



KØBENHAVNS BYRET DOM

afsagt den 26. februar 2020

Sag BS-415/2015-KBH

A
(advokat Jakob Fink)

mod

Ankenævnet for Patienterstatning
(advokat Christian Bo Kolding-Krøger)

Denne afgørelse er truffet af dommerfuldmægtig Lise Troelsen.

Sagens baggrund og parternes påstande

Denne sag, der er anlagt den 15. oktober 2015, angår, om sagsøger, A, er blevet påført en i medfør af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet erstatningsberettigende skade som følge af behandling på Behandlingssted 1.

A har nedlagt påstand om, at Ankenævnet for Patienterstatningen skal anerkende, at hun er påført en erstatningsberettigende skade som følge af behandlingen på Behandlingssted 1 den 8. juli 2013 og frem.

Ankenævnet for Patienterstatning har nedlagt påstand om frifindelse.

A har fri proces.

Sagsfremstilling

A blev i 2007 diagnosticeret med colitis ulcerosa (kronisk tarmbetændelse) og undergik i de følgende år behandling herfor.

Den 1. juli 2013 rettede A henvendelse til Behandlingssted 1, idet hun den seneste uge havde haft diarré og feber. Af journaltilførsel af samme dato fremgår bl.a.:

"Pt. er stærkt bekymret, fordi hun den sidste uges tid har haft diareer, dog nu næsten forsvundet, samt feber. Hun har drukket noget inficeret mælk fra Virksomhed 1, der er inficeret med E. coli, og hun er bange for, at det er det, der har givet hende problemer.

Via egen læge fået taget afføringsprøver, som der ikke er svar på endnu.

Også startet antibiotisk behandling via egen læge, har fået behandling gennem i døgn.

Vi lover, vi holder øje med afføringsprøverne og kontakter hende, når svar foreligger m.h.p. videre plan."

Den 8. juli 2013 blev A indlagt på Behandlingssted 1 og udskrevet igen samme dag. A blev på ny indlagt på Behandlingssted 1 fra den 10. juli 2013 til den 25. juli 2013.

Den 4. august 2013 blev A atter indlagt på Behandlingssted 1 som følge af tilbagevendende diarréer. En undersøgelse foretaget den 2. august 2013 havde påvist infektion med bakterien clostridium difficile. Behandling med medikamentet vancomycin blev iværksat, og A blev den 6. august 2013 udskrevet.

A oplevede imidlertid i de følgende måneder adskillige recidiver af infektionen med clostridium difficile og måtte som følge heraf indlægges på Behandlingssted 1 flere gange. Hun blev ved hver infektion sat i behandling med vancomycin. Ved sit sidste recidiv af bakterieinfektionen blev hun den 3. januar 2014 sat i behandling med medikamentet dificlir, som viste sig effektivt. Hun fortsatte sideløbende behandlingen med vancomycin, som hun blev trappet ud af den 27. april 2014.

Den 13. januar 2014 blev det besluttet, at A skulle overgå til kontrol og behandling på Behandlingssted 2. Af lægeligt notat fra denne dato fremgår bl.a.:

"Lang samtale om forløbet, dels det aktuelle med talrige clostridie-infektioner, 5. gangs recidiv af clostridier, og pt. er nu sat på Dificlir-beh.

På denne beh. Har hun det faktisk godt. Afføringen er samlet. Hun har fortsat lidt smerter, men generelt går det betydeligt bedre.

Herefter lang samtale om det følelsesmæssige, og det viser sig at pt. slet ikke er tilfreds med vores afd. Hun er dels utilfreds med selve kommuni-

kationen/tonen overfor visse læger, samt også på vores afsnit, hvor hun har flere eksempler på ting hun er utilfreds med, bl.a. hygiejnen. Det er jeg selvsagt ked af, at hun har det på den måde. Pt. har et stort ønske om at komme til videre kontrol på Behandlingssted 2, og det synes jeg er i orden.”

Det fremgår af de lægelige oplysninger, at A var psykisk påvirket af de tilbagevendende infektioner. Af journaltilførsel af 8. juni 2014 fremgår således bl.a.:

”pt kunne have fået en depression som reaktion på det forløb, hun har været igennem.

Pt. ønsker dog ikke at tale med en psykiater, da hun ikke ønsker en psykiatrisk diagnose.

Vurderes ikke suicidal-truet.

Man kunne overveje, om pt. kunne have gavn af at tale forløbet igennem med en psykolog.

Pt. mener, at hun måske kunne have gavn af dette.”

Den 27. september 2014 skrev A en klage til Patienterstatningen, hvoraf fremgår bl.a.:

”Webside på patienterstatningens hjemmeside opfordrer pt. til at indberette infektionsskaden, Clostridium Difficile. Det har jeg hermed taget til efterretning, hvorfor jeg udbeder mig om, at patienterstatningen tager stilling til, om jeg er smittet på Behandlingssted 1, under indlæggelse sommeren 2013, hvad jeg mener, at jeg er. Det er udelukkende dette, denne henvendelse drejer sig om.

Jeg er naturligvis taknemmelig for den behandling, jeg har modtaget, på Behandlingssted 1, foruden behandling, havde jeg med overvejende sandsynlighed været død i dag. Når det er sagt, oplever jeg det som været problematisk at være indlagt, med følgesvend at en så alvorlig infektion. Det ville jeg gerne have været foruden. En infektion som var velkendt blandt pt. & velkendt på Behandlingssted 1's afdelinger, men som jeg ikke havde noget kendskab til, før jeg blev ramt af alvorlig sygdom. Clostridium blev påvist i august 2013.

Grundsygdom; Colitis Ulcerosa. Kroniker siden Januar 2007.

Forværring Grundsygdom;

Colibakterier, lavt kimindhold, oplyst af mejerichef Virksomhed 1 mælk.

Drak flere liter. Kimindholdet Colibakterier benævnes ikke på hjemmesiden. Blot skrives der herom, at det ikke er sundhedsskadeligt, hvad det måske heller ikke er for raske mennesker. (Jeg havde en smugle opblussen af min co-

lit i forvejen, på dette tidspunkt). Jeg var kun optaget af at søge lægebehandling og optaget af at blive rask igen, hvad jeg også fortæller til mejerchefen. Mine symptomer efter indtag af mælk bliver pludselig løs afføring / diarre, dog ikke vandtynd.

Status ved smitte af colibakterier; Mindre opblussen af kolit

Infektionsskade erhvervet på hospital; Toxigen C. Difficile. DNA / RNA.

Men': Pseudopolypper, spredte & flere steder i tyktarmen.

Større arvæv helt rektalt, grundet fissur, der ikke ville heale. Smerteforpin
1/2 år

Koloskopi d. 29-04-2014, Behandlingssted 2, hvor ovenstående er konstateret.

I. Fæces prøve for Toxigen C. Difficile DNA /RNA blev taget den 09-07-2013, hvor den ikke blev påvist.

Indlæggelseperioder, bl.a.

1. Indlæggelse; 07-07-2013-08.07.2013. Ulcerøs Proktosigmoiditis (DK513)

2. Indlæggelse; 10-07-2013-25.07-2013. Ulcerøs paneolitis (DK510)

4. Indlæggelse; 04-08-2013-06-08-2013. Bidiagnose Enterokolitis forårsaget af C. difficile (Da047). Påvist

Ambulant kontrol; 4. september 2013; Enterokolitis forårsaget af Clostridium difficile (Da047). 1. recidiv.

5. Indlæggelse; 27-09-2013-02-10-2013; Aktionsdiagnose(DA047), 2. recidiv bidiagnose Ulcerøs pancolitis

6. Indlæggelse. 03-11-2013-06-11-2013. Aktionsdiagnose(DA047), 3 recidiv. Bidiagnose Ulcerøs pancolitis

8. indlæggelse Enterokolitis forårsaget af Clostridium difficile (DA047), 4. recidiv. konstateret 05-01-2014.

Medicin; Komliceret. Kan læses om i journalen. Fremhæver dog 4. præparater her.

Prednisolon tog friske tarmlblødninger, en overgang var det udtalt, hvad også fik blodprocent & ferritin til at dale. Den halverede desuden diarréer fra gennemsnitlig 8-4 dagligt. Diarreerne var dog præget af store udsving.

Forebyggende Asacol behandling for Kolit 1600 Mg x 2 dagl

Langvarig vancomycin behandling. Tilbagefald ved udtapning hver gang.

Dificlir fik sat et punktum, efter 4. recidiv med toxigen C. difficile.

...

Problematiske forhold

- At patienter med ukendt diarre, ikke altid var isolerede. Oplevet flere gange.
- Ofte meget urene toiletter, især sommeren 2013. Afd meget syge pt. delte 5 fællestoiletter på gangen.

Problematiske forhold

- Isolationsregimer / hygiejniske principper vedr. sygeplejemæssige blev ikke altid opretholdt af al personale"

Patienterstatningen indhentede en udtalelse fra Lægekonsulent 1, som i sin vurdering af 11. november 2014 anførte bl.a.:

"40 årig kvinde der i juni 2013 får diarre efter at have drukket mælk der i henhold til oplysninger hos fødevarestyrelsen kan være inficeret med e-ccli. Behandles med ciprofloxacin i 14 dage, derefter indlæggelse hun den 8/7 2013

Er kendt med colitis ulcerosa (UC). Fæces dyrkninger negative. Koloskopi med tegn til svær colitforandringer op til ve flexur og pt. sættes i AB dække i prednisolon behandling.

2/8 findes CD i aff, der opstartes vancomycin behandling. CD infektionen recidiverer talrige gange og der behandles med vancomycin næsten konstant frem til april.

Negativ for CD juni 2014, men fortsat Gx aff daglig.

Det ser ud til at CD infektionen nu er overstået. Om den skyldes behandlingen med ciproflozcin op til indlæggelsen den 8/7 2013 eller er hospitals erhvervet er svært at afgøre, men for sidstnævnte taler at den første fæcesdyrkning på hospitalet (9/7) er negativ.

Men hvad fejler pt da hun indlægges den 8/7: Jeg tror hun har opblussen i sin colitis og dermed er ganske syg og at CD infektionen der må vurderes at være hospitalerhvervet, overlejes heri.

Således må CD infektionen vurderes til at være tålelig for patienten.

Behandlingen er ess.”

Den 27. november 2014 traf Patienterstatningen afgørelse i sagen, hvorved A fik afslag på erstatning. Af afgørelsen fremgår bl.a.:

”Sagsfremstilling

Du har søgt erstatning, fordi du mener, at du under behandling på Behandlingssted 1 blev påført infektion med *clostridium difficile* medførende et langt sygeforløb.

Vi har på baggrund af din anmeldelse, journalmaterialet og sagens øvrige oplysninger lagt følgende hændelsesforløb til grund for afgørelsen:

Det fremgår at sagen, at du siden 2007 havde lidt af colitis ulcerosa.

Den 8. juli 2014 blev du indlagt på Behandlingssted 1 på grund af diarre. Du oplyste, at du gennem 16 dage havde døjet med diarre. Det var startet umiddelbart efter at du havde drukket noget mælk inficeret med e-coli. Du var af egen læge startet i behandling med en 14 dages kur med Ciprofloxacin. Du havde afsluttet kuren 2 dage forinden indlæggelsen. Der blev startet udredning med afføringsprøver og CT-skanning af maven.

Afføringsprøverne viste normale forhold. På grund af de biokemiske undersøgelser startede man behandling med Metronidazol. På baggrund af koloskopi foretaget 17. juli 2013 startede man behandling med prednison. Der var god effekt af behandlingen og du blev udskrevet 25. juli 2013.

Du var efter indlæggelsen plaget af hæmoroider og fortsat diarre. Nye afføringsprøver viste infektion med *clostridium difficile*. Du blev indlagt og der blev startet behandling med Vancomycin 4. august 2013. Du skulle fortsætte med Vancomycin i 10 dage. Du blev 6. august 2013 udskrevet til fortsat ambulant kontrol.

Efterfølgende havde du gentagne gange recidiv af *clostridium difficile* infektionen (september, oktober, november). Du blev hver gang sat i behandling med Vancomycin og dette blev udtrappet efter forskrifterne. Omkring jul fik du igen diarre og blev indlagt. Afføringsprøver var negative for clostridier. Efter et par dage blev du på ny indlagt på grund af fortsat diarre. Prøverne var nu positive for clostridier. Der blev forsøgt behandling med Dificlir. Du ønskede at overgå til kontrol og behandling på Behandlingssted 2.

I april 2014 blev du trappet ud af Vancomycin behandlingen, du havde næsten uafbrudt været i behandling de sidste ni måneder.

I juni 2014 blev du på ny indlagt på grund af diarre. Afføringsprøver viste ikke tegn på clostridier.

Begrundelse

Efter KEL § 20, stk. 1, nr. 1, ydes der erstatning, hvis behandlingen har afvejet fra, hvad en erfaren specialist ville have gjort i den givne situation. Det er en betingelse, at patienten er påført en skade, der med overvejende sandsynlighed ville være undgået ved en bedre behandling.

Denne regel betyder, at patienten er berettiget til erstatning i de tilfælde, hvor en erfaren specialist ville have handlet anderledes, og skaden på den måde med overvejende sandsynlighed ville være undgået.

Vi har vurderet, at behandlingen på Behandlingssted 1 var i overensstemmelse med den behandling, som en erfaren specialist ville have foretaget.

Vi har ved afgørelsen lagt vægt på, at infektionen med clostridium difficile er opstået som en hændelig komplikation til indlæggelses- og behandlingsforløbet.

Efter KEL § 20, stk. 1, nr. 4, ydes der erstatning, hvis der ved undersøgelse eller behandling sker en skade i form af en infektion eller en anden komplikation, der er mere omfattende end, hvad patienten med rimelighed må tåle. Der skal tages hensyn til skadens alvor, patientens sygdom og helbredstilstand samt til skadens sjældenhed og mulighederne for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning.

Denne regel betyder, at patienten er berettiget til erstatning for en skade, som skyldes behandlingen, hvis skaden er meget sjælden og meget alvorlig i forhold til den sygdom, patienten blev behandlet for. Men reglen betyder også, at patienten ved behandling af en alvorlig sygdom må acceptere større skader end ved mindre alvorlige sygdomme.

Selvom man må betragte den formentlig hospitalserhvervede infektion med clostridium difficile som en sjælden komplikation til et indlæggelses- og behandlingsforløb, har Patienterstatningen vurderet, at infektionen og følgerne heraf ikke er tilstrækkelige alvorlige set i forhold til den grundlæggende, som du under indlæggelsen blev behandlet for.

Vi har i den forbindelse lagt vægt på, at du var indlagt til behandling at opblussen af din colitis. Det er vores vurdering, at der er tale om en ganske alvorlig grundlidelse og at infektion trods dens varighed ikke ligge ud over, hvad du med rimelighed bør tåle.

På den baggrund er du ikke berettiget til erstatning efter loven.”

A påklagede den 16. december 2014 afgørelsen til Patientskadeankenævnet (nu Ankenævnet for Patienterstatning), som den 15. april 2015 stadfæstede afgørelsen med en ændret begrundelse. Af afgørelsen fremgår bl.a.:

”Det er Ankenævnet for Patienterstatningens vurdering, at De ikke med overvejende sandsynlighed er påført en erstatningsberettigende skade, jf. klage- og erstatningslovens § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1.

Ankenævnet finder, at den påviste infektion med *Clostridium Difficile* med overvejende sandsynlighed er opstået som følge af den nødvendige bredspektrede antibiotikabehandlingen af Deres grundlidelse med Colitis Ulcerosa kombineret med egen tarmflora.

Ankenævnet kan oplyse, *Clostridium Difficile*-infektionen er en almindeligt forekommende bakterie i tarmfloraen, som typisk aktiveres i relation til tilstande med svækket immunforsvar, kronisk sygdom og behandling med antibiotika.

Samlet set finder ankenævnet, at infektionen med *Clostridium Difficile* ikke med overvejende sandsynlighed kan betragtes som en påført skade i lovens forstand, men at det nærmere skyldes en udvikling af egne forhold grundet den nødvendige behandling af Deres grundlidelse med Colitis Ulcerosa.

Til det i klagen anførte kan det bemærkes, at den medicinske behandling af både Deres grundlidelse med Colitis Ulcerosa og den udviklede *Clostridium Difficile*-infektion efter ankenævnets vurdering blev medicinsk behandlet i overensstemmelse med, hvorledes den erfarne specialist havde gjort i en tilsvarende situation ud fra de givne forhold. Der er lagt vægt på, at man på relevant vis justerede og skiftede medicin ud fra symptomer, laboratorieresvar og gældende retningslinjer på området.

Med disse bemærkninger kan Ankenævnet for Patienterstatningen tiltræde resultatet i Patienterstatningens afgørelse af 27. november 2014.”

Der er til brug for sagen indhentet udtalelse fra Retslægerådet af 23. januar 2018 og supplerende udtalelse af 4. oktober 2018. Af Retslægerådets udtalelse af 23. januar 2018 fremgår bl.a.:

”Spørgsmål 1:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvilken lidelse sagsøger blev behandlet for på indlæggelsestidspunktet den 8. juli 2013.

Den 08.07.13 på indlæggelsestidspunktet blev sagsøger behandlet med tablet Ciprofloxacin for en diarretilstand, som egen læge skønnede var forårsaget af mælk, der var forurenset med E.Coli. Sagsøger havde en kendt sygdom, der kan medføre diarre, Colitis Ulcerosa, og tog stikpille Mesasal ved opblussen, men ikke ved indlæggelsen den 08.07.13. Man gav væske, udførte kikkertundersøgelse og startede Klysmabehandling med Prednisolon som behandling af opblussen i sagsøgers Colitis Ulcerosa.

Spørgsmål 2:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvilke komplikationer der opstod i forbindelse med sagsøgers indlæggelser og behandling fra den 8. juli 2013 og frem til april 2014, hvor sagsøger påbegyndte udtrapning af Vancomycin?

...

Behandlingen kompliceredes af infektion med Clostridium Difficile. Den 03.08.13 diagnosticeredes Clostridium Difficile infektion, som recidiverede 4 gange. 1.-3. infektion behandledes med Vancomycin i kure af tiltagende længde. 4. recidiv behandledes med Difclir (januar 2014). For at undgå tilbagefald, fortsattes Vancomycin-behandling frem til april 2014. I denne periode havde sagsøger øget diarre-tendens. Det må anses for sandsynligt, at den langvarige infektion med Clostridium Difficile forværrede forløbet af den samtidigt forekommende Colitis Ulcerosa.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet anmodes om at angive inkubationstiden Clostridium difficile. Såfremt denne ikke kan angives præcist, anmodes der om en cirka angivelse.

Inkubationstiden, det vil sige tiden fra patienten eksponeres for Clostridium Difficile, til sygdom optræder, er fra få dage til nogle uger.

Spørgsmål 4:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om det kan bekræftes, at der på danske hospitaler i de seneste 10 år er registreret et stort antal forekomster af Clostridium difficile-infektion, hvor smittemåden både er direkte kon-

taktsmitte og luftbåren, og hvor bakteriens sporer kan overleve på genstande/omgivelser i sygemiljøet i mere end 1 måned efter, at inficerede patienter er blevet udskrevet fra et hospital.

...

Retslægerådet kan oplyse, at hospitalserhvervet *Clostridium difficile* infektion i 2013 optrådte med en hyppighed på ca. 20 pr. 10.000 indlæggelsesdage på Behandlingssted 1, men kan ikke tage stilling til, om dette antal er "stort". Smittemåden er helt overvejende kontakt, altså berøring af inficerede overflader, herunder hånd-til-hånd kontakt. Luftbåren smitte er af mindre betydning. Sporerne kan overleve over en måned.

Spørgsmål 5:

Retslægerådet bedes oplyse, hvorvidt det må antages, at der generelt foreligger en forøget risiko for en tarmsyg patient for at pådrage sig en *Clostridium difficile*-infektion under en indlæggelse sammenlignet med en patient med en anden lidelse.

Retslægerådet kan oplyse, at patienter med Colitis Ulcerosa har større risiko for at pådrage sig infektion med *Clostridium Difficile*, end patienter med de fleste andre lidelser.

Spørgsmål 6:

Under indlæggelsen i perioden fra den 8. juli 2013 til den 25. juli 2013 bestod den lægelige behandling bl.a. af Cifin.

Retslægerådet anmodes om at redegøre for indholdsstoffet i Cifin samt dens eventuelle påvirkning af tarmfloraen.

Retslægerådet kan oplyse, at Cifin (indholdstof ciprofloxacin) er et antibiotikum, der slår bakterier ihjel, som er følsomme over for ciprofloxacin. Cifinbehandlingen vil derfor reducere antallet af ciprofloxainfølsomme bakterier i tarmfloraen. En del af tarmfloraen vil dog ikke være følsomme. Retslægerådet kan oplyse, at tarmfloraen omfatter flere hundrede forskellige tarmbakterier, hvorfor yderligere detaljering ikke er mulig.

Spørgsmål 7:

Retslægerådet anmodes om at redegøre for, om følgende lægemidler, givet under indlæggelsen i perioden fra den 8. juli 2013 til den 25. juli 2013, kan forrykke den normale tarmflora således, at modtagelighed for smitte med *Clostridium difficile*-bakterien, kan være væsentligt forøget under hospitalsindlæggelse

...

Retslægerådet kan oplyse, at:

- Behandling med Prednisolon over 3 måneder forøger modtageligheden for infektion med Clostridium Difficile med en faktor 3.
- Metronidazol er aktivt mod de fleste undersorter af Clostridium Difficile og vil derfor reducere antallet af disse i tarmfloraen og således i væsentlig grad reducere modtageligheden for Colitis Ulcerosa.
- Intravenøst Tazocin er ikke aktivt mod Clostridium Difficile og vil betyde, at modtageligheden for smitte med denne bakterie er væsentlig øget, uden at der kan sættes tal på.
- Udrensning med Moviprep øger ikke modtageligheden for Clostridium Difficile.

Spørgsmål 8:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvorvidt der er holdepunkter for at antage, at Clostridium difficile infektionen har forværret udbruddene af colitis ulcerosa under indlæggelsen.

...

Retslægerådet kan oplyse, at infektion med Clostridium Difficile øger alvorligheden af samtidig udbrud af Colitis Ulcerosa, således at indlæggelsestiden bliver længere og risikoen for operation øges væsentligt, og risikoen for dødelig udgang firedobles. Det er således rimeligt at antage, at sagsøgers udbrud af Colitis Ulcerosa ville have haft et mildere forløb, hvis der ikke havde været samtidig infektion med Clostridium Difficile.

Spørgsmål 9:

Retslægerådet bedes om muligt udtale sig om, hvad der var årsag/årsager til de indtrådte komplikationer i forbindelse med indlæggelsen den 8. juli 2013 og det efterfølgende sygdoms- og behandlingsforløb samt angive graden af sandsynlighed for, at disse komplikationer indtræder.

...

Retslægerådet finder det mest sandsynligt (mere end 90 %), at sagsøger erhvervede sin infektion med Clostridium Difficile under hospitalsopholdet fra den 10.07.13 til den 25.07.13. Baggrunden er, at risikoen for at erhverve Clostridium Difficile infektion generelt er langt højere under hospitalsindlæggelse end udenfor hospitalet og at sagsøger var særlig modtagelig på grund af opblussen af Colitis Ulcerosa, Prednisonbehandling og antibiotikabehandling.

...

Spørgsmål 10:

Retslægerådet anmodes om muligt om at oplyse, hvilken grad af procentuel sandsynlighed der er for, at en person på det pågældende alderstrin og med de angivne forudgående gener efterfølgende udvikler gener af den pågældende karakter med 5 x recidiv af Clostridium difficile og et

stort antal indlæggelser (9 akutte på Behandlingssted 1 og 2 planlagte på Behandlingssted 2 i perioden) samt gener af den aktuelle karakter.

Retslægerådet anmodes således om at oplyse, om den procentuelle sandsynlighed for ovenstående komplikation kan angives til 2 % eller mindre, eller om sandsynligheden for den konkrete komplikation kan angives til højere end 2 %.

Retslægerådet vurderer, at risikoen for at en patient, der indlægges med opblussen af Colitis Ulcerosa, udvikler Clostridium Difficile infektion er af størrelsesordenen 2 til 4 %.

Spørgsmål 11:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om behandlingsforløbet i sin helhed har været i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægefaglig standard.

...

Retslægerådet finder, at behandlingsforløbet i sin helhed har været i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægefaglig standard.

Spørgsmål 12:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om der er holdepunkter for at antage, at man med fordel i stedet kunne have behandlet for colitis ulcerosa (pancolitis med Cytostatika REmicade (Infliximab), jf. journal af 18. juli 2013 fra Behandlingssted 1 samt røntgenbeskrivelse af 19. juli 2013 (indikation: RTG. af thorax før biologisk behandling), og om man burde have behandlet med Dificlor tidligere i forløbet, jf. journal af 6. november 2013 fra Behandlingssted 1.

...

Retslægerådet kan oplyse, at risikoen for infektion med Clostridium Difficile er mindre under behandling med Remicade (infliximab) end ved højdosis Prednison.

Retslægerådet kan endvidere oplyse, at den primære behandling af opblussen af Colitis Ulcerosa er Prednisolon som anvendt. Remicade (infliximab) anvendes ikke som første linje behandling. Ved ekstensiv Colitis med et vist, men utilstrækkeligt respons på Prednison kan Remicade komme på tale, men i dette tilfælde var respons på højdosis Prednisolon tilstrækkeligt.

Retslægerådet kan tillige oplyse, at Dificlor ikke anvendes som første linje behandling ved Clostridium Difficile infektioner, men først efter Vanco-

mycon har vist sig uvirksom, hvilket kræver mere end et behandlingsforsøg.

Spørgsmål 13:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om behandling med Fidaxomycin på behandlingstidspunktet i 2013 var at betragte som en med Vanomycin ligeværdig behandlingsmetode, der ud fra et medicinsk synspunkt ville have været lige så effektiv til behandling af sagsøgers sygdom.

Retslægerådet kan oplyse, at fidaxomycin er indholdsstoffet i Difclir. Der er ikke forskel på helbredsrate eller risiko for tilbagefald, når Vancomycin og Difclir sammenlignes ... Vancomycin er billigere og anvendes derfor som første linje behandling.

...

Spørgsmål A:

Retslægerådet bedes oplyse, om Clostridium Difficile er en almindeligt forekommende bakterie i tarmfloraen.

Retslægerådet kan oplyse, at Clostridium Difficile forekommer i tarmfloraen hos under 2 % af raske voksne.

Spørgsmål B:

Retslægerådet bedes vurdere, om A's infektion i form af Clostridium Difficile mest sandsynligt er udløst af forudgående antibiotisk behandling med ciprofloxacin eller andre forhold?

Spørgsmål C:

Retslægerådet bedes vurdere, om den medicinske behandling for colitis ulcerosa havde nogen betydning for A's udvikling af Clostridium Difficile-infektion?

Ad spørgsmål B og C:

Der henvises til spørgsmål 9.

Spørgsmål D:

Såfremt spørgsmål C besvares bekræftende, bedes Retslægerådet vurdere, med hvilken hyppighed Clostridium Difficile-infektionen opstår i forbindelse med medicinsk behandling for colitis ulcerosa?

...

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 10."

Af Retslægerådets supplerende udtalelse af 4. oktober 2018 fremgår bl.a.:

”Spørgsmål 15:

Retslægerådet har i svar på spørgsmål 10 oplyst, at risikoen for, at en patient, der indlægges med opblussen af Colitis Ulcerosa, udvikler Clostridium Difficile infektion, er af størrelsesordenen 2 til 4 %.

Svaret opfattes af sagsøger som et generelt svar.

Retslægerådet anmodes imidlertid om at oplyse, om den procentuelle sandsynlighed for ovenstående komplikation kan angives til 2 % eller mindre ift. det konkrete forløb som beskrevet i spørgsmål 10 – dvs. hvor en patient på det pågældende alderstrin og med de angivne forudgående gener efterfølgende udvikler gener af den pågældende karakter med 5 x recidiv af Clostridium difficile og et stort antal indlæggelser, 9 akutte på Behandlingssted 1 og 2 planlagte indlæggelser på Behandlingssted 2) samt gener af den aktuelle karakter i en periode strækkendes sig over cirka 10 måneder.

...

Retslægerådet har tidligere oplyst, at en patient, der indlægges med opblussen af Colitis Ulcerosa statistisk set har en risiko på 2-4 % for at udvikle infektion med Clostridium Difficile. Dette baserer sig på opgørelser i litteraturen, og forholdene omkring den konkrete patient afviger ikke væsentligt fra de patienter, der indgik i de pågældende opsøgelser. Derfor fastholdes skønnet som dækkende, også for den konkrete patient, der indgår i denne sag.

Spørgsmål 16:

Retslægerådet anmodes om muligt at oplyse, hvorledes et ”sædvanligt” behandlingsforløb med den i sagen omhandlede grundsygdom vil forløbe, dvs. hvis sagsøger ikke havde udviklet en Clostridium difficile infektion....

Hos 96-98 % af de patienter, som indlægges med og behandles for opblussen i Colitis Ulcerosa, og som ikke udvikler infektion med Clostridium Difficile, vil nogen respondere på behandlingen og udskrives i fortsat medicinsk behandlingen på 5 dagen, mens andre, der ikke responderer, vil blive overflyttet til kirurgisk afdeling med henblik på fjernelse af tyktarmen. Det er ikke muligt at karakterisere et ”gennemsnitligt” forløb mellem disse yderpunkter.

Spørgsmål 17:

Retslægerådet har i svar på spørgsmål 13 oplyst, at der ikke er forskel på helbredsrate eller risiko for tilbagefald, når Vancomycin og Diffclir sammenlignes.

Retslægerådet bedes i tillæg til besvarelsen oplyse, om den indtrådte skade ud fra en efterfølgende vurdering med overvejende sandsynlighed, dvs. med en sandsynlighed på mere end 50,01 % kunne have været undgået ved hjælp af behandling med Difficilr.

...

Da der ikke er dokumenteret forskel i behandlingseffekten på Dificlir og Vancomycin, kan der ikke argumenteres for, at skift til Dificlir med størst sandsynlighed ville have ændret forløb.

Spørgsmål 18:

Retslægerådet bedes oplyse, hvorvidt det findes overvejende sandsynligt (mere end 50,01 % sandsynligt), at sagsøger uafhængigt af hospitalsopholdet i den pågældende periode ville have udviklet infektion med Clostridium Difficile.

Dette spørgsmål kan ikke besvares, fordi patienten var så syg, at indlæggelse var nødvendig, og at der derfor ikke var alternativer til indlæggelse.

...

Spørgsmål F:

Af oplysninger på sundhed.dk fremgår om Clostridium Difficile, at risikoen for at udvikle antibiotika-associeret diarré mere end fordobles, når behandlingen varer længere end tre dage.

Retslægerådet anfører i svaret på spørgsmål 9, at sagsøger erhvervede sin infektion med Clostridium Difficile under hospitalsopholdet fra den 10. 07. 13 til den 25. 07. 13.

Med henvisning til Retslægerådets svar på spørgsmål 10 og 15 bedes Retslægerådet oplyse, om en indlæggelse af længere varighed – som i denne sag – øger risikoen for, at en patient, der indlægges med opblussen af Colitis Ulcerosa, udvikler Clostridium Difficile infektion, således, at risikoen for sagsøger Alder og helbredstilstand i øvrigt taget i betragtning – var større end den generelle risiko på 2-4 procent?

Retslægerådet mener ikke, at forholdene omkring den konkrete patient afviger væsentligt fra de patienter, der indgik i de undersøgelser, skønnet bygger på. Retslægerådet vil derfor fastholde skønnet på 2-4%, også for den konkrete patient.

Spørgsmål G:

Retslægerådet anfører i svaret på spørgsmål 9, at sagsøger erhvervede sin infektion med Clostridium Difficile under hospitalsopholdet fra den 10. 07. 13 til den 25. 07. 13.

Skal svaret forstås sådan, at sagsøger erhvervede sin infektion med Clostridium Difficile:

- 1) på grund af forholdene/behandlingen på hospitalet,
- 2) i forbindelse med hospitalsopholdet i den anførte periode, men på grund af egne helbredsmæssige forhold, eller
- 3) en kombination af 1 og 2?

...

Retslægerådet kan oplyse, at infektion med Clostridium Difficile kun kan erhverves ved kontakt med bakterien. Da infektionen blev erhvervet på hospitalet, må bakterien have været til stede der. Hvis bakterien ikke havde været til stede på hospitalet, ville sagsøger ikke have kunnet erhverve infektionen med Clostridium Difficile på hospitalet. Ud fra denne argumentation er svarmulighed 3 den korrekte."

Der er under sagen fremlagt et diagram, som viser forekomsten af clostridium difficile-infektioner i Region 1 i 2013.

Forklaringer

Der er afgivet forklaring af A.

A har forklaret bl.a., at hun siden 2007 har lidt af sygdommen colitis ulcerosa. Der gik noget tid, inden hun blev diagnosticeret. Hun var første gang ved en mavetarmlæge i januar 2007, som konstaterede, at hendes tyktarm var sund og rask, men at det sidste stykke af tarmen var påvirket. Hun blev sat i gang med behandling. I de følgende år havde hun mindre tilbagefald. Det var overvejende kun feber og mavesmerter, og det påvirkede ikke hendes arbejde som pædagog. Hun havde kun meget lidt diarré. I perioden fra 2007 til 2013 var hun ca. tre gange i lokalbehandling, når sygdommen var i udbrud, mens hun resten af tiden var medicinfri. I 2012 begyndte hun at have små udbrud, og hun fik i august 2012 og april 2013 foretaget koloskopier, som viste en inflammation de sidste syv - ti cm af tarmen.

I juli 2013 fik hun det dårligt efter at have drukket noget mælk. Hun kontaktede mejeriet, som fortalte, at der ved egenkontrollen var konstateret e-coli. Hun blev indlagt i et døgn på Behandlingssted 1, hvor lægen dog tænkte, at det måske var en opblusning af hendes sygdom snarere end infektion fra mælken. Hun fik under indlæggelsen lavet en koloskopi, som bl.a. viste, at hendes tyktarm for første gang var ramt. Hun blev samtidig testet negativ for den tarm-bakterie, clostridium difficile, som hun efterfølgende blev inficeret med. Hun fik ordineret antibiotika, fordi hun havde et forhøjet infektionstal. Det var ikke muligt for lægerne at fastslå, hvor infektionen stammede fra. Hun blev sat i behandling og senere udskrevet. Under opholdet var toiletforholdene dårlige,

og de var flere på samme stue, som skulle dele toilet. Hun blev flyttet rundt på forskellige afdelinger på grund af sommerferien og delte stue med mange forskellige patienter. Et sted var hun også nødt til at benytte toilettet ude på gangen, som alle kunne tilgå.

I starten af august 2013 blev hun på ny indlagt som følge af diarréer, og hun fik konstateret infektion med bakterien *clostridium difficile*. Hun blev lagt i isolation på en enestue. Bakterien blev ved med at vende tilbage i løbet af de næste fem måneder, hvor hun hver gang blev isoleret. Hun fik i alt konstateret bakterien fem gange og var indlagt måske 35-40 døgn. Hun blev sat i behandling herfor med vancomycin. Behandlingen havde en vis effekt, og hendes infektionstal gik ned, men behandlingen var ikke tilstrækkelig, og hun blev ved med at have voldsomme diarréer mange gange dagligt. Bakterieinfektionen kom igen, hver gang hun blev trappet ud af behandlingen med vancomycin. Hun har ikke fået antibiotika som følge af sin grundsygdom. Hun har ikke oplevet eksplosive og utallige diarréer og i visse tilfælde også tarmlødninger i forbindelse med sin grundsygdom. Overlægen skrev på et tidspunkt i hendes journal, at man kunne overveje behandling mod bakterieinfektionen med medikamentet dificlir, men at det var noget, som hun selv ville skulle betale for. Hun blev først sat i behandling med dificlir i januar 2014. Det var hendes oplevelse, at lægerne ikke tog hende seriøst og bl.a. spurgte, om det ikke bare var noget psykisk, ligesom de ikke ville isolere hende. Hendes udskrivningssamtale i januar 2014 var anderledes end normal og fandt sted i ambulatoriet. De talte bl.a. om hygiejneforholdene i afdelingen, som hun havde oplevet som problematiske. Lægen sagde til hende, at afdelingen lidt havde opgivet hende og ikke vidste, hvordan de skulle hjælpe hende videre. Lægen sagde samtidig, at de var kede af, at tingene havde udviklet sig sådan. Hun havde fortsat bakterieinfektionen i et halvt års tid, men dificlir-behandlingen satte et punktum for hendes recidiver. Hun fik en henvisning til Behandlingssted 2.

Forløbet har påvirket hende meget psykisk. Dette ikke blot på grund af de mange diarréer, men også som følge af en række ubehagelige oplevelser på Behandlingssted 1. På grund af smittefaren så hun i et år ikke sin familie, ligesom hun havde svært ved at opretholde andre sociale relationer. Hun har i dag fortsat gener, idet hendes tarmslimhinde er ekstremt skrøbelig, og der skal ikke så meget til, før hendes kroniske tarmsygdom blusser op.

Hun klagede den 27. september 2014 til Patienterstatningen. I brevet angav hun bl.a., at hun ville være død, såfremt hun ikke havde modtaget behandlingen. Med dette refererede hun til behandling for bakterieinfektionen og ikke sin grundsygdom, som ikke er dødelig.

Parternes synspunkter

A har i det væsentligste procederet i overensstemmelse med sit påstandsdokument, hvori er anført bl.a.:

”Lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet hjemler i henhold til § 20, stk.1 skadelidte mulighed for erstatning som følge af en behandling

”hvis skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af følgende måder:

1) hvis det må antages, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt angivne forhold ville have handlet anderledes ved undersøgelse, behandling el. lign., hvorved skaden ville være undgået

2)

3) hvis skaden ud fra en efterfølgende vurdering kunne være undgået ved hjælp af en anden til rådighed stående behandlingsteknik eller behandlingsmetode, som ud fra et medicinsk synspunkt ville have været lige så effektiv til behandling af patientens sygdom, eller

4) hvis der som følge af undersøgelse, herunder diagnostiske indgreb, eller behandling indtræder skade i form af infektioner eller andre komplikationer, der er mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed må tåle. Der skal herved tages hensyn til dels skadens alvor, dels patientens sygdom og helbredstilstand i øvrigt samt til skadens sjældenhed og mulighederne i øvrigt for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning.

Det gøres gældende, at det er overvejende sandsynligt, at sagsøger er påført infektionen *Clostridium Difficile* som følge af indlæggelsen og behandlingen på Behandlingssted 1 i perioden 8. juli 2013 og frem. Dette understøttes af udtalelserne, jf. bilag 4 og 6 samt Retslægerådet besvarelse af spørgsmål 9.

Ad. § 20, stk. 1, nr. 1

Det gøres gældende, at behandlingen ikke har levet op til erfaren specialiststandard. Det gøres gældende, at man i højere grad henset til sagsøgers grundlidelse burde have skærmet hende fra andre patienter af hensyn til stor smittefare, jf. svar på spørgsmål 5.

Der blev ikke ved behandlingen af sagsøgers symptomer taget højde for, at sagsøger pga. sin grundlidelse var mere sårbar over for infektion med *Clostridium Difficile* bakterien, da denne har væsentlig bedre vækstbetingelser hos en allerede tarmsyn person end hos personer, som ikke lider af en kronisk tarmlidelse.

Hertil kommer, at sagsøgers kroniske tarmlidelse var under kontrol, og at sagsøger ikke var synderligt plaget af denne forud for behandlingen på Behandlingssted 1.

Ad. § 20, stk. 1, nr. 3

Det gøres gældende, at sagsøger er blevet påført en erstatningsberettigende patientskade, der kan anerkendes efter KEL § 20, stk. 1, nr. 3.

Det gøres således gældende, at behandling med Fidaxomycin på behandlingstidspunktet i 2013 var at betragte som en med Vanomycin ligeværdig behandlingsmetode, der ud fra et medicinsk synspunkt ville have været lige så effektiv til behandling af sagsøgers sygdom, og at skaden kunne have været undgået herved.

Ad. § 20, stk. 1, nr. 4

Det gøres gældende, at skaden er såvel tilstrækkelig alvorlig som sjælden til at opfylde betingelserne.

Det gøres i forhold til alvorlighedskriteriet gældende, at der er tale om en særdeles alvorlig skade set i forhold til sagsøgers grundlidelse, der var at betragte som velbehandlet og under kontrol.

Sagsøger har gennemgået et særdeles langvarigt behandlingsforløb med 5 x recidiv af Clostridium Difficile og et stort antal indlæggelser (11 indlæggelser på cirka 1 år) samt øvrige voldsomme gener i en periode strækkende sig over knapt et år med kronisk diarré.

Hertil kommer, at hun i dag nu døjer med en meget mere sårbar tarmslimhinde, der gør hende let modtagelig for inflammation, hvilket er til stor gene for hende. Hun er herudover generet af en irriteret tarm.

Det gøres i forhold til sjældenhedskriteriet gældende, at dette kriterie ligeledes er opfyldt, som også Patienterstatningen har fundet, jf. bilag 5.

Retslægerådet har skønnet, at en patient, der indlægges med opblussen af Colitis Ulcerosa statistisk set har en risiko på 2---4 % for at udvikle infektion med Clostridium Difficile.

Det gøres gældende, at risikoen for sagsøgers både generelle og konkrete sygdomsudvikling var under 2 %.

Det gøres gældende, at den indtrådte skade under alle omstændigheder er at betragte som sjælden i lovens forstand, uanset om Retten måtte finde, at Retslægerådets skøn er retvisende i forhold til sagsøgers konkrete sag, idet der ikke kan stilles et specifikt krav til, at komplikationen er under 2 %.

Samlet set er betingelserne for erstatning således opfyldt, da der er tale om en sjælden og alvorlig komplikation, og idet der er et udtalt misforhold mellem sagsøgers grundlidelse og den indtrådte skade.”

Ankenævnet for Patienterstatning har i det væsentligste procederet i overensstemmelse med sit påstandsdokument, hvori er anført bl.a.:

”Der er ikke grundlag for at tilsidesætte Ankenævnets afgørelse af 16. april 2015 (bilag 7), hvorved Ankenævnet fandt, at A ikke var blevet påført en patientskade omfattet af klage- og erstatningsloven.

Det må ved bevisbedømmelsen tages i betragtning, at Ankenævnet, grundet sin sammensætning der blandt andet tæller medlemmer med lægevidenskabelig baggrund, brugen af specialkonsulenter ved afgørelserne og gennem behandling af et stort antal sager, besidder en særlig erfaring i at bedømme sager efter klage- og erstatningsansvarsloven. Der kræves derfor et sikkert grundlag for at tilsidesætte afgørelsen, og bevisbyrden herfor er A's. Denne bevisbyrde har A ikke løftet.

Ingen skade

Det gøres gældende, at A ikke har dokumenteret, at Clostridium Difficile-infektionen skyldes behandlingen på Behandlingssted 1. Selv hvis A løfter bevisbyrden herfor, er der dog ikke grundlag for anerkendelse af en patientskade, da lovens øvrige betingelser for anerkendelse ikke er opfyldt.

Behandlingen var i overensstemmelse med den erfarne specialiststandard, jf. § 20, stk. 1, nr. 1

Ankenævnet har med rette vurderet, at behandlingen på Behandlingssted 1 var i overensstemmelse med den erfarne specialists standard. Ankenævnets vurdering støttes af Retslægerådets svar på spørgsmål 11, hvor rådet eksplicit angiver, at rådet finder, at behandlingsforløbet i sin helhed har været i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægefaglig standard.

Det har derfor ikke lægefaglig støtte, når A henviser til, at man som følge af hendes grundlidelse i højere grad burde have skærmet hende fra andre patienter af hensyn til smittefare mv.

Spørgsmålet om ligeværdige behandlingsformer, jf. § 20, stk. 1, nr. 3

§ 20, stk. 1, nr. 3, omfatter ikke valg af et lægemiddel fremfor et andet, jf. bestemmelsens ordlyd og FED 1999.1966V. Der er allerede af den grund ikke grundlag for anerkendelse efter bestemmelsen.

Subsidiært gøres det gældende, at det fremgår af Retslægerådets svar på spørgsmål 13, at Fidaxomycin er indholdsstoffet i Dificlir. Der er jf. rådet ikke forskel på helbredsrate eller tilbagefald, når Vanomycin og Dificlir (indeholdende Fidaxomycin) sammenlignes. Tilsvarende anføres det i Retslægerådets svar i spørgsmål 17, at der ikke er dokumenteret forskel i behandlingseffekt på Dificlir og Vancomycin. Det er derfor ikke dokumenteret, at skaden ville være undgået ved anvendelse af Dificlir (indeholdende Fidaxomycin)

Ikke grundlag for anerkendelse efter § 20, stk. 1, nr. 4

A's komplikationer i form af infektion med *Clostridium Difficile* er ikke mere omfattende, end hvad hun med rimelighed må tåle. Komplikationen er for det første ikke tilstrækkelig sjælden i klage og erstatningslovens forstand, da den indtrådte komplikation opstår i mere end 2 procent af tilfældene (2-4% af tilfældene), jf. Retslægerådets svar i spørgsmål 10.

Retslægerådet har i spørgsmål 15 og F fastholdt skønnet på 2-4 %, og derudover suppleret at svaret i spørgsmål 10 baserer sig på opgørelser i litteraturen, men at A's konkrete forhold ikke afviger væsentligt fra de patienter, der indgik i de pågældende opgørelser. Rådet har således fastholdt skønnet på 2 til 4 % som dækkende – også for A konkret.

A har endvidere ikke dokumenteret, at skaden er tilstrækkelig alvorlig set i forhold til hendes grundlidelse. At denne tidligere var velbehandlet, kan ikke føre til en anden vurdering. På indlæggelsestidspunktet var hun var så syg, at indlæggelsen var påkrævet, hvorfor der ikke var et alternativ til indlæggelse, jf. Retslægerådets svar på spørgsmål 18.”

Rettens begrundelse og resultat

Retten lægger efter Retslægerådets besvarelse til grund, at A under sit ophold på Behandlingssted 1 i perioden fra den 10. til den 25. juli 2013 blev inficeret med bakterien *clostridium difficile*.

Det fremgår af Retslægerådets besvarelse, at risikoen for at erhverve en sådan bakterieinfektion er langt højere under hospitalsindlæggelse, og at A var særlig modtagelig på grund af opblussen af sin grundsygdom colit ulcerosa samt

den behandling, som hun undergik med prednison og antibiotika. Det fremgår endvidere, at indlæggelse var nødvendig på det tidspunkt, hvor A erhvervede infektionen, og at behandlingsforløbet i sin helhed har været i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægefaglig standard. Retten finder på denne baggrund ikke, at A med overvejende sandsynlighed har godtgjort, at bakterieinfektionen er blevet forvoldt ved den stedfundne behandling, jf. lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 20.

Retten tager derfor Ankenævnet for Patienterstatningens frifindelsespåstand til følge.

Efter sagens udfald skal statskassen betale sagsomkostninger til Ankenævnet for Patienterstatningen med 65.000 kr. inkl. moms til udgifter til advokatbi-stand. Ved fastsættelsen af beløbet er der ud over sagens værdi taget hensyn til hovedforhandlingens varighed samt til, at der er stillet spørgsmål til Retslægerådet under sagens behandling.

THI KENDES FOR RET :

Ankenævnet for Patienterstatningen frifindes.

I sagsomkostninger skal statskassen inden 14 dage betale 65.000 kr. til Ankenævnet for Patienterstatningen.

Sagsomkostningerne forrentes efter rentelovens § 8 a.



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. 26-02-2020 kl. 13:18

Modtagere: Advokat (H) Christian Bo Kolding-Krøger, Advokat (H)

Jakob Fink, Sagsøgte Ankenævnet for Patienterstatning , Sagsøger A