

DOM

afsagt den 10. december 2014 af Vestre Landsrets 14. afdeling (dommerne Ida Skouvig, Dorte Jensen og Mai-Britt Bæk Johansen (kst.)) i ankesag

V.L. B-2075-12

Boet efter A
ved bobestyrer, advokat Preben Kofoed
(advokat Poul Resen Steenstrup, Aarhus)
mod
Patientskadeankenævnet
(Kammeradvokaten ved advokat Sanne H. Christensen, København)

Retten i Sønderborg har den 20. juli 2012 afsagt dom i 1. instans (rettens nr. BS C9-339/2007).

Påstande

For landsretten har appellant, boet efter A ved bobestyrer, advokat Preben Kofoed, principalt nedlagt påstand om, at indstævnte, Patientskadeankenævnet, skal anerkende, at A havde pådraget sig et erhvervsevnetab på 80 % som følge af de to anerkendte patientskader i form af mangelfuld behandling på B Hospital medfølgende amputation af venstre underben samt behandling med prednisolon medfølgende osteoporose.

Subsidiært har boet efter A (herefter boet) nedlagt påstand om, at Patientskadeankenævnet skal anerkende, at A havde pådraget sig et erhvervsevnetab på mindre end 80 %, men større end 50 % som følge af de to anerkendte patientskader i form af mangelfuld behandling på B Hospital medfølgende amputation af venstre un-

derben samt behandling med prednisolon medfølgende osteoporose.

Patientskadeankenævnet har påstået dommen stadfæstet.

Procesbevillingsnævnet har den 17. april 2013 meddelt **A** fri proces for landsretten.

Supplerende sagsfremstilling

A er afgået ved døden den 22. oktober 2013.

Der har været stillet supplerende spørgsmål til Retslægerådet, som den 17. maj 2013 har besvaret følgende spørgsmål således:

"Spørgsmål III:

I forlængelse af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål U bedes Retslægerådet oplyse, hvornår en behandling med Prednisolon specifikt kan betragtes som værende længerevarende.

I relation til bedømmelsen af, hvornår behandling er/kan betragtes som værende længerevarende, bedes Retslægerådet oplyse, om det i den forbindelse også har betydning, med hvilke daglige doser behandlingen foregår, herunder hvornår en dosis kan betragtes som værende af stor karakter.

*Retslægerådet bedes specifikt oplyse, om den behandling, som **A** har modtaget med Prednisolon, kan betragtes som værende længerevarende, herunder hvornår det blev klart, at behandlingen kunne blive/måtte betragtes som værende længerevarende.*

I den forbindelse bedes Retslægerådet specifikt anføre, om det har betydning, om behandlingen er opstartet i februar eller april 2003.

En behandling med Prednisolon anses for at være længerevarende, når den varer længere end 3 måneder.

Bivirkninger med Prednisolon er dosisafhængige, og doser på 5 mg eller derover anses for at være så store, at der kan forventes bivirkninger.

Om en behandling kan betragtes som længerevarende, eller hvornår en behandling kan betragtes som værende længerevarende i 2003 fremgår af tidligere besvarelse af spørgsmål U, hvoraf kriterier for længerevarende behandling i 2003 fremgår.

Om behandlingen er opstartet i februar eller april har betydning for den grad af osteoporose, der kan udvikles indtil antiresorptiv behandling opstartes

14.10.03.

Spørgsmål IV:

I forlængelse af besvarelsen af spørgsmål Z bedes det oplyst, om det er mere sandsynligt, sandsynligt eller mindre sandsynligt, at A ville have udviklet osteoporose, såfremt der var iværksat anti-osteoporotisk behandling samtidig med påbegyndelsen af prednisolonbehandling.

Anti-osteoporotisk behandling med bifosfanat reducerer risikoen for osteoporose med i gennemsnit 50%. Dermed er det mindre sandsynligt, at sagsøger ville have udviklet osteoporose, såfremt der var iværksat anti-osteoporotisk behandling.

Spørgsmål V:

I forlængelse af besvarelsen af spørgsmål Z bedes det oplyst, om det er mere sandsynligt, sandsynligt eller mindre sandsynligt, at A ville have udviklet osteoporose, såfremt der var iværksat anti-osteoporotisk behandling på det tidspunkt, hvor Retslægerådet jf. besvarelsen på spørgsmål III, vurderer, at det måtte stå klart/stod klart, at behandlingen med Prednisolon måtte betragtes som værende længerevarende.

Er besvaret under spørgsmål IV.

Spørgsmål AC:

Retslægerådet bedes vurdere og angive, hvilken betydning det må antages at have for udviklingen af A's osteoporose, at prednisolonbehandlingen ikke blev suppleret med kalk og D-vitamin, jf. Retslægerådets svar U, fra det tidspunkt, hvor det måtte have stået klart, at behandlingen blev længerevarende.

Retslægerådet bedes herunder angive, om der er grundlag for at antage, at A ikke ville have udviklet osteoporose, såfremt behandlingen med kalk og D-vitamin var iværksat på daværende tidspunkt.

Svaret bedes begrundet.

Hvis sagsøger var blevet behandlet med D-vitamin og calcium fra start af glucokorticoid behandlingen, ville det have reduceret hans osteoporose. Det ville ikke have forhindret, at han udviklede osteoporose, men forsinket udviklingen af osteoporose.

Spørgsmål AD:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej."

og den 4. februar 2014 yderligere har besvaret følgende spørgsmål således:

"Spørgsmål VI:

I forlængelse af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål III bedes Retslæge-

rådet specifikt oplyse, om den behandling med Prednisolon, som A, var udsat for tilbage i 2003, må betragtes som værende længerevarende.

Samtidig bedes Retslægerådet oplyse, om det, da behandlingen med Prednisolon blev opstartet i enten februar eller april 2003, med en vis sandsynlighed kunne forudsiges, at behandlingen konkret blev længerevarende.

Som tidligere besvaret betragtes behandling med prednisolon i 3 måneder eller længere som længerevarende. Sagsøgers behandling med prednisolon var længerevarende.

Ved opstart af prednisolon ved sygdom som aktuelle er det vanskeligt at forudsige, hvor længe behandlingen vil vare, da det afhænger af, hvordan sygdommen responderer på behandlingen.

Spørgsmål VII:

I forlængelse af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål IV bedes Retslægerådet oplyse, om vurderingen af, at anti-osteoporotisk behandling med bifosfanat reducerer risikoen for osteoporose med i gennemsnit 50%, også er vurderingen konkret i forhold til A henset til pågældendes køn, alder og helbred mv. på behandlingstidspunktet i 2003.

En reduktion på omkring 50% i det forventede fald i knoglemineralindhold under anti-osteoporotisk behandling er en gennemsnitsværdi. Responset på behandlingen er individuel, men det må antages, at sagsøger ville have haft en gevinst af en anti-osteoporotisk behandling i form af mindre udtalt fald i knoglemineralindhold. Den procentvise gevinst for netop sagsøger er det ikke muligt at udtale sig om.

Spørgsmål AE:

A fik ved dexascanning den 13. oktober 2003 (bilag D) målt T-score på -3,4. Henset til dynamikke i knoglemineralindholdet bedes Retslægerådet vurdere, hvorvidt A på tidspunktet for prednisolonbehandlingens opstart (april 2003) må antages at have haft et lavt knoglemineralindhold?

Sagsøger havde tegn på osteoporose før opstart af prednisolonbehandling. En status på sagsøgers knoglemineralindhold før opstart ville have krævet en DEXA-scanning før eller umiddelbart efter opstart af prednisolon.

Spørgsmål AF:

Henset til svaret på spørgsmål AE bedes Retslægerådet vurdere, hvorvidt det er mindre sandsynligt (mindre end 50 %), sandsynligt (50%) eller overvejende sandsynligt (mere end 50 %), at A osteoporose bestod allerede ved prednisolonbehandlingens opstart (april 2003).

Svaret bedes begrundet.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål AE.

Spørgsmål AG:

Retslægerådet har i svaret på spørgsmål IV udtalt, at anti-osteoporotisk behandling reducerer risikoen for osteoporose med i gennemsnit 50 %, samt at det dermed er mindre sandsynligt, at A ville have udviklet osteoporose, såfremt der var iværksat anti-osteoporotisk behandling.

Retslægerådet har i svaret på spørgsmål Z udtalt, at effekten af kalcium og D-vitamin er dårligt beskrevet i litteraturen, og at behandlingen med bifosfanater kunne have reduceret osteoporosen med omkring 50 %.

Retslægerådet har i svaret på spørgsmål I. B udtalt, at den manglende anti-osteoporotiske behandling de første måneder af prednisolonbehandlingen har været medvirkende årsag til udvikling af osteoporosen (med henvisning til, at prednisolonbehandlingen startede op den 3. april 2003 og systematisk anti-osteoporotisk behandling startede op den 11. november 2003).

Retslægerådet bedes oplyse, hvorvidt det er Retslægerådets vurdering, at opstart af forebyggende behandling samtidig med prednisolonbehandlingen kunne have forhindet, at A udvikle osteoporose, eller hvorvidt opstart af forebyggende behandling samtidig med prednisolonbehandlingen kunne have reduceret graden af osteoporose?

Opstart med forebyggende anti-osteoporotisk behandling samtidig med opstart af prednisolon ville have reduceret graden af osteoporose, men ikke forhindret udvikling af osteoporose.

Spørgsmål AH:

Skal Retslægerådets svar på spørgsmål IV og V forstå således, at det efter Retslægerådets vurdering er uden betydning for vurderingen af risikoen for at udvikle osteoporose, om anti-osteoporotisk behandling blev iværksat samtidig med prednisolonbehandlingen (3. april 2003) eller først på et senere tidspunkt?

Svaret bedes begrundet.

Hos sagsøger ville det have været ideelt at have startet anti-osteoporotisk behandling samtidig med prednisolonbehandlingen eller kort tid efter opstart, for eksempel få uger efter opstart, når det var blevet klart, at behandlingen formentlig ville blive længerevarende. Med hensyn til "senere" er det ikke defineret, hvad der forstås hermed, og spørgsmålet kan ikke besvares.

Spørgsmål AI:

I forlængelse af svaret på spørgsmål VI, 2. afsnit, bedes Retslægerådet angive, hvornår det i A's tilfælde efter Retslægerådets vurdering var muligt at forudse, at behandlingen blev længerevarende.

Det er ved mange sygdomme som aktuelle ofte vanskeligt at forudsige, hvordan sygdommen responderer på prednisolonbehandlingen, og derfor ofte ikke muligt at forudsige længden af prednisolonbehandlingen eller prednisolondosis.

Spørgsmål AJ:

Med det forbehold, der ligger i, at Retslægerådet bedes forholde sig til hy-

potetiske behandlingsforløb, bedes Retslægerådet vurdere, om det er overvejende sandsynligt (mere end 50 %), sandsynligt (50%) eller mindre sandsynligt (mindre end 50 %), at A ; ville have udviklet osteoporose, såfremt

- a) Prednisolonbehandlingen fra tidspunktet angivet i svar AG havde været suppleret med kalk og D-vitamin
- b) Prednisolonbehandlingen fra tidspunktet angivet i svar AG havde været suppleret med såvel kalk og D-vitamin og bifosfanat
- c) Prednisolonbehandlingen havde været suppleret med kalk og D-vitamin samt bifosfanat fra behandlingsstarten (april 2003)?

Retslægerådet bedes ved vurderingen tage højde for A's konkrete forhold, herunder hans inflammatoriske tilstand, tobaksforbrug, alder, og hans helbredstilstand i øvrigt i 2003, de givne prednisolondoser, tidspunktet for behandlingsstart (3. april 2003) og tidspunktet for systematisk anti-osteoporotisk behandling (11. november 2003).

Hvis prednisolonbehandlingen fra start eller efter kort tids behandling, for eksempel få ugers behandling, var suppleret med kalk, vitamin D og bifosfonat ville det have reduceret graden af osteoporose.

Effekten af vitamin D og calcium tilskud alene på sagsøgers osteoporose er uafklaret, da effekten er dårligt beskrevet i litteraturen og effekten formentlig ville have været afhængig af sagsøgers vitamin D status, der er ukendt.

Spørgsmål AK:

Såfremt de i spørgsmål AJ nævnte behandlingsforløb (a-c) efter Retslægerådet vurdering alene er af betydning for, hvilken grad af osteoporose A havde udviklet, bedes dette ligeledes i videst muligt omfang beskrevet.

Er besvaret i tidligere spørgsmål.”

Forklaring

C har forklaret, at hun blev gift med A i 1999, efter at de havde boet sammen siden 1995. A var eksportchauffør. A var blevet påkørt af en truck, før de lærte hinanden at kende. Han havde fra denne påkørsel et sår på sit ben, men havde ikke som sådan gener. Han passede sit arbejde, til der i 2000 kom fokus på, at hans sår ikke ville hele. Foreholdt, at A for byretten har forklaret, at han først blev sygemeldt i 2002, har hun forklaret, at det er rigtigt. Hans klage over smerter drejede sig om smerter fra benet, og i 2003 begyndte han også at klage over smerter i ryggen. Hun mener, at det var i forsommeren, men hun kan ikke huske datoen nærmere. Mens hun har kendt A har hans kontakter til sundhedsvæsenet udelukkende drejet sig om benet. Han fik

Ketogan for smerterne i benet – det var det eneste, han fejlede, da han fik tabletterne.

Overlæge D's hustru var sårsygeplejerske og behandlede A's sår. D havde foretaget den hudtransplantation, som A havde fået for at få såret på benet lægt. D og hans hustru må have talt om A's sår, for på et tidspunkt sidst i februar eller først i marts 2003 kom D hjem til dem. Hun var på vej ud og mødte D i døren. A fortalte, at D havde givet ham et glas tabletter. Hun så, at der stod prednisolon på etiketten. A spiste tabletterne. Han fik 60 mg om dagen. Herefter kom der den 3. eller 4. april 2003 prednisolon fra apoteket i S. Det var deres egen læge, der havde ordineret dette. A har ikke på noget tidspunkt været trappet ud af prednisolonbehandlingen, og han var således i fortsat behandling, da han blev indlagt på sårafdelingen på B Hospital.

Procedure

Parterne har i det væsentlige gentaget deres anbringender for byretten og har procederet i overensstemmelse hermed.

Det er præciseret, at der er enighed om, at A's samlede erhvervsevnetab udgjorde 80 %, og at 15 % heraf hidrørte fra den anerkendte patientskade i form af mangelfuld behandling på B Hospital med følgende amputation af venstre underben.

Boet har supplerende anført, at Retslægerådets besvarelse af de supplerende spørgsmål har medført, at svaret på spørgsmål Z ikke kan tillægges den vægt, som byretten har gjort.

Patientskadeankenævnet har præciserende anført, at det på baggrund af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål B kan lægges til grund, at systematisk anti-osteoporotisk behandling startede den 11. november 2003. Den anti-osteoporotiske behandling skulle, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål U og V først iværksættes, fra det tidspunkt, hvor det blev klart, at behandlingen kunne blive længerevarende, og det var efter de dagældende standarder først efter 6 måneder, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål III og U. Følgerne af fravigelsen fra specialiststandarden er således alene den forværring af osteoporosen, der kan henføres til, at der ikke blev iværksat anti-osteoporotisk behandling på det tidspunkt, hvor man indså, at behandlingen ville vare i 6 måneder eller mere, hvilket først var i oktober 2003, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål U, V og III. A er

ved Patientskadeankenævnets afgørelse blevet overkompenseret, idet han er blevet kompenseret i forhold til den forværring af knogleskørheden, der er henført til, at han ikke ved påbegyndelsen af behandlingen med prednisolon samtidig fik anti-osteoporotisk behandling.

Landsrettens begrundelse og resultat

Det fremgår af den forklaring, som overlæge D har afgivet for byretten, sammenholdt med oplysningerne i ekspeditionslisten fra S Apotek, at der er udleveret prednison/prednisolon til A den 3. april 2003. Der foreligger ikke skriftlige oplysninger om forudgående ordination af dette medikament. På denne baggrund, efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål D og efter D's forklaring for byretten har boet ikke alene ved de forklaringer, som A og hans hustru har afgivet, bevist, at A allerede i slutningen af februar eller begyndelsen af marts 2003 har fået prednisolon af overlæge D.

Det fremgår af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål B, at A ifølge journalnotaterne startede en systematisk antiosteoporotisk behandling den 11. november 2003, og Patientskadeankenævnet har anført, at denne startdato kan lægges til grund ved vurderingen.

Af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål AG fremgår, at forebyggende anti-osteoporotisk behandling samtidig med opstart af prednisolon ville have reduceret graden af osteoporose, men ikke forhindret udvikling af osteoporose. Herefter og i overensstemmelse med Retslægerådets besvarelse af spørgsmål B og AG lægger landsretten til grund, at behandlingen med prednisolon har forårsaget A's osteoporose, og at den manglende samtidige anti-osteoporotiske behandling i perioden indtil den 11. november 2003 har været en medvirkende årsag.

Ved fastlæggelse af, hvilken specialiststandard der skal tages udgangspunkt i, jf. § 2, stk. 1, nr. 1, i lov om patientforsikring, skal der tages udgangspunkt i den standard, der var gældende på behandlingstidspunktet. På denne baggrund og efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål III og U lægger landsretten til grund, at en behandling med prednisolon i 2003 blev betragtet som længerevarende, når den havde været i 6 måneder, og at anti-osteoporotisk behandling skulle iværksættes, når det blev klart, at behandlingen kunne bli-

ve længerevarende. Der er efter bevisførelsen ikke grundlag for at fastslå, at dette tidspunkt ligger forud for begyndelsen af oktober 2003, jf. herved også Retslægerådets besvarelse af spørgsmål VI og AI.

Det er herefter alene følgerne af den manglende anti-osteoporotiske behandling fra begyndelsen af oktober 2003 og til den 11. november 2003, som er en erstatningsberettiget skade.

Der er på denne baggrund ikke grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets afgørelse.

Arbejdsskadestyrelsens udtalelse af 19. juni 2012 kan ikke føre til andet resultat.

Efter sagens udfald sammenholdt med parternes påstande skal statskassen betale sagsomkostninger for landsretten til Patientskadeankenævnet med i alt 80.000 kr. til udgifter til advokatbistand inkl. moms. Landsretten har ved fastsættelsen af beløbet lagt vægt på sagens økonomiske værdi og dens omfang og forløb, herunder at der ad 2 gange har været stillet supplerende spørgsmål til Retslægerådet.

Th i k e n d e s f o r r e t:

Byrettens dom stadfæstes.

Statskassen skal betale sagens omkostninger for landsretten til Patientskadeankenævnet med 80.000 kr.

Ida Skouvig

Dorte Jensen

Mai-Britt Bæk Johansen
(kst.)

Udskriften udstedes uden betaling.

Udskriftens rigtighed bekræftes.

Vestre Landsret,

Viborg den 10. december 2014.

Birgitte Borup

stedfortræder