853/10

Den 29. november 2010 blev i sag nr. 77.362:

xxxxxxxx xxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxx xxx xx
xxxx xxxxxxxxxx

mod

PFA Pension
Marina Park
Sundkrogsgade 4
2100 København Ø

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har invalidepensionsdækning i PFA Pension, klager ved sin faglige repræsentant over, at selskabet har afvist at udbetale invalidepension.

Selskabet henviser til, dels at der ikke er konstateret objektive fund, der modsvarer de subjektive gener, dels at klagerens erhvervsevne ikke er nedsat i dækningsberettigende grad. Selskabet er i øvrigt af den opfattelse, at der ikke er belæg for at stille diagnosen kronisk træthedssyndrom.

Forsikringen giver ret til løbende udbetaling af invalidepension, hvis erhvervsevnen som følge af sygdom eller ulykke nedsættes med mindst 2/3. Der er ret til halve ydelser, hvis erhvervsevnen nedsættes med mellem halvdelen og 2/3. Karenstiden er 3 måneder.

Klageren, der er født i 1967, er uddannet advokatsekretær. I september 2001 fik hun pludselig en fornemmelse af et smæld i hovedet og blev svimmel med synsforstyrrelser, kraftnedsættelse og talebesvær. Hun har sidenhen oplevet en kognitiv ændring i form af bl.a. temponedsættelse, hurtig udtrætning og koncentrationsbesvær. Som følge heraf blev hun delvist sygemeldt frem til den 31/10 2002, hvor hun opsagde sin stilling. Hun var på daværende tidspunkt ansat som ejendomsmæglerassistent.

Fra den 23/10 2002 fik klageren en ny ansættelse inden for ejendomsmæglerbranchen. Hun arbejdede 32 timer ugentligt, men blev opsagt pr. 31/12 2004, idet arbejdsgiveren ønskede en fuldtidsansat. Herefter tiltrådte hun en ny stilling hos en stor ejendomsmæglerkæde, men måtte deltidssygemelde sig pr. 25/2 2005, hvorefter hun arbejde 4 hele dage om ugen og uden weekendvagter. Ansættelsen blev bragt til ophør pr. 30/9 2005 på grund af for meget sygefravær.

Klageren har modtaget fulde sygedagpenge siden 1/10 2005.

I neuropsykologisk undersøgelse af 1/8 2004 konkluderes det:

> "Konklusion:
> Testningen af denne venstre hånddominante pt. viser tegn på nedsat visuel perception samt tegn på nedsat evne til dannelse af overbegreber. Pt. har en mindre udtalt tilbøjelighed til at samle arbejdet på venstre halvdel af bordet. Der kan ikke påvises afvigelser indenfor opmærksomhed og koncentration, visuokonstruktiv funktion og indlæring af sprogligt materiale. Indlæring af visuelt materiale sker i underkanten af det forventede niveau, hvilket formentlig afspejler en ustruktureret tilgang. Indenfor opgaver, der kræver overblik, planlægning og efterkontrol ses svingende resultater, heriblandt en upåfaldende løsning af en central prøve.
> Pt. beskriver forud for aktuelle symptomer gennem en årrække et betydeligt arbejdspres samtidig med at hun havde forpligtelse over for 2 mindre børn. Hun fremstår som viljestærk og vedholdende og beskriver fortsat gennemgående gener i form af hurtig mental udtrætning, som hun i dagligdagen ikke formår at forebygge. Trætheden må antages at indvirke på de fundne testresultater."

Af neurologisk speciallægeerklæring af 24/6 2005 fremgår bl.a.:

> "<u>Medicin</u>
> Undgår helst medicamina. Hun har engang for en del år siden fået noget for maven, da hun var indlagt for disse symptomer, men oplevede kun, at det gjorde problemet værre og har ikke siden anvendt medicamina.
> …
> <u>Aktuelle symptomer</u>
> 1. Balanceproblemer med en fornemmelse af tendens til at hælde mod højre.
> 2. Føler det som et blylod er i baghovedet og skal koncentrere sig for, at hovedet ikke falder bagover.
> 3. Sovende, snurrende fornemmelse i hele ansigtet, øverste del af hovedet og højre arm, er ikke konstant, men dagligt til stede, specielt ved belastning i arbejdsperioder, medens hun kan opleve op til 2 dages pause, når hun ikke skal overkomme arbejde, fx i weekenderne. Symptomet kan være der allerede om morgenen, men kan også opstå i dagens løb og varer så oftest resten af dagen.
> 4. Har en fornemmelse af altid at skulle presse kroppen fuldt ud for at kunne klare dagligdagen.
> 5. Træthed og hurtig udtrætning, især i højre side.
> 6. Skal altid sove på højre side ellers har hun fornemmelse af, at sengen vælter med hende.

7. Gør i dagligdagen alt hvad hun kan for at holde humøret oppe (dette er svaret på spørgsmål om, hun føler sig trist).
8. På forespørgsel om synsproblemer oplyses, at hun let bliver forskrækket, hvis noget kommer fra højre og at hun tidligere havde en oplevelse af, at genstande mod højre kunne forsvinde, dog efter beskrivelsen som fx en bil på vejen kunne synes at køre i grøften og sønnen, der gik ved siden af hende med sit løbehjul, kunne fornemmes at være ved at vælte, selvom det ikke var tilfældet, hvorfor hun greb ud efter ham og han spurgte hvorfor.
9. Kan opleve, at benene gør et og hovedet noget andet.
10. Ovennævnte symptomer er, som patienten nævner disse og i den rækkefølge, hun finder dem vigtigst.

…

Konklusion

Der kan vanskeligt stilles nogen endegyldig neurologisk diagnose ud fra de foreliggende oplysninger, specielt også set i lyset af de begrænsede objektiviserbare neurologiske fund. Patienten har haft mangeårige gastrointestinale kost- og stressrelaterede symptomer, der er behandlet via bl.a. heilpraktiker.
Har nu i relation til en periode med kraftig arbejdsbelastning i 2001 oplevet debut af aktuelle symptomer og med en ny episodisk accentuering i januar 2002.
Efter oplysningerne har eneste abnorme fund været påvist ved neuropsykologisk undersøgelse, medens bl.a. MR-skanning (til udelukkelse af bladning/blodprop/dissemineret sklerose) har været normal. Også følger efter en virusinfektion har været overvejet, men ingen endegyldig diagnose synes at have kunnet stilles, da afslutningsdiagnosen efter oplysning fra kommunen ved Neurologisk Afdeling har været obs. for neurologisk lidelse. Selve den skrevne neurologiske journal og undersøgelsesresultater fra Neurologisk Afdeling foreligger dog ikke ved dagens vurdering, da denne endnu ikke har nået at blive skrevet og fremsendt til … Kommune fra … Sygehus, hvorfra undersøgelserne er afsluttet for nylig.

Der er således aktuelt ingen sikker forklaring på patientens tilgrundliggende lidelse, men hun har en klar oplevelse af et reduceret funktionsniveau og der optræder en symptomaccentuering fortsat, hver gang hun forsøger at øge sin arbejdsmæssige indsats. Samlet set oplever hun dog sig selv som bedre fungerende nu end da symptomerne debuterede og har også haft en oplevelse af, at det gradvist er gået bedre over de forløbende år, dog igen med en vis accentuering i januar måned i forbindelse med jobskifte, hvilket medførte aktuelle deltidssygemelding.

Man kan endnu ikke udtale sig om, om tilstanden ud fra de oplysninger, der er til rådighed, er blivende.

Der foretages gerne en opfølgende vurdering, når følgende papirer er nået frem til kommunen:

1. Kopi af journal fra Neurologisk Afdeling, … Afdeling.
2. Kopi af beskrivelse af MR-skanning fra … Sygehus.
3. Kopi af neuropsykologisk undersøgelse ved … Sygehus, Neurologisk Afdeling.
4. Også oplysninger om den gastrointestinale lidelse fra Medicinsk Afdeling, … Sygehus/egen læge kunne være relevant som led i sagsakterne.

Ud fra varigheden af symptomatologien kan man ikke udelukke, at der er tale om persisterende problemer, men patienten er anbefalet at tage kontakt til egen læge mhp.:
1. Svimmelhedsundersøgelse hos øre- næse- halslæge (otoneurologisk vurdering).
2. Henvisning til fysioterapeut til 10 behandlinger inkluderende specielt balancetræning.

3. Evt. gennem nogle måneder forsøge Cipralexbehandling eller tilsvarende præparat i samråd med egen læge mhp. om dette kan hjælpe patienten bedre gennem nogle af symptomerne.
4. Hvis der ikke er effekt af ovenstående tiltag, da overveje henvisning til en samtaleserie hos psykolog, hvis patienten er motiveret for dette.

Hun fortsætter selv med motion i det omfang, hun kan overkomme dette og gerne fortsat cykelture til bl.a. bedring af balancen.

Undertegnede foretager gerne supplerende og opfølgende vurdering af sagen, når ovennævnte papirer foreligger. Disse kan blot sammen med bestilling af vurdering heraf, bestilles direkte hos undertegnede (en samtidig fornyet patientvurdering vil formentlig ikke være påkrævet). De diagnostiske overvejelser ud fra de foreliggende oplysninger har bl.a. været:
Minor leak (lille subaraknoidalblexining grundet mindre lækage fra aneurisme i betragtning af familiehistorien. Foreligger der derfor ikke angiosekvens ved MR-skanningen bør en sådan gennemføres).
Øvrige overvejelser har inkluderet evt. postviralt træthedssyndrom (men der er ikke oplysninger om, at der skulle have været tale om hverken febrilia eller influenzalignende symptomer i forbindelse med symptomdebut, ligesom lille infarkt eller demyeliniserende lidelse har været de neurologiske diagnostiske muligheder, men MR-skanning skal have været normal.
Endelig også indgå i overvejelserne evt. atypisk depression/neurasteni og endelig evt. stressudløste symptomer."

Af en supplerende neurologisk vurdering af 8/11 2005 foretaget af samme speciallæge i neurologi fremgår bl.a.:

"Konklusionen ud fra de fremsendte oplysninger og den objektive neurologiske undersøgelse må være, at der ikke er påvist nogen neurologisk lidelse hos denne patient. Skanning af hele centralnervesystemet har i overensstemmelse hermed været normal.

Er patienten på baggrund af den familiære disposition bekymret for eventuel aneurisme, (hvis det er dette faderen har haft) er det relevant at få foretaget MR-skanning af cerebrum med angiosekvens, men der er ikke nogen tegn på, at patientens aktuelle symptomatologi har haft sammenhæng med denne disposition, da der Ikke har været tegn på sequelae efter blødning ved den gennemførte MR-skanning.
Fundene ved den neuropsykologiske undersøgelse svarer til patientens oplevelse af træthed og et funktionsniveau, der ved den neuropsykologiske test meget vel kan tilskrives dette.
De primært mistænkte mulige neurologiske udfald kunne ikke genfindes ved den opfølgende undersøgelse.

Der er på det foreliggende ikke påvist holdepunkter for neurologisk lidelse, som baggrund for patientens symptomatologi.
De øvrige diagnostiske overvejelser er som nævnt i den primære erklærings konklusion, herunder eventuel stressudløste symptomer, træthedssyndrom og eventuelt atypisk depression.
Dette er baggrunden for også de behandlingsmæssige forslag, der er fremsat i den primære erklæring. Der er nu forløbet 1/2 år siden den objektive neurologiske vurdering. Såfremt Cipralexbehandling ikke har været forsøgt, anbefales dette drøftet med egen læge og har der ikke været effekt af behandlingstiltag med hensyn til patientens fysiske præstationsniveau anbefales, hvis hun er interesseret heri, henvisning til eventuelle psykologsamtaler mhp. yderligere bedring af hendes almenbefindende."

I en neuropsykologisk undersøgelse af 26/1 2006 anføres i konklusionen:

"Konklusion:
Som svar på. stillede spørgsmål, mener jeg således det kan anføres, at der ikke ses en entydig neuropsykologisk etiologisk årsag til klientens tilstand. Der kunne (teoretisk) være tale om en belastnings-relateret tilstand, hvilket klienten dog på det kraftigste benægter.
Klientens funktionsniveau synes på baggrund af den kliniske beskrivelse bedret efter aktuelle sygemelding.
På baggrund af undersøgelsen, mener jeg ikke at psykologisk behandling vil kunne bedre klientens funktionsniveau. Dette er videre diskuteret med klienten.
Med hensyn til klientens funktions evne findes denne at påvirke de psykosociale funktioner, specielt set i relation til familien. Tidshorisonten er usikker.
Der ses aktuelt et nedsat funktionsniveau i forhold til tidligere. Dette vedrører som anført aktuelt specielt klientens mentale udtrætning samt nedsatte hukommelse. Klienten vil således næppe kunne honorere samme omfang som tidligere arbejdskrav.
Der må skønnes behov for fremtidig skånehensyn, primært i form af nedsat arbejdsmængde/byrde.
Igen er tidsfaktoren usikker
Der synes ikke umiddelbart, fraset evt. maveproblemer at være andre helbredsproblemer, der påvirker klientens fysiske funktionsniveau"

Af en fornyet neuropsykologisk undersøgelse af 9/5 2006 foretaget af samme neuropsykolog fremgår bl.a.:

"Sammenfatning:
…
Ved aktuelle undersøgelse har klienten således formået at respektere egne grænser således, at den efterfølgende mentale udtrætning ikke må skønnes at være af samme svære omfang som tidligere (beskrev 1 uges sengeliggende efter tidligere undersøgelse).

I erhvervsmæssig henseende synes der således på baggrund af aktuelle undersøgelse, at kunne peges mod klientens eget ønske som zoneterapeut, hvilket klienten må skønnes at besidde tilstrækkelige intellektuelle ressourcer til at kunne mestre. Subsidiært en beskæftigelse der opfylder skånehensynene i form af nedsat tempo/ro, pauser samt selv kunne koncentrere sig om arbejdet. At indgå i et socialt - men ikke for stort socialt samvær samt beskæftigelse der fortsat besidder faglige udfordringer. Herudover anser klienten det for nødvendigt at dette er stillesiddende."

I en psykologisk undersøgelse af 14/9 2006 konkluderes det bl.a.:

"Klienten fremtræder klinisk normalt til velbegavet, udstråler en stærk vilje og er i besiddelse af beslutsomhed og gå-på-mod. [Klagers] karakterologiske udrustning er et stort plus med hensyn til at genvinde de kognitive færdigheder efter de formodede cerebrale følgevirkninger. Efter . sept. 01 har alt skullet genindlæres, hvilket i væsentligt omfang er lykkedes.

Der kan ikke umiddelbart afdækkes psykopatologi klinisk hos denne klient, der hverken huser karakterologisk afvig, depressive symptomer eller neurotiske træk. Klienten må betragtes som en overvejende normal personlighed, der naturligvis er påvirket af det formodede hjernetraume i 01. Der ses ej heller hysteriske konvertionsfænomener, hvilket vil sige, at klienten ikke har udviklet fysiske symptomer på baggrund af en psykisk tilstand. Disse neurotisk ba-

serede hysteriske konventionsfænomener vil oftest være udviklet tidligere i livet, samt over lang tid. Hos denne klient foreligger en enkeltstående hændelse, der med ét slag ændrer hverdagen totalt, hvilket ikke retfærdiggør en psykisk tilstand som forklaring på klientens aktuelle symptomatologi.
…
Den samlede læsning af sagsmaterialet afdækker, at neurologerne ikke har kunnet finde objektive holdepunkter for tilstanden, medens neuropsykologiske undersøgelser beskriver specifikke nedsættelser i enkelt neuropsykologiske funktioner. Egen læge vurderer, at klienten ikke vil kunne fungere fuldtids indenfor tidligere beskæftigelse. Der anføres fra flere sider, at klientens arbejdsevne må bedømmes til en indsats i størrelsesordenen maksimalt 4 timer dagligt. Det fremføres endvidere, at uddannelsen til zone-terapeut vil være en passende revalidering, idet klienten med en sådan uddannelsesmæssig baggrund vil kunne arbejde i det omfang, energien rækker.

Aktuel intelligenstestning finder klienten velbegavet, men måske indeholdende koncentrationsvanskeligheder.

Sammenstilles anamnesen, det kliniske udtryk, samt aktuelle testfund, afdækkes en personlighed præget af cerebrale skader, opstået i forbindelse med traume i sept. 01. [Klager] vil ikke kunne vende tilbage til sin hidtidige beskæftigelse på fuld tid. Klienten bør revalideres eksempelvis til zone-terapeut, og arbejde privat, idet en sådan ordning vil tilgodese behovet for en stram styring af, i hvor lange tidsrum, klienten formår at yde en indsats. Der kan ikke hverken klinisk, testpsykologisk eller anamnestisk, afdækkes tegn eller træk på en psykisk forklaring på tilstanden. Klienten huser en normal personlighed uden hysteriske konvertionsfænomener eller anden neurotisk symptomatologi.

Alt i alt en viljestærk, beslutsom og intelligent 39-årig kvinde, der for 5 år siden har været udsat for en påvirkning af hjernen, og stadig lider af følgevirkningerne."

Om kommunens erhvervsmæssige afklaring af klageren fremgår af ressourceprofilen af 26/3 2009 bl.a.:

"Under sygedagpenge forløbet har der været iværksat afklaring på Specifik 'Dit liv i centrum' perioden 02.10.- 22.12.2006. Pgl. mødte stabilt de første 2 uger, herefter var pgl. fraværende i 2 dage i den flg. uge grundet svimmelhed. Ugen efter blev det aftalt pgl. skulle gå hjem kl. 12, for at undgå hele dage. Den efterflg. uge var pgl. sygemeldt, bortset fra en enkelt dag; hvor pgl. blev meget dårlig, og hvor hun blev indlagt direkte på sygehuset grundet føleforstyrrelser i kroppen. 6. uge var pgl. sygemeldt. Grundet pgl. helbredsmæssige situation, var det ikke muligt at arrangere et praktikforløb.
Pgl. blev vurderet revalideringsomfattet jf. LAS § 46 i slutningen af 2006, og pgl. blev bevilget en 2-årig uddannelse til coach. Uddannelsen blev valgt ud fra, at forløbet var tilrettelagt således at pgl. kun skulle til undervisning en weekend hver anden måned, og derfor havde mulighed for at hvile sig ind imellem. Som det fremgår af ressourceprofilen påbegyndte pgl. kurset den okt. 2007, hvor opstarten var et 3-dages modul, men efter 1½ dag måtte pgl. opgive forløbet grundet træthed, som medførte manglende koncentration og rysteture."

I en psykiatrisk speciallægeerklæring af 27/3 2008 hedder det bl.a.:

"Blev som 27-årig gift med jævnaldrende mand, der arbejdede som såkaldt scannerfører i grafisk virksomhed; desuden havde han bibeskæftigelse som massør. De har sammen fået 2 børn, en dreng på 16 og en pige på 14 år; drengen er nu i lære som tømrer. De blev skilt for

1 år siden; havde angiveligt slidt hinanden op, men det antydes, at hendes træthedssymptomer også spillede en rolle; de har dog bevaret et venskabeligt forhold og bor i lejlighed på kort afstand fra hinanden. Børnene bor fast hos faderen, men kommer jævnligt på besøg hos hende, når hun har overskud til det. Eksmanden har fået en samlever, og hun har ligeledes selv gennem det sidste år haft samlever, en 2 år yngre mand, social- og sundhedsassistent Han har ingen børn fra tidligere.
Efter at forholdene nu er blevet indrettet mere i overensstemmelse med hendes ressourcer, har hun i nogen grad lært at økonomisere med kræfterne. Hun har lært, at hver gang hun oplever en stærk udtrætning, er det som om hun er mere følsom for belastning lang tid fremefter.
Hun interesserer sig meget for det alternative, sund kost o.l. og forsøger også at vinde styrke ved at 'heale' sig selv samt at meditere.
…
Medicin:
Intet

Psykisk:
Opvækst i trygt og harmonisk miljø. Altid åben udadtil, engageret, med godt og stabilt humør, aldrig længerevarende depressive perioder, ingen særlige angstsymptomer, har ved konflikter altid kunnet sige til og fra på relevant vis.
Der har således ikke været tegn på noget psykisk unormalt, før hun 2001 pludselig og uvarslet fik somatiske symptomer, som umiddelbart pegede hen på noget neurologisk. Har siden været gennemundersøgt for dette, incl. neuropsykologiske undersøgelser samt scanningsundersøgelser og undersøgelser af øjenlæge og fysioterapeut, uden at man har kunnet påvise nogen grundlæggende årsag til symptomerne.
Disse består fremdeles af en letvakt trætbarhed; når hun bliver udtrættet, begynder hun typisk at ryste på hænderne. Hun har konstant en følelse af at 'hælde til højre' og må kompensere for det. Når hun bliver udtrættet, bliver synet uklart. Hun får svært ved at fokusere og især svært ved at se ting fra højre. Hun er blevet meget følsom for såvel psykiske som legemlige belastninger, ligesom hun er blevet overfølsom for lyd, lys og vibrationer.
Hun benægter angstsymptomer. Sover godt om natten, nærmest længere end tidligere, sædvanligvis 8-9 timer. Stemningsmæssigt mener hun fortsat at være som tidligere, forsøger at finde de lyse sider ved det hele. Ingen selvmordstanker.

Objektivt psykisk:
Bevidsthedsklar og orienteret. Samtalekontakten er god; der er en intens, næsten indtrængende blikkontakt, især i starten af samtalen, hvor hun også har let til smil. Efter en times tid bemærkes let tremor af fingrene, som jeg konstaterer er klamme ved berøring, ligesom ansigtsmimikken bliver mere anstrengt, med små sitringer og med let sved. Der konstateres dog ikke egentlige angstsymptomer.
Hun er naturligt bekymret for tilstanden, men grundstemningen er inden for neutralområdet, uden særlige udsving. Ingen specifikke angstsymptomer, intet suicidalt, intet psykotisk.
Der fornemmes ingen aggravation.

Diagnose:
Hun opfylder Ikke kriterier for en psykiatrisk diagnose.
Selv om det ligger lidt uden for mit specifikke fagområde i grænseområdet til neurologien, vil jeg mene, at tilstanden peger mod diagnosen: G93.3: Træthedssyndrom.

Konklusion:
41-årig kvinde, samlevende, med opvækst i trygge rammer og uden psykiske symptomer af nogen art frem til 2001, da hun pludselig og uprovokeret oplevede et smæld i hovedet og op-

ståen af symptomer, som umiddelbart pegede på neurologisk lidelse. Dette er siden blevet afkræftet, men grundliggende i symptomerne har været en letvakt træthed, hvad angår såvel legemlig som psykisk belastning.
Ingen angstproblematik.
Ovenstående træthedssyndrom har nu bestået i snart 7 år og må betragtes som kronisk.
Tilstanden er i vidt omfang en eksklusionsdiagnose, d.v.s., den forudsætter, at pågældende er sufficient somatisk gennemundersøgt - for at udelukke specifikke årsager til kronisk træthed.
Årsagen er fremdeles ret usikker og fortsat omdiskuteret, men der hersker bred enighed om, at tilstanden eksisterer som sådan.
Selv om hun altid har haft betydelig arbejdsidentitet og -engagement, må det konkluderes, at der vedvarende ikke foreligger restarbejdsevne relevant for arbejdsmarkedet.
Ved social aflastning kan livskvaliteten nok bedres en del, men ikke i et omfang, som har erhvervsmæssig betydning."

Klageren blev tilkendt offentlig førtidspension med virkning fra 1/5 2009.

Ved sin ansøgning af 28/4 2009 anmodede klageren om udbetaling af invalidepension, hvilket selskabet afviste i skrivelse af 18/6 2009. Hertil anførte hendes faglige repræsentant i skrivelse af 13/7 2009 til selskabet bl.a.:

"I 1969 blev Myalgic Encephalomyelitis klassificeret i WHO ICD-8. I WHO ICD-10 fra 1992 blev Postviralt Træthedssyndrom og Myalgic Encephalomyelitis samlet i kode G93.3 under neurologiske sygdomme i hjernen, og den amerikanske betegnelse Chronic Fatigue Syndrome (CFS) kom i Index, hvorfra den også henvises til G93.3. Derfor blev betegnelsen Kronisk Træthedssyndrom (CFS) indtil for nylig ofte benyttet synonymt med ME. I forbindelse med forskning benyttes hovedsalig CFS. Men da CFS nu også benyttes af psykiatrien i forbindelse med ikke-neurologiske træthedstilstande, der intet har med ME at gøre, er der opstået forvirring omkring navnet. Også i Danmark er der problemer med navnene. Ifølge vejledningen for Århus Universitetshospital stilles diagnosen Kronisk Træthedssyndrom (CFS) nu med Fukuda kriterierne og klassificeres R53.

Internationalt bliver der forsket intensivt i ME/CFS. Således er generne nu kortlagt, og forskere har undersøgt 9522 gener hvoraf flere var overaktive, hvilket betyder, at de producerer kemiske stoffer, som giver sygdommens symptomer. Der er også konstateret alvorlige kredsløbsforstyrrelser og hjerteproblemer. Hos mange patienter er der fundet nedsat blodplasma- og blodvolumen. Problemer med blodtrykket i form af ortostatisk intolerance ses hyppigt. Løbebåndstest viser manglende iltoptagelse. Hjernescanninger har påvist unormale forhold i hjernen, som forværres ved anstrengelser. Der er fundet forstyrrelse af kognitiv funktion ved neuropsykologiske tests. Der er også en del immunologiske forstyrrelser, ligesom der er fundet ciguateraforgiftning hos op til 96 % af en gruppe patienter fra USA.

Der er på forskerniveau fundet metoder til adskillelse af ME patienter fra andre patienter med lignende sygdomme, f.eks. Fibromyalgi. Det drejer sig bl.a. om gentest, vippelejeundersøgelse (tilt test), RNase L og som noget helt nyt forlængelse af den ACh inducerede respons, der viser, at der kan være et problem med endotelium (dele af den indvendige foringsmembran i blodårernes væg) hos ME/CFS, kræves der stadig en nøje sygehistorie med objektive-, laboratorie- og røntgenundersøgelser for at udelukke tilstedeværelsen af ondartede sygdomme, allergiske lidelser, kroniske bakterielle eller parasitære infektioner, sygdomme i

musklernes nervesystem, hormonelle sygdomme, blodsygdomme, internmedicinske sygdomme, psykiatriske lidelser, medicinmisbrug eller forgiftninger før diagnosen Myalgic Encephalomyelitis - Postviralt Træthedssyndrom (G93.3) kan stilles.

For at diagnosen skal stilles, skal der være opfyldt to hoved kriterier, endvidere skal 8 symptom kriterier ud af 11 mulige også være opfyldt. Eller skal der være 2 hoved kriterier og 6 symptom kriterier samt 2 objektive kriterier ud af 3 mulige.

I og med, at en lang række kriterier skal være opfyldt før diagnose kan stilles, vurderes det at der ikke er tale om en udelukkes diagnose men en helt reel sygdom som medfører at erhvervsevnen er nedsat til det ubetydelige.

Forbundet vurderer at der er overensstemmelse imellem de objektive fund og de subjektive klager.

Forbundet skal henlede Deres opmærksomhed på, at De er forpligtet til at sikre sig, at der er tilstrækkelig dokumentation i sagen og at sagen afklares ud fra et helhedssyn under hensyn til forsikredes tidligere og nuværende helbredstilstand, uddannelses og tidligere beskæftigelse.

Forbundet vurderer, at der er behov for, at De indhenter yderligere helbredsmæssige oplysninger for at sikre at sagen er tilstrækkelig belyst."

Selskabet har i skrivelse af 1/3 2010 til nævnet redegjort for sin stillingtagen således:

"**PFA Pensions vurdering af de lægelige oplysninger**
Som beskrevet er forsikrede udredt af mange specialister. Det har ikke været muligt at stille en diagnose før den 27. marts 2008, hvor S.T. [psykiater] stiller diagnosen '*træthedssyndrom'.* Imidlertid fremgår det, som ovenfor beskrevet, at diagnosen ikke er psykiaterens fagområde, idet det nærmere er en neurologisk diagnose. I den forbindelse er det nødvendigt at henlede opmærksomheden på, at [klager] har været vurderet af ikke mindre end 2 neurologer, herunder af E.S. og L.J., 2 neuropsykologer, herunder af T.J. og to gange af P.B.J. og endelig af Psykolog J.J. Fire af disse læger har således speciale inden for neurologi/neuropsykologi, men ingen har fundet, at der forelå tilstrækkelige objektive fund til at kunne stille en diagnose. Endvidere fremgår det, at S.T. laver en '*eksklusionsdiagnose'.*

PFA Pension har haft sagen til vurdering hos selskabets egen lægekonsulent, som er arbejds- og samfundsmediciner. Det vurderes, at det ud fra de foreliggende lægelige akter er afkræftet, at der er tale om træthedstilstand med neurologisk påviselig årsag og at diagnoserne postviral træthedssyndrom og myalgia encephalomyelitis derfor ikke kan stilles i forhold til forsikrede. Endvidere bemærker vores lægekonsulent, at ingen af de forventelige objektive forandringer, som man i klagebrevet oplyser at have påvist ved videnskabelige undersøgelser hos patienter med diagnosen kronisk træthedssyndrom, er påvist hos [klager]. På den baggrund findes diagnosen, der er stillet af psykiater S.T., ikke at kunne tillægges vægt, når der skal træffes afgørelse i denne sag.

Det må på den baggrund konkluderes, at der ikke er objektive fund der modsvarer de subjektivt oplevede gener.

PFA Pension anerkender, at [klager] har været udsat for en hjernepåvirkning i 2001 og at hun lider af visse kognitive følgevanskeligheder. Vores lægekonsulent vurderer imidlertid ikke, at symptomerne har nedsat erhvervsevnen med mindst halvdelen.

PFA Pension stiller spørgsmålstegn ved, at der er tilkendt førtidspension
Der foreligger ressourceprofil i sagen (Bilag …), hvor det fremgår, at forsikrede fik bevilget hjælp til en 2-årig uddannelse til coach. Forsikrede måtte imidlertid give op efter halvanden dag på grund af udbrændthed. PFA Pension finder det mærkeligt, at kommunen vælger at revalidere en person, der under flere udredninger har fået konstateret, at hun lider af nedsat hukommelse og hun har koncentrationsvanskeligheder. Ligeledes fremgår det af bilagene i sagen, at forsikrede er uddannet advokatsekretær, hun har arbejdet med bogholderi for forældrene og har arbejdet som ejendomsmæglerassistent. Arbejdet som ejendomsmæglerassistent beskrives som et meget alsidigt og varieret arbejde med fremvisning og salg af nye og brugte huse, vurderinger af ejendomme, samt en del kontorarbejde. Ligeledes var hun den på kontoret, der skulle holde sig ajour med love og regler. PFA Pension vurderer derfor, at forsikrede har gode ressourcer inden for mange områder, som kommunen burde have udnyttet i stedet for at revalidere hende, også når hendes unge alder tages i betragtning. Det er derfor vores vurdering, at kommunen ikke har arbejdsprøvet forsikrede tilstrækkeligt.

Det er ligeledes bemærkelsesværdigt, at der foreligger et lægeskøn dateret den 5. februar 2009 i ressourceprofilen, hvor alle de foreliggende lægelige akter vurderes, men den sidste undersøgelse foretaget af psykiater S.T., bliver ukritisk lagt til grund. Dette på trods af, at der er flere læger, med neurologi som speciale, der uafhængigt af hinanden ikke kan stille en diagnose, det faktum at der stilles en udelukkelsesdiagnose og at psykiateren stiller en diagnose uden for hans ekspertiseområde.

Af brev dateret den 15. april 2009 (Bilag …) fremgår det, at der bevilges førtidspension fra den 1. maj 2009. PFA Pension stiller spørgsmålstegn ved denne tilkendelse. Flere læger nævner, at [klager] er viljestærk, beslutsom, intelligent og har ressourcer som kan anvendes, hvis hun får de korrekte skånebehov, herunder nedsat tid. PFA Pension vurderer på den baggrund, at forsikrede stadig har en god erhvervsevne og det er beklageligt, at kommunen ikke har formået at fastholde en ressourcestærk 43-årig kvinde på arbejdsmarkedet evt. via et fleksjob med tilstrækkelige skånebehov.

Endelig skal det understreges, at tilkendelse af offentlig førtidspension sker ud fra andre kriterier, end de kriterier PFA Pension anvender, når vi tilkender invalidepension.
…
Konklusion
Vi må således fastholde, at [klager] ikke er berettiget til invalidepension, idet hun ikke har godtgjort, at erhvervsevnen er nedsat med mindst halvdelen."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"§ 1. Definition af invaliditet/erhvervsevnetab
…
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 respektive 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."

Nævnet udtaler:
Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet det godtgjort, at klagerens erhvervsevne - vurderet i henhold til de ovenfor gengivne forsikringsbetingelser – er nedsat med halvdelen, men ikke med 2/3.

Derfor

b e s t e m m e s :

_____

Selskabet, PFA Pension, skal anerkende, at klageren har mistet halvdelen af erhvervsevnen, og skal genoptage sagsbehandlingen.

Marianne Højgaard Pedersen
formand