

# Finansklagenemnda Person

## Avgjørelse FinKN 2024-1162

16.12.2024

Tryg Forsikring NUF

### Livsforsikring/uføredekninger/pensjon

Uføreforsikring – reservasjon – psykiske lidelser – saklig begrunnet – fal. § 1B-3.

Forsikrede søkte om uføredekning 22.12.22. Av legejournaler fra 2014/2015 fremgikk at han hadde opplyst om bl.a. angst, nedstemthet, søvnvansker mv. Legen noterte 25.8.16 og 1.9.16 diagnosen "Depresjon", og diagnosen "Stress IKA P29" den 24.5.17. Etter dette var det ikke notert psykiske plager. Foretaket innvilget 13.7.23 uføredekning med reservasjon for psykiske lidelser. Foretakets rådgivende lege vurderte at forsikredes sykdomshistorikk var forenlig med NHVs definisjon av mild depressiv lidelse. Han viste videre til NHVs retningslinjer og bakgrunnsnotat fra 2001, hvor det fremgikk at om lag 80 % av førstegangsdeprimerte vil få lidelsen på ny. Saken reiste spørsmål om foretakets reservasjon for psykiske lidelser var saklig begrunnet. Etter en konkret vurdering av fremlagte dokumenter bemerket nemnda at foretaket ikke hadde saklig grunn til å innta en reservasjon for psykiske lidelser knyttet til uføredekningen. Forsikrede ble gitt medhold.

---

### Saksfremstilling

Forsikrede søkte 22.12.22 om forsikringene kritisk sykdom og uføreforsikring (uførekapital og uførerente).

Søknaden om Kritisk sykdom ble innvilget, men under uføreforsikringene tok foretaket reservasjon for lidelser i spiserør og magesekk, og reservasjon for psykiske lidelser, jf. brev 13.7.23. Der fremgår også følgende presisering:

PS: Begrensningen som du har fått gjelder kun de symptomer, plager og sykdommer som du har eller har hatt forut for, eller på søknadstidspunktet, en forverring og eventuelle følger av disse.

Nye plager som ikke har sammenheng med tidligere symptomer, plager og sykdommer, er ikke omfattet av reservasjonen.

Etter klage 26.7.23 fjernet foretaket reservasjonen for lidelser i spiserør, men opprettholdt reservasjon for psykiske lidelser. Det åpnet imidlertid for revurdering av reservasjonen etter to år (høsten 2025).

### Før tegning

Det var fremlagt flere journalutskrifter fra tiden før tegning. I journal 5.3.13 sto det:

1. gangs helseundersøgelse. Samtale på engelsk, ingen tolk

...

...

Traumatiske erfaringer: Har været fængslet i 3-4 dager i 2012 pga. sitt jobb som (...), ikke torturert  
Ønsker ikke psyk. hjelp på nuværende tidspunkt. Han får visitkort til psyk. helsesøster med sig hvis han skulle ombestemme sig ...

Og den 19.2.14 var det notert:

... Samtale på engelsk ... Føler seg frisk, bortsett fra at han føler han har psykiske problemer i form av dårlig søvn og mye tanker fordi han ikke har sett familien sin på lenge, samtidig som han har venta eitt år og ein måned på svar på asylsøknad. Han synest det er veldig urettferdig at ein i Norge må venta så lenge på å få behandla søknaden.

Oppforders til å komma tilbake til helseøster for samtale/ hjelp dersom han føler behov for det på eit seinare tidspunkt. Evt. bestilla legetime ...

I innkalling til time 29.4.14 sto det: *"If you not com you must pay the translater, 400 kr."* Og i notat etter timen 29.4.14 sto det bl.a.: *"Pas. seier at han sliter med angst. Pas. seier at han har plaget med dette siden han var ung ... Funn: ... Litt beskjeden. Men ikke direkte deprimert."*

Han ønsket ikke tolk, da han snakket engelsk og litt norsk, jf. helsestasjonens notat 15.10.15, og i notat 16.10.15 sto det at han *"snakker godt engelsk og bra norsk. Ønsket ikke tolk til denne timen."* I notatet fremgikk at han søkte asyl i 2012, at han hadde vært fengslet en gang i 4-5 dager i hjemlandet ettersom han hadde vært kritisk til regimet. Videre fremgikk det:

Ble ikke torturert da, men truet med at ville bli det dersom han ikke gjorde som de sa. Forteller at han ble slått mye av foreldrene i oppveksten. Dette er noe han tenker mye på fremdeles. Han sier at han ikke har tankekjør eller mareritt og at han sover bra. Vi snakker litt om vanlige reaksjoner på det å flykte og ha opplevd truende situasjoner ... Informerer om helsetilbudet i Norge og rettighetene hans ...

Og i notat 4.11.15 fremgikk at forsikrede:

sendte sms om at han ikke var bra, ringte og avtalte time i dag. Han forteller at han har problemer med søvn og at han er lei seg og har tankekjør. Han føler seg ensom og tenker mye på hjemland og familie ... (Forsikrede) oppsøkte legevakt på søndag og fikk noen tbl som hjalp ham å sove. Han forteller at han føler seg deprimert og har bilder i hodet der han ser det blør fra håndleddet sitt. Ut spør om han tenker på å ta sitt eget liv. Dette benekter han og sier at det er synd i følge Koranen. Vi snakker litt om det å være flyktning og ha opplevd å flykte fra alt og ikke kunne komme tilbake. Snakker også om hva som kan hjelpe for styrke psykisk helse, god døgnrytme, nok søvn, fysisk aktivitet, spise sunn mat i regelmessige måltider og prøve å være sosial ...

I notat 16.11.15 sto det: *"... Er deprimert. Griner helt uten grunn. Hadde mange venner og beskjente da han var i (by). Er blitt sendt her i (...) hvor han kjenner ingen ..."* Det fremgikk også opplysninger om studier, og at han ønsket *"å bli flyttet til (by) snarest mulig"*. Depresjonsfølelse var satt som hoveddiagnose. Det var også diagnosen i journal 18.11.15 og 19.11.15, som gjaldt legens forsøk på å kontakte forsikrede grunnet en legeerklæring.

I journal fra helsestasjonen 20.11.15 sto det at han:

Forteller at han fremdeles har mange negative tanker og er mye lei seg. Gråter ofte og synes det er vanskelig å konsentrere seg på skolen. Dårlig matlyst. Han ønsker fremdeles å flytte til (...) der han har venner ...

Og i journal fra helsestasjonen 9.12.15 var det gjentatt informasjon om ensomhet og savn av venner. Det sto videre at forsikrede *"Har planer å flytte her fra (...) Vurdering: Pasienten har mye besymring rundt flytting til (by) ..."* Han ringte helsestasjonen 4.1.16 og *"fortalte at han har flyttet til (by) og fått jobb som (...). Han sa at han hadde det mye bedre ..."*

I journal 25.8.16 fremgikk *"vondt i hjertet"* ifm. stressopplevelse, og tilhørende engstelse for hjertesykdommer. *"Tar lett til tåre. På arbeide som (...) søker seg bort fra andre for så stå og gråte. Sovor dårlig om natten. Er isolert."* Videre fremgikk det:

Han bor alene. Hele familien bor i (utlandet) ... I (utlandet) har han jobbet innen (...) I følge han har han blitt hengt ut i sosiale medier (...)

Forteller at han føler seg deprimert.

Obj: Sitter forknytt og bekymringsfullt. Forklarer seg ellers greit. Ingen realitetsbrist.

[...] Jeg bestiller utvidet prøver og setter han opp til ny time om en uke for evt oppstart av Cipralex

Legen noterte diagnosen "Depresjon (Depressiv lidelse)". Det samme gjorde han i notat 1.9.16, hvor det også sto:

[...] Intet tyder på at han skulle ha hjertesykdom og sannsynligheten for dette er veldig lav. Diskuterer med han stressreduksjon, evt utprøving med Cipralax. Har siden sist vært på nav og fått beskjed om at han kan få godkjent sin utdannelse her, hvilket gir han en løfte.

Han besøkte legevakten 15.12.16:

Aktuelt:

Språkproblemer, fra (utlandet), snakker dårlig norsk, vært i Norge i 4 år ... Stresset siste mnd, forverret i går. Er aktiv i nettsamfunn og (...), sier kontroversielle ting og får kritiske tilbakemeldinger og trusler. Dette preger han sterkt. Spiser mindre enn vanlig, sover dårlig.

...

Vurdering/Tiltak:

Lengre samtale om tiltak som å la være å oppsøke nettsamfunn. la være å logge seg på facebook/mail.

Pasienten mener bestemt han trenger anti-stress-medisiner. Forklares at dette er en problemstilling som må tas med fastlegen. Får med 1 stk tablett Sobril. Skal kontakte fastlegen for øhjelpstime i morgen tidlig.

I journal 24.5.17 sto det at han hadde "Kjent en smerte i v side av brystet i stress/ når han får dårlige nyheter. 3) Han kjenner seg ofte stresset ..." Forsikrede fikk resept på "Pranolol 20mg Tablett - Boks No 100 stk (Behov) DSSN 1 tab l ved indre uro med stress, inntil 2 tabletter pr døgn. MOT STRESS". Diagnosen var "Stress IKA P29".

Og i journal 18.3.19 sto det: "Om tidligere forskrevet Pranolol: Han har ingen symptomer eller tegn til stress eller indre uro nå, og det er ingen indikasjon for å bruke beta-blokker ..."

Forsikrede skrev e-post 2.5.19 til helsestasjonen og beskrev at det var flere feil i journalen. Den ene feilen var at det var notert at han ble slått mye av foreldrene i oppveksten. Ellers hadde han aldri hatt selvmordstanker, og at det sto ingenting om selvmord i Koranen. Og *"Hvis det at mine foreldrene slå meg mye eller at jeg har hatt tanker om å ta selvmord eller lignende, stemte ville min lege minst henvise meg til en psykolog, noe som ikke har skjedd fordi jeg har ikke og har aldri hatt slike problemer. egentlig språkproblem og manglende bruk av tolk forårsaket til disse store feil i journalen."*

Legen skrev 31.5.19: *"(et annet forsikringsselskap) har satt et spørsmålstegn ved hva som lå bak uttalelsen om indre stress og ubehag i brystet i 2017. Utredningen etterpå påviste ingen patologi, og dette er ingen sykdom og heller Ikke tegn til utvikling av sykdom, men var en helt ordinær muskulær stramning i brystkassen som svar på stress"* I erklæring til et annet forsikringsselskap av samme dag, hadde legen også inntatt følgende formulering: *"Tilstanden medførte ikke behov for medisinsk behandling utover informasjon. Han har senere aldri formidlet til meg tilbakefall av dette symptomet."*

Forsikrede skrev 27.8.19 til tidligere fastlegekontor at informasjonen i journal 29.4.14 om angstplager ikke stemte. Han mente det kunne være en misforståelse grunnet språkforskjell.

#### Etter tegning

Fastlegen skrev 12.6.23 følgende som svar på forespørsmål fra foretaket:

Jeg har kjent pasienten siden 05.09.2019.

I pasientens EPJ-journal hos oss er det notater fra 13.12.2016 og frem til 05.02.2023.

1. Det er ingen opplysninger om psykiske lidelser i hans journal frem til dagsdato.

2. Det er journalført symptomer som indre stress, uro ved belastninger (mai 2017) men pasienten påstår at han ble misforstått pga språkvansker. Ikke oppsøkt legekontoret på grunn av dette siden.

...

5. Han oppfattes til å være i god fysisk og psykisk form. Det har ikke vært noen sykemeldingsperioder på han

siden 2016

Nav skrev til foretaket 16.3.23 at *"Det foreligger ikke legeerklæring/ legejournaler. - Ingen aktivitetsplan. - Foreligger ingen sykmeldinger - Bruker har ingen sak/vedtak vedr arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd"*. I innsynsrapporten av samme dato fremgikk også at han tjente kr 150-170 000 i 2017 til 2019, kr 411 500 i 2020 og kr 1 093 900 i 2021.

Og i legeerklæring 12.6.23 fremgikk:

Han har vært pasient hos oss siden 2016. Det bekreftes at han har ingen kjent fysisk eller psykisk sykdom frem til dagsdato. Medisinsk undersøkelse og utredning i 2018 og 2019 har heller ikke avdekket noe sykdom. Han har hatt ingen sykemeldingsperiode registrert hos oss.

Foretakets rådgivende lege (ortoped) skrev en vurdering 18.9.23, inntatt i brev 3.10.23:

En Sobril gjør ingen psykisk sykdom. Men det ser ut til at minst 2 leger har funnet indikasjon for å skrive ut medikamenter mot psykiske plager. Hvorvidt kunden faktisk tok disse medikamentene er mer underordnet. Sammenholdt med at det har forekommet flere legebesøk hvor diagnose depresjon / depresjonsfølelse er satt, er det etter mitt skjønn mest sannsynlig at kunden har hatt signifikante psykiske symptomer.

Svar til spørsmål 1 - har klager en psykisk lidelse?

Nei, sannsynligvis ikke på nåværende tidspunkt. I det minste er ikke dette dokumentert. Dette er strengt tatt ikke en forutsetning for reservasjon. Stemningslidelser kan gi episodiske plager. Man vet ikke om perioder uten symptomer er "pauser" i den psykiske sykdommen, eller om man aldri vil få episoder igjen, og dermed er "frisk". Slik jeg leser nemndens retningslinjer kan en depressiv episode i seg selv gi grunnlag for reservasjon. Med bakgrunn i forelagt dokumentasjon, kan jeg ikke se at det er usaklig at kunden regnes som ISO eller R28 ...

Svar til spørsmål 2 - forutsatt at han har en psykisk lidelse, tilhører han dermed en gruppe hvor det statistisk foreligger en særlig økt risiko for at et forsikringstilfelle inntreffer?

Med forbehold om at kunden ikke nødvendigvis har en (aktiv) psykisk lidelse, men har vært deprimert på et tidspunkt. Som det fremgår av nemndens bakgrunnsnotat om psykisk sykdom, vil om lag 80 % av førstegangsdeprimerte få lidelsen på ny. Stemningsforandrede episoder pleier å komme tilbake hyppigere med årene. Sa ja, aktuelle kundedepresjoner har statistisk en særlig økt risiko for at et forsikringstilfelle inntreffer. Jeg har ikke oversikt over hvordan "særlig" skal tolkes, men legger til grunn av nemnden anbefaler fra ISO eller R28.

Forsikrede skrev 25.10.23 at han hadde "uførerente og kritisk sykdomsforsikring fra 2017 i et annet forsikringsselskap uten reservasjoner eller premietillegg. Han hadde også "behandlingsforsikring fra 2019 og uførekapitalforsikring fra 2022 i et annet forsikringsselskap uten reservasjoner/premietillegg".

Rådgivende lege skrev en ny vurdering 16.11.23. Legen fremhevet at det syntes å foreligge diskrepans mellom opplysninger fra kunden og legeerklæringene, og hva som fremgikk av journalene. Legen la vekt på de tidsnære journalene, og skrev:

Supplerende dokumentasjon er i tråd med hva som tidligere er lagt til grunn, og tilsier i seg selv ikke at konklusjoner bør endres.

... I dette tilfellet har to forskjellige leger over et tidsrom på nesten ett år funnet grunnlag for først å sette diagnose depresjonsfølelse, deretter depresjon. Dokumenterte symptomer for øvrig er forenlig med sistnevnte. Minst 3 leger har vurdert medikamentell behandling for psykiske plager, og 2 har faktisk iverksatt dette. Jeg tror ikke man, realistisk sett, kan ha en forventning om at mild psykisk sykdom skal være bedre journalført enn dette. Spesielt i lys av fragmentert fastlegeoppfølging.

Det er, som tidligere nevnt, mulig at kunden per nå ikke har symptomer som oppfyller kriteriene for en psykiatrisk diagnose. Legeerklæringer fra senere tid kan speile dette. Dette ekskluderer ikke at forsikrede har hatt en depressiv episode tidligere. Langvarig eller varig symptomfrihet kan følge slike episoder.

Ser man til retningslinjer fra Nemnden for Helsevurderings kapittel om Psykiske sykdommer, underkapittel 3 b fremgår:

"Depresjon (Depressiv episode F32/Tilbakevendende depressiv lidelse F33)

Tilstanden karakteriseres ved redusert stemningsleie, nedsatt lyst og interesse og økt trettbarhet. Redusert selvbylde, skyldfølelse, konsentrasjonsvansker er også vanlig. Ikke sjelden har pasienten selvmordstanker. Tilbakevendende lidelse karakteriseres ved gjentatte episoder med mild, moderat eller alvorlig depresjon. Det oppnås vanligvis fullstendig bedring mellom episodene, men et mindretall kan utvikle vedvarende depresjon, særlig ved høy alder. Deprimerte pasienter har høyere risiko for somatisk sykdom og selvmord. Ca 15 % av svært alvorlig deprimerte pasienter begår selvmord." [mine uthevinger]  
Ved mild lidelse med varighet over 1 år siden diagnose anbefales forsikring med tillegg I50 eller R28/R32. Da Tryk ikke tilbyr forsikring med tillegg i pris, vil kun reservasjon være aktuelt. Begrunnelsen for denne anbefalingen fremgår av nemndens bakgrunnsnotat om psykisk sykdom; om lag 80 % av førstegangsdeprimerte vil få lidelsen på ny.

Jeg har ikke kompetanse til å overprøve nemndens risikovurderinger. Disse legges til grunn.

Min medisinske vurdering er at kundens tidligere sykdomshistorie er forenlig med nemndens definisjon av mild depressiv lidelse. Jeg vil derfor opprettholde tidligere konklusjon om at det settes reservasjon R28 mot psykiske lidelser.

Foretaket fremla saken på nytt for rådgivende lege, som ifølge foretakets brev 17.1.24 skrev at vid reservasjon dels skyldes "psykisk sykdom generelt, dels kundens tilfelle spesielt".

Det er kjent at forskjellige psykiske diagnoser har overlappende symptomer. Disse kan endre seg over tid. Det er ofte ikke entydig hvilken tilstand som er aktuell, og det kan være faglig uenighet mellom behandlere. Det er ikke uvanlig at diagnoser endres over tid, eller etter mer inngående vurderinger, med eller uten reell utvikling av symptomene i seg selv. Samtidig gir psykisk sykdom økt risiko for å utvikle annen psykisk sykdom, altså en reell annen sykdom enn den man hadde i utgangspunktet. Se eksempelvis "Exploring Comorbidity Within Mental Disorders Among a Danish National Population" JAMA Psychiatry. 2019 Mar 1;76(3):259-270. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.3658. Ett av funnene var 30% risiko for unge menn med stemningslidelser (herunder depresjon) for å utvikle nevrotiske lidelser (herunder angst) innen 5 år. Av omtalte bakgrunnsnotat for psykiatri fremgår at "Sammen med depresjoner sees ikke sjelden angstlidelser, tvangsnevroses, stoff- og medikamentmisbruk og alkoholisme". Det er derfor, av min erfaring, praksis fra NHV å sette vide reservasjoner ved psykisk sykdom. I kundens tilfelle settes dette på spissen. Det er helt fragmentert medisinsk dokumentasjon, som ikke muliggjør noen diagnosesetting fra utenforstående. Både angst- og depresjonssymptomer har vært beskrevet. Det vil ikke være mulig å sette begrensede reservasjoner for enkelttilstander. Konklusjon om reservasjon for psykisk lidelse er avhengig av om dokumentasjonen i tilstrekkelig grad sannsynliggjør at en psykisk lidelse har funnet sted, hvilket jeg tidligere har besvart bekreftende.

Siste uttalelse fra fastlege av 2024 er i tråd med hva som er lagt til grunn og omtalt ved tidligere vurderinger, og gir ikke grunnlag for å endre konklusjoner.

Foretaket fremla også artikkelen "Exploring Comorbidity Within Mental Disorders Among a Danish National Population". Under "Key points" sto det:

This population-based cohort study of 5 940 778 individuals, followed up for 83.9 million person-years, found that comorbidity within mental disorders was pervasive (there was an increased risk of developing all other mental disorders after an index mental disorder) and that the risk of developing comorbidity was most prominent in the first year after the onset of a mental disorder; however, the increased risk persisted over at least 15 years. For some disorders (eg, mood disorders) the absolute risks of developing specific later disorders (eg, anxiety disorders) was substantial (eg, 30%-40% over 5 years)

Foretaket fremla videre "Bakgrunnsnotat Psykiatri Nemnda for helsevurdering (NHV)", hvor det fremgikk at kapittelet ble sist revidert i desember 2001. Det siteres:

... En vesentlig svakhet er at vi ikke har greid å finne gode undersøkelser når det gjelder prognose for psykiske lidelser som debuterer med milde symptomer (eks. depresjon, angst) som behandles i allmennpraksis. De retningslinjer som utvalget foreslår må derfor sees på som langt mer midlertidig enn retningslinjene for andre fagområder som er revidert de senere år ...

Under Generelt sto det:

Selv om psykiske lidelser kan føre til øket dødelighet, gir først og fremst hyppige/langvarige sykmeldinger og uførhet. Trygdeetatens registre viser at hele 17 % av alle sykmeldinger i 1997 og 1998 var registrert med psykiske problemer som hoveddiagnose ...

Selv om de enkelte psykiske sykdommer har forskjellig prognose må en i større grad enn innenfor andre sykdomsgrupper legge vekt på sykdomsepisodenes hyppighet, varighet og karakter, sykmeldingsperioder og innleggelse i spesialavdelinger. Ofte sees somatiske symptomer, ikke minst fra muskel- og skjelettsystemet.

Det er overhyppighet av medikament- og alkoholmisbruk og innen mange sykdomsgrupper er risiko for suicid øket.

Foretaket fremhevet at det under "Depressive, angstpregede eller "nevrotiske" lidelser", sto:

Stemningslidelser

Dette omfatter lidelser der den fundamentale forstyrrelsen er en endring i affekt eller stemningsleie til depresjon eller heving av stemningsleiet.

Stemningslidelser er vanlige. Om lag hver 5. kvinne og 7. mann vil i løpet av livet rammes av en behandlingskrevende depresjon. Mer enn 1 % vil rammes av en bipolar lidelse. På et gitt tidspunkt vil ca 5% av befolkningen ha en stemningslidelse. Debutalderen har sunket og vil være omkring 40 år for stemningslidelser med unipolart preg (depresjon) og ca 18 år for bipolare lidelser. Sykdomsutviklingen kan være brå eller snikende over uker og måneder.

Varighet av en ubehandlet depresjon pleier å være 6 måneder eller lengre. Om lag 80 % av førstegangsdeprimerte kommer til å få lidelsen på ny. Risikoen er høyere ved bipolar lidelse.

Stemningsforandrede episoder pleier komme tilbake hyppigere med årene. Tette og langtrukne depresjoner påvirker grad pasientens sosiale tilpasning og familieliv.

Epidemiologiske studier har vist at ubehandlede pasienter kan tilbringe om lag 1/5 av sin levetid i depressive eller maniske episoder ...

Inndeling av stemningslidelsene etter ICD-10 (F30-F39) er svært detaljerte. Viktige undergrupper er:

- Enkeltstående maniske episode
- Bipolar stemningslidelse
- Depressiv episode
- Tilbakevendende depressiv lidelse
- Vedvarende stemningslidelser
- Dystymi

...

Videre siteres:

Depressiv episode kan være mild, moderat eller alvorlig og kjennetegnes av nedstemthet, redusert energi- og aktivitetsnivå. Evnen til å glede seg, føle interesse og konsentrasjon er nedsatt og det er uttalt tretthet. Vanligvis blir søvnen forstyrret. Avhengig av symptomenes antall og alvorlighetsgrad graderes depresjonen:

Ved mild depressiv episode har personen problemer med å fortsette med ordinært arbeide og sosiale aktiviteter, men slutter trolig ikke helt å fungere.

Ved moderat depressiv episode vil personen vanligvis ha betydelig problemer med fortsette sine aktiviteter sosialt, i arbeide eller i hjemmet.

...

Tilbakevendende depressiv lidelse karakteriseres av gjentatte episoder med depresjon. Både alder ved debut, alvorlighetsgrad og depresjonsepisodenes hyppighet varierer mye.

Individuelle episoder varer også mellom 3 og 12 måneder, med gj.snitt ca 6 mdr. Det oppnås vanligvis fullstendig restitusjon mellom episodene, men mindretall av pasientene kan utvikle en vedvarende depresjon, særlig ved høy alder.

...

Sammen med depresjoner sees ikke sjelden angstlidelser, tvangsnevroses, stoff- og medikamentmisbruk og alkoholisme. Somatiske symptomer er også hyppig ved depresjoner – dette gjelder særlig muskel- og leddlidelser og kroniske smertetilstander.

Utvalget har ikke funnet medisinske undersøkelser fra Norge eller Skandinavia på oppfølging av pasienter med det som kan karakteriseres som lette depresjoner behandlet i allmennpraksis.

### Angstlidelser

De fleste pasienter med psykiske lidelser har betydelig forhøyet angst. I mange tilfeller er angsten sekundær til andre psykiatriske eller somatiske sykdommer. Angstlidelsene er blant de vanligste sykdommer i befolkningen ...

Det er inntatt et tillegg i bakgrunnsnotatene for psykiske lidelser i september 2010. Der fremgår bl.a. at "Psykiske lidelser reduserer livskvalitet både i aktiv fase og i remisjon (Cramer et al 2010) og fører ofte til økt sykkelighet", og at psykiske lidelser/problemer utgjør en vesentlig årsak til uførhet for en fjerdedel av alle som er uføre. Det er videre beskrevet en økning av dette blant yngre (aldersgruppen 20-39). Dette gjaldt både for alvorlige psykiske lidelser, "Men også mindre alvorlige psykiske lidelser som depresjon og angst var en viktig årsak. Det var årsaken hos nær en firedel."

I en norsk prospektiv befolkningsundersøkelse (Helseundersøkelsen i Nord Trøndelag, HUNT-2, 1995 - 97) med oppfølging etter 2 år er det vist at både angst og depresjon er nøye assosiert med fremtidig uføreytelse (Mykletun 2006). Størst risiko ble funnet ved samtidig angst og depresjon

... I en oppsummering om kunnskap fra epidemiologisk forskning (Knudsen AK, HEMIL senteret UiB) om psykiske lidelser og sykefravær fremgår det:

... Internasjonal forskning viser at psykiske lidelser ofte er underrapportert som årsak til sykmelding. Lidelsene er ofte underbehandlet.

- Sykefraværet økte kraftig fra 2001 til 2008 for lettere psykiske lidelser.

- De vanligste psykiske lidelsene, depresjon og angst, bidrar mest til sykefraværet

... - Lettere psykiske helseproblemer, som bekymringer og depressive symptomer, er med på å øke belastningen av somatiske sykdommer og øvrige helseproblemer. [...]

I legeerklæring datert 12.1.24 gjentok fastlegen tidligere informasjon om "*ingen kjent fysisk eller psykisk sykdom frem til dagens dato*", mv. "*Han oppfattes til å være i god fysisk og psykisk form.*"

**Forsikrede** har i det vesentlige anført at foretaket ikke hadde saklig grunn til å sette reservasjonen, da det ikke forelå særlig økt risiko for at han ville bli ufør som følge av psykiske lidelser, sml. FinKN 2024-88. Dersom han hadde vært psykisk syk, eller hadde hatt symptomer på psykisk sykdom burde det ha utviklet seg de siste årene, det har ikke skjedd. Legeerklæringen 12.1.24 bekreftet at han var frisk de siste 10 årene, og at han var psykisk og fysisk frisk. Han hadde heller ingen sykemeldingsperiode. Notater fra helsestasjonen, ti år tilbake i tid, uten bruk av tolk, og som heller ikke er notert av lege, kan ikke benyttes i forsikredes disfavør. Videre har to andre forsikringsforetak innvilget forsikringsdekning uten reservasjoner/ økt premie basert på de samme journalopplysningene.

**Forsikringsforetaket** har i det vesentlige anført at reservasjonen for psykiske lidelser er saklig begrunnet. Foretaket har vist til vurderingene fra rådgivende lege. Videre at depresjon (P 76) ble oppført som diagnose i journal 25.8.16 og 1.9.16 (hvor det også ble vurdert oppstart av Cipralex, som er et medikament mot angst/depresjon). Vel 3 måneder senere (15.12.16) oppsøkte han legevakten og fikk Sobril. Neste journalnotat som omhandlet stress, var 24.5.17 og det ble da skrevet ut betablokkere (Pranolol) mot indre uro og stress. Foretaket kan ikke se at avgjørelse 2024-88, med et helt annet medisinsk faktum, er sammenlignbar med herværende sak.

Dersom forsikrede er symptom – og behandlingsfri frem til høsten 2025 kan han kontakte foretaket og be om revurdering/sletting av den aktuelle reservasjonen.

Foretaket har videre bemerket at det kun har konsesjon for å selge uføreforsikringer kollektivt. Disse forsikringsdekningene tilbys derfor ikke allmennheten. Ifølge forarbeidene (Ot.prp. nr. 41 2007-2008 nr. 69) faller kollektive forsikringsordninger utenfor herværende bestemmelses virkefelt. Foretaket har likevel, i utgangspunktet, valgt å legge saklighetsvurderingen som følger av Fal. til grunn ved foretakets vurderinger av forsikrings søknader.

### Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder om foretakets reservasjon for psykiske lidelser ved innvilgelse av søknad om uføreforsikring er saklig begrunnet, jf. forsikringsavtaleloven (fal.) § 1B-3.

Bestemmelsen i § 1B-3 ble tilføyd ved lov 18. februar 2022 nr. 5, og viderefører tidligere bestemmelser i forsikringsavtaleloven § 12-12 for personforsikring (og likelydende bestemmelse i fal. § 3-10 for skadeforsikring). I § 1B-3 første ledd er det bestemt at et foretak ikke "uten saklig grunn" kan nekte noen en forsikring "på vanlige vilkår". I annet ledd fremgår det at forhold som medfører "en særlig risiko" skal regnes som "saklig grunn", under forutsetning av at det er "rimelig sammenheng" mellom den særlige risikoen og avslaget.

Nemnda har flere ganger tidligere vurdert om en reservasjon eller avslag på forsikring er saklig begrunnet iht. fal. § 12-12, som nå er videreført i fal. § 1B-3. I disse sakene har nemnda basert på følgende rettslige rammer for vurderingen, se bl.a. 2017-653 og 2018-731:

"Etter fal. § 12-12 første ledd kan et foretak ikke nekte noen en forsikring "uten saklig grunn". Paragrafen – og den likelydende bestemmelsen i § 3-10 – ble tilføyd ved endringslov 27. juni 2008 nr. 65. Det fremgår av forarbeidene til 2008-loven at foretaket må ha saklig grunn til å avslå forsikring, og at det må foreligge en særlig risiko. Foretaket må kunne dokumentere at det foreligger forsvarlige og relevante analyser av risikoen. Dessuten må det være en rimelig sammenheng mellom den særlige risikoen og avslaget. I dette ligger blant annet krav til sammenheng mellom statistiske analyser av risiko som legges til grunn for avslag, og den konkrete saken hvor forsikring avslås, samt at avslaget ikke går lenger enn den særlige risikoen krever, jf. annet ledd første punktum hvoretter forhold som medfører en særlig risiko kan utgjøre saklig grunn, men som krever at foretaket må kunne dokumentere at det foreligger slike forhold. Foretaket kan ikke basere seg på en antakelse, men må kunne vise at standpunktet bygger på forsvarlige analyser, herunder statistikk. I kravet om særlig risiko ligger at helt alminnelige forhold som gjelder store grupper av befolkningen, ikke kan utgjøre saklig grunn. Videre ligger det i dette et krav til hvor betydelig risikoen er, dvs. til mulighetene for at det vil inntreffe et forsikringstilfelle. I utgangspunktet må det kreves en markert risikoøkning.  
[...].

Lovteksten sier ikke noe om reservasjon, men i Ot.prp.nr.41 (2007–2008) heter det på s. 99 annen spalte at foretakene "der en bestemt risiko anses å være for høy, må vurdere om det er mulig å avgrense mot den særlige risikoen gjennom mer begrensede tiltak enn en total forsikringsnektelse, typisk gjennom begrensninger i dekningsfeltet". En slik begrensning av dekningsfeltet – reservasjon – er mindre inngripende enn en total forsikringsnektelse. Det er ikke noe i lovforarbeidene som tilsier at det gjelder andre regler for reservasjoner enn for en nektelse. Foretaket må således også her kunne dokumentere at en reservasjon bygger på en analyse av risikoen som viser at den utgjør en særlig risiko".

Nemnda har videre lagt til grunn at kravet om rimelig sammenheng innebærer at den statistikken som anvendes, holder et tilstrekkelig faglig nivå og er tilstrekkelig oppdatert og tidsmessig, jf. Ot.prp. nr. 41 (2007–2008) s. 45 og FinKN-2017-479.

Spørsmålet er om foretaket har godtgjort at det foreligger markert økt risiko for at forsikrede blir minst 40 prosent varig arbeidsufør som følge av psykiske lidelser, slik at foretaket har saklig grunn til å sette reservasjonen.

I saker som gjelder tvist om foretaket etter en medisinsk vurdering har saklig grunn til å avslå inngåelse av en forsikringsavtale eller til å sette reservasjoner, utvides nemnda med to medisinske sakkyndige medlemmer fra henholdsvis forsikringsnæringen og brukerorganisasjonene. De medisinske sakkyndige medlemmene skal sikre vurdering av medisinskfaglig nivå. Det er likefullt foretaket som må sannsynliggjøre at det har saklig grunn til å sette reservasjon i forsikringsavtalen, og som må sørge for at det foreligger forsvarlige og relevante analyser av risikoen.

Slik saken er opplyst, sannsynliggjør ikke den kliniske dokumentasjonen at foretaket har saklig grunn til å begrense forsikringens dekningsfelt ved å innta en reservasjon for psykiske lidelser. Nedtegnelsene i journal er basert på anamnese og bakgrunnen for nedtegnelsene synes situasjonsbetinget: helseundersøkelse av asylsøker. Det kliniske bildet som tegner seg, er av situasjonsbetingede psykiske plager som kan tilskrives forsikringssøkers livssituasjon (plassert på

asylmottak og uthengt i sosiale medier/trusler). Etter nemndas syn tilsier verken plagenes alvorlighetsgrad, varighet eller medikamentell behandling at det her er tale om en depressiv lidelse. Selv om det er skrevet ut medikamenter, er det usikkert om medikamentene er tatt i bruk. Innleggelse er ikke vurdert. Kjernesymtomer for en mild depressiv lidelse etter ICD-10 (gledeløshet, klart lavere stemningsleie og lavt aktivitetsnivå) er heller ikke tilstrekkelig dokumentert. Forsikringssøker har vært symptomfri siden 2017. Slik saken er opplyst for nemnda, hadde foretaket på tegningstidspunktet ikke saklig grunn for reservasjonen.

Avgjørelsen er enstemmig.

#### **Finansklagenemnda Persons konklusjon**

Forsikrede gis medhold.

*Ved behandlingen deltok Birgitte Hagland (leder), Jon Einar Martinsen (bransjerepresentant), Trine Almås (bransjerepresentant - medisinsk sakkyndig), Paal Bjønness (forbrukerrepresentant) og Pål Wiik (forbrukerrepresentant - medisinsk sakkyndig).*