

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2026-970

9.9.2026

If Skadeforsikring NUF

Sykeforsikringer/barnekasko

Sykeforsikring – hjerteinfarkt – dekningsomfang – medisinsk uenighet - avvist.

Forsikrede ble innlagt på sykehuset i en uke i 2025. Det ble det konstatert lett akutt nyresvikt. Ved utskriving ble det notert diverse diagnoser, herunder I21.1a Type 2 hjerteinfarkt. Dette ble senere rettet til kun Type 2 hjerteinfarkt. Foretakets rådgivende lege vurderte at vilkårene for utbetaling som følge hjerteinfarkt ikke var oppfylt. Spesialist i allmennmedisin vurderte at den medisinske dokumentasjonen tilsa at vilkåret var oppfylt. Foretaket avsto krav under henvisning til at vilkårene for utbetaling som følge av hjerteinfarkt ikke var oppfylt. Saken reiste spørsmål om forsikrede hadde krav på erstatning. Nemndas flertall viste til at det forelå medisinsk uenighet og at saken reiste medisinske spørsmål som ikke egnet seg for nemndas rent skriftlige saksbehandling. Nemnda avviste saken.

Saksfremstilling

Forsikrede ble innlagt på sykehuset i en uke i 2025.

Av innkomstjournalen fremgår at forsikrede ringte ambulansen natt til innleggelsesdagen og var i «svært redusert allmenn tilstand», samt hadde «feber [...] rygg smerter [...] med kombinert infeksjonsfølelse. Det ble notert «lett akutt nyresvikt». Videre fremgår om hjertet: «Rene hjertetoner, regelmessig frekvens. Ingen hørbare bilyder». EKG viste «SR, hf 140. En del ST depresjoner, mulig strain».

I notat fra undersøkelse samme natt fremgår at RG toraks viste «en minimal, atelektasepreget fortetning basalt på venstre side, ellers ingen avgrensable lungefortetninger». Videre at «Hjertet har normal størrelse og det er slankt mediastinum».

I notat dagen etter fremgår at forsikrede hadde smerter og var kald på hendene. Videre at man mistenkte disseminert intravaskulær koagulasjon. Dagen etter ble det notert at forsikrede ble bedre av behandling og derfor flyttet fra intensivavdelingen.

Forsikrede var neste dag i bedring og ble overflyttet til sengepost for videre behandling. Under «Intensivrelaterte diagnoser» fremgår:

D62	Hypokalemi
R39.2	Akutt nyresvikt, annen
E87.6	Hypokalemi
R57.2	Septisk sjokk (sepsis-3) Tillegg til infeksjonskode

Tre dager senere opplevde forsikrede noe forverring i form av kvalme og at forsikrede følte seg redusert. Videre at «Nyresvikt er i bedring».

I epikrise fra utskriving fremkommer:

A41.8 Annen spesifisert sepsis

* B96.2 Escherichia coli som årsak til sykdom klassifisert i annet kapittel

U82.2 Ekstendert spektrum betalaktamaseresistens (e. coli ESBL)
A49.1 Enterokokkinfeksjon
D65 Disseminert intravaskulær koagulasjon
K72.0 Akutt leversvikt
N17.0 Akutt nyresvikt med tubulær nekrose
I21.1a Type 2 hjerteinfarkt
E 87.6 Hypokalemi
E 83.5 Hypocalcemi
E 87.2 Metabolsk acidose

Dette ble senere rettet ved at «I21.1a» ble fjernet slik at det kun sto «Type 2 hjerteinfarkt». Foretakets rådgivende lege vurderte 2.10.25 at:

[...]

Diagnosen hjerteinfarkt krever en helhetlig vurdering av symptomer, EKG og troponindynamikk. Dette understøttes også av en studie ved Infarktambulansen ved [...] i perioden 2017-2020 som konkluderte med at diagnostikk av hjerteinfarkt fungerte bra når man utførte tre tester samtidig (EKG, ultralyd og Troponin T), men at testene hver for seg ikke har god nok treffsikkerhet.

I den aktuelle saken kan jeg ikke se at man har konsultert en kardiolog underveis. Det ble ikke gjort noe videre utredning med tanke på hjerteinfarkt - for eksempel med ekkokardiografi (ultralyd) eller angiografi. Det ble heller ikke gitt noe behandling for hjerteinfarkt under innleggelsen.

Med bakgrunn i dette er min konklusjon at vilkår i punkt f) *Hjerteinfarkt eller alvorlig angina pectoris (hjertekrampe)* ikke er oppfylt.

Foretaket avslo kravet 8.10.25 under henvisning til at forsikrede ikke ble utsatt for «et hjerteinfarkt eller hjertekrampe slik vilkåret krever».

I legeerklæring fra spesialist i allmennmedisin (udatert) fremgår:

Pasienten ble innlagt med en ubestridt livstruende tilstand. Journalen fra [sykehuset] bekrefter følgende alvorlige og samtidige diagnoser:

- **Septisk Sjokk** (Diagnosekode R57 .2)
- **Disseminert Intravaskulær Koagulasjon (DIC)** (Diagnosekode 065)
- **Sepsis** (Hovedtilstand A41.8)
- **121.1 a Type 2 Hjerteinfarkt**

Dette etablerer den medisinske konteksten: Hjerteinfarkt var en direkte komplikasjon av en systemisk, livstruende krise.

Basert på pasientens journal er min faglige vurdering som følger:

1. Vurdering av vilkår: "Diagnosen skal være stilt ved ... indremedisinsk sykehusavdeling."

- **Dette vilkåret er oppfylt.** Pasienten var innlagt ved **Medisinsk avdeling**, [sykehus]. Epikrise datert 09.04.2025 (type2mi) bekrefter formelt diagnosen **"I21.1A Type 2 hjerteinfarkt"** under "Hovedtilstand".

2. Vurdering av vilkår: " ... på bakgrunn av typisk økning i hjertemarkører ... "

- **Dette vilkåret er oppfylt.** Journalen dokumenterer en klinisk signifikant og "typisk" stigning og påfølgende fall i hjertemarkøren S-Troponin.T. (...)
- Denne kurven er et objektivt medisinsk bevis på en akutt -skade (nekrose) og er fullt ut forenlig med en hjerteinfarktdiagnose.

3. Vurdering av vilkår: " ... støttet av EKG-forandringer som er typisk for ferskt hjerteinfarkt."

- **Dette vilkåret er oppfylt.** Ved innkomst (...) ble pasientens EKG vurdert av lege. Innkomstjournalen [...] beskriver EKG-et som følger:
 - "EKG: SR, hf 140. En **del ST depresjoner**, mulig strain."

- Funn av ST-depresjoner er en EKG-forandring som er typisk for, og støtter, diagnosen ferskt hjerteinfarkt (myokardiskemi). **Årsak:** Hjerteinfarkt var et **Typ 2 Hjerteinfarkt (T2MI)**. Dette var en *sekundær* hendelse som var en direkte konsekvens av den ekstreme fysiologiske belastningen og oksygenmangelen som pasientens **Septiske Sjokk** og DIC påførte hjertemuskelen.

Forsikrede klagde på foretakets avslag og fremla oppdatert dokumentasjon, herunder rettingen omtalt ovenfor. Rådgivende lege vurderte 23.12.25 at:

Jeg kan ikke se at det foreligger ny medisinsk dokumentasjon i denne saken som endrer min tidligere konklusjon. Dersom forsikrede er usikker på om vår vurdering er riktig, vil jeg anbefale at han drøfter min tidligere uttalelse med behandlende spesialist (kardiolog) på sykehuset.

En erklæring skrevet av fastlege - som ikke har vært behandlende lege i denne saken – er ikke tilstrekkelig. Det er den tidsnære medisinske dokumentasjonen fra behandlende spesialisthelsetjeneste som er utslagsgivende for vurderingen.

Tilleggsbemerkning:

I21.1a står ikke for hjerteinfarkt type 2, men for "Akutt transmuralt hjerteinfarkt type 4a i nedre vegg".

Foretaket fastholdt avslaget.

Forsikrede har i det vesentlige anført han i løpet av sykehusoppholdet i 2025 hadde et hjerteinfarkt som ga rett til erstatning, jf. vilkårspkt. 5 f).

Vurderingen fra foretakets rådgivende lege ett år etter hendelsen kan ikke vektlegges. Foretaket skulle innhentet vurdering fra kardiolog på et tidligere tidspunkt. At de på et senere tidspunkt påberoper seg manglende kardiologisk vurdering kan derfor ikke føre frem.

Den tidsnære dokumentasjonen, herunder innkomstjournalen, dokumenterer at forsikrede fikk et hjerteinfarkt i tråd med vilkårene. I epikrisen ved utskrivning fremgår at han hadde hjerteinfarkt type 2. Videre ble det ved innkomst notert om ST depresjoner og mulig strain. Til slutt viser Troponin T verdiene som gikk fra 78 til 161 i løpet av innleggelsen at forsikrede hadde akutt celledød i hjertemuskelen. Vilårene som oppstilles i vilkårspkt. 5 f) er derfor oppfylt.

At hjerteinfarkt var først ble kodet som I21.1A er kun en teknisk skrivefeil som senere har blitt rettet. Den kliniske realiteten i lys av dokumentasjonen fremhevet ovenfor er at forsikrede hadde ett Type 2 hjerteinfarkt. I tråd med ukklarhetsregelen må det gå utover foretaket at vilårene er uklare på dette punktet.

Foretaket har i det vesentlige anført forsikrede ikke har sannsynliggjort at han hadde et hjerteinfarkt som gir rett til erstatning, jf. vilkårspkt. 5 f).

I henhold til vilårene kreves det en helhetlig vurdering av symptomer, EKG og troponindynamikk. De tidsnære journalopplysningene dokumenterer ikke diagnostiske vurderinger som tilfredsstillende kriteriene forsikringsvilårene oppstiller for diagnosen hjerteinfarkt. Det fremgår ikke av journalen hvilke diagnostiske vurderinger som ligger til grunn for at sykehuset noterte hjerteinfarkt i epikrisen. Det er ikke dokumentert at kardiolog har vært konsultert, og heller ikke gjort noe videre utredning med tanke på hjerteinfarkt.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Spørsmålet er om forsikrede hadde et hjerteinfarkt som gir rett til erstatning, jf. vilkårspkt. 5 f).

Hvilke situasjoner som gir rett til en utbetaling under en forsikring, er avhengig av den avtale som er inngått mellom forsikringstakeren og foretaket, med andre ord vilårene. Det er kravstiller, altså forsikrede, som har bevisbyrden. Det betyr at det er forsikrede som i tilstrekkelig grad må sannsynliggjøre at vilårene for utbetaling er oppfylt.

I vilkårenes pkt. 5 er det regulert hvilke sykdommer, skader og behandlinger som er omfattet av forsikringen. Under bokstav f) om «Hjerteinfarkt eller alvorlig angina pectoris (hjertekrampe)» fremgår:

Hjerteinfarkt der diagnosen er stilt på bakgrunn av typisk økning i hjertemarkører og støttet av EKG-forandringer som er typisk for ferskt hjerteinfarkt. Diagnosen skal være stilt ved kardiologisk eller indremedisinsk sykehusavdeling.

[...]

Avgjørende i saken er om det foreligger en tilstand som faller inn under denne definisjonen. Nemndas praksis viser at der det tas stilling til om ulike sykdomstilfeller gir rett til erstatning iht. vilkårene for utvalgte sykdommer, må vilkårene forstås strengt, jf. 2025-1053 med videre henvisninger.

I aktuelle sak har rådgivende lege ved to anledninger vurdert at det aktuelle sykdomstilfellet ikke faller inn under vilkårene. Spesialist i allmennmedisin har derimot vurdert at det forelå typisk økning i hjertemarkører støttet av EKG-forandringer, og at diagnosen ble stilt ved indremedisinsk sykehusavdeling, slik at vilkårene er oppfylt. Det foreligger dermed en medisinsk uenighet.

Finansklagenemnda Persons flertall, leder de Vibe Malling, og Martinsen, bemerker:

Nemnda har ikke medisinsk kompetanse, og tilbyr kun skriftlig saksbehandling. Etter flertallets syn er det i denne saken behov for medisinsk kompetanse og muntlig bevisførsel for å ta stilling til om forsikrede hadde et hjerteinfarkt som gir rett til erstatning.

Slik saken er opplyst finner flertallet at den reiser bevismessige spørsmål som ikke egner seg for nemndas skriftlige saksbehandling, jf. vedtektene for Finansklagenemnda pkt. 4 bokstav d, der det fastsettes at en sak kan avvises fra nemndsbehandling dersom «saken ikke lar seg behandle uten at dette i særlig grad går ut over nemndas effektivitet», jf. lov 17. juni 2016 nr. 29 om klageorganer for forbrukersaker § 14 første ledd bokstav f, jf. Prp 32 L (2015-2016) pkt. 10.6.1.3.

Mindretallet, Borvik, bemerker:

Mindretallet er enig i utgangspunktet om at nemnda, som følge av manglende medisinsk kompetanse, ikke kan behandle saker der det er medisinsk uenighet.

I denne saken er det imidlertid mindretallets syn at rådgivende leges vurderinger ikke kan tillegges vekt, fordi vedkommende synes å ha lagt vekt på flere forhold som ikke er relevante etter vilkårenes pkt. 5. Rådgivende lege har blant annet vist til at kardiolog ikke ble konsultert, og at det ikke ble gjort noen videre utredning eller behandling med tanke på hjerteinfarkt. Videre har rådgivende lege gjort «en helhetlig vurdering» av symptomer, EKG og troponindynamikk, mens vilkårene krever at diagnosen stilles på bakgrunn av «typisk økning i hjertemarkører og støttet av EKG-forandringer som er typisk for ferskt hjerteinfarkt».

Ettersom rådgivende lege, i motsetning til spesialisten i allmennmedisin, ikke har foretatt en vurdering med grunnlag i vilkårene, foreligger det etter mindretallets syn ingen medisinsk uenighet i saken. På denne bakgrunn mener mindretallet at saken ikke skal avvises.

Avgjørelsen er avgitt under dissens.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Saken avvises fra behandling i Finansklagenemnda.

Ved behandlingen deltok Kaja de Vibe Malling (leder), Jon Einar Martinsen (bransjerepresentant) og Jan Christian Borvik (forbrukerrepresentant).