881/11

Den 2. april 2012 blev i sag nr. 79.819:

xxxxxxx xxxxxx xxxxxxxx
xxxxxxxx xxx xxxxx
xxxx xxxxxxx

mod

Sampension KP
Livsforsikring A/S
Tuborg Havnevej 14
2900 Hellerup

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har en arbejdsmarkedspensionsordning i Sampension KP Livsforsikring A/S. Hun klager ved sin advokat over, at selskabet har afvist at yde dækning for tab af erhvervsevne.

Selskabet har afvist at yde dækning med henvisning til, at klageren allerede ved optagelsen i pensionsordningen havde et erhvervsevnetab på 2/3 ud fra helbredsmæssige kriterier.

Forsikringen giver ret til udbetaling ved tab af erhvervsevne, hvis klagerens erhvervsevne nedsættes til 1/3 eller mindre af den fulde erhvervsevne. Der er en karensperiode på 3 måneder.

Klageren, der er født i 1962, er kontoruddannet og blev omfattet af den pågældende ordning den 1/8 2006 i forbindelse med sin ansættelse i et vikariat hos en offentlig myndighed. Vikariatet ophørte den 31/12 2006 og den 1/1 2007 startede hun i et nyt vikariat, som hun fratrådte den 1/1 2008 på grund af sygdom.

Det fremgår af sagen, at klageren den 29/8 2004 var involveret i et færdselsuheld, hvor hun blev påkørt bagfra. Ca. 3 uger efter ulykkestilfældet udviklede hun nakkesmerter,

svimmelhed, koncentrationsbesvær og hovedpine. Via hendes egen læge blev der foretaget røntgenundersøgelse af halshvirvelsøjlen, som viste normale forhold.

På tidspunktet for ulykken var klageren arbejdsløs, men blev pr. den 4/10 2004 ansat på kontoret i et malerfirma, hvorfra hun den 16/12 2004 blev sygemeldt og afskediget. Klageren var sygemeldt frem til den 1/4 2005, fra hvilket tidspunkt hun fik kontorarbejde i et rengøringsfirma 37 timer ugentligt. Hun havde her flere kortere sygemeldinger.

Af en neurologisk speciallægeerklæring af 22/8 2005 fremgår bl.a.:

"**Objektivt**
Klar og orienteret, men voldsomt smerteklagende og bevægemønsteret ganske dramatisk påvirket.
Kognitivt: Upåfaldende.
Talen: Naturlig.
Kranienerver. Angiver nedsat sensibilitet af højre ansigtshalvdel, men også baghovedet (C2 og C3-innerverede områder).
Nakke og nakke-skulderåg: Hovedet næsten totalt fikseret. Kan kun dreje hovedet få grader mod venstre. Angiver voldsomme smerter ved aktive og passive forsøg på hovedbevægelser. Venstre skulder står højere end højre. Voldsom ømhed af hele nakke-skulderåget, mest udtalt på højre side, hvor undersøgte angiver voldsomt ubehag ved blot mindste berøring.
Columna cervicalis: næsten fuldstændig fikseret hvad angår fleksion/ekstension.
St.c.: Regelmæssig aktion = perifere puls uden mislyde.
St.p.: Vesikulær respiration uden bilyde eller dæmpninger.
Abdomen: Blødt og uømt.
Overekstremiteter: Ingen atrofi. Smertebetinget kraftnedsættelse, men kan kortvarigt præstere gode egale kraftpræstationer overalt. Middellivlige egale dybe reflekser. Angiver nedsat sensibilitet af hele højre OE, specielt radialt. Kan overalt diskriminere mellem spidst og stumpt. Underekstremiteter: Ingen atrofi, gode egale kraftpræstationer. Kan stå på tæer og hæle. Normal sensibilitet. Middellivlige egale dybe reflekser. Normal plantarrespons. Bevægemønsteret på gulvet præget af fikseret lænd, om end noget funktionelt præget gangforstyrrelse. Kan stå på tæer og hæle.
Romberg: Med svajen, men uden behov for korrektionsskridt.

Vurdering
41-årig kvinde med kontoruddannelse og stort set stabil kontakt til arbejdsmarkedet, dog arbejdsløs på ulykkestidspunktet.
Påkøres bagfra på motorvej af hurtigkørende bil 29.08.2004 og pådrager sig ekstensions/fleksionstraume af nakken (columna cervicalis). Siden symptomer i form af svært indskrænket bevægelighed af nakken (columna cervicalis), smerter i nakke-skulderåg, balanceusikkerhed/svimmelhed, hovedpine ledsaget af koncentrationsbesvær og flimren for øjnene og træthed. Symptomerne i det væsentligste stationære siden UT, muligvis lidt forværret gennem de seneste måneder.

Objektivt findes undersøgte dramatisk smerteforpint med ømhed af muskulaturen i nakkeskulderåget, fikseret columna cervicalis og columna lumbalis. Angiver nedsat sensibilitet i højre side af ansigt og højre overekstremitet, men i øvrigt ingen elektive neurologiske udfald.

> Ved en undersøgelse juli 2005 på … Hospital fandt man nedsat sensibilitet i venstre overekstremitet og har planlagt MR-scanning af columna cervicalis til undersøgelse for cervikal discusprolaps. Undersøgte har tid til denne 14.09.2005.
>
> Ud fra det samlede kliniske billede findes ikke mistanke om irreversibel organisk skade, men derimod en tilstand primært præget af muskulo-tendinøse nakke smerter.
>
> Undersøgtes symptomer er opstået i forbindelse med ulykkestilfældet og de vurderes forårsaget af dette.
>
> Undersøgtes symptomer er stationære gennem nu ca. 1 år. Der har ikke været signifikant effekt af fysioterapi.
>
> Undersøgte har betydelige gener fra sine symptomer, men har trods dette været i stand til at opretholde sit nuværende fuldtids kontorjob. Angiver dog selv at det er usikkert om hun kan vedblive med dette, idet der har været en let forværring af symptomerne gennem de seneste måneder og besvær med at klare arbejdsopgaverne. Opfordres til at forsøge at fastholde arbejdet og informeres om at tilstanden ofte bedres over længere tid."

En MR-skanning af columna cervicalis foretaget den 14/9 2005 viste marginalt reducerede pladsforhold i venstresidig rodkanal og på niveauerne C4/5, C5/6 og C6/7.

Arbejdsskadestyrelsen vurderede den 22/11 2005, at klagerens varige mén efter trafikulykken udgjorde 15 %. Ved en fornyet vurdering af 22/6 2007 ændrede Arbejdsskadestyrelsen méngraden til 5 %.

Klageren blev opsagt fra sin stilling i rengøringsfirmaet pr. den 1/3 2006 på grund af omlægning af administrationen. Fra den 18/4 til den 9/6 2006 var hun sygemeldt, og den 1/8 2006 tiltrådte hun som tidligere nævnt den pensionsgivende stilling, hvor hun havde en del sygefravær.

Af journal fra hospitalets neuromedicinske afdeling fremgår bl.a.:

> "05.09.06 cont.:
>
> **Konklusion**
> Den neurologiske undersøgelse med massive smerter perikranielt og paravertebralt langs øvre del af columna, og i naboregioner.
> Herudover ejendommelige ataktiske bevægelser, af rykvis karakter fra nakken, gangfunktionen så svært påvirket, at hun nu ikke mere har nogen selvstændig funktion.
> Med hensyn til smertetilstanden hidrører denne fra et kronisk psykomuskulært overbelastningssyndrom, og man må fraråde yderligere tiltag på palliative behandlinger på grund af den særdeles dårlige effekt indtil nu, hvor der blot er sket en konstant forværring. I stedet for an-

befaler man et konservativt regi uden behandlingstiltag udover lokal varme i tilfælde af muskelsmerter. Hertil bør belastninger, som forværrer smertetilstanden forsøges begrænset.
Med hensyn til ataksien drejer det sig hverken om en sensorisk eller om en klassisk cerebellar ataksi, og da denne kan afledes, må et betydeligt psykogent element mistænkes.
Da pt. samtidig har depressive træk, forsøger vi SSAI-behandling.
…
24.10.06 Ambulant
…
Konklusion
Der er en god klinisk effekt af Cipralexbehandlingen
cont. tabl. Cipralex 10 mg mane.

Anamnese og aktuelle observationer tyder på en dystoni i form af retrocollis.
Det er formentlig de dystone anfald, som vedligeholder eller forværrer denne muskulære overbelastningstilstand i nakken.
Pt. har massivt funktionstab og er stærkt generet."

Af en neurologisk speciallægeerklæring af 16/1 2007 fremgår bl.a.:

"**Aktuelle hændelse og efterforløbet**
…
For ca. 15 måneder siden, hvilket er ca. 12-14 måneder efter ulykkestilfældet, synes patienten, at der sker en markant forværring af symptomerne. Der tilkommer svært balancebesvær og en fornemmelse af, at musklerne i ryggen trækker sig sammen. Hun har altid siddet med hovedet støttet op af en væg, da hun er bange for, at sammentrækningerne trækker hende bagud. Der har angiveligt været flere fald, når hun har siddet på en stol, hvor hun er blevet trukket bagover og væltet omkuld. Har en enkelt gang fået en bule i hovedet i forbindelse med dette.
…
Objektivt:
Rimeligt velkoopererende til undersøgelsen. Virker ikke specielt aggraverende i samtalen. Kommer gående meget usikkert, støttet af kæresten. Holder nakken totalt fikseret.
Kranienerver: frie øjenbevægelser, let dyskoordinerede, formentlig en følge af patientens skelen som barn. Ved undersøgelse af sensibiliteten angiver patienten nedsat sensibilitet i højre kind og i højre baghoved. Ingen facialispåvirkning.
Columna cervicalis: holdes fuldstændig fikseret. Ved forsøg på mindste passive bevægelse angiver patienten, at dette gør meget ondt og stritter meget imod, så det er ikke muligt overhovedet at dreje patientens hoved, hverken ved rotation; fleksion eller ekstension. Ved palpation af nakkemuskulaturen føles denne blød.
Mens patienten sidder på lejet, kommer der visse ufrivillige trækninger bagud, hvor man ikke kan observere trækningerne i muskulaturen, men patientens krop kastes bagover. Der er ikke observeret torticollis hos patienten.
Det bemærkes, at man ved den objektive undersøgelse i december måned på … har kunnet observere intermitterende retrocollis, når patienten går.
Ekstremiteter: der skønnes ikke at være nogen pareser, men patienten har svært ved at kooperere til undersøgelsen, angiveligt på grund af smerter. Samtlige reflekser på over- og underekstremiteter er fuldstændig normale, og der er normalt plantarrespons.
Ved strakt-ben-løft gøres dette meget langsomt, men det lykkes patienten at løfte benet og sætte hælen på knæet.
Ved finger-næse-forsøg er der en tydelig forbipegning både med venstre og højre hånd. Ved gentagen af bevægelserne er der nøjagtig den samme forbipegning. Der er således ikke nogen dyskoordination.

Ved den sensoriske undersøgelse angiver patienten ændret sensibilitet i hele højre kropshalvdel samt på venstre arm gående cirkulært til albueniveau.

Konklusion:
Det drejer sig om en 46-kvinde, som d. 29.8.2004 påkøres af bagfrakommende bil.
Patienten udvikler efterfølgende hovedpine og nakkesmerter, som tvangfrit kan forklares ud fra ulykkesmekanismen.
Imidlertid er en del af patientens symptomer ikke mulige at forklare ud fra almindelig patofysiologi, således er der ikke en patofysiologisk forklaring på den cirkulære føleafgrænsning på venstre arm, og forbipegningen ved finger-næse-forsøg kan heller ikke forklares. Der skønnes således at være en psykologisk komponent i nogle af patientens symptomer. Symptomerne, hvor patienten trækkes bagud, kan være led i en dystoni i form af retrocollis. Hvorvidt disse symptomer, opstået ca. 12-15 måneder efter ulykkestilfældet, er sammenhængende med nakketraumet kan jeg ikke afgøre.
Som patienten fremtræder i dag, er det vanskeligt at forestille sig, at hun vil være i stand til at klare noget arbejde."

Af kommunens journal fremgår, at hun den 5/12 2006 telefonisk kontaktede kommunen og oplyste, at hun ikke kunne klare arbejdet, og at hun ønskede at søge fleksjob. Klagerens egen læge vurderede den 21/2 2007, at det ikke på sigt var realistisk, at klageren kunne varetage et fuldtidsjob, men muligvis et fleksjob/skånejob. Den 3/4 2007 blev hun sygemeldt på ny, og hun angav i forbindelse med kommunens opfølgning på sygedagpengesagen, at hun mente, at hun ikke kunne arbejde mere end 3,5 timer dagligt. Hun vendte ikke tilbage til sit arbejde efter denne sygemelding. I "Forslag om socialmedicinsk sagsbehandling" til kommunen af 21/11 2007 anførte klagerens egen læge, at tilstanden var stabil, og at der ikke var udsigt til ændringer. I perioden fra den 12/2 til den 9/5 2008 var klageren i arbejdsprøvning som sagsbehandler i en kommune. Herom hedder det i kommunens journal bl.a.:

"Såvel … som [klageren] gav udtryk for, at det havde været et positivt forløb. … udtalte, at [klageren] havde klaret det rigtig godt, og han havde ikke en eneste gang hørt fra medarbejdergruppen, at der havde været problemer. [Klageren] følte sig styrket og syntes, at forløbet havde været positivt og lærerigt. Hun satte pris på, at kollegerne havde været gode til 'at læse hende' og tilskyndet hende til at holde pause eller skifte arbejdsplads, hvis de havde kunnet se, at hun havde behov.

…

Arbejdstid
Arbejdstiden blev til en start aftalt til 12 timer om ugen, fordelt ligeligt på tirsdag, onsdag, torsdag og fredag fra kl. 10 - 13.

Fra d. 25.02.08 øgede [klageren] arbejdstiden med ½ time dagligt og med virkning fra d. 09.04.08 lagde hun yderligere ½ time til den daglige arbejdstid, således at hun nåede op på 16 timer om ugen. Hun gav ved mødet d. 07.05.08 udtryk for, at hun var 'fuldstændig færdig' efter 3½ -3¾ time, men hun blev der 4 timer.

[Klageren] har efter ca. 5 kvarter holdt en pause på 20 minutter og efterfølgende yderligere 10 minutters pause for hver time.

[Klageren] mødte 41 af 48 mulige dage svarende til en fremmødeprocent på 85 %.
Hun havde 2 fraværsdage pga. undersøgelse vedrørende brækket håndrodsknogle, 4 fraværsdage pga. nakkesmerter og 1 dag pga. fysioterapi.

Helbred
[Klageren] havde under praktikforløbet dagligt behov for at lægge sig 2-3 timer om eftermiddagen. Hun havde ondt og var spændt i nakken. [Klageren] oplevede større behov for at hvile sig efter at være startet i praktik. Hun brugte kræfter på at holde hovedet oppe.

Ved mødet d. 07.05.08 oplyste [klageren], at hun gennem den sidste måneds tid havde oplevet, at hendes hovedpine var taget til i styrke.

[Klageren] havde ikke mange kræfter til sociale aktiviteter i fritiden. F.eks. havde hun måttet opgive en planlagt udflugt sammen med sin mor og søsterens børn. [Klageren] kunne fortsat følge sit tysk kursus. Hun mødte kun hver 2. uge og læste selv hjemme. Hun kunne ligge ned og forberede sig.

Hendes forbrug af smertestillende medicin (brufen) øgedes i praktiktiden. Tidligere tog hun typisk 4 brufen dagligt. I praktikperioden var hun oppe på 7-8 brufen dagligt.
…
Forløbet har vist, at [klageren] er i stand til at varetage administrative og sagsbehandlende opgaver i ca. 16 timer om ugen, når skånebehov som varierede arbejdsstillinger og pauser efter behov tilgodeses.
Den effektive arbejdstid er ca. 14 timer om ugen. Det vurderes således, at nævnte timetal er det absolut maksimale for [klageren]."

Den 15/2 2008 faldt klageren og kom til skade med venstre håndled.

Ved brev af 5/8 2008 blev klageren meddelt afslag på fleksjob med henvisning til, at der ikke var fundet objektive lægelige forhold, der kunne begrunde en væsentlig begrænsning af hendes arbejdsevne, og at arbejdsprøvningen med større skånehensyn burde have vist en større arbejdsindsats. Dette klagede hun over.

Af statusattest af 11/9 2008 fremgår bl.a.:

"Til brug for ovennævntes muligheder for at varetage arbejde kan følgende oplyses:
Det drejer sig om en 45-årig kvinde, der i 2004 var udsat for påkørsel bagfra, hvor hun pådrog sig et whiplash traume. Hun har efterfølgende udviklet svære muskelsmerter i nakken og stivhed og trykkende hovedpine. Har været behandlet med stort set alle kendte smertebehandlinger uden nogen som helst effekt. Allerede kort efter ulykkestilfældet udviklet svært, påfaldende usikker, uregelmæssig bredsporet gang. Desuden har hun udviklet rykvise trækninger af nakke og skuldre bagover. Pt. er, før hun blev henvist hertil, i december 06 udredt både i neurologisk, neurokirurgisk og reumatologisk regi, dels på …, dels på … med diverse scanninger, som har vist relativt marginalt snævre pladsforhold lavt i halshvirvelsøjlen, men

helt normale forhold sv.t. rygmarv. Blev henvist hertil på mistanke om dystoni. Man fandt ved EMG kun tvivlsom, ikke sikkert patologiske fund ved elektromyotrafi. Ved gentagelse af undersøgelsen 3 mdr. efter kunne man ikke påvise dyston aktivitet. Ved de kontroller, vi har set hende, har hendes gang været fortsat meget bizar, påfaldende. Hun har haft sine trækninger bagover, som vi altså ikke har kunnet finde egentlig organisk komponent bagved fraset at nogle af hendes smerter kan være en følge af whiplash traumet. Er derfor henvist til videre behandling i Liaison-psykiatrisk afdeling på mistanke om overliggende somatiseringstilstand. Da vi så hende sidst i august d.å. var hun fortsat under opfølgning i Liaison-psyk. afdeling, …, jeg vil foreslå, at man indhenter oplysninger derfra.
Som pt. fremtrådte, da jeg så hende sidst, skønnedes hendes muligheder for at varetage arbejde som meget ringe. Hvorvidt hendes helbredstilstand vil kunne bedres over tid er det endnu for tidligt at konkludere noget om. Der er et håb om, at hun kan bedres under behandlingen i Liaison-psyk. regi."

I perioden fra den 4/11 2008 til den 4/5 2009 var klageren i virksomhedsrevalidering i en styrelse for at opkvalificere sig indenfor kontorfaget og øge arbejdstiden. I forbindelse hermed modtog hun revalideringsydelse, og hun blev bevilget en kontorstol med høj ryg til støtte for nakken. Til at begynde med arbejdede hun 12 timer pr. uge, hvilket blev optrappet til 17 timer. Om revalideringsforløbet hedder det bl.a. i en sluterklæring af 23/4 2009:

"**Helbredsmæssige forhold i relation til arbejdsmarkedet**
…
[Klageren] fortæller, at symptomerne er nakkesmerter, hovedpine, svimmelhed og deraf følgende balanceproblemer samt ufrivillige ryk med hovedet som følge overspændte og overbelastede nakkemuskler. Lægerne mener, at der kan være en grad af dystoni.

Derudover lider [klageren] af koncentrationsbesvær samt svækket hukommelse.

Som en konsekvens af [klagerens] svimmelhed faldt hun i februar 2008 og pådrog sig derved et brud på venstre håndled, som stadig giver anledning til smerter og nedsat bevægelighed i håndleddet. [Klageren] oplyser for eksempel, at hun har ondt i venstre hånd ved længere tids arbejde ved tastatur.
…
[Klageren] tager dagligt 3 gange 0,6 mg. Temgesic (morfinlignende præparat).
…
Vurdering af praktikforløb
[Klageren] har gennem sit praktikforløb demonstreret stor motivation og interesse i at få afklaret sin situation. Hun kan trække på sine erfaringer inden for det administrative område, ligesom hun er en omgængelig kvinde, der let falder til på en arbejdsplads. Til gengæld udgør [klagerens] hukommelsesproblemer og koncentrationsbesvær en barriere overfor arbejdsmarkedet. Hendes svimmelhed, hovedpine og nakkesmerter gør det samtidig urealistisk at forestille sig, at hun skulle kunne varetage mere fysisk betonet arbejde, men hun ville sandsynligvis kunne varetage rutinepræget kontorarbejde i maksimalt 17 timer om ugen så længe de rette skånehensyn tages. Denne vurdering bakkes op af lægelige akter fra den 8. august 2008, hvor læge … skriver:

'Patienten er kronisk syg efter whip-lash traumet og ikke i stand til at varetage et job på normale vilkår'."

Af statusattest af 9/3 2009 fra hospitalets liaisonpsykiatriske enhed fremgår bl.a.:

"**Diagnoser:**
F44.4 dissociativ bevægelsesforstyrrelse
F32.0 depressiv enkeltepisode af lettere grad
…
Patienten har siden biluheldet været tiltagende kompromitteret i arbejdsmæssig sammenhæng, grundet ukontrollable kastende bevægelser i hoved/hals regionen, som herudover har medført vedvarende myogene smerter. Klinisk har patienten ved kontakten her, overvejende fremstået stemningsneutral og uden produktive psykotiske tegn. Man har i forløbet arbejdet med enkle principper af kognitivt terapeutisk tilsnit, med henblik på mestring af hverdagsproblemer og styrkelse af patientens selvtillid. Der har været en vis effekt af behandlingen, men gennem de senere måneder er der tilkommet depressive symptomer i form af søvnproblemer, tiltagende træthed og håbløshedsfornemmelse samt appetitændringer som har medført vægttab. Klinisk har patienten ved sidste kontakt således virket forpint og præget af depressiv tankegang. Der er indledt behandling med tablet Cipramil 10 mg med henblik på optrapning.
Patienten befinder sig således p.t. i en tilstand, hvor der vurderes skånebehov på arbejdspladsen. Prognosen for de depressive symptomer er god, men med henblik på patientens dissociative bevægeforstyrrelser vurderer man, at patienten på længere sigt vil kunne varetage et arbejde på nedsat tid."

Ved brev af 24/3 2009 stadfæstede Beskæftigelsesankenævnet kommunens afgørelse om afslag på fleksjob med henvisning til, at det var vanskeligt at vurdere, om klagerens arbejdsevne var større eller mindre end halv tid.

Af en ortopædkirurgisk speciallægeerklæring af 14/5 2009 udfærdiget i relation til skaden på venstre hånd fremgår bl.a.:

"**Resumé og konklusion**
Tidligere kendt med piskesmældssyndrom. Siden 2004 sequelae i form af bl.a. svimmelhed. Faldt i september 2008, og har været indlagt efter commotio cerebri efter svimmelhed.
D. 15.2.2008 faldt hun på gaden på et stykke fortov, der er ujævnt. Ved ikke, om det var en flise, hun faldt over, eller om det skyldtes balanceproblemer. Slog venstre hånd ned i jorden. På Skadestuen blev hun behandlet på mistanke om scaphoideumfraktur. Pga. vedvarende smerter i venstre håndled blev der foretaget knogleskintigrafi, der viser opladning. Behandles derfor ud fra knogleskintigrafisvaret. Efter seks uger er der fortsat smerter af scaphoideum. Hun udvikler tiltagende smerter i venstre hånd. Man konstaterer refleksdystrofi. Henvist til ergoterapi uden effekt. Herefter Smerteklinik, hvor hun sættes i behandling med Temgesic. Hun er svært hæmmet i dagligdagen med praktiske gøremål med venstre hånd. Hun beskriver dog, at hun kan spise med kniv og gaffel, men at det går langsomt, og med mange smerter.
Ellers bruger hun højre hånd til praktiske gøremål, og har familiemedlemmer til at hjælpe til.

Objektivt finder jeg mange smerter i venstre overekstremitet, maksimalt fra cirkulært om albuen og distalt af brændende karakter ifølge skadelidte. Hun reagerer med smerteklagen ved undersøgelse. Hånden holdes fuldstændig fikseret, og når jeg forsigtigt prøver at øge bevægeligheden, begynder musklerne at sitre, og hele hånden ryster. Angiver påvirket sen-

sibilitet på hele underarmen cirkulært og håndfladen, på nær 1½ ulnare finger volart. Her kan hun skelne mellem varme og kulde, men ikke øvrige steder.
Jeg finder huden normal uden hævelse og uden misfarvning. Ingen tegn på muskelatrofi.
Det sidste hun gør, da jeg siger farvel til hende med højre hånd, de papirer hun har, klemmer hun fast til kroppen med venstre hånd, dvs. hun trykker med volarsiden af underarmen, og bruger faktisk ikke hånden til det.

Ved faldet d. 15.2.2008 har hun slået venstre håndled, og på mistanke om scaphoideumfraktur er hun blevet behandlet korrekt for dette med en observationsskinne. Vedvarende smerter i håndleddet, og korrekt udført knogleskintigrafi der viser opladning, og det mest sandsynlige på en opladet knogleskintigrafi svarende til håndroden, vil være en fraktur af os scaphoideum, og af den grund er hun korrekt behandlet med gips.
Efter seks uger konstateres refleksdystrofi eller kronisk smertesensibilisering.

Diagnosen bliver således: Contusio manus sin., kronisk smertesensibilisering og piskesmældssyndrom, sequelae (2004).

Undersøgelsen knogleskintigrafi er en uspecifik undersøgelse. Ved ca. 2 % påvirkning af knoglerne, vil skintigrafien lyse op - derfor bliver den meget uspecifik - er god til at fange brud og ting, man ikke kan se på røntgenbilledet. Efter ca. tre uger foretages knogleskintigrafien, og lyser op her. En refleksdystrofi vil faktisk også give en positiv knogleskintigrafi, og jeg må ud fra de objektive fund sige, at knogleskintigrafien bekræfter diagnosen, kronisk smertesensibilisering (refleksdystrofi).

Ved den objektive undersøgelse er der en hel del smerter som eneste positive fund. Hun har svært nedsat bevægelighed af venstre hånd, håndled og albue, men man vil også forvente, at der var muskelskrumpning, og det finder jeg ikke tegn på, at der ville være ødem, idet når man bevæger hånden, vil det være med til at tømme venerne, og forebygge ødem af hænderne - det har hun heller ikke tegn på. Man ville forvente ændret fugtighed af huden sammenlignet med modsatte side, hvad jeg heller ikke finder tegn på. De eneste objektive fund, der taler for diagnosen er nedsat bevægelighed af albue, håndled og fingre samt en positiv knogleskintigrafi og angivelse af smerter.

Patienten angiver mange smerter, og ved berøring af overekstremiteten - fra albue og distalt - er der mange smerter med tydelig smerteklagen.
En hurtig indsættelse mod kronisk smertesensibilisering, forebygger udviklingen og mindsker symptomerne. Det vil sige hurtig indsættelse med ergoterapi, vil erfaringsmæssigt forebygge udviklingen, men det var i den periode, hun havde gips på.

Lidelsen er således kronisk. Prognosen er dårlig.
Funktionelt har hun tæt på en nul-hånd.

Jeg finder sammenhæng mellem anamnese og objektive fund, selvom de sikre objektive fund på refleksdystrofi ikke er så mange, som man kan se dem, kan jeg ikke udelukke diagnosen. Lidelsen kan godt være opstået som beskrevet. Der er således sammenhæng mellem traumeanamnese og lidelsen.

Der er ikke yderligere behandlingsforslag til sygdommen.

Lidelsen er stationær og kan tages op til afgørelse."

Der blev den 27/5 2009 foretaget en neuropsykologisk undersøgelse, og psykologen konkluderede, at klagerens indlæringsevne, hukommelse, koncentration og tempo var betydeligt og varigt nedsat, og at hun højst ville kunne klare en arbejdstid på 3-3,5 timer dagligt med en ugentlig fridag.

Pr. den 13/7 2009 blev klageren bevilget fleksjob 16 timer ugentligt.

I en neurokirurgisk speciallægeundersøgelse af 3/10 2009 fremgår bl.a.:

"**Objektivt:**

…

Columna cervicalis: Ved undersøgelsen bevæger nakken særdeles forsigtigt, er næsten låst fast således at nakken hverken kan drejes eller flektere/ekstendere, på andre tidspunkter under undersøgelsen (flytning af stol, samtale med de øvrige i rummet) kan hovedet drejes frit (*), naturlige krumninger. Særdeles ømme nakkeskuldermuskler med flere triggerpunkter. Selv ganske let tryk på disse (også med berøringer der er så lette at det formentligt knapt kan mærkes) udløser voldsomme nakkesmerter. Triggerpunkterne afmærkes med en kuglepen, når de samme punkter stimuleres senere under undersøgelsen, f.eks. med stetoskopet i forbindelse med lungestetoskopi er der absolut ingen smertereaktion, selv ved et moderat kraftigt tryk (*). Der berøres både med fingre og stetoskop. Kraftig forværring af nakkesmerterne ved selv et ganske let tryk på issen (*) samt ved rotation i anklerne (fingeret rotation af columna *). Nakkemusklerne og m. sternocleidomastoideus palperes over flere minutter, også mens [klagerens] overkrop rykvist flekteres, der mærkes ingen kontraktion af nakkemusklerne i forbindelse med disse ryk (*). Når [klageren] konfronteres med denne overraskende observation, ændres mønsteret (*) således at nakken bevæges bagud i ryk og nu kan der mærkes kontraktion i nakkemusklerne.

Overekstremiteter: [Klageren] er højrehåndet. Ved undersøgelse for kraft af venstre hånd, kan man ikke bringe [klageren] til hverken at flektere, samle eller sprede fingrene. Der er normal kraft af øvrige muskelgrupper. Muskeltonus og trofik svt. venstre underarm og hånd er normal, samme omkreds af de to underarme. Der angives nedsat sensibilitet svt. 1., 4. og 5. finger venstre hånd samt hele venstre underarm i et cirkulært mønster, føleudfaldet kan ikke afgrænses til et bestemt dermatom, og der er bevaret sensibilitet for kulde. Der er også normale egale refleksforhold svt. fingre, biceps og triceps. Ved refleksundersøgelsen udløses nakkesmerter og forsinkede fleksionsbevægelser af overkroppen (*). Ved gentagne refleksundersøgelser udtrættes fleksionsbevægelserne og forsvinder til sidst (*). Finger-næseforsøg (FNF) udføres svært abnormt når armene holdes vandret - hvis albuerne derimod sænkes er undersøgelsen normal i hvertfald initialt (*). I forbindelse med FNF bemærkes at 3., 4. og 5. finger på venstre hånd flekteres normalt (*). Normal straktarm test

…

Konklusion:

Der foreligger varige mén efter forvridning i halshvirvelsøjlen i form af lokale distorsionsfølger kombineret med sekundær spændingshovedpine. Der er indtryk af et betydeligt funktionelt bidrag til det samlede symptombillede. Årsagssammenhæng mellem tilskadekomst og aktuelle tilstand er derfor kun delvist sandsynligt. Der er ikke forudbestående gener der kan have påvirket eller forværret følgerne af uheldet. Hovedbidraget til aktuelle nedsatte erhvervsevne skønnes at være et betydeligt funktionelt bidrag til symptombilledet. Skadelidte er orienteret om somatisk at være lige så stærk som før tilskadekomsten og at styrketræning af nak-

keskulderåget vil kunne påbegyndes uden risiko for forværring af tilstanden. Efter vores vurdering er der ikke noget organisk grundlag for at [klageren] ikke skulle kunne arbejde 16 timer om ugen.

Diagnoser:
Forvridning i halshvirvelsøjle (distorsio articuli column cervikalis)
Myogene smerter i nakkeskulderregionen (myosis) med sekundær spændingshovedpine
Funktionelt reaktionsmønster."

Den 7/1 2010 modtog selskabet en ansøgning om dækning for erhvervsevnetab. I forbindelse med sin vurdering af sagen rettede selskabet henvendelse til klagerens arbejdsgiver, som den 28/10 2010 oplyste, at det aftalte ugentlige timetal udgjorde 16 timer, men at den effektive arbejdstid var 12 timer.

I perioden fra den 1/9 2010 til den 30/4 2011 var klageren ansat i et tidsbegrænset fleksjob i et frivillighedscenter, hvor arbejdet bl.a. bestod i opdatering af databaser, telefonpasning, lettere indkøb og blomstervanding. Arbejdstiden blev omkring starten af april 2011 nedsat fra 16 til 12 timer, uden at dette havde en mærkbar effekt på klagerens funktionsniveau. I kommunens arbejdsevnevurderingsjournal hedder det herom bl.a.:

"02-05-2011
…
Arbejdsgivers evaluering af [klagerens] funktionsniveau i jobbet:
…'s vurdering er at [klagerens] funktionsevne gradvist er svækket under ansættelsen. [Klageren] havde et bedre fysisk udgangspunkt ved starten af ansættelsen end det ses for nuværende. Derudover besad [klageren] også et vist personligt overskud, som desværre ikke længere er til stede. [Klageren] løser de administrative opgaver hun bliver stillet men tempoet og bredden i opgaveløsningen er ikke længere tilfredsstillende. …'s vurdering er at [klageren], trods gode intentioner, ikke magter de opgaver der er i stillingen længere. Hendes reelle funktionsniveau på arbejdet ligger på mellem 6 og 8 timers reel arbejdstid, hvilket ikke modsvarer de 2/3 tilskud der er til stillingen."

En speciallæge i neurologi konkluderede i sin speciallægeerklæring af 9/1 2010, at der ikke var sket ændringer af betydning gennem længere tid, og at der således næppe var udsigt til ændring af tilstanden indenfor nærmere fremtid.

Arbejdsskadestyrelsen vurderede i brev af 29/1 2010, at skaden på venstre håndled havde medført et varigt mén på 20 %, og i brev af 21/5 2010 vurderede Arbejdsskadestyrelsen, at trafikulykken i 2004 havde medført et erhvervsevnetab på 15 %. Arbejds-

skadestyrelsen henviste i den forbindelse til, at klageren inden ulykken havde lænderyggener.

Selskabet afviste ved brev af 6/12 2010 at yde dækning og henviste til, at klagerens erhvervsevne bedømt ud fra helbredsmæssige kriterier var nedsat med 2/3 i alle erhverv, allerede da hun blev optaget i ordningen.

I en psykiatrisk speciallægeerklæring af 11/4 2011 fremgår bl.a.:

"**Objektivt psykisk**
[Klageren] er under samtalen vågen, klar, orienteret, og fremstår let træt og smerteforpint og med kognitive forstyrrelser i form af nedsat koncentrationsevne og hukommelse, men hun klarer dog en 3 timers samtale med 3 korte pauser undervejs. [Klageren] sidder med hovedet op ad væggen under hele samtalen.
[Klageren] har samlet tankegang og let nedsat psykomotorik med let nedsat ansigtsmimik og psykomotorisk tempo trods diskret agitation, men med god kontakt både formelt og emotionelt. Der registreres ingen ufrivillige nakkeryk under denne samtale. [Klageren] fremstår affektstabil og ikke grådlabil og med et stemningsleje, der er let nedsat.

[Klageren] har god sygdomsindsigt og fremstår ikke med psykotiske symptomer og vurderes at have diskret øget selvmordsrisiko pga. et stedvis ønske om at dø.

Resume
…
Siden 2004 har [klageren] haft tiltagende forværring af tilstanden, og i 2009 blev [klageren] tilkendt flexjob og har aktuelt svært nedsat funktionsevne både arbejds/fritidsmæssigt og socialt.
I perioden har [klageren] desuden udviklet psykiske symptomer med konstant tristhed, træthed og nedsat lyst, sporadisk dødsønske, nedsat selvtillid, selvbebrejdelser, moderate kognitive forstyrrelser med f.eks. nedsat koncentrationsevne og hukommelse, søvnforstyrrelser med afbrudt søvn og øget irritabilitet. I perioden har [klageren] ligeledes udviklet nakkeryk på psykisk baggrund og øget faldtendens. [Klageren] går nu sjældent udenfor og skal her gå med stave og fulgt af en pårørende. [Klageren] klarer nu kun få huslige pligter selv.
[Klageren] har siden 2004 været i kortvarige vikariater og under aktuelle arbejdsprøvning 16 timer om ugen, har [klageren] været meget sygemeldt, og hendes mentor vurderer ligeledes iflg. [klageren], at pt. har svært nedsat funktionsevne og nu har brug for hjælpemidler i hjemmet samt hjemmehjælp.
[Klageren] har i perioden pga. høj pligtfølelse ønsket at arbejde, men oplever nu, at hun ikke længere kan magte det, og [klageren] er bekymret for sin fremtidige økonomi, boligsituation og helbred.
…
Konklusion
…
Tilstanden er udviklet til trods for maximale behandlingstiltag i forløbet.
Behandlingsmulighederne er aktuelt udtømte, fraset at [klageren] aktuelt er i omlægning af sin antidepressive medicinske behandling fra Cipramil til Noritren, hvilket forventes evt. at kunne bedre [klagerens] livskvalitet lidt, men ikke den svært nedsatte funktionsevne, hvilken aktuelt vurderes at være stationær.

Pga. den aktuelt svært nedsatte funktionsevne vurderes det, at [klageren] hverken aktuelt eller fremtidigt kan udføre et flexjob, hvorfor funktionsevnen aktuelt er yderligere forværret siden 2009, hvor [klageren] fik bevilget flexjobbet."

Af kommunens arbejdsevnevurderingsjournal fremgår bl.a.:

"02-05-2011 **Sagsbehandlers konklusion**
…
[Klageren] har fulgt/følger diverse undersøgelses- og behandlingsforløb til punkt og prikke. Hun har også samarbejdet aktivt med tidligere opholdskommune om afklaring- og opkvalificering (revalidering) til ordinær beskæftigelse, som ikke lod sig gøre. Og hun har siden ult. 2008 samarbejdet med Jobcentret i … om aktiviteter/forløb ved anden aktør m.h.p. at forbedre arbejdsevne, komme i praktik og opnå fleksjob.
…
Den 1.9.2010 lykkedes det at skaffe det bedst mulige tilbud om fleksjob til [klageren] - omend tidsbegrænset. [Klageren] ønskede inderligt at komme i arbejde og klare sig selv økonomisk. Jobbet var meget passende, fordi arbejdspladsen lå tæt på [klagerens] bopæl, hvorved [klageren] ikke skulle bruge lang tid på transport, der tærer på kræfterne. Det var også optimalt, fordi arbejdstiden - som udgangspunkt - passede til [klagerens] ydeevne og fordi arbejdsopgaverne var enkle og let tilgængelige, hvilket i høj grad matchede [klagerens] skånebehov. Hertil kommer at arbejdspladsen tiltalte [klageren].

Forløbet har desværre vist, at [klagerens] helbredssituation/smerter er forværret betydeligt under ansættelsen (i virkeligheden er der sket en støt og gradvis forværring fra 2007, erkender [klageren] i dag), hvorfor hun har været sygemeldt ret ofte og har været nødt til at gå hjem før tiden. Omlægning af arbejdstid og yderligere nedsættelse af arbejdstid har heller ikke været løsningen. [Klageren] har således ikke magtet at klare et særdeles passende fleksjob i enhver henseende. Forløbet/ansættelsen har vist, at hendes arbejdsevne er gået fra at være betydeligt og varigt nedsat til ophævet i ethvert erhverv."

Klageren blev ved brev af 12/5 2011 tilkendt førtidspension.

Klagerens advokat gør i brev af 18/1 2011 til nævnet gældende, at klageren ikke da hun blev optaget i pensionsordningen havde et erhvervsevnetab på 2/3, men at erhvervsevnen først kan anses for nedsat i dækningsberettigende grad i 2008 eller 2009.

Selskabet har i brev af 25/3 2011 til nævnet bl.a. anført:

"**Relevante og generelle forsikringsbetingelser**
Vi vedlægger pensionsregulativet for forsikredes pensionsordning. Reglerne for at opnå dækning ved erhvervsevnetab fremgår af pensionsregulativets § 4.

For at opnå dækning skal erhvervsevnen være varigt nedsat med mindst 2/3 i alle erhverv på grund af sygdom, ud fra såvel *helbredsmæssige* som *erhvervsmæssige* kriterier.

Det betyder, at der for det første skal foreligge en lidelse, der i sig selv vil kunne medføre et dækningsberettiget erhvervsevnetab, og for det andet skal lidelsen rent faktisk have medført et sådan erhvervsevnetab.

Uanset om den forsikrede opfylder de helbredsmæssige kriterier, skal sygdommen altså varigt have påvirket erhvervsevnen i et omfang, så den forsikrede kun er i stand til at udnytte en resterhvervsevne på 1/3 eller mindre.

Generel begrænsning
Reglerne om generel begrænsning findes i regulativets § 6.

Den generelle begrænsning indebærer, at den forsikrede ikke har ret til dækning, hvis erhvervsevnen allerede på optagelsestidspunktet er varigt nedsat med mindst 2/3 i alle erhverv, vurderet ud fra rent *helbredsmæssige* kriterier.

Vurderingen af den generelle begrænsning adskiller sig dermed fra tilkendelseskriterierne, da der ved vurderingen af den generelle begrænsning alene indgår helbredsmæssige kriterier, mens der i tilkendelseskriterierne også indgår erhvervsmæssige forhold.

Erhvervsmæssige forhold har altså ingen selvstændig betydning for vurderingen. Vi har dog valgt at kommentere på tilknytningen til arbejdsmarkedet, idet det erhvervsmæssige forløb viser et billede af, at forsikredes helbredsmæssige situation igennem mange år har vanskeliggjort tilknytningen til arbejdsmarkedet.
…
Selskabets stillingtagen til klagen, jf. vedtægter for Ankenævnet for Forsikring, § 5, stk. 1

Det er SAMPENSIONS vurdering, at [klageren] allerede ved optagelsen i pensionsordningen i august 2006 havde et erhvervsevnetab på 2/3 ud fra helbredsmæssige kriterier på grund af sine svære følger efter trafikulykken i 2004.

Vi bestrider ikke, at det efterfølgende fald har medført forværring af den helbredsmæssige situation. Efter vores vurdering betyder forværringen af forsikredes helbredstilstand efter optagelsen i pensionsordningen dog alene, at hendes erhvervsevne nu er yderligere nedsat i forhold til det erhvervsevnetab på 2/3, som var til stede ved optagelsen.

Den primære årsag til forsikredes aktuelle erhvervsevnetab er fortsat følgerne af trafikulykken, og det vil sige, at der er direkte årsagssammenhæng mellem forsikredes nuværende erhvervsevnetab og det erhvervsevnetab, som hun havde før optagelsen i pensionsordningen.

Derfor bliver hendes erhvervsevnetab omfattet af den generelle begrænsning, og hun har derfor ikke ret til udbetaling. Dette har vi meddelt [klageren] ved brev af den 6. december 2010.

Sammenfattende gør vi følgende gældende:

- [Klageren] blev optaget i pensionsordningen den 1. august 2006.

- Hun havde allerede inden tegning svære følger efter et trafikuheld i form af svær bevægeindskrænkning cervikalt, ophævet bevægelighed i nakke, svære balanceproblemer, hovedpine og svimmelhed.

- Det er SAMPENSIONS vurdering, at [klagerens] erhvervsevne på grund af følgerne efter trafikulykken var nedsat med 2/3 i alle erhverv ud fra helbredsmæssige kriterier, allerede da hun blev optaget i pensionsordningen.

- Efter optagelsen var forsikrede udsat for en faldulykke, som ikke har medført følger, der selvstændigt kan begrunde et erhvervsevnetab på 2/3 i alle erhverv.

- Ifølge den lægelige dokumentation er det følgerne efter trafikulykken, der er årsagen til [klagerens] nuværende erhvervsevnetab.

- Dermed er der direkte årsagssammenhæng mellem forsikredes nuværende erhvervsevnetab og de gener, som var til stede før optagelsen i pensionsordningen.

- På denne baggrund har [klageren] ikke ret til udbetaling som følge af erhvervsevnetab."

Klagerens advokat har efter sagens indbringelse for nævnet fremlagt det seneste kommunale og lægelige materiale, som er omtalt ovenfor. Selskabet har dog fastholdt sin afgørelse.

Af forsikringsbetingelserne fremgår:

"**B. Udbetaling/præmiefritagelse ved erhvervsevnetab**

Betingelser for udbetaling/præmiefritagelse ved erhvervsevnetab
Medarbejderen opnår ret til udbetaling/præmiefritagelse ved erhvervsevnetab, når

- den generelle erhvervsevne* er varigt nedsat med 2/3 eller mere af den fulde erhvervsevne, og

- erhvervsevnen i forsikringstiden er nedsat af helbredsmæssige årsager på grund af sygdom eller ulykkestilfælde, som ikke er fremkaldt med forsæt, og

- medarbejderen er fratrådt sin stilling, og

- lønudbetaling er ophørt.

*) Ved den generelle erhvervsevne forstås erhvervsevnen i ethvert erhverv.

For at opnå og fastholde retten til udbetaling/præmiefritagelse må medarbejderen efter fratrædelse ikke have større arbejdsindtægt end 1/3 af den løn, medarbejderen tjente, før erhvervsevnen blev nedsat. Evt. indtægt fra ansættelse i fleksjob, skånejob eller lignende indgår på lige fod med lønindtægt. Endvidere må medarbejderens arbejdstid efter fratrædelse som udgangspunkt heller ikke udgøre mere end 1/3 af arbejdstiden, før erhvervsevnen blev nedsat.
Det er KP, der vurderer, om betingelserne for udbetaling/præmiefritagelse er opfyldt. KP er ikke forpligtet til at følge kendelser om førtidspension og tilsvarende afgivet af det offentlige.

Nedsat erhvervsevne vurderes af selskabet ud fra objektive kriterier om helbred, og ud fra medarbejderens muligheder for via omskoling, genoptræning og revalidering at blive i stand til at udføre arbejde.

Subjektive klager over smerter, gener og lignende giver ikke ret til udbetaling/præmiefritagelse, medmindre der ved lægelig eller anden helbredsmæssig undersøgelse kan påvises objektive tegn på, at erhvervsevnen er nedsat i tilstrækkelig grad.
…
Generel begrænsning
Der er ikke ret til udbetaling/præmiefritagelse ved erhvervsevnetab, udbetaling ved kritisk sygdom eller udbetaling ved død, hvis medarbejderen ved optagelse i pensionsordningen efter KP's vurdering har en erhvervsevne, der ud fra helbredsmæssige kriterier varigt er nedsat med 2/3 eller mere.
Begrænsningen gælder ikke ved erhvervsevnetab, ved kritisk sygdom eller ved død som følge af lidelser, ulykkestilfælde eller lignende, der er opstået efter medarbejderens optagelse i pensionsordningen. De lidelser mv., der er opstået efter medarbejderens optagelse i pensionsordningen, må hverken direkte eller indirekte have nogen sammenhæng med det erhvervsevnetab, som medarbejderen havde ved optagelse i pensionsordningen."

Nævnet udtaler:

Efter oplysningerne i sagen lægger nævnet til grund, at klageren ved optagelsen i pensionsordningen pr. 1/8 2006 havde et betydeligt erhvervsevnetab som følge af massive nakkesmerter. Nævnet lægger endvidere til grund, at klageren i sit nye job havde en del sygefravær af samme årsag, at hun i december 2006 over for kommunen gav udtryk for, at hun ikke kunne klare arbejdet og ønskede fleksjob, og at hun blev endeligt sygemeldt fra den 3/4 2007.

På denne baggrund finder nævnet, at selskabet har været berettiget til at afslå dækning under henvisning til undtagelsesbestemmelsen i forsikringsbetingelserne, hvorefter de lidelser, der er opstået efter optagelsen i pensionsordningen ikke må have sammenhæng med det erhvervsevnetab, som der var ved optagelsen.

Herefter

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand