



Klagenemnda for krav om kompensasjon og billighetserstatning
for psykiske belastningsskader som følge av deltakelse i
internasjonale operasjoner

Unntatt off., jf. offl § 13.1 jf. fvl § 13.1

VEDTAK

- Klagesak nr.:** 13/2012
- Klager:** [REDACTED]
- Klagers prosessfullmektig:** Advokat Anna Th. Flatmo
- Klagen gjelder:** Krav etter forskrift 2009-12-22 nr. 1768 om
særskilt kompensasjonsordning.
- Beslutningsdato:** 8. november 2012
- I behandlingen har deltatt:** Anne Stine Eger Mollestad
Eva Klepsland Drageset
Odd Helge Olsen
Trond Jørgensen
- Konklusjon:** Klagen tas til følge. Skadelidte har krav på
maksimal kompensasjon.
- Utgifter til juridisk bistand i klageomgangen
dekkes i sin helhet.

1. Sammendrag av saksgangen

Klagen gjelder krav etter forskrift 2009-12-22 nr. 1768 om særskilt kompensasjonsordning for psykiske belastningsskader som følge av deltakelse i internasjonale operasjoner (kompensasjonsforskriften).

██████████, heretter kalt skadelidte, født ██████████, deltok i FN-tjeneste i ██████████, i ██████████. Av traumatiske opplevelser under tjenesten nevnes flere forhold. Skadelidte skal ha opplevd dramatiske krigshendelser som granatnedslag, hvor en medsoldat ble drept ca. 100 meter fra der han befant seg. Det vises videre til at ██████████ ofte passerte utenfor leiområdet og løsnet skudd i luften, samt at det også ved noen anledninger ble kastet håndgranater mot leiren. I tillegg til dette skal han ha opplevd ekstremt mye press i forbindelse med logistikk med videre. Også andre personer kom i samme situasjon som skadelidte og det skal som følge av dette ha blitt opprettet et stressmestringsteam. Skadelidte opplyser at han var 14 dager på sykehus i ██████████. På vei hjem til Norge i ██████████ begynte han å høre stemmer. Han ble livredd og det gikk helt i svart for ham. Da han ble mottatt på Fornebu ble han fraktet til sentralsykehuset i Akershus ved psykiatrisk avdeling og undersøkt av en lege. Han hadde da blitt påført håndjern og fotlenke og fraktet dit i en politibil. Skadelidte ble begjært innlagt ved avdelingen.

I tiden etter FN-tjenesten ble skadelidte dårligere og dårligere. Han brukte i perioder alkohol som medisin. I perioden 15. april 1996 til 10. mars 1997 var skadelidte i poliklinisk ettersyn hos ass. lege Knut Langsrud. Her fikk han påvist diagnosen paranoid schizofreni. Opprinnelig var diagnosen reaktiv psykose, men har senere konsistent vært paranoid schizofreni

Skadelidte ble av ██████████ trygdekontor den 6. oktober 1998 innvilget rehabiliteringspenger under aktiv behandling etter en uføregrad på 100 prosent. Etter en revurdering på grunn av skadelidtes utenlandsopphold, kom ██████████ trygdekontor i vedtak datert 20. mai 1999 frem til at skadelidte fortsatt skulle få rehabiliteringspenger under aktiv behandling etter en uføregrad på 100 prosent. I vedtak av 19. november 2004 ble skadelidte tilkjent menerstatning og den varige medisinske invaliditeten som følge av skaden ble ansett for å høre inn under invaliditetsgruppe 3 (35-44 prosent). Trygdekontoret la til grunn at sykdommen paranoid schizofreni kunne anses oppstått under den internasjonale tjenesten og ble derfor godkjent som yrkesskade. I forbindelse med søknaden om menerstatning ble det innhentet spesialisterklæring av psykiater Michael Setsaas som ble avgitt 30. mars 2004, hvor det ble konkludert med at skadelidte har diagnosen paranoid schizofreni og at tilstanden debuterte i oktober 1995 og har årsakssammenheng med FN-tjenesten. Den medisinske invaliditetsgraden ble satt til 84 prosent. I forbindelse med skadelidtes søknad om økt menerstatning, ble det avgitt oppdatert spesialisterklæring fra dr. Setsaas 1. mai 2005, hvor skadelidtes tilstand anses for å ha forverret seg. I vedtak av 27. juni 2006 ble skadelidte innvilget økt menerstatning (gruppe 6) og den varige medisinske invaliditeten ble fastsatt til 70 prosent. Den 1. april 2005 ble skadelidte innvilget 100 prosent uførepensjon med yrkesskadefordel med tilbakevirkende kraft. I SPKs vedtak av 12. juli 2005 ble skadelidte tilkjent billighetserstatning etter forskrift 2004-12-02 nr. 1563 etter en varig medisinsk invaliditet på 35 prosent.

Ved søknad om kompensasjon etter den særskilte forskriften, blir det innhentet en spesialisterklæring i henhold til mandat for ordningen. Dr. Gravgaard gjennomgikk kriteriene for paranoid schizofreni og konkluderte med at skadelidtes symptomer uten tvil var forenlige med denne diagnosen. Dr. Gravgaard anså kriteriene for diagnosen PTSD som åpenbart ikke oppfylt, og fant at en nærmere gjennomgang ikke var relevant. Han fremholdt videre at «Reaktiv psykose er ikke en diagnose anvendt i ICD-10.»

Betydningen av skadelidtes tjeneste i [REDACTED] som årsak til hans senere schizofrene symptomer vurderes som liten av dr. Gravgaard, og i den forbindelse uttales følgende: «Det er svært vanskelig å kvantifisere den relative betydning av tjenesten, men undertegnede vil anslå den til størrelsesorden 10-15 %.» Den medisinske invaliditeten anslås til 70 prosent.

I vedtak av 15. mars 2012 ble skadelidtes krav om kompensasjon etter forskrift 2009-12-22 nr. 1768 avslått. Vedtaket ble påklaget 30. april 2012. Begrunnelsen for klagen er at det foreligger årsakssammenheng mellom den psykiske belastningslidelsen og tjenesten. SPK har ikke funnet grunn til å omgjøre sitt vedtak og har sendt saken frem for klagebehandling.

2. Nemndas vurdering

Det rettslige grunnlaget for rett til kompensasjon etter forskriften er at det foreligger en psykisk belastningsskade som følge av deltakelse i internasjonale operasjoner, jf. forskriften § 3. Skadelidte har etter tjenesten fått påvist paranoid schizofreni, men det er omtvistet om hvorvidt denne diagnosen skyldes tjenesten. Ingen av de sakkyndige finner imidlertid grunnlag for at kriteriene for diagnosen PTSD er oppfylt.

Kravene til årsakssammenheng utledes av betingelseslæren. Etter betingelseslæren vil den psykiske belastningsskaden være årsak til hele skadelidtes ervervsuførhet dersom den har vært en nødvendig og tilstrekkelig betingelse for uførhetens inntreden. Av den sakkyndige erklæring fremgår det at årsakene til sykdomsmekanismene ved schizofreni medisinsk sett ikke er klarlagt. Det fremgår at genetisk disposisjon formentlig er en nødvendig betingelse, men ikke en tilstrekkelig betingelse for sykdomsutviklingen. Det forutsettes i tillegg skadelige miljømessige stressfaktorer, jf. erklæringen side 20.

Nemnda har i en tidligere avgjørelse (sak 40/2011) hatt tilsvarende spørsmål knyttet til schizofreni som årsaksfaktor. Fra avgjørelsen hitsettes:

”Saken reiser spørsmål om det var tjenesten som utløste schizofrenilidelsen eller om denne ville utviklet seg uansett. Nemnda er av den oppfatning at lidelsen må defineres som en psykisk belastningsskade dersom den er utløst av hendelser som skjedde under tjenesten, jf. § 3. Skadelidte vil da som utgangpunkt være berettiget til kompensasjon etter forskriften. Det forutsetter dog at det foreligger faktisk og rettslig årsakssammenheng mellom tjenesten og utviklingen av schizofreni. Oppstår schizofrenien i faktisk tidsmessig sammenheng med tjenesten uten at det er hendelser under tjenesten som har utløst den, er det ikke tjenesten som er årsak. Tjenesten må ha skadeevne, og denne må ha realisert seg i form av schizofreni. Skyldes utviklingen av schizofreni at skadelidte har vært særlig mottakelig, må det videre vurderes om denne disposisjonen har vært en vesentlig og aktivt virkende årsaksfaktor ved utviklingen av den aktuelle lidelse, slik at den skal hensynstas. Det må videre vurderes om utvikling av schizofreni er en adekvat skade som følge av tjenesten.”

Saken reiser for det første spørsmål om utviklingen av paranoid schizofreni hos skadelidte kan knyttes til tjenesten. I den aktuelle sak foreligger det to sakkyndigerklæringer. I den erklæringen som er utarbeidet i henhold til mandatet for kompensasjonsordningen, fremgår det at skadelidtes symptomer «uten tvil er forenelig med diagnosen paranoid schizofreni. Med hensyn til diagnosen PTSD anses kriteriene for denne diagnose så åpenbart ikke oppfylt at en nærmere gjennomgang ikke skjønnes relevant». Også dr. Setsaas finner dette klart: «På bakgrunn av langvarig oppfølging, behandling og flere innleggelse er tilstanden funnet å være mer forenelig med paranoid schizofreni enn en akutt forbigående paranoid psykose som en enkeltstående sykdomstilstand.»

De to sakkyndige har imidlertid kommet til ulik konklusjon med hensyn til spørsmålet om årsakssammenheng. Om dette skriver dr. Gravgaard (side 21) «Årsakene til schizofreni er som det fremgår ovenfor langt fra klarlagt. Genetiske forhold er av betydning, men også andre faktorer knyttet til en persons fysiske og psykiske miljø under oppveksten regnes som svært viktig. Skadelidte opplevde mye stress under sitt opphold i [REDAKTERT], dels i form av mye arbeide, dels i form av granatnedslagene, hvor en soldat døde. Der er imidlertid lite holdepunkt for at traumatiske opplevelser så sent i livet som 24 år har avgjørende betydning som årsak for utviklingen av sykdommen schizofreni. De viktigste årsaksforklaringer finnes med meget stor sannsynlighet i genetisk disposisjon og påvirkninger tidligere i livet. Slik sett er det høyst sannsynlig at skadelidte hadde utviklet paranoid schizofreni også om han ikke hadde utført tjenesten i [REDAKTERT]. Skadelidte gir da også uttrykk for at han allerede innen han dro til [REDAKTERT] opplevde psykiske vansker».

Den andre sakkyndige, dr. Setsaas konkluderte derimot med årsakssammenheng: «Den sakkyndige er etter beste faglig skjønn, personlige undersøkelser av skadelidte, gjennomgang av sakens dokumenter og gjennomgang av innhentede dokumenter kommet til at skadelidte antas å ha fått sin alvorlige sinnslidelse utviklet like etter oppstart av sin FN-tjeneste, hard arbeid og opplevelsen av granatnedslag med dødsfall av en medsoldat. På generelt grunnlag er en slik alvorlig opplevelse i kombinasjon med det generelle psykiske presset tilstrekkelig til å kunne utvikle en psykotisk tilstand. Også innholdet i de psykotiske symptomene taler for en sammenheng mellom hans opplevelser og utviklingen av psykosen.»

Hovedregelen etter alminnelig erstatningsrett er at skadevolder må yte full erstatning, når skaden er utløst av ansvarshendelsen. Spørsmålet blir i hvilken grad tjenesten er en nødvendig og tilstrekkelig betingelse for skadens inntreden.

Dersom det foreligger flere årsaksfaktorer må de psykiske påkjenningene fra tjenesten fremstå som et såpass vesentlig element i årsaksbildet at det er rimelig å knytte ansvar til dem. Det er skadelidte som har bevisbyrden for dette, men det er tilstrekkelig at det er mer sannsynlig at hendelsene har vært en nødvendig betingelse, enn at de ikke har vært det, jf. Rt. 1992 s. 64.

Selv om tjenesten således har vært en utløsende årsak, vil den ikke være en nødvendig betingelse, dersom skadelidte ville ha utviklet schizofreni uansett. Det er her viktig å trekke opp en grense mellom det å etablere et ansvar basert på at tjenesten utløste lidelsen, og om eventuelt etterfølgende realisering av schizofreni danner grunnlag for å begrense ansvaret. En begrensning i ansvaret er det skadevolder som bærer bevisbyrden for, jf. Rt. 1999 s. 1473.

Schizofreni kan oppstå som følge av samspill mellom arv og miljø, og kan være traumeutløst. I følge sakkyndigerklæringen fra dr. Gravgaard legger han stor vekt på skadelidtes alder, og finner at opplevelser så sent i livet som 24 år ikke har avgjørende betydning for utvikling av schizofreni. Den sakkyndige mener at man med stor grad av sannsynlighet må forklare utviklingen av sykdommen med genetisk disposisjon og påvirkninger tidligere i livet. Det er dog ikke påvist at skadelidte har en genetisk disposisjon eller at han har vært utsatt for påvirkninger tidligere i livet som har gjort ham så sårbar at schizofreni ville utløses. Selv om schizofreni vanligvis utløses av traumer tidlig i livet, er det i den aktuelle sak på det rene at skadelidte var frisk forut for tjeneste og at hans schizofreni ble utløst under tjeneste. Det er videre på det rene at tjenesten innebar en rekke hendelser og traumer som i seg selv har skadeevne. Nemnda finner derfor ikke holdepunkter for å avvise årsakssammenheng alene fordi de traumer som utløste sykdommen først inntraff da skadelidte var 24 år. Aldersdebuten kan ikke alene være avgjørende når noen blir utsatt for traumeutløste hendelser. Det vil da være de konkrete opplevelser den enkelte har vært utsatt for, som må vurderes. Nemnda viser

videre til at skadelidte faller innenfor den aldersgruppen dr. Gravgaard skisserer opp i sin erklæring, når han viser til lidelsens utbredelse fra boken *Psykiaatri* av Einar Kringlen 10. utgave side. 298: «*Risikoperioden for schizofreni regnes fra 15 -45 år, men de fleste utvikler schizofrene symptomer i 18- 25 årsalderen.*»

Det er her nær tidsmessig sammenheng mellom FN-tjenesten og skadelidtes utvikling av schizofreni. Umiddelbart etter hendelsene i [REDACTED] utviklet han et manifest paranoid system med vrangforestillinger og konspirasjonsteorier, og ble sendt hjem til Norge for behandling. Han ble kort tid etter hjemkomst diagnostisert med paranoid psykose, før dette senere ble omklassifisert til paranoid schizofreni. Symptomene hans var således sterkt knyttet til opplevelser i tjenesten. Det er også allment medisinsk akseptert at stressituasjoner har en tendens til å utløse schizofreni når man først er disponert for lidelsen. Selv om skadelidte eventuelt har vært utsatt for hendelser tidligere i livet som har hatt betydning for sykdomsutbruddet under tjenesten, slik den sakkyndige antyder ved at traumene under FN-tjenesten er sent i livet, vil det i en erstatningsmessig sammenheng ikke kunne begrense ansvaret. Om skadelidte således har en ukjent sårbarhet for utvikling av schizofreni, vil denne sårbarheten normalt sett medføre ansvar for skadevolder, ut fra prinsippet om at skadevolder må ta skadelidte som han er. Skyldes utviklingen av schizofreni at skadelidte har vært særlig mottakelig, vil ansvaret kunne begrenses eller avvises dersom sårbarheten har vært en vesentlig og aktivt virkende årsaksfaktor ved utviklingen schizofrenien. Forut for tjenesten foreligger ingen holdepunkter for sykdom. Det er således ingen holdepunkter for å si at skadelidte var særlig mottakelig eller at sårbarheten har vært vesentlig og aktivt virkende ved utløsningen av schizofrenien. Sårbarheten skadelidte bar ble utløst av hendelser under tjenesten, som var av en slik karakter at psykiske belastningslidelser kunne utløses. Det er ikke holdepunkter i den foreliggende dokumentasjon for at lidelsen ville ha oppstått uavhengig av tjenesten på det aktuelle tidspunkt.

Nemnda finner derfor, ut fra de symptomer som skadelidte utviklet både under og umiddelbart etter tjenesten, at denne har vært en nødvendig betingelse for å utløse skadelidtes schizofreni.

Et ytterligere vilkår for erstatningsansvar er at årsakssammenhengen er adekvat. Det innebærer at dersom schizofreni er en upåregnelig, fjern og avledet følge av den skadevoldende handling, er det ikke rimelig å knytte ansvar til den. Det vises for så vidt til Rt. 2007 s 172, hvor Høyesterett uttalte "As sykdom står således ikke i noen nær og umiddelbar forbindelse med selve ulykken – det dreier seg om et avledet og utpreget indirekte årsaksforhold." På den annen side vises til nemndas sak 40/2011 hvorfra hitsettes: «*Det er ikke upåregnelig at hendelser som objektivt sett oppleves som livstruende, medfører psykiske skadevirkninger. Det er hele fundamentet for den kompensasjonsordningen som er etablert for krigsveteraner. Derimot er utviklingen av schizofreni som følge av slike hendelser, noe som hører til sjeldenhetene. Men det at det er en sjelden og uventet skadefølge er ikke i seg selv tilstrekkelig til å si at årsakssammenhengen er inadekvat. Spørsmålet blir også hvilken nærhet det er mellom skaden og den skadevoldende handling.*»

Det er ikke tvilsomt at skadelidte i vår sak utviklet schizofreni i umiddelbar sammenheng med tjenesten. Etter nemndas oppfatning er de hendelsene som skadelidte har vært utsatt for, av en slik karakter at de må anses å kunne påføre traumer som kan føre til schizofreni. Det fremstår også som klart for nemnda at tjenesten i massiv grad har preget hans sykdomsbilde senere, og at den har hatt betydelig negativ innvirkning på skadelidtes livskvalitet. Etter nemndas vurdering knytter schizofrenien seg i all hovedsak til de hendelser skadelidte var utsatt for under tjenesten.

Det vil likevel ikke være grunnlag for å yte erstatning dersom det legges til grunn at skadelidte om tjenesten tenkes borte, likevel ville ha utviklet schizofreni og blitt ervervsufør. Bevisbyrden for at skadelidte uansett ville ha blitt helt eller delvis varig ervervsmessig ufør, påhviler staten. Det vises for så vidt til Rt. 1999 s. 1473, og nemndas vedtak i sak 4/2011, 15/2011 og 18/2011.

Dr. Gravgaard fremholder at *«De viktigste årsaksforklaringer finnes med meget stor sannsynlighet i genetisk disposisjon og påvirkninger tidligere i livet. Slik sett er det høyst sannsynlig at skadelidte hadde utviklet paranoid schizofreni også om han ikke hadde utført tjenesten i [REDACTED].»* Den sakkyndige har ikke utdypet dette i erklæringen, og det fremstår for nemnda som vanskelig å tillegge disse uttalelsene bevismessig stor vekt, uten nærmere redegjørelse for grunnlaget for at skadelidte ville ha blitt syk uansett. En slik vurdering kan ikke alene bygge på generell medisinsk sannsynlighet, men må konkret knyttes til skadelidtes tilstand før, under og etter tjeneste. Han hadde forut for tjeneste ingen dokumenterte hendelser som indikerer sykdom. Det er ikke påvist schizofreni eller annen alvorlig sinnslidelse i hans familie. Det er ei heller påvist noen særlige traumer i yngre år som har dannet en sårbarhet. I motsetning til sak 40/2011 foreligger det derfor ingen holdepunkter her for at skadelidte skulle være spesielt disponert i for utvikling av schizofreni. Sannsynligheten for at skadelidte ville ha utviklet schizofreni uansett anses ikke tilstrekkelig til å tillegges vekt. Det er svært vanskelig å noe om hvor stor denne utviklingen i så fall ville blitt, og hvordan dette ville materialisert seg i form av ervervsmessig uførhet. Det gjelder lempeligere krav til bevis for årsakssammenheng, og dette har også relevans for vurderingen av sannsynligheten for en alternativ utvikling om tjenesten tenkes borte, jf. blant annet sak 4/2011, 15/2011 og 18/2011. Nemnda finner det etter dette ikke sannsynliggjort at skadelidte ville ha utviklet schizofreni, dersom tjenesten skulle tenkes borte.

Konsekvensen av dette er at skadelidte har krav på full kompensasjon etter kompensasjonsforskriften § 4. Full kompensasjon etter den særskilte kompensasjonsordningen med et lempeligere beviskrav utgjør 35 ganger folketrygdens grunnbeløp (G). Dagens G er kr. 82 122, og full kompensasjon utgjør da kr. 2 874 270. Det er tidligere utbetalt 6 ganger grunnbeløpet under billighetserstatningsordningen. Beløpet kommer i sin helhet til fradrag, jf. forskriftens § 5 annet ledd. Kompensasjonen som skal utbetales utgjør etter dette 29 ganger grunnbeløpet, kr. 2.381.538,-.

I forbindelse med klageomgangen har advokat Flatmo fremmet et krav på kr. 8.620 inkl. mva. Kravet anses rimelig og nødvendig i anledning saken og dekkes i sin helhet.

3. Konklusjon

Klagen tas til følge i det skadelidte har krav på maksimal ytelse etter kompensasjonsforskriften. SPK skal utbetale ytterligere kr 2.381.538,- til skadelidte.

Utgifter til juridisk bistand i klagebehandlingen dekkes med kr. 8.620 inkl.mva.

Vedtaket er enstemmig.

Oslo, 7. desember 2012

Anne Stine Eger Mollestad
Klagenemndas leder