

Høyringsnotat:

**Endringer i forskrift om menerstatning ved pasientskader
(endringer i invaliditetstabellen) og forskrift om Norsk
Pasientskadeerstatning m.m. (oppnemning av
brukarrepresentantar)**

Innhald

1	Innleiing og samandrag	3
1.1	Medisinsk invaliditet.....	3
1.2	Oppnemning av brukarrepresentantar	4
2	Bakgrunn.....	4
3	Gjeldande rett.....	4
3.1.1	Meinerstatning.....	4
3.1.2	Oppnemning av brukarrepresentantar til Pasientskadenemnda	6
4	Forslag om å ta nye medisinske område og tilstandar inn i invaliditetstabellen.....	6
4.1	Psykiske lidingar	6
4.1.1	Innleiing	6
4.1.2	Innleiinga til hovudpunkt 1.10 i forskriften del II	7
4.1.3	Fire nye underpunkt	7
4.1.4	Stemningslidingar	7
4.1.5	Angstlidingar	8
4.1.6	Personlegdomsforstyrringar	8
4.1.7	Nevroutviklingsforstyrringar	8
4.2	Urinvegar.....	9
4.2.1	Innleiing	9
4.2.2	Nyrer	9
4.2.3	Mangelfull tømning av urinblæra (urinretensjon).....	10
4.2.4	Skade/tap av urinblære og tap av prostata	11
4.3	Følgjetilstandar etter kreftsjukdom	11
4.3.1	Kronisk trøttbarheit (fatigue)	11
4.3.2	Lymfeødem.....	11
5	Framtidig oppnemning av brukarrepresentantar til Pasientskadenemnda ..	12

6	Økonomiske og administrative konsekvensar av forslaga	13
7	Forslag til forskriftsendringar	14
7.1	Forskrift om endring i forskrift 1. mars 2021 nr. 622 om menerstatning ved pasientskader mv.	14

1 Innleiing og samandrag

1.1 Medisinsk invaliditet

I pasientskadesaker har fastsetting av medisinsk invaliditetsgrad betydning både i utgreiinga av om det ligg føre eit ansvarsgrunnlag, og ved utmåling av erstatning.

Under utgreiinga av ansvarsgrunnlaget er det mellom anna nødvendig å få ei vurdering av skadeomfanget fordi skaden må ha eit visst omfang og vere varig for å gi rett til meinerstatning. Skadeomfanget har også betydning for vurderinga etter unntaksregelen i pasientskadeloven, jf. § 2 tredje ledd.

Meinerstatning er erstatning for varig og betydeleg skade av medisinsk art som fører til redusert mogelegheit for personleg livsutfalding. Erstatninga blir fastsett ut frå den medisinske invaliditetsgraden og for talet på år fram til statistisk levealder.

Det er laga tabellar til bruk ved fastsetting av invaliditetsgraden på ei rekke medisinske område. Varig medisinsk invaliditet (vmi) blir fastsett med grunnlag i invaliditetstabellen i forskrift om menerstatning ved pasientskade del II og III ut frå det funksjonstapet som ein skade eller sjukdom erfaringsvis medfører for ein person.

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) har, i samarbeid med fleire spesialistar som etter avtale med NPE tar oppdrag som sakkunnige, og i samråd med Nasjonalt klageorgan for helsetenesta (Helseklage), utarbeidd utkast til invaliditetstabellar for nye medisinske område og tilstandar. Finans Norge har bidratt med innspel til tabellen om psykiske lidingar.

Invaliditetsgradene i tabellane er baserte på kunnskap om kva for konsekvensar skaden erfaringsvis gir. Det er også sett hen til praksis og nivå i invaliditetstabellane i andre skandinaviske land.

Departementet foreslår endringar i forskrifta del II Invaliditetstabell:

- nytt samla punkt om skade på urinvegar
- nytt punkt om følgjetilstander etter kreftsjukdom (lymfeødem og fatigue)
- fire nye underpunkt til området psykiske lidingar.

1.2 Oppnemning av brukarrepresentantar

Departementet foreslår at føresegna i forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning m.m. om at brukarrepresentantane i Pasientskadenemnda skal oppnemnast etter forslag frå namngjevne brukarorganisasjonar, blir oppheva.

2 Bakgrunn

Varig medisinsk invaliditet ved pasientskadar blei tidlegare fastsett ved at det ble vist direkte til tilstander som var regulert i yrkesskadeforskriften, eller med grunnlag i ei samanlikning med tilstandar som var regulerte der. Meinerstatninga blei utmålt ved at årleg meinerstatning berekna etter reglane om yrkesskade blei tillagt ein tredjedel.

Yrkesskadeforskriften var utarbeida med tanke på skadar og sjukdommar som typisk kan oppstå som følgje av hendingar i yrkeslivet og var dermed mangelfull når det gjaldt skadar som erfaringsvis oppstår ved pasientbehandling. Forskrifta var vidare i liten grad blitt oppdatert i takt med den medisinske utviklinga. Departementet såg dessutan behov for å legge betre til rette for likebehandling, førehandsvisse og enklare og raskare sakshandsaming.

Dette var bakgrunnen for at det blei utarbeida ei eiga forskrift om meinerstatning ved pasientskade. Forskrifta tredde i kraft 15. mars 2021. Den presiserte og vidareførte i hovudsak gjeldande rett.

Erfaringa med forskrifta er at den overordna fungerer etter hensikta. I arbeidet med forskrifta kom det særleg motførestillingar til punkt 11 om smerte. Etter at forskrifta tredde i kraft har NPE fått tilbakemeldingar frå Finans Norge om at forsikringsbransjen brukar punktet om smerte og at bransjen meiner at det fungerer godt.

I 2023 utbetalte NPE meinerstatning i 667 saker, som utgjer 29 prosent av sakene. Det blei utbetalt til saman 311 millionar kroner i meinerstatning, som utgjorde 22 prosent av dei samla erstatningsutbetalingane.

3 Gjeldande rett

3.1.1 Meinerstatning

Vilkåra i skadeserstatningsloven § 3-2 gjeld ved utmåling av meinerstatning etter pasientskade. Departementet kan gi forskrift om berekning av meinerstatning i pasientskadesaker som utfyller eller avviker frå reglane i skadeserstatningsloven § 3-2. Dette går fram av pasientskadeloven § 4.

Det går fram av forarbeida til skadeserstatningsloven § 3-2 (Innst. O. nr. 32 (1972–1973) side 1 og Ot.prp. nr. 4 (1972-73) side 21) at meinerstatninga skal vere ei særskilt yting for skadelidne som har fått eit ikkje ubetydeleg varig mein, og skal ytast utan omsyn til om

skadelidne også vil ha krav på erstatning for økonomisk tap. Formålet er å gi skadelidne «en kompensasjon i penger for den ulempe det varige men vil innebære for hans livsutfoldelse og livsnytelse».

Departementet har gitt særskilte reglar om berekning av meinerstatning ved pasientskader i forskrift 1. mars 2021 nr. 622 om menerstatning ved pasientskader.

Dersom pasientskaden er varig og betydeleg, har erstatningssøkaren rett til meinerstatning. Utgangspunktet er at ein varig pasientskade er ein skade som mest sannsynleg vil vare i minst ti år og at ein betydeleg pasientskade er ein skade som gir medisinsk invaliditet på minst 15 prosent, jf. forskriften § 3 første ledd.

Medisinsk invaliditet er definert som den fysiske og/eller psykiske funksjonsnedsettinga som ein skade eller sjukdom vanlegvis gir, jf. § 2 bokstav a.

Graden av medisinsk invaliditet skal fastsettast med grunnlag i invaliditetstabellane i forskrifta. For skader som ikkje er beskrivne i tabellen, skal invaliditetsgraden fastsettast etter skjønn med grunnlag i ei samanlikning med dei skadefølgene det er mest naturleg å samanlikne med, jf. § 4 første ledd.

Den medisinske invaliditeten som pasientskaden gir, skal som hovudregel fastsettast uavhengig av andre skader eller sjukdommar (separasjonsprinsippet). Invaliditetsgraden skal fastsettast utan omsyn til erstatningssøkerane sine fritidsinteresser eller evner til inntektsgivande arbeid, jf. § 4 andre ledd.

Storleiken på den varige medisinske invaliditeten skal fastsettast når erstatningssøkaren har gjennomgått hensiktsmessig medisinsk behandling og rehabilitering og tilstanden har stabilisert seg, jf. § 4 siste ledd.

Den årlege meinerstatninga skal fastsettast som en prosentdel av folketrygda sitt grunnbeløp (G) på tidspunktet då Norsk pasientskadeerstatning (NPE) eller Pasientskadenemnda (PSN) treff vedtak om storleiken på meinerstatninga, jf. § 5 tredje ledd og § 2 bokstav c. Prosentdelen avheng av invaliditetsgraden, der den lågaste gir ein prosentdel på 9,33 prosent og den høgaste gir 100 prosent av G.

Meinerstatning blir ytt for perioden frå tidspunktet då pasienten opplevde dei første symptoma på nedsett helsetilstand til statistisk forventa levealder, jf. § 5 femte ledd og § 2 bokstav b.

Meinerstatning skal som hovudregel, utbetalast som eit eingongsbeløp, jf. skadeserstatningsloven § 3-9.

Forskrifta Del II Invaliditetstabell beskriv skadefølger og medisinsk invaliditet i prosent (invaliditetsgrad). Det er tatt omsyn til funksjonstapa, smertene og psykiske plagene som er vanlege følger av skaden. For andre smertetilstandar gjelder punkt 11 og andre punkt i tabellen der smerte er spesielt omtalt.

3.1.2 Oppnemning av brukarrepresentantar til Pasientskadenemnda

Pasientskadenemnda er klageinstans for enkeltvedtak etter pasientskadeloven, jf. pasientskadeloven § 15 første ledd.

Det går fram av pasientskadeloven § 16 at departementet oppnemnar leiar, nestleiar og medlemmar med varamedlemmar til Pasientskadenemnda og at eit av medlemmane skal vere brukarrepresentant.

Det går vidare fram av forskrift 20. desember 2002 nr. 1625 om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda § 10 andre ledd at brukarrepresentantane skal oppnemnast etter forslag frå Norsk Pasientforeining, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon og Forbrukarrådet. Det same gjeld for varamedlemmar for brukarrepresentantane, jf. forskrifta § 11.

4 Forslag om å ta nye medisinske område og tilstandar inn i invaliditetstabellen

4.1 Psykiske lidingar

4.1.1 Innleiing

Den gjeldande invaliditetstabellen har to punkt om psykiske lidingar, 1.10.1 Posttraumatiske stresslidelser (PTSD) og 1.10.2 Kroniske eller hyppig residiverende psykoser. Departementet foreslår ingen endringar i desse punkta.

Invaliditetsgrad for psykiske lidingar blir oftast fastsett med grunnlag i skjønn basert på ei samanlikning med punktet om PTSD. Punkt 1.9 Demens, kjemisk, metabolsk og traumatisk hjerneskade (encefalopati) blir også brukt i nokre få tilfelle.

Mange av erstatningssøknadene for psykiske lidingar gjeld forseinka diagnose og behandling. Ifølge Norsk pasientskadeerstatning har den skadelidne i slike saker vanlegvis allereie ei psykisk lidning. Det må dermed takast stilling til om forseinkinga har ført til ein meirskade utover grunnlidinga og kva invaliditet skadelidne uansett ville hatt utan forseinkinga (inngangsinvaliditeten).

Departementet meiner at det for å unngå sprikande vurderingar av medisinsk invaliditet i elles like saker er behov for ytterlegare rettleiing om fastsetting av varig medisinsk invaliditet (vmi) ved psykiske lidingar. Departementet foreslår derfor at det blir tatt inn nye punkt i tabellen som dekkjer dei psykiske lidingane/diagnosane det oftast blir søkt om pasientskadeerstatning for.

4.1.2 Innleiinga til hovudpunkt 1.10 i forskriften del II

Psykiske lidingar er ei ueinsarta gruppe av mange ulike tilstandar. Diagnostikken er basert på beskriving av ulike symptom og at eit visst tal på kriterium er oppfylt. Diagnosane seier berre unntaksvis noko om årsakene til lidinga. Mange lidingar har overlappende symptom. Det kan derfor vere vanskeleg å vite sikkert kva for ei liding pasienten har. Symptom og intensitet kan variere over tid. Ved samansette problem kan det vere riktig med ulike diagnosar i ulike periodar. Det er heller ikkje uvanleg at det blir sett fleire diagnosar samtidig. Det hender dessutan at diagnosekriterium blir endra ved revisjonar av diagnosesystema. Det er vidare ei utfordring at andre samtidige uheldige omstende i livet kan påverke funksjonstapet hos pasienten.

Departementet foreslår at den innleiande teksten til punkt 1.10 blir utvida slik at han gir betre rettleiing for fastsettinga av varig medisinsk invaliditet ved psykiske lidingar. Det blir mellom anna foreslått at det i vurderinga skal leggjast vekt på i kva grad skaden påverkar pasienten si evne til å gjennomføre meningsfulle og målretta aktivitetar i dagleglivet (ADL) og psykisk og sosialt funksjonsnivå.

Departementet foreslår vidare at det skal nedfellast i forskrifta at sjukdommen skal vurderast etter «internasjonale diagnostiske klassifikasjonssystemer». Dette gjer at det ikkje vil vere behov for å endre forskrifta når det kjem nye klassifikasjonssystem, for eksempel når ICD 11 blir tatt i bruk.

Sjå utkastet til Del II Invaliditetstabell punkt 10.1.

4.1.3 Fire nye underpunkt

Departementet foreslår følgande nye punkt under punkt 1.10:

- Stemningslidingar
- Angstlidingar
- Personlegdomsforstyringar
- Nevtroutviklingsforstyringar

Sjukdomskategoriene omfattar psykiske lidingar som førekjem ofte. Forslaget er bygd opp på same måte som dei eksisterande underpunktene i punkt 1.10, med ei kort innleiande sjukdomsbeskriving og invaliditetsintervall i tre eller fleire grupper.

Andre psykiske lidingar enn dei som er uttrykkeleg nemnde skal fortsett vurderast ved samanlikning av tilstandar som er omtalte i tabellen.

4.1.4 Stemningslidingar

Departementet foreslår eit nytt punkt om stemningslidingar som skal omfatte depresjon, mani, unipolar liding og bipolar liding type I og II. Departementet foreslår at det i innleiinga til punktet skal presiserast at symptoma i periodar kan vere fråverande, og at vurderinga derfor må gjerast med grunnlag i ein gjennomsnittssynsmåte. Departementet meiner at dette bør inn gå i punktet sjølv om det same blir presisert i innleiinga til punkt

1.10. Dette fordi variasjonar i symptom er meir uttalte ved bipolare lidingar enn ved dei fleste andre psykiatriske diagnosane.

Departementet foreslår at invaliditetsgraden ved stemningslidingar skal spenne frå 0 til 84 prosent og delast inn fire undergrupper baserte på omfanget av symptom og funksjonsnivå.

Sjå utkastet til Del II Invaliditetstabell punkt 1.10.3.

4.1.5 Angstlidingar

Departementet foreslår eit nytt punkt om angstlidingar som skal omfatte alle typar angstlidingar. Departementet foreslår at det blir tatt inn ei kort innleiing om symptom som er felles for desse lidingane. Departementet foreslår vidare at invaliditetsgraden ved angstlidingar skal spenne frå 0 til 54 prosent og delast inn i tre undergrupper baserte på omfanget av symptom og funksjonsnivå.

Sjå utkastet til Del II Invaliditetstabell punkt 1.10.4.

4.1.6 Personlegdomsforstyrringar

Personlegdomsforstyrringar dekker ei ueinsarta samling av ulike personlegdomstrekk som er tilstrekkelege til å gi ein diagnose. Departementet foreslår eit nytt punkt som skal omfatte alle personlegdomsforstyrringar. Departementet foreslår at invaliditetsgraden ved personlegdomsforstyrringar skal spenne frå 0 til 84 prosent og delast inn i fire undergrupper baserte på omfanget av symptom og funksjonsnivå.

Sjå utkastet til Del II Invaliditetstabell punkt 1.10.5.

4.1.7 Nevroutviklingsforstyrningar

Departementet foreslår eit nytt punkt om nevroutviklingsforstyrningar som skal omfatte utviklingsforstyrningar og åtferdsforstyrningar.

Nevroutviklingsforstyrningar omfattar ei rekke tilstandar:

ADHD som er kjenneteikna av problem med mellom anna merksemd, impulsivitet og/eller hyperaktivitet.

Autismespektertilstandar som omfattar ulike gjennomgripande utviklingsforstyrningar med kvalitative forstyrningar av gjensidig sosialt samspel og avvik i kommunikasjon, ofte samen med eit avgrensa, stereotyp, gjentakande repertoar av interesser og aktivitetar.

Tics-tilstandar som er kjenneteikna ved ufrivillige, raske, gjentekne, urytmiske motoriske rørsler og/eller plutslege, utilsikta vokale lydar eller ord.

Motorisk utviklingsforstyrring som er kjenneteikna ved moderat til alvorleg svikt i utviklinga av motorisk koordinasjon.

Språkvanskar som i denne samanhengen inneber forstyrningar av det normale mønsteret for språktilegning frå dei tidlegaste utviklingsstadia.

Lærevanskar som er tilstander der det normale mønsteret for tileigning av skuleferdigheiter er forstyrra frå dei tidlegaste utviklingstrinna.

Psykisk utviklingshemming som er forsinka eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå og som inneber reduserte intellektuelle ferdigheiter.

Departementet har i tillegg vurdert om det burde vere eigne punkt mellom anna for ADHD, Aspergers syndrom og Tourettes syndrom. Departementet kom til at likskapstrekk og stor samsjuelegheit gjer at det er mest føremålstenleg å samle alle nevrouviklingsforstyrningar under eitt punkt. Dette er også i tråd med nyare diagnostisk klassifikasjon.

Departementet foreslår at invaliditetsgraden ved nevrouviklingsforstyrningar skal spenne frå 0 til 84 prosent og delast inn i fem undergrupper basert på omfanget av symptom og funksjonsnivå.

Sjå utkastet til Del II Invaliditetstabell punkt 1.10.6.

4.2 Urinvegar

4.2.1 Innleiing

Den gjeldande invaliditetstabellen har eigne punkt om nyrer (7.3), urininkontinens (7.4), urinretensjon (7.5) og urinrøyrskade (7.6). Departementet foreslår at alt om urinvegar blir samla i eitt punkt. Det er også foreslått ein del endringar som følge av den medisinske utviklinga.

Pasientar med skader på urinvegane har fått eit betre behandlingstilbod ved at legemiddelbehandlinga er blitt betre, at det er utvikla nye hjelpemiddel, for eksempel lukkeprotese ved urininkontinens, og ved at det er blitt mogeleg å rekonstruere urinblærer. Den medisinske utviklinga har på fleire område ført til at pasientane har fått eit betre funksjonsnivå slik at omfanget av den medisinske invaliditeten er blitt redusert.

Departementet forslår at punktet om urinvegar blir strukturert slik at det startar med nyrene der urinproduksjonen går føre seg, og følger på med punkt om urinleiar, urinblære, tap av prostata, urininkontinens, urinretensjon og avsluttar med urinrøyret som leiar urinen ut av kroppen.

4.2.2 Nyrer

Den gjeldande tabellen for skade på nyrer har ei kirurgisk tilnærming som ikkje tar omsyn til at nyresjukdommar oftast utviklar seg gradvis. Det manglar dessutan retningslinjer for varig medisinsk invaliditet (vmi) mellom 50 og 75 prosent.

Departementet foreslår at det blir tatt inn ein innleiande hjelpetekst til punktet om nyrer for å tydeleggjer kva det ut frå medisinsk erfaring bør leggjast vekt på ved fastsetting av VMI ved nyreskader.

Glomerulær filtrasjon er det første trinnet i produksjonen av urin. Det er eit meir moderne og nøyaktig mål på den samla nyrefunksjonen. Departementet foreslår derfor at nyreskadar skal vurderast ut frå pasienten sin estimerte glomerulære filtrasjonsrate (e-GFR eller GFR).

I den gjeldande tabellen er invaliditetsgraden ved tap av ei nyre, når den andre er frisk, fastsett til 15 prosent. Medisinsk erfaring tilseier at det går bra med denne pasientgruppa, også på sikt. Departementet foreslår derfor at den absolutte prosentsatsen blir erstatta med eit spenn på 5-15 prosent.

I den gjeldande tabellen er invaliditetsgraden etter ein vellukka nyretransplantasjon fastsett til 30-40 prosent. Erfaringa er at ein vellukka nyretransplantasjon gir få symptom. Det er likevel ein del ulemper knytte til at ein må bruke immundempande legemiddel resten av livet. Pasientane vil også ha auka risiko for sjukdom, inkludert behov for fleire transplantasjonar. Ein del av pasientgruppa vil fortsett ha tilleggsplager etter operasjonen som følgje av sjukdommen som gjer det nødvendig med nyretransplantasjon. Andre, som for eksempel dei som får et akutt behov for transplantasjon på grunn av ein pasientskade som i utgangspunktet ikkje involverer urinvegane, vil normalt få eit betre forlaup etter transplantasjonen.

Departementet meiner derfor at nivået på invaliditetsgraden, sett i forhold til behandlingsmogelegheitene og funksjonsnivået ein ser hos denne pasientgruppa, er for høgt. Departementet legg opp til at punktet fortsett både skal famne dei som vil få eit enklare forlaup, og dei som vil få eit meir komplisert forlaup. Departementet vurderer på denne bakgrunn om spennet bør bli redusert til 15-30 prosent. Departementet meiner at dette nivået vil harmonere betre med punktet 7.1.6 e velfungerende levertransplant, der invaliditetsgraden er 15-20 prosent. Departementet ber særleg om synspunkt på kor relevant samanlikninga med levertransplanterte er.

Departementet finn grunn til å minne om at dette underpunktet gjeld vellykka nyretransplantasjon. Viss transplantasjonen ikkje er vellykka, må invaliditetsgraden i staden fastsettast etter punkt 7.3.1 b-f.

Sjå utkast til Del II Invaliditetstabell punkt 7.3.1.

4.2.3 Mangelfull tømning av urinblæra (urinretensjon)

I den gjeldande tabellen er invaliditetsgraden ved behov for bruk av permanent kateter 30 prosent. Det har vist seg at det er store forskjellar på kor omfattande problem eit permanent kateter gir. Ein er også blitt meir merksam på omfanget av komplikasjonar, og på kva dei kan føre til etter fleire års bruk. Departementet meiner derfor at det er behov for ei meir individuell fastsetjing av invaliditetsgraden og foreslår at den faste prosentsatsen blir erstatta med eit spenn på 20-40 prosent.

Sjå utkastet til Del II. Invaliditetstabell punkt 7.3.6.

4.2.4 Skade/tap av urinblære og tap av prostata

Departementet ser behov for å forenkle og sikre likebehandling ved fastsetting av invaliditetsgrad ved skade/tap av urinblære og tap av prostata.

Sjå utkast til Del II Invaliditetstabell punkt 7.3.3 og 7.3.4.

4.3 Følgjetilstandar etter kreftsjukdom

4.3.1 Kronisk trøttbarheit (fatigue)

Fatigue eller kronisk trøttbarheit kan oppstå som følge av kreftsjukdom og/eller behandling for kreftsjukdom. Fatigue blir brukt om vedvarande opplevingar av utmatting som ikkje blir betre ved kvile. Tilstanden inneber reduserte kognitive ferdigheiter, og pasientane opplev eit lågt energinivå. Pasientane kan slite med konsentrasjon og hukommelse, og dei kan vere deprimerte. Tilstanden oppstår som regel ei stund etter behandlinga.

I dag blir punkt 1.9 Demens, kjemisk og metabolsk og traumatisk hjerneskade (encefalopati) brukt ved fastsetting av invaliditetsgrad for fatigue. Det er særleg dei to nedste trinna i tabellen som har vore aktuelle dvs. opptil 15-29 prosent.

Departementet foreslår at det i vurderinga av invaliditetsgrad skal leggast vekt på kor mykje tilstanden med fatigue reduserer pasienten sin funksjon i form av innskrenking av moglegheita til å gjennomføre vanlege aktivitetar i dagleglivet (ADL) og til å delta i sosiale aktivitetar. Departementet foreslår også at det skal leggast vekt på i kva grad fatiguen aukar psykiske plager hos pasienten.

Det er foreslått ei tredeling ut frå kor uttalte symptoma er. Ved lette symptom skal invaliditetsgraden settast til 0-14 prosent. Ved meir uttalte symptom med moderat funksjonsnedsetting kan invaliditetsgraden settast til 15-24 prosent. Ved endå meir uttalte symptom med betydeleg funksjonsnedsetting, kan invaliditetsgraden settast til 25-34 prosent. Det blir vidare foreslått at fatigue må vere dokumentert i journal hos onkolog eller annan relevant spesialist, og at rehabiliteringstiltak/behandlingsforsøk må vere prøvd. Tilstanden bør først vurderast eitt år etter avslutta kreftbehandling.

Sjå utkast til Del II Invaliditetstabell punkt 12.1.

4.3.2 Lymfeødem

Lymfeødem er ein varig tilstand med auka oppsamling av lymfe utanfor lymfeårene. Tilstanden kan oppstå ved fjerning av lymfekjertlar ved kreftsjukdom, fjerning av melanomer, vere ei følge av strålebehandling og komme etter bruk av cellegift. Hemma lymfedrenasje kan gi permanent oppsvulming av vevet slik at ein arm eller eit bein, området i ansikt/hals eller i underlivet blir permanent hovent. Dette kan vere svært plagsamt. Det kan også føre til komplikasjonar. Lymfeødem kan berre behandlast med støttestrømper og fysioterapi.

I dag blir fleire samanliknbare punkt, mellom anna punkt 3.7 Følgjetilstandar ved glandeltoalette og punkt 9.2 Tap av bryst (mamma) hos kvinner, brukte ved fastsetting av invaliditetsgrad for lymfeødem.

Departementet foreslår eit nytt eige punkt om lymfeødem. Ettersom tilstanden artar seg ulikt og kan gi ulike plager avhengig av kor på kroppen ødemet oppstår, foreslår departementet at punktet blir delt inn i fire underpunkt:

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

Departementet foreslår at invaliditetsgraden ved lymfeødem skal spenne frå 0-34 prosent og delast i tre undergrupper basert på kor omfattande hevelsen er, i kva grad tilstanden påverkar pasienten si mogelegheit til å gjennomføre vanlege aktivitetar i dagleglivet (ADL), funksjonstap og i kva grad behandlinga verkar. Det høgste intervallet omfattar også særlege komplikasjonar.

Sjå utkastet til Del II Invaliditetstabell punkt 12.2.

5 Framtidig oppnemning av brukarrepresentantar til Pasientskadenemnda

Helse- og omsorgsdepartementet oppnemnar leiar og medlemmar til pasientskadenemnda, sjå punkt 3.1.2. Nasjonalt klageorgan for helsetenesta (Helseklage) får i dei årlege tildelingsbrevane i oppdrag å hjelpe til i prosessen. Departementet innhentar sjølv forslag til brukarrepresentantar og deira vara.

Norsk pasientforening blei avvikla i august 2023.

Etter departementet si vurdering lar det seg ikkje lenger forsvare at enkelte brukarorganisasjonar skal ha einerett til å foreslå brukarrepresentantar og vara for desse til pasientskadenemndene. Departementet meiner derfor at det ikkje er aktuelt å gi ein slik rett til nye brukarorganisasjonar.

Departementet viser til dømes til at Statsforvaltarane har fått delegert mynde til å utnemne medlemmar i kontrollkommisjonane for psykisk helsevern. Det går fram av Helsedirektoratet sitt rundskriv om kontrollkommisjonen for psykisk helsevern at statsforvaltaren må sikre at rekruttering av nye medlemmar skjer på ein open og tillitvekkande måte, og slik at aktuelle kandidatar får høve til å søke verv i kontrollkommisjonen. Alle verv bør kunngjerast på nettsidene til statsforvaltaren. Statsforvaltaren kan også bruke kunngjering i digitale rekrutteringskanalar, sosiale medium, relevante fagtidsskrift og lokale medium. Ved rekruttering av brukar-/pårørandedlemmen kan statsforvaltaren be fylkesnivået i brukar- og

pårørandeorganisasjonar om å vidareformidle kunngjeringsa av verv på sine nettsider og til sine medlemmar, og oppfordre interesserte til å melde seg.

Departementet viser også til at Ekspertgruppa for å evaluere saksbehandling i pasientskadeordninga som leverte rapporten sin 22. august 2024, generelt tilrådde at Nasjonalt klageorgan for helsetenesta lyser ut ledige verv i Pasientskadenemnda offentleg. Rapporten blei sendt på alminneleg høyring 27. august 2024 med frist 15. november 2024. Departementet vil oppsummere høyringsinnspelane før det blir tatt endeleg stilling til korleis rekrutteringa av brukarrepresentantar bør skje i framtida. Sjå forslag til endringar i forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda §§ 10 og 11.

6 Økonomiske og administrative konsekvensar av forslaga

Endringane i del II i forskrifta om fastsetting av invaliditetsgraden vil slå noko ulikt ut avhengig av kva for eit medisinsk område erstatningssaka gjelder. Nokre skadar vil bli vurdert høgare, mens andre vil bli vurdert lågare. Samla sett vil det truleg ikkje bli økonomiske endringar.

I dei nye punkta om urinvegar i punkt 7.3.1 i tabellen om nyrer og punkt 7.3.6 punkt b om permanent kateter, er det gjort enkelte justeringar av invaliditetsgradene. Dette skuldast ei medisinsk utvikling der dagens behandlingmoglegheiter og funksjonsnivå har blitt betre. Samtidig har ein opparbeida seg meir erfaring og kunnskap om korleis enkelte invaliditetar påverkar funksjonsnivåa, også på lang sikt. Det vil føre til at nokre får høgare erstatning, mens andre vil få lågare erstatningar. Alt i alt blir nivåa rettare og den totale erstatninga vil truleg bli den same.

De nye punkta under følgjetilstandar etter kreftsjukdom vil ikkje innebere noko vesentleg endring av storleiken på meinerstatningane. Verken for fatigue eller lymfeødem førar forslaga til nokon vesentleg endring av nivået for varig medisinsk invaliditet.

Innanfor punktet om psykiske lidningar pkt. 1.10 er det foreslått fleire nye underpunkt, så det er vanskeleg å ha nokon sikker formeining om meinerstatninga innan dette området vil auke eller minke totalt sett. Nivåa i ny tabell er innanfor den totale ramma til punkter det i dag blir samanlikna med. Punkta er bygde opp på same måte som pkt. 1.10.1, som har vore brukt som samanlikningspunkt. Forslaget inneheld rettleiing for kva som skal vektleggast for å finne riktig invaliditetsnivå. Dette vil bidra til likebehandling. Samla meiner departementet at dei nye punkta ikkje vil innebere noka vesentleg endring av størrelsen på meinerstatningane eller nivåa for varig medisinsk invaliditet. Dei inneber truleg heller ikkje at fleire skal ha rett til meinerstatning.

Når det gjeld administrative konsekvensar, vil det etter departementet sitt syn bli lettare å fastsette medisinsk invaliditetsgrad og utmåle meinerstatninga.

Samla sett meiner departementet at forslaget vil føre til at saksbehandlinga blir meir effektiv og at det vil bidra til kortare sakshandsamingstid.

Forslaget om endringer i forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda har ikkje administrative eller økonomiske konsekvensar av betydning.

7 Forslag til forskriftsendringar

7.1 Forskrift om endring i forskrift 1. mars 2021 nr. 622 om menerstatning ved pasientskader mv.

Fastsett av Helse- og omsorgsdepartementet (dato) med heimel i pasientskadeloven § 4 første ledd tredje punktum og § 16.

I

I forskrift 1. mars 2021 nr. 622 om menerstatning ved pasientskader skal det gjerast følgande endringar:

Del II. Invaliditetstabell innleiande tekst skal lyde:

Tabellen beskriver skadefølger og medisinsk invaliditet i prosent (invaliditetsgrad). Det er tatt hensyn til de funksjonstapene, smertene og psykiske plagene som er vanlige følger av skaden. Disse er innbakt i tabellens punkter. For andre smertetilstander gjelder punkt 11 og øvrige punkter i tabellen hvor smerte er spesielt omtalt. *For selvstendige psykiske lidelser gjelder punkt 1.10.*

Del II. Invaliditetstabell Punkt 1.10 innleiande tekst skal lyde:

1.10	<i>Psykiske lidelser</i>	
	<i>Dette punktet skal bare brukes når det etter gjeldende diagnosekriterier/diagnoseverktøy foreligger en selvstendig psykisk lidelse.</i>	
	<i>Ved fastsetting av medisinsk invaliditet for psykisk lidelse skal det tas hensyn til sykdomsepisodenes alvorlighet, hyppighet, varighet og karakter. Ved vurderingen skal det legges vekt på nedsatt funksjon ved gjennomføring av aktiviteter i dagliglivet (ADL) og på psykisk og sosialt funksjonsnivå.</i>	
	<i>Det skal legges størst vekt på nedsatt ADL- funksjon og minst vekt på sosialt funksjonsnivå. Det skal også tas hensyn til behandlingsrespons.</i>	

	<p><i>Det skal gjøres en gjennomsnittsbetraktning av varig invaliditet.</i></p> <p><i>Grad av sykdom skal vurderes etter kriterier definert i internasjonale diagnostiske klassifikasjonssystemer.</i></p>	
--	--	--

Del II. Invaliditetstabell nye punkt 1.10.3-1.10.6 skal lyde:

<i>1.10.3</i>	<i>Stemningslidelser</i>	
	<i>Denne kategorien omfatter både depressive lidelser og bipolare lidelser. Symptomene varierer mye over tid og kan i perioder være fraværende. Vurderingen må derfor gjøres med grunnlag i en gjennomsnittsbetraktning av pasientens tilstand.</i>	
	<i>a. Symptomer som svarer til kriterier for mild depresjon. Noen problemer med å delta i sosiale aktiviteter. Omfatter også godt fungerende pasienter med bipolar lidelse som i liten grad påvirker pasientens dagligliv.</i>	<i>0-14</i>
	<i>b. Symptomer som svarer til kriterier for moderat depresjon. Omfatter også pasienter med moderate vanskeligheter som følge av bipolar lidelse kombinert med sviktende funksjon slik at pasienten i perioder hemmes vesentlig i dagliglivet. Kan i perioder være innlagt i sykehus.</i>	<i>15-34</i>
	<i>c. Symptomer som svarer til kriterier for alvorlig depresjon. Omfatter også pasienter med alvorlig bipolar lidelse kombinert med sviktende funksjon slik at pasienten mesteparten av tiden hemmes vesentlig i dagliglivet. Vil i perioder ha behov for innleggelse i sykehus.</i>	<i>35-54</i>
	<i>d. Alvorlig depresjon med psykose eller bipolar lidelse med psykose. Svært dårlig funksjon slik at pasienten i særlig stor grad hemmes i dagliglivet. Dårlig respons på behandling og behov for langvarige innleggelser i sykehus.</i>	<i>55-84</i>
<i>1.10.4</i>	<i>Angstlidelser</i>	
	<i>Ulike angstlidelser har ulike symptomer. Felles for dem er varierende grad av uro, unnvikelse og fysiologiske reaksjoner.</i>	
	<i>a. Symptomer som indre uro, spenning, fysiologiske reaksjoner og unnvikelse, men pasienten hemmes i liten grad i dagliglivet.</i>	<i>0-14</i>
	<i>b. Som bokstav a, men mer uttalt med sterke fysiologiske reaksjoner, og i kombinasjon med høyere grad av unnvikelse og sviktende funksjon slik at pasienten hemmes vesentlig i dagliglivet.</i>	<i>15-34</i>
	<i>c. Som bokstav a og b, men med svær og invalidiserende angst som hemmer pasienten i dagliglivet hele tiden.</i>	<i>35-54</i>
<i>1.10.5</i>	<i>Personlighetsforstyrrelser</i>	
	<i>Omfatter ulike personlighetsforstyrrelser slik dette er definert i internasjonale diagnostiske klassifikasjonssystemer. Personlighetsforstyrrelser innebærer personlighetstrekk som skaper vanskeligheter i daglig fungering og i relasjoner til andre mennesker. Ofte</i>	

	<i>sees høy grad av subjektivt ubehag blant annet knyttet til lav selyfølelse. Ulike personlighetsforstyrrelser kan imidlertid ha ulike symptomer og medføre ulike plager og utfordringer. Symptomene kan endre seg over tid.</i>	
	<i>a. Lette symptomer. Noen problemer med å fungere i dagliglivet. Mindre funksjonsvansker sosialt og i skole eller arbeidsliv.</i>	<i>0-14</i>
	<i>b. Moderate symptomer. Moderate problemer med å fungere i dagliglivet. Moderate funksjonsvansker sosialt og i skole eller arbeidsliv. Kan ha psykisk samsykelighet som angst og depresjon som bidrar til funksjonssvikten.</i>	<i>15-34</i>
	<i>c. Alvorlige symptomer. Alvorlige problemer med å fungere i dagliglivet. Stor funksjonssvikt på flere områder som i skole, arbeidsliv og i sosiale relasjoner. Psykisk samsykelighet som angst og depresjon som bidrar til funksjonssvikten. Ofte behov for kortvarige innleggelse i institusjon.</i>	<i>35-54</i>
	<i>d. Svært alvorlige symptomer. Symptomene kan være vanskelige å skille fra symptomene på psykoselidelser. Pasienten fungerer svært dårlig i dagliglivet. Har ofte behov for hyppig kortvarig eller langvarig behandling i institusjon.</i>	<i>55-84</i>
<i>1.10.6</i>	<i>Nevroutviklingsforstyrrelser</i>	
	<i>Omfatter ulike tilstander som ADHD, autismespektertilstander, tics-tilstander, motorisk utviklingsforstyrrelse, språkvansker, lære vansker og psykisk utviklingshemming. Det er vanlig at flere slike tilstander opptrer sammen og de kan være årsak til ulike psykiske vansker. Ofte ses sammensatte vansker med sosialt samspill og kommunikasjon, regulering av oppmerksomhet, atferd, tanker, aktivitetsnivå, følelser, motorikk og læring.</i>	
	<i>a. Lette symptomer Mild form for utviklingsforstyrrelse, eller moderat til alvorlig form med god effekt av behandling. Noen problemer med å fungere i dagliglivet. Mindre funksjonsvansker sosialt og i skole eller arbeidsliv.</i>	<i>0-14</i>
	<i>b. Moderate symptomer Moderat form for utviklingsforstyrrelse med moderate symptomer, eller alvorlig form med noe effekt av behandling. Moderate problemer med å fungere i dagliglivet. Moderate vansker med å fungere sosialt og i skole eller arbeidsliv. Kan ha psykisk samsykelighet som angst, depresjon og problemer med følelsesmessig regulering som bidrar til funksjonssvikten.</i>	<i>15-34</i>
	<i>c. Alvorlige symptomer Alvorlig form for utviklingsforstyrrelse med mange og alvorlige symptomer. Liten eller ingen effekt av behandling. Alvorlige problemer med å fungere i dagliglivet. Stor funksjonssvikt på flere områder som i skole, i arbeidsliv og i sosiale relasjoner. Psykisk samsykelighet som angst, depresjon og problemer med følelsesmessig regulering som bidrar til funksjonssvikten.</i>	<i>35-54</i>

	<i>d. Svært alvorlige symptomer, med for eksempel psykose eller utviklingshemming Svært dårlig funksjon i dagliglivet. Vil ofte ha behov for behandling i institusjon.</i>	55-84
	<i>e. Svært alvorlige symptomer med så store atferdsavvik at det er nødvendig med varig opphold i institusjon med skjermingstiltak.</i>	85-100

Del II. Invaliditetstabell punkt 7.3 skal lyde:

7.3	<i>Urinveier</i>	
7.3.1	<i>Skade av nyrer</i>	
	<i>Nyreskade vurderes utfra estimert glomerulær filtrasjonsrate (GFR). Ved fastsettelse av invaliditetsgrad skal det tas hensyn til alder og fremtidig risiko for utvikling av nyresvikt. I tillegg skal det legges vekt på hvor alvorlig symptomene er og omfanget av komplikasjoner.</i>	
	<i>a. Tap av én nyre når den andre er frisk.</i>	5-15
	<i>b. Skade av nyrer med lett redusert funksjon (GFR > 60ml/min/1,73m²).</i>	5-15
	<i>c. Skade av nyrer med moderat redusert funksjon (GFR 30-60 ml/min/1,73m²).</i>	15-29
	<i>d. Skade av nyrer med betydelig redusert funksjon (GFR 15-29 ml/min/1,73m²).</i>	30-50
	<i>e. Skade av nyrer med terminal nyresvikt uten dialyse.</i>	51-74
	<i>f. Skade av nyrer med terminal nyresvikt og behov for dialyse.</i>	75-90
	<i>g. Gjennomført vellykket nyretransplantasjon.</i>	15-30
7.3.2	<i>Skade av urinleder</i>	
	<i>I vurderingen skal det tas hensyn til komplikasjoner (f.eks. tranghet, fistel, og infeksjoner).</i>	
	<i>a. Skade av urinleder med kutan ureterostomi (annen urinavledning se punkt 7.3.3 c.).</i>	20-40
	<i>b. Skade av urinleder med nefro-/pyelostomi.</i>	20-40
	<i>c. Skade av urinleder med behov for innvendig stent som må byttes jevnlig.</i>	10-20
7.3.3	<i>Skade/tap av urinblære</i>	
	<i>Dette punktet skal ikke brukes sammen med punkt 7.3.5. I vurderingen under bokstav c, d og e skal det tas hensyn til komplikasjoner (f.eks. lekkasje, tekniske problemer, infeksjoner eller hudplager).</i>	
	<i>a. Redusert blærekapasitet (De høyeste gradene brukes ved betydelig innvirkning på livskvalitet og nattesøvn).</i>	10-20
	<i>b. Gjentatte, hyppige urinveisinfeksjoner som påvirker livskvalitet.</i>	10-20
	<i>c. Tap av urinblære. Urinblære rekonstruert (blæresubstitutt).</i>	15-40
	<i>d. Tap av urinblære. Med urostomi med pose.</i>	20-40
	<i>e. Tap av urinblære. Med kontinent urostomi.</i>	15-40
7.3.4	<i>Tap av prostata</i>	0

	<i>Tap av prostata gir i seg selv ingen invaliditet, men kan gi funksjonssvikt, f.eks. urininkontinens, ereksjonssvikt, urinrørsstriktur og infertilitet. Disse skadene vurderes etter egne punkter.</i>	
7.3.5	<i>Urininkontinens</i>	
	<i>Dette punktet skal ikke brukes sammen med punktene 2.5.5, 2.5.6, 2.5.7, 7.3.3. Vurderes etter at behandling er fullført.</i>	
	<i>a. Lett</i>	10
	<i>b. Moderat</i>	15-20
	<i>c. Uttalt/komplett</i>	40
	<i>d. Gjennomført behandling med lukkeprotese</i>	15-30
7.3.6	<i>Urinretensjon</i>	
	<i>a. Med bruk av intermitterende kateter. Det skal tas hensyn til kateteriseringsfrekvens og komplikasjoner.</i>	10-30
	<i>b. Med bruk av permanent kateter. Det skal tas hensyn til komplikasjoner.</i>	20-40
	<i>c. Med urinavledning – vurder varig medisinsk invaliditet som i punkt 7.3.3 c, d, e.</i>	
7.3.7	<i>Urinrørskade</i>	
	<i>Tilstanden vurderes etter behandling. Samtidig urinlekkasje vurderes etter punkt 7.3.5, og samtidig urinretensjon vurderes etter punkt 7.3.6.</i>	
	<i>a. Forsnevring med permanent behov for selvkateterisering/selvblokking.</i>	5-14
	<i>b. Forsnevring med permanent behov for behandlinger (blokkinger, urethrotomier).</i>	15-35
	<i>c. Gjennomført rekonstruksjon av urinrør (inkludert perineostomi).</i>	5-40

Punkt 7.4 til 7.6 opphevast.

Del II. Invaliditetstabell nytt punkt 12 skal lyde:

12	<i>Følgetilstander etter kreftsykdom</i>	
12.1	<i>Kronisk trettbarhet (fatigue) relatert til kreftsykdom og/eller kreftbehandling.</i>	
	<i>Tilstanden bør være stabil med en observasjonstid på minst ett år etter fullført kreftbehandling.</i>	
	<i>Punkt 12.1 kan ikke kombineres med punkt der kronisk trettbarhet inngår.</i>	
	<i>I vurdering av invaliditetsgrad skal det legges vekt på hvor mye fatigue reduserer pasientens funksjon i form av innskrenkning av muligheten for å gjennomføre aktiviteter i dagliglivet (ADL), øker de psykiske plagene og begrenser sosiale aktiviteter. Fatigue må være dokumentert i journal hos onkolog eller annen relevant</i>	

	<i>spesialist og rehabiliteringstiltak/behandlingsforsøk i kommunal regi eller i spesialisthelsetjenesten skal ha vært prøvd</i>	
	<i>a. Lette symptomer blant annet i form av noe trettbarhet, konsentrasjonsvansker, hukommelsesproblemer, søvnvansker/økt søvnbehov og humørsvingninger.</i>	<i>0-14</i>
	<i>b. Mer uttalte symptomer enn under bokstav a, og moderat funksjonsnedsettelse.</i>	<i>15-24</i>
	<i>c. Mer uttalte symptomer enn under bokstav b, og betydeligfunksjonsnedsettelse.</i>	<i>25-34</i>
<i>12.2</i>	<i>Lymfeødem som følge av kreftsykdom og/eller kreftbehandling</i>	
<i>12.2.1</i>	<i>Kronisk lymfeødem i ansikt og/eller hals Punkt 12.2.1 skal ikke kombineres med punkt 1.1. Ved samtidig redusert funksjon for å tygge, svelge, tale og gape skal det punktet som gir høyest invaliditet anvendes.</i>	
	<i>a. Hevelse uten redusert funksjon i ansikt eller hals.</i>	<i>0-14</i>
	<i>b. Hevelse som påvirker ADL-funksjon og som medfører redusert funksjon (for eksempel smerter og redusert bevegelighet, gapeevne, ernæring og tale).</i>	<i>15-24</i>
	<i>c. Uttalt hevelse som påvirker ADL-funksjon med kompliserende faktorer (blant annet gjentatte infeksjoner, sår dannelse, utvikling av blodpropp og behov for kirurgi).</i>	<i>25-34</i>
<i>12.2.2</i>	<i>Kronisk lymfeødem i overekstremitet</i>	
	<i>a. Hevelse uten funksjonell betydning for hånd, arm/skulder med god kontroll ved kompresjonsbehandling.</i>	<i>0-14</i>
	<i>b. Hevelse som påvirker ADL-funksjon til tross for lymfeødembehandling (fysioterapi, kompresjon) med betydning for funksjonen av hånd og/eller arm/skulder.</i>	<i>15-24</i>
	<i>c. Uttalt hevelse som påvirker ADL-funksjon til tross for lymfeødembehandling og med kompliserende faktorer (blant annet gjentatte infeksjoner, sår dannelse, utvikling av blodpropp og behov for kirurgi) og markert funksjonstap i hånd og arm/skulder.</i>	<i>25-34</i>
<i>12.2.3</i>	<i>Kronisk lymfeødem i underekstremitet</i>	
	<i>a. Hevelse uten funksjonell betydning for lår, legg/fot med god effekt av kompresjonsbehandling.</i>	<i>0-14</i>
	<i>b. Hevelse som påvirker ADL-funksjon til tross for lymfeødembehandling (fysioterapi, kompresjon) og med betydning for funksjonen for lår og/eller legg/fot.</i>	<i>15-24</i>
	<i>c. Uttalt hevelse som påvirker ADL-funksjon til tross for lymfeødembehandling og med kompliserende faktorer (blant annet gjentatte infeksjoner, sår dannelse, utvikling av blodpropp og behov for kirurgi) og markert funksjonstap i lår og legg/fot.</i>	<i>25-34</i>
<i>12.2.4</i>	<i>Kronisk lymfeødem i underlivet</i>	

	<i>Punkt 12.2.4 skal ikke kombineres med punkt 7.3.5, 7.3.6, 7.3.7, 8.1.1, 8.1.2, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, eller punkt 11, når skaden er relatert til lymfeødem.</i>	
	<i>a. Hevelse i øvre del av lår, lyske eller ytre genitalia med skjemmende utseende, men uten funksjonell betydning.</i>	0-14
	<i>b. Hevelse i øvre del av lår, lyske eller ytre genitalia som påvirker ADL-funksjon til tross for lymfeødembehandling.</i>	15-24
	<i>c. Uttalt hevelse som påvirker ADL-funksjon til tross for lymfeødembehandling med kompliserende faktorer (blant annet gjentatte infeksjoner, sårdannelse, utvikling av blodpropp, behov for kirurgi eller urinretensjon, urininkontinens og erektil dysfunksjon).</i>	25-34

II

I forskrift 20. desember 2002 nr. 1625 om Norsk pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda skal det gjerast følgende endring:

§ 10 andre ledd opphevast.

§ 11 andre ledd opphevast.

III

Endringane trer i kraft (dato).