

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2025-368

9.4.2025

Storebrand Livsforsikring AS

Sykeforsikringer/barnekasko

ME – varig medisinsk invaliditet – skjønnsmessig sammenligning – invaliditetstabell – advokatutgifter.

Forsikrede fikk i 2020 diagnosen ME/CFS – kronisk utmattelsessyndrom. Ved undersøkelse i 2023 fant man ingen tegn på nevrologisk sykdom. Rådgivende lege vurderte i november 2023 at forsikrede hadde en invaliditetsgrad på 30 %. Foretaket avslo krav om utbetaling under Annen sykdomsdekning med henvisning til at det ikke forelå varig invaliditet som oversteg 40 %. Spesialist i indremedisin og infeksjonssykdommer vurderte i 2024 at forsikrede hadde en invaliditetsgrad på 55-60 %. Saken reiste spørsmål om hvilken varig invaliditetsgrad forsikrede har. Videre om forsikrede har krav på dekning av advokatutgifter. Etter en konkret gjennomgang av forsikredes symptomer og spesialisterklæringene konkluderte nemnda med at forsikrede hadde sannsynliggjort en varig medisinsk invaliditet som oversteg forsikringens minstekrav på 40 %. Nemnda la også til grunn at foretaket var ansvarlig for forsikredes rimelige og nødvendige utgifter til juridisk bistand. Nemnda ga forsikrede delvis medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede har over lengre tid vært plaget med diverse symptomer.

Forsikrede har opplyst følgende om situasjonen:

(Forsikrede) er 100 prosent ufør og har fått diagnosen CFS/ME. Før diagnosen ble stilt, var han gjennom en bred utredning på grunn av betydelig utmattelse og kroniske smerter. Han var mye inn og ut av arbeidslivet i kortere og lengre perioder frem til oktober 2019. Han fikk en infeksjonstilstand og var svært sliten og utmattet, med store smerter. I lange perioder, på uker og måneder, er han helt sengeliggende.

Videre opplyses om store smerteplager, søvnplager og kognitive plager.

Foretaket fremla saken for rådgivende lege, som 9.11.23 skrev:

VMI på grunn av sykdom gir rett til erstatning en enkelt diagnose som gir varige følger med funksjonssvikt på minst 40 %. Vurdering er tabellarisk og det tas ikke hensyn til yrke, fritidsinteresser. Så langt det passer brukes forskrift om ménerstatning ved yrkessykdom. Denne tabellen er fra 1997. Det er i 2021 kommet en utvidelse av tabellen i forskrift om ménerstatning ved pasientskader som har med en rekke tilstander som er relevante for mén som skyldes sykdom.

Forsikrede har i 2020 fått diagnosen ME/CFS – kronisk utmattelsessyndrom ...

Rådgivende lege la til grunn at forsikrede hadde varierende grad av smerter, og utmattelse, men at han hadde god kognitiv funksjon. Videre:

Listen over tilleggssymptomer ved ME/CFS er lang. I Canada kriteriene fra 2003 må kriteriet smerter være oppfylt. I Fukudakriteriene 1994 er smerter et tilleggskriterium.

ME/CFS er uten sikre anatomiske eller fysiologiske påvisbare, konsistente og reproducerbare avvik/sykdomsprosesser. Dette er en symptomsykdom. Mange i det medisinske miljøet bruker beskrivelsen "medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS)" om tilstanden. Diagnosen stilles ved vurdering av

forsikredes sykehistorie. Tilstanden er vanskelig å avgrense fra flere andre symptomdiagnoser, for eksempel fibromyalgi. Det foreligger en betydelig overlap med andre uforklarte symptomlidelser. Når det gjelder forløpet er det usikkert om sykdommen kan oppfattes som varig siden Brown og medarbeidere i 2012 fant at etter 25 år regnet 80 % av pasientene seg ikke lenger som syke. Når bedring eller tilfriskning inntreffer varierer betydelig.

Brown M.M., Bell D.S., Jason L.A. et al., (2012). Understanding Long-Term Outcomes of Chronic Fatigue Syndrome. J Clin Psychol 68 (9): 1028–1035.

Gitt at sykdommen er varig, er det ikke riktig å anvende punkt i invaliditetstabellen som gjelder sykdommer og skader med utgangspunkt kjente og irreversible sykdomsprosesser eller skader. Her er det snakk om symptomlidelse. Det nærmeste en kommer mht sammenlignbare punkter er punkt 11.2 i ny forskrift menerstatning ved pasientskader eller punkt 1.10.1 b) i invaliditetstabellen. Begge punktene graderes i området 15 til 35% (punkt 1.10.1 b maks 34%). Forsikrede virker å ha god kognitive funksjon og er oppdatert på diagnosen ME/CFS. VMI vurderes til 30%. Det er da tatt høyde for at sykdommen er assosiert med smerter.

Foretaket avsto kravet 27.11.23, og viste til at det ikke forelå en invaliditet som oversteg kravet til 40 % varig medisinsk invaliditet (vmi).

Forsikrede innhentet en erklæring fra spesialist i indremedisin og infeksjonssykdommer. I erklæringen datert 8.3.24 fremgår bl.a.:

[...]

Gjennomgang av Canadakriteriene for CFS/ME

Pasienten har svart på vårt nettbaserte spørreskjema, som ligger vedlagt.

I erklæringen beskrives deretter forsikredes plager med markert nedsatt fysisk og mental utholdenhet og utmattelse, smerteplager, og dårlig søvn, samt nedsatt kognitiv funksjon, og problemer med temperaturregulering mv. Videre:

[...]

Ut i fra gjennomgangen av Canadakriteriene fremstår sykdommen som moderat, selv om dagene varierer mye. I uker og måneder er han sengeliggende, andre ganger klarer han å komme seg litt ut av huset.

Pasienten vurderer utviklingen i energinivået de siste fem årene slik: 50-20-20-10-10 % av opprinnelig.

Vurdering

Det er gjort en omfattende utredning, både i regi av fastlegen og medisinsk avdeling ved (...) sykehus, og ved begge anledninger er det konkludert med omfattende utmattelse. Han har en typisk sykehistorie der utmattelsen utløses av en influensaliknende sykdom i 2017. Jeg ser ikke behov for ytterligere utredning. Han har optimalisert hypothyreose- og OSAS-behandling, og har likevel ikke opplevd bedring. Han tilfredsstiller de Canadiske kriteriene for CFS/ME, og jeg mener det er riktig å bekrefte denne diagnosen. Han har etter NICE-guidelines gjennomsnittlig en moderat grad.

[...]

Vurdering av VMI (Varig Medisinsk Invaliditet)

Som kjent er ikke CFS/ME med i invaliditetstabellen, man benytter da en lidelse omfattet i tabellen som ansees å være mest mulig lik i forhold til funksjonstap.

[...]

Jeg har drøftet dette med Arbeids- og velferdsdepartementet i kjølvannet av TOSLO-2014-142931, hvor nivået for VMI nærmest ble doblet i forhold til tidligere praksis. [...]

Vi viser til brev av 10. februar 2018 sendt til Helsedirektoratet. I brevet ditt spør du om konsekvensen av Oslo tingretts dom den 5. mai 2015 (TOSLO-2014-142931).

... Punkt 2:

For skadefølger som ikke er med i tabellen, fastsettes invaliditetsgraden på grunnlag av en skjønnsmessig sammenligning med skadefølgene i tabellen. De invaliditetsgrader som er oppgitt for de enkelte skadefølger i tabellene er generelle, og er fastsatt ut fra en vurdering av hva en skadefølge av en nærmere angitt art og størrelse i alminnelighet dvs. erfaringsmessig vil medføre av ulemper så vel i arbeid som i fritid. I de tilfeller en finner den aktuelle skadefølge beskrevet i tabellene, skulle det

derfor ikke være noen risiko for at individuelle forhold som ikke er en skadefølge skal blandes inn ved invaliditetsfastsettelsen. Hvis et skadetilfelle ikke omfattes av invaliditetstabellene, skal den varige medisinske invaliditet fastsettes ut fra en skjønnsmessig sammenligning med skader eller sykdommer som er omfattet av tabellene. I praksis innebærer bestemmelsen at vedkommende lege ved hjelp av invaliditetstabellene skal finne frem til en skade eller sykdom som tilnærmet medfører tilsvarende medisinske funksjonstap som det vedkommende i det konkrete tilfellet står overfor. Vi har ingen erfaring med invaliditetsfastsettelse for svært alvorlig CFS/ME. Siden punkt 6.1 er knyttet til fysisk funksjonsnivå vil dette punktet kanskje passe bedre å bruke enn 1.9 ved alvorlig svekkelse på grunn av CFS/ME, men det bør kanskje gjøres et skjønnsmessig fratrekk for plagene en hjerte/lungesykdom i seg selv vil utgjøre i det spesifikke graderingspunktet. Brukes punkt 6.1 sammen med punkt 1.9 må det foretas en samordning. ..."

Slik jeg tolker departementets svar, skal man fra nå av i hovedsak bruke hjertesviktpunktene som hovedparallel når fysiske symptomer dominerer – hvilket de nesten alltid gjør ettersom det er utmattelsen som er det essensielle. Det klargjørende i departementets uttalelse er at 6.1 skal være hovedpunktet i bedømmelse av CFS/ME, og at total VMI fastsettes innenfor det punktet under 6.1 som best svarer til Canadakriterienes gradering. Etter mitt skjønn vil da mild CFS/ME svare til punkt 6.1.2, moderat til punkt 6.1.3 og alvorlig til svært alvorlig til 6.1.4. Videre tolker jeg departementet slik at innenfor hver grad skal man helle mot å vektlegge intervallet for hjertesvikt dersom fysiske symptomer er mest fremtredende, og intervallet for encefalopati dersom de mentale symptomene er mest fremtredende.

VMI i forhold til graden av CFS/ME kan da settes opp som følgende:

[...]

2. Moderat grad av CFS/ME

A. Fysiske symptomer dominerer – VMI legges opp mot skalaen for 6.1.3 hjertesvikt (40-65 %) Det foreligger organisk sykdom som medfører betydelig innskrenking i fysisk aktivitet, men ingen besvær i ro. Det oppstår unormal tretthet, palpitasjoner, dyspnoe eller angina pectoris ved vanlig lett kroppsarbeid og gange på flat vei. Pasienten har problemer med å gå i bakker og trapper. Ved arbeidsbelastnings-prøve vil pasienten i høyden klare 50 prosent av det som er forventet som er signifikante for hjerneorganisk skade. Behov for tilsyn og støtte i daglige gjøremål.

B. Kognitive symptomer dominerer – VMI legges opp mot skalaen for 1.9.3 Encefalopati (30-44 %). Mer uttalte subjektive symptomer enn i punktene 1.9.1 og 1.9.2. Lette signifikante nevrologiske utfall og funn ved nevropsykologisk undersøkelse som er signifikante for hjerneorganisk skade.

[...]

Pasienten har gjennomgående en moderat grad av CFS/ME, og med dominerende fysiske symptomer tilsvarer hans tilstand etter min vurdering en VMI på 55-60 %.

Oppsummering

- Pasienten fyller de Canadiske kriteriene for CFS/ME med god margin.
- Graden av hennes CFS/ME-sykdom fremstår som å være moderat gjennomgående moderat over tid.
- I den grad sykdommen vil endres over tid, mener jeg at det er mer sannsynlig at den vil forverres enn forbedres.
- Sykdommen er helt klart alvorlig i et medisinsk perspektiv.
- Med dominerende fysiske symptomer tilsvarer hans tilstand etter min vurdering en VMI på 55- 60%

Fra vilkårene siteres:

1.19 Medisinsk invaliditet

Med medisinsk invaliditet forstår vi den fysiske og/eller den psykiske funksjonsnedsettelsen som en bestemt skade eller sykdom erfaringsvis forårsaker. Invaliditetsgraden fastsettes på objektivt grunnlag uten hensyn til den forsikredes yrke, nedsatt evne til inntektsgivende arbeid (uføregrad), friluftsinnteresser og lignende. Graden av medisinsk invaliditet fastsettes på grunnlag av invaliditetstabell gitt av Sosial- og helsedepartementet i forskrift av 21.04.1997 nr. 373, jf. vilkårenes punkt 8.3.1. Tap/skade av de fleste legemsdelar og organer er i tabellen gitt en bestemt medisinsk invaliditetsgrad. For skadefølger som ikke er med i tabellen, fastsettes invaliditetsgraden etter en skjønnsmessig sammenligning med skadefølgene i tabellen.

[...]

6.4.2 Ved forsikringssum ut over lov om yrkesskadeforsikring

a. Medisinsk invaliditet

Forsikringstilfellet ved varig medisinsk invaliditet inntreffer når:

- forsikrede har vært medisinsk invalid som følge av annen sykdom enn yrkessykdom sammenhengende i 2 år, og
- den medisinske invaliditetsgrad er minst 40 prosent, og
- den medisinske invaliditet bedømmes å være varig.

Har slik medisinsk invaliditet vart sammenhengende i 5 år, anses den som varig, med mindre spesielle forhold tilsier noe annet.

8.3 Oppgjørsregler

8.3.1 Fastsettelse av varig medisinsk invaliditetsgrad

8.3.1.1 Grunnlaget for fastsettelse av medisinsk invaliditetsgrad.

Den medisinske invaliditetsgrad fastsettes etter den Invaliditetstabell – gitt av Sosial- og helsedepartementet i forskrift av 21.04.1997 nr. 373. som gjelder på det tidspunkt forsikringstilfellet inntreffer. Fastsettelsen av den medisinske invaliditetsgrad baseres på de prinsipper som er angitt nedenfor.

For skadefølger som ikke er med i tabellen, fastsettes invaliditetsgraden etter en skjønnsmessig sammenligning med skadefølgene i tabellen.

[...]

Forsikrede har i det vesentlige anført at han har rett til utbetaling under forsikringen, basert på en invaliditetsgrad i tråd med spesialisten sin vurdering. Vilåårene er tydelige på at det skal foretas en skjønnsmessig sammenligning til punktene i yrkesskadetabellen, jf. også vedlegg 2 til kap. 13 – veiledning for bruk av Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell av 21.4.97 pkt. B 3.2. Dersom det foreligger flere skadefølger, fastsettes VMI etter en samlet vurdering, jf. forskriftens § 2 nr. 3, jf. også veilederens pkt. 5.8.

Pkt. 1.10.1 b) som rådgivende lege har brukt, gjelder uttalte symptomer som intrusjon, unnvikelse, irritabilitet og atferdsavvik i dagliglivet, ledsaget av sviktende funksjon, slik at dagliglivet hemmes vesentlig. Punktet er ikke dekkende for symptomene. Punktet gjelder PTSD som er en psykisk sykdom, og det fysiske funksjonsnivået er ikke hensyntatt ved bruk av dette punktet i tabellen. Det er de fysiske symptomene som er fremtredende hos forsikrede. Han sliter med store smerter og sterk grad av utmattelse, og dette må også tas hensyn til ved fastsettelsen av invaliditetsgrad. Spesialisten konkluderer med at han har en varig medisinsk invaliditetsgrad på 55 – 60 prosent som følge av ME. I hans vurdering er alle symptomene hensyntatt, jf. pkt. 6.1.3 og 1.9.3. Når de fysiske symptomene er dominerende, er det naturlig å legge vekt på pkt. 6.1 som beskriver utmattelse. Dette samsvarer også med departementets svar om plassering i tabellen.

Praksis fra både domstolene og Finansklagenemnda viser at pkt. 1.9 og 6.1 i yrkesskadetabellen brukes ved fastsettelse av varig medisinsk invaliditetsgrad ved CFS/ME. Se bl.a. TOSLO-2014-142931, FinKN 2021-630, 2023-288 og 2023-287.

Foretaket har 18.4.24 skrevet at de aller fleste blir friske av ME og at pkt. 6.1 i invaliditetstabellen dermed ikke er treffende. Dette samsvarer ikke med forskning, jf. informasjon fra ME- foreningen. Studier viser at ca. 5 prosent av pasientene kommer tilbake til det funksjonsnivået de hadde før de ble syke, og det er bedre prognoser for barn enn for voksne.

Foretaket er objektivt ansvarlig for nødvendige og rimelige advokatkostnader dersom forsikrede gis medhold, jf. 2023-109.

Foretaket har i det vesentlige anført at saken ikke egner seg for skriftlig behandling i Finansklagenemnda, og at den bør avvises fra videre behandling, alternativt stilles i bero. Saken omhandler blant annet medisinske vurderinger av en kompleks og debattert sykdomstilstand.

Dette vises bl.a. ved at spesialisten sin invaliditetsfastsettelsesmetode for nettopp ME tidligere ble satt til side i dom fra Oslo tingrett (TOSLO-2016-162868).

Subsidiært har foretaket anført at forsikrede ikke har sannsynliggjort at han har krav på utbetaling etter vilkårene. Det er forsikrede som har bevisbyrden. Vilårene viser at invaliditetsgraden skal fastsettes på grunnlag av en skjønnsmessig sammenligning med skadefølgene i tabellen. Vilårene samsvarer her med det som fremgår av forskriften § 2 nr. 2.

Foretakets rådgivende lege har ut fra en skjønnsmessig sammenligning med skadefølgene i tabellen vurdert symptombildet og plagene (slik det er dokumentert gjennom journalene), og fastsatt 30 prosent varig medisinsk invaliditet. Altså under kravet om 40 prosent invaliditet. Legens vurdering synes rimelig, særlig om man sammenligner med øvrige punkter i tabellen hvor det foreligger sterke smerter og høy grad av funksjonsforstyrrelse, se f.eks. pkt. 2.1.3, 2.3.3 eller 2.4.1.

Erklæringen fra spesialisten kan ikke legges til grunn. En fortolkning av tabellen som gir personer med ME (med utstrakt grad av subjektive symptomer uten objektive funn) lik eller høyere grad av medisinsk invaliditet enn de som har klare objektive skader med like stort funksjonsfall, synes ikke å være riktig. Det er ikke riktig anvendelse av tabellen å bruke pkt. 6.4.1 i tillegg til 1.9.3 med begrunnelse i tretthet, når det nettopp fremgår at tretthet, svimmelhet, smerte etc. allerede er innveid i invaliditetstabellen under punktene 1.9.1 til 1.9.7. Spesialisten bruker TOSLO-2014-142931 til å underbygge sin argumentasjon, men denne dommen ble anket og senere forlikt, og er følgelig ikke rettskraftig. Dommen synes uansett å basere seg på en uriktig fortolkning og anvendelse av tabellen. Se heller TOSLO-2016-162868, hvor det gis støtte til en annen metode enn den som er brukt av spesialisten. Spesialisten angir en invaliditet som er på nivå med det som angis for de svært sjeldne "causalgia"-tilfellene (angitt i pkt. 3.10) nå – CRPS type 2 – som kjennetegnes av klare objektive symptomer og sterk funksjonsnedsettelse - og som gir mellom 50-70 prosent varig medisinsk invaliditet, og hvor tabellen positivt angir at den øvre delen av tabellen fordrer at det er nødvendig med hjelp til påkledning og daglig hygiene.

Det foreligger ikke hjemmel for dekning av advokatutgifter. Nemndspraksis har tradisjonelt lagt til grunn at det kreves uaktsomhet hos forsikringsforetaket for at det skal være grunnlag for erstatningsansvar for advokatutgifter, jf. f.eks. FinKN 2022-563, og dette foreligger i denne saken. Selv om Finansklagenemnda i FinKN 2023-109 har gjort en annen vurdering av dette, er dette fortsatt omstridt, jf. FinKN 2023-630 og mindretallet i 2024-506.

I ny tingrettsdom (23-130239TVI-THOD/TVIS) fremgår det at forsikrede hadde alvorlig ME, som av retten ble vurdert å utgjøre 35 prosent varig medisinsk invaliditet. Retten var ikke enig i dr. S. vurdering av sammenligning av ME mot øvrige tilstander i invaliditetstabellen. I vår sak har dr. S. i erklæring 8.3.24 gitt forsikrede 55-60 prosent varig medisinsk invaliditet, mens fra aktuelle dom fremgår det at forsikrede i den saken hadde fått sitt symptombilde vurdert til 70 prosent invaliditet, av samme sakkyndige. Dette tilsier at dr. S. mener at forsikredes ME er mindre alvorlig enn i saken for Hordaland tingrett, hvor retten vurderte varig medisinsk invaliditet til 35 prosent. Dette underbygger at rådgivende leges vurdering er riktig, og det er ingen grunn til at aktuelle sak skal vurderes annerledes enn i dommen fra Hordaland tingrett.

Avgjørelsene klager viser til fra Finansklagenemnda ble ikke akseptert av foretaket. Den ene er nå overprøvd av en domstol hvor foretaket ble frifunnet. Den andre fremgår også ikke ble akseptert, og deretter senere forlikt.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Spørsmålet er hvilken varig invaliditetsgrad forsikrede har. Videre om forsikrede har krav på dekning av advokatutgifter.

Hvilke situasjoner som gir rett til en utbetaling under en forsikring, er avhengig av den avtale som er inngått mellom forsikringstakeren og forsikringsforetaket, med andre ord vilkårene. Det er videre sikker rett at det er kravstiller, altså forsikrede, som har bevisbyrden. Det betyr at det er forsikrede som i tilstrekkelig grad må sannsynliggjøre at vilkårene for utbetaling er oppfylt, herunder størrelsen på den varige medisinske invaliditeten.

Forsikringen gir rett til utbetaling av invaliditetserstatning når en sykdom medfører varig medisinsk invaliditet på minst 40 % (med videre krav som vi forstår ikke er omtvistet). Erstatningen skal gi den forsikrede kompensasjon for tapt livsutfoldelse, og invaliditetsgraden fastsettes på grunnlag av invaliditetstabellen gitt av Sosial- og helsedepartementet i forskrift av 21.04.1997 nr. 373. Ved funksjonsnedsettelse som ikke omfattes av tabellen, fastsettes invaliditetsgraden på grunnlag av en skjønnsmessig sammenligning med skadefølgene i tabellen, og altså ikke en sammenligning med andre invaliditetstabeller slik rådgivende lege og foretaket har argumentert for.

Det samme fremgår av veilederen til tabellen (Vedlegg 2 til ftrl. Kap. 13: Veiledning for bruk av Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell av 21.4.1997) pkt. B 3.2 "Skadetyper som ikke står i tabellen", hvor det også står

[...] Vurderingen skal foretas ut fra de symptomer og funksjonstap som det er mest naturlig å sammenligne skaden med. Ved en slik sammenligning skal det angis hvilket eller hvilke punkter i invaliditetstabellen skaden eller sykdommen sammenlignes med (helst med en kortfattet begrunnelse).

Videre heter det i pkt. 5 5.8 «Byggekløssprinsippet» at (nemndas utheving)

Visse skader kan iblant gi samme utfall og/eller samme funksjonstap (dekkende skader). Der det foreligger dekkende funksjonsreduksjon, er det enkelte steder i tabellen gitt anvisning på delinvaliditeter som ikke skal benyttes samtidig. Også ved tilfeller der samme skade kan bedømmes etter flere punkter, skal det for den dekkende (overlappende) funksjonsreduksjonen velges ett punkt som skaden skal bedømmes etter. **Det skal altså ikke skje noen dobbeldekning av samme funksjonssvikt. Det kan likevel gis tillegg for funksjonstap som ikke er dekkende, fra andre punkter i invaliditetstabellen.** For eksempel vil funksjonssvikten som følger av avstivet ankel og samtidig partiell skade av nervus peroneus være delvis overlappende. Invaliditeten skal i slike tilfeller fastsettes med utgangspunkt i det dominerende alternativet, eksempelvis ankelledsartrodese (pkt. 4.6.1). Evt. **tillegg i invaliditet for nerveskaden (pkt. 4.10.1b) må vurderes skjønnsmessig og begrunnes ut fra en funksjonell vurdering.**

I andre tilfelle må det gjøres fradrag i invaliditetsutmålingen for det funksjonsutfall som tidligere skade har medført. For eksempel vil tap av en arm som er paralytisk etter hemiplegi, ikke gi så høy invaliditet som tap av en frisk arm (invaliditet som foreligger før skadetidspunktet kalles inngangsinvaliditet).

Ved visse delvis dekkende skader gjelder særlige regler. En skal her velge invaliditeten for den skaden som gir best uttelling for den skadelidte, og gi et visst tillegg for den andre, mindre skaden. Eksempel på dette er forholdet mellom tabellens punkt 1.8 Hemiparese og punkt 1.6 Afasi.

I aktuelle sak er det tale om ME, som ikke finnes i tabellen, og det skal følgelig foretas en fastsettelse på grunnlag av en skjønnsmessig sammenligning med skadefølgene i tabellen. Dette følger også av avgjørelse 2023-287 og 2023-288, der nemnda foretok en grundig gjennomgang av de rettslige utgangspunktene for vurdering av VMI ved ME. Det er i etterkant ikke tilkommet andre rettskilder, og nemnda kan heller ikke se underrettspraksis henvist til av partene rokker ved disse utgangspunktene.

Nemnda skrev i 2023-288 bl.a.:

Etter nemndas syn gir imidlertid ikke rettskildene på området tungtveiende holdepunkter for at ett eller flere av punktene ikke kan anvendes for ME/CFS. Det avgjørende må være at det skal foretas skjønnsmessig sammenligning med skadefølgene i tabellen, og at man da må se på hvilke "symptomer og funksjonstap som det er mest naturlig å sammenligne skaden med", jf. veilederen.

En vurdering av varig medisinsk invaliditet på bakgrunn av (eller sammenligning med skadefølgene i) tabellen inneholder både en juridisk og en medisinsk vurdering. Nemnda har ikke medisinsk kompetanse. Den kan derfor ikke overprøve det medisinsk faglige skjønn som legene utviser i en sak, og heller ikke foreta medisinske vurderinger. Derimot kan nemnda overprøve erklæringer på et juridisk grunnlag. Det betyr at dersom erklæringen ikke tilfredsstiller de krav som stilles til en slik erklæring, vil den ikke være egnet til å sannsynliggjøre en bestemt varig medisinsk invaliditet.

Det er fremlagt to sakkyndige vurderinger, utferdiget av hhv. foretakets rådgivende lege og dr. X.

Rådgivende lege vurderte, når man ser bort fra argumentasjonen tilknyttet en annen tabell, at forsikredes invaliditet utgjorde 30 %. Dette etter sammenligning med invaliditetstabellen punkt 1.10.1 b som knytter seg til «Posttraumatiske stresslidelser (PTSD)». I vurderingen fremgår at det da var tatt høyde for at sykdommen er assosiert med smerter. Det er ikke uttrykkelig presisert hvilke symptomer han mener fanges opp av det aktuelle punktet, herunder om alle av de relativt varierte symptomene ble fanget opp, jf. ytterligere gjennomgang nedenfor.

1.10.1 Posttraumatiske stresslidelser (PTSD)

Ved vurderingen tas det hensyn til i hvilken grad lidelsen gir seg utslag i form av reduksjon av daglige aktiviteter, sosialfunksjon og interaksjon, konsentrasjonsevne, nedsatt hukommelse, generelt svekket problemløsende evne, utholdenhet og tempo eller evne til å mestre nye situasjoner og krav.

Tilstanden må være verifisert av psykiater/ spesialist i klinisk psykologi.

a) Symptomer som intrusjon, unnvikelse, irritabilitet og atferdsavvik i dagliglivet, men uten vesentlig tap av personlig eller sosial utfoldelse 0-14

b) Som ovenfor, men mer uttalt og ledsaget av sviktende funksjon, slik at dagliglivet hemmes vesentlig 15-34

Dr. X konkluderte med at invaliditetsgraden var i intervallet 55 til 60 %. Dr. X sammenlignet deler av symptomene med pkt. 6.1.3 og deler av symptomene med pkt. 1.9 (1.9.1 til 1.9.3).

1.9 Demens, kjemisk, metabolsk og traumatisk hjerneskade (encephalopathi)

Punktene 1.9.1 – 1.9.7 markerer en progresjon i alvorlighet. De psykiske og autonome plagene som kan ledsage tilstanden er innveid i skaden (eks: økt trettbarhet, irritabilitet, svimmelhet, sviktende impulskontroll, mistenksomhet, smerte, svetting, vannlatingsproblemer og seksualforstyrrelser uten påvisbare objektive neurologiske utfall).

Disse punktene skal ikke brukes sammen med punkt 1.5 (kronisk svimmelhet)

[...]

1.9.1 Lette subjektive symptomer i form av bl.a. hukommelsesproblemer, konsentrasjonsvansker, trettbarhet, emosjonell instabilitet, hodepine, postcommotiosyndrom

Ingen neurologiske utfall og ingen funn ved nevropsykologisk undersøkelse som indikerer hjerneorganisk skade. Dette punktet (1.9.1) skal ikke brukes sammen med punkt 2.1 (nakkeskader). 0-14

1.9.2 Moderate symptomer, som punkt 1.9.1, med moderat redusert funksjon i dagliglivet

Ingen signifikante neurologiske utfall, men funn ved nevropsykologisk undersøkelse som er signifikante for hjerneorganisk skade. Ev. lette signifikante neurologiske utfall, men uten funn ved nevropsykologisk undersøkelse som er signifikante for hjerneorganisk skade. 15-29

1.9.3 Mer uttalte subjektive symptomer enn i punktene 1.9.1 og 1.9.2

Lette signifikante neurologiske utfall og funn ved nevropsykologisk undersøkelse som er signifikante for hjerneorganisk skade 30-44

6 Skade/sykdom som gjelder hjerte og lunger

6.1 Nedsatt hjerte og/eller lungefunksjon

[...]

6.1.3 Det foreligger organisk sykdom som medfører betydelig innskrenkning i fysisk aktivitet, men ingen besvær i ro

Det oppstår unormal tretthet, palpitasjoner, dyspnoe eller angina pectoris ved vanlig lett kroppsarbeid og gange på flat vei. Pasienten har problemer med å gå i bakker og trapper. Ved arbeidsbelastningsprøve vil pasienten i høyden klare 50 prosent av det som er forventet 40-64

Dr. X har ikke begrunnet den nærmere fordelingen, og det er ikke mulig å se hvor mye av invaliditeten som hhv. er ilagt pkt. 6.1.3 og et av underpunktene til pkt. 1.9. Det fremgår heller ikke uttrykkelig at det er gjort en samordning. Uten begrunnelse er det også vanskelig å se om det er gjort et "skjønnsmessig fratrekk for plagene en hjerte/lungesykdom i seg selv vil utgjøre i det spesifikke graderingspunkt" som Helsedirektoratet argumenterte for at man "kanskje" burde gjøre. Etter nemndas syn er det nødvendig med medisinsk kompetanse for å vurdere om det for det enkelte punkt er naturlig å foreta et slikt fratrekk, og i så fall hvor stort dette skjønnsmessige fratrekkt skal være.

I enkelte tilfeller forstår nemnda blant annet under hensyn til systematikken i tabellen og likhetshensyn, at det kan være riktig å f.eks. bruke et lavere punkt i tabellen, f.eks. 1.9.1 istedenfor 1.9.2, selv om symptombildet i seg selv i utgangspunktet kan tilsi det høyere punktet. Videre bør man i noen tilfeller skjønnsmessig kunne legge til f.eks. noen prosenter fra andre punkter, uten å bruke intervallet som er oppført i tabellen. "Det avgjørende må være at det skal foretas skjønnsmessig sammenligning med skadefølgene i tabellen, og at man da må se på hvilke "symptomer og funksjonstap som det er mest naturlig å sammenligne skaden med", jf. avgjørelse 2023-288.

Med nemndas skriftlige saksbehandling, uten tilgang til medisinsk sakkyndige, blir tilsendt dokumentasjon, herunder de medisinsksakkyndige vurderingene som fremlegges, avgjørende. Ved vurderingen av hvilken av de to fremlagte sakkyndige vurderingene som best fanger opp forsikredes symptombilde, må man først se nærmere på symptombildet.

Det er som nevnt fremlagt begrenset medisinsk dokumentasjon, men i spesialistens gjennomgang av symptomer under overskriften Gjennomgang av Canadakriteriene for CFS/ME fremgår de mest detaljerte opplysningene om symptombildet. Der fremgår opplysninger om fysisk og mental utmattelse som i vesentlig grad reduserer aktivitetsnivået, tap i fysisk og mental utholdenhet, muskulær og mental utmattelse, sykdomsfølelse etter anstrengelse, utbredte smerter i store deler av kroppen, hodepine, søvnproblemer, kognitive plager i form av konsentrasjons- og hukommelsesvansker, mv., overfølsomhet for lyd, lys og berøring, autonome symptomer i form av svimmelhet, kvalme, samt cardiale symptomer som hjertebank og uregelmessig hjerterytme. Han slet også med hyppig vannlating og tungpust ved lette anstrengelser. Av "nevroendokrine symptomer har han problemer med temperaturregulering, svettetokter og intoleranse for kulde og varme. Immunologiske symptomer som influensafølelse og tidvis sår hals og ømme lymfeknuter er fremtredende. Han har også intoleranse for alkohol [...]"

Nemnda legger denne beskrivelsen til grunn. Det fremstår da som sannsynlig at kun punkt 1.10.1b, som foretakets rådgivende lege har sett hen til, ikke fanger opp alle forsikredes symptomer. Når ikke alle symptomene fanges opp av ett av punktene i tabellen, fremstår det, som gjennomgangen ovenfor viser, korrekt å bruke flere punkter, jf. også avgjørelse 2023-287 og 2023-288.

Dr. X har benyttet både pkt. 6.1.3 og et underpkt. til 1.9, for å fange opp alle symptomene. Etter nemndas syn fremstår som at Dr. X i større grad fanger opp forsikredes symptombilde enn hva rådgivende lege har gjort.

Etter en konkret vurdering finner nemnda at det synes som at løsningen ligger nærmere dr. X sin vurdering enn rådgivende leges vurdering. På denne bakgrunn legger nemnda til grunn at forsikrede har sannsynliggjort en invaliditetsgrad på 40 % vmi, slik at forsikringens minstekrav om 40 % vmi er oppfylt.

Forsikrede har fremsatt krav om dekning av nødvendige sakskostnader. Forsikrede har fått delvis medhold, og det følger av nemndspraksis at foretaket er ansvarlig på objektivt grunnlag for en

klagers rimelige og nødvendige advokatutgifter ved uriktige avslag på forsikringsdekning, jf. FinKN-2023-109. Nemnda tar ikke stilling til størrelsen på utgiftene til advokat.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Forsikrede gis delvis medhold.

Ved behandlingen deltok Kaja de Vibe Malling (leder), Jon Einar Martinsen (bransjerepresentant) og Paal Bjønness (forbrukerrepresentant).