

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN-2021-244

22.3.2021

Lloyds of London (Nordeuropa Forsikring AS)

Yrkesskade/yrkessykdom - Yrkesskadeforsikringsloven (YFL)

Kneskade – 7-10 %vmi – sentral smertesensitisering – årsakssammenheng – ervervsuførhet.

Forsikrede pådro seg kneskade i en arbeidsulykke som utgjorde 7-10 % vmi. Nav innvilget 100 % uførestønad med yrkesskadefordeler. Medisinere omtalte hans smerter i kneet som sentral smertesensitisering, noe selskapet hevdet det ikke var ansvarlig for. Saken reiste spørsmål om forsikrede hadde sannsynliggjort årsakssammenheng mellom yrkesskaden og senere uførhet. Slik saken var fremlagt for nemnda, uten noen spesialisterklæring som vurderte årsakssammenheng mellom kneplagene uten sentral smertesensitisering, og forsikredes uførhet, hadde ikke forsikrede sannsynliggjort en årsakssammenheng. Selskapet ble gitt medhold.

Saksfremstilling

I sitt arbeid som bilmekaniker var forsikrede (f. 1967) utsatt for en arbeidsulykke 27.5.15, da han snublet og falt med kneet på en bukk som heiser biler opp.

Journalopplysninger før arbeidsulykken 27.5.15.

I fastlegejournalen noteres det etter legekonsultasjon 3.9.14:

Pasienten kommer fordi han ønsker sykemelding pga smerter i ryggen. Han jobber som bilmekaniker og veier 130 kg. Han har smerter i albue fra tidligere og smerter i korsryggen med tidvis utstråling til spesielt hø uex. Har siste dager vært hjemme fra jobb. Lang prat om vekt og at han må slanke seg og være i fysisk aktivitet for å kunne klare jobben på sikt ...

Den 11.9.14 fremkom det av samme journal:

Pasienten kommer fordi han har blitt forkjølet, har hostet hele natten og er tett i nesen. Han er heller ikke bedre i ryggen, men vi prater igjen om at det trengs livsstilstiltak i form av enten vektnedgang eller noe så drastisk som å skifte jobb. Han tåler rett og slett ikke belastningen, men er ikke "syk nok" til å være sykemeldt av den grunn ...

Videre oppsøkte forsikrede fastlege igjen 17.9.14 for ryggplager:

... Tolkes som muskulære smerter, som han har hatt i mange år, inge røde flagg. Tar opp arbeidssituasjon og behov for vektnedgang, er motivert for å begynne med gåturer. Ikke hatt ønsket effekt av ibuprofen, forsøker diclofenac. Obs magesmerter, tidligere refluks og hiatushernie, bruker lansoprazol. Ønsker i utgangspunktet å gå på jobb, tar kontakt dersom det ikke lar seg gjennomføre. REkontakt ved forverring/manglende bedring.

Journalopplysninger etter arbeidsulykken 27.5.15.

Første gang forsikrede oppsøkte lege var 2.6.15:

Pasienten har gjennom lengre tid vært plaget med stivehet og smerter i håndledd. Inget traume. Han forteller at han har vært plaget med dette i lang tid, men at det har vært en forverring siste måned. Han har tidevis heveise rundt håndledd og fingerledd og beskriver betydelig bevegelsesinnskrenkning. Noe nummenhet i fingre på høy hånd. Beskriver også stivhet i håndledd, ankler og knær om morgenen, trenger litt tid for å komme seg i gang.

I følge pasienten har hans mor og søster revmatiske sykdommer. Han er fra tidligere operert for karpal tunnel på ve. side. Kommer gående i god AT. Tørr og varm i huden. Ubesv. resp.

Noe hevelse rundt håndledd, MCP og IP ledd bilat. Ingen rødme eller varme. Ingen synlige sår. Leddsmerter i håndledd og ankler uten forutgående traume. Revmatisk sykdom i familien. Anbefaler smertestillende en periode. Tar orienterende blodprøver inkludert prøver for revmatisk sykdom. Kontakter pasienten når svar foreligger.

Første legekonsultasjon der hendelsen nevnes er 31.7.15:

Pasienten tar kontakt nærmere 2 mnd etter skade i hø kne. Han jobber på bilverksted og det var en dag han falt inn med kneet rett på bukken som heiser biler opp. Han falt med hele vekten sin. Umiddelbart fikk han stor hevelse i kneet, men tok ikke kontakt med lege. Han har selv følt et "søkk" i kneskålen. Ved us i dag kommer han lett haltende til us. Man ser tydelige forskjell mellom hø og ve kneregion, hvor hø er mer hoven. Han har også en avgrenset bløtdelshevelse utenpå kneskålen som måler ca 5 cm x 5 cm. Klarer derfor ikke å palpere evt søkk i kneskål. Han har tydelig hydrops. Ingen instabilitet ved testing av leddbånd og ligamenter. Ønsker å kartlegge skadeomfang for å se om det er noe man kan gjøre kirurgisk. Pasienten hemmes i sin jobb, da han ikke kan ligge på knærne. Ber derfor om at us gjennomføres så raskt som mulig.

Skademeldingen til Nav er datert 20.8.15.

Fra forsikredes egenvurdering i forbindelse med Navs arbeidsevnevurdering av 1.8.16 siteres:

Egenvurdering

En god arbeidssituasjon for meg er når jeg har ett lett arbeid, dette pga min rygg, og cn skade jeg pådro meg når jeg jobbet på mellom sveiseverksted. Der jeg slo brist i brystbeinet milt, og det sliter jeg med enda når det blir harde fysiske situasjoner der jeg må ta i ekstra. Pluss jeg nå har fått en kneskade på toppen av dette. Jeg fungerer ikke godt sammen med dominante og sure sjefer. Dette har jeg erfaring av i massevis av. Liker å jobbe selvstendig. Og en arbeidsplass uten for mye rot. Liker å få utfordringer der jeg eventuelt må komme med en fungerende løsning.

Det foreligger et notat av 2.12.16 fra rådgivende lege i Nav:

Det tok lang tid før lege ble oppsøkt etter yrkesskaden 270515. Men NAV har godkjent kneskaden som yrkesskade likevel.

Det fremstår som om bruker har fått tilstrekkelig utredning, rehabilitering og ortopedisk behandling for tilstanden, men at han fortsatt har kroniske smerter og funksjonstap i kneet med behov for smertestillende medisin.

Det er ett uavklart spørsmål om man kan godkjenne mest sannsynlig årsakssammenheng i denne saken, da det ikke foreligger akutt symptomer og brosymptomer fra yrkesskaden skjedde 270515 til legekontakt 310715.

Dette kan man spørre en ortoped om når man ber om spesialistuttalelse.

Det er heller ikke klart hvilket punkt i invaliditetstabellen som vil komme til anvendelse her, hvis ortopeden finner en mest sannsynlig årsakssammenheng.

Det fremstår som dokumentert at bruker har fått adekvat medisinsk oppfølging for bruskskade bak kneskjellet i høyre kne. Tilstanden er trolig varig.

Nav innhentet en spesialisterklæring av 21.10.17 fra dr. K. som uttalte at det er mest sannsynlig at arbeidsulykken er årsak til forsikredes kneplager i dag. Fra siste side siteres:

... Man må i dette tilfellet diskutere hvorvidt det foreligger en inngangsinvaliditet, da en ved det artroskopiske inngrepet fant forandringer i alle 3 compartment i kneet. Det var ikke mulig å konkludere med at spreklene i brusken på baksiden av kneskålen mest sannsynlig var skadebetinget. Operatør fant degenerative forandringer både medialt og lateralt i kneet slik at jeg vurderer det dit hen at forandringene retropatellart mest sannsynlig også var degenerative forandringer. Degenerative forandringer i et kne kan være symptomfrie inntil kneet blir utsatt for et traume.

Min vurdering er at den samlede medisinske invaliditet i henhold til punkt 4.7.3a er 15%. Det foreligger en sannsynlig inngangsinvaliditet i dette tilfellet. En inngangsinvaliditet vurderes i denne sammenheng vanligvis til 50%.

Den skaderelaterte medisinske invaliditet settes til 7,5 %. På grunn av en betydelig smertekomponent som går ut over det forventede ved denne tilstand oppjusterer jeg den skaderelaterte medisinske invaliditet med 1/4 i henhold til rettledningen avrundet til totalt 10%.

Det er slik situasjonen er i dag ingen indikasjon for ytterligere invasiv behandling. Skadelidte bør fortsette sin trening veiledet av fysioterapeut 2 ganger i uken i håp om at hans tilstand kan bedre seg i fremtiden. Utsikten til bedring er det vanskelig å uttale seg om på nåværende tidspunkt.

I journalnotat av 22.1.18 fra sykehus fremkommer:

Vurdering: Pasienten pådro seg et konkret traume mot kneet i 2015. Overtid har tilstanden blitt sammensatt, bestående av arbeidsbortfall, nedsatt daglig funksjon og pågående menerstatningssak.

Etter samtale med pasienten i dag, og etter å ha lest igjennom tidligere notater, får jeg et klart inntrykk av at det er sentral smertesensitisering, og ikke et pågående mekanisk misforhold, som forårsaker smertene i kneet. Jeg mener derfor det er all grunn til å begynne å stole på kneet under aktivitet og at han i større grad må ta kontroll hvis han skal komme ut av den vanskelige situasjonen han er i nå. Jeg har snakket lenge med ham om denne alternative forklaringen, men han fremholder, på tross av mine vurderinger, at han er helt sikker på at det er noe mekanisk galt i kneet. Da tror jeg det blir vanskelig å stole på kneet under belastning, og det blir ditto vanskelig å ha en aktiv tilnærming til økte smerter når de erfaringsmessig oppstår.

En funksjonsorientert tilnærming her ved ... er basert på en annen forståelse av langvarige smerter enn den pasienten nå har. Jeg har derfor brukt tid på å forklare hvordan jeg forstår den medisinske tilstanden og den vanskelige situasjonen han står i.

Ved avsluttet konsultasjon er vi enige om at vi er uenige, både om årsaken til smertene og slik de bør håndteres. Jeg tror derfor det er grunn til å være noe tilbakeholden med å tilby et mestringsbasert rehabiliteringsopphold her ved (...) hospitalet. Jeg har heller bedt pasienten vurdere det vi har snakket om, og så vil han ta det opp med sin fastlege når han skal til time der 31.01.18.

Selskapet innhentet en spesialisterklæring av 26.4.18 fra dr. M., fra avsnittet om varig medisinsk invaliditet siteres her:

... Pasienten var knefrisk for aktuelle skade, ved knekirurgi (kikkhullskirurgi) fant man små bruskforandringer i alle tre ledd deler av kneet. Man var usikker på om sprekke i brusken på baksiden av kneskålen var skaderelatert men ut i fra skade og ikke minst funn anser jeg dette som sannsynlig. De påviste forandringene som er lokalisert på innsiden og yttersiden av kneleddet (mediale og laterale ledd compartment) er sannsynligvis alders/slitasjebetinget, noe som ikke er uventet med bakgrunn i pasientens høyde/vekt og aktuelle BMI nå på 36.

Den skaderelaterte medisinske invaliditet settes ut i fra retningslinjer til 5 %, med bakgrunn i at han har en betydelig smerte problematikk økes denne til avrundet totalt 7 %.

VIDERE

Med bakgrunn i funn i dag, foreligger det ingen videre operativ indikasjon. Han har sluttet å røyke, har et sterkt ønske om å komme tilbake i yrkeslivet og har stor interesse av biler generelt. Jeg har nevnt for ham at han bør opprettholde sin egen trening og hvis mulig også med fysikalsk veiledning opp mot to ganger ukentlig for å opprettholde muskulatur, stabilitet og ikke minst lære seg mest mulig riktig bruk av kneet.

Jeg har også luftet muligheten for bruk av biologisk behandling som i dag stort sett vil basere seg på enten injeksjon av hyaluronsyre i kneet som er en noe omdiskutert behandling, men hos noen har meget god effekt i forhold til funksjon og smerter og noe som også er i vinden for tiden er bruk av så kalt PRP plate rikt plasma. Dette er pr. dags dato ikke tilgjengelig i offentlig helsevesen men brukes av private institusjoner.

Den totale utsikten er vanskelig å uttale seg om, men man bør være åpen for i forløpet en uføretrygdet vurdering og eventuelt vurdere å gi han en parkeringstillatelse for forflytningshemmede slik at mobiliteten forhåpentligvis kan bli noe bedre utenom hus.

Det fremkommer av helhetsvurdering av arbeidsevnene i Nav datert 17.7.18:

... Din kneskade har ført til en betydelig nedsatt funksjonsevne som ikke anses å være forenlig med krav til arbeidstaker i stilling på dagens arbeidsmarked.

NAV vurderer at det på bakgrunn av din helsemessige tilstand og alder ikke er hensiktsmessig å igangsette ytterligere arbeidsrettede eller kompetansehevende tiltak med hensikt å tilbakeføre deg til ordinært arbeidsliv. Det er i saken dokumentert at din funksjonsevne er varig nedsatt pga. sykdom, og at ytterligere behandling ikke antas å føre til bedring av din funksjonsevne i uoverskuelig framtid. ...

Selskapets rådgivende lege gjennomgikk saken 18.2.19:

... Jeg finner ikke at vurderingen ved smertepoliklinikken ved SIV 170317 har gitt mistanke om at dette er en CRPS, slik dr. M beskriver i sin erklæring. Det er for øvrig gjort en grundig vurdering ved overlege ... i 190118. ... er ganske sikkert på at det ikke er noe mekanisk galt i kneet nå, og at hovedproblemet er sentral smertesensitisering. Det tror ikke skadelidte noe på, og de blir "enige om å være uenige" om dette. Dermed kan det heller ikke forsøkes rehabilitering for å gjøre noe med en eventuell smertesensitisering.

Det er gjort arbeidsutprøving oppfølgingsenheten F., og der vurderes kneskaden som skadelidtes hovedproblem, men det er også nevnt at han også har hatt hjerteinfarkt og nå har angina pectoris, og at han har hatt magesår og har problemer betennelser i spiserøret. I følge spesialisterklæringen til dr. M fremstår han også som deprimert og har lavt stemningsleie. Han er jo også overvektig (190 cm høy og 130 kg tung).

I denne saken kunne man kanskje ha "stått hardt på" ikke sannsynlig årsakssammenheng mellom skadehendelsen og knesmertene på grunn av manglende dokumentasjon av akutt symptomdebut. Det kan utvikle seg patellofemorale smerter i et kne i form av slitasje og degenerative forandringer gradvis over tid. Imidlertid viser jo undersøkelsen 310715 bløtdelsshevelse utenpå kneet og "vann i kneet" (hydrops). Så det er vel sannsynlig at det har skjedd en skade. Men hvis det finnes journalnotater fra perioden 2012-2015 som beskriver smerter i høyre kne vil det både ha betydning for årsaksspørsmålet og det kan også aktualisere dr. K tanker om inngangsinvaliditet.

Når det gjelder arbeidsevne ser det jo ut som om det er dårlig prognose i forhold til å komme tilbake i arbeid. Her tenker jeg vel at årsakene til det er sammensatte, der kneproblemene bare er en delvis årsak. Jeg tenker blant annet at en mer effektiv og aktiv rehabilitering her ville kunne vært nyttig (jfr. dr. ... forslag), og at hjerteproblemer, overvekt, mageproblemer og trolig også depresjon og søvnproblemer, også er av stor betydning. På den annen side synes jeg det er vanskelig å hevde at kneproblemene er helt uten betydning for arbeidsevnen i et sammensatt bilde. Men jeg kan ikke helt se at skadelidte her kan avslå et godt rehabiliteringstilbud fordi de ikke passer med hans egen forståelse av problemene, kravet om å begrense skadefølgene er vel aktuelt her.

Nav innvilget 29.8.19 100 % uføretrygd fra 1.10.19. Det fremgår der at hele uførheten skyldes yrkesskaden, men uten at dette er begrunnet nærmere.

Nav avslo krav om menerstatning i vedtak av 29.10.19 med den begrunnelse at skaden ikke utgjorde minst 15 % varig medisinsk invaliditet. I vedtaket er det sitert fra rådgivende lege i Nav:

Det tok lang tid før lege ble oppsøkt etter yrkesskaden 270515. Men NAV har godkjent kneskaden som yrkesskade likevel.

Det fremstår som om bruker har fått tilstrekkelig utredning, rehabilitering og ortopedisk behandling for tilstanden, men at han fortsatt har kroniske smerter og funksjonstap i kneet med behov for smertestillende medisin.

Det er ett uavklart spørsmål om man kan godkjenne mest sannsynlig årsakssammenheng i denne saken, da det ikke foreligger akutsymptomer og brosymptomer fra yrkesskaden skjedde 270515 til legekontakt 310715.

Det kan man spørre en ortoped om når man ber om spesialistuttalelse. Det er heller ikke klart hvilket punkt i invaliditetstabellen som vil komme til anvendelse her, hvis ortopeden finner en mest sannsynlig årsakssammenheng.

Det fremstår som dokumentert at bruker har fått adekvat medisinsk oppfølging for bruskskade bak kneskjellet i høyre kne. Tilstanden er trolig varig.

Selskapet avsto kravet 30.4.20 med den begrunnelse at det ikke forelå årsakssammenheng mellom skaden og forsikredes ervervsuførhet.

Forsikrede har i det vesentlige anført at han ikke har hatt plager med kneet før hendelsen, og at han nå må bruke krykker og er sterkt plaget. Det er ikke riktig å argumentere med at overvekt eller slitasje uansett ville ha ført til problemer med kneet, da dette vil føre til bortfall av overvektiges rettigheter i arbeidslivet. Forsikrede ble innvilget uførepensjon av Nav i 2019, og det ble vektlagt at uførheten skyldes skaden etter arbeidsulykken.

Selskapet har i det vesentlige anført at det ikke er ansvarlig for ervervsuførhet og økonomisk tap som skyldes en sentral smertesensitisering, og det vises til Rt. 2010 s. 1547.

Under enhver omstendighet er det kun er deler av forsikredes kneinvaliditet som kan tilbakeføres til yrkesskaden. Det foreligger en moderat skadebetinget kneskade med 7-10 % medisinsk invaliditet, og som erstatningsrettslig ikke skal føre til delvis ervervsuførhet i ethvert yrke. Forsikrede oppsøkte lege for andre plager både før og etter aktuelle hendelse, hvor tema også var jobbskifte.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder spørsmål om det er sannsynliggjort årsakssammenheng mellom forsikredes kneplager etter arbeidsulykken og hans ervervsuførhet.

Det vil foreligge årsakssammenheng mellom ulykken og dagens plager hvis hendelsen er en nødvendig betingelse for plagene, og ulykken har vært så vidt vesentlig i årsaksbildet at det er naturlig å knytte ansvar til den, jf. Rt. 1992 s. 64.

Det er kravstiller, altså forsikrede, som har bevisbyrden, dvs. er den som må sannsynliggjøre at det foreligger årsakssammenheng mellom hendelsen og ervervsuførheten.

Det foreligger to spesialisterklæringer i saken som konkluderer med at yrkesskaden har påført forsikrede en varig medisinsk invaliditet på hhv. 7 % og 10 %. Det følger av erklæringene at bare deler av skadelidtes totale kneinvaliditet kan tilbakeføres til yrkesskaden. Nemnda legger til grunn at en invaliditetsgrad i størrelsesorden 7-10 % normalt ikke vil ha innvirkning på inntjeningsnivået.

Videre fremkommer det av journalopplysninger fra sykehuset av 22.01.18 at det ikke er noe mekanisk galt med forsikredes kne, og mye tyder på at det foreligger sentral smertesensitisering som forårsaker forsikredes knesmerter.

Selskapet har anført at det ikke er ansvarlig for plager knyttet til sentral smertesensitisering. I HR-2018-00557-A fant Høyesterett at selskapet ikke kunne holdes ansvarlig for sentral sensitisering, da slike plager ikke er å anse som medisinsk anerkjent. Følgende hitsettes fra dommens avsnitt 38-40:

(38) Med utgangspunkt i professor Ellen Jørum's redegjørelse for Høyesterett, legger jeg til grunn at sentral sensitisering er et fenomen hvor nervecellene i ryggmargen, på grunn av smertepåvirkning, etter hvert utvikler økt følsomhet for smerte. Dette kan i tilfelle gi allodyni, som er smerte ved stimulans som vanligvis ikke er smertefull. Også hyperalgesi er aktuelt, det vil si økt smerterespons på allerede smertefulle stimuli, med langvarig etter-effekt. Fenomenet er avdekket i dyreforsøk, ved registreringer direkte på nervecellene. Det er ikke foretatt tilsvarende studier på mennesker. Utrykket sentral sensitisering tjener foreløpig derfor kun som en indirekte forklaringsmodell.

(39) På grunnlag av det materialet som er presentert for Høyesterett, tror jeg ikke det er riktig å utelukke sentral sensitisering som en mulig forklaring på et atypisk smerteforløp i nakkeslengstilfellene. Men det har samtidig fremgått at det er veldig mye man ikke vet om dette. Først og fremst har vi å gjøre med en teori om smerte. Denne teorien gir oss ikke en medisinsk anerkjent forklaring på hvordan en utvikling som starter med et moderat nakkeslengtraume, kan ende i fullstendig uførhet flere år senere.

(40) Når jeg er tilbakeholden her, skyldes det dessuten at det ikke vil være mulig å skille virkningene av en eventuell sentral sensitisering som skyldes skade oppstått etter et nakkeslengtraume fra virkningene av en eventuell sentral sensitisering som har andre årsaker. Man ville da på sikt risikere en uheldig utglidning av årsaksvurderingen. Jeg viser her til det jeg sa innledningsvis om de hensynene som ivaretas gjennom den struktureringen av bevisbedømmelsen i nakkeslengsaker som følger av Høyesteretts etablerte praksis, nemlig behovet for å sikre kvaliteten på avgjørelsesgrunnlaget, behovet for forutberegnelighet og likebehandling og ønsket om å redusere tvister

Spørsmålet i aktuelle sak er om forsikredes plager knyttet til selve kneskaden, som er angitt til å ha påført forsikrede 7-10 % vmi, har årsakssammenheng med forsikredes ertvervsuførhet som er satt til 100 %. Ingen av de fremlagte spesialisterklæringene gjør noen vurdering av dette. Nav har i vedtaket om innvilgelse av uførepensjon uttalt at forsikredes uførhet i sin helhet skyldes yrkesskaden. Etter en konkret vurdering finner ikke nemnda å kunne legge avgjørende vekt på Navs vurdering i saken.

Selskapets rådgivende lege har foretatt en vurdering av årsakene til forsikredes uførhet. Her fremheves det at forsikredes hjerteplager, overvekt, mageproblemer, trolig også depresjon og søvnproblemer også har hatt stor betydning. Selskapets rådgivende lege uttaler at kneplagene er delvis årsak, men han skiller ikke mellom kneplager knyttet til kneskaden og kneplager knyttet til sentral smertesensitisering. Derimot uttales det at hovedproblemet er sentral smertesensitisering, og slike plager er som det fremgår ovenfor selskapet ikke ansvarlig for.

Slik saken står i dag, uten noen spesialisterklæring som vurderer årsakssammenhengen mellom kneplagene uten sentral smertesensitisering og forsikredes ertvervsuførhet, kan ikke nemnda se at forsikrede har sannsynliggjort årsakssammenheng i tilstrekkelig grad.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Selskapet gis medhold.

Ved behandlingen deltok Kaja de Vibe Malling (leder), Tonje Giertsen (selskapsrepresentant), Borgar Sandvik (forbrukerrepresentant).