

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2024-184

28.2.2024

Gjensidige Forsikring ASA

Ulykke

Volleyball i hodet - hjernerystelse/post commotio – ulykke – passivitet – årsakssammenheng.

Forsikrede fikk en volleyball i hodet og slet i ettertid med diverse plager. Flere behandlere knyttet plagene til hendelsen og brukte diagnosen post commotio/hjernerystelse eller lignende. Forsikredes fastlege argumenterte for årsakssammenheng, mens foretakets rådgivende lege var uenig i at det forelå årsakssammenheng. Foretaket avsto kravet under henvisning til manglende årsakssammenheng. Etter klage til Finansklagenemnda anførte foretaket også at det ikke forelå en ulykkesskade. Saken reiste spørsmål om det var årsakssammenheng mellom hendelsen og senere langvarige plager. Videre om det forelå en ulykkesskade, herunder om foretaket hadde tapt denne innsigelsen grunnet passivitet. Etter en konkret vurdering kunne ikke nemnda se at det forelå årsakssammenheng mellom hendelsen og senere plager. På bakgrunn av nemndas syn på spørsmålet om årsakssammenheng fant ikke nemnda det nødvendig å konkludere endelig på spørsmålet om det forelå en ulykkesskade. Nemnda kunne heller ikke se at foretaket hadde gitt forsikrede rimelig grunn til å tro at det hadde akseptert at det forelå et ulykkestilfelle. Foretaket ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede fikk en volleyball i hodet 13.10.19.

Det er kun fremlagt deler av journalene fra forsikredes behandlere fra tiden før og etter hendelsen. Et legesenter svarte på foretakets forespørsel med "at det ville bli en for stor jobb å gå igjennom journalen" for å svare ut foretakets henvendelse om innsyn i relevante journalopplysninger (hodepine, utmattelse/tretthet/ psykososiale belastninger mv). Det mangler journal fra DPS/psykolog.

Før hendelsen

I epikrise 18.9.14 står det at forsikrede var "Siste 9 mndr plaget med frontal hodepine som kommer og går". ØNH-spesialisten vurderte at det "Kan mest minne om en litt utradisjonell tensjonshodepine". Ellers fremgår det kun (i journalen som løper til 10.2.17) en anbefaling fra forsikredes tidligere fastlege om time hos revmatolog for smerter i ledd, jf. notat 18.12.15 og 14.1.16.

Etter hendelsen 13.10.19

Første fremlagte notat er poliklinisk notat 14.10.19 kl. 01:10:

Akt: Volleyball for 9 timer siden. Fikk en ball smashes hardt rett mot panna, fra ca. 2 meters hold. Umiddelbart veldig hodepine, noe kvalme. Tok ibux med noe effekt. Lite kvalme nå, men fortsatt mye hodepine. Denne bedres veldig når hun ligger i ro, men forverring når hun sitter eller står. Ikke lyssky, normalt syn, bein og armer ok. Ingen synkope el oppkast. [...]

Undersøkelse:

GCS: 15, fremstår lett medtatt.

[...]

Vurd: Hjernerystelse, utfra skademekanisme vurderes fraktur og blødning som mindre sannsynlig. Hun har noen hjemme som kan tilse henne i natt. Sykemeldes i 2 dager, hun har etter dette mulighet for hjemmekontor i 2 dager. Rekontakt om forverring av plagene. Hodeskadeinfo

Det er ikke beskrevet plager i nakken.

Journalen er oppsummert i rådgivende leges notat datert 13.4.22. Der fremgår at forsikrede besøkte legen 16.10.19 for bl.a. videre sykemelding og det er beskrevet "mye hodepine, føler at det gradvis blir bedre, men fortsatt veldig sliten og "føler hodet går tregt". Sover 14 – 15 timer pr døgn og utvikler fort hodepine om hun gjør noe".

Fastlegen noterte 22.10.19 at det går mye bedre, men fortsatt mye hodepine og kvalme ved kun kortvarig skjermbruk, f.eks. 15 min på mobil, jf. også notat 25.10.19. Noe/gradvis bedring, og OK om hun lå stille i et mørkt rom, men hodepine ved anstrengelse, samt slitenhet er beskrevet i notat 29.11.19 og 20.12.19 (i sistnevnte fremgår også normal nevrologisk undersøkelse).

Forsikrede opplyste at hun fikk undersøkelse på sykehuset 8.1.20, hvor det ble satt diagnosene commotio cerebri og kvalme/oppkast. Den 10.1.20 ble hun satt opp til psykologtime pga. stor emosjonell påvirkning grunnet sterkt nedsatt funksjon.

Forsikrede var 10.1.20 hos fastlegen for tilsvarende plager som tidligere, og opplyste at hun fikk beskjed på sykehuset om at hun ikke kunne hvile seg frisk, at det var normal MR av hodet, og at hun ble henvist til psykolog og fysioterapeut.

I notat fra et idrettshelsesenter 14.1.20 fremgår at forsikrede etter hendelsen hadde vært:

veldig dårlig. 100% sykmeldt fra jobb som (...). Mye hodepine og kvalme. Lys og lyd ømfintelig. Ligger for det meste i ett mørkt rom. [...] Blir fort sliten. [...] Hun har hatt hjernerystelse en gang tidligere som 5 åring [i notat 17.1.20 fremgår 11-års alder], hun brukte da et halvt år på å bli bra. [...] Hodepine, ingen utstråling, men stiv i nakke og thorakal. [...] svært stram i nakke muskulatur. [...] Utenom sekundær funn i nakke og thorakal er det hjernerystelsen og dårlig allmentilstand som er problemet. [...] Videre oppfølging her for sekundære muskulære plager og etterhvert enkle øvelser.

I notat fra samme senter 17.1.20 fremgår Commotio cerebri, og det ble beskrevet god symptomlette etter lett beh. på nakken [...]", jf. også variasjon i notat 23.1.20 og 10.2.20.

Fastlegen noterte 18.2.20 sakte fremgang, men noe forverring siste uken parallelt med at hun vitnet i en rettssak, og at det hadde vært traumatisk å gå gjennom det hun hadde gjort siste uken. Hun ønsket oppfølging hos psykolog, som fastlegen mente var indisert.

I notat fra idrettssenteret 26.2.20 fremgår at hun var i bedring, kunne trene mer og gjøre flere gjøremål hver dag. "Ingen hodepine, men føler seg fortsatt fort sliten", og bedre nakke. Den 10.3.20 fremgår imidlertid sterk hodepine da hun hadde tatt bussen, og at hun etter det hadde vært mye sengeliggende.

Fastlegen noterte 16.3.20 at forsikrede etter gjennomgang av spørreskjema viste symptomer tilsvarende moderat depresjon, og hun ble henvist DPS. Testen ble gjennomført hos psykolog på sykehuset 11.3.20. Det står også at det var normalt funn hos nevrolog. Forsikrede fortalte legen 16.4.20 om sakte bedring over tid og at hun hadde startet hos psykolog.

Fastlegen noterte 8.5.20 at det gikk gradvis bedre, og at hun opplevde stor fremgang ift. sine psykiske vansker siden sist samtale. Hun kunne nå gå turer på 20 min uten problemer.

Den 7.7.20 noterte fastlegen at hun ikke lenger var plaget med hodepinen, men fortsatt ble sliten ved anstrengelse, særlig skjermbruk. Hun hentet seg inn raskere, og tålte mer enn tidligere, og hadde fått øvelser for krystallsyke. Videre betydelig bedring og økning i arbeidsstilling er beskrevet i notat 11.8.20 og 7.9.20.

Hun ble behandlet ved avdeling for psykisk helse mellom 14.4.20 og 21.10.20. I oppsummeringsnotatet står det bl.a.:

VURDERING: 26 år gammel kvinne med normalreaksjoner på flere belastninger i livet. Samtidig forsinket sorgreaksjon etter mormors død og eksistensiell angst. Det har ikke fremkommet symptomer på depresjon eller psykisk lidelse i løpet av oppfølgingen.

Hun ble henvist til DPS "pga vurdert depresjon, men takket nei siden hun ikke føler seg deprimert". Det fremgår videre at hun pga. skaden måtte slutte med volleyball, som var en viktig del av livet. I tillegg hadde hun samtidig opplevd belastning ifm. at politiet hadde avdekket at forsikredes ekskjæreste hadde overvåket henne over lengre tid. Ved oppstart var hun "fremdeles sterkt hemmet av hjernerystelsen med sterke smerter, utmattelse og funksjonsnedsettelse", og ved "avslutning viser [forsikrede] tydelig bedring med tanke på somatisk helse og er delvis tilbake i arbeid. Når det gjelder psykisk helse, har hun jobbet aktivt mellom timene og viser en god utvikling". I notat 25.8.20 ble det beskrevet sterke følelser og gråt tilknyttet rettssaken/ekskjæresten, og at det gjorde at hun ble utmattet og ikke klarte å hente seg inn igjen. Det står også at "[Forsikrede] sier to ting stjeler energien: Hun spiller forholdet på repeat og bekymrer seg".

Rådgivende lege oppsummerte fastlegens notater 19.11.20, 3.3.21 og 5.5.21 slik:

19.11.20 går fortsatt bra og fremover, jobber nå 90%. Kjenner at hun fortsatt er utslitt etter anstrengelse og påkjenninger, men ikke lenger hodepine og henter seg inn fortere. Fortsetter å øke jevnlig frem til 100% jobb.

03.03.21 Sliter med energinivå fortsatt, men nå fungerer hun greit i full jobb. Klarer ikke studere i tillegg til full jobb.

05.05.21 Jobbet 100% siden desember, gått nedover. Forsøkt alt av tilrettelegging på jobb siste 2 mndr. Ikke fungert. Mye hodepine. Kan nå gå maks 10 min, bruker hele dagen på å ta seg inn igjen. Nedstemt, tar til tårene. Henviser tilbake til DPS etter eget ønske. Legen mistenker bakenfor psykisk lidelse som årsak til svært langtrukket forløp, kan ikke forklares somatisk. Stabilt svært dårlig siden mars.

Forverring av hodepine og utmattelse, psykiske symptomer, nedgang i stillingsprosent/delvis sykemelding, og at fastlegen mente hun oppfylte kriteriene for CFS/ME, er beskrevet i notatene 19.5.21, 26.5.21 og 11.6.21.

I poliklinisk notat 10.9.21 fremgår diagnosen R53 Utmattelse, og i notatet står det bl.a.:

[...] Hun var fullt tilbake i jobb høsten 2020 men opplevde en forverring med symptomer fra mai i år. [...]. Hun beskriver klassiske symptomer sammen med utmattelse som kroppsverk, hodepine, påvirkning av kognitive funksjoner, søvnutfordringer, aldri uthvilt, sykdomsfølelse osv. [...]

Forsikrede meldte skaden under to forskjellige ulykkesforsikringer 17.9.21 og 20.9.21: "Spilte volleyballkamp. Fikk en ball i pannen, noe som resulterte i alvorlig og langvarig hjernerystelse. Sliter fortsatt med senvirkninger [...]"

I notat/e-post 21.9.21 opplyste foretaket:

[...] Det er i utgangspunktet arbeidsgiver som skal melde sak på denne forsikringen og jeg trenger derfor en bekreftelse i fra de på at du var ansatt da skaden skjedde (13.10.19) og var omfattet av forsikringen Annen Ulykke da ulykken skjedde.

I poliklinisk notat 29.9.21 fremgår under Vurdering at "Pasienten fremstår svært usikker på hvordan hun skal håndtere plagene og redd for forverring. [...] Jeg har i dag forsøkt å belyse

hvordan autonome prosesser best styres uten vår innblanding og jeg har gitt pasienten i utfordring å forsøke å gi slipp på symptomkontrollen".

I epikrise fra DPS datert 15.11.21, fremgår at hun har hatt behandlinger mellom 3.11.21 og 12.11.21. Diagnosen var satt til F32.0 Mild depressiv episode. Det står bl.a. at hun nå slet med nedstemthet og indre uro. "[...] oppgir vansker med følelser, flykter ved vansker. Vært aktiv, og dette har vært en mestringsstrategi, men forverring av psykiske vansker når hun måtte hvile etter hjernerystelse [...]". Under Vurdering står det:

Det fremkommer ikke aktuelt symptomer på psykisk tilstand av alvorlighetsgrad som gir rett til behandling i spesialisthelsetjenesten. [...] depresjon, aktuelt vurdert milde symptomer [...] oppgir [selv] tro på at dersom hun får hjelp med følgene av hjernerystelsen/utmattelse og hodesmerter vil hun ikke lenger ha depressive symptomer og fungere igjen.

Foretakets rådgivende lege vurderte saken 18.11.21:

Vurdering

Basert på foreliggende dokumentasjon fikk skadelidte plager med hodepine og tretthet en periode, som en følge av det minimale hodetraumat. Plagene med utmattelse og sårbarhet for ytre stimuli forverret seg parallelt med at hun skjermet seg i mørkt rom og gikk med solbriller og øreklokker. Det er velkjent at slik skjerming alene, medfører økt sensitivitet. Ved fravær av eksponering for vanlige stimuli i hverdagen blir de vanlige hemmende impulser i hjernen hemmet, slik at helt vanlige stimuli vil oppfattes overveldende. Behandlingen av dette er gradvis økt eksponering for stimuli, noe skadelidte gjorde, med god effekt. Våren 2020 ble det også avdekket en moderat depresjon, samt at hun gjennomgikk en betydelig påkjenning i forbindelse med at hun var vitne i en retts sak. Det er velkjent at disse faktorene alene kan medføre mye av det samme symptombildet.

Høsten 2020 tilkom bedring, og det er dokumentert at hun var uten hodepinelager i en periode på over et halvt år.

Våren 2021 tilkom ny forverring med hodepine og kronisk utmattelse.

I juni 2021 angis det at hun fyller kriteriene for CFS/ME.

En slik forverring, et og et halvt år etter hendelsen, etter å ha vært fri for hodepine hele høsten 2020, kan vanskelig settes i sammenheng med det minimale hodetraumat høsten 2019.

Symptomutviklingen i skadelidtes tilfelle er ikke forenlig med tradisjonell traumelære, men må ses på i en biopsykososial sammenheng, der de psykososiale faktorer vurderes å være de dominerende.

Basert på foreliggende dokumentasjon er det ikke sannsynlighetsovervekt for årsakssammenheng mellom dagens plager og det minimale hodetraumat i oktober 2019.

Foretaket avsto kravet 9.12.21, under henvisning til manglende årsakssammenheng mellom hendelsen og senere plager og tap.

I udatert klage fremgår bl.a. at forsikrede i "perioden oktober 2019 – høsten 2020 [var] sterkt plaget med hodepine og utmattelse. Utover høsten 2020 var jeg lite eller ikke plaget med hodepine, men utmattelsen har vært fremtredende hele veien, og er også årsaken til at jeg er sykemeldt per dags dato". Forsikrede viste også til at hun ikke var frisk selv om hun ikke besøkte lege mellom november 2020 og mars 2021. Helsepersonell hadde før dette sagt hun var klar for arbeid, men ville være mye sliten fremover, og hun fant derfor ikke grunn til å besøke legen, til tross for at slitenheten økte.

I rapport fra synsundersøkelse 12.1.22, ble det bl.a. vist til en undersøkelse 26.7.21 hvor optometristen hadde notert plager med slitenhet, lys- og lydsensitivitet, mv. Vedkommende skrev at "Pasienter med hjernerystelse har ofte et forøket symptombilde, som økt sensitivitet for sensoriske evner, som også tilsvarer denne pasienten [...] Det er anbefalt en enkel nær-brille [...]". Den 12.1.22 viste undersøkelse at briller ga symptomforbedring.

Forsikredes (nevro-) kiropraktor uttalte 25.1.22:

[...] Konkl.: Anamnese og funn forenlig med senfølger fra hjernerystelse/PCS. Pas har vært under behandling hos ... kiropraktorklinikk til og fra i perioden mellom 27.05.20-16.07.21. Hun har en sammensatt problemstilling som involverer nakke, øyemotorikk og kognitive symptomer. Dette er veldig vanlig for pasienter med senfølger etter mtbi. [...]

Rådgivende lege vurderte saken på nytt 13.4.22:

Vurdering

Det foreligger minimal skadeevne, og beskjedne akutsymptomer, som anført i mitt tidligere notat. Det forelå ikke bevissthetstap, oppkast eller amnesi for hendelsen, og ingen objektive tegn på at det har manifestert seg en vevsskade. Legevaktslegen ga sykemelding kun for to døgn. Alt i alt er dette forenlig med et minimalt hodetraume, som man forventet at ville gå over av seg selv uten å medføre varige plager.

Brosymptomer i form av hodepine er fraværende i perioden fra høsten 2020 til mai 2021.

Slitenhet/ utmattelse er ikke dokumentert den første tiden, men utviklet seg parallelt med inaktivitet og skjerming for stimuli i mørkt rom ila november og desember 2019. Det fremgår at dette ble betydelig bedre fra mai 2020 og utover høsten 2020, etter behandling hos psykolog.

Viser til notater 29.09.20 og 19.11.20, der det fremgår at hun blir sliten, men henter seg inn fortere. Den 03.03.21 fremgår det at hun fungerer greit i full jobb, men sliter med energinivå fortsatt og klarer ikke studere i tillegg til full jobb.

Hun fikk diagnosen moderat depresjon av fastlege våren 2020, og opplevde betydelig bedring av sine plager parallelt med behandling hos psykolog.

... DPS stilte diagnosen mild depresjon 12.11.21 og anbefalte videre oppfølging i regi av primærhelsetjenesten. [Rehabiliteringsinstitusjon] anbefalte også videre oppfølging av det psykiske, med samtaleoppfølging fra bydelen, siden hun ble avsluttet på DPS.

Som anført i min forrige vurdering har utmattelsen utviklet seg sekundært til isolasjon og skjerming for stimuli, og har bedret seg parallelt med psykologbehandling. Et slikt svingende forløp er ikke et påregnelig forløp ved utmattelse som er sekundært til en hodeskade, men må ses på i en biopsykososial sammenheng, der de psykososiale faktorer vurderes å være de dominerende.

Etter min vurdering er det ikke sannsynlighetsovervekt for årsakssammenheng mellom hendelsen og de langvarige og svingende plagene med hodepine og utmattelse.

Foretaket opprettholdt avslaget 4.5.22, og forsikrede klaget på vurderingen på nytt. Dette var etter hun hadde innhentet flere uttalelser, herunder at tingretten bekreftet 29.9.22 at det i rettsboken stod at hun ikke vitnet i tilståelsessaken/straffesaken til forsikredes ekskjæreste, men var tilstede som tilhører. Fastlegen skrev 8.10.22 at han i motsetning til rådgivende lege kunne ta opp sykehistorie og foreta somatiske undersøkelser.

Oppsummert er min vurdering at pasienten har slitt med langvarige plager etter hjernerystelse, og at hennes diagnose er post commotio-syndrom.

Han fremhevet at sykdomstilstanden hadde "en klar start (volleyballsmash i hodet 13.10.19), symptomene var ikke til stede før denne dato og diagnosen fremstår derfor klar. Det er etter min oppfatning åpenbart at hennes utmattelse, milde depresjon og fall i funksjonsnivå kommer sekundært til hodeskaden." Han fremhevet også en artikkel som viste at 10-15 % av pasientene utviklet langvarige plager som kunne vare opptil flere måneder eller år, og at symptomer som hodepine og psykiske plager var vanlig.

Det behøver ikke være en klar sammenheng mellom utvikling av tilstanden og alvorlighetsgrad av den utløsende hodeskaden. [...] Diagnosekriteriene i ICD-10 og DSM er noe ulike. Mange forskere og klinikere oppfatter disse som lite anvendelige og baserer heller diagnosen på pasientens symptomer og tidsrelasjonen til hodetraumat.

Han viste også til at symptomene ikke var spesifikt for gjennomgått hodeskade, og at man kunne se tilsvarende symptomer hos pasienter med andre kroniske smerte- eller utmattelsestilstander og depresjon.

[...] Det er overveiende sannsynlig at [hun] fikk en hjernerystelse 13.10.19. Skademekanismen var suspekt for dette. Hun var kvalm og svimmel. Hun oppsøkte legevakst samme kveld, noe man sjelden gjør dersom plagene ikke er sterke. Hun hadde hodepine og økt søvnbehov umiddelbart etter hendelsen.

I perioden i etterkant av hodeskaden fulgte hun enkelte av rådene hun fikk, mens hun - i likhet med mange som har en lidelse uten objektive medisinske og nevropsykologiske funn - antakelig tok litt for mye i, litt for fort.

[...] Hun sliter fremdeles med post exertion malaise, utmattelse etter aktivitet som ikke står i forhold til påkjenningen, men jeg ser ikke dette primært som en myalgisk encefalopati (ME) eller kronisk utmattelsessyndrom (CFS). Tvert imot var det her en klart start av symptomene hos et menneske som før denne hendelsen hadde et høyt funksjonsnivå.

Hun har utvilsomt opplevd et funksjonsfall etter 13.10.19. Det er etter min oppfatning sannsynlighetsovervekt for at skaden/ulykken er starten på dette funksjonsfallet.

I psykologisk uttalelse 25.10.22 fremgår:

[...] Ved oppstart i rask psykisk helsehjelp i april 22, fremkommer det at [hun] strever med symptomer som nedstemthet, opplevelse av håpløshet, bekymringer knyttet til bedring og varighet av sykdomsforløpet. De nevnte symptomene er symptomer som er forenlig med depressive symptomer, [hun] vurderes imidlertid å ikke oppfylle kriterier til en psykisk lidelse. Fokus i samtaler med u.t. har i hovedsak omhandlet aksept for hennes kroniske sykdom. Symptomene vurderes som en normal reaksjon på langvarige somatiske symptomer på hjernerystelse. [Hennes] funksjonstap vurderes altså å ikke kunne forklares via psykiske forhold, men at det psykiske er sekundært til hodetraume.

Arbeidsgiver uttalte 27.10.22 at forsikrede fra november 2020 til februar 2021 opplevde å ha mindre overskudd til å gjennomføre sitt arbeid etter hjernerystelse, og hun hadde stort behov for oppfølging/tilpasning fra februar 2021 og frem til ny sykemelding i mai 2021.

Saken ble fremlagt på nytt for rådgivende lege 21.11.22:

Ved vurdering av årsakssammenheng skal man vektlegge tidsnær dokumentasjon tyngst.

Postcommotiosymptomer er ikke spesifikke for diagnosen, men forekommer i stor grad i befolkningen, også hos personer som ikke har gjennomgått hodetraume. Diagnosen hjernerystelse kan dermed ikke stilles i ettertid, basert på langvarige symptomer, men må basere seg på tidsnær dokumentasjon for å se om kriteriene for en slik diagnose er oppfylt. Det vesentlige i denne saken er altså om kriteriene for en mild TBI (traumatisk hjerneskode), også kalt commotio cerebri eller hjernerystelse, er oppfylt, da dette er en forutsetning for å kunne få et postcommotiosyndrom.

Det er riktig som pasientens fastlege skriver, at en commotio cerebri er en forbigående endring i cerebral funksjon. For å kunne graderes som en mild TBI/ hjernerystelse/ commotio kreves altså dokumentert cerebral påvirkning i akutfasen, med bevissthetsendring, bevissthetstap eller amnesi for hendelsen. Dette er ikke dokumentert i de tidsnære notater i skadelidtes tilfelle. Det fremgår spesifikt at hun syncoperte ikke, og hadde ikke amnesi for hendelsen, men at hun hadde hodepine og følte seg kvalm. Dette er ikke tilstrekkelig for å stille diagnosen commotio/ mild TBI, når det ikke foreligger bevissthetsendring.

Basert på tidsnær dokumentasjon dreier dette seg om en minimal hodeskade, hvor det ikke foreligger noen hjerneskode/ cerebral påvirkning, og ved denne tilstanden vil langvarige plager skyldes andre mekanismer enn ved et postcommotiosyndrom etter en mild traumatisk hjerneskode, slik det fremgår i mine to tidligere notater.

Ved en akutt vevsskade er forventet forløp i henhold til tradisjonell traumelære at plagene er sterkest i akutfasen, for deretter å bli gradvis bedre, parallelt med tilheling av vevsskaden. Ved en minimal hodeskade vil man forvente plager i en periode, for deretter gradvis mindre plager, frem til endelig symptomfrihet. Skadelidtes symptomer har vært svingende, med forverring våren 2021, lang tid etter hendelsen. Dette kan vanskelig forklares med tradisjonell traumelære, men må ses på i en biopsykososial sammenheng, der de psykososiale faktorer vurderes å være dominerende.

Som jeg har angitt tidligere, er fear avoidance, det at man unngår aktiviteter av frykt for å forverre plagene, også en kjent faktor som gir risiko for å havne i en ond sirkel med opprettholdelse og forsterking av symptomene.

Konklusjon

Basert på ovenstående er vilkårene for å konkludere med sannsynlighetsovervekt for årsakssammenheng

ikke oppfylt.

Foretaket opprettholdt avslaget 22.11.22.

Etter klagen til FinKN, anførte foretaket 19.6.23 at det ikke forelå et ulykkestilfelle/ulykkesskade slik dette var definert i vilkårene.

Forsikrede har i det vesentlige anført at det er årsakssammenheng mellom traumet og forsikredes vedvarende plager. Samtlige leger som har undersøkt henne første halvår satt diagnosen N79 commotio cerebri. Gjentatte ganger har det blitt dokumentert nakkeplager, utslitthet, hodepine og kognitive symptomer, inkl. konsentrasjonsvansker, som er kjente symptomer på hjernerystelse og post-commotio syndrom. Forskning viser også at det ikke er noen klar sammenheng mellom alvorlighetsgrad av den utløsende hodeskaden og risiko for senvirkninger av hjernerystelser, og at 15 % av pasientene med mild hodeskade fortsatt har symptomer etter et år.

Både optiker og nevrokiropraktor har avdekket problemer med synsmotorikk, og beskriver dette som en vanlig senfølge etter hjernerystelse. Før ulykken hadde hun ingen lignende problemer, og det er ingen journalnotater om hodepine relatert til synsproblemer før ulykken. Selv om hun tidligere har hatt noe hodepineplager, har hun aldri tidligere hatt helseplager av en slik grad at det har påvirket skole eller jobb. Psykologene som har fulgt henne over tid konkluderer begge med at hun ikke viser tegn til psykisk lidelse, men at plagene har utviklet seg sekundært til hjernerystelsen. Foretakets rådgivende lege overprøver altså uttalelser fra annet helsepersonell som faktisk har møtt henne, og sett hennes funksjonsnivå. Man bør legge størst vekt på behandlernes vurderinger.

Når det gjelder spørsmålet om det er en ulykke, stiller hun seg undrende til foretakets vurdering. Forsikrede har blant annet sammenlignet med at man vel ville ansett skade etter takling i fotball som en ulykke, selv om taklinger er en naturlig del av spillet. Når man kjører alpint vil man vel også anse det som en ulykke dersom man faller og ryker leddbåndet, selv om det er både naturlig og forventet å falle innimellom når man kjører ski i høy fart. På samme måte er det forventet at ballen kommer ovenfra i volleyball, men det er ikke forventet at man får ballen hardt i hodet og pådrar seg en skade med langvarige plager som følge av dette.

Forsikringsforetaket har i det vesentlige anført at det ikke er årsakssammenheng mellom traumet og forsikredes vedvarende plager. Foretaket har ikke fått tilgang til deler av sykehistorien, men mener likevel at saken er tilstrekkelig opplyst for vurdering. En ball i hodet må anses som et mindre/moderat hodetraume (skadeevne). Et slikt traume bør ikke medføre varige skadefølger.

Det er ikke notert noe om nakkeplager og synsproblematiske i akuttnotatet, men andre plager. I tiden etter hendelsen fremgår etter hvert bedring av symptomene og tilbakegang i full jobb. Etter hvert skjer en forverring av energinivået og også tilkommet hodepine. Fra å ha vært lettere til sinns pr. i alle fall september 2021, er det nå notert svært tøft psykisk og at forsikrede kjenner seg nedstemt. "Hovedproblemet er for mange oppgaver". Utviklingen her synes ikke typisk for skade (forenelighet/brosymptomer). Videre synes det å ha blitt avdekket synsfeil hos optiker. Synet har vært tatt opp som mulig årsak til hodepineplager (annen årsak).

Subsidiært har foretaket anført at hendelsen neppe er å anse som en ulykke, idet man gjerne får ballen ovenfra når man spiller volleyball. At man blir truffet av ballen må anses som en naturlig del til dette spillet, og kan vanskelig sies å være en ulykke – som krever noe plutselig ytre uforutsett.

Dette synes å ha blitt oversett tidligere i saksbehandlingen. Da saken ble meldt, var det allerede gått en del tid siden skadedagen, og fokus ble å vurdere skadefølger/årsakssammenheng. Men det er ikke for sent å anføre. Passivitet/konkludent adferd i seg selv alene, gjør ikke at

forsikringsforetaket mister sin innsigelsesrett. Problemet oppstår først der en annen part har innrettet seg "på noe" - fått en forventning. Foretaket avslo aktuelle sak i underkant av 3 måneder etter at saken ble meldt FinKN, vel og merke av annen årsak en ulykkesmomentet, og har opprettholdt sitt standpunkt siden.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Spørsmålet til nemnda er om forsikrede har sannsynliggjort at det er årsakssammenheng mellom hendelsen 13.10.19 og senere langvarige plager. Saken reiser også spørsmål om det foreligger en ulykkeskade, slik dette er definert i vilkårene. Om det ikke er en ulykkeskade, reiser saken spørsmål om foretaket kan påberope dette.

Nemnda ser først på spørsmålet om det er sannsynliggjort årsakssammenheng mellom hendelsen 13.10.19 og senere langvarige plager.

Vurderingen er knyttet til langvarige plager. Nemnda legger til grunn at det ikke er dokumentert at kortvarige plager har medført et tap som gir rett til utbetaling under forsikringene. Det betyr at selv om man legger til grunn at forsikrede som følge av hendelsen 13.10.19 fikk plager en viss periode, er det ikke disse plagene som gir rett til utbetaling. Rett til utbetaling forutsetter at forsikrede sannsynliggjør at disse plagene har vedvart og står i sammenheng med hendelsen, i en så lang periode at hun har rett til f.eks. dekning av inntektstap ved overgang til AAP eller rett til ménerstatning (når man anser at plagene gir en varig medisinsk invaliditetsgrad).

Det er kravstiller, altså forsikrede, som 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 skjønn som legene har utvist i en sak. Derimot kan nemnda overprøve erklæringer på et juridisk grunnlag.

Det er oppstilt særskilte krav i praksis for sammenhengen mellom et traume og senere bløtdelsskader/nakkesleng, PTSD, mv, jf. Rt-1998-1565 og nemndas avgjørelser 2017-641, 2018-814, 2018-865, 2022-427, 2022-1036 og 2022-1047. Dersom det ikke er oppstilt særskilte krav i praksis vil nemnda kunne 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. f.eks. avgjørelsene 2021-4 og 2021-50. Dette er basert på momentene Høyesterett oppstilte i Rt-2007-1370 avsnitt 38 for en vanlig bevisvurdering av sammenhengen mellom en hendelse og senere plager, hvor det ikke var fremlagt informasjon om internasjonal konsensus om årsakssammenhengen mellom et traume og en spesifikk skadetype.

Uansett må vurderingen baseres på og tilpasses hva som er allment akseptert medisinsk viten/forskning når det gjelder sammenhengen mellom et traume og senere aktuelle type plager, sml. Rt-1998-1565, Rt-2007-1370, HR-2018-557-A og HR-2022-2178-A.

Spørsmålet i aktuelle sak er om forsikrede har langvarige plager som kan knyttes til en hodeskade/hjernerystelse, ettersom hun i lengre tid særlig har vært plaget med slitenhet og periodevis med hodepine. Forsikredes fastlege har argumentert for årsakssammenheng, mens foretakets rådgivende lege har kommet til motsatt konklusjon.

Når det gjelder retningslinjer for vurdering av årsakssammenheng mellom et hodetraume og senere plager, har Borgarting lagmannsrett gjennomgått forskningen og retningslinjene i LB-2019-1879. Der fremgår blant annet at Traumekomitéen i Skandinavisk nevrokirurgisk forening har satt opp retningslinjer for diagnostiseringen, og disse er basert på den såkalte Glasgow Coma

Scale (GCS/CGS). Videre siteres:

Retningslinjene gir en gradering i fire alvorlighetsgrader:

- Minimal hodeskade, som ikke gir bevissthetstap. CGS 15
- Lett hodeskade, som kan gi bevissthetstap i mindre enn fem minutter, hukommelsestap eller confusjon. CGS 14-15
- Moderat hodeskade, som kan gi bevissthetstap i mer enn fem minutter eller fokalnevrologiske utfall (f.eks. lammelse i en arm). CGS 9-13
- Alvorlig hodeskade. CGS 3-8

På samme måte som ved andre vevsskader, er det normalt at det foreligger akuttsymptomer. Det er normalt at jo kraftigere traumet er, jo sterkere er akuttsymptomene, og jo verre akuttsymptomene er, jo større er faren for vevsskade av mer varig betydning. Endelig er det normalt at det finnes et biologisk normalforløp som består i gradvis bedring.

Minimale hodeskader er stort sett begrensede ytre skader som leges av seg selv. Man finner ikke noe galt ved CT-undersøkelser. Det typiske for en minimal hodeskade er akutte symptomer, først og fremst i form av hodepine, som oppstår i direkte tilslutning til traumet og som så spontant går over. Det er ikke behov for behandling og pasienten sendes hjem uten videre undersøkelser. Bare i helt ekstraordinære tilfeller blir det varige plager.

[...]

Generelt gjelder at jo lettere hodeskaden er, jo raskere og mer fullstendig er helbredelsesprosessen. For alle post commotio-symptomer gjelder at de som regel avtar og forsvinner i løpet av noen uker eller måneder. I sjeldne tilfeller kan man se mer atypiske forløp, som likevel er forenlige med det man vet om hodeskader, forutsatt at forløpet likevel kan forklares med basis i anerkjent medisinsk viten.

[...]

Når det gjelder sannsynligheten for mer varige plager, er det enighet om at moderate og alvorlige hodeskader kan gi permanente plager. Derimot er det omdiskutert om lette hodeskader kan gi varige plager.

Dette kan ha noe sammenheng med at definisjonen i Skandinavia av lett hodeskader (bevissthetstap i mindre enn fem minutter) er annerledes enn den definisjonen på "mild head injuries" i USA og innenfor WHO, der denne hodeskadekategorien omfatter bevissthetstap opp til 30 minutter og amnesien opp til ett døgn, samt pasienter med nevrologiske utslag (f.eks. lammelser). Men selv for denne gruppen konkluderer en arbeidsgruppe innenfor WHO med at "Cognitive deficits and symptoms are common in the acute stage. Recovery for most within 3-12 months. Where symptoms persist, compensation/litigation is a factor, but there is little consistent evidence for other predictors". Det uttales også at "The literature on this area is of varying quality and causal inferences are often mistakenly drawn from cross-sectional studies". Skepsis til rapporter om langtidsplager bygger også på at plagene er lite entydige og alminnelig utbredt i befolkningen, og at det normalt ikke er mulig å påvise skade klinisk medisinsk, nevropsykologisk eller nevrofysiologisk, ved bruk av CT og MR.

[...]

I aktuelle sak har fastlegen argumentert for at milde hodeskader kan gi langvarige plager i 10-15 % av tilfellene. Dokumentasjonen viser imidlertid at det ikke ble dokumentert bevissthetstap, og legevakten satt GCS 15 ved sin undersøkelse. Hvis man følger retningslinjene fra dommen gjennomgått ovenfor, er det da tale om en minimal hodeskade, ikke en mild hodeskade, jf. også rådgivende leges vurdering.

Forutsatt at det er tale om en minimal hodeskade, fremgår det av det siterte at slike hodeskader "Bare i helt ekstraordinære tilfeller" gir varige plager. Når noe er så usannsynlig at det kun i helt ekstraordinære tilfeller kan gi varige plager, vil man normalt måtte legge til grunn at det er tale om en "upåregnelig følge" av hendelsen, som ikke gir rett til utbetaling, jf. også gjennomgangen nedenfor.

Dommen viser også at det på det tidspunktet synes å ha vært medisinsk enighet om "at moderate og alvorlige hodeskader kan gi permanente plager. Derimot er det omdiskutert om lette hodeskader kan gi varige plager". Som nevnt er det ikke sannsynliggjort en lett hodeskade, men en minimal hodeskade. Nemnda forstår at det da enten er medisinsk enighet om at dette ikke skal gi varige plager, ellers er dette i alle fall svært omdiskutert. Som gjennomgått ovenfor må årsakssammenhengvurderingen baseres på allment akseptert medisinsk viten/forskning, og forløp som ikke støttes av allment akseptert medisinsk viten, vil normalt ikke kunne gi rett til utbetaling. Rådgivende leges vurdering synes å være i tråd med retningslinjene som oppstilles i dommen.

Nemnda forstår imidlertid at den medisinske forskningen kan utvikle seg relativt fort og nemnda fremhever derfor også at det i LA-2022-103956 bl.a. er vist til en artikkel publisert 17.8.22 i Tidsskrift for Den norske legeforening, skrevet av spesialist i nevrologi Ola H. Skjeldal m.fl. Langvarige plager etter hjernerystelse. Lagmannsretten legger til grunn at artikkelen, som er basert på omfattende forskning og er fagfellevurdert, uttrykker allment akseptert medisinsk viten. Det fremkommer i artikkelen at vedvarende symptomer etter hjernerystelse opptrer hos 10 til 15 prosent. Artikkelforfatterne uttaler om utvikling av langvarige symptomer at:

Det er sannsynlig at postcommotiosymptomer representerer en individuell respons på hjernerystelsen eller hendelsen som førte til den, men det er fortsatt uavklart hva som er årsaken til at enkelte får langvarige og invalidiserende plager etter en lett hodeskade. Vår erfaring er at i mange tilfeller er sammenhengen svak mellom traumets alvorlighetsgrad og de kliniske symptomene som pasientene utvikler. Dette understøttes av flere studier ...

I artikkelen fremgår det også innledningsvis at

[...] Årsakene bak langvarige symptomer etter hjernerystelse er uklare, men en biopsykososial forklaringsmodell regnes i dag som best egnet grunnlag for diagnostikk og behandling. [...]

Nemnda forstår det slik at artikkelen i utgangspunktet omtaler langvarige plager etter milde/lette hodeskader (jf. henvisningen til "lett hodeskade"), men dersom man legger til grunn at det ikke lenger generelt kan legges til grunn at minimale hodeskader ikke skal gi langvarige/varige plager, står det imidlertid også i artikkelen at årsakssammenhengen i så fall må forstås basert på en "biopsykososial forklaringsmodell". Plager som må forstås på bakgrunn av en biopsykososial forklaringsmodell gir ikke rett til utbetaling, jf. f.eks. nemndas avgjørelser 2021-98 og 2022-567 som bygger på Høyesteretts dom inntatt i Rt-2010-1547 (67-69). Der fremgår:

(67) A har anført at han har krav på erstatning også om man ser sykdomsforløpet ut fra en mer bio-psykososial forklaring. Sykdomsforløpet ved en slik forklaringsmodell skyldes en kombinasjon av flere forhold, hvor blant annet engstelse og sårbarhet hos skadelidte i kombinasjon med sosiale og samfunnsmessige forhold bidrar til utvikling av lidelsen. Jeg viser til det jeg tidligere har sagt om dette i forbindelse med gjennomgangen av medisinsk forskning. Etter ankemotpartens syn er bilulykken en nødvendig betingelse for å utløse et slikt sykdomsforløp, mens de andre forhold er samvirkende årsaker. Det anføres at bilulykken derfor er erstatningsbetingende.

(68) Dette kan jeg ikke være enig i. Etter mitt syn blir ulykken ved en slik forklaringsmodell et såpass uvesentlig element i årsaksrekken at det verken er naturlig eller rimelig å anse den som erstatningsbetingende. Selv om det ikke er noe krav om at ulykken må være hovedårsak, er det på den annen side ikke slik at ethvert element i årsaksrekken kan anses tilstrekkelig til å utløse erstatningskrav. Om man ser dette som et utslag av at den utløsende årsaken er for uvesentlig til å betinge ansvar, eller om man ser det som en upåregnelig følge av ulykken, blir i denne sammenhengen uten betydning. Jeg viser her til at lette nakkesmerter i seg selv normalt ikke kan gi grunnlag for å konstatere ervervsuførhet. Hvis man generelt godtar at en slik sammenheng er tilstrekkelig, ville det kunne åpne for erstatningsansvar nærmest uavhengig av hva som var den konkrete foranledningen til at plagene utviklet seg.

(69) Her kommer også det til at dersom man legger en slik forklaringsmodell til grunn, så vil erstatningsordninger i verste fall kunne bidra til at flere utvikler sykdommen og blir uføre. Dersom kroniske smerter og ervervsuførhet etter nakkesleng i det alt vesentlige har sin årsak i bio-psyko-sosiale forhold, bør

man derfor være varsom med å la dette danne grunnlag for erstatning.

Som nevnt viser fremlagt dokumentasjon at det ikke ble dokumentert bevissthetstap, og legevakten satte GCS 15 ved sin undersøkelse. Dette innebærer at det er tale om en minimal hodeskade, jf. LB-2019-1879, ikke en mild hodeskade. Samlet sett forstår nemnda det slik at selv om man legger til grunn at plagene ble utløst av hendelsen 13.10.19, vil traumet mht. de langvarige plagene være en "upåregnelig følge" av hendelsen, eller et såpass uvesentlig element at det ikke kan være hovedårsak til senere plager. Forsikrede har etter dette ikke rett til utbetaling under forsikringene.

Nemnda finner grunn til å knytte enkelte bemerkninger til spørsmålet om det foreligger en ulykkesskade, og eventuelt om foretaket kan påberope at det ikke er en ulykkesskade.

I vilkårene tilknyttet begge dekningene er ulykkesskade definert som følger:

Med ulykkesskade menes skade på kroppen forårsaket av en plutselig og uforutsett, ytre fysisk hendelse (ulykkestilfelle) som inntreffer i forsikringstiden. [...]

Den mest tidsnære beskrivelsen av hendelsen er gitt til sykehuset dagen/natten etter hendelsen, og det er da notert at forsikrede "Fikk en ball smashet hardt rett mot panna, fra ca. 2 meters hold" da hun spilte volleyball.

Forsikrede har anført at det er tale om en ulykkesskade, og sammenlignet hendelsen med en takling i fotball som hun mener bør være ulykkeshendelser, selv om taklinger er en naturlig del av spillet. Nemnda bemerker til dette at sammenstøt og taklinger mellom spillere etter dagens praksis, ikke nødvendigvis anses som ulykker, jf. blant annet 2022-380.

Forsikrede har videre pekt på at det er forventet at ballen kommer ovenfra i volleyball, men ikke at man får ballen hardt i hodet og at man pådrar seg en skade med langvarige plager som følge av dette. Til dette bemerker nemnda at en langvarig skade i seg selv ikke er tilstrekkelig til å konkludere med at det er en ulykkesskade.

Når det er forventet at ballen kommer ovenfra, gjerne i stor hastighet, og hodet naturligvis vil være utsatt om ballen ikke fanges av armene/hendene, kan det synes som at kravet til "plutselig og uforutsett, ytre fysisk hendelse" ikke er oppfylt. Nemnda legger til grunn at det ikke er ulovlig iht. volleyballreglene å treffe motstanderens hode, og nemnda kan ikke se at det er dokumentert at motspilleren har opptrådt på en måte som lå utenfor den risiko som deltakelse i volleyball normalt innebærer. På bakgrunn av nemndas syn på spørsmålet om årsakssammenheng, jf. ovenfor, er det imidlertid ikke nødvendig å konkludere endelig på spørsmålet.

Det er videre reist spørsmål om foretaket har mistet sin mulighet til å påberope at det ikke foreligger en ulykkesskade.

Forsikrede meldte skaden 17.9.21 og 20.9.21, men foretaket påberopte ikke at det ikke forelå en ulykkesskade slik dette er definert i vilkårene, før i sitt klagesvar til Finansklagenemnda 19.6.23.

Loven setter relativt strenge tidsfrister for foretaket å påberope flere avslagsgrunner, jf. fal. § 13-13, men påberopelse av at det ikke foreligger en ulykkeshendelse, er ikke blant disse. I utgangspunktet kan altså et foretak først avslå en sak på ett grunnlag, og så, f.eks. i domstolene eller hos Finansklagenemnda, påberope et annet i tillegg.

Foretaket kan imidlertid unntaksvis likevel ha mistet sin mulighet til å påberope en bestemt avslagsgrunn, og da særlig der hvor forsikrede har fått rimelig grunn til å tro at foretaket har akseptert at vilkåret er oppfylt.

Det avgjørende i henhold til praksis er om forsikrede, på bakgrunn av kontakten med foretaket i saken, hadde "rimelig grunn til å tro" at hendelsen falt innenfor foretakets ansvar, jf. bl.a. 2021-50, 2022-632 og 2022-843. I tilfeller der kommunikasjonen mellom partene viser at foretaket har gått langt inn i en realitetsdiskusjon rundt forsikredes tap, har nemnda i flere tidligere avgjørelser lagt til grunn at foretaket har mistet sin mulighet til å påberope en bestemt avslagsgrunn, fordi forsikrede har fått en berettiget forventning om at foretaket har bundet seg til at hendelsen må anses som en ulykke.

I aktuelle sak er det gått relativt lang tid før foretaket påberoper manglende ulykkestilfelle, nemlig 1 år og 9 måneder. Foretaket har imidlertid ikke foretatt utbetalinger, og av den fremlagte dokumentasjonen synes det eneste uttrykkelige tegnet på at foretaket har ment det foreligger en ulykkestilfelle å være foretakets notat/e-post 21.9.21 (ifm. melding av skaden):

[...] Det er i utgangspunktet arbeidsgiver som skal melde sak på denne forsikringen og jeg trenger derfor en bekreftelse i fra de på at du var ansatt da skaden skjedde (13.10.19) og var omfattet av forsikringen Annen Ulykke da ulykken skjedde.

Ellers har foretaket kun fokusert på om det er årsakssammenheng, og i stor grad betegnet situasjonen som en "hendelse", istedenfor ulykke, jf. for eksempel avslagene.

Slik saken er opplyst kan ikke nemnda se at foretaket har gitt forsikrede rimelig grunn til å tro at det har akseptert at det foreligger et ulykkestilfelle.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Foretaket gis medhold.

Ved behandlingen deltok Kaja de Vibe Malling (leder), Barbro Paulen (bransjerepresentant) og Paal Bjønness (forbrukerrepresentant).