



## Udskrift af dombogen

### DOM

Afsagt den 20. juli 2012 i sag nr. BS C9-339/2007:

A

mod

Patientskadeankenævnet

Vimmelskaftet 43, 2.

1161 København K

### Sagens baggrund og parternes påstande

Under denne sag, der er anlagt den 26. februar 2007, har sagsøgeren, A, nedlagt påstand om, at sagsøgte, Patientskadeankenævnet, skal anerkende, at sagsøger har pådraget sig et erhvervsevnetab på 80 procent som følge af de to anerkendte patientskader i form af mangelfuld behandling på C hospital i perioden fra 2. oktober 2003 til 29. december 2003 medfølgende amputation af venstre underben samt behandling med Prednisolon i perioden fra februar 2003 til marts 2004 medfølgende osteoporose, subsidiært at sagsøgte tilpligtes at anerkende, at sagsøger har pådraget sig et erhvervsevnetab på mindre end 80 procent, men større end 50 procent som følge af de to patientskader.

Patientskadeankenævnet har påstået frifindelse.

Sagsøgeren har fri proces under sagen.

### Oplysningerne i sagen

Denne dom indeholder ikke en fuldstændig sagsfremstilling, jf. retsplejelovens § 218 a, stk. 2.

Sagen drejer sig om Patientskadeankenævntes afgørelse af 28. august 2006, hvorved A's samlede varige følger efter de anerkendte patientskader blev fastsat til henholdsvis 65 procent varigt mén og et erhvervsevnetab på 50 procent.

Ved Patientforsikringens afgørelse af 20. august 2004 blev der meddelt A afslag på erstatning efter lov om patientforsikring vedrørende behandlingen på C hospital i perioden fra oktober til december 2003, der førte til amputation af venstre underben.

A , påklagede Patientforsikringens afgørelse til Patientankenævnet. Ved Patientankenævnets afgørelse af 22. februar 2005 blev amputationen af venstre underben anerkendt som værende en erstatningsberettiget patientskade efter lov om patientforsikring. I afgørelsen hedder det bl.a.:

"...

#### AFGØRELSE:

Patientforsikringens afgørelse af 20. august 2004 ændres således, at der er ansvarsgrundlag efter patientforsikringslovens § 3, stk. 1, jf. § 2 stk. 1, nr.1.

Sagen sendes til Patientforsikringen til fastsættelse af erstatning idet det bemærkes, at der efter patientforsikringslovens § 5, stk. 2 alene kan udbetales erstatning, hvis det samlede erstatningsbeløb overstiger 10.000 kr.

Denne afgørelse kan indbringes for landsretten, inden seks måneder efter at afgørelsen er meddelt. Landsretten kan stadfæste, ophæve eller ændre afgørelsen.

#### Begrundelse for afgørelsen:

Patientskadeankenævnet skal indledningsvist bemærke, at vurderingen af, hvorvidt A er påført en lægemiddelskade, ikke er afsluttet i Patientforsikringen. Der vil derfor ved denne afgørelse udelukkende blive taget stilling til forholdet vedrørende amputationen af venstre underben.

Del følger af patientforsikringslovens § 3, stk. 1, jf. § 2, stk.1, nr. 1 og nr. 2, at skade som følge af, at der ikke er blevet stillet en rigtig diagnose af patientens sygdom, eller diagnosen er blevet stillet for sent, kun erstattes i to situationer:

Hvis en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes ved undersøgelse, behandling eller lignende. Det er en betingelse, at skaden med overvejende sandsynlighed herved ville være undgået. Det er derimod ikke en betingelse, at der er begået fejl af lægen eller andre i forbindelse med undersøgelsen eller behandlingen.

Hvis skaden skyldes fejl eller svigt i teknisk apparatur, redskaber eller andet udstyr, der anvendes ved eller i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende.

Det er Patientskadeankenævnets vurdering, at det ikke er i overensstemmelse med bedste specialiststandard, at A ikke tidligere i forløbet blev udredt for kredsløbssvigt. Nævnet vurderer endvidere, at dette burde være sket senest den 11. december 2003.

Der er herved lagt vægt på, at A på dette tidspunkt havde tydeli-

ge symptomer på kredsløbssvigt. Allerede ved første kontakt til hospital den 2. oktober 2003 var der ved palpation tvivl om, hvorvidt der var puls i venstre fod. Der er endvidere lagt vægt på, at C A havde yderligere symptomer på kredsløbssvigt i form af forværring af sårene uden anden forklaring, afblegning af venstre fod ved hævnning over hjertehøjde samt voldsomme smerter, som forværredes, når benet blev eleveret. Der er også lagt vægt på, at man den 11. december 2003 foretog blodtryksmåling, som viste 30 mm Hg, hvilket er udtryk for kritisk lavt tryk, hvor benet er i fare på grund af blodmangel.

Endelig er der lagt vægt på, at man ved sår på foden altid bør vurdere kredsløbet ved første kontakt, og at man ved tvivl, som der forelå i A's tilfælde, altid bør udføre ankel- eller tåblodtryksmåling.

Nævnet vurderer, at de oven for beskrevne symptomer burde have ført til, at man kunne have stillet diagnosen kredsløbsforstyrrelser senest den 11. december 2003. Relevant medicinsk behandling kunne herefter have været iværksat, hvorved amputationen af venstre underben med overvejende sandsynlighed kunne være undgået.

....".

Ved afgørelse af 1. juli 2005 anerkendte Patientforsikringen, at A som følge af behandlingen med prednisolon uden samtidig opstart med Osteoporose var påført en patientskade i form af forværring af Osteoporose omfattet af lov om patientforsikring. I afgørelsen hedder det bl.a.:

### Afgørelse

Patientforsikringen har fundet, at A's skade i form af forværring af osteoporose er omfattet af lov om patientforsikring.

Patientforsikringen har endvidere fundet, at han foreløbig er berettiget til kr. 58.683,00 i godtgørelse efter lov om patientforsikring. Hertil kommer renter fra den 18. december 2004.

Afgørelseme er truffet i henhold til § 2, stk. 1, nr. 1 og § 5, stk. 1, i lov om patientforsikring.

Beløbet vil blive udbetalt til A gennem E Amt, der er orienteret ved kopi af denne afgørelse. Det skal bemærkes, at renter af alle godtgørelser og erstatninger er skattepligtige. Det samme gælder en eventuel erstatning for tabt arbejdsfortjeneste.

### Sagsfremstilling

Patientforsikringen har lagt følgende hændelsesforløb til grund for sin afgørelse:

Siden 1995 har **A** haft kroniske sår på begge ben efter traume med en gaffeltruck. Han kunne ifølge overlæge **B's** speciallægeerklæring af 9. september 2004 i det væsentlige passe sit arbejde som lastvognschauffør, men dog under store besværligheder.

Den 20. februar 2003 blev **A** undersøgt på **D** Sygehus, karkirurgisk ambulatorium. Der var mange smerter fra sårene, og man foretog derfor den 21. februar 2003 et mindre operativt indgreb i venstre ben.

Den 16. april 2003 har **D** Sygehus beskrevet i journalen, at forandringerne tolkes som vasculit. Man startede derfor behandling med Prednisolon 15 mg x 2 dagligt, samt Imurel 25 mg x 2.

Det fremgår imidlertid af en udskrift fra **S** Apotek, at **A** allerede den 3. april 2003 fik udleveret Prednisolon og Imurel efter recept fra **D** Sygehus. **A** har desuden ved brev af 12. december 2004 til Patientforsikringen oplyst, at han fik de første piller med Prednisolon og Imurel af **D** Sygehus allerede i februar 2003.

**D** Sygehus har i et brev til Patientforsikringen oplyst, at **A** ved indlæggelsen i februar 2003 havde så svære rygsmerter, at han var i behandling med Ketogan og Fortamol. Hertil har **A** oplyst, at han ikke havde rygsmerter på dette tidspunkt, men at medicinen blev ordineret på grund af smerterne i benene.

Behandlingen med Prednisolon fortsatte frem til juli 2003, hvor man ifølge egen læges journal begyndte udtrapning. Den 21. august 2003 fik **A** for sidste gang udleveret Prednisolon i form af en pakning med 25 stk.

På grund af sårene på venstre ben blev **A** af egen læge henvist til sårambulatoriet på **C** Hospital, hvor han blev undersøgt den 2. oktober 2003. På dette tidspunkt var han ifølge sygehusjournalen ikke i behandling med Prednisolon. Undersøgelsen viste, at der var tale om en svær vaskulitilstand med reelle meget svære smerter.

**A** blev derfor indlagt den 7. oktober 2003 til behandling af sårene. Det fremgår af notatet fra indlæggelsen, at behandlingen med Prednisolon havde varet 3 måneder og var stoppet på grund af manglende effekt.

I første omgang forsøgte man VAC-terapi. Der var en del smerter i forbindelse hermed, men behandlingen havde god effekt. Den 9. oktober 2003 var der svære smerter og man startede igen behandling med Prednisolon. Under indlæggelsen blev der taget røntgen af brystkassen, som viste følger efter tidligere lungebetændelse.

Den 13. oktober 2003 blev der foretaget en skanning, der viste, han havde

svær osteoporose. Han kom derfor i behandling med Didronate, hvilket senere blev ændret til Fosamax.

Det efterfølgende forløb, der endte med amputation af vestre underben, er beskrevet i Patientforsikringens sag med j.nr.

Den 6. januar 2004 blev **A** overflyttet til **F** Sygehus med henblik på mobilisering og genoptræning. På dette tidspunkt var Prednisolon-behandlingen under aftrapning.

Det fremgår af overlæge **B's** speciallægeerklæring af 9. september 2004, at røntgenbilleder på **F** Sygehus den 16. juli 2004 har vist osteoporose med sammenfald af den 12. brystvirvel og sammenfald af 1. og 2. lændevirvel.

I anmeldelsen klages der over, at **A** har fået osteoporose som følge af behandlingen med Prednisolon.

### Begrundelse

Ifølge patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1, kan der ydes erstatning, hvis det må antages, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes ved undersøgelse, behandling eller lignende, og at skaden derved med overvejende sandsynlighed ville være undgået. Det er derimod ikke en betingelse, at der er begået fejl af lægen eller andre i forbindelse med undersøgelsen eller behandlingen.

Denne regel betyder, at **A** er berettiget til erstatning, hvis undersøgelse eller behandling har afvejet fra, hvad der efter lægevidenskab og erfaring ville have været den bedst mulige i den givne situation.

Det er Patientforsikringens vurdering, at behandlingen på **D** Sygehus i april 2003 ikke var i overensstemmelse med bedste specialiststandard på området, og således omfattet af § 2, stk. 1, nr. 1 i lov om patientforsikring.

Der er ved vurderingen lagt vægt på, at man påbegyndte behandling med Prednisolon uden samtidig at give osteoporose profylakse med kalk og D-vitamin. Dette har efter Patientforsikringens vurdering været medvirkende årsag til den senere konstaterede svære osteoporose, der blev påvist på

**C** Hospital i oktober 2003.

Det er samtidig Patientforsikringens vurdering, at den forholdsvis kortvarige periode, hvor der ikke blev givet osteoporose profylakse, ikke alene kan have forårsaget den påviste svære osteoporose. Det er derfor vores vurdering, at behandlingen har forværret en i forvejen bestående osteoporose.

Det fremgår af sagen, at **A** ikke tidligere havde fået påvist osteo-

porose, og heller ikke havde symptomer på denne sygdom før Prednisolon-behandlingen. Det er dog ikke usædvanligt, at en osteoporose igennem nogen tid ikke er symptomgivende.

### Erstatningsberegning

#### Godtgørelse for varigt mén

Patientforsikringen har fastsat **A's** varige mén som følge af behandlingsskaden til en méngrad på 10 %.

Det er Patientforsikringens vurdering, at **A's** samlede rygmén udgør 25 %, hvilket svarer til maksimalt rygmén ifølge Arbejdsskadestyrelsens mentabel. Der er herved lagt vægt på erklæringen fra overlæge **B** af 9. september 2004.

Der kan imidlertid kun ydes erstatning for det mermén han er påført som følge af patientskaden.

Som nævnt i begrundelsen, har Patientforsikringen vurderet, at behandlingen på **D** Sygehus kun har forværret en allerede bestående ikke-diagnosticeret osteoporose.

Der ydes en godtgørelse for varigt mén på kr. 6.310,00 pr. méngrad.

Ved beregningen af **A's** godtgørelse for varigt mén skal der ske et fradrag på 1 % for hvert år, **A** var over 39 år på skadestidspunktet. Fra det fyldte 60. år nedsættes godtgørelsen for varigt mén med yderligere 1 % pr. år frem til og med det 69. år. Godtgørelsen nedsættes dog ikke yderligere efter det fyldte 69. år. **A** var på tidspunktet for patientskaden 46 år. Godtgørelsen for varigt mén er derfor nedsat med 7 %.

**A's** mén godtgørelse udgør herefter kr. 58.683,00 samt renter heraf fra den 18. december 2004, svarende til en måned efter Patientforsikringens modtagelse af erklæringen fra overlæge **B** ..".

**A** påklagede Patientforsikringens afgørelser og herunder Patientforsikringens fastsættelse af erhvervsevnetabet til Patientskadeankenævnet. Vedrørende patientskaden, der resulterede i amputation af venstre underben, tiltrådte Patientskadeankenævnet fastsættelsen af erhvervsevnetabet til 15%. Patientskadeankenævnet ændrede Patientforsikringens fastsættelse af erhvervsevnetabet i forbindelse med patientskaden vedrørende forværring af Osteoporosen, således at erhvervsevnetabet forhøjedes fra 25 til 35%, således at det samlede erstatningsberettigede erhvervsevnetab efter loven blev fastsat til 50%.

I Patientskadeankenævnets afgørelse af 28. august 2006 hedder det bl.a.:

" ...

**AFGØRELSE:**Vedrørende Patientforsikringens afgørelse af 4. juli 2005 (j.nr. \_\_\_\_\_):

Patientforsikringens afgørelse af 4. juli 2005 ændres således, at A anses for at være påført et varigt mernén på i alt 25 procent, svarende til yderligere 15 procent. Han er således berettiget til godtgørelse for varigt mén med yderligere 88.024,50 kr. med tillæg af renter.

Afgørelsen ændres også således, at A ; anses for at være påført et erhvervsevnetab på i alt skønsmæssigt 35 procent, svarende til yderligere 10 procent. Han er således berettiget til erstatning for erhvervsevnetab med yderligere 264.355,50 kr. med tillæg af renter.

Herudover tiltrædes Patientforsikringens afgørelse.

Vedrørende Patientforsikringens afgørelse af 4. juli 2005 (j.nr. \_\_\_\_\_):

Patientforsikringens afgørelse af 4. juli 2005 tiltrædes.

Denne afgørelse kan indbringes for landsretten inden seks måneder efter, at afgørelsen er meddelt. Landsretten kan stadfæste, ophæve eller ændre afgørelsen.

Begrundelse for afgørelsen:

Efter patientforsikringslovens § 5, stk. 1, fastsættes erstatning og godtgørelse efter reglerne i erstatningsansvarsloven.

...

Om den beløbsmæssige opgørelse af kravene bemærkes følgende:

For så vidt angår forværring af osteoporosen, jf Patientforsikringens j.nr. \_\_\_\_\_) bemærkes følgende:

Indledningsvis bemærkes, at nævnet er opmærksomt på, at der ved brev af 21. maj 2005 blev klaget over Patientforsikringens afgørelse af 25. februar 2005, hvor Patientforsikringen fandt, at A ikke var berettiget til erstatning efter lov om erstatning for lægemiddelskader. Sagen blev henlagt, idet Patientforsikringen genoptog sagen og traf ny afgørelse den 1. juli 2005. Det bemærkes, at der med nærværende afgørelse ikke er taget stilling til, om A er påført en erstatningsberettigende lægemiddelskade som følge af egenskaber ved lægemidlet Prednisolon.

Nævnet kan tiltræde, at A ikke er berettiget til erstatning for tabt arbejdsfortjeneste. Nævnet har lagt vægt på, at A blev sygemeldt som eksportchauffør grundet kroniske sår på begge ben, og at han i 2003 blev behandlet for sårene på både D Sygehus og C Hospital. Det er nævnets vurdering, at patientskaden i form af manglende osteoporose profylakse på D Sygehus ikke selvstændigt har påført A et indtægtstab, idet han under alle omstændigheder ville have været sygemeldt som følge af behandlingen af de kroniske sår.

Nævnet har lagt til grund, at A i oktober 2003 fik påvist osteoporose, og at osteoporesen den 19. juli 2004 ifølge en dexamåling var uændret og således formentlig varig. Han er således som udgangspunkt berettiget til godtgørelse for svie og smerte for perioden fra den 13. oktober 2003 indtil den 19. juli 2004. Nævnet har lagt vægt på, at osteoprosen alene er blevet forværret, hvorfor godtgørelse for svie og smerte skal fastsættes skønsmæssigt, svarende til 15.000 kr. med tillæg af renter, som fastsat af Patientforsikringen.

Nævnet har fundet grundlag for at behandle godtgørelse for varigt mén.

Godtgørelsen udgør 6.310 kr. pr. måned.

Ved skadens indtræden var A 46 år, hvorfor godtgørelsen for varigt mén skal nedsættes med 7 procent.

Patientskadeankenævnet finder, at A, som følge af denne patientskade er påført et varigt mermén på 25 procent, svarende til yderligere 15 procent. Nævnet har herved lagt vægt på, at A har rygsammenfald og stærke smerter og erklæringen af 9. september 2004 fra overlæge B.

A er således berettiget til en samlet godtgørelse for varigt mén for patientskaden i form af forværring af osteoprosen på i alt 146.707,50 kr., svarende til yderligere 88.024,50 kr. med tillæg af renter i godtgørelse herfor.

Patientskadeankenævnet finder, at A's erhvervsevne som følge af patientskaden i form af forværring osteoporose er nedsat med skønsmæssigt 35 procent, svarende til yderligere 10 procent.

Nævnet har lagt vægt på, at A er tilkendt førtidspension pr. 1. oktober 2004, og at han har konstante svære rygsmerter, og at det er ryggen, der sætter grænser for, hvad han kan klare i det daglige, idet venstre underbensstump er ved at falde til ro. Det er nævnets vurdering, at A har en væsentligt nedsat erhvervsevne, og at dette i langt overvejende grad skyldes de konstante og svære rygsmerter. Den overvejende del af rygsmerterne skyldes grundsygdommen, og hertil kommer, at amputationen af ven-

stre ben i et vist mindre omfang bidrager til hans erhvervsevnetab.

Det er nævnets vurdering, årslønnen skønsmæssigt skal fastsættes til 302.000 kr. ud fra hans indtægt i 2001, svarende til en opreguleret løn på 318.500 kr.

A's erstatning - før aldersreduktion - udgør således:  $318.500 \times 35\% \times 10 = 1.114.750$  kr.

Ved skadens indtræden var A 46 år, hvorfor erstatningen skal nedsættes med 17 procent.

Erstatningen for erhvervsevnetab for patientskaden i form af forværring af osteoporose udgør således 925.242,50 kr., svarende til yderligere 264.355,50 kr. med tillæg af renter.

For så vidt angår amputation af underbenet, jf. Patientforsikringens j.nr. \_\_\_\_\_ bemærkes følgende:

Nævnet kan med den af Patientforsikringen anførte begrundelse tiltræde, at A ikke er berettiget til erstatning for helbredelsesudgifter og andet tab for denne patientskade.

Nævnet kan tiltræde, at A ikke er berettiget til erstatning for tabt arbejdsfortjeneste.

Nævnet har lagt vægt på, at A er tilkendt førtidspension pr. 1. oktober 2004, og at han har konstante svære rygsmerter, og at det er ryggen der sætter grænser for, hvad han kan klare i det daglige, idet venstre underbensstump er ved at falde til ro. Det er nævnets vurdering, at amputationen af venstre ben den 3. januar 2004 ikke har påført A et indtægtsstab frem til den 1. oktober 2004, hvor han fik tilkendt førtidspension. Nævnet har også lagt vægt på, at han under alle omstændigheder, selvom amputationen ikke var sket, ville have været sygemeldt grundet rygsmerterne.

Det er nævnets vurdering, at A er berettiget til skønsmæssigt 20.000 kr. med tillæg af renter i godtgørelse for svie og smerte for denne patientskade.

Det er også nævnets vurdering, at A under alle omstændigheder ville have været sygemeldt i 2 måneder, selvom man havde iværksat relevant behandling den 11. december 2003, hvor der ikke kan ydes godtgørelse for svie og smerte i disse 2 måneder. A er således om udgangspunkt berettiget til godtgørelse for svie og smerte for perioden fra den 12. februar 2004 og frem til den 28. februar 2005, hvor Patientforsikringen tilkendte godtgørelse for varigt mén. I denne periode har A været syg grundet svære rygsmerter, og patientskaden har således ikke forlænget

hans sygeperiode. Der kan således ydes en skønsmæssig godtgørelse grundet generne efter amputationen og protesebehandlingen.

Nævnet har fundet grundlag for at behandle godtgørelse for varigt mén.

Godtgørelsen udgør 6.450 kr. pr. méngrad.

Ved skadens indtræden var **A** 47 år, hvorfor godtgørelsen for varigt mén skal nedsættes med 8 procent.

Patientskadeankenævnet finder, at **A** som følge af patientskaden i form af amputation er påført et varigt mermén på i alt 40 procent, som senest fastsat af Patientforsikringen i afgørelsen af 3. juni 2005.

Nævnet har lagt vægt på, at **A** som følge af patientskaden har fået amputeret venstre underben og fået protese herpå, og at protesen ikke fungerer optimalt, hvorfor han aldrig vil få en helt velfungerende gangfunktion.

Patientskadeankenævnet finder, at **A's** erhvervsevne som følge af patientskaden i form af amputation af venstre underben er nedsat med 15 procent.

Nævnet har lagt vægt på, at **A** i 2002 blev sygemeldt fra sit arbejde som eksportchauffør grundet kroniske sår på begge ben, og at han sideløbende med sårbehandlingen i 2003 fik tiltagende rygproblemer grundet osteoporosen, der blev diagnosticeret i oktober 2003. Nævnet har også lagt vægt på, at der er konstante og svære rygsmerter, og at det klart er ryggen, som sætter grænserne for, hvad han kan klare i det daglige, idet underbensstumpen er ved at falde til ro. Den 1. oktober 2004 fik han tilkendt førtidspension af kommunen.

Det er nævnets vurdering, at **A** har en væsentligt nedsat erhvervsevne, og at dette i langt overvejende grad skyldes de konstante og svære rygsmerter. Hertil kommer, at amputationen af venstre ben i et vist mindre omfang bidrager til hans erhvervsevnetab, hvorfor hans erhvervsevnetab for denne patientskade i form af amputation skønsmæssigt skal fastsættes til 15 procent.

Det er nævnets vurdering, årslønnen skønsmæssigt skal fastsættes til 302.000 kr. ud fra hans indtægt i 2001, svarende til en opreguleret løn på 318.500 kr.

**A's** erstatning - før aldersreduktion - udgør således:  $318.500 \times 15\% \times 10 = 477.650$  kr. Ved skadens indtræden var **A** 47 år, hvorfor erstatningen skal nedsættes med 18 procent.

Erstatningen for erhvervsevnetab for patientskaden i form af amputation udgør således 391.755 kr. med tillæg af renter.

#### Sagsfremstilling:

**A** havde siden 1995 haft sår på begge ben efter at være indblandet i et uheld med en gaffeltruck.

Den 20. februar 2003 blev **A** undersøgt på **D** Sygehus, karkirurgisk ambulatorium. Der var mange smerter fra sårene, og man foretog derfor den 21. februar 2003 et mindre operativt indgreb i venstre ben.

Den 16. april 2003 har **D** Sygehus beskrevet i journalen, at forandringerne tolkes som vasculit, Man startede derfor behandling med Prednisolon 15 mg x 2 dagligt og Imurel 25 mg x2.

Det fremgår af en udskrift fra S Apotek, at **A** allerede den 3. april 2003 fik udleveret Prednisolon og Imurel efter recept fra **D** Sygehus. **A** har desuden ved brev af 12. december 2004 til Patientforsikringen oplyst, at han fik de første piller med Prednisolon og Imurel af **D** Sygehus allerede i februar 2003.

**D** Sygehus har i et brev til Patientforsikringen oplyst, at **A** ved indlæggelsen i februar 2003 havde så svære rygsmerter, at han var i behandling med Ketogan og Fortamol. Hertil har **A** oplyst, at han ikke havde rygsmerter på dette tidspunkt, men at medicinen blev ordineret på grund af smerterne i benene.

Behandlingen med Prednisolon fortsatte frem til juli 2003, hvor man ifølge egen læges journal begyndte udtrapning. Den 21. august 2003 fik **A** for sidste gang udleveret Prednisolon i form af en pakning med 25 stk.

I oktober 2003 blev **A** af egen læge henvist til sårambulatoriet på **C** Hospital på grund af en forværring af sårene på venstre underben. **A** blev undersøgt den 2. oktober 2003. Der var fin puls på højre fodryg, men man var i tvivl om, hvorvidt der var puls på venstre fodryg. I forhold til venstre ben vurderede man, at der var tale om en svær vasculittilstand med store smerter, og **A** blev indlagt til behandling af sårene den 7. oktober 2003. I første omgang forsøgte man VAC-terapi. Der var en del smerter i forbindelse hermed, men behandlingen havde god effekt.

Under indlæggelsen blev der på grund af mistanke om pusansamling i lungen foretaget røntgenundersøgelse af brystkassen, som viste følger efter tidligere lungebetændelse. Det viste sig også, at **A** havde osteoporose (knogleskørhed), Han kom derfor i behandling med Didronate, hvilket senere blev ændret til Fosamax.

I forhold til sårene på venstre ben var der efterhånden bedring. Der var således indikation for delhudtransplantation, hvor man skulle bruge hud fra højre lår. Dette indgreb blev foretaget den 22. oktober 2003. I forbindelse med operationen anbefalede man **A** at ophøre med at ryge. Efter indgrebet blev **A** dårlig og fik temperaturstigning. Røntgen viste infiltrat nedadtil på venstre lungeflade. Derfor skulle **A** fortsætte med den penicillinbehandling, han var i. Infiltratet fortog sig herefter.

Den 7. november 2003 fandt man, at der var antydning til ringafstødning af transplantaterne på benet. Der blev derfor i første omgang lagt et tyndt lag Betnovat i disse områder. **A** fik også Prednisolon, og som profylakse fik han Calcichew. Efterhånden bedredes tilstanden, og den 14. november 2003 blev **A** udskrevet.

I slutningen af november 2003 kom der imidlertid forværring i sårområderne, og **A** havde mange smerter. Det blev besluttet, at han skulle fortsætte med Prednisolon og ødemreducerende kompressionsbandage.

Den 4. december 2003 kom **A** til ambulant kontrol. Det viste sig, at der stort set var recidiv af alle sår, og der var indtrådt en forværring af smerterne. Derfor blev **A** igen indlagt den 8. december 2003. **A** havde voldsomme smerter, som forværredes, når benet var hævet.

Den 11. december 2003 konstaterede man, at venstre fod blev bleg, når den blev hævet, hvorfor man bestilte blodtryksmåling. Målingen blev foretaget på venstre storetå og viste 30 mmHg.

Den 17. december 2003 forsøgte man igen at transplantere. I dagene efter operationen så transplantaterne pæne ud. **A** led af meget svære smerter, som forværredes, når benet blev hævet, hvorfor han om natten sad i kørestol. Den 29. december 2003 blev der anlagt epiduralpumpe i håb om at lindre smerterne.

Den 30. december 2003 konstaterede man, at transplantatet var gået tabt. Såret var mørkfarvet, og der var dårligt granulationsvæv. Hele benet var koldt og cyanetisk (blåfarvet). Man drøftede amputation.

Den 31. december 2003 blev **A** overført til **G** hospitalet med henblik på forsøg på at redde benet på karkirurgisk afdeling. Der blev foretaget røntgenundersøgelse, og der blev iværksat blodpropsopløsende behandling, der førte til genåbning af blodforsyningen til det venstre underben. Der var imidlertid så stort vævstab med infektion, at benet ikke kunne reddes, hvorfor **A** fik amputeret venstre ben den 3. januar 2004.

Den 6. januar 2004 blev **A** overflyttet til **F** Sygehus med

henblik på mobilisering og genoptræning.  
 ..."

#### Retslægerådets erklæringer:

Sagen har været forelagt Retslægerådet, der har afgivet erklæringer af 6. november 2009 og 27. maj 2011.

Retslægerådet har i erklæring af 6. november 2009 bl.a. besvaret spørgsmålene A - G samt I og II således:

"...

#### Spørgsmål A:

*Retslægerådet bedes oplyse, om behandlingen af sagsøgeren med Prednisolon var velindiceret i hele eller dele af den periode, i hvilken han blev behandlet med Prednisolon.*

Behandlingen med prednisolon og imurel var velindiceret.

#### Spørgsmål B:

*Må det antages, at sagsøgerens osteoporose alene er forårsaget af manglende osteoporoseprofylakse i forbindelse med Prednisolonbehandling, eller må det antages, at der er andre årsager, f.eks. rygning, alder, andre sygdomme eller derfor given behandling, som er årsag til, at han udviklede en alvorlig osteoporose?*

Udvikling af osteoporose hos mænd er sjælden. Aktuelle osteoporose må ses som været forårsaget af behandlingen med de store doser prednisolon, om end sagsøgers store tobaksforbrug, der beskrives som værende mellem 20-40 cigaretter daglig, kan have været en medvirkende årsag. Sagsøger startede efter journalnotater prednisolonbehandlingen 03.04.03. Startede en systematisk antiosteoporotisk behandling 11.11.03. Den manglende anti-osteoporotiske behandling de første måneder af prednisolonbehandlingen har været en medvirkende årsag til udvikling af osteoporosen.

#### Spørgsmål C:

*Hvis andre forhold end prednisolonbehandlingen og den manglende osteoporoseprofylakse har medvirket til at fremkalde sagsøgerens osteoporose, bedes disse forhold og deres betydning for udviklingen af sagsøgerens osteoporose angivet.*

Er besvaret under spørgsmål B.

#### Spørgsmål D:

*Er der i sagens lægelige akter dokumentation for, at prednisolonbehandlingen blev påbegyndt før april 2003.*

Nej.

Spørgsmål E:

*Har det betydning for besvarelsen af spørgsmål B og C, om behandlingen med Prednisolon blev påbegyndt i februar eller april 2003?*

Osteoporose forværres med behandlingsvarigheden med prednisolon. Da sagsøger blev behandlet med store doser prednisolon, vil to måneders ekstra behandling, f.eks. fra februar i stedet for april måned have bidraget til at forværre osteoporosen.

Spørgsmål F:

*Retslægerådet bedes beskrive følgerne af den hos sagsøgeren konstaterede osteoporose.*

Osteoporosen har medført sammenfald af flere ryghvirvler (ved røntgen 16.07.04 er beskrevet sammenfald af fire ryghvirvler), pukkeldannelse af ryg og smerter, og osteoporosen har været en disponerende faktor for lårbensbruddet i 2006.

Spørgsmål G:

*Giver denne del af sagen i øvrigt anledning til bemærkninger?*

Nej.

...

Spørgsmål I:

*Retslægerådet bedes oplyse, om opstart af Prednisolonbehandling i den givne situation var indiceret og den bedst mulige behandling efter videnskab og erfaring.*

*Retslægerådet bedes i relation hertil specifikt oplyse, om den ordinerede dosis Prednisolon var den optimale dosis til opnåelse af formålet med behandlingen.*

*Retslægerådet bedes desuden specifikt oplyse, om samtidig opstart af Prednisolon-og Imurelbehandling i den givne situation var indiceret og den bedst mulige behandling efter videnskab og erfaring.*

Opstart af prednisolonbehandlingen var indiceret og er den anbefalede behandling.

Den benyttede dosis af prednisolon svarer til den anbefalede ved aktuelle sygdom.

Samtidig opstart af prednisolon og imurel var indiceret og er den etablerede behandling for aktuelle tilstand.

## Spørgsmål II:

*Såfremt Retslægerådet vurderer, at andre forhold, herunder fx sagsøgers alder, rygning eller køn, har været medvirkende årsag til den nu konstaterede osteoporose, bedes følgende besvaret:*

*Hvilke tegn på osteoporose var der hos sagsøger forudfor opstart af Prednisolon behandling.*

*Var det indiceret og den bedst mulige behandling efter videnskab og erfaring, inden opstart af Prednisolon behandling, at have undersøgt sagsøger nærmere for, om der hos sagsøger var osteoporose eller tegn herpå.*

Der var ingen kliniske tegn på osteoporose forud for start af behandling. Sagsøger var ikke undersøgt med røntgen af columna og DEXA-scan forud for opstart, således at sagsøgers knoglestatus på opstarttidspunktet af prednisolon var ukendt. Se endvidere besvarelsen af spørgsmål 2.

De fleste patienter starter dog den medicinske behandling mod osteoporose, uden at der foretages røntgen af columna og DEXA-scanning.

...."

Retslægerådet har i erklæringen af 27. maj 2011 besvaret spørgsmålene U - AB således:

"...

## Spørgsmål U:

*Retslægerådet bedes oplyse, hvilken behandling det med henblik på at forebygge eller undgå udvikling af osteoporose i 2003 ville have været i overensstemmelse med almindeligt anerkendt lægefaglige retningslinjer at iværksætte samtidig med behandlingen med Prednisolon blev påbegyndt.*

I år 2000 udsendte Dansk Knoglemedicinsk Selskab en klaringsrapport omkring osteoporose. Denne rapport danner grundlag for de behandlingsprincipper, der i 2003 blev benyttet til forebyggelse og behandling af osteoporose.

Af rapporten fremgår det på side 14, 2. spalte, at til patienter, der behandles med mere end 7,5 mg prednisolon dagligt i over 6 måneder, bør der altid gives tilskud med 1 gram calcium og 1000 IE D-vitamin. Hos patienter med tidligere fraktur eller en knoglemasse Z-score < 0 bør man endvidere overveje behandling med bisfosfonater. Z-score > 0 betyder, at knoglemineralindhold er mindre end gennemsnittet for en mand på samme alder som den aktuelle person.

Sagsøger skulle således have været behandlet med calcium og D-vitamin fra det tidspunkt, hvor det blev klart, at behandlingen kunne blive længereva-

rende.

Spørgsmål V:

*Retslægerådet bedes oplyse, om undladelsen af at iværksætte behandling med henblik på forebyggelse eller undgåelse af udvikling af osteoporose samtidig med påbegyndelsen af behandlingen med Prednisolon måtte betegnes som en lægefaglig fejl eller et lægeligt fejlskøn i 2003.*

Det var i 2003 ikke en fejl at undlade at behandle som nævnt i besvarelsen af spørgsmål U på starttidspunktet af prednisolonbehandlingen, da det ikke var muligt at forudsige, hvor længe prednisolonbehandlingen skulle vare.

Spørgsmål X:

*Retslægerådet bedes oplyse, om almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer på nuværende tidspunkt tilsiger noget andet om påbegyndelse af behandling med henblik på forebyggelse eller undgåelse af udvikling af osteoporose som følge af behandling med Prednisolon, end der var tilfældet i 2003.*

I dag skal alle patienter, der sættes i prednisolonbehandling, sikres adækvat tilskud af calcium og vitamin D fra start af prednisolonbehandlingen.

Knoglemineralbestemmelse (DEXA-scanning) bør udføres på alle, der behandles med 5 mg prednisolon eller mere i længere tid end 3 måneder. I øvrigt henvises der til besvarelsen af spørgsmål U.

Spørgsmål Y:

*Retslægerådet bedes oplyse, hvor hyppigt osteoporose optræder hos en mand på sagsøgerens alder og med hans tobaksforbrug i forhold til en mand på sagsøgerens alder, men uden sagsøgerens tobaksforbrug.*

Hos en mand på 47 år er osteoporose meget sjældent forekommende, også hos rygere.

Spørgsmål Z:

*Retslægerådet bedes oplyse, om svaret på spørgsmål B skal forstås således, at sagsøgeren som følge af behandlingen med Prednisolon i sig selv ville have udviklet osteoporose uanset, om der var iværksat anti-osteoporotisk behandling samtidig med påbegyndelsen af prednisolonbehandlingen.*

Sagsøger har været i behandling med store doser prednisolon. Effekten af calcium og vitamin D tilskud som forebyggelse af prednisoloninduceret osteoporose er dårlig beskrevet i litteraturen. De kendes således ikke med sikkerhed. Behandlingen med bisfosfonater kunne have reduceret osteoporo- sen med omkring 50 %.

Spørgsmål Æ:

*Retslægerådet har i svaret på spørgsmål B anført, at den aktuelle osteoporose hos sagsøgeren må anses for at være forårsaget af behandlingen med Prednisolon om end sagsøgerens store tobaksforbrug kan have været en medvirkende årsag. Tillige er det anført, at den manglende antiosteoporotiske behandling i de første måneder af Prednisolonbehandlingen har været medvirkende årsag til udviklingen af osteoporosen.*

*Retslægerådet bedes om muligt uddybe eller præcisere de tre nævnte faktors andel i den hos sagsøgeren konstaterede osteoporose.*

Hos sagsøger må prednisolonbehandling vægtes højest, immobilisation og nedsat fysik aktiveret i forbindelse med aktuelle sygdom har formentlig også haft betydning. Rygning er en risikofaktor for udvikling af osteoporose i de fleste videnskabelige undersøgelser, men ikke i alle.

Med hensyn til risikoen for udvikling af osteoporose under steroidbehandling er risikoen meget individuel. Nogle personer kan behandles i lang tid med store doser prednisolon uden at udvikle osteoporose, mens andre hurtigt udvikler osteoporose efter få måneders behandling.

Spørgsmål Ø:

*Retslægerådet bedes oplyse, om den hos sagsøgeren konstaterede osteoporose og dens omfang kan opstå alene som følge af den til sagsøgeren givne behandling med Prednisolon i de givne doser og tidsrum.*

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål Æ.

Spørgsmål Å:

*Retslægerådet bedes oplyse, om den hos sagsøgeren konstaterede osteoporose ville være undgået, såfremt man havde iværksat behandling med henblik på at forebygge eller undgå udvikling af osteoporose samtidig med iværksættelsen af behandlingen med Prednisolon.*

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål Z

Spørgsmål AA:

*Retslægerådet bedes i forlængelse af svaret på spørgsmål II oplyse, om det forhold, at det forud for påbegyndelsen af behandlingen med Prednisolon ingen kliniske tegn var på osteoporose udelukker, at der forud for påbegyndelsen af behandlingen bestod osteoporose hos sagsøgeren.*

Forud for start på prednisolonbehandlingen var der ingen kliniske tegn på osteoporose.

Spørgsmål AB:

*Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?*

Nej.  
...."

Under sagen er i medfør af erstatningsansvarslovens § 10 indhentet vejledende udtalelse fra Arbejdsskadestyrelsen om fastsættelsen af erhvervsevnetabet. Styrelsen har afgivet udtalelser af 12. april 2012 og 19. juni 2012.

Arbejdsskadestyrelsen har den 19. juni 2012 afgivet følgende udtalelse:

".....

#### Vurdering

Erhvervsevnetabet er jf. erstatningsansvarslovens § 5 vurderet til henholdsvis 65 procent jf. forudsætning 1 nedenfor, 80 procent jf. forudsætning 2 nedenfor og 50 procent jf. forudsætning 3 nedenfor.

Vi er ved brev af 23. maj 2012 blevet bedt om en udtalelse om erhvervsevnetabet efter erstatningsansvarslovens § 10.

Vores udtalelse er jf. anmodningen afgivet ud fra følgende forudsætninger:

1. Arbejdsskadestyrelsen bedes oplyse, om de vedhæftede besvarelser fra Retslægerådet giver anledning til en korrektion/ændring af den vejledende udtalelse af 12. april 2012.

Her er Retslægerådets besvarelser indgået på lige fod med sagens andre oplysninger.

2. Arbejdsskadestyrelsen bedes oplyse, hvilket samlede erhvervsevnetab efter både patientskader og eventuelle andre forhold sagsøger efter Styrelsens opfattelse har. Arbejdsskadestyrelsen bedes i den forbindelse angive en procent for det samlede erhvervsevnetab.

3. Arbejdsskadestyrelsen bedes lægge Patientskadeankenævnets vurdering af følgerne efter patientskaderne (amputation af venstre underben samt en del af sagsøgerens rygger, jf. bilag 1, side 7, 3. afsnit) til grund, og på den baggrund bedes Styrelsen vurdere henholdsvis det samlede erhvervsevnetab og erhvervsevnetabet på baggrund af følgerne efter patientskaderne (altså følgerne vurderet af Patientskadeankenævnet (amputation af venstre underben samt en del af sagsøgerens rygger, jf. bilag 1, side 7, 3. afsnit).

#### Tidligere vurdering

Vi har den 12. april 2012 vurderet følgerne efter ulykken til et erhvervsevnetab på 65 procent.

Forudsætningen for denne vurdering var jf. anmodningen det samlede erhvervsevnetab som følge af de anerkendte patientskader. Arbejdsskadestyrelsen var ikke anmodet om at lægge bestemte forudsætninger til grund, og vi foretog derfor en selvstændig vurdering af de beskrevne behandlingsforløb.

### Sagsfremstilling

...

Vores vurdering ad forudsætning 1:

Vi har ved vurderingen af erhvervsevnetabet lagt til grund, at <sup>A</sup> grundet transplantation påbegyndte relevant behandling med prednisolon, 30 mg dagligt og Imurel medio april 2003, som stod på i 3 - 4 måneder. I oktober 2003 blev der konstateret osteoporose, hvorefter <sup>A</sup> 'ev sat i behandling herfor.

Efterfølgende blev prednisolonbehandlingen genoptaget.

Det er fortsat vores vurdering, at prednisolonbehandlingen fra april 2003 til juli-august 2003 er årsag til forekomsten af osteoporosen med sammenfald af flere hvirvler omend et meget stort tobaksforbrug ikke kan udelukkes at have spillet en mindre rolle.

Vi har ved denne vurdering lagt vægt på, at idiopatisk osteoporose hos en 47-årig mand forekommer meget sjældent, og at det er den manglende osteoporoseprofylakse ved behandlingsstart af prednisolon, som udgør fejlbehandlingen i denne sag.

Vi finder ikke, at der er holdepunkter for at antage, at der er forudbestående osteoporose, og der er derfor efter vores vurdering ikke noget grundmén og hele rygménet med svære følger og meget betydelige funktionsbegrænsninger kan således efter vores vurdering henregnes til patientskaden

For så vidt angår amputationen har vi lagt vægt på, at der er tale om et forløb hos en svært karsyg person med erkendt vaskulit. Det er fortsat vores vurdering, at behandlingen ikke kan anfægtes.

Vi har lagt vægt på, at der var der puls i foden da man valgte at operere. Dermed må karkirurgi efter vores vurdering skønnes ikke at have hjulpet, da sygdommen så primært sidder længere perifert.

Vi finder således fortsat, at amputationen ikke er en følge af behandlingsforløbet, og finder som følge heraf, at der ikke er noget mérmén men at amputationen skyldes grund sygdom og udgør et grundmén.

**Ovennævnte lægelige vurdering ligger til grund for nedenstående vægtning af erhvervsevnetabet jf. forudsætning 1.**

Vi har ved vurderingen af erhvervsevnetabet lagt til grund, at A forud for sin arbejdsulykke og behandlingen i 2003 havde været ansat som langterschauffør igennem mange år og haft en stabil tilknytning til arbejdsmarkedet. Efter en arbejdsskade i 1993 havde han besvær med udførelsen af dette. Han blev sygemeldt i august 2002 grundet smerter i begge ben.

Den 1. oktober 2004 blev han tilkendt førtidspension grundet de samlede helbredsmæssige forhold med svære rygger og gener efter amputation af venstre underben.

Vi har ved vurderingen af erhvervsevnetabet lagt vægt på, at A kun kan sidde i meget begrænset tid grundet massive smerter, og at han har yderst nedsat gangfunktion med stokke.

Med Retslægerådets besvarelse indgået i vores vurdering på lige fod med sagens øvrige bilag er det fortsat vores vurdering, at A uden de anførte patientskader ville have haft begrænsninger grundet bengener, og sandsynligvis ville have haft samme forløb med sluttelig amputation jf. ovenfor. Vi er således ikke enige i, at amputationen kunne være forhindret.

Ved vurderingen af patientskadernes påvirkning af erhvervsevnetabet har vi som tidligere lagt vægt på, at A's funktionsniveau er yderst begrænset, og at det i altovervejende primær grad er nedsat grundet de massive smertegener og deformiteter af ryggen, idet det er beskrevet, at han grundet disse gener kun kan sidde meget kortvarigt.

Vi vurderer herefter, at benamputationen henset til ryggerernes omfang og beskrivelsen af hans gangfunktion med stokke udgør en mindre del af det samlede erhvervsevnetab.

Ved denne vurdering har vi taget udgangspunkt i, at benamputationen isoleret set giver væsentlige begrænsninger i fysisk belastende erhverv, men at der ville være muligheder i ikke fysisk belastende erhverv med relevante skånehensyn.

Henset til A's lønniveau forud for skaden og de massive aktuelle skånehensyn, vurderer vi jf. ovennævnte forudsætning 1 det samlede erhvervsevnetab til skønsmæssigt lidt mere end 3/4, men vi vurderer som tidligere jf. ovenfor, at erhvervsevnetabet som følge af benamputationen ikke er skaderelateret.

På baggrund af de massive skaderelaterede rygger er det fortsat vores vurdering, at A's erhvervsevne alene som følge heraf er nedsat med omkring 2/3 i ethvert erhverv.

Vi vurderer, at **A's** erhvervsevne som følge af patientskaderne (ryggenerne) er nedsat med skønsmæssigt 65 procent.

#### Erhvervsevnetabet jf. forudsætning 2:

Vi har fastsat erhvervsevnetabet efter denne forudsætning som det samlede erhvervsevnetab uanset årsagssammenhæng.

Vi har ved vurderingen af erhvervsevnetabet lagt til grund, at **A** forud for sin arbejdsulykke og behandlingen i 2003 havde været ansat som langturschauffør igennem mange år og haft en stabil tilknytning til arbejdsmarkedet. Efter en arbejdsskade i 1993 havde han besvær med udførelsen af dette. Han blev sygemeldt i august 2002 grundet smerter i begge ben.

Den 1. oktober 2004 blev han tilkendt førtidspension grundet de samlede helbredsmæssige forhold med svære ryggener og gener efter amputation af venstre underben.

Vi har lagt vægt på, at **A's** funktionsniveau er yderst begrænset, og at det i altovervejende primær grad er nedsat grundet de massive smertegener og deformiteter af ryggen.

Vi har endvidere lagt vægt på, at **A** grundet benamputationen har kompromitteret gangfunktion og benytter krykstokke.

Henset til **A's** lønniveau forud for skaden og de massive aktuelle skånehensyn, vurderer vi jf. ovennævnte forudsætning 2 det samlede erhvervsevnetab til skønsmæssigt lidt mere end 3/4, men vi vurderer dog ikke, at erhvervsevnen er helt ophævet, idet **A** efter vores vurdering burde kunne varetage stillesiddende arbejde i meget begrænset men dog indtægtsgivende omfang.

Vi vurderer, at **A's** erhvervsevne samlet set er nedsat med skønsmæssigt 80 procent.

#### Erhvervsevnetabet jf. forudsætning 3:

Under denne forudsætning har vi lagt Patientskadeankenævnets besvarelse til grund.

Jf. Patientskadeankenævnets afgørelse er benamputationen og en del af **A's** ryggener anerkendt som patientskade. Patientskadeankenævnet udtaler vedrørende ryggenerne, at "den overvejende del af rygsmerterne skyldes grundsygdommen".

Vi har ved vurderingen af erhvervsevnetabet lagt til grund, at **A**

forud for sin arbejdsulykke og behandlingen i 2003 havde været ansat som langturschauffør igennem mange år og haft en stabil tilknytning til arbejdsmarkedet. Efter en arbejdsskade i 1993 havde han besvær med udførelsen af dette. Han blev sygemeldt i august 2002 grundet smerter i begge ben.

Den 1. oktober 2004 blev han tilkendt førtidspension grundet de samlede helbredsmæssige forhold med svære ryggener og gener efter amputation af venstre underben.

Vi har ved vurderingen af erhvervsevnetabet lagt vægt på, at A kun kan sidde i meget begrænset tid grundet massive smerter, og at han har yderst nedsat gangfunktion med stokke.

Når Patientskadeankenævnets afgørelse lægges til grund, er det vores vurdering, at A's funktionsniveau er væsentligt begrænset som følge af patientskaden.

Vi finder, at benamputationen begrænser A i alle fysisk belastende erhverv, idet der er gangfunktion med stokke. I stillesiddende erhverv er der primært begrænsninger grundet ryggener, men der er desuden funktionsbegrænsninger som følge af udtrætning blandt andet med smerter i benstumpen og den omstændighed, at han ikke kan bevæge sig rundt uden krykstokke.

Det er vores opfattelse, at uanset at det jf. ovenfor skal lægges til grund, at den overvejende del af ryggerne skyldes grundlidelsen, så har forværringen af ryggerne forholdsvis større betydning for funktionsevnen end hvis der alene var rygsmarter fra grundsygdommen. Endvidere er der gener fra amputationen. Såfremt ryglidelsen var af mindre grad, er det vores vurdering, at amputationen ville få forholdsmæssigt større betydning.

Henset til A's lønniveau forud for skaden og skånehensyn som følge af patientskaden, vurderer vi jf. ovennævnte forudsætning 3 erhvervsevnetabet som følge af patientskaden til skønsmæssigt halvdelen.

**Vi vurderer, at A's erhvervsevne som følge af patientskaden er nedsat med skønsmæssigt 50 procent.**

Det bemærkes, at vi ikke er enige i Patientskadeankenævnets vurdering af, at der er betydende ryggener som følge af grundlidelse.

Det er vores opfattelse, at Retslægerådets besvarelse understøtter dette, idet Rådet jf. besvarelsen af spørgsmål B anfører, at aktuelle osteoporose ~å ses som været forårsaget af behandlingen med de store doser prednisolon. I besvarelsen af spørgsmål F anfører Rådet, at osteoporosen har medført sammenfald af flere ryghvirvler, pukældannelse af ryg og smerter..."

## Forklaringer

A har forklaret, at han er 55 år. Han har været gift i 12 år og har ingen børn. Om sit arbejdsliv forklarede han, at han startede ved militæret efter 10. klasse. Han var første gang ansat ved militæret i 4 år og senere på kontrakt i yderligere 3 år. Derefter sejlede han og havde ufaglært arbejde, blandt andet som assisterende hovmester og som tjener. Fra sidst i firserne og til 2003 arbejdede han som eksportchauffør kun afbrudt af perioder, hvor han var ledig.

I 1995 kom han til skade under aflæsning i Tyskland. Han stod ved siden af en palle, da truckføreren kørte gaffeltruckgaflerne igennem pallen og ramte ham på benene. Han fik flere sår, der ikke ville hele. Han kom i kontakt med overlæge R i efteråret 2001. Han havde forinden været i forskellige former for behandling, blandt andet var han ved overlæge H på F Sygehus. Behandlingerne virkede imidlertid ikke. Privatpraktiserende læge K ordinerede forskellige forbindinger, der blev lagt af hjemmeplejen. Det var på den måde, han kom i kontakt med overlæge R's

hustru, der var ansat ved hjemmeplejen. Han kom derfor under behandling af overlæge R der jævnlig besøgte ham i hjemmet. Overlæge R gjorde alt for at hjælpe ham. Han fik det første Prednisolon og Imuraltabletter af R selv i februar 2003, hvor overlægen var på hjemmebesøg. Han fik i første omgang 1 helt glas samt en blisterpakke. Han husker ikke, om han fik tabletterne ad flere gange, men han fik tabletter frem til april 2003, hvor overlæge R sagde, at han fremover selv skulle få dem på apoteket. Han har således fået Prednisolon fra engang i begyndelsen af februar 2003.

Første gang, han havde ondt i ryggen, var i efteråret 2003, hvor han var indlagt på C Hospital. Han troede i begyndelsen, at det blot skyldtes, han var meget sengeliggende. Han fik i samme periode meget smertestillende medicin, som egentlig skulle dulme smerterne i benene. Medicinen har naturligvis også dulmet smerterne i ryggen. På det tidspunkt og helt frem til sommeren 2004 regnede han med at kunne komme til at arbejde igen. Han forventede, at han kunne køre lastbil igen også efter, at han fik amputeret det venstre ben. I dag er rygsmerterne betydeligt værre. Han har brug for at ligge ned stort set hele tiden.

Han har aldrig før 2004 haft rygsmerter som sådan. Han kørte i flere år store partier hundemad i Frankrig og Spanien. Han skulle dengang skubbe paller, der vejede et ton, og det har aldrig givet anledning til nogen former for rygsmerter.

Han fik ordineret ketogan i februar 2003 mod smerter i benene og ikke på grund af rygsmerter. Det må være en fejl i journalen. Det er heller ikke korrekt, når det af journalen fremgår, at han blev taget ud af behandlingen med

prednisolon på grund af manglende effekt. Han blev indlagt på C den 2. oktober 2003. Han var stoppet tidligst 1 måned før med at tage Prednisolon og han fik det efter indlæggelsen ordineret igen.

Han blev sygemeldt i august 2002 på grund af smerter i benene, men han arbejdede i flere perioder i løbet af efteråret 2002.. Fra slutningen af 2002 blev han permanent sygemeldt. Han forventede dog fortsat at komme i arbejde igen helt hen til sommeren 2004. Såret på det højre ben er i dag helt væk.

Han har aldrig røget 40 cigaretter om dagen. Han har i en periode på 18-20 år røget ca. 20 stk. om dagen. Mange cigaretter røg imidlertid sig selv, og han gik derfor på et tidspunkt over til at ryge pibe. Han er holdt op med at ryge, og han har ikke røget de seneste 3 år.

Overlæge R har som vidne forklaret, at han i dag er ansat ved Sygehus S. Foreholdt bilag 4, journalnotat af 14. november 2001, forklarede han, at han på daværende tidspunkt var overlæge ved V ; Sygehus. Som notatet er formuleret må han have set A forinden. Den lidt specielle baggrund var, at hans daværende ægtefælle var sårsygeplejerske ved hjemmeplejen i S. De talte indimellem om deres patienter, og han fik på den måde kendskab til A. Han har givetvis besøgt ham forud for journalnotatet af 14. november 2001. Han ved ikke hvor mange gange, han har tilset A på hjemmebesøg, men det skete flere gange. Han har også deltaget i forskellige møder om A, og løbende tilset ham.

I perioden 2002-2003 var han overlæge ved D Sygehus. Som det fremgår af journalnotat af 16. april 2003, startede han på det tidspunkt op med behandling af A ; med Prednisolon. Efter hans opfattelse kan A ikke have fået Prednisolon ordineret eller udleveret af vidnet forinden.

Foreholdt bilag 8 forklarede han, at udleveringen den 3. april 2003 af Prednisolon på recept er ordineret af ham. Der må således foreligge et notat tidligere end det førnævnte af 16. april 2003. Han kan ikke forklare det nærmere. Han har ingen erindring om, at han har udleveret prednisolon eller lignende til A på hjemmebesøg. Han kan ikke forestille sig det, da det ikke er medicin, han normalt har med sig. Han er imidlertid enig i, at ordineringen af Prednisolonen, der blev udleveret den 3. april 2003, er sket af ham fra D Sygehus.

Vedrørende bilag 4, journalnotat dateret 21. februar 2003, forklarede han, at såfremt der havde været ordineret Prednisolon, så skulle det have været nævnt i journalen. Det øvrige medicin er ordineret af A's egen læge.

Om formuleringen af bilag 18 forklarede han, at han alene henviser til Pred-

nisolon i februar 2003 på baggrund af formuleringen af det stillede spørgsmål.

### Parternes synspunkter

Sagsøgeren, <sup>1</sup> A har til støtte for sin påstand navnlig gjort gældende, at der er et sikkert grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets afgørelse, da erhvervsevnetabet i forbindelse med patientskaden, der førte til amputation af venstre underben, ubestridt skal fastsættes til 15%, og da det må anses for overvejende sandsynligt, at sagsøgers nuværende svære ryggener udelukkende skyldes behandlingen med Prednisolon uden samtidig iværksættelse af forebyggende behandling mod osteoporose med kalk og D-vitamin.

Sagsøgeren har i påstandsdokument af 29. juni 2012 endvidere anført følgende:

"...

Til støtte for den nedlagte påstand gøres det gældende,

- at sagsøger modtog Prednisolon allerede i februar 2003, hvor dette således blev udleveret til sagsøger, og det skete uden samtidig opstart med osteoporose profylakse med kalk og D-vitamin,
- at sagsøgers nuværende svære ryggener udelukkende skyldes behandlingen med Prednisolon uden samtidig opstart med osteoporose profylakse med kalk og D-vitamin,
- at Retslægerådet og Arbejdsskadestyrelsen også er af den opfattelse, at sagsøgers ryggener udelukkende skyldes behandlingen med Prednisolon uden samtidig opstart med osteoporose profylakse med kalk og D-vitamin,
- at der således ikke er tale om, at de nuværende svære ryggener m.v. skyldes en grundlidelse eller andre forhold hos sagsøger, og det er sagsøgte bevisbyrde at dokumentere et sådant forhold, og sagsøgte har ikke løftet denne bevisbyrde,
- at sagsøger forud for amputationen af venstre underben og behandlingen med Prednisolon havde en helt ordinær, stabil og fast tilknytning til arbejdsmarkedet,
- at sagsøger i dag er tilkendt førtidspension grundet følgerne efter sine to patientskader, og det er altså udelukkende grundet de helbredsmæssige følger efter disse to anerkendte patientskader, at sagsøger er tilkendt før tidspension,

- at sagsøgers arbejdsmæssige problemer således udelukkende kan tilskrives de to anerkendte patientskader,
- at sagsøger derfor har pådraget sig et erhvervsevnetab, som i henhold til praksis kan fastsættes til 80%, hvilket også svarer til Arbejdsskadestyrelsens vejledende udtalelse, og
- at det i henhold til praksis kræver et fornødent sikkert grundlag for at tilsidesætte Arbejdsskadestyrelsens vejledende udtalelse, og dette fornødne sikre grundlag foreligger ikke i sagen.

Patientskadeankenævnet har til støtte for sin frifindelsespåstand navnlig gjort gældende, at der skal foreligge et sikkert grundlag for at tilsidesætte nævnets afgørelse, og at et sådant grundlag ikke foreligger, og herunder at den ved afgørelsen udmålte erstatning dækker sagsøgerens erstatningsberettigede tab som følge af de anerkendte patientskader.

Det kan tiltrædes, at A's samlede erhvervsevnetab som fastsat af Arbejdsskadestyrelsen er på 80%, hvoraf de 15% kan henføres til den anerkendte patientskade, der førte til amputationen af venstre underben. Det bestrides imidlertid fortsat, at den resterende del af A's erhvervsevnetab kan henføres til patientskaden vedrørende forværringen af osteoporosen, uanset ryggenerne medfører et erhvervsevnetab på 65%. Efter Retslægerådets besvarelse begrænses patientskaden til at bestå i følgerne efter den manglende påbegyndelse af forebyggende behandling fra det tidspunkt, hvor det blev klart, at behandlingen kunne blive længerevarende. På baggrund af Retslægerådets besvarelse kan det udledes, at en stor del af A's osteoporose er uundgåelig og en følge af behandlingen af grundlidelsen og ikke en følge af det forhold, at der ikke blev iværksat behandling med D-vitamin og calcium. Efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål Z fremstår det endvidere i dag som tvivlsomt, om A's osteoporose i det hele taget er forårsaget af manglende forebyggende behandling. Det bestrides endvidere, at behandlingen med Prednisolon blev påbegyndt før april 2003.

I forhold til Arbejdsskadestyrelsens udtalelse af 19. juni 2012 gøres det endvidere gældende, at Arbejdsskadestyrelsen fejlagtigt har lagt til grund, at patientskadens følger er samtlige følger af behandlingen med Prednisolon. Arbejdsskadestyrelsen skelner således ikke mellem de følger af behandlingen, der kunne være undgået ved korrekt behandling, og de samlede følger efter behandlingen. Arbejdsskadestyrelsens vurdering af, hvad der kan anerkendes som erstatningsberettigende følger af patientskaden er dermed forkert, idet uundgåelige følger af en nødvendig behandling ikke er erstatningsberettigende efter patientforsikringsloven.

Arbejdsskadestyrelsens vurdering af, hvad der må antages at være en pati-

entskade, og hvad der må antages at være sagsøgerens grundlidelse og følger heraf, kan ikke tillægges betydning, da disse vurderinger ligger uden for Arbejdsskadestyrelsens kompetenceområde. Denne kompetence tilkommer Patientskadeankenævnet, og nævnet har med rette, og i overensstemmelse med Retslægerådets besvarelse i sagen, vurderet, at alene den del af følgerne, der kan henføres til den for sent iværksatte forebyggende behandling, skal henføres til patientskaden.

### Rettens begrundelse og afgørelse

Det er under sagen ubestridt, at **A** i 2003 pådrog sig to patientskader, der er erstatningsberettigende efter den dagældende lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 1 og § 3, stk. 1, jf. § 2, stk. 1, nr. 1, jf. lovbekendtgørelse nr. 228 af 24. marts 1997 med senere ændringer, samt at han i den anledning har krav på blandt andet erstatning for tab af erhvervsevne fastsat efter reglerne i erstatningsansvarslovens §§5-9.

Patientskadeankenævnet har ved sin afgørelse af 28. august 2006 tilkendt **A** erstatning for tab af erhvervsevne beregnet efter en erhvervsevnetabsprocent på 50, hvoraf 15 procent er erhvervsevnetabet som følge af patientskaden der førte til amputation af venstre underben, mens 35 procent er erhvervsevnetabet som følge af patientskaden i form af forværing af osteoporosen.

Parterne er enige om, at erhvervsevnetabet som følge af patientskaden, der førte til amputation af venstre underben, er fastsat korrekt til 15 procent, og at **A's** samlede erhvervsevne varigt er nedsat med 80 procent, hvorfor nærværende sag alene vedrører spørgsmålet om fastsættelsen af erhvervsevnetabet som følge af patientskaden i form af osteoporose.

Ifølge de lægelige journaler i sagen blev behandlingen med Prednisolon påbegyndt den 16. april 2003. Det fremgår imidlertid, at **A** allerede den 3. april 2003 har fået udleveret præparatet efter recept fra **D** Sygehus. Efter overlæge **R's** forklaring er der imidlertid ikke grundlag for at anse det for godtgjort, at **A** har fået ordineret Prednisolon før april 2003.

Efter **A's** forklaring sammenholdt med de lægelige journaler blev behandlingen med Prednisolon kortvarigt afbrudt før indlæggelsen på **C** hospital i oktober 2003, men fortsatte kort efter indlæggelsen i store doser frem til foråret 2004. Fra efteråret 2003 skete behandlingen imidlertid samtidig med behandling mod osteoporose.

Efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmålene Y og AA er der ikke grundlag for at antage, at **A** havde osteoporose før behandlingen med Prednisolon blev påbegyndt. Der er heller ikke grundlag for at nedsætte

erhvervsevnetabet som følge af <sup>15</sup> A forudgående helbredstilstand.

Efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål U var det på behandlingstidspunktet i 2003 i overensstemmelse med almindelige anerkendte behandlingsprincipper, at iværksætte den forebyggende behandling mod osteoporose fra det tidspunkt, hvor det blev klart, at behandlingen med Prednisolon kunne blive længerevarende. Det fremgår endvidere af besvarelsen, at forebyggende behandling ihvertfald skulle iværksættes, såfremt patienten blev behandlet med mere end 7,5 mg Prednisolon dagligt i over 6 måneder, hvilken dosis A , overskred.

Det fremgår af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål V, at det på behandlingstidspunktet i 2003 derfor ikke var en lægefaglig fejl eller et lægeligt fejlskøn, at forebyggende behandling mod osteoporose ikke blev iværksat samtidig med påbegyndelsen af behandlingen med Prednisolon, da det på starttidspunktet af Prednisolon-behandlingen ikke var muligt at forudsige, hvor længe behandlingen skulle vare.

Retslægerådet har ved besvarelsen af spørgsmål A oplyst, at nogle men ikke alle personer udvikler osteoporose efter få måneders behandling med Prednisolon, og risikoen herfor er meget individuel.

Efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål Z lægger retten til grund, at det ikke er muligt at fastslå, om A kunne have undgået at pådrage sig osteoporose ved en samtidig iværksættelse af forebyggende behandling mod samme, men at en forebyggende behandling med bisfosfonater kunne have reduceret osteoporosen med omkring 50%.

Det kan på denne baggrund ikke anses for overvejende sandsynligt, at A ikke ville have udviklet osteoporose, såfremt den forebyggende behandling var iværksat samtidig med behandlingen med Prednisolon, og endnu mindre sandsynligt, hvis den forebyggende behandling var blevet iværksat på det senere tidspunkt, hvor det blev klart, at behandlingen blev længerevarende.

Henset hertil findes A ikke ved det under sagen fremkomne, herunder de lægelige oplysninger og Arbejdsskadestyrelsens vejledende udtalelse, at have bevist eller sandsynliggjort, at han som følge af patientskaden som følge af forværring af osteoporosen har pådraget sig et erhvervsevnetab på mere end de af Patientskadeankenævnet skønnede 35 procent.

Efter det ovenfor anførte, og under hensyn til at Patientskadeankenævnet er sagkyndigt sammensat med henblik på at tilføre nævnet særlig kompetence på området, foreligger der ikke et fornødent sikkert grundlag for at ændre Patientskadeankenævnets afgørelse, hvorfor den af Patientskadeankenævnet nedlagte frifindelsespåstand tages til følge.

Efter sagens udfald, og da ~~A~~ har fri proces, skal statskassen betale sagsomkostninger til Patientskadeankenævnet med i alt 80.000 kr. Beløbet omfatter udgifter til advokatbistand incl. moms. Retten har lagt vægt på sagens økonomiske værdi, karakter og omfang, herunder at sagen to gange har været forelagt Retslægerådet og Arbejdsskadestyrelsen.

**Thi kendes for ret:**

Sagsøgte, Patientskadeankenævnet, frifindes.

Inden 14 dage betaler statskassen sagsomkostninger til Patientskadeankenævnet med 80.000 kr.

Sagsomkostningerne forrentes efter rentelovens § 8a.

Søren Rune Schrøder  
kst. dommer

/lera/toe

Udskriftens rigtighed bekræftes.  
Retten i Sønderborg, den 20. juli 2012.

Jeanette Groening, Overassistent