Ankenævnet for Forsikring

913/13

Den 15. april 2013 blev i sag nr. 83.359:

xxxxxx xxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxx xxx
xxxx xxxxxxxxxx

mod

Topdanmark Forsikring A/S
Borupvang 4
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har livsforsikring i Topdanmark Forsikring A/S. Hun klager over, at selskabet har standset ydelserne ved tab af erhvervsevne. Selskabet henviser til, at klageren ikke har godtgjort, at hendes generelle erhvervsevne er nedsat i dækningsberettigende grad.

Forsikringen giver ret til invalideydelser og præmiefritagelse, såfremt klageren på grund af sygdom eller ulykke mister mindst 2/3 af den fulde erhvervsevne. Nedsættes klagerens erhvervsevne til mellem 1/2 og 2/3, giver forsikringen ret til halve ydelser.

Klageren, der er født i 1977, har ingen udannelse og har siden 1994 været ansat i en række forskellige stillinger, inden hun i 2005 blev ansat som hjemmehjælper. Den 1/1 blev hun som led i sin ansættelse omfattet af en firmapension med dækning for erhvervsevnetab i selskabet. Den 17/1 2011 blev hun sygemeldt, da hun i forbindelse med et besøg hos en kunde var udsat for to faldtraumer i en indkørsel som følge af glat underlag. Klageren led efterfølgende af rygsmerter og depression. Selskabet udbetalte ydelser og bevilgede præmiefritagelse i perioden fra den 1/5 2011 til den 1/7 2012. Selskabet standsede herefter udbetalingerne med henvisning til, at klagerens generelle erhvervsevne ikke er nedsat med mindst halvdelen.

2. 83.359

Af skadestueepikrise på skadedagen fremgår bl.a.:

"Ulykkestidspunkt 17.01.2011 kl.09:00
Skadetype
Pt. arbejdet som hjemmehjælper, på vej ned til en beboer gled pt. i det glatte føre og slog venstre skulder og lænderyggen. Efterfølgende smerter omkring venstre skulder samt omkring halebenet. Har ikke slået hovedet, ikke været bevidstløs.
Ingen hovedpine, kvalme eller opkastninger.
Føler sig noget forslået, men har været i stand til at køre selv ind til Skadestuen mhp. vurdering.

Objektivt
Columna thoracolumbalis: Ingen ømhed af processus spinosi, ingen bankeømhed. Ømhed af den paravertebrale muskulatur, mest udtalt i højre side.

Bækken: Stabilt, uømt, ingen ømhed over os sacrum eller sacroiliacaled. Findes ømhed over os coccygis.
Ekstremiteter: Venstre skulder ses uden hævelse eller misfarvning, normal fleksion, ekstension, abduktion, adduktion samt -indad og udad rotation, der var smerter ved fleksion og abduktion over 90 gr. Ingen tegn til impingement, direkte øm sv.t. proksimale humerus.
Ingen indirekte ømhed. Palpationsømhed over AC-led samt næsten hele clavicula.
Venstre albue: Ses uden hævelse eller misfarvning. Direkte øm sv.t. begge humerus epicondyl, ingen indirekte ømhed. Normal ekstension, fleksion samt supination, pronation.
Venstre håndled: Der ses lettere hævelse sv.t. hypothenar, ingen misfarvning eller fejlstilling, normal dorsal palmar-fleksion samt adduktion og abduktion uden smerter. Ingen tabatieren ømhed, bevæger normalt i fingre, palpationsømhed sv.t. hypothenar. Normale neurovaskulære forhold distalt.

Røntgen af venstre skulder samt clavicula uden tegn på fraktur eller luksation."

Klagerens praktiserende læge anførte i statusattest af den 26/4 2011 bl.a.:

"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
Pt. faldt på glat vej i forb med sit arbejde. Faldt direkte på ryggen og slog desuden ve skulder. Set på skadestuen den 17. jan. og de fandt ingen fracturer. Har siden haft ondt i nakken, sv.t. at traumet har whiplashkarakter.
Hun har i forbindelse med traumet desuden udviklet en depression, opstået i forbindelse med forskrækkelsen over faldet.

Depressionen går meget dybt, med svært nedsat selvværdsfølelse og selvtillid. Er blevet angst for at leve. Skønnes ikke suicidal.

Behandling: er sat i SSRI-beh og henvist til psykolog. Har desuden modtaget samtaler hernede.

Desuden henvist til fys. behandling."

Af journal af den 28/6 2011 fra reumatologisk og idrætsmedicinsk klinik fremgår bl.a.:

"Aktuelt.

2011 faldt pt. på iset underlag. Faldt først bagover, slog nakken, faldt så fremover, slog lænd og bækken samt venstre skulder. Blev set på skadestuen umiddelbart efter, røntgen af venstre skulder viste normale forhold. Udtalte skuldersmerter i 2-3 uger, herefter dominerede vedvarende smerter og stivhedsfornemmelse i nakken og lænden. Der er smerteudstråling og paræstesier til venstre underekstremitet, med snurrende fornemmelser til laterale fodrand.

Aktuelle symptomer.
1. Nakken: Vedvarende stivhedsfornemmelse og udtalt smerter, efterhånden nærmest kronisk spændingshovedpine med migræne præg, Tager flere slags analgetika uden tilstrækkelig effekt. Der er ingen radikulære symptomer.
2. Lænderygsmerter med udstråling til venstre glutealregion og paræstesier i S1 rods område. Lænden stiv, smerterne tiltager ved selv let rygbelastning efter kort tid i kun eller stående stilling.1 forbindelse med forværring ofte 'taske stød' foden. Der er nogen lindring når pt. lægger sig umiddelbart, men nattesøvnen er dog forstyrret og smerterne er udtalte om morgenen. Røntgen af lænderyggen viser alene skoliose, i øvrigt normale forhold. Der er forværring af rygsmerter ved brug af bugpressen. Ingen fornemmelse af kraftnedsættelse, har fået urgeinkontinens.

Pt. har gået til fysioterapi i et længere forløb, medbringer udtalelse herfra: Behandling siden medio februar, Ingen effekt af øvelser, mistanke om discogene smerter.

Øvrige organsystemer.
Ingen klager

Socialt.
Hjemmehjælper, ansat i privat firma. Sygemeldt siden ulykkestilfældet.

Medicin.
Tablet Ibuprofen 600 mg
Tablet kodein
Tablet Panodil

Objektivt
Alderssvarende udseende, E T over middel. Tydelig besvær med aura påklædning. Columna cervicalis: Bevægeindskrænkning i alle planer, ekstension minimal, sidebøjning og rotation halveret. Udtalte smerter ved foramenkompressionstest. Ingen lindring ved manuel traktion. Trapeziusranden står stramt, øm på samtlige klassiske triggerpunkter.
Columna thoracolumbalis: Let øget torakalkyfose, lænden flad præget af de sinistrokonveks lumbal skoliose, lige bækkenstand. Kyfosering 25°, ekstension minimal, sidebøjning og 1/4. Udtalt øm ved fjedringstest, specielt L3- L5, door-bell fænomen med smerteudstråling til venstre glutealregion. Perkussionsømhed L4-L5. Let ømhed svarende til sacroiliacaled direkte, men ikke indirekte.
Underekstremiteter Rygsmerter ved frit strakt benløft test på venstre / højre 50 / 70°, ingen sikre radikulære symptomer. Glutealsmerter ved piriformistest, ømhed i venstre lyskeregion, smerter ved abduktion i hofteled. Ømhed over trokanterregionen.
Der angives nedsat sensibilitet på lateralsiden af venstre crus og fod, ingen pareser, der kan ikke fremkaldes højresidig akillesrefleks.

Konklusion
For 5 1/2 måneder siden indirekte traume af columna cervicalis og lumbalis. I plads læsion cervikalt. Vedvarende smerter trods relevante fysioterapi. Stadig sygemeldt.
Mistanke om venstresidig S1- rodtryk.

Henvises til recipe MR-skanning af columna ceivicalis og lumbalis"

De efterfølgende scanninger den 15/8 2011 viste følgende:

"**MR skanning af columna cervicalis**
Affladiget cervikal lordose. Begyndende discusdehydrering cervikalt ses (indenfor normal variationen for patientens alder). Beskeden discusprotrusion C4/5. Ellers normale forhold sv.t. hvirvler, intervertebralrum, foraminae og spinalkanal uden prolaps, stenose eller rodkompression. Medulla har normalt udseende og lejring. Kraniocervikale og cervikothorakale overgang fremtræder normal.

Konklusion
Affladiget cervikal lordose.
Beskeden discusdegeneration C4/5.

MR skanning af columna lumbalis
Pænt discussignal L5/51. Lille discusprotrusion i midtlinjen på dette niveau. Facetledshypertrofi L4/5 og L5/S1. Ellers normale forhold sv.t. krumninger, hvirvler, disker, foraminae og spinalkanal inkl. conus medullaris uden prolaps, rodkompression eller stenose.

Konklusion
Let midtlinje discusprotrusion 15/S1
Let facetledshypertrofi lavt lumbalt."

I journaloversigt fra klagerens bopælskommune har kommunens lægekonsulent den 7/7 2011 bl.a. anført:

1) Svær depression, posttraumatisk belastningsreaktion. Behandlet med antidepressiv medicin, som virker lidt.
Dette dels på gr. af et fald i vinter, hvor hun slog nakke og ryg. Dels på gr. af massive psykosociale konflikter.
Fysisk har hun fået symptomer, der ligner fibromyalgi. Henvist til rheumatolog.

2) Rheumatologen beskriver stivhed og nærmest kroniske smerter i nakken med spændingshovedpine/migræne. Flere slags smertemedicin uden effekt. Lændesmerter med udstråling til venstre sæderegion, stivhed i lænden og føleforstyrrelser ned i fod.

Fysioterapi siden medio februar 11. Ingen effekt af øvelser.
Objektivt:
Overvægtig, besvær med af og påklædning. Beskrives nogen ømheder og stramme nakkemuskler.
Mistanke om rodtryk ved *den* nederste lænde-nerverod. henvises til MRscanning af nakke og lænd. (Tidligere har røntgenbilleder af skulder og lænd ikke vist andet end en rygskævhed).

KONKLUSION:
Umiddelbart virker det ejendommeligt, at et fald i vinter uden brud eller større læsioner, stadig skal give så mange fysiske gener trods massiv behandling. Ordet 'fibromyalgi' nævnes.

Tilstanden kompliceres af en psykiske problemer øjensynligt og formentlig med hovedårsagen i psykosociale forhold.

Følges op via LÆ 125 fra e.l. og fornyede journaloplysninger fra rheumatolog, når svar på MR-scanning foreligger."

Af psykiatrisk speciallægeerklæring af den 10/11 2011 fremgår bl.a.:

"**Psykisk objektivt:**
Fremstår ved dagens samtale vågen og orienteret til tid og sted. Har yderst vanskeligt ved at redegøre for anamnesen i ordnet og kronologisk rækkefølge. Kontakten nogenlunde formel samt emotionel. Grundstemning skønnes neutral. Der forekommer ingen depressiv hæmning eller latens. Der beskrives ingen klassiske depressive symptomer. Når [klageren] berører følsomme temaer, bliver hun synligt grådlabil flere gange. Kan dog relativt hurtigt afledes, bliver da fattet og fortsætter undersøgelsen uden vanskeligheder. Tankegang og tankeindhold synes logisk og sammenhængende. Der forekommer ikke psykosesuspekte symptomer.

Ansigtsmimik nuanceret. Ved samtalen tydeligt smertepåvirket. Har svært ved at sidde stille og må ofte skifte position, for at kunne holde ud at sidde i samme stol. Beder om undskyld og rejser sig op flere gange for at stå og strække sig.
…
Sammenfatning og vurdering:
34-årig kvinde med sygdomshistorie som anført ovenfor. Født i Danmark af jugoslavisk familie, der etnisk er af rumænsk oprindelse. Vokser op i en subkultur, hvor der er bestemte regler og rammer. Bryder denne for at flytte sammen med dansk mand, som hun stadig er sambo med. Parret har et fælles barn.

Hun gennemgår almindeligt dansk folkeskoleforløb og har efterfølgende været erhvervsaktiv. Hun har ikke været i stand til at tage sig en videregående erhvervsfaglig uddannelse.

Har senest været ansat i et servicefirma 6 år frem til, hun kommer ud for en arbejdsulykke. Hun falder i januar måned og pådrager sig ved faldet en skade, som har medført, at hun i dag har været smerteplaget siden. Fra tidligere sygehistorie beskrives en anden arbejdsskade. For år tilbage tilkendt 5 % i méngrad via Arbejdsskadestyrelsen.

Efter aktuelle skade beskrives tiltagende smerteproblematik, som af egen læge beskrives i form af whiplash-karakter. Egen læge vurderer desuden, at [klageren] efter traumet har udviklet en depression og har fundet det nødvendigt at iværksætte behandling med antidepressiva samt henvist hende til psykolog. Hun er henvist til reumatolog mhp. diagnostik og afklaring.

Med henvisning til … Kommunes lægekonsulents konklusion: *Der synes at være en ret udtalt diskrepans mellem meget let abnorme objektive fund og smerteklagerne. Samtidig anføres det, at tilstanden forekommer at være meget nær stationær.*

Den somatiske tilstand kan undertegnede umiddelbart ikke vurdere. Der synes at være indikatorer, som peger i retning af, at en længerevarende, måske traumeudløst smertetilstand er under udvikling.

Psykiatrisk beskrives ingen tidligere tung psykiatrisk sygehistorie. Hun har aldrig tidligere været i kontakt til den etablerede psykiatri. Anamnestisk beskrives på det karakterologiske plan en del vanskeligheder. Dels ud fra hendes præmorbide psyke. Det psykosociale miljø har tilsyneladende været belastet, hvilket tillige fremgår af sagsakt 2. [Klageren] ønsker dog ikke at uddybe dette nærmere.

Psykopatologisk vidner denne undersøgelse om en del vanskeligheder på det personlighedsmæssige plan, jf. SCID-II undersøgelsen.
De diagnostiske kriterier er opfyldt for den depressive, paranoide, narcissistiske og emotionelt ustabile personlighedsprofil. Mest udslagsgivende er den emotionelt ustabile personlighedsstruktur. Det skal samtidig anføres, at LM påpeger, at en del af de symptomer som fremhæves ved undersøgelsen er nytilkomne.

Ved den kognitive del af undersøgelsen noteres en del vanskeligheder, især på det visuospatiale område. LM kan gengive 3 sammenhængende sekskanter, men det er vanskeligt for hende. Den tredimensionelle terning formår hun ikke at reproducere. Ved regnefunktionsprøver klarer hun subtraktion uden fejl. Hun skal have lidt hjælp til addition, men klarer at addere 2 + 2 med fordobling op til 1054 [1024] med lidt hjælp.
10 x 10 kan hun beregne. Det volder hende vanskeligheder at udregne, hvad 11 x 11 er. Kan ikke klare 12 x 12.

Jobcenterets spørgsmål:
Diagnoser:
Diagnostisk skønner undertegnede, at diagnosekriterierne er opfyldt for følgende psykiatriske diagnoser:

1. Grundmorbus:
F60.8 - sensitiv og blandet personlighedsforstyrrelse.

De dominerende karaktertræk er som anført ovenfor. Det skal anføres, at diagnosekriterierne er opfyldt for de tilstande, som er fremhævet i SC1D-II registreringen. Da kriterierne således er opfyldt for 4 tilstande, samles de under F60.8-diagnosen.

2.
F43.28 - belastningsreaktion, længerevarende type.

Med forekomst af dysforiske symptomer og emotionel labilitet. Dertil kommer isolationstendens.

Der findes flere forhold, som taler for en udvikling i retning af noget mere vedvarende. Det kan ved undersøgelsen ikke udelukkes, at der er en væsentlig psykiatrisk overbygning i det samlede komplekse symptombillede med en selvforstærkede virkning og smerterne.

Prognose:
Ubehandlet er prognosen dårlig. [Klageren] vil ubehandlet med overvejende sandsynlighed udvikle en kronisk forløbende tilsand.

Behandlingsmuligheder:
På nuværende tidspunkt er [klageren] i kontakt til privatpraktiserende psykolog i regi af Falck Healthcare. Undertegnede er ikke bekendt med, hvilke behandlingstilbud [klageren] modtager i dette regi.

Efter undertegnedes skøn har [klageren] behov for en mere intensiv, tværfaglig behandlingsindsats. Gerne med vurdering af smertelæger i samarbejde med psykolog og reumatolog (tværfagligt smerteteam).

På nuværende tidspunkt skønnes funktionsniveauet at være så lavt, at [klageren] ikke kan gøre sig gældende i erhvervssammenhæng. Det er aktuelt ikke muligt at udtale sig om, hvornår LM på ny kan gøre sig gældende på arbejdsmarkedet.

Mht. intensiveret psykologisk behandling kan undertegnede anbefale, at [klageren] angivelig vil være bedst tjent med at få intensiv behandling hos psykolog, som er trænet i traume- terapi, og som behersker EMDR-behandling. For yderligere information om EMDR, henvises der til hjemmesiden www.emdr.dk. Efter undertegnedes skøn vil denne behandling være den mest hensigtsmæssige i forhold til den tilstand, hun befinder sig i.

Hvorvidt tilstanden skal sidestilles med en egentlig PTSD-tilstand med reaktivering af tidligere traume fra første arbejdsskade, eller om det psykiatrisk set skal opfattes som en nytilkommen skade, kan ikke belyses yderligere."

Af neurologisk speciallægeerklæring af den 30/1 2012 fremgår bl.a.:

"**Objektivt:**
Vågen, klar, velkoopererende. ET noget over middel, AT god. Virker noget trist, men ingen egentlige kognitive svigt i samtalen.
St.c.: Regelmæssig aktion = perifer puls, ingen hørbare mislyde.
St.p.: Ingen dæmpning, vesikulær respiration uden hørbare bilyde.
Blodtryk 160/100 (er opfordret til at få dette kontrolleret via egen læge).
Columna: Bevæger sig ekstremt forsigtigt og stift og har en spontan dekstrokonveks thorakal skoliose når hun står stille. Alle bevægelser omkring nakke og lænd foregår meget langsomt, og der er en diffus indskrænket bevægelighed. Foramen kompressionstest kan ikke gennemføres da hun umiddelbart undviger og får smertereaktion ned ad ryggen.
Der er ingen Lasegue men udtalt smertereaktion uanset hvor musklerne, især langs ryggen og op omkring nakke og musklernes nakkefæster på kraniet berøres. Af- og påklædning foregår meget langsomt og forsigtigt, og hun kan næsten ikke nå ned til skoene.
Øvrig neurologisk undersøgelse viser ingen dysartri eller afasi.
Kranienerverne er med normalt synsfelt og øjenbevægelserne normale, pupillerne middeldilateret, egale med naturlig lysreaktion.
Trigeminusfunktionen er normal og der er normal kraft i facialis, gane, svælg, tunge- og skulderløft. Hørelsen normal for fingergnidning.
På ekstremiteterne sensorisk angives nærmest strømpeformet nedsat sensibilitet for vat og spidst på venstre crus, men normal stillingsstilling. Vibrationssansen mærkes på storetåniveau men reduceret i forhold til højre side. Tonus og trofik vurderes overalt normal og der er ved kort afprøvning normal kraft over alle led, de dybe senereflekser er middellivlige, egale. Plantarreflekserne er flektive. Finger-næse-forsøg og knæ-hæl-forsøg normal.

Vurdering:
Faldtraume for 1 år siden der har medført betydelig, nu som jeg vurderer det, overvejende myogene gener. Hun synes nu fuldstændig fastlåst i disse smerter, og har formentlig sekundært hertil koncentrationsvanskeligheder. Der er forsøgt fysioterapi uden effekt, og det er derfor svært at se hvordan situationen vil ændre sig, hvorfor at tilstanden vurderes stationær.
Det er umiddelbart svært at se hvordan hun skulle kunne bestride et arbejde næsten uanset om det er stillesiddende eller fysisk karakter, idet begge dele forværrer hendes smertetilstand."

Af psykiatrisk speciallægeerklæring af den 7/3 2012 fremgår bl.a.:

"**KONKLUSION:**

8. 83.359

Det drejer sig om en 34-årig kvinde, der ikke har haft en helt let opvækst, blandt andet på grund af hun har været påvirket af at skulle leve med 2 'kulturer'. At der i hjemmet ikke altid var den bedste harmoni. Falder som 18-årig ned af en trappe og slår sig. Der observeres ingen brud. På trods heraf er patienten sygemeldt i 2½ år. Dette synes lidt uforståeligt! Patienten kommer i arbejde igen. Er ude for nyt fald, hvor der igen ikke er brud. Patienten har været til udredning både hos neurolog og reumatolog. Undertegnede har ikke disse udtalelser, men patienten fortæller, at konklusionerne er som ovenfor beskrevet. I tidligere erklæring fra psykiater står beskrevet, 'hvorvidt tilstanden skal sidestilles med en egentlig PTSD-tilstand med reaktivering af tidligere traumer fra første arbejdsskade eller om det psykiatrisk set skal opfattes som en ny tilkommen skade, kan ikke belyses yderligere'. At dette skulle kunne sidestilles med en diagnose på PTSD står undertegnede helt uforstående overfor. I denne psykiatriske erklæring står også beskrevet under aktuelt psykisk, 'oplever det som om, at hun nogle få måneder efter traumet i januar måned gik fuldstændig i sort. Anfører, at det er som om, fortiden vendte tilbage. Henviser i den sammenhæng til vanskelighederne på hjemmefronten i forhold til forældrene'. Som undertegnede ser det tyder det mere på en i forvejen psykisk sårbarhed.
Såfremt patienten skulle have en psykiatrisk diagnose vil undertegnede tænke at den mest sandsynlige må være en somatiseringstilstand. Der vurderes umiddelbart at være en diskrepans mellem oplysninger om skaderne og symptomerne, men dette kan undertegnede ikke udtale sig nærmere om, da jeg ikke har kendskab til speciallægeerklæringerne fra reumatolog og neurolog. På baggrund af oplysninger fra samtalen i dag vil undertegnede dog mene, at der kunne være indikation for en behandling med Cymbalta, der foruden at virke antidepressivt og angstdæmpende også bruges i smertebehandling.
Såfremt patienten ikke har en reumatologiske eller neurologisk lidelse bør hun forsøges behandlet for en somatiseringstilstand, evt. vurderes af smertelæge.
Patienten oplyser om ikke at være meget for medicinsk behandling. Har tidligere været forsøgt behandlet med Sertralin, men hun følte at medicinen 'overtog hende'. Fik 50 mg i en kort periode (meget lille dosis). Undertegnede forsøger at forklare patienten virkninger og virkningsmekanismen ved medicinen og hvorfor den eventuelt ville kunne bedre hendes tilstand. Om sammenhængen mellem psyke og soma.
Patienten er glad for nuværende psykologsamtaler, som hun føler i det små bedrer hendes tilstand. (Nævner dog, at hun igennem det sidste år har fået det dårligere, hvad smerter angår).
Såfremt det drejer sig om en somatiseringstilstand bør der nok i terapien være mere fokus på dette men fortsat med en kognitiv tilgang).

Det opleves at der er en diskrepans mellem smerterne og beskrivelsen af disse.

Diagnose:
DF45.0 Obs. Somatiseringstilstand."

Selskabet standsede pr. 1/7 2012 udbetalingerne, efter at have meddelt klageren dette i brev af den 4/6 2012.

Af fysiurgisk og reumatologisk speciallægeerklæring af den 17/8 2012 fremgår bl.a.:

"**Resume og konklusion:** 34-årig ufaglært kvinde, som siden 18-års alderen har arbejdet som ufaglært på fabrik, i kantine, med rengøring og som hjemmehjælper. Som 18 -19-årig fald på trappe under udførelse af rengøringsarbejde, slog ryg- og haleben og var langvarigt sygemeldt. Udløste 5 % ménerstatning. Efter 2½ år ude af arbejdsmarkedet angiver LM sig

symptomfri og velfungerende indtil jan 2011, hvor ny arbejdsulykke med traume mod nakke- og lænderyg ved fald på isglat vej har medført langvarig sygemelding og fortsat funktionsindskrænkning på grund af kroniske smerter i nakke- og lænderyg samt snurren i ve. arm og ben. Langvarig fysioterapi, psykoterapi og antidepressiv medicinsk behandling hos egen læge har ikke bedret tilstanden.

MR skanning af columna cervicalis og columna lumbalis beskriver lette degenerative forandringer, som ikke kan forklare symptomerne. Neurologisk undersøgelse viser normal neurologi. Psykiatrisk undersøgelse tyder på somatiseringstilstand.

Ved min objektive undersøgelse findes udtalt holdningsanomali, tendens til opspænding af muskulaturen, palpationsømhed af muskulære triggerpunkter og senefæster, tegn på et lettere hypermobilitetssyndrom som udtryk for svagt bindevæv, normal neurologi, betydelige funktionelle træk ved alle funktionsprøver.

Angående diagnosen whiplash er der ingen belæg for denne traumemekanisme i beskrivelsen af faldepisoden og de efterfølgende symptomer. Som jeg ser det, er der tale om, at et reelt traume mod nakke- og lænderyg, som sædvanligvis ville medføre forbigående smerter og funktionsnedsættelse, hos LM har udviklet sig til et kronisk smertesyndrom. Behandlingsmulighederne er psykoterapi til ændring af smerteopfattelse og adfærd, muskelafspænding og holdningskorrektion. LM er henvist til smerteklinikken i Herlev, hvor hun har tid 30. august 2012, og hvor man må forvente, at ovennævnte tiltag iværksættes.

Diagnoser:
Posttraumatisk smertesyndrom/fibromyalgilignende tilstand hos lettere hypermobil.
Somatiseringstilstand obs/ jvnf. psykiatrisk undersøgelse."

Klageren påbegyndte i juni 2012 et behandlingsforløb på en privat smerteklinik. Af journal fra klinikken fremgår bl.a.:

"**01/10/12 10:33 HH/ 2/6 psykologsamtaler** (uden modul)
Er noget trist og opgivende, synes at det er svært i forhold til kommunen. Gives MDI, som er inden for normalområdet. Arbejde med at fastholde perspektiv på, hvor hun kan bruge sine ressourcer, i forholdet til sin søn og de små glæder. Hj.arb: kropsskanning, afstand til negative tanker. HH

30/10/12 11:56 HH/ 3/6 psykologsamtaler (uden modul)
Hun prøver at gøre hvad hun kan i hverdagen og sige fra overfor andre. Oplever, at hun er blevet bange for at køre bil. Er undersøgt hos rheumatolog som mener at hendes smerter næsten udelukkende er myogene. Har svært ved at forstå dette. En psykiater og en psykolog mener at hun har hhv. PTSD og somatiseringstilstand. Virker låst og kunne godt have posttraumatisk stress. Vi afventer at hun kommer i gruppe til januar og tager resten af de individuelle samtaler derefter. HH"

Klageren indbragte efterfølgende sagen for nævnet. I klageskemaet dateret den 19/9 2012 har hun bl.a. anført:

"1. Sagsfremstilling, kort redegørelse for sagen. …
Jeg faldt på arbejde som hjemmehjælper den 17.januar 2011. Jeg var på besøg i et sommerhuskvarter, hvor jeg måtte stille bilen og gå ind af indkørslen som var meget glat. På vej ind til huset forsvandt benene under mig, og den næste halve time står meget uklart. På vej

tilbage til bilen faldt jeg igen. Denne gang forover og måtte kravle op til bilen. Havde efterfølgende stærke smerte i såvel ryg som skulder.

Jeg har siden ulykken været sygemeldt, da jeg grundet konstante smerter har haft meget vanskeligt ved at udføre selv små daglige rutiner i hjemmet.

Den 2.marts 2012 blev det efter endt undersøgelse på Neurologisk Afdeling på Rigshospitalet vurderet, at jeg ikke er i stand til at bestride et arbejde af hverken fysisk eller stillesiddende karakter. Speciallægeudtalelsen er vedlagt som bilag.

2. Hvad vil De konkret opnå hos selskabet? …
At selskabet anerkender. at jeg opfylder forsikringsbetingelserne for at få udbetaling af min erhvervsudygtighedsrente og genoptager udbetalingen med tilbagevirkende kraft."

Selskabet har efterfølgende forelagt sagen for helbred og forsikring, der i brev af den 6/12 2012 til selskabet bl.a. har anført:

"De lægelige konsulenter i Helbred & Forsikring har set på [klagerens] helbredsforhold, og vurderer med udgangspunkt i de foreliggende oplysninger, at funktionsevnen i ethvert erhverv ikke er varigt nedsat med mindst halvdelen af helbredsmæssige årsager.

Baggrunden for vurderingen er oplysningerne om, at forsikrede har været ude for et faldtraume i januar 2011, *der* har medført kroniske smerter i nakke og lænderyg samt snurren i venstre arm og ben. Reumatologen beskriver i august 2012, at MR-skanning har vist lette forandringer og at den neurologiske undersøgelse var normal. Der var betydelig diskrepans mellem den reelle funktionsevne og egen opfattelse af funktionsevnen. Der er foretaget psykiatrisk undersøgelse i marts 2012 der tydede på somatiseringstilstand, hvor de anbefalede behandlingsmuligheder er psykoterapi til ændring af smerteopfattelse og adfærd.

Der er opstartet et behandlingsforløb i smerteklinik ultimo august 2012, hvor man må forvente at ovennævnte tiltag iværksættes."

I brev af den 20/12 2012 til nævnet har selskabet herefter bl.a. anført:

"Vi har udbetalt Erhvervsudygtighedsrente samt ydet præmiefritagelse til [klageren] i perioden fra den 1. maj 2011 til den 1. juli 2012.

Vi har indhentet oplysninger fra A2 Reumatologi & Idrætsmedicin, hvor [klageren] var til undersøgelse i sommeren 2011. MR-skanningen påviste alderssvarende degenerative forandringer, men derudover normale forhold **(bilag …).**

I november 2011 indhentede vi speciallægeerklæring ved speciallæge i psykiatri, …, hvor der bl.a. ikke beskrives klassiske depressive symptomer **(bilag …).**

Vi indhentede endvidere speciallægeerklæring ved speciallæge i neurologi, …, hvor [klageren] var til undersøgelse i januar 2012. Det fremgår heraf, at [klageren] har udviklet myogene gener efter faldtraumet, men der er ikke holdepunkter for en påviselig neurologisk sygdom **(bilag …)**
I marts 2012 indhentede vi endnu en psykiatrisk speciallægeerklæring ved speciallæge i psykiatri, ... Af denne findes der ikke holdepunkter for en psykiatrisk diagnose men somatise-

ringstilstand. Der opleves videre diskrepans mellem smerterne og beskrivelsen af disse **(bilag …).**

Endelig har vi indhentet speciallægeerklæring ved speciallæge i reumatologi, …, idet vores lægekonsulent savnede et objektivt grundlag for [klagerens] smerter. Det fremgår bl.a. af denne, at der ikke er belæg for diagnosen whiplash, når der henses til beskrivelsen af faldepisoden og de efterfølgende symptomer. Der fandtes endvidere ikke overensstemmelse mellem [klagerens] egen opfattelse af hendes funktionsevne og den reelle funktion **(bilag …)**

På baggrund af ovenstående har vores lægekonsulenter vurderet, at [klagerens] generelle erhvervsevnetab udgør mindre end 50 % fra stationærtidspunktet omkring marts 2012, hvorfor vi ved brev af den 4. juni 2012 meddelte [klageren] at vi stoppede præmiefritagelsen samt udbetalingen fra forsikringen pr. 1. juli 2012 **(bilag …).**

Efter sagens indbringelse for Ankenævnet for Forsikring har vi indhentet oplysninger fra Smerteklinikken **(bilag …)**. Oplysningerne har dog ikke givet vores lægekonsulent anledning til, at ændre på sin tidligere vurdering af [klagerens] generelle erhvervsevnetab.

Vores lægekonsulent har vurderet, at [klagerens] generelle erhvervsevnetab er mindre end 50 %, og han henviser i sin begrundelse bl.a. til, at der ved MR-skanning i september 2011 alene er påvist alderssvarende forandringer i nakke og lænd. Der er ikke påvist neurologisk sygdom eller behandlingskrævende psykisk lidelse men somatiseringstilstand, ligesom der ikke er påvist specifik reumatologisk sygdom. Vores lægekonsulent vurderer, at [klageren] med relevant smertehåndtering bør kunne genoptage kontakten til arbejdsmarkedet på mere end halv tid **(bilag …)**.

Efter sagens indbringelse for Ankenævnet for Forsikring, har vi endvidere forelagt [klagerens] helbredsoplysninger for Videncenter for Helbred & Forsikring. Videncenter for Helbred & Forsikring har ligesom vores lægekonsulenter vurderet, at [klagerens] generelle erhvervsevne ikke er nedsat med mindst 50 % **(bilag …)**.

Vi fastholder herefter vores afgørelse og dermed vores afslag på fortsat præmiefritagelse samt udbetaling af Erhvervsudygtighedsrente fra den 1. juli 2012."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**7 Dækning**
Stk.1. Forsikringen dækker ved forsikredes erhvervsevnetab som følge af sygdom eller ulykke. Forsikringen dækker kun erhvervsevnetab opstået i forsikringstiden.
…
Stk. 6. Fastsættelsen af graden af erhvervsevnetabet sker på grundlag af en lægelig vurdering af erhvervsevnetabet (medicinsk erhvervsevnetab), samt oplysninger om, hvad forsikrede er i stand til at tjene ved egen arbejdsindsats, når erhvervsevnetabet tages i betragtning (økonomisk erhvervsevnetab). Såvel det medicinske som det økonomiske erhvervsevnetab skal opfylde betingelserne for at der kan ske udbetaling, se dog reglerne nedenfor om fleksjob.
…
Midlertidigt erhvervsevnetab:
Ved midlertidigt erhvervsevnetab forstås, at forsikrede midlertidigt er ude af stand til at passe sit nuværende arbejde. Ved halvt midlertidigt erhvervsevnetab forstås at forsikrede alene kan passe sit nuværende arbejde i et omfang svarende til halvdelen eller mindre. Hvis forsikrede kan passe sit nuværende arbejde i større omfang end halvdelen er erhvervsevnetabet ikke

halvt. Erhvervsevnetab foreligger, når forsikrede pga. sygdom eller ulykke ikke længere skønnes i stand til ved egen arbejdsindsats at tjene mere end halvdelen respektive en tredjedel af, hvad der i samme egn er sædvanligt for fuldt erhvervsdygtige personer med lignende uddannelse, alder og køn.

Udbetaling ved midlertidigt erhvervsevnetab sker i starten af perioden med nedsat erhvervsevne efter karenstidens udløb.

Når Topdanmark har foretaget en vurdering af, om forsikrede har et varigt erhvervsevnetab, ophører forsikredes ret til udbetaling ved midlertidigt erhvervsevnetab. Denne vurdering sker som regel senest 18 måneder efter den 1. sygedag. Vurderingen kan dog foretages på et hvilket som helst tidspunkt, efter tilstanden har stabiliseret sig. Topdanmark kan dog for et begrænset tidsrum en eller flere gange udskyde vurderingen af det varige erhvervsevnetab. Så længe udskydelsen varer, fortsætter udbetalingen og præmiefritagelsen efter reglerne om midlertidigt erhvervsevnetab.

Varigt erhvervsevnetab:
Fortsætter forsikrede med at være sygemeldt, og har sygdomstilstanden stabiliseret sig i et sådant omfang, at den fremtidige erhvervsevne kan vurderes, foretages en vurdering af, om erhvervsevnen varigt er nedsat med halvdelen respektive 2/3.

Bedømmelsen sker under hensyntagen til forsikredes nuværende tilstand.

Erhvervsmulighederne skal bedømmes både indenfor forsikredes eget fag, tidligere arbejdsområde, inden for beslægtede fag eller fag, der er egnede i den konkrete situation. Det er således den generelle erhvervsevne og ikke erhvervsevnen i forsikredes erhverv, der skal være nedsat.

Ved vurderingen af forsikredes længerevarende erhvervsevnetab foretages derfor et skøn over, om forsikrede må anses for egnet til omskoling. Hvis forsikrede anses for egnet til omskoling, og den generelle erhvervsevne ikke er nedsat med halvdelen respektive 2/3, stopper bevillingen. Der bevilges altså ikke i selve omskolingsperioden."

Nævnet udtaler:

Efter sin gennemgang af sagen kan nævnet ikke kritisere, at selskabet er overgået til en vurdering af klagerens generelle erhvervsevne som sket.

På baggrund af sagens oplysninger, herunder de lægelige og kommunale akter, finder nævnet, at klageren ikke har bevist, at hendes generelle erhvervsevne varigt er nedsat med halvdelen eller derover efter den 1/7 2012. Nævnet kan derfor ikke pålægge selskabet at udbetale helbredsbetingede ydelser efter dette tidspunkt.

13. 83.359

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand