

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2024-563

27.6.2024

Svenska Kommun Försäkrings AB

Ansvar

Falt av toalett – kuttskade – CRPS diagnose stilt etter åtte år – årsakssammenheng- vmi.

Skadelidte satt på et toalett som veltet i oktober 2013, og hun pådro seg et kutt på innsiden av høyre ankel. Foretaket erkjente ansvar for kuttskaden, og utbetalte kr 100 000 i erstatning til dekning av påførte og fremtidige utgifter. Menerstatning ble avslått. Skadelidte innhentet en erklæring 11.6.22 fra en spesialist som vurderte at det forelå årsakssammenheng mellom hendelsen og CRPS-diagnose, og som utgjorde 50 % vmi. Foretaket hevdet at slik årsakssammenheng ikke var sannsynliggjort, og at spesialisten hadde tilsidesatt kriteriene for å kunne stille diagnosen CRPS. Saken reiste spørsmål om skadelidte hadde sannsynliggjort at skadehendelsen hadde påført henne komplekst regionalt smertesyndrom (CRPS). Etter en konkret vurdering av fremlagte dokumenter konkluderte nemnda med at skadelidte ikke hadde sannsynliggjort at hun hadde diagnosen CRPS. Foretaket ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Skadelidte var i en leilighet under rehabilitering 30.10.13, og benyttet et toalett som ikke var festet til gulvet. Toalettet veltet og påførte henne et kuttsår på innsiden av ankelen på høyre fot.

Hun oppsøkte samme dag ortopedisk avdeling ved et sykehus:

S910 Kuttskade medialt høyre ankel

Hun satte seg på en toalettskål som veltet, (badet var under rehabilitering og toalettskålen var ikke festet til gulvet). Toalettskåla knuste og hun pådro seg et kutt litt anteriort for mediale malleol. Anslått blodtap på 5-700 ml. Såret er bandasjert når hun kommer til undersøkelsen. Hun gir noe uklare svar på spørsmål om sensibiliteten men etter og inspiserer såret tror ikke det foreligger noen neverskade av betydning. Såret skylles og syes i lokalbedøvelse. Hun får Keflin 2 g i.v. etter sårstell. Reiser hjem. Suturfjerning om 10-12 dager.

Videre ble det notert i samme journalen 3.11.13:

Pasienten kommer i dag som ø-hjelp. Hun fått mere vondt i såret. Foten har hovnet opp. Det mistanke om infeksjon.

Ved inspeksjon finner man det er såret tørt. Derimot det har tilkommet relativ stor hevelse som strekker seg over hele foten og opp mot midten på leggen. Det er rødme, palpatorisk ømhet i området. (...)

Jeg mistenker at det kan bli begynnelse til sårinfeksjon. Starter først med peroral antibiotikabehandling. Pasienten settes inn på Diclocil 1 g x 4. Hvis plagene består eller tiltar for pasienten kommer tilbake for nytt kontroll.

Den 8.11.13 ble det notert:

(...) **Aktuelt:** Pasient som ble behandlet for blødende sår høyre ankel etter at et klosett falt over foten hennes, såret ble skylt og suturert, var til ktrl ved ...03.11 da det ble mistenkt sårinfeksjon og startet behandling med Dicillin. Siden da har hun utviklet maculopapuløst utslett på begge underekstremiteter som ikke lar seg avbleke, såret siver og det er svært ødem rundt såret. Innlegges for sårrevisjon og bytte av

antibiotika. (...)

Status presens 09.11.13 (...)

Pasienten er våken og klar, i god almenntilstand, gjør godt rede for seg, huden er tørr og varm. Hun har maculopapuløst høyrødt utslett til dels konfluerende elementer begge underekstremiteter. (...)

Resymé: Sårinfeksjon etter sår fra skade på knust toalett høy ankel, nå fortsatt siv ti dager etter, indurasjon og lokale infeksjonstegn, oppstart dicillin 03.11.13, nå maculopapuløst dels konfluerende utslett begge underekstremiteter som tolkes som medikamentreaksjon/allergi. Pasienten meldes til sårrevisjon i narkose.

Skadelidte ble operert 9.11.13:

(...) Åpner såret med pjang. Det er en del hematomer i sårhulen. Skraper dette ut. Tar vevsprøver til mikrobiologisk undersøkelse. Fjerner suturrester etter ligering av kar. Skyller. Monterer VAC.

Videre behandling: Såret kan sannsynligvis sekundærsutureres om noen dager. Følge opp svar fra mikrobiologen i forhold til videre antibiotikabehandling. Gir inntil videre med Diclocil 1 g x i.v. (...)

Ortoped X. avga spesialisterklæring av 5.12.14:

Årsakssammenheng mellom skademekanisme og medisinsk invaliditet

Den primære skade er hudskade og tap av underhudsfett på innsiden av høyre ankel. Det er ikke holdepunkter for dypere skade mot selve leddet eller seneapparatet. Hudskaden er direkte forårsaket av trykk fra toalettskålen. (...)

Den sekundære tilstivning i ankelregionen og tapet sensibilitet lokalt er følgetilstander av en litt mer omfattende hudskade og behandlingsforløp på ca. en måned før tilheling av huden ble oppnådd. Det er vanlig at det kan oppstå leddstivhet pga. lokale smerter eller at leddet holdes i ro. Evne til opptrening vil ha betydning for sluttresultatet etter behandling. Allikevel er det riktig å vurdere at noe stivhet i ankelen er en følgetilstand av den primære skaden.

Vurdering av varig medisinsk invaliditet

Med tanke på hudskaden er det aktuelle punktet i invaliditetstabellen punkt 5.1.5 som beskriver tilhelede arr. (...) Det aktuelle arr er inndratt og mer trykkømfintlig og bør vurderes under det siste punktet. Allikevel er arret relativt lite og skulle normalt ikke gi store subjektive plager. Invaliditeten etter dette punktet vurderes derfor til 2-3%.

Ankelleddfunksjonen vurderes her som et eget punkt med tilhørende invaliditet iht. retningslinjene i invaliditetstabellen. (...) Pasientens tap av bevegelse er lite i forhold til avstiving og skulle normalt ikke gi problemer med vanlig gange på flatt underlag eller i trapper, men kan hende i ulendt terreng. I og med at pasienten ble observert kun i en kort periode, er det vanskelig å gi en helt sikker vurdering av smertenivå og tydelig halting. Det er ikke påvist annen årsak til halting hos pasienten og det savnes i realiteten et objektivt grunnlag for skadelidtes tydelige halting. Med utgangspunkt i det observerte leddutslag, settes tapet her til maksimalt 4% og derfor den samlede medisinske invaliditet til 7% (...)

Skadelidtes behandlende lege dr. Y. avga erklæring 7.5.15:

Status 19.03.2015: Skadelidte kan fortelle at hun fortsatt har betydelige plager i form av smerter rundt høyre ankelregion og smertene brer seg helt opp til høyre kne og høyre hofteregion. (...)

Vurdering:

Som direkte følge av skaden i oktober 2013 har skadelidte fått varig mén. Skaden består i hudskade over høyre ankelled med mén etter delhudtransplantasjon som har gitt arrdannelse, smerter og nedsatt funksjon i høyre ankel og delvis høyre forfot.

Den medisinske invaliditeten vurderes som følger:

Arr over høyre ankelregion: 10 %

Nedsatt funksjon av forfot og ankelled: 5%

Den samlede medisinske invaliditeten settes til 15 %.

Foretakets rådgivende lege vurderte saken 8.6.15:

VURDERING

Erklæringen til (dr. X.) er grundig og dokumentert med fotografier. Det er argumentert for den vmi som er satt. Det er antydning at den kan være noe høy sammenliknet med andre punkter i tabellen.

(Dr. Y.) har ikke gjort en tilsvarende sammenlikning. Personlig anser jeg det er vanskelig å forstå at han synes skadelidtes skade tilsvarer et funksjonstap tilsvarende en leggamputasjon. Dersom man får en knusningskade av ankelleddet i flere fragmenter, som settes sammen med skurer og plater vil vmi kunne få en vmi på 5-10 % dersom det utvikler seg en postoperativ artrose. Med et snitt på 7,5 % etter punkt 4.6.4, mener altså dr. Y at skadelidte etter en kuttskade i huden har et dobbelt så stort funksjonstap. For meg er det helt urimelig. Jeg anser det også helt urimelig å gi 10 % for de arrforandringene som man ser på bildet. Det tilsvarer altså det maksimale som gis ved en posttraumatisk artrose i ankelleddet. (...)

KONKLUSJON

(Dr. X.) erklæring er grundig og velbegrunnet, og i tråd med retningslinjene.

(Dr. Y.) erklæring er kortfattet, mangelfullt begrunnet, og etter min mening ute av proporsjon med de vmi-fastsettelsene som er gitt for betydelig større skader og funksjonstap. (...)

Lege ved legesenter, dr. Æ., uttalte 7.7.15 bl.a. at skadelidte hadde kontinuerlige smerter i foten, men at hun ikke fikk undersøkt skadelidte pga. smerter.

Saken ble igjen forelagt rådgivende lege 19.8.15:

(Dr. Æ.) skriver i sin uttalelse at hun ikke får undersøkt skadelidte pga. smerter. Det blir da en svært vanskelig situasjon om det ikke foreligger en grundig vurdering av hva som er årsaken til skadelidtes smerter. Er det snakk om nociceptiv smerte eller nevropatisk smerte eller annen form for smerte? Det er angitt at det foreligger hevelse i beina og venøs insuffisiens. Økt væske i beina kan gi smerter. Er dette å betrakte som skadeutløst? Skadelidte har hjertesvikt, er hevelsen i beina betinget av sviktproblematikk? Er man sikker på at smertene i knær og hofter ikke er artrosesmerter? Er det tatt bilder? Anser man at smertene i beina er muskulære? I så fall er Paralgin Forte en dårlig medisin? Hva slags annen smertebehandling er gitt? Skadelidte har kanskje fysioterapi? Er det gitt massasje eller tøyninger, akupunktur eller trening? Det foreligger et uheldig gangmønster og dette bør korrigeres. Det foreligger tydeligvis mye spenninger og det kan være aktuelt med psykomotorisk fysioterapi. Har skadelidte vært på smerteklinikk?

KONKLUSJON:

Å ta 6 PF er ikke bra uansett hva slags smerte det er snakk om. Det virker ikke som det er foretatt noen grundigere smerteanalyse. Det finns andre måter å behandle smerte på enn med medikamenter. Dersom man ikke iverksetter andre tiltak vil smerteproblematikken vedvare.

Den 15.9.15 ble skadelidte utskrevet fra sykehuset:

Sår/infeksjon høyre fot:

Tråkket på et fremmedlegeme med påfølgende infeksjon utgående fra planta pedis. (...) Ved visitten i dag fortsatt væsning mellom 2. og 3. tå. (...) Utskrives i dag til rehabiliteringsopphold ved (...)

(...) Pasienten mener det har skjedd en feil ved behandling av hennes høyre fot allerede for tre år siden, da foten fikk kutt etter at det veltet et toalett over benet. (...)

Psykisk funksjon:

Pasienten bekrefter at hun har angst, og at angstanfallene kommer plutselig og uventet. Hun sier hun plages med mye angst. (...)

Generell helsetilstand:

Pasienten sier hun har to smertefulle kuler i skinkene. Benekter andre helseproblemer, men datter bemerker både ryggsmarter, energiløshet og pusteproblemer knyttet til hennes KOLS grad 2. (...)

ADL-funksjon:

Pasienten sier hun er selvhjulpen i alle daglige gjøremål, men det har kommet frem til spl at pasienten har problemer med å ivareta egenhygien. Hun har blant annet ikke hatt kontroll med avføring. (...)

Oppsummering ergoterapeut:

Mitt inntrykk er at pasienten bagatelliserer sine helseproblemer, og hun har hengt seg opp i at infeksjonen i foten skyldes dårlig behandling for tre år siden. Og ønsker å søke om erstatning. At pasienten benekter at hun har KOLS er noe merkelig. Pasienten fremstår med redusert innsikt i situasjonen nå. Hun trår blant annet

på foten, og er ikke så nøye med å elevere benet høyt, slik hun har fått beskjed om. Av samtalen fremgår det at det er en vanskelig bosituasjon for både pasient og datter. Pasienten kjører bil og lege bør vurdere muntlig kjøreforbud inntil nærmere kartlegging foreligger. (...)

Videre plan:

(...)

- Det anbefales at hun av fastlege henvises geriatrik poliklinikk for nærmere utredning
- Peroral antibiotika to uker etter utskrivelse med dicloclil og ciproxin. Såret behandles tørt.
- Suturfjerning og sårkontroll egen lege ca. 26. sept.

I brev av 15.1.16 erkjente foretaket ansvar for kuttskaden og utbetalte kr 100 000 i erstatning, til dekning av påførte og fremtidige utgifter.

Krav om menerstatning ble avslått av foretaket 26.6.15, 24.2.16 og 13.1.17.

Det fremgår i notat fra legesenter av 13.7.17:

Pasient ringer inn. Sint og opprørt over at u.t. har varslet Fylkeslegen om medikamentbruk ift. kjørerett og svar hvor hun er pålagt kjøreforbud.

Kraftige verbale utfall, truer med å gå til sak og at u.t kommer til å miste retten til å praktisere som lege. (...)

Saken ble på nytt forelagt rådgivende lege 2.3.18:

VURDERING:

Saken er kompleks og det er mange forhold som spiller inn når det gjelder skadelidtes smerteopplevelse. Ved fornyet gjennomgang av dokumentene og med de tilleggsopplysninger som foreligger anser jeg at det ikke framkommer opplysninger som tilsier at skaderelatert vmi skal komme opp i 15%. (Dr. X.) erklæring er helt adekvat og i tråd med retningslinjene Selv om man i tillegg til hans vurdering skulle velge å øke vmi med det maksimale påslaget på 14 pga en «betydelig ekstraordinær smerte» vil man komme opp i 15%.

KONKLUSJON

Jeg synes (dr. X.) erklæring skal legges til grunn. Senere tilkomne skader og sykdommer skal ikke trekkes med i den skadebetingede vmi-fastsettelsen.

Skadelidte klaget til foretakets interne klageordning, men foretaket opprettholdt sitt standpunkt 6.3.18.

Det fremgår i journalnotat av 19.6.19 fra avdeling for Rekonstruktiv ortopedi ved sykehus:

Vurdering: Pasienten har en bilateral nevropati, og ellers plager som mulig artritt i høyre ankelledd eller subtalarledd. Det rekv MR av høyre ankel og fot. Pasienten har også en del smerter opp mot høyre hofteregion og høyre legg. Ingen av de aktuelle plagene har vel nødvendigvis noe med pasientens skade for seks år siden.

Det fremgår i notat av 2.10.19 fra Ortopedisk avdeling på sykehus:

Henvist til (dr. Y.) for ny uttalelse ved medisinsk invaliditet, da forrige uttalelse ikke fulgte ordinær utføretabell. (...) hvor hun i 2013 fikk et klossett som ikke var skrudd fast bikkende over høyre ankel. (...) Hun har påvist nevropati i begge underekstremitetene, verst høyre side. Beskriver videre legg- og ankelkramper der ankelleddet vris til ytterposisjon supinert og flektet. Også smerter i høyre kne og hofte. Sammensatt symptombilde, og mye som ikke kan forklares utifrå kuttskaden på ankelen. (...)

(Dr. Y.) får se på utføregarden når han kommer tilbake. (...) Jeg starter pasienten med neurontin i sakte opptrapping (...)

I notat av 3.1.20 fra Avdeling for nevrologi og klinisk nevrofysiologi heter det:

(...) Aktuelt:

76 år gammel kvinne som utviklet fra 2010 gradvis økende nummenhet distalt i ekstremiteter. Ble innlagt i 2013 grunnet en høyresidig ankelfraktur som ble opr og utviklet i tillegg sterke vedvarende smerter i etterkant i samme området. Under den innleggelsen fikk hun tilsyn av nevrolog som avdekket en begynnende polynevropati med lett redusert sensibilitet for stikk og berøring distalt i undereks, mindre uttalt i overeks,

dog intakt for temperatur vibrasjon og leddsans. Upåfallende ganglag, muligens noe forsiktig. Det ble derfor tatt en nevrografi/EMG som påviste en begynnende aksonal polyneuropati med sensorisk affeksjon av over- og underekstremitetene. Har blitt nylig utredet i regi av ortopedien grunne progredierende smerter og nummenhet proksimalt i begge underekstremitetene med høyresidig overvekt. Det aktuelle ble tolket som progresjon av polyneuropati og det ble derfor forsøkt Neurontin i regi av ortopedien som henviste pasienten til en ny neurologisk vurdering. Neurontin ble autospeonert grunnet manglende effekt, redusert AT og tretthet. (...)

Ortopedisk avdeling noterte 11.2.22 blant annet følgende:

Pasient, 78 år (...)

Pasienten henvises fra fastlege grunnet sammensatt problemstilling, mye smerteproblematikk. Bruker Paralgin Forte 8 tbl daglig. Økte rygg smerter og kronisk smerter i høyre hofte. Venstresidige knesmerter. Beskrevet intense smerter nederst i ryggen, knivstikkende smerter.

Radiologisk har hun moderat/uttalt coxartrose bilateralt med utvisking av leddspaltene mediallyt. Røntgen av knær viser uttalt gonartrose bilateralt. Mest uttalt høyre kne. (...)

Pasienten bruker store deler av konsultasjonen med å prate om hennes høyre fot/ankel som for mange år siden er operert. Hun har vedvarende plager der og har en medisinsk invaliditet som følge av dette.

Hun angir like mye plager fra hoftene som i knærne. Hun får mest smerter i hoftene om hun ligger på siden. Angir lite plager fra hoftene når hun belaster. Belastningssmerter i knærne. Verst på høyre side. Hun har sammensatt smerteproblematikk og det er vanskelig å få frem hva som plager henne mest. (...)

Skadelidte innhentet en spesialisterklæring av 11.6.22 fra dr. Z., overlege ved ortopedisk avdeling ved sykehus:

... Når det gjelder vurdering av årsakssammenheng mellom skadelidtes CRPS-diagnose og den aktuelle skaden fra 30.10.2013 må anses som overveiende sannsynlig at skadelidtes symptomer har sammenheng med skaden. Undertegnede har ved gjennomgang av skadelidtes journal og ved undersøkelse ikke funnet noen annen åpenbar årsak til at skadelidte skulle utvikle CRPS. Hun har riktignok kjent bilateral polyneuropati, og har redusert sensibilitet også i venstre underekstremitet, men symptom bildet er noe helt annet på høyre/skadde side, slik at det at hennes plager skulle skyldes polyneuropati anses som svært usannsynlig.

Etter undertegneds vurdering er det derfor tilstrekkelig sannsynlighet for å konstatere årsakssammenheng mellom aktuelle skade og skadelidtes plager. Da tilstanden har vart siden tiden like etter skadetidspunktet, altså i ca 8 år, må den også ansees å være varig.

(...)

I de tidligere spesialisterklæringene skrevet av (dr. X). og (dr. Y). har man begrunnet den samlede medisinske invaliditeten ut ifra en vurdering av hudskaden og redusert funksjon i høyre ankel og forfot. Undertegnede er selvfølgelig ikke uenig i at skadelidte har en varig hudskade og redusert funksjon i høyre ankel/fot, men ingen av de omtalte spesialisterklæringene vurderer den medisinske invaliditeten i lys av invalidiserende smerter. De tidligere vurderingene av medisinske invaliditet blir derfor etter undertegneds mening for lav. da det er skadelidtes smerter som er hennes hovedproblem.

Av tabellens pkt 3.10 omtales causalgiei/smertetilstander som gir trofiske forstyrrelser og stadig vedvarende smerter med stor intensitet og slikt omfang at det har sterk betydning for dagliglivets funksjon.

Invaliditetstabellen oppgir at dette punktet skal bruke som alternativ til øvrige punkter i kapittel 3, der de diagnostiske kriteriene for klassisk betydelig causalgia major foreligger, slik som i skadelidtes tilfelle.

Prosentsetningen skal settes til 50-70 %, hvor øvre grense er forbeholdt tilstander med nødvendig hjelp til påkledning og personlig hygiene.

Skadelidtes medisinske invaliditet blir derfor fastsatt til 50 prosent ...

Foretaket opprettholdt sitt avslag 5.8.22.

I journalnotat av 23.2.23 fra fastlegen:

NAV (...) som vil gi bekymringsmelding ift. pas. Har litt kontakt med henne- sosialkontakt. Kontakt ift. økonomien. Opplever henne desorientert og virkelighetsfjern, lyger i samtaler. Mye nød- bekymret for disponeringsevne. (...)

I brev av 13.10.23 opprettholdt foretaket sitt avslag.

Skadelidte har i det vesentlige anført at hun har sannsynliggjort at hun ved hendelsen fikk CRPS, og hun har krav på menerstatning basert på 50 % vmi, jf. spesialisterklæringen til dr. Z.

Det vises videre til Lars K. Lunden m.fl. "Delayed diagnosis and worsening of pain following orthopedic surgery in patients with complex regional pain syndrome (CRPS)" publisert i "Scandinavian Journal of Pain" 1.4.16.

Av denne artikkelen fremgår det at det i gjennomsnitt tok 3,9 år å stille diagnosen for CRPS-pasienter, og i noen tilfeller så lenge som 10 år. Dette kan forklare hvorfor tilstanden ikke er avdekket av andre leger tidligere. Det er ikke et vilkår etter Budapestkriteriene at symptomene må oppstå innen 4-6 uker.

Uansett fremgår det av skadelidtes journal fra sykehus etter hendelsen at hun var rød, hoven, hadde infeksjon, utslett, ødem og smerter. Skadelidtes egne forklaringer står dermed ikke i motstrid med nedtegnelser i journaler.

Skadelidtes bruk av smertestillende (Paralgin Forte), er et reseptbelagt legemiddel. Det er altså ikke skadelidte selv som avgjør om hun skal få utskrevet medikamenter. Hun begynte med smertestillende etter å ha blitt utsatt for ran. CRPS også er kjent som "*selvmordssykdommen*", fordi flere av de som rammes av sykdommen ikke klarer å leve med smertene. Det er derfor ikke særlig oppsiktsvekkende at skadelidte har hatt et vedvarende behov for store mengder smertestillende, uten at skadelidte sliter med "pillemissbruk".

Forsikringsforetaket har i det vesentlige anført at forsikrede ikke har sannsynliggjort at hendelsen har påført henne CRPS.

Ved uklart årsaks- og symptom bilde har Høyesterett påpekt at det er særlig viktig at domstolene påser at de medisinske årsaksforholdene skal avgjøres i henhold til allment akseptert medisinsk viten, jf. Rt-1998-1565, Rt-2010-1547 og HR-2018-557-A.

CRPS skal vurderes etter Budapestkriteriene. Videre følger det av allment akseptert medisinsk viten at CRPS kan oppstå etter et hvilket som helst traume, men det behøver heller ikke å foreligge noe utløsende traume i det hele tatt. Tilstanden må videre oppstå i et tidsvindu på 4 til 6 uker etter et traume for å kunne utpeke traumet som årsak. Andre årsaker til tilstanden må utelukkes.

Første gang diagnosen CRPS ble stilt, var i spesialisterklæringen til dr. Z. av 11.6.22. Det er lite sannsynlig at hun har blitt feildiagnostisert over så lang tid av ortopedene på sykehus som har uttalt seg gjennom flere år. Dersom skadelidte mener hun er feildiagnostisert gjennom ni år, må hun melde pasientskade til Norsk pasientskadeerstatning.

Tilstanden CRPS er etter Budapestvilkårene en utelukkelsesdiagnose. Det går frem av journalen fra sykehus at skadelidte har tilstanden polyneuropati som utviklet seg gradvis over flere år, jf. blant annet notat 3.1.20

Polyneuropati gir noen av de samme symptomene som CRPS med brennende, intens smerte, pareser og nummenhet/nedsatt sensibilitet. Se notat 15.12.13 hvor det fremgår at skadelidte hadde fått nyoppstått nummenhet i begge hender og underekstremiteter opp til knærne, og hadde en følelse av å gå på puter. Hun følte seg også mer ustø enn før. Dette er typiske symptomer på polyneuropati.

Skadelidte er diagnostisert med polyneuropati, og har en annen diagnose som forklarer hennes symptomer. Ettersom CRPS er en utelukkelsesdiagnose, kan skadelidte dermed i henhold til allment akseptert medisinsk viten ikke diagnostiseres med CRPS.

Når det gjelder spesialisterklæringen til dr. Z., har han tilsidesatt kriteriene for å kunne stille diagnosen CRPS, og kan ikke tillegges vekt. Han tar ikke stilling til hva som er mest sannsynlig, vurderingstemaet skulle vært om polyneuropati kan forklare symptomene slik at CRPS skulle ha vært utelukket.

Dersom det skulle legges til grunn at skadelidte i dag har CRPS, må hennes komplekse smertetilstand forstås på bakgrunn av den biopsykososiale forklaringsmodellen, jf. HR-2018-557-A og Rt-2010-1547. Det vises til fremlagt artikkel om Budapestkriterienes diagnostiske utfordringer.

Foretaket viser særlig til journalnotatene fra sykehus hvor skadelidte insisterer på at det er skadehendelsen i 2013 som er årsaken til hennes plager, jf. ergoterapeutens notat 15.09.15, notat av 28 og 29.9.15 og 5.10.15 og notat fra ortopedisk avdeling av 11.2.22 og 22.4.22.

Foretaket viser også til at skadelidte har et overforbruk av Paralgin Forte og andre medikamenter, og det vises til rådgivende leges vurdering av 19.8.15. Det vises også til notater fra sykehus 11.2.22, 22.4.22 og 19.10.22. Dette var også forbruket som skadelidte opplyste dr. Z. om i forbindelse med hans spesialisterklæring. Medikamentmisbruket går også frem av skadelidtes fastlegejournaler, blant annet notat av 30.3.17 og 13.7.17 fra legesenter. Videre viser foretaket til bekymringsmelding fra Nav i journalnotat 23.2.23 fra legesenter. Dette medikamentmisbruket sannsynliggjør at det er en av flere årsaksfaktorer til skadelidtes smerter.

Av rettspraksis vises det til LB-2019-86068.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Spørsmålet er om skadelidte ved hendelsen 30.10.13 ble påført komplekst regionalt smertesyndrom (CRPS) og som har resultert i 50 % vmi.

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

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

En vurdering av årsakssammenhengen 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 sakkyndige erklæringer på et juridisk grunnlag, se for eksempel avgjørelse 2017-143, 2018-160, 2018-399 og 2018-865.

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, se Rt-1998-1565 og Rt-2010-1547: Hendelsen må ha hatt tilstrekkelig skadeevne, det må foreligge akutt symptomer innen tre døgn etter hendelsen, kontinuerlige symptomer fra akuttfasen frem til en kronisk senfase og symptomutviklingen må følge den traumatologiske forklaringsmodellen, hvor plagen er verst i akuttfasen for deretter å avta. Nemnda har lagt til grunn at de samme vilkårene også gjelder ved andre traumatiske bløtdelsskader, se uttalelse 2017-263 og 2014-030.

Skadelidte har anført at hun har fått diagnosen CRPS etter hendelsen. Diagnosen CRPS settes ut fra de såkalte Budapestkriteriene. I LB-2016-145286, oppsummerer Borgarting lagmannsrett hvordan diagnosen stilles:

... Når det gjelder diagnosen komplekst regionalt smertesyndrom, CRPS, finnes det ikke spesifikke diagnostiske tester. Diagnosen stilles på bakgrunn av symptomer og tegn. Ofte benyttes "De kliniske

Budapestkriteriene" (2007). I metodehåndboken fra Universitetssykehuset i Nord-Norge for hånd- og håndleddskader anbefales disse kriteriene benyttet. Den er utgitt i februar 2015 og kan følgelig ikke uten videre legges til grunn som allment kjent i januar 2011. Budapestkriteriene var imidlertid fastsatt i 2007, og lagmannsretten finner det sannsynlig at de var kjent eller burde være kjent for spesialister/kirurger på et større sykehus som Nordlandssykehuset i 2011.

Lagmannsretten finner ikke grunn til å gjennomgå kriteriene og kravene i detalj, men peker på at den aktuelle kroppsdelen ofte blir hoven og at den kan endre temperatur eller hudfarge. Det kan også forekomme endringer i huden (glinsende), hår eller negler.

Det er også et annet viktig kriterium, som den rettsoppnevnte sakkyndige for lagmannsretten understreket i sin erklæring og i sin muntlige redegjørelse: For å konkludere med CRPS, må det ikke foreligge en annen diagnose som forklarer symptombildet bedre. CRPS er med andre ord en utelukkelsesdiagnose ...

Nemnda viser også til LB-2023-43444, LB-2019-86068 og LE 2020-22561, der det fremgår generell informasjon om Budapestvilkårene.

Dersom skadelidte har fått diagnosen CRPS, må det vurderes om diagnosen har årsakssammenheng med aktuelle skadehendelse. Det skal gjøres en vanlig bevisvurdering, jf. Rt-2007-1370 avsnitt 38, jf. LB-2019-86068.

Flere faktorer kan utløse syndromet og det er generelt et uklart årsaksbilde, jf. LG-2019-46330. Som det fremgår av rettspraksis, kan CRPS oppstå etter et hvilket som helst traume. Tilstanden må oppstå i løpet av 4-6 uker etter et traume for at traumet skal kunne pekes ut som årsak. Videre må andre mulige årsaker til tilstanden kunne utelukkes.

Det er fremlagt omfattende medisinsk dokumentasjon, som viser at skadelidte har vært til et betydelig antall utredninger opp gjennom årene etter hendelsen inntraff i 2013. Det er først ved spesialisterklæringen av 11.6.22, over åtte år etter hendelsen, at diagnosen CRPS benyttes. Nemnda har ikke medisinske kompetanse, og en vurdering av om skadelidte faktisk har CRPS er langt på vei en medisinsk vurdering.

Dersom skadelidte har fått påvist CRPS etter åtte år, mangler det dokumentasjon på tilstanden over mange år, nærmere bestemt i perioden 2013-2022, slik at det er lite sannsynlig at tilstanden har årsakssammenheng med hendelsen 31.10.13.

Etter Budapestvilkårene er CRPS en utelukkelsesdiagnose. Nemnda har merket seg at det følger av fremlagte journaler at skadelidte har tilstanden polynevropati som utviklet seg gradvis over flere år, jf. blant annet journalnotat av 3.1.20. Polynevropati gir noen av de samme symptomene som CRPS som bl.a. brennende, intens smerte og nummenhet. Ettersom skadelidte er diagnostisert med polynevropati, og har en annen diagnose som forklarer symptomene, følger det av allment akseptert viten at skadelidte ikke skal diagnostiseres med CRPS.

Slik saken er opplyst finner nemnda at skadelidte ikke har sannsynliggjort at hun har diagnosen CRPS, og hun har da ikke oppfylt sin bevisbyrde og sannsynliggjort at hun ved hendelsen 31.10.19 ble påført tilstanden CRPS.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Foretaket gis medhold.

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