



Udskrift af dombogen

DOM

Afsagt den 8. december 2015 i sag nr. BS 10A-1744/2013:

A
mod
Patientskadeankenævnet
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg

Sagens baggrund og parternes påstande

Sagen drejer sig om, hvorvidt B den 3. oktober 2011 afgik ved døden, fordi han ikke modtog rettidig og relevant behandling for sin levertilstand på C, i perioden fra den 11. august 2011 og frem til sin død.

Sagsøgeren, A har nedlagt påstand om, at sagsøgte, Patientskadeankenævnet, tilpligtes at anerkende, at B i forbindelse med behandling på C i perioden fra 11. august 2011 og frem blev påført en erstatningsberettigende patientskade.

Sagsøgte, Patientskadeankenævnet, har nedlagt påstand om frifindelse, subsidiært om hjemvisning.

B har under hovedforhandlingen i retten ikke gjort gældende, at der er sket en overtrædelse af den såkaldte specialiststandard i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1. Sagen vedrører således herefter, om der er påført en skade, og om skaden er forvoldt på en af de måder, der er anført i lovens § 20, stk. 1, nr. 2-4.

Oplysningerne i sagen

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

Den 30. januar 2012 fremsendte ledende overlæge D en anmeldelse til Patientforsikringen i anledning af, at B den 3. oktober 2011 afgik ved døden på E som følge af akut leversvigt.

Patientforsikringen traf den 17. april 2012 afgørelse om, at A ikke er berettiget til erstatning efter lov om klage- og erstatningsad-

gang inden for sundhedsvæsenet, idet betingelserne for at yde erstatning efter lovens § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, ikke er opfyldt.

Den 14. juni 2012 påklagede **B**, Patientforsikringens afgørelse til Patientskadeankenævnet.

Den 23. november 2012 traf Patientskadeankenævnet afgørelse i sagen og tiltrådte Patientforsikringens afgørelse af 17. april 2012.

I forbindelse med sagens behandling i ankenævnet blev ledende overlæge **D** anmodet om en udtalelse. I udtalelse af 25. juli 2012 anfører **D** bl.a., at det efter hans opfattelse var helt overvejende sandsynligt, at **B's** liv kunne være reddet ved en levertransplantation, og at de behandlingsbeslutninger, man tog på **C**, medførte en helt uventet alvorlig drejning i sygdomstilstanden. Det anføres endvidere, at skaden ud fra en efterfølgende vurdering kunne være undgået ved hjælp af en anden til rådighed stående behandlingsteknik eller metode, og at han ikke kan forstå, hvorfor den indtrufne skade, der var så alvorlig og uventet, at patienten ikke med rimelighed kunne forvente det, ikke er omfattet af klage- og erstatningslovens § 20, nr. 3 eller 4.

Af Patientskadeankenævnets afgørelse fremgår bl.a. følgende:

”...

Begrundelse og resultat

Det er Patientskadeankenævnets vurdering, at **B** ikke med overvejende sandsynlighed blev påført en erstatningsberettigende skade ved behandlingen på **C** i perioden fra den 11. august 2011 og frem, jf. klage- og erstatningslovens § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1.

Nævnet har lagt til grund, at **B** ved indlæggelsen den 11. august 2011 var tiltagende dårlig som følge af sin leversygdom, hvorved han fik en ophobning af kobber i kroppen. Han var i behandling med Zink, men fulgte ikke nogen kontrol. Den 17. august 2011 blev behandlingen af leversygdommen skiftet fra Zink til Atamir (penicillamin), som han tidligere var behandlet med.

Nævnet kan hertil bemærke, at det er altafgørende for succes ved behandling af kronisk sygdom, at patienten følger de givne råd og de foreslåede kontroller.

Nævnet har ved afgørelsen lagt vægt på, at behandlingen på **C** var i overensstemmelse med erfaren specialiststandard. Der blev foretaget relevante undersøgelser og iværksatte relevant behandling i henhold til sygehistorien, den aktuelle tilstand og identifi-

cerede problemstillinger.

Nævnet har videre lagt vægt på, at man ved udskrivelsen den 30. august 2011 opfattede B's tilstand som stationær og afventede effekt af behandlingsskiftet til Atamir.

Nævnet har endvidere lagt vægt på, at man anerkendte, at B nærmede sig behov for transplantation, som man startede planlægningen af. Videre har nævnet lagt til grund, at en henvisning til transplantation ved indlæggelsen den 11. august 2011, og dermed cirka en måned tidligere, ikke med overvejende sandsynlighed ville have medført et ændret udfald, idet der er ventetid på organer, og idet der manglede undersøgelser således at en transplantation ikke kunne have været sket hurtigere.

Nævnet skal hertil bemærke, at det ikke findes overvejende sandsynligt, at progressionen af leversvigt kan være en bivirkning af skiftet i behandlingen fra Zink til Atamir, idet der ikke findes dokumentation herfor.

Nævnet finder det således overvejende sandsynligt, at B's død kan tilskrives leversvigt og multiorgansvigt som følge af hans grundsygdom.

Med disse bemærkninger kan Patientskadeankenævnet tiltræde resultatet og begrundelsen i Patientforsikringens afgørelse af 17. april 2012.

..."

Sagen har i forbindelse med forberedelsen af hovedforhandlingen været forelagt for Retslægerådet, der i udtalelse af 5. februar 2015 har besvaret en række spørgsmål.

Af Retslægerådets besvarelse af spørgsmålene 8 F, 10 b og E fremgår:

"...

Spørgsmål 8:

...

f. Retslægerådet bedes oplyse, om der efter skift fra zink til penicillamin på C indtrådte (hastig) forværring af patientens tilstand. I bekræftende fald bedes Retslægerådet beskrive forværringen.

Retslægerådet bedes i forbindelse med besvarelsen vurdere, hvilken betydning behandlingsændringen, og det forhold at der senere blev

holdt pause med penicillamin, havde for denne udvikling.

...

f. Almentilstanden forværredes mellem de to indlæggelser på Afdeling V. Der synes at være tilstødt tiltagende ascitestendens, men ifølge journalteksten er de blodprøver, der vedrører leveren i det væsentlige uændrede, dog muligvis let faldende koagulationsfaktorer. Ingen sikre tegn på hæmolyse og således næppe en ” krise”. Alt i alt virker det mere som om, at det drejer sig om slutstadiet af en kronisk leversygdom, muligvis samtidig infektion.

...

Spørgsmål 10:

...

b. Hvis ja, bedes Retslægerådet oplyse, om der i den forbindelse skete en forværring af patientens tilstand og i givet fald, hvad årsagen til forværringen var?

...

b. Der kan ikke i de foreliggende papirer ses nogen forværring af patientens tilstand, der sikkert kan tilskrives ændring i medicinering. Der er ikke dokumentation for en skadelig effekt af penicillamin på leveren og faktisk var dosis suboptimal i flere uger. Omvendt er der i de rapporterede tilfælde af forværring efter stop af behandling gået meget længere tid inden denne indtræder. Der var – bedømt ud fra koagulationsfaktorer og bilirubin – en klart aftagende leverfunktion. Årsagen til patientens almentilstand skal formentlig søges i tiltagende leverinsufficiens betinget af skrumpelever.

...

Spørgsmål E:

Retslægerådet bedes oplyse, om B's død kan tilskrives:

- a) grundlidelsen , og komplikationer som følge af sygdommen*
- b) skift i medicinsk behandling*
- c) det forhold, at B ikke fik en levertransplantation*
- d) andre, eventuelt ukendte, forhold*
- e) en kombination af a-d*

Retslægerådet bedes begrunde sit svar og om muligt angive sandsynligheden i procent.

- a) Det skønnes, at patientens død mest sandsynligt hænger sammen med en progredierende sygdom.*

- b) Det skønnes ikke, at skiftet i den medicinske behandling i sig selv har forårsaget patientens død. Skiftet beroede på, at der ikke længere var en ønsket effekt af zink-behandlingen.
- c) Det er hypotetisk at besvare, om patientens manglende levertransplantation forårsagede patientens død, da det er uklart, om der var en lever til rådighed for patienten/om patienten kunne transplanteres på grund af forværringen af den samlede helbredstilstand.
- d) Som det fremgår af patientmaterialet, var patienten ikke flink over tid til at møde op til aftalte ambulante kontroller på de involverede sygehuse, således at man på et tidligt tidspunkt kunne justere den medicinske behandling.
- e) Spørgsmålet er hypotetisk, men ved indlæggelsen i august 2011 syntes patienten at have et så fremadskridende/fulminant leversvigt, at prognosen var meget kompromitteret, og det kan ikke afgøres, hvilken af de ovennævnte faktorer, der var mest væsentlig i udviklingen af det fulminante leversvigt – herunder angivelser af sandsynlighed i procent.

..."

Forklaringer

A har forklaret blandt andet, at hun var gift med B som hun kendte gennem 18 år. Han fortalte hende helt fra starten af om sin sygdom og at det ikke var en dødelig sygdom, men at han skulle tage sin medicin. Han sagde, at sygdommen ikke var arvelig, men at han ville lade sig undersøge, når han kom til Danmark, så der ikke var problemer med, at børn skulle arve sygdommen. Hun fejler ikke selv noget. Deres tre børn går til kontrol, selv om risikoen for arvelighed er meget lille.

I 2005 overgik specialiet fra E til C. B's praktiserende læge i F, ligesom den læge, de fik, da de flyttede til G, var specialist i leversygdom. B gik jævnligt til den praktiserende læge og fik taget blodprøver. Han mødte ikke på E til kontrol. De opfattede nogle af brevene fra E som mere forskning end behandling. Den praktiserende læge sagde, at de skulle være rolige, da det ikke var en dødelig sygdom.

I august 2011 fik B det dårligt på en ferie. Han fik zink på det tidspunkt. De tog til Danmark og til den praktiserende læge, der sendte ham til H. Der var samlet væske i maven og han havde det dårligt. Han blev indlagt men blev sendt videre til C, fordi lægerne på H skønnede, at det drejede sig om hans lever. Han blev indlagt en uge i C. De var til en samtale med en kvindelig overlæge. De fik at vide, at B havde mistet 54 % af leveren, og at man kan leve op til 5 år med den

diagnose. En levertransplantation kunne være en mulighed, men lægerne ville gerne undersøge ham yderligere i forhold til lever-sygdom. Han blev også undersøgt i forhold til en levertransplantation, så han var parat, når der kom en lever, hvis det blev akut.

Efter cirka en uge på hospitalet blev B tiltagende dårligere og havde mange smerter. Hun fik at vide, at de bare skulle være rolige, for hvis det blev akut med levertallene, ville de flyve ham til E for en levertransplantation. Hun tiggede og bad om en transplantation. B blev udskrevet den 30. august 2011, men han var fortsat meget dårlig, og han blev kørt til hospitalet igen dagen efter. De lavede så undersøgelser igen. Det blev nævnt, at han ikke havde fulgt kontrolbesøg om levertransplantation, men ikke at det havde en afgørende betydning for hans tilstand.

På E fik de i september 2011 at vide, at leveren nu var på 20 %, men at B ikke stod på en akutliste til transplantation på grund af sin grundsygdom. De fik at vide, at de overvejede, om B fortjente en ny lever, når han ikke var mødt til alle kontroller. En kvindelig overlæge undskyldte sprogbbruget og sagde, at hun nok skulle få ham på den normale transplantationsliste. B døde den 3. oktober 2011, inden han nåede at få en transplantation.

Hun har talt flere gange med D der gerne ville hjælpe dem. Det, der påvirkede hende mest i afgørelsen fra Patienskadeankenævnet, var, at det blev tillagt betydning, at B ikke var dukket op til alle kontroller, og at det dermed blev bebrejdet ham. Hun synes, at de har været udsat for et informationssvigt, da de jo havde fået at vide, at sygdommen ikke var dødelig.

B var en ansvarlig person omkring sin sygdom.

D har forklaret blandt andet, at han er ledende overlæge på C. Han er speciallæge i leversygdomme. Han har været på E. Omkring år 2000 overtog han behandlingen af patienter med sygdommen indtil han i 2004 flyttede til C, der i 2005 overtog landsfunktionen for leversygdomme.

Han har behandlet B siden før 2005. Fra 2000 - 2005 har han set ham et par gange på ambulatoriet på E. I 2011 blev B indlagt tre gange, første gang i H i 3 dage i august. De mistænkte ham for at være forstoppet, og de overførte ham til C den 11. august. Det blev hurtigt klart for dem, at B var blevet ringere, og at han havde udviklet skrumpelever. Der var nogle komplikationer med vand i bughulen, og der blev tømt 11 liter vand ud. B havde åreknuder i spiserøret, der også er en kendt komplikation. De overvejede, om B skulle henvises til transplantation, eller om de skulle prøve at skifte behandling for at forsøge at stabilisere tilstanden, så han ik-

ke behøvede en transplantation.

De valgte at skifte medicin fra zink til atamir (penicillamin). Han havde ansvaret for behandlingen. Der havde været udgivet to europæiske artikler om mulige problemer med zink-behandling. Han skønnede, at de havde et par måneder til at se, om der skete en stabilisering, ellers ville de sætte ham til transplantation. Han tror, at de forklarede det for familien. Der skulle nok en 3-4 måneder til for at se, om der skete en stabilisering. Statistisk set vil 80 % være i live efter et år med den konstaterede leverfunktion. B fik atamir fra den 17. august, og den 15. september skiftede de til et tredje præparat. Der var ikke nogen pause i behandlingen. B blev sendt hjem den 30. august 2011 for at afvente effekten af præparatskiftet. De havde sideløbende med den medicinske behandling lavet de indledende undersøgelser til en mulig transplantation. B ville så i givet fald hurtigt kunne være klar til en transplantation.

B ringede på et tidspunkt, og den 14. september blev han igen indlagt på C. Hans tilstand var blevet overraskende pludseligt væsentlig forværret. De blev klar over, at de nu skulle stile mod transplantation. Nogle af tallene blev fordoblet på tre uger.

Fra 2005 til 2011 var der nogle kontroller, som B manglede. Han ved ikke, om B jævnligt fik taget blodprøver hos sin praktiserende læge. Han må dog have taget medicin, for ellers ville han have været død tidligere.

Hans vurdering er, at zink ikke har været tilstrækkeligt til at sikre progressionen. Han er overbevist om, at det er skiftet til penicillamin, der gjorde, at det gik galt, og at der er tale om en yderst sjælden bivirkning til atamin. Der var en dialog med E om, hvem der skulle lave en lungefunktionsundersøgelse til brug for en transplantation. Da B var blevet overført til E gik E det hele igennem. Han ringede og spurgte til sagen. E satte B på venteliste. Da der var tale om en forværring af en kronisk sygdom, besluttede man at sætte ham på den almindelige liste. Han synes, at han skulle have været på en akut liste, hvor man statistisk set havde bedre muligheder for en transplantation. Man måtte overveje, om han overhovedet ville kunne overleve en transplantation. De forsøgte en række tiltag. B døde af en alvorlig blødning fra åreknuderne i halsen. Når han i sin udtalelse af 25. juni 2012 argumenter ud fra paragraffer, skyldes det, at den indtrådte bivirkning langt oversteg det forventelige. Han kunne ikke forstå, hvordan det kunne være rigtigt, at der ikke var et erstatningsgrundlag.

Han bygger sin vurdering af sagen på det tidsmæssige sammenfald mellem skiftet i medicin og udviklingen af sygdommen, der baserer sig på en udelukkelsesmetode. Det er kendt, at der kan ske en forværring af sygdommen ved et skift til atamir. Der er ikke publikationer, der understøtter dette synspunkt omkring atamir. Det er udtryk for hans bedste lægelige skøn.

Parternes synspunkter

Parterne har i det væsentlige procederet i overensstemmelse med deres påstandsdokumenter af 27. oktober 2015.

A har i påstandsdokument af 27. oktober 2015 gjort gældende:

"At **B** i forbindelse med behandling på **C** i perioden fra 11. august 2011 og frem til hans død den 3. oktober 2011 blev påført en erstatningsberettigende patientskade,

At sagsøger har løftet bevisbyrden herfor,

At **B's** skade kunne have været undgået ved hjælp af en anden til rådighedsstående behandlingsteknik eller metode, som ud fra et medicinsk synspunkt ville være lige så effektiv til behandling af patientens sygdom,

At den indtrufne skade var så alvorligt som den kunne være og så uventet, at **B** ikke med rimelighed kunne forvente det,

At forløbet i forbindelse med **B's** skade er helt parallelt til de situationer, hvor sjældne og alvorlige bivirkninger indtræder uventet,

At det er en fejl, at **B** udeblivelse fra sine kontroller i år 2005 har haft afgørende betydning for beslutningen om ikke at transplantere ham, uden at der er foretaget en konkret vurdering af hans evne til at kooperere i 2011, altså tidspunktet omkring transplantationsovervejelserne,

At ledende overlæge, **D's**

vurdering af sagen bør være den retningsgivende i det hele, hvorfor retslægerrådet udtalelser ikke ændrer ved dette,

At der i afgørelserne af 17. april 2012 og af 23. november 2012, alene er henvist til, at betingelserne ikke er opfyldte efter lovens § 19, stk. 1 og § 20, stk. 1,

At det ikke fremgår af afgørelserne at der ikke er taget stilling til KEL § 20, stk. 1, nr. 2-4,

At sagsøgte ikke kan anses for at have godtgjort at dette var tilfældet, hvorfor en prøvelse af om betingelserne i KEL § 20 stk. 1, nr. 3 og 4, er opfyldt i nærværende sag, kan foretages af Retten, alt sammen med det resultat

At **B's** skade følgerig er erstatningsberettiget og omfattet af lov om klage- og erstatningsadgang §§ 19 stk. 1. og 20 stk. 1."

Patientskadeankenævnet har overordnet gjort gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte Ankenævnet for Patienterstatningens (tidligere Patientskadeankenævnet) afgørelse af 23. november 2012, og at det er **A**, der har bevisbyrden for, at lovens erstatningsbetingelser er opfyldt, og at der dermed er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse. Det må ved bevisbedømmelsen tages i betragtning, at ankenævnet på grund af sin sammensætning, der bl.a. omfatter medlemmer med ægevidenskabelig baggrund, brugen af speciallægekonsulenter ved afgørelserne, og gennem behandling af et stort antal sager har en særlig erfaring i at bedømme sager efter klage- og erstatningsloven, og at der derfor skal være et sikkert grundlag for at tilsidesætte afgørelsen.

Patientskadeankenævnet har således gjort gældende, at ankenævnet med rette vurderede, at **B** ikke med overvejende sandsynlighed blev påført en skade i forbindelse med behandlingen for leversygdommen.

C anerkendte, at B nærmede sig behov for transplantation, som man startede planlægningen af. A's anbringende om, at det er en fejl, at B's udeblivelse fra sine kontroller i 2005 har haft afgørende betydning for beslutningen om ikke at transplantere ham, bestrides på denne baggrund. Der blev således ikke truffet beslutning om ikke at ville foretage en transplantation. Ankenævnet bemærkede blot ved afgørelsen af 21. november 2012, at det er altafgørende for succes ved behandlingen af kronisk sygdom, at patienten følger de givne råd og de foreslåede kontroller.

Ankenævnet lagde med rette til grund, at en henvisning til transplantation ved indlæggelsen den 11. august 2011, og dermed ca. en måned tidligere, ikke med overvejende sandsynlighed ville have medført et ændret udfald, idet der er ventetid på organer, og idet der manglede undersøgelser, således at transplantationen ikke kunne være sket hurtigere.

Ankenævnet tiltrådte Patientforsikringens begrundelse i afgørelse af 17. april 2012, hvoraf bl.a. fremgår, at ^C bemærkning om, at man muligvis burde have henvist ^B til transplantationsudredning allerede i august 2011, var udtryk for en bakspejlsbetragtning.

Retslægerådets udtalelse støtter denne vurdering. Retslægerådet anfører således i svaret på spørgsmål 9, at det beror på et lægeligt skøn, hvornår en patient skal vurderes med henblik på levertransplantation, og at det ikke er muligt at afgøre, om patienten eventuelt skulle have været henvist på et tidligere tidspunkt.

Ankenævnet fandt det endvidere ikke overvejende sandsynligt, at progressionen af leversvigt kunne være en bivirkning af skiftet i behandlingen fra Zink til Atamir, idet der ikke findes dokumentation herfor. Ankenævnet fandt det derimod overvejende sandsynligt, at B's død kan tilskrives leversvigt og multiorgansvigt som følge af hans grundsygdom.

Denne vurdering støttes også af Retslægerådet. Retslægerådet anfører således, at **B** død mest sandsynligt hænger sammen med en progredierende **grøn**-sygdom, og at det ikke skønnes, at skiftet i den medicinske behandling i sig selv har forårsaget patientens død.

Patientsskadeankenævnet har på den baggrund gjort gældende, at B ikke blev påført en skade og at sagsøgeren ikke opfylder betingelserne for anerkendelse i henhold til klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, jf. § 19, stk. 1.

Ankenævnet for Patienterstatningen har ved sin afgørelse været opmærksom på udtalelse fra overlæge D men Patientskadeankenævnet har bestridt, at dennes udtalelser skal tillægges afgørende betydning ved sagen. Det er således Retslægerådets vurderinger, der er af afgørende betydning for sagen.

Til støtte for den subsidiære påstand om hjemvisning har Patientskadeankenævnet gjort gældende, at såfremt retten måtte finde, at der med overvejende sandsynlighed er årsagsforbindelse mellem behandlingen på C den 11. august 2011 og frem og B's død, men at betingelserne i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1, ikke er opfyldte, skal sagen hjemvises til Patientskadeankenævnet til behandling af, om betingelserne i lovens § 20, stk. 1, nr. 2-4 er opfyldte.

Hverken ankenævnet eller Patienterstatningen har således haft anledning til at tage stilling til de øvrige betingelser i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 2-4, og dette spørgsmål kan derfor ikke prøves af retten inden for rammerne af denne sag.

Rettens begrundelse og afgørelse

Hovedspørgsmålet i sagen er, hvad der har forvoldt B's død.

Efter § 19, stk. 1, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for Sundhedsvæsenet er det en betingelse for at yde erstatning efter loven, at patienten er påført en skade i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende. Normale følger af en grundsygdom eller komplikationer, der må henføres til selve grundsygdommen, er således ikke omfattet af loven.

Efter lovens § 20, stk. 1, ydes erstatning, hvis skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af de måder, der er angivet i § 20, stk. 1, nr. 1-4. Det er skadelidte, der skal bevise, at der foreligger årsagsforbindelse mellem en undersøgelse, behandling eller lignende og en indtruffet skade.

Ved afgørelse af 23. november 2012 fandt Patientskadeankenævnet (nu Ankenævnet for Patienterstatningen, jf. lov nr. 519 af 26. maj 2014), at B ikke med overvejende sandsynlighed blev påført en erstatningsberettigende skade ved behandlingen på C. perioden fra den 11. august 2011 og frem, idet nævnet fandt det overvejende sandsynligt, at B's død kunne tilskrives leversvigt og multiorgansvigt som følge af hans grundsygdom.

Ankenævnet er et sagkyndigt kollegialt organ med deltagelse af sagkyndige medlemmer inden for lægevidenskab, der træffer endelig administrativ afgørelse i sager vedrørende patienterstatning, og som dermed må antages at have opbygget en særlig erfaring på dette område, jf. § 34 i den dagældende lov om klage- og erstatningsadgang inden for Sundhedsvæsenet. Der skal derfor

foreligge et sikkert grundlag, for at domstolene kan tilsidesætte nævnets vurdering.

Efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmålene 8 F, 10 b og E, må det lægges til grund, at **B** død mest sandsynligt hænger sammen med en tiltagende ~~grund~~sygdom, og at skiftet i den medicinske behandling ikke i sig selv har forårsaget hans død.

Det bemærkes herved, at det ikke over for et enigt Retslægeråd kan tillægges afgørende vægt, at overlæge **D** i udtalelse af 25. juli 2012, som såvel Patientskadeankenævnet som Retslægerådet var bekendt med, og som vidne under sagen har udtalt sig anderledes om årsagssammenhængen.

På den baggrund finder retten, at det ikke er godtgjort, at døden med overvejende sandsynlighed er forvoldt som følge af behandlingen på **C** i perioden fra 11. august 2011 og frem.

Som følge heraf tager retten Patientskadeankenævntes påstand om frifindelse til følge.

Efter sagens udfald skal **A** betale sagsomkostninger til Patientskadeankenævnet med i alt 30.000 kr. Retten har ved fastsættelsen af beløbet, der er inklusive moms og til dækning af udgifterne til advokatbistand, lagt vægt på sagens karakter, forløb og udfald.

Thi kendes for ret:

Patientskadeankenævnet frifindes.

I sagsomkostninger skal **A** betale 30.000 kr. til Patientskadeankenævnet.

Sagsomkostningerne skal betales inden 14 dage og forrentes efter rentelovens § 8 a.

Mette Lyster Knudsen
dommer

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Retten i Glostrup, den 8. december 2015.

Zeliha Turan Güler, kontorfuldmægtig