



RETEN I SVENDBORG DOM

afsagt den 28. maj 2020

Sag BS-451/2015-SVE

A

(advokat Anne Mette Clausen Knutzen)

mod

Ankenævnet for Patientforsikring*

(advokat Flemming Orth)

Denne afgørelse er truffet af retsassessor Rasmus Aggersbjerg Kristensen.

Sagens baggrund og parternes påstande

Sagen er anlagt den 2. november 2015. Sagen vedrører anerkendelse af, om

A (herefter benævnt A) er påført en erstatningsberettiget skade i form af en patientskade eller lægemiddelskade.

Sagsøgeren, A, har nedlagt påstand om, at Ankenævnet for Patientforsikring* skal anerkende, at A som følge af forkert lægelig behandling i perioden 22. september 2008 til 8. januar 2010 er påført en efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet erstatningsberettigede skade.

Sagsøgte, Ankenævnet for Patientforsikring*, har påstået frifindelse.

Dommen indeholder ikke en fuldstændig sagsfremstilling, jf. retsplejelovens § 218 a.

Oplysningerne i sagen

Det fremgår af sagen, at A ved Behandlingssted 1 i september 2008 fik stillet diagnosen muskelgigt. Diagnosen blev efterfølgende ændret til en bindevævssygdom. A blev ordineret behandling med Prednisolon. Doseringen af Prednisolon blev af flere omgange forøget og var, da han modtog mest, 100 mg. A blev den 31. oktober 2008 dexameteret. Resultatet af skanningen viste, at han havde osteoporose i lænderygsøjlen og i hoften med en t-score på -3,7 og -2,8. Svaret på dexameteringen blev først modtaget den 9. marts 2009 på Behandlingssted 2. A blev underrettet om resultatet af dexameteringen i marts 2009. A's egen læge iværksatte herefter behandling med bisfosfonat. A oplevede efter september 2008 i alt 7 rygsammenfald. I samme periode oplevede A kortvarige tilfælde af næsten blindhed på højre øje. I maj 2009 blev det konstateret, at A havde grå stær.

A fik af flere omgange foretaget en vertebroplastik. I september 2010 blev A opereret for grå stær.

Patientforsikringen* fandt ved afgørelse af 21. juni 2012, at A's skade i form af rygsammenfald var erstatningsberettiget. Patientforsikringen* fandt samtidig, at A ikke var berettiget til erstatning for udviklingen af osteoporose eller grå stær, og at han ikke var berettiget til erstatning som følge af behandlingen på Behandlingssted 2. Patientforsikringen* tilkendte i den forbindelse A 25.000 kr. i skønsmæssigt fastsat godtgørelse for svie og smerter.

Patientforsikringen* fandt ved afgørelse af 23. oktober 2012, at A var berettiget til en samlet erstatning og godtgørelse på i alt 115.401 kr. for helbredsudgifter og andet tab og godtgørelse for varigt mén på 18 %.

A klagede den 13. november 2012 over Patientforsikringens afgørelse til Patientskadeankenævnet (nu Ankenævnet for Patienterstatningen).

Patientforsikringen* fastslog i afgørelse af 27. februar 2013, at A ikke var berettiget til yderligere erstatning.

Den 7. maj 2015 traf Ankenævnet for Patientforsikringen* afgørelse om, at A ikke med overvejende sandsynlighed er påført en erstatningsberettiget skade i forbindelse med behandlingen hos Behandlingssted 1 den 22. september 2008 og frem. Ankenævnet ophævede herefter Patientforsikringens* afgørelse af 23. oktober 2012 og af den 27. februar 2013. Ankenævnet tiltrådte, at A ikke var påført en skade i forbindelse med behandlingen på Behandlingssted 2 den 22. september 2008 og frem.

Ved afgørelse af 22. november 2018 bestemte Ankenævnet for Patienterstatningen*, at ankenævnet ikke ville genoptage A's sag.

Sagen har været forelagt Retslægerådet, der har afgivet udtalelse af 8. marts 2017, hvoraf fremgår bl.a.:

"...

Spørgsmål 2:

Retslægerådet bedes oplyse, hvorvidt osteoporose, rygsammenfald og grå stær efter almindelig lægefaglig erfaring kan udløses ved behandlingen af lægemidlet Prednisolon.

Såfremt spørgsmål 2 besvares bekræftende, bedes Retslægerådet oplyse, om der kan fastsættes en fast tidsmæssig minimums grænse for, hvor længe behandling med Prednisolon skal have fundet sted, førend osteoporose, rygsammenfald og grå stær kan udløses og med hvilken dosering dette efter almindelig lægefaglig erfaring udløses.

Osteoporose, rygsammenfald og grå stær kan ses under og efter behandling med prednisolon. Der kan ikke angives en tidsramme for, hvornår ovennævnte bivirkninger til prednisolon-behandling udløses. Det afhænger blandt andet af dosis af prednisolon, knoglestatus når behandlingen starter og disponerende faktorer til osteoporose.

...

Spørgsmål 4:

Retslægerådet bedes oplyse, hvorvidt sagsøger havde osteoporose og grå stær før end behandlingen med Prednisolon opstartes den 22. september 2008.

Sagsøger havde osteoporose, da behandlingen med prednisolon blev startet den 22.09.08.

...

Spørgsmål 6:

Retslægerådet bedes oplyse, om sagsøgers osteoporose, rygsammenfald og grå stær under hensyn til dosering og tidsmæssig udstrækning for behandlingen efter en almindelig lægefaglig vurdering kan være påført som følge af behandlingen med Prednisolon.

Sagsøgers hurtige forværring i osteoporose, rygsammenfald og grå stær er forklaret af de store doser af prednisolon og den langvarige prednisolon-behandling.

Spørgsmål 7:

Retslægerådet bedes oplyse, om sagsøgers behandlingsforløb, herunder doseringen af Prednisolon, skanning samt ordinerings af bisfosfonat er i overensstemmelse med almindelige anerkendte retningslinier.

Sagsøger brude være sat i behandling med bifosfonater og calcium og D-vitamin, da svaret på DEXA-scanning fra den 31.10.08 forelå.

Spørgsmål 8:

Retslægerådet bedes oplyse, om rygsammenfaldene med overvejende sandsynlighed kunnet have været undgået, såfremt behandling af bisfosfonat var blevet ordineret og påbegyndt på et tidligere tidspunkt.

Spørgsmålet er hypotetisk og kan ikke besvares, men bifosfonat-behandling vides at reducere risikoen for frakturer under prednisolon-behandling.

...

Spørgsmål A:

Retslægerådet bedes oplyse om behandlingen med Prednisolon var velindiceret i hele eller dele af den periode, i hvilken A blev behandlet med medicinen?

Behandlingen med prednisolon var velindiceret i perioden hvor sagsøger blev behandlet.

...

Spørgsmål C:

Var der kliniske tegn på knogleskørhed hos A forud for opstart af Prednisolonbehandlingen?

Der var ikke kliniske tegn på osteoporose hos sagsøger forud for opstart af prednisolon.

Spørgsmål D:

Retslægerådet bedes oplyse, om den hos A konstaterede knogleskørhed og dens omfang, som beskrevet i DXA scanning den 31. oktober

2008, kan opstå alene som følge af den behandling han modtog med Prednisolon, i de givne doser og tidsrum frem til tidspunktet for scanningen?

Den grad af osteoporose som DEXA-scanningen den 31.10.08 viste kan ikke forklares ved 5 til 6 ugers prednisolon-behandling selv med store doser af prednisolon.

Spørgsmål E:

Finder retslægerådet det overvejende sandsynligt (mere end 50 %) at behandlingen med Prednisolon var årsag til A's knogleskørhed?

Såfremt besvarelsen er forbundet med usikkerhed, bedes Retslægerådet angive, hvori denne usikkerhed består.

Det er mest sandsynligt (mere end 50 procent), at sagsøgers hurtige forværring i osteoporose med frakturer er en følge af behandlingen med store doser prednisolon.

...

Spørgsmål G:

Retslægerådet bedes oplyse om A's rygsammenfald kunne være undgået, hvis behandlingen med bisfosfonat var blevet påbegyndt i november 2008?

Såfremt besvarelsen er forbundet med usikkerhed, bedes Retslægerådet angive, hvori denne usikkerhed består.

Effekten af en tidlig bifosfonat-behandling i november 2008 kan ikke angives med sikkerhed, men behandlingen reducerer risikoen for forværring/nedsætter risikoen for osteoporose og rygsammenfald hos prednisolonbehandlede patienter.

...

Spørgsmål J:

Finder Retslægerådet det overvejende sandsynligt (mere end 50 %) at behandlingen med Prednisolon var årsag til A's grå stær?

Såfremt besvarelsen er forbundet med usikkerhed, bedes Retslægerådet angive, hvori denne usikkerhed består.

Ja

..."

Retslægerådet har i sin udtalelse af 8. januar 2018 svaret blandt andet følgende:

"Spørgsmål L:

Af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 4 fremgår, at sagsøger allerede havde osteoporose, da behandlingen med prednisolon blev startet den 22.09.08.

Af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål B fremgår, at sagsøger ikke var disponeret til at udvikle osteoporose forud for prednisolon-behandlingen.

Retslægerådet bede oplyse, om Retslægerådets besvarelse af spørgsmålene 4 og B samlet skal forstås således, at sagsøgeren havde osteoporose, da prednisolon' behandlingen blev påbegyndt den 22.09.08, men at sagsøgeren ikke havde været særligt disponeret til at udvikle osteoporose på denne måde.

Resultatet af dexascanning den 31.10.08 viste, efter at sagsøger havde været i behandling med prednisolon i 6 uger, at han måtte have haft osteoporose forud for start af prednisolonbehandling. Sagsøger havde ingen kendte disponerende kliniske faktorer for osteoporose forud for start af prednisolonbehandling, som for mænd kan være f.eks. rygning, alkoholmisbrug, mangel på testosteron, sygdomme der påvirker 0-vitaminstatus, tidligere lavenergifrakstur.

...

Spørgsmål O:

Af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål A og 7 fremgår, at prednisolon-behandlingen i hele perioden (fra 22. september 2008 og frem) var velindiceret, men at sagsøger burde være blevet sat i behandling med bifosfonater, calcium, og D-vitamin, da svaret på en scanning fra den 31.10.08 forelå.

Af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 8 fremgår, at bifosfonat-behandling vidtes at reducere risikoen for frakturer under prednisolon-behandling.

Retslægerådet bedes oplyse, om den for sent iværksatte behandling med bifosfonater, calcium og D-vitamin er det eneste aspekt af prednisolonbehandlingen, der udgør en tilsidesættelse af almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinier.

Efter gældende kliniske retningslinjer burde patienten være sat i behandling med bifosfater, da DEXA skanningssvaret forelå den 31.10.08.

Spørgsmål P:

Såfremt Retslægerådet måtte vurdere, at den for sent iværksatte behandling med bifosfonater, calcium og D-vitamin er det eneste aspekt af behandlingen, der udgør en tilsidesættelse af almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer (jf. spørgsmål 0), bedes Retslægerådet oplyse, om det - alle relevante forhold taget i betragtning - er Retslægerådets bedste skøn, at nedenstående med overvejende sandsynlighed (over 50 %) kunne være blevet undgået, hvis behandling med bifosfonater, calcium og D-vitamin var blevet iværksat rettidigt:

- *Sagsøgerens rygsammenfald, der første gang konstateredes d. 16. marts 2009.*
- *Den omstændighed, at sagsøgerens osteoporose forværredes så hurtigt, som tilfældet var.*
- *Sagsøgerens grå stær.*

Som led i sin besvarelse bedes Retslægerådet oplyse, hvor længe der erfaringsmæssigt skal ske behandling med bifosfonater, calcium og D-vitamin, førend sådan behandling nedbringer risikoen for, at en sideløbende prednisolon-behandling medfører grå stær.

Behandlingen med vitamin D og calcium i kombination med bifosfonater reducerer risikoen for frakturer, uden at der kan gives nogen procentvis sandsynlighed herfor. Behandling med vitamin D og calcium i kombination med bifosfonater ville ikke have ændret forløbet af grå stær.

..."

Forklaringer

Der er afgivet forklaring af A .

A har forklaret bl.a., at han er uddannet skibsfører og har arbejdet som sådan siden januar 1972. Det er fysisk et hårdt arbejde, da han ofte har arbejdet på mindre skibe, hvor man som skibsfører også selv må tage ved. I 2007-2008 sejlede han for et firma i By 1. Dette arbejde var ikke helt så hårdt, da det bestod i at manøvrere andre skibe. Det skete dog ofte i hårdt vejr. I 2008 lå han i By 2. Han oplevede at få ondt forskellige steder i kroppen og troede, at det var influenza. Smerterne begyndte omkring 1. september 2008, og han tog derfor til Danmark den 13. september 2008. Den 22. september gik han til lægen. Lægen mente, at det var muskelgigt og gav ham 15 mg. Prednisolon. Der blev ikke i den forbindelse lavet nærmere undersøgelser. Den 26. september var han igen ved lægen, hvor Prednisolon-behandlingen blev sat op til 25 mg. Den 2. oktober 2008 blev Prednisolon-behandlingen sat op til 37,5 mg., og den 6. oktober til 50 mg. Han oplevede herefter at få blindhed tre aftener i træk af ca. 10 minutters varighed, ca. på samme tid på aftenen. Han gik til egen læge, der konfererede med Behandlingssted 2, og derefter blev han sat op til 100 mg.

Prednisolon. Han fik ikke i den forbindelse oplyst, hvad der var normal mængde af præparatet. Han modtager ikke Prednisolon behandling længere.

Han begyndte herefter at gå til læge på Behandlingssted 2, hvor overlægen indlagde ham den 28. januar 2009. Det var formentligt hende, der fandt ud af, at han ikke led af muskelgigt, men af en bindevævssygdom. Da han blev udskrevet den 6. februar 2009, fik han 90 mg. Prednisolon. Han fik ikke oplyst om bivirkninger ved Prednisolon behandlingen, og han havde selv dårligt hørt om knogleskørhed.

I oktober 2008 blev han dexta-skannet. Han antog, at når han ikke hørte noget fra lægen omkring resultatet af skanningen, var det fordi, at der ikke var noget galt. Ved de undersøgelser, han gik til i perioden, spurgte han til svaret på dexta-skanningen, men det blev hver gang sagt, at det ikke var dem, der skulle behandle det. Den 9. marts sendte overlægen på Behandlingssted 2 et brev til ham og hans læge omkring dexta-skanningen. Han oplevede den 24. marts 2009 at have meget ondt i ryggen og gik til læge B, der oplyste, at han havde talt med Endokrinologisk Afdeling på Behandlingssted 2, og han fik besked på at tage bisfosfonat.

Han kan ikke sige, hvornår rygsammenfaldene blev konstateret. Han oplevede at få de fleste rygsammenfald, mens han lå ned i sengen. Der var smerter forbundet med rygsammenfaldene. Mens han fik indlagt plastikcement i ryghvirvlerne, blev der søgt om tilladelse til, at han kunne få præparatet Preotact, som skal hjælpe til knogleopbygningen. Som følge af fejl blev bevillingen hertil sendt til hans hjemadresse, selvom han var indlagt, og fordi Behandlingssted 3 ikke ville have noget med bevillingen at gøre, blev behandlingen med Preotact først iværksat i september.

Mens han var indlagt på de forskellige sygehuse, forskede han selv lidt i hans situation. Han kunne se, at der var omtalt bivirkninger ved behandling med Prednisolon. Inden at han modtog Prednisolon behandling, havde han ikke oplevet problemer med ryggen og havde heller ikke haft brækkede knogler. Det er korrekt, at han i januar 2008 brækkede en knogle i skulderen, men det er hans første brud nogensinde. Bruddet skete, da han en mørk aften faldt over en cykel, der lå på gaden, og da han havde hænderne i lommen, kunne han ikke tage fra, da han faldt. Mens han har sejlet, har han aldrig brækket noget, og det kræver en vis robusthed at være ombord.

Han var ved læge i By 3 den 28. oktober 2008 efter at have oplevet blindhed. Lægen sagde, at han ikke havde grå stær. I februar 2009 klagede han over, at synet blev ringere. Ved konsultation hos en øjenlæge i maj 2009 fik han oplyst, at han havde fået grå stær, og at det var Prednisolon-udløst. Efter flere tilløb blev han i 2010 opereret, og det har hjulpet ham. Hans syn vekslede hele ti-

den, mens han var i Prednisolon-behandling. Han er stoppet med Prednisolon-behandlingen omkring 2015 eller 2016 efter at have modtaget det i ca. 8 år. Han får fortsat kalk mod osteoporose og får endvidere en indsprøjtning, som skal hjælpe til at opbygge knoglerne. Han går til kontrol med jævne mellemrum, bl.a. med dexametason-skanninger ca. en gang om året. Han har til tider smerter på grund af rygsammenfaldene, men der kan også være smertefrie dage. Hans funktionsniveau er indskrænket efter rygsammenfaldene. Han har ikke været på arbejdsmarkedet siden september 2008.

Parternes synspunkter

A har i sit påstandsdokument anført følgende:

”Lægemiddelskade/patientskade:

Vi har i nærværende sag tale om en mand på nu 63 år, som i en alder af 60 får diagnosen muskelgigt, som dog efterfølgende bliver ændret til en bindevævssygdom. I forbindelse med stillelsen af denne diagnose bliver sagsøger ordineret behandling med prednisolon.

Sagsøger udviser kort tid efter påbegyndelsen af præparatet symptomer for grå stær samt osteoporose, idet han flere gange oplever blindhed samt får voldsomme og vedvarende smerter i ryggen. Det bemærkes, at symptomerne først er opstået efter behandlingen af prednisolon er påbegyndt. Sagsøger bliver da også undersøgt ved en øjenlæge, som dog intet konstaterer, og får d. 31. oktober 2008 foretaget en DXA-skanning, hvor resultat forventes inden for et par dage.

Der skal dog gå 5 måneder for sagsøger modtager resultatet fra sin første DXA-skanning og dermed også 5 måneder, før han kan komme i osteoporosebehandling for bl.a. at forbygge eventuelle brud mm.

Det bemærkes hertil, at det er sagsøger, som indtil flere gange skal gøre de forskellige læger opmærksomme på, at sagsøger har fået foretaget en DXA-skanning og blot afventer et resultat heraf.

Dette er klart noget, de forskellige læger har kunnet se ved at gennemgå sagsøgers journal, hvorfor de forskellige læger også kunnet have rykket for DXA-skanningens resultat, således at diagnose kunne blive stillet samt behandling påbegyndt.

Det er almindelig lægelig viden, at osteoporose samt gråstær kan være bivirkninger ved behandling med præparatet prednisolon. Det er samtidig almindelig lægelig viden, at osteoporose kan forebygges ved medicinske behandlinger, hvormed knoglevævets styrke og evne til at modstå brud

hæves ved enten at hæmme knogledbrydningen, styrke knoglenydannelsen eller en kombination af disse to mekanismer.

Det er således af afgørende faktor, at behandlingen sættes i gang så hurtigt som muligt for netop at hindre knoglebrud mm.

Dette sker imidlertid ikke i nærværende sag, idet sagsøger skal vente i 5 måneder før han får oplyst resultatet af DXA-skanningen og dermed stillet en diagnose, hvorefter den rette forebyggende behandling af osteoporose kan igangsættes. Såfremt sagsøger havde modtaget resultatet og dermed fået stillet den rette diagnose indenfor normal og rimelig tid, kunne den forebyggende behandling have været igangsat på et meget tidligere tidspunkt, hvormed sagsøgers brækning af ryghvirvler med stor sandsynlighed kunne have været undgået.

Sagsøger har jo kort forinden behandlingen af prednisolon kunnet tåle ikke uvæsentligt hårdt arbejde, herunder tungt løftearbejde.

Derudover sker der på ny en fejl i forbindelse med påbegyndelse af osteoporose behandlingen med præparatet Fosteo/Preotact, idet Endokrinologisk Afdeling _ Behandlingssted 2 fremsender den nødvendige indkaldelse til sagsøgers private adresse, desuagtet at sagsøger selv har kontak-
tet Endokrinologisk Afdeling _ via e-mail, da sagsøger er indlagt på sygehuset og derfor ikke modtager sin hjemmepost, hvilket Endokrinologisk Afdeling _ ikke kan have været uvidende om og desuagtet Behandlingssted 4's utallige henvendelser til Endokrinologisk Afdeling _ . Behandlingen påbegyndes derfor først efter Behandlingssted 4 påbegynder behandlingen. Der går således i denne situation ca. 2 ½ måned fra bevillingen modtages til behandlingen påbegyndes.

Det var læge B , det den 22. september 2008 ordinerede Prednisolon til sagsøger. Sagsøger blev herefter den 2. oktober 2008 af B henvist til DXA skanning. DXA skanningen blev først foretaget den 31. oktober 2008 i By 1 . Sagsøger afventede herefter at modtage svar på denne skanning af B , hvilket dog aldrig sket. Sagsøger fik derfor først skanningens resultat oplyst d. 9. marts 2009 ved skrivelse af overlæge C , som samtidig med anmodede sagsøger om at henvende sig til egen læge for at modtage osteoporoseforebyggende behandling ud over kalk og D-vitamin.

Læge B har flere gange efterfølgende over for sagsøger givet udtryk for, at han var ansvarlig for forsinkelsen af behandlingens start. Han meddelte endvidere sagsøger, at han havde en forsikring, der dække-

de hændelsen og at han den 10. februar 2012 havde anmeldt skaden. (bilag 12)

Det må herved anses for en lægefaglig fejl, at læge B ikke straks, da han d. 20. november 2008 modtog resultatet fra DXA-scanningen, igangsatte behandling med bisfosfonat. Relevant behandling blev herved iværksat for sent. Dette svigt er med overvejende sandsynlighed årsag eller medvirkende årsag til, at sagsøgerens helbredsmæssige tilstand blev forringet i et sådant omfang, at sagsøgeren ikke længere kunne finde sig på arbejdsmarkedet.

Patientforsikringen har fastslået, at den praktiserende læge B begik en lægefaglig fejl ved ikke straks ved kendskab til svaret på DXA-skanningen at have ordineret behandling med bisfosfonat, hvormed sagsøgerens tilstand forværredes med bl.a. flere rygsammenfald. Denne fejl har med overvejende sandsynlighed medført en forværring af sagsøgers tilstand, hvorfor sagsøgeren er berettiget til erstatning herfor.

Derudover skal det til sagen pointeres, at sagsøgers hverdag fysisk er meget påvirket af de sammenfald sagsøger har fået i ryggen. Samtidig med at sagsøger aldrig bliver arbejdsdygtig igen.

Sagsøgte lægger i deres afgørelse bl.a. vægt på, at sagsøger i januar 2008 fik et ukarakteristisk brud på i skulderen og at dette brud kunne skyldes knogleskørhed, hvormed sagsøgte vurderer, at sagsøger allerede forinden behandlingen af prednisolon led af osteoporose.

Vedrørende sagsøgers brud på højre skulder bemærkes, at sagsøger faldt en sen aften, hvor det var mørkt, idet kommunen på daværende tidspunkt som en besparelse slukkede gadelygterne om natten. Sagsøger gik med hænderne i lommen og faldt dermed direkte ned på højre skulder, idet han ikke kunne nå at tage fra med hænderne

Faldet kan sagtens i sig selv bevirke et ukarakteristisk brud på skulderen. Der er ingen beviser for, at bruddet skulle skyldes, at sagsøger allerede på dette tidspunkt skulle lide af osteoporose. Det er da også sagsøgte, der har bevisbyrden for denne påstand, hvilken på ingen måder ses løftet.

Dette stemmer da heller ikke overens med journalbladet fra Behandlingssted 4 hvoraf fremgår, at man på Behandlingssted 4 vurderer, at osteoporosen er **Prednisolonudløst**, at sagsøger **usædvanligt hurtigt har udviklet osteoporose med hvivlsam-menfald siden opstart af glucorticoidbehandling** og at **behandlingen mod osteoporose har været adskillige måneder forsinket.** (bilag 2)

Det fremgår da også af en artikel af overlæge D (bilag 19), at bivirkningerne, herunder knogleskørhed indtræder hurtigt ved behandling med prednisolon;

"Prednisolon behandling i mere end 3 mdr., med en dosis på 5 mg. Dagligt langt mere end fordobler risikoen for knogleskørhed. Det er derfor vigtigt for alle, der i kortere eller længere tid behandles med tablet prednisolon, at få afklaret risikoforholdene ved knogleskanning, hvor der måles knoglemineraltæthed i ryggen og hoften. Skanningen bør normalt udføres 2-4 uger efter indledt prednisolon behandling, da bivirkningerne indtræder hurtigt."

Det bemærkes, at sagsøger i oktober 2008 fik 100 mg prednisolon dagligt

Sagsøger har heller aldrig før brækket nogen lemmer, desuagtet sit liv som sømand, hvor han ofte har været udsat for fald, stød, tunge løft osv., grundet arbejdet som sømand på ofte høj søgang.

Høj søgang med fald, stød og svære bevægelser har sagsøger også udsat for indtil sin sygemelding i efteråret 2008, uden at dette har medført nogle brækkede lemmer eller skader (bilag 17)

Såfremt sagsøger allerede i januar 2008 skulle have udviklet osteoporose, der kunne medføre sammenfald i ryggen, burde sagsøger ikke have været i stand til at udføre et så hårdt fysisk arbejde som sømand, uden at have brækket lemmer eller fået sammenfald i ryggen.

Dette sker imidlertid først, da sagsøger bliver sat i behandling med prednisolon, som konkluderet af lægerne på Behandlingssted 4.

Hertil skal endvidere bemærkes, at såfremt det var så åbenlyst, at sagsøger allerede ved skadens start i efteråret 2008, led af osteoporose, så burde enhver læge forinden ordineringsen af prednisolon have sikret sig, at sagsøger blev behandlet for osteoporose ved ordineringsen af prednisolon, idet prednisolon blot er med til at forværre tilstanden. Dette bevirker i sig selv, at der er tale om et alvorligt lægeligt svigt, som ville påføre sagsøger en erstatningsberettiget skade.

Ingen læger har dog konstateret, at sagsøger forinden behandlingen med prednisolon igangsættes, at sagsøger skulle lide af osteoporose, hvorfor det kan lægges til grund, at sagsøger ikke led af osteoporose ved prednisolonbehandlingens påbegyndelse, hvilket også stemmer overens med lægerne på Behandlingssted 4 samt speciallæge E's udtalelser.

Sagsøger er således påført en erstatningsberettigende skade i form af osteoporotisk rygsammenfald og grå stær i forbindelse med behandlingerne hos Behandlingssted 1 og Behandlingssted 2 .

Der er i nærværende sag tale om at sagsøger har fået 7 sammenfald, grundet behandlingen af prednisolon, som i dag giver daglige morfinkrævende smerter og som væsentligt indskrænker funktionsevnen.

Det fremgår af speciallægeerklæringen, at der forefindes morfin-krævende bryst og lænderygsmerter på grund af ryghvirvlsammenfald. Derudover fremgår det, at det ikke er realistisk, at sagsøger kan blive fuldstændig smertefri indenfor overskuelig tidsperiode, og at der på langt sigt må påregnes væsentlig indskrænket funktionsevne af hensyn til rygproblemer.

Sagsøger har efter konstateringen af osteoporose ikke været i stand til at varetage et arbejde, og kom d. 16. juni 2011 på efterløn. Sagsøger var på tidspunktet, hvor han blev sygemeldt på ingen måder indstillet på at stoppe sit arbejdsliv, og han havde da også haft en forventning om, at han skulle tilbage på arbejdsmarkedet. Dette har sagsøger nu måtte indse ikke er en mulighed, idet sagsøger grundet den sene igangsættelse af behandlingen af osteoporose har fået et sammenfald i ryggen på ca. 10-12 cm og dermed konstant lider af ikke uvæsentlige rygsmerter. Samtidig har sagsøgers syn været væsentligt nedsat i perioden maj 2009 indtil operationen for grå stær udføres i oktober 2010. Synet er dog blevet forbedret i forbindelse med operationen.

Det kan således konstateres, at sagsøger på grund af en forsinket stillet diagnose af osteoporose og hermed en væsentlig forsinket påbegyndelse af behandling lider en væsentlig skade, som går ud over det, en patient i denne situation normalt skal kunne tåle og samtidig lider et væsentlig økonomisk tab.

Idet sagsøger helt op til behandlingen med prednisolon har kunnet tåle hårdt fysisk arbejde er det overvejende sandsynligt at rygsammenfaldene og den blåstær skyldes behandlingen af prednisolon og den manglende og for sene igangsættelse af behandlingen af osteoporose.

Derudover bemærkes, at så snart den rette diagnose vedr. sagsøgers autoimmune sygdom blev stillet og den medicinske behandling kom på plads, blev sagsøger relativt hurtig fri for smerter vedr. sin autoimmune sygdom men derimod ikke for behandlingsskaden.

Såfremt sagsøger havde fået normal besked på DXA-scanningen d. 31. oktober 2008 og derfor ikke først besked 5 måneder efter scanningen, således

at sagsøger straks kunne have været sat i osteoporosebehandling kunne sagsøgers ryghvirvelsammenfald med stor sandsynlighed have været undgået.

Ankenævnet for Patienterstatning traf d. 22. november 2018 afgørelse om, at Ankenævnet for Patienterstatning ikke ville genoptage sagen, idet Ankenævnet for Patienterstatning ikke vurderede, at Retslægerådets udtalelser havde et sådant indhold af nye oplysninger, der kunne have væsentlig betydning for udfaldet af sagen.

Retslægerådet anfører, at sagsøger måtte have haft osteoporose forud for start af prednisolonbehandlingen. Derudover vurderer Retslægerådet, at det er mest sandsynligt (mere en 50 %), at sagsøgers hurtige forværring i osteoporose med frakturer er en følge af behandlingen med store doser prednisolon og at behandling med bifosfonater reducerer risikoen for forværring/nedsætter risikoen for osteoporose og frakturer.

Såfremt sagsøger allerede ved opstarten med prednisolonbehandlingen havde osteoporose, burde lægerne have været særlig opmærksom herpå forinden ordinerings af prednisolon og herunder overveje, om prednisolon var rette medicinering, og om den høje dosering var en mulighed. Derudover burde lægerne have været særlig opmærksom på at ordinere bifosfonater samtidig med prednisolonbehandlingen for netop at forhindre den nu hurtige skete forværring af osteoporosen med frakturer.

Det gøres dermed yderligere gældende, at sagsøger med overvejende sandsynlighed kunne have undgået den hurtige forværring af osteoporose med frakturaer, såfremt lægerne havde foretaget en korrekt undersøgelse af sagsøger, herunder om sagsøger havde osteoporose forinden ordinerings af den voldsom høje prednisolon og samtidig havde ordineret bifosfonater med det samme."

Ankenævnet for Patientforsikring* har i sit påstandsdokument anført følgende:

"Til støtte for påstanden om frifindelse gøres det overordnet gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse af 7. maj 2015 (bilag 11) eller afslag på genoptagelse af 22. november 2018 (bilag A), med supplerende begrundelse. A har bevisbyrden i sagen, og der er ikke under retssagen fremkommet noget, der kan føre til en anden vurdering

Ved afgørelsen fandt ankenævnet, at A ikke med overvejende sandsynlighed er blevet påført en erstatningsberettigende

skade i form af udvikling af grå stær i forbindelse med behandlingen med Prednisolon i perioden fra den 22. september 2008 og frem jf. klage- og erstatningslovens § 38 og 43. Ankenævnet lagde med rette vægt på, at bivirkningen i form af grå stær, selv hvis der er årsagssammenhæng, ikke kan anerkendes som en erstatningsberettigende lægemiddelskade. Grå stær er således ikke en sjælden bivirkning til Prednisolon, og bivirkningen går ikke ud over, hvad A med rimelighed må tåle hen- set til, at han fik Prednisolon for bindevævssygdommen potymyalgia rhe- umatica.

Vedrørende A's rygsammenfald gøres det gæl- dende, at dette med overvejende sandsynlighed skyldes hans grundlidel- se, knogleskørhed. Sagens akter og Retslægerådets besvarelse af spørgs- mål 4 og L understøtter, at A havde knogleskør- hed inden behandlingen med Prednisolon blev påbegyndt.

Det bemærkes at knogleskørhed udvikler sig over en årrække.

Det må tillige tages i betragtning, at A var dispo- neret for knogleskørhed som følge af bindevævssygdommen vaskulit og på grund af hans alder. Hver sjette mand over 50 år udvikler knogleskør- hed.

Der er således ikke grundlag for at gå ud fra, at A med overvejende sandsynlighed ville have undgået sammenfaldene i ryggen, hvis behandlingen med bisfosfonat var påbegyndt i den første halvdel af november 2008 - altså fem måneder før behandlingen reelt blev påbegyndt den 24. marts 2009.

Det gøres gældende, at for at A er påført en ska- de efter klage- og erstatningsloven som følge af den manglende behand- ling med bisfosfonater forud for marts 2009, skulle rygsammenfaldene med overvejende sandsynlighed have været undgået ved tidligere be- handling. Dette har A ikke godtgjort.

Årsagen hertil er, at behandling med bisfosfonat først efter tre år reducerer risikoen for et knoglebrud eller sammenfald med 50 %. A's sammenfald i ryggen opstod inden for det første år efter, at hans sygdom var blevet konstateret. Selv hvis behandlingen var påbe- gyndt 5 måneder tidligere, ville den endnu ikke have haft en sådan effekt, at rygsammenfaldene ville være undgået.

Hensigten med medicinsk behandling af knogleskørhed er at stoppe knog- lenedbrydningsprocessen og i stedet fortsætte den naturlige knogleopbyg-

ningsproces. Positiv effekt af behandlingen ses først 1-3 år efter at behandlingen er påbegyndt, og der er således tale om en langsommelig proces selv ved behandling med bisfosfonat.

Det bemærkes, at undersøgelser foretaget den 11. marts 2011 - to år efter behandlingen med bisfosfonat var iværksat - viste, at A fortsat havde en fremskreden grad af knogleskørhed. Behandlingen med bisfosfonat havde altså endnu ikke haft markant effekt to år efter, at behandlingen var påbegyndt.

Retslægerådet er blevet spurgt, om rygsammenfaldene med overvejende sandsynlighed kunnet have været undgået, såfremt behandling med bisfosfonat var blevet ordineret og påbegyndt på et tidligere tidspunkt. Retslægerådet har hertil svaret, at de ikke kan svare herpå, men at bisfosfonat-behandling vides at reducere risikoen for frakturer under Prednisolon-behandling. Rådet har endvidere anført, at effekten af en tidlig bisfosfonat-behandling i november 2008 ikke kan angives med sikkerhed, men at behandlingen reducerer risikoen for forværring/nedsætter risikoen for osteoporose og rygsammenfald hos prednisolonbehandlede patienter. Dette blev også lagt til grund ved ankenævnets afgørelse (bilag 11).

Ankenævnet har med rette vurderet, at risikoen ikke nedsattes i et sådant omfang, at kravet om overvejende sandsynlighed er opfyldt.

For fuldstændighedens skyld bemærkes, at Retslægerådets udtalelser intet grundlag giver for at statuere, at der er begået egentlige lægefaglige fejl i behandlingen af A ."

Parterne har under hovedforhandling nærmere redegjort for deres opfattelse af sagen. Parterne har i det væsentlige procederet i overensstemmelse med påstandsdokumenterne.

Rettens begrundelse og resultat

Det fremgår af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, at en patient er berettiget til erstatning, hvis patienten ved behandlingen, undersøgelsen eller lignende er påført en skade, som med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af de i lovens § 20, stk. 1, nr. 1-4 anførte måder. Skaden skal således med overvejende sandsynlighed skyldes den foretagne behandling eller undersøgelse og ikke patientens eventuelle grundsygdom.

Efter lovens § 38 er en patient berettiget til erstatning, hvis patienten er påført en fysisk skade som følge af egenskaber ved lægemidler, der er anvendt til undersøgelse, behandling eller lignende (lægemiddelskade). Efter lovens § 43 erstatte lægemiddelskader, der er opstået som følge af bivirkninger af et læge-

middel, kun, hvis bivirkningerne efter deres karakter og omfang går ud over, hvad skadelidte med rimelighed bør acceptere. Skaden skal med overvejende sandsynlighed være forårsaget af brugen af lægemidlet, jf. lovens § 44.

Bevisbyrden for, at A med overvejende sandsynlighed er blevet påført en skade, der er omfattet af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, påhviler A.

Efter oplysningerne i sagen lægger retten til grund, at A fik ordineret Prednisolon for sin bindevævssygdom. Af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål A fremgår, at behandlingen med Prednisolon var velindiceret i perioden, hvor A blev behandlet.

Retslægerådet har i besvarelse af spørgsmål 2 oplyst, at osteoporose, rygsammenfald og grå stær kan ses under og efter behandlingen med Prednisolon, men at der ikke kan angives en tidsramme for, hvornår disse bivirkninger ved Prednisolon-behandling udløses. Det er endvidere i Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 6 anført, at A's hurtige forværring af osteoporose, rygsammenfald og grå stær er forklaret af de store doser af Prednisolon og den langvarige Prednisolon-behandling.

Grå stær

A blev efter at være isat behandling med Prednisolon diagnosticeret med grå stær. Retslægerådet har i besvarelsen af spørgsmål J fundet det overvejende sandsynligt, at det er behandlingen med Prednisolon, der er årsag til A's grå stær.

Efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 2 finder retten imidlertid at måtte lægge til grund, at grå stær ikke er en ualmindelig forekommen bivirkning ved behandling med Prednisolon. Retten finder derfor ikke, at bivirkningen må anses at gå ud over, hvad A med rimelighed må tåle henset til den velindicerede behandling med Prednisolon.

Rygsammenfald

Efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål C lægger retten til grund, at der ikke var kliniske tegn på, at A havde osteoporose forud for opstarten af Prednisolon-behandlingen. Efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 4, D og L, lægger retten imidlertid tillige til grund, at A må have haft osteoporose allerede forud for behandlingen med Prednisolon, uanset han ikke havde kendte disponerende faktorer herfor.

Det må efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål E antages som overvejende sandsynligt, at A's hurtige forværring af osteoporose med rygsammenfaldene var en følge af behandlingen med de store doser Prednisolon.

Retten lægger til grund, at behandling med bisfosfonat vides at reducere risikoen for frakturer under Prednisolon-behandling, og at A burde være sat i behandling med bisfosfonater, kalcium og d-vitamin, da resultatet af dexaskanningen forelå den 31. oktober 2008, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 7, 8 og O.

Men efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål G og spørgsmål P kan det ikke angives med sikkerhed, hvilken effekt, der ville have været af en bisfosfonat-behandling allerede i november 2008, da svaret på dexaskanningen den 31. oktober 2008 burde have foreligget. Retslægerådet har endvidere udtalt, at man ikke kan besvare, om rygsammenfald med overvejende sandsynlighed ville være undgået, hvis behandling med bisfosfonat var blevet påbegyndt på et tidligere tidspunkt, jf. besvarelsen af spørgsmål 8.

Retten finder herefter ikke, at A har ført bevis for årsagssammenhængen mellem den sene iværksættelse af behandlingen med bisfosfonat og A's osteoporose og rygsammenfald.

Retten finder på denne baggrund ikke, at A er påført en erstatningsberettiget patient- eller lægemiddelskade, der er omfattet af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Retten tager derfor Ankenævnet for Patienterstatningens påstand om frifindelse til følge.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb, herunder at sagen tre gange har været forelagt for Retslægerådet, og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 110.000 kr. inkl. moms. Ankenævnet for Patienterstatningen er ikke momsregistreret.

THI KENDES FOR RET:

Ankenævnet for Patientforsikring* frifindes.

A skal til Ankenævnet for Patienterstatningen betale sagsomkostninger med 110.000 kr.

Beløbet skal betales inden 14 dage.

Sagsomkostningerne forrentes efter rentelovens § 8 a.

Berigtiget i medfør af retsplejelovens § 221 således:

* berigtiget 12 gange således, at "Patientforsikringen" ændres til "Patienterstatningen"

Retten i Svendborg, den 24. juni 2020

Rasmus Aggersbjerg Kristensen
retsassessor



Vejledning

Retten har afsagt dom i sagen.

Hvis du er utilfreds med afgørelsen, kan du som udgangspunkt anke dommen til landsretten. Hvis du kun er utilfreds med dommens afgørelse om sagsomkostninger, kan du kære denne del af afgørelsen til landsretten.

Ikke alle afgørelser kan ankes eller kæres

Dommen kan kun ankes, hvis forskellen mellem byrettens dom og det resultat, du ønsker at opnå i landsretten, er over 20.000 kr. Hvis forskellen er mindre, skal du have tilladelse fra Procesbevillingsnævnet for at anke.

Landsretten kan afvise at behandle en ankesag, hvis landsretten vurderer, at der ikke er udsigt til, at sagen vil få et andet udfald i landsretten.

Du kan kun kære afgørelser om sagsomkostninger, hvis omkostningsbeløbet er fastsat til mere end 20.000 kr., eller hvis retten har bestemt, at ingen af parterne skal betale sagsomkostninger, og du kræver, at modparten skal betale mere end 20.000 kr. I andre situationer kan omkostningsafgørelsen kun kæres, hvis du får tilladelse fra Procesbevillingsnævnet.

Frister for at anke og kære

Fristen for at anke er 4 uger fra dommens afsigelse. Hvis du ikke kan anke uden en tilladelse fra Procesbevillingsnævnet, skal du indlevere en ansøgning til Procesbevillingsnævnet inden 4 uger.

Fristen for at kære omkostningsafgørelsen er 2 uger fra dommens afsigelse. Hvis du ikke kan kære afgørelsen uden tilladelse fra Procesbevillingsnævnet, skal du indlevere en ansøgning til Procesbevillingsnævnet inden 2 uger.

Sådan gør du, hvis du vil anke eller kære

Du kan anke dommen på minretssag.dk ved at trykke på knappen "Opret appel" og derefter vælge "Anke" og følge vejledningen der. Hvis du vil kære omkostningsafgørelsen, skal du vælge "Kære" og følge vejledningen der.

Hvis du ønsker at søge tilladelse til anke eller kære hos Procesbevillingsnævnet, skal du indlevere din ansøgning til Procesbevillingsnævnet. Du kan ikke indle-

vere ansøgningen på minretssag.dk. Du kan få mere vejledning om, hvordan du søger tilladelse hos Procesbevillingsnævnet på domstol.dk.

Du kan få mere vejledning blandt andet om retsafgift på domstol.dk.

Publiceret til portalen d. 24-06-2020 kl. 09:04

Modtagere: Advokat (L) Anne Mette Clausen Knutzen, Advokat (H)

Flemming Orth, Sagsøger A (afsluttet), Sagsøgte

Ankenævnet for Patientforsikring (afsluttet)