



# RETEN I HOLSTEBRO DOM

afsagt den 28. oktober 2022

---

Sag BS-12727/2020-HOL

A  
(advokat Julie Harder Andersen)

mod

Ankenævnet for Patienterstatningen  
(advokat Christina Steen)

Denne afgørelse er truffet af dommer Lasse K. Svensson.

## **Sagens baggrund og parternes påstande**

Retten har modtaget sagen den 19. december 2019.

Sagen drejer sig om prøvelse af Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse af 30. oktober 2019, hvorved det blev afgjort, at A ikke var påført en skade ved behandlingen på Behandlingssted 1 og derfor ikke havde ret til erstatning.

A har fremsat påstand om, at sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, tilpligtes at anerkende, at sagsøger, A, er påført en patientskade i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenets forstand som følge af behandlingen med lægemidlet Fenytin.

Ankenævnet for Patienterstatningen har nedlagt påstand om frifindelse, subsidiært hjemvisning.

A har fri proces.

### **Oplysningerne i sagen**

Det fremgår af oplysningerne i sagen, at A, som er født i 1960, i perioden fra 1974 til april-maj 2013 var i behandling med lægemidlet Fenytoin.

A foretog ved blanket dateret den 14. juli 2016 og modtaget den 22. august 2016 anmeldelse til Patienterstatningen og angav sig skadet af behandlingen med Fenytoin. Det blev i den forbindelse om lægemiddelskaden anført, at det gav sig udslag i besværet tale, mistet balance, konstant følelsesløse fødder og manglende evne til at gå uden støtte. Det blev angivet, at skaden første gang blev mærket omkring april 2015, og at læge i den forbindelse var opsøgt første gang i december 2015.

Sagen omhandler tidsrummet fra den 22. august 2006, da krav i anledning af skader forårsaget før denne dato er forældet.

Der foreligger i sagen afgørelse af den 30. oktober 2019 fra Ankenævnet for Patienterstatningen. Heraf fremgår blandt andet:

” ...

#### **AFGØRELSE**

**Ankenævnet for Patienterstatningen er ikke enig i Patienterstatningens afgørelse af 16. juni 2017, som derfor ændres.**

**A er ikke påført en skade ved behandlingen på Behandlingssted 1 og har derfor ikke ret til erstatning.**

**Patienterstatningens afgørelser af 17. januar 2018, 28. marts 2018 og 13. april 2018 ophæves.**

Ankenævnets afgørelse uddybes i afsnittet ”Begrundelse for afgørelsen” nedenfor.

...

#### **Sagens forløb**

Patienterstatningen traf den 16. juni 2017 afgørelse om, at A blev påført en behandlingsskade i form af eventuelle følger af langtidsbehandling for epilepsi med præparatet Fenytoin i perioden den 23. august 2006 og frem. Afgørelsen blev truffet efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1.

Patienterstatningen traf den 17. januar 2018 afgørelse om, at A havde ret til 434.910 kr. i foreløbig godtgørelse og erstatning. Beløbet består af

- 75.000 kr. i godtgørelse for svie og smerte og
- 359.910 kr. i godtgørelse for varigt mén svarende til en méngrad på 45 procent.

Patienterstatningen traf den 28. marts 2018 afgørelse om, at A havde ret til yderligere 2.099.925 kr. i erstatning. Beløbet består af

- 506.145 kr. i erstatning for tabt arbejdsfortjeneste
- 1.593.780 kr. i erstatning for erhvervsevnetab svarende til 75 procent.

Der blev samtidig givet afslag på erstatning for helbredelsesudgifter og andet tab.

Patienterstatningen traf den 13. april 2018 afgørelse om, at A havde ret til

- 25.846 kr. i yderligere erstatning for tabt arbejdsfortjeneste.

...

### **Sagsfremstilling**

Ankenævnet henviser til den sagsfremstilling, der fremgår af Patienterstatningens afgørelse af 16. juni 2017.

...

Det fremgår af akterne fra AES, at A den 4. juni 2013 fik et epileptisk anfald under sit arbejde som pedelmedhjælper (løntilskudsjob), hvor han faldt og slog hovedet. Hændelsen blev anmeldt og anerkendt som en arbejdsskade. Sagen blev afgjort uden tilkendelse af godtgørelse for varigt mén eller erstatning for erhvervsevnetab.

Speciallæge 1 i neurologi udfærdigede i den forbindelse speciallægeerklæring dateret den 28. juni 2014. Det fremgår af speciallægeerklæringen, at As balanceproblemer aftog ganske betydeligt i forbindelse med skift i hans epilepsimedicin fra Fenytin til Levetiracetam i april 2013, men at disse balanceproblemer igen blev forværret i forbindelse med faldet den 4. juni 2013.

Det fremgår af akterne fra Kommune 1, herunder lægerklæring fra læge 1 udfærdiget den 21. maj 2013, hvorledes As helbredstilstand og funktionsniveau var på dette tidspunkt, dvs. ca. 1-2 måneder efter ophør med præparatet Fenytin.

Det er beskrevet, at A efter medicinomlægningen oplevede en bedring i sine symptomer i form af træthed, svimmelhed og hovedpine. Det er også anført, at han i øvrigt var somatisk rask og i god almentilstand. Ved beskrivelsen af hans funktionsevne er det anført, at han yder en stor daglig arbejdsindsats som pedelmedhjælper 34 timer ugentligt, og at han i hjemmet sørger for indkøb, madlavning, vask og rengøring. Desuden har han hobby som free lance fotograf og er medlem af en skytteforening.

Det er også anført, at han har hukommelsesproblemer og nedsat stresshåndtering. Ved neuropsykologisk undersøgelse den 25. juni 2013 er det anført, at A er mentalt retarderet.

...

### **Begrundelse for afgørelsen**

...

Vurdering af ansvarsgrundlaget

Indledningsvist bemærkes, at ankenævnet er enig i, at behandlingsforløbet i perioden 1974 – 22. august 2006 er forældet, jf. lov om patientforsikring § 19, stk. 2. Denne del af sagen behandles derfor ikke.

Et flertal på 8 medlemmer af Ankenævnet vurderer, at A ikke har ret til erstatning, jf. § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, i klage- og erstatningsloven.

A er ikke påført en behandlingsskade ved behandlingen på Behandlingssted 1 den 23. august 2006 og frem.

Flertallet bemærker følgende til afgørelsen:

Der kan ydes erstatning efter klage- og erstatningsloven, hvis behandlingen ikke har været i overensstemmelse med, hvad en erfaren specialist ville have gjort og patienten herved med overvejende sandsynlighed er påført en skade. Der kan ikke ydes erstatning for en skade, der skyldes den sygdom, patienten blev behandlet for, eller andre forhold, der ikke har noget med behandlingen at gøre. Det følger af § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, i klage- og erstatningsloven.

Flertallet er enig i, at det ikke var i overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist ville have gjort at fortsætte den medicinske behandling med præparatet Fenytoin frem til 2013.

Der var på et meget tidligere tidspunkt markedsført flere forskellige antiepileptiske præparater i Danmark, som blev angivet som foretrukken medicin for patienter med partielle anfald med og uden sekundær generalisering. Dette skyldes, at præparatet Fenytoin dels er et antiepileptikum, som er meget vanskeligt at styre doseringen af, således at der på grund af præparatets farmakokinetik let opstår forgiftninger. Desuden er Fenytoin et af de mere bivirkningstunge antiepileptika, der findes. Fenytoin er således nu end ikke nævnt som et af de præparater, der er indiceret til behandling af komplekse partielle anfald med sekundær generalisering og er taget ud af det danske medicinmarked. Hvis præparatet alligevel ønskes anvendt, skal det fremstilles magistrelt.

Det er i behandlingsvejledning fra pro.medicin angivet, at præparatet Fenytoin er indiceret til behandling af epilepsi med fokale anfald med og uden bilaterale kloniske toniske krampeanfald, generaliserede tonisk-kloniske anfald samt status epilepticus. Samtidig er det angivet, at præparatet kun anvendes i begrænset omfang som længerevarende behandling på grund af de mange kosmetiske- og til dels irreversible og potentielt farlige bivirkninger.

Det var derfor ikke i overensstemmelse med, hvad en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have gjort, at fortsætte den medicinske behandling med Fenytoin frem til april 2013, hvor A stoppede med Fenytoin og overgik til behandling med et andet præparat.

Imidlertid er det samtidig ankenævnets vurdering, at A som følge heraf ikke med overvejende sandsynlighed er påført en behandlingsskade.

Der er ved denne vurdering lagt vægt på, at As symptomer på cerebellar ataksi (sygdom med tegn på koordinationsforstyrrelser som skyldes nedsat funktion af lillehjernen) i det væsentligste er opstået efter, at han ophørte med Fenytoin i 2013. Fenytoin har igennem mange år været mistænkt for at kunne være årsag til cerebellar ataksi. Imidlertid opstår ataksi enten akut som følge af intoksikation eller langsommere i forbindelse med en overdosering af Fenytoin, hvorefter symptomerne bedres i forbindelse med ophør af Fenytoinbehandlingen og kan så eventuelt helt forsvinde.

Der er også lagt vægt på oplysningerne om As helbredstilstand i generel helbredsattest udfærdiget den 21. maj 2013 af læge 1. Det fremgår heraf, at A på dette tidspunkt var somatisk rask og i god almentilstand. Han passede sit arbejde som pedelmedhjælper og sørgede hjemme for det praktiske arbejde i forbindelse med indkøb, madlavning, vask og rengøring. As helbredstilstand og funktionsniveau var således ikke på dette tidspunkt 1-2 måneder efter medicinskift og ophør med Fenytoin ikke umiddelbart påvirket.

A har i sin anmeldelse til Patienterstatningen dateret den 14. juli 2016 anført, at symptomerne startede i april 2015, dvs. 2 år efter ophør med Fenytoin. Det er endvidere i speciallægeerklæring fra speciallæge i neurologi, anført, at der siden 2013 er sket en gradvis forværring af balanceevnen og talebesværet. A havde gener i form af svimmelhed, mens han var i behandling med Fenytoin, men de vigtigste og afgørende symptomer på ataksi opstod først efter ophør med Fenytoin.

Ataksi (koordinationsforstyrrelser) og dysartri (talevanskeligheder) omtales første gang i journalen fra neurologisk ambulatorium, i februar 2016. Det er anført, at As balance var blevet dårligere, og at han havde fået talevanskeligheder (dysartri). Endvidere ved undersøgelse den 28. juni 2016, at han havde en dårlig koordination (ataksi) samt udtalt balancebesvær og nedsat følelse under fødderne med gangbesvær. Ved notat af samme dato er det af fysioterapeut anført, at han har haft symptomer i form af tiltagende styringsbesvær og påvirket balance- og gangfunktion samt dysartrisk tale igennem de sidste 2 år, således opstået efter ophøret med Fenytoin og med en senere fortsat forværring af symptomerne.

Der er også lagt vægt på, at A i 2015 ca. 1½ år efter, at han var ophørt med Fenytoin, fik konstateret B-12 vitamin- og folinsyremangel. Dette er en kendt årsag til ataksi og polyneuropati og også i forhold til cerebellar ataksi.

På baggrund af en samlet vurdering af de foreliggende oplysninger, finder flertallet, at forløbet af As kliniske symptomer

er ukarakteristiske for, hvad der ses ved en forgiftning med Fenytoin, idet de først er opstået og endog forværret efter at behandlingen med Fenytoin var ophørt. Udviklingen af cerebellar ataksi kan således ikke med overvejende sandsynlighed tilskrives behandlingen med Fenytoin. A er derfor ikke påført en behandlingsskade.

Klage- og erstatningslovens betingelser for at yde erstatning er dermed ikke opfyldt, jf. § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1

Et mindretal på 2 medlemmer af Ankenævnet for Patienterstatningen er enig i den erstatning og godtgørelse, som Patienterstatningen har tilkendt A.

Mindretallet henviser til de begrundelser, Patienterstatningen har givet i sine afgørelser.

Det er flertallet af ankenævnets nævnsmedlemmer, der bestemmer afgørelsens resultat.

Ankenævnet ændrer derfor Patienterstatningens afgørelse af 16. juni 2017, sådan at A ikke er påført en skade, der giver ret til erstatning.

Som konsekvens heraf ophæver ankenævnet Patienterstatningens afgørelser af 17. januar 2018, 28. marts 2018 og 13. april 2018.  
..."

Retslægerådet har i sagen afgivet en udtalelse af 10. januar 2022. Heraf fremgår blandt andet:

" ...

**Spørgsmål 1:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om det er velkendt, at længerevarende behandling med Fenytoin kan forårsage cerebellar ataksi.*

*Retslægerådet bedes uddybe sit svar.*

Ja, det er beskrevet som en bivirkning til langvarig fenytoinbehandling.

**Spørgsmål 2:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om Fenytoin efter 22. august 2006 anses for egnet og/eller anbefalet til længerevarende behandling for den type epilepsi, som A lider af.*

*I benægtende fald bedes Retslægerådet vurdere, om behandlingen med Fenytoin efter 22. august 2006 i nærværende tilfælde må anses for at være en lægefaglig fejl.*

*Retslægerådet bedes uddybe sit svar.*

Retslægerådet kan generelt oplyse, at formålet med medicinsk behandling af epilepsi er, at patienten får reduceret/ophørt epileptiske anfald, da anfald potentielt

kan være livstruende. Det opnås skønsmæssigt i cirka 70% af tilfældene. De til enhver tid eksisterende medicinske præparater har varierende effekt hos den enkelte patient, da en lang række fysiske og psykiske forhold hos patienten også kan påvirke anfaldshyppigheden. Skift/ændringen af medicin er således oftest kompliceret og langvarigt med afvejning af effekt, patientens og pårørendes personlige forhold og bivirkninger.

Ifølge bilag 1 og 2 fik A konstateret epilepsi som 14 årig. Diagnosen kompleks partiel epilepsi (nu betegnet som fokal epilepsi med bevidsthedspåvirkning) blev først senere i forløbet klarlagt. Han var anfaldsfri i perioden 1984 til 2000, hvorefter der frem til 2006 igen forekom anfald. Man søgte at bedre anfaldshyppighed med medicin ændring, hvor man trappede ud af fenytoin og erstattede præparatet med Zarondan, men måtte genoptage fenytoin, hvorefter A stort set blev anfalds- og bivirkningsfri. Da man konstaterede, at fenytoin niveau var over anbefalet terapeutisk niveau, fortsatte man i samråd med A behandlingen på grund af den erfaringsmæssige gode effekt og uden tegn på bivirkninger. Første gang der er anført "svimmelhed" er i løbet af 2011. Der kommer efterhånden gangbesvær og summen i fødderne og senere talebesvær (2016). Man trapper ud af fenytoin fra den 12. april 2013 og tillægger Keppra (levetiracetam) fra den 21. maj 2013. Behandlingen efter den 22. august 2006 var velbegrundet og i overensstemmelse med alment anerkendte lægelige standarder.

### **Spørgsmål 3:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om A udviste tegn på cerebellar ataksi forud for ophøret med behandlingen med Fenytoin. Der henvises særligt til sagens bilag 1-3 og bilag 9, side 5, idet der bedes taget højde for, at bilag 9, side 5, hidrører fra tiden efter ophøret med behandlingen med Fenytoin.*

*Retslægerådet bedes uddybe sit svar.*

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 2. Det var først i 2013, at der var symptomer som kunne tyde på den radiologiske diagnose "cerebellar atrofi". Der blev handlet på symptomerne med udredning og ophør af fenytoinbehandlingen samt iværksat behandling med Keppra, som var et nyt godkendt præparat.

Der var konkurrerende forhold som kunne forklare den forbigående svimmelhed første gang oplyst i 2011 og senere (briller; A bagateliserede symptomerne; tidligere hovedtraume i 2005 med jernstang i hovedet; højresidig ansigtslammelse i 2009. Senere: hovedtraume i 2015; nervebetændelse (neuropathi) i 2015).

Sammenfattende var der således først tydelige symptomer i 2013.

### **Spørgsmål 4:**

*Retslægerådet bedes vurdere, om forværringen af As symptomer efter ophør med behandlingen af Fenytoin kan være en følge af behandlingen med Fenytoin. Retslægerådets opmærksomhed henledes på, at A blev behandlet med Fenytoin i 40 år samt at en CT-scanning i 2013 viste atrofi af cerebellum (bilag 9, s. 5).*

*Retslægerådet bedes uddybe sit svar og om muligt angive sandsynligheden for årsagssammenhæng.*

Som det fremgår af besvarelsen på spørgsmål 2 og 3 er forløbet kompliceret og der er mulige konkurrerende forhold, hvis bidrag man ikke kan adskille meningsfyldt.

Sammenfattende vurderer Retslægerådet, at fenytoin med en sandsynlighed større end 50% har bidraget til den cerebellare atrofi.

**Spørgsmål 5:**

*Det fremgår af journalnotaterne vedrørende januar-april 2015 i bilag 2, at A i 2015 fik konstateret B12- og folinsyremangel, som han herefter blev behandlet for.*

*Retslægerådet bedes oplyse, om B12- og/eller folinsyremanglen kan have forårsaget As cerebellar ataksi, herunder henset til længden af det tidsrum, hvori han led af manglerne. Retslægerådet bedes i den forbindelse være opmærksomme på, at det fremgår af journalnotat af 18. august 2014 i bilag 2, at As blodprøver på dette tidspunkt viste normale forhold.*

*Retslægerådet bedes endvidere oplyse, om A i øvrigt udviste symptomer på længerevarende B12- og/eller folinsyremangel.*

*Retslægerådet bedes uddybe sit svar.*

Symptomet ”summen i benene” anføres første gang den 15. december 2011. Dette symptom kan være et tegn på B12- og folinsyremangel, men findes også ved andre sygdomstilstande, samt eventuelt også som sekundær følge af fenytoin behandlingen. Der henvises endvidere til besvarelsen af spørgsmål 3. Diagnosen B12- folinsyremangel kan således være en medvirkende årsag til cerebellar atrofi.

**Spørgsmål 6:**

*Retslægerådet bedes vurdere, om behandlingen med Fenytoin kan have forårsaget As cerebellar ataksi.*

*Retslægerådet bedes uddybe sit svar og om muligt angive sandsynligheden for årsagssammenhæng.*

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 3.

**Spørgsmål 7:**

*Retslægerådet bedes vurdere, om det er mere sandsynligt, at As cerebellar ataksi er en følge af behandlingen med Fenytoin end af andre forhold, herunder B12- og folinsyremanglen.*

*Retslægerådet bedes uddybe sit svar.*

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 3.

**Spørgsmål 8:**

*Såfremt Retslægerådet besvarer spørgsmål 7 bekræftende, bedes Rådet om muligt oplyse, hvor meget større sandsynligheden er for, at den cerebellare ataksi er forårsaget af henholdsvis behandlingen med Fenytoin end andre forhold, herunder B12- og folinsyremanglen.*

*Retslægerådet bedes begrunde sit svar og om muligt angive sandsynligheden for årsagssammenhæng i procent. Hvis det ikke findes muligt at angive sandsynligheden i procent, bedes sandsynligheden beskrevet på anden måde.*

*Retslægerådet bedes endvidere beskrive, hvad der taler henholdsvis for og imod en årsagssammenhæng.*



”Andre forhold” er ikke defineret og spørgsmålet kan således ikke besvares. Endvidere henvises til besvarelsen af spørgsmål 3.

**Spørgsmål 9:**

*Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?*

Nej.

**Spørgsmål A:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om Fenytoin i perioden fra 22. august 2006 til maj 2013 var godkendt til langtidsbehandling af den type epilepsi, som sagsøger havde.*

Ja, fenytoin var godkendt til behandling af epilepsi i den pågældende periode og epilepsi type.

**Spørgsmål B:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om det i perioden fra 22. august 2006 til den 12. april 2013, hvor det blev besluttet at udtrappe behandlingen (bilag 2, s. 49), var i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer at behandle sagsøger med Fenytoin.*

*Ved besvarelsen bedes Retslægerådet inddrage betydningen af, at sagsøger forud for denne periode var blevet behandlet med lægemidlet siden midten af 1970'erne.*

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 2.

**Spørgsmål C:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om det var udtryk for et lægefagligt fejlskøn at fortsætte behandlingen med Fenytoin i perioden fra 22. august 2006 frem til den 12. april 2013.*

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 2.

**Spørgsmål D:**

*Retslægerådet bedes på baggrund af sagens lægelige akter vurdere, om sagsøger på tidspunktet for udfærdigelsen af generel helbredsattest af 21. maj 2013 (bilag 2, s. 50-51) udviste symptomer, der var forårsaget af behandlingen med Fenytoin i perioden fra 22. august 2006 til maj 2013.*

*Retslægerådet bedes om muligt angive sandsynligheden for årsagssammenhæng i procent.*

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 4 og 5.

**Spørgsmål E:**

*Retslægerådet bedes i forlængelse af svaret på spørgsmål D oplyse, om der er årsagssammenhæng mellem den symptomforværring, der er beskrevet i bilag 1 efter ophørt behandling med Fenytoin i maj 2013, og behandlingen med Fenytoin i perioden fra 22. august 2006 til maj 2013.*

*Retslægerådet bedes om muligt angive sandsynligheden for årsagssammenhæng i procent.*

Man vil vanligvis forvente forbedring af symptomerne efter ophør med behandling.

**Spørgsmål F:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om der er årsagssammenhæng mellem de i bilag 13 beskrevne gener og symptomer under punkterne "aktuelle klager" og "objektiv undersøgelse" og behandlingen med Fenytoin i perioden fra 22. august 2006 til maj 2013.*

*Retslægerådet bedes om muligt angive sandsynligheden for årsagssammenhæng i procent.*

Retslægerådet har ingen kommentar til speciallægeerklæringen. Retslægerådet foretager altid egen selvstændig vurdering på basis af samtlige tilsendte bilag. Retslægerådets vurderinger fremgår af de forudgående besvarelser.  
..."

**Parternes synspunkter**

A har i sit påstandsdokument anført:

"...

**ANBRINGENDER:**

Det gøres overordnet gældende, at A er påført en patientskade i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenets forstand som følge af behandlingen med lægemidlet Fenytoin.

**Ad erfaren specialiststandard**

Ankenævnet for Patienterstatningen har i afgørelsen af 30. oktober 2019 vurderet, at behandlingen med Fenytoin ikke har levet op til erfaren specialiststandard. Sagsøger er enig i, at behandlingen ikke levede op til erfaren specialiststandard, og dette har således ikke været et tvistepunkt i sagen.

Ankenævnet for Patienterstatningen har imidlertid i processkrift E gjort gældende, at retten ikke skal lægge Ankenævnet for Patienterstatningens vurdering af erfaren specialiststandard til grund, idet Retslægerådet har vurderet, at behandlingen med Fenytoin efter 22. august 2006 var i overensstemmelse med alment anerkendte lægelige standarder.

Det bemærkes, at "alment anerkendte lægelige standarder" ikke er det samme som "erfaren specialiststandard". Retslægerådet har flere gange udtalt, at de ikke anvender begrebet "erfaren specialiststandard", da der er tale om et juridisk begreb, som man ikke kan forholde sig til på et lægevidenskabeligt grundlag. Retslægerådets vurdering af, at behandlingen var i overensstemmelse med alment anerkendte lægelige standarder, kan således ikke i sig selv kan føre til, at betingelsen i KEL § 20, stk. 1, nr. 1, ikke skal anses for opfyldt.

Det faktum, at Ankenævnet for Patienterstatningen ikke har genoptaget afgørelsen og ændret begrundelsen, taler også for, at Ankenævnet for Patienterstatningen ej heller vurderer, at der er et sådan sammenfald mellem erfaren specialist-standarden og "alment anerkendte lægelige standarder", at det i sig selv kan begrunde en ændret vurdering.

Det gøres således gældende, at retten – i overensstemmelse med Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse af 30. oktober 2019 – kan lægge til grund, at behandlingen af A med lægemidlet Fenytoin ikke levede op til erfaren specialiststandard.

### **Ad årsagssammenhæng**

Indledningsvist bemærkes det, at det med kravet om overvejende sandsynlighed for årsagssammenhæng ikke er tilsigtet, at der skal stilles samme krav til kausalitet, som domstolene i almindelighed stiller i erstatningssager, men at enhver sandsynlighedsoversægt efter retspraksis er tilstrækkelig.

Et af hovedformålene med indførelsen af den daværende patientforsikringslov (nu lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet) var hermed også at sikre en mere lempelig adgang til at føre bevis for årsagssammenhæng. Således fremgår det også af bemærkningerne til lovforslaget, at:

*der foreligger herefter en patientskade, hvis det efter en undersøgelse af sagens konkrete omstændigheder, herunder blandt andet den tidsmæssige sammenhæng mellem behandlingen og den indtrufne skade, fremstår som mere sandsynligt, at den er forårsaget af erstatningsbegrundende helbredsforanstaltninger, end at den er forårsaget på anden måde, herunder ved komplikationer i forbindelse med grundsygdommens forløb, som har udviklet sig uafhængigt af behandlingen.*

Retslægerådet har ved besvarelsen af spørgsmål 4 i udtalelsen af 10. januar 2022 udtalt, at det er Retslægerådets vurdering, at Fenytoin "med en sandsynlighed større end 50% har bidraget til den cerebellare atrofi."

Det gøres således gældende, at sagsøger har løftet bevisbyrden for, at der er årsagssammenhæng mellem behandlingen med Fenytoin og sagsøgers skade i form af cerebellar atrofi.

Det bemærkes, at tilsidesættelse af Ankenævnet for Patienterstatningens vurdering af årsagssammenhængen ikke kræver et "sikkert grundlag", som det er tilfældet ved tilsidesættelsen af Ankenævnet for Patienterstatningens vurdering af for eksempel erfaren specialiststandard.

I de sager, hvor en myndighed har en særlig erfaring i bevisvurderinger, som domstolene ikke har, kræves der et "sikkert grundlag", før domstolene kan tilsidesætte disse bevisvurderinger.

Ankenævnet for Patienterstatningen besidder ikke en særlig erfaring, som domstolene ikke besidder, når det kommer til årsagssammenhæng. Det erstatningsretlige krav om årsagssammenhæng er skabt af domstolene og gennem generationer udviklet og håndteret af domstolene.

Spørgsmålet om årsagssammenhæng ligger i kernen af domstolenes prøvelse, og Ankenævnet for Patienterstatningen kan derfor ikke påstås at have en særlig erfaring, som domstolene ikke har, når det kommer til årsagssammenhængsvurderinger.

Da sagsøger i øvrigt – særligt ved Retslægerådets udtalelse - har dokumenteret, at der med overvejende sandsynlighed er årsagssammenhæng mellem behandlingen med lægemidlet Fenytoin og As skade i form af cerebellar atrofi, har sagsøger løftet bevisbyrden for årsagssammenhæng.

Det gøres således samlet set gældende, at A er påført en skade i form af cerebellar atrofi, at skaden er forårsaget af behandlingen med lægemidlet Fenytoin, og at behandlingen med lægemidlet Fenytoin ikke var i overensstemmelse med erfaren specialiststandard, hvorfor skaden bør anerkendes som en patientskade i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenets forstand.  
..."

**Ankenævnet for Patienterstatningen** har i sit påstandsdokument anført:

" ...

#### **ARGUMENTATION OG ANBRINGENDER:**

##### **Frifindelsespåstanden**

##### *Prøvelse af ankenævnets afgørelse – bevisbyrde*

Ankenævnet er et kollegialt organ med en særlig sagkundskab og erfaring i at bedømme sager efter KEL, da ankenævnet blandt andet har medlemmer med lægevidenskabelig og juridisk baggrund, og da ankenævnet behandler et stort antal sager. Dette må tages i betragtning ved bevisbedømmelsen, og der skal derfor foreligge et sikkert grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse. Dette gælder både i forhold til spørgsmålet om årsagssammenhæng og ansvarsbetingelserne i KEL § 20, stk. 1, nr. 1.

Det er A, der har bevisbyrden for, at der er et tilstrækkeligt sikkert grundlag for at tilsidesætte afgørelsen. Der er ikke under sagen fremlagt sådanne oplysninger, som kan danne grundlag for en tilsidesættelse af ankenævnets afgørelse. A har derfor ikke løftet sin bevisbyrde.

##### *Retsgrundlag*

Ifølge patientforsikringsloven (herefter "PFL"), som gælder for skader, der er forårsaget i perioden fra 1. juli 1992 og frem til 1. januar 2007, forældes erstatningskrav senest 10 år efter den dag, hvor skaden er forårsaget, jf. § 19, stk. 2. Skader, der er forårsaget af behandling mere end 10 år forud for, at patienten anmeldte sit erstatningskrav, er således ikke omfattet af patientskadeerstatningsordningen.

En patient er berettiget til erstatning, hvis patienten som følge af behandling, undersøgelse eller lignende med overvejende sandsynlighed (mere end 50 %) er blevet påført en skade, jf. KEL § 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1. Følger af selve grundlidelsen og dens forløb berettiger ikke til erstatning efter KEL.

Det fremgår af bemærkningerne til PFL § 2 (nu KEL § 20), at:

*Der foreligger herefter en patientskade, hvis det efter en undersøgelse af sagens konkrete omstændigheder, herunder bl.a. den tidsmæssige sammenhæng mellem behandlingen og den indtrufne skade, fremstår som mere sandsynligt, at den er forårsaget af erstatningsbegrundende helbredsforanstaltninger, end at den er forårsaget på anden måde, herunder ved komplikationer i forbindelse med grundsygdommens forløb, som har udviklet sig uafhængigt af behandlingen. I princippet er selv en minimal sandsynlighedsovervægt tilstrækkelig. Hvis intet sikkert om skadesårsagen kan fastslås, må den relative sandsynlighed af de mulige skadesårsager vurderes og afvejes over for hinanden. Må det herefter antages, at det er lige så sandsynligt, at skaden kan have udviklet sig uafhængigt af behandlingen, eller kan intet siges om den relative sandsynlighed af de mulige skadesårsager, foreligger der ikke en (erstatningsberettigende) patientskade [egen understregning].*

Efter KEL § 20, stk. 1, nr. 1, er det en betingelse for erstatning, at skaden med overvejende sandsynlighed skyldes, at behandlingen ikke er udført i overensstemmelse med, hvordan en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet.

Vurderingen skal foretages ud fra de objektive fund og subjektive klager samt ud fra den medicinsk-videnskabelige indsigt og erfaring, som var til stede på behandlingstidspunktet, og ikke ud fra den viden, som er opnået efterfølgende.

#### *Den konkrete sag*

Til støtte for den nedlagte påstand om frifindelse gøres det gældende, at A ikke har løftet bevisbyrden for, at der er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse af 30. oktober 2019 (bilag 10).

#### Spørgsmålet om årsagssammenhæng:

Som anført indledningsvist er der enighed mellem parterne om, at behandlingen i perioden fra 1974 til 22. august 2006 ikke er omfattet af retens prøvelse, jf. PFL § 19, stk. 2, idet behandlingen er foretaget mere end 10 år før, at Patienterstatningen modtog As anmeldelsesskema den 22. august 2016 (bilag A). Eventuelle skader, der er forvoldt af medicinering forud for den 23. august 2006, kan således ikke berettige til erstatning.

Hvad angår behandlingen efter den 22. august 2006 og frem til behandlingsophøret i april/maj 2013, gøres det gældende, at ankenævnet med rette har vurderet, at A ikke med overvejende sand-

synlighed er påført en skade som følge af behandlingen med Fenytoin. Han har derfor ikke ret til erstatning iht. KEL § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1.

Ankenævnet har med rette lagt vægt på, at cerebellar ataksi enten opstår akut som følge af intoksikation (forgiftning) eller langsomt som følge af overdosering. Hvis ataksien er udløst af medicinen, vil der indtræde en bedring – og evt. helt ophør – af symptomerne, når behandlingen med medicinen ophører. Dette støttes af Retslægerådets svar på spørgsmål E.

A fik ifølge Retslægerådets svar på spørgsmål 3 de første symptomer, der *"kunne tyde på"* cerebellar atrofi (radiologisk påvist svind af lillehjernen) i 2013. Forud for dette tidspunkt var der ifølge Retslægerådets svar på spørgsmål 3 andre konkurrerende forhold, der kunne forklare hans forbigående svimmelhed begyndende i 2011.

A har således ikke løftet bevisbyrden for, at der forud for 2013 var symptomer, der med overvejende sandsynlighed kunne tilskrives behandlingen med Fenytoin.

I As tilfælde opstod de vigtigste og afgørende symptomer på cerebellar ataksi først flere år *efter*, at han var ophørt med Fenytoin i april/maj 2013.

Hvad angår As funktionsniveau i 2013 umiddelbart efter ophøret med Fenytoin, henvises der f.eks. til den generelle helbredsattest, som A fik udført hos sin praktiserende læge den 21. maj 2013 (bilag 2, s. 50-51). Lægen beskriver her *"naturlig gang"*, *"normal muskelkraft og -tonus. Kan stå på et ben, men ikke længe, da det kniber lidt med balancen"*. *"Ingen synlige pareser (lammelser) eller kraftnedsættelser"*.

Videre fremgår det, at A *"leverer en stor dagligarbejdsindsats, i øjeblikket som pedelmedhjælper på Skole 1 34 timer pr. uge. Hertil indsatsen på hjemmefronten, hvor han står for indkøb og madlavning, vask og rengøring. Har desuden en hobby som free lance fotograf. Og medlem af en forening."*

*As problem er hans mentale kapacitet, hvor han ikke kan håndtere mere end en opgave ad gangen. Presses han, bliver han nervøs og rystende og glemsom".*

Af helbredsattesten (bilag 2, side 51) fremgår videre, at der på mistanke om medicinbivirkning i form af træthed, svimmelhed og hovedpine er foregået en medicinoplægning den seneste måned, og at A havde oplevet en let bedring i de nævnte symptomer.

A havde således et ganske højt funktionsniveau på tidspunktet, hvor behandlingen med Fenytoin ophørte.

A har i sin anmeldelse til Patienterstatningen (bilag A, side 2) selv oplyst, at han første gang mærkede symptomerne på skaden *"omkring April 2015"*, dvs. ca. 2 år efter, at behandlingen med Fenytoin ophørte.

At de væsentligste symptomer på cerebellar ataksi først opstod flere år efter medicinophøret, understøttes tillige af journalnotat af 10. februar 2016, hvor A blev set til en fremskyndet kontrol i Neurologisk Ambulatorium, Behandlingssted 1 (bilag 1, s. 1). Det er anført, at *"hans problemer er nu at han føler at hans balance er blevet tiltagende dårlig, og at han samtidig er blevet dysartrisk"* (vanskelighed ved at forme og udtale ord).

Der henvises også til journalnotat af 23. maj 2016 fra Neurologisk Ambulatorium, Behandlingssted 1 (bilag 1, s. 5), hvoraf det fremgår, at *"han fremtræder med progredierende ataksi. Han føler at der er noget med stemmen og går tiltagende usikkert. (...) Han har jo fået Fenytoin i 40 år, siden han var 14 år gammel. Jeg tror ikke, at hans ataksi har noget som helst med hans epilepsi-medicin at gøre og behandlingsmæssigt er der jo desværre ikke meget vi kan tilbyde ham. Han har hjælpemidler som crosser og rollator. (...) Han er præget af ret svær ataksi og går usikkert med stok."*

Af journalnotat af 28. juni 2016 fra fysio-/ergoterapeutisk undersøgelse på Behandlingssted 1 (bilag 1, s. 2-3) fremgår, at A gennem ca. 2 år havde haft tiltagende styringsbesvær og påvirket balance- og gangfunktion. Der blev noteret fandtes god kraft i både arme og ben, men både trunkal ataksi (manglende evne til at koordinere frivillige muskelbevægelser i over-/underkrop) samt ataksi i arme og ben, mest udtalt i benene. Der blev endvidere noteret let nedsat tungefunktion.

Af speciallægeerklæring af 12. august 2017 fra neurolog 1 (bilag 13) fremgår bl.a. under punktet *"aktuelle klager"*: *"1. føler han går på luftpuder, 2. benene føles stive "som at gå på stylter", (...) 5. har dårlig balance, 6. svimmelhed når han bevæger sig i sengen og sidder stille, 7. talen er blevet betydeligt forværret henover de sidste 5 år, nu stagneret"*. Under punktet *"objektiv undersøgelse"* fremgår bl.a., at *"gangen er svært påvirket, går let bredsporet og kun ved støtte af rollator. Kan ikke udføre linje-, tå- og hæl-gang"*.

Samlet må det således på baggrund af Retslægerådets svar på spørgsmål E lægges til grund, at As sygeforløb er ukarakteristisk for, hvad man ville forvente, hvis symptomerne var udløst af Fenytoin. Dels indtrådte der kun en let bedring af hans symptomer ved medicinophør, og dels indtrådte der flere år efter behandlingsophør en markant forværring af As funktionsniveau.

Retslægerådet er i spørgsmål 4 blevet bedt om at vurdere, om As symptomer efter ophør med Fenytoin kan være en følge af behandlingen med Fenytoin i 40 år. Retslægerådet har hertil svaret, at *"forløbet [er] kompliceret og der er mulige konkurrerende forhold, hvis bidrag man ikke kan adskille meningsfyldt [egen understregning]*. Sammenfattende vurderer Retslægerådet, at *fenytoin med en sandsynlighed større end 50% har bidraget [egen understregning] til den cerebellare atrofi"*.

Det gøres gældende, at dette svar ikke kan føre til tilsidesættelse af ankenævnets afgørelse.

For det første fremgår det udtrykkeligt af forarbejderne til PFL, at hvis *"intet [kan] siges om den relative sandsynlighed af de mulige skadesårsager, foreligger der ikke en (erstatningsberettigende) patientskade"*. At den 40 år lange behandling med Fenytoin med overvejende sandsynlighed har bidraget i et ikke nærmere bestemt omfang, kan altså ikke føre til, at bevisbyrden for årsagssammenhæng i KEL er løftet.

For det andet omfatter svaret på spørgsmål 4 en behandlingsperiode på 40 år, hvoraf langt størstedelen – fra 1974 til 22. august 2006 – falder udenfor KEL's dækningsområde og dermed ikke kan danne grundlag for anerkendelse af en behandlingsskade. Selv hvis det måtte lægges til grund, at den langvarige behandling med Fenytoin havde forårsaget udviklingen af cerebellar atrofi, kan det således ikke anses for bevist, at det netop var behandlingen i perioden fra 23. august 2006 til april/maj 2013, der var årsagen. Henset til Retslægerådets svar på spørgsmål 1 om, at det er beskrevet, at *"langvarig fenytoinbehandling"* kan forårsage cerebellar ataksi, har det formodningen imod sig, at de sidste års behandling i sig selv med overvejende sandsynlighed skulle være årsagen.

A har endvidere ikke bevist, at hans betydelige funktionsnedsættelse med ataksi, som begyndte flere år efter ophøret med Fenytoin, overhovedet er forårsaget af den cerebellare atrofi. Der henvises herved til Retslægerådets svar på spørgsmål 3, hvoraf det fremgår, at A i 2015 både fik et hovedtraume og neuropathi (betændelsestilstand i nerverne i især fødderne med nedsat sensibilitet, som f.eks. kan give usikker gang og fornemmelse af at gå på vat).

Der henvises ligeledes til Retslægerådets svar på spørgsmål 5, hvoraf det følger, at B12-folinsyremangel også kan være en medvirkende årsag til udvikling af cerebellar atrofi. B-12-vitamin- og folinsyremangel kan også føre til udvikling af både ataksi og polyneuropati.

Samlet gør ankenævnet på baggrund af ovenstående gældende, at der ikke er tilvejebragt et grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse, for så vidt angår spørgsmålet om, hvorvidt A er påført en skade som følge af behandlingen med Fenytoin i perioden fra 23. august 2006 til april/maj 2013, jf. KEL § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1.

#### Spørgsmålet om ansvarsgrundlaget iht. KEL § 20, stk. 1, nr. 1:

Ankenævnet har i den indbragte afgørelse af 30. oktober 2019 fundet, at behandlingen med Fenytoin ikke blev udført i overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist ville have handlet, jf. KEL § 20, stk. 1, nr. 1. På baggrund af Retslægerådets udtalelse gøres det imidlertid gældende, at betingelserne for at yde erstatning iht. KEL § 20, stk. 1, nr. 1, ikke er opfyldt.



I svaret på spørgsmål 2 har Retslægerådet givet en meget udførlig begrundelse for, at behandlingen med Fenytoin efter den 22. august 2006 var i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægefaglig standard.

Det følger tillige af Retslægerådets svar på spørgsmål 3, at der i 2013, da de første symptomer på cerebellar atrofi viste sig, blev handlet på symptomerne med udredning og ophør med Fenytoin, ligesom man iværksatte behandling med Keppra, som var et nyt, godkendt præparat.

Endelig fremgår det af Retslægerådets svar på spørgsmål A, at Fenytoin var godkendt til behandling af epilepsi i den periode, hvor A fik det.

Den omstændighed, at ankenævnet i den indbragte afgørelse har vurderet, at behandlingen med Fenytoin ikke blev udført i overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist ville have handlet, kan ikke føre til, at retten skal lægge ankenævnets vurdering heraf til grund. Retten er berettiget til at foretage en fuld prøvelse af, om erstatningsbetingelserne i KEL er opfyldt, og Højesteret har i adskillige domme fastslået, at det ved lægelig uenighed er Retslægerådets vurdering, der vægter tungest. Dette gælder både vedrørende spørgsmålet om årsagssammenhæng og ansvarsgrundlag. I praksis tolkes Retslægerådets vurdering af almindeligt anerkendte principper analogt med vurderingen af specialiststandarden.

A har i påstandsdokumentet anført, at *"Det faktum, at Ankenævnet for Patienterstatningen ikke har genoptaget afgørelsen og ændret begrundelsen, taler også for, at Ankenævnet for Patienterstatningen ej heller vurderer, at der er et sådan sammenfald mellem erfaren specialiststandarden og "alment anerkendte lægelige standarder", at det i sig selv kan begrunde en ændret vurdering"*.

Det bestrides, at ankenævnets manglende genoptagelse kan tillægges denne betydning. Beslutningen om at undlade at oprette en genoptagelsessag blev truffet administrativt af ankenævnets sekretariat ud fra den opfattelse, at retten har fuld prøvelsesret og således ikke er bundet af begrundelsen i ankenævnets afgørelse vedrørende specialiststandarden. Endvidere støtter Retslægerådets udtalelse resultatet af ankenævnets afgørelse, nemlig at A ikke er berettiget til erstatning.

Ankenævnet bør derfor frifindes.

#### Lempelse af bevisbyrden for årsagssammenhæng:

Ankenævnet forstår As påstandsdokument således, at anbringendet om, at der er grundlag for at lempe bevisbyrden for årsagssammenhæng, er frafaldet på baggrund af Retslægerådets udtalelse.

Såfremt anbringendet måtte ønskes fastholdt, gøres det gældende, at betingelserne for lempelse af bevisbyrden for årsagssammenhæng ikke er opfyldt.

For at bevisbyrden kan lempes, kræver det, at der klart er begået fejl ved behandlingen. Det fremgår af forarbejderne til PFL. Højesteret har i talrige domme tolket dette således, at der skal være handlet ansvarspådragende efter de almindelige erstatningsretlige regler, altså culpøst. Hvis denne grundlæggende betingelse ikke er opfyldt, kan en eventuel tvivl om årsagssammenhængen ikke komme den skadelidte til gode.

På baggrund af Retslægerådets svar på spørgsmål 2, 3 og A er bevisbyrden for, at der er begået ansvarspådragende fejl ved behandlingen med Fenytoin, ikke løftet. Betingelserne for at lempe bevisbyrden for, at han er påført en behandlingsskade, er dermed ikke opfyldt.

Selv hvis retten måtte finde, at en erfaren specialist ikke ville have behandlet A med Fenytoin frem til april/maj 2013, er det ikke ensbetydende med, at behandlingen var en klar fejl.

Da det således må lægges til grund, at der ikke er begået en klar fejl i forbindelse med behandlingen med Fenytoin, får en eventuel tvivl om årsagssammenhængen ikke betydning. Der henvises herved til U.2020.118H.

## HJEMVISNINGSPÅSTANDEN

Som anført anser ankenævnet sig ikke for bundet af begrundelsen i den indbragte afgørelse, for så vidt angår vurderingen af, at behandlingen har været i strid med specialiststandarden, jf. KEL § 20, stk. 1, nr. 1. Ankenævnets vurdering skal således ikke lægges til grund ved rettens prøvelse.

Hvis retten måtte være uenig heri, men dog finder grundlag for at anerkende, at A er påført en behandlingsskade iht. KEL § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, gøres det gældende, at sagen må hjemvises til vurdering af, om udtalelsen fra Retslægerådet giver anledning til genoptagelse og revurdering af, om betingelserne i KEL § 20, stk. 1, nr. 1, er opfyldt. Sagen vil således ikke skulle hjemvises til udmåling af erstatning.

Hvis retten derimod måtte foretage en fuld prøvelse og finder det bevist, at betingelserne for at anerkende en erstatningsberettigende skade iht. KEL § 20, stk. 1, nr. 1, er opfyldt, gøres det gældende, at sagen skal hjemvises til udmåling af erstatning.  
..."

Parterne har under hovedforhandlingen nærmere redegjort for deres opfattelse af sagen.

## Rettens begrundelse og resultat

Retten lægger efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 2 til grund, at As epilepsi var af kompleks karakter, og at det langvarige be-

handlingsforløb med Fenytoin efter konstatering af forhøjet Fenytoinniveauet i 2006 blev fortsat i samråd med patienten på grund af den gode behandlingsmæssige effekt, der var uden tegn på bivirkninger. Fra 2011 blev der konstateret svimmelhed, hvilket der dog efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 2 og 3 var konkurrerende forhold til, og det må lægges til grund, at det først var i 2013, at der kunne konstateres tydelige symptomer, der kunne tyde på den radiologiske diagnose cerebellar atrofi. Behandlingen efter den 22. august 2006 var efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 2 velbegrundet og i overensstemmelse med alment anerkendte lægelige standarder.

Retslægerådet har i besvarelsen af spørgsmål 4 oplyst, at forværringen af As symptomer efter ophør af Fenytoin er præget af konkurrerende forhold, hvis bidrag ikke meningsfyldt kan adskilles, idet det dog vurderes, at Fenytoin med en sandsynlighed større end 50 % har bidraget til den cerebellare atrofi, der efter besvarelsen af spørgsmål 1 kan være en bivirkning til langvarig Fenytoinbehandling.

Det er i en generel helbredsattest af 21. maj 2013, udarbejdet kort tid efter medicinomlægning, beskrevet, at A efter medicinomlægning har oplevet en let forbedring vedrørende symptomerne træthed, svimmelhed og hovedpine, men at han er beskrevet med blandt andet normal gang og muskelkraft og at han udfører en stor daglig arbejdsindsats, idet han dog er udfordret vedrørende sin mentale kapacitet. A har i sin anmeldelse til Patienterstatningen i 2016 anført, at lægemiddelskaden, der har udmøntet sig i besværet tale, mistet balance, konstant følelsesløse fødder og manglende evne til at gå uden støtte, er bemærket fra omkring april 2015. Henset til ovenstående, og da det efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål E om, at man vanligtvis vil forvente en forbedring af symptomerne efter ophør med behandling, finder retten ikke, at det af A er dokumenteret, at han som følge af behandlingen af ham med Fenytoin i perioden efter den 22. august 2006 er påført en skade, der i medfør af Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, nr. 1, kan danne grundlag for erstatning, og som følge heraf tages sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, påstand om frifindelse til følge.

Sagsøger, A, har fri proces, og Statskassen skal således efter sagens udfald betale sagsomkostninger til sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 200.000 kr. Beløbet er fastsat inkl. Moms under hensyn til oplysningen om, at Ankenævnet for Patienterstatningen ikke er momsregistreret.

**THI KENDES FOR RET:**

Sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, frifindes.

Statskassen skal til Ankenævnet for Patienterstatningen betale sagsomkostninger med 200.000 kr.

Beløbet skal betales inden 14 dage.

Sagsomkostningerne bliver forrentet efter rentelovens § 8 a.



## Vejledning

---

Retten har afsagt dom i sagen.

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

### **Ikke alle afgørelser kan ankes eller kæres**

Du kan kun anke dommen, 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 du kun kære omkostningsafgørelsen, hvis du får tilladelse fra Procesbevillingsnævnet.

### **Frister for at anke og kære**

Fristen for at anke er **4 uger** fra dommens dato. 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 dato. 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](https://minretssag.dk) ved at trykke på knappen "Opret appel" og derefter vælge "Anke" og følge vejledningen. Hvis du vil kære omkostningsafgørelsen, skal du vælge "Kære" og følge vejledningen.

Hvis du søger om tilladelse til anke eller kære hos Procesbevillingsnævnet, skal du indlevere din ansøgning til Procesbevillingsnævnet. Du kan ikke indlevere

ansøgningen på [minretssag.dk](https://minretssag.dk).

Du kan læse mere på [domstol.dk](https://domstol.dk).

Publiceret til portalen d. 28-10-2022 kl. 09:00

Modtagere: Retslægeråd Civilstyrelsen (passiv), Sagsøgte Ankenævnet for  
Patienterstatningen, Advokat (H) Christina Steen, Advokat Julie Harder  
Snoghøj, Sagsøger A