816/09

Den 30. marts 2009 blev i sag nr. 73.788:

xxxx xxxxxx
xxxxx xxxxxxx xx xx xxx
xxxx xxxxxxx x

mod

PFA Pension
Marina Park
Sundkrogsgade 4
2100 København Ø

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikrede, der har pensionsordning med dækning ved tab af erhvervsevne i PFA Pension, klager over, at selskabet har afvist at udbetale invalidepension efter den 1/4 2008. Endvidere klages der over, selskabet ikke har oplyst om klagemulighederne i forbindelse med afslaget på fortsat forsikringsdækning.

Selskabet har afvist at yde forsikringsdækning efter ovennævnte dato med henvisning til, at klagerens generelle erhvervsevne ikke er nedsat i dækningsberettigende grad.

Pensionsordningen giver ret til fuld invalidepension, hvis klagerens generelle erhvervsevne på grund af sygdom eller ulykkestilfælde nedsættes til en tredjedel eller derunder af den fulde erhvervsevne. Nedsættes erhvervsevnen til mellem halvdelen og en tredjedel, har klageren ret til halv invalidepension. Der er en karenstid på tre måneder.

Klageren, der er født i 1960, blev i forbindelse med sit tidligere ansættelsesforhold omfattet af pensionsordningen fra den 8/6 1998.

Det fremgår af sagens akter, at klageren den 7/8 1998 var impliceret i et færdselsuheld (cykelulykke), hvorved han pådrog sig flere personskader. Han blev som følge heraf sygemeldt fra sit daværende arbejde som teknisk assistent, og selskabet tilkendte ham

derfor midlertidig fuld invalidepension fra karenstidens udløb i november 1998 til den 31/5 1999. Udbetalingen blev efterfølgende forlænget. Klageren blev siden godkendt som revalidend, og selskabet udbetalte i den forbindelse invalidepension under hans uddannelse til først laborant og siden diplomingeniør. Sidstnævnte uddannelse blev dog aldrig afsluttet, idet han i april 2006 blev sygemeldt på grund af problemer med ryggen. Udbetalingen af invalidepension fortsatte til den 1/4 2008. Herefter afviste selskabet at yde forsikringsdækning, idet klagerens generelle erhvervsevne ikke fandtes nedsat i dækningsberettigende grad.

Til brug for vurderingen af klagerens erhvervsevnetab har selskabet - før og efter sagens indbringelse for nævnet - modtaget diverse lægelige og kommunale oplysninger m.v., hvoraf nogle gengives i det følgende.

I udtalelse af 23/8 2006 fra speciallæge i fysiurgi/reumatologi H.L. hedder det:

> "Efter skriftlig anmodning og forudgående indhentet tilladelse fra pt. kan det oplyses, at pt. har været set her den 11.8.2006, henvist for rygsymptomer.
> 1998 været udsat for cykelulykke, hvor han var indlagt på E. Centralsygehus med 2 brækkede arme. For 20-25 år siden rygsymptomer, der opstod mens pt. var renovationsarbejder, hvilket han ophørte med i 1989. For 3 år siden knæk i ryggen ved hoste og på det tidspunkt behandlet med dolol og ibuprofen. Blev godkendt til revalidering og læste på adgangskursus til ingeniørstudiet, hvor han har klaret de 2 første år. Især fra december 2005 haft smerter i ryg i siddende stilling og pt. har måtte ophøre med studiet i april. Fra december angivelig udstråling til ve. ben til fod, men ikke paræstesier eller bugpresseaggravation. Angiver begrænsning i gangdistance. Derudover har pt. problemer med knæ, hvor der tidligere skal være påvist korsbåndslæsion, og han har selv fornemmelse af, at der også er problemer med hø. hofte.
> Objektivt er der fundet flad lænd uden kropsoverføring, og bækkenet står lige. Pæn kyfosering, FGA 10 cm, men oplevet sidebevægelse i lænd mod hø., friere mod ve. Strakt benløft 70/70 og Lasegue negativ bilateralt. Dybe reflekser uden sideforskel og kun usikker krafteftergiven ved dorsalfleksion over fod- og tåled på ve. side, men ikke føleforstyrrelser.
> Det skal bemærkes at rtg. af columna cervicalis i 1999 og af columna thorcolumbalis i 2002 begge har vist i.a.
> Der er således ikke fundet holdepunkt for lumbalt rodtryk og i hvert fald ingen indikation for neuroradiologi. Skulle kunne bedres ved mobiliserende behandling hos fysioterapeut, men forinden behandlingen iværksættes, er der bestilt nyt røntgen af columna lumb. m.h.p. om der er tilkommet degenerative forandringer i lænd."

Af journalkontinuation fra Arbejdsmedicinsk Afdeling, E. Sygehus, fremgår bl.a.:

> "**Ambulant 25. oktober 2006**
> Henvises med henblik på udredning af arbejdshindrende og studiehindrende rygsmerter og hoftesmerter.
> …

Konklusion
46-årig mand, der overvejende har arbejdet som ufaglært men dels har en uddannelse som teknisk assistent, som han knapt har brugt og er forhindret i at bruge på grund af armproblemer, dels en laborantuddannelse, som var et tilløb til en videre uddannelse til miljøtekniker. Laborantuddannelsen kan han heller ikke bruge på grund af armproblemer. Da miljøteknikeruddannelsen blev nedlagt, er han nu i gang med revalidering til kemiingeniør, som han mangler 1½ år af for at gennemføre
Gennem de sidste over 5 år gradvist tiltagende lænderygsmerter, som især har været et problem siden omkring 2003, hvor han i forbindelse med et nys fik en fornemmelse af et 'knald' i ryggen. Der er nu betydelige og konstante smerter dels i lænd med udstråling til hofte og balder bilat. men især på venstre side, dels torakalt. Smerterne angives så udtalte, at de forhindrer ham i at gennemføre uddannelsen.
Herudover har der været et beskedent vægttab og madlede. Har en kendt kronisk obstruktiv lungesygdom. Bør ophøre med rygning
Jeg forstår, at egen læge har taget blodprøver, og der foreligger også en aktuel lungefunktionsprøve, som vi ikke kender resultatet af.
Patienten er meget psykisk påvirket af helheden og opfatter sig selv som deprimeret. Udredning for depression anbefales og efterfølgende evt. behandling.
Med hensyn til ryggen finder jeg kun beskedne forandringer i form af et ømt venstre ileolumbalt ligament, og jeg synes ikke, det kan forklare de udtalte smerter.
For at komme videre synes jeg alt i alt, det vil være rigtigst at foretage en MR-scanning af lænden, også selvom jeg ikke finder noget fokalt, der kan give mistanke om rodtryk. Jeg foreslår, at egen læge udreder videre, men afdelingen stiller sig gerne til disposition, hvis det iøvrigt skulle ønskes.
Ellers må behandlingen af ryggen vel være træning og herunder måske koordinations- og balancetræning. Nogen bedre behandlingsmulighed kan jeg umiddelbart ikke få øje på. Hvis der atter skal tages blodprøver, kunne en HIV-test evt. inkluderes.
Jeg synes, man skal gøre alt, hvad der er muligt, for at han kan fortsætte og gennemføre sin uddannelse, da han ellers vil være arbejdsmæssigt rigtigt dårligt stillet.
Har gennem en årrække - ja, faktisk siden 1998 - været i periodevis morfika-behandling, hvilket måske ikke er helt hensigtsmæssigt."

Af journalnotat af 28/1 2007 fra Røntgenafdelingen, H. Sygehus, fremgår:

"MR-SKANNING AF COL. LUMBALIS: På niveau L3/L4 protruerer discus kraftigt i venstre reces. Der er ikke den sædvanlige signalændring i discus som ved prolaps, men protrusionen er meget lokaliseret, så prolaps kan på den anden side heller ikke udelukkes. Der er påvirkning af venstre 4. rod. L3-roden passerer frit kranielt herfor. På niveau L4/L5 er discus let degenereret og protruerer lidt i bagkanten uden synlig rodpåvirkning.
På niveau L5/S1 er discus degenereret. Der er ikke protrusion eller prolaps.
På de øvrige niveauer ses normale forhold. Der er skannet op til og med TH11.
Der er god plads i spinalkanalen og i alle foraminae bilateralt.

DIAGNOSE:
Let discusdegeneration over en venstresidig protrusion eller prolaps L3/L4.
Discusdegeneration og let protrusion L4/L5.
Discusdegeneration L5/S1"

I generel helbredsattest af 10/5 2007 fra klagerens egen læge hedder det bl.a.:

"**1. Sygehistorie**

…
I:
Hans væsentligste klage stammer fra lænden, men efter aftale med A.H. undlader jeg nærmere beskrivelse af det, idet vi afventer H.L.s vurdering af behandlingsmulighederne. MR-skanning lavet på foranledning af arbejdsmedicinerne viste discus protrusion / prolaps L3/L4 let protrusion L4/L5 samt discus degenerationer.

II:
Fik i slutningen af 80'erne en korsbåndslæsion. Mener at skal gå meget forsigtigt for at undgå, at knæet kommer ud af led efterfulgt af svære smerter. Tidligere var det måske kun én gang om ugen, men efterhånden har anfaldet 3-4 gange dagligt.

III:
Siden cykelulykke i august 1998, hvor han fik en fraktur på højre radius, har han klaget over smerter i begge arme. Han nævner dog nu mest venstre som oprindelig var årsagen til revalideringen. Siden da har han desuden haft prikkende parestesier i ulnarsiden på begge arme. Arbejdsmedicinsk afd. i 1999 gav diagnosen obs af compression af nervus medianus såvel venstre som højre og der blev tilrådet fysioterapi. Har også siden da haft smerter i såvel håndled som håndrod, lige meget på begge sider, så snart han bruger hænderne. Fik ved uheldet et knæk i nakken og får tilbagevendende hovedpine. Har desuden siden uheldet haft stikkende smerter i venstre øje. Slog hovedet og var bevidstløs i længere tid.

IV:
Lider af rygerlunger og har hoste samt åndenød.

V:
På grund af smerterne har patienten været i behandling hos smertelæge H.E. og blevet behandlet med bl.a. morfika. Mængde og dosering vides Ikke, idet det ikke er udskrevet fra vores klinik. Har siden det haft synsforstyrrelser i form af, at han føler, et venstre øje tilter skævt.

VI:
Patienten føler sig deprimeret, føler sig mislykket, er grådlabil og har tendens til at ryste meget. Har ikke nævnt det for undertegnede før aktuelle attest, men såvidt vides har han været på psykiatrisk skadestue, som afviste nærmere behandling af tilstanden. Tiltagende hukommelsessvækkelse samt koncentrationsproblemer.

Patienten behandles med Berodual 1 pust x 4.
…
2. Objektiv undersøgelse, især med henblik på de aktuelle helbredsklager
Patienten bevæger sig uhyre forsigtigt, langsomt og beklager sig ved mange spontane bevægelser. Diffus øm overalt I muskulaturen. Smerter ved stort set bevægelse i alle led.
St.p. viser ingen bilyde, men lungegrænse IC 10 i angulærlinie og 1 fingers bredde i forskydelighed ved dyb inspiration.
Lungefunktionsundersøgelse den 24.10.06. viser FIV1/FVC% på 57, undersøgelsen dog ikke helt optimal.

Columna beskriver jeg ikke nærmere efter aftale med attestbestilleren.
…
5. Beskrivelse af funktionsevnen
Beskrivelse af patientens sædvanlige arbejdsfunktion med begrundet angivelse af, hvad patienten ikke længere kan påtage sig.

Da hans væsentligste klage er lænden, som efter aftale med attestbestilleren ikke medtages i erklæringen, har jeg svært ved at vurdere, hvor meget den influerer på det hele og om man kan behandle den, så den ikke generer i fremtiden. Derimod har han talrige andre klager, af smertekarakterer, men det er svært at sætte en diagnose på det.
Den psykiske tilstand hører jeg først om ved attesten, og da jeg heller ikke i journalen kan finde noget derom, kan jeg ikke vurdere den psykiske tilstands påvirkning."

I psykiatrisk speciallægeerklæring af 8/8 2007 hedder det bl.a.:

"**Konklusion**
Det drejer sig om en 47 årig aleneboende mand der er opvokset i E. Patienten opvokset under uproblematiske forhold hos begge forældre som den yngste af i alt 5 søskende. Moderen er fortsat i live og der er god kontakt til moderen. Patienten har en perifer kontakt til hans søskende.

Patienten har gennemført normal skoleforløb, efter endt skolegang har patienten været rimelig stabilt tilknyttet arbejdsmarkedet frem til 1998, hvor patienten pådrager sig en bilateral fraktur af overekstremiteterne. Herefter starter patienten et revalideringsforløb, først læser patienten til industrilaborant mhp. at blive miljøtekniker, men uddannelsen nedlægges og patienten starter på kemiingeniørstudiet som afbrydes i marts 2006 grundet progredierende rygsmerter.

Gennem de sidste 9 år har patienten været aleneboende, gennem de sidste 3 år har patienten været forlovet med thailandsk kvinde, men der er ingen aktuelle planer om at etablere samliv.

Somatisk har patienten fra 1980-1988 pådraget sig flere korsbåndslæsioner i forbindelse med sportsudøvelse. 1998 pådrog patienten sig bilateral fraktur af overekstremiteterne og har siden haft sequelae i form af smerter i begge underarme, der har gjort at han ikke kan arbejde med computermus. Gennem de sidste 3 år har patienten udviklet tiltagende lænderygsmerter.

Patienten er udredt både ortopædkirurgisk og fysiurgisk, forandringerne er beskrevet som værende beskedne med en discusdegeneration og en vis protrusion, men der er ikke fundet operationsindikation og seneste skanning er foretaget i H. i foråret 2007.

Tidligere psykisk har patienten haft et forløb i daværende psykiatriske dagafsnit … tilbage i 1983 under diagnoserne neurotisk characteriogenis typus sensitivus og afhængighedssyndrom af cannabinoler. Patienten blev afsluttet i velbefindende uden psykofarmakologisk behandling.

Omkring den aktuelle psykiatriske problematik beskriver patienten at hans revalideringsforløb der opstartede i 1999, har været problematisk, idet den planlagte uddannelse blev nedlagt. Herefter startede patienten alternativt på ingeniørstudiet. Patienten føler selv at han har oplevet meget modgang under revalideringen. Føler frustration heromkring.

For ca. 3 år siden startede nuværende smerteproblematik med smerter i lænderyggen. Patienten beskriver smerterne som meget fluktuerende. Patienten er nu i fast morfikabehandling. Patienten er fuldstændig afvisende overfor at der kan være en vis psykisk udbygning af smerteoplevelsen, således at smerterne forværres såfremt han møder modgang eller oplever frustration, men dog kan patienten beskrive at han kan opleve en næsten nær smertefrihed, når han opholder sig i Thailand, ligesom det kan ses på Sundhed.dk at patien-

tens analgetica forbrug er meget fluktuerende. I perioder er analgetica forbruget meget højt og i perioder er analgetica forbruget yderst beskeden.

Patienten bekræfter at gennem den seneste måned har smerteproblematikken været forværret. Samtidig oplever patienten depressive symptomer. Patienten beskriver at over de seneste måneder isolerer patienten sig socialt, opholder sig stort set det meste af dagen i lejligheden, ligger på sofaen og ser tv. Har nedsat initiativ, lyst og interesse, oplever global tristhed, global pessimisme. Der er ikke nogen decideret håbløshedsfølelse og ingen suicidale overvejelser. Patienten tilskriver dog sin tristhed som at den alene skyldes hans smerteproblematik og den sociale usikkerhed.

Patienten scores med MDI's diagnostiske depressionsskala og her scorer patienten svarende til moderat til svær depressiv tilstand og klinisk fremtræder patienten moderat depressiv med en selvhenførende og i perioder også selvforringende tankegang, ligesom patienten specielt i den sidste 3. del af samtaleforløbet er agiteret og i perioder forpint.

Omkring den psykiatriske problematik opfylder patienten således de diagnostiske kriterier for en depressiv tilstand af moderat grad.

Omkring smerteproblematikken har patienten givet en kronisk smerteproblematik fra lænderyggen, men der er også en ikke ubetydelig psykiatrisk overbygning og patienten har også, efter oplysning fra tidligere journalmateriale, fra den tidligste ungdom haft tendens til at reagere med somatoforme smerter.

Vedrørende yderligere psykiatriske behandlingsmuligheder, vil der være indikation for antidepressiv behandling, evt. med et antidepressivum med analgetisk effekt. Men patienten er fuldstændig afvisende overfor dette, idet han oplyser at han tidligere har oplevet forværring af de depressive symptomer med nervemedicin.

Vedrørende den langsigtede prognose for om man kan forbedre patientens funktionsniveau afgørende, må den dog anses som værende dårlig."

Af vurdering af 22/8 2007 fra kommunens lægekonsulent fremgår bl.a.:

"Der er i sagsakterne anført, at pgl. har været langt henne i et kemiingeniørstudie. Pgl. synes således at have visse boglige kompetencer. Det er umiddelbart vanskeligt at se, at pgl. ikke kan tilknyttes arbejdsmarkedet på et eller andet sæt og vis. Disse somatiske helbredsforhold sætter i hvert fald ikke nogen egentlig begrænsning. Det gør de personlighedsmæssige forhold nok, men i hvert fald ud fra en teoretisk betragtning, bør en indplacering på arbejdsmarkedet, om end på skånende vilkår, være mulig, frem for evt. overvejelser vedr. førtidspension."

Af en af klageren til selskabet fremsendt e-mail af 5/10 2007 fremgår bl.a.:

"Jeg har utrolig svært ved at se mig selv i et alm. arbejde, da jeg har så udtalte problemer med min helbredstilstand og ser mig ude af stand til et sådant.

- Jeg har konstante smerter i lænd og den nederste del af ryggen
- Udstråling i venstre ben, gennem balde til hæl og til tider til min lilletå
- Smerter i højre hofte
- Smerter i begge knæ

- Smerter i venstre fodrod og hæl
- Smerter i lårmuskel på begge ben
- Ved cykling er der skarpe smerter venstre lår
- Smerter mellem det nederste af skulderbladene."

I skrivelse af 8/11 2007 fra Jobcenter E. til klageren hedder det bl.a.:

"Jobcenter E., Jobafklaring stopper din revalideringsydelse på grund af sygdom fra og med den 12. november 2007 jf. Aktivlovens § 53.

På baggrund af din helbredsmæssige tilstand, vurderes det på nuværende tidspunkt, at det er urealistisk at iværksætte nogen former for uddannelsesforløb/virksomhedspraktikker.

§ 7a:
Der vurderes jf Retssikkerhedslovens § 7a ikke at være behov for yderligere foranstaltninger for at bringe dig tilbage til arbejdsmarkedet.
Du ønsker udelukkende at bliver tilkendt pension. Der vurderes derfor at du ikke ønsker at medvirke til andre foranstaltninger. Der kan dog ikke på nuværende rejses pensionssag."

Af ortopædkirurgisk speciallægeerklæring af 8/1 2008 fremgår bl.a.:

"RESUMÈ
Der er tale om en patient, der siden 80'erne har haft bevægeapparatsproblemer. I 1995 startede en revalideringsproces, som har kørt uændret fra 1995-2006, hvor han er ophørt i revalideringssystemet pga. vedvarende musculus skeletale smerter. Patienten er kronisk smertepatient og er sat i morficalignende smertebehandling med Oxycontin- og Oxynormpræparater af anerkendt specialist i smertebehandling. Får ikke fysioterapi. Har multiple bevægeapparatsgener, men objektivt finder jeg kun let nedsat drejebevægelighed i begge underarme efter Colles radii frakturerne og et udtalt muskulært ømt punkt sv.t. iliosakralvinklen på venstre side samt ømhed ved kompression på patella. Der er ikke muskulær atrofi. Der er ikke hudtemperatur- eller nerveforstyrrelser på ekstremiteterne.

KONKLUSION
Der er tale om en kronisk smertepatient. Han har været udenfor arbejdsmarkedet i 12 år. Han kan næppe revalideres til nogen form for arbejde, og det vil være overordentligt svært at aktivere patienten, idet han ikke kan sidde, kan ikke gå, kan ikke bevæge hænderne så de kan bruges. Jeg savner et objektivt underlag for alle patientens smerter. Der foreligger en ret omfattende diagnostik af patientens ryg. Der er tidligere foretaget røntgenundersøgelser af patientens hofte og håndled. Her heller ikke påvist røntgenologisk patologi.

Tilstanden vurderes at være stationær, og patienten har næppe nogen restarbejdsevne betinget af hans langvarige kroniske smertestatus med en tilkommet depression, som dog ikke er medicinsk behandlet og ved dagens undersøgelse er der normal kontakt til patienten, som ikke er præget af latenstid, hukommelsesbesvær eller andre depressive symptomer. Der er således ikke objektivt umiddelbart mistanke om, at den tidligere beskrevne depression er aktuel p.t.

DIAGNOSE
Kronisk smertesyndrom.
Dolores extremitatis (kroniske smerter af ukendt årsag).

Bevægeapparatssmerter fra underarme, knæ, hofte og ryg uden røntgenologisk dokumenterbar artrose."

Af undersøgelsesresultat fra Nuklearmedicinsk Afdeling, S. Sygehus, fremgår:

"Undersøgelsesdato: 18. januar 2008 Svardato: 21. januar 2008
Henvisende afd.: Speciallæge H.E.

KNOGLESKINTIGRAFI

INDIKATION:
Tiltagende knoglerelaterede smerter i lænd og hofteregion, kostae og skulderregion. Radiologisk påvises i.a.

BESKRIVELSE:
Helkropsskanning suppleret med specialoptagelse af hænderne viser svagt skoliotisk kolumna med normal aktivitetstegning. Moderat øget aktivitet diffust og symmetrisk i sakroiliakaregionerne. Intet sikkert abnormt i centrale skelet i øvrigt.
Let, diffus aktivitetsøgning stort set symmetrisk i skuldre og albuer. I hænderne ses let inhomogen aktivitetsøgning i håndledsregionerne med lille accentuering ulnart på højre side. Let / moderat aktivitetsøgning svarende til de fleste fingerled på begge sider, mest udtalt i grundleddene, men inddragende såvel grund. som PIP- og DIP-led. Let, diffus aktivitetsøgning i hofteleddene med let venstresidig overvægt. Let, diffus aktivitetsøgning symmetrisk i knæ og fodroden på begge sider.

KONKLUSION:
Øget aktivitet i sakroiliakaleddene, sakroiliitis? Intet sikkert abnormt i centrale skelet i øvrigt. Ledrelaterede aktivitetsøgninger i ekstremiteterne, som anført."

I statusattest af 10/6 2008 fra klagerens egen læge hedder det:

"**1. Statusbedømmelse på grundlag af patientjournal m.v.**
A. Sygehistorie, diagnoser (latin og dansk), prognose. Evt. planlagt/igangværende behandling eller andre oplysninger af betydning for sagen
Jeg skal henføre til generel helbredsattest som blev lavet 10.05.2007.
Han har fået lavet en knogleskintigrafi ved H.E. som vi ikke har set. Vi har ikke konstateret at han har slidgigt, men han har en øget aktivitet af scacroiliacaleddene, hvilket er noget helt andet. Han skriver dog, at der ikke er meget korrelation mellem de subjektive klager og skintigrafifundet af et brev af 21.01. Ellers er konklusionen fra H.L. fra 14-09.2007, at man har fundet en lidt protrusion/prolaps mellem L3/L4 men at der ved sidste undersøgelse ikke er fundet nogen operationskrævende lidelser, og at man ikke har nogen tegn på prolapsen. Hans forslag er øvelsesterapi, fortrinsvis ved svømning.
Vi har således ikke nogle holdepunkter for den slidgigt som H.E. noterer noget om, og vi har heller ikke nogle indberetninger fra H.E. om hvilken medicin K.J. har fået. Situationen er uoverskuelig med henblik på den fremtidige erhvervsevne, idet blot det at flytte sig på stolen udløser lejlighedsvis meget voldsomme smerter hos patienten.
Jeg har d.d. fremsendt en henvisning til reumatologisk afd., for at få afklaret om diagnosen svær scacroiliitis, stillet af E., holder vand."

Af journalkopi dateret 24/9 2008 fra Rygcentret R., OUH/S. Sygehus, fremgår:

"ANAMNESE

48-årig mand, som siden 2005 har haft smerter i ve. side af lænden, af og til med udstråling til bagsiden af ve. ben og ud mod hoftekam på begge sider. Rygsmerter dominerer. Af og til fornemmelse af følelsesløshed i ben og fornemmelse af nedsat kraft. Forværres ved foroverbøjning og ved gang, men ikke i claudicatio-mønster.
Lindres i liggende stilling. Har forsøgt manipulationsbeh. og øvelser uden effekt. Får OxyContin og Oxynorm med god effekt. Er tidligere us. på Arbejdsmedicinsk Afd., hos reumatolog og på smerteklinik, og der er påvist protrusion på MR lavt lumbalt. Efter trafikulykke i 1998, hvor han brækkede begge arme, startede han revalidering. Var i gang med uddannelse til kemiingeniør, men dette har han måtte afbryde pga. ryggener. Afventer i Øjeblikket opstart af arbejdsprøvning.

OBJEKTIVT
ET normal. AT påvirket pga. smerter og medicin. Gangen lidt påvirket af smerter, men ellers normal. Tå-/hælgang normal. Hyperlordotisk lænd. Moderat bevægeindskrænkning i fleksion, let indskrænket bevægelse i lateralfleksion til begge sider. Fleksion giver smerter til ve. læg. Ved gentagne fleksionsbevægelser forværres smerterne. FGA 66 cm. Fjedringstest af L3-L5 giver stærke smerter. Ømhed i glutealmuskulaturen bilat. Ømhed ved udspænding og palp. af piriformis. Atrofi af glutealmuskulaturen. God trofik af erector spinae. SI- og hofteledstests normale. Sensibilitet nedsat sv.t. L5-S1 dermatom. God muskelkraft og normale reflekser. SBT reproducerer smerter i lænden og begge ben. Hø. ben fås til 60 grader, ve. ben fås til 70 grader. Omvendt Lasegue giver ingen smerter.

VURDERING
Der er ikke klinisk mistanke om rodpåvirkning eller anden patologi. Pt. er stærkt bevægeindskrænket pga. stærke smerter igennem flere år. På baggrund af dette har han udviklet instabilitet i kernemuskulatur og glutealmuskulatur. Der er behov for overblik over tidligere undersøgelser og behandlinger, derefter stillingtagen til videre plan.

PLAN
MR-skanning, skintigrafi samt epikriser fra tidligere undersøgelser er bestilt. Derefter diskuteres forløbet på tværfaglig teamkonference, og pt. orienteres skriftligt.

MEDICIN
OxyContin, Oxynorm.
Rådes til at kontakte egen læge mhp. optimering, da der i øjeblikket er en uhensigtsmæssig fordeling mellem depot og korttidsvirkende medicin.

SOCIALT
Støtter beslutningen om arbejdsprøvning.

PROGNOSE
Afventer supplerende oplysninger."

Af journalkopi dateret 23/10 2008 fra Rygcentret R., OUH/S. Sygehus, fremgår:

"DIAGNOSE
M.51.3 degeneratio disci i.v. lumbalis.

Er nu vurderet hos fysioterapeut, og der er ikke fundet lindrende stillinger og bevægelser, men han virker meget sensibiliseret.
Han er instrueret i lette mobiliserende øvelser i liggende stilling, opfordret til små daglige gåture og veksle imellem ligge og gå.

Man har bemærket, at pt. virker depressiv og samtidig meget fastlåst i sin situation. Vi har desværre ikke yderligere tilbud, men vi anbefaler henvisning til tværfaglig smerteklinik, og han får gradvis tilbagevenden til fysisk aktivitet, samtidigt med at han afklares socialt.
Endelig bør der tages stilling til om han skal behandles for depression.
Afsluttes."

I udtalelse af 16/12 2008 fra Revacenter E. hedder det bl.a.:

"Henvisningsårsag: E. Kommune ønsker en arbejdsprøvning af K.J., da han har søgt om førtidspension.
Periode: K.J. har i perioden fra den 29.10.2008 til 30.11.2008 gennemgået et forløb på Revacenter E., med en arbejdsprøvning på M…værkstedet.

Faglige og praktiske kompetencer.
På M…værkstedet havde K.J. arbejdsopgaver i Officepakken og Photoshop.

Ud af 23 mulige arbejdsdage har K.J. haft 11 sygedage, alle på grund af rygsmerter. 4 dage er han gået før aftalt tid, ligeledes på grund af rygsmerter. 1 dag mødt senere.

Arbejdstiden har været aftalt til at være fra kl. 9.00 til kl. 12.00. Sidst i perioden blev arbejdstiden aftalt til at være fra kl. 9.00 til kl. 13.00, men til gengæld med onsdagen fri til restitution. Dette ændrede imidlertid ikke billedet.
I perioden fra den 29.10.2008 til 11.11.2008 havde K.J. en gennemsnitlig arbejdstid på ca. 3 timer dagligt, dog med en del afbrydelser/pauser på grund af de helbredsmæssige gener. I perioden fra den 12.11.2008 til den 26.11.2008 havde K.J. en gennemsnitlig arbejdstid på ca. 1 til 2 timer dagligt de fremmødte dage.

K.J. mødte altid til aftalt tid på M…værkstedet, og til interne og eksterne opfølgningsmøder.

K.J. var kun i stand til at varetage arbejdsopgaver i siddende arbejdsstilling. Han kunne ikke klare stående arbejde, f.eks. ved montagebordet. K.J. havde således ikke glæde af den anviste ståstøttestol. Arbejdstempoet var langsomt, mellem 25 til 50 %, på grund af smerteniveauet. K.J. så ofte forpint ud. På grund af K.J.s erfaringer med anvendelse af computer, havde han nemt ved at forstå instruktionerne.
…
Helbredsmæssige forhold
På M…værkstedet har man oplevet K.J. som trist, og han har let til gråd. Dette sker også, når K.J. sygemelder sig pr. telefon.

K.J. er gået tidligere hjem i det afklarende forløb, når smerterne tager til og koncentrationen bliver påvirket i en sådan grad, at han ikke kan udføre arbejdsopgaverne.

Før forløbet på M…værkstedet gik han normalt en tur på ca. 1,5 kilometer, en lille times tid med pauser undervejs. Under forløbet på M…værkstedet har han ikke haft overskud til at komme ud og gå.

Han oplyser videre, at han stort set siden 1998 har været i morficabehandling. Han beskriver smerter i hele bevægeapparatet: Skuldre, nakke, arme, ryg og knæ. Smerterne beskrives som konstante. Herudover oplyser han, at han har en moderat depression.

> Revacenter E.s ergoterapeut har foretaget arbejdspladsvurdering. Han blev anbefalet at bruge forskellige stole, for at variere siddestillingerne. Han blev anbefalet strækøvelser for ryggen samt øvelser for nakke/skuldre. K.J. har ikke kunnet anvende ståstøttestolen optimalt.
>
> R. Rygcenter har anbefalet K.J. et forløb på Smerteklinik. Henvisning dertil skal ske via egen læge til offentlig Smerteklinik, hvorefter han muligvis vil kunne blive omvisiteret til V.-F., hvis ventetiden er for lang ved offentligt sygehus. K.J. tror ikke på, at et forløb på Smerteklinik kan ændre hans situation smertemæssigt.
>
> K.J. fortæller, at han må øge sit medicinforbrug, når han skal møde på M…værkstedet. K.J. følger de anvisninger han har fået fra smertebehandling ved E. i E.
>
> I speciallægeerklæringen fra C.F. nævnes varmebehandling her i Danmark, og at K.J. ikke profiterer af denne. K.J. fortæller, at han eks. har glæde af varmebehandling i eks. spa, men idet han kommer op af badet ændres smerteniveauet. K.J. oplyser, at han ofte anvender varmepude for at lindre smerterne. Endvidere at den varmepåvirkning han får i Thailand bedre hans smerteniveau, når han f.eks. har været der 2 - 3 uger - varmen er konstant. Ligesom han oplever ændret smerteniveau herhjemme når der er omskift i vejret.
>
> I forhold til K.J.s udprægede tristhed, er han overbevist om, at hans psyke vil forandre sig, når han har en afklaring af sin situation. K.J. fortæller, at han altid har været åben og ærlig omkring sin situation, men undervejs har han oplevet mistro som også sætter sig psykisk.
>
> Forløbet på M…værkstedet er nu blevet bragt til ophør pr. 30.11.2008, da det ikke har været muligt at ændre på fraværet i form af hyppige sygemeldinger. Der er tale om en kombination af rygsmerter og depression. Ofte har han haft behov for at gå hjem før tid. Arbejdsindsatsen har været ringe, og der har været behov for en del ekstra pauser.
>
> Det er Revacenter E.s vurdering, at arbejdsevnen er særdeles beskeden, som den er set pt. Det må være Smerteklinikkens afgørelse om K.J. vil kunne profitere af en tværfaglig indsats der, hvor der også er psykolog tilknyttet."

Klageren har over for nævnet nedlagt påstand om, at selskabet skal anerkende, at hans generelle erhvervsevne er nedsat i dækningsberettigende grad, og at han derfor er berettiget til fortsat udbetaling af invalidepension efter den 1/4 2008. Han er desuden utilfreds med, at selskabet ikke i forbindelse med afvisningen af fortsat udbetaling oplyste ham om klagemulighederne. Til støtte for påstanden om fortsat udbetaling har han i en række skrivelser til nævnet udførligt redegjort for sin helbredsmæssige situation. Han har i den forbindelse oplyst, at han - ud over de i den ovenfor gengivne e-mail af 5/10 2007 omtalte gener - også har smerter i arme og hænder, ligesom han til tider oplever følelsesløshed på ydersiden af venstre ben og i venstre arm. Han er af den opfattelse, at selskabet ikke har ladet alle sagens oplysninger indgå i bedømmelsen af hans erhvervsevnetab.

Selskabet har over for nævnet fastholdt sin afgørelse og har udførligt redegjort herfor i flere skrivelser til nævnet. I forbindelse hermed har selskabet bl.a. gjort gældende, at der ikke er påvist fysiske og lægelige forhold, der indikerer, at klagerens generelle erhvervsevne skulle være nedsat til halvdelen. Der er således ikke generelt set sammenhæng mellem hans massive smerteklager og de beskedne objektive fund, der er fremkommet ved de mange helbredsundersøgelser. Selskabet er af den opfattelse, at størstedelen af hans selvoplevede symptomer og funktionsnedsættelser må tilregnes en personlighedsforstyrrelse.

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**A Generelle betingelser**
…
§ 11. Klageadgang
PFA Pension er tilsluttet 'Ankenævnet for Forsikring', hvor klager fra forbrugere vedrørende forsikringsforhold kan behandles, jf. også § 7 i 'Betingelser for invalideydelse og præmiefritagelse'.
…
C Betingelser for invalideydelse og præmiefritagelse

§ 1. Definition af invaliditet/erhvervsevnetab
Ret til fuld invalidepension og/eller fuld præmiefritagelse indtræder, når forsikredes erhvervsevne på grund af sygdom eller ulykkestilfælde er nedsat til en tredjedel eller derunder af den fulde erhvervsevne.

Stk. 2. Er erhvervsevnen på grund af sygdom eller ulykkestilfælde nedsat til halvdelen, er forsikrede berettiget til halv invalidepension og/eller halv præmiefritagelse. …

Stk. 5. En ydelsesberettiget nedsættelse af erhvervsevnen foreligger, når forsikrede - efter PFA Pension's skøn - ikke længere er i stand til at tjene mere end en tredjedel resp. halvdelen af, hvad der er sædvanligt for fuldt erhvervsdygtige personer med lignende uddannelse og alder. Bedømmelsen sker på grundlag af en helhedsvurdering under hensyn til forsikredes tidligere og nuværende helbredstilstand, uddannelse og tidligere beskæftigelse.
…
§ 7. Klageadgang
PFA Pension's afgørelse om tilkendelse eller inddragelse af invalideydelse og/eller præmiefritagelse kan indbringes for domstolene eller inden 6 måneder efter modtagelsen af afgørelsen for en voldgiftsret.

Stk. 2. Bestemmelser vedrørende voldgiftsrettens sammensætning og forretningsgang udleveres efter ønske."

13. 73.788

Nævnet udtaler:

Efter sin gennemgang af sagens omfattende materiale, herunder parternes indlæg til nævnet og de fremlagte lægelige og kommunale oplysninger, finder nævnet, at klageren utvivlsomt har mistet en ikke ubetydelig del af sin erhvervsevne. Ud fra en samlet vurdering af sagens oplysninger finder nævnet det imidlertid godtgjort, at hans generelle erhvervsevne er nedsat til halvdelen, men ikke til en tredjedel eller derunder, efter den 1/4 2008. Som sagen foreligger oplyst, finder nævnet herefter, at selskabet har pligt til at yde forsikringsdækning efter den 1/4 2008 med halv invalidepension og halv præmiefritagelse.

Klagemulighederne fremgår af de gældende forsikringsbetingelser, og nævnet kan ikke kritisere, at selskabet ikke på eget initiativ har givet klageren yderligere oplysninger herom.

Som følge af det anførte

b e s t e m m e s :

Selskabet, PFA Pension, skal yde klageren halv invalidepension og halv præmiefritagelse fra den 1/4 2008 og forrente beløbene i medfør af forsikringsaftalelovens § 24.

Marianne Højgaard Pedersen