

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2022-1069

16.12.2022

If Skadeforsikring NUF

Yrkesskade/yrkessykdom - Yrkesskadeforsikringsloven (YFL)

Underarmsbrudd – behandlingsfeil – årsakssammenheng - suksessive eller samvirkende årsaker? – differanseprinsipp - økonomisk tap.

Forsikrede fikk et brudd i høyre underarm som følge av et fall på jobb som håndverker sommeren 2016. Bruddet ble behandlet konservativt til tross for at senere kontroller viste økt feilstilling i bruddet. Grunnet vedvarende smerter og feilstilling, ble forsikrede operert høsten 2018. Operasjonen bedret bevegeligheten, men forsikrede opplevde fortsatte smerter. NPE erkjente ansvar for behandlingsfeil og utbetalte erstatning for påført inntektstap til og med 2019. Selskapets rådgivende lege og én spesialist konkluderte med at forsikrede ville hatt plager i kun 3-6 måneder uten behandlingsfeilen. De andre spesialisterklæringene skilte ikke mellom hvilke av forsikredes plager som stammet fra arbeidsulykken og hvilke som stammet fra feilbehandlingen. Forsikrede hevdet at selskapet også var ansvarlig for skade og tap som eventuelt skyldtes behandlingsfeilen. Saken reiste spørsmål om forsikrede hadde hatt et økonomisk tap etter hendelsen 6.6.16 som selskapet var ansvarlig for. Nemnda bemerket at det følger av differanseprinsippet at den første skadevolders ansvar forblir upåvirket av senere skade, mens senere skadevolder holdes ansvarlig for merskaden. Etter nemndas oppfatning kunne selskapet derfor verken holdes ansvarlig for forsikredes tapte inntekter fra og med 2020 eller for et eventuelt fremtidig inntektstap. Selskapet ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede (håndverker) falt 6.6.16 ned fra en gardintrapp med en tung limdrager, som landet på hans underarm. Som følge av dette fikk forsikrede et brudd i høyre underarm.

Medisinske opplysninger før hendelsen

Av den medisinske dokumentasjonen i saken fremgikk at forsikrede over flere år hadde hatt et ganglion på venstre håndrygg, som ga ham "smerter i hele håndleddet når han jobber", jf. journalnotat av 10.6.15 og poliklinisk notat av 4.9.15.

Etter hendelsen

Røntgen av høyre underarm tatt 6.6.16 viste en "tverrgående midtdiafysær radiusfraktur med en corticalis breddes radialdislokasjon og en halv benbreddes dorsaldislokasjon, lett ulnar- og volvarvinkling". Det ble lagt på en høy gips og besluttet at radiusfrakturen skulle behandles konservativt, jf. poliklinisk notat av 13.6.16.

Forsikrede var på kontroll 11.7.16. Av det polikliniske notatet fra kontrollen fremgikk at forsikrede fortsatt hadde "litt smerter over bruddstedet", samt innskrenket "fleksjon og ekstensjon" og også "Betydelig innskrenket" supinasjon og "noe innskrenket" pronasjon. Kontrollen viste at frakturstillingen hadde forverret seg og økt fra 13 til 18 grader.

Skaden ble meldt til Nav av forsikredes arbeidsgiver 11.7.16. Det ble da beskrevet at skaden oppstod da forsikrede "skulle løfte en limtredrager og falt ned fra en gardintrapp (...)". Nav godkjente forsikredes skade som en yrkesskade i vedtak av 14.7.16.

Forsikrede var deretter på ny kontroll 26.7.16 og ifølge det polikliniske notatet av denne datoen, var frakturen fortsatt ikke tilhelet. Han opplevde fortsatt problemer med blant annet supinasjon, jf. poliklinisk notat av 10.8.16 og ved kontroll 9.9.16 ble feilstillingen målt til 15 grader.

Grunnet vedvarende plager og feilstilling, ble forsikrede vurdert på ortopedisk avdeling på Y. sykehus 14.12.16. Undersøkelsen viste "rotasjonsproblematikk og smerter". Behandlende lege vurderte det som mest sannsynlig at plagene var "betinget i aksefeilen på radius", som hadde ført til "forkortning og feilstilling i håndleddet". På bakgrunn av dette ble forsikrede anbefalt en korrigerende osteotomi.

Da forsikrede var hos Y. sykehus igjen 8.3.17, ble det likevel ikke funnet indikasjon for operativ behandling. Forsikrede ble heller anbefalt trening og oppfølging hos fysioterapeut. Hva gjaldt forsikredes daværende tilstand, ble det notert at han fortsatt hadde plager med supinasjon i håndleddet. Grunnet plagene ble det videre vist til at han ikke hadde vært tilbake igjen i sitt arbeid som håndverker, ettersom han ikke hadde mulighet til å holde redskap i hånden.

Senere ble det likevel funnet nødvendig å utføre en "korrigerende osteotomi" grunnet feilstillingen. Operasjonen fant sted 24.9.18. Ved kontroll 9.10.18 klarte forsikrede "60 grader supinasjon og ca 60 grader pronasjon". Han var deretter hyppig til behandling hos fysioterapeut, jf. for eksempel notat av 31.10.18.

Ifølge den medisinske dokumentasjonen i saken førte operasjonen til en supinasjon rundt 70 grader og en aktiv pronasjon til 75-80 grader, jf. blant andre polikliniske notater av 9.11.18 og 13.12.18. Ifølge notatene opplevde imidlertid forsikrede fortsatt smerter "spesielt på ulnarsiden av håndleddet". Senere røntgen viste "god tilheling i osteotomien" og behandlende lege noterte at forsikrede hadde "god bevegelse i håndleddet" og "relativt god kraft i hånden", jf. poliklinisk notat av 26.2.19.

Forsikrede meldte skaden til selskapet i e-post av 25.4.19. På bakgrunn av dette betalte selskapet ut kr 200 000 a-konto til forsikrede, jf. e-post av 27.5.19.

Selskapets rådgivende lege, spesialist i ortopedi og generell kirurgi dr. A., skrev en vurdering 24.7.19. Legen viste da til at frakturstillingen ble "operativt korrigert", slik at forsikrede hadde fått "tilnærmet normalt bevegelsesomfang i armen". Videre vurderte legen, under henvisning til forsikredes smerteproblematikk, at forsikredes skadebetingede vmi var mellom 5 og 10 %. Legen presiserte samtidig at forsikrede hadde "så god bevegelse og funksjon i armen at invaliditeten ikke vil kunne overstige 15 %". Videre siteres fra vurderingen:

Det framgår av journalen at det var en vinkelfeil på 13° som øket til 18°. Denne vinkelfeilen alene ville vært indikasjon for å operere, selv om det ikke skulle foreligge en "Galeazzi fraktur". Det ville trolig ikke foreligget noe bedre behandlingsresultat selv om bruddet var blitt operativt behandlet primært, men sykdomsperioden ville blitt betydelig kortere. Med en korrekt primærbehandling ville skadelidte trolig vært tilbake i arbeid etter 3- 4 måneder mens han nå fortsatt er sykemeldt 3 år etter skaden. Han bør derfor få vurdert om NPE anser primærbehandlingen som en behandlingsskade.

Skadelidte har nå fått så god bevegelse i armen at det i utgangspunktet ikke skulle være til hinder for at han kan gjenoppta sitt arbeid om (håndverker). Det lange og omfattende behandlingsforløpet kan imidlertid ha påvirket funksjonen i et slikt omfang at det vil være vanskelig for ham å fortsette som (håndverker). Det må vurderes konkret i forhold til aktuelle arbeidsoppgaver og bør også sees i sammenheng med en eventuell behandlingsskade.

Under henvisning til vurderingen fra rådgivende lege, skrev selskapet i brev av 5.8.19 at forsikrede ikke hadde krav på menerstatning. Hva gjaldt forsikredes krav om erstatning for tap i fremtidig inntekt, mente selskapet at dets ansvar var dekket av sykepengene forsikrede hadde mottatt og at han måtte kontakte NPE for ytterligere erstatning. Forsikrede mente derimot at selskapet var ansvarlig for hele skaden han var blitt påført, jf. e-post av 8.8.19.

Av poliklinisk notat 14.8.19 fremgikk at forsikrede syntes det fungerte bedre, men blant annet ved tunge løft fikk han fortsatt vondt i underarmen. Ifølge notatet hadde han på daværende tidspunkt ikke kommet tilbake til jobben som håndverker, men forsikrede skulle prøve seg fram og begynne å jobbe med en gradert sykemelding når han følte seg klar for det.

På oppdrag fra Nav utarbeidet spesialist i ortopedisk kirurgi dr. B., en spesialisterklæring 25.5.20. Spesialisten viste da til at forsikrede, ifølge hans egen beskrivelse av situasjonen, fant alle gjøremål som innebar rotasjon av høyre underarm vanskelig. Supinasjonen ved undersøkelsen ble målt til 60 grader. Hva gjaldt spørsmålet om årsakssammenheng, viste spesialisten til at forsikredes plager var forenlige med at bruddet tilhelet med en feilstilling og at det ikke var uvanlig at slike feilgrodde brudd krevde kirurgisk korreksjon. Deretter skrev spesialisten at det "Ikke sjelden gjenstår restsymptomer fra området til tross for at kirurgisk behandling er gjennomført. Således tilsvarende skadeutviklingen i denne saken et nokså vanlig forløp". Videre skrev spesialisten:

Det er etter utført osteotomi mindre sannsynlig at det er mekaniske forhold ved underarmsknoklene som gir redusert rotasjon i underarmene. Dette kan nå være bløtdelsrelaterte plager. Alternativt kan den resterende reduserte rotasjonen skyldes endringene i DRU-leddet.

Hva gjaldt vurderingen av medisinsk invaliditet, viste spesialisten til at forsikredes rotasjonsproblemer i underarmen kun var "minimalt redusert" og legen antydte at dette ga en vmi rundt 4 %. Videre vurderte legen at forsikredes arr tilsvarte en vmi på 2 % og at en "minimal reduksjon av bevegeligheten i håndleddet" inkludert "problemer med slitenhet og verking i håndleddet samt utstrålende nervesymptomer fra underarm til hånd" ga en vmi på 2 %. Samlet skaderelatert vmi ble antydte å ligge rundt 8 %. Fra funksjonsvurderingen siteres:

Bruddet har grodd i pen stilling, og underarmenes funksjon er kun lett nedsatt. Han har et uheldig yrke i forhold til denne skaden. Som høyrehendt håndverker som ikke har klart å trene opp venstre arm til å overta funksjonen har problemene og funksjonsreduksjonen blitt veldig merkbar. Utførelse av et profesjonelt håndverksarbeid med krav til høy ytelse er og blir en utfordring.

Privat burde det ikke være noen problem å utføre de fleste oppgaver dersom man tar tiden til hjelp. Det ville heller ikke vært noe problem å fortsette i de fleste andre yrker med denne skaden.

På oppdrag fra NPE vurderte spesialist i ortopedisk kirurgi dr. C., i vurdering av 11.6.20, spørsmålet om forsikrede hadde vært utsatt for en behandlingsfeil. Spesialisten vurderte først at den innledende diagnostiseringen av forsikredes håndleddsbrudd var i tråd med god medisinsk praksis. Under henvisning til at den typen fraktur som forsikrede fikk etter arbeidsulykken hadde en tendens til økt feilstilling, konkluderte spesialisten med at den konservative behandlingen i form av høy gips og senere underarmsgips ikke var i henhold til god medisinsk praksis.

Spesialisten konkluderte deretter med at forsikrede burde blitt operert på X. sykehus 6.6.16 eller etter kontrollen 13.6.16, da undersøkelsen viste økt feilstilling. Deretter vurderte spesialisten om det forelå en behandlingsskade:

Det foreligger mest sannsynlig behandlingsskade i saken. Behandlingsskaden består av (1) forlenget behandlingstid fra skaden fra juni 2016 til september 2019 da det ble utført korrigerende osteotomi, bentransplantasjon og platefiksasjon av radius, dvs etter vel 2 år. I tillegg medførte forsinkelsen et noe mer omfattende operativ inngrep og en rekonvalesenstid på ca 1 år. Pasient var forut for reoperasjonen 24.09.2018 sykemeldt og måtte bruke spesialbestikk ved spising pga manglende supinasjon i håndleddet. (2) Noe nedsatt funksjon i høyre underarm og hånd etter korrigerende osteotomi. Ved kirurgisk behandling i juni

2016 ville det vært god prognose med utvikling av full funksjon i underarmen.

Spesialisten vurderte deretter at forsikredes nedsatte funksjon i form av økt trettbarhet og smerter i høyre underarm mest sannsynlig var varig. Under henvisning til forsikredes pronasjon, røntgen som viste god stilling og forsikredes fortsatte smerter, konkluderte spesialisten med at forsikrede var påført en vmi på 5 % som følge av behandlingsskaden. Avslutningsvis uttalte spesialisten at forsikrede uavhengig av behandlingsskaden uansett ville hatt en rekonvalesenstid på 3-6 måneder.

Etter enighet mellom forsikrede og selskapet, skrev spesialist i generell og ortopedisk kirurgi dr. D. 23.4.21 en spesialisterklæring i saken. Dr. D. assisterte ved operasjonen 24.9.18. Spesialisten konkluderte med årsakssammenheng mellom hendelsen 6.6.16 og "den beskrevne tilstand i høyre underarm/hånd". Fra erklæringen siteres:

(...) Ved den aktuelle operasjonen på (y), ble stillingen meget godt korrigeret. Dette medførte også at han har klart å reetablere en nær fullstendig underarmsrotasjon. Han har imidlertid hatt en del besvær fra underarmen, også etter radiuskorreksjonen. Dette kan delvis ha sin årsak til arrvev. Det kan også være at den sensoriske radialisnerve har vært utsatt for irritasjon gjennom operasjonene. Det foreligger altså ingen strukturell skade på nerven, men radialisnerven er kjent for å kunne gi noe ubehag når det blir holdt til side ved operasjoner. Sannsynligvis vil dette bedre seg etter hvert. Disse forhold kan imidlertid ikke forklare storparten av smertene, som beskrives langt større enn det man vanligvis ser etter slike skader. Jeg har altså ingen forklaring på dette forhold. Det er helt klart at noe komplekst regionalt smertesyndrom foreligger ikke.

Videre vurderte spesialisten at forsikredes bevegelsesinnskrenkning i underarmen ga en vmi på 1 %. Spesialisten skrev deretter at forsikrede "for tiden" ikke hadde noen symptomer fra håndleddet, men at det forelå en "strukturell skade på triangulærbruskkomplekset".

Skjønnsmessig vurderte han invaliditeten for håndleddet til 1 % vmi. Hva gjaldt forsikredes smertetilstand i underarmen, viste spesialisten igjen til at han ikke kunne finne noen sikker forklaring på disse plagene. Av den grunn fant han heller ikke grunnlag for å utmåle noen vmi for disse plagene. Samlet vmi ble vurdert til 2 %. Fra funksjonsvurderingen siteres:

(Forsikrede) har vært ute av arbeidet som (håndverker) i over 4 år etter den aktuelle skade. Han opplever at han får smerter hvis han belaster armen i den grad som er nødvendig for (håndverksarbeid). Dette har vedvart, selv etter operasjonen som korrigerte feilstillingen og bidro til at han fikk igjen nesten normal underarmsrotasjon. Jeg har ikke kunnet finne noen god forklaring på disse belastningssmertene. (Forsikrede) har oppfattet at han ikke kan komme tilbake til (håndverksarbeidet) sitt når han ikke fungerer bedre og ofte må ta pauser i arbeidet. Han har begrenset utdanning utover (...). Videre har han et handicap med betydelige språkproblemer. Bostedet er nokså lite med få jobbmuligheter. Etter min oppfatning burde han kunne klare arbeid som i begrenset grad utsetter høyre arm for belastning.

Når det gjelder arbeid i hjem, fritidsaktiviteter med videre, legger jeg til grunn at (forsikrede) kan gjøre alt, eventuelt ved bruk av tillempet teknikk og lengre tid.

I poliklinisk notat av 26.4.21 ble det notert at forsikrede hadde forsøkt seg litt med å jobbe, men at han da raskt fikk smerter i armen. Behandlende lege anbefalte forsikrede å "trappe opp" bruken av armen for å se hvordan dette gikk, men dersom forsikrede ikke kom tilbake i sin jobb som håndverker, ville det være aktuelt å forsøke å bytte til en mindre belastende jobb.

Selskapet krevde i brev av 6.7.21 regress fra NPE for de kr 200 000 det akonto hadde betalt ut til forsikrede.

MR og røntgen av høyre underarm og høyre håndrot tatt 16.8.21 viste "Begynnende arthrose i radioulnarleddet".

Selskapets rådgivende lege dr. A., skrev en ny vurdering i saken 28.8.21:

Det vil være mange praktiske forhold som har betydning for i hvilket omfang en skade vil påvirke ertvisevnen, også langvarig sykefravær vil i seg selv redusere muligheten for å komme tilbake i tidligere

arbeid.

Dersom skadelidte hadde fått korrekt behandling primært, ville det trolig foreligget en lavere skadebetinget invaliditet enn den som dr. (D.) nå anslår, og forventet tid for sykemelding ville vært ca. 12 uker. Det tilsier at all sykemelding utover 3-4 måneder og mulig varig ervervsuførhet som følge av ulykken må tilskrives behandlingsskaden og ikke selve skaden.

Under henvisning til vurderingen fra selskapets rådgivende lege, avslo selskapet forsikredes erstatningskrav i e-post av 25.9.21.

Etter at forsikrede oversendte resultatene fra MR-undersøkelsen av 16.8.21, skrev selskapets rådgivende lege 27.9.21 at funnene ikke endret hans tidligere vmi-vurdering.

NPE erkjente ansvar for behandlingsskaden i brev av 7.10.21. NPE foreslo da en samlet erstatning på kr 465 000. Forslaget inneholdt erstatning for påført inntektstap, tapt hjemmearbeidsevne og påførte utgifter. Hva gjaldt erstatningen for påført inntektstap, utgjorde dette kr 343 000 og gjaldt perioden 2017-2019. NPE kunne imidlertid ikke se at forsikrede hadde sannsynliggjort at "en skade på under 5 prosent, sist vurdert bare til 2 prosent", ville føre til 100 % arbeidsuførhet. Av den grunn ville det ikke utbetale erstatning for tapt inntekt etter 2019.

Forsikrede gjentok i e-post av 14.10.21 at han mente selskapet var ansvarlig for hans fulle tap. Videre opplyste forsikrede at han var i gang med oppstartsfase i eget firma, slik at han trolig ville ha et inntektstap også dette året.

NPE avslo forsikredes krav om ytterligere erstatning for tap i påført og fremtidig inntekt i brev av 17.11.21. NPE opplyste videre at det var grunnlag for regress for selskapets krav på kr 200 000. Det utbetalte deretter kr 143 000 i erstatning til forsikrede for påført inntektstap. Forsikrede har i klagen til Finansklagenemnda opplyst at vedtaket er påklaget.

I desember 2021 var forsikrede tilbake i full jobb i eget firma, jf. poliklinisk notat av 17.12.21. Av notatet fremgikk at forsikrede fortsatt hadde smerter over arret og også noe smerter ulnart i håndleddet. Det ble notert at med "noe restriksjoner går det greit å jobbe" og at han hadde 70 grader rotasjon hver vei. Det ble ikke avtalt noen videre kontroller.

Forsikrede har i det vesentlige anført at selskapet er ansvarlig for de økonomiske tap han har hatt etter hendelsen 6.6.16. Det er arbeidsulykken som er årsaken til at han har hatt et økonomisk tap, og uten arbeidsulykken ville ikke forsikrede vært utsatt for noen behandlingsskade. Rettspraksis som gjelder merskader er ikke relevant, ettersom det i denne saken er svært uklart om det i det hele tatt foreligger noen merskade fra etterfølgende behandling. Det følger derfor av betingelseslæren at selskapet er ansvarlig for alle skadefølgene. En annen løsning vil stille forsikrede i en vanskelig posisjon.

Ut ifra den medisinske dokumentasjonen i saken, er det uansett ikke sikkert at skaden ville utviklet seg annerledes dersom forsikrede var blitt operert rett etter hendelsen 6.6.16, jf. erklæringen fra dr. B. Det er ikke uvanlig at et slikt brudd i seg selv gir varige plager. Ortopeden har vurdert at det er håndleddsplagene som er hovedårsaken til forsikredes nåværende rotasjonsproblemer og smerter. Ettersom håndleddsplagene stammer fra ulykken og ikke behandlingsskaden, må det legges til grunn at det er selve yrkesskaden som er årsaken til forsikredes nåværende plager. Hva gjelder smertene i selve bruddstedet, er det umulig å si om disse er forårsaket av bruddet eller om det er restsymptomer etter osteotomioperasjonen. Mest sannsynlig skyldes smertene arbeidsulykken, ettersom operasjonen var vellykket med fullstendig tilheling av frakturen. Videre viser MR at forsikrede har begynnende artrose i håndleddet. Sannsynligvis har dette også sin årsak i yrkesskaden. Selskapet har bevisbyrden for at det ikke foreligger en årsakssammenheng mellom arbeidsulykken og forsikredes økonomiske tap.

Selskapet har i det vesentlige anført at det ikke er ansvarlig for de økonomiske tap forsikrede har hatt etter hendelsen 6.6.16. Feilbehandlingen er en ny avskjærende årsak, som medfører at selskapet ikke er ansvarlig for de plager som skyldes feilbehandlingen. I den forbindelse viser selskapet blant annet til Lødrup, *Lærebok i erstatningsrett*, 6. utgave, s. 348, Rt-1981-814, Rt-1989-426, Rt-1992-453 og nemndas avgjørelse 2013-233. I Rt-1997-771 og Rt-2006-871 ligger det også en forutsetning om at en skadevolder ikke bærer ansvaret for mer enn "sin" skade. Det foreligger heller ikke solidaransvar mellom innklagede og NPE kun basert på at feilbehandlingen ikke hadde skjedd hvis arbeidsulykken ikke hadde skjedd. Forsikrede må eventuelt sannsynliggjøre at arbeidsulykken har ført til en langvarig og omfattende skade i hånden. Dette er ikke gjort jf. vurderingen til selskapets rådgivende lege. En langvarig og mer omfattende håndskade må eventuelt NPE være ansvarlige for. Subsidiært anfører selskapet at det uansett ikke er ansvarlig for pasientskaden, ettersom denne ikke står i adekvat årsakssammenheng med arbeidsulykken, jf. for eksempel LB-2014-179993.

Hva gjelder forsikredes anførsel om at han uavhengig av feilbehandlingen ville hatt det samme økonomiske tapet, reiser dette medisinske spørsmål som ingen av spesialistene i saken har tatt stilling til. På bakgrunn av den medisinske dokumentasjonen i saken, kan det ikke knyttes et erstatningsansvar til selskapet.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder om forsikrede har et økonomisk tap etter en arbeidsulykke den 6.6.16, som selskapet er ansvarlig for. Selskapet er ansvarlig dersom det foreligger årsakssammenheng mellom arbeidsulykken og forsikredes nåværende plager, jf. yfl. § 11 første ledd bokstav a. I saken synes det å være enighet om at forsikrede i ulykken ble påført en underarmsfraktur som ble feilbehandlet, slik at forsikrede ble påført en behandlingsskade. For behandlingsskaden har NPE utbetalt erstatning som dekker forsikredes inntektstap til og med 2019. Spørsmålet for nemnda er om selskapet er ansvarlig for forsikredes tapte inntekter fra og med 2020 og eventuelt fremtidig inntektstap.

Det følger av høyesterettspraksis at det rettslige kravet om årsakssammenheng mellom arbeidsulykken og forsikredes plager er oppfylt dersom ulykken er en nødvendig betingelse for helseplagene, og at arbeidsulykken har vært så vidt vesentlig i årsaksbildet at det er naturlig å knyte ansvar til det, jf. Rt-1992-62 (p-pilledom II). I denne saken kompliseres årsaksvurderingen ved at forsikrede først er påført en skade (underarmsfraktur) i en arbeidsulykke, og at skaden senere feilbehandles, slik at skadeomfanget øker. I rettspraksis og juridisk teori er det lagt til grunn at behandlingsfeilen skal anses som en merskade, og at en i årsaksvurderingen skal bygge på et differanseprinsipp. Differanseprinsippet innebærer at den første skadevolders ansvar forblir upåvirket av senere skade, mens senere skadevolder holdes ansvarlig for merskaden, jf. Rt-1997-771 og Rt-2006-871 (hjerneskode), jf. også Hastrøm/Stenvik 2019 s. 407, Wilhelmsen/Hagland 2017 s. 270 og Kjelland 2019 s. 254-255. Videre er det sikker rett at det er den forsikrede som må sannsynliggjøre (bevise) årsakssammenheng, jf. bl.a. Rt-2001-320.

En vurdering av årsakssammenheng har både en rettslig og en medisinsk side. Nemnda har ikke medisinsk kompetanse og foretar ikke noen medisinsk vurdering av saken. Nemnda overprøver heller ikke det medisinskfaglige skjønn som leger har utvist i en sak. Dette betyr at dersom den forsikrede legger frem en uavhengig sakkyndigerklæring hvor det konkluderes med årsakssammenheng, vil vedkommende som utgangspunkt ha sannsynliggjort at kravet til årsakssammenheng er oppfylt. Dette gjelder likevel ikke unntaksfritt. Nemnda vurderer på juridisk grunnlag om kravene til årsakssammenheng er oppfylt.

I denne saken er det fremlagt flere spesialisterklæringer. Spesialisterklæringene legger til grunn at forsikrede har fått en varig vmi som følge av plagene i underarmen, men slik saken er opplyst for nemnda, kan nemnda ikke se at spesialisterklæringene i tilstrekkelig grad dokumenterer at forsikredes nåværende plager i underarmen skyldes arbeidsulykken. Etter nemndas oppfatning sannsynliggjør den samlede kliniske dokumentasjonen at forsikrede som følge av arbeidsulykken alene ville hatt plager i 3-6 måneder. Det følger da av differanseprinsippet, slik det er utformet i rettspraksis og juridisk teori, at selskapet ikke kan holdes ansvarlig for tap som kan tilskrives forsikredes merskade. Etter nemndas oppfatning kan selskapet derfor verken holdes ansvarlig for forsikredes tapte inntekter fra og med 2020 eller et eventuelt fremtidig inntektstap.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Selskapet gis medhold.

Ved behandlingen deltok Birgitte Hagland (leder), Tonje Giertsen (selskapsrepresentant), og Borgar Sandvik (forbrukerrepresentant).