

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 16. juni 2021 blev i sag nr. 95687:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Danica Pension, Livsforsikringsaktieselskab
Parallevej 17
2800 Lyngby

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har forsikring ved visse kritiske sygdomme. I klageskema af 21/8 2020 til nævnet har klagerens advokat bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen
Apopleksi.

Selskabet gør gældende, at sikrede ikke opfylder forsikringsbetingelserne, idet sikrede ikke opfylder kriteriet for neurologiske udfaldssymptomer fra nervesystemet af mere end 24 timers varighed.

Klager gør gældende, at han opfylder forsikringsbetingelsernes krav om neurologiske udfaldssymptomer fra nervesystemet af mere end 24 timers varighed, dersom klager som minimum fra d.6/12-19 til og med d.31/1-20 har haft en række dokumenterede neurologiske udfaldssymptomer fra nervesystemet, herunder personlighedsændringer, afasi, endokrine forstyrrelser, apraksi samt koncentrationsbesvær.

Af relevans for sagen henviser vi særligt til kendelserne AK 89.757 og AK 94.063. I øvrigt til kendelserne AK 90.582, AK 91.618, og AK 72.237.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Selskabet tilpligtes til klager at udbetale summen ved kritisk sygdom med tillæg af rente efter FAL §24."

Ankenævnet for Forsikring

2.

95687

Selskabet har i brev af 5/10 2020 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Hvilken forsikring er der tale om?"

Klager blev via sin ansættelse hos [...] blevet omfattet af virksomhedens obligatoriske pensionsordning med forsikringsdækninger, herunder dækning ved visse kritiske sygdomme.

Forsikringen dækker med en engangsudbetaling, såfremt der i forsikringstiden stilles en dækningsberettigende diagnose og øvrige betingelser for udbetaling er opfyldt.

For dækningen gælder Danica Pensions almindelige forsikringsbetingelser for dækning ved visse kritiske sygdomme. Betingelserne vedlægges som bilag 1.

Hvori består uenigheden?

Klager mener, at han opfylder betingelserne for udbetaling ved visse kritiske sygdomme på grund af hjerneblødning, og klager over, at Danica Pension har givet afslag på udbetaling af forsikringssummen.

Det er Danica Pensions opfattelse, at den hjerneblødning, klager har fået påvist, ikke opfylder betingelserne for en dækningsberettigende diagnose ved kritisk sygdom, og at selskabet med rette har afvist at udbetale forsikringssummen.

Sagsfremstilling

Ved anmeldelse af 12. december 2019 ansøgte klager om udbetaling ved visse kritiske sygdomme på grund af en hjerneblødning (bilag 2).

Til brug for behandling af ansøgningen indhentede Danica Pension supplerende oplysninger fra [hospitalet]. Således foreligger journal fra indlæggelse (bilag 3), henvisning til og beskrivelse af MR-scanning (bilag 4). Sidenhen er desuden modtaget kopi af neuropsykologisk undersøgelse (bilag 5).

Indlæggelsesjournal [...] (bilag 3)

Det fremgår, at klager blev indlagt på hospitalet den 6. december 2019 efter at være kørt galt i bil på vej til arbejde.

Under indlæggelsen blev der foretaget objektiv neurologisk undersøgelse, der viste normale forhold, herunder upåfaldende tale uden tegn til afasi (tab af taleevnen) eller dysartri (talevanskeligheder) (bilag 3, side 1m).

Det fremgår, at traumescanning foruden sammentrykninger på rygsøjlen viste en spontant opstået mindre blødning i hjernen (ICH).

I journalen er beskrevet, at en blødning med den givne placering ikke umiddelbart giver fokale, neurologiske udfald (bilag 3, side 1n).

MR-scanning af 9. december 2019 (bilag 4)

Af oplæg til MR-scanning fremgår det, at der er tale om en [...], som opførte sig aparte om morgenen samme dag og kørte galt på vej til arbejde. Beskrevet urolig og forvirret i ambulancen.

Det fremgår, at der objektivt ingen fokale, neurologiske udfald var til stede.

MR-scanningen bekræftede i øvrigt fund om mindre spontan blødning i hjernen, som også blev påvist ved traume-CT-scanning.

Neuropsykologisk undersøgelse af 30. januar 2020 (bilag 5)

Klager deltog i neuropsykologisk undersøgelse grundet mistanke om kognitive forandringer.

Neuropsykologen foretog enkelte neuropsykologiske tests og konstaterede kognitive symptomer af lettere grad. Neuropsykologen bemærkede ud over korsetstøtte ikke fysiske og ej heller sproglige vanskeligheder.

Selskabets begrundelse for at fastholde afgørelsen

Af forsikringsbetingelserne fremgår det, at hjerneblødning vil være dækket af forsikringen, når

- der er tale om en akut opstået hjerneskade, som giver lokaliserede (fokale) udfaldssymptomer fra nervesystemet af mere end 24 timers varighed.
- Skaden skyldes spontan blodansamling opstået på grund af en misdannelse i hjernens kar eller en pulsåre, der er bristet.
- Diagnosen er stillet på en neurologisk eller neurokirurgisk afdeling eller af en speciallæge i neurokirurgi.
- Skaden er påvist med en CT-/MR-scanning.

Ved vurdering af, om klager opfylder betingelserne for udbetaling af forsikringssum ved visse kritiske sygdomme lægger Danica Pension vægt på, at klager ved CT- og MR scanning har fået påvist en mindre blødning i hjernen.

Danica Pension lægger vægt på, at en blødning med den givne placering i hjernen sædvanligvis ikke giver lokaliserede (fokale) udfaldssymptomer fra nervesystemet, og da heller ikke har gjort det i det konkrete tilfælde (bilag 3, side 1, og bilag 4).

Sagen har været forelagt Danica Pensions interne lægekonsulenter med speciale i neurologi flere gange. Lægekonsulenterne bemærker, at der ikke er beskrevet lokaliserede, neurologiske udfaldssymptomer.

Lægekonsulenterne uddyber, at der skal være symptomer, der peger på en bestemt lokalisation i hjernen, hvilket der ikke er i det konkrete tilfælde. Aparte adfærd, forvirrethed og øvrige kognitive symptomer, som er beskrevet, kan ikke knyttes til en blødning et bestemt sted i hjernen og er af denne grund ikke lokaliserede (fokale) udfaldssymptomer fra nervesystemet.

Lægekonsulenten oplyser, at fokalneurologiske symptomer eksempelvis er lammelser, manglende sprog, ensidige føleforstyrrelser og ansigtslammelser, der kan knyttes til skadens lokalisation i hjernen. Lægekonsulenten bemærker, at der ikke er konstateret sådanne fokalneurologiske symptomer i det konkrete tilfælde trods det, at der er en synlig, spontan blødning.

På denne baggrund er det Danica Pensions opfattelse, at der i det konkrete tilfælde er tale om en hjerneblødning, der ikke har givet lokaliserede (fokale) udfaldssymptomer fra nervesystemet af

mere end 24 timers varighed, og at der af denne grund ikke er anledning til udbetaling af forsikringssummen.

Klagers anbringende om, at han har haft symptomer i form af personlighedsændring, afasi (tab af taleevne), endokrine forstyrrelser, apraksi (nedsat eller svigtende evne til at udføre indlærte handlinger), og koncentrationsbesvær kan ikke føre til andet resultat.

Danica Pension bemærker, at der ikke ses at være lægelig dokumentation for hverken personlighedsændring eller talevanskeligheder. Det bemærkes, at hverken neurolog eller neuropsykolog ved deres undersøgelser bemærkede tale- eller sproglige vanskeligheder (bilag 3, side 1m og bilag 5).

Det er uklart, hvad klager mener med at have endokrine forstyrrelser. Danica Pension bemærker dog samtidig, at endokrinologi betegner læren om hormoner og hormonbetingede sygdomme, og at denne er uden sammenhæng med udfaldssymptomer fra nervesystemet. Endokrinologiske symptomer opfylder pr. definition ikke betingelser om lokaliserede (fokale) udfald fra nervesystemet.

Det er uklart, hvad klager mener med at lide af apraksi. Det er Danica Pensions opfattelse, at der ikke er tegn herpå i de foreliggende lægelige oplysninger.

Som tidligere nævnt er det Danica Pensions opfattelse, at koncentrationsbesvær er et generaliseret kognitivt symptom, der ikke kan relateres til en skade et bestemt sted i hjernen, og af denne grund ikke opfylder forsikringsbetingelsernes krav om lokaliserede (fokale) udfaldssymptomer fra nervesystemet.

Danica Pension bemærker, at selskabet anerkender, at kognitive symptomer kan være lokaliserede (fokale) udfald fra nervesystemet på en grund af en hjerneblødning. Dette kræver imidlertid, at der er medicinsk sammenhæng mellem symptomerne og den påviste blødning.

Kroppens funktioner styres fra forskellige områder i hjernen. Alt efter, hvor en blødning er placeret i hjernen, vil respektive kropslige funktioner blive påvirket. På denne måde konstateres, om der er sammenhæng mellem en hjerneblødning med en given placering og efterfølgende symptomer.

De kognitive symptomer, der omtales i nærværende sag, kan ikke henføres til en skade et bestemt sted i hjernen (er uspecifikke), og er af denne grund ikke lokaliserede (fokale) udfald fra nervesystemet.

Den fremlagte ankenævnspraksis

Danica Pension har på baggrund af den fremlagte praksis stillet supplerende spørgsmål til selskabets interne lægekonsulent med speciale i neurologi.

Spørgsmål 1: Hvad er diagnosekriterierne for apopleksi?

Lægekonsulentens svar:

Af Lægehåndbogen fremgår følgende:

Pludseligt indsettende fokale neurologiske udfald forårsaget af forstyrrelser i hjernens blodcirkulation, hvor symptomerne består ud over 24 timer.

(<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/lægehaandbogen/hjerte-kar/tilstande-ogsygdomme/apopleksi-og-tia/apopleksi-og-tia-tci/>)

Spørgsmål 2: Hvad forstås ved lokaliserede (fokale) udfald fra nervesystemet/neurologiske udfaldssymptomer?

Lægekonsulentens svar:

Af Lægehåndbogen fremgår følgende:

Med fokale neurologiske symptomer forstås:

- Nedsat kraft (hemiparese) eller klodsethed i en side af kroppen
 - Lammelse af nederste ene ansigtshalvdel (central facialisparese)
 - Sprogforstyrrelser: afasi – vanskelighed med at udtrykke sig sprogligt eller forstå sprog
 - Sprogforstyrrelser. Dysartri – vanskelighed ved at artikulere tydeligt og forme ordene
 - Nedsat sensibilitet i en halvdel af kroppen
 - Tab af syn på det ene øje, helt eller delvist. Tab af en del af synsfelt – hemianopsi, kvadrantanopsi. Forbigående synsforstyrrelse på grund af iskæmi i retina kaldes amaurosis fugax.
- (<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/lægehaandbogen/hjerte-kar/tilstande-ogsygdomme/apopleksi-og-tia/apopleksi-og-tia-tci/>)

Spørgsmål 3: Hvilke er de typiske (oftest forekommende) lokaliserede udfald fra nervesystemet på grund af apopleksi?

Lægekonsulentens svar:

Pludseligt opstået halvsidig lammelse og føleforstyrrelse, sprogforstyrrelse, ensidig ansigtslammelse, ensidigt nedsat syn. Enten isoleret set eller i kombination. Der kan også være mentale eller kognitive forstyrrelser, men de skal være ledsaget af et eller flere af de forannævnte symptomer og altid opstå pludseligt samtidig med disse.

Spørgsmål 4 og 5: Er kognitive symptomer i sig selv tilstrækkelige til at dokumentere apopleksi? Hvornår kognitive symptomer henregnes som et lokaliseret udfald fra nervesystemet på grund af apopleksi, og hvornår der er tale om et generaliseret symptom som følge af en påvirkning af hjernen?

Lægekonsulentens svar:

Ikke efter den gængse definition (se ovenfor). Årsagen er, at kognitive symptomer kan ses ved en lang række andre neurologiske lidelser (demens, parkinsons sygdom, epilepsi og andre hjerneska-der end apopleksi. Desuden kan kognitive symptomer også ses ved en lang række medicinske og psykiatriske sygdomme. Hvis man tænkte sig, at man blot accepterede kognitive symptomer som apopleksi, kan man med andre ord komme til at dække 'alt for bredt'. Derfor vil man have, at der skal være sikre symptomer eller tegn, der i lægelig forstand peger hen imod et bestemt område (=fokalt) af hjernen. Apopleksi er definitorisk en fokal hjernesygdom lokaliseret til et bestemt sted i hjernen modsat f. eks. demens, der rammer generelt i hjernen. Man kan også sige, at de kognitive symptomer (koncentration, overblik, hukommelse, træthed mv.) ikke leder et bestemt sted hen i hjernen, men snarere er koblet til en udbredt (ikke-lokaliseret) hjernepåvirkning. Derfor er kognitive symptomer isoleret set ikke apopleksi.

Den fremlagte praksis kan ikke føre til en ændret vurdering i det konkrete tilfælde.

Konklusion

Danica Pension fastholder, at der ikke er tale om en hjerneblødning, der har givet lokaliserede (fokale) udfald fra nervesystemet af mere end 24 timers varighed, og at selskabet med rette har afvist at udbetale forsikringssum ved visse kritiske sygdomme."

Klagerens advokat har i brev af 26/10 2020 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabets høringssvar af 5.oktober 2020

...

I forbindelse med ovenstående skal vi indledningsvis gøre Nævnet opmærksom på, at de af selskabet fremlagte fortolkninger af apopleksi og fokale udfaldssymptomer mestendels er foretaget af selskabets egen internt ansatte lægekonsulent, hvorfor fortolkningerne ikke nødvendigvis kan tillægges stor værdi. Endvidere, at det følger af både World Health Organization (WHO) og Sundhedsstyrelsen (SST) definitionen af diagnosen Apopleksi, at det i selve diagnosen er indeholdt, at der har været pludseligt indsættende fokal-neurologiske udfald over 24 timers varighed. Fokale neurologiske udfald af mere end 24 timers varighed er således ifølge WHO og SSTs nationale retningslinjer, en direkte forudsætning for at diagnosen apopleksi kan stilles. I modsat fald er der ifølge WHO's klassificering tale om TCI. En diagnose som ikke er stillet i nærværende sag. I nærværende sag er der tale om en ICH, som ifølge den neurologiske nationale behandlingsvejledning er forbundet med den dårligste prognose af alle Apopleksi-patienter. Ved ICH er netop lokation i hjernen en del af alvorligheden. I Sundhedsstyrelsen nationale retningslinjer skal diagnosen Apopleksi altid indeholde lokaliserede symptomer som varer ved udover 24 timer. I modsat fald er diagnosen også her, TCI. Efter WHO og sundhedsstyrelsen definitioner, da opfylder klager selskabets forsikringsbetingelser i nærværende sag dersom klager har fået stillet diagnosen, ICH, som er en apopleksi-diagnose af særlig alvorlig karakter.

I forlængelse af ovenstående gør vi endvidere gældende, at der ved tegning af forsikring for kritisk sygdom må anses for forudsat af sikrede, at han kan opnå forsikringsdækning, såfremt diagnosen stilles ud fra diagnosticeringsmetoder, der er anvendt af det lægefaglige personale. I nærværende tilfælde Apopleksi som ifølge WHO og SST er en diagnose indeholdende fokal-neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed. Således vil en udvidet fortolkning af betingelsen give et fortolkningsresultat, der er bedre stemmende med den naturlige forståelse af dækningspligten, end hvad der følger af en strikt ordlydsfortolkning i forsikringsselskabets betingelser. Nævnet har da også tidligere udtrykt enighed heri, navnlig i AK 89.478, hvori Nævnet fandt, at diagnosekravene bør afspejle udviklingen i almindelige lægevidenskabelige anbefalinger og praksis, og at diagnosekrav efter omstændighederne må fortolkes indskrænkende i lyset af de aktuelle lægevidenskabelige anbefalinger, da forsikringsdækningerne ellers risikerer at miste deres indhold.

Endvidere, da vi skal vi bestride, at der ikke er fundet fokal-neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed i nærværende sag. Fra skadedatoen den 6.december 2019 til og med den 31.januar 2020, kan klager påvise en række neurologiske udfaldssymptomer fra nervesystemet, herunder personlighedsændringer, afasi, apraksi, samt koncentrationsbesvær. Blandt andet Afasi fremgår direkte af Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings definition af fokale neurologiske symptomer. Afasi (vanskeligheder med at udtrykke sig sprogligt eller forstå sprog) er dokumenteret i bilag F, hvoraf det fremgår, at klager rent sprogligt udtrykker sig hurtigere og ude af tangent. Klinisk, da vurderer Neuropsykologen, at klager ganske rigtigt har en tendens til at gå ud ad tangent. Endvidere, da valgte man at foretage en række neuropsykologiske tests. Disse viste blandt andet, at klager havde visio-konstruktive vanskeligheder. Disse kan betegnes som Apraksi (Nedsat eller svigtende evne til at udføre handlinger eller bevægelser i hensigtsmæssig rækkefølge) eller

Ataksi (Vanskeligheder med at koordinere bevægelser.), dersom klager i testen skulle lægge mønstre ud over en ramme. I forlængelse heraf konkluderer Neuropsykologen, at testresultaterne overordnet set viste, at klager havde en nedsat evne til at fastholde og bearbejde informationer, havde et nedsat tempo ved krav om vedvarende opmærksomhed, foruden de visio-konstruktive vanskeligheder. Alene det faktum at klager ikke kunne udtrykke sig sproglig som vanligt påviser, at klager havde neuro-fokale udfaldssymptomer. Dette finder endvidere støtte med testen med rammen, som viste koordinationsvanskeligheder (Ataksi) eller nedsat evne til at udføre handlinger eller bevægelser (Apraksi). Ataksi fremgår i øvrigt også under Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings definition af fokale neurologiske symptomer. Slutteligt, så fremgår både Ataksi og Afasi også af definitionen på sundhed.dk.

På dagen for hændelsen, den 6/12-19 er klager konfus og ukoncentreret idet han usædvanligt kører for tidligt på arbejde, kører forkert på vejen dertil, for i sidste ende at køre galt. Samme dag, påvises der på CT-skanning en hjerneblødning. Denne vurderes at være indtrådt forud for ulykken. D.7/12-19, vurderes fortsatte kognitive vanskeligheder. MRC viser d.9/12-19, viser fortsat ICH (spontan akut opstået hjerneblødning). Det gentages, at hjerneblødningen indtraf forud for ulykken d.7/12-19. Aktuelt, pr.30/1-20, er der fortsat kognitive udfald i form af øget søvnbehov og behov for hvile, samt mindre personlighedsmæssige forandringer. Kognitivt vurderes sikrede at være lidt langsommere end før hjerneblødning, og usikker i form af nedsat evne til at danne sig overblik. Sproglige vanskeligheder i mindre grad samt grådlabilitet i mindre grad.

I forlængelse heraf, må jeg gøre Nævnet opmærksom på, at følgerne efter en hjerneskade hænger sammen med hvem den ramte er som person og af det liv, som han har levet før skaden. Med andre ord, så kan to mennesker der begge rammes af apopleksi i højre parietallap, have forskel i de vanskeligheder der viser sig. Selskabet kan således ikke oplyste en række fokale kognitive udfaldssymptomer som det mener udgør de rette fokale følger efter apopleksi i højre parietallap. I særdeleshed ikke henset til både WHO og SSTs definitioner, som selskabet vanskeligt kan siges at være hævet over.

For så vidt angår selskabet påstand om, at der ikke ses at være lægelig dokumentation for hverken personlighedsændring eller talevanskeligheder, samt at hverken neurolog eller neuropsykolog ved deres undersøgelser bemærkede tale- eller sproglige vanskeligheder, må vi bestride dette, dersom disse følger fremgår af journalmaterialet. Af journalmaterialet fremgår det blandt andet, at klager D.7/12-19, vurderes fortsatte kognitive vanskeligheder. MRC viser d.9/12-19, viser fortsat ICH (spontan akut opstået hjerneblødning). Det gentages, at hjerneblødningen indtraf forud for ulykken d.7/12-19. Aktuelt, pr.30/1-20, er der fortsat kognitive udfald i form af øget søvnbehov og behov for hvile, samt mindre personlighedsmæssige forandringer. Kognitivt vurderes sikrede at være lidt langsommere end før hjerneblødning, og usikker i form af nedsat evne til at danne sig overblik. Sproglige vanskeligheder i mindre grad samt grådlabilitet i mindre grad. De neurologiske tests viste bla. visuo-konstruktive vanskeligheder, en nedsat evne til at fastholde og bearbejde information i arbejdshukommelsen, nedsat tempo ved vedvarende opmærksom, hvilket er at sidestille med koncentrationsbesvær. Samlet set synes klager som minimum at have ført bevis for det neuro-fokale udfaldssymptomer afasi. Afasi er ifølge AES et neuro-fokalt udfaldssymptom.

Selskabet gør gældende, at det er uklart hvad der menes med klagers Apraksi. Selskabet er af den opfattelse at denne følge ikke dokumenteret. I den forbindelse henviser jeg til ovenstående argumentation, hvoraf det blandt andet kan udledes at klager ved de neuropsykologiske tests udviste tegn på Apraksi.

For så vidt angår de spørgsmål som selskabet har stillet til dets egen intern ansatte lægekonsulent, da skal vi fremkomme med vores bemærkninger hertil i det følgende.

Ad 1. Hertil skal vi erklære os enige i selskabets lægekonsulents gengivelse af diagnosekriterierne for Apopleksi, dersom det er den selvsamme definition vi har anvendt i vores argumentation øverst. Navnlig, at det i denne definition er indeholdt, både af World Health Organization (WHO) og Sundhedsstyrelsen (SST), at der har været pludseligt indsættende fokal-neurologiske udfald over 24 timers varighed. I modsat fald er der tale om TCI. En diagnose som ikke er stillet i nærværende sag. I nærværende sag er der tale om en ICH, som ifølge den neurologisk nationale behandlingsvejledning er forbundet med den dårligste prognose af alle Apopleksi-patienter. Ved ICH er netop lokation i hjernen en del af alvorligheden. I Sundhedsstyrelsen nationale retningslinjer skal diagnosen Apopleksi altid indeholde lokaliserede symptomer som varer ved udover 24 timer. I modsat fald er diagnosen også her, TCI. Efter WHO og sundhedsstyrelsen definitioner, da opfylder klager selskabets forsikringsbetingelser i nærværende sag dersom klager har fået stillet diagnosen, ICH, som er en apopleksi-diagnose af særlig alvorlig karakter.

Ad 2. Her fremgår det, at lægekonsulenten tilsyneladende tilslutter sig vores påstand om, at Afasi er et fokal-neurologisk udfaldssymptom. Dersom Afasi kan påvises i journalmaterialet (se argumentation øverst), samt henset til at selskabet i den første del af deres høringssvar synes at være af den overbevisning, at det alene er manglende sprog der konstituere fokal-neurologiske udfaldssymptomer, da kan det undre, at selvsamme lægekonsulent i spørgsmålet tilkendegiver, at også artikulation og forståelse af sprog er et udtryk for et neuro-fokalt udfaldssymptom, men så alligevel afviser at klager har udvist symptomer herpå. Klager har som bekendt dokumenteret, at klager rent sprogligt udtrykker sig hurtigere og ude af tangent og at han klinisk er vurderet til at gå ud ad tangent (artikulation). Derudover, så er det ikke kun de af selskabets lægekonsulent anførte følger der konstituerer fokal-neurologiske symptomer. Af Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings definition af fokale neurologiske symptomer fremgår også Ataksi, som klager påviseligt med rammetesten med rammen, hvorved klager udviste koordinationsvanskeligheder.

Ad 3. Lægekonsulenten tilkendegiver, at blandt andet sprogforstyrrelser, enten isoleret eller i kombination med mentale eller kognitive forstyrrelser, konstituerer lokaliserede udfald fra nervesystemet på grund af Apopleksi. I nærværende sag har klager påvist sprogforstyrrelse og andre kognitive forstyrrelse. Klager opfylder således isoleret set og i kombinationen, selskabets egen opfattelse af lokaliserede udfald fra nervesystemet på grund af Apopleksi.

Ad 4 og 5. Her synes lægekonsulenten at fremkomme med en række differentialdiagnoser til Apopleksi, som underforstået, må være dem som klager i nærværende sag har lidt af. Sagen er blot den, at klager havde en ICH diagnose, som er en særlig alvorlig grad af Apopleksi. Det synes derfor urimeligt, og i øvrigt udokumenteret, at antage at klager har haft en anden diagnose end Apopleksi. I den sidste del af spørgsmålet kan man læse, at lægekonsulenten tilkendegiver, at Apopleksi definitorisk er en fokal hjernesygdom lokaliseret et bestemt sted i hjernen, hvorefter lægekonsulenten vel sagtens må være enig med klagers påstand om, at han jf. WHO og SST, og nu også lægekonsulenten selv, opfylder selskabets betingelse om lokaliserede (fokale) udfaldssymptomer fra nervesystemet.

Dersom selskabet synes at være af den overbevisning, at de af klager anførte kendelse ikke kan finde anvendelse i relation til nærværende sag, da skal vi i det følgende redegøre for, hvorfor de netop finder anvendelse i relation til nærværende sag.

AK 89.757

Klager fik en blodprop i hjernen. Selskabet afviste reelt set på samme grundlag som i nærværende sag. Navnlig, at klager ikke havde nogle neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed, herunder at disse ikke er dokumenteret i patientjournalen samt at en del af udfaldssymptomerne ikke har karakter neurologiske udfaldssymptomer.

Nævnet fandt, at klager opfyldte forsikringsbetingelsernes krav om objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed, dersom den neurologiske vurdering foretaget mere end halvanden måned efter indlæggelsen, indikerede, at der var tale om et langstrakt forløb som strakte sig over 24 timer med fluktuerende symptomer. Tilsvarende må siges at gøre sig gældende i nærværende sag. Både for så vidt angår fraværet af umiddelbar dokumentation for udfaldssymptomer fra indlæggelsesdatoen, men også konklusionen fra den Neuropsykologiske vurdering cirka 1 måned efter indlæggelsen, som tydeligt påviste, at klager i nærværende sag havde haft et langstrakt forløb med neuro-fokale udfaldssymptomer over 24 timers varighed.

AK 94.063

Klager fik en blodprop i hjernen. Selskabet afviste klager med, at symptomerne udtrætning og ordfindingsbesvær ikke var at anse som neurologiske udfaldssymptomer og at disse symptomer i øvrigt ikke kunne forklares ud fra det påviste aktuelle infarkt, hvorefter selskabet var berettiget til at afvise klager under henvisning til forsikringsbetingelserne krav om samtidig opståede neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed. Selskabet lagde særlig vægt på, at klagers taleforstyrrelser var intermitterende gener som optræder ved udtrætning. I forlængelse heraf henviste selskabet til Helbred og Forsikrings vurdering for selskabet.

Nævnet fandt, at klager opfyldte forsikringsbetingelsernes krav for dækning. Nævnet vægtede for klager, at der forelå en Neuropsykologisk vurdering som fandt, let ordfindingsbesvær, udtrætning, og koncentrationsbesvær. Endvidere, at der ikke var tvivl om at klager havde haft en blodprop i hjernen, hvilket blev bekræftet af en MR-skanning. Slutteligt, at det samlet bedømt måtte anses for udelukket, at der var anden årsag til klagers symptomer end blodproppen.

I relation til nærværende sag, så findes også her et selskab som påstår, at en række af klagers symptomer ikke er at betragte som dækningsberettigende symptomer samt at disse symptomer ikke kan stamme fra den aktuelle blodprop. I nærværende sag, da forefindes også en Neuropsykologisk vurdering som dokumenterer klagers gener, samt journalmateriale, herunder skanninger, som ikke sår tvivl om blodproppen. Slutteligt, da har klager i nærværende sag ikke haft andre årsager til symptomerne.

AK 90.582

Klager pådrager sig en mindre SAH i hjernen. Selskabet afviser klagers dækningsberettigelsen med, at de ikke finder det godtgjort at klager har haft neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed som følge af en blodprop i hjernen. Klager gør gældende, at hun har haft øget træthed, hovedpine, koncentrationsbesvær og hukommelsesbesvær.

Nævnet fandt, at klager havde bevist at hendes lidelse opfyldte kravet om objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed som følge af blodproppen. Nævnet lagde vægt på, at klager i en lang periode led af symptomerne og at hun i øvrigt senere hen fortsat havde symptomer. Nævnet vægtede afslutningsvis en Neuropsykologisk vurdering, som vurderede, at klagers hukommelsesbesvær et stykke tid efter hændelsen var et udtryk for et udfaldssymptom under henvisning til, at også kognitive skader kan være udfaldssymptomer (jf. i øvrigt AK 72.237)

I relation til nærværende sag, da gør selskabet gældende, at klagers blødning er lille og uden sammenhæng med de påståede udfaldssymptomer. I forlængelse heraf, at de ikke finder det godtgjort, at klager har haft udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed som opfylder forsikringsbetingelsernes punkt herom. I nærværende sag, som i AK 90.582, da har klager blandt andet haft øget træthed, hovedpine, koncentrationsbesvær og hukommelsesbesvær både på dagen for indlæggelsen samt over en længere periode. Det synes endda skærpende i nærværende sag, at klager tillige har haft en lang række symptomer derudover af længere varighed, samt at han har haft en ICH, og ikke blot en mindre SAH i hjernen.

AK 91.618

Klager får en mindre blodprop i hjernen. Selskabet gør gældende, at klager ikke opfylder kravene om objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed. Selskabet henviser blandt andet til dets lægekonsulents vurdering af, at der på skanningen alene er påvist en lille blødning med en placering i hjernen som samlet bevirker, at blodproppen er for mild til, at den ikke kan forårsage neurologiske følger.

Nævnet fandt, at klager opfyldte selskabets forsikringsbetingelser. Nævnet lagde vægt på, at klager var svimmel efter blodproppen og at der på skanningen blev påvist en blodprop. Slutteligt, så lagde Nævnet vægt på den Neurologiske undersøgelse.

I relation til nærværende sag, så påstår selskabets lægekonsulent også her, at blodproppen størrelse og placering i hjernen ikke stemmer overens med udfaldssymptomerne. I nærværende sag forelægger der dels dokumentation for blodproppen dels en undersøgelse der påviser udfaldssymptomerne.

Sammenfattende gøres det således gældende, at selskabet afviser at klager opfylder selskabets forsikringsbetingelsers krav om lokaliserede fokale udfaldssymptomer fra nervesystemet af mere end 24 timers varighed. Afvisningen baserer sig primært på selskabets lægekonsulents fortolkning af hvad der konstituerer lokaliserede fokale udfaldssymptomer og hvordan disse kan opstå og hvordan disse skal dokumenteres. I forbindelse hermed gør vi gældende, at det dels er paradoksalt at selskabets lægekonsulent sår tvivl om hvorvidt klager haft lokaliserede fokale udfaldssymptomer, når lægekonsulenten samtidig erklærer sig enig i klager, SST og WHO's påstand om, at der i diagnosen Apopleksi, som klager utvivlsomt har haft, er indeholdt at klager har indsættende fokale neurologiske udfald over 24 timers varighed, dersom der i modsat fald ikke er tale om Apopleksi, men TCI. Lægekonsulenten må således være af den overbevisning, at klager ikke har haft Apopleksi. Men det har klager utvivlsomt, dersom diagnosen er ICH, er den værste form for Apopleksi. Diagnosen ICH er endvidere forbundet med en lokation i hjernen der gør den særlig alvorlig ifølge den neurologiske nationale behandlingsvejledning, hvilket må så alvorlig tvivl om selskabets lægekonsulents vurdering af, at placering i hjernen umuliggør de anførte symptomer. Lægekonsulentens påstand om blødningens lokations i hjernen ikke kan give de påståede udfaldssymptomer,

synes endvidere at have både Ankenævnets praksis og faglitteraturen imod sig. I forlængelse heraf, så har klager påvist fokal-neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed, både i forhold til de gældende nationale retningslinjer samt dokumenteret ved de lægelige akter. Slutteligt, så har lægekonsulent medgivet, at Afasi er et neuro-fokalt udfaldssymptom. Afasi er dokumenteret af klager i nærværende sag, hvorfor selskabet ikke kan påstå at klager ikke opfylder betingelsernes krav om fokal-neurologiske udfaldssymptomer.

Klager må således fastholde, at han opfylder selskabets forsikringsbetingelsers krav om (fokale) udfaldssymptomer fra nervesystemet af mere end 24 timers varighed."

Selskabet har i brev af 14/1 2020 til nævnet bl.a. anført:

"Denne sag handler om, hvorvidt klager har haft en hjerneblødning, der opfylder kriterierne for diagnosen apopleksi og dermed betingelserne for udbetaling fra forsikring ved visse kritiske sygdomme.

ICH er en blødning i hjernen. Blødninger i hjernen kan give ret til udbetaling fra forsikring ved visse kritiske sygdomme. Forudsætningen herfor er, at blødningen opfylder de diagnostiske kriterier for apopleksi (giver fokalneurologiske udfald af mere end 24 timers varighed).

Benævnelsen ICH (intracerebral hæmoragi) udsiger noget om blødningens placering i hjernen og ikke noget om alvorligheden/sværhedsgraden.

Klagers repræsentant lægger til grund, at klager har haft apopleksi. Det Danica Pensions opfattelse, at der i det konkrete tilfælde ikke er tale om diagnosen apopleksi.

Klagers repræsentant lægger til grund, at det forhold, at klager talte ud ad en tangent, er udtryk for afasi, og at det forhold, at klager ved neuropsykologisk testning viste tegn på visiokonstruktive vanskeligheder, er tegn på ataksi/apraksi.

Danica Pensions lægekonsulent med speciale i neurologi oplyser, at afasi i neurologisk forstand er, når en patient har sproglige vanskeligheder enten indad eller udad, dvs. forståelsesmæssige vanskeligheder i forhold til hvad der bliver sagt til vedkommende (indad), eller ordmobiliseringsbesvær eller uforståelig tale (vrøvler) (udad). Danica Pensions lægekonsulent oplyser, at ændret talemønster, hvor man eksempelvis taler hurtigere eller ud ad en tangent, ikke er afasi.

Danica Pensions lægekonsulent oplyser, at apraksi er forstyrrelser i kropsopfattelsen, og at der er tale om svigt i udførelse af indlærte handlinger, som ikke kan tilskrives lammelser, tab af følesans eller forandringer i knogler, muskler og led. Lægekonsulenten giver som eksempel på apraksi, at man ikke er i stand til at klæde sig korrekt på, og for eksempel tager beklædningsgenstande på forkerte kropsdele.

Danica Pensions lægekonsulent bemærker, at man neuropsykologisk kan teste for apraksi, og at der i den foretagne neuropsykologiske undersøgelse ikke er testet for apraksi.

Danica Pension formoder på denne baggrund, at der ikke har været mistanke om apraksi og finder ikke grundlag for at antage, at der er tale om apraksi.

Danica Pension kan oplyse, at ataksi er vanskeligheder med at koordinere bevægelser, og at symptomet skyldes en læsion i lillehjernen. Danica Pension bemærker hertil, at klagers blødning er placeret i højre hemisfære, hvilken adskiller sig fra lillehjernen.

Danica Pension skal gentage, at det af journal fra [hospital] fremgår, at den konkrete blødning med let perifokalt ødem, umiddelbart ikke vil give fokale, neurologiske udfald (bilag 3, side 1n). Således er det ikke kun Danica Pensions interne lægekonsulent, der vurderer, at en blødning med den givne placering ikke giver lokaliserede (fokale) neurologiske udfald.

Danica Pension skal ligeledes gentage, at såvel undersøgende læge som undersøgende psykolog tog stilling til klagers sproglige færdigheder, og at ingen af dem bemærkede sproglige vanskeligheder, herunder afasi eller dysartri (bilag 1, side 1m, og bilag 5, side 3m).

Konklusion

Danica Pension fastholder herefter, at den blødning, som klager har fået påvist i hjernen ikke har givet symptomer i form af fokalneurologiske udfald, og dermed ikke opfylder forsikringsbetingelsernes krav for en dækningsberettigende diagnose ved visse kritiske sygdomme."

Til dette har klagerens advokat fremsendt brev af 26/2 2021, hvori det bl.a. er anført:

"Vi skal bestride at ICH ikke siger noget om alvorligheden/sværhedsgraden. Følgende fremgår direkte af den nationale behandlingsvejledning ved ICH. (<https://neuro.dk/wordpress/nnbv/om-intracerebral-haemorhagi-ich/>)

'ICH er forbundet med den dårligste prognose blandt alle apopleksier med en mortalitet opgjort til ca. 25 % efter en måned og ca. 40% efter et år. Specielt blødningens lokalisation, størrelsen af hæmatomet og tilstedeværelsen af intraventrikulær blødning er afgørende for prognosen. Generelt har patienter med blødninger beliggende dybt i hjernen eller i hjernestammen dårligere prognose, sammenlignet med patienter med lobær eller cerebellar blødning..'

Og

'Patienterne med intracerebral blødning skal indlægges og monitoreres på en afdeling, der kan tilbyde tværfaglig og specialiseret apopleksi-behandling idet dette er vist at forbedre den samlede prognose for patienterne.. I den subakutte fase vil patienten specielt være i risiko for hydrocephalus, cerebral ødemdannelse og systemiske komplikationer til svær apopleksi. De vigtigste systemiske komplikationer er især risiko for udvikling af infektioner (pneumoni og urinvejsinfektion) samt venøse tromboembolier..'

Og

'Patienter med intracerebral blødning bør på baggrund af ovenstående betragtes som neurologisk ustabile i mindst 24-36 timer efter symptomdebut og overvåges tæt. Da de intrakranielle forhold kan ændre sig betydeligt inden for de første 24-36 timer efter symptomdebut..'

Og

'Kun ca. 25% af patienter med intracerebral blødning er fuldt selvhjulpne efter 3 mdr'

For så vidt angår selskabets påstand om at klager ikke har haft en Apopleksi diagnose, da må jeg henvise til første citat fra den nationale behandlingsvejledning, hvoraf det fremgår, at ICH er for-

bundet med den dårligste prognose af alle Apopleksier. I forlængelse heraf må jeg understrege, at selskabet ikke synes at bestride at klager har haft en ICH. Derudover, så har selskabet ikke tidligere bestridt diagnosen Apopleksi, men blot at de fokale udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed var præsent. Måtte selskabet reelt have været af den overbevisning at klager ikke havde haft en Apopleksi diagnose, da kan den undre at selskabet har behandlet kravet under denne sygdom i forsikringsbetingelserne, og alene har henvist til fraværet af fokale udfaldssymptomer som årsagen til afvisningen af klagers krav.

Af journalmaterialet kan man læse af skanningerne, at disse fortsat viser ICH som bekendt har den dårligste prognose af alle Apopleksier. Ved ICH er netop lokation i hjernen en del af alvorligheden. I Sundhedsstyrelsen nationale retningslinjer skal diagnosen Apopleksi altid indeholde lokaliserede symptomer som varer ved udover 24 timer. I modsat fald er diagnosen TCI. Efter WHO og sundhedsstyrelsen definitioner, da opfylder klager selskabets forsikringsbetingelser i nærværende sag dersom klager har fået stillet diagnosen, ICH, som er en apopleksi-diagnose af særlig alvorlig karakter. (<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/hjerte-kar/tilstande-og-sygdomme/apopleksi-ogtia/apopleksi-og-tia-tci/>)

Selskabets egen lægekonsulent har da også tilkendegivet, at blandt andet sprogforstyrrelser, enten isoleret eller i kombination med mentale eller kognitive forstyrrelser, konstituerer lokaliserede udfald fra nervesystemet på grund af Apopleksi. I nærværende sag har klager påvist sprogforstyrrelse og andre kognitive forstyrrelse. Klager opfylder således isoleret set og i kombinationen, selskabets egen opfattelse af lokaliserede udfald fra nervesystemet på grund af Apopleksi.

Selskabets lægekonsulent er som bekendt fremkommet med en række differentialdiagnoser til Apopleksi, som underforstået, må være dem som klager i nærværende sag har lidt af. Sagen er blot den, at klager havde en ICH diagnose, som er en særlig alvorlig grad af Apopleksi. Det synes derfor urimeligt, og i øvrigt udokumenteret, at antage at klager har haft en anden diagnose end Apopleksi. Idet selskabets lægekonsulent har tilkendegivet, at Apopleksi definitorisk er en fokal hjernesygdom lokaliseret et bestemt sted i hjernen, må lægekonsulenten vel sagtens må være enig med klagers påstand om, at klager jf. WHO og SST, og nu også lægekonsulenten selv, opfylder selskabets betingelse om lokaliserede (fokale) udfaldssymptomer fra nervesystemet. Herefter kan selskabet ikke opretholde dets afvisningsårsag, navnlig at klager ikke har haft lokaliserede (fokale) udfaldssymptomer fra nervesystemet.

Klager må således siges, med den fornødne høje grad af sikkerhed, som kan kræves i den foreliggende sammenhæng, at opfylde kravet i forsikringsbetingelserne om fokale neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed, idet klagers neuropsykologiske undersøgelse dokumenterer klagers gener. Derudover har klager fremlagt journalmateriale, herunder skanninger, som ikke sår tvivl om blodproppen. Slutteligt, da har klager i nærværende sag ikke haft andre årsager til symptomerne. Klager har blivende kognitive skader som synes direkte relateret til blødningsen. Klager har udover enhver rimelig tvivl pådraget sig en apopleksi i december 2019 med personlighedsændringer, afasi, apraksi, samt koncentrationsbesvær og kognitive vanskeligheder til følge.

Sammenfattende gøres det således gældende, at selskabet afviser at klager opfylder selskabets forsikringsbetingelsers krav om lokaliserede fokale udfaldssymptomer fra nervesystemet af mere end 24 timers varighed. Afvisningen baserer sig primært på selskabets lægekonsulents fortolkning af hvad der konstituerer lokaliserede fokale udfaldssymptomer og hvordan disse kan opstå og

hvordan disse skal dokumenteres. I forbindelse hermed gør vi gældende, at det dels er paradoksalt at selskabets lægekonsulent sår tvivl om hvorvidt klager haft lokaliserede fokale udfaldssymptomer, når lægekonsulenten samtidig erklærer sig enig i klager, SST og WHO's påstand om, at der i diagnosen Apopleksi, som klager utvivlsomt har haft, er indeholdt at klager har indsættende fokale neurologiske udfald over 24 timers varighed, dersom der i modsat fald ikke er tale om Apopleksi, men TCI. Lægekonsulenten må således være af den overbevisning, at klager ikke har haft Apopleksi. Men det har klager utvivlsomt, dersom diagnosen er ICH, er den værste form for Apopleksi.

Diagnosen ICH er endvidere forbundet med en lokation i hjernen der gør den særlig alvorlig ifølge den neurologiske nationale behandlingsvejledning, hvilket må så alvorlig tvivl om selskabets lægekonsulents vurdering af, at placering i hjernen umuliggør de anførte symptomer. Lægekonsulentens påstand om blødningens lokations i hjernen ikke kan give de påståede udfaldssymptomer, synes endvidere at have både Ankenævnets praksis og faglitteraturen imod sig. I forlængelse heraf, så har klager påvist fokale-neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed, både i forhold til de gældende nationale retningslinjer samt dokumenteret ved de lægelige akter. Slutteligt, så har lægekonsulent medgivet, at Afasi er et neuro-fokalt udfaldssymptom. Afasi er dokumenteret af klager i nærværende sag, hvorfor selskabet ikke kan påstå at klager ikke opfylder betingelsernes krav om fokale-neurologiske udfaldssymptomer.

Klager må således fastholde, at han opfylder selskabets forsikringsbetingelsernes krav om (fokale) udfaldssymptomer fra nervesystemet af mere end 24 timers varighed."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af journal fra hospital fremgår bl.a.:

"06-12-2019

Årsag til henvendelsen

Overtages fra FAM, hvor pt. er kommet ind som traumekald efter at være kørt galt, efterfølgende smerteklager fra lænden og amnesi for forløb op til.

...

Aktuelle

Findes på traumestuen, hvor pt. ligger med åbne øjne. Angiver at have ondt i lænden, men ikke så slemt i liggende stilling. Herudover let hovedpine, men ingen lammelser eller føleforstyrrelser. Svarer helt relevant og kvikt på spørgsmål. Han har haft hovedpine i et par dage, men ingen anamnese for perakut indsættende og ikke meget voldsom. Ingen kvalme/opkastninger eller synsforstyrrelser. Han er i dag kørt afsted en time for tidligt mod arbejde, hvilket ligner ham dårligt, efter en nat med dårlig søvn. Han kan ikke huske, at han er kørt galt, men vågner op i ambulancen. Her var han urolig og svær at få til at samarbejde, angiver selv at have været forvirret. Har haft ufrivillig vandladning og der ses mærker efter formentlig tungebid på højre tungerand. Der er taget en præhospital A-gas med laktat på 15, i FAM gentaget med værdi 8. Herudover Intet indtag op til episoden d.d.

Objektiv undersøgelse - standard

Bevidsthed: VKO, GCS 15.

Tale: Upåfaldende, ingen tegn til dysartri eller afasi.

Nakkestivhed: Ikke NRS.

Kranienerver: Undersøges systematisk, ingen kraniele udfald.

OE:

Kraft grad 5 over alle led i begge overekstremiteter.

Normal tonus, trofik og egale, diskrete dybe reflekser uden sideforskel.

Normal sensibilitet for stik og berøring.

FNT er upåfaldende.

UE:

Kraft grad 5 over alle led i begge underekstremiteter.

Normal tonus, trofik og egale, diskrete dybe reflekser uden sideforskel.

Normal sensibilitet for stik og berøring.

Ingen Babinski tåfænomen.

Gang og Romberg:

Ej undersøgt grundet smerter.

Ekstremiteter

Parakliniske undersøgelser

Leukocytter 16.9, laktat først på 15 og siden 8. Ellers upåfaldende blodprøver.

Konklusion og plan

[...] ellers i det væsentligste rask har d.d. amnesi op til biluheld, hvor han kører bilen i grøften. Traumescanning viser 3 kompressionsfrakturer, som behandles med korset og smertestillende. Der ses i højre hemisfære en ICH med let perifokalt ødem, som ikke umiddelbart giver fokale, neurologiske udfald. Pt. angiver, at hovedpinen føles som om den passer meget godt med lokalisering af blødningen. Indlægges på N1 til ICH-regime med akut blodtryksbehandling iht. instruks. Der smertebehandles med Pamol 1g x 4 og Tramadol 100mg x 3 i første omgang for pt.s rygfrakturer. Iht. notat ved ortopædkirurg skal han have korset på når han er oppe, der kommer fysioterapeut inden længe for at sætte det på. Der tages venyler og om muligt ekspektorat for de høje leukocytter samt suppleres med N-standard.

Af differentialdiagnostiske årsag og for at sandsynliggøre evt. førstegangs krampetilfælde bestilles MR-scanning af cerebrum.

For smerter:

rp. Pamol 1g x 4

rp. Tramadol 100mg x 3

ICH-regime:

Nimotop iht. gældende instruks

Trandate iht. gældende instruks

Minitran iht. gældende instruks

Ordnation af medicin

rp. venyler

rp. ekspektorat til D+R om muligt

rp. N-standard blodprøver

rp. ICH-regime

...

07-12-2019

BT nydeligt. Der har ikke været behov for trandate eller nimotop. Alene kontrol på minitranplaster.

Kan kigget på CTC som ikke er endeligt signeret. Anamnestisk med dage forud for ulykke med hovedpine kunne godt tale for spontan ICH. Pt. er ikke kendt med hypertension og lokaliseringen er ikke typisk for hypertensionsbetinget ICH. Desuden synes jeg at der er et ikke helt lille hypodensitetsområde i hø. frontallap. Infarkt?

Jeg synes man bør gøre en sekundær gennemgang med neurorad. mandag om denne CTC. Afhængig af denne konference overveje MRC under indlæggelse. Sekundær gennemgang vedr. carotisdissektion traumatisk også.

For nuværende fortsættes aktuelle behandlingsregime. Pt. er vågen og klar. ICH regimet kan overvejes seponeret i morgen."

Af MR scanning af 9/12 2019 fremgår bl.a.:

"Anamnese

Klinisk problemstilling: [Klageren] med et par dages hovedpine, ikke perakut indsættende og voldsom, ingen kvalme eller opkastninger. Opfører sig aparte til morgen, kører galt på vej til arbejde. Beskrives urolig og forvirret i ambulancen, a-gas præhospitalt med laktat på 15. Der har været ufrivillig vandladning og der er spor efter tungebid på hø. tungerand. CTC fra traumescanning viser lobær ICH med let perifokalt ødem i højre hemisfære.

Objektivt: Ingen fokale, neurologiske udfald.

Beskrivelse

Sammenholdt med multitraume CT fra 06.12.19. Fortsat ICH i højre parietallap med perifokalt ødem samt let masseeffekt mod temporalhornet af højre lateralventrikel. Underlæggende ætiologi kan ikke afgøres. Der kan ikke påvises rumopfyldende processer i øvrigt eller frisk infarkt.

På SWI-sekvensen ses følger efter enkelte punktformede blødninger bilateralt overvejende lobært. Der er hæmosiderinaflejring occipitalt venstresidigt, dels i parenkymet men også superficiel siderose. - radiologisk bør mistænkes amyloid angiopati. I centrum semiovale bilateralt ses følger efter lakunære infarkter med substansstab. Flere uspecifikke WM-læsioner bilateralt, Fazekas 2. Fraset ovenstående masseeffekt ses ventrikelsystemet symmetrisk, slankt og midtstillet, frie basale cisterner. På T1W sekvens ses et lille kortikalt kar, formentlig en vene med højt signal på T1W sekvens øget, formentlig betinget af slow flow.

RD:

ICH lobus parietalis dextri

Superficiel siderose samt blødningsfølger occipitalt sin

Følger efter flere mikrobloodninger lobært bilateralt - amyloid angiopati OBS

Infarctus lacunaris hemisphaeri bilateralis cerebri sequelae

Uspecifikke WM-læsioner

Slow flow fænomen i kortikale vene temporooccipitalt dext

Der anbefales kontrol CTC om 1 md, og MR om 3 mdr."

Af neuropsykologisk undersøgelse af 30/1 2020 fremgår bl.a.:

"Neuropsykologisk vurdering

Pt. har været indlagt i december 2019 grundet ICH og der er af ergoterapeut oplevet kognitive forandringer.

Hændelsesforløb:

Den 05.12.19 oplevede pt. en akut indsættende hovedpine. Dagen efter tog han ret usædvanligt af sted en time før normalt på arbejde. Kørte gentagne gange forkert, ville holde ind til siden og kørte galt. Traume CT den 06.12.19 viste en 2,5 x 2,5 x 2 cm parenkymatøs hjerneblødning i højre parietallap. Dertil forkantsfrakturer i L3-L5. Der var amnesi for ca. 20 min forud for ulykken. Den 07.12.19 undersøgt af ergo- og fysioterapeut, hvor der fysisk ikke sås laterale udfald, men kognitive vanskeligheder i mild grad. Der var mistanke om spontan ICH opstået dagen forud, hvorfor der blev foretaget MRC. MRC den 09.12.19 viste fortsat ICH i højre parietallap, tegn på tidligere mindre infarkt i venstre occipitalap, tidligere mindre lakunære infarkter bilateralt samt uspecifikke VM-læsioner. Gav mistanke om amyloid angiopati. Man vurderede, at pt. havde fået hjerneblødningen forud for ulykken. Pt. blev udskrevet med GOP til kommunal genoptræning og eget hjem den 10.12.19 under diagnosen Hjerneblødning.

Aktuelle tilstand:

Spontant fortælle pt. om øget søvnbehov og behov for at sove/hvile hvis han fx har været ude at gå en længere tur. [Ægtefælle] fortæller om tilkommen eftertænksomhed, men ellers ikke aktuelt de store forandringer. Hun oplever at han ligner sig selv i hverdagen og arbejdet fylder stadig meget i tankerne hos pt. Endvidere fortæller [ægtefælle], at pt. under indlæggelse var lidt hurtig på aftrækkeren, ikke helt havde samme filter som vanlig ift hvad han sagde og hvornår samt ej heller vanlig omtanke.

Herefter blev parret systematisk adspurgt om tilkomne vanskeligheder inden for fysiske, kognitive og emotionelle domæner.

Det berettes, at pt. i dag sover 9-10 timer/nat og hviler i løbet af dagen hvor det tidligere var 6-7 timer/nat. Han har smerter, men er ved at være ude af medicinen. Appetit er nedsat; men ingen sansemæssige forandringer.

Kognitivt er tempoet måske blevet lidt langsommere. Oplever ikke koncentrations- og hukommelsesbesvær. Er lidt usikker mht. overblikdannelse, da den ikke er blevet udfordret i mere krævende sammenhænge. Der er nedsat initiativ, hvilket skyldes nedsat fysisk formåen.

Sprogligt er der måske tilkommen en lidt mere hurtig videre i talen og måske lidt mere ud af en tangent, men der har altid været fart på.

Emotionelt berettes om en større eftertænksomhed og tanker om hvad der er vigtigt i livet. Pt. opleves at blive lettere grådlabil, hvilket begrundes med at pt. ikke er vant til at personer bekymrer sig om hans velbefindende. [Ægtefælle] fortæller desuden at pt. er lidt rastløs bl.a. ift. arbejdet. Er lidt som en hest der står i stalden og gerne vil ud.

...

Undersøgelse:

Klinisk indtryk:

I det umiddelbare møde bemærkes korset-støtte grundet forkantsfrakturer L3-L5. Ud over dette bemærkes ingen fysiske eller sproglige vanskeligheder.

Under optagelse af anamnese bemærkes en diskret tendens til at gå ud af en tangent og anløb til gerne at diskutere et emne af perifer relevans i situationen.

Stemmingslejet er overvejende upåfaldende om end der 3-4 gange observeres grådlabilitet hos pt. Grådlabiliteten er letvakt og forsvinder hurtigt igen.

Det bemærkes at overvejelser omkring genoptagelse af arbejde fylder meget hos pt.

Testresultater:

Ud fra kliniske observationer fik ut. en mistanke om, at der kunne være flere kognitive følger end parret havde nævnt, men som ikke har været synlige grundet pt. ikke har genoptaget sit kognitivt krævende job. Derfor valgtes at foretage enkelte neuropsykologiske tests.

Testresultater:

Der er anvendt WAIS IV; pt. er højrehåndet: Talspændvidde Forfra rs:7; ss:8 Bagfra: rs:6 ss:7 D2: GZ:rs:301 sw:83; f:11; GZ-f: rs:290 sw:85 KL:117, sw:90 (Brickenkamp 2002, 40--60år). Blokmønstre: rs:45; ss:11. fra opgave 11 hvor der netop er skiftet fra 4 til 9 klodser ses i alle opgaver kvalitativt tegn på visuo-konstruktive vanskeligheder idet, pt. lægger mønstre ud over 3x3-rammen.

Ovenstående viser nedsat evne til at fastholde og bearbejde information i arbejdshukommelsen, nedsat tempo ved krav om vedvarende opmærksomhed og visuo-konstruktive vanskeligheder.

Konklusion og plan:

Det drejer sig om en nu [...]. Der er henvist til neuropsykologisk vurdering grundet mistanke om kognitive vanskeligheder på baggrund MRC-fund, der den 09.12.19 viste blødning i højre parietallap. Tegn på tidligere mindre infarkt i venstre occipitallap, tidligere mindre lakunære infarkter bilateralt samt uspecifikke VMLæsioner. Dette gav mistanke om amyloid angiopati.

Pt. har de seneste år været [...] og var i færd med at [...]. Han har arbejdet mere end sin aftalte 4-dages arbejdsuge.

Ud fra samtale og få test vurderes, at der er lette følger efter seneste blødning, som vil kunne påvirke og presse pt. i arbejdsudførelse og i mindre grad den hjemlige hverdag. Imidlertid er blødningen tilkommet knap to måneder før aktuelle samtale, hvorfor der i den kommende tid vil forventes en bedring af symptombilledet ligesom pt. inden for kort tid vil være ophørt med indtagelse af morfin. Grundet pt.s arbejdssituation indkaldes pt. til opfølgende samtale og evt. yderligere testning den 31.03.19 kl. 10.00

Anbefalinger:

- Det anbefales, at pt. ikke genoptager erhvervsarbejde før den opfølgende samtale hos neuropsykolog er gennemført
- At pt. i mellemtiden bruger tid på i hjemmet i tiltagende grad at give sig i kast med kognitivt udfordrende opgaver og at [ægtefælle] følger med på sidelinjen."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"6. Blodprop i hjernen eller hjerneblødning (apopleksi)

Forsikringen dækker hjerneskader, hvis der gælder følgende.

- Hjerneskaden opstår akut og giver lokaliserede (fokale) udfaldssymptomer fra nervesystemet, der varer mere end 24 timer.
- Skaden skyldes enten en forsnævring/tillukning af en pulsåre til eller i hjernen eller en blodsamling i eller uden på hjernen. Blodansamlingen skal være opstået spontant på grund af en misdannelse i hjernens kar eller en pulsåre, der er bristet.
- Diagnosen skal være stillet på neurologisk eller neurokirurgisk afdeling eller af en speciallæge i neurologi eller neurokirurgi.
- Skaden skal være påvist ved en CT/MR-scanning.

Forsikringen dækker ikke:

- Tilfældigt opdaget følge efter eventuel tidligere apopleksi ved CT/MR-scanning.
- Transitorisk cerebral iskæmi (TCI)/Transitorisk iskæmisk attack (TIA).
- Diffus hjerneskade forårsaget af kredsløbssygdom i hjernen (demens)
- Blodpropper eller blødninger i den perifere del af nervevævet udenfor hjernen (for eksempel øjne, ører og hypofyse)."

Nævnet udtaler:

Klageren, som er født i 1950'erne, blev den 6/12 2019 indlagt på hospital efter at være kørt galt i sin bil. En traumescanning viste mindre blødning i hjernen (ICH). Den 12/12 2019 søgte han om udbetaling af forsikringssum ved kritisk sygdom.

Klageren har anført, at han opfylder forsikringsbetingelsernes krav om neurologiske udfaldssymptomer fra nervesystemet af mere end 24 timers varighed, idet han som minimum fra den 6/12 2019 til den 31/1 2020 har haft en række dokumenterede neurologiske udfaldssymptomer fra nervesystemet, herunder personlighedsændringer, afasi, endokrine forstyrrelser, apraksi, samt koncentrationsbesvær. Han har anført, at han har fået stillet diagnosen apopleksi, og at det i selve diagnosen er indeholdt, at der har været pludseligt indsættende fokalneurologiske udfald af mere end 24 timers varighed.

Selskabet har afvist at udbetale forsikringssum ved kritisk sygdom, idet der ikke er tale om en hjerneblødning, der har givet fokale udfald fra nervesystemet af mere end 24 timers varighed. Selskabet har anført, at en blødning med den givne placering sædvanligvis ikke giver lokaliserede

de (fokale) udfaldssymptomer fra nervesystemet, og at der ikke er symptomer der peger på en bestemt lokalisation i hjernen. Selskabet har anført, at aparte adfærd, forvirrethed og øvrige kognitive symptomer, ikke kan knyttes til en blødning et bestemt sted i hjernen, og at klagerens gener af denne grund ikke er lokaliserede (fokale) udfaldssymptomer fra nervesystemet. Selskabet har oplyst, at fokalneurologiske symptomer eksempelvis kan være lammelser, manglende sprog, ensidige føleforstyrrelser og ansigtslammelser, der kan knyttes til skadens lokalisation i hjernen. Selskabet har anført, at klageren ikke har fået konstateret sådanne symptomer.

Nævnet bemærker, at det efter almindelige forsikringsretlige principper er klageren, som skal bevise rigtigheden og størrelsen af sit krav.

Af punkt 6 i forsikringsbetingelserne fremgår det blandt andet, at "Forsikringen dækker hjerne-skader, hvis der gælder følgende... Hjerneskaden opstår akut og giver lokaliserede (fokale) udfaldssymptomer fra nervesystemet, der varer mere end 24 timer".

Af journalnotat af 6/12 2019 fra hospital fremgår det, at "**Aktuelle** Findes på traumestuen, hvor pt. ligger med åbne øjne. Angiver at have ondt i lænden, men ikke så slemt i liggende stilling. Herudover let hovedpine, men ingen lammelser eller føleforstyrrelser. Svarer helt relevant og kvikt på spørgsmål. Han har haft hovedpine i et par dage, men ingen anamnese for perakut indsættende og ikke meget voldsom. Ingen kvalme/opkastninger eller synsforstyrrelser... **Objektiv undersøgelse** Tale: Upåfaldende, ingen tegn til dysartri eller afasi... **Konklusion** Der ses i højre hemisfære en ICH med let perifokalt ødem, som ikke umiddelbart giver fokale, neurologiske udfald. Pt. angiver, at hovedpinen føles som om den passer meget godt med lokalisation af blødningen".

Af neuropsykologisk undersøgelse af 30/1 2020 fremgår det, at "**Aktuelle tilstand**... Kognitivt er tempoet måske blevet lidt langsommere. Oplever ikke koncentrations- og hukommelsesbesvær... Sprogligt er der måske tilkommen en lidt mere hurtig videre i talen og måske lidt mere ud af en tangent, men der har altid været fart på. Emotionelt berettes om en større eftertænk-

somhed og tanker om hvad der er vigtigt i livet ... **Klinisk indtryk**_I det umiddelbare møde bemærkes korset-støtte grundet forkantsfrakturer L3-L5. Ud over dette bemærkes ingen fysiske eller sproglige vanskeligheder. Under optagelse af anamnese bemærkes en diskret tendens til at gå ud af en tangent og anløb til gerne at diskutere et emne af perifer relevans i situationen. Stemningslejet er overvejende upåfaldende om end der 3-4 gange observeres grådlabilitet hos pt. Grådlabiliteten er letvakt og forsvinder hurtigt igen... **Testresultater** Ovenstående viser nedsat evne til at fastholde og bearbejde information i arbejdshukommelsen, nedsat tempo ved krav om vedvarende opmærksomhed og visuo-konstruktive vanskeligheder. **Konklusion** Ud fra samtale og få test vurderes, at der er lette følger efter seneste blødning, som vil kunne påvirke og presse pt. i arbejdsudførelse og i mindre grad den hjemlige hverdag. Imidlertid er blødnin-gen tilkommet knap to måneder før aktuelle samtale, hvorfor der i den kommende tid vil forventes en bedring af symptombilledet ligesom pt. inden for kort tid vil være ophørt med indtagelse af morfin".

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at der ikke er grundlag for at kritisere selskabets afgørelse, idet kravet i forsikringsbetingelsernes punkt 6 om, at hjerneskaden skal have givet lokaliserede (fokale) udfaldssymptomer fra nervesystemet af mindst 24 timers varighed, ikke ses at være opfyldt.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at det af journalnotat af 6/12 2019 fremgår, at klageren ikke findes med lammelser eller føleforstyrrelser, at hans tale er upåfaldende, at der ikke findes tegn til dysartri eller afasi, og at der i højre hemisfære ses en ICH med perifokalt ødem, som umiddelbart ikke giver fokale neurologiske udfald.

Nævnet har videre lagt vægt på, at det af anamnese ved MR scanning den 9/12 2019 fremgår, at der objektivt ikke findes nogen fokal neurologiske udfald.

Ankenævnet for Forsikring

22.

95687

Nævnet har også lagt vægt på, at det af neuropsykologisk undersøgelse af 30/1 2020 fremgår, at klageren ikke oplever koncentrations- og hukommelsesbesvær, og at der ved den kliniske undersøgelse ikke findes fysiske eller sproglige vanskeligheder.

Det, som klageren har anført - herunder at han har fået stillet diagnosen apopleksi, og at dette i sig selv indebærer fokale udfaldssymptomer fra nervesystemet af mere end 24 timers varighed - kan ikke føre til andet resultat. Nævnet bemærker, at forsikringsbetingelsernes punkt 6 er afgørende for, hvornår klageren kan få udbetalt sum ved kritisk sygdom.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Peter Thønnings