

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN-2021-658

5.7.2021

KNIF Trygghet Forsikring AS

Yrkesskade/yrkessykdom - Yrkesskadeforsikringsloven (YFL)

Løp på glassdør – post commotio syndrom? – årsakssammenheng.

Forsikrede løp på en glassdør og oppsøkte legevakten tre dager etterpå for smerter i nesen og fortenner. Fem dager etter hendelsen ble han undersøkt av ØNH-lege som satte symptomene i sammenheng med bihulebetennelse. Forsikrede fikk etter dette omfattende helseproblemer i årene som fulgte og ble akuttinnlagt flere ganger for psykiatrisk behandling. I november 2019 ble det innhentet en spesialisterklæring fra nevrolog H. som konkluderte med at forsikrede som følge av hendelsen hadde fått post commotio syndrom, og at skaderelatert vmi utgjorde 14 %. Saken reiste spørsmål om det forelå årsakssammenheng mellom arbeidsuhellet og forsikredes helseplager i dag. Etter en konkret vurdering bemerket nemnda at fremlagte spesialisterklæring var mangelfull og ikke kunne tillegges avgjørende vekt. Nemnda konklusjon var at forsikrede ikke hadde sannsynliggjort en årsakssammenheng mellom hendelsen og hans helseplager. Selskapet ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Den 22.10.14 var forsikrede (f. 1957) utsatt for en ulykkeshendelse, da han var på vei ut fra et møte for å rekke et fly tilbake til K.

Forsikrede oppsøkte legevakten 25.10.14:

Legevakt: Konsultasjon øyeblikkelig hjelp

Komemr til LV grunnet smerte i distale nese etter kraftig kontusjon mot en glassdør for 2 dager siden med spontan styrtblødning. Føler nå smerte i maxilla bak frenulum, fortenner og ytre nese. US: midstilt nese, hematom helt distalt bilateralt. Neseseptum er upåfallende, god kapillær fylning. Uømler av neseben og orbita, ingen mistanke blow out fraktur. Fastsettende tenner. Vurd.: fremstår emd kontusjon og hematom i brusk. Forsøk paracet og ibux uten effekt. Er allergisk mot codein. Gis tre tab på ketorax 5 mg 50m kan tas til kvelden. Anbefaler 1 gram p.=iracet x 4 dagtid. uRp: B - Ketorax, Tablett, 5 mg, No: 3 stk, 1 tablett hver 4. time slik leger har bestemt.

Den 26.10.14 oppsøkte forsikrede igjen legevakten:

Pas 57 år gammel man fikk et kraftig slag i ansiktet etter å ha løpt i en glassdør. Pas var i ..., kraftige neseblødning. Grunnet forverring av smerter gikk pas til den lokale legevaken dagen etter, ble sendt hjemme med smertestillende og nsaid. Smertene er blitt mye verre, pas kjener et trykk bak nesa med strålinn til zigomaticus området bilateralt, sup, raorbitalis området og tennene. Dårlig effekt av smertestillende. Ingen oppkast, ingen synnsforstyrrelser. Pas har opplevde mye smerter tidligere og mener om at dette er veldig spesielt og veldig vondt. Ved us er pas resp og sirk stabil, kalr og orientert. caput. ingen synlig septal hematoma ved rhinoskopi, smerte ved palpasjon rundt nesa og ned mot øvre maxilar området.

CRP tas, negativ.

Pas konfereres med vakthavende kollega ØNH og henvises til time i morgen kl.10 ved ØNH poliklinikk.

Den 27.10.14 var forsikrede hos fastlege:

Pas skal reise bort et par uker og går tom for sovemed før han er tilbake, ber Om ny rp.

Forsikrede var også 27.10.14 til undersøkelse hos Nese-Høre Hals lege ved S. sykehus:

Pas. er en 57 år gammel mann, stort sett frisk fra tidligere. Tidligere hatt problemer med recidiverende sinusitter, operativt behandlet for cirka 10 år siden. Løp for fem dager siden på en glassdør da han var i ..., pådro seg en kraftig neseblødning. Etter 2 døgn økende smerter i nesetipp, men også press over maxillarsinus samt utstråling av smerter ned i fortenner. Oppsøkt Legevakten, da sendt hjem med smertestillende og Ibox. Oppsøkte Legevakten på ny i går grunnet tiltagende smerter. Da målt CRP på 123, oppstart av Imacillin 500 mg x 3. Smertelindret med Paralgin Forte, fikk på Legevakten i går Ketorax. Pas. beskriver smerten som et trykk. ikke hatt purulent sekresjon fra nesen ...

... Vurdering

Lite sannsynlig at traumet mot ansiktet har forbindelse med det aktuelle, tolkes som trykksymptomer i maxillære sinus bilateralt. Grunnet forhøyet infeksjonsparametre kontinueres Imacillin, intrueres i å bryke nesesdråper (Otrivin). Han får med resept på Voltaren 50 mg x 3, ta dette sammen med Paracet 1 g x 3-4. Ved sterke smerter kan han ta Paralgin Forte i stedet for Paracet, skriver ut en minstepakning. Avtaler ingen kontroller, han tar kontakt dersom tilstanden forverres.

Forsikrede var til CT-undersøkelse 28.10.14, men uten at det ble gjort noen funn.

Den 18.11.14 ble han 100 % sykmeldt. Etter dette dokumenteres betydelige psykiske plager.

Forsikrede ble 9.4.15 innlagt på Ambulant akutteam S. sykehus der det fremgår:

Pasienten fremstår moderat deprimert. Han har utviklet et høyt B- preparat forbruk siste halvåret og er nå abstinert da han ikke har tatt Sobril ennå i dag. Han er fullt klar over dette selv og ønsker selv å seponere B-preparater. Tilstanden oppleves som en sammensatt problemstilling med langt tids overbelastning som har ført til utbrenthet, depresjon og B-preparat-avhengighet.

Pasienten tilbys 5 døgn innleggelse ved DPS S. Han er usikker på om dette er riktig for ham. Takker foreløpig nei, men får telefonoppfølging fra undertegnede i morgen hvor han har mulighet til å ombestemme seg. Han får også telefonnummer til Akutteamet og kan ta kontakt ved behov, også hvis han skulle ombestemme seg i forhold til innleggelse. Han er motivert for nedtrapping av Sobril og ønsker selv å bråseponere. Vi avtaler at han kan ta 15 mg til kvelden ved behov i dag og at videre plan for nedtrapping av Sobril tas stilling til i morgen når man kan vurdere hvordan det har gått i dag. Forteller inntil videre uendret med Remeron 30 mg x 1 kveld. Oppfølging på telefon av undertegnede i morgen kl. 13.00. Man bør hos denne pasienten vurdere henvisning til poliklinikk for videre depresjonsbehandling.

Videre var han innlagt på DPS S. i perioden 10.4.15 til 25.4.15 med asteni og depresjon. Det heter i journalnotat av 29.1.16 fra S. Sykehus:

... Han har vært vurdert av nevrolog M, som ikke vil sette diagnosen postcommotio, men sier at situasjonen kan til en viss grad passe. Han finner ingen nevrologiske utfall, tolker pasienten som mulig deprimert. Anbefaler spinalpunksjon. Pasienten er i etterkant spinalpunkttert, prøvene er ikke helt ferdige ...

Den 25.4.16 var forsikrede hos fastlege:

Han kom seg ikke opp av senga i dag. Tok Prednisolon kun 3-4 dager. Fikk en overreaksjon på dem i form av anfall med plutselig nedstemthet. Kollapset, og har siden nærmest blitt liggende. Ellers: Noe rart med urinen. I perioder går han på toalettet hvert kvarter, og det kommer et par dl hver gang. Han føler han mister kontrollen på en slik måte at han mener han muligens må inn et sted og tas hånd om. Jeg synes ikke det er lett å se hvilken type institusjon det i så fall må være på. Han er redd for å kollapse fullstendig - og å miste kontrollen. Jeg prøver å få ham til å konkretisere hva som da kan skje. Det er ikke så lett for ham å si - han mener han kanskje kan komme til å ta altfor mye ekstra tabletter. Jeg foreslår at vi løser det ved at hjemmesykepleien tar hånd om medisinen. Hans spørsmål da: Hva hvis han får en kollaps og trenger tabletter???? Han er kort og godt redd for livet sitt ... Korttidsplass på sykehjem aktuelt?

Forsikrede ble igjen innlagt ved DPS S. i perioden 12.9.16 til 21.10.16.

Det foreligger en nevropsykologisk rapport av 12.11.19 fra nevropsykolog B. og fra erklæringens s. 9 i konklusjonen siteres:

... Det er åpenbart snakk om en kompleks og høyst sannsynlig noe sammensatt sykehistorikk, som det også har vært litt vanskelig å ta "taket på". Det har da også vært ulike hypoteser om årsaks - sammenhenger, og muligens har nok ulike ting forsterket hverandre her. Fremdeles et litt uklart bilde, og en vurderer også at det er et noe ukarakteristisk bilde mtp. skadeomfang/ traume, og så symptomutvikling og forløp (mtp post commotio). Forløp og symptomutvikling har ikke vært karakteristisk mtp slik en forventer det ved hodetraume/ post commotio. Det er svært usikkert om pas. i det hele tatt var bevisstløs, eller at det har vært amnesi (i forbindelse med det aktuelle) - sannsynligvis ikke. Det fremkommer imidlertid at pas. opplevde intense hode/ ansiktssmerter som varte i rundt 6 uker i etterkant (begynnende etter 2, 3 dager) og dette ble forsøkt behandlet ved O/N/H (en viser til vurderingen derfra). Jeg mener at det synes lite sannsynlig at traumet har vært av en slik art, at det står i et forhold til de symptomer som oppsto etter noe tid, og særlig mtp. symptomutviklingen fra nyåret/ og våren 2015. Videre har det vært et relativt variabelt symptom bilde, og den dag i dag kan pas. fungere kognitivt og på annet vis relativt normalt, for så å nærmest bli sengeliggende igjen. Symptombildet pr. i dag representerer heller ikke det en forventer ved et post commotio syndrom - uansett om dette kan arte seg litt forskjellig. En biter seg naturligvis også merke i hvor lite eventuell kognitiv svikt, konsentrasjonsvansker og perseptuelle problem har vært problematisert, eller vært en del av symptombildet, og særlig det fortsatte symptombildet (mtp. Post commotio syndrom). Videre har det vært beskjedent med hodepineproblem. En skal ikke dermed hevde at ikke traumet gav plager, som eventuelt også kan ha forsterket andre symptom m.m. Initialt slet pas. åpenbart med plager som følge av traumet ...

Videre foreligger det en spesialisterklæring av 23.11.19 fra nevrolog H. med følgende vurdering av årsakssammenhengen og medisinsk invaliditet på s. 5:

(Forsikredes) sykehistorie forut for ulykken i oktober 2014 er vel som gjennomsnittet for en mann på 57 år (ulykkestidspunktet) og inneholder etter min vurdering ingen særskilte risikofaktorer mhp på forløpet etter skaden 22.10.2014.

Symptombilde han utvikler i forløpet av skaden kan være forenlig med "postcommotio syndrom", selv om deler av tidsforløpet er noe avvikende. Postcommotio syndrom ses hos 10-15% etter en lett hodeskade (kortvarig bevissthetstap), og syndromet kjennetegnes ved øket tretthet (fatigue), konsentrasjonsvansker, svimmelhet, overømfintlighet for lys og lyder, sosial tilbaketrekking, hodepine og angst/depresjon. De forskjellige symptomene kan forekomme i forskjellig intensitet. Hos mange vil så tilstanden gradvis bedre seg i løpet av uker og måneder, men noen får persisterende plager over år.

Jeg mener at det er >50% sannsynlig at (forsikrede) har et postcommotio syndrom som følge av hodeskaden 22.10.2014. Behandlingen av hans plager med utstrakt bruk av Sobril/Vival har nok i retrospekt vært uheldig og påført han ytterligere problemer. Dette må behandlingsapparatet ta ansvar for, og (forsikrede) kan ikke lastes for det. Hans mangel på enzymet CYP 3A5 kan også ha vanskeliggjort den medikamentelle behandlingen.

Jeg kan selvsagt ikke helt utelukke at hans angst/depresjon/fatigue har en annen årsak enn aktuelle skade, men jeg finner dette <50% sannsynlig.

Vurdering av medisinsk invaliditet

Jeg vurderer (forsikredes) medisinske invaliditet etter skaden 22.10.2014 til å være 14%.

Nevropsykolog B. skriver i sin spesialisterklæring datert 12.11.2019 at det ikke er funn ved nevropsykologisk undersøkelse som indikerer hjerneorganisk skade. Medisinsk invaliditet blir derfor ikke høyere enn 14%.

Nevrolog H. la videre til grunn at forsikrede hadde vært kortvarig bevisstløs, og fra s. 3 siteres:

I tilslutning til ulykken hadde (forsikrede) et kortvarig bevissthetstap. Hodeskaden vil derfor bli klassifisert som en lett hodeskade (hodeskader inndeles i følgende kategorier: minimal, lett, moderat og alvorlig) ...

Det er fremlagt en epikrise fra sykehus av 25.8.20:

62 år gammel mann med post commotio syndrom som har vært innlagt med abstinenssymptomer etter en to-årig nedtrapping og seponering av Lamictal og benzodiazepiner (tok sist Zopiclone for en måned siden). Har hatt kraftige smerteanfall som har gitt søvnangel og total utmattelse. Har vært i behov av stabilisering for å ivareta basale behov. Det ble forespeilet behov for en lengre innleggelse og det var utfordrende å finne korrekt instans for dette. Til slutt bestemte pasienten seg for å forsøke videre stabilisering hjemme.

Selskapet avslo kravet 25.8.20.

Forsikrede har i det vesentlige anført at han etter skadehendelsen fikk mange symptomer som ("blackouts", hypersensitivitet overfor lyd/lys/berøring, øresus, søvnvansker, ekstrem utmattelse, angst og depresjon). Forsikrede ble langtidssykemeldt, og har fått innvilget uføretrygd av Nav og som begrunnet vedtaket med skadehendelsen i 2014 der han pådro seg hjernerystelse.

Selskapet har i det vesentlige anført at det ikke er sannsynliggjort akuttsymptomer. Da forsikrede oppsøkte lege etter tre dager var årsaken smerter i nese etter kraftig kontusjon med en glassdør og han oppga smerte i overkjeven bak frenulum, fortenner og ytre nese. Dagen etter oppsøkte forsikrede igjen legevakten fordi smertene hadde blitt mye verre med trykk bak nesen med stråling til kinnbuen, øyehulen og tennene. På bakgrunn av symptomanamnese og forhøyet CRP ble det tolket som bihulebetennelse, og han fikk resept på antibiotika. Det ble tatt CT av hodet uten funn. Videre foreligger det heller ikke brosymptomer, da første konsultasjon med hodepineplager var hos fastlege 10.11.16. For å oppfylle kriteriet til pkt. 1.9.1 i invaliditetstabellen må det foreligge symptomer i form av bl.a. hukommelsesproblemer, konsentrasjonsvansker, tretthet, emosjonell instabilitet, hodepine. Dette er ikke oppfylt. Videre vises det til at de plagene forsikrede har i dag er knyttet til hendelser før ulykken og til avhengighet/nedtrapping av B-preparater. Sykdomsforløpet er heller ikke forenelig med det man vet om forløpet ved hodeskader. Spesialisterklæringen til H. er mangelfull og kan ikke vektlegges.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder spørsmål om det foreligger årsakssammenheng mellom arbeidsuhellet 22.10.14 og forsikredes helseplager i dag.

Det vil foreligge årsakssammenheng mellom ulykken og dagens plager dersom 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-1992-64.

Det er kravstiller, altså forsikrede, som har bevisbyrden. En vurdering av årsakssammenheng inneholder både en juridisk og en medisinsk vurdering. Nemnda har ikke medisinsk kompetanse og kan ikke foreta en medisinsk vurdering. Nemnda kan heller ikke overprøve det medisinskfaglige skjønn som legene har utvist i en sak. Derimot kan nemnda overprøve erklæringer på et juridisk grunnlag.

I rettspraksis er det stilt opp fire kumulative vilkår som alle må være oppfylt for at man skal kunne konkludere med at årsakssammenheng er sannsynliggjort ved nakkeslengskade, jf. Rt-1998-1565 og Rt-2010-1547: Hendelsen må ha hatt tilstrekkelig skadeevne, det må foreligge akuttsymptomer innen tre døgn etter hendelsen, kontinuerlige symptomer fra akutfasen frem til en kronisk senfase og symptomutviklingen må følge den traumatologiske forklaringsmodellen, hvor plagene er verst i akutfasen for deretter å avta. Nemnda har lagt til grunn at de samme vilkårene også gjelder ved andre traumatiske bløtdelsskader, se avgjørelse 2017-263 og 2014-030, og det følger av videre av nemndspraksis at vilkårene også får stor betydning ved bevisvurderingen ved andre skader.

I aktuelle sak foreligger det ingen dokumentasjon på akuttsymptomer. Forsikrede oppsøkte først lege 25.10.14, tre dager etter hendelsen. Det ble da opplyst om smerter i ytre nese og fortenner. Det er ikke nedfelt opplysninger i journalen fra legevakten om hjernerystelse eller symptomer på det. Det følger av journal fra fastlegen 27.10.14, at forsikrede tok kontakt for å få sovemedisiner til en reise. Den 27.10.14 var forsikrede også til undersøkelse hos en ØNH- lege, og i journalen er notert at det er lite sannsynlig at de aktuelle plagene er oppstått av et traumet mot ansiktet.

På tross av at det ikke er fremlagt dokumentasjon på at forsikrede ble påført en hjernerystelse, legges dette til grunn i spesialisterklæringen til nevrolog H., som uttaler at plagene er forenlige med postcommotio syndrom. Nevrolog H. synes videre å legge til grunn at forsikrede var kortvarig bevisstløs ved hendelsen, og heller ikke dette er dokumentert i tidsnære journaler. Det er en klar svakhet ved spesialisterklæringen at den ikke problematiserer manglende tidsnær dokumentasjon av akuttskader, og nemnda finner på denne bakgrunn at den er mangelfull og ikke kan tillegges stor vekt i vurderingen. Etter nemndas syn har ikke forsikrede sannsynliggjort adekvat årsakssammenheng på bakgrunn av prinsippene som er trukket opp i rettspraksis.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Selskapet gis medhold.

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