

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN-2021-490

11.6.2021

KNIF Trygghet Forsikring AS

Yrkesskade/yrkessykdom - Yrkesskadeforsikringsloven (YFL)

Slag mot nakken – hjerneinfarkt – sekundærplager – årsakssammenheng – vmi.

Forsikrede fikk et slag mot nakken fra lokket på en klescontainer. Det forelå medisinsk uenighet om hvilke skader/plager hendelsen hadde medført og fastsettelsen av vmi. Selskapet utbetalte kr 100 000 i erstatning uten å erkjenne ansvar. Forsikrede fremmet krav om ytterligere erstatning. Selskapet avsto kravet med henvisning til at det ikke var sannsynliggjort årsakssammenheng mellom hendelsen og forsikredes plager, eller mellom hans skaderelaterte plager og økonomiske tap. Etter en konkret vurdering uttalte nemnda at forsikrede hadde sannsynliggjort årsakssammenheng mellom skadehendelsen 12.6.17 og forsikredes vertebraldisseksjon og hjerneinfarkt. Erklæringene i saken var derimot ikke egnet til å belyse årsakssammenhengen mellom skadehendelsen og sekundærplager og nemnda fant det vanskelig å ta stilling til spørsmålet om sekundærplager og utmåling av vmi. Saken egnet seg ikke for skriftlig nemndsbehandling og saken ble avvist.

Saksfremstilling

Forsikrede (sjåfør, f. 1967) var omfattet av en yrkesskadeforsikring, da han fikk lokket til en klescontainer i nakken 12.6.17.

Før hendelsen

Av journalutskrift fra fastlegen (H. Legesenter) fremgår at forsikrede ble diagnostisert med type 2 diabetes i 2015.

Etter hendelsen

I journalnotat fra fastlegen 3.7.17 fremgår:

Kl. 5. Alt ble sort. Alt er slørete. Alt går i hverandre. Klarer dbedre å fokusere. Prikkende følelse i høy arm og ben. Målt høyt bls i desember 2015. Anbefalt kontroll ikke møtt. Lege har forsøkt å kontakte ham tidligere uten hell. Har lite journal på pasienten.
Funn God AT. BT 152 puls 90. Kranienerve 2-12 ua. Tungt å bevege øyne i H-konfigurasjon.
Pupiller: sidelike med normal reaksjon på lys. Går ustødig. CRP<5. Hb 15,6.
Vurdering Synsforstyrrelser og føleforstyrrelser siden kl. 5 i dag tidlig. Kjent diabetes.
Ubehandlet. Konf med medisiner og nevrolog. Slag? Mtp diabetes er det aktuelt med kontakt med endokrinolog. Gjerne under innleggelsen pga dårlig compliance. Ellers bes pasient ta rask kontakt etter utskrivelse mtp. oppstart i behandling.
Muntlig kjøreforbud.

I epikrise fra nevrologisk avdeling 10.7.17 fremgår:

(...)

Aktuelt:

Akutt innsettende dobbeltsyn i flere blikkretninger, klarte ikke fokusere og følte sterkt redusert visus bilateralt. Samtidig prikkinger distalt i høyre arm og nummenhet svarende til V2 høyre ansiktshalvdel.

Vedvart fra kl 17 02.07, men tok først kontakt med lege 03.07. Vært noe bedring av symptomene ved innkommst.

(...)

Forløp, behandling og vurdering:

Pasienten kommer med spørsmål om slag. Kommer utenfor trombolysevinduet og det taes CT caput som beskrives negativ. CT-angiografi gjennomføres da han har vært plaget av nakkesmerter i en uke etter at han på jobb ble slått overende da en metall-luke traff ham over nakken. CT-angiografi viser en okkludert arteria vertebralis høyre side fra C2/C3-nivået, samt generelt aterosklerotiske forandringer. Det mistenkes en disseksjon i vertebralis. Påfølgende MR bekrefter et lite infarkt i mesencefalon som passer med pasientens uttalte diplopi. Det startes derfor opp med dobbelt platehemmende behandling med Asasantin, som han skal bruke kommende 6 måneder frem til kontroll CT-angio.

(...)

Videre plan:

Pasienten innkalles til ny time hos ortoptist om 5-6 uker for oppfølging av øyemotilitetsproblemer.

Henvises kontroll CT-angiografi om 6 måneder og påfølgende time ved nevrologisk poliklinikk deretter mtp videre platehemmende behandling, han må jf kardiologisk tilsyn uansett fortsette med Albyl-E, spørsmålet er om han skal ha dobbelt platehemmende behandling da aktuelle hjerneslag nå antas forårsaket av traumatisk disseksjon i vertebralis.

Han er informert om kjøreforbud kommende 6 måneder uansett i forbindelse med hjerneinfarkt, og øyeavdelingen må deretter ta stilling til videre kjøring.

I journalen fra fastlegen er det videre beskrevet problemer med dobbeltsyn, ubalanse, svimmelhet, etterhvert også utstråling fra nakke og smerter i høyre skulder. Forsikrede fikk blant annet oppfølging av synsspesialist, jf. ortopist notat av 7.7.17, 18.8.17 og 6.10.17, og gikk til behandling hos fysioterapeut, jf. poliklinisk fysioterapinotat av 10.11.17 og 20.11.17. Forsikrede ble hjerteoperert i april 2018. Etter hjerneinfarkt var forsikrede var 100 % sykmeldt grunnet "Hjerneinfarkt INA K90" frem til sommeren 2018.

I melding om yrkesskade fra arbeidsgiver til Nav 18.7.17 fremgår:

Saken er ikke innmeld tidligere. M. mister synet den 02072017. Legen sier at et slag i nakken kan ha forårsaket dette. Det eneste M. husker er at han fikk lokket fra tøy beholder i nakken, da han var ute og hentet inn tøy 12062017. Han melde ikke ifra om dette for han hadde ikke noen smerter.

I skadeforklaring fra forsikrede 30.7.17 fremgår:

Siden 2014 har jeg jobbet hos F. V SA som lastebilsjåfør og arbeidstaker med fast kontrakt og jeg var aldri syk eller på sykehus de siste fem årene.

Mandag 12. juni 2017, mens jeg og en kollega ryddet F's klær-container på C. O's parkeringsplass på H., S, ble jeg truffet i nakken av håndtaket på en metallskyvedøren som plutselig falt med stor fart på grunn av en defekt i støttefjærene. Etter slaget falt jeg om, men reiste meg opp igjen og kjente kun stor smerte i nakken. Min kollega, O.M.H (tlf ...), var vitne til ulykken.

(...)

Den 03. juli 2017, om morgenen, mens jeg satt i bilen, fikk jeg uten forvarsel en blackout. Det svartnet helt for meg og jeg følte meg kvalm, så jeg ble sittende i bilen i 10-15 minutter. Da jeg var i stand til å åpne øynene, merket jeg at jeg hadde dobbeltsyn, uklart syn, og at jeg ikke klarte å holde balansen. Jeg klarte heller ikke bedømme avstander med dybdesyn. Skremt ba jeg en venn om å kjøre meg til familielegen som umiddelbart sendte meg til Universitetssykehuset i S, hvor jeg ble undersøkt og innlagt.

Etter grundige undersøkelser fortalte legene meg at det sterke slaget i nakken splittet den indre veggen av en arterie, mellom ryggvirvlene CV2 og CV3. Etter noen dager forårsaket skaden på arterieveggen en total blokkering av blodstrømmen til det hjernesenteret som er ansvarlig for syn, balanse og okulær mobilitet. På grunn av blodmangel ble den delen av hjernen inaktivt og døde. Stent-behandling eller bypass kirurgi var ikke mulig på grunn av det store antall arterier, vener og nerveender i det aktuelle nakkeområdet.

Blodproppen resulterte i:

- Delvis ødeleggelse av hjerneceller ansvarlige for syn, øyebevegelse og kroppsbalanse.
- Lammelse av øynene, så jeg ikke kan se oppover, men bare til venstre og høyre.
- Dobbelt- og uklart syn, som dessverre ikke kan korrigeres med briller.
- Manglende dybdesyn og avstandsbedømmelse.
- Delvis tap av balanse og en tendens til ustøhet og å vippe/falle mot venstre.

Etter sykehusinnleggelse og flere undersøkelser fant legene alt det beskrevne, og jeg ble forklart at andre deler av hjernen over tid kanskje kan overta oppgavene til de berørte områdene og at jeg kanskje, over tid, kan bli tilnærmet frisk igjen, i hvert fall delvis. (...)

I notat fra selskapets rådgivende lege B.N. 4.9.17 fremgår:

Spørsmålet om årsakssammenheng mellom skadehendelsen 120617 og arteriedisseksjonen 02.0717 er vanskelig

Jeg klipper inn informasjon fra NEL (Norsk Elektronisk Legehåndbok):

Disseksjon av arterier defineres ved et hematoma i arterieveggen. Det er vanligst i a. karotis interna, men forekommer også i a. vertebralis og i intrakranielle kar. Det er en relativt vanlig årsak til TIA og iskemisk infarkt, særlig blant unge. Disseksjon kan skyldes traume mot nakken eller hodet, men ca halvparten kommer spontant. Pasienter med disseksjon presenterer seg typisk med lokale symptomer og symptomer på iskemisk hjerneslag (i sjeldne tilfeller iskemisk lesjon i cervikalmedulla) som kan komme samtidig eller opptil flere uker etter lokalsymptomene.

Her er det altså i vertebralisarterien det kommer. Halvparten av tilfellene kommer uten kjent traume, mens halvparten er etter traume, og da kan det som her gå noen uker før disseksjonen kommer. Hans ubehandlede diabetes er utvilsomt en risikofaktor for hjerneslag, tidligere røyking, overvekt og hjertesykdom i noen grad også. Hadde dette vært et "vanlig" hjerneslag ville disse risikofaktorene overveiende sannsynlig vært hovedårsakene. Men når det er en arteriedisseksjon rykker traume nokså kraftig oppover listen med mulige årsaker.

Jeg tenker at det her er så pass sannsynlig med årsakssammenheng at det nok bør utredes videre. I første omgang ville jeg gjerne visst noe mer om kraften i slaget fra containeren. Hvor traff lokket skadelidte (i nakken? I hodet? Andre steder på kroppen?), ble han slått overende?, var det noen vitner?, har han fortalt kolleger om hendelsen osv?).

På litt lengre sikt kan det vel også være aktuelt å få en nevrologisk spesialistvurdering av årsaksforholdene.

Det er jo også så pass tidlig i forløpet at det kan tenkes bedring. På den annen side er symptomene med dobbeltsyn med mer nokså problematiske i forhold til sjåføryrket, så det er jo absolutt en risiko for langvarig eller kanskje til og med varig uførhet.

Oppsummert mener jeg at denne spesielle formen for hjerneslag tilsier at sannsynligheten for årsakssammenheng er omtrent 50/50 selv om selve traumet er noe svakt beskrevet og dokumentert og selv om det er en del tid mellom traumet og symptomene. Ved denne spesialformen for hjerneslag er dette altså et vanlig forløp. Men det er også omtrent halvparten av disse tilfellene som oppstår spontant uten noe kjent traume, og hans diabetes er jo også en alternativ risikofaktor. Så her vil det være spennende hva en kompetent nevrologisk sakkyndig vil "lande på" i forhold til årsaksspørsmålet.

I erklæring fra forsikredes kollega O. M. H. 20.9.17 fremgår:

(...) Det aktuelle gjelder mandag, 12 Juni 2017 da jeg jobbet som sidemann sammen med min kollega, M. C. A., som er ansatt i samme bedrift som sjåfør/arbeider.

Uhellet skjedde ca. kl. 08.30 da min kollega og jeg skulle tømme en konteiner med klær ved parkeringsplassen på H., C., S. Døren/lokket på konteineren gikk igjen med stor fart og håndtaket på døren traff min kollega i nakken med veldig kraft, Ulykken skjedde fordi to fjærer på døren var ødelagt og knekket.

Da håndtaket på konteineren traff A. falt han ned på bakken og jeg måtte hjelpe han opp. Han klaget over nakke og hodesmerter og følte seg svimmel. Til tross for dette fortsatte vi etter en stund med jobben.

I dagene etter ulykken merket jeg at A. ikke var som ellers og han klaget over hode/nakkesmerter. Vår felles kollega J. O. S. la også merke dette og opplevde at A. hadde synsproblemer og forstyrrelser. A. bekreftet dette.

Det er også fremlagt en erklæring fra forsikredes kollega J. O. S. 20.9.17, som ikke selv var vitne til hendelsen, men som bekrefter at forsikrede hadde smerter i nakken og problemer med synet etter hendelsen, og som skriver: "Jeg vet godt at hans syn problemer, nakkeskaden og hans smerter i høyre hånd er forårsaket av dette ulykke".

I poliklinisk notat 25.1.18, fra nevrologisk avdeling HST, fremgår:

Pasienten kommer til 6 måneders kontroll etter at han var innlagt Slagposten som følge av høyresidig vertebralisdisseksjon og høyresidig mesencefaloninfarkt antatt på traumatisk basis i forbindelse med at han ble slått over nakken av en tung metalldør en uke tidligere. I forbindelse med traumat skal han ha blitt slått overende og i 2-3 timer ha vært svimmel og med uklart syn før symptomene gikk i regress, og altså dukket opp igjen og medførte innleggelse.

Han er fortsatt sykemeldt, og sliter daglig med dobbeltsyn, svimmelhet og ustøhet. Han synes imidlertid at det går noe fremover og har lært å håndtere plagene delvis. (...)

Ved undersøkelse i dag kommer han gående uten støtte, men er noe ustødig og myser med øyene, bruker litt tid på å orientere seg rundt i rommet initialt. Prater ubesværet men opplever selv at tunga ikke henger helt med når han prater og at han ikke har samme artikulasjon som før. Dette er ikke nevnt i vurdering hos logoped under oppholdet her i sommer. Nevner også at han har endret smaksopplevelse, kjenner ikke lenger om noe er sterkt krydret eller søtt f.eks. For øvrig har han fortsatt øyemuskelforstyrrelser inkludert konjungert vertikal blikkparese oppad, samt ved blikk mot høyre opplever han diplopi og ser at høyre øye får nystagmus og noe undulerende bevegelse tilbake mot midtlinjen. For øvrig noe ustø ved Romberg, men trenger ingen støtte. Gange noe nølende, virker mest betinget i synsforstyrrelse.

Det er for to uker siden gjennomført ny CT-angiogra som viser vedvarende tilnærmet okkludert høyre vertebralarterie, mens det ved venstre vertebralarterie sees en noe mer fremtredende avgangsstenose enn sist. Stort sett uendrede funn altså.

Vurdering: Traumatisk disseksjon høyre vertebralarterie med påfølgende hjernestammeinfarkt. Nokså stasjonære forhold, men angir at han opplever nye symptomer som endret artikulasjon og smaksopplevelse (sistnevnte mulig også allerede under oppholdet her ved SUS). Diskuteres med dr T. og anbefaler at han fortsetter med uendret dobbel platehemming med Asasantin Retard, og henvises ny MR-caput etter slagprotokoll for kartlegging av infarktstørrelse og evt endring av denne, samt angiogra om 6 måneder, med påfølgende kontroll her etterpå.

I legeerklæring ved arbeidsuførhet 18.4.18 er "Hjerneinfarkt INA" oppgitt som hoveddiagnose, og "Dobbeltsyn" og "Diabetes Mellitus INA" er oppgitt som bidiagnoser. I legeerklæringen fremgår videre:

Planlegges ACBG operasjon i mai pga påvist 3-karsykdom i hjerte.

Han har kontinuerlig dobbeltsyn, ustø og svimmel etter hjerneinfarkt og mistenkt disseksjon av arteria vertebralis.

Hovedårsak til redusert arbeidsevne er dobbeltsyn og svimmelhet, han går ustabilt, men nå har lært litt å kompensere i hverdager.

Det er samsvar mellom medisinske funn og nedsatt arbeidsevne. Pga 3-karsykdom planlegges operasjon av hjerte, etter operasjon han trenger rehabilitering. Dessverre finnes ikke spesifikk og effektiv behandling mot dobbeltsyn, men kan bli bedre med tid.

Jeg tror jobb er ikke aktuelt nå, vi må vente på hjerteoperasjon, og rehabilitering. Etter rehabilitering trenger ny vurdering om arbeidsevne, per i dag hans arbeidsevne er nedsatt med minst 70%.

I legeerklæring ved arbeidsuførhet av 23.5.18, det det i tillegg "Iskemisk hjertesykdom INA" oppgitt som bidiagnose. Videre fremgår:

Pasientens advokat tatt kontakt med oss, sendt hit brev fra NAV familie at ønsker journalutskrifter fra skadetidspunktet fram til i dag som omhandler høyre skulder. Vi har ingen journalopplysning om høyre skulder, fordi vi har ikke fått tidligere journal ennå, han aldri klaget mot høyre skulder hos oss. (...)

I poliklinisk notat av 1.10.18 fra nevrologisk avdeling HST, er det blant annet notert:

Siden sist har han vært ved HUS for CABG-operasjon april 2018, som har forløpet ukomplisert siden. Han føler seg for tiden i god form, foruten vedvarende plager med dobbeltsyn, og også episodevis stikkende smerter i bakhodet omtrent et par dager ukentlig. Han har fått spesialtilpasset briller fra Danmark som hjelper en del, og dessuten planlagt oppfølging ved øyepoliklinikken mtp evt ytterligere tilpasninger til briller.

Pasienten trenger ingen videre kontroller ved nevrologisk avdeling (...)

Tilsvarende fremgår av legeerklæring fra fastlegen, jf. journalnotat av 22.11.18, hvor det i tillegg fremgår: *"Konklusjon: Han har vedvarende hodepine, øyeskade med dobbeltsyn og skulder smerter/syndrom pga ulykke"*.

MR Cervikalcolumna 20.2.19 viste: *"Noe degenerativt preg Tegn til høyresidig foramenstenose i C4/C5-nivå"*, jf. journalnotat fra fastlegen 21.3.19.

Nav avslo søknad om arbeidsavklaringspenger med henvisning til at forsikrede var i fullt lønnet arbeid og ikke trengte bistand fra Nav for å beholde arbeidet, jf. vedtak av 26.2.19.

I journalnotat fra fastlegen 21.3.19 fremgår: *"Kommer i dag pga økende stikning smerter i nakke og nummenhetsfølelse i ve arm. Han er smerter påvirket ved us. Han har normal sensibilitet i hendene og fingrene kun nummenhet som kommer og går. Økende nummenhet følelse fra siste mnd. MR us viser stenose"*.

I spesialisterklæring av 24.7.19, fra dr. D-Q., spesialist i nevrologi, fysikalsk medisin og rehabilitering, legger dr. D-Q. følgende to plager til grunn for sin vurdering av årsakssammenheng: *"Hjerneinfarkt relatert til høyresidige vertebralisdisseksjon"* og *"Smerter i høyre skulder relatert til direkte slag"*. Dr. D-Q drøfter så sammenhengen mellom skadehendelsen og hver av de to plagene. Fra vurderingen siteres:

1. Det må ha vært et tilstrekkelig kraftig traume til at skade kunne oppstå (adekvat traume).
Kommentar:
Traumet bestod i at han fikk et metallokk over nakken idet han skulle tømme en konteiner. Det beskrives at lokket var tungt. Et slikt slag har i utgangspunktet potensiale for å forårsake lett til moderat skade, avhengig av vinkel og bevegelse som er vanskelig å dokumentere. Jeg mener det er sannsynlig at hendelsen hadde potensiale for forårsake moderat skade. Kriterium 1 er innfridd.
2. Det må ha oppstått akuttsymptomer umiddelbart eller kort tid etter hendelsen.
Kommentar:
Når det gjelder skulderskade er det ikke dokumentert akuttsymptomer relatert til dette. Første gang det nevnes plager i høyre skulder er 04/01/18, altså ca 6 mnd etter hendelsen. Da hadde han akutte og intense plager som senere ble diagnostisert som en kapsulitt. Jeg mener kriterium 2 ikke er innfridd for skulderskade.

Når det gjelder skade relatert til nakke og arteria vertebralis kom de manifeste nevrologiske symptomene vel 14 dager etter hendelsen Disse symptomene var ikke relatert til vanlig bløtdelsskade i nakken som det er sannsynlig at han fikk- de relaterer til skade i arteria vertebralis (disseksjon) og derav nedsatt blodomløp til hjernen.
I en artikkel i Tidsskrift for den norske legeforening i 2002 (Tysnes et al) er det anført at ca 50% av vertebralisdisseksjoner er traumerelatert. Dette støttes også av opplysninger i Norsk Nevrologisk legehåndbok(Ole Morten Rønning).

Det er altså ikke uvanlig at traumer kan forårsake vertebralisdisseksjon. Kiropraktisk manipulasjon av nakken, forstrekninger og slagskade er beskrevne eksempler på dette. Forløpet av en slik disseksjon er vanligvis gradvis med økende symptomer og etter hvert manifeste nevrologiske utfall og objektive funn i form av tiltettet arterie og hjerneinfarkt i det området som blodåren forsyner.
Jeg mener at hjerneslaget var en følgeskade av slaget mot nakken, som sannsynligvis har utløst disseksjon og tiltetting i arterien. Kriterium 2 er innfridd.

3. Det må være brosymptomer fra akutfase til senfase i forløpet.

Kommentar:

Når det gjelder skulderen var det sen debut av plagene, han hadde sterke plager i en periode og i etterkant har plagene gått over. Dette er typisk for kapsulittforløp og passer ikke med traumatisk skade. Kriterium 3 er ikke innfridd for skulderskaden.

Når det gjelder følgene av vertebralisdisseksjonen og hjerneinfarkt har dette fulgt et forventbart forløp men mest intense symptomer den første tiden, så gradvis bedring. Det er imidlertid enda noe nevrologiske utfall som følge av dette.

Jeg mener at kravet til brosymptomer (kriterium 3) er innfridd i forhold til vertebralisdisseksjon.

4. Det må ikke være andre (mer nærliggende årsaker til det aktuelle

Kommentar:

Som drøftet ovenfor var symptomer og forløp når det gjaldt skulderplagene mest forenlig med en kapsulitt. Dette er en betennelsestilstand som kommer spontant i skulderleddet og som går over uten behandling etter måneder/år. Tilstanden opptrer gjerne hyppigere hos folk som har diabetes. Jeg mener plagene som A. beskrev var relatert til dette heller enn som følge av traume. Kriterium 4 er ikke innfridd i forhold til skulderskaden.

A. har diabetes som er predisponere for slagsykdom men diabetes fører vanligvis til småkarsykdom som gir lakunære infarkter i hjernehalvdelen (cerebrum). I dette tilfellet var slaget lokalisert til mesencephalon (hjernestammen) og direkte relatert til patologi i større kar (vertebralisdisseksjon). Jeg mener derfor at det ikke er sannsynlig at det var annen sykdom som førte til vertebralisdisseksjon og slagutfall, traumet og nakken er den mest sannsynlige årsaken.

Kriterium 4 er innfridd i forhold til denne problemstillingen.

Dr. D-Q. konkluderer deretter med følgende:

I forhold til de beskrevne skulderplagene er det ikke mer enn 50% sannsynlighet for at disse var forårsaket av hendelsen. Andre årsaker er mer sannsynlig.

Når det gjelder vertebralisdisseksjon og påfølgende infarisering i mesencephalon (hjemestamme) mener jeg det er mer enn 50% sannsynlig at dette ble forårsaket av slaget han fikk ved arbeidsuhellet 12/06/17.

Av spesialisterklæringen fremgår videre:

Skaderelatert medisinsk invaliditet.

Jeg mener tilstanden er mest forenlig med Forskriftens punkt 1.9.2:

"Encephalopati- Moderate symptomer med moderat redusert funksjon i dagliglivet.
Lette signifikante nevrologiske utfall men uten funn av nevropsykologiske utfall.
Invaliditetsramme 15-29%"

Det er ved MR undersøkelse i akutfase og ved kontroll påvist infarkt i hjernestammen. A. hadde initialt utfall både i forhold til dobbelsyn og svimmelhet. Det har vært bedring gjennom funksjonstrening og spontan bedring. Dobbelsynet er delvis kompensert med spesialbriller.

Jeg foreslår en skaderelatert medisinsk invaliditet på 20% relatert til yrkesskaden 12/06/17.

Nav godkjente *"HJERNEINFARKT MED PÅFØLGENDE DIPLOPI (DOBBELTSYN OG SYNSFORSTYRRELSER)"* som yrkesskade i vedtak av 30.8.19, men avsto smerter i høyre skulder som godkjent yrkesskade i vedtak samme dag.

I notat fra selskapets rådgivende lege B. N. 13.9.19, stilles det spørsmål ved om man ved en spesiell og relativt sjelden nevrologisk tilstand som i denne saken ikke burde valgt en nevrolog på et stort sykehus (helst universitetssykehus) som sakkyndig, fremfor dr. D-Q. som i praksis jobber som fysikalsk-medisiner og ikke ved en nevrologisk avdeling. Selskapets rådgivende lege uttalte videre: *"Generelt synes jeg den foreliggende spesialisterklæringen holder bra kvalitet, spesielt er den en tydelig drøfting av hvilke forutsetninger som fører frem til konklusjonene."*

Selskapet rådgivende lege påpekte at bildene av skadepunktet er uklare og ikke daterte, og at det er *"litt rart at skadelidte tok bilder av dette i akutfasen når det først var etter noen dager han begynte å få symptomer?"* Fra notatet siteres videre:

I min forrige vurdering var jeg inne på at vi var nokså nær 50/50--sannsynlighet for årsakssammenheng. Jeg er tilbøyelig til å mene at sannsynligheten nå er litt over 50 %. Det at det tilsynelatende foreligger bilder av treffpunktet drar litt i den retningen. Det synes jeg også det gjør at forløpet etter slaget følger et skadebiologisk forløp med gradvis bedring over tid. Skadelidte er faktisk tilbake i arbeid som sjåfør til tross for at han har tendens til dobbeltsyn i utkanten av synsfeltet. Han har også vært hjerteroperert etter yrkesskaden, men altså kommet seg tilbake i jobb.

Når det gjelder vurderingen av vmi mener jeg D-Q sitt forslag på 20 % er i høyeste laget. Ved undersøkelse hos D-Q er det kun angitt "diplopi når han ser opp og til høyre". Han er ikke lenger svimmel (Rombergs prøve – en balansetest) er stødig. Han har noen ganger stikkende hodepine i nakken, noe jeg er skeptisk til at er en direkte følge av vertebralis-skaden og yrkesskaden. Jeg synes ikke det er tilstrekkelig til si at han oppfyller beskrivelsen i punkt 1.9.2 (moderate symptomer og moderat redusert funksjon i dagliglivet).

Jeg mener vel at det er punkt 1.2.9 Diplopi (dobbeltsyn) som er det mest relevante punktet i invaliditetstabellen. Her passer vel skadelidtes plager øverst i punkt 1.2.9 a), det vil si 10 % vmi. Hvis man så aksepterer at det er noe hodepine knyttet til dobbeltsynet (indirekte via økte muskelspenninger for "undertrykke" dobbeltbildene), kan kanskje vmi komme opp mot 15 % vmi. Men 20 % vmi mener jeg altså er klart for høyt ut fra det funksjonsnivået som nå er beskrevet.

Forsikrede viste til tidligere kontakt og fremmet krav om erstatning i brev av 14.10.19.

I journalnotat fra fastlegen 16.10.19 er det notert: *"Han er kjent øyeskade og sliter med dobbeltsyn og svimmelhet"*.

I legeerklæring ved arbeidsuførhet 22.10.19, er *"Hjerneinfarkt INA"* oppgitt som hoveddiagnose, og *"Dobbeltsyn"*, *"Diabetes Mellitus INA"*, *"Iskemisk hjertesykdom INA"*, *"Øyeskade"* og *"Atrieflimmer/flutter"* oppgitt som bidiagnoser. Under pkt. 5.1 er det gitt følgende beskrivelse av hvordan funksjonsevnene generelt er nedsatt på grunn av sykdom: *"dobbeltsyn, ustø, nevropati smerter pga langvarig skade diabetes"*, og under pkt. 9 *"Andre opplysninger"* fremgår:

Pas har magne sykdom og du kan kalles at han er multimobid pas som har hatt komplikasjon pga livsstil diabetes, ukontrollert og har fått langvarig øyeskade, kronisk smerter mm.
Har også ganske høy kolesterol, u.t kjenner ikke så mye pas. Sjelden er til kontroll.
Det trenges forandring av livsstil for bedre helse og livskvalitet.
Fortiden har pas langvarig helseskade pga sin høy kolesterol og diabetes som ble oppdaget ganske seint.
Jeg ser ikke at pas skal tilbake til arbeidslivet pga sen komplikasjon som kan ikke behandles igjen.
Han er kandidat av AAP.

Selskapet utbetalte erstatning på kr 100 000 uten å erkjenne ansvar, jf. brev av 5.12.19. Fra brevet siteres:

Selv om selskapet ikke mener det er sannsynliggjort årsakssammenheng mellom yrkesskaden og disseksjonen har selskapet allikevel valgt å utbetale 100.000 kroner som fullt og endelig oppgjør til din klient. Utbetalingen blir foretatt til din klientkonto ... og innebærer ingen ansvarserkjennelse eller aksept av skade eller tap fra selskapets side.

Forsikrede aksepterte ikke utbetalingen som fullt og endelig oppgjør i saken, og ba selskapet foreta en ny vurdering, jf. brev av 5.6.20.

Selskapet viste til at forsikrede ikke hadde fremsatt noe spesifisert krav med angivelse av erstatningsposter, men kunne ikke se at det var sannsynliggjort et økonomisk tap utover kr 100 000, og avviste klagen, jf. brev av 26.6.20.

Klage ble registrert hos Finansklagenemnda 12.11.20.

Forsikrede har fremlagt bilder av klescontaineren og nakken, samt videoklipp som ifølge forsikrede viser *"den aktuelle containeren med ødelagt fjær som var årsak til skaden"*.

I selskapets klagesvar til Finansklagenemnda er det blant påpekt at det klagen ikke *"inneholder noen rettslig argumentasjon, ei heller er det konkret angitt hva klager eventuelt er uenig i. Selskapet antar imidlertid at klager anfører at den utbetalte erstatningen ikke dekker opp hans eventuelle skaderelaterte inntektstap"*.

Forsikrede har i brev av 8.1.21 vist til at:

Det må være nok i denne saken, å kreve at forsikringsselskapet erkjenner ansvar for ulykkestilfellet, herunder at Finansklagenemnda tar stilling til om skadelidte har krav på erstatning.

Det er klart at utredning og beregning av forsikringsoppgjøret, er en oppgave som påhviler forsikringsselskapet etter at det har erkjent ansvar i saken. Det er meg ikke kjent at skadelidte må foreta en selvstendig saksbehandling av lidt økonomisk tap, all den tid inntektstapet ikke er ferdig utredet ennå.

Forsikrede har i det vesentlige anført at det er årsakssammenheng mellom ulykkeshendelsen 12.6.17 og forsikredes hjerneinfarkt, samt de plager som forsikrede ble påført som følge av dette. Det er ikke nødvendig med umiddelbar bevisføring, da det foreligger skriftlig dokumentasjon som tydeliggjør faktum. De fagkyndige uttalelsene er videre entydige på at det er mer enn 50 % sannsynlighet for at det er årsakssammenheng mellom ulykken og forsikredes påfølgende plager. Nemnda bes derfor ta saken til realitetsbehandling. Forsikrede har videre anført at containerluken som hadde ødelagte støttefjærer plutselig falt med stor fart ned over nakken på forsikrede slik at han falt om. Skadehendelsen er dokumentert med bilder, skriftlige vitneerklæringer og beskrevet i legejournalen ved en rekke tilfeller. Forsikrede oppsøkte legehjelp umiddelbart etter at det oppsto symptomer på hjerneslag den 3.7.17, jf. fastlegenotat samme dag. I epikrise av 10.7.17 fra S. nevrologisk avdeling fremgår at forsikrede som følge av traumet mot nakken, hadde fått en blodpropp i nakkearteriene, og at denne blodproppen deretter forårsaket hjerneslag, blant annet med påfølgende skade på synet (diplopi = dobbeltsyn), prikkinger i høyre arm og nummenhet høyre ansiktshalvdel. Forsikrede var deretter 100 % sammenhengende sykemeldt frem til sommeren 2018. Etter hjerneslaget var forsikrede til kontinuerlig oppfølging og kontroll hos fastlege og øyespesialister. I journalen fra fastlegen beskrives plager som har sammenheng med hoveddiagnosen hjerneinfarkt, blant annet skade på synet (dobbeltsyn), balanseproblemer, utstrålingssmerter og kvalme. Forsikrede har som følge av ulykken vært nødt til å skaffe briller med prismefolie, og gått til synspedagog. Det foreligger en grundig spesialisterklæring fra dr. D-Q., som har uttalt at *"det er mer enn 50% sannsynlig at dette ble forårsaket av slaget han fikk ved arbeidsuhellet 12/06/2017"*. Rådgivende lege N. har også uttalt at *"slaget følger et skadebiologisk forløp"*. I rådgivende leges vurdering av 13.9.19 skriver han at han er uenig i dr. D-Qs plassering i invaliditetstabellen, og foreslår en mildere beskrivelse og plassering av invaliditeten da *"han er ikke lenger svimmel"*. Imidlertid fremgår så sent som i journalnotat av 16.10.19 at forsikrede: *"... er kjent øyeskade og sliter med dobbeltsyn og svimmelhet"*. Av den grunn skal forsikredes vmi utmåles etter dr. D-Q sin vurdering med invaliditet på 20 %, invaliditetstabellen pkt. 1.9.2. Nav godkjente skaden *Hjerneinfarkt med påfølgende diplopi (dobbeltsyn og synsforstyrrelser)* som yrkesskade. Det bemerkes at dr. L. som har skrevet legeerklæring av 22.10.19 skriver i sine opplysninger *"u.t. kjenner ikke så mye pas"*. Allikevel fremgår det i erklæringen at hoveddiagnosen er hjerneslag, og under pkt. 5.1 at funksjonsevnen fremdeles er nedsatt grunnet *"dobbeltsyn, ustø ..."*. Forsikrede krever ansvarserkjennelse i saken, jf. lov om yrkesskadeforsikring § 10. Forsikrede krever videre at det foretas en utmåling av erstatning på grunnlag av en varig medisinsk invaliditet på minst 20 %, og at *"Dette tilsier utmåling av både ikke -økonomisk (men) og økonomisk tap, dvs. tapt inntekt, tap i fremtidig inntekt, påførte og fremtidige utgifter, tap i hjemmet m.m., dvs. full utmåling av tapet"*.

Selskapet har i det vesentlige anført at saken må avvises fra behandling, jf. nemndas vedtekter pkt. 4.1.bokstav d, samt 2020-725. Selskapet er ansvarlig under yrkesskadeforsikringen for den aktuelle arbeidsulykken, men har bestridt at det foreligger årsakssammenheng i noe årsaksledd. En vurdering av faktisk årsakssammenheng i begge årsaksledd, herunder vurderingen av skadens størrelse og en konkret beregning av det anførte økonomiske tapet, krever umiddelbar bevisføring for å sikre et forsvarlig avgjørelsesgrunnlag. Forsikrede har ikke på noe tidspunkt i saksgangen anført eller tilbudt bevis omkring tapsberegningen. Nemnda kan vanskelig ta stilling til faktisk og rettslig årsakssammenheng i annet årsaksledd uten samtidig å gå inn på erstatningsutmålingen.

Subsidiært bestrider selskapet at det foreligger faktisk og rettslig årsakssammenheng i første og annet årsaksledd. Forsikrede hadde en erkjent, men ubehandlet diabetes type 2 over flere år da ulykken inntraff. Dette øker risikoen for hjerneslag. Faktisk årsakssammenheng i første årsaksledd er derfor usikker. Uansett fremstår det helt upåregnelig, fjernt og avledet for selskapet at en kontusjon mot nakken, som ifølge skademeldingen ikke ga noen umiddelbare smerter, senere skal ha medført hjerneinfarkt. Under enhver omstendighet bestrider selskapet at skaderelatert vmi er 20 %. Slik det er beskrevet i erklæringen fra dr. D-Q, følger av den kliniske undersøkelsen 16.7.19, at forsikrede hadde diplopi *"når han ser opp og til høyre"*. For øvrig var kraftprestasjoner, koordinasjon, tempo og finmotorikk normal, og han var stødig ved Rombergs prøve. Et slikt beskjedent funksjonsutfall samsvarer ikke med bruk av pkt. 1.9.2 i tabellen. Etter selskapets oppfatning er det pkt. 1.2.9, evt. pkt. 1.9.1, som er korrekt å benytte, og ingen av disse angir vmi over 14 %. For øvrig utgjorde menerstatning i gruppe 1 på oppgjørstidspunktet kr 70 400. Selskapet viser også til at forsikrede har en rekke ikke-skaderelaterte plager som er selvstendigvirkende/konkurrerende årsaker til et eventuelt påført og fremtidig inntektstap. Betydningen av hans diabetes fremkommer i legeerklæring av 22.10.19 fra forsikredes fastlege dr. L. Av journalopplysningene fremgår at forsikrede har hjertesykdom og ble operert med bypass ved HUS i mai 2018. Videre fremgår at han er plaget med smerter fra nakke og nummenhetsfølelse i venstre hånd. Forsikrede er også betydelig plaget fra høyre skulder/arm, jf. brev fra forsikredes advokat 14.10.19 fra advokat, hvor det angis kroniske smerter og vedvarende blokkering. Erklæringen fra dr. D-Q. konkluderer med at det ikke foreligger årsakssammenheng mellom ulykken og plagene fra høyre skulder, og disse er heller ikke godkjent som yrkesskade hos Nav. Hva gjelder synsforstyrrelsene, som ifølge erklæringen er skaderelatert, er disse beskrevet som diplopi når forsikrede *"ser opp og til høyre"*. Videre fremkommer følgende i notat av 30.06.2019 fra S. universitetssjukehus: *"Esterman synsfelt. Førerkort tatt 08.02.2019. Helt normalt. Han tilfredsstiller førerkort kravet i forhold til synsfelt."* Etter selskapets oppfatning underbygger ovennevnte at de forholdsvis beskjedne skaderelaterte plagene ikke er en nødvendig betingelse for et eventuelt påført og fremtidig inntektstap hos forsikrede. De skaderelaterte plagene er ikke i seg selv til hinder for at forsikrede eventuelt tar annet og mer passende arbeid og opprettholder inntektsevnen. Det mangler følgelig faktisk årsakssammenheng i annet årsaksledd. Dersom nemnda likevel skulle komme til at det foreligger slik faktisk årsakssammenheng, anfører selskapet at det mangler rettslig årsakssammenheng i annet årsaksledd. Selskapet har uansett utbetalt kr 100 000 som et fullt og endelig oppgjør i saken, og som også mer enn dekker opp en eventuell menerstatning i gruppe 1. Forsikrede har ikke sannsynliggjort et skaderelatert tap som overstiger dette beløpet.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder krav om erstatning under en yrkesskadeforsikring, og reiser spørsmål om det er sannsynliggjort årsakssammenheng mellom hendelsen 12.6.17 og forsikredes hjerneinfarkt og plager som følge av dette. I så fall reiser saken spørsmål om det er sannsynliggjort at forsikredes skaderelaterte plager gir rett til en utbetaling utover det allerede utbetalte beløpet på kr 100 000.

Det vil foreligge årsakssammenheng mellom en hendelse og senere 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. Kravstiller, altså forsikrede, har bevisbyrden.

En vurdering av årsakssammenheng har både en juridisk og en medisinsk side. Nemnda har ikke medisinsk kompetanse og kan ikke foreta en medisinsk vurdering. Nemnda kan heller ikke overprøve det medisinskfaglige skjønnet som legene har utvist i en sak. Derimot kan nemnda overprøve erklæringer på et juridisk grunnlag.

Det er oppstilt særskilte krav i praksis for sammenheng mellom et traume og senere bløtdelsskader/nakkesleng, PTSD, mv., jf. Rt. 1998 s. 1565 og nemndspraksis, blant annet 2018-865. Dersom det ikke er oppstilt særskilte krav i praksis vil nemnda vurdere om den sakkyndige har vurdert og begrunnet hvorvidt den aktuelle hendelsen kunne medføre den aktuelle skaden, om symptomene tyder på sammenheng mellom hendelsen og skaden/plagene og om det er andre sannsynlige forklaringer på skaden/plagene, jf. blant annet Rt. 2007 s. 1370 avsnitt 38 og 2019-762.

Forsikrede har anført at det er årsakssammenheng mellom skadehendelsen 12.6.17 og hans hjerneinfarkt, samt plager forsikrede ble påført som følge av dette.

Det er fremlagt en spesialisterklæring i saken fra dr. D-Q. Han legger to plager til grunn for sin vurdering av årsakssammenheng: "Hjerneinfarkt relatert til høyresidige vertebraldisseksjon" og "smerter i høyre skulder relatert til direkte slag". Deretter foretas det en grundig drøftelse av sammenheng mellom skadehendelsen og hver av de to plagene ut ifra de momenter som iht. rettspraksis skal tillegges vekt i vurderingen av årsakssammenheng: om det foreligger adekvat traume, om det oppstod akuttssymptomer umiddelbart eller kort tid etter hendelsen, om det forelå brosymptomer fra akuttfasen til senfasen i forløpet og om det foreligger andre mer nærliggende årsaker til det aktuelle. Dr. D-Q. konkluderer med at det ikke er mer enn 50 % sannsynlighet for at forsikredes skulderplager var forårsaket av skadehendelsen, men at det er mer enn 50 % sannsynlighet for at "vertebraldisseksjon og påfølgende infarisering i mesencephalon (hjemestamme)" ble forårsaket av arbeidsuhellet 12.5.17. Nemnda bemerker at konklusjonen fremstår som veloverveid og godt begrunnet.

Selskapets rådgivende lege har i sitt notat av 13.9.19 bemerket at dr. D-Q.s erklæring holder bra kvalitet. Det fremgår av samme notat at selskapets rådgivende lege synes å være enig i dr. D-Q.s konklusjon hva gjelder årsakssammenheng mellom skadehendelsen og det rådgivende lege refererer til som "disseksjon i vertebralisarterien og hjerneslag med dobbeltsyn". Dette følger av uttalelsen "I min forrige vurdering var jeg inne på at vi er nokså nær 50/50-sannsynlighet for årsakssammenheng. Jeg er tilbøyelig til å mene at sannsynligheten nå er litt over 50 %".

Nemnda finner at det på bakgrunn av spesialisterklæringen og legeuttalelsen er sannsynliggjort årsakssammenheng mellom skadehendelsen 12.6.17 og forsikredes vertebraldisseksjon og hjerneinfarkt.

Hva gjelder forsikredes følgeplager synes selskapets rådgivende lege å legge til grunn at det mest sannsynlig er årsakssammenheng mellom skadehendelsen og forsikredes "disseksjon i vertebralisarterien og hjerneslag med dobbeltsyn". Erklæringen forstås slik at dr. D-Q. mener at dobbeltsyn er en følge av hjerneinfarkt. Videre leser nemnda spesialisterklæringen slik at dr. D-Q., i motsetning til selskapets rådgivende lege, mener at også svimmelhet er en følge av hjerneinfarkt. Dette fremgår av hans vurdering av skaderelatert medisinsk invaliditet. Verken dr. D-Q. eller selskapets rådgivende lege drøfter om, og eventuelt hvilke sekundærplager

skadehendelsen har medført. Like fullt synes legene å ha vurdert forsikredes sekundærplager som en del av fastsettelsen av forsikredes invaliditet.

Spørsmålet blir etter dette om forsikrede har sannsynliggjort at vertebraldisseksjonen og hjerneinfarkt, samt eventuelle sekundærplager, har medført en varig medisinsk invaliditet som gir rett til erstatning utover de kr 100 000 som er utbetalt.

Under vurderingen av forsikredes skaderelaterte medisinske invaliditet, har dr. D-Q. vist til at påvist infarkt i hjernestammen, og at forsikrede "hadde initialt utfall både i forhold til dobbelsyn og svimmelhet". Dr. D-Q. legger videre til grunn at "Det har vært bedring gjennom funksjonstrening og spontan bedring", og at "Dobbelsynet er delvis kompensert med spesialbriller." Dr. D-Q finner at tilstanden er mest forenlig med forskriftens (invaliditetstabellen) pkt. 1.9.2: "Encephalopati- Moderate symptomer med moderat redusert funksjon i dagliglivet. Lette signifikante nevrologiske utfall men uten funn av nevropsykologiske utfall. Invaliditetsramme 15-29%", og foreslår en skaderelatert medisinsk invaliditet på 20 %.

Selskapets rådgivende lege mener på sin side at en vmi på 20 %, "er klart for høyt ut fra det funksjonsnivået som er beskrevet", og viser til at det ved undersøkelse hos dr. D-Q. kun er angitt "diplopi når han ser opp og til høyre". Videre viser selskapets rådgivende lege til at forsikrede "ikke lenger er svimmel", og er skeptisk til at den stikkende hodepinen forsikrede noen ganger har, er en direkte følge av "vertebralis-skaden og yrkesskaden". Selskapets rådgivende lege finner derfor ikke at forsikrede oppfyller beskrivelsen i pkt. 1.9.2. Han mener det mest relevante punktet i invaliditetstabellen er pkt. 1.2.9: "Diplopi (dobbelsyn)", og da slik at forsikredes plager passer øverst i pkt. 1.2.9 a), det vil si 10 % vmi. Aksepterer man at det er noe hodepine knyttet til dobbelsynet, finner selskapets rådgivende lege at forsikredes vmi kanskje kan komme opp mot 15 %.

Etter dette synes begge legene å legge til grunn dobbelsyn som en sekundærplage til skadehendelsen, men det foreligger medisinsk uenighet når det gjelder svimmelhet. Nemnda besitter som nevnt ikke medisinsk kompetanse, men kan vurdere erklæringene på et juridisk grunnlag. Etter en konkret vurdering finner nemnda at begge erklæringene inneholder en svakhet knyttet til vurderingen av svimmelhet. Dr. D-Q. synes å legge svimmelhet til grunn som en sekundærplage, uten at dette er nærmere begrunnet. Selskapets rådgivende lege synes derimot å legge til grunn at forsikrede "ikke lenger er svimmel", uten at nemnda kan se at dette har støtte i fremlagt dokumentasjon, se bl.a. journalnotat av 16.10.19.

På denne bakgrunn finner nemnda at erklæringene ikke er egnet til å belyse årsakssammenhengen mellom skadehendelsen og svimmelhet som en sekundærplage, og som en konsekvens av dette anses det ikke sannsynliggjort at svimmelhet er en sekundærplage som følge av skadehendelsen. Etter nemndas syn blir det etter dette uklart hvilke plager som skal legges til grunn for utmålingen av forsikredes vmi.

Forsikredes skaderelaterte inntektstap er ikke ferdig utredet og er derfor ikke gjenstand for behandling.

Nemndas saksbehandling er skriftlig og nemnda besitter ikke den nødvendige sakkyndighet til å ta stilling til de kompliserte medisinske spørsmål som saken reiser. På bakgrunn av de fremlagte erklæringene finner nemnda at det er vanskelig å ta stilling til spørsmålet om sekundærplager og utmåling av vmi. Saken krever sakkyndig kompetanse, og behandlingen av den vil påvirke nemndas effektivitet i en slik grad at nemnda finner at saken må avvises, jf. vedtektene for nemnda pkt. 4.1 bokstav d.

Nemnda finner grunn til å bemerke at selskapet har opplyst at menerstatning i gruppe 1, som er i intervallet 15-24 % på oppgjørstidspunktet ga rett til kr 70 400. Dette er mindre enn det selskapet har utbetalt. Dr. D-Q. har vurdert vmi til 20 %, som er den høyeste vurderingen i saken. Gitt at utbetalingen dekker en vmi på 20 %, så vil ikke vurderingen fra dr. D-Q. gi forsikrede rett til en høyere vmi utbetaling. Etter nemndas syn tilfører ikke legeerklæringene ved arbeidsuførhet, som først og fremst vurderer forsikredes arbeidsevne, noe til dette punktet.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Saken avvises.

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