

Ankenævnet for Forsikring

Den 19. januar 2022 blev i sag nr. 96563:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

AP Pension
Østbanegade 135
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har forsikring ved tab af erhvervsevne. I klage af 3/3 2021 har klagerens advokat bl.a. anført:

"Som advokat for [klageren] indklager jeg herved AP Pension for Ankenævnet for Forsikring, idet jeg for [klageren] klager over AP Pensions afgørelse af 15. juli 2020, der fremlægges som bilag 1, hvorved AP Pension bragte udbetaling for tab af erhvervsevne samt præmiefritagelse til ophør med virkning fra 1. august 2020.

Hvad ønsker vi at opnå

AP Pension skal anerkende,

- 1) at [klagerens] erhvervsevne er nedsat med minimum halvdelen (1/2) pr. 1. august 2020 – og fortsat er det
- 2) at [klageren] derfor er berettiget til udbetaling af forsikringsydelse for tab af erhvervsevne samt præmiefritagelse fra udbetalingernes ophør den 1. august 2020
- 3) at udestående og forfaldne forsikringsydelse forrentes i henhold til forsikringsaftaleloven § 24,
1. stk. 2

Betingelser for udbetaling, løbende opfølgning, tilsagn og ophør

[Klageren] har tegnet pensionsordning med tilknyttet forsikringsdækning ved tab af erhvervsevne i AP Pension. Forsikringsbetingelser fremlægges som bilag 2.

Efter betingelsernes § 32, stk. 1 giver forsikringen ret til fuld præmiefritagelse og fuld invalidepension, hvis forsikringstagers erhvervsevne på grund af sygdom eller ulykkestilfælde nedsættes med halvdelen henholdsvis 2/3 af en fuld erhvervsevne.

Ved ansøgning modtaget 24. august 2015 ansøgte [klageren] om forsikringsydelser fra AP Pension, jf. bilag 3.

AP Pension har ydet tilsagn om udbetaling af ydelser i perioden 1. februar 2015 til og med 21. marts

2021. Tilsagnene er ydet ved afgørelser af 18. januar 2016, 14. november 2016, 24. april 2018 og 18. december 2018, der fremlægges som bilag 4-7. [Klageren] har hver gang udbetalingerne skulle forlænges deltaget loyalt i at oplyse sagen, herunder ved deltagelse i undersøgelser.

Som led i oplysning af sagen har [klageren] udfyldt funktionsskema 1 og 2 af 6. september 2016 og funktionsskema 1 af 31. maj 2018, der fremlægges som bilag 8-10.

Ved afgørelse af 15. juli 2020 (bilag 1) har AP Pension standset udbetalingerne med henvisning til bl.a. en iværksat observation, idet det er AP Pensions opfattelse,

- at der er diskrepans mellem de oplysninger, der er givet til selskabet og kommunen og aktivitetsniveauet på de foretagne observationer
- at [klageren] ikke er behandlet i tilstrækkeligt omfang med psykofarmaka
- at [klageren] dermed ikke har godtgjort, at hun opfylder betingelserne for udbetaling i henhold til forsikringen

Observationsrapporter fremlægges som bilag 11-12 og selve observationsmaterialet fremsendes ulitreret på USB.

Baggrunden for den nedsatte erhvervsevne

AP Pension har foranlediget, at der blev udfærdiget speciallægeerklæring den 10. juli 2019 fra neurolog [speciallæge1]. Opdraget til speciallægen var i) en vurdering af [klagerens] sagsforløb omkring arbejdsevne og bagvedliggende sygdom siden 2014, ii) en vurdering af, om der var yderligere udredningsmuligheder, iii) om [klageren] er optimalt behandlet samt (iv) et skøn over prognosen for hendes tilstand. Endelig skulle speciallægen foretage v) en vurdering af hendes skånebehov.

Speciallægen har i erklæringen, der fremlægges som bilag 13, noteret,

- at [klageren] i 2014 er udredt af reumatolog, som fandt hendes smertesymptomer sekundære til medfødte hypermobile led og smerter i muskel og senetilhæftninger, og at hendes tilstand synes at være forenelig med diagnosekriterier for fibromyalgi (DM 79.8)

- at der ved objektiv undersøgelse fandtes en meget mobil rygsøjle, men i øvrigt normale forhold omkring muskler og led

- at yderligere undersøgelser i form blodprøver, billeddiagnostik, elektrofysiologiske undersøgelser eller spinalvæskeundersøgelser ikke vil kunne føre til en bedre afklaring af det aktuelle kliniske indtryk

- at eneste behandlingsmulighed er at understøtte hendes trivsel med mulighed for aflastning og tilrettelæggelse af arbejde med passende arbejdsopgaver og et fysisk dagligt liv, som rummer fleksibilitet mht. tid og opgaver

- at yderligere behandling ikke synes mulig

- at hun har tilpasset sig en livsstil, hvor hun fungerer, formentlig tæt på sit optimale
- at hendes skrøbelige mentale konstitution kombineret med den kroniske smertetilstand begrænser hendes udfoldelsesevne socialt og privat
- at hendes arbejdsevne er afprøvet under meget gunstige vilkår og vurderet til ca. 9 timer per uge, og at hun aldrig kunnet praktisere et fysisk aktivitetsniveau som jævnaldrende
- at hun fremstår uden indtryk af simulation eller overdrivelse af sine symptomer
- at oplevelsen af funktionsevne og udfoldelsesmuligheder ikke i strid med det kliniske indtryk – også selvom den objektive undersøgelse, fraset en hypermobil rygsøjle, ikke frembyder væsentlige abnorme fund
- at hendes tilstand er kronisk uden yderligere muligheder for forbedring gennem medicinske og ikke-medicinske tiltag

AP Pension har også foranlediget, at der blev udfærdiget psykiatrisk speciallægeerklæring den 25. oktober 2016 fra psykiater [speciallæge2]. Speciallægen har i erklæringen, der fremlægges som bilag 14, noteret,

- at [klageren] siden barndommen har haft udbredte bevægeapparatsmerter, der har medført et kronisk smertesyndrom
- at hun igennem 12 år (på daværende tidspunkt) havde lidt af depressionssygdom og de senere år af belastningsrelateret angst og selvskadende adfærd
- at diagnosen er kronisk overbelastningstilstand, der har tæt sammenhæng med det kroniske smertesyndrom
- at der psykiatrisk ikke er behov for yderligere udredning
- at der behandlingsmæssigt vil kunne forsøges med præparaterne Citalopram eller Lyrica, hvilket i bedste fald vil kunne dæmpe angsten, men ikke smertesyndromet, og muligt bevirke en øget livskvalitet, men næppe et øget funktionsniveau
- at den psykiatriske symptombyrde især har indflydelse på det erhvervsmæssige funktionsniveau og
- at de erhvervsmæssige funktionsnedsættelser især bevirker skånehensyn i forhold til arbejds-længde, arbejdstempo og arten af arbejdsopgaver foruden de hensyn, som den somatiske hel-bredstilstand medfører
- at det ikke i varigt perspektiv kunne vurderes i hvilket omfang [klagerens] funktionsnedsættelser ville påvirke erhvervsevnen, idet denne vurdering således først kunne foretages, når yderligere erhvervsrettede tiltag havde været gennemført (hermed menes formentlig afklaring via kommunen, der resulterede i, at [klageren] blev visiteret til et fleksjob på 9 timer/uge, jf. nedenfor)

Sammenfattende kan det derfor lægges til grund, at [klageren] har en kronisk smertetilstand og en kronisk psykisk belastningstilstand medførende en række gener, der bevirker skånehensyn i forhold til erhvervsmæssige aktiviteter i form af nedsat arbejdstid, arbejdstempo og i forhold til arten af opgaver.

Der er ikke behov for yderligere udredning eller behandling, og den medicinske justering der foreslås i den psykiatriske speciallægeerklæring kan ikke forventes at få indflydelse på funktionsevnen.

Vurderingerne støttes af [smerteklinik], hvor [klageren] er behandlet i perioden oktober 2014 til maj 2015. Som bilag 15 fremlægges afsluttende lægebrev fra smerteklinikken ved [speciallæge3], hvoraf det fremgår, at forløbet har omfattet afprøvning af medicin, smertepsykologisk rådgivning og vejledning ved socialrådgiver og fysioterapeut. Det blev i den forbindelse konkluderet, at tilstanden var kronisk og ikke lod sig helbrede, og at tilstanden ville medføre en funktionsnedsættelse, nedsat udholdenhed og ville nødvendiggøre omfattende skånehensyn.

Spørgsmålet er herefter, hvor mange timer [klageren] kan arbejde?

Erhvervsmæssig afklaring

[Klageren] har deltaget i erhvervsmæssig afklaring hos [kommune]. Som bilag 16 fremlægges løbende rapport, hvoraf det nærmere fremgår, at hun har været arbejdsprøvet ad flere omgange.

Hun har bl.a. været arbejdsprøvet hos [virksomhed1] i perioden 23. marts 2015 til og med 17. april 2015. Det bemærkes i den forbindelse, at forløbet skulle have været indtil 15. maj 2015, men blev afbrudt grundet ny behandling. Arbejdstiden i praktikken var fastsat til 6 timer om ugen fordelt på tre dage, og den forløb godt, idet alle skånehensyn blev iagttaget, og idet [klageren] blev taget godt imod. Hun nåede imidlertid aldrig at øge sine timer grundet det korte forløb.

[Klageren] deltog derfor i en ny praktik hos [virksomhed2], der skulle løbe i perioden 23. november 2015 og 9 måneder frem. Imidlertid måtte den praktik stoppes i uge 6 af 2016, da [klagerens] skånehensyn ikke blev iagttaget. I praktikken skulle hun arbejde 3 timer to dage om ugen, og arbejdstiden blev aldrig øget – men tidsrammen blev ændret.

[Klageren] deltog derfor i en ny praktik på [virksomhed3] i perioden 30. september 2016 til og med 31. maj 2017 svarende til 8 måneder. Arbejdstiden blev fastsat til 6 timer om ugen med en daglig mødetid fra kl. 8.30 til kl. 11.30 fordelt på to dage. Der var i praktikkens begyndelse fokus på, at [klageren] skulle øge timetallet. Praktikken forløb som følger (jf. bilag 16): ...

[Klageren] afsluttede praktikken med 12 timers ugentligt arbejde, men ved en nærmere vurdering af den effektive arbejdstid stod det klart, at hun var mere effektiv jo kortere arbejdstid, hun havde, og hun nående således maksimalt op på 8,10 timers arbejde i en 12-timers uge.

Der var skånebehov i praktikken i form af,

- Intet gensidigt gentaget manuelt arbejde (skubbe, samle, kopiering af større mængder)
- Mulighed for mange små pauser
- Intet tungt arbejde (løft, bære)
- Ingen eleverede arme
- Intet finmotorisk arbejde

- Ingen deadlines
- Ingen kontakt med [personkreds]
- Mulighed for vekslende arbejdsstillinger
- Stille kontormiljø nødvendigt
- Kort transporttid til arbejde

Som følge af den erhvervsmæssige afklaring blev [klagerens] sag forelagt for kommunens rehabiliteringsteam i hvilken forbindelse egen læge udfærdigede sammenfattende lægeattest, der fremlægges som bilag 17.

Rehabiliteringsteamet indstillede den 8. august 2017 til [kommune], at [klageren] blev visiteret til et fleksjob, jf. bilag 18. Rehabiliteringsteamet lagde bl.a. vægt på [speciallæge2's] erklæring og arbejdsprøvningen på [virksomhed3], idet teamet udtalte, - at [klageren] var presset ved 12 timers ugentligt arbejde, og at det realistiske timetal udgjorde mellem 6-9 timer, hvor hun kunne fungere såvel arbejdsmæssigt som privat

- at [klageren] lider af smerter og en belastningsreaktion og
- at det er velbeskrevet, at hendes lidelser er kroniske, og at arbejdsevnen er forsøgt udviklet under optimale forhold
- at [klagerens] helbredssituation er stationær
- at arbejdsprøvningen på [virksomhed3] var retvisende, og at den effektive arbejdstid var 9 timer
- at arbejdsevnen derfor er varigt og væsentligt nedsat i ethvert job

Den 21. august 2017 blev [klageren] visiteret til fleksjob af [kommune], jf. bilag 19, idet det blev lagt til grund, at hun havde en varigt og væsentligt nedsat erhvervsevne svarende til 9 timer ugentligt.

[Klageren] fik herefter ansættelse i et fleksjob på [virksomhed3] med en ugentlig arbejdstid på 9 timer, jf. bilag 20.

Af bilag 21, der er en udtalelse fra arbejdsgiver af 28. september 2020, fremgår det, at [klageren] grundet yderligere forværring af helbredstilstanden senest har måttet omrokes fra [virksomhed3] til [virksomhed4] Samtidig er hun gået ned i tid fra 9 timer til 7 timer ugentligt.

Det fremgår videre af udtalelsen, at man på forskellig vis har søgt at tilpasse arbejdsopgaver og -tid, ligesom det har været forsøgt at øge opgavemængden og kompleksiteten, desværre uden held.

Afgørelsen om udbetalingsophør

AP Pension har overgivet sagen til advokat ..., der i brev af 15. juli 2020 (bilag 1) ophævede udbetalingerne og præmiefritagelsen. I den forbindelse bemærkes følgende til:

Funktionsskemaer

Advokaten anfører, at det skulle fremgå af funktionsskema 1 af 31. maj 2018, at [klageren] kun kan løfte ½ kg. Det bemærkes, at der rettelig i skemaet er anført 1½ kg. i hver arm, og at det af de supplerende bemærkninger fremgår, at det varierer, hvad hun kan løfte, men at hun er i stand til at løfte/flytte en ramme sodavand over kort distance. Det bemærkes for god ordens skyld, at en ramme sodavand med 24 dåser vejer ca. 9 kg.

Overordnet fremgår det af såvel funktionsskemaerne fra 2016 og 2018, at [klageren] fysisk kan gå, stå, sidde, cykle, køre bil, gå på trapper, bøje sig fremover, bagover og til siden, sidde i hug, og strække armene over skulderhøjde.

Udførelsen af disse aktiviteter kan dog være stærkt begrænset som f.eks. gang, idet [klageren] kan gå ca. 600 meter uden at holde pauser, eller idet hun får øgede smerter ved tunge løft, statiske og/eller gentagne bevægelser.

Observationer

Advokaten anfører, at [klageren] på observationerne fremstår med normal gangfunktion, at hun kan bøje sig frem, bagover og til siden, at hun er velsoigneret, smiler, griner og kan kommunikere med andre mennesker, og det er således også oplysninger, der er lagt vægt på ved afgørelsen om at standse udbetalingerne.

Hertil bemærkes, at [klageren] de facto har en normal gangfunktion, og at hun har et normalt bevægelsesmønster, ligesom hun er i stand til at interagere med andre mennesker. [Klageren] har heller aldrig oplyst, at hun ikke kan bevæge sig som det fremgår på observationerne – tværtimod fremgår det klart af funktionsskemaerne, at hun kan foretage alle bevægelser, men at bevægelserne kan være forbundet med smerter/øgede smerter. Det er derfor heller ikke korrekt, når det i brevet anføres, at observationerne er uforenelige med de af [klageren] afgivne oplysninger.

Der henvises i den forbindelse til funktionsskemaerne (bilag 8-10), og de supplerende bemærkninger, hvoraf det fremgår, at *'Jeg får øgede smerter af at gå, men kan rent balancemæssigt godt gå på ujævnt underlag, trapper og stiger.'*

Der henvises også til den objektive undersøgelse hos neurolog [speciallæge1], der netop anfører, at der er normale forhold, og at oplevelsen af funktionsevne og udfoldelsesmuligheder ikke er i strid med det kliniske indtryk.

[Klageren] er således mest af alt – for så vidt angår synlige begrænsninger – udfordret på gangdistancen. Hertil bemærkes, at der i observationsrapporterne (eller i selve videomaterialet) ikke er observationer, der viser, at [klageren] rent faktisk går mere end 600 meter uden pause – f.eks. i form af ophold eller tur med offentlig transport. De fleste observationer viser således [klageren],

- der bringer og henter [barn] (400 meter fra bopælen)
- der tager på arbejde i sit daværende fleksjob på [virksomhed3] (500 meter fra bopælen)
- der tager på arbejde i sit nuværende fleksjob i [virksomhed4] (600 meter fra bopælen)
- går på indkøb – primært i [supermarked] på [vej] (300 meter fra bopælen)

Som bilag 22 fremlægges [klagerens] udførlige bemærkninger til de specifikke datoer nævnt i observationsrapporterne (bilag 11-12).

Observationerne viser ganske rigtigt, at [klageren] har aktiviteter, men aktiviteterne er af ubetydelig karakter og består bl.a. i at passe hendes fleksjob.

Lægekonsulent

Advokaten anfører, at AP Pension har ladet sagen bedømme – foruden ved egen lægekonsulent – af en ekstern speciallæge i psykiatri, der konkluderede, at [klageren] ikke er behandlet med psykofarmaka og en mere struktureret og udfordrende psykoterapi.

Den eksterne vurdering, der er udarbejdet af psykiater [speciallæge4], fremlægges som bilag 23. Det bemærkes, at denne er fremsendt til [klageren] efter udbetalingsophør. Overordnet bemærkes det i forhold til den eksterne vurdering, at psykiateren ikke har mødt eller undersøgt [klageren], og den eksterne vurdering indeholder da også forbehold for vurderingerne, hvorfor den eksterne vurdering alt andet lige må anvendes med forbehold – navnlig, når der er tale om psykiske gener.

Vurderingen indeholder da også en lang række fejl som nærmere specificeret i bilag 24-25, der er en kopi af erklæringen indeholdende noteangivelser (1-27) samt tilhørende kommentarark.

Derudover bemærkes supplerende, at der er fejl hvad angår medicinering og behandling, der uddybes i det følgende.

Medicinering

Det fremgår specifikt i erklæringen, at, 'Der er ganske vist givet Citalopram i maxdoser 40 mg, men man har ikke – som anbefalet:

- Suppleret med Lyrica eller
- Skiftet over til Imipramin.

Egen læge kan iværksætte behandling med Lyrica, men det er almindeligvis psykiatere, der behandler med tricykliske antidepressiva (Imipramin). Man må undre sig over, at [klageren] aldrig har været i et behandlingsforløb hos en psykiater – praktiserende eller under [region] Psykiatri.'

Dette er ikke korrekt.

[Klageren] har således været behandlet med præparatet Citalopram, der anvendes til behandling af depression, angst og tvangsforestillinger, med Lyrica, der anvendes til behandling af angst og med Imipramin, der anvendes til behandling af depression. Se hertil ekspeditionslisten fra apotek i perioden 1. oktober 2015 til og med 22. september 2020, der fremlægges som bilag 26-27.

Speciallæge i psykiatri [speciallæge2], der rent faktisk har undersøgt [klageren], har i erklæringen af 25. oktober 2016 (bilag 14) anført, at der behandlingsmæssigt vil kunne forsøges med præparaterne Citalopram eller Lyrica, hvilket i bedste fald ville kunne dæmpe angsten, men ikke smertesyndromet, og muligt bevirke en øget livskvalitet, men næppe et øget funktionsniveau.

[Klageren] er således aldrig blevet anbefalet at indtage Citalopram suppleret med Lyrica, men at hun kunne forsøge med én af delene.

Hertil bemærkes, at [klageren] - til trods for [speciallæge2's] vurdering af, at yderligere medicinsk behandling næppe ville medføre et øget funktionsniveau – rent faktisk forsøgte sig med en højere

dosering af Citalopram, hvilket fremgår af rapporten fra [kommune] (bilag 16), hvor det er nævnt, at, *'I november 2016 blev hun forøget i antidepressive medicin med henblik på at dæmpe hendes angst, efter anbefaling fra psykiater [speciallæge2]. Hun har oplyst, at være forøget fra 20 mg til 40 mg Citalopram i medicinsk dosis.'*

[Klageren] er således forsøgt relevant medicineret.

For god ordens skyld bemærker jeg, at [klageren] i øvrigt har fået ændret i sin medicin pr. august 2020 som følge af en psykisk belastning efter bl.a. at være blevet gjort bekendt med, at hun var blevet overvåget. Se hertil bilag 28.

Behandling

I forhold til spørgsmålet om behandling bemærkes det, at [klageren] – over en lang periode – har haft psykologsamtaler, jf. forløbsbeskrivelse af 13. juni 2017 fra [psykolog1], der fremlægges som bilag 29 samt status af 13. maj 2020 fra [psykolog2], der fremlægges som bilag 30. Hertil kommer, at [klageren] også har gennemgået – blandet flere forløb – et psykoterapeutisk behandlingsforløb på [smerteklinik], jf. bilag 31, der er en vurdering fra [region] Psykiatri.

[Klageren] har således modtaget relevant behandling, og det er min opfattelse, at en mere struktureret og udfordrende psykoterapi ikke kan medføre en helbredsmæssig bedring. I den forbindelse henviser jeg til netop statussen fra [psykolog2] (bilag 31), men også til speciallægeerklæringen fra [speciallæge2] (bilag 14), der beskriver en kronisk tilstand uden mulighed for behandling af betydning for funktionsniveauet.

I den forbindelse bemærkes det også, at psykiater [speciallæge4] netop i sin eksterne vurdering/second opinion (bilag 23) anfører, at,

'Som det fremgår af ovenstående er der kun begrænset sandsynlighed for, at man kan iværksætte en varig og gennemgribende behandling af [klagerens] grundlæggende personlighedsstruktur. Ud over at give hende angst og depression har hendes personlighedsstruktur med overvejende sandsynlighed også en forværrende indvirkning på hendes fysiske helbredstilstand.'

'Omvendt er jeg enig i AP-pensions lægekonsulents vurdering i, at [klageren] ikke er forsøgt grundlæggende behandlet med psykofarmaka og en mere struktureret og udfordrende - psykoterapi. Der er således fortsat et vist uudnyttet behandlingspotentiale.'

Uanset eventuelle behandlingsmuligheder vurderer psykiater [speciallæge2] således, at [klageren] kun med begrænset sandsynlighed – og i varigt perspektiv – kan ændre sin grundlæggende personlighedsstruktur, og på dette punkt er de to psykiatriske speciallæger dermed enige.

Der er intet [klageren] hellere vil end at blive rask og have en normal hverdag, og hun har efter bedste evne prøvet de løbende behandlingsforslag, hun undervejs er præsenteret for. I denne sammenhæng kan en eventuelt uafprøvet behandling dog ikke komme hende til skade, når denne eventuelle behandling ikke vil medføre en bedring af funktionsniveau og dermed erhvervsevnen.

Det afgørende er således, om [klageren] kan forventes at genvinde mere end halvdelen af sin erhvervsevne, hvilket ikke skønnes muligt, jf. bl.a. psykiater [speciallæge2's] erklæring (bilag 14).

For god ordens skyld bemærkes, at AP Pension tilsyneladende ikke var af den opfattelse, at [klagerens] psykiske lidelser kunne behandles, da man gav det sidste udbetalingstilsagn den 18. december 2018 (bilag 7) – 2½ år efter den psykiatriske speciallægeerklæring fra [speciallæge2]. Synspunktet om psykiatrisk behandling er således først opstået, efter man iværksatte observationer – og ønskede at standse udbetalingerne.

Egen ekstern vurdering

Psykiater [speciallæge4's] vurdering har givet [klageren] anledning til selv at indhente en ekstern vurdering.

[Klageren] har – som følge af den belastning, overvågningen/sagen har påført hende – været set til behandling hos ... Psykiatri. Vurderingen, der fremlægges som bilag 32, er udfærdiget af den behandlende psykiater, speciallæge i psykiatri [speciallæge5].

[Speciallæge5] vurderer,

- at den aktuelle psykiske tilstand er en tilpasningsreaktion til de hændelser, hun har været ude for på det sidste (overvågningen), og derefter som depression, hvilket er i tråd med vurderingen fra [speciallæge2]

- at formålet med behandlingen har været at behandle den aktuelle forværring, der var opstået, men det er ikke vurderingen, at behandlingen i psykiatrien eller behandling andre steder, vil kunne forbedre funktionsevnen

- at den forværring, [klageren] oplevede i forbindelse med den aktuelle sag, er reduceret, og psykiateren har ikke følt behov for at afprøve TCA eller Lyrica på ny, idet de mulige effekter heraf er dækket ind med nuværende behandling

- at han har ikke set behov eller mulighed for at udrede i forhold til de ekstra diagnoseforslag, psykiater [speciallæge4] oplister i sin vurdering – ej heller for så vidt angår behandling

- at han generelt stiller sig noget tvivlende overfor psykiatriske diagnoser, der er stillet på tidligere skriftligt materiale, men uden at se og samtale med patienten

På baggrund af ovenstående kan der ikke lægges afgørende vægt på psykiater [speciallæge4's] vurdering, der under alle omstændigheder må anvendes med forbehold.

Argumentation

Advokaten anfører, at [klageren] skulle have tilsidesat sin loyale oplysningspligt. Dette bestrides. [Klageren] har til enhver tid afgivet fyldestgørende oplysninger, og hun har løbende medvirket i undersøgelser m.v. Der er ikke divergerende oplysninger i sagens bilag, og hun har søgt at beskrive sit funktionsniveau så godt som muligt. Funktionsniveauet må ses som en helhed, og beskrivelserne heraf må give hendes dagligdag som denne oftest er.

[Klageren] lider notorisk af en kronisk smertetilstand, og det er dokumenteret ud over enhver rimelig tvivl ved det lægelige materiale i sagen. Kendetegnet ved en smertetilstand er, at det ikke er usædvanligt med variation i generne i løbet af en dag eller fra dag til dag, eller for korte-

re/længere perioder ad gangen. En sådan variation kan optræde uden umiddelbar kendt årsag eller være relateret til fysisk, psykisk eller social belastning.

[Klageren] kan således anvende ressourcer én eller flere dage, men hun 'betaler' altid for det efterfølgende i form af udmattelse, hvil el.lign.

Som bilag 33 fremlægges en udtalelse fra Retslægerådet (i en nyligt afsluttet retssag om forsikringsdækning mod AP Pension), hvor Rådet til støtte herfor i svaret på spørgsmål O udtalte, at

'Kroniske smertetilstande kan have forskellige kliniske manifestationer afhængig af de tilgrundliggende årsager til smertetilstanden. Et fællestræk er dog ofte betydelig fluktuation i tilstanden fra dag til dag, men også indenfor samme dag. Den kroniske smertetilstand vil ikke altid konkretiseres i en synlig forstyrrelse i eksempelvis mobilitet eller anden aktivitet.'

Det er min opfattelse, at de foretagne observationer ikke kan anvendes til at sige noget entydigt om [klageren] erhvervsevne, idet observationerne overvejende viser helt almindelige dagligdags gøremål – og navnlig ikke når udbetalingskriteriet er, at erhvervsevnen skal være nedsat med mere end halvdelen.

Der henvises i den forbindelse til kendelse af 22. januar 2020 fra Ankenævnet for Forsikring (i en nyligt afsluttet sag om forsikringsdækning mod AP Pension), hvor nævnet gav forsikringstager medhold i, at udbetalingerne skulle genoptages i hvilken forbindelse nævnet udtalte, at

'Nævnet har derudover lagt vægt på, at observationsmaterialet ikke giver noget klart billede af, hvad klageren har foretaget sig ud over helt almindelige dagligdags handlinger, herunder indkøb, at aflevere og hente børn samt mindre ærinder, at observationerne er foretaget over en ganske kort periode og blandt andet lige op til jul, hvor der må forventes flere indkøb end sædvanligt. Det fremlagte observationsmateriale giver derfor ikke grundlag for at fastslå, at klageren har en erhvervsevne, der overstiger halvdelen.'

Kendelsen fremlægges som bilag 34.

Efter almindelige forsikringsretlige principper påhviler det [klageren] at godtgøre sit krav mod AP Pension, jf. også forsikringsbetingelsernes § 34 (bilag 2). Når AP Pension har givet tilsagn om at dække et tab af erhvervsevne, gælder dækningstilsagnet så længe det er aftalt, eller indtil der måtte ske en sådan bedring i helbredstilstanden, at betingelserne for dækning ikke længere er opfyldt.

AP Pension gav sådanne midlertidige tilsagn den 18. januar 2016, den 14. november 2016, den 24. april 2018 og den 18. december 2018 (bilag 4-7) – det seneste gældende til den 21. marts 2021.

AP Pension har med virkning fra 1. august 2020 standset udbetalingerne med henvisning til, at [klagerens] helbred skulle være bedre end oplyst. Det er imidlertid AP Pension, der skal godtgøre, at [klageren] ikke længere har det hidtidige dækningsberettigende erhvervsevnetab. Bevisbyrden er fast antaget i nævnspraksis. Det følger – foruden den ovenfor refererede kendelse af 22. januar 2020 – af Ankenævnet for Forsikrings kendelse nr. 90.457 fra den 28. juni 2017, samt Ankenævnets kendelse nr. 89.720 fra den 15. marts 2017, hvor selskabet ikke havde løftet sin bevisbyrde for, at en sådan bedring var indtrådt.

Hvis udbetalingerne skal standses, skal AP Pension dokumentere, at observationerne er uforenelige med de afgivne oplysninger. Det følger af Højesterets dom, der er optrykt i U.2017.2147 H, der fremlægges som bilag 35.

I sagen havde forsikringsselskabet foretaget observationer af forsikringstager, hvorpå udbetaling for tab af erhvervsevne var bragt til ophør. Sagen blev forelagt for Retslægerådet, der udtalte, at de foretagne observationer ikke var uforenelige med de oplysninger, der fremgik af de lægelige akter. Retslægerådet supplerede med, at det ikke er usædvanligt for smertetilstande, at der forekommer variation i generne i løbet af en dag eller fra dag til dag, eller for kortere/længere perioder ad gangen. En sådan variation kan optræde uden kendt årsag eller være relateret til fysisk, psykisk eller social belastning.

Højesteret gav forsikringstageren medhold, idet Højesteret lagde vægt på Retslægerådet besvarelse.

Det må med andre ord kunne lægges til grund, at kriteriet for om AP Pension kan standse udbetalingerne er, om der kan godtgøres en bedring af helbredstilstanden eller om oplysningerne i de lægelige og kommunale akter er uforenelige med observationerne.

AP Pension har ikke godtgjort dette, og [klageren] skal dermed have medhold i sin påstand.

For god ordens skyld fremlægges [klagerens] egne bemærkninger til forløbet som bilag 36. "

Selskabet har den 16/8 2021 bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"1. Tvisten

Denne sag drejer sig om dækning ved tab af erhvervsevne samt præmiefritagelse på en pensionsordning.

[Klageren], i det følgende kaldet klager, har anført, at AP Pension skal genoptage udbetaling af erstatning for tab af erhvervsevne, som er bragt til ophør efter og på grundlag af bl.a. observationer.

AP Pension er af den opfattelse, at klager ikke opfylder betingelserne for udbetaling af ydelser ved erhvervsevnetab samt bevillet præmiefritagelse.

AP Pension har derfor bragt udbetaling ved erhvervsevnetab samt den bevilligede præmiefritagelse til ophør pr. 1. august 2020.

AP Pension kan dermed ikke anerkende det af [klageren] krævede, jf. [klagerens] klage til Ankenævnet.

AP Pension har ikke ophævet pensionsordningen.

2. INDSTILLING TIL KLAGESAGEN

AP Pension fastholder, at der var grundlag for at bringe udbetaling ved erhvervsevnetab samt den bevilligede præmiefritagelse til ophør pr. 1. august 2020.

3. FORSIKRINGSBETINGELSER

3.1 Forsikringsbetingelserne for AP Net Link

Det fremgår af AP Pensions forsikringsbetingelser, jf. bilag 1, at der ydes dækning, jf. § 32, stk. 1 ved nedsat erhvervsevne med halvdelen respektive 2/3 af den fulde erhvervsevne på grund af forsikredes sygdom eller ulykke.

3.2 Dækningsbetingelser

Der ydes dækning ved en generel nedsat erhvervsevne på mere end 50 %.

Af § 34 fremgår, at den forsikrede skal dokumentere, at erhvervsevnen er nedsat i dækningsberettiget grad og af § 35, stk. 5 fremgår det, at genvindes erhvervsevnen i en sådan grad, at betingelserne for udbetaling af invalidepension ikke længere er til stede, genoptages bidragsbetaling og en påbegyndt udbetaling af invalidepension ophører.

4. SUPPLERENDE SAGSFREMSTILLING

4.1 Helbredsmæssige oplysninger

4.1.1 Lægeerklæringer

Af psykiatrisk speciallægeerklæring fra speciallæge i psykiatri [speciallæge2] af 25. oktober 2016, (jf. bilag 14) fremgår det, jf. punktet '[klagerens] oplysninger om psykiske forhold som voksen', at klager i 2004 havde en kæreste, der udøvede psykisk og fysisk vold mod klager medførende sygdommelding i alt 9 måneder med kontakt til psykolog og behandling med Citalopram.

Videre fremgår det, at klager i 2011 og 2013 var sygemeldt i længere tid på grund af stress udløst af en chef, der mobbede hende og på grund af belastende arbejdsforhold i øvrigt.

I 2014 fik klager selvskadende adfærd og blev henvist til center ... , hvor hun indgik i gruppebehandling.

Vedrørende de funktionsmæssige forhold fremgår det af punktet 'Ydre levnedsløb', at klager på det tidspunkt var i praktik på et skolekontor, hvor klager aktuelt mødte 3 gange 2 timer ugentligt.

Konklusionen var, jf. punktet herom, at klager led af periodisk depression, en tilpasningsreaktion og accentuerende personlighedstræk.

Som bilag A fremlægges FP 402, lægeattest ved nedsat erhvervsevne 2 af 16. maj 2018 fra [egen læge] hvoraf fremgår, at klager havde led- og senerelaterede smerter overalt inklusive i bækken, mavesmerter på grund af irriteret tarm, angstlidelse, og at klager p.t. kunne arbejde 3 x 3 timer ugentligt.

Af neurologisk speciallægeerklæring fra [speciallæge1] af 10. juli 2019 jf. bilag 13 fremgår det, jf. punktet 'Diagnose', at klager led af hypermobilitet, fibromyalgi, migræne, spændingshovedpine og recidiverende depressioner.

Af punktet 'Aktuelle sygehistorie' fremgår det blandt andet, at klager havde hyppige smerter omkring knæene med en styrke på 3-8 på VAS-skalaen, lænderygsmerter, psykiske gener, angstan-

fald, selvskadende impulser i form af at slå hovedet ind i væggen og trække hår ud af kroppen, støjoverfølsomhed, hovedpine, irritabilitet.

Jf. punktet 'Konklusion' fremgår det, at klager på daværende tidspunkt var sygemeldt, men at hendes arbejdsevne var afprøvet under meget gunstige vilkår og vurderet til ca. 9 timer pr. uge i forhold til mentale eller fysisk krævende opgaver. Det blev vurderet, at der ikke var yderligere behandlingsmuligheder end de aktuelle medikamentelle muligheder og fast tilknytning til psykolog.

4.1.2 Funktionsskemaer

Der foreligger i sagen funktionsskema 1 af 6. september 2016, funktionsskema 2 af 9. september 2016 og funktionsskema 1 af 31. maj 2018, jf. bilag 8-10.

Af funktionsskema 1 af 6. september 2016 fremgår det blandt andet, at klager ikke var i stand til at løfte en genstand på mere end 1½ kg, kunne gå ca. 600 meter uden pause, havde problemer med fyldte indkøbsposer, skulle bruge indkøbstrolley ved indkøb, havde problemer med at bruge mobiltelefon på mere end et par minutter ad gangen, ikke længere kunne dyrke idræt, var begrænset i sociale aktiviteter, var følsom over for lys og brugte ofte solbriller, var støjfølsom og med øget søvnbehov.

Af funktionsskema 2 af 6. september 2016 fremgår store træk samme oplysninger. Skadelidte oplyste følgende: 'Jeg er flere gange været nødt til at forlade nogle sociale begivenheder pga. angst. I sommer havde jeg f.eks. aftalt med nogle venner, at vi skulle mødes til noget picnic og ungerne kunne lege. Da jeg så kom derhen viste det sig, at de også havde inviteret andre mødre og børn med. De var alle utrolig søde, men overraskelsen over, at der var flere end ventet gjorde, at mit barn og jeg blev nødt til at gå, da jeg kunne mærke at et angstanfald var på vej. Og da vi kom hjem måtte jeg lade min barn se tv så jeg kunne få fred til at få ro på nerverne igen. Episoder som sidst nævnte, hvor der sker uforudsete ændringer i en aftale har flere gange givet mig angstanfald.'

Af funktionsskema 1 af 31. maj 2018 fremgår overordnet samme som af de to ovennævnte funktionsskemaer, dog blandt andet supplerende,

...

4.2 Arbejdsmæssige forhold

Som bilag B fremlægges brev af 21. august 2017 fra Jobcenter ... til klager hvoraf fremgår, at klager i oktober 2014 var blevet sygemeldt på grund af kroniske smerter i bevægeapparatet samt irriteret tyktarm.

Som bilag C fremlægges lægeattest af 3. juli 2017, hvoraf fremgår, at klager blev udtrættet let, fik diffuse lednære smerter ved lettere og kortvarig belastning, havde en psykisk sart konstitution og lav belastningstærskel med udtrætningstendens, medførende en effektiv arbejdstid på 9 timer om ugen, hvorefter klager på denne baggrund blev bevilget midlertidig fleksjob for en periode af 5 år.

Som bilag D fremlægges brev af 27. marts 2018, hvoraf fremgår, at klager var berettiget til fleksløntilskud og var blevet ansat, jf. brev af 13. marts 2018, som ... i [virksomhed5] med 9 timer om ugen.

5. OBSERVATION

Der blev på mistanke om manglende sammenhæng mellem det af klager til selskabet oplyste og det reelle funktionsniveau gennemført observation i form af skriftlige rapporter og video.

AP Pension har i perioden 7. november 2018, 26. november 2018, 27. november 2018, 9. februar 2019, 10. februar 2019, 21. februar 2019, 7. marts 2019, 8. marts 2019, 9. marts 2019, 10. marts 2019, 6. maj 2019, 7. maj 2019, 8. maj 2019 og 14.-17. oktober 2019 gennemført observation af skadelidte ved skriftlig rapportering og videooptagelser.

5.1 Observation er tilendebragt

Der er ikke foretaget anden observation, og observationerne er tilendebragt, og sagen er nu færdigbehandlet.

Observationsrapport samt videofrekvenserne fremgår af USB-nøgle og der henvises til klagers fremsendte USB-stik af bilag 11-12.

...

5.2 Observationernes udvisende

På optagelserne fremstår klager med normal gangfunktion, bevæger sig hurtigt/kvikt, kan bukke sig ned, kan trække indkøbsvogn/indkøbstrolley, kan bøje sig og gå på hug uden tegn på smertepåvirkning eller tilpasninger på baggrund af smerter svarende til skuldre, nakke, ryg og ved løft af varer, som skønnes at veje mere end 3 kg. per pose.

På en række optagelser fremstår klager herudover velklædt, soigneret særligt forbindelse med indkøb og ved social aktivitet.

Herudover kan klager gennemføre indkøb normalt, tale i mobiltelefon, færdes frit mellem andre mennesker, fremstår smilende og på enkelte optagelser grinende, kommunikerende med andre mennesker på normal vis, er i stand til at håndtere byrder væsentligt tungere end 1½ kg, (blandt andet flasker og indkøbsposer), og kan selv køre bil over længere distancer.

For så vidt angår de enkelte observationsdage har AP Pension særligt hæftet sig ved observationsdagene den 9. februar 2019, 21. februar 2019, 7. maj 2019 og 8. maj 2019.

Der er her tale om længerevarende dage med flere aktiviteter og flere observationsoptagelser.

For så vidt angår de enkelte observationsdage har AP Pension også særligt hæftet sig ved observationsdagene den 14., 15., 16., og 17. oktober 2019.

Mandag den 14. oktober blev følgende observeret:

- Klager arbejdede i alt 4 timer,
- Gik tur med hunden,
- Tog buslinje ... til ... kl. 14.14. Klager så smart ud i tøjet og havde makeup på,
- Kl. 18.00 var klager stadig ikke retur bopæl.

Udover arbejde a 4 timer var klager i stand til at foretage sig aktivitet a 3 timer og 46 minutter. Observationen blev tilendebragt kl. 18.00, hvor klager fortsat ikke var kommet retur til bopælen, hvorfor der kan være tale om længere tids aktivitet udover 3 timer og 46 minutter.

Tirsdag den 15. oktober blev det observeret:

- Klager gik tur med hunden om morgenen og indledte to samtaler med 2 personer, hvor klager fremstod smilende og grinende,

- Klager gik tur med hunden og løftede ubesværet underben op og fjernede genstand,
- Klager tog bil til [supermarked], hvor hun handlede stort ind i [supermarked] i 42 minutter. Her løftede hun ubesværet tunge indkøbsposer ind i bagagerum. I samme ombæring handlede hun også ind i [butik].
- Da klager returnerede på bopæl bar hun ubesværet poser ind i lejligheden,
- Klager gik tur med hunden og gennem kælder til baggård, hvor hun talte med en person fra gården i 40 minutter.

Onsdag den 16. oktober blev det observeret:

- Klager var sammen med [to personer], som hun formentlig havde hentet dagen før. Alle 3 forlod bopælen samtidig og gik mod [station], hvor de tog [transportmiddel] til [sted] og derfra [transportmiddel] mod [sted]. Klager og barn var tilbage efter 4 timer.

Torsdag den 17. oktober blev det observeret:

- Klager kørte i bil med [person] til [sted] - kørsel ½ time,
- Klager kørte i bil fra [sted] til [sted] - kørsel 43 minutter,
- I [sted] med [person] i 3 timer med særdeles højt støjniveau og var sammen med [person]. Klager krammede [personer], da de mødtes ved [sted],
- Kørte hjem - kørsel 33 minutter,
- Gik tur med hunden og så upåvirket ud.

Under de 4 dages observation sås klager ikke træt eller smertepåvirket ud.

6. SAMMENFATNING BASERET PÅ OBSERVATIONERNE OG SAGENS ØVRIGE AKTER

6.1 Diskrepans

Det er AP Pensions opfattelse, at det samlede observationsmateriale er uforeneligt med de af klager angivne helbredsmæssige og funktionsmæssige klager jf. princippet i U.2017.2147H.

Uforeneligheden er af en sådan karakter, at det var vanskeligt at forestille sig, at klagers funktionsniveau er et udtryk for, at klager har nogle få 'gode dage', idet observationen er foregået over en længere og spredt periode, hvor der har været længere tid imellem observationerne.

Sammenfattende dokumenterer observationerne efter AP Pensions opfattelse (foto, video og rapporter):

at klager modsat, særligt det i funktionsskemaet anførte omkring smerter ved bilkørsel, er i stand til at føre bil uden at fremstå smertepåvirket heraf, idet der henvises til, at klager flere gange gjorde netop dette, hhv. 30 min., 43 min., og 33 min., på samme dag,

at klager ikke fremstår smertepåvirket eller psykisk dårlig,

at klager heller ikke har særlige gener forbundet med at løfte tunge ting, hvilket klager ellers angiver, (herunder at klager ikke kan løfte indkøbsposer til lejlighed, idet hun har angivet at anvende indkøbstrolley hertil), idet klager med lethed og uden synligt besvær håndterede en række tunge indkøbsposer fra bil til lejlighed,

at klager var i stand til at handle ind i 42 minutter,

at klager var i stand til at stå og snakke med person udendørs og i 40 minutter, (klager har angivet, at hun har angst, ikke kan færdes med mange personer, samt at hun fysisk var i stand til at stå 5-10 minutter, før hun fik mange smerter),

at klager næppe er lydoverfølsom, når henses til, at klager er i stand til at færdes i [sted] i 3 timer med meget højt støjniveau samtidig med socialt samvær med veninde,

at klager var i stand til at kramme uden synlig smertepåvirkning, selvom det af klager er angivet, at klager fik mange smerter herved, og at det decideret var fysisk ubehageligt,

at klager var i stand til at hhv. den 14., og 16. oktober at foretage længere tids social aktivitet væk fra bopælen, idet hun ad flere omgange både [flere typer transportmidler] til ... og var væk i hhv. mindst 4 timer, og

at klagers angivne oplysninger om klagers voldsomme fysiske og psykiske gener ikke stemmer overens med det observerede.

7. SPECIALLÆGEVURDERING

AP Pension indhentede den 8. maj 2020 en ekstern second opinion ved psykiatrisk speciallæge [speciallæge4], bilag 23.

Hun blev også forelagt alle sagens oplysninger.

Hun bemærkede, at klager var vokset op med en hektisk barndom, selvom klager anså denne for værende god. Speciallægen fremhævede videre:

...

Speciallægen konkluderede følgende:

...

Speciallæge konkluderede, at skadelidtes diagnoser var periodisk depression, accentuerede personlighedstræk, og

'Eftersom [klageren] har en anden opfattelse af, hvad hun kan fysisk i forhold til, hvad man ser på optagelsen fra efteråret 2019, er det sandsynligt, at der er en vis psykisk overbygning i hendes smerteklager. Hun har således formentlig også: F45.8 Andre somatoforme tilstande, disordines somatiformes alii.'

Speciallægen konkluderede afslutningsvis, at der var et uudnyttet behandlingspotentiale af klager, idet man ikke har forsøgt at behandle klager med grundlæggende psykofarmaka og i form af psykoterapi.

Herom anførte hun følgende: ...

8. DET UUDNYTTEDE BEHANDLINGSPOTENTIALE

På baggrund af det samlede observationsmateriale og [speciallæge4's] second opinion var og er det AP Pensions opfattelse, at klager har et uudnyttet behandlingspotentiale, og at klager dermed

ikke har dokumenteret, at hun fortsat opfylder betingelserne for dækning, jf. bilag 1 og det indledningsvis anførte om betingelserne herfor.

Det er klager, der skal bevise, at hun er i fortsat dækning.

Det uudnyttede behandlingspotentiale er løbende blevet drøftet med klagers advokat, klager og klagers far, som stedse har afvist, at der er et uudnyttet behandlingspotentiale og har afvist at medvirke til, at klager på ny blev undersøgt på nogen måde.

Således har AP Pension tilbudt og opfordret klager til at lade sig undersøge på ny ved speciallæge, hvilken speciallæge skulle have forelagt sagens samlede materiale, herunder det samlede observationsmateriale for en vurdering af det uudnyttede behandlingspotentiale. Dette har klager ikke villet. Dette for en vurdering af, om de tidligere konklusioner fra [speciallæge1] og [speciallæge2], jf. erklæringer fra hhv. 2019 og 2015, jf. bilag 13-14 i lyset af det samlede observationsmateriale fortsat kunne opretholdes.

AP Pensions lægekonsulent har senest den 12. juni 2021 om det uudnyttede behandlingspotentiale og forslag til behandling på baggrund af sagens samlede akter, inkl. det samlede observationsmateriale, udtalt følgende, jf. bilag E:

...

Som det fremgår heraf, foreslår AP Pensions lægekonsulent, at klager undergår et tværfagligt forløb med; *'..psykologisk og psykiatrisk terapi over længere tid i kombination med fysisk træning og dermed integration af coping, aktiviteter og psykiske p virkninger.'*

Klager er blevet tilbudt et sådant forløb af AP Pension, men har også afvist at deltage et sådant forløb.

Vedrørende det uudnyttede behandlingspotentiale henviser AP Pension særligt til U.2012.810V, hvor pensionselskabet fik medhold i, at der ikke var grundlag for at udbetale løbende ydelser, idet kunden var behandlelig, eller i hvert fald burde kunne arbejde flere timer end påstået.

AP Pension henviser særligt til landsrettens præmisser og punktet 'Landsrettens begrundelse og resultat', hvor det blandt andet fremgår, at der ikke forelå nogen udredning af F's erhvervsevne i lyset af denne diagnose, ligesom hendes funktionsevne i lyset af denne diagnose ikke var nærmere vurderet.

Dette er også AP Pensions opfattelse i nærværende sag, idet det lægefagligt er vurderet, at klager er eller i hvert sandsynligt kan være behandlelig, men klager har ikke ønsket at hverken indhente ny/nye speciallægeerklæringer eller acceptere at deltage i et behandlingsforløb som tilbudt af AP Pension.

Dermed medvirker klager ikke til at begrænse sit tab i så videst muligt omfang over for selskabet, og opfylder ikke betingelserne for dækning."

Klagerens advokat har den 6/9 2021 bl.a. anført:

"Forsikringsbetingelser og bevisbyrde

Jeg har noteret mig, at parterne er enige om indholdet af forsikringsbetingelserne og udbetalingskriterierne.

AP Pension anfører imidlertid (side 11), at det er [klageren], der skal bevise, at hun fortsat opfylder betingelserne for udbetaling. Dette bestrides fortsat. Det er korrekt, at [klageren] efter forsikringsbetingelserne (§ 34) og praksis i øvrigt i første omgang skal bevise, at hun har krav mod selskabet.

Når AP Pension har givet tilsagn om udbetaling, gælder dækningstilsagnet så længe det er aftalt, eller indtil der måtte ske en sådan bedring i helbredstilstanden, at betingelserne for dækning ikke længere er opfyldt. AP Pension gav sådanne midlertidige tilsagn den 18. januar 2016, den 14. november 2016, den 24. april 2018 og den 18. december 2018 (bilag 4-7) – det seneste gældende til den 21. marts 2021.

AP Pension har med virkning fra 1. august 2020 standset udbetalingerne med henvisning til, at [klagerens] helbred skulle være bedre end oplyst. Det er således – og efter fast praksis – AP Pension, der skal godtgøre, at [klageren] ikke længere har det hidtidige dækningsberettigende erhvervsevnetab.

De mange lægelige undersøgelser støtter [klagerens] påstand, og observationerne ændrer ikke herpå.

Lægelig dokumentation

AP Pension henviser i indlægget bl.a. til speciallægeerklæringerne fra psykiater [speciallæge2] (bilag 14) og neurolog [speciallæge1] (bilag 13). Speciallægeerklæringerne – og det øvrige lægelige materiale – dannede grundlag for tilsagn den 18. januar 2016, den 14. november 2016, den 24. april 2018 og den 18. december 2018 (bilag 4-7). Jeg går derfor ud fra, at parterne er enige om, [klageren] – på baggrund af den lægelige dokumentation – i hvert fald senest den 18. december 2018 opfyldte betingelserne for udbetaling.

Hvad parterne ikke synes at være enige om er, om der efterfølgende er indtrådt en behandlingsmulighed, og/eller om observationerne modsiger de mange lægelige konklusioner.

Behandlingsmulighed

AP Pension anfører (side 11) - baseret på psykiater [speciallæge4's] vurdering (bilag 23 – psykiateren har aldrig mødt og undersøgt [klageren]) - at der synes at være et uudnyttet behandlingspotentiale i form af grundlæggende psykofarmaka og psykoterapi.

Selvom behandlingen skulle tage udgangspunkt i grundlæggende psykofarmaka og psykoterapi, kan AP Pensions lægekonsulent imidlertid kun pege på én psykiater, der kan gøre en forskel for [klageren]; nemlig den privatpraktiserende psykiater ..., der 'bruges i AP' (side 12) – og som i øvrigt er forfatter til bogen 'Tag på arbejde – fra sygemelding til samarbejde'.

[Klageren] anerkender ikke præmissen om, at der findes et uudnyttet behandlingspotentiale. [Klageren] er veludredt og behandlet ved bl.a.:

[Smerteklinik] i perioden oktober 2014 til maj 2015 (bilag 15), hvor behandlingen omfattede afprøvning af smertestillende medicin, smertepsykologisk rådgivning (individuel og i gruppe) og vejledning ved socialrådgiver og fysioterapeut, jf. bilag 37,

[Rehabiliteringssted] i perioden 20. april 2015 til 19. maj 2015 af et team bestående af læge, plejer, ergoterapeut og fysioterapeut med fokus på fysisk aktivitet og mestringsstrategier, jf. bilag 38. Det bemærkes, at [klageren] boede på [rehabiliteringssted] fra mandag til fredag og kun var hjemme i weekenderne,

[Psykolog1] i perioden 21. januar 2016 til 13. juni 2017, der havde fokus på dagligdagens struktur og copingmekanismer (bilag 29),

[Psykolog2] i perioden 30. oktober 2018 til 25. februar 2020, der havde fokus på håndteringen af angst og den kroniske smertetilstand, herunder i forhold til dagligdagens struktur (bilag 30),

Region ... Psykiatri ved psykiater [speciallæge5] 26. august 2020 til dags dato som følge af den belastning overvågningen har påført [klageren] (bilag 32).

I alle tilfælde har behandlingsforløbene konkluderet, at [klagerens] tilstand var kronisk og ikke lod sig helbrede (bilag 15), at hun lever i den bedste mulige balance (bilag 30), at den forværring, [klageren] oplevede i forbindelse med den aktuelle sag er reduceret, og at der ikke har været behov for at afprøve yderligere medicinering, idet de mulige effekter heraf er dækket ind med nuværende behandling (bilag 32).

Dette støttes også af psykiater [speciallæge2], der i sin erklæring fra 25. oktober 2016 (bilag 14) konkluderede,

at [klageren] siden barndommen har haft udbredte bevægeapparatsmerter, der har medført et kronisk smertesyndrom

at hun igennem 12 år (på daværende tidspunkt) havde lidt af depressionssygdom og de senere år af belastningsrelateret angst og selvskadende adfærd

at diagnosen er kronisk overbelastningstilstand, der har tæt sammenhæng med det kroniske smertesyndrom

at der psykiatrisk ikke er behov for yderligere udredning

at der behandlingsmæssigt vil kunne forsøges med præparaterne Citalopram eller Lyrica, hvilket i bedste fald vil kunne dæmpe angsten, men ikke smertesyndromet, og muligt bevirke en øget livskvalitet, men næppe et øget funktionsniveau

at den psykiatriske symptombyrde især har indflydelse på det erhvervmæssige funktionsniveau og

at de erhvervmæssige funktionsnedsættelser især bevirker skånehensyn i forhold til arbejds længde, arbejdstempo og arten af arbejdsopgaver foruden de hensyn, som den somatiske helbredstilstand medfører

Det støttes også af neurolog [speciallæge2], der i sin erklæring fra 10. juli 2019 (bilag 13) konkluderede,

at [klageren] i 2014 er udredt af reumatolog, som fandt hendes smertesymptomer sekundære til medfødte hypermobile led og smerter i muskel og senetilhæftninger, og at hendes tilstand synes at være forenelig med diagnosekriterier for fibromyalgi (DM 79.8)

at der ved objektiv undersøgelse fandtes en meget mobil rygsøjle, men i øvrigt normale forhold omkring muskler og led

at yderligere undersøgelser i form blodprøver, billeddiagnostik, elektrofysiologiske undersøgelser eller spinalvæskeundersøgelser ikke vil kunne føre til en bedre afklaring af det aktuelle kliniske indtryk

at eneste behandlingsmulighed er at understøtte hendes trivsel med mulighed for aflastning og tilrettelæggelse af arbejde med passende arbejdsopgaver og et fysisk dagligt liv, som rummer fleksibilitet mht. tid og opgaver

at yderligere behandling ikke synes mulig

at hun har tilpasset sig en livsstil, hvor hun fungerer, formentlig tæt på sit optimale

at hendes skrøbelige mentale konstitution kombineret med den kroniske smertetilstand begrænser hendes udfoldelsesevne socialt og privat

at hendes arbejdssevne er afprøvet under meget gunstige vilkår og vurderet til ca. 9 timer per uge, og at hun aldrig kunnet praktisere et fysisk aktivitetsniveau som jævnaldrende

at hun fremstår uden indtryk af simulation eller overdrivelse af sine symptomer

at oplevelsen af funktionsevne og udfoldelsesmuligheder ikke er i strid med det kliniske indtryk – også selvom den objektive undersøgelse, fraset en hypermobil rygsøjle, ikke frembyder væsentlige abnorme fund

at hendes tilstand er kronisk uden yderligere muligheder for forbedring gennem medicinske og ikke-medicinske tiltag

Når helbredstilstanden så konsekvent som det er tilfældet vurderes at være kronisk og uden behandling, kan der selvsagt ikke peges på behandlingsmuligheder, der grundlæggende vil kunne bedre funktionsniveauet. Det forhold, at der er tale om en kompleks helbredsmæssig tilstand, der ikke har en entydig forklaring, kan ikke ændre herpå.

Efter forløbet på [smerteklinik] (bilag 15 og 37) fik [klageren] udleveret et informationsark af den behandlende klinikchef, der fremlægges som bilag 39. Da [klagerens] tilstand er kompleks var det meningen, at hun kunne udlevere dette ark til f.eks. jobcentret eller andre aktører med relevans for hendes sag til nærmere belysning af helbredstilstanden. Det fremgår bl.a. af informationsarket,

at kroniske smerter er livslange og ikke lader sig helbrede,

at kroniske smerter ofte ledsages af depressionslignende tilstande og angst,

at medicinering kan øge livskvaliteten (men ikke funktionsniveauet),

at der ikke behøves at være påviselige abnorme fund ved undersøgelser eller scanninger, og

at kroniske smerter består af legemlige, psykologiske og sociale komplikationer – som alle medvirker i det samlede billede

Der kan således ikke altid gives en entydig og simpel forklaring på udviklingen af og efterfølgende behandling af kroniske smerter. At der er tale om et reelt sygdomsbillede støttes – foruden af de mange undersøgelser – tillige af bilag 40, der et informationsark om funktionelle smerter fra [hospital]. Heraf fremgår det,

at kan der opstå smerter uden nogen direkte beskadigelse af kroppen og uden fysisk årsag,

at årsagen til funktionelle lidelser er multifaktoriel, og at forståelsen af de funktionelle lidelser udfordrer vores klassiske tænkning om, at sygdomme enten er rent fysiske eller udelukkende psykiske,

at funktionelle lidelser er en reel sygdom, og at der dermed ikke er tale om patienter, der er indbildte, lyver, snyder eller lign.

AP Pensions ønske om at lade [klageren] undersøge af en ny speciallæge, må derfor alene ses som et forsøg på at opnå en anden – og for selskabet mere gunstig – vurdering.

AP Pension har i forbindelse med sin argumentation fremlagt en intern lægekonsulentudtalelse (bilag E), der støtter synspunktet om, at der er behandlingsmuligheder. [Klageren] har for god ordens skyld forelagt lægekonsulentnotatet for den nuværende behandlende psykiater [speciallæge5], hvis supplerende bemærkninger fremlægges som bilag 41 (tidligere vurdering er fremlagt som bilag 32). Det fremgår heraf, at psykiateren har set det skriftlige materiale igennem, herunder lægekonsulentudtalelsen (bilag E), og at dette ikke giver 'anledning til ændringer i diagnose og behandling'.

Region ... Psykiatri er Danmarks største psykiatriske (og et uafhængigt) hospital, og der må være en formodning for, at den behandlende psykiater – på baggrund af det langvarige behandlingsforløb – har den bedste forudsætning for at vurdere [klagerens] behandlingsbehov – og for at foretage diagnosticering.

Det bemærkes i den forbindelse, at vurdering af, hvorvidt [klagerens] erhvervsevne er nedsat eller ej, skal ske med afsæt i helbredstilstanden, jf. forsikringsbetingelsernes § 32, stk. 1, og at helbredstilstanden er velbeskrevet ved de mange lægeundersøgelser, der er fremlagt i sagen.

Det kan ikke føre til et andet resultat, at AP Pension er af den holdning, at der ikke kan lægges vægt på de indhentede speciallægeerklæringer, idet speciallægerne ikke har været bekendt med 'det fulde billede' (side 15). Med andre ord; de har ikke set observationerne.

AP Pension har – så vidt vides – observeret [klageren] i perioden 7. november 2018 til og med 17. oktober 2019 (bilag 11-12). I denne periode rekvirerede AP Pension speciallægeerklæringen fra neurolog [speciallæge1], der blev udfærdiget den 10. juli 2019 (bilag 13) – 9 måneder inde i observationsperioden, og kun 4 måneder før observationerne ophørte.

Såfremt AP Pension ønskede en vurdering af 'det fulde billede' kunne selskabet have forelagt videooptagelserne for neurolog [speciallæge1] med henblik på at opnå en vurdering heraf. Det gjorde AP Pension imidlertid ikke. Først i juli 2020 fremlagde AP Pension observationsmaterialet og standsede forsikringsudbetalingerne.

Den manglende forelæggelse af observationsmaterialet for speciallægen må tolkes derhen, AP Pension (heller) ikke på daværende tidspunkt fandt anledning til at sætte spørgsmålstegn ved helbredstilstanden og funktionsniveauet.

Observationerne

Det er [klagerens] opfattelse, at observationerne ikke kan anvendes til at sige noget konkret om helbredstilstand. Observationerne viser en helt almindelig dagligdag og dagligdagsaktiviteter, og Retslægerådet har flere gange udtalt, at det ikke er usædvanligt for smertetilstande, at der forekommer variation i generne i løbet af en dag eller fra dag til dag, eller for kortere/længere perioder ad gangen, at en sådan variation kan optræde uden kendt årsag eller være relateret til fysisk, psykisk eller social belastning, og at kroniske smertetilstande ikke altid kan konkretiseres i en synlig forstyrrelse i eksempelvis mobilitet eller anden aktivitet (bilag 33 og 35).

Observationerne er heller ikke i strid med de af [klageren] oplyste funktionsbegrænsninger.

AP Pension anfører (side 6), at [klageren] på optagelserne fremstår med normal gangfunktion, bevæger sig hurtigt/kvikt, kan bukke sig ned, trække indkøbsvogn/indkøbstrolley, kan bøje sig og gå på hug uden tegn på smertepåvirkning eller tilpasninger på baggrund af smerter svarende til skuldre, nakke, ryg og ved løft af varer, som skønnes at veje mere end 3 kg. per pose, fremstår velklædt, soigneret særligt i forbindelse med indkøb og ved social aktivitet, ses gennemføre indkøb normalt, taler i mobiltelefon, færdes frit mellem andre mennesker, fremstår smilende og på enkelte optagelser grinende, kommunikerende med andre mennesker på normal vis, er i stand til at håndtere byrder væsentligt tungere end 1½ kg, (blandt andet flasker og indkøbsposer), og kan selv køre bil over længere distancer.

Når man læser ovenstående, synes man at få indtrykket af, at [klageren] skulle være svært invalideret og ude af stand til at omgås andre mennesker. [Klageren] er kronisk syg og har fysiske og psykiske lidelser, der ganske vist nedsætter hendes funktionsniveau, men [klageren] er i stand til at arbejde 7 timer om ugen i et fleksjob, hvor hun alt andet lige omgås andre mennesker (bilag 20-21), i stand til at bevæge sig normalt (bilag 13) og i stand til at tage vare på sig selv og sin [barn].

For så vidt angår [klagerens] fysiske formåen har hun i funktionsskema 1 af 31. maj 2018 (bilag 10) angivet følgende:

I et tilhørende bilag har hun loyalt og detaljeret forsøgt at beskrive hendes funktionsbegrænsninger så godt som muligt – herunder at hun kan foretage sig alle bevægelser, men at nogle bevægelser og aktiviteter fremprovokerer smerte.

Der er ingen modsætning mellem – på den ene side – de bevægelser og funktioner, der ses på observationerne og – på den anden side – de aktiviteter og funktioner, [klageren] har oplyst, at hun rent fysisk kan foretage (bilag 8-10 og 13).

AP Pension har til støtte for sin påstand specifikt henvist til observationsdagene den 14., 15., 16. og 17. oktober 2019, men observationerne siger reelt intet omkring de aktiviteter, som [klageren] udfører, og AP Pension forudsætter en del formodninger og antagelser, der ikke kan lægges til grund.

Således anfører AP Pension bl.a. til den 14. oktober 2019, at (side 7) 'udover arbejde på 4 timer var klager i stand til at foretage sig aktivitet på 3 timer og 46 minutter. Observationen blev tilendebragt kl. 18.00, hvor klager fortsat ikke var kommet retur til bopælen, hvorfor der kan være tale om længere tids aktivitet udover 3 timer og 46 minutter.'

AP Pension har reelt kun observeret, at [klageren] var på arbejde og herefter at hun tog en bus, og der er således ikke observeret en egentlig aktivitet, der kan gøres til genstand for en vurdering af den helbredsmæssige erhvervsevne. Af [klagerens] egne bemærkninger (bilag 22) fremgår det dog, at hun var på arbejde i sit fleksjob i [virksomhed4], hvorefter hun mødtes med en veninde til kaffe, det vil sige at hun foretog sig helt almindelige dagligdagsaktiviteter.

AP Pension anfører endvidere til den 15. oktober 2019, at (side 7), *'Klager tog bil til [supermarked], hvor hun handlede stort ind i [supermarked] i 42 minutter. Her løftede hun ubesværet tunge indkøbsposer ind i bagagerum [...]. Da klager returnerede på bopæl bar hun ubesværet poser ind i lejligheden'*.

Af [klagerens] egne bemærkninger (bilag 22) fremgår det, at indholdet i de såkaldt 'tunge' poser var tomme pantflasker, der (som bekendt) intet vejer. AP Pension har intet grundlag for at anføre, at der var tale om tunge poser, idet AP Pension slet ikke har observeret, hvad der var i poserne – hverken før eller efter indkøb.

AP Pension anfører endvidere til den 16. oktober 2019, at (side 7) 'klager var sammen med en mand, som hun formentlig havde hentet dagen før.' Den pågældende mand var [klagerens] [fami-liemedlem], der er bosiddende i ... – og som havde taget en [transportmiddel] til ... og derfra videre med Bus ... til [klagerens] bopæl. AP Pension har intet grundlag for at konkludere som gjort.

AP Pension kan derfor ikke med henvisning til observationsmaterialet afvise [klagerens] funktionsniveau som beskrevet ved adskillige lægelige undersøgelser, og det er irrelevant når AP Pension flere gange anfører, (bl.a. side 7-8), at [klageren] ikke fremstår smertepåvirket eller psykisk dårligt, da dette ikke nødvendigvis kan rent visuelt kan konstateres, jf. ovenfor.

Derudover er det irrelevant for sagen, når AP Pension anfører, at [klageren] fremstår velklædt og soigneret særligt i forbindelse med indkøb og ved social aktivitet, at hun kan færdes frit mellem andre mennesker, fremstår smilende og på enkelte optagelser grinende og kommunikerende med andre mennesker.

Der er således intet lægefagligt grundlag for at skabe en modsætning mellem [klagerens] helbredstilstand og hendes fysiske fremtoning. Såfremt AP Pension måtte være af en anden opfattelse, opfordres selskabet til nærmere at redegøre for og dokumentere, på hvilket grundlag en sådan modsætning hviler.

På baggrund af ovenstående fastholder [klageren] sin påstand."

Selskabet har den 21/9 2021 bl.a. anført:

"1. SELSKABET FASTHOLDER

Det er fortsat AP Pensions, idet følgende selskabets, opfattelse, at klager ikke opfylder betingelserne for udbetaling af ydelser ved erhvervsevnetab samt bevilliget præmiefritagelse.

2. SUPPLERENDE BEMÆRKNINGER TIL KLAGERS INDLÆG AF 6. SEPTEMBER 2021

2.1 Ad 'Forsikringsbetingelser og bevisbyrde'

Det er klager, der skal bevise, at klager er i fortsat dækning. Der henvises til det af selskabet anførte i det oprindelige indlæg af 16. august 2021, jf. punktet 3 'Forsikringsbetingelser'.

Det er korrekt, at ankenævnspraksis kan fortolkes sådan, at i visse tilfælde, hvor kunden har været i dækning i en længere periode, der skal der være faste holdepunkter for, at kunden ikke længere er i dækning. Det er dog fortsat klager, der skal bevise, at hun er i dækning.

Det er selskabets opfattelse, at der i denne sag er holdepunkter for, at klager efter fast praksis og på baggrund af det samlede observationsmateriale nu har bragt sig selv i en bevismæssig vanskelig position, jf. bl.a. Ankenævnets afgørelse i 88.489, 91.391 og 91532 i forhold til fortsat at være i dækning.

2.2 Ad 'Lægelig dokumentation og behandlingsmulighed'

Klager henviser i punkterne 'Lægelig dokumentation' og 'Behandlingsmulighed' til, at klager er omfattende undersøgt og behandlet, og at der derfor ikke er nogle yderligere behandlingsmuligheder.

Klager har også med sit seneste indlæg fremlagt supplerende lægelige oplysninger og udtalelser, der ifølge klager også understøtter, at klager er uden behandlingsmuligheder.

Selskabet henviser til, at de af selskabet gennemførte observationer skete i perioden den 7. november 2018 til den 17. oktober 2019 og dermed i omkring 1 år.

Der er gennemført 16 observationsdage med tilhørende video og skriftlig rapportering.

Jf. selskabets oprindelige indlæg punkt 5 'Observation' fastholder selskabet, at klager i denne periode udviser et helbreds niveau og et aktivitetsniveau, der ikke harmonerer med det, klager har oplyst til læger, behandlere og kommunen jf. gennemgangen i det oprindelige indlæg, punkt 6 'Sammenfatning baseret på observationerne og sagens øvrige akter'.

Der er efter selskabets opfattelse tale om, at det samlede observationsmateriale er medicinsk uforeneligt i forhold til det helbreds niveau og det aktivitetsniveau, som klager har angivet over for læger, behandlere og kommunen, jf. princippet modsætningsvist i U.2017.2147H. Klager har, jf. det i indledningen anførte, herefter bragt sig i en bevismæssig vanskelig position i forhold til at anføre, at klager i perioden fra 7. november 2018 og efterfølgende ikke længere skulle være behandlelig.

Hvad læger, behandlere og kommunen, som ikke har modtaget og gennemgået det samlede observationsmateriale i perioden forud for den 7. november 2018 og efter har konkluderet om klagers helbred, funktionsevne og behandlingsbehov, er dermed ikke relevant.

Det er selskabets forståelse, at klager ikke har forelagt det samlede observationsmateriale for nogle af de læger og behandlere, som klager henviser til anfører, at klager fortsat ikke er behandlelig.

Videre henviser selskabet til, at selskabet i dialogen med klager inden sagens forelæggelse for Ankenævnet ad flere omgange tilbød og opfordrede klager til at deltage i en ny speciallægeundersøgelse hos en ny speciallæge, forudsat, at denne speciallæge fik adgang til sagens samlede oplysninger, inklusive det samlede observationsmateriale og herefter på et fuldstændigt grundlag kunne vurdere klagers aktuelle helbred og funktionsevne samt behandlingsbehov.

Dette ville klager ikke deltage i.

Klager har på side 4 herom anført følgende:

'AP Pensions ønske om at lade [klageren] undersøge af en ny speciallæge, må derfor alene ses som et forsøg på at opnå en anden – og for selskabet mere gunstig – vurdering.'

Det er ikke korrekt.

Selskabet har et ønske om at få afklaret, om hvorvidt klager er behandlelig eller ikke for en vurdering af, om klager er i fortsat dækning i henhold til den tegnede tab af arbejdsevnedækning, og dét er baggrunden for, at selskabet ad flere omgange har tilbudt, at klager burde deltage i en ny speciallægeundersøgelse.

Selskabet er forpligtet til at behandle sine kunder ens i forhold til spørgsmålet om dækning/ikke dækning, og heri ligger også en forpligtelse for selskabet til at undersøge, vurdere og tilbyde den enkelte kunde behandling, hvis kunden er behandlelig.

Klager anfører videre følgende:

'Selvom behandlingen skulle tage udgangspunkt i grundlæggende psykofarmaka og psykoterapi, kan AP Pensions lægekonsulent imidlertid kun pege på én psykiater, der kan gøre en forskel for [klageren]; nemlig den privatpraktiserende psykiater ..., der 'bruges i AP' (side 12) – og som i øvrigt er forfatter til bogen 'Tag på arbejde – fra sygdoms melding til samarbejde'.

Selskabet har korrekt foreslået, at [klinik] ved [psykiater], som er direktør, overlæge, dr. med og speciallæge i psykiatri - ... - kan tilbyde klager et samlet forløb med henblik på at undersøge, vurdere og behandle klager.

Der er ikke, som klager synes at antyde, tale om, at [klinik] ikke objektivt ville kunne tilbyde klager et samlet forløb med henblik på at undersøge, vurdere og behandle klager.

Klager har desuagtet afvist at deltage uden nogen nærmere begrundelse, hvorfor selskabet herefter ikke har tilbudt et alternativ. I Klagers [familiemedlems] e-mail af 12. juli 2021 herom er bl.a. anført følgende: *'Du nævnet et tilbud om behandlingsforløb på eksempelvis [klinik], hvilket vi nærmest betragter som en 'narresut', så det takker vi nej til. Hvis i måske spurgte om, hvad hun ellers løbende bruger penge til for behandlinger, der kan mindske hendes alvorlige gener af invaliditet, ja så kunne det måske være relevant. Det var bl.a. noget af det, som hendes invalide ydelse fra jer løbende gik til.'*

Selskabet forstår, som tidligere nævnt, klagers indlæg til Ankenævnet sådan, at klager ikke har fremsendt eller forelagt det samlede observationsmateriale for de læger og behandlere, der har behandlet eller udtalt sig vedrørende klagers helbred, funktionsevne og/eller behandlingsbehov.

I så henseende vedrører bilag 37 og bilag 38 tiden forud for gennemførelsen af observation, og bilag 39 og bilag 40 er informationsark.

Bilag 41 er en udtalelse fra psykiater [speciallæge5] af 20. juli 2021, som henviser til, at han har 'set det skriftlige materiale igennem' (det er dog uklart, hvilket materiale det er), og han henviser videre til selskabets lægekonsulents notat, hvilket dog ikke giver [speciallæge5] anledning til ændringer i diagnose og behandlingsplaner. Den tidligere udtalelse af 28. februar 2021, jf. bilag 32 fra [speciallæge5] indeholder heller ikke en stillingtagen til det samlede observationsmateriale.

Selskabet går derfor ud fra, at klager har valgt ikke at forelægge psykiater [speciallæge5] det samlede observationsmateriale. Det er også uklart, om klager har forelagt psykiater [speciallæge5] [speciallæge4's] 2. opinion, jf. bilag 23.

2.3 Ad 'Bilag 23 – psykiatrisk speciallægeerklæring'

Klager anfører følgende:

(...) AP Pension anfører (side 11) - baseret på psykiater [speciallæge4's] vurdering (bilag 23 – psykiateren har aldrig mødt og undersøgt [klageren]) - at der synes at være et uudnyttet behandlingspotentiale i form af grundlæggende psykofarmaka og psykoterapi.

Selvom behandlingen skulle tage udgangspunkt i grundlæggende psykofarmaka og psykoterapi, kan AP Pensions lægekonsulent imidlertid kun pege på én psykiater, der kan gøre en forskel for [klageren]; nemlig den privatpraktiserende psykiater ..., der 'bruges i AP' (side 12) –

[Klageren] anerkender ikke præmissen om, at der findes et uudnyttet behandlingspotentiale (...)

Og videre,

'AP Pensions ønske om at lade [klageren] undersøge af en ny speciallæge, må derfor alene ses som et forsøg på at opnå en anden – og for selskabet mere gunstig – vurdering (...)' (...)

'Region ... Psykiatri er Danmarks største psykiatriske (og et uafhængigt) hospital, og der må være en formodning for, at den behandlende psykiater – på baggrund af det langvarige behandlingsforløb – har den bedste forudsætning for at vurdere [klagerens] behandlingsbehov – og for at foretage diagnosticering.'

Det er selskabets opfattelse, at klagers bemærkninger ikke skal tillægges betydning.

At [speciallæge4] ikke har set og behandlet klager er ikke afgørende. Afgørende er derimod, at [speciallæge4] modsat de læger og behandlere klager henviser til, netop blev bragt i besiddelse af det fulde bedømmelsesgrundlag i sagen og dermed også det samlede observationsmateriale. [Speciallæge4] har ikke en særlig interesse i at udtale sig til fordel for hverken selskabet eller klager, som klager synes at antyde.

Det fremgår af bilag 23, at klagers personlighedsstruktur med overvejende sandsynlighed har en forværende indvirkning på klagers fysiske helbredstilstand.

En personlighedsstruktur, som ifølge speciallægen benægtes af klager.

Klager lægger til grund, at klager har været tilstrækkeligt behandlet, og der findes ikke øvrige behandlingsmuligheder. Dette, selvom klager aldrig har været behandlet med de af speciallægen i psykiatri nævnte psykofarmaka.

Der henvises i øvrigt til AP Pensions tidligere indlæg af 16. august 2021.

2.4 Ad. 'Observationsmaterialet'

Den af selskabet gennemførte samlede observation i perioden 7. november 2018 til 17. oktober 2019 skal som tidligere nævnt ses i lyset af de helbredsmæssige og funktionsmæssige begrænsninger, som klager har givet udtryk for over for selskabet at have.

Det burde fx ikke kunne lade sig gøre for klager at føre bil 106 minutter, tage i [sted] i 3 timer og herefter gå tur med hunden på én og samme dag, når henses til det af klager udtalte om voldsom lydfølsomhed og smerter ved bilkørsel og i øvrigt begrænsede funktionsniveau.

Klager bemærker også følgende:

'AP Pension anfører endvidere til den 15. oktober 2019, at (side 7),

- Klager tog bil til [supermarked], hvor hun handlede stort ind i [supermarked] i 42 minutter. Her loftede hun ubesværet tunge indkøbsposer ind i bagagerum [...]. Da klager returnerede på bopæl bar hun ubesværet poser ind i lejligheden'.

Af [klagerens] egne bemærkninger (bilag 22) fremgår det, at indholdet i de såkaldt 'tunge' poser var tomme pantflasker, der (som bekendt) intet vejer. AP Pension har intet grundlag for at anføre, at der var tale om tunge poser, idet AP Pension slet ikke har observeret, hvad der var i poserne – hverken før eller efter indkøb.'

Det bemærkes, at selskabet ved observationen den 15. oktober 2019 bemærkede, at skadelidte handlede ind i [supermarked] i 42 minutter og var herefter i stand til at placere indkøbsposer og en stor sort taske uden besvær fra indkøbsvognen og op i bagagerummet. Da klager ankom til bopælen, blev hun observeret at bære varer ind i opgangen i en stor sort indkøbstaske.

Det er selskabets opfattelse, at optagelserne indikerer, at posen indeholdt tungere emner.

Derudover er det selskabets opfattelse, at det er mærkværdigt, hvis tasken udelukkende skulle indeholde tomme pantflasker, når klager netop var vendt retur fra en indkøbstur på 42 minutter i [supermarked].

Selskabet henviser i øvrigt til tidligere ankenævnsindlæg af 16. august 2021.

3. SAMMENFATTENDE

Selskabet kan herefter konstatere, at parterne er uenige om, hvorvidt klager fortsat opfylder betingelserne for dækning.

Videre, at klager og selskabet er uenige om den bevismæssige betydning af det samlede observationsmateriale. Ankenævnet kan dog lægge til grund, at klager ikke har oplyst de læger og behandlere, klager har været i kontakt med efterfølgende, om det samlede observationsmateriale.

Det er selskabets opfattelse, at det samlede observationsmateriale stiller klager i en vanskelig bevismæssig position i forhold til fortsat dækning.

Selskabet har ved [speciallæge4] fået udarbejdet en 2. opinion, og hun peger på et uudnyttet behandlingspotentiale, hvilket selskabets lægekonsulent er enig i. Dette er klager og psykiater [speciallæge5], (der øjensynlig ikke har haft adgang til sagens samlede materiale), uenig i.

På denne baggrund er der lægefaglig uenighed.

Ankenævnet kan yderligere lægge til grund, at klager løbende har afvist at medvirke til indhentelse af en ny speciallægeundersøgelse og/eller deltage i et tværfagligt forløb, som tilbudt af selskabet ved [klinik], som netop kunne afklare denne lægefaglige uenighed.

På denne baggrund er det selskabets opfattelse, at klager ikke længere opfylder betingelserne for at være i dækning, jf. princippet i U.2012.810V."

Til dette har klagerens advokat den 12/10 2021 bl.a. er anført:

"Behandlingspotentiale

AP Pension synes at gøre gældende, at der må bortses fra de lægelige vurderinger, hvor observationsmaterialet ikke indgår, da de pågældende læger m.v. ikke har haft det fulde bedømmelsesgrundlag. Imidlertid kan dette argument kun knytte sig til en eventuel vurdering af funktionsniveauet og dermed ikke argumentet om et uudnyttet behandlingspotentiale.

AP Pension har anvendt psykiater [speciallæge4] (bilag 23) og den interne lægekonsulent (bilag E) som lægefagligt grundlag for beslutningen om at standse udbetalingerne.

I AP Pensions første brev af 15. juli 2020 (bilag 1) fremgår det, at, 'Selskabets lægekonsulent har vurderet, at du på baggrund af det lægelige materiale ikke har en funktionsnedsættelse på 50 % eller mere, og at de gennemførte observationsoptagelser er uforenelige med de af dig angivne helbredsmæssige klager og funktionsbegrænsninger.'

og

'AP Pension har ladet sagen bedømme af en ekstern speciallæge i psykiatri.

Den eksterne psykiater konkluderer, at du ikke ses forsøgt behandlet med psykofarmaka og en mere struktureret og udfordrende psykoterapi.'

og

'Du har trods anmodning fra selskabets ikke villet udlevere yderligere lægelige dokumenter, der bl.a. skulle klarlægge hvilket, om noget, behandlingsforløb du har gennemgået.'

I vurdering fra psykiater [speciallæge4] af 8. maj 2020 (bilag 23), der først blev fremsendt til undertegnede den 7. januar 2021, fremgår det, at, '*Jeg fik tilsendt sagen i februar, og jeg beklager den lange sagsbehandlingstid. Yderligere lægelige dokumenter har været afventet. Imidlertid har [klageren] ikke givet tilladelse til, at man fik aktindsigt i disse dokumenter [...]*'.

og

'*Som det fremgår af ovenstående er jeg enig i AP-pensions lægekonsulents vurdering i, at [klageren] ikke er forsøgt grundlæggende behandlet med psykofarmaka og en mere struktureret og udfordrede – psykoterapi. Der er således fortsat et vist uudnyttet behandlingspotentiale.*'

Først og fremmest bemærkes det, at AP Pension – såvel før som efter klagesagen – har været i besiddelse af alt materiale. Undertegnede spurgte allerede i september 2020 AP Pensions advokat, om der manglede materiale, i hvilket tilfælde dette kunne indhentes. Advokaten svarede, at han ikke mente, at der manglede noget. Såfremt AP Pension havde et ønske om supplerende materiale, kunne man således have blot bedt om det.

Dét materiale, der er i sagen, er således også dét materiale, der forefindes, hvilket jeg beder Ankenævnet om at lægge til grund.

Dernæst er det korrekt, at såvel [speciallæge4] som lægekonsulenten nævner observationerne i deres vurderinger, men faktum er, at der på baggrund af observationerne ikke siges noget om behandlingspotentialet.

[Speciallæge4] lægger således ved vurderingen af behandlingspotentialet netop vægt på de i sagen foreliggende akter, herunder den psykiatriske speciallægeerklæring, på egen læges journal og på medicinindtaget. Observationerne kan selvsagt heller ikke anvendes til at sige noget fornuftigt om et eventuelt behandlingspotentiale, idet psykisk sygdom ikke lader sig udrede på video.

Argumentet om, at [speciallæge5] ikke kan udtale sig om behandlingsbehovet (bilag 32 og 41) uden at have set observationerne, må derfor også forkastes. I den forbindelse bemærkes det, at [speciallæge5] har forholdt sig til [speciallæge4's] vurdering, som det netop fremgår af hans initiale udtalelse (bilag 32), hvor han stiller sig skeptisk overfor at fjerndiagnosticere psykiatriske patienter.

I forhold til [speciallæge4's] vurdering, er denne – som tidligere nævnt – fuld af fejl og forbehold. Der er således – jf. vurderingen – også tale om en 'begrænset vurdering'. En af fejlene går igen i AP Pensions seneste indlæg (side 5), idet det fremgår, at, 'Klager lægger til grund, at klager har været tilstrækkeligt behandlet, og der findes ikke øvrige behandlingsmuligheder. Dette, selvom klager aldrig har været behandlet med de af speciallægen i psykiatri nævnte psykofarmaka.'

Dette er fortsat ikke korrekt. Jeg henviser i den forbindelse til det i klagen anførte (på side 8).

I forhold til den konkrete behandlingsmulighed har undertegnede gentagne gange rykket for en afklaring af, hvilken behandling, AP Pension pegede på. Først ved e-mail af 29. juni 2021 pegede AP Pension på 'den psykiater, der bruges i AP', det vil sige [psykiater] og hans team.

AP Pension pegede således først på en konkret behandlingsmulighed,

- 13 måneder efter udtalelsen fra psykiater [speciallæge4]
- 11 måneder efter at have bragt udbetaling til ophør fire måneder efter, at klage blev indgivet til Ankenævnet for Forsikring og
- én måned efter, at parterne holdt et forligsmøde i sagen

Såfremt AP Pension var af den opfattelse, at der kunne iværksættes meningsfuld psykiatrisk behandling, kunne de havde oplyst [klageren] herom allerede inden ophør af udbetalingerne – eller på et tidligere tidspunkt end i juni 2021.

Observationsmaterialet

AP Pension anfører, at, *'Det bemærkes, at selskabet ved observationen den 15. oktober 2019 bemærkede, at skadelidte handlede ind i [supermarked] i 42 minutter og var herefter i stand til at placere indkøbsposer og en stor sort taske uden besvær fra indkøbsvognen og op i bagagerummet. Da klager ankom til bopælen, blev hun observeret at bære varer ind i opgangen i en stor sort indkøbstaske.'*

Det er selskabets opfattelse, at optagelserne indikerer, at posen indeholdt tungere emner.

Derudover er det selskabets opfattelse, at det er mærkværdigt, hvis tasken udelukkende skulle indeholde tomme pantflasker, når klager netop var vendt retur fra en indkøbstur på 42 minutter i [supermarked].'

Det præciseres i den forbindelse, at [klageren] bar tomme flasker fra bilen og ind i supermarkedet, men at hun ikke kan huske, hvad der var i nettet på vej ud i bilen som det også fremgår af hendes egne specifikke bemærkninger (bilag 22).

At 'det er selskabets opfattelse, at optagelserne indikerer', at posten var tung, er ikke ensbetydende med, at den rent faktisk var det.

Selv hvis det måtte lægges til grund, at der var tale om et løft med en vis vægt, gøres det gældende, at løftet ikke er af sådan en karakter, at Ankenævnet bør underkende [klagerens] beskrivelse af eget helbred (idet beskrivelsen da heller ikke er i modstrid hermed). Der henvises i den forbindelse til Ankenævnet for Forsikrings sag 94656, hvor Ankenævnet kom til samme konklusion ved løft af en ramme sodavand, en kasse vin m.v.

På baggrund af ovenstående fastholder [klageren] sin påstand."

Af funktionsskema af 31/5 2018 fremgår bl.a.:

"Spørgsmål 1 a:

Afkryds om du er i stand til at:

Sidde: Kan sidde cirka 30 min. ad gangen på en stol. Kan sidde 1-2 min. ad gangen på gulvet/jorden.

Stå: Kan stå 5-10 min. ad gangen - dog ikke for mange gange om dagen.

Cykle: Får straks øgede smerter når jeg cykler

Køre bil: cirka 15 min. som passager, uden at få flere smerter. Kan fysisk godt sidde længere tid i bilen som passager, men det giver mange smerter både samme dag og efterfølgende dag. Får straks øgede smerter, når jeg er chaufføren. Tør nogle gange ikke køre bil fordi jeg pga. smerter ikke kan holde bremsen nede. Jeg har dog lige købt bil med automatgear, for at få lidt mere frihed og jeg får knap så mange smerter når jeg er chauffør i bil med automatgear. Kan på gode dage køre ca. 1 time i træk, hvis der er ikke er for meget kø. Men jeg kan ikke køre langt 2 dage i træk.

Spørgsmål 1 b:

Kan du gå?

Jeg kan gå cirka 600 meter uden pause og kan i alt gå ca. 2 km på en dag - dog højst 2 dage i træk.

Spørgsmål 1 c:

Kan du gå på stiger, trapper, ujævnt underlag m.v.?

Jeg får øgede smerter af at gå, men kan rent balancemæssigt godt gå på ujævnt underlag, trapper og stiger. Men trapper giver meget øgede smerter. Det giver flere smerter at gå op ad trapper end nedad dem. Selv 2-3 trin op ad trapper giver øgede smerter.

Spørgsmål 1 d:

Kan du bøje dig fremover?

Ja

Spørgsmål 1 e:

Kan du bøje dig bagover?

Ja

Spørgsmål 1 f:

Kan du bøje dig til siden?

Ja

Spørgsmål 1 g:

Kan du sidde på hug?

Rent fysisk kan jeg godt komme ned og sidde på hug, men det gør ondt. Både imens jeg sidder på hug og bagefter.

Spørgsmål 1 h:

Kan du løfte genstande fra hugsiddende stilling?

Rent fysisk kan jeg godt løfte genstande fra hugsiddende stilling, men det gør ondt. Både imens jeg løfter og bagefter. Jeg løfter f.eks. min [barns] [dyr] eller en ramme sodavand fra gulv til bord.

Spørgsmål 1 i:

Kan du løfte noget over skulderhøjde? Højre: Ja. Venstre: Ja.

Rent fysisk kan jeg godt løfte noget over skulder-højde, men det giver forværrede smerter. Både imens jeg løfter og bagefter. F.eks. har jeg fået monteret en holder til min føntørre, så jeg både kan stå og sidde under føntørren og tørre mit hår, da det giver for mange smerter at holde føntørren. Desuden kan jeg kun løfte begrænsede mængder, selv når det ikke er over skulder-højde (se spørgsmål 1 j).

Spørgsmål 1 j:

Hvor tung en genstand er du i stand til at løfte?

Sidst skrev jeg, at jeg kunne bære 1,5 kg. i hver arm. Men jeg synes ikke, at det er et retvisende svar.

For som jeg skriver nedenfor, kan jeg nogle dage godt lige løfte en ramme sodavand kort tid, mens jeg andre dage knap nok kan løfte en liter mælk. Så hvis jeg skal komme med en kiloangivelse for, hvor meget jeg kan løfte uden at der overhovedet er risiko for øgede smerter, vil jeg jo skulle sige omkring 0,5 kg. Men det betyder som sagt ikke, at jeg rent fysisk ikke kan løfte mere end det.

Giv eksempler på, hvad du kunne løfte før sygdommen

Før min sygdom blev slem, kunne jeg løfte fyldte indkøbsposer på flere kilo i hver arm samtidig. Jeg kunne bære store tunge flyttekasser og jeg kunne hjælpe med at bære en sofa op/ned ad trapper ifm. Flytning. Jeg kunne gå rundt med en baby på armen i flere timer. Jeg kunne løfte en kasse printerpapir.

Giv eksempler på, hvad du kan løfte efter sygdommen:

Nogle dage kan jeg knap nok løfte en liter mælk for at hælde mælk op i et glas. På en god dag, kan jeg løfte en ramme sodavand fra et bord til et andet (1-2 meter), men ikke uden at det giver øgede smerter. Når jeg handler, er jeg nødt til at bruge min indkøbs-trolley, så jeg ikke skal bære varerne men kan skubbe dem hjem på hjul. Bare det at holde mobiltelefonen under en samtale på mere end nogle minutter giver forøgede smerter. Jeg kan ikke løfte flyttekasser eller hjælpe med at flytte tunge møbler rundt i et rum og en ... kan jeg kun bære i kort tid ellers skal jeg sidde med den, hvor armen er støttet af f.eks. et armlæn.

Spørgsmål 2 a:

Er der huslige gøremål, du er forhindret i at udføre?

De fleste huslige gøremål er blevet en kamp at udføre, efter at jeg er blevet syg. Tidligere kunne jeg

gøre hele lejligheden rent i løbet af nogle timer (støvsuge, gulvask, pudse spejle, støve af, gøre badeværelse rent). I dag skal al rengøring deles op, således at jeg højst gør en ad ovenstående ting pr. dag - og helst ikke flere dage i træk. Jeg har måtte fjerne de fleste løser tæpper/måtter fra gulvene, da det er for hårdt at støvsuge dem. Mine ubehandlede trægulve kan jeg slet ikke selv vaske mere, da der skal lægges flere kræfter i end jeg har. Trægulvet i mit køkken, gang og stue har jeg derfor fået lakeret, så jeg selv kan vaske det nogle gange. Det er også utrolig hårdt for mig at skifte sengelinned og når jeg har skiftet sengelinned, skal jeg holde pause nogle timer, før jeg kan lave mere den dag. Nogle dage må jeg ligeledes opgive at vaske vasketøj, fordi jeg ikke kan

holde til at hænge det til tørre idet det både er hårdt at stå op og at tage armene over hovedet til tørresnoren. Og nogle dage kan jeg bare ikke klare at komme ned på knæ til at putte tøjet i vaskemaskinen - eller også har jeg så ondt i armene, at jeg har svært ved at trække tøjet ud af maskinen igen.

Madlavningen er også svær for mig. Jeg har anskaffet mig en stol på hjul med hæve/sænkefunktion, til at sidde på, når jeg laver mad, fordi jeg ofte ikke kan holde til at stå op imens. Så kan jeg nemt trille fra komfur til vask osv. imens jeg sidder ned. Jeg må tænke over, hvilke retter jeg laver, da jeg ikke kan holde til at røre ret meget i en gryde. Jeg har måtte anskaffe en røremaskine, da jeg nu får for mange smerter af at holde min håndmixer eller ælte dej. Og stort set alt beskidt service/gryder ryger i opvaskemaskinen, da det gør ondt at vaske op.

Tidligere kunne jeg ret problemfrit gå rundt og ordne ærinder i længere tid og over større afstande - eller flere dage i træk. I dag må jeg planlægge mine ærinder, så jeg kan ordne de ting, som ligger tæt på hinanden samtidig og så vente nogle dage før jeg ordner de andre ærinder andre steder.

Spørgsmål 2 b:

Er der personlige hygiejne, du er forhindret i at udføre?

Ja, føntørre hår i begrænset omfang.

Spørgsmål 2 c:

Er du forhindret i at udføre fritidsaktiviteter, som du kunne udføre før sygdommen?

Tidligere kunne jeg dyrke lidt sport (fx badminton), men har nu måttet droppe alt og kan kun klare de øvelser, som fysioterapeuten har lært mig at udføre specielt tilpasset min sygdom. Jeg plejede at elske at gå lange ture på 5-15 km både hjemme i DK og når jeg var på ferie - hvad enten det var badeferie eller storbyferie. Nu er det ikke muligt at gå lange ture mere.

Tidligere elskede jeg at rejse på skiferie, men det er nu umuligt for mig. Jeg kan godt tage på andre

ferier, men stadig i begrænset omfang. Jeg skal sørge for at bo på et hotel med elevator. Jeg skal bo steder, hvor der ikke er kuperet terræn idet det giver for mange smerter at gå i. Jeg skal bo tæt på by/strand eller sørge for at have offentlig transport lige uden for døren, så jeg nemt og hurtigt kan komme rundt, idet jeg ikke kan holde til at gå. Jeg skal sørge for, at jeg kan komme hjem til hotellet og få et hvil i løbet af dagen. Jeg skal tænke over transporten til/fra ferien, da de mange skift er utrolig hårde for mig, og især hvis jeg også skal flytte min bagage rundt. Dagen efter rejsen, er jeg som regel helt ødelagt. Desuden har jeg på ferier også flere smerter fordi jeg ikke sover ordentligt, da jeg mangler min specielle topmadras, mit glidelagen og min store komfort-u-pude.

I det daglige er alle mine fritidsaktiviteter også begrænset. Jeg kan ikke lege ret mange fysiske lege med min nu ...årige [barn] (spille fodbold, lege fangeleg, cykle ture, sjippe, spille basket m.m.). Hvis jeg forsøger at spille stangtennis eller anden fysisk leg med [barn], må jeg stoppe igen efter nogle minutter pga smerter og træthed. Jeg kan ikke bare tage en tur i [sted], [sted], [sted], på legeplads eller lignende med [barn]. Det skal planlægges, så jeg kan slappe af i dagene op til, hvile i dagene efter og på turen skal der være indlagt mange pauser og vi kan typisk kun være afsted nogle timer, da jeg så ikke kan klare mere. Og det skal være til steder, hvor vi nemt kan komme til/fra. Jeg kan køre til [sted], gå rundt derinde og så selv køre bil hjem igen. Så skal vi hentes/bringes og kan kun være der i begrænset tid.

Selv sociale aktiviteter er hårde for mig. Og et besøg af en veninde skal højst vare et par timer, så er jeg helt ødelagt, selvom vi bare har siddet i sofaen og snakket. Som udgangspunkt skal jeg ikke have sociale aktiviteter 2 dage i træk, og det begrænser dermed både hvor meget jeg får set egne venner og hvor tit min [barn] kan have legeaftaler. Desuden må jeg nogle gange sige nej til at min [barn] kan tage med sine venner hjem efter [institution], fordi jeg ikke kan holde til at tage hjem til dem og hente hende bagefter. Vi bor af samme grund også selv kun ca. 400 meter fra skole og [institution]. Vi flyttede i 2014 pga. min sygdom. Jeg kunne ikke længere klare trapperne til 4 sal i min [lejlighed]. Så jeg måtte sælge den, og ... købte en [lejlighed] til mig i stueetagen med en beliggenhed tæt på ... skole og offentlig transport.

Tidligere gik jeg også gerne i byen med veninderne. Og selvom jeg siden min ungdom ikke har kunnet danse pga. knæ smerter, kunne jeg dengang hygge med at være social med at sidde i barren. Nu kan jeg ikke engang holde til at sidde på barstolene mere uden at få utrolig mange smerter, der koster nogle dage i sengen. Jeg gik også gerne til stand-up eller i biografen, men selv det er hårdt, da bare transporten frem/tilbage giver smerter, samt at det at sidde stille er svært for mig, og det sociale i det trætter mig også ekstremt.

Når jeg bliver inviteret til fødselsdage, polterabends, bryllupper m.m. kræver det en masse planlægning og jeg kan altid kun være med til en brøkdel af arrangementerne pga. træthed og smerter. Skal jeg f.eks. til bryllup i ... en lørdag, skal jeg tage derover torsdag, så jeg har fredagen til at komme mig over rejsen, jeg hviler i løbet af brylluppet lørdag, jeg ligger med smerter hele søndag, kan rejse hjem mandag og tirsdag ligger jeg ødelagt efter rejsen. Så en dag med bryllup koster planlægning og 6 dages ressourcer.

Når jeg ovenfor nævner smerter, gælder det både mine smerter i led, sener, samt de smerter som min irritable tyktarm giver mig. Når jeg har mange smerter i kroppen eller rent mentalt føler mig overbelastet reagerer min irritable tyktarm straks med forværring. Og øgede smerter på den ene eller anden måde forværrer min kroniske træthed.

Desuden er bare det at kunne kramme i dag en udfordring. For mig er et knus ofte mere smertefuldt

end et dejligt. Det har hjulpet, at jeg nu får medicinen Imipramin, men for mig er et knus en måde at at vise/modtage kærlighed på, men det er ikke noget, som føles rart rent fysisk.

Jeg har flere gange været nødt til at forlade nogle sociale begivenheder pga. angst. En sommer havde jeg f.eks. aftalt med nogle venner, at vi skulle mødes til noget picnic og ungerne kunne lege. Da jeg så kørte derhen viste det sig, at de også havde inviteret andre mødre og børn med. De var alle utrolig søde, men overraskelsen over, at der var flere end ventet gjorde, at min [barn] og jeg blev nødt til at gå, da jeg kunne mærke at et angstanfald var på vej. Og da vi kom hjem måtte jeg lade min [barn] se tv så jeg kunne få fred til at få ro på nerverne igen. Episoder som sidstnævnte, hvor der sker uforudsete ændringer i en aftale har flere gange givet mig angstanfald. Desuden kan jeg ikke længere spille spil/lege, hvor f.eks. opgaver skal laves på tid. Det kan f.eks. være 'Tegn og gæt' eller et spil på min smartphone, hvor opgaver skal løses på tid. I sådanne tilfælde går jeg straks helt i sort og kan slet ikke tænke til at løse det mindste af opgaven og jeg mærker straks symptomer på at angstanfald er på vej.

Er du forhindret i at udføre erhvervsaktiviteter, som du kunne udføre før sygdommen?

Hvis jeg ser på den generelle arbejdsevne før min sygdom, ville jeg i princippet kunne have varetaget de fleste typer job, hvis jeg blev uddannet til det. Det kunne være pædagog, håndværker, rengøringsassistent, butiksassistent m.m. Kun jobs, hvor mine knæ ville blive hårdt belastet (cyklende postbud, fitness-instruktør m.m.), ville jeg have haft problemer med, da smerter i knæene har været et problem siden jeg var barn. Dengang elskede jeg kundekontakt og havde ingen problemer med larm/støj på arbejdspladsen og kunne også klare et job med meget transport (evt. kørende sælger).

Desuden var jeg nødt til at koncentrere mig om komplekse opgaver, sætte mig ind i nye ting og overholde deadlines.

Efter sygdommen, vil jeg i dag kun være i stand til at udføre administrative opgaver - og kun i begrænset omfang. Heldigvis er jeg uddannet i ... og dermed indenfor et administrativt erhverv. Jeg vil i dag nemlig ikke kunne klare job, hvor jeg står op, skal løfte noget, skal forblive i samme fysiske stilling længere tid, skal gå meget, skal være fysisk aktiv eller hvor der er støj, kundekontakt eller transporttid. Desuden har jeg nu svært ved at koncentrere mig, jeg husker dårligt (og har dermed svært ved at lære nyt) og bare udsigten til deadlines kan give mig angstanfald. Se i øvrigt svarene under spørgsmål 1a, 1b, 1c, 1h, 1i og 1j i Funktionsskema 1 (ovenfor) omkring fysiske begrænsninger, som gælder både privat og erhvervsmæssigt. Se også svarene under spørgsmål 2g, 2h, 2i, 2k, 2L i Funktionsskema 1 (nedenfor) omkring begrænsninger ift. Indlærings- og koncentrationsbesvær, følsomhed overfor lys, følsomhed overfor støj, ændret humør og ændret søvnrytme. Alle de begrænsninger påvirker desværre også min arbejdsevne meget.

Før sygdommen har jeg altid arbejdet 37 timer om ugen (+ pauser). Nu er jeg tilkendt fleksjob på 9 timer om ugen og selvom jeg er utrolig glad for mit arbejde, så er de 9 timer utrolig hårde for mig og presser mig maksimalt på mine fysiske og psykiske ressourcer.

Spørgsmål 2 e:

Har du daglige gener?

Jeg har daglige gener af mine sygdomme - 24 timer i døgnet. Jeg har smerter fra min myalgi/hypermobilitetssyndrom hele døgnet og de påvirker derfor også min nattesøvn. Problemerne med min psyke giver mig daglige gener. Min irritable tyktarm giver ikke daglige gener, men 2-3 dage om ugen giver den mig typisk gener. Hvis jeg er ekstra stresset eller trist, bliver mine gener af irriterabel tyktarm straks værre.

Smerterne fra min hypermobilitetssyndrom og myalgi har jeg hele dagen hver dag. Intensiteten af smerterne kan variere, men påvirker mig hele tiden. Pga. smerterne er jeg forhindret i at gøre mange af de ting, som jeg gerne vil og som vil give mere livskvalitet. Men de forhindrer/besværliggør også mange dagligdags gøremål for mig. Se venligst uddybning under svarene til spørgsmål 2a og 2c i Funktionsskema 1. Smerter gør, at jeg har svært ved sove ordentligt. Efter anskaffelse af speciel topmadras, glidelagen og stor komfort-u-pude, har jeg dog fået lidt lettere ved at falde i søvn og vågner ikke længere hver gang, jeg forsøger at vende mig i sengen. Men jeg vågner stadig 3-5 gange hver nat pga. smerter.

De dage min irriterable tyktarm virkelig gør ondt, giver den mig også mange begrænsninger. Nogle gange kan jeg pga. smerter fra den ikke engang gå oprejst, og må nærmest kravle rundt eller gå helt sammenkrøbet. Dermed er jeg så 'bundet' til lejligheden og min seng/sofa og alle gøremål er

umulige at udføre. Sådanne smerteangreb kan komme pludseligt og jeg har også oplevet, at jeg til sociale arrangementer er blevet nødt til pludseligt at lægge mig eller tage hjem pga. af det. Tidligere har min irritable tyktarm også givet mig mange gener ift. mit arbejdsliv. For den kan gøre, at hyppige og langvarige toiletbesøg er nødvendige, og det er svært at tage sådanne toiletpauser i en travl arbejdsdag. Også fordi at det ofte er pludseligt, at det er nødvendigt med en toiletbesøg. Og hvis man er midt i et møde eller en [arbejdsopgave] er det ikke hensigtsmæssigt at skulle afbryde for at rende på toilet. Uforudsigeligheden ved den irritable tyktarm påvirker mig selvfølgelig også psykisk.

Min psyke giver også daglige gener i større eller mindre grad. Hvor meget af det, der skyldes den langvarige depressive tilpasningsreaktion og hvor meget der er 'bivirkninger' af de kroniske smerter kan være svært for mig selv at skille ad. Men jeg har en lav stress-følsomhed og kan ikke overskue mange ting ad gangen eller 'deadlines'. Jeg har svært ved at træffe beslutninger, er meget grådlabil, har svært ved at huske, kan ikke koncentrere mig og jeg får angstanfald, når jeg udsættes for situationer, hvor jeg føler øget forventningspres og hvor der er mange ukendte faktorer (f.eks. når Jobcentret sender mig på et nyt kursus eller jeg skal til arrangementer på min [barns] skole). Disse gener gør f.eks. at jeg kan ikke overskue, hvis nogle bare siger, at de kommer forbi om eftermiddagen - jeg skal vide præcist tidspunkt. Jeg er meget ubeslutsom og ville i dag ikke kunne træffe en beslutning om, hvorvidt folk måtte få et lån, som ellers var en del af mit job tidligere.

Spørgsmål 2 f:

Har du dage uden gener?

Nej

Spørgsmål 2 g:

Har du indlærings- eller koncentrationsbesvær?

Jeg har virkelig koncentrationsbesvær og mærker det f.eks. bare ved udfyldelsen af disse skemaer til AP Pension. Jeg har højst kunne besvare 1 spørgsmål (med uddybende svar) ad gangen, og typisk kun 2 af sådanne spørgsmål om dagen. Jeg kan ikke koncentrere mig om mere. På arbejde kan jeg typisk også kun koncentrere mig ca. 30 min ad gangen. Men det hænger jo også sammen med, at jeg så ikke kan sidde stille ved skrivebordet længere pga. smerter. På samme måde har jeg nu svært ved at koncentrere mig om seriøse film/tv-programmer. Jeg har ligeledes kun læst 1 bog igennem de sidste 2 år, idet jeg bliver ved med at læse de samme sider om og om igen, da jeg ikke kan huske, hvad jeg lige har læst eller hvem de forskellige personer er.

Min indlæringsevne er okay på den måde, at jeg godt forstår, hvad jeg får forklaret og kan gøre det imens/lige efter, at jeg har fået det at vide. Men jeg har svært ved at huske. Og det gør, at de ting jeg lærer den ene dag, har jeg næsten glemt igen næste når jeg kommer på arbejde 2 dage efter igen. Jeg bliver hele tiden nødt til at kigge i mine noter, for at huske hvordan jeg f.eks. skal bogføre noget, som jeg har bogført 50 gange før. Jeg har på samme måder svært ved at huske, hvilke systemer jeg skal ind i, for at løse de forskellige opgaver og er derfor også på det punkt afhængig af mine noter, så jeg ikke konstant skal spørge mine kollegaer. Og når jeg hos nuværende fysioterapeut eller på [behandlingssted] fik vist nye øvelser, havde jeg svært ved at huske dem efterfølgende. Selv hvis jeg fik et billede af øvelserne med, kunne jeg ikke huske, hvad de præcis gik ud på bagefter.

Spørgsmål 2 h:

Er du følsom overfor lys?

Jeg er helt klart blevet mere følsom overfor lys. Udenfor bruger jeg ofte solbriller, når andre ikke gør, fordi jeg synes at lyset er for skarpt. Og selv indenfor kan meget belysning i f.eks. en stue virkeligt

genere mig. Ofte, når jeg har været på kursus via Jobcentret eller har besøgt familie eller venner, har jeg oplevet at jeg kommenterer på, at der er utrolig lyst, hvortil alle andre svarer, at det synes de bestemt ikke. Når jeg føler, at det er for lyst har jeg en tendens til at blive irritabel og få kortere lunte og kan have svært ved at abstrahere fra irritationen over lyset.

Spørgsmål 2 i:

Er du følsom overfor støj?

Jeg er ret overfølsom overfor støj. Det gælder ikke kortvarige høje lyde (som f.eks. fra fyrværkeri eller hvis noget vælter), men længerevarende lyde. Det er f.eks. når skraldebilen holder i tomgang foran mit vindue, lyden fra de mange legende børn i min [barns] [institution], musik i en butik, sidemandens musik i høretelefonerne i en bus, høj lyd fra fjernsynet, lyden af en helikopter i luften eller bare det, at jeg længere tid har været et sted med konstant 'summen'/larm som f.eks. i et shoppingcenter/[forlystelsespark].

Støjen har en tendens til at gøre mig irritabel og give mig en kortere lunte, og ligesom med lysfølsomheden har jeg svært ved at abstrahere fra irritationen over støjen. I modsætning til lysfølsomheden gør støjen mig også mere grådlabil og irritationen over støjen kan udfordre min trang til selvskade (den selvskadende adfærd har jeg dog holdt nede siden sommeren 2015. Fik nogle korte

'tilbagefald' i forbindelse med min jobprøvning i vinteren 2016/2017, men har siden holdt det nede

igen men 'trangen' er der stadig).

...

Spørgsmål 2 k:

Er dit humør ændret?

Mit humør er helt klart ændret efter at jeg er blevet syg. Tidligere var jeg en person, som sprudlede af energi og hvor folk altid kommenterede på mit gode humør, og jeg var kendt på arbejdspladserne for, at man altid kunne høre mig grine et eller andet sted. I dag svinger mit humør meget. Jeg kan være glad det ene øjeblik, og kort efter kan jeg føle mig ked af det, uden helt at vide hvorfor. Jeg har tidligere aldrig været en person, som lod mig gå på af, hvis andre gjorde noget forkert/uretfærdigt. I dag skal jeg lægge bånd på mig selv, for ikke at give en højlydt verbal overhaling til folk, der springer over i køen, som går over for rødt lys, som ikke sortere skraldet rigtigt i ... skraldespande. Og uanset om jeg får givet folk en kommentar med på vejen eller ej, så kan 'deres handling' kører rundt i hovedet af mig i flere timer og irritere mig.

Tidligere var jeg også en meget ekstrovert person, der fandt energi og glæde i at være sammen med andre mennesker. Nu er sociale ting så krævende for mig både fysisk og psykisk, at jeg ofte hellere vil blive hjemme og hygge med min [barn], fordi de få timers social hygge og glæde giver så mange

smerter og så meget træthed bagefter. Og jo mere træt og smerteramt jeg er, jo dårligere humør er jeg som regel også i.

Tidligere glædede jeg mig også bare, hvis jeg f.eks. skulle til noget socialt. I dag kan jeg ikke lade være med også at bekymre mig for, om jeg skal forlade arrangementet før tid pga. ledsmerter el-

ler irritabel tyktarmssmerter - eller om der er aktiviteter, som jeg ikke kan holde til at være med i, og min sygdom så bliver synlig for alle og genstand for utallige spørgsmål om, hvorfor jeg ikke kan være med. Og ikke mindst, så er jeg utrolig ked af, at jeg ikke længere kan passe et almindeligt arbejde mere og nu igennem lang tid ikke har tjent egne penge, gjort nytte i samfundet eller haft glæde af min uddannelse. Det tærer på min selvtillid og mit selvværd - og dermed på virker det også humøret negativt.

Spørgsmål 2 L:

Er din søvnrytme ændret?

Min søvnrytme er ændret meget, siden jeg blev syg. Tidligere kunne jeg ofte nøjes med at sove cirka 7 timer pr. nat og så fungerede jeg fint og følte mig udhvilet. Og jeg sov igennem hele natten fra jeg faldt i søvn til vækkeuret ringede/til jeg vågnede sent i weekenden. I dag har jeg brug for meget mere søvn. Jeg skal helst have cirka 9 timers søvn pr. nat nu for at fungere nogenlunde, men jeg føler mig aldrig udhvilet. Om jeg så sover over 12 timer, så føler jeg mig stadig helt udmattet/træt. Og bare det at falde i søvn er blevet svært, da det ofte gør ondt lige meget hvordan jeg ligger. Og jeg vågner mange gange i løbet af natten, fordi det gør ondt sådan som jeg ligger. Under mit ophold på [rehabiliteringscenter], fik jeg dog nogle råd, som har gjort det lidt nemmere at falde i søvn og få længere sammenhængende søvn, for indtil da vågnede jeg hver gang jeg forsøgte at vende mig. Nu bruger jeg glidelagen for ikke at vågne så tit under søvnen og for bedre at kunne finde en god stilling at falde i søvn i. Desuden har jeg en stor Comfort-U pude, som også gør at jeg ligger bedst muligt, når jeg skal falde i søvn. Og jeg har investeret i en rigtig god topmadras og en elevationsseng, så kroppen aflastes bedst muligt inden/under søvnen. Derfor sover jeg nu bedre om natten, men vågner stadig 3-5 gange på en gennemsnitlig nat.

Desuden er det nu blevet nødvendigt for mig at sove middagssøvn hver dag. Cirka 4-5 timer efter at jeg er stået op, har jeg brug for at sove en times tid, for at kunne komme igennem resten af dagen. Hvis jeg ikke får min middagslur er jeg ved 16-17 tiden så ramt af smerter og træthed (og dermed også dårligt humør), at jeg f.eks. ikke kan overskue at lave aftensmad (ud over rester, en frysepizza i ovnen el. lign.) og jeg kan typisk så ikke engang samle mig om f.eks. at se en film i fjernsynet om aftenen, men må gå i seng samtidig med min [barn] omkring kl. 20.

Spørgsmål 3 a:

Er du nødsaget til at tage medicin efter sygdommen?

Jeg tager dagligt 30mg citalopram pga min psyke (se udredning fra psykiater, som I selv valgte). Jeg tager dagligt 40 mg. Imipramin mod smerter

Som P.n. medicin har jeg 25 mg. Kodein, 250 mg. Klorzoxazon, Panodil 500 mg. Jeg forsøger at undgå at tage P.n. medicin, da jeg som enlig forældre gerne vil være så klar i hovedet som muligt til at tage mig af min [barn]. Dage, hvor jeg ikke skal noget specielt, klarer jeg mig ofte igennem uden medicin og bruger hvile og varmetæppe som behandling i stedet. Dage, hvor jeg er aktiv med sociale aktiviteter (forældremøde, zoo, strandtur m.m.) tager jeg medicin -og også dagen efter. Men som sagt, vil jeg ofte hellere have ondt end at tage medicin. Som P.n. medicin får jeg desuden nu 40 mg pantoprazole mod mavesår."

Af afsluttende lægebrev af smerteklinik af 22/5 2015 fremgår bl.a.:

"Det drejer sig om en ...-årig kvinde med hypermobilitetssyndrom, og heraf følgende diffus smertetilstand. Hun har tillige colon irritabel.

Pt. er taget i behandling i [smerteklinik] i oktober 2014, og behandlingen har omfattet afprøvning af smertestillende medicin, smertepsykologisk rådgivning - individuelt og i gruppe, og vejledning ved socialrådgiver og fysioterapeut.

Følgende lægemidler har været bragt i anvendelse:

Paracetamol, Tramadol, Kodein, Klorzoxazon og Imipramin.

Pt. er afsluttet med Imipramin 30 mg i døgnet, dertil bruger hun som p.n. medicin Panodil, Kodein, Klorzoxazon.

Pt. 'stilstand er kronisk og lader sig ikke helbrede. Tilstanden medfører funktionsnedsættelse, nedsat udholdenhed og vil nødvendiggøre omfattende skånehensyn fremover.

Vi kan ikke herfra anwise yderligere behandlingsmuligheder."

Af psykiatrisk speciallægeerklæring af 25/10 2016 fremgår bl.a.:

"Konklusion:

[Klageren] er en ... år gammel kvinde, der er henvist til psykiatrisk speciallægeundersøgelse som led i vurderingen af en ved AP Pension verserende sag.

...

Hun har siden barndommen haft udbredte bevægeapparatsmerter, der over årene har bevirket udvikling af et kronisk smertesyndrom. Talrige behandlingstiltag herunder også ved smerteklinik synes kun at have haft begrænset effekt.

[Klageren] har gennem de sidste 12 år tillige lidt af depressionssygdom og de senere år endvidere af vekslende belastningsrelateret angst og af selvskadende adfærd. Ved den nærværende undersøgelse findes [klageren] dog neutral af stemning. Diagnostisk betragtet må tilstanden psykiatrisk anskuet således primært opfattes som en kronisk overbelastningstilstand, der er tæt koblet til det kroniske smertesyndrom.

Der vurderes psykiatrisk betragtet ikke at være behov for yderligere udredning. Behandlingsmæssigt fremadrettet vil behandlingen af den psykiatriske sygdomsbyrde kunne søges optimeret ved opdosering af Citalopram. Ved manglende effekt heraf kan der forsøges tillæg af Lyrica. Alternativt (eller i forlængelse) hertil kan Citalopram udfases til fordel for et TCA givet i psykiatrisk dosering. I bedste fald vil [klagerens] angstberedskab kunne mindskes herved, hvorimod smertesymptomerne næppe vil påvirkes. En mulig effekt af disse tiltag, der primært vil bevirke en øget livskvalitet og næppe vil kunne bedre funktionsniveauet væsentligt, vil kunne forventes indenfor 6 måneder fra tidspunktet de iværksættes.

[Klageren] synes med baggrund i de givne informationer om dagligdagen og de senere års ansættelsesforhold psykiatrisk betragtet aktuelt kun at have begrænsede funktionsnedsættelser i hjem-

lige og i private anliggender, hvorimod den psykiatriske symptombyrde især findes at have indflydelse på det erhvervsmæssige funktionsniveau. Den kliniske fremtræden, der findes præget af en psykisk sart konstitution og en lav belastningstærskel med utrætningstendens er fuldt forenelig med denne vurdering. De erhvervsmæssige funktionsnedsættelser vil især bevirke skånehensyn i forhold til arbejdstidslængde, arbejdstempo og arten af arbejdsopgaver, hvor sidstnævnte vil skulle være overskuelige og strukturerede. Hertil kommer de skånebehov de somatiske helbredsforhold tilsiger.

Det kan ikke på nuværende tidspunkt vurderes i hvilket omfang [klagerens] funktionsnedsættelser på længere sigt vil påvirke hendes erhvervsevne. Dette vil først kunne estimeres mere validt, når yderligere erhvervsrettede afklarings tiltag har været gennemført. Eventuelt kan sagens genfremsendes når der er gået 1 år."

Af neurologisk speciallægeerklæring af 10/7 2019 fremgår bl.a.:

"Konklusion:

...-årig kvinde som fra sin tidlige barneår har døjet med tilbagevendende smertetilstand som provokeres af fysisk aktivitet, også lettere aktivitet som dans og cykling. Smerterne er lokaliseret omkring store led, specielt knæ, hofter, albue og hånd. Er lokaliseret symmetrisk og er gennem årene forsøgt behandlet via smerteklinikker og aktuelt i forebyggende smertebehandling med Imipramin kombineret med muskelafslappende medicin. På dette er tilstanden under rimelig kontrol, og hun formår at klare sig selv i hverdagen. De i rekvisitionen anførte spørgsmål, 1-8 kan besvares som følger:

1. Diagnostisk er hun tidligere i 2014 udredt af rheumatolog, som fandt hendes smertesymptomer var sekundære til medfødte hypermobile led og tendens som følge heraf til at få overbelastning og smerter i muskel og senetilhæftninger (entesopatier). Det aktuelle samlede kliniske indtryk med både smertesymptomatologi, psykiatriske co-morbiditet samt mave-tarmkanal gener synes at passe med diagnosekriterier for fibromyalgi (DM 79.8). Ved dagens undersøgelse findes en meget mobil rygsøjle men i øvrigt normale forhold omkring muskler og led.

2. Det vurderes ikke at yderligere undersøgelser i form blodprøver, billeddiagnostik, eller elektrofysiologiske undersøgelser, eller spinalvæskeundersøgelser vil kunne føre til en bedre afklaring af det aktuelle kliniske indtryk.

3. 4. og 5. Behandlingsmæssigt er eneste behandlingsmulighed at understøtte hendes trivsel med mulighed for aflastning og tilrettelæggelse af arbejde med passende arbejdsopgaver og et fysisk dagligt liv, som rummer fleksibilitet mht. tid og opgaver.

Diagnostisk er der tale om en konstitutionel tilstand, hvor yderligere behandling ikke synes mulig. Hun har tilpasset sig en livsstil, hvor hun fungerer, formentlig tæt på sit optimale. Psykisk og psykiatrisk har hun tendens til depressive forstemning og overvejret med angstanfald og er for nærværende sygemeldt igennem de sidste 6 måneder som følge heraf. I psykiatrisk speciallægeerklæring er den psykiatriske diagnose primært opfattet som en kronisk overbelastningstilstand hos en patient med en særlig sårbarhed. Den medicinske behandling er i denne sammenhæng vurderet optimal i kombinationen med tricyklisk antidepressivum og Citalopram.

6. Hendes skrøbelige mentale konstitution kombineret med den kroniske smertetilstand begrænser hendes udfoldelsesevne socialt og privat. Hendes arbejdsevne er afprøvet under meget gunstige vilkår og vurderet til ca 9 timer per uge uden mentalt eller fysisk krævende opgaver. Den har aldrig været på et niveau hvor hun har kunnet praktisere et fysisk aktivitetsniveau som jævnaldrende. Hun klarer personlige hygiejne og lettere husligt arbejde med madlavning og rengøring.

7. og 8. Hun fremstår under samtale og klinisk undersøgelse uden indtryk af simulation eller overdrivelse af sine symptomer. Symptomerne har stået på fra hendes tidlige barneår og i voksenlivet er trådt i karakter med en til grund liggende skrøbelig personlighedsstruktur der ledsages af hyppige angstanfald og tendens til depressiv forstemning. Oplevelsen af funktionsevne og udfoldelsesmuligheder er derfor ikke i strid med det kliniske indtryk. Dette gælder også selvom den objektive undersøgelse, fraset en hypermobil rygsøjle, ikke frembyder væsentlige abnorme fund.

Neurologisk set har hun tilbagevendende episodisk spændingshovedpine overlejet med migræneanfald uden aura, som dog udgør en mindre del af hendes samlede symptombillede og sygelighed. Den objektive neurologiske undersøgelse er normal.

Der vurderes ikke at være yderligere behandlingsmuligheder end de aktuelle medikamentelle muligheder og fast tilknytning til psykolog for at reducere byrden af hendes depressive forstemning, angstanfald og tendens til selvskadende adfærd. Ud fra en samlet vurdering er hendes tilstand kronisk uden yderligere muligheder for forbedring gennem medicinske og ikke-medicinske tiltag."

Af second opinion fra psykiatrisk speciallæge af 8/5 2020 fremgår bl.a.:

"Sammenfatning og delkonklusion

Ud fra de foreliggende akter synes følgende diagnoser sandsynlige:

F 33.4 Periodisk depression, p.t. i remission, Depressio mentis recurrens, p.t. in remissione

Z 73.1 Accentuerede personlighedstræk, idet der er elementer fra en ængstelig (undgående) personlighedsstruktur.

[Klageren] har tidvist angst i anfald, når hun skal præstere. Panikangst optræder uden relation til ydre forhold, hvorfor [klageren] ikke har denne lidelse. Hun kan have angst, når hun skal være blandt andre, men omvendt ses på optagelsen fra efteråret 2019, at [klageren] ikke har noget problem med at interagere med tilfældige forbipasserende m.fl. Hun har således ikke agorafobi, men det kan ikke udelukkes, at [klageren] har elementer af social fobi.

Eftersom [klageren] har en anden opfattelse af, hvad hun kan fysisk i forhold til, hvad man ser på optagelsen fra efteråret 2019, er det sandsynligt, at der er en vis psykisk overbygning i hendes smerteklager. Hun har således formentlig også:

F45.8 Andre somatoforme tilstande, disordines somatiformes alii.

[Klageren] har ikke F 43.28 Tilpasningsreaktion, anden, Reactio maladaptiva alius, idet de diagnostiske krav til denne sygdom er, at der ikke må være yderligere psykisk sygelighed, og man ved med sikkerhed, at [klageren] har haft depressioner.

[Klageren] har som sagt haft haft disse tre psykiatriske lidelser i mange år, og det kan derfor være ganske vanskeligt at behandle. Generelt er det også vanskeligt at behandle den grundlæggende struktur hos mennesker med en evasiv adfærd og en benægtende personlighedsstruktur, da de

netop har undgået problemer og at arbejde med egne psykologiske mekanismer. Det er ikke sikkert men sandsynligt, at psykologen i gruppen på ... netop udfordrede [klagerens] selvbillede.

Imidlertid har man også kun i begrænset omfang behandlet angsten og depressionen – symptomerne, der fremkommer på basis af den underliggende psykiske struktur.

Der er ganske vist givet Citalopram i maxdoser 40 mg, men man har ikke – som anbefalet:

- Suppleret med Lyrica eller
- Skiftet over til Imipramin.

Egen læge kan iværksætte behandling med Lyrica, men det er almindeligvis psykiatere, der behandler med tricykliske antidepressiva (Imipramin). Man må undre sig over, at [klageren] aldrig har været i et behandlingsforløb hos en psykiater – praktiserende eller under Region ... Psykiatri.

Dertil er det en god behandling, der er god effekt af at udfordre den angst, som [klageren] oplever i pressede situationer og i samvær med andre mennesker. Der synes ikke at have været givet et adfærdsterapeutisk behandlingsforløb, hvor man gradvist udfordrer sin angst. [Klageren] synes omvendt at trække sig fra situationer, hvor hun oplever angst.

Konklusion

Som det fremgår af ovenstående er der kun begrænset sandsynlighed for, at man kan iværksætte en varig og gennemgribende behandling af [klagerens] grundlæggende personlighedsstruktur. Ud over at give hende angst og depression har hendes personlighedsstruktur med overvejende sandsynlighed også en forværende indvirkning på hendes fysiske helbredstilstand.

Omvendt er jeg enig i AP-pensions lægekonsulents vurdering i, at [klageren] ikke er forsøgt grundlæggende behandlet med psykofarmaka og en mere struktureret og udfordrende - psykoterapi. Der er således fortsat et vist uudnyttet behandlingspotentiale."

Af rehabiliteringsteamets indstilling fremgår bl.a.:

"4. Rehabiliteringsteamet indstiller, at du visiteres til et fleksjob

a. Her angiver rehabiliteringsteamet hvilke beskæftigelsesmæssige, sociale og helbredsmæssige forhold teamet har lagt vægt på i sin anbefaling af et fleksjob. Teamet begrundet at du er afklaret i forhold til uddannelse og beskæftigelse, og at du ikke kan arbejde på ordinære vilkår.

...

Du er uddannet ... , og med en videreuddannelse i Du har arbejdet i ... og senest frem til dec 2013 med

Du blev sygemeldt i okt 2014 pga kroniske smerter i bevægeapparatet samt irriteret tyktarm.

Din læge skriver i attest af 03.07.17, at du er færdigudredt reumatologisk ift smertesyndrom, og at du har deltaget i multiple trænings- og rehabiliteringstiltag, på smerteklinik bl.a. Herigennem har

du viden om øvelser og træningsprogram, som du selv kan udføre dagligt. Det vurderes at de behandlingsmæssige muligheder medicinsk og rehabiliteringsmæssigt er udtømte, og at du vil have en varig funktionsnedsættelse. Om din psyke skrives, at du siden 2013 er særdeles veludredt af psykiatere og psykologer. Du har en kronisk belastningstilstand, periodisk depression samt en evasiv personlighedsforstyrrelse. Du betegnes som psykiatrisk færdigudredt og ændret medicin vil ikke kunne ændre på smertetilstand. Du udtrættes let og får diffuse lednære smerter, også ved lettere og kortvarig fysisk belastning. Der bør derfor ved job være skånehensyn ift at kunne skifte arbejdsstilling samt at kunne holde pause. Lægen konkluderer, at du ikke yderligere kan behandles, og at du livslangt får behov for fysisk rehabilitering samt psykologisk rådgivning.

Psykiater skriver i speciallægeerklæring okt 2016, at der psykiatrisk betragtet ikke vurderes behov for yderligere udredning, at du har en psykisk sart konstitution og en lav belastningstærskel med udtrætningstendens. Dette vil arbejdsmæssigt medføre skånehensyn ift arbejdstidslængde, arbejdstempo samt arten af arbejdsopgaver, der skal være overskuelige og strukturerede.

Du har via leverandør deltaget i praktikforløb på [virksomhed3] i perioden 03.10.16 - 31.05.17. Det ses at du har haft arbejdsopgaver af lettere praktisk karakter, kontorarbejde og bogføringsopgaver. Der har været taget skånehensyn bl.a. ift intet gensidigt arbejde, mulighed for mange små pauser, ingen deadlines, ingen kontakt med [personkreds] samt vekslende arbejdsstillinger. Der har været forsøgt forskellige timetal og tidspunkter vedr arbejdstid, og du har maksimalt været oppe på 12 t pr uge. Det er tilbagemeldingen fra arbejdspladsen, at du har været vellidt af kollegaer og udført dine opgaver ansvarsbevidst og pligtopfyldende.

På rehabiliteringsmødet drøftes din situation, og du fortæller at du var maksimalt presset, da du var oppe på at arbejde i 12 t pr uge. Det realistiske timetal er et sted mellem 6 og 9 timer, hvor du vil kunne fungere både på arbejde og i privatliv.

Rehabiliteringsteamet vurderer derefter, at det ses velbeskrevet at din lidelse er kronisk samt at der er forsøgt udvikling af din arbejdsevne under optimale forhold i dit praktikforløb. Rehabiliteringsteamet vurderer, at din helbredssituation er stationær og uden at behandling vil kunne bedre den eller øge din arbejdsevne. Du har en varig lidelse i form af kroniske smerter og en kronisk belastningstilstand med følger som smerter og udtrætning.

Det vurderes ligeledes, at din arbejdsevne er varigt og væsentligt nedsat, og at praktikforløbet har dokumenteret, at du vil kunne have en effektiv arbejdstid på 9 t pr uge. Den gennemførte praktik giver et dækkende billede af din arbejdsevne, og at dine symptomer og skånebehov ville være gældende indenfor andre fag også, da der så optimalt som muligt er forsøgt at tage de nødvendige skånehensyn ift fleksible arbejdsopgaver og arbejdstider, samt ift pauser og arbejde i eget tempo.

Det vurderes af rehabiliteringsteamet, at der hermed foreligger dokumentation for, at du har en varig og væsentlig nedsat arbejdsevne i ethvert erhverv på arbejdsmarkedet, og at du dermed ikke kan varetage et ordinært job. Det vurderes ligeledes af teamet, at du vil være berettiget til et fleksjob på 9 t pr uge. Det kan udelukkes at du vil kunne blive selvforsørgende.

b. Her angiver rehabiliteringsteamet hvilken type fleksjob eller arbejdsfunktion rehabiliteringsteamet mener du vil kunne varetage (fx kontorarbejde, gartnerarbejde el.lign.).

Du vil kunne arbejde som servicemedarbejder og med administrative opgaver, med lettere praktiske opgaver og med kontor- og bogføringsopgaver.

c. Her angiver rehabiliteringsteamet eventuelle særlige hensyn, der bør tages til dig (fx at du så vidt muligt skal kunne arbejde for dig selv, at du har en betydeligt nedsat produktivitet, at du ikke tåler stillesiddende arbejde el.lign.).

Der skal tages hensyn til mulighed for varierende arbejdsopgaver, til arbejde i eget tempo og mulighed for at holde pauser, samt til ingen stramme deadlines og mulighed for varierende arbejdsstillinger."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"3.2. Invaliditet

§ 32. Dækning ved invaliditet

Med mindre andet er aftalt, gælder følgende vedrørende erhvervsevnenedsættelse:

Stk. 1. Hvornår er der ret til udbetaling?

AP Pension udbetaler invalidepension, hvis forsikredes erhvervsevne bliver nedsat med 1/2 respektive 2/3 af den fulde erhvervsevne på grund af forsikredes sygdom eller ulykke.

Det fremgår af forsikredes pensionsoversigt, om forsikrede har ret til udbetaling ved 1/2 eller 2/3 erhvervsevnenedsættelse.

Erhvervsevnen anses for nedsat i dækningsberettigende grad, når AP Pension - på baggrund af lægers oplysninger om forsikredes helbredsforhold - skønner, at forsikredes indtjeningsmuligheder i alle erhverv er nedsat af helbredsmæssige årsager på grund af egen sygdom eller ulykke. Alder, ordblindhed og andre forhold, som ikke skyldes egen sygdom og ulykke, indgår ikke i vurdering af erhvervsevnenedsættelsen."

Nævnets sekretariat har gennemset de fremlagte videooptagelser af klageren. Nævnet er blevet forelagt den udarbejdede observationsrapport og har set uddrag af videooptagelserne.

Nævnet udtaler:

Klageren, som er født i 1980'erne og uddannet inden for den finansielle branche, blev sygemeldt i oktober 2014 på grund af hypermobilitetssyndrom, fibromyalgi og irriteret tyktarm. Hun lider ligeledes af psykiske gener i form af kronisk belastningsreaktion, periodisk depression og evasiv personlighedsforstyrrelse. Hun var i perioden fra den 23/3 2015 til den 17/4 2015 i et praktikforløb, hvor hun arbejdede 6 timer om ugen. Herefter var hun i et nyt praktikforløb fra den 23/11 2015 til februar 2016, hvor forløbet blev afbrudt, da klagerens skånehensyn ikke blev tilstrækkeligt tilgodeset. Klageren var i et nyt praktikforløb i virksomhed³ fra den 30/9 2016 til den 31/5 2017, hvor hun løbende øgede den ugentlige arbejdstid fra 6 timer til 12 timer. På

Ankenævnet for Forsikring

45.

96563

baggrund af dette praktikforløb blev det vurderet, at klagerens arbejdsevne svarede til en arbejdstid på 9 timer om ugen. Hun blev herefter den 21/8 2017 tilkendt fleksjob, og hun blev efterfølgende ansat i et fleksjob i virksomhed³ med en ugentlig arbejdstid på 9 timer. Klageren blev på grund af en helbredsmæssig forværring omroket til et nyt fleksjob, hvor hendes arbejdstid blev sat ned til 7 timer om ugen.

Selskabet har ydet midlertidig dækning fra 1/2 2015 til den 1/8 2020, hvor selskabet har vurderet, at klageren ikke længere er berettiget til ydelser eller præmiefritagelse, under henvisning til, at hun ikke længere har et erhvervsevnetab på mindst 50 %. Selskabet har anført, at klagerens helbredsmæssige tilstand er væsentlig bedre end, hvad hun har oplyst overfor selskabet. Selskabet har også anført, at der fortsat foreligger behandlingsmuligheder for klageren, som ville kunne forbedre hendes tilstand, og at klageren ikke har ønsket at deltage i en ny speciallægeerklæring, hvor selskabets observationsmateriale skulle inddrages. Selskabet har derudover anført, at klageren i observationsmaterialet fremstår uden gener og fysiske begrænsninger, og at hendes helbreds- og aktivitetsniveau ikke stemmer overens med hendes egne oplysninger.

Klageren har anført, at hendes erhvervsevne fortsat er nedsat i dækningsberettigende grad, og at der ikke er noget i det fremlagte observationsmateriale, som er i strid med oplysningerne om hendes funktionsbegrænsninger, idet hun i materialet ikke foretager sig noget, som hun skulle have oplyst, at hun ikke kunne. Hun har videre anført, at hun lider af en kronisk smertetilstand, - hvilket er fuldt ud lægeligt dokumenteret - og at en sådan tilstand blandt andet kendetegnes ved, at generne varierer fra dag til dag. Hun har også anført, at den kommunale arbejdsprøvnings har vist, at hun ikke kan arbejde mere end 9 timer, selvom hendes skånehensyn bliver tilgodeset, og at hendes erhvervsevne således er nedsat i ethvert erhverv. Klageren har derudover anført, at der ikke er yderligere behandlingsmuligheder.

Selskabet har foretaget observationer af klageren den 7/11 2018, den 26/11 2018, den 9/2 2019, den 10/2 2019, den 21/2 2019, fra den 7/3 2019 til den 10/3 2019, fra den 6/5 2019 til

den 8/5 2019 og fra den 14/10 2019 til den 17/10 2019, i alt 16 dage og har fremlagt observationsvideoer og observationsbeskrivelser. I observationsmaterialet ses klageren udføre sædvanlige dagligdagsaktiviteter. Klageren er de fleste dage observeret gående fra hjemmet til forskellige steder i lokalområdet, herunder sin arbejdsplads, samt flere gåture med en hund. Klageren er også observeret på indkøb i flere supermarkeder. En enkelt dag er klageren observeret 3 timer i et indendørs legeland med et højt lydniveau. Klageren fremstår på intet tidspunkt fysisk begrænset eller forpint.

Af afsluttende lægebrev fra smerteklinik af 22/5 2015 fremgår det, at klagerens "tilstand er kronisk og lader sig ikke helbrede. Tilstanden medfører funktionsnedsættelse, nedsat udholdenhed og vil nødvendiggøre omfattende skånehensyn fremover. Vi kan ikke herfra anvise yderligere behandlingsmuligheder".

Af psykiatrisk speciallægeerklæring af 25/10 2016 fremgår bl.a., at "[klageren] synes med baggrund i de givne informationer om dagligdagen og de senere års ansættelsesforhold psykiatrisk betragtet aktuelt kun at have begrænsede funktionsnedsættelser i hjemlige og i private anliggender, hvorimod den psykiatriske symptombyrde især findes at have indflydelse på det erhvervsmæssige funktionsniveau. Den kliniske fremtræden, der findes præget af en psykisk sart konstitution og en lav belastningstærskel med utrætningstendens er fuldt forenelig med denne vurdering. De erhvervsmæssige funktionsnedsættelser vil især bevirke skånehensyn i forhold til arbejdstidslængde, arbejdstempo og arten af arbejdsopgaver, hvor sidstnævnte vil skulle være overskuelige og strukturerede. Hertil kommer de skånebehov de somatiske helbredsforhold tilsiger".

Af neurologisk speciallægeerklæring af 10/7 2019 indhentet af selskabet fremgår bl.a., "[klagerens] skrøbelige mentale konstitution kombineret med den kroniske smertetilstand begrænser hendes udfoldelsesevne socialt og privat. Hendes arbejdsevne er afprøvet under meget gunstige vilkår og vurderet til ca. 9 timer per uge uden mentalt eller fysisk krævende opgaver. Den har aldrig været på et niveau, hvor hun har kunnet praktisere et fysisk aktivitetsniveau som

jævnaldrende. ... Der vurderes ikke at være yderligere behandlingsmuligheder end de aktuelle medikamentelle muligheder og fast tilknytning til psykolog for at reducere byrden af hendes depressive forstemning, angstanfald og tendens til selvskadende adfærd. Ud fra en samlet vurdering er hendes tilstand kronisk uden yderligere muligheder for forbedring gennem medicinske og ikke-medicinske tiltag".

Af second opinion fra psykiatrisk speciallæge af 8/5 2020 indhentet af selskabet fremgår bl.a., "Ud fra de foreliggende akter synes følgende diagnoser sandsynlige: F 33.4 Periodisk depression, p.t. i remission, ... Z 73.1 Accentuerede personlighedstræk, idet der er elementer fra en ængstelig (undgående) personlighedsstruktur. Eftersom [klageren] har en anden opfattelse af, hvad hun kan fysisk i forhold til, hvad man ser på optagelsen fra efteråret 2019, er det sandsynligt, at der er en vis psykisk overbygning i hendes smerteklager. Hun har således formentlig også: F45.8 Andre somatoforme tilstande... [Klageren] har som sagt haft disse tre psykiatriske lidelser i mange år, og det kan derfor være ganske vanskeligt at behandle. Generelt er det også vanskeligt at behandle den grundlæggende struktur hos mennesker med en evasiv adfærd og en benægtende personlighedsstruktur, da de netop undgår problemer og at arbejde med egne psykologiske mekanismer. Som det fremgår af ovenstående er der kun begrænset sandsynlighed for, at man kan iværksætte en varig og gennemgribende behandling af [klagerens] grundlæggende personlighedsstruktur. Ud over at give hende angst og depression har hendes personlighedsstruktur med overvejende sandsynlighed også en forværrende indvirkning på hendes fysiske helbredstilstand. Omvendt er jeg enig i AP-pensions lægekonsulents vurdering i, at [klageren] ikke er forsøgt grundlæggende behandlet med psykofarmaka og en mere struktureret og udfordrende - psykoterapi. Der er således fortsat et vist uudnyttet behandlingspotentiale".

Af funktionsskema af 31/5 2018 udfyldt af klageren fremgår bl.a., at klageren er i stand til at sidde 30 minutter på en stol, at hun kan stå 5-10 minutter ad gangen, at hun på gode dage kan køre bil i 1 time, at hun kan gå 600 meter uden pause, at hun kan gå 2 kilometer om dagen, dog højst to dage i træk, at hun er i stand til at sidde på hug og løfte over skulderhøj, men at det er forbundet med smerter, at hun nogen dage er i stand til at flytte en ramme sodavand, mens

hun andre dage knapt kan løfte en liter mælk. Det fremgår videre, at klageren ikke skal have sociale arrangementer to dage i træk, at det er fysisk ubehageligt for hende at give en knus, at hun flere gange på grund af angst forlader sociale begivenheder, at hun har daglige gener, at hun ikke har dage uden gener, at hun har koncentrationsbesvær, og at hun er lys- og lydoverfølsom.

Af rehabiliteringsteamets indstilling fremgår det, "at det ses velbeskrevet at din lidelse er kronisk samt at der er forsøgt udvikling af din arbejdsevne under optimale forhold i dit praktikforløb. Rehabiliteringsteamet vurderer, at din helbredssituation er stationær og uden at behandling vil kunne bedre den eller øge din arbejdsevne. Du har en varig lidelse i form af kroniske smerter og en kronisk belastningstilstand med følger som smerter og udtrætning. Det vurderes ligeledes, at din arbejdsevne er varigt og væsentligt nedsat, og at praktikforløbet har dokumenteret, at du vil kunne have en effektiv arbejdstid på 9 t pr uge. Den gennemførte praktik giver et dækkende billede af din arbejdsevne, og at dine symptomer og skånebehov ville være gældende indenfor andre fag også, da der så optimalt som muligt er forsøgt at tage de nødvendige skånehensyn ift fleksible arbejdsopgaver og arbejdstider, samt ift pauser og arbejde i eget tempo".

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

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren har bevist, at hendes generelle erhvervsevne efter den 1/8 2020 er nedsat med mindst halvdelen. Nævnet finder derfor, at selskabet har været uberettiget til at standse udbetalingen af helbedsbetingede ydelser til klageren.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at det af de lægelige bilag fremgår, at klageren har gennemgået en omfattende lægelig udredning hos bl.a. flere speciallæger og behandlingssteder,

som bekræfter, at klageren har en betydelig funktionsnedsættelse som følge af sine fysiske og psykiske gener.

Nævnet har også lagt vægt på, at klageren som følge af sine helbredsmæssige gener har skånehensyn i form af intet gentaget manuelt arbejde, mulighed for mange små pauser, intet tungt arbejde, ingen eleverede arme, intet finmotorisk arbejde, ingen deadlines, ingen kontakt med [personkreds], mulighed for vekslende arbejdsstillinger, stille kontormiljø og kort transporttid til arbejde.

Nævnet har også lagt vægt på, at klageren har været igennem en kommunal arbejdsprøvning, som viste, at klageren fungerede bedst med en ugentlig arbejdstid på 9 timer, og at det fremgår af den neurologiske speciallægeerklæring af 10/7 2019, at klagerens skånehensyn blev fuldt ud tilgodeset i praktikken.

Nævnet har derudover lagt vægt på, at observationsmaterialet ikke giver noget klart billede af klagerens generelle funktionsniveau, da observationsmaterialet alene omhandler almindelige dagligdags ikke fysisk krævende handlinger, herunder indkøb, aflevering og hentning af familiemedlem samt mindre ærinder. De af selskabet påpegede uoverensstemmelser, der er mellem klagerens oplysninger i navnlig funktionsattesterne og observationsmaterialet, og det som selskabet har anført om, at klageren har afvist at deltage i endnu en speciallægeundersøgelse, og at der udestår behandlinger som klageren ikke har forsøgt, giver efter nævnets opfattelse ikke tilstrækkeligt grundlag for at fastslå, at klagerens erhvervsevne ikke er nedsat i dækningsberettigende grad.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Ankenævnet for Forsikring

50.

96563

Selskabet, AP Pension, skal anerkende, at klagerens erhvervsevne er nedsat i dækningsberettigede grad efter den 1/8 2020. Selskabet skal genoptage sagsbehandling og skal yde dækning i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne. Forfaldne beløb forrentes i henhold til forsikringsaftalelovens § 24.

Klagegebyret tilbagebetales.



Jens Kruse Mikkelsen

formand