

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN-2021-754

24.8.2021

Gjensidige Forsikring ASA

Ulykke

Lårhalsbrudd – alvorlig hjerte- og karsykdom – død - unntak for hjerte- og karsykdom.

Forsikrede falt og pådro seg et lårhalsbrudd på jobb i mars 2020, og fikk satt inn total hofteprotese samme dag. Journalopplysninger fra 2015 og frem til ulykken viste at forsikrede hadde omfattende og alvorlige grunnsykdommer, herunder at han var multimorbild, hadde alvorlig hjerte- og karsykdom, flere hjerne- og hjerteinfarkt, mekanisk hjerteklaff og angina. Noen dager etter operasjonen fikk forsikrede et hjerteinfarkt med påfølgende kardiogent sjokk og multiorgansvikt. Saken reiste spørsmål om forsikredes dødsfall var omfattet av unntaket i vilkårene for hjerte-/karsykdommer. Nemnda bemerket at den medisinske dokumentasjonen i saken viste at forsikrede hadde et omfattende sykdomsbilde før hendelsen, blant annet alvorlig hjerte- og karsykdom. Etter en konkret vurdering uttalte nemnda at selskapet hadde sannsynliggjort at unntaket for hjerte-/karsykdommer kom til anvendelse og at dødsfallet i dette tilfellet ikke var dekket av forsikringen. Selskapet ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede (f. 1966 – d. 2020) var omfattet av en personalforsikring omfattende lovbestemt yrkesskadeforsikring og dekningen ulykke død. Han pådro seg et lårhalsbrudd den 6.3.20 ved et fall. Denne avgjørelsen gjelder ektefellens krav under ulykkesdekningen. Kravet under yrkesskadeforsikringen er avgjort under 2021-753.

Medisinske opplysninger fra før skadehendelsen viser at forsikrede hadde diabetes mellitus type 1, nyresvikt stadium 4 pga. diabetisk nefropati, var koronarsyk og karkirurgisk behandlet. I 2016-2017 hadde forsikrede anginaplayer. I et journalnotat 12.7.27 fra en forundersøkelse til scintigrafi heter det blant annet:

Tidligere sykdommer:

Medikamentelt behandlet hypertensjon. Diabetes mellitus type I, insulin pumpe fra 2010. Kronisk nyresvikt stadium IV med GFR 25, hyperkolesterolemi, perifer karsykdom med symptomer med claudicatio intermittens, gjennomgått hjernestamme infarkt på 90 tallet, TIA x flere, kroniske rygg- og knesmerter.

Koronar risikoprofil:

Medikamentelt behandlet hypertensjon, hyperkolesterolemi, diabetes mellitus type I. Tidligere røyker, sluttet å røyke for 18-19 år siden. Ingen hereditet for koronarsykdom.

Hjertesykdommer:

Tidligere hjerteutredet pga. angina pectoris i 2009. Da påvist okkludert, hypoplastisk høyre koronar artene. Okklusjon i midtre avsnitt av 1. marginalgren fra CX, subtotal stenose proksimalt i PDA avgående fra CX, utført PCI mot proksimale PDA.

Supplerende utredning med myocardi scintigrafi i 2010 som viste dyp perfusjonsdefekt i lateralveggen som kun var delvis reversibel, sannsynligvis infarkt i relasjon til okkludert CX gren, vurdert som ikke gevinst ved rekanaliseringforsøk av liten marginalgren.

Pasienten har senere blitt vurdert ved kardiologisk poliklinikk 2 ganger pga. brystmerter, siste kontroll i februar 2015, det ble da utført arbeids-EKG med belastning 175 W uten at det tilkom brystmerter eller iskemiforandringer i EKG.

Pasienten ble nå henvist fra nyrepoliklinikken pga. aktivitetsrelaterte brystmerter. Utført myocardi scintigrafi som viste uendret infarktsekvele i lateralveggen, tilkommet et lite område med reversibel iskemi i fremre laterale vegg basalt sammenlignet med sist undersøkelse i 2010. På bakgrunn av funn med nytilkommet reversibel iskemi og symptomer med angina pectoris ble pasienten henvist til videre utredning med koronar angiografi.

...

Forsikrede fikk utført *koronar angiografi* 13.7.17.

Forsikrede var kvitt anginaplagene 7.9.17, men den 19.4.18 ble det notert økende anginaplager. Forsikrede ble henvist til kardiolog og opphold på N. for vektnedgang, økt fysisk aktivitet og en sunnere livsstil.

Den 18.10.18 ble på Nyreavdelingen, Helse S. HF, notert:

Vurdering

Progredierende nyresvikt. PTH 109. Sendes til scintigrafi mtp adenom. Bør vurderes etterhvert mtp nyre-pancreas transplantasjon. Først angiografi og evt blokkering og vurdering av aortastenose. Bør ned i vekt etter evt stenting.

...

Forsikrede fikk utført *koronar angiografi* den 5.11.18.

Den 1.4.19 er notert økende plager med stramming i brystet og nedsatt funksjonsnivå, og den 2.4.19 heter det:

Vurdering:

...

Nå igjen angiografert grunnet residiv av angina suspekter symptomer. Dagens hjerteutredning viser signifikant stenose proksimalt for stent i pLAD og progresjon av stenose i område mellom de to LAD-stentene. ...

Diskuteres på hjertemøte med tanke på revaskulariseringsstrategi. Pas er altså diabetiker med aggressiv koronarsykdom, cerebrovaskulær og også perifer karsykdom samt uttalt nefropati med GFR på 20. ...

Forsikrede fikk 14.6.19 operert inn "*mekanisk aortaventil, utvidelse av aortarot med perikard patch, LIMA til LAD*".

Journalnotat 31.10.19 omtaler progredierende nyresvikt, stadium 5, mye kroppslige plager og betydelige ankelødemer.

I journalnotat 12.12.19 heter det:

...

Aktuelt:

Siste måneder økende plaget med dyspné og diffuse brystmerter ved flatt leie. Bedre ved gange og sittende stilling. Ikke anstrengelsesrelaterte brystmerter. Gradvis økende deklive ødemer. Ikke på noe tidspunkt akutt forverring, men gradvis fallende AT.

I notatet, beskrives forsikrede som multimorbid, og at "*gradvis økende ortopné og deklive ødemer*" tolkes som økende hjertesvikt til tross for at det ikke forelå kliniske holdepunkter for dekompensert hjertesvikt. Forsikrede var innlagt på nyreavdelingen 12.-18.12.19.

Journalnotat 30.1.20 omtaler at forsikrede "*sliter med å komme seg videre ned i vekt*" og at han bør komme seg ned til en BMI på 35 før man kan starte utredning for "*nyretx*" (nyretransplantasjon).

Den 6.2.20 ble det lagt inn AV-fistel med tanke på dialyse.

I et poliklinisk notat 2.3.20 fra sykehusets hjerteavdeling heter det:

Vurdering:

Multimorbid mann med generell karsykdom, diabetes, nyresvikt grad 5. Har også satt inn mekanisk aortaklaff og med CABG operert. Forverring over de siste månedene med redusert funksjonskapasitet og klarer ikke å ligge flatt lenger. Får ikke fram tydelige funn ved dagens belastningstest men noe suspekt anamnese. Velger derfor å forsøke oppstart med antianginøs behandling. ... ved økende symptomer eller endring av pasientens plager kan han rehenvises. En får da vurdere ev. myokard scintigrafi. Er for øvrig allerede satt opptil ekkoundersøkelse senere i vår.

Forsikrede falt som nevnt på is 6.3.18. I inntakjournalen heter det:

Aktuelt

Falt i dag på isen og landet på hoften, klarte å komme seg på bena med hjelp av kone, klarte da ikke stå på høyre fot. Kona gikk for å hente strøsand så han kunne komme seg opp trappen igjen, falt igjen mens han stod å ventet på dette, landet på ny på høyre hofte.

Røntgen bekken/hofte viste "*Høyresidig colli femorisfraktur med betydelig opprykning og dorsal akseknakk*" (lårhalsbrudd).

Journalnotat 7.3.20 viser at man planla en hemiprotease for å få en rask operasjon for å unngå utfordringer preoperativt, men det ble likevel innsatt total hofteprotese.

Journalnotat 8.3.20 viser at forsikrede hadde hatt bryst smerter med utstråling til venstre arm, men at det var vanlig at man fikk denne type smerter om natten. Forsikrede var blitt mobilisert med prekestol.

I et vititnotat 9.3.20 heter det:

... Røntgenbilder postoperativt ser fine ut og han mobiliseres uten restriksjoner. Har ikke helt kommet godt nok i gang for hjemreise i dag. Bruker Marevan på grunn av mekanisk aortaklaff, starter med 3 tabletter i dag. ... Har vært plaget med bryst smerter etter operasjonene. Har kjent koronarsykdom. Ingen effekt av Nitroglycerin. Ingen ledsagende symptomer. Ved visitten kjenner han dog ingen ubehag. Hvis det skulle tilkomme nye bryst smerter skal det tas nytt EKG samt infarktstatus. ...

Senere journalnotat samme dag omtaler at forsikrede var blitt økende somnolent utover dagen og anga smerter i venstre arm. EKG viste nytilkomne endringer sammenlignet med tidligere og forsikrede ble overført til hjerteavdelingen.

Den 10.3.20 ble det notert:

ad NSTEMI

... Forverring av smerter natt til 09.03 som antas å være infarkt tidspunkt. TNI stigning til 15000. Ekko cor med EF 50%, velfungerende mekanisk aortaventil, infarktsekvele i nedre vegg men på grunn av dårlig akustiske forhold vanskelig å gi en nøyaktig beskrivelse av infarkt utbredelsen. ...

De neste dagene er blant annet omtalt dårlig matlyst, kvalme/oppkast, fallende nyrefunksjon og vedvarende bryst smerter.

Forsikrede ble operert 13.3.20. Av operasjonsbeskrivelse fremgår:

...

... Tilgang fra venstre lyske etter som han har fistel i venstre arm og nylig hofteoperert i høyre hofte. I forbindelse med stent i venstre lyske får pasienten totalblokk som er meget uventet. Responderer dårlig på Isoprenalin og må få ekstern pacing først. Man får etterhvert lagt inn hylse både i venstre vena femoralis og i arteria femoralis. Forlater temporær pacemaker slik at man får pacet han på 70.

I et journalnotat 14.3.20 er notert *"Tiltagende tegn til kardiogent sjokk/multiorgan påvirkning svikt"*, og i journalnotat av 15.3.20 heter det:

Pas har i løpet av det siste døgnet utviklet fulminant leversvikt med stigende leverenzymmer, økende metabolsk acidose og spontan INR på 4,8. Fortsatt oligurisk nyresvikt. Økende kardiogent sjokk til tross for høydose noradrenalin og adrenalin infusjon. Etter gjennomgang av tilstand, sykehistorie og prøvesvar sammen med kardiologisk bakvakt finner vi at vi ikke har noe annet behandlingstilbud for pasienten. Ved ytterligere hemodynamisk forverring idag mener vi at pasienten ikke er tjent med ytterligere intensivbehandling. ...

Forsikrede døde etter avslutning av respiratorbehandling samme dag.

I melding om arbeidsulykke til arbeidstilsynet, 19.3.20, heter det:

Skulle dra fra kontoret for å dra på et møte

Gikk ned en trapp som er på utsiden av kontoret som er i andre etasje. I enden av trappen så var det is, han skle på isen og brakk lårhalsen. Dette førte til komplikasjoner som hjerteinfarkt og hjertestans, som resulterte i multiorganssvikt.

Skadehendelsen beskrives tilsvarende i skademelding til selskapet 30.3.20, hvor det i tillegg heter at *"nyrene og lungene også kollapset"*.

Selskapets rådgivende lege uttalte 3.11.20:

Vurdering

Forsikrede hadde altså diabetes mellitus med endestadium nyresvikt grunnet diabetisk nefropati, alvorlig hjertesykdom med en rekke trange årer som tidligere var både blokket og stentet, samt mekanisk aortaklaff. Allerede tre uker før fallet hadde han fått økende brystmerter oppfattet som angina, og hans alvorlige angina pga trange årer til hjertet medførte et massivt hjerteinfarkt og kardiogent sjokk og multiorgansvikt som han til slutt døde av. Dødsfallet var altså ikke forårsaket av fallet eller lårhalsbruddet, men av hans omfattende og alvorlige grunnsykdommer. Etter min oppfatning har ikke lårhalsbruddet fremskyndet dødsfallet i nevneverdig grad.

...

Selskapet avsto krav om erstatning med henvisning til at det ikke var sannsynliggjort årsakssammenheng mellom skadehendelsen 6.3.20 og forsikredes dødsfall 15.3.20.

Klager påklaget avslaget og selskapet foretok en ny gjennomgang av saken. Selskapet innhentet i den forbindelse en forsikringsmedisinsk vurdering fra ekstern spesialist i indremedisin, gastroenterologi og geriatri, dr. K. I vurderingen heter det:

Det er mindre enn 50% sannsynlighet at fallet/lårbeinsbruddet har forårsaket pasientens død. Pasienten var en multimorbid herre med sykkelig fedme, langvarig DM type I med flere tenkelige komplikasjoner, bl.a. langkommet/terminal nyresvikt og uttalte ødemer på kroppen. Han hadde også meget alvorlig og langkommet karsykdom. Det er angitt at han hadde hjernestamme infarkt og kransåresykdom med hjerteinfarkter, samt angina. I siste 12-24 mnd før døden inntraff presenterte pasienten gjentatte ggr med ustabil angina (hjertekrampe) og var grundig undersøkt av hjertelegene. Det var tettheter i samtlige kransårer. Tette kransårer er den sikre årsaken til kardielle hendelser som angina eller infarkt. I tillegg led pasienten av uttalt diastolisk hjertesvikt, samt aortastenose. Det var gjort heroiske forsøk x flere å åpne kransårer (PCI), og til slutt ble det gjort CABG (aortakoronar bypass). Samtidig fikk han kunstig aortaklaff og måtte begynne med blodfortynnende. Ut fra notatene til hjertelegene, var man rimelig i tvil om pasienten burde fått tilbud om CABG, så dårlig hans generelle somatiske helsen var. Operasjonen ble likevel tilbudt i håp å utsette den fatale koronare hendelsen. Under CABG ble en av de tette kransårene (LAD) erstattet med en vene høstet fra legg. CX og høyre koronar var fortsatt med tettheter. Det var bare et spørsmål om tid for å få en ny koronarhendelse/hjerteinfarkt.

Pasientens nyresvikt har i siste 6 mnd progrediert med økende væskeansamling og overhydrering, dette har medført økt arbeid for pasientens sviktende hjerte. Dermed på tross av noenlunde stabil hjertefunksjon ble pasientens symptomer og fare for ny kardiell hendelse (e.g. hjerteinfarkt) overveldende allerede seint på høsten i 2019.

Pasienten deretter ramler på isen i mars 2020 og pådrar seg et stygt lårhalsbrudd. Pga komorbiditet velger man en total protese operasjon, som ikke er noe tidskrevende og er meget inarbeidet og rutinert operasjon i dagens ortopedi. Pasienten har fått nedreveggs infarkt rimelig tett etter operasjonen. Kardiolog har undersøkt pasienten før siste angiografi og konkluderte at pasienten hadde crescendo angina allerede i flere ukene før operasjon. Med andre ord kransårene hans tetter seg fort og stadig vekk og følgelig kardiell død var uungåelig. De viktigste årsaker til dette er pasientens langkommet diabetes, fedme og terminal nyresvikt, hvor kransårene blir bokstavelig ødelagt/tettet kransårer med kroppens avfallsprodukter. Forventet levetid til pasienter med slike massive komorbiditeter er meget kort uten at en kan sette nøyaktig tidsperspektiv. Lårhalsbrudd og operasjon i forbindelse med dette var nok en stressende moment, som kunne fremskynde det uungåelige, dog etter min mening helt marginalt. Med en slik komorbiditet, ikke fungerende nyrer og meget tette samtlige kransårer, hvor alt av revaskulariseringspotensiale var allerede oppbrukt, kan man trygt si at fallet/lårbeinsbrudd har bidratt med mindre enn 50% til pasientens død.

Selskapets kundeombud opprettholdt avslaget.

Klager har i det vesentlige anført at fallet var den utløsende årsaken til forsikredes død. Forsikrede følte seg bra før han døde. Forsikrede ville gått bort på grunn av sine helseproblemer, men med den gode hjelpen han fikk av det norske helsevesenet, så ville det ikke vært så tidlig. Dersom forsikrede ikke hadde knekt lårhalsen, så ville han vært i live den dag i dag. Klagers sønn, som var med forsikrede da han ble fraktet til sykehuset, fikk ved ankomst på akuten beskjed av legen om at de hadde liten tro på at forsikrede ville overleve på grunn av skaden han fikk.

I avtalen står det ingenting om at dødsfallet ikke dekkes dersom forsikrede har helseproblemer fra før. Derimot står det at "fall som ikke er forårsaket av sykdom" dekkes. Forsikrede falt ikke på grunn av sykdom, han skled på isen på vei fra kontoret. I avtalen står det videre "dersom ulykkesskaden medfører dødsfall innen ett år, utbetales dødsfallerstatning". Det er merkelig at forsikrede fikk fortsette å betale for dødsulykkedekningen når han ifølge selskapet var "så syk fra før at forsikringen ikke dekker noe". Selskapet burde ikke latt forsikrede betale for en forsikring som tydeligvis ikke gjaldt for ham.

Selskapet har i det vesentlige anført at forsikrede døde som følge av et massivt hjerteinfarkt. Hjerte- og karsykdommer er unntatt fra dekning i vilkårene, selv om en ulykkesskade kan påvises som årsak. De medisinske dokumentene viser at den forsikrede hadde hjerte- og karsykdom, og at han i etterkant av bruddet og operasjonen, fikk et hjerteinfarkt. Hjerteinfarkt var forårsaket av tette årer.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Spørsmålet til nemnda er om forsikredes dødsfall 15.3.20 er omfattet av unntaket i vilkårene for hjerte-/karsykdommer.

Etter forsikringsbeviset omfatter forsikringen "Ulykke død" "Dødsfall som følge av ulykkesskade". Klager har anført at dødsfallet skyldes forsikredes fall. Hun har vist til at etter vilkårene er "plutselige og uforutsette skader som skyldes fall som ikke er forårsaket av sykdom" dekket. Selskapet har for sitt vedkommende vist til at det er tatt et forbehold for dødsfall som skyldes "Hjerte-/karsykdommer".

Det er en forutsetning for rett til utbetaling at det er sammenheng mellom ulykken og forsikredes død og at dødsfallet ikke skyldes en hjerte-/karsykdom "selv om en ulykkesskade kan påvises som årsak".

Nemnda behandler først selskapets anførsel om at unntaket for hjerte-/karsykdommer får anvendelse. Det er selskapet som har bevisbyrden for det. Selskapet anfører konkret at dødsfallet, skyldes et massivt hjerteinfarkt forårsaket av tette årer og ikke lårhalsbruddet og operasjonen for det.

Den medisinske dokumentasjonen i saken viser at forsikrede hadde et omfattende sykdomsbilde før hendelsen 6.3.20, blant annet alvorlig hjerte- og karsykdom. Hans hjerte var blitt utredet en rekke ganger, han hadde hatt flere angiografier og fått operert inn en mekanisk hjerteklaff pga. tilbakevendende anginalplager. Den 12.12.19 ble hans problemer karakterisert som økende hjertesvikt, og så sent som 2.3.20, rett før fallet, var han til ny utredning pga. brystsmerter. Hans hjertesykdom var også til dels grunnen til at forsikrede fikk innsatt en hel hofteprotese. Det er ikke beskrevet komplikasjoner i forbindelse med operasjonen, og forsikrede ble mobilisert dagen etter. Det fremkommer imidlertid at han fikk hjerteinfarkt som førte til et kardiogent sjokk og multiorgansvikt før forsikrede døde, 15.3.20.

Nemnda er kommet til at selskapet har sannsynliggjort at unntaket for hjerte-/karsykdommer kommer til anvendelse og at dødsfallet i dette tilfellet ikke er dekket av forsikringen.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Selskapet gis medhold.

Ved behandlingen deltok Karin M. Bruzelius (leder), Tonje Giertsen (selskapsrepresentant) og Paal Bjønness (forbrukerrepresentant).