

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN-2019-705

25.9.2019

If Skadeforsikring NUF

Yrkesskade/yrkessykdom - Yrkesskadeforsikringsloven (YFL)

Overfall – oppgjørsavtale – revidering journal – gjenopptak - avtl. § 36.

Forsikrede ble overfalt på jobb som miljøarbeider i 2012. Selskapet bestred at det forelå årsakssammenheng mellom hendelsen og senere plager, men etter forhandlinger inngikk selskapet og forsikrede v/advokat i 2016 avtale om fullt og endelig oppgjør med kr 150 000, samt kr 50 000 til juridisk bistand. Selskapet hadde tidligere utbetalt kr 260 000 til forsikrede. Forsikrede krevde ytterligere utbetaling i 2018 og anførte bl.a. at journalnotater fra tiden før hendelsen var uriktige. Tvist om vilkårene for gjenopptak var tilstede. Nemnda bemerket at utgangspunktet var at avtaler skal holdes og konkluderte med at det ikke var forhold i denne saken som tilsa revisjon av oppgjørsavtalen etter avtl. § 36. Selskapet ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede (tidl. bl.a. lastebilmekaniker og miljøarbeider, f. 1974) ble utsatt for et overfall da han var på jobb på en barnevernsinstitusjon 27.7.12. I skademelding til Nav 29.8.12 oppsummerte daværende arbeidsgiver, H. Barnevernstiltak (heretter H.), hendelsen som følger:

... Ungdom opptrekk truende. Aktiv grensesetting nødvendig fra miljøpersonalets side. Skadet tar aktiv ansvar i grensesetting og trygging av ungdomen. Ungdomen truer ansatt i den forbindelse. Ungdom angriper med brekkjern påfører kutt og sårskader, skadet foretar nødvendig nedleggelse av ungdom og skadet skader kne ...

Gutten som overfalt forsikrede sendte også trusler i form av tekstmeldinger et par uker etter hendelsen. Gutten er senere dømt til fengsel for sine handlinger.

I klagen har forsikrede blant annet opplyst at han fikk avrevet fremre korsbånd høyre side, strukket indre leddbånd og sprukket menisk. Forsikrede har videre opplyst at alle spesialister innenfor helsevesenet har konkludert med at han har fått PTSD som følge av hendelsen, jf. brev 13.5.19.

Forut for hendelsen

I saksrapporten fra Nav fremgår flere perioder med utbetaling av sykepenger etter år 2000, med forskjellige fysiske og psykiske diagnoser. Journalgjennomgang 27.10.15 viser at forsikrede også tidligere har vært plaget med psykiske lidelser. Journalen fra DPS for perioden 1.12.09–1.4.11 er senere slettet. Forsikrede søkte om rehabiliteringspenger 14.12.09 og uføreytelser 6.4.10, se saksrapporten fra Nav.

Av Navs saksrapport fremgår videre at forrige arbeidsforhold ble avsluttet 31.8.09, før forsikrede begynte hos H. 1.5.12 (i udatert uttalelse fra H. fremgår at forsikrede startet 15.5.12, jf. nedenfor). I vedlegg til klagen har forsikrede opplyst at han før H. hadde seks måneder arbeidsutprøving ved S., men etter manglende enighet om vilkår for fast ansettelse, søkte forsikrede heller jobb hos H.

Etter hendelsen

I nevropsykologisk rapport 9.10.14 skrevet av Psykologspesialist S., fremgår blant annet at "... Han har slitt med depressive reaksjoner til og fra i livet også fra vanskelige hendelser som hendte ham før traumet på fjellet." og at "Pasienten forteller om en utvikling av symptomer og fungering totalt, som er forenlig med utmattelsessymptomer eller ME. Han har i flere år, erfart kroniske influensa symptomer, vært kronisk sliten, husker dårlig (avhengig av lapper for å huske det minste ting) og opplever sterk angst. ...". Under Samlet vurdering har spesialisten skrevet:

Jeg er av den oppfatning at denne mannen ikke skal tilbake i arbeid. Han bør heller ikke bli satt overfor ytterligere krav og press. Det kan i verste fall "vippe" ham over grensen og medføre at pasienten dekompeniserer eller tar sitt eget liv. Han trenger struktur, trygghet/forutsigbarhet og oversikt i livet sitt. Min vurdering er at denne mannen bør innvilges en 100 % uføretrygd.

Diagnose: ICD-10: F43.1: Tilpasningsforstyrrelser og reaksjoner på alvorlig belastning, posttraumatisk stresslidelse (PTSD).

ICD-10: T 73.3: Utmattelse av overdreven anstrengelse.

Forsikrede ble representert av advokat fra 13.10.14. Advokaten opplyste at forsikrede hadde fremsatt krav om 100 % uførepensjon i samråd med Nav, grunnet de psykiske plagene etter yrkesskaden, jf. erklæringen skrevet av dr. S. 9.10.14, jf. brev 17.11.14. Videre opplyste forsikrede om enkelte faktafeil i erklæringen, herunder tilknyttet tidligere kneplager og operasjoner, redsel for billyder utenfor hjemmet og oppbevaring av balltre ved døren, mv.

Forsikrede oversendte 6.3.15 kopi av Nav innvilgelse av ménerstatning i gruppe 3 (jf. vedtak 4.3.15), og fremsatte krav om ménerstatning og ytterligere lidt inntektstap.

Selskapet ga i brev 21.5.15 uttrykk for at det ikke var årsakssammenheng mellom hendelsen og plagene og mellom plagene og tapet. Det foreslo imidlertid en minnelig avslutning på saken:

Dersom din klient med ovenstående gjennomgang som bakteppe, en gjennomgang jeg vil presisere er tuftet på et foreløpig nokså begrenset dokumenttilfang, er innstilt på å avslutte saken i minnelighet, vil jeg anbefale selskapet å tilby ytterligere kr 50 000 som et fullt og endelig oppgjør av saken. Etter dette imøteser jeg din tilbakemelding.

Det var i ettertid noe korrespondanse mellom forsikredes advokat og selskapet, uten at det ble inngått en avtale.

I e-post av 26.6.15 fra fagleder hos en bedrift som jobber med tilrettelagt arbeid, fremgår at forsikrede "var i det arbeidsrettede tiltaket Arbeid med Bistand ved vår bedrift fra 21.10.11 til 05.11.12" og at han ved oppstart ikke viste "noen tegn på å være depressiv eller suicidal. ... Tvert imot tok han initiativ for å komme seg videre etter år med kneoperasjoner ...".

Nav innhentet en ny erklæring fra Psykologspesialist S., datert 18.11.15. Rapporten henviste i hovedsak til tidligere rapport av 9.10.14, og tallfestet forsikredes varig medisinsk invaliditet til 35-54 %.

Grunnet utredning og behandling tok ikke forsikredes advokat kontakt med selskapet på nytt før brev 7.1.16. Han opplyste da blant annet:

Bakteppet for hvordan forsikrede selv beskrev sin situasjon i e-post av 11.01.13 var at han selv har knyttet sine utfordringer og vanskeligheter til konkrete forhold som bla skilsmisse, gjentatte og mislykkede kneoperasjoner og feilaktig kreftdiagnose. Særlig pga langvarige kneproblemer før ulykken måtte han over på NAV-ytelser som igjen resulterte i økonomiske problemer som igjen gjorde hverdagen hans vanskelig både sosialt og økonomisk. Forsikrede har således hatt problemer gjennom årene før yrkesskaden men han har selv ment at disse var forårsaket av situasjonsbestemte og konkrete forhold i hans livssituasjon og ikke at sykdom/psykiske helse var årsak til problemene han opplevde denne tiden.

Det ble også påpekt at forsikrede hadde vært opptatt med å "få fjernet diagnosen *alvorlig depressiv* i hans tidligere journaler da han mener seg både misforstått og at diagnosen ikke er

korrekt." Det ble fremlagt brev fra sykehuset I. til Pasientombudet ... datert 27.10.15, hvor det "konkluderes her med at det verken er foretatt riktig kartlegging eller utredning for å kunne benytte diagnosen *episode med alvorlig depresjon*".

Advokaten fremsatte krav om 100 % grunnerstatning ettersom det var "åpenbart at han vil bli innvilget 100 % uførtrygd med yrkesskadefordeler ...".

Advokaten purret 7.3.16, og selskapet svarte 14.3.16. Det opprettholdt da tidligere vurdering om manglende årsakssammenheng. Det økte imidlertid tilbudet om minnelig løsning:

Som en endelig avslutning av saken i minnelighet vil jeg kunne anbefale selskapet å tilby et avrundet, skjønnsmessig og skattefritt beløp på kr 150 000.

Dersom en løsning i minnelighet er av interesse for din klient ber jeg om en snarlig tilbakemelding.

Advokaten skrev 6.4.16: "Forsikrede aksepterer det fremsatte tilbud på kr 150 000 som full og endelig slutterstatning etter yrkesskade i 2012. Iht. tilbud forutsettes erstatningen skattefri ved utbetaling."

Etter noe diskusjon omkring dekning av ytterligere utgifter til juridisk bistand, utbetalte selskapet erstatningen på kr 150 000, samt ytterligere kr 15 000 (av totalt krav på nye kr 44 409) til dekning av utgifter til juridisk bistand, jf. brev 8.4.16. Det presiserte da at "utbetalingen ble foretatt utelukkende for å få avsluttet saken. Den innebærer følgelig ingen erkjennelse av at din klient ble påført en varig skade i og med hendelsen på jobb 27.07.12 som er egnet til å medføre et vedvarende økonomisk tap".

Selskapet har i klagesvaret oppsummert at samlet erstatning ble kr 410 000, ettersom selskapet tidligere hadde utbetalt kr 260 000 à konto. I tillegg dekket selskapet hva det mente var rimelige og nødvendige utgifter til juridisk bistand.

Ny søknad om 100 % uføretrygd ble sendt i 2016, og innvilget etter ca. tre uker, jf. forsikredes brev 13.5.19. Nav innvilget søknaden om uføretrygd med yrkesskadefordeler 15.4.16.

I skriv fra Sykehuset I. 3.5.18 fremgår at foretaket den 20.4.17 mottok krav om sletting av journal ved DPS for perioden 1.12.09–1.4.11 og at helseforetaket tidligere hadde nektet å slette evt. rette journalen, mv. Det fremgår videre at:

Konklusjon:

Du gis medhold i kravet om sletting av journal ved DPS i tidsrommet 01.12.09-01.04.11 da den på alle viktige punkter vurderes å være feilaktig og/eller misvisende, og den oppleves som svært belastende for deg. Denne journaldelen inneholder ikke noe som vil kunne være av betydning for senere helsehjelp. ...

Det fremgår av selskapets brev 12.3.19 at forsikrede ba om revidering av avtalen / gjenåpning av saken, og oversendte dokumentasjon i midten av mai 2018. Selskapet skal ha avslått kravet 11.6.18, og forsikrede klaget 27.1.19. Det er ikke fremlagt kopi av korrespondansen. Selskapet opprettholdt avslaget 12.3.19.

Forsikrede klaget til Finansklagenemnda 25.3.19. Vedlagt klagen har han blant annet gitt en redegjørelse av hendelsesforløpet fra tiden før, under og etter angrepet 27.7.12. F.eks. gjennomgikk han forskjellige hendelser og beskrivelser i journalene som Finansklagenemnda forstår han mener er feil og/eller upresise, og forsikrede har forklart hvordan han opplevde situasjonen etter at selskapet fremsatte krav om sluttoppgjør på kr 50 000.

I udatert uttalelse fra H. fremgår at arbeidsgiver mente forsikrede hadde en god psykisk helse før denne hendelsen, og ga han gode skussmål.

Forsikrede har i det vesentlige anført at han har rett til revisjon av oppgjørsavtalen, jf. avtaleloven § 36. Forsikrede har vist til at selskapet, ved vurderingen av saken, har brukt feilaktig informasjon i journalene, herunder feil diagnose i journal fra DPS (som også fastlegen har bygget på), beskrivelse av at forsikrede har opplevd en rekke traumer, pengeproblemer, bostedsløshet, mv. Journalene er nå slettet og ugyldiggjort, men den feilaktige informasjonen ble brukt som basis for avtalen. Forsikrede er sikker på at hans advokat kunne fremforhandlet en helt annen avtale hvis de rettede journalene hadde vært grunnlaget for forhandlingene, og forsikrede mener derfor at avtalen må revideres med de gjeldende journaler som grunnlag. De feilaktige journalene bør ikke hensyntas i denne saken og må overses fullstendig. Alle spesialister innenfor helsevesenet har konkludert med at forsikrede har fått PTSD som følge av hendelsen. Før hendelsen var det kun fysiske plager (kneoperasjoner og tumor i testikkel) som var problemet – og ikke noen mentale problemer. Fastlegen har sagt at det var feil å henvise han til DPS, men at fastlegen på det tidspunktet syntes forsikrede burde snakke med noen, jf. prosessen med operasjoner, planlegging av omskolering, mv. At disse tingene tok nesten fire år er tragisk, men burde ikke frata forsikrede rettigheter i etterkant. Forsikrede var tilbake i jobb, og gjorde en god jobb ifølge arbeidsgiver.

Videre føler forsikrede at han ble presset/lurt til å inngå avtalen. At forsikrede ikke fikk tid til å få rettet opp feilinformasjonen i journalene, fratok han hans rettssikkerhet. Helsetilstanden hans var også meget dårlig, og forsikrede var ikke i stand til å se uretten som ble begått. Forsikrede hadde mer enn nok med å takle hverdagen og klarte ikke engang tanken på en rettssak, hvor han måtte satse familiens midler på en usikker rettssak. Advokaten hans spurte forsikrede en rekke ganger hvordan han skulle betale hennes honorar siden selskapet hadde stoppet hans bistand til advokat. Feilinformasjon om økonomisk ruin i journalene var med på å frata han tilstrekkelig juridisk hjelp og en rettferdig behandling. Selskapets advokat hadde på avtaletidspunktet et sterkt kort på hånda siden opprinnelig journal ville veie tyngre i rettsapparatet enn tilleggskrivet fra seksjonsoverlegen på DPS. Forsikrede har fremlagt en del dokumentasjon etter sekretariatets vurdering, herunder utførelse, vurdering av kneskaden og vurdering av psykolog vedrørende varig mén.

Selskapet har anført at det ikke er grunnlag for avtalerevisjon etter avtl. § 36. Det er en klar hovedregel om at avtaler skal holdes, og avtl. § 36 er en snever unntaksbestemmelse, jf. Rt. 2013 s. 769 avsnitt 44 og Rt. 2011 s. 1168 avsnitt 20. Det taler mot revisjon at forsikrede var representert ved advokat i nærmere to år, som tilsier at begge parter må anses som profesjonelle i denne sammenheng. Avtalen ble inngått fire år etter hendelsen, og alle relevante dokumenter var innhentet. Nav hadde fattet vedtak om ménerstatning, og det var søkt om 100 % uføretrygd. Forsikrede hadde krevd dekket alle relevante erstatningsposter før avtaleinngåelsen. Selskapet ga også en begrunnelse for hvorfor det mente det forelå manglende faktisk og rettslig årsakssammenheng, og advokaten kom med motargumenter. Selskapet var også kjent med at forsikrede mente diagnostiseringen var uriktig og ble forelagt dokumentasjon på dette fra Sykehuset I. Det gikk nærmere 1 år fra tilbud om sluttoppgjør til endelig aksept. Ingen av brevene fra selskapet inneholder noen akseptfrist. Det fremstår derfor ikke som om det var noe tidspress fra selskapets side i anledning avtaleinngåelsen. Det foreligger da ikke rett til revisjon etter avtl. § 36. Videre synes det å være enighet mellom partene at den helsemessige og ervervsmessige situasjonen ikke er endret siden avtaleinngåelsen, og det er derfor ikke grunnlag for oppgjør etter standardforskriften § 5-1 eller avtaleloven § 36 på dette grunnlag.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder om forsikrede har rett til å kreve revisjon av inngått oppgjørsavtale, jf. avtaleloven (avtl.) § 36. Selskapet og forsikrede (ved advokat) inngikk i 2016 avtale om fullt og endelig oppgjør

med kr 150 000, samt kr 50 000 til juridisk bistand. Selskapet hadde tidligere utbetalt kr 260 000 til forsikrede. Forsikrede har anført at vilkårene for revisjon av avtalen med hjemmel i avtl. § 36 er oppfylt, blant annet med den begrunnelse at journalnotater fra tiden før hendelsen er uriktige.

En avtale kan etter avtl. § 36 første ledd "helt eller delvis settes til side eller endres for så vidt det ville virke urimelig eller være i strid med god forretningsskikk å gjøre den gjeldende". I Rt. 2013-769, sitert i Høyesteretts dom HR-2019-1153-A, oppsummeres Høyesterettspraksis som at "det klare utgangspunkt (er) at avtaler skal holdes, og det er klart dekkende å si at det er tale om en heller snever unntaksbestemmelse".

I dommene oppstilles tre vilkår for å ha rett til tilleggserstatning, etter at et forutsetningsvis endelig erstatningsoppgjør har funnet sted. Disse gjelder imidlertid kun for tilfeller der det er skjedd en vesentlig forverring av skaden (med hensyn til medisinsk eller ervervsmessig invaliditet) siden oppgjøret, noe som vi forstår ikke er tilfellet her. Nemnda har lagt til grunn at forsikrede da tilbudet ble akseptert 6.4.16, ikke hadde jobbet siden ulykken 27.7.12, og da var i en prosess med å søke 100 % uførhet. Det er ikke fremlagt sakkyndige vurderinger som viser en vesentlig økning i den medisinske invaliditetsgraden siden avtalen ble inngått.

Det avgjørende er etter dette om det vil "virke urimelig eller være i strid med god forretningsskikk" å gjøre avtalen gjeldende. Nemnda har ikke vurdert hvor mye av dagens invaliditetsgrad eller uførhet det er sannsynliggjort at skyldes hendelsen. Dersom det forutsettes at årsakssammenheng mellom hendelsen og hele dagens uførhet samt en relativt stor invaliditetsgrad er sannsynliggjort, legger nemnda til grunn (selv om det ikke er fremlagt konkrete beregninger) at forsikrede ville hatt krav på en vesentlig høyere erstatning, dersom ikke avtalen om sluttoppgjør med selskapet var blitt inngått. Dette er et moment som taler for revisjon, jf. også HR-2019-1153-A.

Forsikrede har anført at han har rett til revisjon ettersom det ble gitt liten tid til å godta tilbudet, samt at hans helsetilstand på det tidspunktet var meget dårlig, og at han ikke fikk rettet opp feilinformasjonen i journalene. Det andre tilbudet ble gitt av selskapet 14.3.16, etter langvarig kontakt mellom partene, og etter at forsikrede hadde avslått selskapets første tilbud. Bortsett fra et ønske om "snarlig tilbakemelding", fremgår ingen svarfrist i tilbudet. Det er heller ikke dokumentasjon som tilsier at selskapet har nektet ytterligere betenkningstid grunnet sykdom, eller blitt forespurt ytterligere tid til å få slettet journalene.

Forsikrede, ved advokat, aksepterte tilbudet 6.4.16. Dette var omlag tre uker etter selskapet oversendte tilbudet til advokaten. Slik saken er fremstilt, kan nemnda vanskelig se at det var tale om et slikt tidspress som tilsier revisjon av avtalen. Forsikrede har videre anført revisjon som følge av at oppgjøret og saksbehandlingen er basert på feilaktige journaler.

Nemnda bemerker at forsikredes advokat på avtaletidspunktet hadde gjort selskapet kjent med at sykehuset hadde konkludert med at det var feil at forsikrede hadde fått diagnosen alvorlig depresjon, at forsikrede ikke kjente seg igjen i spesialisterklæringen av 9.10.14, og at forsikrede skal ha takket ja til samtaler hos DPS pga. de mislykkede kneoperasjonene og langt sykdomsforløp. Videre var selskapet gjort kjent med at forsikrede oppfattet de fysiske problemene (kne og testikkel) som årsak til Nav-ytelser/økonomiske problemer før hendelsen, og at det var åpenbart at forsikrede var "påført varig PTSD pga arbeidsulykken og at det tidligere er lagt feil og for stor vekt på tidligere problemer", samt at det var åpenbart at forsikrede ville bli innvilget 100 % uføretrygd med yrkesskadefordeler, jf. advokatens brev 17.11.14, 7.1.16 og brev fra sykehuset ... til Pasientombudet ... datert 27.10.15.

Iht. denne dokumentasjonen visste både forsikrede og selskapet på avtaletidspunktet om de feilaktige forholdene som fremgikk av den nå slettede journalen. Likevel valgte forsikrede, som på dette tidspunktet var representert av advokat, å inngå en endelig oppgjørsavtale med selskapet. Nemnda forutsetter at forsikrede var kjent med fordelene ved å inngå en avtale som sikret en ikke ubetydelig erstatning, mot ulempene ved å si fra seg muligheten til høyere erstatning etter en eventuell rettslig prosess dersom forsikrede hadde avslått tilbudet, sml. Høyesteretts dom HR-2019-1153-A avsnitt 58-59 og 61.

Samlet sett, og særlig under henvisning til at avtaleloven § 36 er å anse som en snever unntaksregel fra prinsippet om at avtaler skal holdes, kan ikke nemnda se at det er grunnlag for revisjon av oppgjørsavtalen.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Selskapet gis medhold.

Ved behandlingen deltok Kaja de Vibe Malling (leder), Gro Farestvedt (selskapsrepresentant), Tonje Giertsen (selskapsrepresentant), Paal Bjønness (forbrukerrepresentant) og Ingrid Sande Kvålen (forbrukerrepresentant).