

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2025-721

27.6.2025

Statens Pensjonskasse

Yrkesskade/yrkessykdom - Yrkesskadeforsikringsloven (YFL)

Fall – fot – vmi – menerstatning – invaliditetstabell – utredningsplikt- avvist.

Forsikrede skadet foten, og ble operert med avstivning kort tid etter. Rådgivende lege vurderte først vmi som følge av skaden til 5 %. Spesialist A vurderte vmi til 16 %. Rådgivende lege vurderte vmi på nytt, og kom til at den maks var på 12,5 %. Spesialist B vurderte vmi til 19 %. Rådgivende lege vurderte skaden for tredje gang, og kom til at vmi var 6,25 %. Foretaket utmålte skønsmessig erstatning, men avslo krav om menerstatning med henvisning til at det ikke forelå skade som ga mer enn 15 % vmi. Saken reiste spørsmål om forsikrede hadde krav på menerstatning etter yfl., herunder om det var sannsynliggjort en vmi på minst 15 %. Nemnda bemerket at saken reiste vanskelige medisinske problemstillinger som ikke egnet seg for nemndas rent skriftlige vurdering. Nemnda bemerket videre at foretaket ikke hadde plikt til å innhente ytterligere spesialisterklæring. Nemnda avviste saken.

Saksfremstilling

Forsikrede skadet foten 27.10.22.

I inntekstjournalen av 28.10.22 ble det notert:

Resyme/vurdering/plan

47 år gammel mann, jobber i (...). (...), hvor pasienten faller i en kum, skader venstre fot. Røntgen viser intraarticular komminutt fraktur i basis av 2. metatars samt dislosert 3. og 4. basis som metatarsi. Pasienten legges inn på ortopedisk avdeling fastende. (...)

Saken ble meldt til foretaket 31.10.22. Hendelsesforløpet var beskrevet slik:

forsvant ned i UMERKET brannkum som var åpen, det var ikke lys på stedet. traff brannhydrant med beinet og klart holde meg litt opp med armen. knust foten og noe skrubbsår her og der. har vitne (...) (sjef sykestue) blir også skrevet en rapport fra (...)

Forsikrede ble operert med avstivning 8.11.22, og fikk satt inn plate og skruer ved ortopedisk avdeling ved sykehuset.

Nav godkjente 21.11.22 skaden som yrkesskade 27.10.22. Skadens art var angitt som «FLERE BRUDD I VENSTRE FOT, LISFRANC VENSTRE SIDE».

Rådgivende lege ved foretaket vurderte 11.2.24 ménen på følgende måte:

Avstivning (artrodese) av 1.-3. stråle i Lisfranc-rekken er en avstivningsoperasjon i ankel/fot. Skaden må vurderes under invaliditetstabellens pkt. 4.6 Skade på ankelledd.

Pkt. 4.6.1 Ankelleddsartrodese/ankylose er avstivning mellom leggbein (tibia) og fotrotsbeinet talus.

Pkt. 4.6.2 Trippel/subtalar artrodese/ankylose beskriver avstivning av ledd mellom talus («øverste» knokkel i fotroten) med underliggende (calcaneus) og/eller etterfølgende (os naviculare/os cuneiformis) knokler.

Pkt. 4.6.3 Pantalar artrodese er avstivning av ledd mellom leggbein (tibia), talus og calcaneus (begge er fotrotsbein). Brukes ved betydelig deformitet og smerter i ankelen og er mer omfattende enn avstivningen som er beskrevet i pkt. 4.6.1.

Lisfranc-artrodese er avstivning mellom fotrotsbein og etterfølgende metatarsbein (mellomfoten eller første del av «tåstrålene»). Denne avstivningen har mindre betydning for selve ankelbevegelsen, hensikten er å redusere smerte i foten ved gange. Det er ikke noe eget punkt i invaliditetstabellen for denne typen skade, så den må sammenlignes med de skader i ankel/fot som er beskrevet i tabellen, dvs. pkt. 4.6. Etter mitt skjønn er konsekvensen av Lisfranc-skade som er operert mest sammenlignbar med pkt. 4.6.2 siden den ikke innvirker på selve ankelbevegelsen.

Pkt. 4.6.2 gir vmi på 5 %.

Foretaket tilkjente 18.3.24 en skønnsmessig erstatning på til sammen kr 20 000 for påførte og fremtidige merutgifter. I tillegg dekket foretaket tap av arbeidsinntekt, skønnsmessig utmålt til kr 100 000, og erstatning for skatteulempe og renter. I spesialisterklæring av 19.8.24 vurderte spesialist i ortopedisk kirurgi A at situasjonen var stabil, og at vmi kunne vurderes. Videre at:

Ved bruk av Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell bør det gjøre skønnsmessige vurderinger til punktene under 4.6. Et avstivet ankelledd gir vmi lik 10 % via pkt. 6.1. En avstivet bakfot gir et men lik 5 % ved anvendelse av pkt. 4.6.2. Avstivning av både ankelledd og bakfot gir vmi lik 15 % i hht. pkt. 4.6.3. I dette tilfellet vil jeg antyde vmi lik 10 % grunnet avstivning av mellomfoten i suboptimal stilling. Om det senere utvikles artroser i resterende deler av foten kan dette menet komme til å øke.

Grunnet dårlig stilling av stortåen og minimal funksjon i øvrige tær mener jeg man bør benytte punkt 4.9.1 i en skønnsmessig vurdering. Jeg mener svekket funksjon i tærne tilsvarer et men lik 3 %.

Redusert sensibilitet på vristen bør tilsvare et varig men lik 3 % etter bruk av punkt 4.10.1 b. Punktet omhandler skade på nerven nervus peroneus, som ved en høyt beliggende skade medfører et varig men lik 10 %. Denne skadelidte har en lavt beliggende skade med påvirkning av sensorikken, og han vil være delinvalid for skadetypen beskrevet under punkt 4.10.1b.

I lenderyggen synes han å ha et ikke skaderelatert men lik 5 % etter anvendelse av punkt 2.3.1.

(...)

Arrene har tilhelet med et normalt, forventet resultat og leder ikke til noe men ved bruk av punkt 5.1.5.

I sum får man en slik framstilling for skaderelatert men:

vmi avstivning av mellomfot	10 %
+ vmi stive, dårlig fungerende tær	3 %
+ vmi nerveskade	3 %
= sum vmi relatert til fallskade i kum	16 %

Reduksjonsmetoden er ikke benyttet.

Rådgivende lege ved foretaket foretok en ny vurdering 22.9.24:

(...) Skaden må vurderes etter Forskrift om menerstatning ved yrkesskade, invaliditetstabellens pkt. 4.6 Skade på ankelledd, som har tre underpunkter:

Pkt. 4.6.1 Ankelleddsartrodese (avstivning mellom legg og fotrot).

Pkt. 4.6.2 Trippel/subtalar artrodese (avstivning mellom flere knokler i fotroten).

Pkt. 4.6.3 Pantalar artrodese (avstivning mellom legg og flere bein i fotroten. Denne avstivningen er mer omfattende enn avstivningen som er beskrevet i pkt. 4.6.1).

Operasjon for Lisfranc skade faller ikke inn under noen av disse beskrivelsene. Det må derfor gjøres en funksjonsmessig sammenligning med disse punktene. Selve ankelleddet er ikke affisert ved Lisfranc skade. Pkt. 4.6.1 og 4.6.3 beskriver avstivning i selve ankelleddet og kan etter mitt skjønn ikke sammenlignes med aktuelle avstivningsoperasjon. Det nærmeste man kommer aktuelle skadefølge blir da pkt. 4.6.2 som er avstivning av fotrotsbein. Pkt. 4.6.2 gir 5 % vmi.

(...)

Som drøftet ovenfor er det mest nærliggende å sammenligne aktuelle avstivning av mellomfot med pkt. 4.6.2 som gir 5 % vmi. Jeg er uenig i at denne skaden kan sammenlignes med pkt. 4.6.1 som gir 10 % vmi. Inkludert i invaliditetsgradene er også smerte, ubehag og kraftnedsettelse. Etter mitt skjønn vil redusert bevegelse i tærne falle innenfor denne presiseringen og ikke gi noen tilleggsinvaliditet. Den påviste nedsettelse av følelse over et lite område på fotryggen er etter mitt skjønn ikke mest sannsynlig forårsaket av selve traumet. Den reduserte følelsen starter ved arret fra operasjonen, det sannsynliggjør etter mitt skjønn at den reduserte hudfølelse i dette området er følge etter operasjonen. Skade på n. peroneus med total lammelse, dvs. total dropfot og følelsesløshet over fot og deler av legg, gir etter invaliditetstabellens pkt. 4.10.1 b 10 % vmi. Et beskjedent område med redusert følelse (ikke bortfall av følelse) i et lite område på fotryggen kan etter mitt skjønn knapt utløse noen vmi, evt. anslås denne til 1-2 %, men som nevnt er det mer sannsynlig at følelsesreduksjonen er operasjonsbetinget.

De siste medisinske notater fra 2023 og sakkyndig ortopeds erklæring fra 2024 opplyser at skadelidte fortsatt plages med smerter i foten etter skaden. Det kan da etter mitt skjønn vurderes om kriteriet for å justere opp vmi med inntil en firedel er til stede. Det skal etter ordlyden være betydelig, ekstraordinær smerte. Opplysningene synes ikke å tyde på at slik betydelig, ekstraordinær smerte foreligger, men han har etter snart to år fortsatt mye plager, jf. beskrivelse i ortopedisk erklæring. Slik tilleggsinvaliditet kan også gis ved sensibilitetstap og arrdannelse. Hvis jeg vurderer at totalbildet utløser denne tilleggsinvaliditeten, vil det tilkomme et tillegg på inntil 1,25 %. Total skaderelatert vmi blir da inntil 6,25 %.

Som det går frem av drøftingen ovenfor, er det ulik vektlegging av symptomer og funn i vurderingene fra ortopedisk sakkyndig og meg. Den hovedsakelige uenighet dreier seg om vmi betinget av avstivningsoperasjonen. Ortopedisk sakkyndig har sammenlignet mellomfots- avstivningen med en ankelavstivning, pkt. 4.6.1 og satt vmi til 10 %. Jeg mener at dette blir feil og at sammenligningsgrunnlaget bør være en fotrotsavstivning, pkt. 4.6.2 som gir 5 %. Hvis man deretter vurderer tilleggsinvaliditeter som angitt av ortopedisk sakkyndig, vil kraftnedsettelse, arrforandringer og sensibilitetstap være inkludert i kriteriet for å justere opp vmi med inntil en firedel. Med utgangspunkt i min vurdering av sammenlignbar skade tilhørende invaliditets- tabellens pkt. 4.6.2, vil total vmi bli maksimalt 6,25 %. Med utgangspunkt i ortopedisk sakkyndig sin vurdering av sammenlignbar skade tilhørende invaliditetstabellens pkt. 4.6.1, vil total vmi bli maksimalt 12,5 %.

Av spesialisterklæring datert 9.10.24, utarbeidet av spesialist i kirurgisk ortopedi B, fremgår det om vurderingen av vmi:

Situasjonen foten er i må betegnes som permanent og irreversibel. På sikt kan en del følgeplager forventes relatert til hofter og rygg.

Andre kirurgiske tiltak vil neppe bedre situasjonen. Eventuell fjerning av plate og skruer vil neppe gi noen form for bedring.

For utarbeidelse av VMI har jeg lagt til grunn tabell fastsatt av helse- og sosialdepartementet av 1997.

Årsaken til den noe omfattende skadesituasjonen mener jeg kommer fra traumet, hevelsen, kirurgien og event gipsningsperiode.

Følgende punkter må skjønnsmessig vurderes:

4.6 omfatter skade av fot

4.61 Ankelleddsartrodese/ankylose 10

4.6.4 Artrose som utvikles som skadefølge eller pga dårlig protese 5-10

Diskusjon:

Det er gjort avstivninger i mellomfot, og skaden i seg selv har gitt han stivhet i ankelleddet. Dette skyldes tilstraminger av leggmuskulatur/akilles som gir f.eks - 30 grader dorsalfleksjon. Dette gjør normal fotavvikling umulig. Grunnet feil akse i 1 stråle blir fotavvikling ytterligere vanskeliggjort.

4.6.1 og 4.6.4 mener jeg utyller hverandre.

Så langt mener jeg han disponerer skjønnsmessig til 10 %.

4.9.1 Hallux rigidus (stiv stortå) 3

Grunnet feilstilling I stråle har han utviklet trykkpunkter plantart på MTP I og en tydelig øm clavus medialt som ved hallux valgus. MTP I leddet fremstår som stivt.

VMI bør derfor tillegges 3%

4.10.1 Skade på enkeltnerver: b) Skade på nervus peroneus - total lammelse 10

Det foreligger ingen total lammelse, men nevrografi og muskelatrofi viser en klar affeksjon av sensoriske og motoriske nervefibrer.

Dette gir funksjonstap i form av permanent instabilitet av bak/mellomfot.

Skjønnsmessig mener jeg dette punktet bidrar med 6 % til VMI.

Det er på det rene at skaden er alvorlig og involverer nervevev, muskelvev, knokkel, hud og leddstrukturer. Så langt er kronisk regionalt smertesyndrom ikke diskutert, men det er nærliggende å tenke i de baner. Smertemessig passer ikke det helt inn i diagnosen og således velger jeg ikke å ta dette punktet med. Likevel har jeg i underpunkt 4.10.1 b gitt rom for nerveskade.

Totalt sett mener jeg han disponerer for 19 %.

Forsikrede ble 31.10.24 innvilget menerstatning i gruppe 2 fra Nav. Nav la vekt på spesialisterklæringen av 19.8.24 og spesialisterklæringen av 9.10.24, og vurderte fotskaden til 19 % vmi.

Forsikrede fremsatte 21.11.24 krav om menerstatning, inntektstap og utgifter.

Foretaket avslo 16.12.24 krav om menerstatning etter yrkesskadereglene under henvisning til at det ikke forelå en skade som ga mer enn 15 % varig medisinsk invaliditet. Foretaket fastholdt at det ikke var grunnlag for å tilkjenne ytterligere erstatning for påførte og fremtidige merutgifter eller fremtidig inntektstap. Forsikrede fikk imidlertid tilkjent ytterligere erstatning for tapt inntekt med kr 25 000.

Foretaket fastholdt 10.2.25 tidligere vurdering av skadeomfanget som beskrevet i brev av 16.12.24. Menerstatning ble ikke tilkjent etter yrkesskadereglene. Forsikrede ble innvilget ytterligere erstatning for tapt hjemmearbeidsevne med kr 5 000.

Rådgivende lege ved foretaket vurderte saken på nytt 26.2.25:

Vurdering

Utgangspunktet er at skadelidte i oktober 2022 fikk bruddskade proksimalt i 2. metatars (mellomfotsbein) med samtidig dislocering av 3. og 4. metatars i forhold til fotrotsbeina, en såkalt Lisfranc skade. Han ble operert for denne skaden med avstiving av 1-3. TMT-ledd (tarsometatarsal-ledd).

Ankel

I de to ortopediske uttalelsene anslås vmi til 10 % med henvisning til invaliditetstabellens pkt. 4.6.1 som omtaler avstivet ankelledd ((spesialist B) vurderer også pkt. 4.6.4). De beskriver imidlertid ulike kliniske funn, hvor (spesialist A) i august 2024 finner normal bevegelse i ankelledd og bakfot, redusert bevegelse i venstre mellomfot og redusert passiv fleksjon og ekstensjon i tær, mens (spesialist B) i oktober 2024 beskriver at bakfoten står lett i valgus. ankelledd: Dorsalekstensjon -30 grader. Står kun i nøytral stilling. Plantarfleksjon OK. Pro/supinasjon noe redusert. Begge beskriver altså at ankelen ved undersøkelsene ikke er avstivet svarende til tabellens pkt. 4.6.1.

Jeg forklarte i min forrige uttalelse at invaliditetstabellens pkt. 4.6.1 Ankelleddsartrodese betyr avstivning av leddet mellom leggbeina (tibia og fibula) og fotrotsbein (talus), dvs. talocruralleddet. Pkt. 4.6.2

Trippel/subtalar artrodese betyr avstivning av ledd mellom flere knokler i fotroten «nedenfor» selve ankelleddet/talocruralleddet og pkt. 4.6.3 Pantalar artrodese betyr avstivning av leddene mellom leggbeina (tibia og fibula) og flere bein i fotroten, altså mer omfattende ankelavstivning enn ved pkt. 4.6.1. (Spesialist B) har i tillegg vurdert muligheten for å benytte pkt. 4.6.4 Artrose som utvikles som skadefølge eller pga. dårlig protese, selv om det så langt ikke er holdepunkter for artrose.

Ved operasjonen ble det gjort avstivning av ledd mellom fotrotsbein og mellomfotsbein (metatars). Fordi denne avstivningen ikke er spesifikt omtalt i invaliditetstabellen, må den sammenlignes med beskrivelsene i tabellens pkt. 4.6. Jeg mener at det ikke er grunnlag for å sammenligne med avstivning av ledd mellom leggbeina og fotrot (pkt. 4.6.1 og 4.6.3), en slik avstivning gir opphør av bevegelse i ankelleddet med tilhørende utfordringer ved gange. Jeg mener at det ved vmi- vurdering iht. forskriften må tas hensyn til at invaliditetstabellens pkt. 4.6 har slik inndeling som vist til ovenfor, og at en mer generell, klinisk deskriptiv «stiv ankel» ikke fritar fra tabellens tekst, selv om det gjøres en sammenligning.

(...)

Det nærmeste man etter mitt skjønn kommer aktuelle avstivningsoperasjon er en sammenligning med tabellens pkt. 4.6.2 som omtaler avstivning av ledd nedenfor talocruralleddet som gir 5 % vmi. Selv om man evt. skulle benyttet pkt. 4.6.1, slik som det er gjort i de ortopediske uttalelsene, har begge beskrevet at det ved klinisk undersøkelse ikke foreligger stivt ankelledd, den ene angir normal bevegelse, den andre angir normal bevegelse i en retning og redusert, men ikke opphevet bevegelse i motsatt retning. Det vil da uansett ikke foreligge avstivning i ankelledd som kvalifiserer til 10 % vmi iht. pkt. 4.6.1.

Nerveskade

(Spesialist A) angir 3 % vmi for redusert sensibilitet i et rektangulært felt lateralt for det laterale arret fra arrets øvre begrensning til og med dorsalsiden av 4. og 5. tå. (Spesialist B) angir 6 % vmi med henvisning til at nevrografi og muskelatrofi viser klar affeksjon av sensoriske og motoriske nervefibre. Dette gir funksjonstap i form av permanent ustabilitet av bak/mellomfot.

Nedsatt følelse over et område på fotryggen distalt for operasjonsarret er forenlig med en operasjonsbetinget skade på en liten sensorisk hudnervegren, som ikke har annen konsekvens enn at følelsen i dette hudområdet er nedsatt, dette har ingen betydning for funksjon i foten og det er lite sannsynlig at det har betydning for smertebildet som er beskrevet. Dersom man skulle anta at denne nerveskaden var traumbetinget, vil det uansett kun være affeksjon av en gren til sensorisk nervus peroneus superficialis. Følgen av en slik tenkt skade vil fortsatt kun være nedsatt følelse i huden over et område lateralt på fotryggen. I hvilken grad dette skulle utløse vmi angis på slutten av uttalelsen.

(...)

Feilstilling/stiv stortå

(Spesialist A) bedømmer at dårlig stilling av stortåen og minimal funksjon i øvrige tær gir selvstendig vmi på 3 % iht. pkt. 4.9.1 Hallux rigidus (stiv stortå). (Spesialist B) gir tillegg i vmi etter samme punkt begrunnet med at MTP 1 leddet fremstår som stivt.

(...)

Hallux rigidus beskriver stivt grunnledd i stortå, oftest på grunnlag av artrose. Jeg kan ikke se at det er beskrevet stivt grunnledd i stortå ved de to ortopediske undersøkelsene, det er heller ikke notert slik tilstand i journaldokumentasjonen. Etter mitt skjønn gir funn ved stortå ikke tillegg i vmi.

(...)

Avstivningsoperasjonen vil etter mitt skjønn svare til tabellens pkt. 4.6.2 og gir 5 % vmi. Lisfranc-skade vil, også etter behandling/operasjon, kunne gi smerteplager i lang tid, dette er inkludert i tabellens vmi-angivelser.

Det kan i denne saken muligens være et smertebilde som faller inn under ekstraordinær smerte.

Sensibilitetstapet på fotryggen kan også defineres som tilleggskomplikasjon. Disse forhold utløser da tillegg i vmi på en firedel, dvs. 1,25 %. Total vmi blir etter dette 6,25 %.

Forsikrede har i det vesentligste anført at han har krav på menerstatning. Det foreligger tilstrekkelig medisinsk faglig grunnlag for å sette en vmi på minst 15 %. De to uavhengige spesialistvurderingene er både grundigere og har større faglig tyngde enn vurderingen fra foretakets rådgivende lege, og må derved veie tyngst.

Spesialist B har bred kompetanse innen ortopedi og stor kontaktflate i kirurgisk miljø og er i tillegg sakkyndig for forsikringsforetak og rettsvesen. Han har erfaring med å gjøre medisinske vurderinger og second opinion vurderinger. Begge spesialistene bygger dessuten sine vurderinger på lange fysiske konsultasjoner med forsikrede. Foretakets rådgivende lege har ikke undersøkt

forsikrede personlig, og det stilles også spørsmål ved spesialistens habilitet, da han er betalt av foretaket for oppdraget.

Nav har basert seg på vurderingen til spesialist B, og tilkjent menerstatning etter en vmi på 19 %.

Forsikrede stiller også spørsmål ved at foretakets saksbehandler begir seg ut på å vurdere vmi. Foretaket har hatt mulighet til å innhente egen spesialistuttalelse, men dette har det ikke ønsket. Forsikrede har videre anført at han tidligere hadde et godt ganglag, og ikke noen problemer med ben eller føtter. Tidligere skade i skulder, har heller ikke påvirket beina.

Til slutt, dersom nemnda finner saken problematisk, anføres det at foretaket besørger ny spesialisterklæring på nøytralt grunnlag fra kompetent spesialist.

Foretaket har i det vesentligste anført at skaden ikke utgjør 15 % varig medisinsk invaliditet, og at forsikrede derfor ikke har krav på menerstatning.

Foretaket er av den oppfatning at spesialistene ikke har brukt invaliditetstabellen på riktig måte ved fastsettelse av varig medisinsk invaliditet.

I spesialisterklæringen fra spesialist A, er det konkludert med at skaden har medført 16 % vmi. Han sammenligner blant annet skaden med pkt. 4.6.1 i invaliditetstabellen.

I spesialisterklæringen fra spesialist B ble vmi vurdert til 19 prosent. Han har vist til både pkt. 4.6.1 og 4.6.4 i invaliditetstabellen ved vurderingen av skadeomfanget, som han mener utfyller hverandre. Og blant annet ut ifra denne sammenligningen vurderer han at resultatet av operasjonen gir 10 % VMI. Videre har spesialist B også lagt til 3 % VMI som følge av at stortåleddet fremstår som stivt, og vist til pkt. 4.9.1 i tabellen.

Foretaket har innhentet flere tilleggsvurderinger fra sin rådgivende lege. Samlet sett finner han at maksimal varig medisinsk invaliditet som følge av skaden kan settes til 6.25 %, som foretaket mener er korrekt.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder om forsikrede har krav på menerstatning etter yfl., herunder om det er sannsynliggjort en vmi på minst 15 %. Dersom forsikrede ikke har krav på menerstatning reiser saken spørsmål om foretaket har plikt til å innhente spesialisterklæring.

Slik saken er opplyst for nemnda, krever behandling av spørsmålet om forsikrede har krav på menerstatning etter yfl., herunder om det er sannsynliggjort en vmi på minst 15 %, særlig medisinsk kompetanse. Spørsmålet avvises fra behandling i Finansklagenemnda, jf. nemndas avgjørelser 2015-490, 2016-171, 2016-199, 2016-201, 2016-232, 2017-642 og 2021-321.

Når det gjelder forsikredes krav om at foretaket må innhente ytterligere spesialisterklæring, bemerker nemnda at det følger av nemndspraksis at foretaket ikke har noen plikt til å innhente slik erklæring, bl.a. 2019-522. Det er heller ingen holdepunkter for at foretaket er forpliktet på avtalemessig grunnlag. Det er således ikke noe rettslig grunnlag for forsikredes krav.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Saken avvises.

Ved behandlingen deltok Birgitte Hagland (leder), Tonje Giertsen (bransjerepresentant), og Paal Bjønness (forbrukerrepresentant).