794/08

Den 9. juni 2008 blev i sag nr. 72.291:

xxxxxx xxxxxxxx xxxx
xxxx xxxxxxxxxx xx xxxxxx
xxxx xxxx

mod

AP Pension
Østbanegade 135
2100 København Ø

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

Forsikringstageren, der har individuel pensionsordning i AP Pension, klager over selskabets afvisning af at udbetale invalidesum.

Selskabet henviser til, at klagerens erhvervsevne ikke er nedsat i dækningsberettigende grad.

Den tegnede forsikring giver ret til udbetaling af invalidesum, når den forsikredes generelle erhvervsevne på grund af sygdom eller ulykke er varigt nedsat med mindst 2/3.

Ordningen trådte i kraft i december 2002.

Det fremgår af sagen, at klageren, der er født i 1961, i november 2005 blev sygemeldt fra sit arbejde som social- og sundhedsassistent på grund af psoriasisgigt og fibromyalgi.

Af speciallægeerklæring af 30/3 2006 ved speciallæge i fysiurgi og reumatologi, overlæge, G.G.R., fremgår bl.a.:

"**Aktuelt**
Klienten har igennem 16 år haft tiltagende led- og muskelsmerter med morgenstivhed og belastningssmerter. Værst i hænder, fingre efterhånden også i arme, skuldre, nakke, fødder.

Klienten har været indlagt på Neurologisk Afdeling, V. Sygehus for 5 år siden på grund af hovedpineanfald, ingen sikker diagnose.

Tilstanden er gradvist blevet værre, der er forsøgt gigttabletter, som ikke hjalp, og som gav bivirkninger. Morgenstivhed på flere timer. Klienten har i lang tid ikke kunnet give hånd på grund af ledsmerter i hænder og fingre.

Det er nu blevet så galt, at alt husligt arbejde klares af ægtefællen. Der er mange smerter og udtalt træthed.
Klienten har i perioder haft udslæt på begge hænder.

Klienten er undersøgt af speciallæge i reumatologi A.O., V. 18. januar 2005, der stiller diagnosen psoriasisarthropati, men ikke i en grad, hvor man skal behandle med sygdomsmodificerende stoffer. Det noteres at klienten kan genhenvises ved forværring.

Blodprøver viser normale forhold.
Knoglescintigrafi viser normale forhold.
Røntgenundersøgelse af hænder og fødder har vist en lille destruktion i mellemled i venstre 5. tå, let arthrose i grundleddene af 1. tæerne, specielt på venstre side, men ingen arthritforandringer i øvrigt.
Der er foretaget MR-scanning af begge fødder, der viser degenerative forandringer i 1. tæernes grundled, desuden degenerative forandringer i grundleddene af højre fods 3. og 4. tå, samt grundleddet af venstre fods 2. tå. Der er ligeledes degenerative forandringer i enkelte tåmellemled.

Tilstanden er markant forværret det sidste år.

Medicin
Intet.

Færdigheder
Kan ikke klare nogen form for husligt arbejde på grund af ledsmerter. Gangdistancen nedsat.

Resumé af aktuelle klager
Kraftige ledsmerter i hænder og fingre. Varierende hævelse, konstant morgenstivhed, smerter i albuer og skuldre, ryg og lænd, smerter i knæ, smerter og bævelse i fodled, smerter og hævelse i tæer. Nedsat gangdistance. Af og til udslæt på hænder.

OBJEKTIVT
Udseende svarende til alderen. Ernæringstilstanden middel.
Højde: 170 cm Vægt: 80 kg
Gangen forsigtig.
Af- og påklædning besværet.
Vender sig besværet på lejet.
Hud: ingen sikre psoriasisforandringer.
Aktuelt hypermobilitetsindeks ad modum Beighton er 4 - akkumuleret opfylder klienten klart kriterierne for hypermobilitet.

Ved palpation af tenderpoints for fibromyalgi findes kraftig smertereaktion ved palpation af 16 af 18 tenderpoints.
Cranium: Pupilforhold naturlige. Ømhed i nakkefæster.
Columna cervicalis: Fri bevægelighed, ømhed i nakke- skulderåg.
Columna thoracalis og lumbalis: Moderat fikseret lænd. Kraftig ømhed i lænd og glutealregioner, ømhed over nederste lumbale segmenter og begge sacroiliacaled.
Stet. C. et P., abdomen: Intet abnormt.
Overekstremiteter: Let indskrænket aktiv og passiv bevægelighed i højre skulderled, svagt positiv impingement test. Albueled er frie, let hypermobile, ømhed af senefæster ved albueled.
Hænder: kraftig ømhed omkring håndled, fingrenes grund-, mellem- og yderled. Let kapselsvulst af MCP 2 og 3 på begge. sider. Pulpa-volaafstand: 0. Nedsat håndtrykskraft. Normale neurologiske forhold. Normal puls.
Underekstremiteter: Hofteled bevæges frit. Knæled bevæges frit - er hypermobile. Fodled og tæer frie. Der er ømhed omkring begge fodled. Der er let hævelse i venstre fodled. Ømhed af MTP-led på begge sider. Normale neurologiske forhold. Normal puls.

DIAGNOSE - latin:
Hypemobilitas
Fibromyalgia
Polyarthritis seronegativa, obs. pro

DIAGNOSE - dansk:
Overbevægelige led
Kronisk smertetilstand - fibromyalgi
Mistanke om ledegigt, muligvis psoriasislignende ledegigt

KONKLIENTENUSION
Det drejer sig om en 44-årig gift kvinde, social og sundhedshjælper, der sygemeldt på grund af ledsmerter, smerter overalt i bevægeapparatet. Klienten har tidligere været svært hypermobil, har igennem årene udviklet tiltagende ledsmerter, specialet i hænder og fødder, hvor der er intermitterende hævelse, endvidere smerter i knæ, nakke, ryg og skuldre.
Der har intermitterende været udslæt på begge håndflader.
Røntgenundersøgelse af hænder og fødder februar 2005 har givet mistanke om arthritforandringer i venstre fod.
MR-scanning af fødder har vist slidgigtforandringer, men ikke arthritforandringer.
Klienten er set af reumatolog i V. primo 2005, der stiller diagnosen let psoriasisarthropati, men ikke finder indikation for medicinsk behandling, men tilråder ny undersøgelse, hvis tilstanden forværres.
Tilstanden er klart forværret

Ved klinisk undersøgelse finder jeg at klienten tilgrundliggende er hypermobil, og at klienten klart opfylder kriterierne for fibromyalgi.
I sig selv kan disse fund forklare smerterne, men hertil kommer, at det er meget muligt, at klienten har en seronegativ polyarthrit, altså en leddegigt af psoriasisgigtlignene type.

Jeg kan foreslå, at klienten via egen læge på ny henvises til reumatolog, endvidere foreslås følgende undersøgelser:
- Røntgenundersøgelse af hænder og fødder, thorax, columna lumbalis og sacroiliacaled
- Og om muligt MR-scanning af hænder og fødder og sacroiliacaled.

Af blodprøver foreslås:

- CRP
- Vævstype B-27
- IgM-RF, ACE
- Anti-CCP.

Der kan foreslås en steroidtest, således at klienten enten får en indsprøjtning med fx 80 mg Depomedrol Lin., eller en uges behandling med peroral Prednisolon. Dette som en diagnostisk test med henblik på, om klienten kunne have en inflammatorisk ledsygdom.
Såfremt der er god effekt af en kortvarig steroidbehandling taler dette for, at klienten har en kronisk ledegigt. Såfremt polyarthritdiagnosen kan verificeres, vil Methotrexate være det optimale medicintilbud.

På det foreliggende drejer det sig om en varig lidelse med et varigt skånebehov, og det er udelukket, at klienten fremover kan arbejde som social- og sundhedsassistent eller andet arbejde på normale vilkår.
Arbejdsevnen er varigt nedsat i ethvert erhverv i meget betydeligt omfang.
Skinner til håndled, hænder må anbefales.
Såfremt der kommer udslæt må henvisning til dermatolog tilrådes, af diagnostiske grunde."

Af journaludskrift fra speciallæge i reumatologi, A.O., fremgår bl.a.:

"**Tirsdag d. 2. maj 2006**
...
Pt. er let hypermobil og hun er øm i de ved fibromyalgi karakteristiske tenderpoints. Hun er imidlertid også morgenstiv og har natlige smerter i ryggen. Vi bliver nødt til at udelukke en aksial artrit.
Henvises til MR-scanning af col thoracolumbalis og sacroiliacaled i benrå. Desuden blodprøver der suppleres med D-vitamin. Igen når svar foreligger.
Vi snakker øvelser, hvor hun cykler 3 x ugl 6-7 km. Går til varmtvandssvømning. Det er vigtigt at hun fortsætter med cyklingen.

Mandag d. 29. maj 2006

Journal tekst - Almen
Kl. 16:16
Uændrede symptomer med rygsmerter. Beskriver i dag mindst 1/2 time morgenstivhed i hælregionerne sv.t. achillessenehæfterne og sv.t. fachia plantaris på begge sider. Hun har vedvarende smerter i fingrenes mellem- og grundled, dog uden hævelser.
MR-scanning af columna thoracolumbalis og sacroiliacaled har vist normale forhold. Paraklinisk normale blodprøver. D-vitamin i normalområdet.
Hun er mere morgenstiv end jeg ville forvente ved en fibromyalgi og har spredte symptomer, ofte asymmetrisk og jeg synes at der er betragtelig mistanke om psoriasisarthropathi. Hun har tænkt over effekten af Prednisolon og troede ikke at det kunne være korrekt at hun mærkede bedring allerede inden for det første døgn. Hun er meget interesseret i at prøve Methotrexat-behandling men jeg synes dog at inden vi starter Methotrexat skal vi se at hun kan have en overbevisende effekt af Prednisolon.
Rp tabl Prednisolon 20 mg dgl. i 5 dage, herefter tabl Prednisolon 15 mg dgl i 1 uge, herefter tabl Prednisolon 10 mg dgl.
Ser pt. igen om 3 uger og hvis der er den overbevisende effekt, går vi i gang med Methotrexat.
...

Onsdag d. 14. juni 2006
Journal tekst - Almen
Kl. 16:50
Har haft overbevisende effekt af Prednisolon. I løbet af et døgn blev pt. smertefri. Efter reduktion til Prednisolon 10 mg dgl har der været ømhed i fingrene men smerterne i ryg og ben er fortsat forsvundet.
Den overbevisende effekt af Prednisolon taler for inflammatorisk gigtreaktion. Med achillessenetendinitter og rygsmerter mener jeg at der er tale om en seronegativ artrit, sandsynligvis psoriasisartrit."

I perioden fra den 31/5 2006 til den 15/8 2006 var klageren i arbejdsprøvning. Af udkast til udtalelse dateret 16/8 2006 fremgår bl.a.:

"M.s daglige arbejdstid har gennem forløbet måtte reduceres. Hun startede med 5 arbejdstimer dagligt fra kl. 9-14. Dette blev først reduceret med en time dagligt, og senere med endnu en time, således at M. i den afsluttende del af forløbet er mødt fra kl. 9-12. Reduktionen i arbejdstiden skyldtes tiltagende smerter og manglende overskud til at få hverdagen til at hænge sammen. Det har tillige været forsøgt med en midtugentlig fridag, for at undersøge om M. kunne komme lidt til kræfter og have mere overskud til ugens sidste 2 arbejdsdage. Samtidig blev arbejdstiden øget med en time de 4 øvrige dage. Dette var mod forventning dog slet ikke hensigtsmæssigt. Alt i alt har M. desværre ikke haft en væsentlig mærkbar effekt af de ændringer, der har været forsøgt, og det har været tydeligt, at hun som dagene er forløbet har fået mindre og mindre overskud, såvel fysisk som psykisk.
...
Afhængig af hvordan M.s smerteniveau har været de enkelte dage, har hendes tempo ligget et sted mellem halvdelen og over 3/4 af normen. Hun har afholdt en pause i timen af ca. 15 minutters varighed, ud over de fastlagte pauser. Med en arbejdsdag på 3 timer, har hendes effektive arbejdstid været på ca. 1 time om dagen.
…
M. har gennem hele forløbet været plaget af smerter grundet psoriasisgigten. Smerterne har været af et sådan omfang, at hendes overskud løbende er blevet mindre gennem forløbet. Dette har også medført øget træthed og tristhed. Ultimo i forløbet har M. været mærkbart nedtrykt, modløs og grådlabil, hvorfor hun også har haft samtaler med B.s psykolog.

M.s smerter vurderes at været en stor barriere, i forhold til fremtidig beskæftigelse. Trods smerterne, er M. ikke selv i stand til at løsrive sig fra opgaverne. Hun går så meget op i arbejdet, at hun faktisk ikke mærker/observerer smerterne, før hun har overbelastet sig. Det har derfor været nødvendigt at M. har indlagt faste pauser, påmindet af et minutur. I perioder har M. herudover haft behov for en mundtlig opfordring til at afholde de fastlagte pauser. M. har ikke været i stand til at lave fysisk betonet arbejde eller arbejde med mange gentagelser. Hun har haft behov for hæve-/sænkeborde og justerbar stol. Det har fungeret bedst, når M. har haft en meget varieret arbejdsdag, gerne med små gåture (fx til kopimaskine). M. har i perioder, med massive smerter, haft brug for ro. Hun har grundet smerterne kunnet blive irritabel og nogle gange indesluttet - stik modsat hendes personlighed. M. er meget bekymret for smerteniveauet i den kommende vinter, herunder hvilke yderligere begrænsninger det vil medføre.

B.s psykolog vurderer, at psykologisk behandling ikke vil kunne ændre væsentligt på M.s arbejdsevne. M. vil kunne indgå i en personlig udviklingsproces, hvor hun kan arbejde med 'facaden'. En sådan proces må dog påregnes at være langvarig og uden sikker effekt.

> På baggrund af forløbet og de beskrevne fysiske begrænsninger, vurderes det, at M.s arbejdsevne er ubetydelig, og der er ikke yderligere behandlingsmuligheder.
>
> Del er ikke muligt for os at pege på beskæftigelse, som M. vil kunne honorere, ej heller med relevante skånehensyn. Det skønnes ikke muligt at foretage en matchning til det arbejdsmarked der er."

Den 5/3 2007 blev klageren tilkendt førtidspension pr. 1/4 2007.

Klageren ansøgte herefter om udbetaling af ydelser ved tab af erhvervsevne. Ved skrivelse af 28/6 2007 til klageren meddelte selskabet, at hendes erhvervsevne ikke var nedsat i dækningsberettigende grad, hvorfor hun ikke var berettiget til udbetaling af invalidesum.

Klageren var utilfreds med afgørelsen, hvilket hun meddelte selskabet ved skrivelse af 4/7 2007. Selskabet fastholdt dog afgørelsen ved skrivelse af 19/7 2007, og sagen blev herefter indbragt for Ankenævnet for Forsikring.

Efter sagens indbringelse for nævnet har klageren på selskabets foranledning fået foretaget endnu en speciallægeundersøgelse. Af speciallægeerklæringen dateret 9/11 2007 ved speciallæge i reumatologi, overlæge F.J.J. fremgår bl.a.:

> "**Organsystemer**
> CNS: Ingen hovedpine. Til tider smerter bag øjnene. Symptomer fra slimhinder i form af blæner i munden.
> Kardiopulmonalt: Asthma i forbindelse med udsættelse for græspollen.
> Gastrointestinalt: Tendens til dyspepsi. Får Lansoprazol.
> Urogenitalt: Tre normale fødsler. I øvrigt ingen klager.
> Bevægeapparatet: Var i ungdommen særdeles smidig, formentlig hypermobil. Har haft problemer med smerter i leddene igennem ca. 17 år.
> Hud: Angiver beskedent udslæt på albuerne. Beskriver dette som psoriasis. Endvidere små blærer i hænder og på fingre, men ikke aktuelt.
> De nævnte forandringer er ikke observeret af hverken A.O. eller G.G.R.
> ...
> **Nuværende**
> Er som anført disponeret for muskel-/ledsmerter på mødrenes side af ukendt genese. Selv har hun været hypermobil i den tidligere ungdom. Har haft problemer med bevægeapparatsmerter igennem ca. 17 år med betydelig forværring inden for de seneste år. Angiver tendens til intermitterende hævelser af fingrene af pølseagtig karakter, samt smerter udgående fra fingre, håndled, albuer, skuldre, nakke, lænd, hofter, knæ, fodled og tæerne. Tæerne har ligeledes tendens til intermitterende hævelse. Oplyser at have haft psoriasis på albuerne, samt vandblærer i håndflader og fingre. Disse forandringer synes ikke at være observeret i forbindelse med de tidligere lægelige vurderinger, således heller ikke i dag.

Ud over de nævnte smerter opstår der sviende fornemmelse på føddernes indside og på anklerne og op ad underbenene. Svaghedsfornemmelse i hænder og fingre, hvilket medfører, at hun taber ting og har svært ved at holde på f.eks. kuglepenne. Der angives udtalt morgenstivhed både i led og ryg. Har været undersøgt af Anders Olsson, speciallæge i reumatologi i V., som mener, at der er tale om en psoriasisartropati. Har gennemgået en lang række undersøgelser med blodprøver, røntgen og MR-skanning uden, at der har kunnet påvises patologiske forandringer. Man har forsøgt behandling med Prednisolon, hvilket angives at have haft god effekt. Methotrexate tåltes ikke grundet åndenød. Får ca. 3 gange om året en Prednisolon-kur, som styres af egen læge.
Tilstanden er arbejdskompromitterende. Hun var således sygemeldt fra november 2005 og indtil hun fik tilkendt pension i 2007 på baggrund af følger efter hypermobilitet, fibromyalgi og psoriasisartropati. Funktionsniveauet er yderst begrænset. Ved arbejdsprøvning har man fundet hendes arbejdsevne ubetydelig. De fleste opgaver i hjemmet varetages af ægtefællen, såsom grovere rengøring, støvsugning, gulvvask og lignende. Hun kan til nød tørre støv af og lave lidt mad, dog er hun ikke i stand til at skrælle kartofler og lignende, hvor hænderne skal bruges. Havearbejdet overlades fuldstændig til ægtefællen. Hendes dag går med at se fjernsyn og gå ture. Hun magter ikke at lufte ægteparrets hund, idet hun ikke er i stand til at holde om snoren. Smerterne frustrerer hende og har indvirkning på hendes psyke.

Objektivt
Højde 171 cm.
Vægt 89 kg.
Idealvægt: 61 kg +/-10 %.
Rejser sig frit fra stol. Kan tage trøjen over hovedet. Har problemer med at tage sko på, anvender skohorn.
Sidder roligt på stol uden forflytninger. Virker ikke smertepåvirket i forbindelse med voluntære handlinger og berøringer.

I forbindelse med selve undersøgelsessituationen er hun abnormt følsom for enhver form for berøring, hvilket giver sig udslag i voldsomme afværgereaktioner, hvilket vanskeliggør en regelret undersøgelse.
Hud: Ingen psoriasismanifestationer, hverken i hårbund, hårgrænser eller på albuer, Ingen forandringer i håndfladerne. Neglene er en lille smule stribede, men der er ingen fingerbølprikning eller onkylose.
Er generelt øm symmetrisk over og under bæltestedet for erhverv form for berøring og ikke kun på de for fibromyalgikarakteristiske trickerpunkter. Det er svært at vurdere, hvorvidt hun er hypermobil i fingrene grundet den svære afværgereaktion, derimod kan albuerne overstrækkes og skuldrene er særdeles mobile og ikke ømme. Der angives voldsom ømhed i hofteleddene, knæleddene ligeledes, som kan overstrækkes. Fodleddene er også ømme ligesom tæerne.
Ved ledgennemgangen er der ikke fundet tegn til pågående synovit nogetsteds eller nogen form for deformiteter. Der angives ømhed af fodleddene.
Der foretages ultralyd dels af håndled og fingre samt fodled og tæer uden, det er muligt at påvise synovit eller Doppleraktivitet som udtryk for aktiv ledlidelse.
Columna: Lige bækkenstand. Normale krumninger. Angiver voldsom ømhed i forbindelse med forsøg på udmåling af finger-gulv-afstand primært til knæledsniveau men med lidt hjælp 20 cm. Schobers modificerede mål uden hjælp 15/21. Sidefleksionen giver anledning til udtalte smerter men bevægelsen er normal 12 cm mod højre, 10-11 cm mod venstre. Giver sig voldsomt i forbindelse med forsøg på hyperekstension. Der synes ikke at være sensibilitetsforstyrrelser eller tab af kraft.

Aktuelle blodprøver: Normalt rødt blodbillede, hvidt blodbillede, trombocytter, B-vitaminer, jerntal, væsketal, levertal, immunglobuliner, stofskifte, D-vitamin og kalk. Sænkningen let forhøjet 28.

Konklusion
De kliniske forandringer er beskedne. Der er ikke umiddelbart tegn til inflammatorisk led- eller bindevævssygdom. Der er ikke observeret psoriasisforandringer ved dagens undersøgelse, og der er ikke forandringer tydende på regulær psoriasisartrit.
Der synes at være tale om kronificerede artralgier af usikker genese.
Muligheden af fibromyalgi har været nævnt, men smerteklagerne er diffuse og lokaliserer sig ikke kun til de for fibromyalgi karakteristiske trickerpunker.
Man har nævnt muligheden af psoriasisartropati, hvilket selvfølgelig er en mulig om end de nævnte psoriasisforandringer ikke synes at være observeret fra lægeligt hold.
Endelig er hun hypermobil, hvilket vides at kunne give anledning til ledsmerter senere i livet.
Man må således konkludere, at der er tale om et kronificeret smertesyndrom, der giver anledning til voldsomme begrænsninger i dagligdagen. Hun har været arbejdsprøvet, og man har fundet hendes arbejdsevne nærmest ikke eksisterende.
Umiddelbart er der et betydeligt misforhold mellem de subjektive gener og de objektive fund hvad angår både billeddiagnostik, paraklinisk og objektive fund.
Specielt kan jeg have svært ved at forklare symptomerne fra lænderyggen, når der foreligger en normal MR-skanning, der angiveligt ikke har vist tegn til inflammation. Den abnorme smertereaktion ved berøring i forhold til det man observerer ved selvberøring. Specielt den kraftfulde håndtering af skohorn."

Klageren har over for nævnet nedlagt påstand om, at selskabet skal udbetale invalidesum. Klageren har i skrivelse af 30/7 2007 til nævnet bl.a. anført:

"Der er i afslaget overhovedet ikke taget hensyn til at jeg udover hypermobile led og fibromyalgi også har psoriasisgigt, som er den gigt form der plager mig mest.

Psoriasisgigt er ikke synlig i blodprøver, og på rgt. billeder, men diagnosen gives ud fra de symptomer som der er. Jeg er så plaget af det at jeg i perioder (allerede 2 gange i år) bliver behandlet med Prednisolon, for kunne holde det ud. Jeg taler ikke Methrotraxat, som ellers er min eneste mulighed for at få sygdommen til at stå på standby, og jeg tåler dårligt gigtmedicin, hvilket for i øvrigt heller ikke hjælper.

De skriver også at de ikke ser på at jeg den 28. nov. 2006 bliver godkendt til løbende pension og erstatning, fra Pen-Sam forsikring. Pen-Sam, har for i øvrigt, taget stilling ud fra kommunens papirer, og arbejdsprøvning, hvor jeg er vurderet uden for mit fag, og uddannelse, og med så store skånehensyn så muligt, og dette endda inden kommunen har godkendt mig til førtidspension, hvilket de gør den 1. april 2007. Jeg er begge steder erklæret 2/3 del uarbejdsdygtig, og med nedsat tid til 1 time dagligt.

Jeg har i dag skinner på begge mine arme, og finder absolut ikke at jeg som 45-årrig skal til ikke længere kunne være med til at forsørge min familie, og give mine børn samme muligheder, som de ville kunne få hvis jeg kunne tjene det samme hvis jeg havde et job.

Jeg bliver faktisk vred når jeg godtroende har betalt 2.000 om året til en forsikring der netop skulle hjælpe når jeg nu er kommet i den situation jeg er.

Jeg er gået ned i løn til ca. 130.000 om året, og kunne jeg have arbejdet ville jeg som vikar kunne have haft en timeløn tæt på de 300 kr. i timen, hvilket er absolut udelukket nu.

Min gigt bliver kun værre, og allerede nu kan selv de mest basale ting som at sige goddag ved håndtryk, og børste tænder og tage tøj på være meget svært."

I forbindelse med udarbejdelse af den seneste speciallægeerklæring har klageren i skrivelse af 13/11 2007 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg er stadig i dag dybt rystet over den behandling jeg modtog ved denne undersøgelse, den var ydmygende, nedladende, uempatisk, og i den grad nedgørende. Min mand der ventede i venteværelset, blev helt forskrækket da han så mig, og rigtig vred hvilket han ellers ikke er et menneske der bliver.

Det startede med at han ikke kunne forstå at mine blodprøver ikke var kommet, men fandt dem dog. Jeg spurgte om han ville høre om mine symptomer, hvilket han nærmest gryntende tillod, men han afbrød mig efter et meget kort øjeblik, selvom jeg spurgte om han ikke gad høre dem, men han var ikke interesseret.

Jeg sagde at jeg hos G.G.R. på reumatologisk Å. have fået diagnosen hypermobile led, og fibromyalgi, og det kommenterede med at de diagnoser gav han alle der kom, og det var jo nemt at sige av på de rigtige steder??? Nå sagde jeg hvad er de rigtige steder, og han sagde bare tenderpoints, og jeg sagde at det vidste jeg ikke noget om, og at jeg jo ikke var læge, og om han gav alle den diagnose kunne jeg jo ikke bruge til noget. Jeg sagde desuden at han havde haft mistanken om psoriasisgigt ud fra de symptomer som jeg havde, men at idet A.O. i V. allerede var ved at udrede mig for det, syntes G.G.R., at han skulle gøre dette færdigt. A.O. gav mig diagnosen psoriasisgigt, hvilket jeg har alle symptomer på, og han gav mig Methrotraxat, som jeg fik åndedrætsbesvær af selv ved lille dosis, og derfor turde han ikke fortsætte med dette. Til dette svarede F.J.J., at han ikke skulle give mig den diagnose når den ikke kunne ses nogen steder, men det er altså ikke ved alle det kan ses i blodprøver, og scanninger.
Jeg sagde jeg havde været i arbejdsprøvning, og til dette svarede han at arbejdsprøvninger var ikke noget værd, og da jeg sagde at jeg dog havde fået førtidspension, sagde han at det kunne alle jo få ???"

Selskabet har over for nævnet fastholdt sin afgørelse og har til støtte herfor i skrivelse af 6/12 2007 bl.a. anført:

"Ved vurderingen har AP Pension blandt andet lagt vægt på nedenstående fakta.

M.I.B. har bevægeapparatsmerter.

I forbindelse med sagens behandling har AP Pension rekvireret en speciallægeerklæring ... Denne er udarbejdet af speciallæge i reumatologi F.J.J. den 9. november 2007. Heraf fremgår vedrørende den objektive undersøgelse: 'Rejser sig frit fra stol: Kan tage trøjen over hovedet. Har problemer med at tage sko på, anvender skohorn. Sidder roligt på stol uden forflytninger. Virker ikke smertepåvirket i forbindelse med voluntære handlinger og berøringer. I forbindelse med selve undersøgelsessituationen er hun abnormt følsom for enhver form for berøring, hvilket giver sig udslag i voldsomme afværgereaktioner, hvilket vanskeliggør en regelret undersøgelse'.

Yderligere fremgår følgende af konklusionen: 'De kliniske forandringer er beskedne. Der er ikke umiddelbart tegn til inflammatorisk led- eller bindevævssygdom. Der er ikke observeret psoriasisforandringer ved dagens undersøgelse, og der er ikke forandringer tydende på regulær psoriasisartrit. Der synes at være tale om kronificerede artralgier af usikker genese. Muligheden for fibromyalgi har været nævnt, men smerteklagerne er diffuse og lokaliserer sig ikke kun til de for fibromyalgi karakteristiske trickerpunker. Man har nævnt muligheden af psoriasisartropati, hvilket selvfølgelig er en mulighed om end de nævnte psoriasisforandringer ikke synes at være observeret fra lægeligt hold. Endelig er hun hypermobil, hvilket vides at kunne give anledning til ledsmerter senere i livet. Man må således konkludere at der er tale om et kronificeret smertesyndrom, der giver anledning til voldsomme begrænsninger i dagligdagen'. Den afsluttende del af konklusionen skal fremhæves 'Umiddelbart er der et betydeligt misforhold mellem de subjektive gener og de objektive fund hvad angår både billeddiagnostisk, parakliniske og objektive fund. Specielt kan jeg have svært ved at forklare symptomerne fra lænderyggen, når der foreligger en normal MR-skanning, der angiveligt ikke har vist tegn til inflammation. Den abnorme smertereaktion ved berøring i forhold til det man observerer ved selvberøring. Specielt den kraftfulde håndtering af skohorn'.

Det kan således blandt andet udledes af speciallægeerklæringen, at der et betydeligt misforhold mellem de subjektive gener og de objektive fund.

M.I.B. er blevet undersøgt og behandlet hos speciallæge i reumatologi A.O. ... Det fremgår af journaludskrift fra den 14. juni 2006, at M.I.B. har en overbevissende effekt af Prednisolon og videre fremgår 'I løbet af et døgn blev pt. smertefri. Efter reduktion til Prednisolon 10 mg dgl har der været ømhed i fingrene men smerterne i ryg og ben er fortsat forsvundet'. Ved senere kontrol den 4. juli 2006 fremgår, at M.I.B. 'er velbefindende fraset lette rygsmerter' og videre den 12. juli 2006 'Har ikke mærket til reduktion i steroid, kun sparsomme ledsymptomer'.

I sagen foreligger yderligere speciallægeerklæring af 30. marts 2006 udarbejdet af speciallæge i fysiurgi og reumatologi G.G.R. ... Heraf fremgår, at M.I.B. klart opfylder kriterierne for fibromyalgi. Samtidig hermed anbefaler G.G.R. imidlertid yderligere udredning i form af røntgenundersøgelser, MR-skanning samt diverse blodprøver. G.G.R.s diagnose synes ikke at harmonere med anbefalingen af yderligere udredning. Udover denne uoverensstemmelse kan det af speciallægeerklæringen udledes, at tilstanden ikke er af varig karakter.

Afslutningsvis skal det oplyses, at AP Pension har modtaget M.I.B.'s brev af 13. november 2007, der ikke giver anledning til yderligere bemærkninger.

Ud fra ovenstående kan det udledes, at der ikke foreligger lægelig dokumentation for nedsat erhvervsevne. Dette både hvad angår blodprøver, røntgenundersøgelser, MR-skanning samt objektive fund.

På baggrund af ovenstående er det ikke AP Pensions opfattelse, at M.I.B. opfylder kriterierne for udbetaling af invalidesum. M.I.B. har ikke med tilstrækkelig sandsynlighed dokumenteret, at M.I.B.'s generelle erhvervsevne er varigt nedsat med mindst 2/3, hvorfor AP Pension fastholder afslaget på udbetaling af invalidesum."

Hertil har klageren i skrivelse af 11/12 2007 bl.a. anført:

"I AP Pensions afgørelse står der at man går ud fra 2/3 nedsat arbejdsevne inden for eget fag før man kan få udbetalt fra forsikringen.

I mit fag som sosu-assistent er det vigtigt bl.a. at kunne løfte og klæde andre mennesker på også når de ligger i en seng. Jeg kan i perioder ikke klæde mig selv på så jeg ved ikke hvordan jeg skulle klare det for andre.

Mange skridt skal der også til hver dag og når jeg arbejder og går meget hæver mine hænder og fødder og bliver meget ømme.

Jeg henviser stadig til min oprindelige undersøgelser og diagnoser som blev stillet efter mange undersøgelser og ikke en nedgørende ondskabsfuld og godt betalt undersøgelse på 15 min. ved en læge fredag eftermiddag.
...
Under min arbejdsprøvning var jeg hos en psykolog der konkluderede at jeg ikke kan vise udadtil hvor ondt og dårligt jeg har det. Det er en del af min personlighed og kan ikke ændres.
...
Også arbejdsprøvning må jo have en vis vægt da jeg ellers vil synes at samtlige kommuner der bruger arbejdsprøvning som målestok bl.a. ikke kan bruge det til noget, og det er jo trods alt kompetente mennesker med mange års erfaring der sidder sådanne steder og vurderer arbejdsevnerne også inden for mit fag."

Heroverfor har selskabet bemærket:

"M.I.B.s (herefter MIB's) brev af 11. december 2007 er modtaget. I den forbindelse skal en række forhold kommenteres.

MIB anfører, at AP Pension har vurderet erhvervsevnen i forhold til MIB's specifikke erhvervsevne. Dette er imidlertid ikke korrekt, idet det fremgår af forsikringsbetingelsernes § 3, at retten til udbetaling af invalidesum indtræder, når den forsikredes generelle erhvervsevne på grund af sygdom eller ulykkestilfælde varigt er nedsat med mindst 2/3.

En sådan nedsættelse af erhvervsevnen foreligger, når forsikrede efter AP Pensions skøn ikke længere er i stand til - bedømt under hensyn til forsikredes nuværende helbredstilstand, uddannelse og tidligere beskæftigelse - at tjene mere end 1/3 af, hvad der er sædvanligt for fuldt erhvervsdygtige personer på samme egn og med lignende uddannelse og alder.

Vurderingen er således foretaget på baggrund af MIB's generelle erhvervsevne. Det vil sige erhvervsevnen i et hvilket som helst erhverv. MIB's tidligere erhverv som sosu-assistent er derfor uden betydning for vurderingen af MIB's generelle erhvervsevne.

Videre henviser MIB til sin arbejsprøvning. AP Pension opfatter dette som en henvisning til, at MIB er tilkendt offentlig førtidspension. I den forbindelse skal det præciseres, at AP Pensions kriterier for at udbetale invalidesum er forskellige fra dem, der gælder for tilkendelse af offentlig førtidspension. Det er dermed ikke de offentlige myndigheders vurdering af M.I.B.s arbejdsevne, der er afgørende for retten til udbetaling af invalidesum, jf. AKF 66.092."

Hertil har klageren i skrivelse af 22/12 2007 bl.a. bemærket:

"AP Pension skriver i brev af 19. dec. at jeg henviser til offentlig førtidspension og arbejdsprøvning. Det siger at de har andre kriterier for at udbetale invalidesum.

Jeg vil derfor også gerne påpege at Pen-Sam har tilkendt mig invalidesum ud fra lægelig vurdering på at min arbejdsevne er varigt og meget nedsat og at arbejdsprøvningen udtaler at jeg kan yde ca. 1 time dagligt med en indsats på 50-75 %."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**§ 3. INVALIDESUM**
Omfatter gruppelivsforsikringen invalidesum, vil retten til udbetaling indtræde, når forsikredes generelle erhvervsevne - efter datoen for optagelse i gruppelivsforsikringen, men inden udgangen af det kalenderår, hvori forsikrede fylder 60 år - på grund af sygdom eller ulykkestilfælde varigt er nedsat med mindst 2/3.

En sådan nedsættelse af erhvervsevnen foreligger, når forsikrede efter AP Pensions skøn ikke længere er i stand til - bedømt under hensyn til forsikredes nuværende helbredstilstand, uddannelse og tidligere beskæftigelse - at tjene mere end 1/3 af, hvad der er sædvanligt: for fuldt erhvervsdygtige personer på samme egn og med lignende uddannelse og alder. Udbetaling sker til den forsikrede. Inden udbetaling kan finde sted, må der forevises en sådan dokumentation, som AP Pension finder nødvendig.

Efter udbetaling ophører invalidesumsdækningen."

Nævnet udtaler:

Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet det efter en samlet bedømmelse sandsynliggjort, at klagerens generelle erhvervsevne er nedsat i dækningsberettigende grad. Nævnet finder derfor, at klageren er berettiget til udbetaling af invalidesum.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet, AP Pension, skal udbetale klageren invalidesum med tillæg af renter i henhold til forsikringsaftaleloven § 24.

J. Hermann