

Ankenævnet for Forsikring

Den 30. juni 2026 blev i sag nr. 103450:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Velliv, Pension og Livsforsikring A/S
Lautrupvang 10
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har forsikring ved visse kritiske sygdomme. I klageskema af 22/4 2025 har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Jeg skriver på vegne af [klageren] for at klage over Vellivs afslag på udbetaling under hendes forsikringsdækning for kritisk sygdom. Vellivs afgørelse er både juridisk og medicinsk fejlagtig, og vi beder om en uvildig vurdering af sagen.

1. Baggrund for klagen

[Klageren] har fået diagnosticeret en hjernetumor (meningeom), som har forårsaget epilepsi. Ifølge forsikringsbetingelserne (§ 2 H) er der ret til udbetaling, hvis en hjernetumor medfører et varigt mén på mindst 15 %, vurderet efter Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings (AES) méntabel.

- Neurologens vurdering fastslår, at [klagerens] epilepsi skyldes den påviste tumor.
- Epilepsien er behandlingskrævende og livsvarig, hvilket ifølge AES's méntabel giver mindst 15 % varigt mén.
- [Klageren] har fået et kørselsforbud i 12 måneder, hvilket bekræfter alvoren af hendes tilstand.
- Der er dokumenterede kognitive problemer og træthed som følge af epilepsien.

På trods af dette har Velliv afvist hendes krav med den begrundelse, at hendes mén kun vurderes til 10 %. Denne vurdering strider mod AES's retningslinjer og en objektiv vurdering af hendes helbredstilstand.

2. Hvorfor Vellivs afgørelse er forkert

Jeres vurdering af sagen bør tage følgende fejl i Vellivs afgørelse i betragtning:

1. Velliv vurderer ménet for lavt

- Ifølge AES's méntabel medfører behandlingskrævende epilepsi mindst 15 % mén, men Velliv har kun vurderet det til 10 %.
- Dette betyder, at de bevidst har vurderet ménet lavere end den objektive standard, hvilket er fejlagtigt.

2. Fejlagtig afvisning af neurologens vurdering

- Neurologen har fastslået, at [klageren] har en høj risiko (>60 %) for yderligere anfald, hvilket er et varigt helbredsproblem.
- Velliv har ignoreret denne vurdering, selvom internationale medicinske standarder anerkender sekundær epilepsi som en livsvarig lidelse.

3. Forkert afvisning af kognitive mén

- [klageren] oplever betydelige hukommelsesproblemer og træthed, men Velliv afviser dette uden medicinsk grundlag.
- Kognitive mén er en velkendt følge af epilepsi og hjernesvulster.

3. Forsikringsbetingelserne er opfyldt

Ifølge forsikringsbetingelserne har [klageren] ret til udbetaling, fordi:

- Hendes sygdom opfylder definitionen af kritisk sygdom (§ 2 H).
- Epilepsien er varig og behandlingskrævende.
- AES's méntabel fastsætter ménet til mindst 15 %, hvilket er grænsen for udbetaling.

4. Krav til Ankenævnet

Jeg anmoder om, at Ankenævnet for Forsikring:

1. Gennemgår sagen uvildigt og vurderer, om Vellivs afgørelse er i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne og AES's méntabel.
2. Anmoder om en uafhængig neurologisk vurdering, hvis nødvendigt, for at vurdere ménets reelle omfang.
3. Pålægger Velliv at udbetale den forsikringssum, som [klageren] har ret til.

...

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

[klageren] vil gerne opnå den udbetaling hun har ret til ved kritisk sygdom."

Selskabet har den 28/5 2025 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Forsikredes klage

Klager er uenig i afgørelsen om, at Klager ikke er berettiget til udbetaling fra forsikring ved visse kritiske sygdomme, da Klager mener, at hendes behandlingskrævende epilepsi efterlader en méngrad på mindst 15 %.

Selskabets afgørelse

Selskabet fastholder afgørelsen om, at betingelserne for udbetaling af forsikringssummen ved visse kritiske sygdomme ikke er opfyldt.

Aftalegrundlag

Forsikringen ved visse kritiske sygdomme giver ret til udbetaling af en engangssum, hvis Klager diagnosticeres med én af de sygdomme, der specifikt er nævnt i forsikringsbetingelserne.

Af forsikringsbetingelserne § 2 H (**Bilag A**) vedrørende visse godartede svulster i hjerne og rygmarv fremgår, at der er ret til udbetaling ved:
*'En svulst opstået i og udgået fra hjerne, hjernestamme, rygmarv eller disse organers hinder (centralnervesystemet), der uanset evt. operation medfører **varigt mén** på mindst 15 %, vurderet ud fra Arbejdsmarkedets erhvervssikrings (AES) gældende méntabel.*

Dækningen omfatter ikke:

- Cyster eller granulomer
- Hypofyseadenomer
- Tumorer i kranie-/hjernenerver (herunder Schwannomer/neurinomer)'

Sagsforløb

Den 1. august 2024 modtager Selskabet en ansøgning om udbetaling ved visse kritiske sygdomme (**Bilag B**), hvoraf det fremgår, at hun den 23. juni 2024 har fået stillet diagnoserne 'Hjerneblødning, meningenom og epilepsi'.

Selskabet indhenter efterfølgende journaloplysninger fra [hospital1] (**Bilag C+D**) og [hospital2] (**Bilag E**)

Det fremgår af oplysningerne, at Klager både har fået påvist:

- en 13 x 8 mm delvis forkalket hjernetumor, muligt meningeom, i venstre isselap (parietallap) med lille kontakt til hjernevævet og
- mere end 10 mikrobldninger i mindre område i venstre nakkelap (occipitallap), ingen blødninger i resten af hjernen.

Da der ikke er enighed mellem afdelingerne om, hvilken af ovennævnte, som har været årsag til Klagers krampeanfald, bliver der planlagt yderligere undersøgelser, som Selskabet vælger at afvente resultatet af.

Dette bliver Klager informeret om i brev af 12. august 2024. (**Bilag F**)

Den 5. september 2024 modtager vi oplysninger fra [hospital1] (**Bilag G**), hvoraf det fremgår, at der er planlagt en opfølgende MR-skanning af hjernen i neurokirurgisk regi. Denne skanning og nye undersøgelse ønsker Selskabet at afvente, inden vi træffer afgørelse, om forsikringsbetingelserne er opfyldt. Klager bliver informeret omkring dette i brev af 11. september 2024 (**Bilag H**).

Den 11. november 2024 modtager Selskabet resultatet af MR-skanningen (**Bilag I**), og ud fra disse vurderer Selskabet, at der ikke ses nogen vækst af meningeom. Yderligere behandling er ikke på tale, og Klager ønsker heller ikke operation. På det foreliggende er der ikke påvist et varigt mén på mindst 15%, men udelukkende omkring 5% grundet et enkeltstående krampeanfald.

Vi informerer Klager om vores vurdering i brev af 5. november 2024 (**Bilag J**).

Den 5. december 2024 modtager Selskabet en mail fra Klager vedlagt journal fra neurolog ... (**Bilag K**). På baggrund af oplysningerne vurderer Selskabet, at méngraden kan fastsættes til 10%, hvilket dermed betyder, at forsikringsbetingelserne fortsat ikke er opfyldt. Dette oplyser vi Klager i brev af 11. december 2024 (**Bilag L**).

Den 12. december 2024 modtager Selskabet en klage (**Bilag M**). Henvendelsen ændrer ikke Selskabets tidligere afgørelse, hvilket vi informerer Klager om den 22. januar 2025 (**Bilag N**).

Den 12. februar 2025 modtager Selskabet en klage til den klageansvarlige (**Bilag O**). Der er ikke fremkommet nye oplysninger, som kan ændre Selskabets afgørelse, hvilket gør, at vi fastholder vores tidligere afgørelse (**Bilag P**).

Den 8. april 2025 modtager Selskabet yderligere en klage til den klageansvarlige (**Bilag Q**). De indsendte oplysninger ændrer ikke vores vurdering, hvilket vi informerer Klager om i brev af 14. april 2025 (**Bilag R**).

Selskabets vurdering

Klager har fået stillet diagnosen meningeom, som er en sygdom, der er omfattet af forsikringsbetingelserne ved visse kritiske sygdomme § 2H. Det er en betingelse for udbetaling, at sygdommen har medført et varigt mén på mindst 15% eller mere.

Klager bliver indlagt den 23. juni 2024 grundet et første gangs generaliseret krampeanfald, forudgået af synsforstyrrelser. Der bliver påvist både

- en 13 x 8 mm delvis forkalket hjernetumor, muligt meningeom, i venstre isselap (parietallap) med lille kontakt til hjernevævet og
- mere end 10 mikrobloodninger i mindre område i venstre nakkellap (occipitallap), ingen blodninger i resten af hjernen

Inden man kan finde årsagen til krampeanfaldet, skal Klager til yderligere undersøgelser. Der bliver ved en MR-skanning den 4. oktober 2024 ikke fundet nogen vækst af det lille meningeom over venstre isseregion. Klager får stillet diagnosen epilepsi efter krampeanfaldet, og modtager en mild behandling for dette. Yderligere behandling er ikke på tale, og Klager ønsker ligeledes ikke en operation. (**Bilag I**)

I det kliniske notat fra neurolog ... (**Bilag K**) fremgår det, at Klager kan opfylde definitionen på epilepsi, baseret på 1 anfald og en risiko på mere end 60% for fornyede anfald. Klager har ikke haft yderligere anfald under den antiepileptiske behandling.

Behandlingskrævende epilepsi, som følge af meningeomet, vil give et mén i henhold til Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings méntabel pkt. A.4.5 omhandlende 'Posttraumatisk epilepsi'. Ménet som følger:

A.4.5.1. Enkeltstående anfald uden behandling	<5
A.4.5.2. Behandlingskrævende epilepsi, men velbehandlet med ingen eller sjældne anfald	10
A.4.5.3. Behandlingskrævende epilepsi, men trods behandling svære hyppige anfald	25

Selskabet lægekonsulent med speciale i neurologi udtaler, at Klager behandles for epilepsi med en beskeden dosis medicin, og hun bliver beskrevet velbehandlet uden yderligere anfald. Dette vurderer vi medfører et mén på 10 % i henhold til ovenstående.

Ligeledes bemærker han, at det måske er begrænset, om det lille påviste meningeom på ca. 9x12x12 mm over venstre isseregion kan begrunde en øget risiko for nye anfald på mere end 60 %, hvilket derfor ikke kan begrunde en højere fastsættelse af méngraden.

Klager påpeger i sit skriv til Ankenævnet, at ifølge AES' méntabel medfører behandlingskrævende epilepsi mindst 15% i mén. Dette mener Selskabet ikke er korrekt.

Méntabellens pkt. A.4.5.2. omhandlende behandlingskrævende epilepsi, som er velbehandlet med ingen eller sjældne anfald, fastsætter en méngrad på 10%. Denne fastsættelse af méngrad indbefatter også eventuelle bivirkninger af den medicinske behandling som fx træthed.

Klager påpeger ligeledes, at internationale medicinske standarder anerkender sekundær epilepsi som en varig lidelse.

De internationale retningslinjer for diagnosen af epilepsi, refereret i nnbv.dk (Neurologiske Nationale Behandlingsvejledning) er enten:

- 1. To uprovokerede epileptiske anfald adskilt af mere end 24 timer eller*
- 2. Et epileptisk anfald samt en sandsynlighed på over 60% for at personen vil få endnu et epileptisk anfald i de næste 10 år.*

Vores lægekonsulent med speciale i neurologi vurderer, at betingelse 2 måske kan anses for at være opfyldt, da der er påvist en lille hjernesvulst, der netop har kontakt med hjerneoverfladen i venstre hjernehalvdel, imod denne betingelse taler dog de ganske uspecifikke EEG forandringer (**Bilag I**). Ligeledes skal det præciseres, at Klager startede antiepileptisk behandling efter det første krampeanfald og har ikke siden haft et anfald. Klagers mén skal derfor vurderes efter A 4.5.2 i den gældende mén tabel, hvilket dermed er et mén på 10%.

Selskabet mener ikke, at der er andre aspekter, som kan begrunde et større mén, selvom Klager ligeledes klager over træthed og nedsat hukommelse. Et lille forkalket meningeom, som kun har begrænset kontakt til hjernen og ikke medfører noget ødem på MR-skanningen, vil ikke kunne begrunde et yderligere mén for følger efter meningeomet.

Der er påvist flere mikrobldninger i nakken (occipital) lappen. Disse er ikke en følge af meningeomet, og disse vil ikke være omfattet af et punkt i méntabellen.

Vi anerkender, at Klager oplever kognitive problemer, men dette kan ikke begrundes i det påviste meningeom, som er delvist forkalket og har været til stede længe, og som kun har antydnet kontakt til hjernevævet. Et sådan meningeom medfører ikke påvirkning af de kognitive funktioner. De oplevede kognitive gener kan skyldes trætheden, der er en følge af behandlingen for epilepsi, og som indgår i vurderingen på 10% i henhold til méntabellen, eller det kan skyldes andet, der ikke har betydning for fastsættelsen af mén som følge af meningeomet.

I forbindelse med at Klager henvender sig til Ankenævnet, vedlægger hun et klinisk notat fra den 13. maj 2025. Selskabet har forelagt dette notat for vores lægekonsulent med speciale i neurologi, som oplyser, at baseret på disse oplysninger kan det naturligvis ikke fuldstændig udelukkes, at der kan være tale om partielle epileptiske anfalds fænomener, men det er på det foreliggende på ingen måde dokumenteret.

Ligeledes udtaler han, at eventuelle partielle anfald med bevaret bevidsthed udløst fra venstre is-seregion/parietal region ikke vil forventes udelukkende at medføre tilfælde med fornemmelse af 'rundtosset inde i hovedet'.

Det kliniske notat giver derfor ikke anledning til ændringer til vores vurdering, og derfor fastholder Selskabet således vores tidligere afgørelse.

Vi mener, at sagen kan afgøres på det foreliggende uden yderligere vurdering. Hvis Ankenævnet for Forsikring vurderer, at der skal indhentes en ny neurologisk vurdering, som Klager anmoder om, så vil det være Selskabet, som vurderer, om forsikringsbetingelserne er opfyldt, og ikke den pågældende neurologiske speciallæge, som ikke er bekendt med Selskabets forsikringsbetingelser."

Klageren har i brev af 8/7 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Vedrørende min klage over Vellivs afslag på udbetaling ved kritisk sygdom fremsender jeg hermed mit opdaterede svar til selskabets seneste udtalelse af 14. april 2025.

1. Strukturel epilepsi udgør et dækningsberettiget tilfælde

Velliv vurderer fejlagtigt, at min diagnose ikke kvalificerer til dækning, da sygdommen anses for 'velbehandlet med få anfald'. Denne tolkning misforstår både faktiske omstændigheder og forsikringsbetingelserne.

Min diagnose omfatter:

- Fokal epilepsi med strukturel årsag (meningeom og mikroblødninger).
- Anfaldstype: Fokal anfald med syns-aura og sekundær GTK.
- livslang behandling med lamotrigin (LTG).
- Kørselsforbud i 12 måneder (fra 23.06.2024).
- Kognitive følgevirkninger og udtalt træthed.

Sygdommen er permanent, behandlingskrævende og med funktionel påvirkning, hvilket opfylder kriterierne i forsikringsbetingelserne og Arbejdsmarkedets mentabel (pkt. 4.A.5.2) for kritisk sygdom.

2. Fejlagtig anvendelse af mentabellen

Velliv påstår, at tilstanden er for mild til at udløse menegrad. Det er forkert:

- Jeg har haft et GTK-anfald og er sat i livslang epilepsibehandling (LTG).
- Jeg er pålagt kørselsforbud i 12 måneder, hvilket kun gives ved strukturel årsag som fx tumor - ved et enkelt anfald uden læsion er frakendelsen som regel kun 6 måneder. Dette understreger, at myndigheder og behandlere vurderer min epilepsi som alvorlig og strukturel, ikke forbigående eller mild.

At sygdommen er anfaldsfri under behandling ændrer ikke dens karakter som en kritisk sygdom. En tolkning, hvor kun ubehandlede tilstande dækkes, ville modarbejde forsikringens formål og gældende praksis.

3. Dokumenteret funktionsnedsættelse og behandlingsbehov

Lægefaglig dokumentation understøtter:

- Strukturel forandring på MR (meningeom).

- EEG med epileptiforme forandringer (skarpe transienter).
- Høj risiko for nye anfald ved behandlingsophør.

...

At sygdommen er anfaldsfri under behandling ændrer ikke dens karakter som en kritisk sygdom. En tolkning, hvor kun ubehandlede tilstande dækkes, ville modarbejde forsikringens formål og gældende praksis.

3. Dokumenteret funktionsnedsættelse og behandlingsbehov

Lægefaglig dokumentation understøtter:

- Strukturel forandring på MR (meningeom).
- EEG med epileptiforme forandringer (skarpe transienter).
- Høj risiko for nye anfald ved behandlingsophør.
- Ud over det dokumenterede GTK-anfald og den strukturelle årsag (meningeom), har jeg haft følgende konsekvenser:
 - Kronisk dobbeltsyn grundet medicinen.
 - Udtalt svimmelhed og kognitiv uklarhed i dagligdagen.
 - Dosisøgning af medicin til dobbelt dosis (100 mg x 2) pga. vedvarende symptomer.
 - Kontakt til neurolog med 'rundtosset' fornemmelse i hovedet, vurderet som højst sandsynligt epileptiske mikroanfald.
 - Symptomerne har medført begrænset daglig funktion og tab af livskvalitet.

Velliv nævner ikke disse forhold i deres vurdering, hvilket giver et misvisende billede af forløbet. Træthed, dobbeltsyn og svimmelhed er almindeligt forekommende enten som direkte følge af epileptiske anfald eller som bivirkning ved behandling - og begge elementer skal indgå i vurdering af funktionstab og men.

Svimmelheden, dobbeltsynet og rundtossethed var så belastende, at jeg var i kontakt med hospital og neurolog gentagne gange, og behandlingen blev justeret. Neurolog mener at rundtossethed inde i hovedet er højst sandsynlig også er et lille epileptisk anfald Dette er ikke tilfældigt ubehag, men en del af sygdomsbilledet og bør anerkendes som sådan.

4. Vellivs vurdering mangler grundlag

Velliv har tilsyneladende ikke indhentet en uafhængig neurologisk vurdering. Deres afgørelse baseres på et ubefoget kriterium om 'velbehandlet epilepsi' uden hensyntagen til:

- Diagnosens nyhed (juni 2024).
- Strukturel hjernelæsion (ikke traumatisk).
- Daglige konsekvenser for min funktionsevne og livskvalitet.

Konklusion og anmodning

Jeg anmoder Ankenævnet om at:

- Underkende Vellivs afslag.
- Aerkende min diagnose og forløb som dækket under kritisk sygdom.
- Pålægge Velliv at udbetale den forsikrede sum."

Selskabet har i brev af 11/8 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet har haft Klagers kommentar forelagt for vores rådgivende lægekonsulent med speciale i neurologi, som udtaler, at Klagers anfaldsbeskrivelser er ganske atypiske, og det ikke er dokumenteret, at disse anfald skulle skyldes den kendte lille hjernehindetumor. Ligeledes så kan anfald

fra en tumor med den beskrevne lokalisation over venstre parietallap/isselap ikke forventes at vise sig ved det, som Klager beskriver som 'rundtossethed'.

Klager oplyser, at hun er sat i livslang behandling med lamotrigin. Hertil oplyser vores neurologiske lægekonsulent, at dette ikke er i overensstemmelse med anerkendte behandlingsprincipper, hvor det generelt anbefales at aftrappe behandling efter en vis anfaldsfri årrække. Dette er dog afhængig af flere forskellige faktorer.

Klager oplyser, at hun har fået kørselsforbud i 12 måneder. Hertil kan vi anføre, at et kørselsforbud på grund af et enkeltstående anfald med øget risiko for nye anfald er en standardregel efter kørekortcirkulæret, og derfor kan dette ikke begrunde, at forsikringsbetingelserne skulle være opfyldt.

Klager har i forbindelse med kommentaren til Ankenævnet for Forsikring vedlagt et sygeplejnotat fra den 4. juni 2025, hvoraf det fremgår, at Klager havde dobbeltsyn on-off i ca. en halv time, hvorefter det aftog. Der er ikke informationer om, at dobbeltsynet har været til stede konstant, og derfor mener vi ikke, at dette kan føre til en anden vurdering.

Vi kan samtidig se, at der har været planlagt en ny skanning i juli måned 2025. Hvis udfaldet af denne skanning har vist noget i forhold til sagen, modtager vi gerne resultatet af denne."

Klageren har i brev af 22/8 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg takker for Vellivs bemærkninger i sagen, men er uenig i flere af vurderingerne. Jeg ønsker at præcisere følgende punkter, som supplerer og korrigerer Vellivs fremstilling:

1. Omfanget og karakteren af symptomerne - herunder dobbeltsyn og svimmelhed
Velliv nævner i deres svar, at jeg oplevede dobbeltsyn i en halv times varighed og forsøger at nedtone symptomet. Jeg skal understrege, at:

- Dobbeltsyn (diplopi) opstod som en direkte følge af min epileptiske aktivitet og den medicinske behandling (Lamotrigin), hvilket er dokumenteret i lægejournaler og i min egen beskrivelse.
- Dobbeltsynet var intermitterende, men optrådte vedvarende i flere omgange over længere tid og havde betydelig indvirkning på min funktionsevne.
- Jeg oplevede desuden svimmelhed og rundtossethed, som også er relateret til epileptiske symptomer (jf. lægelig litteratur og neurologisk vurdering). Dette er beskrevet som en typisk manifestation ved epileptiske anfald med fokalt udgangspunkt i parietal-/ temporallappen.
- Jeg blev sat op i dobbelt dosis Lamotrigin pga. symptomernes sværhedsgrad og var nødt til at afbryde aktiviteter, holde mig hjemme og undgå social kontakt.

Det er ikke korrekt, når Velliv antyder, at dette var en mild og forbigående tilstand. Symptomerne var massivt funktionstabende og krævede justering af livsrytme, medicinering og daglige gøremål.

2. Kørselsforbud og Vellivs fejlagtige antagelser

Velliv forsøger at argumentere for, at der var tale om et "enkeltstående anfald": og at kørselsforbuddet på 12 måneder ikke nødvendigvis indikerer alvorlig sygdom. Dette er misvisende og i strid med Færdselsstyrelsens retningslinjer.

Ifølge disse:

- Ved et epileptisk anfald uden strukturel årsag, gives normalt 6 måneders kørselsforbud.
- Ved et anfald med påvist hjernetumor (som i mit tilfælde), gives 12 måneders kørselsforbud, da risikoen for tilbagefald er højere.

Det var netop den kombination af epilepsi og en kendt meningeom, der udløste det lange forbud - altså ikke et standardforløb, som Velliv hævder, men et forløb baseret på alvorlig sygdom og risiko for gentagelse.

Velliv undlader at forholde sig korrekt til dette forhold, og forsøger dermed at negligere sygdommens karakter.

3. Manglende anerkendelse af livsvarig behandling og mengrad

- Jeg er nu sat i livsvarig antiepileptisk behandling (Lamotrigin).
- Jeg må leve med bivirkninger, reduceret funktionsniveau, træthed og kognitive udfordringer.
- Jeg har ikke kun lidt midlertidigt tab - men et vedvarende tab af livskvalitet og funktion, som har påvirket både min sociale deltagelse, arbejdsevne og daglige færden.
- Velliv forsøger at reducere forløbet til en engangsforeteelse, hvilket strider mod både den lægelige dokumentation og den virkelige udvikling i sagen.

4. Yderligere symptomer og kontakt med neurolog

Jeg har ved flere lejligheder haft kontakt med min neurolog, blandt andet pga. symptomer som:

- Rundtossethed i hovedet
- Dobbeltsyn
- Desorientering
- Søvnproblemer, træthed og medicinbivirkninger

Neurologen har ikke udelukket, at dette er udtryk for yderligere epileptisk aktivitet (mindre anfald) eller påvirkning fra tumorens placering.

5. Behov for nyt lægeligt syn og revurdering

Jeg henviser til, at sagen fortsat ikke er blevet vurderet af en uafhængig neurologisk speciallæge med ekspertise i epilepsi og meningeomer. Vellivs interne vurderinger fremstår som forsvarsprægede og tager ikke tilstrækkeligt hensyn til den samlede påvirkning, symptomer, kørselsforbud og nødvendigheden af livslang medicinsk behandling.

Konklusion

- Jeg fastholder, at der er tale om en kritisk sygdom efter forsikringsbetingelserne.
- Jeg fastholder, at der er påført mig et varigt men, som mindst svarer til 5 % efter principperne i Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings mentabel (A.4.5 og relaterede punkter).
- Jeg anmoder Ankenævnet om at pålægge Velliv at anerkende udbetaling i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne."

Selskabet har i brev af 10/9 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Velliv (i det efterfølgende 'Selskabet') har den 25. august 2025 via Ankenævnet for Forsikrings portal modtaget en kommentar fra [klageren] (i det efterfølgende 'Klager').

Klager mener, at Selskabet forsøger at nedtone symptomer - herunder dobbeltsyn og svimmelhed.

Dette er bestemt ikke Selskabets hensigt, men der fremgår følgende af sygeplejenotat fra den 4. juni

2025:

'Patienten ringer i telefontiden, patienten havde en ubehagelig episode lørdags med dobbeltsyn.

Patienten havde det on-off i en halv time ca. Det er aftaget igen.'

Det fremgår ikke af sygeplejenotatet, at dobbeltsynet har været til stede konstant og over længere tid, og derfor mener vi fortsat, at dette ikke kan føre til en anden vurdering. Som vi tidligere har oplyst i vores brev af 11. august 2025, så kan et anfald fra en tumor med den beskrevne lokalisering over venstre parietallap/isselap ikke forventes at vise sig ved det, som Klager beskriver som 'rundtosethed'

Klager skriver ligeledes, at medicinen 'Lamotrigin' er medvirkende årsag til hendes dobbeltsyn. Til dette udtaler Selskabets neurologiske lægekonsulent, at medicinen 'Lamotrigin' kan medføre dobbeltsyn som bivirkning. Dette er registreret hos 0,1-1% af behandlede personer. Dette betyder, at det er mellem 1 og 10 af 1000 behandlede. Denne bivirkning vil typisk være konstant eller med hyppige daglige tilfælde ved den dosis (afhængig af koncentrationen af lamotrigin i blodet igennem døgnet), og den svinder ved dosisreduktion eller skift til anden antiepileptisk medicin.

Det fremgår af oplysningerne, at Klager har haft enkeltstående tilfælde, og dosis synes ikke at være reduceret af den grund.

Selskabets neurologiske lægekonsulent udtaler, at hvis tilfældene kunne skønnes at være en bivirkning til behandlingen, er den, ligesom Klagers andre mulige bivirkninger, såsom klager over træthed og kognitive gener, medregnet i Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings méntabel A.4.5.2, som giver 10 % mén.

Selskabet skal igen gøre opmærksom på, at det afgørende for, at der kan ske en udbetaling fra dækning af visse kritiske sygdomme er, at tilstanden skal have medført et varigt mén på mindst 15% ifølge forsikringsbetingelserne (Bilag A).

I henhold til Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings méntabel pkt. A.4.5 omhandlende 'Posttraumatisk epilepsi' vil posttraumatisk epilepsi, som følge af meningeomet give et mén på:

A.4.5.1. Enkeltstående anfald uden behandling	<5
A.4.5.2. Behandlingskrævende epilepsi, men velbehandlet med ingen eller sjældne anfald	10
A.4.5.3. Behandlingskrævende epilepsi, men trods behandling svære hyppige anfald	25

Klager har kun fået dokumenteret et anfald (krampeanfald den 23. juni 2024), og vedvarende forebyggende antiepileptisk behandling er udelukkende iværksat på grund af den påviste lille hjernehindesvulst, som ikke kan udelukkes at have været årsag til det enkeltstående anfald den 23. juni 2024. Dermed mener vi fortsat, at Klagers ménggrad højst kan fastsættes til 10% efter méntabellens A 4.5.2.

Kørselsforbuddet, og det at Klager angiver livslang antiepileptisk behandling, kan ikke medføre en ændring i vores vurdering af méngraden.

Selskabet skal ligeledes gøre opmærksom på, at vi mener sagen kan afgøres på det foreliggende oplysninger, og dermed mener vi ikke, at det er relevant med yderligere neurologiske undersøgelser."

Klageren har i brev af 11/9 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Vedr. Vellivs seneste bemærkninger af 10. september 2025 fremsendt til sagen, skal jeg - på vegne af klager, [klageren] - herved fremkomme med følgende svar og bemærkninger:

1. Fejlfortolkning og nedtoning af symptomer

Velliv forsøger igen at fremstille klagers symptomer, herunder dobbeltsyn og svimmelhed, som enkeltstående og forbigående. Dette er direkte forkert og dokumentationen taler imod. Klagers gener er vedvarende og alvorligt funktionsbegrænsende:

- Klager har fået **et års kørselsforbud**, jf. Færdselsstyrelsens retningslinjer, som netop pålægger 12 måneders forbud ved anfald med påvist hjernetumor - i modsætning til 6 måneder ved anfald uden strukturel årsag.
- Dobbeltsynet og svimmelheden er ikke forbigående episoder, men **gentagne og daglige gener**, der har været dokumenteret over længere tid, og som også har ført til, at klager måtte **sættes op i dobbelt dosis Lamotrigin**.

2. Dobbeltsyn og svimmelhed er ikke kun bivirkninger - men epileptiske symptomer

Velliv fremfører, at dobbeltsyn kan være en bivirkning til Lamotrigin. Det er korrekt, at dette er muligt i meget sjældne tilfælde (0,1-0,2 %), men:

- Klager har **ikke oplevet forbedring** trods stabil dosering.
- Symptomerne som **dobbeltsyn, rundtossethed og svimmelhed** optræder typisk som **fokale epileptiske symptomer**, når epileptisk aktivitet rammer hjernestamme eller synsbaner (jf. neurologisk faglitteratur).
- Klager har tidligere haft kontakt med neurolog pga. **rundtossethed i hovedet**, hvilket bør anerkendes som endnu en mulig epileptisk hændelse.

Derfor må det konkluderes, at symptomerne i høj grad relaterer sig til selve epilepsien og ikke kan bagatelliseres som uskyldige eller isolerede bivirkninger.

3. Menvurderingen på 10 % er forkert - klager bør vurderes til 25%

Velliv vurderer menet efter AESskemaets punkt A.4.5.2 og tildeler 10 %. Dette bestrides. Klager opfylder betingelserne for:

A.4.5.3: Behandlingskrævende epilepsi, men trods behandling svære hyppige anfald - 25 % men

Dette understøttes af:

- Vedvarende og behandlingskrævende symptomer
- Kørselsforbud i 12 måneder
- livslang behandling med Lamotrigin
- Vedvarende funktionsbegrænsninger (kognition, træthed, balance)

Klagers tilstand er hverken velbehandlet eller 'sjældent anfaldende' som Velliv påstår. Det ene dokumenterede anfald er efter al sandsynlighed **ikke det eneste**, og symptombilledet taler for en bredere epileptisk belastning.

4. Kritisk sygdom og udbetaling - krav er opfyldt

Ifølge forsikringsbetingelserne skal en kritisk sygdom have medført **varigt men på mindst 15 %**.

Som dokumenteret ovenfor er dette opfyldt. Klagers men bør vurderes til **mindst 25 %**, og dermed er betingelserne for udbetaling efter policen indfriet.

Det bør ikke være afgørende, hvor mange 'store anfald' der foreligger, når der er tale om vedvarende symptomer med betydeligt funktionstab og livslang behandling.

5. Anmodning om afslutning af sagen - intet nyt fra Velliv

Klager anmoder om, at sagen nu træffes afgørelse på det **foreliggende materiale**, da Velliv ikke har fremlagt ny dokumentation, men alene gentager tidligere synspunkter - som allerede er grundigt imødegået og dokumenteret.

Yderligere udtalelser fra selskabet vil efter klagers opfattelse ikke bringe sagen nærmere en retfærdig løsning.

Påstand

Klagers påstand fastholdes uændret:

- At der tilkendes udbetaling for kritisk sygdom fra Velliv.
- At klagers men fastsættes til 25 % efter AES-skemaets pkt. A.4.5.3.
- At Ankenævnet træffer afgørelse uden yderligere udskydelse."

Nævnets sekretariat bad den 20/10 2025 klageren om at fremsende de skærbilleder, hun havde fremlagt, i sin helhed og i sammenhængende form. Klageren kommenterede sagen i brev til nævnet af 13/11 2025.

Selskabet har i brev af 4/12 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet har gennemgået oplysningerne fra den 17. november 2025, og der er ikke fremkommet nye helbredsmæssige oplysninger, som gør, at Selskabet ændrer vores tidligere vurdering. Det er ligeledes uklart, om Klager har yderligere kommentarer, idet samtlige breve fra Klager er dateret den 12. november 2025, og disse breve er tidligere blevet beskrevet af Selskabet.

Selskabet har ligeledes gennemgået oplysningerne fra den 2. december 2025, som indeholdt journaloplysninger fra et ambulant kontrolbesøg fra den 17. september 2025. Det fremgår af oplysningerne:

'Ift. fjernelse af meningeomet på epilepsibaggrund mener undertegnet ikke at epilepsien med sikkerhed kan skyldes meningeomet, som ligeledes kan være et tilfældigt fund. Kontrol MR-C viser uændret forhold nu ét år efter meningeomet blev diagnosticeret.'

[...]

Konfereres med neurolog med subspeciale i epilepsi på [hospital2], som mener at såfremt patienten har behandlingsrefraktær epilepsi, hvilket ikke er tilfældet aktuelt, da der kun har været forsøg på ét epilepsipræparat, som aktuelt har god effekt....'

Vores rådgivende lægekonsulent med speciale i neurologi udtaler, at der ikke på noget tidspunkt har været sikkert dokumenteret, at Klagers enkeltstående krampeanfald den 23. juni 2024 kan begrunde epilepsidiagnosen (som definatorisk forudsætter gentagne anfald), hvilket vi mener bliver understøttet af journalen fra 17. september 2025. Klager har dog været i kontakt med en neurolog, som fandt dette sandsynligt, og derfor har Selskabet accepteret denne vurdering, selvom der ikke har været mere end det ene sikre anfald.

Vi mener, at den aktuelle vurdering fra epilepsispecialisten på [hospital2] svarer til vores tidligere vurdering, og dermed fastholder vi, at méngraden jf. Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings méntabel pkt. A.4.5. maksimalt kan give et mén på 10%.

Selskabet skal dog ligeledes gøre opmærksom på, at Klager, i sin henvendelse af 17. november 2025, har medsendt Selskabets nye forsikringsbetingelser, som er gældende fra 1. januar 2025, hvor §2H nu giver ret til udbetaling ved en méngrad på 10%. Disse kan ikke blive taget i betragtning i Klagers tilfælde, i det Klagers diagnose er blevet stillet den 23. juni 2024 jf. Bilag B, hvilket derfor betyder, at Klager er omfattet af forsikringsbetingelserne gældende pr. 1. januar 2022 (Bilag A).
..."

Klageren har i brev af 2/1 2026 til nævnet bl.a. anført:

"Som det fremgår af sagen, lider jeg af behandlingskrævende epilepsi som følge af en hjernetumor. Tilstanden har medført både dokumenteret krampeanfald og gentagne symptomer, som er vurderet af neurologer til at være epileptiske anfald -herunder dobbeltsyn, rystelser, rundtossethed og kognitive gener.

Jeg ønsker at gøre opmærksom på følgende nye og relevante oplysninger:

1. Ny video dokumenterer anfaldslignende rystelser

Jeg har for nyligt oplevet et nyt tilfælde af rystelser i højre hånd, hvilket jeg har fået bekræftet af neurologerne som værende et mindre fokalt epileptisk anfald. Videoen dokumenterer anfaldet tydeligt, og kan fremlægges til sagens vurdering. Rystelserne optræder i højre hånd, og min tumor sidder i venstre side af hjernen, hvilket understøtter den neurologiske sammenhæng.

Sådanne fokale anfald kan være uden tab af bevidsthed og uden generaliseret krampe, men bør ikke negligeres i vurderingen af sygdommens sværhedsgrad og hyppighed.

2. Dobbeltsyn og svimmelhed -ikke tilfældige og ikke ufarlige

Det er forkert, når Velliv forsøger at bagatellisere mine anfald som enkeltstående og uden konsekvens. Dobbeltsyn har optrådt gentagne gange og i tilknytning til anfald -også på tidspunkter hvor jeg efterfølgende blev sat op i medicin (Lamotrigin). Som det fremgår af Færdselsstyrelsens retningslinjer, gives der normalt 12 måneders kørselsforbud ved ét epileptisk anfald med strukturel årsag (fx hjernetumor) -hvilket netop skete i mit tilfælde.

Dette bekræfter, at de lægefaglige myndigheder anser min tilstand som alvorlig nok til at indebære en forhøjet risiko for nye anfald -hvilket igen taler for, at min lidelse bør kvalificere til mindst 15 % méngrad.

3. Lamotrigin og bivirkninger -praksis afviger fra teorien

Velliv anfører, at dobbeltsyn kan opstå som en "meget sjælden" bivirkning til Lamotrigin, men de ignorerer, at jeg i hele den pågældende periode også havde ledsagesymptomer som rundtossethed, kvalme og generel utilpashed, hvilket er klassiske tegn på epileptiske symptomer og ikke blot en lægemiddelbivirkning. Min neurolog har ikke ændret doseringen efter episoderne, netop fordi symptomerne blev tolket som en del af sygdomsaktiviteten, ikke som en medicinbivirkning.

4. Vi ønsker nu endelig afgørelse -ingen nye oplysninger fra Velliv

Vi vurderer, at sagen nu er fuldt belyst fra begge sider. Velliv har gentaget tidligere argumenter uden at fremlægge nye fakta, og vi anmoder derfor om, at Ankenævnet træffer afgørelse på det foreliggende grundlag.

Det er vigtigt, at sagen ikke trækker yderligere ud, da sygdomsforløbet allerede har været både fysisk og psykisk belastende -og sagen har været under behandling i meget lang tid.

Konklusion og anmodning

På baggrund af dokumenterede symptomer, neurologiske udtalelser, medicinske journaler, videooptagelse og Færdselsstyrelsens samt Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings retningslinjer anmoder jeg om, at min sag anerkendes som behandlingskrævende epilepsi med en méngrad på minimum 15 %, og dermed kvalificerer til udbetaling efter policens vilkår.

Såfremt det ønskes, kan videoen med rystelserne straks fremsendes digitalt som bilag til sagen."

Selskabet har i brev af 5/1 2026 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet har haft oplysningerne forelagt for vores rådgivende lægekonsulent med speciale i neurologi, som udtaler, at Klagers kortvarige rysten på højre hånd, hvor hyppigheden er ukendt, er uklare symptomer, som ikke er blevet yderligere vurderet af en neurolog.

Han udtaler ligeledes, at hvis der er tale om små epileptiske anfald, hvilket der i øvrigt ikke er nogen form for dokumentation for, så vil disse ikke kunne rubriceres som 'svære hyppige anfald' (jf. méntabellens punkt A 4.5.3), og derfor kan oplysningerne ikke føre til en anden vurdering.

Selskabet fastholder derfor, at forsikringsbetingelserne §2H fortsat ikke er opfyldt."

Selskabet har i brev af 20/2 2026 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet har den 4. februar 2026 modtaget en kommentar fra Klager, samt en video, hvor det ses, at Klager ryster på sin underarm.

Selskabet har forelagt videoen for vores lægekonsulent med speciale i neurologi, som udtaler, at den fremsendte video viser en grov tremor/rysten af højre underarm, som ikke er et typisk patielt epileptisk anfald. Der er ingen spredning af rysten til større del af arm og resten af højre side af kroppen. Den grove rysten kan have mange mulige årsager.

Ligeledes gør Selskabets lægekonsulent opmærksom på, at det tidligere af en neurolog med specialviden inden for epilepsi (journalnotat af 17. september 2025) er vurderet: 'såfremt patienten har behandlingsrefraktær epilepsi, hvilket ikke er tilfældet aktuelt, da der kun har været forøg på et epilepsipræparat, som aktuelt har god effekt. Ved behandlingsrefraktær kan der henvises til epilepsikirurgisk udredning på [hospital2].'

Selskabet bemærker også, at de af Klagers anførte anfalds-fænomener ikke har medført ændring af den antiepileptiske behandling eller forlængelse af/fornyet forbud mod bilkørsel, hvilket ville have været tilfældet, hvis det af behandlende neurolog var vurderet, at der var tale om epilepsi-anfald med yderligere behandlingsbehov.

Selskabet gør opmærksom på, at det ikke er os, som skal dokumentere, at der foreligger tilstrækkelig helbredsmæssig dokumentation for, at forsikringsbetingelserne er opfyldt. Det er Klager, der har bevisbyrden for, at hun opfylder de helbredsmæssige krav i forsikringsbetingelsernes § 2H. Selskabet har tidligere vurderet, at sagen er tilstrækkelig belyst.

Selskabet mener fortsat ikke, at Klager har fremlagt dokumentation for, at dobbeltsynet har været til stede konstant og over længere tid, og som vi også tidligere har oplyst, så kan et anfald fra en tumor med den beskrevne lokalisation over venstre parietallap/isselap ikke forventes at vise sig ved det, som Klager beskriver som 'rundtossethed'.

Samtidig så vil Selskabet gøre opmærksom på, at der i det sidste fremsendte journalnotat fra Klager fra 2. december 2025, ikke er sikkert dokumenteret, at Klagers enkeltstående krampeanfald den 23. juni 2024 kan begrunde epilepsidiagnosen (som definitorisk forudsætter gentagne anfald).

Selskabet har tidligere oplyst, at et kørselsforbud fra Færdselsstyrelsen ikke kan medføre en ændring af vores vurdering i forhold til méngraden.

Selskabet fastholder derfor, at krampeanfaldet den 23. juni 2024, og den efterfølgende mulige diagnosticerede meningeom i venstre isselap og epilepsidiagnose, ikke har efterladt en méngrad på mere end 10% jf. Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings méntabel pkt. A.4.5."

Klageren har i brev af 4/3 2026 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg har modtaget Vel livs senseste bemærkninger af 20. februar 2026 og har følgende korte kommentarer.

Vellivs vurdering beror fortsat alene på udtalelser fra selskabets egen lægekonsulent. Det bemærkes i den forbindelse, at denne lægekonsulent er udpeget og betalt af Velliv og derfor ikke kan anses som en uafhængig medicinsk vurdering.

Jeg har derimod gennem et længere sygdomsforløb været fulgt af **to uafhængige speciallæger i neurologi**, som gennem næsten to år har vurderet og behandlet min tilstand uden nogen form for interesse i denne forsikringssag. Deres vurderinger og journaloplysninger indgår allerede i sagen og bør tillægges væsentlig vægt.

Velliv anfører i deres svar, at videoen ikke viser et typisk epileptisk anfald. Videoen blev imidlertid fremlagt alene som et supplement til de allerede dokumenterede symptomer og neurologiske vurderinger. Den ændrer ikke på det faktum, at der foreligger et dokumenteret sygdomsforløb med epileptiske symptomer i tilknytning til en påvist hjernelæsion.

Det bemærkes også, at Velliv i deres svar fortsat ikke fremfører nye medicinske oplysninger eller ny dokumentation, men alene gentager tidligere argumenter.

Sagen har nu været behandlet gennem længere tid, og både de lægelige journaler, speciallægevurderinger og øvrige relevante oplysninger foreligger allerede i sagen.

På den baggrund vurderer jeg, at sagen er **tilstrækkeligt oplyst**, og jeg skal derfor venligst anmode Ankenævnet om at **træffe afgørelse på det foreliggende grundlag**.

Jeg ønsker ikke, at sagen forlænges yderligere med nye bemærkninger eller yderligere indhentelse af oplysninger, da Velliv ikke har fremført nye forhold, der kan ændre sagens grundlag."

Selskabet har i brev af 19/3 2026 til nævnet bl.a. anført:

"Det er netop de foreliggende oplysninger fra de læger og behandlere, som Klager har været i kontakt med, som Selskabets rådgivne lægekonsulenter udtaler sig på baggrund af. Der er tale om lægekonsulenter med rette speciale, som hjælper Selskabet med lægefagligt at vurdere oplysningerne, og derefter træffer Selskabet en samlet vurdering.

Ligeledes så gør vi igen opmærksom på, at det ikke er Selskabets opgave at fremføre nye medicinske oplysninger eller ny dokumentation. Det er Klager, der har bevisbyrden for, at hun opfylder de helbredsmæssige krav i forsikringsbetingelsernes § 2H."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Uddrag af bilagene gengives nedenfor.

Det fremgår af ansøgning om udbetaling den 1/8 2024:

"Dit sygdomsforløb

Hvad hedder sygdommen?

Hjerneblødning, meningenom og epilepsi

Hvornår mærkede du de første symptomer på sygdommen/lidelsen?

Har ikke haft symptomer på hvad der skete

Hvornår er diagnosen stillet?

23/06/2024"

Det fremgår af journal fra akutafdeling:

"23-06-2024

[I 60'erne] kvinde ankommer efter 1. gangs tilfælde af hvad der umiddelbart beskrives som krampe.

...

Fokuseret anamnese:

...

... får pludseligt ændring af synet, oplever det som om hele synsfeltet pludseligt forsvinder og kommer tilbage af flere omgange, afviser fornærmelse af sortnen for øjnene, afviser at kun dele af synsfeltet forsvandt. Kommer ind at sidde på sofaen, vir som er med pt beskriver at han så pt blive stiv i hele kroppen, få blå læber og få "stive ryk" i arme og ben bilat, Kan huske at øjnene var åben, men kan ikke huske om der var øjenbevægelse eller blikdiviation, så fråde om munden, forsøger at få pt om på siden uden held, får pt ned på gulvet. Kramper går i sig selv efter 2-3 minutter, herefter bevæger pt i h. arm, kigger mod h. Sparsom kontakt. Pt kan intet huske mellem at hun sætter sig på sofaen og vågner op i ambulancen, hvilket er væsentlig tid efter vir har set aktivitet. I ambulance er pt initialt beskrevet som konfus, retter sig herefter til GCS 15.

Træt, kvalme, ingen hovedpine. Har haft tiltagende smerter i ve. hånd over de sidste par dage.

Objektivt.

upåfaldende vitalparametre

Upåvirket.

Ikke kronisk medtaget.

Pæne farver. Varm. Tør. Normohydreret. Normopnøisk.

Fremstår ikke smertepåvirket.

Vågen, klar, orienteret i tid, sted og egne data

Stet C: Regelmæssig hjerteaktion = perifer puls uden mislyde.

Stet P: Vesikulær respiration bilateralt uden bilyde.

Abdomen: Fladt, blødt, uømt. Ingen pato. proc. eller organomegali. Uømme nyreloger.naturlige tarmlyde

Extr: Normale egale fodpulse. Ingen ødemer. Ingen tegn på DVT. Bevæger frit alle 4 extremiteter, ve. hånd ses i gips, smerter ved bevægelse mod modstand, normal sensorik i alle fingre, ikke umiddelbart infektionstegn.

Objektiv neurologisk

Bevidsthed & orientering: Vågen, klar, orienteret i tid, sted og egne data. Træt.

GCS: 15

Højere cerebrale fkt.: Ingen afasi. Ingen dysartri.

Ingen neglekt.

Kranienerver II-XII: Systematisk undersøgt i.a

Motorisk: Normal trofik sv.t. OE og UE

Normal strakt arm test

Normal egal kraft over skulder og h. albue og håndled, fingre, ve. albue og fingre med god motorik men begrænset af

smerter mod h. 1. fingers grundled, håndled kan ej testes. Normal styrke over hofte, knæ og fodled.

Normal tonus sv.t. OE og UE, ingen catch.

Reflekser: Normale egale dybe senereflexer sv.t. OE og UE.

Naturligt plantar respons bilateralt

Sensorik: Normal sensibilitet for let berøring sv.t. OE og UE

Koordination: Normal FN-test bilateralt. Normal KHF bilateralt.

Ingen dysdiadokokinese

Gang og stand: Normal stand og alm. gang, hæl-, tå- og linjegang

Negativ Romberg

EKG:

SR frkv 122, ingen tegn til iskæmi eller arrytmi, sammenlignet med tidligere EKG, ingen ændringer fraset takykardia.

Rtg

CT apo:

Ingen blødning, ingen masseeffekt, normale ventrikler.

Der ses 12 mm kranium baseret forkalket proces parietalt på venstre side som kan repræsentere exostose, alternativ et forkalket meningeom.

...

Konklusion og plan:

Diagnoser knyttet til kontakten

Pt med 1. gangskrampe, aktuelt neurologisk upåvirket, vågen og klar, upåfaldende infektionstal, afebril.

CT apo med 12mm forkalket process, mistanke om exosystose eller meningeom.

Kl. 16:45:

Konf med neurolog, på nuværende ikke stor mistanke om epilepsi som følge af meningeom, men grundet initiale fokale symptomer fra øjne ønskes pt set i neurologisk regi og få foretaget MRc i pakkeforløb. For at streamline forløb aftales at pt ses i neuroamb i morgen kl. 11, og her får bestilt MRc og planlagt videre neuroforløb. På nuværende ikke indikation for antiepileptika.

Pt fortsat velbefindende, upåvirket. Ej længere kvalme. Samtale med pt om ovenstående, pt accepterer. Pt informeres om kørselsforbud i 6 måneder, kan evt. genovervejes i neuroregi."

Det fremgår af hospitalsjournal, neurologisk ambulatorium:

"24-06-2024

FORUNDERSØGELSE - NEUROLOGISK AMBULATORIUM

Aktuelle

[I 60'erne] kvinde ... i Neurologisk ambulatorium efter henvisning fra ... akm grundet 1 gangs krampetilfælde. I mens hun ... bøjen sig forover fik fornemmelse af hun fik en grønlig/grålig af få sekunders varighed hver gang på hele synsfeltet...

Gik ind og lagde sig på sofaen og siger til husbond han alligevel skal holde øje med hende, da noget ikke stemte med tidligere tilfælde. Lagde sig på sofaen og de næste hun husker er at være i ambulancen.

Husbond komme ind 15 sekunder efter og spørger til om manglende væske indtag og hun svare nej. Han forsøger at google symptomerne, da han kigger op igen ligger hun og kramper med kloniske trækninger i armene og benene kører op og ned. Hun reagerer ikke på tiltale x 2 og husbond ringer 1-1-2.

Efter lidt tid bliver hun grå i hoved og blå om læberne, påbegynder HLR i frygt, bliver stoppe med dette fra 1-1-2. Begynder at skuffe ud af munden, lægges på gulvet i sideleje, hvor efter kramperne stopper og begynder at have en meget rallende vejrtrækning og farven normaliserer sig gradvis.

Kramperne varede ca. 2-3 min. Post-iktal fase af ca. 15-20 min varighed.

...

Objektivt somatisk

Almen tilstand: Ikke kronisk medtaget. ET middel. Pæne farver. Varm. Tør. Normopnøisk. Fremstår ikke smertepåvirket.

St.c.: Regelmæssig hjerteaktion = perifer puls uden mislyde.

St.p.: Vesikulær respiration bilateralt uden bilyde

...

Objektiv neurologisk

Bevidsthed & orientering: Vågen, klar, orienteret i tid, sted og egne data. GCS: 15

Højere cerebrale fkt.: Ingen afasi. Ingen dysartri. Ingen neglekt. Højrehåndet

Kranienerver II-XII: Systematisk undersøgt i.a

Motorisk: Normal trofik sv.t. OE og UE. Normal strakt arm test. Normal egal kraft over skulder, albue, håndled, fingre samt hofte, knæ og fodled. Normal tonus sv.t. OE og UE, ingen catch.

Reflekser: Normale egale dybe senereflexer sv.t. OE og UE. Naturligt plantar respons bilateralt

Sensorik: Normal sensibilitet for let berøring og stik sv.t. OE og UE

Koordination: Normal FN-test bilateralt. Normal KHF bilateralt. Ingen dysdiadokokinese

Gang og stand: Normal stand og alm. gang, hæl-, tå- og linjegang. Negativ Romberg

Paraklinik

CTC: Viser god differentiering mellem grå og hvid substans. Normale cerebrale forhold. Midtstillet ventrikelsystem. Upåfaldende cerebellum og hjernestammen. Ingen intrakraniell blødning eller infarkter. Der ses 12 mm kranium baseret forkalket proces parietalt på venstre side som kan repræsentere exostose, alternativ et forkalket meningeom.

...

Konklusion og plan

[I 60'erne] kvinde ... indlagt ... i går d. 23-06-24 grundet første gangs fokalt epileptisk anfald med sekundær generalisering til GTK varende 2 min efterfulgt af 20 min postiktal fase.

Objektiv neurologisk intakt.

CTC har vist forkalket proces parietalt på venstre side som kan repræsentere exostose, alternativ et forkalket meningeom.

...

Hvis der ikke findes en oplagt årsag til anfaldet på MRC skal patienten ved svar tid videre henvises til standard EEG. Hvis der findes en strukturel læsion som forklarende årsag bør der overvejes om patienten skal opstartes i ASM samt henvises til standard EEG

Patienten er informeret om at hun som min. har

Rp. 6 måneders kørselsforbud

og at dette ikke bliver forkortet samt at afhængig af hvad udredningen viser er der risiko for forlængelse.

...

26-06-2024

[I 60'erne] kvinde ... indlagt ... i går d. 23-06-24 grundet første gangs fokalt epileptisk anfald med sekundær generalisering til GTK varende 2 min efterfulgt af 20 min postiktal fase.

Objektiv neurologisk intakt. CTC har vist forkalket proces parietalt på venstre side som kan repræsentere exostose, alternativ et forkalket meningeom.

MRC: Sammenlignet med CT fra den 23.06.2024 ..., viser 13 x 8 millimeter kontrastopladende delvis forkalket ekstraaksial dural baseret proces parietalt på venstre side, bedst forenelig med lille konveksitet meningeom.

Meningeomet har lige akkurat kontakt til det tilstødende hjerneparenkym uden ødem i hjerneparenkymet, ingen massevirkning. Ingen andre rumopfyldende processer eller patologiske kontrastopladninger i hjerneparenkymet eller meninges. Ingen infarkter eller infarkt følger. Multiple (>10) mikrobldninger lokaliseret i tæt relation til hinanden i mindre område occipitalt på venstre side, differentialdiagnostisk kunne man overveje traumefølger (?) eller som led i CAA. Der er ingen andre mikrobldninger i øvrige hjerneparenkym. Enkelte punktate alderssvarende subkortikale hvidsubstansforandringer på formodet vaskulær basis, Fazekas 0-1. Normalt kalibreret og midtstillet ventrikelsystem og normale overfladefurer.
Konklusion: Lille delvis forkalket konveksitetsmeningeom parietalt på venstre side.
Mikrobldninger occipitalt på venstre side

Plan: Således MRC med konveksitetsmeningeom som tilskrives at være årsag til GTK. Pt derfor per definition epilepsi-diagnose. Ej indikation for EEG. Anbefales opstart af forebyggende ASM og kontrol i epilepsi-amb.
Henvisning neurokirurgisk vurdering.
rp optrapning af Lamotrigin (25 mg i 14 dage, herefter 50 mg i 14 dage, herefter 100 mg i 14 dage og til sidst 200 mg fast)
rp opfølgning i epilepsi amb både sygeplejerske + læge
rp henv NK mhp vurdering og kontrol af meningeom cresc kørselsforbud 1 år

Pt meget bekymret for nyt anfald og meget berørt over situation og kørselsforbud. Anbefalet kontakt epilepsi-amb hvis spørgsmål til medicin eller bivirkninger. Desuden anbefalet kontakt 1-1-2 hvis nyt krampeanfald.

...

28-06-2024

Telefonisk kontakt til pt, da pt kontakt neuro AMB, da pt mange opfølgende spørgsmål. Pt lidt mere info omkring mikrobldninger på scanning og betydning heraf inkl øget risiko for hjerneblødning og vigtigt med BT kontrol. Pt meget bekymret for nyt anfald, ønsker ny opfølgende samtale ...

Tilføje d. 28.06

Ad mikrobldninger på MRC. Pt info om vigtigt med kontrol af BT, og desuden info om mikrobldninger øger risikoen for hjerneblødning. Blødninger ej relateret til traume, kan være led i CAA, som der ej kan gøres noget forebyggende ved men vigtigt med BT-regulering og hvis pt en dag behov for blodfortyndende behandling, da skal der tages højde for dette.

...

09-07-2024

Ad EEG

... NK mistanke til mikrobldninger som årsag til krampeanfald og ej meningeom, dog usikkerhed da begge læsioner kan forårsage kramper. NK ønsker EEG ift lokalisering af epileptisk fokus, fordi hvis fokus relateret til meningeom, da muligt kirurgisk behandlingstilbud af meningeom. Ej tidl vurderet indikation for EEG da oplagt strukturel læsion som årsag til krampeanfald.

Plan: Aftaler henvisning til EEG men pt også informeret om, at det ej er sikkert at EEG kan påvise epileptisk fokus og muligvis ej kan skelne mellem de 2 læsioner, da de ligger tæt.

Ad ASM

Pt spørger desuden til optrapning af Lamotrigin, skulle være ringet op af epilepsi-sygeplejerske inden optrapning, som starter fra i morgen. Pt ingen bivirkninger til behandling og % krampeanfald,

derfor optrapning af lamotrigin fra i morgen til 50 mg x1 dgl. Videre opfølgning ASM via epilepsi-sygeplejerske

cresc Lamotrigin 50 mg x1 dgl fra i morgen i 14 dage før yderligere optrapning videre opfølgning ved epilepsi sygeplejerske

...

01-08-2024

E-post sendt til pt med svar på EEG.

EEG: Intet abnorm.

...

14-08-2024

Telefonisk kontakt til pt med svar på søvn EEG.

Søvn EEG: Enkelte skarpe transienter venstre temporo-fronto-parietalt. Intet sikkert epileptiformt. DIAGNOSTISK BETYDNING: Uændret fra seneste EEG. KLNISK KOMMENTAR: Beskedne EEGrafiske fund uden sikker patologisk betydning.

Plan: således ingen sikker epileptiform aktivitet. Pt ej haft anfald siden. Fortsætter ASM - er under optrapning. Pt træthed efter opstart af ASM. Pt ej længere telefonisk opfølgning under optrapning, men skal ringe til epilepsi-amb hvis behov. Desuden sendes henvisning til opfølgning amb ved epilepsi-læge. Afventer desuden opfølgning NK med kontrol MR-scanning.

...

04-10-2024

MR cerebrum uden kont rast

Sml. med 25.06. viser uændret lille konveksitets meningeom parasag. post. parietalt s in. der måler c a. 9 x 12 x 12 mm mod sidst tilsv. mål 10 x 11 x 12 hhv. skråt AP, SS og CC. Ingen omgivende ødem. Ingen nyttilkomne forandringer eller kontrastoplading. Der er ikke blevet foretaget SWI/SWIP, så det lille o mråd e med microbleeds i ve. occipitallap kan ikke ses# ingen omgivende sign alforandringer på FLAIR/T2W, formentlig uændret. Normalt dimensioneret ventrikelsystem og overfladefurer.

Konklusion

Stationært lille meningeom parasag. post. parietalt sin . Microbleeds i ve . occipitalpol sin. kan ikke vurderes da der ikke foreligger SWIP # men ingen omgivende signal forandringer

...

31-10-2024

Pt i kontrolforløb af mindre konveksitetsmeningeom ve side. Scanning grundet GTK. Haft et enkelt anfald og er opstartet i AED uden bivirkninger og uden yderligere anfald.

EEG viser enkelte skarpe transienter venstre temporo-fronto-parietalt. Intet sikkert epileptiformt og uden sikker patologisk betydning.

Neurologer har konkluderet at meningeomet er ud løsende faktor for epilepsi.

Telefonisk kontakt efter ny kontrol MRC 04-10- 2024 som er uændret 3 måneder. Ingen ødem og med minimal kontakt til cortex.

UT forklarer til pt at operation er en mulighed grundet epilepsi. Pt ønsker ikke at diskutere operation på nuværende tidspunkt. Vi aftaler nu MRC kontrol inkl kontrast om 9 måneder.

rp. MRC kontrol inkl kontrast. Ingen kontraindikation.

...

03-12-2024

[I 60'erne] kvinde møder til ambulant kontrol ...

Epilepsiklassifikation/debut:

Fokal epilepsi med strukturel årsag pga meningeom

Epilepsi siden dgn stillet i juni 2024

Tidligere MRC juni 2024

Konklusion: lille delvis forkalket konveksitetsmeningeom parietalt på venstre side.

Mikroblødninger occipitalt på venstre side

Tidligere EEG har vist normal forhold,

EEG med søvn: *Enkelte skarpe transienter venstre temporo-fronto-parieta/t. Intet sikkert epi/eptiformt. DIAGNOSTISK BETYDNING: Registrering uden sikre abnorme fund*
Uændret fra seneste EEG.

Tidligere ASMs: LTG

Anfaldsbeskrivelse:

oplever syns forstyrrelser hvor det hele var gråligt/brunligt ,derefter synet forsvandt, gik ned at lagt sig. Det går ca under 1 min hvor hun får GTK anfald varer i 2 min. Postiktal, træt.

Anfaldstyper:

fokal anfald med syns aura med sGTK.

Anfaldsfrekvens:

enkelt stående anfa ld 23-06-24

Tidligere ASMs: LTG

Anfaldsbeskrivelse:

oplever syns forstyrrelser hvor det hele var gråligt/brunligt ,derefter synet forsvandt, gik ned at lagt sig. Det går ca under 1 min hvor hun får GTK anfald varer i 2 min. Postiktal, træt .

Anfaldstyper:

fokal anfald med syns aura med sGTK.

Anfaldsfrekvens:

enkelt stående anfald 23-06-24

Medicin:

Fast medicin:

...

lamotrigin (LAMOTRIGIN 'IA FARMA') 200 mg tabletter; 1 tablet Morgen; mod epilepsi. Behandlingsstart: 09-07-2024

Bivirkninger:

træthed

...

Øvrige relevante oplysninger/socialt:

...

Vurdering, plan og ordinationer:

Pt oplever ret udtalt kognitiv forandringer med nedsat hukommelsen samt betydelig træthed.

Pt opfylder kriterier for epilepsi pga strukturel forandring på MRC samt 1 sGTK.

Skal have 1 års kørselsforbud.

Behandling med ASM livslang, da risiko for ny anfald er ret høj.

Vi prøver at dele pt dosering i 2 doser:

rp lamotrigin 100mgx2

rp bip s-LTG samt D vitamin pga den udtalt træthed.

...

Pt. har kørekort og er informeret om kørselsforbud 12 måneder fra den 23.06.2024 og accepterer dette.

...

03-01-2025

Telefonnotat

Kontakt til pt. efter seneste kontrol.

Pt har det bedre, men er fortsat præget af træthed og nedsat hukommelse ...

...

13-05-2025

Telefonnotat, Spl. ...

Opkald til patient, da hun har henvendt sig via lægesekretæren. Patient fortæller, at hun dagligt oplever at være rundtosset inde i hovedet. Dette optræder 1-4 gange dagligt, og kan komme i alle situationer også i hvile. Det varer 10-15 sek.

Ovenstående er konfereret med ovl. ..., og det kan ikke udelukkes at episoder kan være epileptiske.

Det aftales derfor at øge Lamotrigin ...

...

04-06-2025

Sygeplejenotat

Patienten ringer i telefontiden, patienten havde en ubehagelig episode i lørdags med dobbeltsyn.

Patient havde det on-off i en halv time ca. Det er aftaget igen.

Dette konfereres med Neurolog ..., der mener det kan skyldes bivirkninger efter øgning af lamotrigin, patienten er informeret om dette telefonisk.

Patienten kontakter ambulatoriet igen ved behov, kommer dobbeltsyn tilbage kontakter patienten amb.

...

29-08-2025

Pt i kontrolforløb af mindre konveksitetsmeningeom ve side. Scanning grundet GTK og pt blev opstartet i AED. Neurologer har vurderet at meningeomet er udløsende faktor for epilepsi. Sidst i amb ønskede pt ikke operation.

Kontrol MRC efter 9 mdr viser ingen progression af meningeom.

Pt angiver nu at hun haft nogle anfald der hun føler sig rundtosset. Kan ikke beskrive det nærmere. Neurolog har vurderet det som epileptisk anfald. UT forklarer for pt på ny at vi skal overveje kirurgi. Vi aftaler at pt kommer ind til amb samtale vedr eventuel operation.

...

17-09-2025

[I 60'erne] kvinde følges ... for epilepsi, muligvis på baggrund af mindre meningeom parietalt på venstre side.

I behandling med lamotrigin som nyligt at sat op i dosis, da hun havde episoder, som måske er epileptiforme.

Har ikke symptomer i øvrigt den mulige epilepsi.

Ift fjernelse af meningeomet på epilepsibaggrund mener undertegnet ikke at epilepsien med sikkerhed kan skyldes meningeomet, som ligeledes kunne være et tilfældigt fund.

Kontrol MR-C viser uændret forhold nu ét år efter meningeomet blev diagnosticeret.

Konfereres med neurolog med subspeciale i epilepsi på [hospital2], som mener at såfremt patienten har behandlingsrefraktær epilepsi, hvilket ikke er tilfældet aktuelt, da der kun har været forsøg på ét epilepsipræparat, som aktuelt har god effekt. Ved behandlingsrefraktær kan der henvises til epilepsikirurgisk udredning på [hospital2].

Følges med MR-C for meningeomet på [hospital2] og anbefales opfølgning på [hospital1] ift. epilepsien.

rp MR-C med kontrast om 1 år og telefonisk konsultation. Ingen kontraindikationer.

...

18-12-2025

Opkald fra patient i telefon tiden i går. Hun oplyser, at hun ryster på sin højre hånd.

Rysten er ikke konstant, når den er der, varer de 20-30 sek, hvor hun ikke kan bruge sin hånd, og taber ting. Det er ikke forbundet med andre symptomer, når det står på.

Ovenstående er drøftet med overlægen, der anbefaler, at patient øger Lamotrigin med 50 mg x 2.

Patient øges derfor til 150 + 200 mg Lamotrigin.

Henvender sig ved forværring, eller hvis det ikke bliver bedre om ca 3 uger."

Det fremgår af MR-skanning:

"25/06/2024

MR cerebrum med og uden iv

...

Sammenlignet med CT fra den 23.06.2024 ..., viser 13 x 8 millimeter kontrastopladende delvis forkalket ekstraaksial dural baseret proces parietalt på venstre side, bedst forenelig med lille konvexitets meningeom. Meningeomet har lige akkurat kontakt til det tilstødende hjerneparenkym uden ødem i hjerneparenkymet, ingen massevirkning. Ingen andre rumopfyldende processer eller patologiske kontrastopladninger i hjerneparenkymet eller meninges. Ingen infarkter eller infarkt følger. Multiple (>10) mikrobldninger lokaliseret i tæt relation til hinanden i mindre område occipitalt på venstre side, differentialdiagnostisk kunne man overveje traumefølger (?) eller som led i CAA. Der er ingen andre mikrobldninger i øvrige hjerneparenkym. Enkelte punktate alderssvarende subkortikale hvidsubstansforandringer på formodet vaskulær basis, Fazekas 0-1. Normalt kalibreret og midtstillet ventrikelsystem og normale overfladefurer.

Konklusion:

Lille delvis forkalket konvexitetsmeningeom parietalt på venstre side.

Mikrobldninger occipitalt på venstre side, se tekst"

Det fremgår af hospitalsjournal, hjerne- og nervekirurgi:

"05-07-2024

Henvist med meningeom, visiteret til telefonisk FUS.

[I 60'erne] kvinde med debut af 1. gangskrampetilfælde. Semiologi med pludselig ændring af synet, efterfølgende generalisering.

MRC har vist 1. mindre ve. konveksitetsmeningeom med sparsom kontakt til cortex uden tegn til ødem. og 2. fokalt område occipitalt med subkortikale/kortikale mikrobloodninger på ve. side. Patient er opstartet AED uden bivirkninger, ingen efterfølgende anfald, men er påvirket af at have meningeomet' i hovedet'.

Vurdering

Neurologisk på [hospital1] har konkluderet at meningeomet er udløsende faktor. Der er ikke foretaget EEG.

Man kunne overveje om hvorvidt der ikke med større sandsynlighed er chance for at de occipitale kortikale bloodninger er udløsende, idet disse forandringer passer godt med semiologien og mere oplagt medfører kortikal irritation end det beskedne meningeom.

Foreslår patient at drøfte sagen med sin epileptolog.

Finder ikke operationsindikation på det foreliggende.

Vi aftaler

rp MRC om 3 mdr, ...

rp Amb. kontrol ved UT efter MR."

Det fremgår af forsikringsbetingelserne:

"§ 2. Hvad er kritisk sygdom?

H Visse godartede svulster i hjerne og rygmarv

En svulst opstået i og udgået fra hjerne, hjernestamme, rygmarv eller disse organers hinder (centralnervesystemet), der uanset evt. operation medfører varigt mén på mindst 15%, vurderet ud fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings (AES) gældende méntabel.

Dækningen omfatter ikke:

* Cyster eller granulomer

* Hypofyseadenomer

* Tumorer i kranie-/hjernenerv (herunder Schwannomer/neurinomer)"

Klageren har fremlagt en video, som viser rystelser på højre hånd.

Nævnet udtaler:

Klageren anmeldte den 1/8 2024, at hun den 23/6 2024 fik diagnosticeret en hjernetumor (meningeom), som har forårsaget epilepsi. Selskabet har afvist erstatning med henvisning til, at klagerens mén er 10 %. Klageren ønsker erstatning.

Klageren har anført, at neurologen har vurderet, at epilepsien skyldes den påviste hjernetumor. Klageren har anført, at neurologen vurderede, at hun har en høj risiko for yderligere anfald, og selskabet har ignoreret denne vurdering, selvom internationale medicinske standarder aner-

kender sekundær epilepsi som en livsvarig lidelse. Klageren har anført, at hun har fokal epilepsi med strukturel årsag (meningeom og mikrobldninger) og får fokale anfald med syns-aura og sekundær GTK. Klageren oplever kronisk dobbeltsyn grundet medicinen for epilepsien, udtalt svimmelhed, rundtossethed og kognitiv uklarhed i dagligdagen, herunder hukommelsesproblemer og træthed, som har medført begrænset daglig funktion og tab af livskvalitet. Klageren er i livsvarig antiepileptisk behandling, og at det ikke er korrekt, at der var tale om en mild og forbigående tilstand. Klageren fik kørselsforbud i 12 måneder, hvilket bekræfter alvoren af tilstanden. At sygdommen er anfaldsfri under behandling, ændrer ikke dens karakter som en kritisk sygdom. Træthed, dobbeltsyn og svimmelhed er almindeligt forekommende enten som direkte følge af epileptiske anfald eller som bivirkning ved behandling - og begge elementer skal indgå i vurdering af funktionstab og men. Klageren har for nylig oplevet et nyt tilfælde af rystelser på højre hånd, hvilket er bekræftet som værende et mindre fokalt epileptisk anfald.

Selskabet har anført, at klageren modtager en mild dosis medicin for epilepsi. Yderligere behandling er ikke på tale, og klageren ønsker ligeledes ikke en operation. Klageren beskrives som velbehandlet uden yderligere anfald. Selskabet har anført, at lægekonsulenten har vurderet, at det lille påviste meningeom på ca. 9x12x12 mm over venstre isseregion, ikke kan begrunde en øget risiko for nye anfald på mere end 60 %, hvilket derfor ikke kan begrunde en højere fastsættelse af méngraden. Selskabet har anført, at Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings méntabel pkt. A.4.5.2 fastsætter en méngrad på 10 %, og at dette også omfatter eventuelle bivirkninger af den medicinske behandling som fx træthed. Klagerens kognitive problemer kan ikke begrundes i det påviste meningeom, som er delvist forkalket og har været til stede længe, og som kun har antydnet kontakt til hjernevævet. Selskabet har anført, at klagerens anfaldsbeskrivelser er ganske atypiske, og det ikke er dokumenteret, at disse anfald skulle skyldes den kendte lille hjernehindetumor. Selskabet har anført, at klageren ikke har bevist, at dobbeltsynet har været til stede konstant samt over længere tid, og at et anfald fra tumoren over venstre parietallap/isselap ikke viser sig ved 'rundtossethed'. Klagerens kortvarige rysten på højre hånd, hvor hyppigheden er ukendt, er uklare symptomer, som ikke er blevet yderligere vurderet af en neurolog. Der er tale om små epileptiske anfald, som ikke kan kategoriseres som 'svære hyppige anfald'.

Det fremgår af ansøgning om udbetaling den 1/8 2024, at klageren den 23/6 2024 fik "hjerneblødning, meningenom og epilepsi".

Det fremgår af journal fra akutafdeling den 23/6 2024, at klageren "ankommer efter 1. gangs tilfælde af hvad der umiddelbart beskrives som krampe. ... får pludseligt ændring af synet, oplever det som om hele synsfeltet pludseligt forsvinder og kommer tilbage af flere omgange, afviser fornærmelse af sortnen for øjnene, afviser at kun dele af synsfeltet forsvandt ... pt blive stiv i hele kroppen, få blå læber og få "stive ryk" i arme og ben bilat, Kan huske at øjnene var åben, men kan ikke huske om der var øjenbevægelse eller blikdiviation, så fråde om munden, ... Kramper går i sig selv efter 2-3 minutter, herefter bevæger pt i hø. arm, kigger mod hø. Spar som kontakt. Pt kan intet huske mellem at hun sætter sig på sofaen og vågner op i ambulancen, hvilket er væsentlig tid efter vir har set aktivitet. I ambulance er pt initialt beskrevet som konfus, retter sig herefter til GCS 15. Træt, kvalme, ingen hovedpine. Har haft tiltagende smerter i ve. hånd over de sidste par dage ... Objektiv neurologisk: Bevidsthed & orientering: Vågen, klar, orienteret i tid, sted og egne data. Træt. GCS: 15. Højere cerebrale fkt.: Ingen afasi. Ingen dysartri. Ingen neglekt ... Konklusion og plan: ... Pt med 1. gangskrampe, aktuelt neurologisk upåvirket, vågen og klar, upåfaldende infektionstal, afebril. CT apo med 12mm forkalket process, mistanke om exosystose eller meningeom ... Pt fortsat velbefindende, upåvirket. Ej længere kvalme. ... kørselsforbud i 6 måneder".

Det fremgår af hospitalsjournal, neurologisk ambulatorium, den 24/6 2024, at klageren er "objektiv neurologisk intakt. CTC har vist forkalket proces parietalt på venstre side som kan repræsentere exostose, alternativ et forkalket meningeom".

Det fremgår af hospitalsjournal, neurologisk ambulatorium, den 26/6 2024, at klageren har "lille delvis forkalket konveksitetsmeningeom parietalt på venstre side. Mikroblødninger occipitalt på venstre side ... Således MRc med konvensitetsmeningeom som tilskrives at være årsag til GTK. Pt derfor per definition epilepsi-diagnose. ... rp optrapning af Lamotrigin (25 mg i 14 dage, her-

efter 50 mg i 14 dage, herefter 100 mg i 14 dage og til sidst 200 mg fast) ... rp henv NK mhp vurdering og kontrol af meningeom cresc kørselsforbud 1 år".

Det fremgår af hospitalsjournal, neurologisk ambulatorium, den 9/7 2024, at der er "mistanke til microblødninger som årsag til krampeanfald og ej meningeom, dog usikkerhed da begge læsioner kan forårsage kramper. NK ønsker EEG ift lokalisering af epileptisk fokus, fordi hvis fokus relateret til meningeom, da muligt kirurgisk behandlingstilbud af meningeom. Ej tidl vurderet indikation for EEG da oplagt strukturel læsion som årsag til krampeanfald. Plan: Aftaler henvisning til EEG men pt også informeret om, at det ej er sikkert at EEG kan påvise epileptisk fokus og muligvis ej kan skelne mellem de 2 læsioner, da de ligger tæt ... Pt spørger desuden til optrapning af Lamotrigin, skulle være ringet op af epilepsi-sygeplejerske inden optrapning, som starter fra i morgen. Pt ingen bivirkninger til behandling og % krampeanfald, derfor optrapning af lamotrigin fra i morgen til 50 mg x1 dgl. ... cresc Lamotrigin 50 mg x1 dgl fra i morgen i 14 dage før yderligere optrapning".

Det fremgår af hospitalsjournal, neurologisk ambulatorium, den 14/8 2024, at klageren har "ingen sikker epileptiform aktivitet. Pt ej haft anfald siden. Fortsætter ASM - er under optrapning. Pt træthed efter opstart af ASM".

Det fremgår af hospitalsjournal, neurologisk ambulatorium, den 31/10 2024, at klageren har "haft et enkelt anfald og er opstartet i AED uden bivirkninger og uden yderligere anfald. EEG viser enkelte skarpe transienter venstre temporo-fronto-parietalt. Intet sikkert epileptiformt og uden sikker patologisk betydning. Neurologer har konkluderet at meningeomet er ud løsende faktor for epilepsi ... UT forklarer til pt at operation er en mulighed grundet epilepsi. Pt ønsker ikke at diskutere operation ...".

Det fremgår af hospitalsjournal, neurologisk ambulatorium, den 3/12 2024, at "Anfaldsbeskrivelse: oplever syns forstyrrelser hvor det hele var gråligt/brunligt, derefter synet forsvandt, gik ned at lagt sig. Det går ca under 1 min hvor hun får GTK anfald varer i 2 min. Postiktal, træt. Anfaldstyper: fokal anfald med syns aura med sGTK. Anfaldsfrekvens: enkelt stående anfald 23-

Ankenævnet for Forsikring

29.

103450

06-24 ... Medicin: ... lamotrigin ... mod epilepsi. Behandlingsstart: 09-07-2024. Bivirkninger: træthed ... Vurdering, plan og ordinationer: Pt oplever ret udtalt kognitiv forandringer med nedsat hukommelsen samt betydelig træthed. Pt opfylder kriterier for epilepsi pga strukturel forandring på MRC samt 1 sGTK. Skal have 1 års kørselsforbud. Behandling med ASM livslang, da risiko for ny anfald er ret høj".

Det fremgår af hospitalsjournal, neurologisk ambulatorium, den 3/1 2025, at klageren "har det bedre, men er fortsat præget af træthed og nedsat hukommelse".

Det fremgår af hospitalsjournal, neurologisk ambulatorium, den 13/5 2025, at klageren "fortæller, at hun dagligt oplever at være rundtosset inde i hovedet. Dette optræder 1-4 gange dagligt, og kan komme i alle situationer også i hvile. Det varer 10-15 sek. ... det kan ikke udelukkes at episoder kan være epileptiske".

Det fremgår af hospitalsjournal, neurologisk ambulatorium, den 4/6 2025, at klageren "havde en ubehagelig episode i lørdags med dobbeltsyn. Patient havde det on-off i en halv time ca. Det er aftaget igen. Dette konfereres med Neurolog ..., der mener det kan skyldes bivirkninger efter øgning af lamotrigin ...".

Det fremgår af konklusionen på MR-skanning af hjernen den 25/6 2024, at der ses "Lille delvis forkalket konveksitetsmeningeom parietalt på venstre side. Mikroblødninger occipitalt på venstre side ...".

Det fremgår af journal fra hjerne- og nervekirurgi den 5/7 2024, at klageren "er opstartet AED uden bivirkninger, ingen efterfølgende anfald, men er påvirket af at have meningeomet 'i hovedet'".

Det fremgår af hospitalsjournal, neurologisk ambulatorium den 18/12 2025, at klageren ringede "i telefon tiden i går. Hun oplyser, at hun ryster på sin hø. hånd. Rysten er ikke konstant, når den er der, varer de 20-30 sek, hvor hun ikke kan bruge sin hånd, og taber ting. Det er ikke forbun-

Ankenævnet for Forsikring

30.

103450

det med andre symptomer, når det står på. Ovenstående er drøftet med ovl. ..., der anbefaler, at patient øger Lamotrigin med 50 mg x 2. ... Henvender sig ved forværring, eller hvis det ikke bliver bedre om ca 3 uger".

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes § 2 H, at forsikringen dækker visse godartede svulster i hjerne og rygmarg, herunder "En svulst opstået i og udgået fra hjerne, hjernestamme, rygmarg eller disse organers hinde (centralnervesystemet), der uanset evt. operation medfører varigt mén på mindst 15%, vurderet ud fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings (AES) gældende méntabel". Det fremgår, at forsikringen ikke dækker *cyster eller granulomer, *Hypofyseadenomer, eller *Tumorer i kranie-/hjernenerv (herunder Schwannomer/neurinomer).

Det fremgår af Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings méntabel punkt A.4.5.1, at "Enkeltstående anfald uden behandling" som følge af posttraumatisk epilepsi svarer til en méngrad på under 5 %.

Det fremgår af Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings méntabel punkt A.4.5.2, at "Behandlingskrævende epilepsi, men velbehandlet med ingen eller sjældne anfald" svarer til en méngrad på 10 %.

Det fremgår af Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings méntabel punkt A.4.5.3, at "Behandlingskrævende epilepsi, men trods behandling svære hyppige anfald" svarer til en méngrad på 25 %.

Nævnet bemærker, at det er klageren, der skal bevise rigtigheden og størrelsen af sit krav.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren ikke har bevist, at hun har en méngrad på mindst 15 % som følge af meningeomet. Nævnet kan derfor ikke kritisere, at selskabet har afvist udbetaling ved kritisk sygdom.

Nævnet har bandt andet lagt vægt på, at det fremgår af akutafdelingens journal af 23/6 2024, at klageren aktuelt var neurologisk upåvirket, og at det fremgår af journalen fra neurologisk

Ankenævnet for Forsikring

31.

103450

ambulatorium den 31/10 2024, at klageren har haft et enkelt anfald, og at hun er opstartet i medicinsk behandling for epilepsi uden bivirkninger og uden yderligere anfald.

Nævnet har også lagt vægt på, at oplysningerne om klagerens vedvarende gener, der muligt er forårsaget af meningeomet, efter nævnets vurdering ikke kan føre til, at klageren vurderes at have en méngrad på mindst 15 %. Nævnet henviser bl.a. til oplysningerne om, at det fremgår af journal fra neurologisk ambulatorium den 3/12 2024, at klageren oplevede træthed og nedsat hukommelse som følge af medicinen for epilepsi (lamotrigin), og at behandlingen var livslang, idet "risiko for ny anfald er ret høj", og at det fremgår af journalen den 13/5 2025, at klageren oplyste, at hun 1-4 gange dagligt oplevede at være rundtosset i 10-15 sekunder ad gangen, og at det ikke kunne udelukkes, at symptomerne var af epileptisk karakter. Det fremgår også af journalen den 4/6 2025, at klageren havde oplevet en episode med dobbeltsyn on/off i cirka en halv time, som var aftaget igen, hvilket blev vurderet som værende en bivirkning til øgning af medicinen. Det fremgår videre af journal af 18/12 2025, at klageren fik øget sin medicin på grund af "ryster på sin hø. hånd. Rysten er ikke konstant, når den er der, varer de 20-30 sek, hvor hun ikke kan bruge sin hånd, og taber ting. Det er ikke forbundet med andre symptomer, når det står på".

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Peter Thønnings