

**UDSKRIFT
AF
ØSTRE LANDSRETS DOMBOG**

D O M

Afsagt den 1. februar 2010 af Østre Landsrets 7. afdeling
(landsdommerne K. Wiingaard, Lone Kern-Jespersen og Jesper Stage Thusholt (kst.)).

7. afd. nr. B-3289-05:

A

(advokat Axel Grove)

mod

Patientskadeankenævnet

(Kammeradvokaten ved advokat Søren Horsbøl Jensen)

Denne sag, der er anlagt den 25. oktober 2005, drejer sig om, hvorvidt sagsøgeren, **A**
har krav på erstatning efter den dagældende patientforsikringslovs § 1, stk.
1, jf. § 2, stk. 1, nr. 3. Det er Patientskadeankenævnets afgørelse af 3. maj 2005, som er til
prøvelse i denne sag.

Påstande

A

har nedlagt påstand om, at sagsøgte, Patientskadeankenævnet, tilpligtes
at anerkende, at følgerne af hendes kemoterapi i perioden fra maj til september 2002 i form
af funktionsnedsættelse i højre arm er en dækningsberettiget skade i henhold til lov om
patientforsikring.

Patientskadeankenævnet har påstået frifindelse.

Det er under sagen ubestridt, at **A** skade med overvejende sandsynlighed er pådraget som følge af kemoterapibehandlingen på **sygehus B**.

A er tildelt førtidspension. Denne er til dels – men ikke alene – efter det oplyste begrundet i den skade, som hun pådrog sig efter kemoterapibehandlingen.

A oplyst, at hun har lidt et tab af erhvervsevne på omkring 25-30 % på grund af skaden, og hun har herefter opgjort sagens værdi til ca. 450.000 kr.

Sagsfremstilling

A blev den 10. april 2002 opereret på **sygehus B**. Ved operationen blev det venstre bryst og lymfekirtler i venstre armhule fjernet på grund af cancer i brystet. Der var tale om malignitetsgrad III, som er den mest ondartede type.

Den 15. april 2002 blev **A** udskrevet. Det konstateredes, at der var metastaser til 2 af de i alt 10 fjernede lymfeknuder. Der blev på den baggrund i perioden fra den 7. maj 2002 til den 10. september 2002 foretaget kemoterapibehandling på **sygehus B**.

Der blev givet kemoterapibehandling i alt 7 gange: den 7. maj, den 28. maj, den 18. juni, den 9. juli, den 30. juli, den 20. august og den 10. september 2002.

Behandlingen blev givet gennem drop, som blev anlagt henholdsvis i højre arm og højre hånd (venflon i perifer vene). Disse drop blev alle anlagt af en narkosesygeplejerske fra anæstesiaafdelingen.

Det fremgår af journalen fra **sygehus B**, at **A** den 20. august 2002 forud for den 6. behandling med kemoterapi gjorde opmærksom på, at hun havde en bule svarende til området, hvor højre arm bøjes. I journalen angives der at være tale om en overfladisk årebetændelse som følge af den givne kemoterapibehandling.

Der er hverken i lægejournalen eller sygeplejejournalen forud for denne dato anført oplysninger om gener fra højre arm eller problemer med anlæggelse af venflon. I sygeplejejournalen er det vedrørende de fleste af behandlingerne noteret, at indstiksstedet var reaktionsløst, eller at forløbet havde været fint.

Efter kemoterapibehandlingen blev **A** undersøgt den 18. september 2002 på **sygehus B**. Det fremgår af journalen, at **A** havde fået en lille blød hævelse lige ved siden af venerne i midten af området, hvor højre arm bøjes.

I perioden fra den 17. oktober 2002 til den 20. november 2002 fik **A** strålebehandling på **sygehus C**.

Ved en undersøgelse den 18. december 2002 på **sygehus B** konstaterede man ifølge journalen, at **A** havde en strammende fornemmelse samt en tendens til træthed i højre arm. Det fremgår videre af journalen blandt andet:

"Pt. har haft en del problemer med cytostatikainfusionerne. Hun har haft mange overfladiske tromboflebitter, men har ikke haft paravenøs cutostatikainfusion. De overfladiske tromboflebitter er blevet behandlet med creme Hirudoid, men har altså efterladt en del arvæv, således at venerne føles hårde, og der ses faktisk nogen hævelse af underarmen, måske et lymfødem."

Sagen blev herefter indbragt for Patientforsikringen.

Til brug for Patientforsikringens behandling af sagen afgav overlæge **D** den 17. marts 2004 en speciallægeerklæring. I lægeerklæringen anføres det blandt andet, at **A** fortsat havde gener af den overfladiske årebetændelse, som hun pådrog sig i forbindelse med kemoterapibehandlingen.

Patientforsikringen indhentede endvidere en erklæring fra speciallæge i onkologi, overlæge dr. med. **E**. Af dennes erklæring af 29. juni 2004 fremgår blandt andet følgende:

"Ad 1:...

Det har tilsyneladende ikke været helt let at lægge et velfungerende drop i **A**, idet det ved flere af behandlingerne var nødvendigt at tilkalde anæstesisygeplejerske for at få det lagt. Der var åbenbart tendens til at der udvikledes årebetændelse i de blodårer, der blev givet behandling i ... Det skal bemærkes at det er meget hyppigt at patienter, der får indsprøjet kemoterapi i blodårerne, udvikler overfladisk årebetændelse i disse årer, og hos patienter der har fået meget kemoterapi på denne måde kan det være svært at finde velfungerende overfladiske blodkar på armene. Disse overfladiske årebetændelser er ikke normalt årsag til at man ændrer på den måde, man giver

kemoterapien på, medmindre det bliver umuligt at finde et velfungerende blodkar at lægge drop i.

...

Ad 2:... At der undervejs i behandlingsforløbet var mindre problemer med at finde velegnede blodårer og at der opstod overfladisk årebetændelse i nogle af de blodårer, der blev brugt til indsprøjtning, er så almindeligt forekommende at de ikke i sig selv giver anledning til ændring i behandlingsstrategien. ...

Ad 3: Som ovenfor anført er overfladisk årebetændelse i de blodkar, der benyttes til indsprøjtning af kemoterapi, en meget almindeligt forekommende hændelse. Alle patienter, der får indsprøjtet kemoterapi, må forvente at nogle af deres overfladiske blodårer på armene vil få årebetændelse og lukke til. ... Det er derimod usædvanligt og sjældent at disse årebetændelser giver så udtalte gener på længere sigt, som det ifølge **A**; egne angivelser og den medsendte speciallægeerklæring er tilfældet. Det vil skønsmæssigt forekomme hos under 1 % af patienter, der har fået indsprøjtet kemoterapi i blodårer på armen.

...

Ad 5:...

Ved at indgive kemoterapi i et stort centralt blodkar fjernes risikoen for overfladisk årebetændelse, som **A** fik, men til gengæld er der flere andre risici ved Port-a-kath. Det drejer sig først og fremmest om risikoen for infektion, som via den direkte adgang til blodbanen kan sprede sig og give voldsomme, evt. dødelige, infektioner. Desuden drejer det sig om thrombose (blodproppdannelse) omkring Port-a-kath kateterets spids, som er placeret i de store blodkar tæt på hjertet. En sådan blodprop kan tillukke de store blodkar fra armen og halsen og på den måde være årsag til kronisk hævelse af armen. Desuden medfører en sådan blodprop en risiko for at blodproppen kan rive sig løs og gå i lunger.

... Hvornår man vælger at anlægge Port-a-kath kommer an på erfaring og klinisk skøn, og retningslinierne på de onkologiske afdelinger i Danmark er varierende, og varierer i øvrigt også fra tid til anden, meget afhængig af personalets erfaringer (gode og dårlige) med henholdsvis indgift i perifer blodåre på armen eller i Port-a-kath. Overalt er det dog sådan at man vælger anlæggelse af Port-a-kath hvis det bliver for vanskeligt at finde en velfungerende blodåre på armen (hvis det f.eks. kræver mange forsøg før man får anlagt et velfungerende drop). Det må nævnes at man imidlertid at dømme efter journalnotaterne ikke til hos

A

Af Patientforsikringens notat af 15. september 2004 fremgår det, at **E** telefonisk oplyste, at der selv ved anvendelse af et centralt venekateter var en vis risiko for årebetændelse samt øget risiko for andre skader, bl.a. i form af udløb af kemoterapivæske med vævsbeskadigelse til følge.

Den 23. september 2004 traf Patientforsikringen afgørelse i sagen. Ved afgørelsen fandt Patientforsikringen, at der ikke var grundlag for at yde erstatning efter patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1-4.

Som begrundelse for afgørelsen anførte Patientforsikringen:

"En grundbetingelse for, at der kan ydes erstatning efter lov om patientforsikring, er ifølge PFL § 1, stk. 1, og § 2, stk. 1, at patienten er blevet påført en fysisk skade.

Det er endvidere en betingelse, at den fysiske skade med overvejende sandsynlighed er en følge af den behandling eller undersøgelse, som patienten har fået, og ikke en følge af patientens grundsygdom.

Patientforsikringen har vurderet, at **A** med overvejende sandsynlighed er påført en fysisk skade i form af overfladisk årebetændelse i forbindelse med kemoterapibehandlingen på **sygehus B**

...

Ifølge PFL § 2, stk. 1, nr. 3, kan der også ydes erstatning efter lov om patientforsikring, såfremt skaden ud fra en efterfølgende vurdering kunne være undgået ved hjælp af en anden til rådighed stående behandlingsteknik eller metode, som ud fra et medicinsk synspunkt ville have været lige så effektiv til behandling af patientens sygdom.

Denne regel betyder, at patienten er berettiget til erstatning i de tilfælde, hvor man havde mulighed for at vælge mellem forskellige behandlingsmåder, der på behandlingstidspunktet fremstod som lige gode. Det er imidlertid en betingelse, at den alternative behandlingsmåde rent faktisk var til rådighed.

Patientforsikringen har vurderet, at **A** skade ikke kan anerkendes efter denne bestemmelse, idet skaden i forbindelse med anvendelse af en alternativ behandlingsmetode i form af kemoterapibehandling via et centralt venekateter ikke med overvejende sandsynlighed ville være undgået derved.

Patientforsikringen har i sin afgørelse heraf lagt vægt på, at gennemførelse af kemoterapibehandling gennem et centralt venekateter var en alternativ behandlingsmetode, som stod til rådighed ved gennemførelsen af behandlingen, men at der ved kemoterapibehandling via et centralt venekateter, ifølge speciallægevurderingen og senere telefonisk bekræftelse, fortsat eksisterer en vis risiko for, at der kan opstå overfladisk årebetændelse i forbindelse med kemoterapibehandling samt yderligere andre og mere alvorlige komplikationer i form af voldsomme infektioner og blodpropdannelser.

..."

Ved brev af 11. oktober 2004 indbragte
kenævnet.

A

Afgørelsen for Patientskadean-

Speciallæge i onkologi, overlæge dr. med.
supplerende erklæring. I erklæringen anfører

E
E

t afgav den 20. marts 2005 en
blandt andet:

"Hvis vævsirriterende kemoterapi indsprøjtes gennem et anlagt Port-a-kath (eller en anden form for permanent intravenøs adgang, hvor kemoterapi sprøjtes ind i et større, centralt blodkar) kan der også opstå årebetændelse i det centrale blodkar, dér hvor de vævsirriterende stoffer frigives fra spidsen af kateteret ind i blodbanen, d.v.s. typisk i ... (den øvre hulvene). Det sker dog langt sjældnere, da der er meget mere blod i det centrale blodkar, således at de vævsirriterende stoffer straks fortyndes og derfor ikke irriterer blodåren i nær samme grad som hvis indgiften skete i et mindre blodkar. Hvis der opstår årebetændelse efter indgift af vævsirriterende kemoterapi i et centralt blodkar er der naturligvis ikke tale om overfladisk årebetændelse, men derimod om årebetændelse i et centralt blodkar dybt inde i kroppen. Symptomerne på denne centrale årebetændelse er at der dannes en blodprop i det store, centrale blodkar, hvilket nødvendiggør fjernelse af kateteret og behandling med blodfortyndende medicin i flere måneder.

Det er således korrekt, som jeg har skrevet i min udtalelse foranlediget af de yderligere spørgsmål fra 6.5.2004, at man ved at indgive kemoterapi i et stort centralt blodkar fjerner risikoen for overfladisk årebetændelse, af den simple grund at kemoterapien ikke indgives i et overfladisk blodkar og derfor ikke primært irriterer et sådant blodkar. Til gengæld er der en risiko, som dog er meget betydeligt mindre, for at der fremkaldes årebetændelse i det centrale blodkar, hvor kemoterapien indgives, og sker dét er konsekvenserne som ovenfor anført til gengæld mere alvorlige."

Patientskadeankenævnet traf afgørelse i sagen den 3. maj 2005, hvorved nævnet tiltrådte Patientforsikringens afgørelse. Som begrundelse for, at betingelserne for at yde erstatning efter patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 3, ikke fandtes opfyldt, anførte Patientskadeankenævnet:

"...

Nævnet finder som nævnt oven for, at behandlingen er udført optimalt og i overensstemmelse med anerkendte retningslinjer. Det kan ikke udelukkes, at A komplikationer svarende til højre arm ville have været mindre, såfremt man fra starten havde anlagt et centralt beliggende venekateter. Ved at anlægge et sådant kateter, kan man mindske risikoen for lokalirritation, fordi de lokalirriterende stoffer indgives i et stort blodkar med større gennemblødning. Imidlertid er der risici forbundet med en sådan anlæggelse, og der er ubehag forbundet med til stadighed at skulle gå rundt med et sådant kateter. Det vil overalt på landets onkologiske afdelinger være godkendt praksis, som i

det foreliggende tilfælde, at give de planlagte 7 behandlinger i et nyt intravenøst drop hver gang. Henset til risikoen for blodprop i det store, centrale blodkar og den dertil hørende risiko for fjernelse af kateteret og behandling med blodfortyndende medicin i flere måneder, findes indgift af kemoterapi gennem et anlagt port-a-kath ikke at være en ligeværdig behandlingsmetode.
..."

I forbindelse med sagens behandling ved landsretten har der været rettet henvendelse til medicinsk afdeling X på Sygehus B med blandt andet en række spørgsmål vedrørende afdelingens praksis for anvendelse af behandlingsmetode ved kemoterapi-behandling.

Afdelingen har ved sin besvarelse den 29. september 2006 blandt andet anført, at afdelingen giver kemoterapi efter "mastektomi, dels via perifer venflon i arm, dels via port-a-kath". Det er endvidere oplyst, at kemoterapibehandlingen primært planlægges via venflon i perifer vene, såfremt patienten ikke tidligere har haft problemer med administration af medicin via perifer vene. Afdelingen har endelig oplyst, at det i 2002 oftest var lægerne på medicinsk afdeling, som anlagde venflon, men at det kunne aftales, at narkosesygeplejerskerne skulle anlægge disse, hvis det fra starten skønnedes, at der kunne komme besvær med anlæggelse af venflon.

Der har desuden været rettet henvendelse til sygehusets anæstesiafdeling, som i brev af 6. november 2006 blandt andet har oplyst, at medicinsk afdeling kontakter en anæstesisygeplejerske, hvis det vurderes, at anlæggelsen af venflon er eller vil blive vanskelig.

Endelig har sygehusets anæstesiafdeling i et brev af 28. november 2006 oplyst, at anæstesisygeplejerske R I, der efter det oplyste er den anæstesisygeplejerske, som ved alle behandlingerne anlagde drop på A, kun havde en svag erindring om A, og at hun således ikke kunne mindes, at der skulle have været specifikke vanskeligheder ved dropanlæggelserne.

Der har under sagens behandling ved landsretten været forelagt spørgsmål for Retslægerådet 4 gange. Retslægerådet har afgivet erklæringer den 13. august 2007 (svar på spørgsmål 1-12), den 17. april 2008 (svar på spørgsmål A-D, 8 og 13-14), den 12. september 2008 (svar på spørgsmål E-G og 15-16) og den 11. august 2009 (svar på spørgsmål H og 17-22).

Om de to behandlingsmetoder og valget herimellem har Retslægerådet udtalt:

”Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes oplyse, om kemoterapi ved anlæggelse af venflon i en perifer vene og anlæggelse af centralt venekateter (port-a-kath) begge er anerkendte behandlingsmetoder.

Ja.

Spørgsmål 2:

Kunne der i forbindelse med behandlingen af sagsøgeren have været anvendt port-a-kath i stedet for indgivelse af kemoterapi via venflon i armen?

Ja, på basis af de foreliggende oplysninger.

Spørgsmål 3:

Hvilke kriterier anvendes ved valget mellem de to behandlingstyper?

Venflon i perifer vene er standardbehandling. Port-a-cath anvendes især til patienter, hvor den intravenøse adgang er besværlig. Valget er også afhængigt af, hvor mange serier kemoterapi, der skal gives. Arten af kemoterapi spiller også en rolle for valget. Hvis der skal gives stærkt vævsirriterende kemoterapi, er man mere tilbøjelig til at vælge et centralt venekateter, da eventuelt paravenøs infusion kan ses i perifere vener og kan føre til udbredte vævsnekroser med særdeles alvorlige komplikationer.

Spørgsmål 4:

Retslægerådet bedes oplyse, hvilken af de to behandlingsmetoder, der oftest anvendes i tilfælde som sagsøgerens herunder hvorfor den ene behandlingsmetode foretrækkes frem for den anden.

Som anført under spørgsmål 3, er infusion i perifer vene standardbehandlingen. Det ville også gælde i et tilfælde som sagsøgerens.

Spørgsmål 5:

Retslægerådet bedes beskrive, hvilke komplikationer, bivirkninger og risici, der er knyttet til kemoterapi via drop i armen (venflon i perifer vene).

Den hyppigste komplikation til adgang via perifer vene er overfladisk tromboflebit. Det er normalt en forholdsvis harmløs tilstand. Som ovenfor nævnt er den alvorligste risiko paravenøs infusion med udbredte vævsnekroser.

Spørgsmål 6:

Retslægerådet bedes beskrive, hvilke komplikationer, bivirkninger og risici, der er knyttet til kemoterapi via et centralt venekateter (port-a-kath).

...

Komplikationer ved anvendelse af centralt venekateter er forholdsvis sjældne. Der kan forekomme trombedannelse omkring kateterspidsen, og der kan opstå behov for langvarig antikoagulationsbehandling. Der er herved større risiko for

blødning. I sjældne tilfælde sker der afknækning af kateterspidsen, der herefter må fjernes, i reglen fra et af hjertekamrene. ...

Spørgsmål 7:

Retslægerådet bedes oplyse, hvor hyppigt de i svarene på spørgsmålene 5 og 6 angivne komplikationer opstår.

Overfladisk venetrombose ved anlæggelse af venflon ses hyppigt i større eller mindre grad hos op mod halvdelen af patienterne. Paravenøs infusion (infusion uden for venen) ses ved nogle få promiller af injektionerne. Alvorlige komplikationer til port-a-cath anlæggelse hos mindre end 1 %."

Spørgsmål C:

Under henvisning til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 4 bedes Retslægerådet oplyse, hvorfor infusion i perifer vene – og ikke via port-a-kath – er standardbehandling i et tilfælde som sagsøgerens.

Skyldes det:

1) Forskelle i infusionsmetodernes bivirkningsprofiler og i givet fald hvilke forskelle?

2) Forskelle i de gener, der er umiddelbart forbundet med selve infusionen i perifer vene henholdsvis anlæggelsen af og efterfølgende infusioner via port-a-kath, og i givet fald hvilke forskelle?

3) Forskelle i den praktiske gennemførelse af infusion i perifer vene henholdsvis anlæggelse af og efterfølgende infusioner via port-a-kath, og i givet fald hvilke forskelle?

4) Andre forhold, og i givet fald hvilke?

1.

Infusion i en perifer vene er som anført i den tidligere besvarelse i et tilfælde som sagsøgerens standardbehandling.

Anlæggelse af perifer vene er mindre ressourcekrævende. Anlæggelse af port-a-cath kan i sjældne tilfælde medføre thrombosedannelse omkring kateterspidsen, hvilket må betragtes som mere alvorligt end eventuel trombose af en overfladisk vene. Der kan også ses pneumothorax i tilslutning til anlæggelse af port-a-cath.

2.

Der er i reglen ikke forskel i de subjektive gener i forbindelse med selve infusionen.

3.

Infusion gives på samme måde i en perifer vene og i port-a-cath."

"Spørgsmål 8:

Var der omstændigheder i den konkrete sag, som indicerede eller kontraindicerede én af de to behandlinger?

Spørgsmålet bedes besvaret under den forudsætning, at der var besvær med anlæggelse af venflon.

Spørgsmålet bedes endvidere besvaret under den [forudsætning], at der ikke var besvær med anlæggelse af venflon.

Retslægerådet bedes oplyse, om der efter de lægelige akter i sagen var problemer med anlæggelse af venflon.

Nej. Der er ikke direkte tale om kontraindikation. Hvis der var besvær med anlæggelse af venflon, ville det tale mere for anvendelse af port-a-cath, ligesom man naturligvis ville anlægge venflon, hvis dette kunne foregå uden besvær.

Der synes at have været problemer med anlæggelse af venflon. Det har flere gange i forløbet været nødvendigt, at anlæggelsen sker ved narkosesygeplejerske.”

Spørgsmål E:

I besvarelsen af spørgsmål C anfører Retslægerådet bl.a.:

...

Retslægerådet bedes oplyse og redegøre nærmere for, hvorfor anlæggelse af venflon i et tilfælde som sagsøgerens er mindre ressourcekrævende end anlæggelse af port-a-cath?

Retslægerådet bedes i den forbindelse

- 1) Beskrive hvorledes anlæggelse af venflon henholdsvis anlæggelse af port-a-cath gennemføres.*
- 2) Oplyse hvilke personalegrupper, der kan forestå anlæggelse af venflon henholdsvis anlæggelse af port-a-cath.*

Anlæggelse af venflon er normalt et lille indgreb, der kan udføres af en sygeplejerske uden anæstesi. I vanskelige tilfælde kan man eventuelt tilkalde anæstesisygeplejerske. Indgrebet foregår ved indstik i en vene og herefter tilslutning af infusionsvæske til kanylen.

Port-a-cath anlæggelse har karakter af et mindre kirurgisk indgreb, der foregår på et operationsafsnit med deltagelse af sygeplejersker, læger og eventuelt andet personale. Indgrebet kan i reglen udføres i lokalanæstesi, men det kan hos nogle få procent af patienterne være nødvendigt at udføre indgrebet i en kortvarig generel anæstesi. Indgrebet foregår ved indoperation af en kapsel under huden og indstik i en stor central vene med efterfølgende indførelse af kateter.

Spørgsmål F:

Af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål C fremgår bl.a.:

...

Retslægerådet bedes oplyse, om der i et tilfælde som sagsøgerens er forskelle i generne forbundet med anlæggelse af venflon, henholdsvis anlæggelse af port-a-cath.

I bekræftende fald bedes Retslægerådet beskrive forskellene.

Som anført under besvarelsen af spørgsmål E foregår anlæggelse af venflon uden anæstesi. Det anses almindeligvis for at være et yderst beskedent indgreb med meget få gener. Der kan dog komme flere gener, såfremt man ikke får indstik i en vene ved første anlæggelse. I så fald kan det være nødvendigt at forsøge med gentagne indstik, hvilket selvsagt øger generne. Ved anlæggelse af port-a-cath vil man i reglen give lokal anæstesi, hvilket medfører smerter, dog i reglen i beskedent omfang. Der kan også under indgrebet opstå smerter, da det kan være vanskeligt at opnå anæstesi af hele området. Disse betragtninger er generelle. Det er umuligt at angive præcis, hvilke forskelle der ville kunne være opstået hos sagsøgeren i de to situationer.”

”Spørgsmål 16:

Retslægerådet bedes oplyse, om det i forbindelse med den konkrete behandling ville have været i overensstemmelse med god lægefaglig praksis, såfremt der havde været anlagt port-a-cath i stedet for anvendelse af venflon?

Det ville have været i overensstemmelse med god lægefaglig praksis, såfremt der havde været anlagt port-a-cath i stedet for venflon. ...”

Om skift af behandlingsmetode ved konstatering af overfladisk årebetændelse har Retslægerådet oplyst følgende:

”Spørgsmål 9:

Retslægerådet bedes oplyse, om konstateringen af overfladisk årebetændelse i forbindelse med kemoterapi via venflon efter almindeligt anerkendte principper fører til, at der i forløbet ændres behandlingsmetode til behandling via port-a-cath.

Overfladisk årebetændelse er en af de faktorer, der tages i betragtning ved valg af centralt venekateter i forhold til perifert venekateter. Det er dog ikke det eneste forhold, der indgår i overvejelserne. Retslægerådet kan tilføje, at det i behandlingsforløbet kun var i forbindelse med 6. kemoterapi, givet den 20. august 2002, at der i journalen er omtale af thromboflebitis. Man vurderede da, at der havde været årebetændelse efter den 5. kemoterapi, der blev givet tre uger tidligere. Tilsyneladende opstod der ikke lignende forandringer efter de øvrige seks behandlinger. Der er i hvert fald ingen omtale heraf i journalen, derimod er der efter flere behandlinger i sygeplejefjournalen beskrevet, at der var reaktionsløse forhold (det vil sige ingen tegn til årebetændelse i form af rødmen og ømhed) ved fjernelse af venflon. Det forhold, at årebetændelsen først optrådte forud for de sidste to behandlinger, bør tages i betragtning, når det overvejes, om man burde have anlagt port-a-cath. På dette sene tidspunkt i behandlingsforløbet skulle der nok have været tale om mere omfattende forandringer og gener end de dokumenterede, før det ville have været relevant at skifte strategi og anlægge port-a-cath.”

Om **A** skade og sandsynligheden for, at skaden kunne være undgået, såfremt kemoterapibehandlingen var sket ved anvendelse af et centralt venekateter, har Retslægerådet udtalt følgende:

"Spørgsmål 10:

Kan det antages, at de komplikationer, der efterfølgende er konstateret på sagsøgers højre arm, ville være undgået, hvis der var sket indgivelse via port-a-kath.

Det kan ikke udelukkes, at generne fra højre arm ville være undgået, subsidiært være mindre, hvis der var anvendt port-a-cath. ..."

"Spørgsmål D.

Retslægerådet bedes oplyse, om gener, der måtte skyldes infusion i sagsøgerens perifere vener, jf. besvarelsen af spørgsmål A, med overvejende sandsynlighed ville være undgået, hvis der var sket infusion via port-a-kath.

Der henvises i den forbindelse til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 10 og overlæge  speciallægeerklæring af 17. marts 2004 ...

I overensstemmelse med tidligere besvarelse kan det ikke udelukkes, at de udtalte gener fra højre arm ville have været undgået, subsidiært være mindre, hvis der havde været anvendt port-a-cath."

"Spørgsmål 13:

I besvarelsen af spørgsmål 10 har Retslægerådet anført, at det ikke kan "udelukkes, at generne på højre arm ville være undgået, subsidiært være mindre, hvis der var anlagt port-a-cath ...

Retslægerådet bedes præcisere, om anlæggelse af port-a-cath indebærer en nævneværdig risiko for trombophlebit omkring indstiksstedet eller i øvrigt i armen. Der henvises til, at Retslægerådet i besvarelsen af spørgsmål 6 alene har nævnt muligheden for trombophlebit ved kateterspidsen.

Anlæggelse af port-a-cath medfører en ringe risiko for tromboflebit omkring indstiksstedet."

"Spørgsmål 15:

... Retslægerådet bedes oplyse, om det kan anses for mindre sandsynligt eller overvejende sandsynligt, at de pågældende gener ville have været undgået, såfremt der havde været anlagt port-a-kath.

Tidligere besvarelse af spørgsmålet fastholdes. Det kan supplerende oplyses, at de pågældende gener med en vis sandsynlighed ville være undgået, hvis der var blevet anlagt port-a-cath, men sandsynligheden kan ikke præciseres med en bestemt procent."

"Spørgsmål 16:

[Spørgsmålet er gengivet ovenfor]

... Fra et lægefagligt synspunkt kan man ikke præcist angive sandsynligheden for, at de pågældende gener ville være undgået.

"Spørgsmål H:

Retslægerådet bedes oplyse, om infusion via port-a-cath i et tilfælde som sagsøgerens medfører risiko for gener som sagsøgerens.

Komplikationerne ved anvendelse af port-a-cath er tidligere beskrevet under besvarelsen af spørgsmål 6. Der er ikke holdepunkter for at antage, at selve infusionen medfører nævneværdig risiko for de gener, der er opstået. Der henvises endvidere til besvarelsen af spørgsmål 15."

"Spørgsmål 17:

I spørgsmål 16 har Retslægerådet oplyst, ...

Retslægerådet bedes oplyse, om en skade som den aktuelle indtræder i forbindelse med første indstik af venflon, eller om der er tale om en skade, som indtræder senere, eventuelt progredierende i forbindelse med senere anlæggelser af venflon.

Overfladisk thromboflebitis i forbindelse med anlagt venflon skyldes med overvejende sandsynlighed irritation af venevæggen af de stoffer, der indgives (i denne sag de givne kemoterapeutika). Dette kan ske såvel efter 1. infusion som ved de efterfølgende infusioner. Dog vil der over tid være en tendens til, at risikoen for overfladisk thromboflebitis gradvist øges lidt. Det skyldes, at risikoen øges ved anvendelse af venflon i mindre dimensionerede kar, og der vil være en tendens til, at man i forløbet må benytte mindre vener, fordi de brugte årer i nogen udstrækning helt eller delvist tillukkes efter brug.

Spørgsmål 18:

Retslægerådet bedes med den størst mulige præcision angive, hvorvidt de pågældende gener ville have været undgået, såfremt der fra starten var anlagt port-a-kath i armen i stedet for venflon.

Der henvises til spørgsmål 16.

Spørgsmål 19:

Retslægerådet bedes oplyse, om port-a-kath kan anlægges andre steder end i armvener, eksempelvis på brystet eller i ryggen.

Port-a-cath anlægges via en central vene på halsen og anlægges altså ikke via indstik i en armvene."

"Spørgsmål 21:

Såfremt Retslægerådet besvarer spørgsmål 19 bekræftende, bedes Retslægerådet oplyse, om der ved anlæggelse af port-a-kath med andet indstikssted end i armen ville kunne opstå de gener i armen, der er indtrådt i den aktuelle sag.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål H."

Retsgrundlaget

Den dagældende patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 3, (nugældende § 20, stk. 1, nr. 3, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet) har følgende ordlyd:

”§ 2. Erstatning ydes, hvis skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af følgende måder:

...

- 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

...”

Af de specielle bemærkninger til forslaget til lov om patientforsikring (lovforslag nr. 144 af 8. februar 1991), jf. Folketingstidende 1990-91, 2. samling, Tillæg A, sp. 3285ff, fremgår blandt andet følgende vedrørende § 2, stk. 1, nr. 3:

”...

Er svaret benægtende, bliver det næste spørgsmål, om skaden kunne være undgået ved hjælp af en anden behandlingsteknik eller -metode, som kunne være valgt, selv om det ikke kan fastslås, at en erfaren specialist ville have valgt den anden teknik eller metode. Er svaret bekræftende, ydes erstatning efter nr. 3.

...

Der kan forekomme tilfælde, hvor det er tvivlsomt, om en erfaren specialist ville have handlet anderledes, f.eks. fordi afgørelsen også i så fald ville bero på et vanskeligt skøn, eller tilfælde, hvor der blandt erfarne specialister ikke er enighed om, hvad den optimale behandlingsform m.v. er. ... Drejer spørgsmålet sig om valget af behandlingsteknik eller af behandlingsmetode, vil det være naturligt i de nævnte tvivlsomme tilfælde at træffe afgørelsen på grundlag af reglen i nr. 3, hvor det ikke er afgørende, hvilken teknik eller metode en erfaren specialist må antages at ville have valgt.

...

Reglen i nr. 3 omfatter tilfælde, hvor skaden ikke – selv i objektiv forstand – kan henføres til nogen fejl fra medicinalpersoner eller ved det anvendte udstyr, idet det først efterfølgende, dvs. efter at behandlingen er blevet gennemført og skaden er indtruffet, kan konstateres, at den kunne være undgået, hvis man i stedet havde valgt en anden behandlingsteknik eller behandlingsmetode. Reglen går således videre end reglen i nr. 1, idet det ikke er nogen betingelse, at en erfaren specialist i den givne situation måtte antages at ville have valgt den anden teknik eller metode.

Betingelserne for, at der kan ydes erstatning efter denne regel, er følgende:

...

For det andet er det en betingelse, at den anden behandlingsteknik eller behandlingsmetode måtte betragtes som ligeværdig med den valgte teknik eller metode, dvs. at den ud fra en medicinsk vurdering måtte antages at ville have

været mindst lige så effektiv til behandling af patientens sygdom som den faktisk valgte teknik eller metode. Vurderingen heraf baseres på den medicinske videnskab og erfaring på behandlingstidspunktet. Målestokken er for så vidt på dette punkt den erfarne specialists vurdering, jf. herved bemærkningerne til reglen i nr. 1. Hvis denne vurdering munder ud i, at den alternative behandlingsteknik eller behandlingsmetode i den givne situation ville have været så meget bedre end den faktisk valgte, at en erfaren specialist ville have valgt den anden teknik eller metode, er skade, der herved kunne være undgået, omfattet af reglen i nr. 1. Hvis omvendt vurderingen munder ud i, at en anden behandlingsteknik eller -metode, bedømt på forhånd, måtte anses for at være ringere end den, der blev valgt, kan der ikke ydes erstatning efter denne regel. ...

For det tredje er det en betingelse, at det med den viden om behandlingsforløbet, som foreligger på det tidspunkt, hvor erstatningssagen skal afgøres, kan konstateres, at skaden med overvejende sandsynlighed ville være blevet undgået, hvis man i stedet havde anvendt en anden – ligeværdig – behandlingsteknik eller behandlingsmetode. ...”

Forklaringer

Der er under hovedforhandlingen afgivet forklaring af A T og vidne R

A har forklaret, at hun ikke forud blev oplyst om gener ved kemoterapi-behandlingen.. Hun har normalt ikke haft nogen problemer med at få taget blodprøver. I forbindelse med den første kemoterapibehandling forsøgte en sygeplejerske fra afdelingen at anlægge venflon, hvorefter der blev tilkaldt en narkosesygeplejerske. Hun husker ikke noget nærmere herom. I forbindelse med en af de senere behandlinger forsøgte en læge forgæves at anlægge venflon. Vedkommende læge sagde, at hun ikke havde prøvet det før. Det var hver gang den samme sygeplejerske R, fra anæstesiaafdelingen, der anlagde venflon på hende. Hun kendte R forvejen, idet hun har gjort rent for hende. Hun fik lige fra starten gener med smerter i armen. Hun gjorde opmærksom herpå, men det blev ikke taget så seriøst. Der blev bare sagt, at man ville forsøge at anlægge venflon et andet sted.

I T, der er As datter, har forklaret, at hun var med ved alle sin mors kemoterapibehandlinger. Vidnet er lidt i tvivl om årsagen til, at der ved den første kemoterapibehandling blev tilkaldt en narkosesygeplejerske. Der var en sygeplejerske, der først havde kigget på det, men hun husker ikke, om vedkommende forsøgte at anlægge venflon. Der var en anden gang, hvor en læge forgæves forsøgte at anlægge venflon. Der var flere gange problemer med at få anlagt venflon. Hun mener også, at der en gang blev

anlagt venflon et andet sted i armen end de andre gange. Allerede efter den første behandling fik hendes mor ondt i armen, hvilket hendes mor gjorde opmærksom på i forbindelse med den anden behandling. Vidnet husker ikke reaktionen på dette. Også i forbindelse med de efterfølgende behandlinger gjorde hendes mor opmærksom på gener i armen, herunder at det strammede. Hvis reaktionen havde været markant, ville vidnet formentlig have kunnet huske det. Det var hver gang **R** der anlagde venflon.

R (tidligere) har forklaret, at hun ikke rigtig husker / **A**
1. Hun har set hendes sygeplejekardex igennem, og det er alene herpå, at hendes erindring baserer sig. Hendes opgave har alene været at anlægge venflon. Hvor venflon anlægges afhænger af, hvad der skal behandles for. Man kan stikke flere steder i armen. I reglen kan man finde en vene i underarmen. Man skifter ofte vene fra gang til gang. Så vidt hun ved, har der ikke været overvejelser om at anlægge port-a-cath på **A**.

Procedure

A har til støtte for sin påstand gjort gældende, at skaden er omfattet af § 2, stk. 1, nr. 3, i den dagældende lov om patientforsikring, idet indgivelse af kemoterapi via port-a-cath måtte anses for ligeværdig behandling til indgivelse via venflon. Efter lovens ordlyd og forarbejder er det uden betydning, om der ved den alternative behandling består risici for komplikationer. Det afgørende er, om der var en alternativ behandlingsform, og om denne var ligeså effektiv. Det bestrides ikke, at der ved en alternativ behandlingsform kan være en så stor risiko for alvorlige følger, at den reelt ikke er en ligeværdig behandling, men det var ikke tilfældet i denne sag, hvor der var en risiko på under 1 % for alvorlige komplikationer ved den alternative behandling. Det må derfor lægges til grund, at behandling i form af port-a-cath var en ligeværdig behandlingsmetode, som stod til rådighed. Det er uden betydning, om venflon var standardbehandlingen. Der er ikke, som Patientskadeankenævnet påstår, grundlag for at kræve, at der skal have foreligget konkrete omstændigheder, som gav – eller ville give en erfaren specialist – anledning til at overveje brug af en alternativ behandlingsform. Men selv hvis dette antages, gøres det gældende, at der netop i **A** tilfælde har foreligget sådanne særlige forhold, som gav særlig anledning til at anvende port-a-cath metoden. Det fremgår af sagen, at der navnlig er anledning til at anvende denne behandlingsmetode, hvis det har vist sig svært at anlægge et venflon. Som det fremgår af **A** - journal, blev venflon ved samtlige behandlinger anlagt af en narkosesygeplejerske. Dette tyder på, at der har været problemer,

hvilket Retslægerådet også henviser til i besvarelsen af spørgsmål 8.

gjorde ifølge sin forklaring opmærksom på disse problemer fra starten. Dette støttes af den forklaring, som **T** har afgivet. Derfor burde behandlingsmetoden via port-a-cath have været anvendt, uden at det dog herved gøres gældende, at der er tale om en behandlingsfejl.

Det er endvidere godtgjort, at skaderne med overvejende sandsynlighed kunne være undgået, såfremt denne behandlingsform i stedet var anvendt. Det er i dag kendt, at Retslægerådet alene udtaler sig om noget som værende "overvejende sandsynligt", såfremt Retslægerådet finder, at der er tale om "en til vished grænsende sandsynlighed". Når Retslægerådet derfor i denne sag udtaler, at **A** gener med en "vis sandsynlighed" kunne være undgået, hvis der i stedet var blevet anlagt et port-a-cath, må det naturligt forstås således, at der i hvert fald er en sandsynlighedsovervægt for, at skaderne kunne være undgået. Dette er tilstrækkeligt til at anse det for bevist, at skaderne med overvejende sandsynlighed kunne være undgået ved den alternative behandlingsmetode. At skaderne kunne være undgået støttes endvidere af den erklæring, som overlæge dr. med. **E** har afgivet. Endvidere støttes det af den omstændighed, at Retslægerådet ved besvarelsen af spørgsmål 19 har oplyst, at port-a-cath anlægges via en central vene på halsen og således ikke anlægges via indstik i en armvene. Det forekommer derfor usandsynligt, at der skulle kunne komme overfladisk årebetændelse i armen, når port-a-cath anlægges i halsen.

Patientskadeankenævnet har til støtte for sin påstand gjort gældende, at der ikke er dokumenteret et sikkert grundlag for at antage, at infusion via port-a-cath i **A** tilfælde var en alternativ, ligeværdig behandlingsmetode. Infusion via venflon er almindeligvis et yderst beskedent indgreb, der foretages uden bedøvelse. Metoden indebærer risiko for gener i form af overfladisk årebetændelse, der normalt er en forholdsvis harmløs tilstand. Alvorlige gener som følge af infusion uden for venen optræder ved nogle få promiller af injektionerne. Infusion via port-a-cath indebærer et kirurgisk indgreb, der foregår på et operationsafsnit med deltagelse af læger, sygeplejerske og andet personale, og som nødvendiggør bedøvelse, undertiden fuld bedøvelse. Infusion via port-a-cath medfører risiko for alvorlige komplikationer i form af blodpropper, blødninger og lungekollaps. Alvorlige komplikationer ses oftere ved infusion via port-a-cath end ved infusion via venflon. På den baggrund kan infusion via port-a-cath ikke anses for en alternativ, ligeværdig behandling i patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 3's forstand. Ifølge Retslægerådet er infusion via venflon da også – herunder i et tilfælde som **A** – standardbehandlingen.

Infusion via port-a-cath kan ikke anses for en alternativ, ligeværdig behandlingsmetode, medmindre der foreligger forhold, som kunne have givet en erfaren specialist under de i øvrigt givne forhold anledning til at overveje infusion via port-a-cath som alternativ til standardbehandlingen, infusion via venflon. Sådanne forhold forelå ikke i . **A**

: tilfælde. Hverken i journalen eller sygeplejefjournalen er der beskrevet problemer med anlæggelse af venflon, og den behandlende sygeplejerske kan heller ikke mindes, at der var sådanne problemer. Efter indholdet af journalen og sygeplejefjournalen, hvori der løbende blev gjort notater om behandlingens forløb og udvikling, må det endvidere lægges til grund, at gencer i form af årebetændelse opstod efter den femte behandling og ikke tidligere. På det tidspunkt udestod to behandlinger, og skifte af strategi og anlæggelse af port-a-cath var ikke relevant på dette tidspunkt.

Det gøres endvidere gældende, at **A** ikke har godtgjort, at betingelsen om overvejende sandsynlighed for en årsagsforbindelse er opfyldt. Retslægerådets udtalelser kan ikke som påstået af **A** tages som udtryk for, at der er sandsynligheds- overvægt for, at skaderne kunne være undgået, såfremt der i stedet var anvendt port-a-cath. Derfor bør Patientskadeankenævnet under alle omstændigheder frifindes.

Landsrettens begrundelse og resultat

Det findes ikke godtgjort, at **A** i skade med overvejende sandsynlighed kunne være undgået, såfremt hun havde modtaget behandlingen med kemoterapi ved anvendelse af et centralt venekateter i stedet for venflon. Landsretten har herved lagt vægt på de udtalelser, som Retslægerådet som svar på spørgsmål 10, D og 15 har afgivet i sagen.

A har allerede af den grund ikke krav på erstatning efter patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 3.

Patientskadeankenævnet frifindes derfor.

Efter sagens udfald, forløb og omfang skal **A** betale 50.000 kr. til Patientskadeankenævnet i sagsomkostninger. Beløbet er til dækning af udgifter til advokatbi-stand.

Thi kendes for ret:

Patientskadeankenævnet frifindes.

I sagsomkostninger skal  inden 14 dage betale 50.000 kr. til Patientskadeankenævnet.

Sagsomkostningerne forrentes efter rentelovens § 8 a.

(Sign.)

— — —
Udskriftens rigtighed bekræftes. Østre Landsrets kontor, den

P.j.v.


Peter Jensen
Sektionsleder

- 1 FEB. 2010