Ankenævnet for Forsikring

Den 7. februar 2018 blev i sag nr. 90765:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

PFA Pension
Marina Park
Sundkrogsgade 4
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har pensionsordning med forsikring ved tab af erhvervsevne hos PFA Pension. Hun klager over, at selskabet har afvist at yde dækning for et anmeldt erhvervsevnetab.

Selskabet har anført, at klagerens erhvervsevne ikke er nedsat i dækningsberettigende grad efter den 1/6 2016, hvor hun havde lønophør.

Forsikringen giver ret til udbetaling af fuld invalidepension samt præmiefritagelse, når forsikredes erhvervsevne på grund af sygdom eller ulykke nedsættes til mindst halvdelen.

Klageren, der er født i 1970'erne og har en pædagogisk uddannelse, blev den 6/8 2014 sygemeldt på grund af en kompleks smertetilstand. Hun blev opsagt fra sin stilling med lønophør den 31/5 2016. Hun har efterfølgende deltaget i forskellige jobafklarende praktikforløb, hvor hun har formået at arbejde mellem 12 og 15 timer om ugen. Hun er tilkendt fleksjob pr. 1/2 2017.

I klagen til nævnet af 19/4 2017 har klageren bl.a. anført:

"**Sagsfremstilling**
Supplerende redegørelse kan evt. vedhæftes som bilag.
Jeg blev i august 2014 syg og efter en lang proces tilkendt flexjob 1.2.17.
Diagnose: kronisk-non-malign-kompleks smertetilstand. Egen læge vurderer at jeg kan arbejde 2-3 timer pr dag. Max 15 t/uge. Det samme kan konkluderes fra kommunale arbejdsprøvninger.
PFA vurderer at jeg kan arbejde 19-20 timer pr uge. Meget belejligt, da deres udbetaling betinger at man ikke kan arbejde mere end 18,5 t/uge.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?
Udbetaling for tab af erhvervsevne."

Hertil har selskabet i brev af 15/5 2017 til nævnet bl.a. bemærket:

"**Hvilken type forsikring er der tale om?**
Forsikredes pensionsordning er oprettet via hendes tidligere arbejdsgiver den 1. februar 2011. Ordningen blev pr. 1. november 2013 omskrevet til fripolice. Ordningen indeholder en invalidepension, der yder fuld invalidepension og præmiefritagelse, når forsikredes generelle erhvervsevne er nedsat med mindst 2/3. Nedsættes erhvervsevnen til mellem halvdelen og 2/3, er forsikrede berettiget til halv invalidepension og halv præmiefritagelse. Der henvises til pensionsoversigt og police af 9. november 2013 (bilag A) og forsikringsbetingelser af 1. januar 2008 (bilag B).

Hvad handler tvisten om? – parternes overordnede synspunkter
Forsikrede har i sin klage anført, at hun er berettiget til udbetaling af dækning ved tab af erhvervsevne. Selskabet fastholder, at forsikrede ikke opfylder kriterierne for dækning.

Sagsfremstilling
Forsikrede er født i [70'erne]. Hun [har en pædagogisk uddannelse] og har desuden en diplomuddannelse i … (bilag C).
…
Selskabet modtog den 8. juli 2016 ansøgning om udbetaling ved erhvervsevnetab underskrevet af forsikrede den 3. juli 2016 (bilag C) og Lægeattest ved nedsat erhvervsevne 1 underskrevet af forsikredes praktiserende læge den 1. juli 2016 (bilag D). Det fremgik af ansøgningen, at forsikrede siden 6. august 2014 har været sygemeldt på grund af kompleks smertetilstand, og at hun blev opsagt fra sin stilling som pædagogisk konsulent med lønophør den 31. maj 2016.

Selskabet indhentede til brug for sagens behandling bl.a. forsikredes patientjournal (bilag E). Det fremgår heraf, at forsikrede har været igennem et længere reumatologisk udredningsforløb. Den 11. august 2014 er det i patientjournalen noteret, at forsikrede havde haft reaktiv arthrit 7 år tidligere, og at hun nu igen havde smerter i ankler. Der havde desuden været enkeltstående svimmelhedstilfælde. Ved kontrol på reumatologisk ambulatorium den 27. maj 2015 konkluderedes det: *'Artropati, varig tegn til synovit men for nuværende mestendels præg af tendinit/entesit og det kan meget muligt være en repererende artropati af reaktiv artrittype. Aldrig været helt godt siden recidiv sommeren 2014. [..] injektion Depo-Medrol 100 mg intramuskulært'*

Om objektiv undersøgelse på reumatologisk ambulatorium den 5. juni 2015 (bilag E) fremgår: *'Der findes ikke nogen cutane forandringer. Ikke nogen psoriasis, ikke nogen vaskulit, ikke noget udslæt, ikke nogen perifer lymfadenopati. […] Generelt normal neurologi. Perifere led: Ømhed sv.t epicondylus lateralis på begge albuer, ømhed sv.t højre tronchanter i meget mindre grad vestre. Ømhed sv. t akillestilhæftning på begge side. Absolut ikke noget tegn på artrit eller artrose, normale hoftebevægelser.'*

Den 20. august 2015 (bilag E) blev det på reumatologisk ambulatorium konkluderet, at *'På det foreliggende finder vi ingen holdepunkter for en kronisk, inflammatorisk ledsygdom som årsag til pt.s smerter. Der er mest sandsynligt tale om en reaktiv tilstand efter ukendt infektion med tilbagevendende smerter i led og enteserne. Vi har desværre ingen specifik behandlings tilbud til denne tilstand.'*

Forsikrede blev den 31. august 2015 henvist til behandling i smerteklinik. Af statusattest underskrevet af læge på smertecentret den 29. januar 2016 fremgår: *'Der er påvist sensibiliseret nervesystem med mulighed for neuropatiske smerter med udgangspunkt i udiagnosticerede infektiøse episoder. [Forsikrede] opfylder kriterierne for hypermobilitet i form af artralgier i mere end 3 måneder i flere end 4 led samt kriterierne for hypermobilitets syndrom. [Forsikrede] opfylder tillige de nye kriterier for smertetilstanden fibromyalgi. (Fibromyalgi er i dag ikke en diagnose, men en angivelse af en smertekarakter i en kronisk smertetilstand).'*

Ved tværfaglig forundersøgelse den 23. september fremgår det, at forsikrede i 2014 var deltidssygemeldt *'men arbejdede sig op'*, og at hun i sin stilling som pædagogisk konsulent *'Arbejder 37 t./u som hun føler er i overkanten'*.

I patientjournalen hedder det om forsikredes *'afsluttende kons.'* i Smertecenter den 4. april 2016 (bilag E): *'Smertetilstanden vurderes at være stationær. Der kan ikke peges på yderligere behandlingsmuligheder. Funktionsevnen er varigt væsentligt nedsat i betydelig grad. Der er varige skånehensyn generelt overfor fysisk belastning, specifikt overfor statiske og dynamiske belastninger af skuldre, arme, ryg, bækken, herunder præcisionsarbejde, behov for skiftende arbejdsstillinger gående, stående, siddende, behov for rummeligt arbejdsmiljø med overskuelige arbejdsopgaver, behov for at undgå indre pres (f.eks. perfektionisme og den personlige arbejdsstil) og ydre pres (f.eks. støj og krav om flere simultane/hurtigt og/eller hyppigt skiftende arbejdsfunktioner) og behov for hvilepauser.'*

Forsikrede gennemførte fra den 5. april 2016 til den 24. juni 2016 et praktikforløb som støttelærer i en indskoling. Det fremgår af tværgående journalrapport (bilag V, s. 2), at hun har arbejdet 'knapt 15 timer/uge', og af 'Bestillings/proces seddel til Jobkonsulenterne' (bilag R) fremgår, at arbejdet har tilgodeset hendes fysiske skånehensyn, men at støjniveauet har overstimuleret hendes nervesystem og på den måde været medvirkende til hendes udtrætning. Under konklusion er det bl.a. anført: *'Konsulentarbejde inden for hendes område i rolige omgivelser og med omkring 15 timers arbejde vil sandsynligvis være optimalt for hende.'*

Forsikrede gennemførte fra den 15. august 2016 til den 14. oktober 2016 et praktikforløb på en skole. Hendes arbejdsopgaver bestod i at observere skolebørn, at efterbehandle observationerne, og tale med skolens lærere herom. Det fremgår af 'Bestillings/proces seddel til Jobkonsulenterne' (bilag U), at hun har arbejdet mellem 12 og 14,5 time ugentligt, og at arbejdsopgaverne har været mere *'tilfredsstillende'* for forsikrede end i det forrige praktikforløb. Af konklusionen fremgår bl.a., at hun *'fungerer sandsynligvis bedst i en konsulentfunktion, hvor hun kan arbejde med personers adfærd [...] Evt. kan fagligheden*

suppleres i forhold til arbejde med voksne. Hendes arbejdskapacitet ligger sandsynligvis omkring 15 timer ugentligt, forudsat, at der ikke vedvarende er mange stimuli i hendes omgivelser, som påvirker hende og medvirker til udtrætning.'

PFA Pension bemærker for så vidt angår ovennævnte praktikforløb, at der er meget sparsomme oplysninger herom, herunder hvordan forsikredes skånehensyn blev iagttaget, og at de ikke efter selskabets opfattelse har været retvisende.

PFA Pension forelagde sagen for selskabets lægekonsulent, der er speciallæge i arbejdsmedicin og samfundsmedicin, og i brev af den 2. november 2016 afviste selskabet at yde dækning ved tab af erhvervsevne med henvisning til, at forsikredes erhvervsevne ikke var nedsat i dækningsberettigende grad (bilag F). Forsikrede klagede i mail af 24. januar 2017 over afgørelsen (bilag G). Hun anførte bl.a., at hun er tilkendt fleksjob pr. 1. februar 2017, og at hun søger job, der ligger i timetal op til max 15 timer. PFA Pension fastholdt afgørelsen i brev af 16. februar 2017. Forsikrede klagede over afgørelsen i mail af 1. marts 2017 (bilag I). Selskabet fastholdt afgørelsen i brev af 11. april 2017 (bilag J). Sagen er herefter indbragt for Ankenævnet.

Begrundelse for PFAs afgørelse
Det er fortsat PFA Pensions opfattelse, at forsikredes erhvervsevne ikke er nedsat med mindst halvdelen. Selskabet har lagt vægt på, at

- Det er forsikrede, der har bevisbyrden for, at hendes erhvervsevne er nedsat i dækningsberettigende grad.
- Der er ikke i de lægelige oplysninger holdepunkter for, at forsikrede lider af en kronisk inflammatorisk ledsygdom, og de smerter, som forsikrede har beskrevet, kan ikke forklares af objektive fund.
- Forsikrede har i hvert fald frem til september 2015 været i stand til at arbejde 37 timer om ugen.
- Forsikrede præsterede i praktikforløb mellem 5. april 2016 og 24. juni 2016 et fremmøde på knap 15 ugentlige timer til trods for, at støjniveauet på arbejdspladsen overstimulerede hendes nervesystem og derfor var medvirkende til hendes udtrætning. Praktikforløbet var derfor ikke relevant, da det ikke tilgodeså alle forsikredes skånehensyn.
- Der er ikke foretaget relevant arbejdsprøvning, der tilgodeser forsikredes gener optimalt.
- Såfremt relevante skånehensyn – som beskrevet i 'afsluttende kons.' i Smertecenter den 4. april 2016 (bilag E og gengivet ovenfor på side 2) – iagttages, vil forsikrede med sin uddannelse og erhvervserfaring efter PFA Pensions vurdering være i stand til at tjene mere end halvdelen af, hvad der er sædvanligt for fuldt erhvervsdygtige personer med lignende uddannelse, anciennitet og alder.

Konklusion
På baggrund af det anførte fastholder PFA Pension således, at selskabet har været berettiget til at afvise at yde dækning med henvisning til, at forsikredes erhvervsevne ikke er nedsat med mindst halvdelen."

Heroverfor har klageren i brev af 4/6 2017 til nævnet bl.a. oplyst:

"**Kommentarer til begrundelse for PFA's afgørelse:**

PFA skriver: 'Der er ikke i de lægelige oplysninger holdepunkter for, at forsikrede lider af en kronisk inflammatorisk ledsygdom, og de smerter, som forsikrede har beskrevet, kan ikke forklares ved objektive fund.'

Jeg opfatter dette som at PFA betvivler at der er en sygdom og diagnose, da reumatologerne ikke kunne finde ud af hvad jeg fejlede. Jeg henviser derfor til PFA's bilag Q: Statusattest fra [smertecenter]. PFA citerer fra statusattesten, side 2/5, afsnit 4, men ikke selve diagnosen der står anført: **'Kronisk kompleks non-malign smertetilstand med neuropatiske smerter'**. Denne diagnose er fremkommet efter en grundig undersøgelse, både ved interview og fysisk undersøgelse, blandt andet en neurologisk undersøgelse. Jeg forarges over at PFA i sin begrundelse på denne måde betvivler min sygdom og min sag.

PFA skriver: 'Forsikrede har i hvert fald frem til september 2015 været i stand til at arbejde 37 timer om ugen. Dette er ikke korrekt. Se Bilag 1. Fraværs udskrift fra [kommune] vedlægges. Kort opsummeret formåede jeg at arbejde som følger:

- 6.8.14-2.10.14: 20 t/uge
- 3.10.14-17.10.14: 25 t/uge
- 18.10.14-31.12.14: 30 t/uge

I denne periode (og den følgende, faktisk frem til jeg blev opsagt), var arbejdet min 1. prioritet. Tallene kan fortælle noget om det antal timer jeg formåede at arbejde, men fortæller ikke noget om hvordan min krop reagerede på at arbejde. Jeg arbejdede. Min mand stod for indkøb, aflevere og hente vores [barn] i børnehave og de fleste praktiske opgaver i hjemmet. Mit sociale liv var indskrænket, da jeg ikke havde energi til andet end arbejde. Jeg prioriterede mit arbejde, da jeg holdt så umådelig meget af det. Det var mit drømmejob! Jeg udholdt mere end jeg skulle have gjort, og gjorde ALT jeg kunne for at blive i arbejde. Jeg tog fx kontakt til jobcenter for at bede om hjælp til at beholde mit arbejde. Dette gjorde at de fra jobcenteret foreslog en §56 ordning, som så trådte i kraft den 1.1.15. Derudover havde jeg en aftale med min arbejdsgiver om at jeg kunne holde 'ekstra' pauser. Der blev indkøbt en madras jeg havde på kontoret, så jeg kunne tage et hvil efter behov. Jeg forventede at dette var en periode af mit liv og ikke resten af mit liv – og kunne derfor gøre dette. Det var dog ikke et 'liv' – det var ikke holdbart.

Efter en lang kamp, var jeg stadig fuld af håb og VILLE beholde mit arbejde – men indså at det nok skulle være på deltid. Derefter fulgte en kamp for at få en deltidsstilling, sammen med min fagforening. De vil nok gerne bidrage til sagen, hvis nødvendigt. I kan kontakte [fagforening]. … var min sagsbehandler. Jeg kan også indhente udtalelse fra min TR, …, da hun fulgte mig i hele perioden og kan fortælle om hvad hun så omkring hvordan jeg dels kæmpede for at beholde mit arbejde, men også kæmpede for at være på arbejde og arbejde.

PFA skriver i deres konklusion: 'På baggrund af det anførte fastholder PFA Pension således, at selskabet har været berettiget til at afvise at yde dækning med henvisning til, at forsikredes erhvervsevne ikke er nedsat med minimum halvdelen'. Til dette kan jeg kun sige at jeg erklærer mig for uenig og henvise til ovenstående kommentarer, praktik vurderinger af arbejdsprøvningerne og rehabiliteringsteamets beslutning om at tilkende mig et flexjob.

Derudover vil jeg henvise til PFA's svar på ansøgning til mig, PFA's bilag H, hvor de skriver: '....at du med rette skånehensyn kan arbejde **mere end 20 timer**, dersom.....' I deres næste brev til mig, i PFA's svar til mig på klage over afgørelse, PFA's bilag J, skriver de: '....med rette skånehensyn **mindst 19-20 timer** ugentligt.'

Jeg hæfter mig ved at PFA's vurdering af min arbejdsevne, uden at have set mig eller snakket med mig, ligger på – først 20 timer – så 19-20 timer. Hvorfor falder den? Jeg opfatter det som lidt til grin, da sagen falder til min fordel, hvis min arbejdsevne er mindre en 18,5 time. PFA's vurdering er ½ time højere end hvad kræves for at de får 'ret'.

.....Jeg afventer næste brev, hvor deres vurdering af min arbejdsevne falder til 18,5 time?

Jeg mener min læges vurdering (PFA's bilag D), som PFA også henviser til i deres svar til mig (bilag J) – i forhold til at 'der ikke er opstået komplikationer'. Denne bemærkning kan de godt bruge, men ikke lægens vurdering af min arbejdsevne – som er 12 timer.

Min konklusion:

På baggrund af det anførte, mener jeg det er tilstrækkeligt belyst og bevist hvordan min arbejdsevne er. Min erhvervsevne er nedsat med mindst halvdelen, i praksis ca 12-15 timer. Jeg kræver at få udbetalt den forsikring og dækning jeg har krav på og oplever det som forkasteligt at PFA kan afvise læger, jobkonsulenter, sagsbehandleres og min egen vurdering.

Jeg er ikke endt i denne situation efter eget ønske. Jeg blev syg og efter en lang og ikke færdiggjort 'kamp' med mig selv, har jeg begyndt at erkende min krops tilstand og prøver at leve mit liv med så mange hensyn til det som muligt, det være sig i forhold til arbejde, fritid og privatliv. Den økonomiske side af sagen er ikke ligegyldig, da jeg nu ikke har de samme muligheder for indtjening, derfor disse kommentarer....."

Hertil har selskabet i brev af 24/7 2017 til nævnet bl.a. bemærket:

"PFA Pension fastholder, at selskabet har været berettiget til at give afslag på dækning, idet forsikrede ikke har løftet sin bevisbyrde for, at hendes erhvervsevne er nedsat i dækningsberettigende grad. PFA Pension henviser til indholdet af selskabets brev i sagen til Ankenævnet dateret 15. maj 2017.

PFA Pension vil gerne korrigere selskabets beskrivelse af invalidepensionsdækningen i brevet af 15. maj 2017 i afsnittet: 'Hvilken forsikring er der tale om?'. Her oplyste PFA Pension, at forsikrede alene er berettiget til halv dækning, såfremt den generelle erhvervsevne er nedsat til mellem halvdelen og 2/3. Dette er ikke korrekt, idet forsikrede i henhold til policen (vores bilag A) er berettiget til fuld dækning, såfremt hendes generelle erhvervsevne nedsættes med mindst halvdelen. Skrivefejlen har dog ikke haft betydning for selskabets vurdering af nedsættelsen af forsikredes erhvervsevne.

PFA Pension har derudover enkelte kommentarer til det fremsendte.

Forsikrede har bl.a. anført, at PFA Pension 'betvivler' hendes sygdom. Selskabet bestrider ikke, at forsikrede har fået stillet diagnosen 'kronisk kompleks non-malign smertetilstand med neuropatiske smerter'. Selskabet har alene anført, at der ikke i sagens lægelige akter er objektive fund, der kan forklare de smerter, som forsikrede oplever.

De fremlagte lægelige vurderinger i sagen er i høj grad foretaget på baggrund af forsikredes egne oplysninger om symptomerne, og forsikrede anfører selv i mailen til nævnet af 5. juni 2017, at hendes diagnose bl.a. er stillet på baggrund af 'interview'.

Forsikrede har spurgt, om det kan være rigtigt, at PFA Pension betvivler … kommunes jobkonsulents vurdering af praktik mellem 15. august og 14. oktober 2016. Selskabet har ikke betvivlet jobkonsulentens vurdering men derimod alene anført, at der er meget sparsomme oplysninger bl.a. om, hvorvidt relevante skånehensyn har været iagttaget, og at arbejdsprøvningen – af de i selskabets brev til Ankenævnet af 15. maj 2017 nævnte årsager – ikke har været retvisende.

På baggrund af det ovenfor anførte er PFA Pension uenige i forsikredes konklusion på side 3 om, at selskabet har afvist vurderingerne fra læger, jobkonsulenter og sagsbehandlere.

PFA Pension har ikke flere kommentarer til sagen, og den kan efter selskabets vurdering afgøres på det foreliggende grundlag, såfremt der ikke fremkommer væsentlige nye oplysninger."

Heroverfor har klageren i brev af 10/8 2017 til nævnet bl.a. anført:

"**Kommentarer til PFA pensions svar.**

Jeg ønsker stadig svar på om PFA betvivler min sygdom. PFA skriver at de ikke bestrider, at jeg har fået stillet diagnose, men gentager, at der ingen objektive fund er og at de fremlagte lægelige vurderinger i sagen i høj grad er foretaget på baggrund af mine egne oplysninger om symptomerne. De skriver også at jeg selv anfører i mail til Nævnet den 5.6.17, at min diagnose bl.a. er stillet på baggrund af 'interview'.

Jeg ønsker svar fra PFA på følgende: Hvilke betydning har det for min sag, at der ikke er objektive fund og at de fremlagte lægelige vurderinger i sagen i høj grad er foretaget på baggrund af mine egne oplysninger om sygdomme?

Derudover vil jeg oplyse PFA om hvordan denne diagnose stilles. Se vedlagte dokumenter. Bilag 1 og 2.

Jeg ønsker kommentarer på hvordan PFA ud over de lægelige dokumenter de indtil nu har set, ønsker min sygdom dokumenteret. Da det er mig der har bevisbyrden i denne sag, vil jeg vide hvordan jeg kan fremskaffe lægelige dokumenter der er gyldige nok for PFA, da lægelige dokumenter baseret på mine oplysninger åbenbart ikke er.

Jeg oplever at PFA betvivler mine oplysninger til lægerne. Jeg vil gerne vide hvem der kunne oplyse læger om mine symptomer ud over mig selv?

Min sygdoms store problem er, at den ikke kan vejes og måles, men det har de fleste der kommer i berøring med mennesker som mig, der bliver ramt af en sygdom der udmatter og påvirker hele vores hverdag, accepteret og forstået at det er en reel sygdom.

Jeg vil derudover også understrege at diagnosen **blandt andet** blev stillet ved interview, men **ikke udelukkende**. Det kan PFA læse mere om i de vedlagte dokumenter.

Det er af stor betydning for mig, da jeg står med bevisbyrden, at vide om PFA betvivler at jeg fejler noget eller om de betvivler lægernes evne og mulighed for at stille en diagnose. PFA skriver at de ikke har flere kommentarer i sagen og at sagen kan afgøres på foreliggende grundlag. Jeg deler ikke PFA's opfattelse. Jeg mangler ud over overståede, også svar på flere af mine spørgsmål, stillet i tidligere korrespondance.

Jeg mangler kommentarer fra PFA i forhold til mit svar på deres påstand om at jeg indtil september 2015 var i stand til at arbejde 37 timer om uge. Jeg har i mit forrige svar til PFA/nævnet vedlagt bilag omkring den påstand. Hvad er PFA's kommentar?

Jeg mangler også PFA's kommentar for hvad der mangler i arbejdsprøvning nummer 2, der foregik på en skole og hvor der var få støjgener.

Jeg mangler også et svar på hvordan PFA først vurderer jeg kan arbejde minimum 20 timer, derefter minimum 19 timer? (Afsnit 3, mit brev fra de 30.5.17)

Jeg mangler også svar fra PFA på hvordan de kan bruge dele af lægeerklæring (PFA's bilag D), men ikke den del af lægeerklæringen hvor min læge vurderer min arbejdsevne til omkring 12 timer. (Afsnit 5, mit brev fra 30.5.17)

Jeg mangler også svar på det at PFA hævder, at det er meget sparsomme oplysninger blandt andet om, hvorvidt relevante skåne hensyn har været iagttaget i praktikken. Jeg vil have PFA til at fortælle hvordan de ønsker dette beskrevet. Jeg vil også have en kommentar på afsnit 2 og 3 fra mit brev dateret 30.5. Jeg hævder, at ifølge lægeerklæring fra [smertecenter] vil ingen praktik kunne overholde alle skånehensyn, da mit nervesystem er sensibiliseret og vil blive overstimuleret. Det er derfor et af mine største skånehensyn er TID. Jeg har brug for ro og rekonvalescens tid efter ethvert arbejde/aktivitet. Og det er derfor jeg søger om pension for nedsat erhvervsevne.

Jeg vil have at PFA fortæller hvilke oplysninger de mangler! De er velkomne til at henvende sig til de parter der tidligere er oplyst at kende til min sygdom, mit tidligere arbejdsliv, mine arbejdsprøvninger og mig."

Hertil har selskabet i brev af 29/8 2017 til nævnet bl.a. bemærket:

"PFA Pension fastholder synspunkterne i brevene til Ankenævnet af 15. maj og 24. juli 2017. PFA Pension har enkelte kommentarer til det fremsendte.

Forsikrede har spurgt, om PFA Pension *'betvivler'* hendes sygdom. Selskabet har besvaret dette spørgsmål i næstsidste afsnit på side 1 i brevet til Ankenævnet af 24. juli 2017.

Forsikrede har spurgt, hvilken betydning det har for sagen, at der ikke er objektive fund og at de fremlagte lægelige vurderinger i sagen i høj grad er foretaget på baggrund af forsikredes egne oplysninger om sygdommen. PFA Pension bemærker, at dette betyder, at forsikrede ikke efter selskabets opfattelse har dokumenteret, at hendes erhvervsevne er nedsat i dækningsberettigende grad på grund af sygdom eller ulykkestilfælde.

Forsikrede spurgt, hvordan PFA Pension *'ønsker min sygdom dokumenteret'*, og hvordan hun kan *'fremskaffe lægelige dokumenter, der er gyldige nok for PFA Pension'*. PFA Pension ønsker at præcisere, at der ikke er lægelige akter i sagen, som selskabet betragter som ugyldige. PFA Pension har foretaget en vurdering af, om forsikrede bl.a. på baggrund af de fremsendte lægelige oplysninger har dokumenteret et dækningsberettigende er-

hvervsevnetab. I henhold til afsnit C, § 1, stk. 5 (bilag F) i forsikringsbetingelserne sker denne bedømmelse på baggrund af en helhedsvurdering under hensyn til forsikredes tidligere og nuværende beskæftigelse. Af denne årsag hverken kan eller ønsker selskabet at udstede en vejledning til, hvilken lægelig dokumentation, der ville kunne føre til, at forsikrede efter selskabets opfattelse opfylder kriterierne for udbetaling. Såfremt der bliver tilvejebragt nye væsentlige lægelige oplysninger, vil PFA Pension naturligvis tage stilling til disse.

Forsikrede har efterlyst PFA Pensions kommentar til hendes svar på PFA Pensions *'påstand om at jeg indtil september 2015 var i stand til at arbejde 37 timer om uge'.*

Det fremgår af tværfaglig forundersøgelse på Smertecenter den 23. september 2015 (bilag E), at forsikrede på daværende tidspunkt arbejdede 37 timer om ugen. Forsikrede anførte i sit brev til Ankenævnet af 4. juni 2017, at hun fra den 6. august 2014 til den 2. oktober 2014 arbejdede 20 timer om ugen, at hun fra den 3. oktober 2014 til den 17. oktober 2014 arbejde 25 timer om ugen, og at hun mellem den 18. oktober og den 31. december 2014 arbejdede 30 timer om ugen.

PFA Pension har noteret det, som forsikrede har anført om sin arbejdstid i den pågældende periode, men dette kan ikke føre til en anden vurdering.

Forsikrede har spurgt, *'hvad der mangler i hendes arbejdsprøvningsforløb nummer 2'*, og hvordan PFA Pension ønsker, at hendes arbejdsprøvning og skånehensynene i denne forbindelse skulle have været beskrevet. PFA Pension bemærker, at selskabet hverken er forpligtet eller berettiget til at indgå i dialog om forudsætningerne for kommunale arbejdsprøvninger. Selskabet har derfor udelukkende forholdt sig til, om de konkrete arbejdsprøvninger var hensigtsmæssige i forhold til at afdække forsikredes resterhvervsevne/funktionsniveau, og det er fortsat selskabets opfattelse, at dette ikke er tilfældet.

Forsikrede har spurgt, hvad årsagen er til, at PFA Pension i brev til forsikrede af 16. februar 2017 (bilag H) vurderede, at forsikrede kunne arbejde mere end 20 timer om ugen, mens selskabet i brev af 11. april 2017 (bilag J) vurderede, at forsikrede kun var i stand til at arbejde mindst 19-20 timer. PFA Pension bemærker, at begge vurderinger er baseret på et skøn, at de er foretaget med ca. to måneders mellemrum, og at forskellen på 'mere end 20 timer' og 'mindst 19-20' timer er minimal.

Forsikrede har endvidere spurgt, hvorfor PFA Pension alene *'kan bruge dele af lægeerklæring (PFA's bilag D)'*. PFA Pension bemærker igen, at selskabet i erhvervsevnetabsvurderingen bl.a. har inddraget alle sagens lægelige akter. At selskabet i breve til forsikrede og Ankenævnet alene har fremhævet dele af udvalgte akter, er ikke ensbetydende med, at sagens øvrige akter ikke er indgået i selskabets sagsbehandling.

Forsikrede har afslutningsvist spurgt, hvilke oplysninger PFA Pension mangler. PFA Pension mangler ikke på nuværende tidspunkt nogen oplysninger til brug for vurdering af forsikredes erhvervsevne, idet selskabet i øvrigt henviser til ovennævnte svar i forhold til bedømmelsen af de nuværende oplysninger.

PFA Pension har ikke flere kommentarer til sagen, og den kan efter selskabets vurdering afgøres på det foreliggende grundlag, såfremt der ikke fremkommer væsentlige nye oplysninger."

Heroverfor har klageren i brev af 15/9 2017 til nævnet bl.a. anført:

"**Kommentarer til PFA pensions svar.**

PFA skriver at de ikke bestrider, at jeg har fået stillet diagnose, men gentager, at der ingen objektive fund er og at de fremlagte lægelige vurderinger i sagen i høj grad er foretaget på baggrund af mine egne oplysninger om symptomerne. De skriver også at jeg selv anfører i mail til Nævnet den 5.6.17, at min diagnose bl.a. er stillet på baggrund af 'interview'.

Jeg ønskede svar fra PFA på følgende: Hvilke betydning har det for min sag, at der ikke er objektive fund og at de fremlagte lægelige vurderinger i sagen i høj grad er foretaget på baggrund af mine egne oplysninger om sygdomme?

Pfa skriver at det betyder at de ikke mener jeg har dokumenteret, at min erhvervsevne er nedsat i dækningsberettigende grad. Jeg vedlagte to dokumenter, ved min sidste skrivelse der beskriver hvordan man diagnosticerer kroniske smerter og som beskriver hvad kroniske smerter er. Ud fra det, kunne jeg tænke mig at vide hvordan så dokumentere???

Pfa skriver godt nok at de hverken kan eller vil udstede en vejledning til, hvilken lægelig dokumentation, der vil føre til, at jeg efter PFA'S opfattelse opfylder kriterierne for udbetaling.

Jeg vil så igen påpege og konstatere den umulige opgave der er mig stillet i forhold til at have bevisbyrden, da Pfa ikke vil bruge ALLE fremsendte lægelige oplysninger, men udelader de punkter, der siger og konstaterer at min arbejdsevne ligger under de 18,5 timer per uge. Jeg manglede og mangler stadig svar fra PFA på hvordan de kan bruge dele af lægeerklæring (PFA's bilag D), men ikke den del af lægeerklæringen hvor min læge vurderer min arbejdsevne til omkring 12 timer. (Afsnit 5, mit brev fra 30.5.17) Jeg ønsker helt konkret svar på hvorfor de ikke kan bruge lige den del af lægeerklæringen.

PFA siger at såfremt der bliver tilvejebragt væsentlige lægelige oplysninger, vil de tage stilling til disse. Jeg kan igen undre mig – og konstatere (?) at de lægelige oplysninger der indtil nu er tilvejebragt åbenbart ikke er væsentlige?

Jeg oplever stadig at PFA betvivler mine oplysninger til lægerne. Jeg vil gerne vide hvem der kunne oplyse læger om mine symptomer ud over mig selv?

Min sygdoms store problem er, at den ikke kan vejes og måles, men det har de fleste der kommer i berøring med mennesker som mig, der bliver ramt af en sygdom der udmatter og påvirker hele vores hverdag, accepteret og forstået at det er en reel sygdom.

Jeg vil derudover igen understrege at diagnosen **blandt andet** blev stillet ved interview, men **ikke udelukkende**. Det kan PFA læse mere om i de vedlagte dokumenter fra forrige svar.

Jeg manglede også PFA's kommentar for hvad der manglede i arbejdsprøvning nummer 2, der foregik på en skole og hvor der var få støjgener. PFA svarer at de hverken er forpligtiget eller berettiget til at indgå i dialog om forudsætningerne for kommunale arbejdsprøvninger. De mener at arbejdsprøvningerne ikke var hensigtsmæssige i forhold til at afdække min resterhvervsevne/funktionsniveau. Jeg kan kun stille mig undrende til deres holdning til kommunens evne til at foretage arbejdsprøvninger og konstatere at igen stiller

Pfa krav til dokumentation som det er mig umuligt at fremskaffe. Jeg kan jo ikke gå ud og lave en arbejdsprøvning 'alene'. Tilbyde mig på en arbejdsplads og dokumenter derfra? Vil det blive anerkendt som en 'hensigtsmæssig arbejdsprøvning'???? Jeg hævder stadig, at ifølge lægeerklæring fra [smertecenter] vil ingen praktik kunne overholde alle skånehensyn, da mit nervesystem er sensibiliseret og vil blive overstimuleret. Det er derfor et af mine største skånehensyn er TID. Jeg har brug for ro og rekonvalescens tid efter ethvert arbejde/aktivitet. Og det er derfor jeg søger om pension for nedsat erhvervsevne.

Jeg manglede også et svar på hvordan PFA først vurderer jeg kan arbejde minimum 20 timer, derefter minimum 19-20 timer. PFA svarer at begge vurderinger er baseret på et SKØN, at de er foretaget med ca to måneders mellemrum, og at forskellen er minimal. Her vil jeg gerne tilføje at ja, vurderingerne er baseret på et SKØN og et skøn er lig med et GÆT! Det vil sige det er ikke noget objektivt, men et SUBJEKTIVT SKØN. Jeg vil yderligere konstatere at vurderingerne er baseret på fuldstændig de samme oplysninger begge gange. Derudover vil jeg sige at forskellen er IKKE MINIMAL! Fra 20 til 19 timer er der 1 time. 1 time mere i 'den rigtige retning' i jeres SUBJEKTIVE SKØN, vil gøre at min erhvervsevne vurderes nedsat i dækningsberettigende grad. Derfor! Det er ikke en minimal forskel, men kan være afgørende!"

I et brev af 4/10 2017 til nævnet er klageren kommet med yderligere bemærkninger.

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, herunder de lægelige og kommunale oplysninger. Et uddrag heraf vil blive gennemgået i det følgende.

Af journalnotat af 11/8 2014 fremgår det bl.a.:

"**11-08-2014 Symptom/klage fra led IKA Beh.: …**
Diagnoser:
L20 Symptom/klage fra led IKA

Kontakt tekst:
Kommer til lugen og beder om akuttid grundet problemer med reumatoid arthrit.
Har været hos vagtlæge x flere i vores ferie.
Konf. med [læge] og aftaler subakut tid.

Tidligere haft reaktiv arthrit for 7 år siden. Nu igen smerter i ankler, og der er lidt varme og ømhed over ankelleddet på begge sider fortil. Har haft et enkeltstående svimmelhedstilfælde nogle dage før hævelsen opstod, men ellers ikke noget, der umiddelbart tyder på reaktiv arthrit. Kunne også være urat arthrit. Vi kontrollerer blodprøver inkl. SR. Svar pr mail.

Forsøger nu med TABFILM. Ibumetin 600 mg, 1 tablet 3 gange daglig ved behov, mod gigt
[Læge]"

12. 90765

I epikrise af 17/2 2015 fra reumatologisk ambulatorium er det bl.a. anført:

"***Aktionsdiagnose***

DM139 Artritis UNS

Andre diagnoser og operationer under skadestuebesøg

Anden diag	AAF20 17-02-2015	Forundersøgelse
Anden diag	AFX01A 17-02-2015	Klinisk beslutning: 30 dage iht. Sundhedsloven § 87
Anden diag	ZZ0150 17-02-2015	Journaloptagelse
Anden diag	ZZ0149 17-02-2015	Klinisk undersøgelse

EPIKRISE:

Henv. d.: 09.02.15 Henv.af [læge]
Henv. til: RAMB Egen læge: …
D. 17.02.15 Reumatologisk amb.
Henvist fra lægerne … ([læge]) til vurdering af ledsmerter.
DISPOSITIONER:
Far cøliaki. Ikke psoriasiskendt i slægten.
SOCIALT:
Pædagogisk konsultent. Rygestop i 2009. Ikke forbrug af alkohol.

ALLERGI:
Pollen. Tidligere symptomal herpes zoster (helvedsild). Kort episode med rotatorisk svimmelhed sidste søndag i juli 2014 (lige før sidste episode med artritsymptomerne debuterede).
Nuværende sygdom og aktuelt for 7 år siden efter en formodet mavetarm-infektion debut af artritsymptomer som hævelse og smerter i ankler bilat. Deviation i en 1/2 måned. Derefter forbedring. Omkring månedsskiftet juli-august 2014 hævelse af ankler bilat., smerter og en del ømhed omkring håndled, albuer, skuldre, bækken, fingre og tæer. Symptomer fra ankler og fødder dog de helt dominerende symptomer. Hævelsen i ankler efterhånden forsvundet og symptomerne blev mere fokuseret omkring hælregionen og akillessenen distale del og fæster og bursa. Albuesymptomerne ligner udfra pt.s beskrivelse af kondylitsymptomer. Alment træthedsfølelse. Ikke psoriasis, ikke haft øjenbetændelse, sår i munden, soleksem.
Rtg. af fodled, albueled, håndled september 2014 er normal i følge rtg. læge. Borrelia antistof og Yersenia antistoffer negative. Tidligere prøvet episode med Prednisolon men med næsten ingen effekt. Prøver har vist en let forhøjet CRP.
MEDICIN:
Ibumetin.
Panodil.
P-Piller.
OBJEKTIVT:
Almentilstanden upåvirket.
Lunger: Ikke krepitationer.
……ingen infektionstegn.
Blodtryk 130/70.
Led: Ikke aktuel ledhævelse ved dagens undersøgelse. Ikke heller tegn til aktiv akillestendinit eller bursit. Pt. plejer at beskrive at symptomerne er mere fokuserede omkring ditalse akillessene og deres fæster og en tidligere bursa, dog forbedring af disse symptomer i følge pt.
UL ikke tegn til aktiv synovit, tendinit eller bursit i ankler, akillesseneregion.

KONKLUSION:
Mest sandsynlig recivid i reaktiv artrit. Forbedring så CRP er nu normal.
For at stille en diagnose tages der RP. rtg. af thorax og laboratorieprøver i dag.
Kontroltid hos mig om 2 mdr. til opfølgning."

I ambulantepikrise af 27/5 2015 fra reumatologisk ambulatorium er det bl.a. noteret:

"***EPIKRISE:***

D. 27.05.15
Kontrol af artrit 27.05.15 Reumatologisk amb.
Kontrol af artrit (formentlig reaktiv artrit). Fået ny omgang antibiotikum via egen læge og siden da bedre men fortsat ikke helt godt. Nu haft besvær siden juli 2014 med intermitterende symptomer, se notat fra d. 20.04.15.
Forløbet går i bølger både klinisk og i lab. med normale CRP-værdier og let øget CRP i visse tilfælde.
AKTUELT:
En del ømhed omkring ankler. Også i andre led og har ikke klaret at reducere smertelindrende behandling endnu.
OBJEKTIVT:
Ikke udtalt øm eller hævelse ankel eller fod.
UL viser dog tegn til tendinit/entesit med lidt øget spalte omkring senestruktur fremfor alt laterale malleol og fremfor alt på højre side og muligvis en entesitforandring ind mod selve malleolspidsen.
Lab.. CRP 11.
KONKLUSION:
Artropati, varig tegn til synovit men for nuværende mestendels præg af tendinit/entesit og det kan meget muligt være en reparerende artropati af reaktiv artrittype.
Aldrig været helt godt siden recidiv sommeren 2014. Til slut bliver vi enige om at prøve Depo-Medrol intramuskulært.
Hun har i dag fået injektion Depo-Medrol 100 mg intramuskulært. Se vanlig information.
Kontrol med prøver i Reum.amb om 3 mdr. 20.08.15."

Af ambulantepikrise af 5/6 2015 fra reumatologisk ambulatorium fremgår det bl.a.:

"**EPIKRISE:**

D. 05.06.15 Reumatologisk amb.
Pt. med klinisk mistanke om reaktiv artrit kommer til planlagt kontrol Vi gennemgår anamnesen. Første gang opstod problemet for 7 år siden hvor der var uprovokeret hævelse og bagefter smerter sv.t begge ankelled. Dengang fik pt. steroidinjektion intramuskulært som virkede rigtig godt men kortvarigt. Bagefter efter nogle måneder var tilstanden faldet til ro.
I august sidste år lignende begyndelse med hævelse sv.t begge ankelled bagefter aftaget men forandrede smerter flere steder i kroppen. Kun lidt forhøjet CRP ellers fuldstændig upåfaldende blodprøver. Pt. blev set af praktiserende reumatolog sidst året sidste år i … hvor konklusionen var at det var mest sandsynligt reaktiv tilstand og man kunne ikke komme diagnosen nærmere. Der er udført relevante blodprøver og rtg. af thorax som viste i.a.
Dags dato angiver pt. at hun har det ok, men hun døjer med smerter som pludselig kommer og rammer forskellige dele af bevægeapparatet plus at hun hele tiden føler sig træt og udmattet. Hun energi til at gennemføre daglige aktiviteter men ikke mere.

OBJEKTIVT:
Der findes ikke nogen cutane forandringer. Ikke nogen psoriasis, ikke nogen vaskulit, ikke noget udslæt, ikke nogen perifer lymfadenopati. Stet.p. et c. et abdomen i.a. Ikke nogen perifer lymfoadenopati. Øjne og slimhinder i mund i.a.
Generelt normal neurologi.
Perifere led: Ømhed sv.t epicondylus lateralis på begge albuer, ømhed sv.t højre trochanter i meget mindre grad venstre. ømhed sv.t akillestilhæftning på begge sider. Absolut ikke noget tegn på artrit eller artrose, normale hoftebevægelser. Sacroiliacatest negative. Normal bevægelse af rygsøjlen, ikke nogen ømhed sv.t processi spinosi. Generelt normal obj.us.
UL-us knæ og ankler + MTP-led viser normal tilstand.
Anamnesen uddyber ikke nogen spontane aborter, ikke nogen lysoverfølsomhed, ikke nogen Raynaud, ikke nogen alloplaci. Ikke nogen pleuritter alle andre serositter.
Pt.s symptomer begyndte ikke efter nogen eksotiske rejser. Der var heller ikke noget skift i boligforhold. Pt. har heller ikke fået ny kat vaccination.
Dags dato lang samtale med pt. ang. mulige årsager. Undertegnede er enig med faglig kollega at det formentlig drejer sig om reaktiv tilstand efter ukendt infektion, hvor kroppen er stærk nok til at bekæmpe infektionen men afreagerer med at give smerter i bevægeapparatet. Mhp diagnostikken
rp. relevante blodprøver"

I ambulantepikrise af 20/8 2015 fra reumatologisk ambulatorium er det bl.a. anført:

"***EPIKRISE:***
D. 20.08.15 Reumatologisk amb.
Pt. under observation, mistænkt for reaktiv artrit med symptomdebut for ca. 7 år siden med hævelse og smerter i begge ankler. Fik dengang steroidinjektion intramuskulært som virkede godt men kortvarigt. Tilstanden faldt til ro efter nogle måneder. Oplevede recidiv i juli/ august 2014 med hævelse og smerter af begge ankler. Siden har smerteren bredt sig til mere eller mindre alle led og muskeltilhæftninger i kroppen. Herinde har hun i maj måned fået injektion Depo-Medrol 100 mg intramuskulært og møder nu til ambulant opfølgning herpå.
Siden sidst: Tilstanden er uændret. Har ikke mærket nogen effekt af Depo-Medrol. Oplever vekslende, springende ledtilfælde med smerter og subjektiv hævelse. Sidstnævnte specielt i anklerne om aftenen. Har svært ved at passe daglige gøremål og sit arbejde grundet smerterne. Føler sig desuden sygeligt træt og udmattet. Tager fast smertestillende medicin dgl., som ikke hjælper godt nok. Ingen natlige smerter. Vekslende morgenstivhed i op til 1 time.
Øvrigt: Intet nyt subjektivt.
OBJEKTIVT:
Alment upåvirket. Grådlabil.
Hud upåfaldende.
Ved dagens ledgennemgang findes ingen hævede, ingen ømme led.
Der er lidt ømhed sv.t epicondylus lateralis på begge albuer.
Biokemi: Som led i udredningen er der i juni måned taget en del blodprøver som alle er upåfaldende fraset let forhøjet CRP på 12 (stort set uændret i forhold til d. 20.05.15).
Der foreligger ikke friske blodprøver inden dagens konsultation.
KONKLUSION:
Pt. konfereres med overlæge … og sammen enes vi om følgende: På det foreliggende finder vi ingen holdepunkter for en kronisk, inflammatorisk ledsygdom som årsag til pt.s smerter. Der er mest sandsynligt tale om en reaktiv tilstand efter ukendt infektion med til-

bagevendende smerter i led og enteserne. VI har desværre ingen specifik behandlings tilbud til denne tilstand.
Ydermere har pt. heller ikke responderet på steroidinjektion overhovedet, hvilket også taler imod en inflammatorisk sygdom.
Det aftales derfor med pt. at hun AFSLUTTES fra ambulatoriet, men kan naturligvis genhenvises hvis hun udvikler lægeverificeret ledhævelse af mere end 3 døgns varighed.
Pt. er meget frustreret over hendes udbredte smerter fra bevægeapparatet og deres negativ indvirkning på hverdagen. Jeg har anbefalet pt. at tale med egen læge herom evt. mhp henvisning til smerteklinik. Mod smerterne er pt. anbefalet sund livsstil med mere motion og sund kost samt analgetika efter behov.
Pt. får i dag taget rp. kontrolprøver og med mindre de er skæve kan hun afsluttes fra amb.
Pt. er informeret om ovenstående og samtykker."

Klageren blev den 31/8 2015 henvist til behandling på smerteklinik. I forbindelse med tværfaglig forundersøgelse den 23/9 2015 blev det bl.a. noteret:

"Lægenotat
Anamnese:
Socialt: Uddannet [pædagogisk uddannelse] med diplom i … oveni, arbejder ved … i … som pædagogisk konsulent. Arbejder 37 t./ugen som hun føler er i overkanten. Hun er meget glad for sit arbejde og ville være ked af at skulle miste det.
I 2014 deltidssygemeldt, men arbejdede sig op igen. Har en §56-aftale. Gift med … i fleksjob pga. … og tendens til …. Fælles [barn], [klageren] har [voksne børn] af tidligere forhold. Familien bor i eget hus.
Helbredsmæssigt: Tidligere rask. For otte år siden 11 måned med hævede led og ledsmerter, samtidig stress og perioden virkede akut og gik forholdsvis hurtigt over.
2014 recidiv med ledsmerter og ledhævelser i ankler som senere spredte sig til alle led med belastningsforværrelse (fødder, ankler, skulder, albuer, håndled, ryg, bækken og hofter). Er vurderet ved reumatolog et par gange med røntgen, ultralyd, blodprøver, ingen behandlingstilbud, ingen diagnose – de kalder det måske reaktiv artrit.

Aktuel smerteanamnese:
[Klageren] påklager smerter i skulder, albuer, håndled, øvre rygrad, bækken og ankler. Smerten kronisk intensitetsvarierende og beskrives stikkende, jagende, murrende, dunkende og smerten forværres af fysisk anstrengelse, led i yderstillinger, for længe ophold i samme stilling og af kulde – smerten bliver derved mere intens og spreder sig til et større område.
[Klageren] er ikke god til at passe på sig selv. På en smerteskala VAS fra 0-10 angives i gennemsnit i hvile 2.

Ledsagesymptomer:
Hun falder i søvn, men vågner flere gange om natten. Er udtalt træt om dagen og der er på virket koncentration, hukommelse, overskueligehed, temperament og humør. Hun beskriver sig som perfektionist.

Allergi:
Høfeber for græs, birk og nødder.

Aktuel og tidligere medicinering:
Bonyl 500 mg 1 x 2, Panodil 500 mg 2 x 3 som til sammen tager toppen af smerterne.

Klinisk undersøgelse:
Upåvirket udseende, ET lidt over middel, stemningslejet neutralt. upåvirket balance, men nedsat koordination. Kan stå på hæl og tå.
Columna: Højre skulder står lavere end venstre med tilsvarende svag skoliose, øvre columna recta, affladet lændelordose. Finger/gulvafstand 0. Sidefleksion og rotation smertebetinget nedsat. Cervikal columna, alderssvarende normalt. ømhed paravertebralt i nakken og lavt i lænden udover begge cristae iliaca.
Ekstremiteter: Laseque negativ bilat., har momenter af hypermobilitet, der er normal muskelkraft i arme og ben og normal bevægelighed, der er ingen synlige ledhævelser eller ledrødme eller ledvarme.
Neurologi: Sensibilitet for berøring er overalt normalt. Sensibilitet for nålestik viser hypolagesi svarende til håndled og hænder på begge sider, ankelled og fødder på begge sider. Sensibilitet for dybt muskeltryk viser øgede smerter på højre arm, højre lår og højre underben med eftersensation og summation. Der er normal kraft, tonus og dybe reflekser.
EKG: Sinusrytme med normal QT-interval.
Indtryk:
Tilhører målgruppen. Der er påvist sensibiliseret nervesystem med mulighed for neuropatiske smerter med udgangspunkt i udiagnostiseret infektiøse episoder. [Klageren] opfylder kriterierne for hypermobilitet i form af artralgi i mere end tre måneder i flere end fire led samt kriterierne for hypermobilitetssyndrom.
WPI: 11 og SSI: 9 således at [klageren] tillige opfylder de nye kriterier for smertetilstanden fibromyalgi. Der er indikation for at afprøve sekundære analgetika."

Af Statusattest LÆ125 underskrevet af lægen på smerteklinikken fremgår det 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

[Klageren] har været i medicinsk modul [smertecenter] siden 291015. **Kort resume**: For 8 år siden 1 1/2 måneder med hævede led og ledsmerter, samtidig stress, perioden virket akut og de forholdsvis hurtigt over. 2014 recidiv med ledsmerter og ledhævelser i ankler, smerten spredte sig senere til alle led med belastnings forværrelse i (fødder, ankler, skulder, albuer, håndled, ryg, bækken og hofter). Pt. er vurderet ved reumatolog i et par gange med røntgen, ultralyd, blodprøver, men der var ingen behandlingstilbud med diagnose: måske reaktiv artrit. [Klageren] påklager smerter i skuldre, albuer, håndled, ved rygraden, bækkenfraktur. Smerten kronisk intensitet varierende og beskriver stikkende, jagende, murrende, dunkende og smerten forværres af fysisk anstrengelse, forværres af led i yderstillinger, at for længe ophold i samme stilling og af kulde, og smerten bliver derved mere intens og spreder sig til et større område. På en smerteskala VAS fra 0-10 angives i gennemsnit i hvile 2. Der er **påvist sensibiliseret nervesystem med mulighed for neuropatiske smerter med udgangspunkt i udiagnosticerede infektiøse episoder**. [Klageren] opfylder kriterierne for hypermobiliteten i form af artralgier i mere end 3 måneder i flere end 4 led samt kriterierne for hypermobilitets syndrom. [Klageren] opfylder tillige de nye kriterier for smertetilstanden fibromyalgi. (Fibromyalgi er idag ikke en diagnose, men en angivelse af en smertekarater i en kronisk smertetilstand).

Diagnose: kronisk kompleks non-malign smertetilstand med neuropatiske smerter.

Behandlingsplan: Afprøve sekundære analgetica med henblik på smertereduktion, bedre livskvalitet og højere funktionsniveau. Det lykkes ved 50% af vor patienter. [Klageren] har

afprøvet saroten, Noritren o Gabapentin uden virkning, er gang med lyrica, mangler herefter 2-3 præparater mere.
Stationærtilstand indræder når behandling afsluttes her.
Der er **varige skånehensyn** generelt overfor fysisk, belastning, specifikt overfor statiske og dynamiske belastninger af skuldre og begge arme, ryggen og bækken, herunder præcisionsarbejde, behov for skiftende arbejdsstillinger stående, gående, siddende, behov for rummeligt arbejdsmiljø med overskuelige arbejdsopgaver, behov for at undgå indre pres (f.eks. perfektionisme og den personlige arbejdsstil) og ydre pres (f.eks. støj og krav om flere simultane/hurtigt og/eller hyppigt skiftende arbejdsfunktioner) og behov for hvilepauser."

I forbindelse med den afsluttende konsultation på smerteklinikken den 4/4 2016 er det noteret i journalen:

"Tilstand ved afslutning:
Oplever nogen smertereduktion, men med smerteforværring, når nedennævnte skånehensyn brydes.
Sagt og aftalt med pt.:
Der er ikke en medicinsk løsning på smertetilstanden, der er tale om lindrende behandling.
Socialt:
Smertetilstanden vurderes at være stationær. Der kan ikke peges på yderligere behandlingsmuligheder.
Funktionsevnen er varigt væsentligt nedsat i betydelig grad.
Der er varige skånehensyn generelt overfor fysisk belastning, specifikt overfor statiske og dynamiske belastninger af skuldre, arme, ryg og bækken, herunder præcisionsarbejde, behov for skiftende arbejdsstillinger stående, gående, siddende, behov for rummeligt arbejdsmiljø med overskuelige arbejdsopgaver, behov for at undgå indre pres (f.eks. perfektionisme og den personlige arbejdsstil) og ydre pres (f.eks. støj og krav om flere simultane/hurtigt og/eller hyppigt skiftende arbejdsfunktioner) og behov for hvilepauser.

Prognosen for funktionsevnen er
I forbindelse med erhvervsafklarende/-rehabiliterende aktiviteter anbefales:
1-1½ time dagligt i 3 af ugens dage med øgning af det ugentlige timetal med ¼-½ time tidligst efter 3 ugers forløb. Desuden anbefales, at patienten får en mentor på arbejdspladsen. Transporttid bør indregnes heri.
Plan for opfølgning: Der er ikke aftalt nogen kontrol. Behandling og receptfornyelse overgår til egen læge.
Antal lægekontakter under forløbet (K, TK, e-Kons.): 19.
Diagnose:
R522E, Kronisk kompleks non-malign smertetilstand med udgangspunkt i sensibilisereet nervesystem og mulig neuropatiske smerter med udgangspunkt i uerkendte infektiøse tilstande i perioden 2007-2014.
Med patientens accept fremsendes kopi af dette notat til egen læge og Tværfagligt Smertecenter."

Klageren gennemførte fra den 5/4 2016 til den 24/4 2016 et praktikforløb som støttelærer i indskolingen på en skole. Af den tværgående journalrapport fremgår det, at klage-

ren har arbejdet knap 15 timer om ugen, og af bestillings/proces seddel til jobkonsulenterne fremgår det bl.a.:

> "**14.06.2016:**
> [Klageren] har ikke haft en hel uge på 15 timer: Hun har været 'almindeligt' syg enkelte dage, eller hun har måttet tage hjem før tiden grundet træthed eller smerter. Hun har enkelte dage arbejdet kl. 10.00-13.00 i stedet for kl 08.30-11.30 – uden at kunne mærke forskel i forhold til udtrætningen. Udtrætning er primært forårsaget af to faktorer: det naturlige støjniveau i en skole og det koncentrerede arbejde som støttelærer. De fysiske skånehensyn er tilgodeset, men støjniveauet har overstimuleret hendes nervesystem.
> …
> **Konklusion på forløbet**
> (herunder fremtidig beskæftigelse/udviklingsmuligheder, effektivitet, tempo, kvalitet, arbejdstid mv.)
>
> [Klageren] har ikke kunnet holde 15 timer i blot en uge: Hun har haft smerter og været udtrættet. Arbejdet på skolen har tilgodeset hendes fysiske skånehensyn, men støjniveauet har overstimuleret hendes nervesystem og på den måde været medvirkende til hendes udtrætning. Smerter og udtrætning er kommet efter et uforudsigeligt mønster. [Klageren] ville sandsynligvis kunne arbejde som hun gjorde i [tidligere arbejdsplads], men med at betydeligt lavere timetal. Måske er det næppe realistisk. Konsulentarbejde inden for hendes område i rolige omgivelser og med omkring 15 timers arbejde vil sandsynligvis være optimalt for hende. Om det er realistisk at finde et sådant job er usikkert."

Af et psykolognotat fra den 7/6 2016 fremgår det bl.a.:

> "[Klageren] har kognitive vanskeligheder i form af nedsat korttidshukommelse og koncentrationsevne. Der forekommer endvidere øget sensitivitet overfor lugte. Hun har svært ved at kapere for megen støj og uro og har i perioder svært ved når der opstår uforudsete hændelser. Tillige kan hun i perioder have svært ved at falde i søvn og vågner om natten.
> På baggrund af eksisterende oplysninger og mit kendskab til [klageren], skønner jeg at der vil være psykologiske skånebehov i form af arbejdstid (hun skønnes at være på sit max niveau på nuværende tidspunkt). Derudover skønnes der at være skånebehov i form af lavt støjniveau (har fx svært ved at rumme den larm og uro der er i spisesalen), ikke alt for mange mennesker omkring hende og at hun kan tage tingene i sit eget tempo og prioritere opgaver. Det er tillige vigtigt at hun oplever mening og formål i sit arbejde.
> [Klageren] har udover det psykologiske forløb deltaget i et medicinske – og fysioterapeutisk modul som begge er afsluttede. Hun afsluttes således fra [smertecenter]."

Klageren gennemførte fra den 15/8 2016 til den 14/10 2016 et praktikforløb på en skole. Hendes arbejdsopgaver bestod bl.a. i at observere skolebørn, at efterbehandle observationerne og at tale med skolens lærere herom. Af bestillings/proces sedlen fremgår det bl.a.:

> "**12.10.2016:**
> [Klageren] har i hele perioden arbejdet mellem 2,5 og 4 timer dagligt og mellem 12 OR 14.5 time ugentligt. En oversigt, hun har lavet over forløbet, viser opgaver og hvordan hun har haft det. 4 timers dagligt arbejde er lige i overkanten af, hvad hun formår.
> …

Borgerens samlede vurdering af forløbet:
[Klageren] har været glad for de faglige udfordringer, hun har haft, og skånehensynene har været tilgodeset. Arbejdsopgaverne har været mere tilfredsstillende end dem, hun havde som støttelærer i forrige praktik. Også de ændrede arbejdsforhold, hvor hun har kunnet gå for sig selv og arbejde i rolige omgivelser, har været bedre. De har også givet færre fraværsdage end forrige praktik.

Konklusion på forløbet
[Klageren] fungerer sandsynligvis bedst i en konsulentfunktion, hvor hun kan arbejde med personers adfærd – primært børn, jvf. hendes faglige baggrund. Evt. kan fagligheden suppleres i forhold til at arbejde med voksne. Hendes arbejdskapacitet ligger sandsynligvis omkring 15 timer ugentligt, forudsat, at der ikke vedvarende er mange stimuli i hendes omgivelser, som påvirker hende og medvirker til udtrætning."

I lægeattest ved nedsat erhvervsevne 1 af 1/7 2016 har klagerens praktiserende læge anført, at klageren kan arbejde 2-3 timer dagligt, og at den forventede ugentlige arbejdstid ligger på omkring 15 timer ugentligt.

Af forsikringsbetingelserne fremgår det bl.a.:

"**C Betingelser for invalideydelse og præmiefritagelse**

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

Stk. 2. Er erhvervsevnen på grund af sygdom eller ulykkestilfælde nedsat til halvdelen, er forsikrede berettiget til halv invalidepension og/eller halv præmiefritagelse. Den anden halvdel af forsikringen kan videreføres med præmiebetaling eller omskrives til præmiefri forsikring, jævnfør 'Betingelser vedrørende præmiebetalingen', § 3, og for denne del gælder reglerne i stk. 1.

Stk. 3. Halv invalidepension og/eller halv præmiefritagelse kan kun ydes på forsikringer, der har denne dækning angivet i forsikringsaftalen.

Stk. 4. Engangsbeløb ved invaliditet, herunder udbetaling som ratepension, udbetales kun, hvis erhvervsevnen er nedsat til en tredjedel eller derunder, og denne nedsættelse er varig.

Stk. 5. En ydelsesberettiget nedsættelse af erhvervsevnen foreligger, når forsikrede – efter PFA Pensions 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."

20. 90765

Nævnet udtaler:

Klageren, der er født i 1970'erne og har en pædagogisk uddannelse, blev den 6/8 2014 sygemeldt på grund af en kompleks smertetilstand. Hun blev opsagt fra sin stilling som pædagogisk konsulent med lønophør den 31/5 2016. Hun har efterfølgende deltaget i forskellige jobafklarende praktikforløb, hvor hun har formået at arbejde mellem 12 og 15 timer om ugen. Hun er tilkendt fleksjob pr. 1/2 2017.

Selskabet har anført, at klagerens erhvervsevne ikke er nedsat i dækningsberettigende grad efter den 1/6 2016, hvor hun havde lønophør. Selskabet har anført, at klageren – såfremt de relevante skånehensyn tilgodeses – vil være i stand til tjene mere end halvdelen af, hvad der er sædvanligt for fuldt erhvervsdygtige personer med lignende uddannelse, anciennitet og alder.

Af ambulantepikrise af 20/8 2015 fra et reumatologisk ambulatorium fremgår det blandt andet under punktet "konklusion": "På det foreliggende grundlag finder vi ingen holdepunkter for en kronisk, inflammatorisk ledsygdom som årsag til pt.s smerter. Der er mest sandsynligt tale om en reaktiv tilstand efter ukendt infektion med tilbagevendende smerter i led og enteserne. Vi har desværre ingen specifik behandlingstilbud til denne tilstand. Ydermere har pt. heller ikke responderet på steroidinjektion overhovedet, hvilket også taler imod en inflammatorisk sygdom".

Af Statusattest LÆ 125 underskrevet af en læge på en smerteklinik den 29/1 2016 fremgår blandt andet: "Der er påvist sensibiliseret nervesystem med mulighed for neuropatiske smerter med udgangspunkt i udiagnosticerede infektiøse episoder. [Klageren] opfylder kriterierne for hypermobiliteten i form af artralgier i mere end 3 måneder i flere end 4 led samt kriterierne for hypermobilitets syndrom. [Klageren] opfylder tillige kriterierne for smertetilstanden fibromyalgi. (Fibromyalgi er dog ikke en diagnose, men en angivelse af en smertekarakter i en kronisk smertetilstand)".

I forbindelse med den afsluttende konsultation på smerteklinikken den 4/4 2016 er det noteret i journalen: "Der er ikke en medicinsk løsning på smertetilstanden, der er tale om lindrende behandling. […] Smertetilstanden vurderes at være stationær. Der kan

ikke peges på yderligere behandlingsmuligheder. Funktionsevnen er varigt væsentligt nedsat i betydelig grad. Der er varige skånehensyn generelt overfor fysisk belastning, specifikt overfor statiske og dynamiske belastninger af skuldre og begge arme, ryggen og bækken, herunder præcisionsarbejde, behov for skiftende arbejdsstillinger stående, gående, siddende, behov for rummeligt arbejdsmiljø med overskuelige arbejdsopgaver, behov for at undgå indre pres (f.eks. perfektionisme og den personlige arbejdsstil) og ydre pres (f.eks. støj og krav om flere simultane/hurtigt og/eller hyppigt skiftende arbejdsfunktioner) behov for hvilepauser".

Klageren gennemførte fra den 5/4 2016 til den 24/4 2016 et praktikforløb som støttelærer i indskolingen på en skole. Af den tværgående journalrapport fremgår det, at klageren har arbejdet knap 15 timer om ugen, og af bestillings/proces seddel til jobkonsulenterne fremgår det, at "Arbejdet på skolen har tilgodeset hendes fysiske skånehensyn, men støjniveauet har overstimuleret hendes nervesystem og på den måde været medvirkende til hendes udtrætning."

Af et psykolognotat fra den 7/6 2016 fremgår det blandt andet: "[Klageren] har kognitive vanskeligheder i form af nedsat korttidshukommelse og koncentrationsevne. Der forekommer endvidere øget sensibilitet overfor lugte. Hun har svært ved at kapere for megen støj og uro og har i perioder svært ved når der opstår uforudsete hændelser. Tillige kan hun i perioder have svært ved at falde i søvn og vågner om natten. På baggrund af eksisterende oplysninger og mit kendskab til [klageren], skønner jeg at der vil være psykologiske skånebehov i form af arbejdstid (hun skønnes ar være på sit max niveau på nuværende tidspunkt). Derudover skønnes der at være skånebehov i form af lavt støjniveau (har fx svært ved at rumme den larm og uro der er i spisesalen), ikke alt for mange mennesker omkring hende og at hun kan tage tingene i sit eget tempo og prioritere opgaver. Det er tillige vigtigt at hun oplever mening og formål med sit arbejde".

Klageren gennemførte fra den 15/8 2016 til den 14/10 2016 et praktikforløb på en skole. Hendes arbejdsopgaver bestod i at observere skolebørn, efterbehandle observationerne og tale med skolens lærere herom. Det fremgår af bestillings/proces seddel til jobkonsulenterne, at klageren har arbejdet mellem 12 og 14,5 time ugentligt, og at ar-

bejdsopgaverne har været mere tilfredsstillende for klageren end dem, hun havde i den forrige praktik.

I lægeattest ved nedsat erhvervsevne 1 af 1/7 2016 har klagerens praktiserende læge anført, at klageren kan arbejde 2-3 timer dagligt, og at den forventede ugentlige arbejdstid ligger på omkring 15 timer ugentligt.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren ikke har bevist, at hendes generelle erhvervsevne er nedsat i dækningsberettigende grad efter den 1/2 2016, hvor hun havde lønophør.

Nævnet har herved blandt andet lagt vægt på, at oplysningerne om klagerens symptomer og gener i høj grad baserer sig på klagerens subjektive angivelser, og at det i de lægelige akter er anført, at der ikke er holdepunkter for, at klageren lider af en kronisk inflammatorisk ledsygdom.

Nævnet har også lagt vægt på, at klageren i sit praktikforløb mellem den 5/4 2016 og den 24/4 2016 præsterede et fremmøde på knap 15 timer ugentligt til trods for, at støjniveauet på arbejdspladsen overstimulerede hendes nervesystem og derfor var medvirkende til hendes udtrætning. Nævnet har endvidere lagt vægt på, at begge arbejdsprøvninger har været inden for klagerens eget erhverv, og at der ikke i de kommunale akter er oplysninger om, at klageren har været i et kommunalt afklaringsforløb, der i højere grad tager hensyn til både klagerens fysiske og psykiske skånebehov.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Peter Thønnings