

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2025-482

14.5.2025

Storebrand Livsforsikring AS

Sykeforsikringer/barnekasko

Barneforsikring – ME – utmåling av vmi – invaliditetstabell - avvist.

Forsikrede fikk diagnosen ME. Foretakets rådgivende lege vurderte forsikredes vmi skjønnsmessig til 15 % etter sammenligning med pkt. 11.2 i Forskrift om menerstatning ved pasientskader. Etter klage fra forsikrede vurderte rådgivende lege saken på nytt, og konkluderte med 25 % vmi basert på en sammenligning med pkt. 1.10.1. Forsikrede innhentet spesialisterklæring som konkluderte med 55-60 % vmi., basert på en sammenligning med punktene 6.1.3 og 1.9. Saken reiste spørsmål om hvilken invaliditetsgrad som skulle legges til grunn. Etter en konkret gjennomgang av de sakkyndige erklæringene, uttalte nemnda at det forelå svakheter ved begge erklæringene. Nemnda fant at saken reiste vanskelige medisinske spørsmål som ikke egnet seg for nemndas skriftlige behandling. Nemnda avviste saken.

Saksfremstilling

Forsikrede har hatt symptomer på ME siden 2017, etter gjennomgått mononukleose høsten 2016. Det er blant annet fremlagt en uttalelse fra en gestalt psykoterapeut, men ellers begrenset med dokumentasjon.

Forsikrede startet i psykoterapi januar 2023 hos gestalt psykoterapi grunnet behov og for støtte og hjelp til å håndtere de påkjenningene hennes nye livssituasjon som ME-syk medførte for henne. Her ble det vurdert at hun har mye angst, som setter ytterligere begrensninger på hennes livsutfoldelse, i tillegg til de begrensningene hun allerede har som ME-syk. Forsikrede har besvart CORE34 og MADRS depresjonsskala 5.5.23. Besvarelsene viser at hun gjennomgående har et høyt symptomtrykk av psykiske symptomer som særlig påvirker hennes selvfølelse, mestringsopplevelse og håp for fremtiden. Symptomene er sammenfallende med angst- og depresjonssymptomer. Hennes totalskår tilsvarende moderat deprimert.

Forsikredes hovedsymptomer som følge av ME-diagnosen er ifølge fastlegen utpreget fatigue, hodepine, konsentrasjonsvansker, muskelsmerter og muskelsvakheter. I tillegg viser erklæringen fra gestalt psykoterapi at hennes psykiske tilstand har forverret seg betydelig siden hun ble ufør i 2017. Tidligere kunne hun komme seg opp og dra på jobb, noe hun ikke klarer lenger. Hun opplever at særlig angsten og nedstemtheten har blitt verre for henne. Forsikrede synes det er mye å forholde seg til i hennes hverdag selv med svært lavt aktivitetsnivå, og hun kjenner at det er overveldende. Hun har lavere kapasitet enn tidligere og sliter med hukommelse, konsentrasjon og kjenner seg ofte forvirret.

I dag er hun 100 % uføretrygdet.

Foretaket innhentet en erklæring fra rådgivende lege 21.8.23, hvor legen vurderte saken etter pasientskadetabellen pkt. 11.2 bokstav a, tilsvarende 15 % vmi.

Foretaket utbetalte 13.9.23 erstatning basert på 15 % vmi.

Rådgivende lege vurderte saken på nytt 8.7.24:

[...]

Jeg vil understreke at CFS/ME må oppfattes som en symptomlidelse uten påvisbare biokjemiske, fysiologiske eller anatomiske sykdomsprosesser. Flere medisinske miljø mener fibromyalgi (kroniske muskelsmerter) og CFS/ME er samme sykdom, det er bare en forskjell ved om det er kroniske smerter eller slitenhet som dominerer ved CFS/ME. Symptomene ved disse to tilstandene er 70 % overlappende (Up-to-date 2024) og tilstandene har ingen identifisert sykdomsprosess. Mange i det medisinske miljøet bruker beskrivelsen "medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS)" om tilstanden. Bodily distress syndrome er også forslått brukt om tilstanden, spesielt i danske fagmiljø. I Sverige er tilstanden lite omtale og oppfattes som en stresslidelse. Når det gjelder forløpet kan det nevnes at 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, selv om de aller fleste i et langt perspektiv blir friske, er det ikke riktig å anvende punkt i invaliditetstabellen som gjelder sykdommer og skader med utgangspunkt kjente og irreversible sykdomsprosesser med pågående organskade og ofte med forkortet forventet levetid, ref hjertesykdom. I dette tilfellet foreligger det symptomlidelse uten påvisbar organskade. Det nærmeste en kommer mht sammenlignbare punkter er punkt 11.2 om kroniske smerter i ny forskrift menerstatning ved pasientskader eller punkt 1.10.1 b) PTSD i invaliditetstabellen. Begge punktene graderes i området 15 til 35% (punkt 1.10.1 b maks 34%).

Forsikrede har slitenhet som dominerende symptom. Gitt at det er snakk om moderat CFS/ME kan VMI er vurdert til 30%. Alternative punkt er 1.9.1 postcommotio som er en symptomlidelse etter hodeskade eller punkt 1.10.1 b) PTSD (maks 34%), men forsikrede har ingen psykiske symptomer.

For å imøtekomme forsikrede kan vi strekke invaliditetsgraden til 20-30 % med referanse til punkt 1.10.1 b), som dekker symptomlidelsen PTSD, dvs det foreligger ikke organskade, men 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 slik at dagliglivet hemmes vesentlig. I fastlegens brev 18.03.23 fremgår det at forsikrede har en suboptimal funksjon, må ofte hvile og hun må gi avkall på en del sosiale aktiviteter. VMI vurderes til 25 %.

Foretaket utbetalte deretter på bakgrunn av en invaliditetsgrad på 25 %.

Forsikrede innhentet en erklæring fra spesialist i indremedisin og infeksjonssykdommer dr. X, som vurderte saken 25.11.24:

4. VURDERING AV ÅRSAKSFORHOLD

Pasienten har svart på vårt nettbaserte spørreskjema, som ligger vedlagt. Oppsummert viser besvarelsen at det foreligger en uttalt grad av uforklarlig, vedvarende fysisk og mental utmattelse som i vesentlig grad reduserer aktivitetsnivået. Hun har et markert tap av fysisk og mental utholdenhet, en muskulær og mental utmattelse og sykdomsfølelse etter anstrengelse. Ofte kombinert med smerter og forverring av symptomer. Anstrenger hun seg mer enn hun vet hun bør, kan det ta lang tid før hun er tilbake i "vanlig" tilstand, som oftest 24 timer eller lenger. Hun føler seg anspent når hun skal legge seg, kan ligge lenge før hun sovner, og søvnen blir avbrutt flere ganger i løpet av natten. Hun føler seg aldri uthvilt etter søvn. Videre har hun en uttalt grad av muskelsmerter (verst i beina, men kan også ha det andre steder) og leddsmarter (knær), det veksler hvilke områder som gjør mest vondt. Hun har også betydelig grad av hodepine, hver dag. Migrene sjeldnere enn en gang i måneden.

Av nevrologiske symptomer har hun blant annet konsentrasjonsvansker, problemer med korttidshukommelse, vansker med å oppfatte hva som blir sagt, og tidvis kan hun oppleve forvirring i stressede situasjoner. Musklene føles svake og klossete, og en sjelden gang har hun fascikulasjoner i muskulaturen. Også overfølsomhet for lyd, lys og berøring.

Av autonome symptomer har hun ofte svimmelhet og kke cardiale symptomer som hjertebank og uregelmessig hjerterytme. Ikke hyppig vannlating. Hun blir unormalt tungpustet selv ved lette anstrengelser.

Når det gjelder nevroendokrine symptomer har hun problemer med temperaturregulering, svettetokter og intoleranse for kulde og varme. Immunologiske symptomer som influensafølelse og tidvis sår hals er fremtredende. Noen få ganger ømme lymfeknuter på halsen. Hun har aldri smakt alkohol, vet ikke om hun

reagerer på dette. Reagerer ikke på mat. For videre detaljer se det vedlagte spørreskjemaet.

Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) inngår også i spørreskjemaet. Resultatene tolkes vanligvis slik: 0-12 poeng: ingen depresjon. 13-19 poeng: Lett depresjon, ikke-medikamentell behandling. 20-34 poeng: Medikamentell behandling og samtaleterapi. Pasienten scorer 25 poeng.

Hun tilfredsstillter med god margin de Canadiske kriteriene for CFS/ME.

[...]

Vurdering av graden av CFS/ME

[...] Ut ifra gjennomgangen av journalen ser jeg at pasienten har en moderat til alvorlig grad av CFS/ME.

[...]

Jeg anser tilstanden som varig, og selv om tilstanden kan endres over tid, så anser jeg det som mer sannsynlig at alvorligheten vil tilta i årene som kommer snarere enn å avta.

Og under vurdering av vmi skrev spesialisten: "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. [...]". Han gjennomgikk deretter bl.a. TOSLO-2014-142931, og hans etterfølgende kontakt med Helsedirektoratet, som skrev:

I brevet ditt spør du om konsekvensen av Oslo tingretts dom den 5. mai 2015 (TOSLO-2014-142931)

[...]

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. ...

Spesialisten tolket svaret slik at man:

i hovedsak brukte 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.

Spesialisten lagde deretter et system for vurdering av vmi for CFS/ME, basert på graden av symptomer og om det var de kognitive eller fysiske symptomene som dominerte:

[...]

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 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 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.

[...]

Med dominerende fysiske symptomer tilsvarer hans tilstand etter min vurdering en VMI på 55-60 %.
[...]

Under oppsummeringen fremgår bl.a. at "[g]raden av hennes CFS/ME-sykdom fremstår som å være moderat til alvorlig over tid."

Forsikrede har i det vesentlige anført at hun har rett til ytterligere utbetaling. ME har ikke et eget punkt i tabellen, og skal følgelig plasseres skjønnsmessig etter en samlet vurdering, jf. forskrift for menerstatning ved yrkesskade § 1 tredje ledd, og § 2 nr. 2 og 3, samt vedlegg 2 til kap. 13 - veiledning for bruk av Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell av 21.4.1997 pkt. B 3.2 og pkt. 5.8.

I TOSLO-2014-142931 ble en ME-tilstand vurdert etter tabellens pkt. 1.9.3 og 6.1.3, samlet 69,76 %. Forsikredes funksjonsnivå er noe bedre enn tilfellet i dommen. I dom 16-162868TVI-OTIR/04 var invaliditeten vurdert til 35 %. Tingrettsdommen fra 2020 har begrenset vekt for vurderingen av vmi for CFS/ME fordi A hadde invalidiserende og inngripende migrene-symptomer som ikke ble ansett i sammenheng med ME-symptomene. Den siste tingrettsdommen (fra Hordaland i 2025) er anket til lagmannsretten. I tillegg foreligger det to FinKN-avgjørelser, FinKN 2023-288 og FinKN 2023-287, som konkluderer med 75 % og 70 % vmi.

Dr. X har vurdert funksjonsnedsettelsen til 55-60 % vmi, og nemnda bes fastsette invaliditeten etter skjønn, oppad begrenset til dette intervallet.

Forsikrede har også anført at foretaket må dekke hennes saksomkostninger.

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 dr. X' invaliditetsfastsettelsesmetode for nettopp ME tidligere ble satt til side i dom fra Oslo tingrett, datert 1.4.20, noe som viser behovet for umiddelbar bevisførsel i denne type saker og som viser at problemstillingen er omstridt. Det kan også bemerkes at If ikke aksepterte avgjørelsene inntatt i 2023-287 og 2023-288.

Subsidiært har foretaket anført at forsikrede ikke har rett til ytterligere utbetaling. Foretakets rådgivende lege har ut fra vilkårene og regelverket vurdert symptombildet slik det er dokumentert gjennom journalene, og fastsatt varig medisinsk invaliditet som følge av ME-sykdom til 25 % varig medisinsk invaliditet.

Erklæringen fra dr. X 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 i tillegg til 1.9 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 [den vedlagte dommen har ref. 16-162868TVI-OTIR/04], hvor det gis støtte til en annen metode enn den som er brukt av dr. X.

Det er ikke hjemmel for at forsikrede skal få dekket saksomkostnader dersom hun gis medhold av Finansklagenemnda. 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. 2022-563. Selv om Finansklagenemnda i avgjørelse 2023-109 har gjort en annen vurdering av dette, er dette fortsatt omstridt, jf. 2023-630, og foretaket fastholder at det gjelder et

alminnelig uaktsomhetsansvar for et slik erstatningskrav. Det er ikke grunnlag for å bebreide foretaket for de vurderingene som er gjort i denne saken.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Spørsmålet i saken er hvilken invaliditetsgrad som skal legges til grunn for forsikredes ME.

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.

Fra vilkårene siteres:

2. Definisjoner

Varig medisinsk invaliditet: En varig nedsettelse av den forsikredes fysiske eller psykiske funksjonsdyktighet. Fastsettelse av medisinsk invaliditetsgrad skjer uten hensyn til i hvilken grad arbeidsevnen er nedsatt. [...]

3. Forsikringens omfang

3.1. Varig medisinsk invaliditet

Utbetaling av inntil kr 400 000 ved varig medisinsk invaliditet som følge av ulykkesskade eller sykdom. [...]

Til fastsettelse av den medisinske invaliditetsgraden benyttes tabellverk fra Sveriges forsikringsforbund, Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell og Rikstrygdeverkets rundskriv. I tilfelle av invaliditet som ikke omfattes av tabellene, fastsettes invaliditetsgraden på grunnlag av en skjønnsmessig sammenligning med skadefølgene i tabellene.

Etter vilkårene skal invaliditetsfastsettelsen baseres på nedsettelsen av den forsikredes fysiske eller psykiske funksjonsdyktighet. Vilårene viser til både "tabellverk fra Sveriges forsikringsforbund", invaliditetstabellen ved yrkesskade, og Rikstrygdeverkets rundskriv. Tabellverket fra Sveriges forsikringsforbund er ikke fremlagt, men det er lagt ut et par tabellverk på nettsidene, der den ene er for sykdom. Den aktuelle tabellen inneholder ikke et eget punkt for ME. Verken partene eller de sakkyndige har brukt denne tabellen, og nemnda finner det på denne bakgrunn riktig å basere vurderingen på invaliditetstabellen gitt av Sosial- og helsedepartementet i forskrift av 21.04.1997 nr. 373, som vilårene også viser til.

Av veilederen til tabellen pkt. B 3.2 "Skadetyper som ikke står i tabellen", heter det:

[...] 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 vises det til rundskrivet, der det bl.a. fremgår:

B 5.8 Byggeklossprinsippet.

[...]

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.** [...] [sekr. utheving]

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 bl.a. av avgjørelse FinKN-2023-287 og FinKN-2023-288, der nemnda foretok en grundig gjennomgang av de rettslige utgangspunktene for vurdering av vmi ved ME. Nemnda kan heller ikke se underrettspraksis henvist til av partene rokker ved disse utgangspunktene.

Underretts- og nemndspraksis viser at det i praksis varierer hvilket/hvilke tabellpunkter som er vurdert best å fange opp den konkrete kravstillers funksjonsnedsettelse, jf. avgjørelsene og dommene vist til av partene og i gjennomgangen ovenfor. Uten en endelig rettslig avklaring fra lovgiver eller høyere instanser i domstolene, er nemnda av den oppfatning at hver sak må vurderes særskilt, og at det avgjørende er hvilket punkt eller punkter som fanger opp symptomene og funksjonsnedsettelsen til den konkrete kravstiller.

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.

I aktuelle sak er det fremlagt to sakkyndige vurderinger, utferdiget av hhv. foretakets rådgivende lege og dr. X.

Rådgivende lege vurderte at forsikredes invaliditet utgjorde 25 %, og sammenlignet tilstanden med tabellen pkt. 1.10.1 b. Foruten å vise til slitenhet som dominerende symptom og en suboptimal funksjon, er det ikke uttrykkelig redegjort for hvilke av forsikredes symptomer rådgivende lege mener fanges opp av det aktuelle punktet, herunder om alle av de relativt varierte symptomene er fanget opp, jf. ytterligere gjennomgang nedenfor. Dette er etter nemndas syn en svakhet ved vurderingen. Nemnda har videre merket seg at det i rådgivende leges vurdering er uttalt: "Alternative punkt er 1.9.1 postcommotio som er en symptomlidelse etter hodeskade eller pkt. 1.10.1 b) PTSD (maks 34 %), men forsikrede har ingen psykiske symptomer". Det bemerkes at gjennomgangen i klagen og uttalelse fra en Gestalt psykoterapeut datert 15.5.23 viser større grad av psykiske symptomer som knyttes til påkjenningene som følger ME-sykdommen.

Dr. X konkluderte på sin side med at invaliditetsgraden var i intervallet 55 til 60 %. Det fremgår av vurderingen at han sammenlignet deler av symptomene med pkt. 6.1.3 (organisk) Skade/sykdom som gjelder hjerte og lunger og deler av symptomene med pkt. 1.9 (1.9.1 til 1.9.3) Demens, kjemisk metabolsk og traumatisk hjerneskade (encephalopathi).

Nemndas syn er at det også hefter svakheter ved vurderingen fra dr. X. Han har ikke begrunnet den nærmere fordelingen, og det er da vanskelig 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 slik uttrykkelig begrunnelse er det også vanskelig å se om dr. X har gjort et "skjønnsmessig fratrekk for plagene en hjerte/lungesykdom i seg selv vil utgjøre i det spesifikke graderingspunkt" som Helsedirektoratet har argumentert for at man "kanskje" burde gjøre. Etter nemndas syn er det behov for medisinsk sakkyndige, for å kunne foreta en vurdering av om det for det enkelte punkt er naturlig å foreta et slikt fratrekk, og i så fall hvor stort dette skjønnsmessige fratrekket skal være.

Spørsmålet om hvilken invaliditetsgrad som skal legges til grunn for forsikredes ME reiser kompliserte medisinske spørsmål. Medisinsk uenighet påvirker bruken av tabellen, og nemnda finner som nevnt over at det hefter svakheter ved begge de sakkyndige vurderingene. Nemndas saksbehandling er skriftlig, og nemnda besitter ikke den nødvendige kompetanse. På denne bakgrunn finner nemnda det riktig å avvise behandling av spørsmålet, jf. vedtektene for nemnda

pkt. 4.1 bokstav d.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Saken avvises.

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