan forårsake infeksjon.

For den fremtidige perioden kreves det årlig kr 10.000 frem til fylte 75 år, totalt kr 130.000.

Nemnda finner ikke at det er grunnlag for å øke den tilkjente erstatningen.

Nemnda finner at Norsk pasientskadeerstatning sin vurdering ligger innenfor et forsvarlig skjønn. I likhet med Norsk pasientskadeerstatning mener nemnda at pasienten sannsynligvis har fått noe redusert evne til å utføre enkelte tyngre hjemmearbeidsoppgaver, og at den tilkjente erstatning anses tilstrekkelig til å dekke dette. I vurderingen er det også sett hen til at pasienten har en kneprotese som også kan medføre noe redusert hjemmearbeidsevne i forhold til enkelte oppgaver. Imidlertid finner ikke nemnda at et beløp på kr 10.000 årlig anses som rimelige kostnader sett hen til skadens art og omfang. Det bemerkes at rettspraksis er restriktiv med hensyn til utmåling av denne posten. Nemnda finner etter dette at det ikke er grunnlag for å øke den tilkjente erstatningen.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak stadfestes.

Pasienten har ikke krav på økt erstatning for påførte utgifter, men har krav på økt erstatning for fremtidige utgifter.

Pasienten skal ha erstattet økte utgifter som skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Det følger av rettspraksis at det bare er nødvendige og rimelige utgifter som skal erstattes. Erstatningen skal være et

supplement/tillegg til ytelsene som pasienten kan få dekket av det offentlige. Pasienten må innrette seg slik at utgiftene ikke blir større enn nødvendig. Pasienten må forsøke å begrense tapet, blant annet ved å søke om de offentlige ytelsene som kan være aktuelle.

Pasienten har blitt tilkjent erstatning med kr 10.000 for den påførte perioden. For den fremtidige perioden har han fått kr 50.000, noe som utgjør et årlig beløp på kr 3000. Det er vist til at blodproppen ble påvist i 2013, og at det er rimelig å anta at pasienten fikk mer utgifter det året. Det er videre vist til at pasienten vil ha behov for livslang medisinerings med blodfortynnende medisin, oppfølging av dette hos lege, samt behov for kompresjonsstrømper.

Advokaten krever kr 55.000 for påførte utgifter i perioden 2011-2015. For den fremtidige perioden kreves kr 15.000 årlig. Kravet omfatter utgifter til egenandeler, bandasjer, støttestrømper/kompresjonsstrømper og fotterapeut. Fra pasientens side er det opplyst at støttestrømpene koster kr 550 per par og må byttes ut 5 ganger i året. Videre er det opplyst at pasienten er helt avhengig av å bruke legg- og fotkrem, og at han bruker ca 5 tuber av hver i året, noe som utgjør kr 1850. Det er også nødvendig med behandling hos fotterapeut for å forebygge sprekkdannelser i huden og infeksjoner, noe som utgjør årlig ca kr 690 x 10 = kr 6900. Det er også vist til at det ved infeksjoner kommer utgifter til sårbehandling. I den sammenheng er det vist til at pasienten fikk infeksjon høsten 2015 og at utgifter stipuleres til kr 2000 årlig. Det anføres også at pasienten vil ha økte utgifter til transport.

Nemnda finner ikke grunnlag for å øke den tilkjente erstatningen for den påførte perioden.

Nemnda finner at Norsk pasientskadeerstatning sin vurdering ligger innenfor et forsvarlig skjønn. Det er sannsynlig at pasienten har hatt økte utgifter på grunn av behandlingsskaden fra 2013, og nemnda finner at et beløp på kr 10.000 for påførte utgifter anses som rimelig for å dekke dette.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak stadfestes.

Nemnda finner grunnlag for å øke den tilkjente erstatningen for den fremtidige perioden.

På bakgrunn av sakens opplysninger og fremlagt dokumentasjon mener nemnda det er grunnlag for å øke erstatningen for fremtidige utgifter til kr 5000 årlig. I vurderingen er det sett hen til at pasienten vil ha kostnader knyttet til kompresjonsstrømper, egenandeler, samt utgifter knyttet til kremer for å hindre sår mv. Nemnda finner imidlertid at de oppgitte beløp som kreves dekket for strømper, kremer mv. anses høyt ut fra skadens art og omfang. Når det gjelder pasientens krav om dekning av transportutgifter, vises det til at rimelige og nødvendige kostnader knyttet til transport kan søkes dekket gjennom grunnstønaden. Nemnda bemerker imidlertid at det er uklart hva slags transportkostnader som vil påløpe som en påregnelig følge av behandlingsskaden. Selv om pasienten har blitt påført en pasientskade, har pasienten innenfor det som med rimelighet kan forventes, en plikt til å innrette seg på en slik måte at tapet begrenses. Erstatningen skal være et supplement til det offentlige tilbudet. Nemnda viser videre til at beløpet er ment å representere et gjennomsnittlig beløp, hvor det kan være større kostnader noen år, og mindre andre år.

Nemnda øker det årlige beløpet til kr 5000, og beregner beløpet fra 2015 frem til 2036. Erstatningen er inkludert 4 % kapitaliseringsrente og 20 % skatteulempe, jf. Høyesteretts dom av 12.12.14.

Pasienten tilkjennes etter dette kr 88.408 inkl. 20 % skatteulempe. Pasienten har tidligere mottatt kr 50.000 inkl. skatteulempe. Det gjenstår til utbetaling kr 38.408.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak omgjøres.

Renter

Det må beregnes forsinkelsesrenter på den erstatningen som er økt i forhold til det pasienten ble tilkjent i NPE. Forsinkelsesrenter beregnes fra 04.06.15 (NPEs vedtakstidspunkt) og til forventet oppgjørstidspunktet. Forsinkelsesrentene utgjør kr 2859.

Justert erstatning på fremtidige tapsposter

Høyesterett bestemte i dom av 12.12.14 at kapitaliseringsrenten (renten vi bruker når vi fastsetter erstatningen på fremtidige tapsposter til et engangsbetrag) skal settes ned fra 5 % til 4 %. Samtidig ble erstatningen for

skatteulempen redusert. Når vi legger til grunn at erstatningssøker får en lavere rente på erstatningsbeløpet, vil mange kunne ha krav på en noe høyere erstatning enn tidligere.

Nemnda har på denne bakgrunnen funnet det riktig å utbetale et tilleggsbeløp til pasienten for posten fremtidige hjemmearbeid.

Fremtidige utgifter

Pasienten har tidligere fått utbetalt erstatning for fremtidige utgifter til tapt hjemmearbeidsevne med kr 5000 per år frem til 2029, totalt kr 63.000 inkl. skatteulempe. Tapet blir kr 56.682 med en kapitaliseringsrente på 4 %. Inkludert 20 % skatteulempe blir tapet kr 11.336, totalt kr 68.018.

Dette gir en tilleggsutbetaling på kr 5018.

Klagen har ført delvis frem. Saken sendes tilbake til Norsk pasientskadeerstatning for utbetaling av tilkjent av erstatning.

Vedtaket er enstemmig.

Utgifter til advokathjelp i klageomgangen dekkes

Pasientens advokat har i brev av 26.02.16 krevd dekket kr 22.491 inkl. mva.

Pasienten skal ha dekket vesentlige kostnader som har vært nødvendig for å få endret vedtaket, se forvaltningsloven § 36.

Pasientskadenemnda dekker utgiftene med kr 22.491 inkl. mva.

Pasientskadenemnda - PSN-2015-2418

Myndighet	Pasientskadenemnda - vedtak
Dato	2016-02-19
Doknr/publisert	PSN-2015-2418
Sammendrag	Utmåling av erstatning for hjerneskade og hælssår.
Saksgang	Klagesak nr N2015/2418
Parter	Mann - 69 år
Forfatter	Kjetil Gjøen, Nina Reiersen, Lill Karin Mensen, Tone Li Sandvik, Tor Bjørang.

Norsk pasientskadeerstatning har utmålt erstatning til pasienten i vedtak av 20.11.13 (NPE snr. 2012/00308). Total erstatning som er tilkjent og utbetalt er kr 110.000.

Pasienten klaget på vedtaket 06.01.14, etter utsatt klagefrist. Advokat ---- representerer pasienten i saken.

Klagesaken gjelder utmåling av erstatning for utvikling av trykksår på venstre ankel og hæl. Behandlingen av trykksåret medførte tre måneders forsinket rehabilitering og forlenget rekonvalesens etter hjerneslag. Trykksåret har også medført noe redusert gangfunksjon.

Pasienten har fått utbetalt menerstatning med kr 85.000. Denne posten er påklaget. Han har også fått kr 25.000 for utgifter og tapt hjemmearbeidsevne, og dette er ikke påklaget.

Pasientskadenemnda behandlet saken i møte 19.02.16 med følgende konklusjon:

1. Pasientskadenemnda endrer Norsk pasientskadeerstatnings vedtak av 20.11.13 på posten menerstatning.
2. Den økte erstatningen fordeler seg slik:

Menerstatning	kr 50.090
---------------	-----------

Total erstatning, inkludert erstatningsposten som ikke er klaget inn til Pasientskadenemnda utgjør kr 160.090.

Det gjenstår da kr 50.090 til utbetaling fra Norsk pasientskadeerstatning.

Kort om sakens bakgrunn

Pasienten ble innlagt ved Sykehuset Telemark i mars 2011 på grunn av hjerneslag. Under oppholdet utviklet han et nekrotisk trykksår over venstre ankel og hæl. Dette medførte langvarig sårbehandling og utsettelse av videre slagrehabilitering. NPE har kommet til at trykksåret oppstod som følge av manglende forebyggende tiltak mot sårutvikling.

Saken har vært vurdert av Fredrik Hetmann, spesialistsykepleier, den 20.06.12. Saken har videre vært vurdert av spesialist i plastikkirurgi, Bjørn M. Hokland, den 06.07.12. Det foreligger også en menvurdering datert 07.05.13 fra Gry Klevan, spesialist i nevrologi. Pasienten v/advokat ----har tidligere mottatt uttalelsene og forutsettes kjent med dem.

Begrunnelse for vedtaket

Erstatningen er beregnet etter bestemmelsene i lov om skadeserstatning.

Saken er godt nok opplyst til at Pasientskadenemnda kan fatte vedtak.

Pasienten har krav på økt menerstatning

Pasienter som er påført varig og betydelig skade av medisinsk art, har krav på menerstatning. Dette følger av lov om skadeserstatning § 3-2.

Beregningen av menerstatningen er i hovedsak standardisert, ut fra blant annet alder da behandlingsskaden oppsto og folketrygdens grunnbeløp når erstatningen blir utbetalt.

Behandlingsskaden må være varig og tilsvare en medisinsk invaliditetsgrad på minst 15 %. Menet fastsettes etter Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell.

NPE har tilkjent kr 85.000 i menerstatning, og det er separasjonsprinsippet som er benyttet. Erstatningen er beregnet på bakgrunn av en medisinsk invaliditet i gruppe 1 (15-24 %). Medisinsk invaliditet som følge av behandlingsskaden er satt til 23 % (15 % + (100 - 15) x 10 %).

NPE har kommet til at hvis man skal bruke differanseprinsippet blir erstatningen lavere. Pasienten har en inngangsinvaliditet på 36 % og ved bruk av reduksjonsmetoden blir pasientens totale invaliditet 50,5 %. Utregningen etter differanseprinsippet blir med dette gruppe 4 minus gruppe 2 (kr 295.000 - kr 215.000) som blir kr 80.000. Dette blir mindre enn menerstatning beregnet etter separasjonsprinsippet.

Advokaten krever menerstatningen beregnet etter differanseprinsippet, med gruppe 5 fratrukket gruppe 3. Det anføres at pasientens totale invaliditet er 56 %. 51 % er knyttet direkte til følgene av hjerneslaget, mens de siste 5 % er knyttet til hælsskaden etter bruk av reduksjonsmetoden.

Nemnda finner grunnlag for å øke menerstatningen.

Sakkyndig Hokland uttaler at den medisinske invaliditeten i venstre hæl anslås til 10 %. Trykksåret gjorde at rekonvalesensoppholdet på ---- måtte utsettes i 3 måneder, og dermed fikk pasienten forsinket oppstart og gjennomføring av motorisk trening.

Sakkyndig Klevan uttaler at pasienten har en omfattende følgetilstand etter hjerneinfarkt. Hoveddelen av skaden må tilskrives selve hjerneinfarkt. Tidligere rehabilitering kunne ha ført til raskere og muligens større grad av bedring. Pasientens totale medisinske invaliditet som resultat av hjerneinfarkt vurderes til 51 % ut fra invaliditetstabellens punkt 1.8.2 «moderat hemiparese/ataksi». Det er ikke mulig å anslå eksakt hvor mye bedre og hvor mye raskere det ville ha tilkommet bedring dersom rehabiliteringsprosessen ikke hadde blitt forsinket. Hovedandelen av den medisinske invaliditet skyldes hjerneinfarkt i seg selv, og pasienten ville ha hatt en betydelig følgetilstand selv med rehabilitering til optimal tid. Forsinkelsen vurderes skjønnsmessig til å ha medført en økt medisinsk invaliditet på 15 %.

Nemnda legger til grunn at pasienten skal ha menerstatning etter den beregningsmetoden som gir høyest utbetaling, og det må tas hensyn til pasientens øvrige sykdommer og plager. Det vises til Rt-2015-820. Videre må total medisinsk invaliditet fastsettes ved bruk av reduksjonsmetoden. Når man bruker denne metoden vil hver enkelt skade få en lavere invaliditet enn hva skadene er fastsatt til enkeltvis. Hensynet bak dette prinsippet er at samlet invaliditet ikke skal bli over 100 %.

Nemnda oppfatter det slik at det er enighet om fastsettelsen av invaliditetsgradene slik de fremkommer av vurderinger fra sakkyndige. Nemnda skal ta stilling til den konkrete utregningsmetoden. Det er i regnestykkene benyttet ny kapitaliseringsrente på 4 % og SSB alderstabell.

Som følge av hjerneslaget har pasienten en inngangsinvaliditet på 36 %. Behandlingsskaden består av et trykksår på venstre hæl, fastsatt til 10 %, som medførte forsinket rehabilitering og en ytterligere hjerneskode på 15 %. For å finne den totale behandlingsrelaterte invaliditeten må man benytte reduksjonsprinsippet.

Regnestykket blir da følgende:

Hjerneskode 15 %

Hælsskade (100- 15) x 10 % = 8.5 %

Til sammen 23,5 %

Pasienten har fra tidligere sykdommer og plager i form av diabetes type 2, hypertensjon, atrieflimmer, kneprotese og myeloproliferativ sykdom i form av polycytæmia og essensiell trombocytose. Det foreligger ingen menvurdering på pasientens øvrige lidelser, og vurderingen må derfor bli skjønnsmessig. Nemnda finner etter en samlet vurdering at pasientens tidligere plager sammenlagt med ikke behandlingsrelatert følgetilstand etter hjerneslag gir en invaliditet på 51 % tilsvarende gruppe 4 (45-54%). Det er brukt følgende regnestykke:

Hjerneskode 36 %

Kneprotese (100-36) x 15 % = 9,6 %

Blodsykdom/diabetes (100-36-9,6) x 10 % = 5,4 %

Til sammen 51 %

Inkludert behandlingsskaden blir pasientens totale medisinske invaliditet ved bruk av reduksjonsprinsippet (100-51) x 23,5 % = 11,5 % + 51 % = 62,5 % tilsvarende gruppe 5 (55-64%).

Ved bruk av separasjonsprinsippet blir menerstatningen kr 120.047.

Ved bruk av differanseprinsippet blir regnestykket kr 565.907 minus kr 428.724 som blir kr 137.183.

Nemnda har kommet til at det er differanseprinsippet som skal anvendes i saken. Tidligere utbetalt menerstatning beregnet med dagens grunnbeløp, kapitaliseringsrente på 5 % og RTV alderstabell må komme til fradrag. Dette utgjør kr 87.093.

Menerstatning tilkjennes med ytterligere kr 50.090.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak omgjøres på dette punkt.

Klagen har ført frem. Saken sendes tilbake til Norsk pasientskadeerstatning for utbetaling av tilkjent av erstatning.

Vedtaket er enstemmig.

Pasientskadenemnda - PSN-2015-2296

Myndighet	Pasientskadenemnda - vedtak
Dato	2016-02-19
Doknr/publisert	PSN-2015-2296
Sammendrag	Utmåling av erstatning for personskade. Blodpropp og hjerteinfarkt etter mangelfull oppfølging av behandling med blodfortynnende medikament.
Saksgang	Klagesak nr N2015/2296
Parter	Kvinne - 39 år
Forfatter	Kjetil Gjøen, Nina Reiersen, Lill Karin Mensen, Tone Li Sandvik, Tor Bjørang.

Norsk pasientskadeerstatning har utmålt erstatning til pasienten i vedtak av 02.10.13 (NPE snr. 2012/00562). Total erstatning som er tilkjent og utbetalt er kr 332.000.

Pasienten har i ansvarsvedtak av 29.08.12 fått medhold i sitt krav på erstatning for følgene av blodpropp og hjerteinfarkt på grunn av mangelfull oppfølging av behandling med blodfortynnende medikamenter. Hun har etter pasientskaden opplevd økende grad av andpustenhet ved aktivitet (funksjonsdyspnoe).

Pasienten har fått utbetalt menerstatning etter gruppe 2 med kr 239.000. Videre har hun fått utbetalt erstatning for tapt hjemmearbeidsevne i påførte periode med kr 8.000 og for fremtidige periode med kr 60.000. Påførte og fremtidige utgifter er erstattet med samlet kr 25.000.

Pasienten klaget på vedtaket 23.10.13. Advokat ----representerer pasienten i saken.

Det er enighet om erstatningsposten for lidt og fremtidig tap av hjemmearbeidsevne. Videre synes det å være enighet om at det ikke foreligger inntektstap. Det ble i NPE tilkjent dekning av advokatkostnader med kr 20.000 inkl. mva.

Klagesaken gjelder utmåling av menerstatningen og erstatning for påførte og fremtidige utgifter, samt advokatkostnader.

Pasientskadenemnda behandlet saken i møte 19.02.16 med følgende konklusjon:

1. Pasientskadenemnda stadfester Norsk pasientskadeerstatnings vedtak av 02.10.13 på postene påførte og fremtidige utgifter.
2. Pasientskadenemnda endrer Norsk pasientskadeerstatnings vedtak av 02.10.13 på posten menerstatning. Ny menerstatning er beregnet til kr 347.836.

Den økte menerstatningen utgjør kr 95.361.

Total erstatning (inkludert erstatningspostene som ikke er klaget inn til Pasientskadenemnda) utgjør kr 427.361.

3. ---- får ikke dekket utgifter til juridisk bistand i forbindelse med klagesaken.
4. På postene fremtidige utgifter og fremtidig tapt hjemmearbeidsevne skal pasienten ha en tilleggsutbetaling på samlet kr 16.805, fordi kapitaliseringsrenten per 12.12.14 er endret fra 5 % til 4 %.

Kort om sakens bakgrunn

Pasienten er en kvinne på 39 år. Hun er diagnostisert med ADHD, og har over tid hatt angstproblematikk og ulike psykiske plager. Kjent stoffskiftesykdom (hypothyreose). Det er i journal notert overforbruk av B-preparater, og hun går på Suboxone gjennom LAR-prosjektet. Hun har vært i ulike tiltak for kvalifisering gjennom NAV, men har siden 1999 vært 100 % uføretrygdet på grunn av psykisk sykdom.

I 2008 fikk hun påvist hjertesykdom med klaffeinsuffisiens, og det ble satt inn mekanisk aortaventil og mitralventil med godt resultat. Hun ble satt på Marevan som blodfortynnende medikament etter operasjonen, men hun møtte ikke til alle kontroller av INR for justering av medikamentdosen, og man byttet til Pradaxa i april 2011. Dette legemiddelet var imidlertid ikke tilpasset hennes sykdomsbilde, og det oppsto blodpropp i mai 2011. Hun fikk behandling som ved akutt hjerteinfarkt.

Pasienten har i ettertid hatt økende grad av andpustenhet (funksjonsdyspnoe), der det er tungt å gå med økende belastning, f.eks. i trapper.

Saken har vært vurdert av spesialist i kardiologi Stefan Agewell i uttalelser mottatt av NPE 19.06.12 og 27.08.12. Medisinsk invaliditet er vurdert av seksjonsoverlege Kenneth Knutsen ved hjertemedisinsk seksjon ved Sykehuset i Vestfold i brev av 03.09.12 og 25.09.12.

Pasienten og hennes advokat har tidligere mottatt uttalelsene og forutsettes kjent med disse.

Begrunnelse for vedtaket

Erstatningen er beregnet etter bestemmelsene i lov om skadeserstatning.

Pasientskadenemnda mener saken er godt nok opplyst til at nemnda kan fatte vedtak.

Pasienten har krav på økt menerstatning

Pasienter som er påført varig og betydelig skade av medisinsk art har krav på menerstatning. Dette følger av lov om skadeserstatning § 3-2.

Beregningen av menerstatningen er i hovedsak standardisert, ut fra blant annet alder da behandlingsskaden oppsto og folketrygdens grunnbeløp når erstatningen blir utbetalt.

Behandlingsskaden må være varig og tilsvare en medisinsk invaliditetsgrad på minst 15 %. Menet fastsettes etter Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell.

Pasienten har fått kr 239.000 i menerstatning fra NPE. Erstatningen er beregnet på bakgrunn av en medisinsk invaliditet i gruppe 2 (25-34 %).

Advokat --- krever en ny, objektiv sakkyndig vurdering av varig medisinsk men. Det påpekes at det er sykehuset der feilbehandlingen fant sted som har gjort vurderingen, og at dette er uheldig. Advokaten viser til at pasienten har liten tillit til behandlingsstedet. Pasientens problemer med hematomer i armene er heller ikke utredet, og kan ha sammenheng med feilbehandlingen. Det stilles spørsmål hvorvidt riktig punkt i invaliditetstabellen er brukt ved fastsettelsen av men.

Advokat --- har ved brev til Pasientskadenemnda 05.02.16 oversendt ny medisinsk dokumentasjon som han har mottatt fra sin klient. Det er blant annet vedlagt kopi av poliklinisk notat fra ---Legekantor og ---Legesenter, begge er datert 08.09.14, samt journalnotater fra Sykehuset Telemark og Oslo universitetssykehus.

Pasientskadenemnda finner at det er grunnlag for å øke den tilkjente menerstatningen.

Saken synes tilstrekkelig utredet. Nemnda viser til at det er alminnelig praksis å få menvurderingen utført av behandlingsstedet som kjenner pasienten godt.

Pasientskadens omfang

Sakkyndig Agewall har uttalt seg om pasientskadens art. Han konkluderer med at pasienten har fått noe nedsatt funksjon over ventilene som følge av blodproppen, men at pumpefunksjonen fortsatt er normal. Seksjonsoverlege Knutsen ved Sykehuset i Vestfold har vurdert invaliditetsgraden, og anga en konkret medisinsk invaliditet for denne pasienten på 15-20 % i den første menvurderingen 03.09.12. Han utdyper videre

i brev av 25.09.12 at pasienten som følge av skaden har fått funksjonsdyspnoe på grunn av høyere gradient over mekanisk hjerteventil og gjennomgått hjerteinfarkt, og setter invaliditeten til intervallet 15-39 % etter tabellens punkt 6.1.2.

Nemnda har merket seg at pasientens funksjonsnivå ved kontroll ved kardiologisk avdeling på Rikshospitalet ble vurdert til NYHA klasse II, jf. epikrise datert 01.07.11, og NYHA klasse II-III ved poliklinisk kontroll 13.09.11 samme sted. (NYHA = New York Heart Association klassifisering av hjertefunksjon.)

Samlet sett mener nemnda funksjonsnedsettelsen som følge av pasientskaden ligger innenfor intervallet i gruppe 2, og da i øvre del av intervallet, jf. målingene etter NYHA-kriteriene. Nemnda påpeker at pasientens plager med ødemer og vektoppgang, som også kan påvirke funksjonsnivå, var en del av sykdomsbildet forut for pasientskaden, jf. bl.a. epikrise fra nyreseksjonen ved Sykehuset i Vestfold datert 15.03.11.

Pasientens advokat har anført at pasientens hematomer i armene kan ha sammenheng med pasientskaden, men at dette ikke er utredet. Nemnda er av den oppfatning at menerstatning etter gruppe 2 tar høyde for de behandlingsrelaterte plagene til pasienten, herunder smerter m.m. De anførte plagene med hematomer synes uansett ikke å være av et omfang som vil føre til en høyere gruppeinnplassering enn gruppe 2.

Inngangsinvaliditet og valg av beregningsprinsipp

Høyesterett avsa 26.06.15 (Rt-2015-820) en prinsipiell dom om utmåling av menerstatning når skadelidte har en inngangsinvaliditet (en funksjonssvikt eller er skadet fra før) som ingen er erstatningsrettslig ansvarlig for. Høyesterett kom til at separasjonsprinsippet setter en nedre grense for menerstatningens størrelse etter skl. § 3-2, og at differanseprinsippet skal brukes når dette gir en høyere menerstatning. Nemnda må etter dette vurdere hvilket prinsipp som skal legges til grunn ved beregning av menerstatning for denne pasienten.

Det er på det rene at pasienten har en inngangsinvaliditet, med angstproblematikk, psykiske plager med ADHD-diagnose, stoffskifteforstyrrelse (hypothyreose) og hun har gått i oppfølging i LAR som følge av overforbruk av B-preparater. Hun ble uføretrygdet i 1998 som følge av psykiske plager. Det foreligger ingen sakkyndig vurdering av hennes inngangsinvaliditet.

Nemnda legger til grunn at pasientens funksjon i det vesentlige påvirkes av hennes psykiske plager, som har ført til uføretrygd. Angstproblematikk og ADHD, som pasienten er plaget med, er ikke inntatt i invaliditetstabellen.

Ved vurdering av pasientens inngangsinvaliditet viser nemnda til sammenlikning til det psykiske funksjonsnivået under tabellens punkt 1.10.1 b, der PTSD (posttraumatisk stresslidelse) medfører «vesentlig hemming» i dagliglivet. Dette utgjør invaliditet i gruppe 2. Nemnda kan ikke se at pasientens psykiske funksjon er redusert tilsvarende punkt 1.10.1 c, «regresjon, psykogene smerter eller vegetative symptomer», som medfører invaliditet gruppe 3.

Nemnda legger etter dette til grunn at pasienten har en inngangsinvaliditet tilsvarende tabellens gruppe 2, skjønnsmessig beregnet til 34 %.

Etter skaden legger nemnda til grunn en samlet invaliditet på 54 % i samordnet sum beregnet etter reduksjonsprinsippet, dvs. gruppe 4.

Ved utredningen vil man ta differansen mellom gruppe 2 (321 069) som er inngangsinvaliditeten og gruppe 4 (668 905) som er den totale invaliditeten. Dette utgjør kr 347.836.

Det må deretter gjøres fradrag for menerstatning tilsvarende gruppe 2, som allerede er utbetalt av Norsk pasientskadeerstatning. Ut fra dagens G (og med 5 % kapitaliseringsrente og RTV-tabellen) utgjør dette kr 252.475. Ytterligere erstatning beregnet etter differanseprinsippet vil da bli kr 95.361.

Nemnda må imidlertid benytte separasjonsprinsippet hvis dette gir en høyere erstatning, jf. Rt-2015-820. Nemnda vil derfor foreta en beregning ut fra dette prinsippet. I denne beregningen må det også tas høyde for at Høyesterett i dom av 12.12.14 bestemte at kapitaliseringsrenten skal settes ned fra 5 % til 4 %.

Pasienten har tidligere fått utbetalt menerstatning etter gruppe 2. En ny beregning av menerstatning i gruppe 2 med dagens grunnbeløp, kapitaliseringsrente på 4 % og SSBs levealderstabell vil gi kr 321.069. Fra dette må nemnda gjøre fradrag for menerstatning etter dagens grunnbeløp beregnet med en kapitaliseringsrente på 5 % (den tidligere renten), som gir kr 275.676. Dette gir en oppjustert erstatning etter separasjonsprinsippet på kr 45.393.

For pasienten vil det være en fordel å få beregnet erstatningen etter differanseprinsippet, og dette legges til grunn.

Pasienten skal etter dette ha utbetalt ytterligere kr 95.361 i menerstatning.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak omgjøres på dette punktet.

Pasienten har ikke krav på økt erstatning for utgifter

Pasienten skal ha erstattet økte utgifter som skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Det følger av rettspraksis at det bare er nødvendige og rimelige utgifter som skal erstattes. Erstatningen skal være et supplement/tillegg til ytelsene som pasienten kan få dekket av det offentlige. Pasienten må innrette seg slik at utgiftene ikke blir større enn nødvendig. Pasienten må forsøke å begrense tapet, blant annet ved å søke om de offentlige ytelsene som kan være aktuelle.

Pasienten har fått erstatning fra NPE for påførte og fremtidige utgifter med kr 25.000. NPE har lagt vekt på at skaden sannsynligvis har påført pasienten diverse egenandeler, transport, medikamenter og lignende.

Pasienten krever dekning av påførte utgifter av totalt kr 105.892. Det vises blant annet til at pasienten har kostnader forbundet med lengre reisevei til ----sykehus etter at hun byttet behandlingssted. Videre er det nødvendig med flere konsultasjoner hos fastlege i tilknytning til følgene av skaden.

Pasientskadenemnda finner ikke grunnlag for å øke den tilkjente erstatningen for påførte og fremtidige utgifter.

Det er kun økte utgifter som følge av behandlingsskaden, og som ikke dekkes av det offentlige, som skal erstattes. Erstatningen skal være et supplement til de offentlige ytelsene.

Nemnda finner det ikke dokumentert eller på annen måte sannsynliggjort merutgifter som følge av behandlingsskaden som overstiger den tilkjente erstatningen fra NPE. Det legges til grunn at utgifter til medikamenter, legekonsultasjoner og transport kommer inn under egenandelsordningen, og bare i begrenset grad medfører utgifter. Det fremgår av dokumentene fra NAV at pasienten har hatt frikort i mange år før behandlingsskaden. Det påpekes at transport til nødvendig behandling dekkes av NAV. For andre transportformål kan pasienten også søke om TT-kort. Når det gjelder reisene til ----sykehus som ligger lenger unna hjemstedet, er det et valg pasienten har tatt. Hun har tilbud om nødvendig helsehjelp på sitt lokale sykehus, men endret behandlingssted etter eget ønske. Nemnda finner at den tilkjente erstatningen ligger innenfor et forsvarlig skjønn.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak stadfestes på dette punktet.

Justering av erstatningen for fremtidige tapsposter

Erstatningsbeløpet skal kapitaliseres. Dette betyr at vi fastsetter nåtidsverdien av et tap som vil komme hvert år i flere år fremover. Utgangspunktet er at pengene skal plasseres med avkastning (f.eks. renter) og tas ut med samme beløp hvert år.

Høyesterett bestemte i dom av 12.12.14 at kapitaliseringsrenten (renten vi bruker når vi fastsetter erstatningen på fremtidige tapsposter til et engangsbeløp) skal settes ned fra 5 % til 4 %. Samtidig ble erstatningen for skatteulempen redusert. Når vi legger til grunn at erstatningssøker får en lavere rente på erstatningsbeløpet, vil mange kunne ha krav på en noe høyere erstatning enn tidligere.

Pasienten har fått utbetalt erstatning for påførte og fremtidige utgifter med samlet kr 25.000. Nemnda legger til grunn at kr 15.000 gjelder den fremtidige perioden. Da skjønnet i noen grad kan ha basert seg på en forventet avkastning (5 %) ut over det vi nå i henhold til ny rettspraksis skal legge til grunn (4 %), finner nemnda at pasienten skal ha et tillegg i erstatningen. Tillegget tilsvarer ca 5 % av den tidligere tilkjente erstatningen. Dette mener vi tar godt høyde for den endrede renten.

Nemnda tilkjenner et tillegg i den fremtidige delen av erstatningen med kr 750.

Utgifter til advokathjelp under behandlingen i NPE økes ikke

Det følger av pasientskadeloven § 11 at pasienten kan få dekket sine utgifter til juridisk bistand dersom utgiftene må regnes som tap som følge av skadene. Utgangspunktet er at det er nødvendige og rimelige utgifter til juridisk hjelp som dekkes, jf. vilkår for dekning av utgifter i skadeserstatningsloven § 3-1 første ledd.

NPE har i denne saken avkortet advokatkostnadene og vist til at det ikke dekkes arbeid med ansvarssaken, samt at det har vært vanskelig å få fremdrift i saken og at det oppgitte timeforbruket overstiger det som må anses rimelig og nødvendig. Det er utbetalt totalt kr 20.000 til dekning av advokatkostnader.

Pasientskadenemnda kan ikke se at det er grunnlag for å øke de tilkjente advokatkostnadene. Det fremkommer ikke av sakens dokumenter at NPE har akseptert å dekke utgifter til advokatbistand før ansvarsvedtaket. For øvrig viser nemnda til sakens begrensede omfang.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak stadfestes på dette punkt.

Utgifter til advokathjelp i klageomgangen dekkes ikke

Pasientens advokat har bedt om at pasienten får dekket utgiftene til advokathjelp i klageomgangen med kr 16.967 inkludert mva.

Pasienten har fått delvis medhold i sin klage, og skal ha dekket vesentlige kostnader som har vært nødvendig for å få endret vedtaket, se forvaltningsloven § 36.

Pasientens anførsler har ikke ført frem eller bidratt til endringen av vedtaket. Det foreligger ikke grunnlag for å dekke advokathjelp i klageomgangen.

Justert erstatning på fremtidige tapsposter

Høyesterett bestemte, som nevnt ovenfor, i dom av 12.12.14 at kapitaliseringsrenten (renten vi bruker når vi fastsetter erstatningen på fremtidige tapsposter til et engangsbetrag) skal settes ned fra 5 % til 4 %. Samtidig ble erstatningen for skatteulempen redusert. Når vi legger til grunn at erstatningssøker får en lavere rente på erstatningsbeløpet, vil mange kunne ha krav på en noe høyere erstatning enn tidligere.

Nemnda har på denne bakgrunnen funnet det riktig å utbetale et tilleggsbeløp til pasienten for posten fremtidig tapt hjemmearbeidsevne.

Fremtidig redusert evne til arbeid i hjemmet er av NPE fastsatt med kr 3.000 årlig, samlet kr 60.000. Justert for 4 % kapitaliseringsrente utgjør tapet kr 63.379. I tillegg kommer skatteulempe med kr 12.676. Samlet tap utgjør da kr 76.055. Etter fradrag for utbetalt erstatning gjenstår kr 16.055.

Inkludert justeringen for fremtidige utgifter ovenfor gir dette en samlet tilleggsutbetaling på kr 16.805.

Klagen har etter dette ført delvis frem. Saken sendes tilbake til Norsk pasientskadeerstatning for utbetaling av tilkjent erstatning.

Vedtaket er enstemmig.

Pasientskadenemnda - PSN-2015-2273

Myndighet	Pasientskadenemnda - vedtak
Dato	2016-02-19
Doknr/publisert	PSN-2015-2273
Sammendrag	Krav om erstatning for skader etter behandling for benbrudd.
Saksgang	Klagesak nr N2015/2273
Parter	Mann - 51 år
Forfatter	Kjetil Gjøen, Nina Reiersen, Lill Karin Mensen, Tone Li Sandvik, Tor Bjørang.

Norsk pasientskadeerstatning har utmålt erstatning til pasienten i vedtak av 24.07.13 (NPE snr. 2010/02215). Total erstatning som er tilkjent og utbetalt er kr 1.515.000.

Pasienten fikk i ansvarsvedtak av 28.01.11 medhold i sitt krav på erstatning for oppstått nerveskade etter behandling for benbrudd i høyre ben. Det ble utbetalt erstatning i samsvar med erstatningsforslag av 17.03.11 med samlet kr 391.000. Saken ble deretter gjenopptatt og da avsluttet med nytt vedtak av 24.07.13, med samlet utbetalt erstatning som gjengitt ovenfor.

Pasienten klaget på vedtaket 31.07.13. Advokat ----og advokat ----representerer pasienten i saken.

Klagesaken gjelder utmåling av erstatning for følgeskader etter compartment syndrom ved behandling for benbrudd i høyre ben. Pasienten har fått nerveskade i leggen, muskelnekrose, avstivet ankelledd og nedsatt bevegelighet i kneleddet.

Pasienten har fått utbetalt menerstatning etter gruppe 3 med kr 310.000. Videre har han fått utbetalt erstatning for hjelp og bistand med kr 105.593 for påførte periode og kr 577.431 for fremtidige periode. Tapt hjemmearbeidsevne er erstattet med kr 28.158 i påførte periode og kr 139.749 for fremtidig periode. Utgifter er erstattet med kr 15.000 i påførte periode og kr 76.991 i fremtidige periode. Boligtilpasning er erstattet med kr 260.000.

Det er enighet om erstatningsposten hjelp og bistand i hjemmet, samt erstatningsposten tap av hjemmearbeidsevne. Det synes å være enighet om at det ikke foreligger inntektstap. Det ble i NPE tilkjent dekning av advokatkostnader med kr 100.000 inkludert mva.

Klagesaken gjelder postene menerstatning, boligtilpasning og merutgifter, i tillegg til skatteulempe og advokatkostnader.

Pasientskadenemnda behandlet saken i møte 19.02.16 med følgende konklusjon:

1. Pasientskadenemnda stadfester Norsk pasientskadeerstatnings vedtak av 24.07.13.
2. ---- får ikke dekket utgifter til juridisk bistand i forbindelse med klagesaken.
3. På postene fremtidige utgifter, fremtidig hjelp og bistand i hjemmet og fremtidig tap av hjemmearbeidsevne skal pasienten ha en tilleggsutbetaling på samlet kr 110 550, fordi kapitaliseringsrenten per 12.12.14 er endret fra 5 % til 4 %.

På posten menerstatning skal pasienten ha en tilleggsutbetaling på kr 50.149 fordi kapitaliseringsrenten per 12.12.14 er endret fra 5 % til 4 %, og nemnda legger SSBs levealderstabell til grunn.

Kort om sakens bakgrunn

Pasienten er en mann på 51 år. Han har tidligere jobbet blant annet som ----, men har vært uføretrygdet på grunn av psykiske plager siden 1997.

Han falt og pådro seg krusfraktur (brudd i begge leggben) i høyre ben 27.02.10. Bruddet var ikke ute av stilling og ble først vurdert å kunne behandles konservativt (uten operasjon). Mens pasienten var inneliggende utviklet det seg etter hvert forhøyet trykk i leggen, og han fikk compartment syndrom som følge av dette. Det ble utført fasciotomi for å avlaste trykket, men pasienten fikk likevel nerveskade og nekrotisk muskulatur, og etterfølgende behov for hudtransplantasjon.

Han utviklet droppfot, som ble behandlet med avstivning (atrodese) av ankelleddet. Benbruddet ble behandlet med ekstern fiksasjon. Han har fått betydelig redusert bevegelighet i kneet. Han sitter for det meste i rullestol, men kan gå korte avstander med krykker.

Saken har vært vurdert av spesialist i ortopedisk kirurgi Emil Mohr i uttalelser av 06.01.11, spesialist i ortopedisk kirurgi Norvald Langeland i uttalelse av 01.03.11 og spesialist i ortopedisk kirurgi Anders Walløe i uttalelse av 01.03.13. Overlege Gunner Knutsen ved ortopedi- og plastikkirurgisk avdeling ved Universitetssykehuset i Nord-Norge har uttalt seg i brev av 28.05.13. Pasienten og hans advokat har tidligere mottatt uttalelsene og forutsettes kjent med disse.

Begrunnelse for vedtaket

Erstatningen er beregnet etter bestemmelsene i lov om skadeserstatning.

Advokat ----har anført at skatteulempen skal settes til 25 %. I senere brev av 14.07.15 fra advokat ----anføres skatteulempe på 20%, i samsvar med Høyesteretts praksis. Nemnda viser til dom fra Høyesterett inntatt i Rt-2015-820, og legger til grunn en skatteulempe på 20 %.

Menerstatning

Pasienter som er påført varig og betydelig skade av medisinsk art, har krav på menerstatning. Dette følger av lov om skadeserstatning § 3-2.

Beregningen av menerstatningen er i hovedsak standardisert, ut fra blant annet alder da behandlingsskaden oppsto og folketrygdens grunnbeløp når erstatningen blir utbetalt.

Behandlingsskaden må være varig og tilsvare en medisinsk invaliditetsgrad på minst 15 %. Menet fastsettes etter Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell.

Pasienten har fått kr 310.000 i menerstatning fra NPE. Erstatningen er beregnet på bakgrunn av en medisinsk invaliditet i gruppe 3 (35-44 %).

Pasienten krever innplassering i høyere gruppe. Det vises til at det skjønnsmessig er grunnlag for innplassering i høyere gruppe på grunn av pasientens inngangsinvaliditet, ettersom begrensningen i livsutfoldelse vil være større for ham enn for en tidligere frisk person. Videre er pasienten svært smerteplaget, noe som gir grunnlag for oppjustering med 10 prosent, jf. tabellens punkt 4.3.1.

Pasientskadenemnda finner at det ikke er grunnlag for å øke den tilkjente menerstatningen, men gjør en teknisk justering som følge av endringer i rettspraksis.

Pasientskadens omfang

Det er anført skjønnsmessig gruppeopprykk. Nemnda kan ikke se at dette kan nå frem. Høyesterett (Rt-2000-441) har uttalt at det kan gis et skjønnsmessig tillegg til den matematisk beregnede menerstatningen og at det ved slike tillegg kan ses hen til gruppeopprykkordningen ved yrkesskader. Det skal likevel «atskillig til før man går nevneverdig utover det som følger av den nevnte matematiske utregningen». Selv om nemnda ser at pasienten her har fått betydelig redusert bevegelighet, kan nemnda ikke se at plagene er særlig byrdefulle ut over det men tabellen angir.

Her viser nemnda til de sakkyndige vurderingene av den varige medisinske invaliditet, der overlege Knutsen har konkludert med men på 35 %. Dette er i nedre sjikt av gruppe 3. Ekstraordinær smerte er ikke dokumentert og kan ikke legges til grunn.

Nemnda legger etter dette til grunn at pasientskaden har gitt et men på 35 % invaliditet.

Inngangsinvaliditet og valg av beregningsprinsipp

Høyesterett avsa 26.06.15 (Rt-2015-820) en prinsipiell dom om utmåling av menerstatning når skadelidte har en inngangsinvaliditet (en funksjonssvikt eller er skadet fra før) som ingen er erstatningsrettslig ansvarlig for. Høyesterett kom til at separasjonsprinsippet setter en nedre grense for menerstatningens størrelse etter skl. § 3-2, og at differanseprinsippet skal brukes når dette gir en høyere menerstatning. Nemnda må etter dette vurdere hvilket prinsipp som skal legges til grunn ved beregning av menerstatning for denne pasienten.

Nemnda legger til grunn at pasienten har inngangsinvaliditet knyttet til sin psykiske sykdom, diagnostisert som schizofreni. Dette er ikke utredet av sakkyndig. Nemnda legger til grunn at pasientens inngangsinvaliditet er sammenliknbar med punkt 1.10.2 b i tabellen, Kroniske eller hyppig residerende psykoser, med et spenn på 15-34 %, og videre at invaliditeten mest sannsynlig ligger innenfor intervallet i tabellens gruppe 2 (25-34 %). Nemnda viser til at det fremgår av journalene fra behandlingsoppholdene at pasienten kommuniserer godt med personale og fungerer godt med andre pasienter i sosiale sammenhenger. Han går fast på medikamentet Zyprexa, som er et antipsykotikum.

Pasienten har i tillegg en yrkesskade (ryggskade) som er vurdert til å utgjøre 15 % medisinsk invaliditet, jf. notat fra nevrolog Torbjørn Haldorsen datert 16.01.91.

Den samlede inngangsinvaliditeten blir 40,5 % i samordnet sum, dvs. gruppe 3.

Etter skaden settes den samlede medisinske invaliditeten til 62 % i samordnet sum, dvs. gruppe 5. Ved utredningen vil man ta differansen mellom gruppe 3 (427 348) som er inngangsinvaliditeten og gruppe 5 (783 472) som er den totale invaliditeten. Dette utgjør en total erstatning på kr 356.124.

Det må deretter gjøres fradrag for menerstatning tilsvarende gruppe 3, som allerede er utbetalt av Norsk pasientskadeerstatning. Ut fra dagens G (og med 5 % kapitaliseringsrente og RTV-tabellen) utgjør dette kr 322.727. Ytterligere erstatning beregnet etter differanseprinsippet vil da bli kr 33.397.

Nemnda må imidlertid benytte separasjonsprinsippet hvis dette gir en høyere erstatning, jf. Rt-2015-820. Nemnda vil derfor foreta en beregning ut fra dette prinsippet. I denne beregningen må det også tas høyde for at Høyesterett i dom av 12.12.14 bestemte at kapitaliseringsrenten skal settes ned fra 5 % til 4 %.

Pasienten har tidligere fått utbetalt menerstatning etter gruppe 3. En ny beregning av menerstatning i gruppe 3 med dagens grunnbeløp, kapitaliseringsrente på 4 % og SSBs levealderstabell vil gi kr 427.348. Fra dette må nemnda gjøre fradrag for menerstatning etter dagens grunnbeløp beregnet med en kapitaliseringsrente på 5 % (den tidligere renten) kr 377.199. Dette gir en oppjustert erstatning etter separasjonsprinsippet på kr 50.149.

For pasienten vil det derfor være en fordel å få beregnet erstatning på denne måten fremfor å bruke differanseprinsippet, og separasjonsprinsippet må legges til grunn.

Økningen i menerstatning her er imidlertid kun en teknisk justering som følge av endringer i rettspraksis, og medfører ikke en omgjøring av vedtaket i NPE da nemnda anvender det samme beregningsprinsippet som NPE.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak stadfestes på dette punktet.

Pasienten skal ha en tilleggsutbetaling på kr 50.149 i menerstatning som følge av endret kapitaliseringsrente og anvendelse av SSBs levealderstabell.

Pasienten har ikke krav på økt erstatning for merutgifter til boligtilpasning

Etter skadeserstatningsloven § 3-1 foreligger rett til erstatning for utgifter som personskaden antas å påføre skadelidte. På bakgrunn av forarbeidene og rettspraksis er det kun nødvendige og rimelige utgifter som skal erstattes. Erstatningen skal være et supplement til ytelsene fra det offentlige.

Pasienten bor alene i enebolig. Han kan benytte seg av første etasje, men det kreves ombygging for tilpasning til rullestol. Han kan bruke krykker i noe utstrekning, men sitter hovedsakelig i rullestol.

NPE har erstattet pasientens merutgifter til boligtilpasning med kr 260.000. Det fremkommer av dokumentene at han i tillegg har fått kr 40.000 fra kommunen til samme formål.

Pasienten har fremsatt krav om erstatning for tilpasning av bolig med kr 400.000. Det vises til at dette er et forsiktig anslag som ikke tar høyde for annet enn det nødvendige. Det ville ikke vært behov for utbedringer av boligen hadde det ikke vært for skaden. Bare ombygging av badet vil koste i overkant av kr 200.000, og det fremgår av det innhentede tilbudet at dette er basert på et nøkternt materialvalg.

Nemnda anser at det tilkjente beløp ligger innenfor et rimelig skjønn. Nemnda viser til at erstatningen kommer i tillegg til de offentlige ytelsene, samt at pasienten har noe mulighet til å benytte seg av krykker. Nemnda vil presisere at det er de nødvendige og rimelige utgifter oppstått som følge av skaden som skal dekkes, og ikke en ideell boligløsning. Løsningen skal imøtekomme pasientens funksjonelle behov i det daglige, innenfor naturlige og nøkterne rammer. De utgifter som pasienten ville hatt til bolig også uten den aktuelle behandlingsskade må hensyntas ved utmålingen.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak stadfestes på dette punktet.

Pasienten har ikke krav på økt erstatning for utgifter

Pasienten skal ha erstattet økte utgifter som skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Det følger av rettpraksis at det bare er nødvendige og rimelige utgifter som skal erstattes. Erstatningen skal være et supplement/tillegg til ytelsene som pasienten kan få dekket av det offentlige. Pasienten må innrette seg slik at utgiftene ikke blir større enn nødvendig. Pasienten må forsøke å begrense tapet, blant annet ved å søke om de offentlige ytelsene som kan være aktuelle.

Påførte og fremtidige utgifter

Pasienten har fått erstatning fra NPE for påførte utgifter med skjønnsmessig kr 15.000. NPE har funnet det sannsynliggjort at han for den påførte perioden har hatt noe økte utgifter til egenandeler, medisiner, noe transport og liknende.

Pasienten har fått erstatning for fremtidige utgifter fra NPE med kr 76.991 (dette tilsvarer årlig kr 4.000). NPE mener det er sannsynlig at pasienten vil ha behov for livslang behandling hos fysioterapeut, samt enkelte andre egenandeler, kostnader til transport, medikamenter og liknende.

Pasienten påpeker at den årlige summen er den samme som ble lagt til grunn i det første utmålingsvedtaket i 2011, og at det siden er akseptert at menet er og har vært langt større. Det fremheves særlig utgifter til behandlingsopphold og smertestillende medikamenter, og kreves kr 6.000 årlig fra 2011 og fremover. Videre påpekes at pasientens bolig ligger 2,3 mil fra kommunesenteret og 8,6 mil fra nærmeste by, slik at det tilkjente TT-kortet ikke rekker langt. Det kreves kr 5.000 for transport for år 2010, og kr 10.000 årlig fra 2011.

Pasientskadenemnda finner ikke grunnlag for å øke den tilkjente erstatningen.

Nemnda finner det sannsynliggjort at pasienten vil ha egenandeler knyttet til fysioterapibehandling årlig, men viser til at behandling ut over egenandelstaket vil være uten kostnad. Det samme gjelder kostnader til smertestillende medikamenter. Nemnda finner det sannsynliggjort at pasienten uansett ville hatt kostnader som medfører egenandeler på medikamenter i tilknytning til sin psykiske sykdom, som også faller inn under egenandelstaket.

Når det gjelder transport påpekes at det er tilkjent menerstatning som skal dekke sosiale behov, samt at transport for behandlingsbehov dekkes av det offentlige. Videre er det tilkjent kr 30.000 årlig for hjelp og bistand. For øvrig merker nemnda seg at pasienten har sertifikat og at det fremgår av fastlegejournal 20.01.12 at det er aktuelt med søknad om tilpasset bil via NAV. Nemnda mener at den tilkjente årlige erstatningen ligger innenfor et rimelig skjønn.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak stadfestes på dette punktet.

Utgifter til advokathjelp under behandlingen i NPE økes ikke

Det følger av pasientskadeloven § 11 at pasienten kan få dekket sine utgifter til juridisk bistand dersom utgiftene må regnes som tap som følge av skadene. Utgangspunktet er at det er nødvendige og rimelige utgifter til juridisk hjelp som dekkes, jf. vilkår for dekning av utgifter i skadeserstatningsloven § 3-1 første ledd.

Kravet for NPE var kr 121.753 inkl. mva. NPE har tilkjent utgifter til juridisk bistand med kr 100.000 inkl. mva., og vist til at antallet arbeidstimer virket høyt sett i sammenheng med sakens art og kompleksitet. Advokaten har anført at kostnadene må dekkes fullt ut, i klagen opplyst å utgjøre totalt kr 126.503 inkl. mva., herunder inkludert arbeid med klagen til nemnda.

Pasientskadenemnda kan ikke se at det er grunnlag for å øke de tilkjente advokatkostnadene, og slutter seg til begrunnelsen fra NPE.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak stadfestes på dette punktet.

Utgifter til advokathjelp i klageomgangen dekkes ikke

Pasientens advokat har bedt om at pasienten får dekket utgiftene til advokathjelp i klageomgangen med kr 31.156 inkludert mva.

Pasienten har ikke fått medhold i klagen sin og kan derfor ikke få erstattet sine utgifter til advokathjelp etter forvaltningsloven § 36.

Pasientskadenemnda er et forvaltningsorgan med medisinsk og juridisk kompetanse, som på selvstendig grunnlag utreder og avgjør saken. Det er derfor som hovedregel ikke nødvendig med hjelp fra advokat.

Pasientskadenemnda har likevel i enkelte tilfeller dekket utgifter til advokathjelp i klageomgangen når erstatningssøkeren har spesielle vanskeligheter med å forstå innholdet i sakens dokumenter, eller av andre grunner ikke kan ivareta sine interesser. Det følger av pasientskadeloven § 17 andre ledd, jf. § 11, at pasienten kan få dekket sine utgifter til advokatbistand, men ifølge forarbeidene til loven kan slike utgifter altså bare dekkes i særlige tilfeller.

Etter Pasientskadenemndas oppfatning er det ikke særlige grunner for å dekke pasientens utgifter til juridisk bistand i denne saken .

Justert erstatning på fremtidige tapsposter

Høyesterett bestemte i dom av 12.12.14 at kapitaliseringsrenten (renten som brukes ved fastsettelse av erstatningen på fremtidige tapsposter til et engangsbeløp) skal settes ned fra 5 % til 4 %. Samtidig ble erstatningen for skatteulempen redusert. Når vi legger til grunn at erstatningssøker får en lavere rente på erstatningsbeløpet, vil mange kunne ha krav på en noe høyere erstatning enn tidligere.

Nemnda har på denne bakgrunnen funnet det riktig å utbetale et tilleggsbeløp til pasienten for postene fremtidige utgifter, hjelp og bistand og fremtidig tapt hjemmearbeidsevne.

Nedenfor følger en oversikt over nye beregnede utbetalinger av aktuelle erstatningsposter:

Fremtidige utgifter

Pasienten har fått utbetalt erstatning for fremtidige utgifter med skjønnsmessig kr 4.000 årlig, neddiskontert til kr 76.991 inkludert skatteulempe.

Tapet blir kr 74.014 med en kapitaliseringsrente på 4 %. Inkludert 20 % skatteulempe blir tapet kr 88.817. Dette gir en tilleggsutbetaling på kr 11.826.

Hjelp og bistand

Pasienten har tidligere fått utbetalt erstatning for fremtidige utgifter til hjelp og bistand i hjemmet med kr 30.000 per år, totalt kr 577.431 inkludert skatteulempe.

Tapet blir kr 546.721 med en kapitaliseringsrente på 4 %. Inkludert 20 % skatteulempe blir tapet kr 656.065. Dette gir en tilleggsutbetaling på kr 78.634.

Redusert evne til arbeid i hjemmet

Pasienten har tidligere fått utbetalt erstatning for fremtidig tapt evne til arbeid i hjemmet med kr 8.000 per år frem til år 2039, totalt kr 139.749 inkludert renter og skatteulempe.

Tapet blir kr 133.199 med en kapitaliseringsrente på 4 %. Inkludert 20 % skatteulempe blir tapet kr 159.839. Dette gir en tilleggsutbetaling på kr 20.090.

Dette gir en samlet tilleggsutbetaling på kr 110.550.

Klagen har etter dette ikke ført frem.

Vedtaket er enstemmig.

Pasientskadenemnda - PSN-2015-5372

Myndighet	Pasientskadenemnda - vedtak
Dato	2016-02-05
Doknr/publisert	PSN-2015-5372
Sammendrag	Utmåling av erstatning for varige plager etter strumaoperasjon.
Saksgang	Klagesak nr N2015/5372
Parter	Mann - 47 år
Forfatter	Nina Sollie, Kari Mjølhus, Marit Kristoffersen, Anne Elisabeth Eriksrud, Tron H. Torkildsen.

Saken gjelder gjenopptak av Pasientskadenemndas vedtak av 07.01.00.

Pasienten har krav på erstatning for plager som skyldes varig hypokalsemi (for lav konsentrasjon av kalsium i blodet) etter operasjon for hypertyreose (unormalt stor hormonproduksjon i skjoldbruskkjertelen) som ble utført 03.05.94.

Det ble inngått forlik 02.12.13 om at saken skulle gjenopptas for behandling i nemnda vedrørende erstatningspostene menerstatning og inntektstap. Nemnda skal ta stilling til erstatningens størrelse for postene menerstatning og for lidt og fremtidig inntektstap.

Saken ble lagt frem for Pasientskadenemnda i møte 28.08.14, men ble utsatt idet nemnda ønsket en nevropsykologisk undersøkelse av pasienten.

Pasientskadenemnda behandlet saken i møte 05.02.16 med følgende konklusjon:

1. Pasientskadenemnda omgjør Pasientskadenemndas vedtak av 07.01.00 på postene menerstatning og inntektstap.
2. Den økte erstatningen fordeler seg slik:

Menerstatning kr 332.309

Lidt inntektstap kr 680.216 inkludert renter

Fremtidig inntektstap kr 976.013 inkludert skatteulempe

Delsum erstatning kr 1.988.538

Total erstatning (inkludert erstatningen som tidligere er utbetalt) utgjør kr 2.031.038.

3. ---- får dekket utgifter til juridisk bistand i forbindelse med klagesaken med kr 71.562 inkl. mva.

Kort om sakens bakgrunn

Pasienten er en mann på 47 år. Han har tidligere arbeidet som ----, men er i dag 100 % uføretrygdet. Det fremgår av sakens opplysninger at han ble født døv, og at han fra tidligere har vitamin B12-mangel (autoimmun sykdom).

Grunnet hypertyreose (unormalt høy hormonproduksjon i skjoldbruskkjertelen) ble han operert med delvis fjerning av skjoldbruskkjertelen den 03.05.94. Han hadde da vært behandlet med medikamenter siden 1991, men sykdommen var vanskelig å regulere. I dagene etter operasjonen tilkom det symptomer på hypokalsemi (for lav konsentrasjon av kalsium i blodet) og hypoparatyreoidisme (manglende funksjon av biskjoldbruskkjertlene), og det ble startet opp medikamentell livsvarig behandling.

Norsk pasientskadeerstatning fattet 03.03.98 slikt vedtak:

«---- har ikke krav på erstatning fra Norsk Pasientskadeerstatning.»

Vedtaket ble påklaget til Pasientskadenemnda som fattet slik vedtak 17.02.99:

«Sekretariatets vedtak omgjøres.

---- har krav på erstatning fra Norsk Pasientskadeerstatning som følge av plagene i form av varig hypokalcemi, forutsatt at kravet overstiger kr 5.000.»

Norsk pasientskadeerstatnings erstatningstilbud fremgår av brev av 24.03.99, 07.04.99 og 18.06.99. Det ble tilbudt slik erstatning:

«Påførte utgifter inkludert renter kr 7.500

Fremtidige utgifter inkludert skatteulempe kr 35.000

Påført og fremtidig inntektstap kr 0

Totalt kr 42.500»

Pasienten aksepterte tilbudet om erstatning for påførte og fremtidige utgifter. Erstatningstilbudet ble ikke akseptert hva angikk postene menerstatning og inntektstap, hvorpå Pasientskadenemnda den 07.01.00 fattet slik vedtak om erstatningsutmålingen:

«---- har som følge av hypokalsemien ikke krav på erstatning for tap i erverv eller ménerstatning.»

Det fremgår av premissene i vedtaket at den behandlingsrelaterte varige medisinske invaliditeten ble anslått til 10 %. Vilåårene for ménerstatning var derfor ikke oppfylt. Nemnda fant videre at pasientens arbeidsuførhet mest sannsynlig skyldtes hans grunnlidelse med hypotyreose, døvhet samt de tilkomne og invalidiserende tinnitusplagene. Pasienten ville mest sannsynlig falt ut av arbeid uavhengig av sin hypokalsemi, og det var derfor ikke grunnlag for erstatning for lidt og fremtidig inntektstap.

I brev av 04.07.08 begjærte pasienten saken gjenopptatt. Han anførte at hypokalsemien/hypoparatyreoidismen var hovedårsaken til at han ble 100 % arbeidsufør. Tinnitusplagene var ikke lenger så uttalte som før, og han hadde forsøkt seg i arbeid igjen. Dette klarte han ikke i lengden, noe som viser at nemnda konkluderte på feil grunnlag. Det ble anført at få leger hadde god kjennskap til hvordan det var å leve med sykdommen, og pasienten følte seg urettferdig behandlet.

Pasientskadenemnda fattet 29.01.09 følgende beslutning:

«Begjæring om gjenopptak og omgjøring av nemndas vedtak av 07.01.00 tas ikke til følge.»

Det fremgår av premissene for beslutningen at opplysningene om tinnitus og arbeidsforhold ikke ga grunnlag for en annen vurdering av saken. Det ble vist til at det ikke forelå konkrete opplysninger som skulle tilsi at hypokalsemien har medført fremtidig ervervsuførhet. Pasienten hadde også andre lidelser, og hypokalsemien utgjorde kun en medisinsk invaliditetsgrad på 10 %.

I brev av 23.03.11 begjærte advokat ----saken gjenopptatt på vegne av pasienten. Det ble anført at det forelå feil ved Pasientskadenemndas opprinnelige vurdering både med hensyn til skadeomfanget og skadens betydning for arbeidsuførheten. Advokaten hadde innhentet en spesialisterklåring fra spesialist i indremedisin og endokrinologi ----der det fremgår at pasientens varige medisinske invaliditet som følge av behandlingsskaden er 30 %. Advokaten opplyste at pasientens plager med tinnitus var blitt borte. Pasienten har prøvd seg i arbeid i sin tidligere jobb som ----, men dette var umulig på grunn av hans plager med kraftløshet, utmattelse, muskulære smerter og kramper. Disse plagene ble anført å være en følge av behandlingsskaden, og årsaken til pasientens nåværende og fremtidige arbeidsuførhet.

Den 07.05.12 [PSN-2009-234] fattet Pasientskadenemnda følgende beslutning:

«Begjæring om gjenopptak og omgjøring av nemndas vedtak av 07.01.00 tas ikke til følge.»

Det fremgår av premissene for beslutningen at det ikke var grunnlag for en annen vurdering av saken. Når det gjaldt skadeomfanget ble det bemerket at det ikke fremgikk av ----erklæring om pasientens plager med hukommelse og utmattelse var vurdert ved f.eks. nevropsykologiske tester og/eller om plagene kunne ha andre sannsynlig årsaker enn hypokalsemi. Det syntes heller ikke vurdert hvilke plager pasienten uansett ville hatt dersom den opprinnelige strumaoperasjonen hadde blitt gjennomført uten at det tilkom hypokalsemi. Uavhengig av behandlingsskaden har strumaoperasjonen medført hypotyreose, og det ble vist til journal fra ----legekontor der det fremgår at pasienten måtte regne med livslang medikamentell behandling for hypotyreose. Pasientskadenemnda fant ikke at erklæringen fra ----kunne tillegges avgjørende vekt, jf. det ovennevnte.

Pasientskadenemnda la til grunn at pasienten fikk innvilget uførepensjon på bakgrunn av medfødt døvhet og tinnitus, og det ble vist til dokumentene fra Nav. Pasienten anførte at tinnitusplagene hadde forsvunnet, og at det var behandlingsskaden alene som var årsaken til hans arbeidsuførhet. Ut fra foreliggende dokumenter kunne ikke pasientskadenemnda se at det var holdepunkter for å vurdere spørsmålet om arbeidsuførhet på en annen måte enn tidligere. Pasientskadenemnda fant at pasientens arbeidsuførhet på bakgrunn av døvhet fortsatt gjorde seg gjeldende, og det ble ikke ansett som mest sannsynlig at behandlingsskaden utgjorde en varig medisinsk invaliditetsgrad på minst 15 %. Det ble også vist til at anførselene omkring tinnitusplagene ikke var forsøkt sannsynliggjort, uten at dette hadde avgjørende betydning for Pasientskadenemndas vurdering.

Saken ble deretter på nytt begjært gjenopptatt i brev av 21.06.12 og 20.09.12.

Pasientskadenemnda besvarte anmodningene ved brev av 11.10.12. Det ble vist til at beslutningen av 07.05.12 om ikke å gjenoppta saken var tilstrekkelig begrunnet, og det var ikke nye opplysninger etter dette som ga grunnlag for en annen vurdering av kravet.

Pasienten ved advokat ----tok ut stevning for ----tingrett 08.05.13. Det ble imidlertid inngått utenrettslig forlik den 02.12.13 om at saken gjenopptas for behandling i pasientskadenemnda.

Saken ble lagt frem for nemnda i møte 28.08.14, men ble utsatt idet nemnda ønsket at pasienten skulle gjennomføre en nevropsykologisk undersøkelse.

Medisinske vurderinger:

Bondevik

Ved utredningen av ansvarsgrunnlaget innhentet Norsk pasientskadeerstatning en spesialisterklæring fra Helge Bondevik, spesialist i karkirurgi. Erklæringen er datert 21.09.97, og det fremgår av denne at hypokalsemi gir økt irritabilitet i nervesystemet idet kalsium har en viktig rolle i overføringen av nerveimpulser. Ved uttalt hypokalsemi ser man kramper, og sykdommen korrigeres ved tilførsel av kalsium. Erfaringsmessig må det ikke sjelden foretas justeringer av medisineringen, og i forbindelse med svingninger i serum-kalsium kan man oppleve symptomer slik som denne pasienten har gjort. Varig medisinsk invaliditetsgrad utgjør neppe over 15 %, men aktuelle komplikasjon har ikke et eget punkt i invaliditetstabellen.

I forbindelse med erstatningsutmålingen innhentet Norsk pasientskadeerstatning en menvurdering fra behandlingsstedet ved seksjonsoverlege ved kirurgisk avdeling,----som assisterte ved det aktuelle inngrepet. I uttalelsen av 28.05.99 skriver han at det er mest naturlig at en vurdering av varig medisinsk invaliditetsgrad kommer fra en spesialist i indremedisinsk endokrinologi. Han anslår varig medisinsk invaliditetsgrad til 10 %.

Paulsen

Norsk pasientskadeerstatning forela også saken for Finn-Bjørn Paulsen, spesialist i anesthesiologi. Han uttalte den 08.06.98 og 31.05.99 at han vanskelig kan se at det er årsakssammenheng mellom operasjonen og pasientens tinnitusplager. Hypokalsemi som sådan gir ikke uførhet fordi tilstanden reguleres med medisiner. Pasientens tinnitus ble, på bakgrunn av legeerklæring fra trygdekontoret, vurdert som den vesentligste årsaken til hans arbeidsuførhet.

Dobloug

NPE har også forelagt saken for Jan Dobloug, spesialist i indremedisin, den 25.11.99. Han viser til at hypokalsemi er en lidelse som reguleres med medisiner, og den er ofte uten særlige symptomer når den er diagnostisert og blir behandlet. Man hadde tidligere hatt problemer med å stabilisere sykdommen, men den var

nå under kontroll. Han mente at varig medisinsk invaliditetsgrad var lavere enn 15 %, og at en slik lidelse ikke fører til arbeidsuførhet. Pasientens tinnitusplager var den vesentligste årsaken til uførheten.

Advokat ----har i forbindelse med begjæringen om gjenopptak fremlagt en sakkyndig vurdering fra ----, spesialist i indremedisin og endokrinologi. Vurderingen er datert 10.01.11, og basert på at pasienten har vært til to konsultasjoner.

---- uttaler at pasienten til tross for normalkalsemi har uttalte symptomer i form av muskelkramper, muskelsmerter, hukommelsesvansker og slitenhet. Han har fortsatt umålelig PTH (hormon som dannes i biskjoldbruskkjærlene). Det er velkjent at pasienter med primær paratyreoidisme kan ha muskulære og sentralnervøse (CNS) symptomer tross normalisering av hypokalsemien ved hjelp av tilskudd av D-vitamin og kalsium. På grunn av symptomenes varighet til tross for normalkalsemi er det ikke sannsynlig at tilstanden er reversibel. Han setter varig medisinsk invaliditet til 10 % på grunn av sensomotoriske symptomer fra ekstremitetene og 20 % på grunn av hukommelsesvansker og kronisk tretthet. Samlet invaliditetsgrad utgjør 30 %. Han viser til at den tidligere fastsatte invaliditetsgraden på 10 % står i motsetning til det faktum at pasienten er uføretrygdet.

Det foreligger en tilleggsuttalelse fra ---- datert 03.04.14. Han viser til at han basert på langvarig klinisk erfaring med hypoparatyreoidisme og tilgjengelig litteratur om sykdommen bedømmer at pasientens plager primært kan tilskrives hans hypoparatyreoidisme. Selv om pasienter med lavt stoffskifte også kan være slitne ser man sjeldnere problemer med hukommelsen og konsentrasjon ved hypotyreose, og man ser stort sett aldri muskelkramper eller muskelsmerter som er så dominerende ved hypoparatyreoidisme.

Pasienten ville mest sannsynlig vært stort sett upåvirket, forutsatt rett dose medisin, dersom komplikasjonen ved strumaoperasjonen ikke hadde oppstått. Pasienten har aldri hatt problemer med reguleringen av sin hypotyreose. Ved kontroller hos ---- har han bare sett stabile TSH-verdier, som tegn på god etterlevelse hva angår medisin for tyreoida. ---- uttaler videre at pasientens ervervsmessige uførhet primært (80-90 %) skyldes hans hypoparatyreoidisme. Følgene av hypoparatyreoidisme i form av konsentrasjonsvansker og slitenhet forsterkes selvfølgelig av hans døvhet, som krever mer konsentrasjon enn hvis hørselen var normal. ---- kan ikke avvise at hypotyreosen (lavt stoffskifte) kan være ansvarlig for 10-20 % av pasientens ervervsuførhet.

Bollerslev

Pasientskadenemnda har innhentet en erklæring fra Jens Bollerslev, spesialist i endokrinologi. Hans erklæring er datert 28.04.14. I forbindelse med utarbeidelsen av erklæringen etterlyste Bollerslev en objektivisering av ervervet symptomatologi, samt at han ønsket å undersøke pasienten. Pasienten ønsket imidlertid ikke å la seg undersøke av Bollerslev. Erklæringen er derfor kun basert på tilsendt journaldokumentasjon.

Pasienten utviklet kronisk, men ikke fullstendig PTH etter operasjonen. Dette må være grunnlaget for den stabile situasjonen pasientens beskrives å ha i ---- notater, og de stabile kalsiumnivåer i laboratorieprøvene som er tatt. Når det gjelder pasientens symptomer i hverdagen skriver Bollerslev at disse per i dag beskrives å være relatert til muskelkramper/-smerter, tretthet og hukommelsesvansker. Dette er symptomer som ses ved PTH, men som ikke et typisk trekk ved sykdommen (patognomisk), og ikke nødvendigvis relatert til PTH/kalsiumnivået. Symptomene er imidlertid formodentlig relatert til svingninger i kalsium (som også Bondevik er inne på), og muligens også til konsentrasjonen av magnesium som er vanskelig å måle nøyaktig ved blodprøve.

Pasientens regulerte hypotyreose og hans vitamin B12-mangel synes ikke å påvirke hverdagen. Grunnlidelsen, dvs. velregulert postoperativ hypotyreose, har neppe bidratt vesentlig til medisinsk invaliditet. Den behandlingsrelaterte invaliditeten må relateres til PTH og den nyoppståtte tinnitus. Medisinsk sett er det ikke uvesentlig at pasienten er født döv. Komplikasjoner vil derfor kunne forventes å påvirke pasienten sterkere enn hos friske personer. Den postoperative tinnitus, som var den dominerende årsaken til at pasienten ble ufør har imidlertid mindre betydning nå.

Bollerslev konkluderer med at medisinsk invaliditet relatert til PTH vurderes til 10-15 % ettersom det foreligger kronisk, men ikke totalt PTH samt at kalsiumnivået er stabilt ut fra behandlingen som gis. I tillegg kommer medisinsk invaliditet for hypotyreose som anses som beskjeden. Når det gjelder den avtakende tinnitus er denne dårlig beskrevet i journalene, selv om det var hovedårsaken til at pasienten ble uførepensjonert. Bollerslev finner at samlet varig medisinsk invaliditet utgjør 15-20 %. Han er imidlertid enig med ---- om at

dette må ses i sammenheng med at pasienten er født döv, og at det formodentlig er bakgrunnen for at han ble varig ufør så tidlig som i 1998.

For Bollerslev er det et vesentlig poeng at pasienten har hatt PTH i 20 år, og således fått ufysiologisk erstatningsbehandling som øker risikoen for kalknedslag blant annet i basale deler av hjernen. I forhold til saksfremstillingen ville en objektivisering av dette kunne underbygget forholdene omkring de øvrige symptomene som pasienten anfører, men som pasienten og hans advokat ikke ville medvirke til, jf. brev fra advokat ----av 08.04.14.

Sætre Langlo

Pasientskadenemnda har også innhentet en uttalelse fra psykologspesialist Knut-Petter Sætre Langlo. Det fremgår av hans udaterte erklæring at vurderingene er basert på undersøkelser 26-27.11.14 og 30.01.15. Han påpeker at han i utgangspunktet har liten kunnskap om hypoparatyreoidisme, men han har vært i kontakt med -- -- og viser i tillegg til ---- erklæring i saken. Sætre Langlo viser til at undersøkelser viser at 1/3 av pasientene med hypoparatyreoidisme har nevrologiske utfall, og at utfallene korrelerer blant annet med sykdommens lengde. I en artikkel fra 2013 er det rapportert om vansker med hukommelse, psykomotorisk tempo, oppmerksomhet, inhibisjon og visuospasiale og visuokonstruktive vansker.

Pasienten har nedsatt håndkraft, begrenset oppmerksomhetsspenn, nedsatt psykomotorisk tempo og hukommelsesvansker både for bilder og tegnspråklig materiale. Videre har han særlige vanskeligheter med innlæring. Av ressurser har han normalt gode visuelle ferdigheter, vedvarende oppmerksomhet og finmotorikk. Pasienten er svært trøttbar i testsituasjonen. Han får ikke utfall på tester for symptomaggraving. Den sakkyndige konkluderer med at utfallene på den nevropsykologiske undersøkelsen er forenlig med sekvele etter hypoparatyreoidisme. Det foreligger ikke opplysninger om konkurrerende forklaringer på pasientens kognitive svikt.

Begrunnelse for vedtaket

Erstatningen er beregnet etter bestemmelsene i lov om skadeserstatning.

Saken er godt nok opplyst til at Pasientskadenemnda kan fatte vedtak.

Pasienten har krav på menerstatning

Pasienter som er påført varig og betydelig skade av medisinsk art, har krav på menerstatning. Dette følger av lov om skadeserstatning § 3-2.

Beregningen av menerstatningen er i hovedsak standardisert, ut fra blant annet alder da behandlingsskaden oppsto og folketrygdens grunnbeløp når erstatningen blir utbetalt.

Behandlingsskaden må være varig og tilsvare en medisinsk invaliditetsgrad på minst 15 %. Menet fastsettes etter Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell.

Pasientskadenemnda fant i vedtak av 07.01.00, i likhet med Norsk pasientskadeerstatning, at vilkårene for menerstatning ikke var oppfylt.

Det er i stevningen og etterfølgende brev fra advokat ----, samt i tidligere brev fra pasienten og advokat ----til Norsk pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda anført at nemnda må legge til grunn ---- vurdering av behandlingsrelatert varig medisinsk invaliditet som er satt til 10 % på grunn av sensomotoriske symptomer fra ekstremitetene og 20 % på grunn av hukommelsesvansker og kronisk tretthet. Samlet sett en invaliditetsgrad på 30 %.

Advokat ----viser i brev av 26.06.14 til at pasienten har manglende tillit til Bollerslev som sakkyndig. Det er ikke riktig at pasienten ikke ville la seg undersøke av en uavhengig instans, ettersom den manglende tillitten kun rettet seg mot Bollerslev. Hun viser også til at pasienten allerede i skademeldingen av 07.11.96 opplyste at han hadde nedsatt funksjonsnivå, herunder muskulære plager, vanskeligheter med å takle stress m.v.

Advokaten viser også til at sakkyndig Bollerslev anslår varig medisinsk invaliditet som følge av hypoparatyreoidisme til 10-15 %, men at han ikke synes å ha tatt hensyn til konsentrasjons- og

trektbarhetsplagene i vurderingen, som ---- har anslått til 20 %. Det er også vist til at behandlingsskaden er mer belastende for pasienten enn for funksjonsfriske på grunn av at han er født døv.

Pasientskadenemnda finner at det er grunnlag for å omgjøre vedtak av 07.01.00 idet vilkårene for å tilkjenne menerstatning anses oppfylt.

De sakkyndige har konkludert ulikt med tanke på pasientens varige medisinske invaliditet som følge av behandlingsskaden.

Sakkyndig Bollerslev skriver i sin erklæring at pasientens symptomer med kraftløshet og konsentrasjonsvansker, muskelkramper, muskelsmerter og hukommelsvansker er symptomer som er karakteristiske ved parahypotyreose, men som ikke er patognomoniske for sykdommen (typisk for sykdommen og gjør det mulig å fastslå den). Han har anslått en samlet varig medisinsk invaliditet på 15-20 %.

Sakkyndig ---- på sin side viser til at pasientens plager med utmattelse, nedsatt hukommelse, konsentrasjonsvansker og muskulære plager mest sannsynlig skyldes hypoparatyreoidisme, altså behandlingsskaden. Han legger til grunn at pasienten har fått sensomotoriske symptomer fra ekstremitetene som gir 10 % varig medisinsk invaliditet, i tillegg til at moderate hukommelsvansker og kronisk tretthet gir 20 % varig medisinsk invaliditet. Samlet sett vurderer ---- at pasienten har en varig medisinsk invaliditetsgrad på 30 % som følge av behandlingssvikten.

Sakkyndig Sætre Langlo, som har gjennomført den nevropsykologiske undersøkelsen, har konkludert med at utfallene på undersøkelsen er forenlig med sekvele etter hypoparatyreoidisme. Det foreligger ingen opplysninger om konkurrerende forklaringer på pasientens kognitive svikt. Pasientens hørselstap er sannsynligvis genetisk, og dette er ikke kjent som årsak til kognitiv svikt.

På bakgrunn av dette finner nemnda at pasienten har fått varige plager som følge av behandlingsskaden som gir rett til menerstatning.

Nemnda viser til at sakkyndig Sætre Langlo konkluderer med at utfallene på den nevropsykologiske undersøkelsen er forenlig med plager som følge av behandlingsskaden (hypoparatyreoidisme). Han har ikke vurdert varig medisinsk invaliditetsgrad som følge av pasientens plager. Nemnda legger derfor til grunn erklæringen til ----som etter å ha undersøkt pasienten har konkludert med at hukommelsvansker og kronisk tretthet utgjør en varig medisinsk invaliditetsgrad på 20 %. I tillegg kommer pasientens plager som følge av sensomotoriske symptomer fra ekstremitetene. Nemnda legger også her avgjørende vekt på erklæringen til----, som konkluderer med varig medisinsk invaliditet på 10 % som følge av disse plagene.

Pasienten tilkjennes derfor menerstatning etter gruppe 2 (25-34 % varig medisinsk invaliditet). Nemnda har, på bakgrunn av dom fra Høyesterett (Rt-2015-820), vurdert om menerstatning beregnet etter differanseprinsippet gir en høyere erstatning. Etter nemndas beregninger gir disse to beregningsmåtene et identisk erstatningsbeløp. Erstatningen er basert på 4 % kapitaliseringsrente og oppdaterte levealderstabeller, og utgjør kr 332.309.

Pasienten har krav på erstatning for inntektstap

Erstatningen skal dekke inntektstap som mest sannsynlig skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Pasientskadenemnda beregner tapet ut fra den inntekten pasienten sannsynligvis ville fått utbetalt dersom skaden ikke hadde skjedd, og den inntekten pasienten får utbetalt med skaden. Pasientskadenemnda må ta hensyn til utgifter pasienten sparer ved ikke å være i (fullt) arbeid (for eksempel fagforeningskontingent, reiseutgifter, utgifter til pensjonsordning).

Pasienten er født døv. På tidspunktet for operasjonen i 1994 jobbet han i full stilling som ---- ved ----. Etter operasjonen prøvde han å jobbe i en periode, men han ble innvilget 100 % varig uføretrygd fra og med 01.06.98.

Pasienten har opplyst at tinnitusplagene gradvis har avtatt, og det fremgår av sakens dokumenter at han fra år 2000 igjen forsøkte seg i arbeidslivet. Fra og med 2004 måtte han imidlertid oppgi arbeidet helt.

Pasienten har ifølge sakens dokumenter hatt følgende inntekter:

1994: 186 799

1995: 189 400

1996: 193 700

1997: 188 900

1998: 135 700

Det foreligger ikke ligningsdokumenter for perioden 1999-2002, men han hadde i denne perioden følgende lønnsinntekter i tillegg til uførepensjon:

2000: 35 900

2001: 47 500

2002: 48 500

Fra og med 2003 har pasienten ifølge mottatte ligningsdokumenter hatt følgende inntekter:

2003: 198 888 (hvorav lønnsinntekt kr 51.800)

2004: 181 655 (hvorav lønnsinntekt kr 5.595)

2005: 181 868

2006: 188 236

2007: 198 372

2008: 209 284

2009: 218 048

2010: 226 268

2011: 236 280

2012: 249 506

2013: 255 000

2014: 264 460

Norsk pasientskadeerstatning har ikke tilkjent pasienten erstatning for lidt inntektstap. Det fremgår av NPEs brev av 24.03.99 at pasientens arbeidsuførhet ble ansett å være en følge av invalidiserende tinnitus, jf. søknad om uførepensjon fra folketrygden. Det ble også lagt vekt på at pasientens døvhets i seg selv var innskrenkende med hensyn til arbeidsmarked og arbeidsevne.

Pasientskadenemnda har heller ikke tilkjent pasienten erstatning for lidt inntektstap. I vedtak datert 07.01.00 er avslaget begrunnet på samme måte som fra Norsk pasientskadeerstatning.

Det er i stevningen og i etterfølgende korrespondanse fra advokat ----, samt i tidligere brev fra pasienten og advokat ----anført at uførheten skyldes behandlingsskaden. Årsaken til at tinnitus ble fremhevet i søknaden om uførepensjon var at han ved sykemelding kort tid etter operasjonen konsentrerte seg om å få hjelp for øreplagene som en alenestående lidelse uten tilknytning til de øvrige plagene. Saken ble begjært gjenopptatt etter at tinnitusplagene hadde avtatt/blitt borte. Han hadde da forsøkt å gjenoppta sitt tidligere arbeid som ----, men klarte ikke dette på grunn av uttalt kraftløshet, utmattelse, muskulære smerter og kramper. Det er på det rene at arbeidsuførheten skyldes behandlingsskaden, og i mindre grad tinnitusplagene og medfødt døvhets. Det kreves derfor erstatning for fullt inntektstap.

Pasientskadenemnda har kommet til at pasienten har krav på erstatning for inntektstap.

Påført inntektstap:

Advokaten har i stevningen vist til at pasienten uten behandlingsskaden mest sannsynlig ville fortsatt i 100 % stilling som ----. Han ble avlønnet i stillingskode 1091 som ----, en stillingskode som ligger under kategorien støttestilling for ----. I 1998 hadde han lønnstrinn 25 tilsvarende årlig kr 206.328. Videre viser advokaten til at pasienten med årene ville ha opparbeidet ansiennitet og fått høyere avlønning. Det kreves ikke inntektstap for årene 1995-1998.

Nemnda viser til at de sakkyndige som har uttalt seg i saken er uenige om hvilken betydning behandlingsskaden har hatt for pasientens arbeidsevne. Nemnda finner grunnlag for å legge avgjørende vekt på

erklæringen til ----der det fremgår at pasientens ervervsmessige uførhet mest sannsynlig skyldes plager i form av konsentrasjonsvansker og slitenhet som følge av behandlingsskaden (hypoparatyreoidisme). Videre uttaler han at pasienten mest sannsynlig ville vært stort sett upåvirket dersom behandlingsskaden ikke hadde inntruffet, forutsatt korrekt medisinerings. Han skriver videre at han imidlertid ikke kan avvise at hypotyreosen (grunnlidelsen) kan være ansvarlig for 10-20 % av pasientens ervervsuførhet.

Nemnda viser for øvrig til at da pasienten søkte om uførepensjon i 1998 ble søknaden først og fremst begrunnet i at han hadde invalidiserende plager med tinnitus, og plagene var av en slik grad at det ikke var forenlig med fortsatt yrkesaktivitet. Pasientens fastlege har i brev av 15.06.10 opplyst at han i legeerklæringen som ble lagt til grunn for søknaden om uførepensjon la for liten vekt på pasientens plager som følge av hypoparatyreoidisme. Fastlegen viser til at pasienten hadde en rekke andre forhold som til sammen var god nok grunn til å få innvilget søknad om uføretrygd. Han viser imidlertid til at det i ettertid er sannsynlig at en god del av pasientens symptomer som ble relatert til angst eller hypotyreose vel så gjerne kan ha sammenheng med pasientens plager som følge av hypoparatyreoidisme.

I henhold til dom fra Høyesterett, Rt-1998-1565, skal tidsnære bevis tillegges sterkere vekt enn etterfølgende forklaringer fra parter og andre involverte i saken. Nemnda finner på bakgrunn av dette grunnlag for å vektlegge pasientens tinnitusplager som årsak til uføresøknaden i 1998. Tinnitusplagene ble ikke ansett å stå i årsakssammenheng med operasjonen i 1994, og nemnda legger dette til grunn for vurderingen. Nemnda finner derfor ikke grunnlag for å beregne inntektstap fra 1998.

Advokaten har vist til at pasientens tinnitusplager gradvis har avtatt, og at han ikke lenger er nevneverdig plaget av dette. Det er også opplyst at pasienten forsøkte seg i arbeid igjen da plagene forsvant. Det fremgår av sakens dokumenter at pasienten i perioden fra 2000 til 2003 hadde noe lønnsinntekt ved siden av pensjonen. Etter det nemnda kan se foreligger det ikke opplysninger om når pasientens plager med tinnitus har avtatt. Pasienten begjærte gjenopptak av saken sin første gang den 04.07.08 der han anførte at behandlingsskaden var hovedårsaken til at han ble 100 % arbeidsufør. På bakgrunn av dette legger nemnda til grunn at pasientens først fra og med 2008 ville ha kommet tilbake i 100 % jobb som ----. Selv om ----har vist til at det ikke kan utelukkes at grunnlidelsen med hypotyreose kan være ansvarlig for en liten del av pasientens ervervsuførhet gjør ikke nemnda fratrukk for dette i beregningen.

Inntekt uten skaden

Det er usikkert hvordan pasientens lønnsutvikling ville ha vært dersom behandlingsskaden ikke hadde skjedd. Pasienten var i begynnelsen av sin karriere da han ble operert i 1994.

I samsvar med advokatens krav er det i beregningen lagt inn en inntekt uten skaden i 2008 på kr 317.900. Ved fastsettelse av inntektsnivået har advokaten vist til at pasienten ble avlønnet i stilling som ----. I tråd med kravet fra advokaten er det lagt inn en årlig lønnsøkning på 3 %. I beregningen er det videre lagt til grunn at pasienten mottok særfradrag for uførhet som følge av døvhet. Det er også lagt til grunn at han ville hatt utgifter ved å være i arbeid.

Inntekt med skaden

Når det gjelder inntekt med skaden legger nemnda til grunn de inntektsopplysningene som fremgår av pasientens ligningsdokumenter. Det er videre tatt hensyn til særfradrag for uførhet til og med år 2014, og for enslig forsørger fra og med 2014 slik det fremgår av ligningsdokumentene. For 2015 er det tatt hensyn til nye regler for uføretrygd og særfradrag.

På bakgrunn av disse premissene tilkjenner nemnda erstatning for påført inntektstap i perioden 2008-2015 med samlet kr 585.176. I tillegg kommer renter som utgjør kr 95.040. Dette gir en samlet erstatning på kr 680.216.

Fremtidig inntektstap (årene 2016-2036)

Nemnda legger til grunn en inntekt uten skaden på kr 402.707 i 2016. Med skaden er det lagt til grunn en inntekt som følge av uføretrygd på kr 279.500. Det er tatt hensyn til nye regler for uføretrygd og særfradrag. Det er lagt inn særfradrag for enslig forsørger, slik det fremgår av ligningen for 2014. Barnet fyller 18 år i juli 2018, slik at særfradraget for enslig forsørger faller bort fra og med august 2018.

Erstatningsbeløpet skal kapitaliseres. Dette betyr at nemnda fastsetter nåtidsverdien av et tap som vil komme hvert år i flere år fremover. Utgangspunktet er at pengene skal plasseres med avkastning (f.eks. renter) og tas ut med samme beløp hvert år. Kapitaliseringsrenten er på 4 %. Ved beregningen skal Pasientskadenemnda også ta

hensyn til at pasienten eventuelt må betale formuesskatt, og inntektsskatt av avkastningen (rentene) og erstatte dette.

Erstatning for fremtidig inntektstap utgjør etter dette neddiskontert kr 813.344. I tillegg kommer 20 % skatteulempe som utgjør kr 162.669. Samlet erstatning for fremtidig inntektstap utgjør etter dette kr 976.013.

Pasienten har ikke krav på erstatning for pensjonstap

Advokaten viser i stevningen til at pasienten som følge av inntektstapet også vil lide tap av fremtidig pensjonsinntekt ved at han opptjener færre pensjonspoeng og dermed får mindre tilleggspensjon fra folketrygden. Det kreves erstatning for pensjonstap begrenset oppad til neddiskontert kr 100.000.

Nemnda finner ikke grunnlag for å tilkjenne erstatning for pensjonstap.

Tap i fremtidige pensjonsinntekter skal erstattes dersom det er sannsynliggjort at pasienten vil lide et slik tap. Folketrygdens årlige justering av grunnbeløpet har i en årrekke vært høyere enn reallønnsveksten og dette har medført at det normalt ikke har foreligget tap av fremtidig pensjonsinntekt. Pasienten har videre hatt en jevn stigning i inntekten de senere årene.

Nemnda viser til at personer som er uføre i dag får fastsatt antatte fremtidige pensjonspoeng fra og med det året man ble ufør. I hovedsak beregnes fremtidige pensjonspoeng på grunnlag av de opptjente pensjonspoeng før uførheten skjedde. Utgangspunktet er at fremtidige pensjonspoeng skal tilsvare poengene vedkommende kunne ventes å opptjene som fullt arbeidsfør. Det vil på denne bakgrunn ikke oppstå noe tap av pensjonspoeng for personer med en vanlig lønnsutvikling. Det er ikke holdepunkter i denne saken for at pasienten ville hatt en markant økning i inntekt i årene frem til pensjonsalder.

På bakgrunn av dette finner ikke nemnda grunnlag for å tilkjenne erstatning for tap av alderspensjon.

Utgifter til advokathjelp i klageomgangen dekkes

Pasientens advokat har bedt om at pasienten får dekket utgiftene til advokathjelp i klageomgangen med kr 71.562 inkl. mva.

Pasienten skal ha dekket vesentlige kostnader som har vært nødvendig for å få endret vedtaket, se forvaltningsloven § 36.

Pasientskadenemnda dekker utgiftene med kr 71.562 inkl. mva.

Klagen har ført frem. Saken sendes tilbake til Norsk pasientskadeerstatning for utbetaling av tilkjent erstatning.

Vedtaket er enstemmig.

Pasientskadenemnda - PSN-2015-2408

Myndighet	Pasientskadenemnda - vedtak
Dato	2015-12-16
Doknr/publisert	PSN-2015-2408
Sammendrag	Utmåling av erstatning for skade som følge av informasjonssvikt i forbindelse med rekonstruksjon av pasients bryster.
Saksgang	Klagesak nr N2015/2408
Parter	Kvinne - 41 år
Forfatter	Sissel Endresen, Gunnar Lind, Øyvind Vennesland, Atle Larsen, Odd Søreide.

Norsk pasientskadeerstatning har utmålt erstatning til pasienten i vedtak av 15.01.14 (NPE snr. 2011/00294). Total erstatning som er tilkjent og utbetalt er kr 437.000.

Advokat ----representerer pasienten i saken og klaget på vedtaket 05.02.14.

Klagesaken gjelder utmåling av erstatning for skade som følge av informasjonssvikt i forbindelse med rekonstruksjon av pasientens bryster. Pasienten har fått utbetalt menerstatning i gruppe 1 med kr 145.000. Pasienten har videre fått utbetalt kr 200.000 for lidt inntektstap, kr 40.000 for tapt hjemmearbeidsevne, kr 15.000 for påførte utgifter og kr 25.000 for fremtidige utgifter. Renter er erstattet med kr 12.000.

NPE har fattet vedtak av 24.02.14 om salærets størrelse. Utgifter til juridisk bistand er dekket med kr 32.569.

Klagesaken gjelder utmåling av erstatning for varig medisinsk invaliditet, inntektstap og utgifter.

Pasientskadenemnda behandlet saken i møte 16.12.15 med følgende konklusjon:

1. Pasientskadenemnda stadfester Norsk pasientskadeerstatnings vedtak av 15.01.14.
2. ---- får ikke dekket utgifter til juridisk bistand i forbindelse med klagesaken.
3. På postene menerstatning og fremtidige utgifter skal pasienten ha en tilleggsutbetaling på (samlet) kr 55.454, fordi kapitaliseringsrenten per 12.12.14 er endret fra 5 % til 4 %, differanseprinsippet og SSBs levealderstabell.

Kort om sakens bakgrunn

Pasienten er en kvinne på 41 år.

Pasienten var i høyrisikogruppe for utvikling av arvelig brystkreft og eggstokkreft, og valgte å fjerne både bryster og eggstokker for å forebygge kreftsykdom. Ved operasjon 01.04.08 ble det utført inngrep hvor brystene ble fjernet, og det ble samtidig gjennomført en rekonstruksjon av brystene ved at vev fra mage ble flyttet med mikrokirurgisk teknikk. Komplikasjoner oppstod da det ble konstatert sirkulasjonssvikt i det flyttede vevet og dette måtte fjernes. Det ble utført flere korreksjoner i ettertid, og det ene brystet ble erstattet med en protese.

Saken har vært vurdert av spesialist i plastikkirurgi Kjell Aass, 24.10.11 og 02.12.13. Størrelsen på det varige medisinske invaliditet er vurdert av spesialist i plastikkirurgi Jørgen Utvoll, Oslo universitetssykehus, 27.09.13. Advokat ----har tidligere mottatt uttalelsene og forutsettes kjent med disse.

Begrunnelse for vedtaket

Erstatningen er beregnet etter bestemmelsene i lov om skadeserstatning.

Saken er godt nok opplyst til at Pasientskadenemnda kan fatte vedtak.

Menerstatning

Pasienter som er påført varig og betydelig skade av medisinsk art, har krav på menerstatning. Dette følger av lov om skadeserstatning § 3-2.

Beregningen av menerstatningen er i hovedsak standardisert, ut fra blant annet alder da behandlingsskaden oppsto og folketrygdens grunnbeløp når erstatningen blir utbetalt.

Behandlingsskaden må være varig og tilsvare en medisinsk invaliditetsgrad på minst 15 %. Menet fastsettes etter Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell.

Pasienten har fått kr 145.000 i menerstatning fra NPE. Erstatningen er beregnet på bakgrunn av en medisinsk invaliditet i gruppe 1 (15-24 %).

Pasienten krever menerstatning beregnet etter en høyere gruppe. Det er anført at erstatningsoppgjøret må basere seg på en varig medisinsk invaliditet på 45 % fordi grunnlidelsen ikke kan trekkes fra i en menvurdering. Pasientskadenemndas ansvarsvedtak må forstås slik at informasjonssvikten medførte at pasienten fjernet to friske bryster, noe hun ikke hadde gjort dersom hun hadde mottatt korrekt informasjon.

Nemnda finner at pasienten har rett til en justering av menerstatningen. Det vises blant annet til at differanseprinsippet må benyttes hvis dette gir en høyere utbetaling, jf. Rt-2015-820.

Nemnda understreker at inngrepet informasjonssvikten knytter seg til er rekonstruksjonen av pasientens bryster med eget vev, og ikke den opprinnelige fjerningen av brystene, jf. nemndas vedtak 07.12.12.

Pasientens inngangsinvaliditet hva gjelder brystene er vurdert til å utgjøre 25 %. Denne invaliditeten skyldes sykdommen hun ble behandlet for og er ikke forverret av den operasjonsmetode som ble anvendt. Det foreligger ingen menvurdering av pasientens øvrige grunnlidelser. Pasienten fikk begge eggstokkene fjernet i januar 2010. Tap av begge eggstokkene gir en medisinsk invaliditet på 45-55 %. Den samlede inngangsinvaliditeten blir 63 % i samordnet sum, dvs. gruppe 5.

Dr. Aass har vurdert at pasienten som en ren følge av den metode som ble anvendt har fått et arr på abdomen som gir en medisinsk invaliditet på 10 % og en svekkelse av muskulatur samt sensibilitetsforstyrrelse som gir en medisinsk invaliditet på 10 %. Dette gir en behandlingsrelatert medisinsk invaliditet på 19 % i samordnet sum.

Etter skaden settes den samlede medisinske invaliditeten til 70 % i samordnet sum, dvs. gruppe 6. Ved utregningen vil man ta differansen mellom gruppe 5 (894 037) som er inngangsinvaliditeten og gruppe 6 (1 137 896) som er den totale invaliditeten. Dette utgjør totalt en erstatning på kr 243.859.

Det må deretter gjøres fradrag for menerstatning tilsvarende gruppe 1, som allerede er utbetalt av Norsk pasientskadeerstatning. Ut fra dagens G utgjør dette kr 189.655.

Ytterligere erstatning beregnet etter differanseprinsippet vil da bli kr 54.204. Det er ved beregningen benyttet SSBs oppdaterte levealderstabell.

Pasienten har ikke krav på økt erstatning for inntektstap

Erstatningen skal dekke inntektstap som mest sannsynlig skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Pasientskadenemnda beregner tapet ut fra den inntekten pasienten sannsynligvis ville fått utbetalt dersom skaden ikke hadde skjedd, og den inntekten pasienten får utbetalt med skaden.

Pasienten jobbet en kort periode som ----i år 2000, men ble sykemeldt grunnet depressiv tilstand/neurose og avsluttet arbeidsforholdet det samme året. Hun ble i januar 2001 ansatt i 50 % vikariat i ----kommunen og ble sykemeldt i oktober grunnet depressiv tilstand/neurose og svangerskapsplager.

Etter fødsel 14.02.02 er det opplyst at hun har kroniske plager på fremsiden av begge legger. I mai 2003 blir hun igjen sykemeldt for depressiv tilstand/neurose, og hun var sykemeldt til ut på høsten 2003.

I 2004 ble hun sykemeldt for akutt stressreaksjon grunnet sykdom hos mor. I november 2004 meldes det om verkende høyre skulder, noe hun også hadde året før. I februar 2005 ble hun sykemeldt omtrent 6 uker for depressiv tilstand/neurose. I desember 2005 ble hun sykemeldt for psykisk ubalanse.

Pasienten har opplyst at hun fikk fast 100 % stilling i ----kommune (barnevernet) i august 2005, men hadde samtidig 50 % permisjon begrunnet i omsorg for små barn.

I 2007 fikk pasienten påvist en BRAC1-genmutasjonsfeil og behov for å forebygge alvorlig kreftsykdom. Ved operasjon 01.04.08 ble begge brystene fjernet, og det ble samtidig gjennomført en rekonstruksjon av brystene ved at vev fra magen ble flyttet med mikrokirurgisk teknikk. Etter brystoperasjonen meldes det om at pasienten opplevde en stress eller krisesituasjon. Hun har plager med stemmen, men ellers i fin fremgang. I september 2008 opplyser pasienten om smerter ved fysisk berøring og hun sliter med selvbilde og angst. I januar 2009 føler hun seg noe bedre, og opplyser at hun kunne tenke seg å jobbe 2 dager i uka. Hun mottar rehabiliteringspenger fra og med 20.03.09. I mai 2009 foretas det en korreksjon ved Ullevål, og en ny korreksjon foretas 16.11.09.

Pasienten fjernet eggstokkene ved ----sykehus i januar 2010. Ny brystkorreksjon ved Ullevål i april 2010.

Det er ikke innhentet journalopplysninger etter 08.04.13, men av tryggedokumentene og pasienten egne opplysninger fremgår det at hun ble innvilget arbeidsavklaringspenger fra 09.04.13 til 08.04.14 i vedtak av 21.05.13.

Pasientens inntekter har vært som følger:

2005: kr 138.163

2006: kr 149.308

2007: kr 160.818

2008: kr 210.200

2009: kr 209.493

2010: kr 181.605

2011: kr 205.273

2012: kr 293.660

Påført inntektstap (årene 2008-2013)

Pasienten har fått erstatning for påført inntektstap med kr 200.000. Erstatningen er skjønnsmessig beregnet og det er lagt til grunn at mesteparten av pasientens anførte tap skyldes andre forhold enn behandlingsskaden.

Advokat ---- har på vegne av pasienten anført at den tilkjente erstatningen er for lav. Pasienten hadde 50 % omsorgspermisjon for barn under 12 år. Det er anført at hun ville gå tilbake til en 100 % stilling høsten 2008 da yngste barnet begynte på skolen. Det er krevd inntektstap fra 2008 basert på en 100 % stilling.

Nemnda finner ikke grunnlag for å øke den tilkjente erstatningen for lidt inntektstap.

Nemnda legger til grunn at pasienten ikke led noe inntektstap i 2008, da hun hadde krav på sykepenger fra trygden. Hun ville uansett hatt en rekonvalesensperiode etter inngrepet. Videre er det ikke sannsynliggjort at hun ville ha startet å jobbe 100 % etter endt forventet rekonvalesensperiode.

Nemnda finner det sannsynlig at pasienten også uten behandlingsskaden ville hatt redusert ervervsevne. Sett hen til pasientens yrkeserfaring/tidligere tilknytning til arbeidslivet, tidligere arbeidsinntekter samt beskrevne grunnsykdommer, finner nemnda det høyst usikkert om pasienten ville ha klart å arbeide så mye som en 50 % stilling dersom behandlingsskaden tenkes borte.

Pasienten har hatt mange og langvarige sykemeldingsperioder fra sin planlagte 50 % stilling, forut for behandlingsskaden. Det har i hovedsak dreid seg om depresjonslidelser/neurose.

Det synes også å være flere årsaker til at pasienten ikke har vært i arbeid etter at behandlingsskaden oppsto. Pasienten ble operert med fjerning av bryster og rekonstruksjon i mars 2008. I følge menvurderingene vil tap av

begge bryster med fine arr medføre en medisinsk invaliditet på 25 %. Dette ville pasienten fått uavhengig av behandlingsskaden. Pasienten fikk videre fjernet eggstokkene ved ----sykehus i januar 2010. I legeerklæring 30.11.10 opplyses det om at operasjonene har tatt på pasientens fysiske og psykiske helse. Fra erklæringen nevnes:

Når det gjelder diagnose for arbeidsuførhet har jeg valgt å bruke lymfødeme etter mastektomi. Dette er ikke dekkende for tilstanden, men er nødvendig å bruke da det ikke finnes en dekkende diagnose for tilstanden.

Det dreier seg i realiteten om en prosess med bearbeiding av en langvarig psykisk og fysisk belastning med psykologiske følger. Krise, nedstemthet, trøbbel med selvbylde, tap av identitet, og sorg over tap av kvinnelige attributter.

I januar 2011 er det opplyst om svettetokter og humørsvingninger i forbindelse med hormonell behandling etter fjerning av eggstokkene. Ved konsultasjon 11.01.11 er det første notatet om jobbkonflikt.

I skademelding datert 20.01.11 opplyste pasienten om komplikasjoner i forbindelse med hormonell behandling etter fjerning av eggstokkene. Fra skademeldingen siteres:

Jeg har blitt krenket på det sterkeste som pasient og ikke blitt ivaretatt når det gjelder bivirkninger knyttet til hormonell behandling. Bivirkninger jeg sliter med er energitap, humørsvingninger, synsforstyrrelser, hårtap, hudutslett, kviser, hetetokter, nedsatt seksuallyst og vektproblematikk.

I perioden frem til journalslutt 08.04.13 er det en rekke journalnotater som omhandler konflikter på jobb som gir seg utslag i helsemessige plager. Senere blir det en mediasak, og en stor belastning for pasienten. I notat 13.01.13 fremgår det blant annet at hun «har det tøft. Bærer saken. Går mot avgjørelse. . . ». I mars 2013 ble hun sykemeldt med diagnosen psykisk ubalanse krisereaksjon. Hun forsøkte å finne annet arbeid, og søkte om etterutdanning innen coaching.

I legeerklæring ved arbeidsuførhet 15.05.13 fremkom at det store problemet per dags dato var depresjon med bakgrunn i mobbing på arbeidsplassen. Det ble også vist til bryst- og underlivsoperasjoner. På bakgrunn av journalnotatene finner nemnda det ikke tvilsomt at arbeidskonflikten og bivirkning i forbindelse med hormonell behandling etter fjerning av eggstokkene var betydelige årsaker med hensyn til pasientens nedsatte arbeidsevne fra og med 2010, herunder årsak til opphør av arbeidsforholdet.

Ut ifra saksopplysningene finner nemnda at det kan stilles spørsmål ved omfanget av pasientens plager som følge av behandlingsskaden, noe som også får betydning for vurderingen av inntektstapet. Behandlingsskaden består av et tverrgående arr over magen som dr. Aass har vurdert til 10 % invaliditet, jf. tabellens punkt 5.1.5. bokstav b som omhandler moderat utberedt arr med litt skjemmende utseende. I tillegg har hun fått svekkelse av muskulaturen på magen som følge av at deler av muskulaturen er fjernet og deler kanskje denervert. Undersøkelsen på Oslo universitetssykehus viste ingen grov funksjonsforstyrrelse i muskulaturen, men en antydning buling som tegn på at det forelå en viss svekkelse. Slik svekkelse av abdominalmuskulaturen er en naturlig og nødvendig følge av høsting av DIEP lapper til dobbeltsidig rekonstruksjon. Disse følgene vil derfor normalt ikke tillegges større vekt. Dr. Aass har likevel vurdert den medisinske invaliditeten som følge av muskelsvekkelse og sensoriske forstyrrelser til skjønsmessige 10 %. Nemnda kan vanskelig se at behandlingsskadens art og omfang kan medføre ervervsmessig uførhet, utover den forlengede rekonvalesensperioden.

Sett hen til at pasienten har fått erstattet lidt inntektstap med kr 200.000, anser nemnda at det foreligger en god kompensasjon i forhold til den betydning behandlingsskaden har hatt for inntektstapet.

Klagen har ikke ført frem på dette punktet.

Fremtidig inntektstap (fra og med 2014)

Pasienten har ikke fått erstatning for fremtidig inntektstap.

Advokat ---- krever på vegne av pasienten dekning av fremtidig inntektstap basert på 20 % redusert ervervsevne.

Nemnda finner ikke grunnlag for å tilkjenne erstatning for fremtidig inntektstap.

Nemnda presiserer at det ikke er funnet svikt ved selve inngrepet hvor det ble brukt eget vev til rekonstruksjon. Inngrepet i seg selv, med de plager som kan følge av slik kirurgi vil normalt ikke medføre arbeidsuførhet. Av den totale medisinske invaliditeten utgjør muskelsvekkelse og sensoriske forstyrrelser 10 % men. Det er også opplyst at pasienten har god nytte av trening og fysioterapi.

Det fremgår av den medisinske dokumentasjonen at pasientens uførhet i dag skyldes psykiske plager som følge av en arbeidskonflikt. Hun har også andre plager som blant annet knytter seg til grunnlidelsen og fjerning av eggstokkene. Nemnda er av den oppfatning at det ikke er sannsynliggjort at behandlingsskaden har medført noen redusert framtidig ervervsevne for pasienten.

Klagen har ikke ført frem på dette punktet.

Pasienten har ikke krav på økt erstatning for utgifter

Pasienten skal ha erstattet økte utgifter som skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Det følger av rettpraksis at det bare er nødvendige og rimelige utgifter som skal erstattes. Erstatningen skal være et supplement/tillegg til ytelsene som pasienten kan få dekket av det offentlige. Pasienten må innrette seg slik at utgiftene ikke blir større enn nødvendig. Pasienten må forsøke å begrense tapet, blant annet ved å søke om de offentlige ytelsene som kan være aktuelle.

Påførte og fremtidige utgifter:

Pasienten har fått erstatning fra NPE for påførte utgifter med kr 15.000 og fremtidige utgifter med kr 25.000.

Advokat ----krever på vegne av pasienten erstatning for merutgifter med kr 80.000. Det er vist til pasientens tidligere fremsatte tapsoppstilling.

Nemnda finner ikke grunnlag for å øke den tilkjente erstatningen for merutgifter.

Det er kun økte utgifter som følge av behandlingsskaden, og som ikke dekkes av det offentlige, som skal erstattes. Erstatningen skal være et supplement til de offentliges ytelser.

Det legges til grunn at medikamenter, legekonsultasjoner og transport til medisinsk behandling, kommer inn under egenandelsordningen og bare medfører utgifter i begrenset grad. Utgifter til fysioterapi kommer inn under egenandelskort 2. I den grad de anførte utgiftene er relatert til behandlingsskaden må de likevel ligge innenfor det rimelige og nødvendige. Ut fra skadens art og omfang finner nemnda at den tilkjente erstatningen fra NPE ligger innenfor et forsvarlig skjønn.

Klagen har ikke ført frem på dette punktet.

Justert erstatning på fremtidige tapsposter:

Høyesterett bestemte i dom av 12.12.14 [HR-2014-2425-S] at kapitaliseringsrenten skal settes ned fra 5 % til 4 %. Samtidig ble erstatningen for skatteulempen redusert. Når det legges til grunn at erstatningssøker får en lavere rente på erstatningsbeløpet, vil mange kunne ha krav på en noe høyere erstatning enn tidligere.

Pasienten har fått utbetalt erstatning for fremtidige utgifter med skjønnsmessig kr 25.000. Da skjønnnet i noen grad kan ha basert seg på en forventet avkastning (5 %) ut over det vi nå skal legge til grunn (4 %), finner Pasientskadenemnda at pasienten skal ha et tillegg som tilsvarer ca 5 % av den tidligere tilkjente erstatningen. Dette mener vi tar godt høyde for den endrede renten. Nemnda tilkjenner et tillegg i den fremtidige delen av erstatningen med kr 1.250.

Utgifter til advokathjelp i klageomgangen dekkes ikke

Pasientens advokat har bedt om at pasienten får dekket utgiftene til advokathjelp i klageomgangen med kr 19.950 med tillegg av mva.

Pasienten har ikke fått medhold i klagen sin og kan derfor ikke få erstattet sine utgifter til advokathjelp etter forvaltningsloven § 36.

Pasientskadenemnda er et forvaltningsorgan med medisinsk og juridisk kompetanse, som på selvstendig grunnlag utreder og avgjør saken. Det er derfor som hovedregel ikke nødvendig med hjelp fra advokat.

Pasientskadenemnda har likevel i enkelte tilfeller dekket utgifter til advokathjelp i klageomgangen når erstatningssøkeren har spesielle vanskeligheter med å forstå innholdet i sakens dokumenter, eller av andre grunner ikke kan ivareta sine interesser. Det følger av pasientskadeloven § 17 andre ledd, jf. § 11, at pasienten kan få dekket sine utgifter til advokatbistand, men ifølge forarbeidene til loven kan slike utgifter altså bare dekkes i særlige tilfeller.

Etter Pasientskadenemndas oppfatning er det ikke særlige grunner for å dekke pasientens utgifter til juridisk bistand i denne saken.

Klagen har etter dette ikke ført frem.

Vedtaket er enstemmig

Pasientskadenemnda - PSN-2015-3468

Myndighet	Pasientskadenemnda - vedtak
Dato	2015-12-02
Doknr/publisert	PSN-2015-3468
Sammendrag	Utmåling av erstatning for pasientskade.
Saksgang	Klagesak nr N2015/3468
Parter	Mann - 52 år
Forfatter	Nina Sollie, Inge Unneberg, Tron H. Torkildsen, Anne Therese Sortebekk, Geirmund Myklebust.

Norsk pasientskadeerstatning har utmålt erstatning til pasienten i vedtak av 28.10.13 (NPE snr. 2009/00461). Total erstatning som er tilkjent og utbetalt er kr 60.000.

Pasienten klaget på vedtaket 22.11.13. Advokat ----representerer pasienten i saken.

Klagesaken gjelder utmåling av erstatning for følgene etter en operasjon der den resterende delen av skjoldbruskkjertelen ble fjernet. Klagesaken gjelder videre erstatning for følgene av brå avslutning av legemiddelet Inderal Retard, som pasienten benyttet på grunn av hjerterytmeforstyrning, samt erstatning for pustevansker.

Pasientskadenemnda behandlet saken i møte 02.12.15 med følgende konklusjon:

1. Pasientskadenemnda endrer Norsk pasientskadeerstatnings vedtak av 28.10.13 på posten menerstatning. På postene inntektstap, redusert hjemmearbeidsevne, utgifter og juridisk bistand opprettholder Pasientskadenemnda Norsk pasientskadeerstatnings vedtak.
2. Den økte erstatningen fordeler seg slik:

Menerstatning gruppe 1: kr 261.148.

Sammenlagt med tidligere utbetalt erstatning blir total erstatning kr 321.148.
3. På posten fremtidige utgifter skal pasienten ha en tilleggsutbetaling på kr 3.000 fordi kapitaliseringsrenten per 12.12.14 er endret fra 5 % til 4 %.
4. ---- får dekket utgifter til juridisk bistand i forbindelse med klagesaken med kr 8.487,50 inkl. mva.

Kort om sakens bakgrunn

Pasienten er en ufør mann på 52 år. Han fikk i 1984 fjernet en del av skjoldbruskkjertelen som hadde blitt forstørret på grunn av overproduksjon av hormoner. I 2006 fikk pasienten tilbakefall og ble behandlet med medisiner (Neo-mercazole og Levaxin). På grunn av nytt tilbakefall av sykdommen i 2008 ble han operert 05.01.09 med fjerning av den resterende delen av skjoldbruskkjertelen. På operasjonsdagen avsluttet sykehuset behandlingen med legemiddelet Inderal Retard, som han hadde blitt behandlet med i lang tid på grunn av hjerterytmeforstyrrelser.

Etter operasjonen fikk pasienten plager som følge av lavt kalsiumnivå i blodet (hypokalsemi), og han ble satt på behandling med kalsiumtabletter. Han har også fått en skade på stemmebåndet, pustevansker og plager med muskelkramper. Det fremgår videre av journalopplysninger i saken at pasienten hadde et fall med et kraftig

traume mot ryggen i 2010. I august 2011 ble han henvist til Universitetssykehuset Nord-Norge med uspesifiserte ryggmerter.

Saken har vært vurdert av Sergio Hario, spesialist i endokrinologi og indremedisin, av Hans Elverland, spesialist i øre-nese-halssykdommer, av Geir Hølleland, spesialist i indremedisin og endokrinologi, og av Tor Vattekar, spesialist i allmenmedisin. Advokat ----har tidligere mottatt uttalelsene og forutsettes kjent med innholdet.

I forbindelse med behandlingen av klagesaken i Pasientskadenemnda, ble det innhentet en ny sakkyndig vurdering fra professor Jens Bollerslev, spesialist i endokrinologi. Pasienten har mottatt uttalelsen og forutsettes kjent med den.

Begrunnelse for vedtaket

Erstatningen er beregnet etter bestemmelsene i lov om skadeserstatning.

Saken er godt nok opplyst til at Pasientskadenemnda kan fatte vedtak.

Pasienten har krav på menerstatning

Pasienter som er påført varig og betydelig skade av medisinsk art, har krav på menerstatning. Dette følger av lov om skadeserstatning § 3-2.

Beregningen av menerstatningen er i hovedsak standardisert, ut fra blant annet alder da behandlingsskaden oppsto og folketrygdens grunnbeløp når erstatningen blir utbetalt. Behandlingsskaden må være varig og tilsvare en medisinsk invaliditetsgrad på minst 15 %. Menet fastsettes etter Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell.

Pasienten har ikke fått medhold i kravet om menerstatning. NPE har vist til de sakkyndige vurderingene. NPE har videre vist til at pasienten har en lettgradig hypoparatyreoidisme som ikke gir men etter Sosial- og helsedirektoratets invaliditetstabell.

Pasienten har anført at han har daglige muskeltremor som er smertefulle og krever sterk medisiner. Skadefølgen dekkes bedre av beskrivelsene i pkt. 6.1.3 i tabellen, som indikerer en langt høyere invaliditetsgrad enn den fastsatte 8 %. Pasienten har vist til et journalnotat av 19.02.14 som viser at han er sterkt plaget.

Pasientskadenemnda har kommet til at pasienten har krav på menerstatning. Nemnda har i tråd med den sakkyndige vurderingen fra Elverland for det første lagt til grunn at pasienten har en lammelse av stemmebånd og pustevansker, som gir en medisinsk invaliditet på 8 % i henhold til Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell punkt 1.4.7a. Nemnda har videre i tråd med den sakkyndige erklæringen fra Bollerslev kommet til at pasientens plager som følge av hypoparatyreoidisme (HPTH) gir en medisinsk invaliditet på 15 % (10-20 %).

Pasienten var før operasjonen i 2009 ufør blant annet på grunn av plager med angst, hjerterytmeforstyrrelse og dyspepsi. Han hadde også høyt stoffskifte. På bakgrunn av de medisinske uttalelsene og journalopplysningene i saken, finner nemnda etter en samlet vurdering at pasientens tidligere plager sammen med behandlingsskaden gir en invaliditet i gruppe 3 (35-44 %). Differanseprinsippet vil etter nemndas syn i dette tilfellet gi høyest utbetaling, jf. Rt-2015-820. Pasienten har derfor krav på erstatning i gruppe 3 minus gruppe 1. Pasienten har med denne beregningen rett til en menerstatning på kr 427.348 minus kr 166.200, og tilkjennes en samlet menerstatning på kr 261.148. Ved beregningen er det lagt til grunn forventet levealder i henhold til statistikk fra SSB.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak omgjøres på dette punktet.

Pasienten har ikke krav på erstatning for inntektstap

Erstatningen skal dekke inntektstap som mest sannsynlig skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Pasientskadenemnda beregner tapet ut fra den inntekten pasienten sannsynligvis ville fått utbetalt dersom skaden ikke hadde skjedd, og den inntekten pasienten får utbetalt med skaden.

Pasienten har ikke fått erstatning for inntektstap. NPE har vist til at pasienten mottok uførepensjon flere år før behandlingsskaden. NPE har videre vist til at pasienten i årene etter skaden klarte å jobbe, også overtid, og at han hadde en betydelig høyere inntekt etter skaden enn før. Det er etter NPEs vurdering pasientens sammensatte sykdomsbilde som er årsaken til inntektstapet pasienten har i dag, og ikke skaden.

Pasienten har krevd dekning av 1 G årlig. Pasienten har anført at han ved siden av 100 % uførepensjon hadde fått fast jobb med mulighet for biinntekt. Det er skaden som er årsaken til inntektstapet. Pasienten forsøkte å arbeide etter skaden ved bruk av smertestillende medisiner. Det tok tid før han erkjente at han var påført en varig lidelse (HPTH) med de følger denne tilstanden har. Etter hvert ble det klart at han måtte øke medisineringen og gå over på behandling med Lyrica. Pasienten har vist til Strumadommen (Rt-1989-674) og LB-2005-69046, hvor skadelidte ble erklært 100 % arbeidsufør etter skade på henholdsvis nervus laryngus recurrens og fjerning av biskjoldbruskkjertlene. Spesialisterklæringen innhentet av Pasientskadenemnda bekrefter at det er rett til erstatning også for inntektstapet.

Pasientskadenemnda bemerker at det er et krav at det mest sannsynlig er årsakssammenheng mellom behandlingsskaden og det anførte inntektstapet. Nemnda viser til sakens dokumenter og bemerker at pasienten har et sammensatt sykdomsbilde, og det foreligger varierende arbeidsinntekter i årene før og etter behandlingsskaden. Sett hen til behandlingsskadens art og omfang, har nemnda vanskeligheter med å se at det er denne skaden som har medført redusert ervervsevne.

Nemnda bemerker videre at det i Strumadommen var tale om en dobbeltsidig skade som er meget sjelden og alvorlig da den sterkt begrenser pusteevnen. I lagmannsrettsdommen ble pasienten ufør som følge av en alvorlig hypoparatyreoidisme. Det er ikke tale om en skade av samme art og/eller omfang i denne saken. Borgarting lagmannsretts dom endrer ikke nemndas vurdering.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak stadfestes på dette punktet.

Pasienten har ikke krav på erstatning for redusert evne til arbeid i hjemmet

Verdien av arbeid i hjemmet er likestilt med inntekt, se skadeserstatningsloven § 3-1. Det økonomiske tapet skal beregnes ut fra forskjellen mellom det hjemmearbeidet pasienten gjorde uten skaden og det arbeidet pasienten er i stand til å gjøre med skaden. Pasienten må prøve å begrense tapet, for eksempel ved å bruke hjelpemidler eller ved å bruke lengre tid på arbeidet. Det følger av rettspraksis at verdien av den tapte hjemmearbeidsevnen erstattes etter en nøktern vurdering.

Pasienten har ikke fått erstatning for redusert evne til arbeid i hjemmet. NPE har vist til at pasienten fungerte i jobb en lengre periode etter at skaden oppsto. Pasienten ble uføretrygdet blant annet på grunn av sine ryggplager, og at tyngre arbeid uansett ville måtte utføres av andre. Enklere oppgaver vil han også med skaden fortsatt kunne utføre.

Pasienten har anført at han nå er separert og bor alene. På grunn av nedsatt pustekapasitet (30 %) har han klare begrensninger i forhold til alt arbeid som krever anstrengelse så som støvsuging, vindusvask, større husvask, snømåking med videre. I tillegg har han daglige kramper i hele kroppen. Det fremgår av de ovenfor nevnte dommene at HPTH og nedsatt pustekapasitet medfører begrensninger i hjemmearbeidsevnen. Spesialisterklæringen innhentet av Pasientskadenemnda må videre forstås slik at pasienten også har rett til erstatning for redusert hjemmearbeidsevne.

Pasientskadenemnda finner at pasienten som følge av øvrige helseplager uansett ville ha hatt problemer med tyngre arbeidsoppgaver i hjemmet, og at skaden ikke begrenser evnen til å utføre enklere oppgaver.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak stadfestes på dette punktet.

Pasienten har ikke krav på økt erstatning for utgifter

Pasienten skal ha erstattet økte utgifter som skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Det følger av rettspraksis at det bare er nødvendige og rimelige utgifter som skal erstattes. Erstatningen skal være et supplement/tillegg til ytelsene som pasienten kan få dekket av det offentlige. Pasienten må innrette seg slik at utgiftene ikke blir større enn nødvendig. Pasienten må forsøke å begrense tapet, blant annet ved å søke om de offentlige ytelsene som kan være aktuelle.

Pasienten har fått erstatning fra NPE for utgifter med kr 60.000. NPE har vist til at pasienten allerede har fått dekket utgifter tilsvarende frikort, og at pasienten dessuten uavhengig av behandlingsskaden mest sannsynlig ville hatt utgifter til frikort. NPE har videre vist til at pasienten også har brukt en del av de opplistede legemidlene tidligere. Utgifter til transport faller inn under egenandelskortet. Øvrige utgifter til transport som følge av skaden synes ut over dette å være minimale. Pasienten har videre allerede et transportbehov som følge av øvrige plager, og han har hatt utgifter til dette siden 1989 og får kompensert dette med grunnstønadsats 3. NPE kan på denne bakgrunnen ikke se at det er grunnlag for ytterligere økning av den foreslåtte erstatningen.

Når det gjelder utgifter til justerbar seng, er dette ikke å anse som en utgift som er rimelig og nødvendig som følge av behandlingsskaden.

Pasienten har anført at vedtaket ikke dekker årlige framtidige utgifter og heller ikke de lidte utgiftene fra skadetidspunktet og frem til oppgjørstidspunktet. Pasienten har store utgifter til egenandeler og transport. Han har også behov for en justerbar seng.

Pasientskadenemnda legger til grunn at den tilkjente erstatningen ligger innenfor et rimelig skjønn for å dekke økte utgifter som følge av skaden. Nemnda viser til at pasienten også tidligere har hatt utgifter både til transport og legemidler og at han har fått dekket utgifter tilsvarende frikort. Nemnda kan ikke se at utgifter til en justerbar seng er en rimelig og nødvendig utgift som følge av den aktuelle skaden.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak stadfestes på dette punktet.

Justert erstatning på fremtidige tapsposter

Høyesterett bestemte i dom av 12.12.14 at kapitaliseringsrenten (renten vi bruker når vi fastsetter erstatningen på fremtidige tapsposter til et engangsbeløp) skal settes ned fra 5 % til 4 %. Samtidig ble erstatningen for skatteulempen redusert. Når det legges til grunn at erstatningssøker får en lavere rente på erstatningsbeløpet, vil han ha krav på en noe høyere erstatning enn tidligere.

Pasientskadenemnda legger derfor til grunn at pasienten har krav på en tilleggsutbetaling for fremtidige utgifter.

Fremtidige utgifter

Pasienten har fått utbetalt erstatning for utgifter med skjønnsmessig kr 60.000 (samlet for både den påførte og fremtidige perioden). Da skjønnet i noen grad kan ha basert seg på en forventet avkastning (5 %) ut over det vi nå skal legge til grunn (4 %), finner nemnda at pasienten skal ha et tillegg som tilsvarende ca. 5 % av den tidligere tilkjente erstatningen. Dette mener vi tar godt høyde for den endrede renten.

Pasientskadenemnda tilkjenner et tillegg i den fremtidige delen av erstatningen med kr 3.000.

Ytterligere utgifter til advokathjelp under behandlingen i NPE dekkes ikke

Norsk pasientskadeerstatning er et forvaltningsorgan med medisinsk og juridisk kompetanse, som på selvstendig grunnlag utreder og avgjør saken. Det er derfor som hovedregel ikke nødvendig med hjelp fra advokat.

Norsk pasientskadeerstatning har likevel i enkelte tilfeller dekket utgifter til advokathjelp når erstatningssøkeren har spesielle vanskeligheter med å forstå innholdet i sakens dokumenter, eller av andre grunner ikke kan ivareta sine interesser. Det følger av pasientskadeloven § 17 andre ledd, jf. § 11, at pasienten kan få dekket sine utgifter til advokatbistand, men ifølge forarbeidene til loven kan slike utgifter altså bare dekkes i særlige tilfeller.

I de tilfellene utgifter til advokathjelp blir dekket, dekker Norsk pasientskadeerstatning de utgiftene som er nødvendige og rimelige i den aktuelle saken. NPE har kommet til at sett hen til skadens art og omfang skal salærkravet reduseres fra kr 29.240 til kr 20.000 inkl. mva.

Sett hen til sakens art og kompleksitet anser nemnda det anførte salærkravet å være høyere enn hva som er rimelig og nødvendig juridisk bistand i denne saken. Nemnda viser til at saken er en gjennomsnittlig utmålingssak som ikke skaper kompliserte vurderinger og beregninger. Hva som er rimelige og nødvendige utgifter til juridisk bistand må vurderes i forhold til sakens omfang og kompleksitet, den korrespondansen som

foreligger fra advokaten og basert på erfaringer fra andre lignende saker. Det er ikke nødvendig å ta stilling til hver enkelt arbeidsoperasjon i timelisten, men en helhetsvurdering av hva som anses som rimelig og nødvendig for å ivareta pasientens interesser. Etter nemndas syn er advokatutgifter på kr 20.000 tilstrekkelig og innenfor et forsvarlig skjønn.

Pasienten får dekket utgifter til advokathjelp i klageomgangen

Pasientens advokat krever at pasienten får dekket utgiftene til advokathjelp i klageomgangen med kr 8.487,50, inkludert mva.

Pasienten skal ha dekket vesentlige kostnader som har vært nødvendig for å få endret vedtaket, se forvaltningsloven § 36.

Nemnda dekker utgiftene med kr 8.487,50 inkl. mva.

Klagen har etter dette ført delvis frem. Saken sendes tilbake til Norsk pasientskadeerstatning for utbetaling av tilkjent erstatning.

Vedtaket er enstemmig.

Pasientskadenemnda - PSN-2015-2311

Myndighet	Pasientskadenemnda - vedtak
Dato	2015-12-02
Doknr/publisert	PSN-2015-2311
Sammendrag	Utmåling av erstatning for pasientskade.
Saksgang	Klagesak nr N2015/2311
Parter	Kvinne - 74 år
Forfatter	Nina Sollie, Inge Unneberg, Anne Therese Sortebeck, Geirmund Myklebust, Tron H. Torkildsen.

Norsk pasientskadeerstatning har utmålt erstatning til pasienten i vedtak av 24.09.13 (NPE snr. 2009/02430). Total erstatning som er tilkjent og utbetalt er kr 278.000.

Pasienten klaget på vedtaket 09.10.13. Advokat ----representerer pasienten i saken.

Klagesaken gjelder utmåling av erstatning for følgene av gjennomgått ERCP-undersøkelse høsten 2010. I forbindelse med undersøkelsen fikk pasienten bukhinnebetennelse og etter hvert multiorgansvikt, som igjen har ført til et langt sykdomsforløp og varige plager. I NPEs ansvarsgrunnlag av 30.04.12 ble det lagt til grunn at det ikke var tilstrekkelig medisinsk grunnlag for å utføre inngrepet. Nemnda skal ta stilling til erstatningens størrelse for postene menerstatning, inntektstap, redusert evne til arbeid i hjemmet og utgifter.

Pasientskadenemnda behandlet saken i møte 02.12.15 med følgende konklusjon:

Pasientskadenemnda endrer Norsk pasientskadeerstatnings vedtak av 24.09.13 på postene inntektstap og utgifter. For postene menerstatning og redusert evne til arbeid i hjemmet opprettholder Pasientskadenemnda Norsk pasientskadeerstatnings vedtak.

Erstatningen fordeler seg slik:

Menerstatning kr 75.000

Lidt inntektstap kr 250.000, inkl. renter

Redusert hjemmearbeidsevne kr 72.000, inkl. renter og skatteulempe

Påførte utgifter kr 35.000, inkl. renter

Fremtidige utgifter kr 36.000, inkl. skatteulempe

Total erstatning kr 468.000

Den økte erstatningen som skal utbetales av NPE utgjør kr 190.000.

På postene menerstatning, redusert evne til arbeid i hjemmet og utgifter skal pasienten ha en tilleggsutbetaling på samlet kr 36.808, fordi kapitaliseringsrenten 12.12.14 ble endret fra 5 % til 4 % og fordi det ved beregning av ny menerstatning er lagt til grunn forventet levealder i henhold til statistikk fra SSB.

Kort om sakens bakgrunn

Pasienten er en kvinne på 74 år. Hun har tidligere arbeidet som ----, og er nå pensjonist.

Pasienten fikk fjernet galleblæren i 1996 på grunn av magesmerter. Under denne operasjonen ble det ikke funnet noen sykdomstegn i galleveiene. Videre ble hun i 2009 og 2010 utredet for lyskeplager. I den forbindelse ble det foretatt CT av magen 18.03.10. Undersøkelsen viste som et tilfeldig bifunn at hun hadde lett utvidet gallegang og bukspyttkjertelgang. Funnet ble senere bekreftet på MR 22.04.10 og ny CT 24.09.10. Det ble ikke funnet tegn på ondartet kreftsykdom, men for å utelukke slik sykdom ble det foretatt en ERCP-undersøkelse (diagnostisk inngrep i gallegangene og bukspyttkjertelen) 12.10.10. Undersøkelsen viste at pasienten ikke hadde kreft i galleveiene. Kort tid etter undersøkelsen fikk pasienten magesmerter og betennelse i bukspyttkjertelen. Dette utviklet seg til en alvorlig tilstand med multiorgansvikt og langvarig respiratorbehandling. I ettertid har pasienten hatt en rekke plager med blant annet nevropati, diaré og svekket allmenntilstand.

Saken har vært vurdert av Ola Reiertsen, spesialist i gastroenterologisk kirurgi. Han har uttalt seg 28.11.11. Arnulf Skjennald, spesialist i radiologi har uttalt seg 16.12.11. I forbindelse med erstatningsutmålingen har Arild Nesbakken, spesialist i gastroenterologisk kirurgi, uttalt seg 05.04.13. Gry Klevan, spesialist i nevrologi, har uttalt seg 04.04.13 og 28.06.13. Endelig har Kåre Bakkevold, spesialist i gastroenterologisk kirurgi, uttalt seg 17.09.13.

Begrunnelse for vedtaket

Erstatningen er beregnet etter bestemmelsene i lov om skadeserstatning.

Menerstatning

Pasienter som er påført varig og betydelig skade av medisinsk art, har krav på menerstatning. Dette følger av lov om skadeserstatning § 3-2.

Beregningen av menerstatningen er i hovedsak standardisert, ut fra blant annet alder da behandlingsskaden oppsto og folketrygdens grunnbeløp når erstatningen blir utbetalt.

Behandlingsskaden må være varig og tilsvare en medisinsk invaliditetsgrad på minst 15 %. Menet fastsettes etter Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell.

NPE har tilkjent menerstatning med kr 75.000. Erstatningen er beregnet på bakgrunn av en medisinsk invaliditet i gruppe 1 (15-24 %). Det er vist til Klevans vurderinger på henholdsvis 20 % og 15 %. NPE har lagt til grunn at det ikke er årsakssammenheng mellom svikten og anførte mage- og tarmplager hos pasienten.

Pasienten krever menerstatning etter gruppe 5. I klagen fra advokat ----er det vist til at pasienten har redusert gangfunksjon som følge av nervefunksjonstap, konsentrasjonsvansker, hukommelsessvikt, svimmelhet, ubehagsfølelser og smerter i kroppen, og vedvarende problemer med fordøyelses- og tarmfunksjoner. Med henvisning til invaliditetstabellen og punktene 1.5.1, 1.9.1, 4.10 og 7.1, anføres det at samlet invaliditet bør settes til 45 %. I tillegg må det gjøres et gruppeopprykk med henvisning til reglene om yrkesskade når skaden er vesentlig mer byrdefull enn ved normalttilfellet.

Nemnda finner ikke grunnlag for å øke menerstatningen.

På bakgrunn av Klevans vurderinger og sakens opplysninger for øvrig legger nemnda til grunn at skaden har medført en medisinsk invaliditet tilsvarende gruppe 1 (15-24 %). Nemnda har innhentet oppdaterte journaler fra fastlege og sykehus, og kan ikke finne holdepunkter for at Klevan har vurdert invaliditeten for lavt. Nemnda legger til grunn Nesbakken og Bakkevold sine vurderinger om at anførte mage- og tarmproblemer mest sannsynlig ikke kan tilskrives behandlingssvikten. Etter nemndas vurdering gir separasjonsprinsippet det gunstigste resultatet ved beregning av menerstatningen, jf. Rt-2015-820. Nemnda kan ikke se at skaden er vesentlig mer byrdefull for pasienten enn det som må anses normalt, og det er ikke grunnlag for gruppeopprykk.

NPE sitt vedtak stadfestes på dette punktet.

Inntektstap

Erstatningen skal dekke inntektstap som mest sannsynlig skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Pasientskadenemnda vurderer tapet ut fra den inntekten pasienten sannsynligvis ville fått utbetalt dersom skaden ikke hadde skjedd, og den inntekten pasienten får utbetalt med skaden. Pasientskadenemnda må ta hensyn til utgifter pasienten sparer ved ikke å være i arbeid (for eksempel fagforeningskontingent, reiseutgifter, utgifter til pensjonsordning).

På skadetidspunktet var pasienten 69 år. Hun mottok pensjon, men var tilkallingsvakt som ---- på sykehus. I 2008 tjente hun kr 177.403 ved siden av alderspensjonen. I 2009 tjente hun kr 146.616. I 2010 tjente hun kr 66.572. Etter behandlingsskaden i oktober 2010 har pasienten ikke vært i jobb.

NPE har tilkjent erstatning for lidt inntektstap med skjønnsmessig kr 75.000, inkludert renter. Det er lagt til grunn at hun ville ha arbeidet frem til fylte 71 år i januar 2012, slik at tap er beregnet for en periode på ca. 15 måneder.

Pasienten krever inntektstap erstattet med kr 600.000, inkludert renter. Det er anført at hun uten behandlingsskaden ville ha arbeidet til og med 2013, og at normalinntekten fra 2011 ville ha vært ca. kr 146.000 som i 2009. At pasienten hadde lavere inntekt i 2010 skyldes plager fra et lyskebrokk som hun ble operert for på sommeren dette året. Det har vært stor etterspørsel etter tilkallingsvakter på sykehuset der hun jobbet.

Nemnda finner grunnlag for å øke den tilkjente erstatningen for inntektstap.

Det fremgår av likningsdokumentene at pasienten har jobbet jevnt som tilkallingsvakt ved siden av pensjonsinntekten i flere år. Hun ble operert for brokk i juli 2010. Det fremgår av journalen at brokket hadde gitt smerter i et års tid. Hun hadde smerter også etter inngrepet, men disse var borte etter seks uker. Kreftsykdom ble avkrefte kort tid etter ERCP-undersøkelsen i oktober, og pasienten hadde ikke andre alvorlige helseplager. Før behandlingsskaden inntraff var det noen legekonsultasjoner vedrørende plager fra mage/tarm. Nemnda har lagt til grunn at hun ville ha hatt disse plagene uavhengig av behandlingsskaden. Plagene har tilsynelatende utviklet seg til å bli verre, men ellers er det ikke anmerket annet som ikke er relatert til behandlingsskaden før kneplager mot slutten av 2013. Fra dette tidspunktet fremstår kneplagene som betydelige.

Etter en samlet vurdering av pasientens arbeids- og inntektshistorikk, og helsemessige situasjon sett bort fra behandlingsskaden, mener nemnda at den tilkjente erstatningen er fastsatt noe lavt. Nemnda legger til grunn at pasienten kunne ha fortsatt med tilkallingsvakter til 2013, men at hun ville ha hatt lavere inntekter enn i 2009, og at hun ville ha trappet gradvis ned på antall vakter. Tapet fastsettes skjønnsmessig til kr 250.000, inkludert renter.

NPE sitt vedtak omgjøres på dette punktet.

Redusert evne til arbeid i hjemmet

Verdien av arbeid i hjemmet er likestilt med inntekt, se skadeserstatningsloven § 3-1. Det økonomiske tapet skal beregnes ut fra forskjellen mellom det hjemmearbeidet pasienten gjorde uten skaden og det arbeidet pasienten er i stand til å gjøre med skaden. Pasienten må prøve å begrense tapet, for eksempel ved å bruke hjelpemidler, ved å bruke lengre tid på arbeidet eller ved å omfordele/bytte oppgavene mellom familiemedlemmene.

NPE har tilkjent erstatning for redusert evne til arbeid i hjemmet med kr 72.000, inkludert renter og skatteulempe. Det er tatt utgangspunkt i et årlig tap på kr 6.000 frem til fylte 80 år.

Pasienten krever tap under denne posten erstattet med kr 132.000, inkl. renter (ekskl. skatteulempe). Tapet bør beregnes med kr 10.000 per år frem til fylte 84 år. Det er vist til at pasienten var aktiv og stod i jobb, men at hun som følge av behandlingsskaden ikke klarer å gjøre arbeidsoppgaver i hjemmet. De bor i enebolig på 180 m² med 5 mål tomt, og ektefellen er i begrenset stand til å ta seg av arbeidsoppgavene. De har hittil fått hjelp av nær familie, men dette kan ikke påregnes i fremtiden.

Nemnda legger til grunn at den tilkjente erstatningen er innenfor et forsvarlig skjønn. Et årlig nivå på kr 6.000 i denne saken anses å være i godt samsvar med nemnds- og rettspraksis, og det er romslig når tapet er beregnet til fylte 80 år. Fra slutten av 2013 har pasienten hatt økende kneplager, og blant annet av denne grunn må det antas at hun ville ha vært forhindret fra å gjøre tyngre oppgaver i hjemmet.

NPE sitt vedtak stadfestes på dette punktet.

Utgifter

Pasienten skal ha erstattet økte utgifter som skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Det følger av rettpraksis at det bare er nødvendige og rimelige utgifter som skal erstattes. Erstatningen skal være et supplement/tillegg til ytelsene som pasienten kan få dekket av det offentlige. Pasienten må innrette seg slik at utgiftene ikke blir større enn nødvendig. Pasienten må forsøke å begrense tapet, blant annet ved å søke om de offentlige ytelsene som kan være aktuelle.

Påførte utgifter

NPE har tilkjent erstatning for påførte utgifter i årene 2010 til og med 2013 er erstattet med kr 20.000, inkludert renter.

Pasienten krever erstatning for påførte utgifter med kr 51.024, ekskludert renter. NPE har mottatt omfattende dokumentasjon på utgifter pasienten og ektefellen har hatt i forbindelse med hennes behandling. Utgiftene er knyttet til blant annet overnatting, mat, transport, hjelpemidler, medisiner og egenandeler til behandling. Pasienten har hatt utlegg for kr 18.071, mens mannen har hatt utlegg på kr 32.953. HELFO har bare refundert utgifter med kr 5.463.

Nemnda finner grunn til å øke den tilkjente erstatningen for påførte utgifter.

Etter nemndas vurdering er den tilkjente erstatningen fastsatt noe lavt. Sett hen til det alvorlige behandlingsforløpet finner nemnda det rimelig å dekke ektefellens utgifter til overnattinger på hotell/pensjonat fullt ut. Det er sett hen til at hans nærvær har vært positivt for pasienten. Disse utgiftene beløper seg til nærmere kr 20.000. Utover dette legges det til grunn at hans utgifter i hovedsak ikke er forårsaket av behandlingsskaden, eller at disse overstiger det som må anses som rimelig og nødvendig. Pasienten må også antas å ha hatt noen ekstra utgifter som følge av behandlingsskaden, som ikke dekkes av det offentlige tilbudet. I tillegg vil det ha påløpt renter. Erstatningen for påførte utgifter i årene 2010 til 2013 fastsettes skjønnsmessig med til sammen kr 35.000, inkludert renter.

NPE sitt vedtak omgjøres på dette punktet.

Fremtidige utgifter

NPE har tilkjent erstatning for fremtidig tap fra 2014 og frem til statistisk levealder med kr 36.000, inkludert skatteulempe. For det fremtidige tapet er det tatt utgangspunkt i et årlig tap på kr 3.000.

Pasienten krever erstatning for fremtidig tap med kr 91.000, ekskludert skatteulempe. Det anføres at hun vil ha medisinerutgifter med kr 3.600 per år, sosialmedisinske utgifter med kr 1.500 per år og transportutgifter med kr 1.500 per år.

Nemnda finner ikke grunn til å øke erstatningen for fremtidige utgifter. Etter nemndas vurdering ligger det tilkjente beløpet innenfor et forsvarlig skjønn. En del av utgiftene det kreves erstatning for er utgifter pasienten ville ha hatt uavhengig av behandlingssvikten, for eksempel en vesentlig del av de anførte medisinerutgiftene. Nemnda er ikke ansvarlig for utgifter som har sammenheng med mage- og tarmplager. Videre legger nemnda til grunn at en del av de anførte utgiftene ikke vil være rimelig og nødvendig å erstatte. Blant annet gjelder dette utgifter til sosialmedisinske tiltak.

NPE sitt vedtak stadfestes på dette punktet.

Justert erstatning på fremtidige tapsposter

Høyesterett bestemte i dom av 12.12.14 at kapitaliseringsrenten (renten som brukes når man fastsetter erstatningen på fremtidige tapsposter til et engangsbeløp) skal settes ned fra 5 % til 4 %. Når det legges til

grunn at erstatningssøker får en lavere rente på erstatningsbeløpet, vil erstatningen bli høyere enn det som er lagt til grunn da NPE fattet sitt vedtak.

Nemnda utbetaler derfor et tilleggsbeløp til pasienten for fremtidig tap på postene menerstatning, redusert hjemmearbeidsevne og utgifter.

Nedenfor følger en oversikt over nye beregnede utbetalinger av aktuelle erstatningsposter:

Menerstatning

Pasienten har tidligere fått utbetalt menerstatning etter gruppe 1. Ny menerstatning må beregnes etter dagens grunnbeløp. Menerstatning etter gruppe 1 er med dagens grunnbeløp og en kapitaliseringsrente på 4 % beregnet til kr 111.556. Ved beregningen er det lagt til grunn forventet levealder i henhold til statistikk fra SSB. Fra dette må nemnda gjøre fradrag for menerstatningen etter dagens grunnbeløp beregnet med en kapitaliseringsrente på 5 % og forventet levealder etter Rikstrygdeverkets tabell, som er kr 76.332. Dette gir en tilleggsutbetaling på kr 35.224.

Redusert evne til arbeid i hjemmet

Pasienten har tidligere fått utbetalt erstatning for fremtidig redusert evne til arbeid i hjemmet med kr 6.000 per år frem til år 2021, totalt kr 42.000 inkludert skatteulempe. Tapet blir kr 41.188 med en kapitaliseringsrente på 4 %. Inkludert matematisk skatteulempe blir tapet kr 42.954. Dette gir en tilleggsutbetaling på kr 954.

Fremtidige utgifter

Pasienten har tidligere fått utbetalt erstatning for fremtidige utgifter med kr 3.000 per år frem til statistisk levealder i 2028, totalt kr 36.000 inkludert skatteulempe. Tapet blir kr 34.009 med en kapitaliseringsrente på 4 %. Inkludert matematisk skatteulempe blir tapet kr 36.630. Dette gir en tilleggsutbetaling på kr 630.

Dette gir en samlet tilleggsutbetaling på kr 36.808.

Klagen har ført delvis frem. Saken sendes tilbake til Norsk pasientskadeerstatning for utbetaling av tilkjent erstatning.

Vedtaket er enstemmig.

Pasientskadenemnda - PSN-2015-3641

Myndighet	Pasientskadenemnda - vedtak
Dato	2015-10-16
Doknr/publisert	PSN-2015-3641
Sammendrag	Utmåling av erstatning for pasientskade. Skade etter behandling av håndleddsbrudd.
Saksgang	Klagesak nr N2015/3641
Parter	Mann - 49
Forfatter	Kjetil Gjøen, Ivar Holst, Lill Karin Mensen, Atle Larsen, Tron H. Torkildsen.

Norsk pasientskadeerstatning har utmålt erstatning til pasienten i vedtak av 07.10.13 (NPE snr. 2010/01907). Total erstatning som er tilkjent og utbetalt er kr 453.100.

Pasienten har i ansvarsvedtak 28.01.11 fått medhold i sitt krav på erstatning for vedvarende smerter og nedsatt funksjon i venstre hånd og fingre etter behandling for håndleddsbrudd.

Pasienten har fått utbetalt menerstatning etter gruppe 2 med kr 210.000. Videre har han fått utbetalt erstatning for tapt hjemmearbeidsevne i påførte periode med kr 16.000 og for fremtidige periode med kr 123.000. Påførte utgifter er erstattet med kr 6.000 og fremtidige utgifter med kr 50.000, i tillegg til dekning av automatgir med kr 15.000. Renter er erstattet med kr 3.100 og skatteulempe med kr 30.000. NPE har ikke funnet å tilkjenne erstatning for inntektstap. Utgifter til juridisk bistand er dekket med kr 30.000.

Advokat ----representerer pasienten og hun påklaget vedtaket 16.10.13.

Klagesaken gjelder utmåling av erstatning for samtlige poster.

Pasientskadenemnda behandlet saken i møte 05.10.15 med følgende konklusjon:

1. Pasientskadenemnda stadfester Norsk pasientskadeerstatnings vedtak av 07.10.13.
2. ---- får ikke dekket utgifter til juridisk bistand i forbindelse med klagesaken.
3. På postene menerstatning og fremtidige utgifter og fremtidig tap av hjemmearbeidsevne skal pasienten ha en tilleggsutbetaling, fordi kapitaliseringsrenten er endret fra 5 % til 4 %, på (samlet) kr 54.386.

Kort om sakens bakgrunn

Pasienten er en mann på 49 år.

Pasienten pådro seg et brudd i venstre håndledd etter et fall på isen 28.12.09. Bruddskaden ble grovt satt sammen og gipset ved ----Legevakt før han ble sendt til ytterligere vurdering ved Haukeland universitetssykehus. Pasienten ble operert ved Haukeland 30.12.09. Man satte bruddet sammen med bruk av plate og skruer. Det ble etter operasjonen anlagt en gipslaske. Den påfølgende dagen klaget pasienten over nummenhet i alle fingrene og han klarte ikke strekke fingrene helt ut. Man mistenkte at dette var hevelsesbetinget, men kunne ikke utelukke skade av en nerve i hånden.

Den 01.01.10 hadde han økende smerter, spesielt i tommel og pekefingeren. Man så også en beinbit mellom platen og en av nervene i hånden. Pasienten ble den samme dagen operert på nytt med fjerning av den omtalte beinbiten. Gipslassen ble fjernet 03.01.10. Pasienten opplevde nå mindre smerter og bedre bevegelighet, men

redusert følelse i langfingeren. Pasienten klaget over smerter i tommelen og langfingeren, samt ekstrem kuldefølelse og nummenhet 05.01.10.

Han ble henvist til EMG-undersøkelse 14.01.10. Nevrolog bekreftet overfor ortopeden at det var skade på både den motoriske og sensoriske gren av en av armens hovednerver (nervus medianus). Han mistenkte også at det var snakk om en avkuttet nervegren i hånden. Pasienten ble derfor operert 21.01.10. Man fant da at det ikke var noe kutt i nerven. Pasienten hadde noe bedre bevegelighet i håndleddet 08.04.10. Fortsatt nummenhet og trykkfølelse i langfingeren. Han opplevde også skjelvninger i hånden ved belastning. Ved kontroll 26.08.10 så man fortsatt dårlig funksjon i tommel og nedsatt følelse i tommel, peke- og langfingeren.

Det fremgår for øvrig at pasienten som følge av grunnskaden 28.12.09 har fått erstatning utbetalt kr 242.783 fra ---- Forsikring ---- og kr 492.000 fra ----Livsforsikring AS.

Saken har vært vurdert av spesialist i ortopedisk kirurgi John H. Williksen. Hans erklæring er datert 21.12.10. Overlege ved ortopedisk poliklinikk Omar Thorsteinn Arnason, Haukeland universitetssykehus, har vurdert medisinsk invaliditet på vegne av ---- Forsikring og ----Forsikring AS. Hans erklæringer er henholdsvis datert 21.02.11 og 14.06.12. Pasienten selv har innhentet menvurdering fra ----, spesialist i plastikkirurgi. ---- erklæring er skrevet på grunnlag av pasientundersøkelse 07.11.13. Pasientskadenemnda har forelagt saken for medisinsk sakkyndig Tor Bjørang, spesialist i ortopedi. Hans erklæring er datert 05.08.14, og tilleggserklæring er datert 04.12.14. Advokat ---- har tidligere mottatt uttalelsene og forutsettes kjent med disse.

Begrunnelse for vedtaket

Erstatningen er beregnet etter bestemmelsene i lov om skadeserstatning.

Saken er godt nok opplyst til at Pasientskadenemnda kan fatte vedtak.

Pasienten har ikke krav på økt menerstatning

Pasienter som er påført varig og betydelig skade av medisinsk art, har krav på menerstatning. Dette følger av lov om skadeserstatning § 3-2.

Beregningen av menerstatningen er i hovedsak standardisert, ut fra blant annet alder da behandlingsskaden oppsto og folketrygdens grunnbeløp når erstatningen blir utbetalt.

Behandlingsskaden må være varig og tilsvare en medisinsk invaliditetsgrad på minst 15 %. Menet fastsettes etter Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell.

Pasienten har fått kr 210.000 i menerstatning fra NPE. Erstatningen er beregnet på bakgrunn av en medisinsk invaliditet i gruppe 2 (25-34 %).

Advokat ---- har på vegne av pasienten fremsatt krav om menerstatning beregnet etter en medisinsk invaliditet på 41 %, dvs. gruppe 3 (35-44 %).

Nemnda finner ikke grunnlag for å øke den tilkjente erstatningen for varig medisinsk invaliditet. Det er ikke grunnlag for å gi skjønsmessig tillegg utover den matematiske beregningen i denne saken.

Tor Bjørang har i sin erklæring 05.08.14 skrevet at han legger undersøkelsen ved Haukeland 07.11.13 til grunn. Arthrodese i håndleddet etter punkt 3.4.3 er vurdert til 17 % og skyldes selve grunnskaden. Skade av medianus som etter tabellens punkt 3.9.5 gir 23 % invaliditet, er en følge av for sen operasjon og er en behandlingsskade. Skade/sykdom som gjelder overekstremitetene (ubehag, smerte, kraftnedsettelse som ikke nevnes i ovennevnte) som etter punkt 3 gir 5 % invaliditet, vurderes som behandlingsskade. Etter 2 % fradrag for ikke dominant arm, settes medisinsk invaliditet som følge av behandlingsskaden til 26 %. I sin tilleggssuttalelse 04.12.14 har Bjørang skrevet at han i utgangspunktet er enig i den vurderingen som er gjort ved Haukeland av ----når det gjelder sluttresultatet der varig medisinsk invaliditet er satt til 41 %. Da smertene har vært hovedindikasjon for avstivningen og man ikke med sikkerhet kan avgjøre hva som mest sannsynlig er årsaken til smertene, fant Bjørang grunnlag for å gjøre en revurdering av dette. Inngangsinvaliditeten vurdert etter punkt 3.4 ble etter dette satt til skjønsmessig 7 %.

Nemnda finner at både ----og Bjørang feilaktig har lagt til grunn at artrodese etter punkt 3.4.3 gir 17 % medisinsk invaliditet. Det fremgår av tabellen punkt 3.4.3 at artrodese medfører 15 % invaliditet og nemnda

finner å legge dette til grunn. Videre legger nemnda til grunn at skade av medianus gir 23 % invaliditet, jf. punkt 3.9.5 bokstav e og smerter m.m. gir 5 % invaliditet etter punkt 3. Samordnet utgjør dette 38 % invaliditet. Det fremgår av punkt 3.1 at det må gjøres fradrag for ikke dominante arm med 3 prosentpoeng ved en invaliditet på mellom 31 - 40 %. Dette vil gi en samlet behandlingsrelatert medisinsk invaliditet på 35 %.

Pasientens inngangsinvaliditet hva gjelder håndleddet er vurdert til å utgjøre 7 %.

Det foreligger ingen menvurdering av pasientens øvrige grunnlidelser. Pasienten har i mange år hatt plager fra skuldrene. Han har vært operert flere ganger i hver av skuldrene og fått gjentatte behandlinger med kortisoninjeksjoner. Plagene fra skuldrene har medført lange perioder med arbeidsuførhet. Han har videre hatt plager fra sitt venstre kne og har vært artroskopert flere ganger i kneet. Av epikrise datert 22.08.08 fremgår at pasienten har kroniske smerter i kneet. Disse gjør det vanskelig for han å belaste kneet, men også stillesittende posisjoner (kontorarbeid, bilkjøring) er problematisk. Han har også smerter i hvile og om natta. Det synes imidlertid som at smertene har vært hovedproblemet, da den nedsatte bevegeligheten i skuldre og kne ikke har vært omfattende.

Medisinsk invaliditet som følge av plagene (inkludert smerter) fra skuldre og venstre kne settes skjønnsmessig til 20 %. Den samlede inngangsinvaliditeten blir 26 % i samordnet sum, dvs. gruppe 2.

Etter skaden settes den samlede medisinske invaliditeten til 52 % i samordnet sum, dvs. gruppe 4. Ved utregningen vil man ta differansen mellom gruppe 2 (245 991) som er inngangsinvaliditeten og gruppe 4 (512 487) som er den totale invaliditeten. Dette utgjør totalt en erstatning på kr 266.496.

Det må deretter gjøres fradrag for menerstatning tilsvarende gruppe 2, som allerede er utbetalt av Norsk pasientskadeerstatning. Ut fra dagens G utgjør dette som nevnt kr 245.991. Ytterligere erstatningen beregnet etter differanseprinsippet vil da bli kr 20.505.

Nemnda må imidlertid benytte separasjonsprinsippet hvis dette gir en høyere utbetaling, jr. Rt-2015-820. Nemnda vil derfor også foreta en beregning ut fra dette prinsippet.

I denne beregningen må det også tas høyde for at Høyesterett i dom av 12.12.14 bestemte at kapitaliseringsrenten skal settes ned fra 5 % til 4 %.

Pasienten har tidligere fått utbetalt menerstatning etter gruppe 2. En ny beregning av menerstatning i gruppe 2 med dagens grunnbeløp og kapitaliseringsrente på 4 % vil gi kr 245.991. Fra dette må nemnda gjøre fradrag for menerstatningen etter dagens grunnbeløp beregnet med en kapitaliseringsrente på 5 % (den tidligere renten) kr 218.321. Det gir en oppjustert erstatning på kr 27.670. For pasienten vil det derfor være en fordel å få beregnet erstatning på denne måten fremfor å bruke differanseprinsippet, og separasjonsprinsippet legges derfor til grunn.

Pasienten har ikke krav på erstatning for inntektstap

Erstatningen skal dekke inntektstap som mest sannsynlig skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Pasientskadenemnda beregner tapet ut fra den inntekten pasienten sannsynligvis ville fått utbetalt dersom skaden ikke hadde skjedd, og den inntekten pasienten får utbetalt med skaden. Pasientskadenemnda må ta hensyn til utgifter pasienten sparer ved ikke å være i (fullt) arbeid (for eksempel fagforeningskontingent, reiseutgifter, utgifter til pensjonsordning).

Pasienten er næringsdrivende og eier av transportfirma ----.

Tidligere drev han privat firma med ----orientert mot borettslag. Det fremgår poliklinisk notat fra ----sykehus 21.06.05 at pasienten hadde økende smerter fra høyre skulder. Han fikk ikke tilstrekkelig lindring av Pinex Forte alene slik at han måtte bruke både Temgesic og Pinex Forte for å være noenlunde smertefri. Han var ferdig med sykemeldingsperioden og mottok attføringspenger. Det fremgår at han mistet alle kundene ettersom han ikke kunne utføre oppdrag. Som følge av skulderplager mottok han, etter maks sykepengeperiode, rehabiliteringspenger i perioden 28.04.05 - 30.09.06. Det fremgår av fastlegens erklæring for arbeidsuførhet/rehabiliteringspenger datert 10.05.06 at pasienten som følge av plagene fra skulder og kne kunne gjenoppta tidligere eller annet arbeid.

I henhold til likningsmyndighetene har han hatt følgende inntekter:

2004:	kr	351.564
2005:	kr	276.038

2006:	kr	390.003
2007:	kr	601.666
2008:	kr	821.477
2009:	kr	1.065.940
2010:	kr	974.800
2011:	kr	1.032.100
2012:	kr	1.064.348
2013:	kr	1.257.681
2014:	kr	1.417.975

Påført og fremtidig inntektstap

Pasienten har ikke fått erstatning for inntektstap. NPE har vist til Rt-2004-1816 (Skiltmakerdommen) som fastslår aksjeselskapets rolle som selvstendig rettssubjekt. Den samme dommen avskjærer mulighetene for å kreve tapt utbytte erstattet. Hålogaland lagmannsrett slår fast at utgifter i næringsvirksomhet ikke kan erstattes på samme måte som utgifter utenfor næringsvirksomhet.

Det er heller ikke påvist et inntektstap. Pasienten har organisert sitt arbeid slik at tap ikke oppstår.

Advokat --- har fremsatt krav om erstatning for lidt inntektstap med kr 398.679, tillagt renter med kr 63.431. Det er vist til pasientens likning, som viser en nedgang i inntekt fra 2009 til 2010. Det anføres at denne nedgangen skyldes behandlingsskaden.

Advokaten opplyser at det foreløpig er for tidlig å beregne krav for løpende inntektstap/tap i fremtidig erverv. Det er vist til at pasienten har foretatt driftsendringer i håp om at han vil kunne fortsette i arbeid. Han er næringsdrivende i AS, der han er ansatt eier og daglig leder. I utgangspunktet kjørte han selv både lastebiler og busser, men etter behandlingsskaden har han vært nødt til å gjøre en driftsendring da han ikke lenger kan kjøre med manuelt gir. Han må leie inn sjåfører og kan derfor ikke være aktivt deltakende i transporten slik han var tidligere. Dersom behandlingsskaden tenkes borte, ville pasienten hatt en lønnsvekst.

Nemnda slutter seg til NPEs vurderinger når det gjelder pasientens anførsel om næringstap, og finner ikke grunnlag for å tilkjenne erstatning for tap av næringsinntekter.

Det synes uansett ikke å foreligge noe tap. Det legges til grunn at pasienten etter sykepengeperioden har vært i fullt arbeid. Det fremgår av likningsopplysningene at pasienten har hatt en god inntektsøkning etter behandlingsskaden. Han hadde en inntektsreduksjon i år 2010 i forhold til året 2009. Han hadde imidlertid en god inntektsøkning i 2010 i forhold til årene forut for 2009. Nemnda legger til grunn at det er et skjerpet beviskrav når det gjelder krav som er større enn nivået på tidligere inntekter, jf. Rt-2010-584. Som næringsdrivende vil inntektene også kunne variere noe som følge av at oppdragsmengden ikke er stabil.

Nemnda bemerker at pasienten som følge av grunnskaden (håndleddsbrudd med feilstilling pådratt 18.12.09) uansett ville hatt en rekonvalesensperiode av en viss lengde. Som følge av grunnskaden ville han uansett hatt behov for å gjennomgå operasjoner. Nemnda finner sannsynlighetsovervekt for at pasienten i denne perioden uansett ville hatt problemer med å jobbe som følge av grunnskaden og behandlingen av denne. Det foreligger således etter nemndas oppfatning ikke årsakssammenheng mellom en evt. inntektsreduksjon og behandlingsskaden. Pasienten har organisert sitt arbeid slik at tap ikke oppstår. Det stilles for øvrig spørsmål ved hvorfor han ikke lenger kunne kjøre med manuelt gir, da skaden er i den venstre hånden.

Nemnda kan ikke se at det foreligger et lidt eller fremtidig inntektstap forårsaket av behandlingsskaden, og slutter seg for øvrig til Norsk pasientskadeerstatnings vurdering.

Norsk pasientskadeerstatning vedtak stadfestes på dette punktet.

Pasienten har ikke krav på økt erstatning for redusert evne til arbeid i hjemmet

Verdien av arbeid i hjemmet er likestilt med inntekt, se skadeserstatningsloven § 3-1. Det økonomiske tapet skal beregnes ut fra forskjellen mellom det hjemmearbeidet pasienten gjorde uten skaden og det arbeidet pasienten er i stand til å gjøre med skaden. Pasienten må prøve å begrense tapet, for eksempel ved å bruke hjelpemidler, ved å bruke lengre tid på arbeidet eller ved å omfordele/bytte oppgavene mellom familiemedlemmene.

Pasienten har fått erstatning for redusert evne til arbeid i hjemmet i påføre periode med kr 16.000 med et rentetillegg på avrundet kr 2.250. Erstatning for fremtidig tap av hjemmearbeidsevne er tilkjent med kr 123.000. Det fremgår at det i beregningen er tatt utgangspunkt i et årlig tap på kr 8.000 frem til fylte 75 år.

Advokat ---har i klagen anført at erstatningen er satt for lavt. Det er fremsatt krav om erstatning for tapt hjemmearbeidsevne med årlige kr 12.000. For den fremtidige perioden (2015-2014) er fremsatt krav på kr 176.709. Det er vist til at pasientens ektefelle er alvorlig syk og 100 % ervervsufør. Dette må hensyntas i den konkrete helhetsvurderingen. Det er videre vist til størrelsen på den medisinske invaliditeten og at hånden er ubrukelig til de fleste gjøremål. I tillegg har han en kronisk betennelsestilstand i høyre arm som følge av feilbelastning, som er en klar følgeskade til behandlingsskaden.

Nemnda finner ikke grunnlag for å øke den tilkjente erstatningen for redusert evne til arbeid i hjemmet.

Innledningsvis vil nemnda bemerke at rettspraksis er restriktiv med hensyn til utmåling av erstatning for redusert evne til arbeid i hjemmet. Nemnda presiserer at pasienten innenfor det som med rimelighet kan forventes, har en plikt til å begrense sitt tap ved å innrette seg på en slik måte at hjelpebehovet blir minst mulig. Nemnda legger til grunn at pasienten fortsatt kan utføre de fleste arbeidsoppgaver i hjemmet, men at han kan ha behov for hjelp til tyngre arbeid som ytre vedlikehold av hus og hage. Nemnda finner det ikke sannsynliggjort behandlingsrelaterte utgifter til hjelp i hjemmet som går utover den tilkjente erstatningen fra NPE. Nemnda tiltrer i all hovedsak begrunnelsen til NPE. Det bemerkes for øvrig at pasienten er høyrehendt, og at skaden er i den venstre hånden.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak stadfestes på dette punktet.

Pasienten har ikke krav på økt erstatning for diverse øvrige utgifter

Pasienten skal ha erstattet økte utgifter som skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Det følger av rettspraksis at det bare er nødvendige og rimelige utgifter som skal erstattes. Erstatningen skal være et supplement/tillegg til ytelsene som pasienten kan få dekket av det offentlige. Pasienten må innrette seg slik at utgiftene ikke blir større enn nødvendig. Pasienten må forsøke å begrense tapet, blant annet ved å søke om de offentlige ytelsene som kan være aktuelle.

Påførte og fremtidige utgifter:

Pasienten har fått erstatning fra NPE for påførte utgifter med kr 6.000 med tillegg av renter med kr 850 og fremtidige utgifter med kr 50.000 (dette tilsvarer årlig kr 3.000). NPE har lagt vekt på generelle utgifter basert på egenandelsbestemmelser. I tillegg har NPE dekket meromkostninger til automatgir med kr 15.000.

Advokat ---har i klagen anført at erstatningen for påførte og fremtidige utgifter er satt for lavt. Det er fremmet krav at erstatningen beregnes med utgangspunkt i kr 4.000 per år for den påførte og fremtidige perioden.

Nemnda finner ikke grunnlag for å øke den tilkjente erstatningen for påførte og fremtidige utgifter.

Nemnda kan ikke se at det er dokumentert eller sannsynliggjort at pasienten har hatt nødvendige og rimelige merutgifter som følge av behandlingsskaden, som overstiger den tilkjente erstatningen fra NPE. Nemnda bemerker at erstatningen er subsidiær til ytelser fra det offentlige, og det forutsettes at pasienten tar de nødvendige initiativ for å skaffe seg relevante offentlige ytelser. Det stilles for øvrig spørsmål ved behovet for automatgir, da skaden er i den venstre hånden. Etter nemndas syn kan det uansett tenkes at pasienten ville hatt behov for automatgir uavhengig av behandlingsskaden. Det vises her til hans grunnlidelse (håndleddsbruddet) med varig medisinsk invaliditet på 7 % samt øvrige plager fra skuldrene. Det utmålte beløpet ligger innenfor et forsvarlig skjønn.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak stadfestes på dette punktet.

Justert erstatning på fremtidige tapsposter

Høyesterett bestemte i dom av 12.12.14 at kapitaliseringsrenten (renten vi bruker når vi fastsetter erstatningen på fremtidige tapsposter til et engangsbeløp) skal settes ned fra 5 % til 4 %. Samtidig ble erstatningen for skatteulempe redusert. Når vi legger til grunn at erstatningssøker får en lavere rente på erstatningsbeløpet, vil mange kunne ha krav på en noe høyere erstatning enn tidligere.

Nemnda har på denne bakgrunn funnet det riktig å utbetale et tilleggsbeløp til pasienten for postene om erstatning for fremtidige utgifter, fremtidig tap av hjemmearbeidsevne.

Fremtidige utgifter

Pasienten har tidligere fått utbetalt erstatning for fremtidige utgifter med kr 3.000 per år frem til statistisk levealder, neddiskontert til kr 50.000 eksklusive skatteulempe. Tapet blir kr 55.511 med en kapitaliseringsrente på 4 %. Dette gir en tilleggsutbetaling på kr 5.511.

Redusert evne til arbeid i hjemmet

Pasienten har tidligere fått utbetalt erstatning for fremtidig tap av evne til arbeid i hjemmet med kr 8.000 per år frem til år 2014, neddiskontert kr 123.000 eksklusive skatteulempe. Tapet blir kr 135.919 med en kapitaliseringsrente på 4 %. Dette gir en tilleggsutbetaling på kr 12.919.

Skatteulempe

Pasienten har tidligere fått utbetalt skatteulempe med samlet kr 30.000 for postene om fremtidige utgifter og redusert evne til arbeid i hjemmet. Inkludert 20 % skatteulempe blir dette kr 38.286. Dette gir en tilleggsutbetaling på kr 8.286.

Menerstatning

Det skal gis en tilleggsutbetaling på kr 27.670, jf. vurderingen ovenfor.

Dette gir en samlet tilleggsutbetaling på (totalt) kr 54.386.

Utgifter til advokathjelp i klageomgangen dekkes ikke

Pasientens advokat har bedt om at pasienten får dekket utgiftene til advokathjelp i klageomgangen med kr 36.730 inkludert mva. I tillegg kreves dekning for utgifter til spesialisterklæring fra dr. ---- med kr 12.000. Det er vist til tidligere oversendt dokumentasjon til PSN.

Pasienten har ikke fått medhold i klagen sin og kan derfor ikke få erstattet sine utgifter til advokathjelp etter forvaltningsloven § 36.

Pasientskadenemnda er et forvaltningsorgan med medisinsk og juridisk kompetanse, som på selvstendig grunnlag utreder og avgjør saken. Det er derfor som hovedregel ikke nødvendig med hjelp fra advokat.

Pasientskadenemnda har likevel i enkelte tilfeller dekket utgifter til advokathjelp i klageomgangen når erstatningssøkeren har spesielle vanskeligheter med å forstå innholdet i sakens dokumenter, eller av andre grunner ikke kan ivareta sine interesser. Det følger av pasientskadeloven § 17 andre ledd, jf. § 11, at pasienten kan få dekket sine utgifter til advokatbistand, men ifølge forarbeidene til loven kan slike utgifter altså bare dekkes i særlige tilfeller.

Pasientens anførsler har ikke ført frem. Etter nemndas oppfatning er det ikke særlige grunner for å dekke pasientens utgifter til juridisk bistand i denne saken.

Klagen har etter dette ikke ført frem.

Vedtaket er enstemmig

Pasientskadenemnda - PSN-2015-5276

Myndighet	Pasientskadenemnda - vedtak
Dato	2015-10-06
Doknr/publisert	PSN-2015-5276
Sammendrag	Erstatningsutmåling.
Saksgang	Klagesak nr N2015/5276
Parter	Mann - 58 år
Forfatter	Kjetil Gjøen, Ivar Holst, Lill Karin Mensen, Atle Larsen, Tron H. Torkildsen.

Norsk pasientskadeerstatning har utmålt erstatning til pasienten i vedtak av 03.09.12 (NPE snr. 2007/02874). Total erstatning som er tilkjent og utbetalt er kr 2.672.196.

Advokat ---- klaget på vedtaket ved brev datert 06.09.12. Advokat ----representerer pasienten i saken.

Klagesaken gjelder utmåling av erstatning for leggamputasjon av høyre ben etter behandling av åpent leggbrudd som gikk ned i ankelen.

Det ble oppnådd enighet mellom NPE og advokaten om følgende erstatningsposter:

Påført inntektstap til og med 2011	kr	613.196
Inntektstap 2012	kr	180.000
Fremtidig inntektstap	kr	1.165.000
Skatteulempe	kr	130.000

Som en del av erstatningsoppjøret ble det utbetalt kr 206.178 til forsikringsselskap på bakgrunn av regresshjemmel.

Nemnda skal ta stilling til erstatningens størrelse hva gjelder menerstatning, påført og fremtidig tap av hjemmearbeidsevne, påførte og fremtidige merutgifter og erstatning for boligtilpasning. Nemnda skal også ta stilling til dekning av utgifter til juridisk bistand under utmålingen i NPE.

Pasientskadenemnda behandlet saken i møte 06.10.15 med følgende konklusjon:

1. Pasientskadenemnda endrer Norsk pasientskadeerstatnings vedtak av 03.09.12 på postene menerstatning og fremtidig tap av hjemmearbeidsevne. For postene påført tap av hjemmearbeidsevne, påførte og fremtidige utgifter og boligerstatning opprettholder Pasientskadenemnda Norsk pasientskadeerstatnings vedtak.
2. Den økte erstatningen fordeler seg slik:

Menerstatning	kr	239.488
Fremtidig tap av hjemmearbeidsevne	kr	83.141 in kl.skatteulempe
Renter på tilleggsstatningen	kr	12.472
Sum	kr	335.101

Total erstatning (inkludert erstatningspostene som ikke er økt og erstatningspostene som ikke er klaget inn til Pasientskadenemnda) utgjør kr 2.861.297.

3. ---- tilkjennes ikke ytterligere erstatning for utgifter til juridisk bistand i forbindelse med utmålingen i NPE.
4. På posten fremtidige utgifter skal pasienten ha en tilleggsutbetaling, fordi kapitaliseringsrenten er

endret fra 5 % til 4 %, på samlet kr 42.554.

Kort om sakens bakgrunn

Pasienten er en mann på 58 år som på skadetidspunktet arbeidet som ----. Han er tidligere operert for prolaps i ryggen. Dette har vært en pasientskadesak der pasienten har fått utbetalt erstatning.

Pasienten ble innlagt ved ---- 29.03.07 etter et fall fra stige på omtrent tre meter. Han pådro seg et komplisert, åpent leggbrudd i høyre ben som gikk ned i ankelleddet. Bruddet ble behandlet med ekstern fiksasjon og han ble operert 12.04.07 med reposisjon av bruddet og innlegging av plate. Ved kontroll 03.08.07 fortalte pasienten at han hadde hørt et smell i benet. Det ble tatt røntgen uten at det ble oppdaget brudd i avstivingsplaten, og pasienten skulle fortsette med full belastning på benet. Ved ny kontroll 18.09.07 hadde smertene tiltatt, og røntgenundersøkelse viste betydelig feilstilling i bruddet. Pasienten fortsatte et konservativt behandlingsopplegg med spesialbandasje. Pasienten var til second opinion ved Oslo universitetssykehus HF, Ullevål der han ble operert for pseudartrose (utvikling av falskt ledd) og med avstiving av ankelleddet 22.04.08. Pasienten var plaget av betydelige smerter, og han ble operert med leggamputasjon ved Ullevål sykehus 11.01.11.

Etter en tilpasningsperiode er det beskrevet god protese funksjon for pasienten. Han kan imidlertid ikke lenger utføre sitt arbeid som ----, og han har vært på ulike tiltak for arbeidsutprøving. Han ble innvilget 60 % uførepensjon fra 01.10.14. Etter det advokaten har opplyst arbeidet han i tillegg med forefallende arbeid innenfor en stillingsramme på 40 %.

Saken har vært vurdert av Anders Walløe, spesialist i ortopedisk kirurgi, i erklæringer datert 01.04.08 og 12.08.08. I forbindelse med klagebehandling av ansvarsspørsmålet i Pasientskadenemnda ble det innhentet en erklæring datert 05.10.09 fra Ove J. Fasting, spesialist i ortopedisk kirurgi. I tillegg ble saken forelagt for Håkon Dalen, spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering i forbindelse med erstatningsutmålingen i NPE. Hans erklæring er datert 19.12.11. Advokat ---- har tidligere mottatt uttalelsene, og forutsettes kjent med innholdet.

Begrunnelse for vedtaket

Erstatningen er beregnet etter bestemmelsene i lov om skadeserstatning.

Saken er godt nok opplyst til at Pasientskadenemnda kan fatte vedtak.

Pasienten har krav på økt menerstatning

Pasienter som er påført varig og betydelig skade av medisinsk art, har krav på menerstatning. Dette følger av lov om skadeserstatning § 3-2.

Beregningen av menerstatningen er i hovedsak standardisert, ut fra blant annet alder da behandlingsskaden oppsto og folketrygdens grunnbeløp når erstatningen blir utbetalt.

Behandlingsskaden må være varig, og tilsvare en medisinsk invaliditetsgrad på minst 15 %. Menet fastsettes etter Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell.

Pasienten har fått utbetalt kr 106.000 i menerstatning fra NPE. Erstatningen er beregnet på bakgrunn av en medisinsk invaliditet i gruppe 1 (15-24 %). Det er lagt til grunn at pasienten har god protese funksjon etter leggamputasjonen, noe som etter invaliditetstabellen gir en varig medisinsk invaliditetsgrad på 15-24 %.

Advokaten krever menerstatning beregnet etter gruppe 3. I brev av 12.02.14 er kravet begrunnet i betydelige smerter/fantommerter i benet. Videre er det stilt spørsmål ved om det bør innhentes en ny spesialisterklæring som kan avklare om skaden hører inn under invaliditetstabellens punkt 4.3.2 bokstav b som omhandler dårlig protese funksjon. I brev av 25.04.12 er det også vist til at pasienten også har plager i form av hodepine og ryggmerter.

Pasientskadenemnda har kommet til at pasienten har krav på økt menerstatning.

Nemnda legger til grunn, slik det fremgår av pasientens journal fra Sørlandet sykehus, at pasienten er en aktiv protesebruker. Det er opplyst at han bruker protesen 10-12 timer per dag, han er selvstendig i ADL (alle daglige gjøremål), og han går uten krykker uten påfallende halting. I journalen er det beskrevet moderate smerter, herunder daglige fantomsmerter. Nemnda legger på bakgrunn av opplysningene i saken til grunn at pasienten har en god protesefunksjon. Det at pasienten må avlaste i rullestol gir etter nemndas vurdering ikke grunnlag for å konkludere med dårlig protesefunksjon. Nemnda bemerker også at pasienten ikke har vært til konsultasjon ved sykehuset den senere tiden.

Slik det fremgår av invaliditetstabellen er ubehag, smerter, kraftnedssettelse og symptomer fra det autonome nervesystemet som funksjonsbortfallet vanligvis medfører tatt i betraktning i invaliditetsgradene. Det at pasienten har smerter/fantomsmerter medfører dermed ikke erstatning etter en høyere gruppe. Når det gjelder migreneplager fremgår det av pasientens fastlegejournal at han hadde dette forut for det aktuelle.

På bakgrunn av dette mener nemnda at pasientens skade som følge av behandlingssvikten utgjør en varig medisinsk invaliditetsgrad i gruppe 1 (15-24 %).

Når det gjelder situasjonen uten behandlingsskaden viser nemnda til uttalelse fra sakkyndig Fasting om at pasienten hadde en alvorlig ankelskade som med optimal behandling ville kunne tilhele og bare gi moderate senplager med smerter og stivhet i ankelleddet. Han kunne også ende opp med mer alvorlige senfølger som artrose (avstiving) i ankelleddet.

Pasienten har fra tidligere hatt en ryggoperasjon, som ga en varig medisinsk invaliditetsgrad på 30 % (hvorav 15 % inngangsinvaliditet som følge av grunnlidelsen, og 15 % behandlingsrelatert).

Nemnda har foretatt en ny beregning av menerstatningen basert på Høyesteretts dom inntatt i Rt-2015-820.

Nemnda legger til grunn at pasientens totale varige medisinske invaliditetsgrad utgjør samordnet 46,8 % (gruppe 4). Pasienten inngangsinvaliditet utgjør 30 % (gruppe 2). Differansen mellom en erstatning i gruppe 4 og gruppe 2 utgjør kr 239.488.

Fra dette må nemnda gjøre fradrag for menerstatningen etter gruppe 1 (som pasienten allerede har fått utbetalt) beregnet etter dagens grunnbeløp og en kapitaliseringsrente på 5 % (den tidligere renten) tilsvarende kr 115.844. Tilleggserstatningen utgjør kr 123.644.

Pasienten har krav på økt erstatning for redusert evne til arbeid i hjemmet

Verdien av arbeid i hjemmet er likestilt med inntekt, se skadeserstatningsloven § 3-1. Det økonomiske tapet skal beregnes ut fra forskjellen mellom det hjemmearbeidet pasienten gjorde uten skaden og det arbeidet pasienten er i stand til å gjøre med skaden. Pasienten må prøve å begrense tapet, for eksempel ved å bruke hjelpemidler, ved å bruke lengre tid på arbeidet eller ved å omfordele/bytte oppgavene mellom familiemedlemmene.

Påført tap av hjemmearbeidsevne:

NPE har tilkjent erstatning for påført tap av hjemmearbeidsevne i perioden 2008-2012 med til sammen kr 35.000. Det er lagt til grunn et gjennomsnittlig årlig nivå på kr 12.000, men det er gjort fratrukk for utbetalt erstatning i tidligere erstatningssak (ryggskade etter prolapsoperasjon) med kr 5.000 per år. NPE viser til at grunnlidelsen ville medført en periode med redusert hjemmearbeidsevne, og at hjelpebehovet har avtatt noe etter hvert.

Advokaten har ikke fremmet noe krav for denne posten direkte, utover å opplyse at det er behov for hjelp i hjemmet.

Pasientskadenemnda mener at pasienten ikke har krav på økt erstatning for redusert evne til arbeid i hjemmet for den påførte perioden.

På bakgrunn av behandlingsskadens art og omfang finner nemnda at den tilkjente erstatningen ligger innenfor et forsvarlig skjønn. I likhet med NPE, mener nemnda at grunnskaden i seg selv ville medført redusert hjemmearbeidsevne. Sett hen til pasientens funksjonsnivå og nivået for denne posten i nemnds- og rettspraksis mener nemnda at det ikke er grunnlag for å tilkjenne en høyere erstatning. Når det gjelder renter viser nemnda til vedtaket fra NPE der det fremgår at det ikke er beregnet renter som følge av a-kontoutbetalinger.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak stadfestes.

Fremtidig tap av hjemmearbeidsevne:

NPE har tilkjent erstatning for fremtidig tap av hjemmearbeidsevne fra og med 2013 med kr 40.000. NPE har lagt til grunn et årlig beløp på kr 3.000, men hvor det også er sett hen til at pasienten fikk utbetalt et årlig beløp på kr 5.000 i sin tidligere erstatningssak. Det er lagt vekt på at pasienten ville flytte til en ny og mer hensiktsmessig bolig der behovet for hjelp i hjemmet vil være mindre.

Advokaten har ikke fremmet noe krav for denne posten direkte, utover å opplyse at det er behov for hjelp i hjemmet.

Pasientskadenemnda mener at det er grunnlag for å øke den tilkjente erstatningen for redusert evne til arbeid i hjemmet i den fremtidige perioden.

Nemnda legger til grunn at pasienten som følge av sin grunnlidelse med åpent leggbrudd ville hatt plager i form av smerter og stivt ankelledde dersom behandlingsskaden tenkes borte, jf. erklæringen til Fasting. Dette ville sannsynligvis medført vanskeligheter med å utføre enkelte hjemmearbeidsoppgaver både inne og ute. Videre legger nemnda til grunn at pasienten med en velfungerende protese klarer å utføre mange av hjemmearbeidsoppgavene, men at behandlingsskaden har medført vanskeligheter med å utføre spesielt tyngre arbeidsoppgaver og vedlikehold.

Hjemmearbeidsoppgavene vil i stor grad være konstante gjennom en periode, og nemnda legger til grunn at hjelpebehovet vil være størst i den første perioden frem til skaden har stabilisert seg og pasienten har tilpasset seg situasjonen. Pasienten har tidligere fått utbetalt kr 5.000 årlig for tapt hjemmearbeidsevne som følge av tidligere pasientskade. Nemnda legger til grunn at dette knytter seg til spesielt tyngre arbeidsoppgaver, og har sett hen til dette ved fastsettelse av erstatningen. Nemnda bemerker at nivåene under denne erstatningsposten er nøkterne, og derfor ikke vil reflektere de reelle utgiftene.

Tatt i betraktning at pasienten har blitt boende i huset sitt finner nemnda å øke den tilkjente erstatningen for denne posten noe. Sett hen til pasientens funksjonsnivå og nivået for denne posten i rettspraksis tilkjenner nemnda et årlig beløp på kr 5.000 for tapt hjemmearbeidsevne i den fremtidige perioden. I vurderingen er det da også sett hen til den tidligere utbetalte erstatningen som pasienten har fått. Erstatningen tilkjennes frem til fylte 75 år. Det er lagt til grunn en kapitaliseringsrente på 4 % for den fremtidige perioden i samsvar med nylig avsagt dom fra Høyesterett.

For den fremtidige perioden har pasienten krav på erstatning for redusert hjemmearbeidsevne med neddiskontert kr 69.284. Tillagt skatteulempe (20 %) utgjør samlet erstatning kr 83.141. Totalt er kr 40.000 for den fremtidige perioden utbetalt, slik at kr 43.141 gjenstår til utbetaling.

Pasienten har ikke krav på økt erstatning for utgifter

Pasienten skal ha erstattet økte utgifter som skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Det følger av rettspraksis at det bare er nødvendige og rimelige utgifter som skal erstattes. Erstatningen skal være et supplement/tillegg til ytelsene som pasienten kan få dekket av det offentlige. Pasienten må innrette seg slik at utgiftene ikke blir større enn nødvendig. Pasienten må forsøke å begrense tapet, blant annet ved å søke om de offentlige ytelsene som kan være aktuelle.

Påførte utgifter:

NPE har tilkjent pasienten erstatning for påførte utgifter med kr 50.000. Erstatningen er beregnet etter et årlig nivå på kr 10.000. NPE har lagt vekt på at pasienten har hatt utgifter tilsvarende egenandelskort 1 og 2, og disse er anslått til omtrent kr 5.000 årlig. I tillegg er det lagt til grunn at pasienten har hatt utgifter til stell av amputasjonsstumpen, protesejusteringer samt noe økte transportkostnader.

Advokaten har vist til at de årlige merutgiftene som følge av skaden er betydelig høyere enn det tilkjente beløpet. I brev av 25.04.12 viser han til at de påførte kostnadene må beregnes som en funksjon av de antatt fremtidige utgiftene. Han opplyser at pasientens utgiftsposter er medisiner og apotekutstyr, lege, psykolog, kiropraktor og fysioterapeut, utgifter til Momentum-samlinger, transport og bilhold utover grunnstønad, fyring og strøm, klær og personlige effekter, tekniske hjelpemidler, datautstyr med mer. Han har angitt et årlig beløp på kr 75.000, men dette inkluderer også postene hjemmearbeidsevne, juridisk bistand og pleie og omsorg. Det er også opplyst at pasienten ville ha god effekt av Terapimaster som følge av skaden, og at kostnaden utgjør kr 15.000.

Pasientskadenemnda mener at pasienten ikke har krav på økt erstatning for påførte utgifter.

Det er ikke fremlagt dokumentasjon på at pasienten er påført disse utgiftene, eller hva de ulike kostnadene utgjør. Utgifter til lege, psykolog og fysioterapeut dekkes av egenandelstak 1 og 2, og som er inkludert i den tilkjente erstatningen. Økte transportutgifter, merutgifter ved bruk av protese og merutgifter som følge av økt slitasje på klær og sengetøy kan søkes dekket av grunnstønad fra folketrygden, jf. folketrygdloven § 6-3 første ledd. Det forutsettes at pasienten søker dekning for sine utgifter via de offentlige ytelsene som er tilgjengelig.

Når det gjelder utgifter til Momentum-samlinger mener nemnda at dette må anses dekket gjennom menerstatningen.

Advokaten viser til at pasientskaden også har medført utgifter til tekniske hjelpemidler og datautstyr uten at dette er spesifisert nærmere. Nemnda finner ikke at det er grunnlag for å tilkjenne erstatning for et slikt krav. De aller fleste har datautstyr i dag, og nemnda kan ikke se at et slikt behov er en følge av behandlingsskaden. Det foreligger ingen dokumentasjon for økte utgifter til fyring/strøm, og nemnda finner ikke at behandlingsskaden gir grunnlag for å tilkjenne erstatning for dette. Nemnda mener også at det ikke er godtgjort at behandlingsskaden har medført behov for en Terapimaster.

Etter en konkret helhetsvurdering finner nemnda at den tilkjente erstatningen er fastsatt innenfor et forsvarlig skjønn. Det er ikke dokumentert eller sannsynliggjort at pasienten har hatt utgifter som følge av behandlingsskaden utover den tilkjente erstatningen.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak stadfestes.

Fremtidige utgifter:

NPE har tilkjent pasienten erstatning for fremtidige utgifter med kr 153.000 (dette tilsvarer et årlig beløp på kr 10.000). NPE har lagt vekt på at pasienten i fremtiden vil ha de samme utgiftspostene som for den påførte perioden.

Advokaten har vist til at de årlige merutgiftene som følge av skaden er betydelig høyere enn det tilkjente beløpet. I brev av 06.09.12 viser han til at pasientens funksjonsnivå med leggamputasjon og tilleggsplager i form av kroniske smerter og muskelplager i nakke/skulder/rygg. I brev av 25.04.12 er det vist til de samme utgiftspostene som for den påførte perioden. I brev av 17.11.10 er det også vist til at pasienten har utgifter som kan tilskrives sosialmedisinske behov.

Pasientskadenemnda mener at det ikke er grunnlag for å øke den tilkjente erstatningen for fremtidige utgifter.

I likhet med NPE mener nemnda at pasienten vil få økte utgifter som følge av behandlingsskaden. Dette vil typisk være utgifter til legebesøk, fysioterapi, transport, medisiner og for behandling av amputasjonsstumpen, og som må anses dekket gjennom den tilkjente erstatningen. Når det gjelder fysioterapi er dette utgifter som vil kunne variere fra år til år, der det blant annet er naturlig at utgiftene er størst i starten og at det vil være større grad av egentrening etter hvert som man lærer seg ulike øvelser. Slike utgifter inngår i egenandelskortet, som må anses dekket gjennom den tilkjente erstatningen. Nemnda viser for øvrig til det som fremgår under påførte utgifter.

Når det gjelder erstatning for utgifter til sosialmedisinske behov, herunder pleie- og ledsagerutgifter og utgifter til personlig assistent finner ikke nemnda grunnlag for å tilkjenne slik erstatning i denne saken. Nemnda viser til at pasienten har et godt funksjonsnivå, og er en aktiv protesebruker. Av sakens dokumenter fremgår det at han forflytter seg fint, og klarer seg selv i daglige gjøremål. Etter rettspraksis er det personer med betydelig mer omfattende funksjonsnedsettelse som tilkjennes slik erstatning.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak stadfestes.

Kapitalisering:

Nemnda gjør en justering i erstatningsbeløpet som følge av at Høyesterett har satt ned kapitaliseringsrenten. Tapet utgjør kr 162.962 med en kapitaliseringsrente på 4 %. Inkludert skatteulempe (20 %) blir tapet kr 195.554. Dette gir en tilleggsutbetaling på kr 42.554.

Merutgifter til boligtilpasning

Etter skadeserstatningsloven § 3-1 foreligger rett til erstatning for utgifter som personskaden antas å påføre skadelidte. På bakgrunn av forarbeidene og rettspraksis er det kun nødvendige og rimelige utgifter som skal erstattes. Erstatningen skal være et supplement til ytelsene fra det offentlige.

Pasienten har ektefelle og tre barn. Det er usikkert om noen av barna fremdeles bor hjemme. Boligen går over to etasjer pluss kjeller. Adkomsten til huset er via utvendige trapper opp til hoveddør, eller fra garasjen via trapp i kjeller. Hovedetasjen inneholder stue, kjøkken, toalett og vaskerom, og i andre etasje er det soverom og bad. I kjelleretasjen er det soverom og boder. Hagen har flere plattinger/trapper i ulike nivåer. Det fremgår av sakens opplysninger at pasienten benytter rullestol i hovedetasjen for å avlaste benet, men at han benytter krykker opp trappen til soverom og bad.

NPE har tilkjent pasienten boligerstatning med kr 200.000. Det er lagt vekt på at boligen med tilhørende hage ikke var godt egnet for pasienten, og at han som følge av dette ville flytte til en mer tilpasset bolig på ett plan. NPE har lagt til grunn at det tilkjente beløpet skulle dekke opp for eventuelle merkostnader knyttet til bytte av bolig. NPE har vært på hjemmebesøk hos pasienten, men det foreligger ikke noe notat fra besøket i sakens dokumenter.

Advokaten opplyser at pasienten har blitt boende i egen bolig, og krever erstatning slik at han kan få et tilbygg med sjakteheis på den opprinnelige boligen. Dette vil gi han et velfungerende hjem for en rullestolbruker. Advokaten viser i brev av 12.02.14 til at merkostnaden utgjør kr 1.000.000, med fratrukk for de utbetalte kr 200.000. Videre er det opplyst at pasienten har gjort endringer på boligen for omkring kr 250.000 for å lage hensiktsmessige løsninger for rullestolbruk. I tillegg er det behov for å planere og asfaltere gårdstunet slik at det blir fremkommelig for rullestol. Kostnaden knyttet til utendørs arbeid er anslått til kr 80.000.

Pasientskadenemnda finner ikke grunnlag for å øke de tilkjente erstatningen for boligtilpasning.

Det presiseres at det er nødvendige og rimelige utgifter som har oppstått som følge av behandlingsskaden som kan kreves dekket, og ikke en ideell boligløsning. Løsningen skal imøtekomme pasientens funksjonelle behov i det daglige, innenfor nøkterne rammer.

Det fremgår av sakens opplysninger at pasienten har brukt 250 000 på tilpasning av bolig, herunder ombygging av kjøkken. Det er vist til at kjøkkenet nå er innredet med en større kjøkkenbenk med skuffer slik at pasienten nå har tilgang til det han trenger fra rullestol.

Nemnda vil bemerke at det ikke er opplyst om pasienten har benyttet seg av tilbud fra det offentlige med tanke på tilpasninger og hjelpemidler i hjemmet. Det offentlige kan bidra med rullestolrampe, trappeheis og hjelpemidler/tilpasninger til kjøkken og bad, og det må forutsettes at pasienten benytter de offentlige ordningene til hjelpefunksjoner i hjemmet som finnes.

Det kan stilles spørsmål ved om det er hensiktsmessig for pasienten å bli boende hjemme med de tilpasninger av boligen som er nødvendig, eller om det ville være en bedre løsning å flytte til en mer egnet bolig med alt på ett plan. Pasienten har imidlertid valgt å bli boende i eksisterende bolig fremfor å flytte.

Det fremgår av erklæringen til Håkon Dalen, spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering, at pasienten har vært igjennom en vellykket rehabilitering etter amputasjonen, og at han fremstår som en velfungerende protesebruker. Det er vist til at pasienten utfører ulike gang- og forflytningstester med normale resultater. Videre fremgår det av erklæringen at det under vanlige boforhold vil være svært uvanlig at det skulle foreligge behov for tilpasninger/endringer for en pasient i hans alder som har en velfungerende leggprotese.

Nemnda legger til grunn for vurderingen at pasienten i dag har en god protese funksjon. Selv om han har behov for avlastning fra protesen ved hjelp av rullestol innendørs, kan han komme seg rundt i huset, også opp til 2. etasje, ved hjelp av krykker. Det er pasientens beskrevne funksjonsnivå med god protese funksjon som må danne grunnlaget for vurderingen.

Etter nemndas vurdering er den skisserte ombyggingen av pasientens bolig utenfor det som kan anses som rimelig og nødvendig. Nemnda mener at den tilkjente erstatningen gir rom for de tilpasninger som må være aktuelle sett hen til pasientens funksjonsnivå og behov. Nemnda finner ikke grunnlag for å tilkjenne erstatning for full ombygging tilpasset rullestolbruk. Nemnda viser til at pasienten har beskrevet god protese funksjon, og en slik tilpasning må derfor anses å være utenfor det som er rimelig og nødvendig.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak stadfestes.

Renter

Det må beregnes forsinkelsesrenter på den utgiftserstatningen som er økt i forhold til det pasienten ble tilkjent i NPE. Forsinkelsesrenter beregnes fra 03.09.12 (NPEs vedtakstidspunkt) til oppgjørstidspunktet, og utgjør kr 12.472.

Ytterligere dekning av utgifter til advokathjelp under behandlingen i NPE dekkes ikke

Saken gjelder også krav om dekning av ytterligere utgifter til advokathjelp under behandlingen av erstatningssaken i NPE. I de tilfellene utgifter til advokathjelp blir dekket, dekker Norsk pasientskadeerstatning de utgiftene som er nødvendige og rimelige i den aktuelle saken.

NPE har i vedtak av 03.09.12 tilkjent dekning av utgifter til advokathjelp med kr 115.625 inkl. mva. NPE viser til at de ikke dekker utgifter knyttet til arbeid ovenfor andre instanser, og at det foreligger en vidløftiggjøring av arbeidet i saken. Det er lagt til grunn at rimelig og nødvendig bistand i saken utgjør 50 timer, og det tilkjente beløpet er basert på en timepris på kr 1.850 eks. mva.

Advokaten har fremmet krav om dekning av utgifter til advokathjelp med kr 240.625 for arbeid med saken. Han viser til et tidsforbruk på 110 timer, og det er lagt til grunn en timepris på 1 750 eks. mva. I brev av 19.03.15 viser han til at saken har tatt mer enn fem år, og at det i snitt har vært et arbeid på under 30 timer i året.

Pasientskadenemnda finner ikke grunnlag for å tilkjenne ytterligere dekning av utgifter til juridisk bistand.

Den mottatte timelisten viser at arbeidet som det kreves dekning for knytter seg til en løpende periode fra og med 26.05.08. Dette var før det ble sendt inn skademelding til NPE. Nemnda skal kun vurdere størrelsen på kravet for dekning av juridisk bistand som knytter seg til erstatningsutmålingen i NPE. Utgifter som knytter seg til arbeid før saken kom til utmåling i NPE vil ikke bli dekket. Nemnda bemerker at timelisten som er mottatt sammen med salærkravet er omfattende. Både Norsk pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda er forvaltningsorganer med medisinsk og juridisk kompetanse, som på selvstendig grunnlag utreder og avgjør saken.

Saken har vært til utmåling i NPE i perioden fra 13.01.10 og frem til vedtak ble fattet 03.09.12. I denne perioden har advokaten brukt 53,75 timer på saken. Det fremgår av timelisten at det er fremmet krav om dekning av utgifter som knytter seg til arbeid ovenfor blant annet Nav, Tryg og kommunen, og som ikke kan kreves dekket gjennom pasientskadeordningen.

NPE har tilkjent dekning av juridisk bistand med kr 115.625. Timeprisen som er lagt til grunn er høyere enn hva advokaten har krevet. Nemnda viser til at selv om saken omhandler mange erstatningsposter er det gått med et timeantall i saken som etter nemndas vurdering er utenfor det som må anses som rimelig og nødvendig. Advokaten har heller ikke foretatt beregninger i saken. Det tilkjente beløpet fremstår dermed som romslig.

Etter nemndas beregninger utgjør kostnadene til juridisk bistand i denne saken basert på 50 timers arbeid kr 109.375. NPE har basert seg på en timesats som er høyere enn det advokaten har opplyst, og har derfor tilkjent et for høyt beløp.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak stadfestes.

Justert erstatning på fremtidige tapsposter

Høyesterett bestemte i dom av 12.12.14 at kapitaliseringsrenten (renten vi bruker når vi fastsetter erstatningen på fremtidige tapsposter til et engangsbeløp) skal settes ned fra 5 % til 4 %. Samtidig ble erstatningen for skatteulempen redusert. Når vi legger til grunn at erstatningssøker får en lavere rente på erstatningsbeløpet, vil mange kunne ha krav på en noe høyere erstatning enn tidligere.

Nemnda har på denne bakgrunnen funnet det riktig å vurdere om det er grunnlag for å utbetale et tilleggsbeløp til pasienten for posten fremtidig inntektstap. Pasienten ble tilkjent erstatning for denne posten med kr

1.165.000, og erstatningsposten ble ikke klaget inn for Pasientskadenemnda. NPE la til grunn for beregningen av tapet at pasienten ville få innvilget 100 % varig uførepensjon fra og med 2014. I ettertid har det visst seg at pasienten ble innvilget 60 % varig uførepensjon fra 01.10.14 (60 % uføretrygd fra 01.01.15), og at han har arbeidet ved siden av tilsvarende 40 % stilling. Nemnda har funnet grunnlag for å legge inn de nye forutsetningene i sin beregning. Etter nemndas beregninger, og på bakgrunn av de endrede forutsetningene i saken, gir ikke den nye kapitaliseringsrenten grunnlag for ytterligere erstatningsutbetaling for fremtidig inntektstap.

Klagen har ført delvis frem. Saken sendes tilbake til Norsk pasientskadeerstatning for utbetaling av tilkjent erstatning.

Vedtaket er enstemmig.

Pasientskadenemnda - PSN-2015-2405

Myndighet	Pasientskadenemnda - vedtak
Dato	2015-10-06
Doknr/publisert	PSN-2015-2405
Sammendrag	Utmåling av erstatning for pasientskade diagnostisering av skade i leddbånd i tomlene.
Saksgang	Klagesak nr N2015/2405
Parter	Mann- 43 år
Forfatter	Kjetil Gjøen, Ivar Holst, Lill Karin Mensen, Atle Larsen, Tron H. Torkildsen.

Norsk pasientskadeerstatning har utmålt erstatning til pasienten i vedtak av 17.01.14 (NPE snr. 2011/01185). Total erstatning som er tilkjent og utbetalt er kr 1.456.000.

Pasienten har i ansvarsvedtak 08.12.11 fått medhold i sitt erstatningskrav for forsinket diagnose av skade på leddbånd i begge tomlene og følgene av dette.

Pasienten har fått utbetalt menerstatning i gruppe 1 med kr 130.000. Videre har pasienten fått kr 203.351 for lidt inntektstap, kr 825.808 for fremtidig inntektstap, kr 128.462 for skatteulempe, kr 130.000 for lidt og fremtidig tap i hjemmearbeidsevne og kr 38.000 for påførte og fremtidige utgifter.

Advokat ---- representerer pasienten i saken og klaget på vedtaket 24.01.14.

Klagesaken gjelder utmåling av erstatning for postene menerstatning, lidt og fremtidig inntektstap herunder også pensjonstap, lidt og fremtidig tap i hjemmearbeidsevne samt skatteulempe.

Pasientskadenemnda behandlet saken i møte 05.10.15 med følgende konklusjon:

Pasientskadenemnda stadfester Norsk pasientskadeerstatnings vedtak av 23.03.12.

Kort om sakens bakgrunn

Pasienten er en uførepensjonert mann på 43 år.

Pasienten falt og skadet begge tomler 02.05.09. Han oppsøkte ---- legevakt kvelden 03.05.09, der vanlig røntgen ikke påviste brudd. Pasienten ble ikke bedre og oppsøkte fastlege som henviste til MR. Det ble konstatert UCL (ulnaris kollateralligament) skade i venstre tommel. Den 11.06.09 ble pasienten operert i begge tomlene. På dette tidspunktet hadde pasienten fortsatt plager, spesielt i venstre tommel, og han var henvist til ergoterapeut for tilpassing av støtteskinne.

NPE har lagt til grunn at skaden ble forsinket diagnostisert og behandlet. Pasienten har senere gjennomgått flere inngrep på venstre tommel, men har fremdeles funksjonsreduksjon. Han har utviklet betydelige smerter i hånden på denne siden. Høyre tommel har etter det opplyste ikke fått varige skader.

Saken har vært vurdert av spesialist i allmennmedisin Tor Vattekar. Hans erklæring er datert 05.09.11. Saken har også vært vurdert av spesialist i ortopedisk kirurgi Norvald Langeland. Hans erklæring er datert 07.09.11. Videre har NPE konferert spesialist i ortopedisk kirurgi Emil Mohr, som er gjengitt i notater datert 24.10.11 og 07.12.11. Overlege Ole Reigstad ved ortopedisk avdeling, Rikshospitalet, har skrevet spesialisterklæring datert 30.01.13. Videre har NPE konferert sakkyndig spesialist i anesthesiologi Ulf Kongsgaard. Det vises til notat

20.02.13. Anestesiolog Gunnvald Kvarstein har skrevet spesialisterklæring datert 19.04.13. NPE har videre konferert sakkyndig spesialist i nevrologi Gry Klevan. Det vises til notater datert 25.04.13, 06.06.13 og 16.01.14. Advokat ---- har tidligere mottatt uttalelsene og forutsettes kjent med disse.

Begrunnelse for vedtaket

Erstatningen er beregnet etter bestemmelsene i lov om skadeserstatning.

Saken er godt nok opplyst til at Pasientskadenemnda kan fatte vedtak.

Pasienten har ikke krav på økt menerstatning

Pasienter som er påført varig og betydelig skade av medisinsk art, har krav på menerstatning. Dette følger av lov om skadeserstatning § 3-2.

Beregningen av menerstatningen er i hovedsak standardisert, ut fra blant annet alder da behandlingsskaden oppsto og folketrygdens grunnbeløp når erstatningen blir utbetalt.

Behandlingsskaden må være varig og tilsvare en medisinsk invaliditetsgrad på minst 15 %. Menet fastsettes etter Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell.

Pasienten har fått kr 130.000 i menerstatning fra NPE. Erstatningen er beregnet på bakgrunn av en medisinsk invaliditet i gruppe 1 (15-24 %).

Advokat ---- krever på vegne av pasienten menerstatning etter en høyere gruppe. Det er anført at dr. Kvarsteins erklæring i sin helhet må legges til grunn og at det ikke er grunnlag for å redusere den medisinske invaliditeten han har angitt til 50 %. Det er vist til at pasienten har smerter også i hvile og at de diagnostiske kriteriene for CRPS således er oppfylt. Pasienten har fått betydelige psykiske plager på grunn av den somatiske smertesituasjonen og i forhold til å ha kommet i en for han uvirkelig/håpløs situasjon. Pasienten er henvist til oppfølgende behandling ved DPS for disse plagene. I den grad disse psykiske plagene gir seg utslag utover hva som er innbakt i den somatiske tabellfastsettelsen - således ved en særskilt diagnose etter ICD-10 - jf. tabellens punkt 1.10 - tas det forbehold om å kreve ytterligere menerstatning utover det som er klarlagt vedrørende somatisk VMI.

Nemnda finner ikke grunnlag for å øke den tilkjente menerstatningen.

Det foreligger en rekke spesialistvurderinger i saken og det er betydelige forskjeller i vurderingene av pasientens skade, smertetilstand og medisinsk invaliditet. Nemnda har merket seg menvurderingen til anestesiolog Kvarstein, men kan ikke se at den gir grunnlag for å utmåle menerstatning etter en høyere medisinsk invaliditet. Dr. Kvarstein har vurdert pasientens smertetilstand i venstre tommel til å utgjøre 50 % medisinsk invaliditet etter tabellens punkt 3.11. Hva gjelder årsaksforholdet uttaler han imidlertid at det er primærskaden med en kraftig dislokasjon på grunnleddsnivå som kan ha påført pasienten en nerveskade med utvikling av en CRPS type II. Pasienten har ikke vært vurdert ved smerteklinikk, og har ikke forsøkt behandling med fysioterapi eller koanalgetika som Sarotex, Neurontin og Lyrica.

Samtlige av de ortopediske sakkyndige som har uttalt seg i saken har karakterisert den eksessive smertetilstanden pasienten beskriver som en ikke kjent og påregnelig følge av verken grunnskaden eller behandlingforsinkelsen, der sluttresultatet i form av en avstivet tommel (som i dette tilfelle) vanligvis anses å være det dårligst tenkelige utfallet. ---- har innhentet to spesialisterklæringer, henholdsvis fra ortoped og fysikalsk medisiner, som begge underkjenner erklæringen til dr. Kvarstein fordi de mener at vilkårene for å diagnostisere en CRPS-tilstand ikke er oppfylt.

NPEs sakkyndige spesialist i nevrologi Klevan har gjennomgått dr. Kvarsteins erklæring med tanke på vilkårene for CRPS-diagnosen. Hun mener det må legges vekt på at Kvarstein selv har undersøkt pasienten og har funnet forandringer i hånden/tommelbegetet som ikke kan forklares på annen måte enn at det har skjedd en nervepåvirkning/nerveskade (hevelse og temperaturforskjeller). Dr. Klevan konkluderte under tvil med at det forelå en CRPS-tilstand. Den er imidlertid ikke helt komplett, og hun reduserte derfor samlet medisinsk invaliditet til 40 %.

Med hensyn til årsaksforholdet fremholder dr. Klevan at grunntraumet er en helt nødvendig betingelse for smertetilstanden. Tiden som gikk frem til behandling medførte dog en øket risiko for at tilstanden skulle bli

varig. Etter en skjønnsmessig vurdering fant dr. Klevan det rimelig å legge til grunn at halve tilstanden ble tilskrevet behandlingforsinkelsen, dvs. en varig medisinsk invaliditet på 20 %. Den øvrige halvparten skyldes selve traumet.

Nemnda finner å legge til grunn dr. Klevans vurdering om at det ikke foreligger komplett CRPS og at halvparten av samlet medisinsk invaliditet på 40 % er en følge av behandlingsskaden. Nemnda legger således til grunn at behandlingsskaden ikke utgjør mer enn 20 % medisinsk invaliditet.

Pasienten har i tillegg epilepsi, og har i perioder fått førerkortet inndratt som følge av anfall. Inngangsinvaliditeten settes til 30 % i samordnet sum, dvs. gruppe 2. Samlet medisinsk invaliditet etter skaden utgjør 44 % i samordnet sum, dvs. gruppe 3.

Det er videre grunn til å merke seg at det i vedlegget til invaliditetstabellen slås fast at psykiske reaksjoner som vanligvis kan følge av fysisk skade, er innveid i invaliditetstabellen for fysisk skade, og at punkt 1.10 for psykiske skader ikke skal anvendes. Det er i kommentaren til vedlegget også vist til at det ikke skal tas hensyn til at psykiske reaksjoner kan vise store individuelle forskjeller. Nemnda kan ikke se at det foreligger holdepunkter for at pasientens eventuelle psykiske vansker har medført en betydelig skade av medisinsk art. Det synes uansett ikke å foreligge årsakssammenheng mellom behandlingsskaden og anførte psykiske vansker. Det er etter nemndas oppfatning ikke grunnlag for et individuelt tillegg i saken.

Dersom man legger til grunn differanseprinsippet, jf. Rt-2015-820, vil beregningen av menerstatningen utgjøre differansen mellom gruppe 2 (268 903) som er inngangsinvaliditeten og gruppe 3 (403 355) som er den totale invaliditeten. Dette utgjør totalt en erstatning på kr 134.452.

Pasienten har fått utbetalt menerstatning i gruppe 1 med kr 130.000. Ut fra dagens G utgjør dette kr 156.868. Det gjenstår etter dette ingen erstatning til utbetaling.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak stadfestes på dette punktet.

Pasienten har ikke krav på økt erstatning for inntektstap

Erstatningen skal dekke inntektstap som mest sannsynlig skyldes pasientskaden, se skadeserstatningsloven § 3-1. Pasientskadenemnda beregner tapet ut fra den inntekten pasienten sannsynligvis ville fått utbetalt dersom skaden ikke hadde skjedd, og den inntekten pasienten får utbetalt med skaden. Pasientskadenemnda må ta hensyn til utgifter pasienten sparer ved ikke å være i (fullt) arbeid (for eksempel fagforeningskontingent, reiseutgifter, utgifter til pensjonsordning).

Pasienten har ingen utdanning utover førerkort klasse C med truckførerbevis. Han fikk skaden i mai 2009 og var da ansatt i ---- som ----. Arbeidsforholdet hos ---- opphørte 30.11.10. Inntekten fra arbeidsforholdet og NAV var i 2010 kr 331.662. Det er deretter et «opphold» i inntekthistorikken idet han først søkte og fikk arbeidsavklaringspenger innvilget fra og med 28.03.11. Dette er i tidligere korrespondanse med NPE og i fastlegejournalen forklart dels med at han sluttet i jobben for å prøve seg i et snekkerfirma som ikke tjente penger, dels oppstod det uklarheter og konflikt med NAV om sykeperengerettigheter i perioden. Fastlegens journal datert 05.04.11 angir imidlertid at pasienten skal ha fått beskjed fra NAV om at han hadde rett til sykepenger.

Pasienten søkte om uførepensjon i september 2014. NAV har i vedtak 12.03.15 innvilget pasienten 100 % uføretrygd fra 1. april 2015. Det fremgår at han vil motta kr 24.428 i uføretrygd per måned før skatt, dvs. årlig kr 293.136.

Pasientens inntekter har vært som følger:

2004:	kr	299.454
2005:	kr	313 999 (hvorav sykepenger kr 144.000 tidsrom 18/7 . 31/12)
2006:	kr	255.180 (hvorav sykepenger kr 117.600 tidsrom 2/1 - 17/5)
2007:	kr	322.295 (hvorav tre korte sykeperioder og 5/9-28/10 og 1/12-21/12)

2008:	kr 340.678 (sykemeldt 4 uker)
2009:	kr 337.834 (sykemeldt en uke i mars, sammenhengende sykemeldt fra 4/5 til 13/11)
2010:	kr 331.662 (hvorav kr 43.610 fra NAV)
2011:	kr 217.461 (hvorav kr 188.598 fra NAV) Arbeidsforholdet opphørte 30.11.10
2012:	kr 269.430 (arbeidsavklaringspenger)
2013:	kr 269.347 (arbeidsavklaringspenger)
2014:	kr 279.276 (arbeidsavklaringspenger)

Påført inntektstap (årene 2010-2013)

Pasienten har fått erstatning for påført inntektstap med kr 203.351 inkludert renter. NPE har dekket pasientens fulle inntektstap i 2011. Det er lagt til grunn at pasienten ville vært tilbake i arbeid igjen i 2011 med en månedslønn på kr 30.000, i tråd med advokatens anførsel. Det er for de påfølgende årene lagt til grunn at pasienten som følge av selve fallet og grunnskadene ville blitt 50 % arbeidsufør, mens han som følge av begge skadene samlet blir 100 % ufør. I beregningene av inntektstapet har NPE følgelig tatt utgangspunkt i en inntekt uten skaden som består av lønn i 50 % stilling og en 50 % uførepensjon som skjønsmessig er satt til kr 110.000 årlig. Inntekt med skaden er da satt til kr 220.000, dvs. antatt full uførepensjon.

Advokat ---- har på vegne av pasienten anført at den tilkjente erstatning er for lav. Det kreves erstatning for tap av full arbeidsevne/arbeidsuførhet både for lidte (fra og med 2010) og fremtidige periode. Advokat ---- har anført at pasienten uten skaden ville ha jobbet full stilling og hatt en inntekt på kr 350.000 i 2010 og kr 360.000 i år 2011. Advokat ---- har fremlagt kopi av skriv fra tidligere arbeidsgiver datert 23.09.11 om hva lønnen ville ha vært. Det er anført en brutto månedslønn på kr 30.000.

Nemnda finner ikke grunnlag for å øke den tilkjente erstatningen for lidt inntektstap.

Nemnda legger til grunn at pasienten ikke led noe inntektstap i 2010, da han hadde krav på sykepenger fra trygden. Nemnda vil påpeke pasientens plikt til å begrense sitt tap, herunder finne passende arbeid eller ta de nødvendige initiativ overfor NAV dersom ervervsevnen blir redusert.

Nemnda finner det sannsynlig at pasienten også uten behandlingsskaden ville hatt redusert ervervsevne. Sett hen til pasientens yrkeserfaring/tidligere tilknytning til arbeidslivet, tidligere arbeidsinntekter samt beskrevne grunnsykdommer, finner nemnda det høyst usikkert om pasienten ville ha klart å arbeide så mye som en 50 % stilling dersom behandlingsskaden tenkes borte.

Pasienten har hatt mange og langvarige sykemeldingsperioder forut for behandlingsskaden. Det foreligger flere sykemeldingsperioder for hvert enkelt år pasienten har vært i arbeid. Det har i hovedsak dreid seg om alvorlig depresjonslidelse, søvnvansker, diabetes, dyspepsi/fordøyelsesbesvær og luftveisinfeksjoner. Han har i perioder fått inndratt førerkortet som følge av epilepsi, og har i disse periodene vært sykemeldt fordi han ikke har kunnet utføre sjåføryrket. Pasienten har stadig skiftet arbeidsplass, begrunnet i at han ikke har kunnet utføre jobben eller fordi han ikke har trivdes. Senest ved legekonsultasjon 09.09.08 fremgår at pasienten ikke trives på jobb og han ble sykemeldt for depresjon. Av journalnotat datert 17.02.09 fremgår at pasienten hadde startet i ny jobb som sjåfør og trivdes. Han hadde imidlertid fått smerter i høyre epikondyl (albue). Pasienten oppsøkte lege igjen 06.04.09 grunnet lateral epikondylitt (tennisalbue). Det fremgår at han belastet dette området en del i jobben.

Det synes også å være flere årsaker til at pasienten ikke har vært i arbeid etter at behandlingsskaden oppsto. Pasienten fikk skaden i mai 2009. Etter endt rekonvalesens, er det først i år 2011 at tommelskaden nevnes som årsak til arbeidsuførhet. Han hadde i mellomtiden vært sykemeldt av andre årsaker. Sykemeldingsperiodene i 2010 omhandlet betennelse i albuen (epikondylitt), plager han hadde også før behandlingsskaden oppsto. Det fremgår av fastlegejournalen at pasienten hadde vært plaget med betennelse i begge albuer i flere måneder, en skade oppstått etter tunge løft. Det ble forsøkt sykemelding, Arcoxia og Celeston injeksjon, uten effekt. Av journalnotat 15.11.10 fremgår at pasienten fortsatt hadde smerter i begge epikondylitter, noe som medførte at

sykemeldingen ble forlenget til 03.12.10. Han slet også med svimmelhet i perioder, mest ved arbeid, da han reiste seg med tunge løft. Arbeidsforholdet hos ---- opphørte 30.11.10. På bakgrunn av journalnotatene finner nemnda det ikke tvilsomt at albueplagene var en betydelig årsak med hensyn til pasientens nedsatte arbeidsevne i 2010, herunder årsak til opphør av arbeidsforholdet. Etter nemndas syn var de beskrevne albueplagene ikke forenelig med arbeidsoppgavene hos ----. Det var først ved konsultasjon 09.03.11 at tommelskaden ble et tema igjen. Han var da i tillegg deprimeret og hadde residiverende epikondylitter. Det fremgår at han måtte slutte i jobben som følge av funksjonsnedsettelse og at han ville sette frem krav om AAP.

Ut ifra saksopplysningene finner nemnda at det kan stilles spørsmål ved omfanget av pasientens plager som følge av behandlingsskaden/forsinkelsen, noe som også får betydning for vurdering av inntektstapet. Dr. Reigstad og dr. Kvarstein har i sine erklæringer uoppfordret pekt på at årsaken til smertetilstanden kan være utløst av selve falltraumet. Dr. Reigstad angir at: «Det er vanskelig å se at den betydelig reduserte funksjonen han angir kan relateres til den forsinkede diagnostikken av ULC/ligamentskaden og den etterfølgende avstivningen av tommelgrunnleddet.» Dr. Kvarstein anfører: «Primærskaden med en kraftig dislokasjon på grunnleddsnivå kan ha påført pasienten en nerveskade (gren av nervus radialis) med utvikling av CRPS type II.» Videre har dr. Klevan poengtert at det medisinskvitenskapelig sett ikke finnes publisert materiale som gir sannsynlighetsovervekt for at pasientens smertetilstand skyldes behandlingsforsinkelsen. Etter nemndas syn er det mest sannsynlig selve grunntraumet, og ikke behandlingsforsinkelsen, som er årsak til pasientens smerteskade.

Sett hen til at pasienten i år 2011 har fått erstattet sitt fulle tap, anser nemnda at det foreligger en god kompensasjon i forhold til den betydning behandlingsskaden har hatt for inntektstapet. Hva gjelder de påfølgende årene synes NPEs anslag over inntekt uten skaden å ligge innenfor et forsvarlig skjønn.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak stadfestes på dette punktet.

Fremtidig inntektstap (årene 2014-2038)

Pasienten har fått erstatning for fremtidig inntektstap med kr 825.808 (kr 954.270 inkludert skatteulempe). Det er lagt til grunn at pasienten fra 2014 ville tjent kr 200.000 og mottatt trygd med kr 110.000 dersom skaden ikke hadde inntruffet. I situasjonen med skaden er det lagt inn uføretrygd pålydende kr 220.000.

Advokat ---- har på vegne av pasienten anført at den tilkjente erstatning er for lav. Det kreves erstatning for tap av full arbeidsevne/arbeidsuførhet.

Nemnda finner ikke grunnlag for å øke den tilkjente erstatningen for fremtidig inntektstap.

I likhet med NPE legger nemnda til grunn at det er mest sannsynlig at pasienten også uten behandlingsskaden ville hatt en redusert ervervsevne med minst 50 %. Det vises til samme begrunnelse som vurdert under det lidte tapet.

Spørsmålet om hvor stor stillingsprosent pasienten ville klart å stå i dersom behandlingsskaden tenkes borte beror på en sannsynlighetsvurdering. NPE har lagt til grunn at pasienten ville ha jobbet i en 50 % stilling, og har regnet ut at dette ville gi ett fremtidig inntektstap på neddiskonterte kr 825.808, og kr 954.270 med skatteulempe. Dersom denne stillingsprosenten legges til grunn, viser nemndas beregninger et betydelig lavere tapsbeløp. Det vises til oppdaterte opplysninger (herunder vedtaksbrev om uføretrygd og likningsdokumenter) som viser at pasienten mottar en høyere uføretrygd enn lagt til grunn av NPE.

Det er i tråd med rettspraksis å legge til grunn at alle arbeidstakere har noen utgifter forbundet med det å være i jobb. Nemnda viser her til Rt-1993-1538 hvor man fant det vanskelig å tallfeste de eksakte utgiftene skadelidte hadde, men hvor man likevel fant det «riktig å legge til grunn at det til den gjennomsnittlige brutto arbeidsinntekt på 180 000 kroner ville ha knyttet seg utgifter som jeg skjønnsmessig setter til ca 10 000 kroner.» Det legges inn i beregningen at pasienten mest sannsynlig ville hatt utgifter pålydende kr 5.000 ved å være i 50 % arbeid.

For beregningen av det fremtidige tapet legges det til grunn en inntekt uten skaden med kr 200.000 og arbeidsavklaringspenger med kr 138.638 i år 2014. Som inntekt med skaden legges det inn arbeidsavklaringspenger med kr 279.276, slik det fremgår av likningen.

For året 2014 er det således beregnet et tap på kr 32.841.

Pasienten har fått innvilget 100 % uføretrygd f.o.m. 01.04.15, jf. NAVs vedtak 12.03.15. For 2015 har nemnda lagt inn i beregningen den uføretrygden som fremgår av pensjonsbrevet. Uføretrygden er beregnet til å utgjøre årlige kr 293.136. Fra år 2015 blir uføretrygd skattlagt som lønnsinntekt. Særfradraget er tatt ut av beregningen.

I situasjonen tenkt uten skaden er det lagt inn lønn med kr 195.000 (i tråd med advokatens anførsel om årlig lønnsøkning på kr 10.000) og 50 % uføretrygd med kr 139.638. På denne bakgrunn kommer nemnda til at det foreligger et årlig inntektstap fra og med 2015 på kr 27.926. Det fremtidige inntektstapet er beregnet til neddiskontert (4 % kapitaliseringsrente) kr 475.661, og kr 570.792 inkludert skatteulempe (20 %). Pasienten har allerede fått utbetalt kr 954.270. Det foreligger således en betydelig overkompensasjon.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak stadfestes på dette punktet.

Pasienten har ikke krav på erstatning for pensjonstap

NPE har ikke tilkjent erstatning for tap i fremtidig pensjon.

Advokat ---- har på vegne av pasienten framsatt krav om erstatning for tap i fremtidige pensjonsinntekter med cirka kr 50.000 - 80 000. Det anføres at pasienten får opptjent mindre pensjonsrettigheter i folketrygden ved å ikke være i inntektsgivende arbeid. Pasientens OTP-rettigheter skal som korrekt anført ivaretas av foretaket ved at lov om obligatorisk tjenstepensjon § 4 er pålagt å dekke premiekostnadene ved innskuddsfritak ved uførhet m.m. Dette har imidlertid som konsekvens at avsatt beløp i forhold til å være i arbeid regulært blir mye mindre - og som da gir pasienten et pensjonstap.

Nemnda finner ikke grunnlag for å tilkjenne erstatning for pensjonstap. Når det gjelder pensjon fra folketrygden vil alderspensjonsopptjening være den samme før og etter uførhet, jf. folketrygdens regler. Det samme gjelder tjenstepensjon fra arbeidsgiver. Uføre opparbeider seg rettigheter til alderspensjon som om de hadde vært arbeidsføre.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak stadfestes på dette punktet.

Pasienten har ikke krav på økt erstatning for redusert evne til arbeid i hjemmet

Verdien av arbeid i hjemmet er likestilt med inntekt, se skadeserstatningsloven § 3-1. Det økonomiske tapet skal beregnes ut fra forskjellen mellom det hjemmearbeidet pasienten gjorde uten skaden og det arbeidet pasienten er i stand til å gjøre med skaden. Pasienten må prøve å begrense tapet, for eksempel ved å bruke hjelpemidler, ved å bruke lengre tid på arbeidet eller ved å omfordele/bytte oppgavene mellom familiemedlemmene.

Pasienten har fått erstatning for redusert evne til arbeid i hjemmet i påførte periode (2009-2013) med kr 30.000 inkludert renter. Erstatning for fremtidig tap av hjemmearbeidsevne er tilkjent med kr 100.000 inkludert skatteulempe. Det fremgår av vedtaket at erstatningen er beregnet på bakgrunn av et årlig beløp på kr 5.000.

Advokat ---- har på vegne av pasienten fremsatt krav om dekning av tapt hjemmearbeidsevne anslått til kr 7.000 - 10 000 årlig. Det er vist til at pasienten har problemer med mange tyngre oppgaver, særlig knyttet til vedlikehold av bolig og bilhold. Videre opplyses om at pasienten bor alene. Pasienten fremholder at den skadede venstre tommelen er på hans dominante hånd.

Nemnda finner ikke grunnlag for å øke den tilkjente erstatningen for tapt hjemmearbeidsevne.

Innledningsvis vil nemnda bemerke at rettspraksis er restriktiv med hensyn til utmåling av erstatning for redusert arbeid i hjemmet. Nemnda presiserer at pasienten innenfor det som med rimelighet kan forventes, har en plikt til å begrense sitt tap ved å innrette seg på en slik måte at hjelpebehovet blir minst mulig. Nemnda legger til grunn at pasienten fortsatt kan utføre de fleste arbeidsoppgaver i hjemmet, men at han kan ha behov for hjelp til noe tyngre arbeid. Han bor i en leid leilighet, og vil derfor ikke ha noe ansvar for vedlikehold o.l. Videre er han 100 % uførepensjonert og har således tid til å utføre arbeid i hjemmet. Sett hen til skadens art og omfang, samt nivåene i nemnds- og rettspraksis finner nemnda at den tilkjente erstatningen fra NPE gir tilstrekkelig kompensasjon for redusert hjemmearbeidsevne forårsaket av behandlingsskaden.

Norsk pasientskadeerstatnings vedtak stadfestes på dette punktet.

Kapitalisering og skatteulempe

Høyesterett bestemte i dom av 12.12.14 at kapitaliseringsrenten (renten vi bruker når vi fastsetter erstatningen på fremtidige tapsposter til et engangsbeløp) skal settes ned fra 5 % til 4 %. Samtidig ble erstatningen for skatteulempe endret. Når vi legger til grunn at erstatningssøker får en lavere rente på erstatningsbeløpet, vil mange kunne ha krav på en noe høyere erstatning enn tidligere.

Nemnda har gjort en ny beregning under posten om fremtidig inntektstap, hvor ovennevnte kapitalisering og skatteulempe er hensyntatt. Det foreligger her en betydelig overkompensasjon. Det vil derfor ikke bli beregnet tilleggserstatning under øvrige fremtidige poster basert på ny kapitaliseringsrente. Dette gjelder også for skatteulempe.

Det gjenstår ikke ytterligere til utbetaling.

Klagen har etter dette ikke ført frem.

Vedtaket er enstemmig