

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 4. november 2020 blev i sag nr. 94272:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Danica Pension, Livsforsikringsaktieselskab
Parallevej 17
2800 Lyngby

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har forsikring ved tab af erhvervsevne. I klageskema af 6/10 2019 har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Jeg har igennem flere år været syg og ramt af flere forskellige symptomer. Til trods af flere undersøgelser, har lægerne haft svært ved helt konkret at meddele, hvad der er den direkte årsag til at min helbreds situation igennem de seneste år blot er blevet forværret. Måske er det kombinationen af mange faktorer der er medårsag til min situation og måske er det også derfor at lægerne ikke kan komme med et klart svar mit helbreds problem. Jeg oplever desværre at Danica fralægger sig sit ansvar og ikke kigger på min reelle helbreds situation, men blot henleder til at der ikke foreligger en klar diagnose.

Jeg blev efter et 5 års forløb i det offentlige indstillet til flexjob, 2 timer om uge. Som supplement til sagens forløb skal jeg nævne at tidslinjen har været som følgende: Første afslag 12/04/2018

Klage sendt anbefalet til Danica over deres afgørelse 24/04/2018 Rykkede for svar. Danica mistede sagen rent fysisk (var blevet væk under flytning) Nyt afslag fra Danica 08/01/2019. Officiel klage sendt til Danica på deres hjemmeside 23/01/2019 til trods for bekræftelse på at de skulle have modtaget den, fik de den aldrig. Sendte igen officiel klage på deres hjemmeside 08/03/2019 fik igen bekræftelse på at de modtog denne, men uden at de fik den.

Sendte officiel klage på mail til Danica d. 15/06/2019 ... Fik afslag på indsigelse d. 01/07/2019

...

Jeg kan ikke undlade at nævne at denne klage også blev indsendt d. 23/1 2019 kl 20.31 og d. 8/3 kl 11.37. Begge gange har jeg modtaget bekræftelse på at i har modtaget klagen.

Jeg skriver på vegne af og med accept fra min ægtefælle [klageren].

Det er både for [klageren] og jeg som ægtemand og kæreste med [klageren] gennem snart ... år, umuligt at forstå og acceptere at I ser [klagerens] erhvervsevne til over 50%.

Den [klageren] jeg lever med kæmper for at få en 2 timers arbejdsuge til at hænge sammen!

Jeg bliver rigtig ked af at se, hvordan [klagerens] helbredssituation ofte bliver negligeret og ligegyldiggjort. Man kan ikke se på [klageren], at hun er syg. Når hun ofte prøver at forklare symptomer, gener og de oplevelser og begrænsninger hun har med sit helbred, bliver hun skudt i sko'ene at hun taler for meget og er for detaljeorienteret. Måske hun blot håber, at lægerne vil lytte til hende og prøve at finde en løsning på hendes situation, fremfor blot at afdække deres specialområde med 'her er hun vel medicineret' eller 'hendes tal ligger inden for normalen'.

En udtalelse [klageren] altid ser lægen skriver er 'hun fremstår pæn og repræsentabel'. Men den læge ser ikke at det besøg/konsultation på 10 minutter, samt en eventuel køretur på en halv time hver vej, er hvad [klageren] kunne udrette den dag, og at det bl.a. også ofte er mig der må køre hende, så hun måske har lidt overskud til vores datter, når jeg har hentet hende i SFO'en.

Jeg ved godt, at I ikke kigger på afgørelser i kommunalt regi.

Men igen står jeg her ganske uforstående overfor, at en kommune har fulgt [klageren] tæt og nøje vurderet [klageren] til 2 timers flexjob (svarende til en erhvervsevne på 5,4%) baseret på et utal af såvel fysiske og psykiske undersøgelser, vurderinger, jobprøvninger og lign. over en periode på 5 år. Hvordan kan de og os der lever sammen med [klageren] komme frem til et diametralt modsat indtryk af [klagerens] helbred og erhvervsevne end I gør?

Vi føler, at I lukker øjnene for [klagerens] reelle helbredssituation og prøver at afværge hendes ret til støtte ved isoleret at kigge på nogle enkelte vurderinger og uden at kigge til hvordan [klagerens] helbred og liv reelt ser ud. Det er dét, som vi ikke kan acceptere og godtage.

For ikke at gøre denne klage for lang, beder jeg Jer rette opmærksomheden til mit brev dateret d. 24/4 2018. Heri stiller jeg flere spørgsmål og henleder bl.a. til [klagerens] formåen, før hun blev ramt af for lavt stofskifte kontra hendes helbred i dag, til studier fra Laszlo Hegedüs, Hashimotos indvirkning på kroppen, men også til den negative synergi flere forskellige sygdomme kan have i et samspil. Dette tænker jeg, at I bliver nød til at forholde jer til.

Det kan godt være at [overlæge] skriver, at [klageren] ikke har brug for nogen specielle skånebehov i forhold til stofskifte sygdommen. Dette er der dog mange andre specialister i såvel ind og udland, der forholder sig anderledes til, men [overlæge] skriver i samme sætning 'hun kan ud fra et helbredsmæssigt hensyn gøre det arbejde, hun har kræfter til'. Og [klagerens] krop har knap kræfter til 2 timers arbejde om ugen.

Det er mig som far, der står op med [barn] hver dag, gør hende klar til skole, følger hende i skole, henter hende fra SFO, tager hende til sport, handler ind, laver mad, ryder op efter maden, smører madpakke og gør hende klar til at komme i seng og det er hver dag. Jeg står for vedligehold af hus og have, bilen og hvad der ellers kommer af større ting.

[Klageren] ville ønske hun kunne tage mere over, men hun magter det ikke og har ikke overskuddet til det.

Alt dette kunne jeg godt ønske mig anderledes, men det er okay med mig, for jeg ved [klageren] bidrager med alt hvad hun har at give af. Det er måske af samme grund jeg bliver så ked af det på [klagerens] og vores families vegne, når nogen ikke tager hendes situation alvorlig og negligerer den helbredstilstand hun er i.

Hvis I ikke mener, at hun er ramt på erhvervsevne med de gener, der har været oppe at vende i denne sag... hvad er det så der er skyld i [klagerens] ringe helbred? Man kan jo ikke blot afvise en sag og se bort fra [klagerens] helbredsmæssige tilstand, blot fordi man ikke kan forklare den ud fra et dokument.

Vi har besluttet os til at gå videre med denne sag, da vi mener et afslag er ganske uberettiget. Vi vil også lægeligt søge nye løsninger og forhåbentlig hjælp til [klagerens] helbredssituation.

For ikke at denne sag skal belaste og stresse [klageren] mere end højest nødvendigt har jeg tilbudt, at stå for fremtidig kommunikation, hvis dette er ok med Jer? Har I brug for en skriftlig bekræftelse vedr. dette fra [klageren]?"

Selskabet har den 22/11 2019 bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen åledes:

"Hvilken forsikring er der tale om?

Forsikrede er via sit arbejde som ... hos [virksomhed1] pr. 1. september 2008 blevet omfattet af virksomheden obligatoriske pensionsordning, blandt andet med dækning ved tab af erhvervsevne.

Forsikringen giver ret til udbetaling og præmiefritagelse ved midlertidigt og længerevarende erhvervsevne tab på mindst halvdelen.

Der er klausul på forsikringen for så vidt angår arbejde som model. Forsikringen giver således ikke ret til udbetaling ved tab af erhvervsevne og ej heller ret til præmiefritagelse, hvis forsikrede alene er uarbejdsdygtig som model, jf. bilag B, side 7n.

Der er karens på 3 måneder.

Udskrift af forsikringsnummer ... pr. 1. september 2008 med tilhørende forsikringsbetingelser vedlægges som bilag A.

Forsikringen er ændret pr. 1. juli 2009. Kopi af Danica Pensions brev af 2. december 2009 herom vedlægges som bilag B.

Betingelserne er opdateret pr. 1. januar 2014. Kopi af Danica Pensions brev af november 2013 om tilpasning af forsikring vedlægges som bilag C.

Hvori består uenigheden?

Forsikrede klager over, at Danica Pension har stoppet udbetalinger ved tab af erhvervsevne.

Det er Danica Pensions opfattelse, at det ikke er dokumenteret, at forsikredes generelle erhvervsevne er nedsat med mindst halvdelen på grund af helbredsmæssige forhold, og at vi med rette har stoppet udbetalinger ved tab af erhvervsevne pr. 1. juni 2018.

Sagsfremstilling

Forsikrede er en nu ...-årig [stilling], der lider af stofskiftesygdom, smerter, hovedpine efter piske-smæld, slidgigt i storetå, følger efter underlivsoperationer.

Vi har tilkendt udbetaling for midlertidigt tab af erhvervsevne fra den 15. maj 2011 til den 11. april 2012 (bilag D) og igen fra den 24. maj 2014 (bilag E).

Danica Pensions fysiske arkivsager desværre bortkommet i sommeren 2018 i forbindelse med et projekt, hvor fysiske sager skulle digitaliseres. Vi er derfor ude af stand til at fremlægge kopi af de oplysninger, der har ligget til grund for vores afgørelser i 2014 og i 2016.

Det er vores opfattelse, at oplysningerne, der ligger til grund for tilkendelserne er af mindre betydning for nærværende klage, der drejer sig om overgang fra vurdering af midlertidigt til længe-revarende erhvervsevnetab.

Såfremt ankenævnet ønsker oplysninger ud over de her fremlagte, tilbyder Danica Pension at forsøge at indhente lægelige og kommunale oplysninger tilbage i tid.

Til brug for opfølgning på udbetalingen anmodede Danica Pension ved brev af 14. september 2017 (bilag F) ... Jobcenter om at fremsende oplysninger til brug for vurdering af forsikredes erhvervsevne.

Ved brev af 2. oktober 2017 (bilag G) imødekom ... Jobcenter vores anmodning og fremsendte kopi af oplysninger, herunder [hospitals] brev af 28.januar 2016 til Danica Pension (bilag H), [hospitals] brev af 12. januar 2017 til ... Kommune (bilag I), socialmedicinsk vurdering af 10.juli 2017 (bilag J), psykologisk undersøgelse af 28. marts 2017 (bilag K), psykiatrisk vurdering af 31. maj 2017 (bilag L), afgørelse af 2. december 2016 (bilag M) og forsikredes CV (bilag N).

Af [hospitals] brev af 28.januar 2016 (bilag H) fremgår det, at forsikrede behandles for lavt stofskifte. Det fremgår, at behandlingen vurderes optimal, og at stofskiftet siden november 2014 har ligget i normalområdet. Det fremgår, at det ikke med sikkerhed kan vurderes, hvorvidt forsikredes symptomer er forårsaget af stofskiftesygdommen.

Af [hospitals] brev af 12.januar 2017 (bilag I) fremgår det, at forsikrede har modtaget behandling for stofskiftelidelsen. Speciallægen vurderer, at forsikrede påvirkes mere af sygdommen end andre patienter, og at hun ikke kan finde årsag i fysiologien. Speciallægen foreslår, at psykologiske faktorer kan spille ind.

... Kommune iværksatte socialmedicinsk undersøgelse (bilag J), der førte til psykologisk undersøgelse (bilag K) og psykiatrisk undersøgelse på mistanke om bipolar lidelse (bilag L).

Af socialmedicinsk undersøgelse fremgår det, at der helbredsmæssigt beskrives stofskiftelidelse, kronisk hovedpine, smerter på grund af slidgigt i storetå, stressbarhed grundet oplevelse af flere

livstruende situationer, hjertekramper grundet for højt stofskifte, let astma samt 3 underlivsoperationer.

Undersøgelsen førte til stillelse af følgende diagnoser;

- Accentuerede personlighedstræk med narcissistiske og histrioniske træk
- Psykisk udbygning af somatiske symptomer
- Hashimotos thyroiditis (betændelse i skjoldbruskkirtlen, der kan føre til for lavt stofskifte)
- Astma UNS

Det fremgår, at forsikrede har svært ved at se, at hun skulle få det bedre og mener umiddelbart ikke, at kognitiv vejledning vil kunne hjælpe. Forsikrede angiver, at det er vigtigt med et job uden stress, da hun ikke kan danne modrespons på stress og derfor reagerer meget kraftigt herpå.

Det fremgår, at forsikrede er stolt over sit bidrag til familien og føler sig godt forstået af kommunen og faste læger i forhold til nedsat arbejdsmæssig funktionsevne.

Forsikrede er nervøs for at overforbruge sig selv og ikke kunne være noget for sin familie som følge heraf.

Jobpraktik er udskudt til maj 2017 grundet mistanke om aneurisme i lysken og ovariecyste og efterfølgende stress.

Af psykologisk undersøgelse af 28. marts 2017 (bilag L) fremgår blandt andet en beskrivelse af forsikredes dagligdag: ...

Af psykiatrisk vurdering af 31. maj 2017 (bilag M) fremgår det, at der ikke er grundlag for at stille diagnosen bipolar lidelse (eller anden psykiatrisk lidelse).

Af Jobcenter ... afgørelse om ressourceforløb af 2. december 2016 (bilag M) fremgår det, at forsikrede beskriver, at hun føler, at hun ikke kender sig selv inden for beskæftigelsesområdet mere, nu hvor hun ikke længere kan arbejde som model.

Som en del af de kommunale oplysninger indgår forsikredes CV (bilag N).

Ved telefonsamtale af 23. januar 2018 oplyste forsikrede til Danica Pension, at kommunen har visiteret hende til fleksjob 2 timer om ugen.

Danica Pension indhentede desuden på opfordring en af vores lægekonsulenter en neurologisk speciallægeerklæring.

Af neurologisk speciallægeerklæring af 25. februar 2018 (bilag O) udfærdiget af overlæge, dr.med. ... fremgår det, at det af statusattest af 23. marts 2014 fra [hospital], endokrinologisk afdeling fremgår, at der er symptomer, som kunne være forenelige med stofskiftesygdom samtidig med, at blodprøverne har været stort set normale, og at patienten har prøvet flere forskellige doser af T4 uden, at hun fik det bedre. Symptomerne var uspecifikke og kan ses både ved for højt og for lavt stofskifte og kan også ses uden, at der foreligger nogen stofskiftesygdom. Det nævnes, at ingen af overlægens øvrige patienter med forhøjet stofskifte i klinikken var langtidssygemeldte, især når deres værdier var så stabile som ved undersøgte (forsikrede).

Forsikrede angav ved undersøgelse den 25. februar 2018,

- at hun oplever enorm træthed både fysisk og mentalt og i muskler,
- at hun oplever at have hovedpine dagligt (vekslende mellem 4 forskellige typer) (udredt med MR-scanning, der var upåfaldende)
- at hun oplever ledsmerter fra forskellige steder i kroppen; smerterne flytter, og der er ingen sikre udløsere
- klager over problemer i lysken periodevis stikkende smerter i brystet og hjertekramper (udredt kardiologisk med upåfaldende ekkokardiografi)
- at hun oplever humørsvingninger
- at hun oplever muskelsitren og trækninger forskellige steder i kroppen
- kan blive oppustet i tarm/få forstoppelse

Vedrørende funktionsniveau oplever forsikrede det subjektivt som svært nedsat, primært drevet af enorm mental og fysisk træthed. Forsikrede angiver, at hun føler ikke at have, lige så megen muskelkraft som før og oplever desuden begrænsninger på grund af mangfoldig smerteproblematik.

Speciallægen beskriver, at forsikrede er meget talende ved undersøgelsen, at hun forklarer i detaljer og kører ud ad en tangent, så speciallægen flere gange er nødt til at strukturere samtalen. Speciallægen angiver, at forsikrede har en meget livlig gestik.

Speciallægen vurderer, at forsikrede virker meget positiv i fremstillingen af sig selv, og at man ikke ser hendes begrænsninger udspille sig i hendes adfærd.

Speciallægen stiller følgende diagnoser

- for lavt stofskifte
- migræne uden aura
- spændingshovedpine
- psykisk udbygning af somatiske symptomer

Speciallægen oplyser, at der fra et neurologisk synspunkt ikke umiddelbart ses væsentlige skånebehov, fordi forsikredes hovedpineproblematik har været velkendt i mere end 20 år med accentuering inden for det sidste års tid, som sandsynligvis kan tilskrives udrednings- og afklaringsforløb kommunalt.

Speciallægen vurderer, at forsikredes klager og begrænsninger ikke kan forklares neurologisk, og at hendes fremsatte klager og begrænsninger ikke udspilles i hverken adfærd eller klinisk undersøgelse. Speciallægen vurderer, at skånebehov og funktionsnedsættelse derfor udelukkende bygger på subjektive klager, som ikke kan verificeres ved objektiv undersøgelse.

Speciallægen oplyser, at det har været vanskeligt at vurdere, hvorvidt forsikredes stofskiftelidelse har været egnet til at udløse de beskrevne funktionsbegrænsninger, og man derfor gennemført en omfattende udredning i psykiatrisk regi og udelukket bipolar lidelse, ADD og personlighedsforstyrrelse.

Speciallægen vurderer samtidig, at der utvivlsomt er en væsentlig psykisk udbygning af somatiske symptomer, som i høj grad har medindflydelse på forsikredes helbredstilstand.

Speciallægen angiver, at mange af de fremsatte klager er uspecifikke, diffuse med store udsving, og at der foreligger en tydelig diskrepans mellem forsikredes objektive fremtræden og den anamnesticke svære funktionsbegrænsning.

Speciallægen anser tilstanden for at være stationær.

Ved afgørelse af 12. april 2018 (bilag P) varslede Danica Pension, at udbetalinger ved tab af erhvervsevne ville blive stoppet pr. 1. juni 2018 på grund af overgang til vurdering af generel erhvervsevne.

Ved brev af 24. april 2018 (bilag Q) rettede forsikrede ved sin ægtefælle henvendelse til Danica Pension med oplysning om, at de ikke var enige i selskabets vurdering og bad selskabet genvurdere.

På denne baggrund foretog Danica Pension en fornyet vurdering, herunder anmodede om en speciallægeerklæring fra behandlende overlæge ... fra endokrinologisk afdeling på [hospital] (bilag R).

Speciallægen oplyser i erklæring af 11. oktober 2018 (bilag S), at forsikrede har haft 2 forløb i ambulatoriet med henblik på regulering af stofskifte. Speciallægen oplyser, at der ses et mønster af, at forsikrede har det godt mentalt med, at stofskiftet ligger højt i normalområdet, men at det kniber med, at forsikrede kan tåle dette; får hjertebanken og stresssymptomer.

Omvendt føler forsikrede sig træt, når stofskiftet ligger i normalområdet.

Speciallægen vurderer, at stofskiftet aktuelt er velbehandlet.

Speciallægen oplyser, at forsikrede oplever, at hun er blevet syg efter, at hun fik stofskiftesygdom i 2009, og at forsikrede i den periode, hvor speciallægen har set hende, hverken er blevet værre eller bedre. Speciallægen beskriver, at forsikrede altid fremstår levende, nærværende, velsoigneret og overskudsagtig.

Speciallægen oplyser, at forsikrede i forløbet har oplevet symptomer med hovedpine, hjertebanken og migræne, som speciallægen tolker som lette symptomer på forhøjet stofskifte (lette thyreotoksiske symptomer).

Speciallægen oplyser, at forsikredes stofskiftesygdom ikke er speciel vanskelig at behandle, men at forsikrede har en præference for at ligge højt i stofskifte, men får fysiske negative symptomer af at ligge så højt.

Speciallægen oplyser, at stofskiftesygdommen ikke medfører specielle skånebehov. Speciallægen oplyser, at forsikrede ved klinisk undersøgelse egentlig har et normalt stofskifte og at forsikrede på trods heraf oplever sig meget dårlig. Speciallægen oplyser, at forsikrede har nogle symptomer, som ikke kan objektiviseres og vurderer, at der ikke er sammenhæng mellem kliniske undersøgelsesresultater/objektiv undersøgelse og forsikredes oplevede funktionsniveau.

Speciallægen kan hverken be- eller afkræfte forsikredes oplevelse af at være blevet en helt anden efter at have fået stofskiftesygdom.

På denne baggrund foretog Danica Pension en fornyet vurdering af forsikredes erhvervsevne. Ved afgørelse af 6. januar 2019 (bilag T) fastholdt Danica Pension, at forsikredes generelle erhvervsevne ikke er nedsat med mindst halvdelen, og at der ikke er grundlag for yderligere udbetaling ved tab af erhvervsevne.

Ved e-mail af 17. juni 2019 (bilag U) rettede forsikredes ægtefælle fornyet henvendelse og klagede over afgørelsen.

Ved brev af 1. juli 2019 (bilag V) besvarede Danica Pension klagen og fastholdt afgørelsen.

Klage er herefter indbragt for Ankenævnet for Forsikring.

Selskabets begrundelse for at fastholde afgørelsen

Forsikredes dækning ved tab af erhvervsevne giver ret til udbetaling og præmiefritagelse ved midlertidigt erhvervsevnetab og ved længerevarende erhvervsevnetab.

Midlertidigt erhvervsevnetab vil sige, at den forsikrede i en periode ikke er i stand til at varetage sit arbejde på mindst halv tid som hidtil. Udbetaling for midlertidigt tab af erhvervsevne finder sted, indtil at tilstanden er stabiliseret, som udgangspunkt maksimalt i halvandet år, jf. betingelserne.

Når tilstanden er stabiliseret, vil vi overgå til vurdering af den generelle erhvervsevne og vurdere, om der er tale om et længerevarende erhvervsevnetab. Udbetaling for længerevarende erhvervsevnetab forudsætter, at erhvervsevnen i bred forstand (den generelle erhvervsevne) er nedsat med mindst halvdelen.

Ved vurdering af forsikredes midlertidige erhvervsevnetab lagde vi vægt på, at forsikrede blev sygemeldt fra sit job som receptionist på grund af en diffus problematik med stofskiftesygdom, stress/depression og følger efter underlivsoperationer, og at forsikrede var i afklaringsforløb via kommunen.

Udbetaling på midlertidigt grundlag har senest fundet sted fra den 24. maj 2014.

Vi fulgte op på udbetalingen primo 2018. På dette tidspunkt havde udbetaling fundet sted i ca. 3½ år. Vi vurderede, at forsikredes tilstand var tilstrækkelig stabil til, at vi kunne vurdere, om der var tale om et længerevarende erhvervsevnetab, og deraf om den generelle erhvervsevne er nedsat med mindst halvdelen.

Ved vurdering af forsikredes generelle erhvervsevne lægger vi vægt på, at forsikrede lider af en langvarig, diffus og kompleks problematik med stofskiftesygdom, smerter og træthed.

Sagens oplysninger har været forelagt vores interne lægekonsulenter med speciale inden for intern medicin, ortopædkirurgi, neurologi og psykiatri adskillige gange.

Vi lægger vægt, at forsikredes stofskiftesygdom er velbehandlet, og at stofskiftet er velreguleret og ligger i normalområdet. Vi lægger vægt på, at stofskiftelidelsen ifølge behandlende speciallæge ikke er vanskelig at behandle.

Det er vores opfattelse, at stofskiftelidelsen ikke kan forklare forsikredes symptomer med smerter, træthed mv.

Forsikrede har oplevet sig syg/ændret siden konstatering af for lavt stofskifte i 2009. Hertil bemærkes, at forsikrede også efter konstatering af stofskiftelidelse har været i stand til at varetage fuldtidsarbejde som ..., deltage i adskillige kurser/uddannelsesforløb og arbejde som ... i både Danmark og udlandet (bilag N) samt blive forælder for anden gang.

Vi lægger vægt på, at man har overvejet en psykisk overbygning til forsikredes symptomer, og at forsikrede er udredt ganske nøje herfor.

I samråd med vores lægekonsulent med speciale inden for psykiatri lægger vi vægt på, at der er beskrevet en lettere personlighedsforstyrrelse med tendens til kropsliggørelse af psykiske problemer. Det kan hertil bemærkes, at forsikrede og forsikredes ægtefælle har udtrykt uenighed i, at der kunne være tale om accentuerede personlighedstræk. Samtidig er der ikke befundet behandlingskrævende psykisk lidelse.

Vi lægger vægt på, at forsikrede lider af hovedpine. Hovedpine skulle til dels være opstået efter færdselsuheld i 1995. Vi bemærker, at forsikrede efter uheldet og genernes opståen har været i stand til at starte karriere som professionel model og varetage modelopgaver i ind- og udland, gennemføre adskillige uddannelses- og kursusforløb, være på jordomrejse med familien i ½ år og varetage fuldtidsarbejde og blive forælder for anden gang (bilag N).

Endvidere er der ikke fundet neurologisk forklaring på hovedpine.

Vi lægger vægt på, at forsikredes oplevelse og gengivelse af meget lavt funktionsniveau ikke genfindes i undersøgelsessituationer hos speciallæger (speciallæge i neurologi og behandlende endokrinologiske overlæge), og at der således er betydelig uoverensstemmelse mellem det af forsikrede oplevede funktionsniveau og objektive undersøgelser/observationer og holdepunkter.

Det er vores opfattelse, at hverken stofskifte, psykiske forhold eller hovedpine/neurologiske forhold kan forklare forsikredes oplevede gener.

Det er vores opfattelse, at der ikke er lægelig dokumentation for, at forsikredes generelle erhvervsevne i forsikringsbetingelsernes forstand er nedsat med mindst halvdelen på grund af helbredsmæssige forhold og at der ikke er grundlag for yderligere udbetaling ved tab af erhvervsevne.

Vi bemærker, at det er forsikredes bevisbyrde at dokumentere, at erhvervsevnen er nedsat i dækningsberettigende grad. Det er vores opfattelse, at denne bevisbyrde ikke er løftet.

Det forhold, at forsikrede i kommunalt regi er afklaret og visiteret til fleksjob 2 timer om ugen kan ikke føre til andet resultat.

Konklusion

Det er vores opfattelse, at der ikke er lægelig dokumentation for, at forsikredes generelle erhvervsevne er nedsat med mindst halvdelen på grund af helbredsmæssige forhold.

Vi fastholder på denne baggrund, at der ikke er grundlag for yderligere udbetaling ved tab af erhvervsevne."

Klageren har den 10/12 2019 bl.a. anført:

"Det er beklageligt at Danica har mistet en stor del af [klagerens] sag. Både fordi det er stærkt personfølsomme dokumenter, men også da vi mener at sagen inden medio 2018 har stor betydning for dokumentation for, at [klagerens] helbreds situation er kontinuerligt forringet siden 2009. Hvilket jo netop er noget af det Danica hævder ikke er tilfældet.

Hvordan sikre vi os, at disse informationer indgår i vurderingen af denne sag?

Danica fremsender en masse dokumenter, hvor diverse læger ikke entydigt at stille en diagnose og forklare [klageren] situation.

De fremhæver dele af udvalgte rapporter, til at understøtte at lægerne ikke kan stille en klar diagnose.

Måske netop den detalje, at den enkelte speciallæge ikke kan stille en entydig diagnose fortæller, at [klageren] måske er ramt af en kombinationer, sygdomme, lidelser og følgesygdomme/symptomer der gør det svært at stille en diagnose. Men dette fjerner jo ikke [klagerens] sygdom og dårlige helbred.

[Ægtefælle] (med accept fra [klageren]) har i brev til den socialmedicinske/psykologiske undersøgelse (bilag K) kommenteret på den psykologiske undersøgelser - han har gennem 30 års kendskab til [klageren] aldrig set tegn på bipolare lidelser eller lignende. Dette blev jo også afværget ved psykiater ... (bilag L) Jeg vil gerne bede Jer rette fokus på brev/kommentar fra [ægtefælle].

Ligeledes har [ægtefælle] (med accept fra [klageren]) skrevet flere breve til Danica (bla bilag Q) dem vil vi også sætte pris på at I sætte fokus på.

Disse breve og kommentarer afspejler den hverdag [klageren] og hendes familie lever i. Vi mener at man i vurdering af sygdom og erhvervsevne må kigge på den reelle situation og det liv den syge formår at leve.

Vi føler også at kommunes vurdering af [klagerens] helbreds situation skal have en vigtig betydning i denne sag, da de jo i 5 år har fulgt [klageren] nøje og vurderet hendes udvikling i arbejdssevne gennem årene.

Kommentar til fremsendte bilag.

Bilag H:

'ikke med sikkerhed kan vurdere, hvorvidt forsikredes symptomer er forårsaget af stofskiftesygdommen' - [klageren] lider bla af Hashimoto's, mange af de følgesygdomme og symptomer [klageren] oplever ses hyppigt ved stofskiftesygdomme. Men lægen kan ikke give et klart svar/diagnose.

Bilag I:

'Speciallægen vurderer, at forsikrede påvirkes mere af sygdommen end andre patienter' - Vi vil gerne henvise til forskning fra Syddansk Universitet ved Laszlo Hegedüs. (To danske forskningsprojekter viser, at stofskiftesygdomme giver øget risiko for langvarigt sygefravær, førtidspension og indkomsttab.)

Bilag K:

Dette bilag fremhæver Danica i flere omgange, dette til trods for at Psykiater ... i bilag L, klart dokumentere at [klageren] ikke lider af psykiatiske lidelser 'der er ikke grundlag for at stille diagnosen bipolar lidelse eller anden psykiatrisk lidelse.

Bilag O:

[Klageren] har på recept fra [overlæge] fulgt flere forskellige doser at såvel T4 og T3 medicin - [klageren] får jo netop kombinations behandling, grundet hendes mange symptomer. Det får typiske stofskiftesygdoms patienter der reagere normalt på T4 medicinen ikke. Det bruges kun i få tilfælde, hvor den syge ikke optager T4 hormonet på normal vis.

Lægen udtaler

'Symptomerne var uspecifikke og kan både ses ved for højt og for lavt stofskifte og kan også ses uden, at der foreligger nogen stofskiftesygdom - igen ingen klar diagnose på hvad årsagen til [klageren] sygdom/symptomer er.

[Speciallæge vælger i sin vurdering, at se bort fra [klagerens] symptomer og antyder, at de udelukkende bygger på subjektive klager. Han vurderer (på første hånds indtryk) 'at der utvivlsomt er en væsentlig psykisk udbygning af somatiske symptomer - Har [speciallæge] større indsigt i [klagerens] psyke, efter et møde på ca. 1 time, end psykiater ... (bilag L)?

[Klageren] er en nydelig kvinde, der går i pænt tøj og bruger make up. Det er meget svært at se på [klageren] når hun er syg, hun ligner nærmest altid sig selv uanset hvor dårligt hun har det.

[Klageren] har altid været en talende person med et levende kropssprog. Når [klageren] bliver presset, stresset eller blot er træt øges hendes talestrøm, og hun kan grundet manglende kognitive overskud miste fokus i samtalen og nogen gange dvæle ved detaljer. Uanset hvor i kigger vil der stå at [klageren] er meget talende og gestikulerende. - Nogle (der ikke kender [klageren] eller har læst hendes journal) vil måske fejltolke det som overskud og masse af energi!

Bilag T:

I perioden fra 6. januar 2019 til 17. juni 2019 fremsendte [ægtefælle] 3 indsigelser til Danica på deres hjemmeside (hvor en sådan indsigelse skal laves). Vi fik bekræftelse på modtagelse, hver gang (har skærmpoint). Men først efter adskillige rykkest hos Danica for svar, fik vi besked om at fremsende indsigelse på mail, som vi gjorde prompte d. 17.juni 2019.

Afslag fra Danica:

Danica vurderer i forbindelse med afslag

'forsikrede lider af en langvarig, diffus og kompleks problematik med stofskiftesygdom, smerte og træthed' - Danica skriver jo netop at [klagerens] sygdom og helbreds situation er kompleks.

'det er vores (Danica) opfattelse, at stofskiftelidelsen ikke kan forklare forsikredes symptomer med smerter, træthed mv. - Vi vil igen henlede til forskning fra Leszlo Hegedüs og gøre opmærksom på at Hashimoto som [klageren] jo lider af, ofte giver disse udefinerbare symptomer.

'forsikrede også efter konstatering af stofskiftelidelse har været i stand til at varetage et fuldtidsarbejde' - dette er jo det essentielle i hele denne forsikringssag. [Klageren] var i 2009 i stand til at varetage et fuldtids arbejde, i dag arbejder hun 2 timer om uge, da hendes helbred ikke gør det muligt for hende at bidrage med mere.

Vi mener derfor, som før nævnt at det er en skam at Danica har mistet [klageren] sagsdokumenter fra før 2018, da disse jo bl.a. dokumenterer udviklingen i [klagerens] erhvervsevne og helbred i gennem de sidste 10 år.

Vi vil gerne henlede opmærksom på det 5 år lange forløb [klageren] var igennem ved ... Kommune. Hun var i denne periode igennem flere job prøvninger, hvor man desværre kunne konstatere at hendes arbejdssevne var stødt nedad gående. Så fra i 2009 at kunne varetage et fuldtids arbejde, er [klageren] i dag på en 2 timers arbejdsuge, som hun i perioder har svært ved at overkomme.

'vi (Danica) lægger vægt på, at man har overvejet en psykisk overbygning til forsikredes symptomer, og at forsikrede er udredt ganske nøje herfor - [klageren] er jo netop stille den klage diagnose uden psykiatriske lidelse (bilag L)

'Forsikrede lider af hovedpine' - hvis man læser [klageren] gamle journaler og dokumenter fremgår det, at hovedpinen med tiden er blevet værre. Migræne er opstået og forekommer jævnligt. Dette var ikke tilfældet i 1995 eller i årene før 2009. Kan man så tilskrive dem piskesmældet fra 1995?

Det er Danica's opfattelse at [klagerens] gener/symptomer ikke kan lægeligt dokumenteres, hvorfor de ikke ser, at hendes helbredsmaessige forhold er nedsatte af betydning.

Når diverse læger ikke kan finde en direkte årsag til sygdom - er man så ikke syg?

Når der drypper vand ned fra loftet, og en tømmer ikke kan lokalisere utætheden i tagkonstruktionen - er der så heller ikke vandskade?

Danica skriver at bevisbyrden ligger hos os. Men når man ikke vil se [klagerens] reelle helbredssituation/sygdom (uanset hvor kompleks den er). Man ser bort fra en kommunes tilkendelse af 2 timers fleksjob - en kommune der med et hav af fagfolk, vurderinger og undersøgelser har fulgt [klageren] nøje i 5 år. Ikke mener at dokumentation for årene fra 2009 til 2018 har betydning. Og slå [klagerens] sygdom over i en 'psykisk overbygning til forsikredes symptomer'

Hvordan skal vi så bevise at [klageren] er syg?

Ankenævnet for Forsikring

13.

94272

Vi kan blot konstatere, hvordan [klageren] har det. Når man er så dårlig og begrænset, at man knap kan arbejde 2 timer om ugen og varetager et stærkt begrænset omfang af hjemlige gøremål. Så er man ikke 50 % arbejdsdygtig!

Vi er ikke læger. Hvad vi siger, oplever og lever med hver dag, har åbenbart ingen betydning for Danica.

At speciallæger, med fokus på deres speciale, ikke kan give en direkte årsag til [klagerens] helbred. Betyder det så at [klageren] ikke er ramt af sygdom?

Flere af lægerne beskriver jo netop, at de ikke kan stille en klar entydig diagnose.

Vi mener at [klagerens] helbredsmæssige nedtur gennem de sidste 10 år tydelig fremgår af historikken, hvorfor Danica bør leve op til deres egen forsikring.

At lægevidenskaben ikke er i stand til at stille en diagnose, bør jo ikke straffe [klageren]. Hun lever hver dag med en ubarmhertig sygdom, hvor det vi andre tager for givet, ikke længere er muligt for hende.

Jeg som ægtefælle, og kæreste gennem 30 år, synes [klageren] i forvejen betaler en høj pris ved, at være ramt af denne komplekse, langvarige sygdom hun er ramt af."

Selskabet har den 7/2 2020 nævnet bl.a. anført:

"Forsikredes ægtefælles brev af 10. december 2019 giver Danica Pension anledning til følgende kommentarer:

Det er vores opfattelse, at vurdering af midlertidigt og længerevarende erhvervsevnetab finder sted på forskelligt grundlag.

Grundlaget for Danica Pensions midlertidige tilkendelse og vurdering af den specifikke erhvervsevne er som nævnt desværre bortkommet.

Det er vores opfattelse, at vi, når tilstanden er tilstrækkelig stabiliseret, foretager en fornyet vurdering af erhvervsevnen. Vi skal her vurdere, om den generelle erhvervsevne er nedsat. For så vidt angår den specifikke og den generelle erhvervsevne er der altså tale om 2 forskellige vurderinger.

Vurdering af henholdsvis midlertidigt og længerevarende erhvervsevnetab kan have forskelligt udfald, selvom der ikke er den store ændring i de helbredsmæssige forhold.

Da vi har indhentet nye lægelige oplysninger til brug for vurdering af den generelle erhvervsevne, da de nye oplysninger i et vist omfang omtaler tidligere foreliggende oplysninger, og da vurdering af den generelle erhvervsevne adskiller sig fra vurdering af den specifikke erhvervsevne, er det vores opfattelse, at de oplysninger, der lå til grund for vurdering af midlertidigt tab af erhvervsevne og tilkendelse af udbetaling herfor, er af mindre betydning i det konkrete tilfælde.

Det er vores opfattelse, at det er forsikredes bevisbyrde at dokumentere et erhvervsevnetab, og at denne bevisbyrde løftes med udgangspunkt i lægelige oplysninger. Det er ikke tilstrækkeligt til at dokumentere et generelt erhvervsevnetab, at forsikrede subjektivt oplever sig hæmmet i hverdagen, og/eller at pårørende bekræfter dette.

Forsikredes subjektive oplevelse af sin tilstand vil indgå som et moment i vurderingen af erhvervsevne. Samtidig er det vores opfattelse, at forsikredes subjektive opfattelse af sin tilstand ikke vil kunne stå alene og ikke alene vil kunne danne grundlag for vurdering af erhvervsevnen.

Vedrørende bilag H:

Vi må bemærke, at udtalelsen vedrørende stofskiftesygdommen stammer fra behandlende endokrinolog. Speciallægen oplyser, at behandlingen vurderes optimal, og at stofskiftet i mere end 1 år har ligget i normalområdet. På denne baggrund kan speciallægen ikke med sikkerhed vurdere, om forsikredes symptomer er forårsaget af stofskiftesygdommen.

Det er vores opfattelse, at for lavt eller for højt stofskifte kan give symptomer. Velbehandlet stofskiftesygdom og stofskifte i normalområdet bør ikke give symptomer fra stofskiftet. På denne baggrund undrer det, at forsikrede fortsat oplever symptomer. Endvidere er symptomerne atypiske, hvorfor de muligvis ikke har noget med stofskiftet at gøre.

Bilag I:

Det er vores opfattelse, at medicinske studier kan udtale sig generelt om et emne. Det er vores opfattelse, at et studie, der udtaler sig generelt/statistisk om et emne ikke kan have selvstændig betydning vedrørende konkrete forhold. Vi bemærker, at de omtalte studier angiver, at stofskiftesygdomme giver øget risiko for langvarigt sygefravær, førtidspension og indkomstab. Med andre ord viser studiet ikke, at stofskiftesygdomme pr. definition fører til langvarigt sygefravær, førtidspension og langvarigt sygefravær, og man kan derfor ikke slutte noget ud fra studiet alene.

Bilag O

I bilag O (neurologisk speciallægeerklæring) omtales statusattest fra behandlende endokrinolog Statusattesten er desværre en del af den bortkomne fysiske skadesag, og vi kan derfor ikke vedlægge attesten i sin helhed.

Der omtales uspecifikke symptomer, der både kan ses ved for højt og for lavt stofskifte, og uden, at der foreligger stofskiftesygdom.

Vi kan ikke med sikkerhed oplyse, hvilke symptomer der var tale om, men bemærker, at speciallægen i attestens dels oplyser, at ingen andre patienter i klinikken med for lavt stofskifte var langtidssygemeldte af den grund, især [ikke] når deres værdier var så stabile som ved undersøgte (forsikrede).

Vi kan dog samtidig henvise til bilag S, hvor samme behandlende endokrinolog opsummerer, at forsikrede i forløbet har haft symptomer med især hovedpine, hjertebanken og migræne. Speciallægen tolker symptomerne som lette symptomer på for lavt stofskifte.

Helbredsmæssig tilstand

Det er vores opfattelse, at der ikke er dokumenteret en forværring af forsikredes helbredsmæssige tilstand for så vidt angår stofskiftelidelse, smerter og hovedpine fra symptomernes opståen til nu.

Det er vores opfattelse, at disse symptomer ikke dokumenterer et generelt erhvervsevnetab på halvdelen.

Det er vores opfattelse, at stofskiftesygdommen kan give visse af de af forsikrede oplevede symptomer. Disse er af behandlende endokrinolog beskrevet som lette symptomer, der ikke medfører særlige skånehensyn.

Der er ikke fundet neurologisk eller psykisk forklaring på de af forsikrede oplevede symptomer.

Forsikrede angiver at have oplevet en forværring af sin helbredsmæssige tilstand. Det er vores opfattelse, at der i de lægelige oplysninger ikke er holdepunkter for en forværring af tilstanden.

Konklusion

Det er fortsat vores opfattelse, at der ikke er lægelig dokumentation for, at forsikredes generelle erhvervsevne er nedsat med mindst halvdelen på grund af helbredsmæssige forhold.

Vi fastholder derfor, at der ikke er grundlag for yderligere udbetaling ved tab af erhvervsevne."

Til dette har klageren den 18/2 2020 bl.a. anført:

"Da [klagerens] helbred ikke er blevet bedre fra tidspunktet man lavede den midlertidige vurdering, men tværtimod er blevet forværret, kan vi ikke forstå at Danica vurderer [klagerens] helbredssituation som forbedret? Det er os uforståeligt.

Blot fordi man ikke er i stand til at stille en klar diagnose, betyder det vel ikke, man ikke kan være syg? I starten af 80'erne da de første blev smittede med, hvad der viste sig at være aids/HIV, var man jo umiddelbart ikke i stand til at stille en diagnose for deres sygdom. Det ville nok have været en stor fejl, hvis man havde sagt til dem, at det bare var noget de oplevede og at der ikke var belæg for at de fejlede noget specielt...!

Det er meget uheldigt, at de bilag, dokumenter, den lægelige vurdering og øvrige, der lå til grundlag for Danica's vurdering i første omgang, hvor de mente [klageren] var berettiget til dækning, er bortkommet hos Danica. Specielt da man år efter, hvor [klagerens] helbreds situation er blevet forværret, pludselig fra Danica's side mener, at hun er blevet 'rask' og ikke er berettiget til dækning.

Vi mener derfor ikke at man kan se bort fra den første vurdering.

Bilag H:

At det er Danica's opfattelse ..., er jo ikke ensbetydende med at de har ret.

Hvis man kigger lidt ud over landet grænser, er der en anden holdning til hvad en stofskifte sygdom kan have af følgesygdomme og 'bivirkninger'.

SDU og andre instanser i verden, er jo også i gang med at klarlægge, hvordan enkelte patienter kan blive påvirket af stofskifte sygdom. Blot fordi et flertal heldigvis ikke får bivirkninger, betyder det jo ikke, at ingen får bivirkninger og følgesygdomme.

Kigger man på Patientforeningen Danmark eller stofskifteforeningen, skal man ikke lede længe for at konstatere, at alle ikke nødvendigvis har det godt, hvis blot TSH ligger indenfor normalværdierne.

'Det er helt uacceptabelt, at 4-5.000 stofskiftepatienter ikke bliver set, hørt og taget alvorligt. De fleste læger og endokrinologer tør ikke andet en at følge den standardbehandling, som Sundhedsstyrelsen har vedtaget, selv om international forskning, viser, at visse patienter får det bedre med naturligt stofskiftehormon frem for syntetisk', siger formand Anette Ulstrup, Patientforeningen Danmark.

Denne henvisning handler ikke om stillingtagen til Sundhedsstyrelsens beslutninger, men er blot for at gøre opmærksom på at [klageren] ikke er den eneste der kæmper med sygdom, hvor værdierne ellers ligger indenfor normal området.

Så det er åbenbart ikke alle der deler Danica's opfattelse.

Skulle symptomerne ikke have noget med stofskiftet at gøre, kan [klageren] og jeg ikke udtale os om. Det fremgår jo også, at endokrinolog og special læge, heller ikke er i stand til at give et klart svar ... men det gør jo ikke [klageren] rask !

Bilag I:

Som vi læser undersøgelsen, hævder SDU ikke at alle der lider af stofskiftesygdom bliver ramt af de samme symptomer og lidelser. Men man er blevet opmærksom på, at der kan være en øget risiko for, at enkelte patienter ikke er i stand til at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Altså at man kan blive invalideret og at ens helbred er permanent forværret.

Men nej, lige præcis, man kan ikke ud fra statistikker og 'normalværdier' generalisere og diagnosticere enkelt personer.

Men hvordan kan det så være at Danica jo netop gør dette hele tiden i [klagerens] tilfælde? Danica lukker jo øjnene for [klagerens] situation, og negligerer hendes sygdom, fordi hun ikke passer ind under 'normalen' og hendes mix af lidelser og symptomer ikke kan sættes i bås under én specifikt sygdom.

Nogle patienter har flere diagnoser/multisygdom og oplever ofte dette problem... det gør jo netop, at man ikke kan sætte dem i bås og henlede til enkeltstående diagnoser ... men det gør dem ikke raske. Det er måske der problemstillingen ligger!

Bilag O:

Det skyldes jo måske ikke alene stofskiftesygdommen, men kunne det tænkes, at flere parametre spiller ind i [klageren] sygdom.

Vi vil igen henlede til skrivelse fra Patientforeningen Danmark (vedr. bilag H)

HELBREDSMÆSSIG TILSTAND:

Hvordan kan det så være at [klageren] er gået fra at være selvforsørgende, til arbejdsprøvning på 9 timer om ugen, for efter 5 års kontrol, at blive tilkendt 2 timers fleksjob ugentligt, hvor hun må kæmpe for blot at få en dagligdag til at fungere?

Man kunne føle, at Danica prøver at undvige deres ansvar, ved at påtvinge [klageren] en stigmatiserende patologisering, hvilket vi naturligvis ser som dybt uetisk og ganske uheldigt."

Af psykologisk undersøgelse af 28/3 2017 fremgår bl.a.:

"Konklusion og anbefalinger

Samlet vurderes der at være tale om markante personlighedstræk, som har bevirket, at [klageren] har overbelastet sig selv i årene op til sin sygemelding og som fortsat gør det vanskeligt for hende at acceptere og håndtere sine smertebetingede begrænsninger. Det er vurderingen, at [klagerens] begrænsede accept af og frustration over sine begrænsninger kan give anledning til yderligere smerter og yderligere forstærkning af de kognitive vanskeligheder.

Trods flere hensigtsmæssige adfærdsstrategier (f.eks. prioritering af aktiviteter) ses også en høj grad af ignorering af smerterne, hvilket kan være uhensigtsmæssigt.

I et forsøg på eventuelt at udvikle den arbejdsmæssige funktionsevne, som aktuelt vurderes svært nedsat.

Det anbefales at [klageren] henvises til yderligere udredning gennem ..., for at afklare, om der kan være tale om en opmærksomhedsforstyrrelse eller om de accentuerede personlighedstræk kan have karakter af en personlighedsforstyrrelse, og om der i givet fald kan tilbydes behandling herfor. Visitationen sker gennem egen læge og denne rapport skal vedlægges.

- Støtte til mere hensigtsmæssig smertehåndtering f.eks. via individuelt smertehåndteringsforløb ved erfaren psykolog inden for rammerne af AGT (Acceptance and Commitment Therapy). I denne forbindelse vil det være relevant at have fokus på tab, sorg og reorientering. [Klageren] vurderes at have flere hensigtsmæssige konkrete smertehåndteringsstrategier i form af f.eks. prioritering af gøremål, men samtidig er det dog vurderingen, at [klageren] vil kunne have glæde af at arbejde yderligere med accept af sine begrænsninger og med at erkende og rumme sine følelser og kropslige fornemmelser. Det vil være relevant at møde [klageren] med tydelig kommunikation og anerkendelse.

- Det er vigtigt kun at satse på et behandlingsforløb af gangen, og det anbefales at starte med henvisning til yderligere udredning gennem ..., såfremt [klageren] er motiveret herfor.

Sagen er tværfaglig konfereret med deltagelse af bl.a. sociallæger, psykiater og psykologer, som er enig i anbefalingerne."

Af brev af 12/1 2017 fra overlæge på medicinsk afdeling fremgår bl.a.:

"Vi har haft [klageren] i konsultationen her, hun har ønsket en eksperimentiel behandling med T3 og T4 og fik det, men hun har i hvertfald i starten og også senere i forløbet haft forhøjet stofskifte. Når stofskiftet er forhøjet, har patienten haft det dårligt med hjertekramper. [Klageren] har vi og-

så set herinde med en stor taletrang, stresstale. Kan være vanskelig at styre i samtaler. Hun oplever, at hun har det bedre nu da hendes stofskifte ligger lidt lavere. Jeg har anbefalet hende at komme helt ud af T3-behandlingen, og jeg tror i det hele taget at [klageren] ikke har godt af at ligge for højt i stofskifte. Hun oplever imidlertid træthed hver gang stofskiftet ligger lidt lavere.

Hendes diagnose er myxødem (for lavt stofskifte). Prognosen er god i langt de fleste tilfælde, hvis man finder en god behandling for stofskiftet. Opgørelser viser dog, at pt. med lavt stofskifte ofte ender udenfor arbejdsmarkedet af forskellige årsager.

Hvordan påvirkes [klagerens] personlighed af hendes lidelse: [Klageren] har en personlighed med sig. Det at have for højt stofskifte kan godt være medvirkende til at hun optræder med et højt taleflow.

Vedr. om andre psykologiske faktorer kan have indvirkning på hendes generelle funktionsniveau: Min vurdering er at [klageren] påvirkes meget mere end andre patienter, og her kan jeg ikke finde årsag i fysiologien. Jeg tror at der er psykologiske faktorer som gør det svært for [klageren]."

Af psykiatrisk vurdering af 31/5 2017 fremgår bl.a.:

"Konklusion:

...-årig kvinde henvist til ... af ... Kommune til vurdering af tilstanden. Er aktuelt vurderet hos mig i dag, fordi der var rejst mistanke om bipolar lidelse. Borger har ellers været psykisk rask tidligere. Hun har aldrig været indlagt på psykiatrisk sygehus og har aldrig fejlet noget psykisk. Hun har været igennem nogle store belastninger i sit liv, men dette har hun klaret bl.a. ved hjælp af psykolog, hvor hun har været i terapi i to år. Ifølge borger og borgers mand som har været med til samtalen i dag begyndte hun at have gener i form af 1. taletrang, 2. letafledelighed og 3. let øget energi samtidig med at hun fik konstateret en stofskiftelidelse. Disse symptomer gav også mistanke om en bipolar lidelse.

Alle disse symptomer(1,2,3) fremtræder aldrig alene og når det kommer er de altid sammen med altid sammen men de andre kropslige symptomer som borger forbinder med hendes somatiske lidelse. Hun ryster, hun sveder, og hun taber sig.

Der er ingen andre psykiske klager heller ikke noget andet der peger i retning af mani eller hypomani. Hun scorer ikke på andre symptomer og på nuværende klager kan en bipolar diagnose ikke stilles. Der er ikke fundet klinisk grundlag til en bipolar diagnose.

Borger er rådgivet til at kontakte egen læge hvis tilstanden skulle ændre sig psykisk i fremtiden. Der er givet kort varigt psykoedukation til borger og hendes mand om forebyggelse, hvis dette skulle være nødvendigt i fremtiden."

Af neurologisk speciallægeerklæring af 25/1 2018 fremgår bl.a.:

"1. Klinisk undersøgelse:

...-årig kvinde i god almen- og ernæringstilstand.

...

Blodtryk 124/78, puls 68, regelmæssig.

Undersøgte har et upåfaldende og velplejet ydre. Fremstår venlig og imødekommende og medvirker fint ved anamneseoptagelse og undersøgelse.

Er meget talende, forklarer i detaljer og kører ud ad en tangent, hvorfor undertegnede flere gange er nødt til at strukturere samtalen. ...

Hun er meget positiv i sin fremstilling af sig selv, og man ser ikke hendes begrænsninger udspille sig i hendes adfærd. Virker ikke depressiv, og der er ikke holdepunkter for psykotiske symptomer eller vrangforestillinger.

Hjerte- og lungestetoskopi er upåfaldende.

Skjoldbruskkirtel: ingen palpabel struktur.

Abdomen er blødt og uømt.

Ekstremiteter er slanke, og der findes bilateralt pæne fodpuls.

Objektivt neurologisk:

Er vågen, klar og fuldt orienteret i alle kvaliteter. Naturlig tale, ingen dysartri eller afasi.

Fremstår kognitivt velfungerende, men angiver problemer med koncentration og overblik.

Kranienerver: lugte- og smagssans anamnestic normal og uforstyrret.

Pupiller er runde og egale med naturlig lysreaktion.

Oftalmoskopi med velafgrænsede papiller, parallelle øjenakser og frie øjenfølgebevægelser. Ingen nystagmus, ingen sakkader, intet dobbeltsyn. Synsfeltet fingerperimetrisk intakt.

Bevaret sensibilitet i ansigtet og symmetrisk ansigtsmimik.

Egal hørelse for fingergnidning. Rinne positiv, Weber neutral.

Ganesejlet hæves symmetrisk. Normal svælgsejlsrefleks. Normal tungemotilitet.

Columna: i stående stilling pæne krumninger, ingen skoliose og bækkenet står i lod. Negativ Trendelenburg.

Columna cervicalis: negativ foramen kompressionstest. Ingen palpationsømhed og ingen ossøse ømheder. Hoveddrejning 90 grader til højre og 75 grader til venstre side, hvor der angives ømheder i yderstilling.

Fuld fleksion og ekstension.

Columna thoracolumbalis: ingen palpations- eller bankeømheder. Finger- gulvafstand ligger på 0 cm.

Overekstremiteter: er overvejende venstrehåndet, men bruger også højre til visse opgaver. Egal og normal tonus, trofik og kraft over alle led. Pænt strakt armtest og sikkert finger- næseforsøg.

Normal finmotorik, diadokokinese og god kraft ved håndtryk.

Biceps-, brachioradialis- og tricepsrefleks fremkaldes bilateralt middellivlige og lige.

Der angives bevaret sensibilitet for alle kvaliteter.

Underekstremiteter: Laseque bilateralt negativ. Pænt strakt bentest og sikkert knæ- hælforøg.

Egal og normal tonus, trofik og kraft over alle led.

Patella- og Akillesreflekserne fremkaldes bilateralt middellivlige uden sideforskel, og der findes normalt plantarrespons. Babinski's tåfænomen er negativ.

Patienten angiver bevaret sensibilitet for berøring, smerter, temperatur og vibration bilateralt.

På gulv: Romberg negativ. Kan godt stå på tæer og hæle.

Gangen afvikles naturligt, og patienten går ubesværet rundt.

Der ses upåfaldende linjegang.

Diagnoser: DE06.3A Hashimotos thyreoiditis // Myksødem (for lavt stofskifte)

DG43.0 Hemikrania // Migræne uden aura

DG44.2 Cephalagia // Spændingshovedpine
DF68.0 Psykisk udbygning af somatiske symptomer

2. Evt. skånebehov, herunder hvilke funktioner, du ud fra en lægelig vurdering mener, forsikrede bør blive fritaget for.

[Klageren] er en ...-årig kvinde, som i ..-års alderen har været udsat for et trafikuheld, hvor hun pådrog sig en halsrygdistorsion, der resulterede i kroniske myofascielle smerter cervikalt og kronisk hovedpineproblematik, der i en periode var overlejret af medicininduceret hovedpine.

Har i 1997 fået konstateret 50 % erhvervsevnenedsættelse pga. følger efter piskesmæld, og har igennem mange år kunnet arbejdet som professionel model samtidig med, at hun sideløbende tog anden uddannelse.

Fik i 2000 konstateret Grave's sygdom, der blev medicinsk behandlet i 2006, og fik i 2009 konstateret myksødem (for lavt stofskifte) pga. Hashimotos thyreoiditis (en autoimmun lidelse), hvorfor hun er fast tilknyttet Medicinsk Endokrinologisk ambulatoriet på [hospital] og får behandling med hormontilskud (Euthyrox og Liothyronin).

Der er foretaget en omfattende udredning mhp. evt. psykiatrisk komorbiditet, fordi man mistænkte PTSD, bipolar affektiv sindslidelse, ADD og personlighedsforstyrrelse, som man ifølge det foreliggende journalmateriale ikke fandt nogle holdepunkter for.

I forbindelse med fund af skimmelsvamp i hjemmet fik patienten konstateret astma uden funktionsbegrænsninger, og er i forebyggende behandling med astmamedicin.

Pga. forværring af forud bestående hovedpineproblematik er hun tilknyttet en praktiserende neurolog..., og har i august 2017 fået foretaget MR-scanning af cerebrum, som ifølge patienten viste upåfaldende forhold.

Ved objektiv undersøgelse findes patienten fuldstændig neurologisk intakt, og der er ingen holdepunkter for kranienervpåvirkning, muskelatrofi eller lammelser, koordinationsproblemer eller føleforstyrrelser, og der findes heller ingen muskelfascikulationer eller hyperrefleksi.

Patienten fremstår både objektivt neurologisk og somatisk upåfaldende med normale værdier, og det mest påfaldende i undersøgelsessituationen er hendes øgede taletrang samtidig med, at hun på den ene side forklarer sig i detaljer, og på den anden side mister tråden.

Fra et neurologisk synspunkt ses der umiddelbart ingen væsentlige skånebehov, fordi patientens hovedpineproblematik har været velkendt igennem mere end 20 år, med accentuering her indenfor det sidste års tid, som sandsynligvis kan tilskrives psykisk pres på baggrund af udredningsforløb i forbindelse med undersøgelse for rehabiliteringsteamet.

Patienten kender sine begrænsninger og forværrende faktorer, som udløser nakkesmerter og spændingshovedpine, og det anbefales, at hun i samråd med sin praktiserende neurolog evt. overvejer behandlingsforsøg med forebyggende medicin mod spændingshovedpine og migræne (f.eks. Amitriptylin), for at reducere både antal og intensitet af hovedpinedage.

Hvad patientens stofskiftesygdom angår, kan undertegnede ikke med sikkerhed udtale sig om skånebehov, idet det ligger udenfor det neuromediciniske speciale.

Ud fra det medsendte journalmateriale forstås det sådan, at omfang og sværhedsgrad af undersøgtes funktionsbegrænsninger ikke ses ved andre patienter med hyperthyreose, og at patientens myksødem i henhold til de målte værdier egentlig er velreguleret.

3. Om der er sammenhæng mellem forsikredes opfattelse af skånebehovet og den kliniske undersøgelse. Jeg ønsker en uddybende begrundelse af din vurdering.

Som ovenfor anført fremstår patienten ved somatisk og neurologisk undersøgelse fuldstændig upåfaldende, og hendes fremsatte klager og begrænsninger udspiller sig dermed hverken i hendes adfærd eller i den kliniske undersøgelse.

Både skånebehovet og funktionsnedsættelsen bygger derfor udelukkende på subjektive klager, som ikke kan verificeres ved objektiv undersøgelse.

I hvilket omfang patientens stofskiftelidelse har været egnet til at udløse de ovenfor beskrevne funktionsbegrænsninger er svært at vurdere, og man har derfor gennemført en omfattende udredning i psykiatrisk regi og udelukket bipolar lidelse, ADD og personlighedsforstyrrelse.

Der foreligger efter undertegneds vurdering dog utvivlsomt en væsentlig psykisk udbygning af somatiske symptomer, som i høj grad har medindflydelse på patientens helbredstilstand.

Mange af de fremsatte klager er uspecifikke, diffuse med stor udsving og der foreligger en tydelig diskrepans mellem undersøgtes objektiv fremtræden og den anamnesticke svær funktionsbegrænsning.

Sandsynligvis har en kombination af somatiske og psykosomatiske faktorer udløst en 'kropslig stresstilstand' (som bl.a. kan ses ved 'Bodily Distress Syndrome'), som har resulteret i patientens nuværende tilstand.

[Klageren] har været igennem et jobafklaringsforløb og deltaget i 3 forskellige jobpraktik, hvor hendes funktionsevne blev vurderet som værende svært og varigt nedsat pga. de fremsatte subjektive klager.

4. Om der er udsigt til forbedring/forværring af den aktuelle helbredstilstand. I bekræftende fald ønsker vi dit skøn over tidshorisonten.

Symptomerne har nu stået på igennem lang tid, og der er som anført tale om en meget kompleks problemstilling.

Fra endokrinologisk side er der åbenbart ingen andre behandlingsmæssige tiltag, og fra psykiatrisk side har man ikke fundet behandlingskrævende psykiatrisk lidelse. Tilstanden må derfor anses som værende stationær.

Hvad patientens ledsmerter angår kan man overveje udredning i reumatologisk regi, men derudover er der ikke fundet indikation for yderligere diagnostiske eller terapeutiske tiltag."

Af endokrinologisk speciallægeerklæring af 11/10 2018 fremgår bl.a.:

"Vi har set patienten i vores Ambulatorium, 2 forløb. Hun kom til os i marts 2014 til vurdering af stofskiftet. Hun har for lavt stofskifte på baggrund af tidligere Graves sygdom. Hun klagede over træthed, udmattethed, sveden om natten, koncentrationsbesvær, hukommelsesbesvær og psykisk sårbarhed. Man havde forsøgt at ændre på stofskiftemedicinen, uden at det blev bedre.

Hun havde i perioder fået lidt for meget stofskiftehormon. Her følte hun sig kognitivt bedre fungerende, men blev også mere hyperaktiv og psykisk sårbar. Forsøgte en eksperimentel behandling med kombination mellem T3 og T4, Liothyronin og Euthyrox. På den behandling blev patienten thyreotoksisk, blev faktisk ret dårlig af det og var kortvarigt indlagt på Hjertemedicinsk Afdeling til overvågning. Vi regulerede i behandlingen, reducerede dosis af T3, herefter euthyroid og blev afsluttet til videre kontrol hos egen læge.

Genhenvist i 2017, da den praktiserende læge ikke ville varetage T3 behandling. Min vurdering har været, at hun ikke har gavn af T3 og jeg har anbefalet, at hun trapper ud af behandlingen og behandles med ren T4. Får nu en ganske lille dosis T3, men synes ikke, at hun kan undvære det.

I forløbet har patienten været til undersøgelse flere forskellige steder; der er konstateret astma, hun er velbehandlet for dette, har været til kontrol hos kardiologerne. Vi ser et mønster af, at [klageren] har det godt mentalt med, at stofskiftet ligger højt i normalområdet, men det kniber, at hun kan tåle det fysisk, hun får hjertebanken og stress-symptomer.

Omvendt føler [klageren] sig meget træt, når hendes stofskifte ligger i normalområdet. Jeg anbefaler, at man holder stofskiftet højt i normalområdet, det vil sige at TSH skal være normal/lavt i normalområdet.

Aktuelt virker stofskiftet velbehandlet med TSH 0,8. Patienten oplever, at hun er blevet syg, siden hun fik stofskiftesygdom i 2009. I den periode jeg har set [klageren], er hun ikke blevet hverken værre eller bedre. Hun fremstår altid levende, nærværende, velsoigneret og overskudsagtig.

Hun har haft symptomer i forløbet, som jeg tolker som lette thyreotoksiske symptomer, især med hovedpine, hjertebanken og migræne. Forhøjet stofskifte kan også give træthed, ligesom for lavt stofskifte kan. For højt og for lavt stofskifte kan også give humørsvingninger. Herinde har patienten altid virket vågen, nærværende, nogle gange lidt hektisk, og især når stofskiftet ligger højt.

Hun har nok en speciel personlig fremtræden. Hun er meget talende, går meget i detaljer, også om emner som ikke har noget med konsultationen at gøre.

Hun kan være svær af korrigere og få tilbage på sporet. Pt. oplever selv, at hun har været syg lige siden 2009. I den periode jeg har set hende, er der ikke sket nogen væsentlig ændring, kun i de perioder hvor stofskiftet har ligget for højt, da har hun fungeret dårligere - men så snart stofskiftet bliver lidt lavere, klager [klageren] over træthed.

Min vurdering er, at stofskiftet er optimalt behandlet. Jeg tror, det vil være bedre for [Klageren] at undvære T3 fuldstændigt, idet det kan give fluktuationer i stofskiftehormonerne. Som jeg ser det, har hun ikke godt af at have for højt stofskifte, men det skal selvfølgelig holdes på plads.

Jeg har ikke kendt [klageren] fra tidligere, så kan ikke vurdere, om hun var helt anderledes fungerende tidligere, men i hvert fald har hun været uændret i den tid, jeg har set hende.

Hendes stofskiftesygdom er ikke speciel vanskelig at behandle, men patienten har nok en vis præference for at ligge højt i stofskifte, men får samtidig fysisk negative symptomer af at ligge så højt.

Skånebehov:

Der er ikke nogen specielle skånebehov for [klageren], hun kan ud fra et helbredsmæssigt hensyn gøre det arbejde, hun har kræfter til.

Vedrørende sammenhæng mellem [klagerens] opfattelse af skånebehov og klinisk undersøgelse:

Ved klinisk undersøgelse har [klageren] egentlig et normalt stofskifte.

Hun har nogle symptomer, som ikke kan objektiviseres og derfor kan jeg ikke se, at der skulle være bestemte skånebehov.

Stofskiftet ligger normalt. På trods af det fortæller patienten, at hun har det meget dårligt - der er altså ikke sammenhæng.

Udsigt til forbedring/forværring i aktuelle helbredstilstand:

[Klageren] har for lavt stofskifte og hun får brug for behandling med stofskiftehormon livslangt, det skal justeres løbende, men det ligger faktisk godt. Jeg tror ikke, at yderligere justering med stofskiftehormon forbedrer hendes tilstand.

[Klageren] oplever selv, at hun var en helt anden person, inden hun i første omgang blev syg med stofskiftesygdom - det kan jeg hverken be- eller afkræfte."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"Dækning ved tab af erhvervsevne

...

Når den forsikrede har et midlertidigt tab af erhvervsevne

Et midlertidigt tab af erhvervsevnen vil sige, at den forsikrede ikke er i stand til at passe sit arbejde som hidtil i en periode. Før vi udbetaler en dækning, vurderer vi derfor erhvervsevnen ud fra det omfang, forsikrede kan passe sit arbejde - se dækningsoversigten.

Erhvervsevnen afgøres blandt andet på grundlag af en erklæring fra en læge, som vi vælger. Vi udbetaler kun dækning ved et midlertidigt tab af erhvervsevne, hvis den forsikrede har haft arbejde inden for det sidste år før den 1. sygedag - eller skadedagen, hvis tabet af erhvervsevnen skyldes en ulykke.

Udbetaling efter reglerne om midlertidigt tab af erhvervsevne

Udbetalingen starter, når den forsikredes erhvervsevne har været sat ned uafbrudt i det antal måneder, der står i dækningsoversigten (karensperioden). Vi udbetaler ikke en dækning efter reglerne om midlertidigt tab af erhvervsevne, når en af de følgende betingelser gør sig gældende.

- Den forsikrede kan igen passe sit arbejde.

- Det midlertidige tab af erhvervsevne har været halvandet år fra karensperiodens start.
- Vi vurderer, at tabet af erhvervsevne er længerevarende, og at udbetalingen kan fortsætte efter reglerne herfor.
- Dækningen ophører.

Vurdering af om tabet af erhvervsevne er længerevarende

Når vi skønner, at den forsikredes tilstand er blevet tilstrækkelig stabil, vurderer vi, om tabet af erhvervsevnen fremover skal betragtes som længerevarende. Det er en forudsætning, at den forsikrede fortsat er sygemeldt. På baggrund af helbredsoplysninger, herunder eventuelt en erklæring fra en læge, som vi vælger, vurderer vi, om erhvervsevnen længerevarende er sat så meget ned, at der ifølge dækningsoversigten er ret til udbetaling.

Imidlertid vurderer vi altid den forsikredes fremtidige erhvervsevne, når hans/hendes midlertidige tab af erhvervsevne har været halvandet år. Vi kan dog vælge at udskyde vurderingen i et begrænset tidsrum en eller flere gange. I så fald fortsætter udbetalingen efter reglerne om midlertidigt tab af erhvervsevne.

Selvom den forsikrede har fået tilkendt offentlig førtidspension eller har ret til et tilbud om fleksjob, kan han/hun ikke nødvendigvis få udbetalt dækningen ved tab af erhvervsevne. Det skyldes, at reglerne for at få førtidspension og fleksjob ikke er de samme som reglerne for, hvornår man har ret til udbetaling af dækningen.

Når den forsikrede har et længerevarende tab af erhvervsevne

Når vi vurderer, om tabet af erhvervsevnen fremover er længerevarende, laver vi en generel vurdering af den forsikredes erhvervsevne.

Først skønner vi, hvor meget den forsikrede kan tjene. Vi tager hensyn til den forsikredes tilstand, tidligere beskæftigelse og uddannelse - og om den forsikrede er egnet til en ny uddannelse, for eksempel ved omskoling, som kan påvirke den forsikredes indtjeningsmulighed.

Derefter sammenligner vi den skønnede indtægt med det, fuldt arbejdsdygtige personer med en tilsvarende uddannelse og alder tjener i samme del af landet. Viser sammenligningen, at den forsikrede efter vores skøn højst kan tjene 1/3 fremover af en almindelig indtægt for personer på samme alder og med en tilsvarende uddannelse i den del af landet, er den forsikredes erhvervsevne sat ned med 2/3.

Når vi laver vores skøn over indtægten

- vurderer vi ikke situationen på arbejdsmarkedet, og om den forsikrede vil blive i stand til at få et job med sin uddannelse
- medregner vi løn og offentlige ydelser samt tilskud, den forsikrede får som led i en beskæftigelsesordning, som for eksempel fleksjob. Det gælder både direkte og indirekte offentlige ydelser og tilskud, den forsikrede får for eksempel via sin arbejdsgiver.

Vi kan når som helst kræve, at den forsikrede dokumenterer, at betingelserne for udbetaling af dækningen er opfyldt. Retten til at få udbetalt efter reglerne om længerevarende tab af erhvervsevne falder væk, hvis vi vurderer, at de nævnte forudsætninger ikke længere er til stede, eller når dækningen ophører."

Nævnet udtaler:

Klageren, som er født i 1970'erne, er sygemeldt på grund af en stofskiftesygdom og stress- og depressionssymptomer. Hun har ligeledes piskesmældsgener efter et trafikuheld i 1995. Klageren har været igennem flere praktikforløb, hvor hun startede med at arbejde 10½ time om ugen og endte på 2 timer ugentligt. Hun blev i 2018 bevilliget fleksjob med en ugentlig arbejdstid på 2 timer.

Selskabet har ydet midlertidig dækning for tab af erhvervsevne i perioderne fra den 15/5 2011 til den 11/4 2012 og fra den 24/5 2014 til den 1/6 2018, hvor dækningen stoppede, idet selskabet overgik til en vurdering af klagerens generelle erhvervsevne, som selskabet vurderede ikke var dokumenteret nedsat med mindst halvdelen. Selskabet har anført, at der ikke er nogen lægelig forklaring på klagerens mange gener, at klageren i mange år har været i stand til at arbejde trods flere af de angivne sygdomme, og at der ikke er dokumentation for, at klagerens erhvervsevne er nedsat af helbredsmæssige årsager.

Klageren og ægtefællen har blandt andet anført, at selskabet ikke vil se klagerens reelle helbredssituation/sygdom, uanset hvor kompleks den er. Selskabet ser bort fra en kommunes tilkendelse af 2 timers fleksjob - en kommune der med et hav af fagfolk, vurderinger og undersøgelser har fulgt klageren nøje i 5 år. Klageren er så dårlig og begrænset, at hun knap kan arbejde 2 timer om ugen, og hun varetager kun i stærkt begrænset omfang hjemlige gøremål, hvorfor hun ikke er 50 % arbejdsdygtig. At speciallæger ikke kan give en direkte årsag til klagerens helbred, er ikke ensbetydende med, at klageren ikke er ramt af sygdom. Klagerens helbredsmæssige nedtur gennem de sidste 10 år viser, at klageren hver dag lever med en ubarmhjertig, kompleks og langvarig sygdom, hvor det, som andre tager for givet, ikke længere er muligt for hende.

Af brev af 12/1 2017 fra overlæge på medicinsk afdeling fremgår det, at "min vurdering er at [klageren] påvirkes meget mere end andre patienter, og her kan jeg ikke finde årsag i fysiologien. Jeg tror at der er psykologiske faktorer som gør det svært for [klageren]".

Af psykiatrisk vurdering af 31/5 2017 fremgår det, at "Ifølge borger og borgers mand som har været med til samtalen i dag begyndte hun at have gener i form af 1. taletrang, 2. letafledelighed og 3. let øget energi samtidig med at hun fik konstateret en stofskiftelidelse. Disse symptomer gav også mistanke om en bipolar lidelse. Alle disse symptomer(1,2,3) fremtræder aldrig alene og når det kommer er de altid sammen med altid sammen men de andre kropslige symptomer som borger forbinder med hendes somatiske lidelse. Hun ryster, hun sveder, og hun taber sig. Der er ingen andre psykiske klager heller ikke noget andet der peger i retning af mani eller hypomani. Hun scorer ikke på andre symptomer og på nuværende klager kan en bipolar diagnose ikke stilles. Der er ikke fundet klinisk grundlag til en bipolar diagnose".

Ifølge neurologisk speciallægeerklæring af 25/1 2018 "findes patienten fuldstændig neurologisk intakt, og der er ingen holdepunkter for kranienervpåvirkning, muskelatrofi eller lammelser, koordinationsproblemer eller føleforstyrrelser, og der findes heller ingen muskelfascikulationer eller hyperrefleksi. Patienten fremstår både objektivt neurologisk og somatisk upåfaldende med normale værdier, og det mest påfaldende i undersøgelsessituationen er hendes øgede taletrang samtidig med, at hun på den ene side forklarer sig i detaljer, og på den anden side mister tråden. Fra et neurologisk synspunkt ses der umiddelbart ingen væsentlige skånebehov, fordi patientens hovedpineproblematik har været velkendt igennem mere end 20 år, med accentuering her indenfor det sidste års tid, som sandsynligvis kan tilskrives psykisk pres på baggrund af udredningsforløb i forbindelse med undersøgelse for rehabiliteringsteamet.

Af speciallægeerklæringen fremgår det endvidere, at "Som ovenfor anført fremstår patienten ved somatisk og neurologisk undersøgelse fuldstændig upåfaldende, og hendes fremsatte klager og begrænsninger udspiller sig dermed hverken i hendes adfærd eller i den kliniske undersøgelse. Både skånebehovet og funktionsnedsættelsen bygger derfor udelukkende på subjektive

ve klager, som ikke kan verificeres ved objektiv undersøgelse. I hvilket omfang patientens stofskiftelidelse har været egnet til at udløse de ovenfor beskrevne funktionsbegrænsninger er svært at vurdere, og man har derfor gennemført en omfattende udredning i psykiatrisk regi og udelukket bipolar lidelse, ADD og personlighedsforstyrrelse. Der foreligger efter undertegnede vurdering dog utvivlsomt en væsentlig psykisk udbygning af somatiske symptomer, som i høj grad har medindflydelse på patientens helbredstilstand. Mange af de fremsatte klager er uspecifikke, diffuse med stor udsving og der foreligger en tydelig diskrepans mellem undersøgtes objektiv fremtræden og den anamnesticke svær funktionsbegrænsning. Sandsynligvis har en kombination af somatiske og psykosomatiske faktorer udløst en 'kropslig stresstilstand' (som bl.a. kan ses ved 'Bodily Distress Syndrome'), som har resulteret i patientens nuværende tilstand".

Af endokrinologisk speciallægeerklæring af 11/10 2018 fremgår det, at "I forløbet har patienten været til undersøgelse flere forskellige steder; der er konstateret astma, hun er velbehandlet for dette, har været til kontrol hos kardiologerne. Vi ser et mønster af, at [klageren] har det godt mentalt med, at stofskiftet ligger højt i normalområdet, men det kniber, at hun kan tåle det fysisk, hun får hjertebanken og stress-symptomer. Omvendt føler [klageren] sig meget træt, når hendes stofskifte ligger i normalområdet. Jeg anbefaler, at man holder stofskiftet højt i normalområdet, det vil sige at TSH skal være normal/lavt i normalområdet".

Af speciallægeerklæringen fremgår det endvidere, at "Hun har haft symptomer i forløbet, som jeg tolker som lette thyreotoksiske symptomer, især med hovedpine, hjertebanken og migræne. Forhøjet stofskifte kan også give træthed, ligesom for lavt stofskifte kan. For højt og for lavt stofskifte kan også give humørsvingninger. Herinde har patienten altid virket vågen, nærværende, nogle gange lidt hektisk, og især når stofskiftet ligger højt. Hun har nok en speciel personlig fremtræden. Hun er meget talende, går meget i detaljer, også om emner som ikke har noget med konsultationen at gøre. Hun kan være svær af korrigere og få tilbage på sporet. Pt. oplever selv, at hun har været syg lige siden 2009. I den periode jeg har set hende, er der ikke sket nogen væsentlig ændring, kun i de perioder hvor stofskiftet har ligget for højt, da har hun

fungeret dårligere - men så snart stofskiftet bliver lidt lavere, klager [klageren] over træthed. ... Ved klinisk undersøgelse har [klageren] egentlig et normalt stofskifte. Hun har nogle symptomer, som ikke kan objektiviseres og derfor kan jeg ikke se, at der skulle være bestemte skånebehov. Stofskiftet ligger normalt. På trods af det fortæller patienten, at hun har det meget dårligt - der er altså ikke sammenhæng".

Efter almindelige forsikringsretlige principper er det den, der rejser et krav, der skal bevise rigtigheden heraf.

Nævnet finder efter en samlet vurdering, at klageren ikke har bevist, at hendes generelle erhvervsevne er nedsat i dækningsberettigende grad, og at hun ikke vil være i stand til at arbejde og tjene mere end halvdelen af, hvad der er sædvanligt for fuldt erhvervsdygtige personer med lignende uddannelse og alder.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren har været udredt inden for en række lægefaglige specialer, og at ingen af disse undersøgelser har kunne afklare, hvad der er årsagen til klagerens gener.

Nævnet har også lagt vægt på, at det fremgår af det lægelige materiale, at klagerens gener, funktionsnedsættelse og skånebehov hovedsageligt er baseret på klagerens egne subjektive beskrivelser, og at der ikke kan findes nogen egentlig forklaring herpå.

Nævnet har videre lagt vægt på, at det fremgår af den endokrinologiske speciallægeerklæring, at klagerens stofskiftesygdom er velbehandlet, at klagerens symptomer ikke kan objektiviseres, og at der derfor ikke består nogen skånehensyn som følge af stofskiftesygdommen. Det fremgår af den neurologiske speciallægeerklæring, at mange af de fremsatte klager er uspecifikke, diffuse med store udsving, og at der foreligger en tydelig diskrepans mellem undersøgtes objektiv fremtræden og den anamnesticke svære funktionsbegrænsning. Der er ikke nogen specielle skånebehov for klageren, og hun kan ud fra et helbredsmæssigt hensyn gøre det arbejde, som

Ankenævnet for Forsikring

29.

94272

hun har kræfter til. Endvidere har overlægen på medicinsk afdeling anført, at årsagen til klagerens gener ikke kan findes i hendes fysiologi.

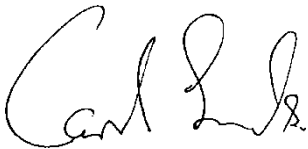
Som følge her

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Svend Bjerg Hansen

Udskriftens rigtighed bekræftes

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Carsten Sennels', written in a cursive style.

Carsten Sennels